



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

HU

ISSN 2314-9140

Európai kábítószer- jelentés

Tendenciák és fejlemények

2014



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

Európai kábítószer- jelentés

Tendenciák és fejlemények

2014

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 kapcsolatban. 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, horvát, 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, 2014

ISBN 978-92-9168-700-8

doi:10.2810/33193

© Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, 2014

A sokszorosítás a forrás feltüntetésével engedélyezett.

Printed in Spain

ELEMIKLÓR-MENTES PAPIRRA NYOMTATVA (ECF)



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

Praça Europa 1, 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	ÖSSZEFOGLALÁS A kábítószeres közegészségügyi hatása az átalakulóban lévő európai piacon
17	1. FEJEZET Kábítószer-kínálat
33	2. FEJEZET Kábítószer-használat és a kábítószerekkel összefüggő problémák
53	3. FEJEZET Egészségügyi és szociális válaszlépések a drogproblémák ellen
67	4. FEJEZET Drogpolitika
73	MELLÉKLET Az országos adatok táblázatos formában

Előszó

Az EMCDDA európai kábítószerjelentése új elemzést mutat a kábítószerhelyzetről és áttekinti a beavatkozások és szakpolitikák terén történt fejleményeket. Az európai és országos adatok átfogó áttekintésére épülő jelentéscsomag egymással összefüggő termékek egész sorát tartalmazza, ezen belül a központi elem a tendenciákat és fejleményeket bemutató jelentés. A jelentés a legfontosabb témák beható elemzését több dimenzióból közelítve, a fő kérdések és a hosszú távú tendenciák magasabb szintű áttekintésével együtt ismerteti. Hasznos ez a nézőpont, mivel így az eltérő országos tapasztalatokat az európai szintű adatok által kínált tágabb összefüggésekben lehet értelmezni. Bármilyen érdeklő az olvasót az európai kábítószerhelyzet terén, bízunk benne, hogy az új jelentéscsomag segítségével könnyen, a sajátos igényeinek megfelelő formában juthat hozzá a magas szintű információkhoz és elemzésekhez.

2014-ES JELENTÉSCSOMAG AZ EURÓPAI KÁBÍTÓSZERHELYZETRŐL

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



Tendenciák és fejlemények
magas szintű elemzés a főbb fejleményekről (nyomtatásban és online)



Adatok és statisztikák
teljes adatsorok, infografikák és módszertani információk (online)



Országokénti áttekintések
országos adatok és elemzések, gombnyomásra (online)



Kábítószerügyi kiemelt témák
interaktív kitekintés a legfontosabb kérdésekről (online)

Európában sikerült továbblépni a drogproblémákra adott kiegyensúlyozott politikai válasz kialakítása felé, és ez az ideai elemzés egyik fontos üzenete. Néhány meghatározó közegészségügyi területen most már összességében kedvező a tendencia, és az európai modell világviszonylatban is sikeresnek tűnik. A kábítószeres jelensége dinamikusan, folyamatosan átalakulásban van, ezért soha nem bízhatjuk el magunkat, hiszen a még megoldatlan, régóta fennálló problémák mellé egyre újabb veszélyek csatlakoznak. A ma látott kábítószeres sok szempontból különbözik a korábban ismertektől. Tapasztalhatjuk ezt a jól ismert kábítószereseknél: jó példa közülük a kannabisz, ahol az új termesztési technikák mind a hasis, mind a marihuána termékek erősségére kihatnak. A szintetikus kábítószeres termelésében is megfigyelhetjük ugyanezt, a folyamatosan megjelenő új termékek sokaságával. Komoly aggodalomra ad okot, hogy a közelmúltban olyan új szintetikus opioidok és hallucinogén anyagok jelentek meg, amelyek farmakológiailag annyira aktívak, hogy már egészen kis mennyiség felhasználásával is több adagot lehet készíteni. Még csak most kezdjük felfogni, hogy ezek a fejlemények a jövőben milyen

hatással lehetnek a közegészségügyre és a kábítószer ellenőrzésére, de úgy tűnik, hogy megvan bennük a lehetőség arra, hogy átalakítsák a ma ismert problémák jellegét.

Az európai kábítószerpiacon zajló fontos változások mellett az is tény, hogy ezek tempója egyre gyorsabb lett, ráadásul a világot is egyre inkább átszövik a kölcsönös összefüggések. Az EMCDDA tisztában van a tárgyterületének globális és dinamikus jellegével, ahogy azzal is, hogy ez milyen kihívásokat jelent. A fenti fejlemények egyre jobban leterhelik a megfigyelési rendszerünket, ezért feltétlenül gondoskodnunk kell arról, hogy a felügyeleti eszközeink továbbra is a célnak megfelelőek legyenek. Közel két évtized telt el azóta, hogy Európa – elsőként – korai előrejelző rendszert hozott létre a területen megjelenő potenciális új veszélyek felismerése érdekében. Mára bebizonyosodott a rendszer hasznossága, ennek ellenére továbbra sem elegendő az igazságügyi szakértői kapacitásunk ahhoz, hogy a már ismert és az új anyagok közegészségügyi következményeit meghatározzuk és ezekről beszámoljunk. Itt elég csak megemlítenünk annak fontosságát, hogy az e téren folyó munka fenntartására és megerősítésére elegendő forrás álljon rendelkezésre, illetve jeleznünk, hogy ez milyen hozzáadott értéket jelent az európai közösség egésze számára.

Büszkéek vagyunk a jelentéscsomagban bemutatott átfogó elemzésre és arra, hogy a munkánk továbbra is szilárd alapot nyújt az európai szakpolitikák és válaszlépések kialakításához. Most az eddigieknél is határozottabban hiszünk ennek fontosságában, és tovább fogunk törekedni arra, hogy időszerű, tárgyilagos és kiegyensúlyozott elemzést adjunk korunk összetett, folyamatosan változó kábítószer-problémájáról.

João Goulão

az EMCDDA igazgatóságának elnöke

Wolfgang Götz

az EMCDDA igazgatója

| Bevezető és köszönetnyilvánítás

Ez a jelentés az EU-tagállamok, a tagjelölt Törökország, valamint Norvégia részéről az EMCDDA számára nemzeti jelentés formájában rendelkezésre bocsátott információkon alapul.

Az itt közölt statisztikai adatok 2012-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 online *Európai kábítószerjelentés: adatok és statisztikák* című kiadványban 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 kábítószerrel 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), az Európai Szennyvízelemző Központi Csoport (SCORE) és a Svéd Alkohol- és Kábítószerügyi Információs Tanács (CAN);
- | az Európai Unió Szerveinek Fordítóközpontja, a Missing Element Designers és a Compositores Rali.

Reitox nemzeti fókuszpontok

A Reitox a kábítószerekkel és kábítószer-függőséggel foglalkozó európai információs hálózat. A hálózat az EU-tagállamokban, a tagjelölt Törökországban, Norvégiában, 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.

Összefoglalás

**A jelentés magas szintű áttekintést
ad az Európában érzékelhető hosszú
távú tendenciákról és fejleményekről,
de közben az újonnan megjelenő,
kábitószerekkel összefüggő
problémákra is hangsúlyt helyez**

A kábítószerek közegészségügyi hatása az átalakulóban lévő európai piacon

Az európai drogproblémáról szóló új elemzésében az EMCDDA által megfogalmazott fontosabb megállapítások összhangban vannak a 2013-as jelentéssel: a helyzet összességében stabil, néhány területen akadnak kedvező jelek, de mindig támadnak újabb kihívások. Kezd megszűnni a régi kettősség, miszerint van a kifejezetten problémás, gyakran intravénás drogfogyasztók viszonylag kis száma, illetve a rekreációs és kipróbálási szintű szerhasználók nagyobb száma, és ehelyett egy összetettebb, több fokozatból álló helyzet alakul ki. A mai európai drogproblémában a korábbiaknál kisebb szerepe van a heroinnak, ellenben egyre fontosabbak lesznek a stimulánsok, a szintetikus kábítószerek, a kannabisz és a gyógyszerek.

Ha az összképet tekintjük, a múltban megfogalmazott nagy közegészségügyi célok közül több területen is sikerült előrehaladást elérni. Az európai szintű összkép háttérében mindazonáltal jelentős országok közötti különbségek húzódnak. Ezt szemléltetik a kábítószer-használat leg súlyosabb következményei közé tartozó túladagolások halálesetekre, illetve a kábítószerrel összefüggő HIV-fertőzésekre vonatkozó adatok. Ezen a téren az általában véve pozitív uniós tendencia éles ellentétben áll az egyes országokban megfigyelhető aggasztó fejleményekkel. Ennek az összetett helyzetnek a felismerése nyomán a jelentés magas szintű áttekintést ad az Európában érzékelhető hosszú távú tendenciákról és fejleményekről, de közben az újonnan megjelenő, kábítószerekkel összefüggő problémákra is hangsúlyt helyez.

Visszaszorulóban a heroin, de a helyettesítő szerek aggodalomra adnak okot

A heroinra vonatkozó indikátorok általában véve stabilak vagy csökkenő tendenciát mutatnak, de ehhez hozzá kell tenni, hogy a világszintű herointermelés becsült mennyisége továbbra is magas, és a törökországi lefoglalások részben újra fellendültek. A fenti állításba beletartozik, hogy a heroin miatt kezelésre jelentkezők száma tovább csökken, ahogy a kábítószer-túladagolások halálesetek és a kábítószer-használattal szerzett HIV-fertőzések száma is hosszú távon csökkenő tendenciát mutat – pedig történetileg mindkettő összefügg a heroin intravénás használatával. Néhány országos adat ugyanakkor megkérdőjelezi ezeket a kedvező fejleményeket. A görögországi és romániai kábítószer-

használók körében tapasztalt közelmúltbeli HIV-járványkitörések, valamint az egyes balti országokban fennálló problémák miatt megrekedt a kábítószerrel összefüggő új fertőzések számának csökkentésében elért előrehaladás. Úgy tűnik, hogy ez részben azzal függ össze, hogy a heroin helyét más anyagok, köztük a szintetikus opioidok és stimulánsok kezdik átvenni. Valószínűleg az a tényező is érdemben hozzájárul ehhez, hogy nincs elegendő keresletcsökkentő beavatkozás – ami különösen a kezelés elérhetőségét jelenti – és ártalomcsökkentő intézkedés. Aggasztó adat, hogy az EMCDDA–ECDC friss kockázatelemzése több más európai országot is talált, ahol a magatartási vagy válaszindikátorok alapján potenciálisan nagyobb lehet a jövőbeni ártalmak és egészségügyi problémák veszélye.

A kábítószer okozta halálesetekben több szer jelenlétét is kimutatják

A kábítószer-túladagolás továbbra is az egyik vezető elkerülhető halál az európai fiatalok körében, az utóbbi években azonban sikerült valamelyest visszaszorítani ezt a problémát. Ezt részben megmagyarázza a válaszlépések kibővülése, illetve a hozzájáruló kockázati magatartás visszaesése. Az összesített tendenciákkal ellentétben a túladagolások halálesetek száma több országban, zömében Európa északi részén viszonylag magas maradt, és tovább nőtt.

Miközben a heroinhoz köthető halálesetek száma általában csökkent, a szintetikus opioidokkal összefüggő halálesetek száma nő, és néhány országban már meg is haladja a

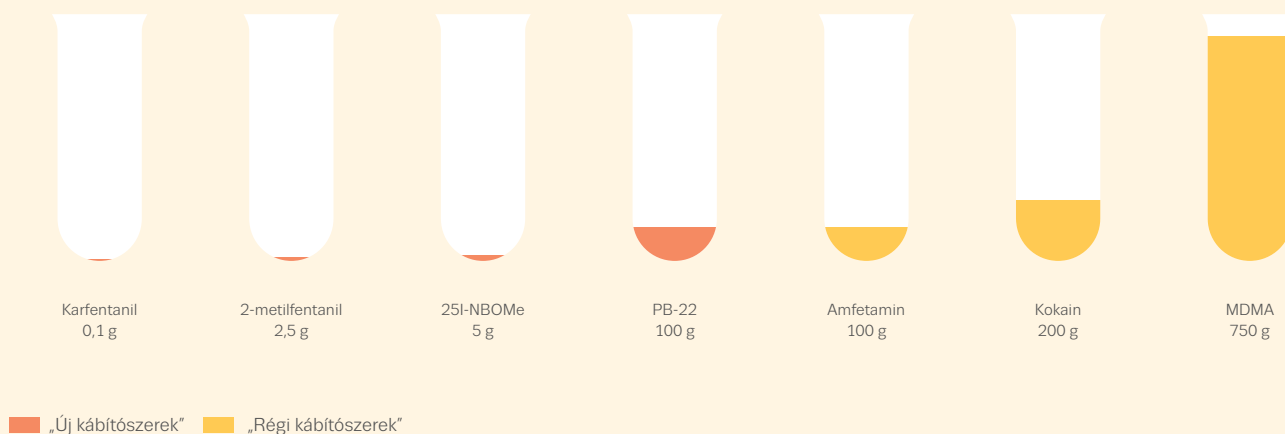
heroinhoz köthetőket. A kábítószer-túladagolások halálesetek Észtországból jelentett kivételesen magas száma például a fentanilok, a szintetikus opioidok egy különösen erős családjának használatához köthető. Az EMCDDA-hoz 2013-ban is érkeztek jelentések az európai kábítószerpiacon megjelenő ellenőrzött és nem ellenőrzött fentanilokról. Az uniós korai előrejelző rendszer felé 2013-ban bejelentett kábítószeresek között szerepelt olyan fentanil, amelyet korábban soha nem észleltek az európai kábítószerpiacon. Ezeket az anyagokat esetenként kimutatni is nehezen lehet, mivel a toxikológiai mintákban olykor csak nagyon kis mennyiségben vannak jelen.

Új pszichoaktív anyagok: semmi nem utal a visszaesésre

A legtöbb túladagolás olyan személyeknél következik be, akik többféle szert fogyasztottak, ezért gyakran problémát jelent az okozati összefüggések megkeresése. Mivel a kábítószerpiacon folyamatosan jelennek meg új pszichoaktív anyagok, fennáll a veszélye annak, hogy a halálesetekben szerepet játszó új vagy bizonytalan anyagok kimutatása elmarad. A szintetikus anyagok némelyikének erőssége tovább nehezíti a kimutatásukat, mivel emiatt a vérben csak nagyon alacsony koncentrációban lesznek jelen. A nagy erősségű szintetikus anyagok megjelenésének a bűnüldözés szempontjából is vannak következményei, mivel ezekből a kábítószerekből már kis mennyiség is sok adagot jelenthet (ábra).

Az EU korai előrejelző rendszere felé 2013-ban 81 új anyagot jelentettek be, amivel a megfigyelt anyagok száma

MENNYI TISZTA KÁBÍTÓSZER KELL 10 000 ADAGHOZ?



350 fölé emelkedett. Hivatalos kockázatértékelés indult az olyan anyagok esetében, amelyek európai szinten gyaníthatóan jelentős kárt okoztak. 2013-ban két anyagról készült kockázatértékelés, 2014. áprilisig pedig további négyről készül, és még újabbakra is lehet számítani. Ez azt jelenti, hogy miközben folynak a tárgyalások a területre vonatkozó új uniós jogszabályról, a korai előrejelző rendszert egyre jobban leterheli a piacon megjelenő anyagok mennyisége és változatossága.

A korai előrejelző rendszer munkájában központi szerepe van a negatív eseményekről, mindenekelőtt a halálesetekről és az akut mérgezésekről szóló jelentéseknek. A kábítószerrel összefüggő egészségügyi vészhelyzetek megfigyelésére szolgáló stabil rendszer azonban csak néhány országban működik. Uniós szinten nincs szabványos beszámolás erről a témáról, a szisztematikus megfigyelés hiánya pedig ezen a téren egyfajta vakfolt az újonnan megjelenő egészségügyi veszélyek európai felügyeletében. Ezt példázza, hogy milyen nehezen lehet meghatározni, hogy európai szinten milyen következményekkel járnak a szintetikus kannabinoidok használatához kapcsolódó súlyos reakciókról szóló, több országból kapott jelentések.

Kannabisz: ellentmondások és ellentétek

Az Európai Unióból származó attitűdadatok arra utalnak, hogy a kannabisz az a kábítószer, amelyik a legjobban megosztja a közvéleményt. Ez hozzájárul az élénk társadalmi vitához, amelyet a közelmúltban a kannabisz hozzáférhetőségének és használatának ellenőrzése terén történt nemzetközi fejlemények, konkrétan az Egyesült Államok és Latin-Amerika egyes részein történt szabályozási változások is felerősítettek.

Más helyekkel ellentétben Európában úgy tűnik, hogy a kannabisz használata stabil, sőt, csökken is, különösen a fiatalabb korcsoportokban. Az összkép mindazonáltal nem egységes. Az alacsony előfordulással rendelkező országokból több esetben is a használat közelmúltbeli növekedését jelezték.

Körkép – becslések az Európai Unió belüli kábítószer-használatról

Kannabisz
73,6 millió fő avagy a felnőttek (15–64 évesek) 21,7%-a használt már kannabiszt élete folyamán
18,1 millió fő avagy a felnőttek (15–64 évesek) 5,3%-a használt kannabiszt az elmúlt évben
14,6 millió fő avagy a fiatal felnőttek (15–34 évesek) 11,2%-a használt kannabiszt az elmúlt évben
0,4% és 18,5% – a fiatal felnőttek körében előforduló elmúlt évi kannabiszhasználat legalacsonyabb és legmagasabb becsült országos aránya
Kokain
14,1 millió fő avagy a felnőttek (15–64 évesek) 4,2%-a használt már kokaint élete folyamán
3,1 millió fő avagy a felnőttek (15–64 évesek) 0,9%-a használt kokaint az elmúlt évben
2,2 millió fő avagy a fiatal felnőttek (15–34 évesek) 1,7%-a használt kokaint az elmúlt évben
0,2% és 3,6% – a fiatal felnőttek körében előforduló elmúlt évi kokainhasználat legalacsonyabb és legmagasabb becsült országos aránya
Amfetaminszármazékok
11,4 millió fő avagy a felnőttek (15–64 évesek) 3,4%-a használt már amfetaminszármazékokat élete folyamán
1,5 millió fő avagy a felnőttek (15–64 évesek) 0,4%-a használt amfetaminszármazékokat az elmúlt évben
1,2 millió fő avagy a fiatal felnőttek (15–34 évesek) 0,9%-a használt amfetaminszármazékokat az elmúlt évben
0,0% és 2,5% – az amfetaminszármazékok elmúlt évi használatának legalacsonyabb és legmagasabb becsült országos aránya a fiatal felnőttek körében
Ecstasy
10,6 millió fő avagy a felnőttek (15–64 évesek) 3,1%-a használt már ecstasyt élete folyamán
1,6 millió fő avagy a felnőttek (15–64 évesek) 0,5%-a használt ecstasyt az elmúlt évben
1,3 millió fő avagy a fiatal felnőttek (15–34 évesek) 1,0%-a használt ecstasyt az elmúlt évben
0,1% és 3,1% – a fiatal felnőttek körében előforduló elmúlt évi ecstaszyhasználat legalacsonyabb és legmagasabb becsült országos aránya
Opioidok
1,3 millió problémás opioidhasználó (15–64 éves korosztály)
Európában a 15–39 éves korosztályban előforduló halálesetek 3,5%-a következik be kábítószer-túladagolás miatt, a halálos kimenetelű túladagolások körülbelül háromnegyedében mutatnak ki opioidokat
Az Európai Unióban az összes drogfogyasztói kezelési igény kb. 45%-ában szerepel fő kábítószerként
2012-ben 700 000 opioidhasználó részesült helyettesítő kezelésben

Megjegyzés: A teljes adatsort és a módszertanra vonatkozó információkat lásd a jelentéshez tartozó, online *Európai kábítószerjelentés: adatok és statisztikák* című kiadványban.

A szabályozási lehetőségek megvitatására fókuszáló szakpolitikai vitával szemben a gyakorlati fejleményekben mindenekelőtt a kannabisztermeléssel és -használattal járó szociális problémákra és ártalmakra reagáló intézkedéseken van a hangsúly. Egyre jobban sikerül megismerni a kannabiszhasználat különböző mintáinak egészségügyi következményeit. Nőtt a kannabiszproblémák miatti kezelés elérhetősége és befogadóképessége, bár a speciális kezelésre jelentkező kannabiszhasználó kliensek száma egy szinten maradt. Az életük első kezelését megkezdő kliensek manapság leggyakrabban a kannabiszt nevezik meg a segítségkérés okaként. Az is egyre világosabb, hogy ezen a téren mi minősül hatékony válaszlépésnek, miután az országok szolgáltatások széles körét támogatják, a családtagok bevonásával végzett intenzív támogató ülésektől kezdve az interneten keresztül végzett rövid beavatkozásokig.

Az egyszerű használati vagy birtoklási bűncselekményekért kiszabható büntetési tételeket körülbelül 2000 óta több országban is csökkentették. Általánosságban is igaz, hogy a kannabisz ellenőrzéséről szóló európai vita jellemzően inkább a kábítószer-kínálatra és -kereskedelemre helyezte a hangsúlyt, nem a használatra. Ennek ugyanakkor ellentmond az a tény, hogy a kannabisszal kapcsolatos birtoklási és használati bűncselekmények száma összességében közel egy évtizede egyenletesen emelkedik.

Kábítószer-termelés és -kínálat: a szervezett bűnözés alaptevékenysége

A kannabiszpiac mérete és a belföldi termelés növekedése együttesen oda vezetett, hogy a szervezett bűnözői csoportok egyre inkább felismerték a kábítószer mint készpénzforrás jelentőségét. Mára ugyancsak nagyobb

figyelem jut a járulékos társadalmi költségekre, ami kiterjed az erőszakra és más bűnelkövetési módokra, valamint arra, hogy a kábítószer-termelés elleni fellépés mennyire igénybe veszi a bűnüldöző szerveket.

A kannabisztermeléssel nemzetközi szinten és az Európai Unióban is többek között a délkelet-ázsiai szervezett bűnözői csoportokat lehet összefüggésbe hozni. Aggasztó fejlemény, hogy a jelek szerint Közép-Európa egyes részein most a metamfetamin termelése és értékesítése is a tevékenységi körükbe került. Ez tükrözi az EMCDDA–Europol kábítószerpiacról szóló friss elemzésében jelzett általánosabb tendenciát, miszerint a bűnözői csoportok egyre több árucikkkel foglalkoznak, opportunisták és kölcsönösen összekapcsolódó módon. Ez érzékelhető azoknak a bűnözői csoportoknak az esetében, amelyek hagyományosan a heroinkereskedelembe vettek részt, de most a jelentések szerint kokaint és metamfetamint forgalmaznak az Európai Unióban, a heroinnál már bevált útvonalak alkalmazásával.

A 2014-es jelentés új aggályokat vet fel a metamfetamin növekvő európai elérhetőségére utaló bizonyítékok kapcsán. A Közép- és Észak-Európában folyó belföldi termelés mellett ezt a kábítószer a Közel-Keleten is előállítják, és esetenként azért importálják az Európai Unióba, hogy onnan újraexportálják a délkelet-ázsiai országokba. Ennek a termelésnek azonban egyre nagyobb része járul hozzá az Európán belüli hozzáférhetőséghez. Különösen aggasztóak a metamfetaminszívás megjelenéséről szóló új görögországi és törökországi jelentések, tekintettel a kábítószer ily módon történő fogyasztásával járó potenciális egészségügyi kockázatokra.

A modern kábítószerpiac egyre dinamikusabb, globális és innovatív jellegét az is jól szemlélteti, hogy az Európai Unióban és máshol újból megjelentek a jó minőségű ecstasy porok és tabletták. Ez láthatólag abból ered, hogy az illegális termelők nem ellenőrzött vagy „álcázott” vegyi anyagokat importálnak a kábítószer előállításához. Az Europol a közelmúltban tájékoztatott az Európai Unió területén valaha talált két legnagyobb kábítószer-termelő egység belgiumi felszámolásáról, amelyek alkalmasak voltak az MDMA (3,4-metiléndioxi-metamfetamin) nagymennyiségű, gyors előállítására. A lefoglalások és a káros egészségügyi történekekről szóló jelentések miatt az Europol és az EMCDDA közös figyelmeztetést adott ki a piacon kapható, MDMA-t tartalmazó, rendkívül erős termékekről.

**A modern kábítószerpiac
egyre dinamikusabb, globális
és innovatív jellegét az is jól
szemlélteti, hogy újból
megjelentek a jó minőségű
ecstasy porok és tabletták**

A stimulánsok változókéony piaca

Egyelőre nem lehet tudni, hogy az ecstasyletták MDMA-tartalmának érzékelt növekedése a kábítószer iránti fogyasztói érdeklődés újbóli fellendüléséhez vezet-e. A tiltott stimulánsok európai piaca összességében viszonylag stabilnak tűnik: a déli és nyugati országokban továbbra is a kokain a legkedveltebb stimuláns, az északi és keleti országokban pedig az amfetamin a jellemzőbb. Általában véve a kokain- és az amfetaminhasználatra vonatkozó indikátorok is csökkenő tendenciát mutatnak.

Az európai stimuláns piac földrajzi különbségeinek jelentőségét az új szennyvízvizsgálatok is alátámasztják, amelyek egyre inkább alkalmasak arra, hogy adatokkal szolgáljanak a város szintjén és konkrét helyszíneken jellemző drogfogyasztói magatartásról.

A stimulánsok fogyasztásában meghatározó tényező a hozzáférhetőség. Ha a kábítószerhez nehéz hozzájutni, a fogyasztók esetleg másik anyagot próbálnak ki, és fontos szempont lesz az ár és az érzékelt minőség. Ezt rekreációs körülmények között és az intravénás kábítószer-használók körében lehetett megfigyelni. Ennek hátterében az áll, hogy a stimulánsok piacán ma már a metamfetamin, az amfetamin, az ecstasy és a kokain mellett egyre többféle terméket lehet kapni, köztük szintetikus katinonokat is.

A droproblémák kezelésének hosszú távú költségei

Európa kettős kihívással néz szembe: egyrészt hatékony választ kell kialakítani az újonnan felmerülő problémákra, másrészt tovább kell foglalkoznia a hosszú távú kezelés alatt álló drogfogyasztók szükségleteivel.

A jelentés felhívja a figyelmet a változásokra és az epidemiológia és a válaszlépések terén megjelenő új mintákra. A kábítószer-használat kezeléséhez kapcsolódó költségek zöme mindazonáltal még mindig azokból a problémákból ered, amelyek a heroinnak az 1980-as és 1990-es években tapasztalt járványszerű elterjedésében gyökereznek. Bár a heroinhasználat elkezdése talán visszaszorulóban van, a beavatkozásokban központi téma maradt a heroinfüggőség, amely a visszaesés és a kezelésre jelentkezés ciklusaiból álló krónikus betegségmodellként jellemezhető. Az Európai Unió jelentős forrásokat fektetett abba, hogy kezelési lehetőségeket nyújtson e csoport számára, így jelenleg becslések szerint háromnegyed millió opioidhasználó áll helyettesítő kezelés alatt. Határozott érvek szólnak e beavatkozás közegészségügyi hasznosságára és az illegális piac gyengítéséhez való hozzájárulására mellett. Európában

most szembe kell nézni a jelenlegi és korábbi heroinhasználók öregedő kohorszána gondozásával járó problémákkal, akik közül sokan szociálisan hátrányos helyzetűek és kirekesztettek. Ezzel összefüggésben egyre nagyobb a politikai érdeklődés az iránt, hogy mit jelent a rehabilitáció és a társadalmi visszailleszkedés. E népcsoport tagjai az öregedéssel ráadásul valószínűleg a különféle egészségügyi problémáknak is jobban ki vannak téve.

1

**Európában a tiltott kábítószer
lefoglalásaiból évente nagyjából
egymilliót jelentenek be**

Kábítószer-kínálat

Európa az ellenőrzött anyagok fontos célállomása, de a más régiókba szállított kábítószeres esetében tranzitútvonalként is van némi szerepe. Az Európába bejutó kábítószeres fontos forrásvidéke Latin-Amerika, Nyugat-Ázsia és Észak-Afrika. A kannabisz és a szintetikus kábítószeres szempontjából Európa termelőterület is. Miközben az Európában megtermelt kannabisz szinte teljes egészében helyi fogyasztásra szolgál, néhány szintetikus kábítószer más régiókba szánt exportra is gyártanak.

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

A kábítószer-kínálat megfigyelése

Az ebben a részben olvasható elemzés különféle adatforrásokon alapul: a kábítószeres lefoglalásain, a felszámolt kábítószer-termelő létesítményeken, a prekursor vegyi anyagok lefoglalásain, a kábítószeres kínálatával kapcsolatos bűncselekményeken, a kábítószeres kiskereskedelmi árakon, valamint a kábítószeres lefoglalásairól készített igazságügyi elemzéseken. A teljes adatsorok a módszertani megjegyzésekkel együtt az online *Európai kábítószerjelentés: adatok és statisztikák* című kiadványban található. Meg kell jegyezni, hogy a tendenciákat számos tényező befolyásolhatja, köztük a bűnüldözési tevékenység szintje és a lefoglalási intézkedések hatékonysága is.

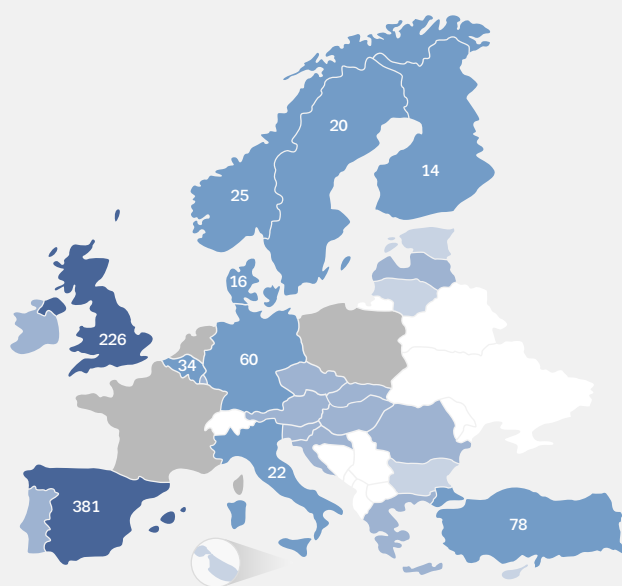
Az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó adatok az EU korai előrejelző rendszerébe érkező bejelentéseken alapulnak, ez pedig az EMCDDA és az Europol országos hálózatai által közölt adatokra támaszkodik. A rendszer működésének teljes leírása az EMCDDA weboldalán a *Fellépés az új kábítószeres ellen* pontban olvasható.

Az európai lefoglalások 80%-a a kannabisszal kapcsolatos

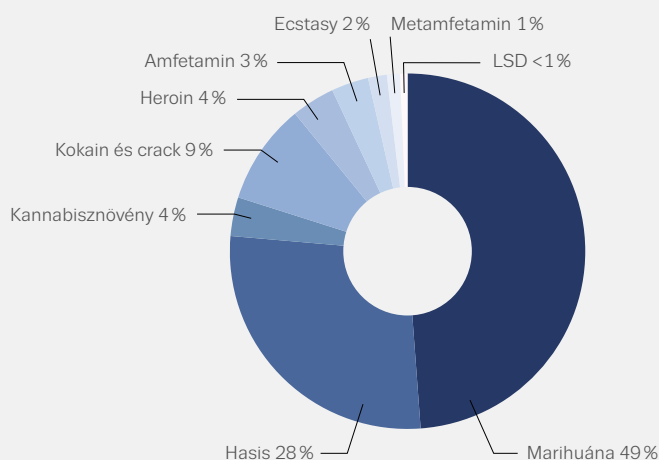
Európában a tiltott kábítószeres lefoglalásaiból évente nagyjából egymilliót jelentenek be. Ezek többnyire a szerhasználóktól lefoglalt kis mennyiségű kábítószeres takarnak, de ebben az összesítésben a kereskedőktől és termelőktől elkobzott többkilós szállítmányok is benne vannak.

1.1. ÁBRA

A bejelentett lefoglalások száma országok szerint (balra) és a legfontosabb kábítószeres lefoglalásainak aránya (jobbra), 2012



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



Az Európai Unióban végrehajtott összes 2012-es lefoglalás kétharmadát két országból, Spanyolországból és az Egyesült Királyságból jelentették. Kevesebb, de nem elhanyagolható számú lefoglalást jelentettek még Németországból, Belgiumból, Olaszországból és négy skandináv országból (1.1. ábra). Hozzá kell tenni, hogy nincsenek friss adatok három olyan országból, ahonnan korábban jelentős számú lefoglalást jelentettek. A kábítószeres lefoglalásait tekintve fontos ország még Törökország, bár az itt elkobzott kábítószeresek egy részét más, európai és közel-keleti országokban történő fogyasztásra szánják.

Az európai lefoglalások több mint 80%-ában kannabiszt találnak (1.1. ábra), ami jól tükrözi a használat viszonylag nagyarányú előfordulását. A kokain összesítésben a második, körülbelül kétszer annyi lefoglalással, mint akár az amfetaminszármazékok, akár a heroin. Az ecstasy lefoglalásainak száma alacsonyabb, de az utóbbi években emelkedett.

Az európai lefoglalások több mint 80%-ában kannabiszt találnak, ami jól tükrözi a használat viszonylag nagyarányú előfordulását

Kannabisz: a növényi termékek növekvő hozzáférhetősége

Az európai kábítószerpiacon általában két különálló kannabisztermék van jelen: a növényi kannabisz (marihuána) és a kannabiszgyanta (hasis). A két termék éves fogyasztása nagyjából 2000 tonnára becsülhető.

Az Európában kapható marihuána egyrészt belföldi termesztésből, másrészt külső országokból származik. A hasis legnagyobb részét Marokkóból importálják tengeri vagy légi úton.

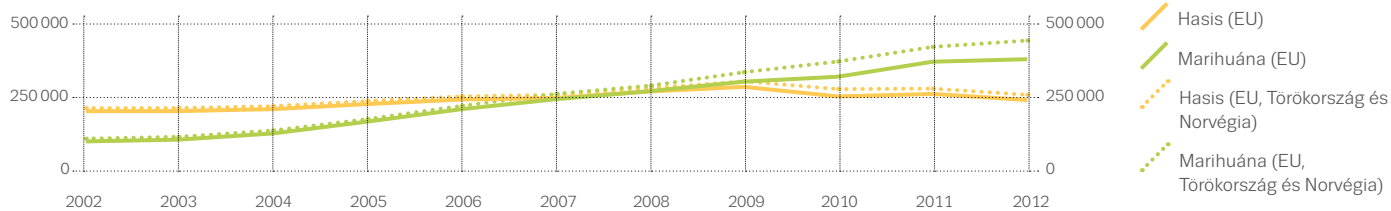
A marihuána lefoglalásai az utóbbi tíz évben megelőzték a hasisét, és mára az összes kannabiszlefoglalás közel kétharmadát teszik ki (1.2. ábra). Ez azt tükrözi, hogy sok országban megnőtt a belföldi termesztésű marihuána hozzáférhetősége. Az Európai Unióban lefoglalt hasismennyiség – hiába esett az elmúlt években – még mindig sokkal nagyobb, mint a marihuána bejelentett mennyisége (2012-ben 457 tonna a 105 tonnával szemben). Ennek feltehetőleg az a magyarázata, hogy a hasist nagyobb valószínűséggel szállítják nagy mennyiségben, nagy földrajzi távolságokon és határokon át, így jobban ki van téve a lefoglalás veszélyének.

A lefoglalt mennyiségeket tekintve az országok egy kisszámú csoportjának aránytalanul nagy a jelentősége, részben azért, mert a fő kereskedelmi útvonalak mentén

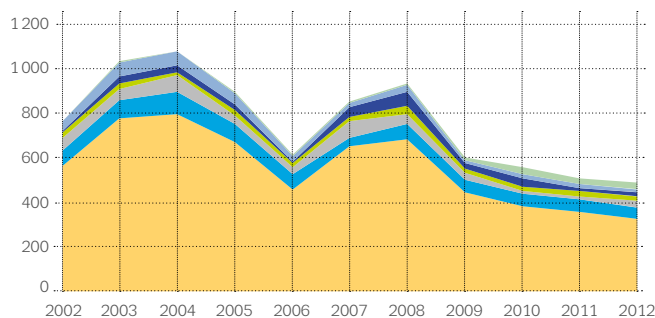
1.2. ÁBRA

A kannabiszlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség tonnában: hasis és marihuána, 2002–12

Lefoglalások száma

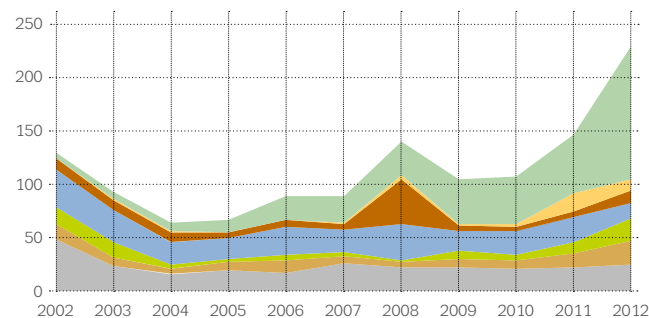


Hasis (tonna)



Spanyolország Franciaország Más országok
Olaszország Portugália Egyesült Királyság
Törökország

Marihuána (tonna)

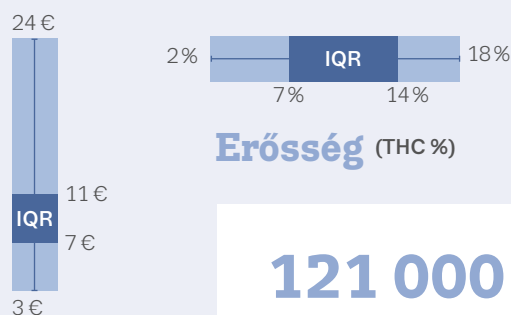


Más országok Görögország Olaszország
Egyesült Királyság Hollandia Spanyolország
Törökország

KANNABISZ

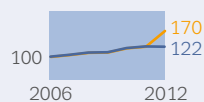
Hasis

457 tonna lefoglalás
240 000 lefoglalás
486 tonna lefoglalás (EU + 2)
258 000 lefoglalás (EU + 2)



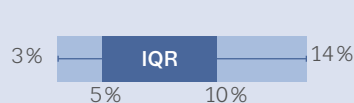
Erősség (THC %)

Ár (EUR/g)

Ár- és
erősségindex

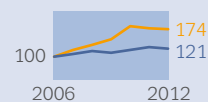
Marihuána

105 tonna lefoglalás
395 000 lefoglalás
230 tonna lefoglalás (EU + 2)
457 000 lefoglalás (EU + 2)



Erősség (THC %)

Ár (EUR/g)

Ár- és
erősségindex

121 000 kannabisz kínálatával
összefüggő bejelentett
bűncselekmények
59% a bejelentett kínálat jellegű
bűncselekmények

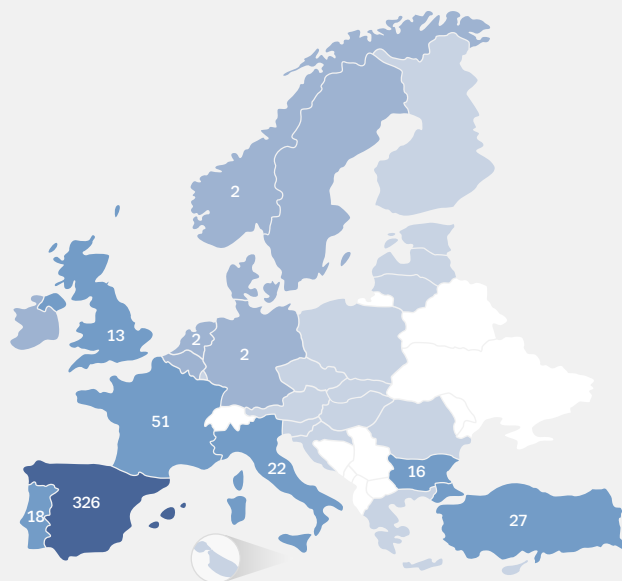


Az EU + 2 az EU-tagállamokat, Törökországot és Norvégiát jelenti. A kannabisztermékek ára és erőssége: országos átlagértékek – minimum, maximum és interkvartilis tartomány (IQR). Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

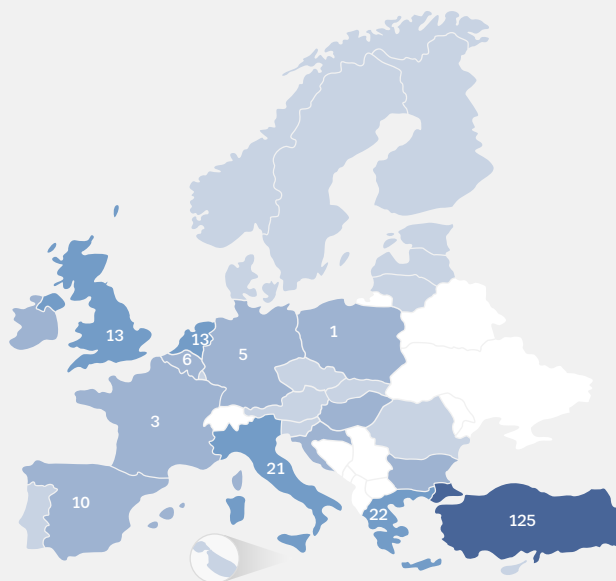
1.3. ÁBRA

A hasisból és marihuánából lefoglalt mennyiség, 2012

Hasis



Marihuána



Tonna <1 1–10 11–100 >100

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

helyezkednek el (1.2. és 1.3. ábra). Spanyolország például a Marokkóhoz való közelségének és a jelentős belső piacának köszönhetően 2012-ben az Európában lefoglalt teljes hasismennyiség körülbelül kétharmadát jelentette be. A marihuánát tekintve Görögország és Olaszország is a lefoglalt mennyiség nagyarányú közelmúltbeli növekedéséről számolt be. Törökország 2007 óta az uniós tagállamok bármelyikénél nagyobb mennyiségben foglalt le marihuánát, ráadásul a 2012-ben bejelentett mennyiség a 2011-ben bejelentettnek több mint kétszerese volt.

A kannabisznövények lefoglalásait a belföldi termelés mutatóinak lehet tekinteni, bár az ezen a területen elérhető adatok minősége megnehezíti az összehasonlítást. Európában 2012-ben 33 000 alkalommal jelentették be kannabisznövények lefoglalását. A lefoglalt kannabisznövények száma 2011 és 2012 között 5-ről 7 millióra emelkedett, ami nagyrészt az Olaszországból jelentett lefoglalások megnégyszereződéséből eredt. A lefoglalt mennyiség 33-ról 45 tonnára nőtt ugyanebben az időszakban.

Az európai szinten indexált tendenciák azt mutatják, hogy 2006 és 2012 között a marihuána és a hasis kiskereskedelmi ára és erőssége (a tetrahidrokannabinol, azaz a THC szintje) egyaránt emelkedett. A kannabisz mindkét formájának erőssége nőtt 2006 óta, bár a hasis esetében a legnagyobb növekedést 2011 és 2012 között lehetett megfigyelni.

A kannabisz hatásait utánzó vegyi anyagok, a szintetikus kannabinoidok megjelenése új dimenziót nyitott a kannabiszpiacon. Úgy tűnik, hogy a szintetikus kannabinoid porok legnagyobb részét Kínában állítják elő, majd ömlesztve szállítják, amihez jól bevált, legális szállítási és terjesztési hálózatokat vesznek igénybe. Miután a vegyi anyagok bekerültek az Európai Unió területére, általában növényekkel keverik össze vagy növényekre permetezik őket, és „legal high” szerként becsomagolva az interneten vagy kiskereskedőkön keresztül értékesítik. 2013 első hat hónapjában tizennyolc országból jelentették szintetikus kannabinoidok lefoglalását, több mint 1800 alkalommal. A legnagyobb lefoglalásokat Spanyolországból (20 kg) és Finnországból (7 kg) jelezték.

Heroin: összességében csökkentek a lefoglalások, de Törökországban nőttek

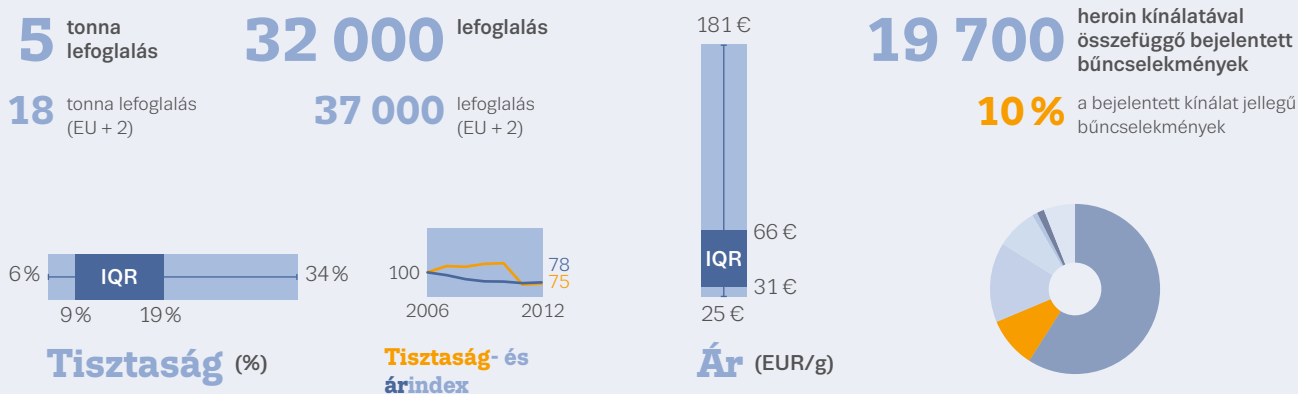
Európában az importált heroin hagyományosan két formában érhető el, ezek közül a nyers heroin (a heroin bázis formája) a gyakoribb, amely többnyire Afganisztánból származik. Sokkal ritkább forma a fehér heroin (só forma), amely hagyományosan Délkelet-Ázsiából származik, de már máshol is előállítható. Az opioid kábítószeresek előállítása korlátozott mértékben még Európán belül 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 több kereskedelmi útvonalon kerülhet be Európába. Az egyik ilyen útvonal Törökországon keresztül halad a balkáni országokba (Bulgária, Románia vagy Albánia), majd tovább Közép-, Dél- és Nyugat-Európába. A másik útvonal Oroszországon, a közép-ázsiai volt szovjet köztársaságokon halad át. Az Iránból vagy Pakisztánból érkező heroinszállítmányok légi vagy tengeri úton is beléphetnek Európába, vagy közvetlenül, vagy a nyugat- és kelet-afrikai országokon keresztül.

Az Európában bejelentett heroinlefoglalások száma 2002 és 2010 között viszonylag stabil volt, éves szinten 50 000 körül alakult. 2010 óta viszont jelentősen visszaesett a heroinlefoglalások száma, 2012-ben becslések szerint 32 000 lefoglalást jelentettek be. Az elmúlt évtizedben 2012-ben foglalták le a legalacsonyabb mennyiséget heroinból (5 tonna), és ez a 2002-ben lefoglalt mennyiségnek (10 tonna) csak a felét tette ki. Az Európai Unióban történt lefoglalások csökkenésével párhuzamosan nőtt a törökországi lefoglalások száma, ahol 2006 óta minden évben több heroint foglaltak le, mint az uniós országokban összesen (1.4. és 1.5. ábra).

**2010 óta jelentősen
visszaesett a
heroinlefoglalások száma,
2012-ben becslések szerint
32 000 lefoglalást
jelentettek be**

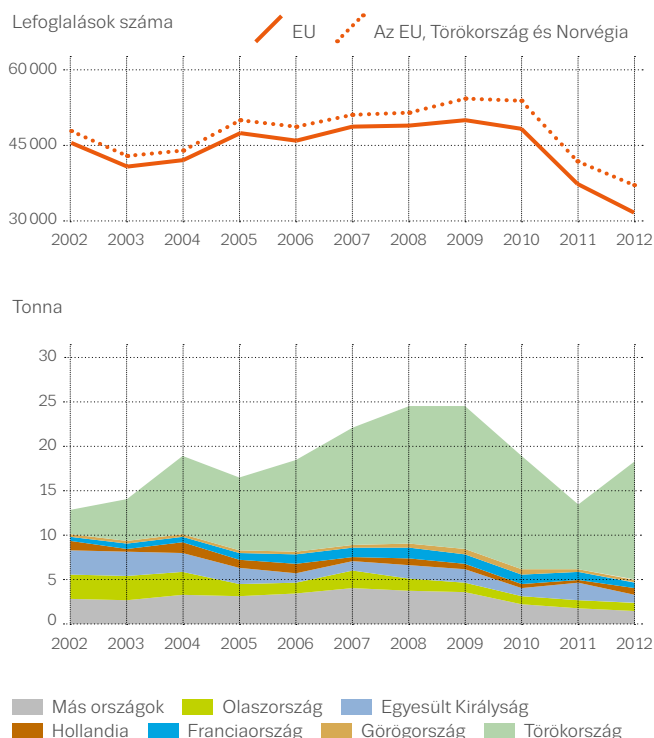
HEROIN



Az EU + 2 az EU-tagállamokat, Törökországot és Norvégiát jelenti. A „nyers heroin” ára és tisztasága: országos átlagértékek – minimum, maximum és interkvartilis tartomány (IQR). Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

1.4. ÁBRA

A heroinlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség, 2002–12

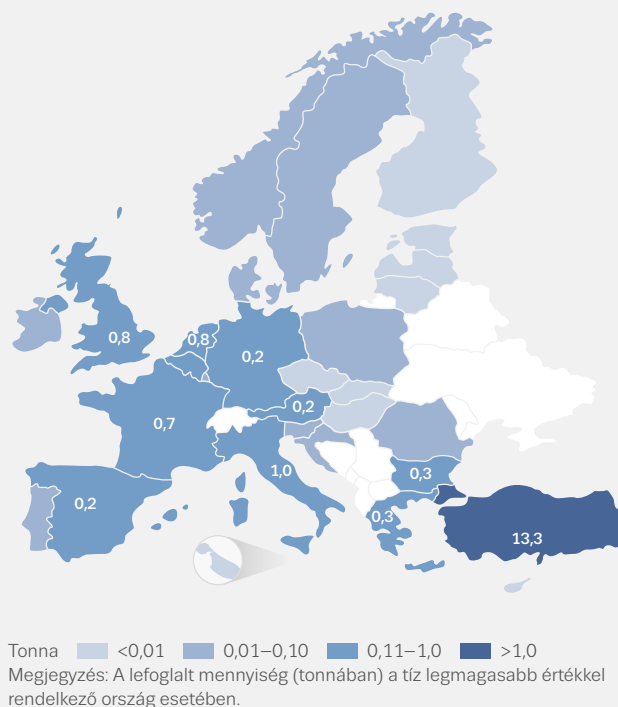


A heroinlefoglalások számának 2010/11 óta tapasztalt csökkenését a tisztaságra vonatkozó adatok és a kábítószerrel kapcsolatos kínálati bűncselekmények is tükrözik (lásd a 4. fejezetet). Több országban is komoly piaci hiány lépett fel ebben az időszakban, és egyelőre úgy tűnik, hogy ezt csak kevés piacnak sikerült teljesen kihevernie. Törökországban viszont a lefoglalt heroin mennyisége csökkent 2011-ben, mielőtt 2012-ben visszatért volna a magasabb szintekre.

Az uniós korai előrejelző rendszer felé érkeztek jelentések a heroin alternatívájaként használható szintetikus opioidokról is. Ezek közé tartoznak a különösen erős fentanilok, amelyeket esetenként gyógyszerzállítványokból, többek között a helytelenül megsemmisített fájdalomcsillapító tapasztokból térítenek el, de kifejezetten a tiltott piacra is előállíthatnak. 2012 és 2013 között 28 alkalommal foglaltak le az AH-7921 nevű új szintetikus opioidból, amely farmakológiai szempontból hasonló a morfinhoz (lásd a 28. oldalt).

1.5. ÁBRA

A lefoglalt heroin mennyisége, 2012



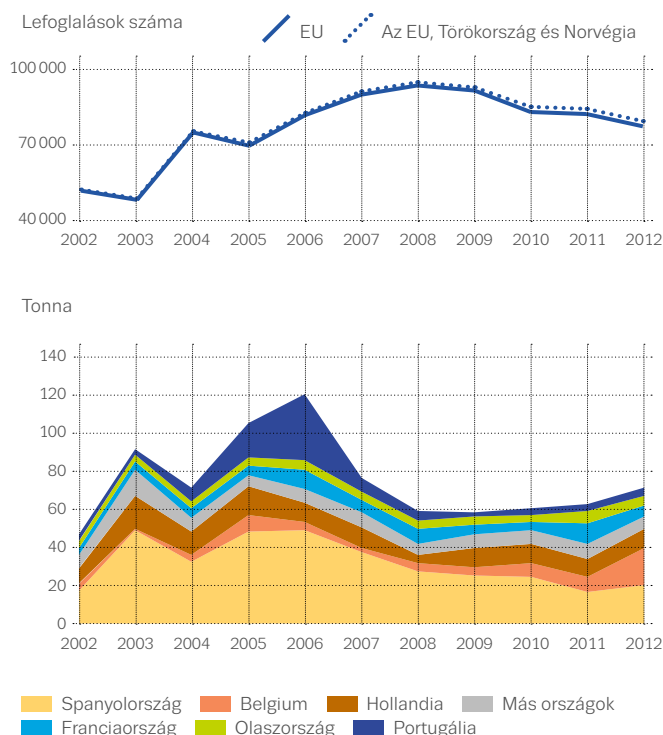
Kokain: a lefoglalások száma tovább csökkent

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 kábítószer szinte kizárólag Bolíviában, Kolumbiában és Peruban állítják elő, majd légi és tengeri úton szállítják Európába. Az Európába tartó kokainkereskedelem – és az e kereskedelem elleni bűnüldözési erőfeszítések – fő helyszínét láthatólag a nyugati és déli országok jelentik, amelyek közül Spanyolország, Belgium, Hollandia, Franciaország és Olaszország együttesen a 2012-ben lefoglalt 71 tonna kokain 85%-át adta (1.6. ábra). Az Európába vezető kokainkereskedelmi útvonalak folyamatos diverzifikálódására utaló jelek közé tartozik, hogy Bulgária, Görögország, Románia és a balti országok kikötőiben nagymennyiségű egyedi lefoglalások történtek.

Az Európai Unióban 2012-ben körülbelül 77 000 kokainlefoglalást jelentettek, ami mennyiségileg 71 tonna

1.6. ÁBRA

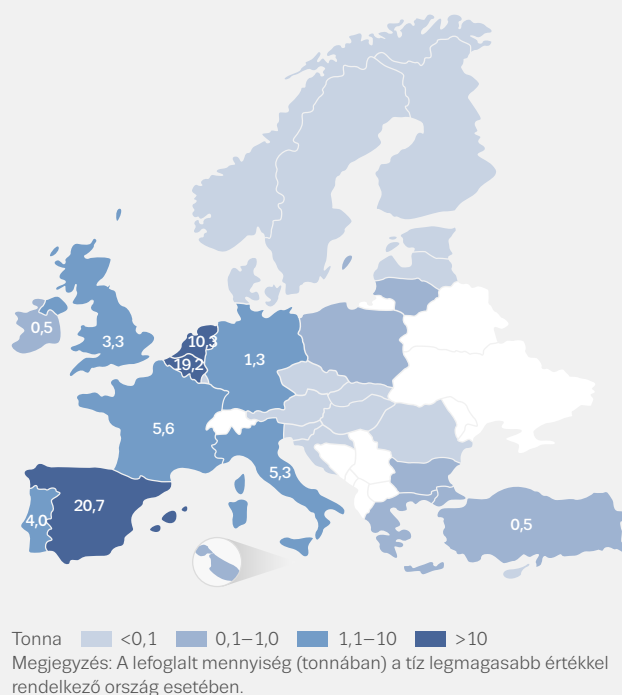
A kokainlefogalások száma és a lefoglalt mennyiség, 2002–12



kábítószer lefoglalását jelentette. A 2012-ben bejelentett kokainlefoglalások száma a 2002-es szinthez képest változatlanul magas volt. A becsült csúcshoz, a 2008-as 95 000 körüli lefoglaláshoz képest viszont visszaesett. A 2012-ben lefoglalt kokain mennyisége az előző évhez képest körülbelül 10 tonnával nőtt, de még mindig jócskán elmarad a 2006-ban lefoglalt 120 tonnás csúcstól

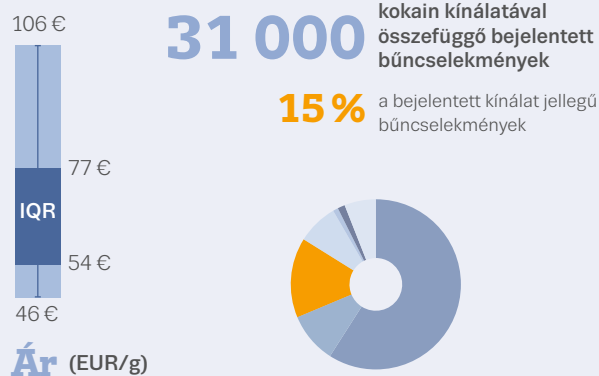
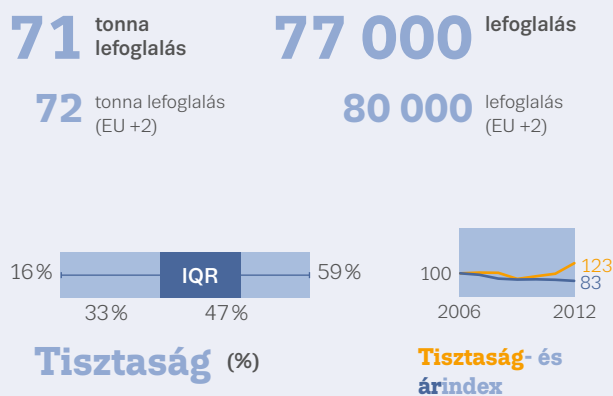
1.7. ÁBRA

A lefoglalt kokain mennyisége, 2012



(1.6. ábra). A lefoglalt kokain mennyiségének csökkenését az Ibériai-félszigeten lehetett a leginkább megfigyelni, különösen 2006 és 2007 között Portugáliában, illetve fokozatosabban, 2006 és 2011 között Spanyolországban. Rekordméretű kokainlefoglalásokat 2012-ben Belgiumból (19 tonna) jelentettek (1.7. ábra).

KOKAIN



Az EU + 2 az EU-tagállamokat, Törökországot és Norvégiát jelenti. A kokain ára és tisztasága: országos átlagértékek – minimum, maximum és interkvartilis tartomány (IQR). Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

Amfetaminszármazékok: a metamfetamin megnövekedett termelésére utaló jelek

Az amfetamin és a metamfetamin – összefoglaló néven az amfetaminszármazékok – egymással közeli rokonságban álló szintetikus stimulánsok. A kettő közül Európában mindig az amfetamin volt a gyakoribb, de a közelmúltban a jelek szerint a metamfetamin is egyre inkább hozzáférhető lett.

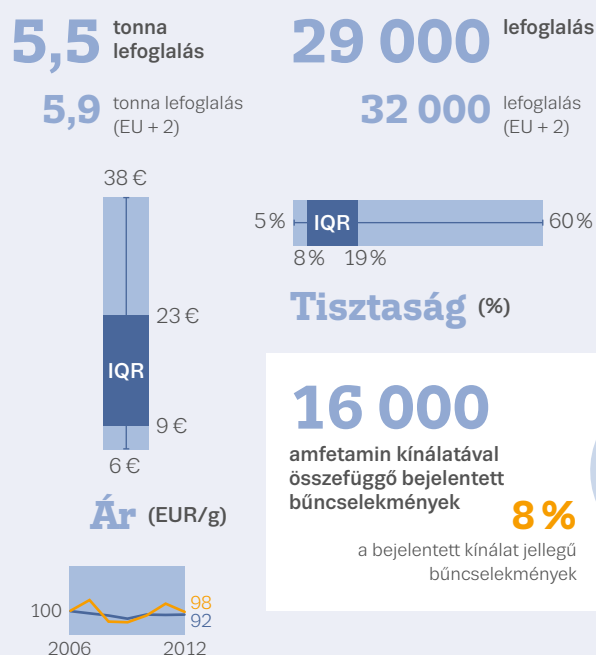
Európában mindkét kábítószer belföldi használatra állítják elő, bár az amfetaminból valamennyit kivitelre is gyártanak, elsősorban a Közel-Kelet részére. Az amfetamin termeléséről tudjuk, hogy Belgiumban és Hollandiában, valamint Lengyelországban és a balti országokban zajlik. A metamfetamin termelését tekintve két fő területet lehet meghatározni. Az első a balti államok, ahol a termelés központja Litvánia, ahonnan Norvégiába, Svédországba és az Egyesült Királyságba exportálnak. Ebben a régióban a BMK (benzil-metil-ke-ton) számít az elsőszámú prekursoroknak. A második területen, amelynek középpontja Csehország és a szomszédos országok közül Szlovákia és Németország, a termelés elsősorban az efedrinre és a pszeudoefedrinre támaszkodik, és kisméretű, úgynevezett „konyhalaboratóriumokban” zajlik. Az előállított terméket itt

elsődlegesen belföldi terjesztésre szánják. Az utóbbi két évben bizonyos jelek arra mutattak, hogy a cseh metamfetaminpiacon egyre nagyobb mértékben vannak jelen vietnami szervezett bűnözői csoportok, és a termelés mértéke is megnőtt. Európában 2011-ben összesen 350 alkalommal számoltak be metamfetamint előállító egységeket felszámolásáról, ezek többsége (338) azonban kisméretű telephely volt Csehországban.

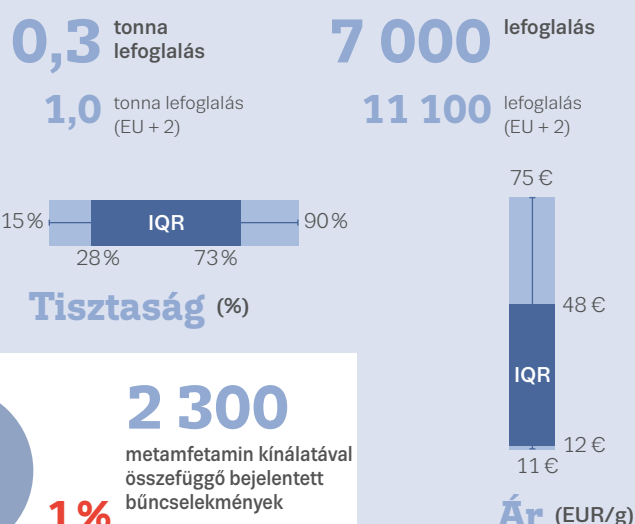
Az EU tagállamok 2012-ben 29 000 amfetaminlefoglalást jelentettek be, összesen 5,5 tonna mennyiségben. Az amfetaminból lefoglalt teljes mennyiség több mint felén Németország, Hollandia és az Egyesült Királyság osztozott (1.8. ábra). Miután egy ideig a lefoglalások száma és mennyisége is magasabb volt, 2012-ben az amfetaminlefoglalások körülbelül a 2003-ban tapasztalt szintre tértek vissza (1.9. ábra). A metamfetamin lefoglalásai még mindig nem érnek el magas szintet – sem számban, sem mennyiségben –, de az említett időszakban nőttek (1.10. ábra). 2012-ben 7000 metamfetaminlefoglalást jelentettek az Európai Unióban, összesen 0,34 tonna mennyiségben. Törökországból és Norvégiából további 4000 lefoglalást jeleztek, 0,64 tonna mennyiségben, amely összesítve nagyjából kétszerese az Európai Unióban lefoglalt mennyiségnek.

AMFETAMINOK

Amfetamin



Metamfetamin

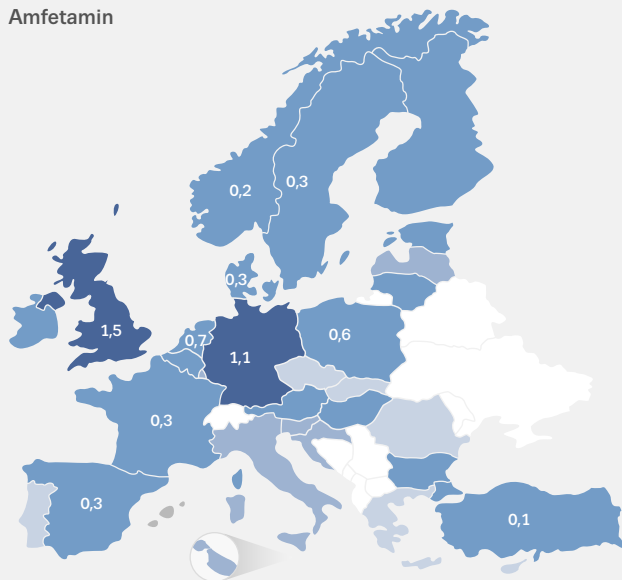


Az EU + 2 az EU-tagállamokat, Törökországot és Norvégiát jelenti. Az amfetaminszármazékok ára és tisztasága: országos átlagértékek – minimum, maximum és interkvartilis tartomány (IQR). A metamfetaminra vonatkozó indexek nem állnak rendelkezésre. Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

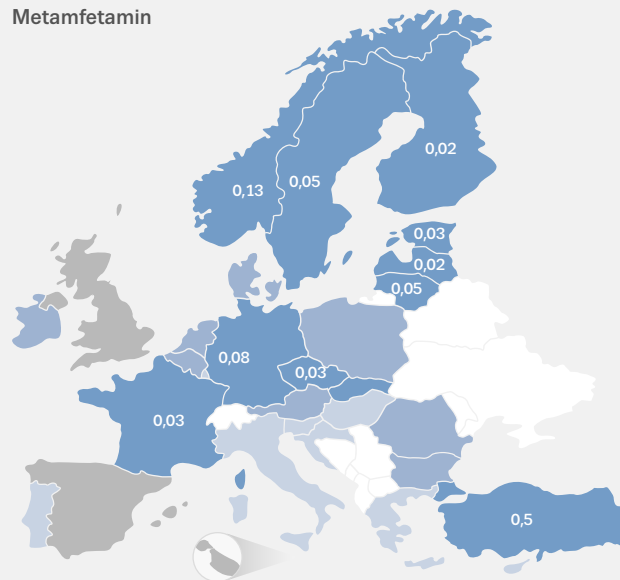
1.8. ÁBRA

Az amfetaminból és metamfetaminból lefoglalt mennyiség, 2012

Amfetamin



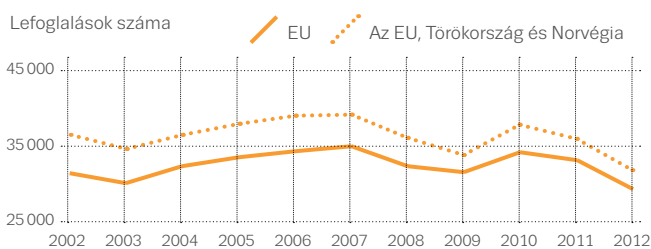
Metamfetamin



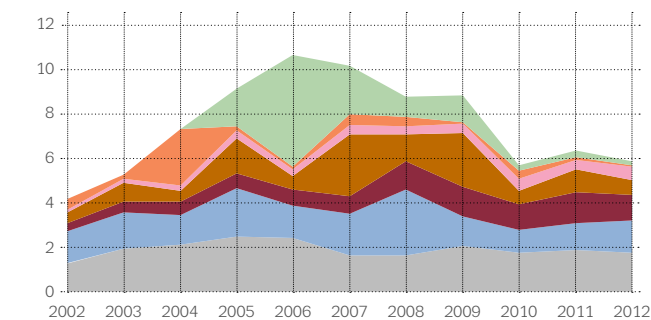
Tonna ■ <0,001 ■ 0,001–0,010 ■ 0,011–1,0 ■ >1,0 ■ Nincs adat
Megjegyzés: A lefoglalt mennyiség (tonnában) a tíz legmagasabb értékkel rendelkező ország esetében.

1.9. ÁBRA

Az amfetaminlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség, 2002–12



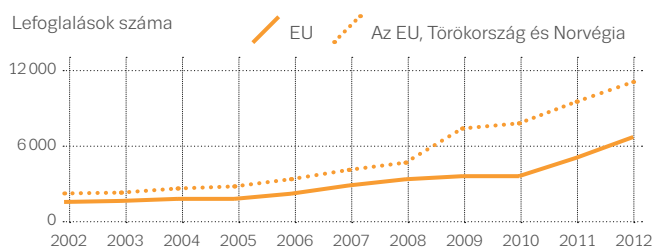
Tonna



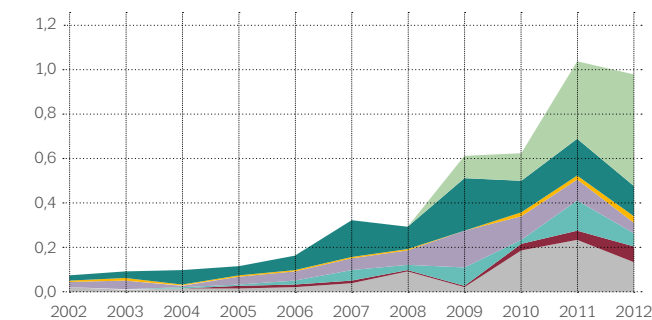
Más országok ■ Egyesült Királyság ■ Németország
Hollandia ■ Lengyelország ■ Belgium ■ Törökország

1.10. ÁBRA

A metamfetaminlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség, 2002–12



Tonna



Más országok ■ Németország ■ Litvánia ■ Svédország
Csehország ■ Norvégia ■ Törökország

Ecstasy: nagy tisztaságú por a piacon

Az ecstasy megnevezés általában az amfetaminszármazékokkal kémiai rokon, de hatását tekintve némileg eltérő, MDMA (3,4-metiléndioxi-metamfetamin) nevű szintetikus anyagot jelöli. Az ecstasyként árusított tabletták azonban MDMA-szerű anyagok széles körét és egészen más vegyi anyagokat is tartalmazhatnak. Úgy tűnik, hogy az MDMA por és kristály alakban egyre gyakoribb, és Európa egyes részein nagy tisztaságú porhoz is hozzá lehet jutni.

Az ecstasy európai előállítását láthatólag Belgiumban és Hollandiában koncentrálódik, amint azt a két országban az elmúlt évtized során felszámolt laboratóriumok száma tanúsítja. Az Európában felszámolt ecstasy-előállító laboratóriumok száma a 2002-es 50-ről 2010-re háromra esett vissza, ami a kábítószer termelésének jelentős csökkenésére utal. Az utóbbi időben voltak arra utaló jelek, hogy az ecstasypiac kezd fellendülni, Belgiumban és Hollandiában például 2013-ban számos nagy MDMA-előállító egységet számoltak fel.

Az Európai Unióban 2012-ben 4 millió ecstasytablettát foglaltak le, főleg Hollandiában (2,4 millió), kisebb mértékben az Egyesült Királyságban (0,5 millió) és Németországban (0,3 millió). Ugyanebben az évben Törökország is lefoglalt 3,0 millió ecstasytablettát (1.11. és 1.12. ábra). Az Európai Unióban 2012-ben lefoglalt ecstasytabletták mennyisége kevesebb mint egyötöde a 2002-ben lefoglalt mennyiségnek (23 millió). Az ecstasy lefoglalásai 2002 és 2009 között összességében csökkentek, mielőtt az ezt követő években lassan újra emelkedni kezdtek volna (1.11. ábra). Ezt a 2009-ig csökkenő, majd az ezt követő három beszámolási évben növekvő tendenciát tükrözik az elemzett ecstasytabletták MDMA-tartalmáról rendelkezésre álló adatok is.

Úgy tűnik, hogy az MDMA por és kristály alakban egyre gyakoribb, és Európa egyes részein nagy tisztaságú porhoz is hozzá lehet jutni

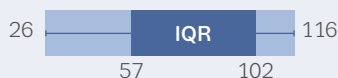
ECSTASY

4 millió lefoglalt tabletta

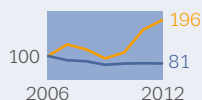
7 millió lefoglalt tabletta (EU + 2)

11 200 lefoglalás

16 000 lefoglalás (EU + 2)



Tisztaság (MDMA mg/tablet)



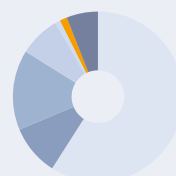
Tisztaság- és árindex



Ár (EUR/tablet)

3 000 ecstasy kínálatával összefüggő bejelentett bűncselekmények

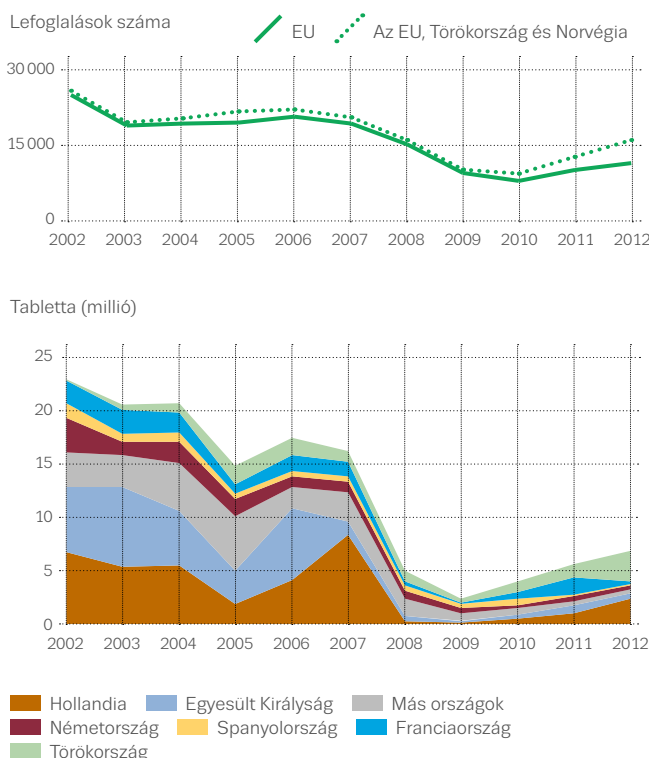
1% a bejelentett kínálat jellegű bűncselekmények



Az EU + 2 az EU-tagállamokat, Törökországot és Norvégiát jelenti. Az ecstasy ára és tisztasága: országos átlagértékek – minimum, maximum és interkvartilis tartomány (IQR). Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

1.11. ÁBRA

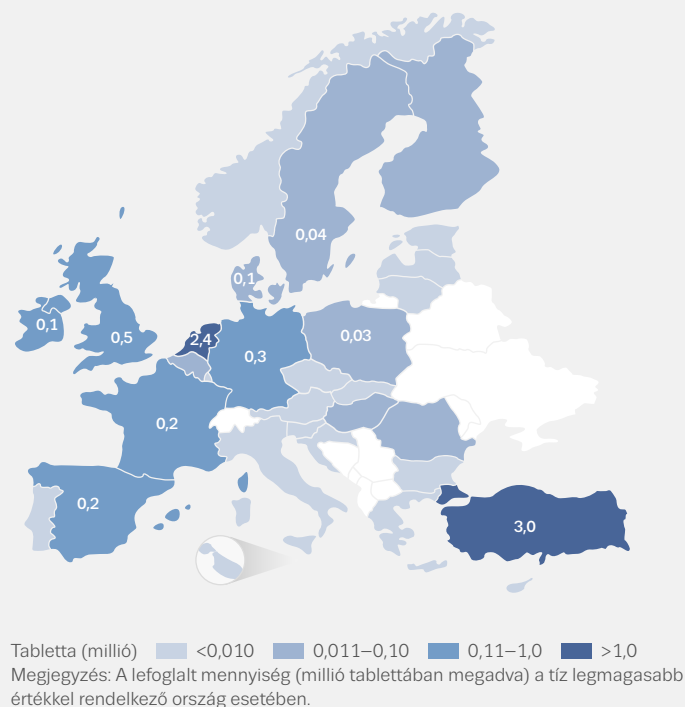
Az ecstasylefoglalások és a lefoglalt tabletták száma, 2002–12



Az ecstasykínálatban megfigyelhető tendenciák részben talán a megerősített ellenőrzéseknek és a PMK (piperonil-metil-keton), az MDMA előállításához használt fő prekursor vegyi anyag célirányos lefoglalásainak tulajdoníthatók. Az ecstasytermelők állítólag a prekursorok ellenőrzésére reagálva kezdték használni a „pre-prekursorokat” vagy az „álcázott prekursorokat”, azaz olyan alapvető vegyi anyagokat, amelyeket legálisan, nem ellenőrzött anyagként importálhatnak, majd az MDMA előállításához szükséges prekursor vegyi anyaggá alakíthatnak.

1.12. ÁBRA

A lefoglalt ecstasy mennyisége, 2012



Katonok – a stimulánsok új osztálya Európában

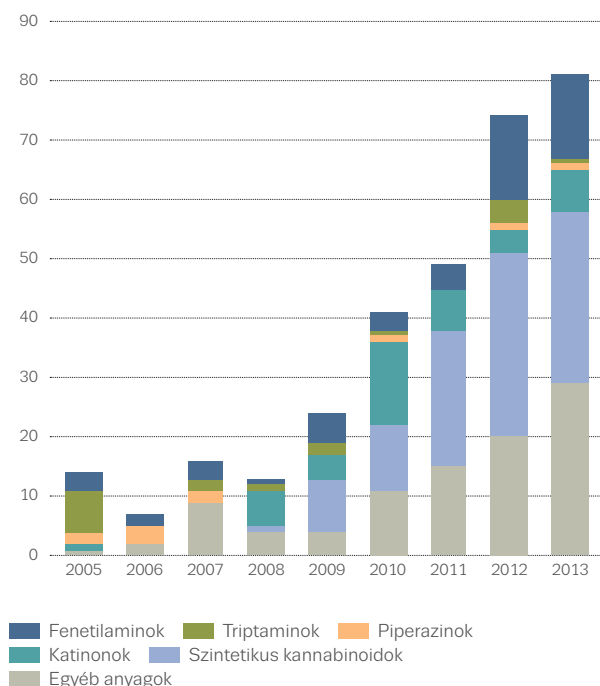
Európában az utóbbi években több mint 50 helyettesített katonaszármazékot ismertek fel. A legismertebb példa, a mefedron néhány országban a stimulánsok piacán jó pozíciót szerzett. Egy másik katinont, az MDPV-t (3,4-metiléndioxi-pirovaleron) az európai piacon túlnyomórészt por és tabletták alakjában forgalmazzák „legal high” szerként, de az illegális piacon közvetlenül is. 2008 és 2013 között az MDPV porból 29 országból több mint 5500 lefoglalást jelentettek, ami több mint 200 kilogramm kábítószernek felelt meg.

Az új kábítószeresek egyre változatosabbak

A kábítószerpiac elemzését megnehezíti az új kábítószeresek (új pszichoaktív anyagok) felbukkanása – olyan szintetikus vagy természetben előforduló anyagok megjelenése, amelyek a nemzetközi jog szerint nem ellenőrzöttek, viszont gyakran úgy készültek, hogy utánozzák az ellenőrzött anyagok hatásait. Az új kábítószereseket 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

1.13. ÁBRA

Az uniós korai előrejelző rendszerhez bejelentett új pszichoaktív anyagok száma és fontosabb csoportjai, 2005–13



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 kitételrel, hogy a termék emberi fogyasztásra nem alkalmas.

2013 folyamán a tagállamok az uniós korai figyelmeztető rendszeren keresztül összesen 81 új pszichoaktív anyagról küldtek első értesítést (1.13. ábra). Az anyagok közül huszonkilenc volt szintetikus kannabinoid, további 30 vegyület pedig nem felelt meg a már elismert kémiai csoportoknak (ezek között növények és gyógyszerek is voltak). A bejelentett anyagok között volt még 13 új helyettesített fenetilamin, hét szintetikus katinon, egy triptamin és egy piperazin.

2013 folyamán a tagállamok az uniós korai figyelmeztető rendszeren keresztül összesen 81 új pszichoaktív anyagról küldtek első értesítést

Az új kábítószeres kockázatának értékelése

Európai szintű kockázatértékelés készült a 4-metilamfetaminról (2012-ben) és az 5-(2-amino-propil) indolról (2013-ban), miután bizonyítékok jelentek meg az ártalmakról, köztük a rövid időn belül történt, az egyes anyagokhoz köthető, 20-nál is több halálesetről. Mindkét anyagot ellenőrzési intézkedések alá vonták egész Európában. Négy új pszichoaktív anyagról (25I-NBOME, AH-7921, MDPV, metoxetamin) 2014. áprilisban készült kockázatértékelés.

A 25I-NBOME egy helyettesített fenetilamin és a szerotonin 5-HT_{2A} receptor erős teljes agonistája, amely láthatólag hallucinogén hatásokkal rendelkezik. Az uniós kábítószerpiacon legalább 2012. május óta kapható. Négy tagállamból jelentettek a használatához köthető súlyos mérgezést, köztük egy halálesetet, amelynél kimutatták a szer jelenlétét.

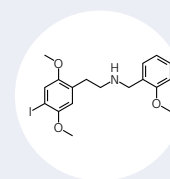
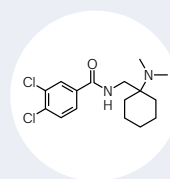
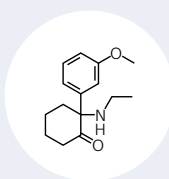
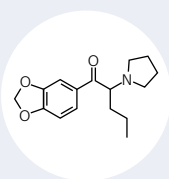
Az AH-7921 egy szintetikus opioid, amely legalább 2012. július óta kapható az Európai Unióban. A legtöbbször kis mennyiségben, por alakban foglalták le. Ezt az opioidot Svédországban, az Egyesült Királyságban és Norvégiában hat nem halálos kimenetelű mérgezésben és tizenöt halálesetben mutatták ki.

Az MDPV egy szintetikus katinon, amely szoros rokonságban áll a pirovaleronnal. Az MDPV legalább 2008. november óta jelen van az uniós kábítószerpiacon, és 107 nem halálos kimenetelű mérgezésben, valamint 99 halálesetben sikerült kimutatni, különösen Finnországban és az Egyesült Királyságban. Bizonyos jelek arra utalnak, hogy a kokain „legális” vagy szintetikus változataként árusították, de az ecstasyra emlékeztető tablettákban is megtalálták.

A metoxetamin a ketaminnal szoros rokonságban álló arilciklohexilamin, amely legalább 2010. szeptember óta elérhető az uniós kábítószerpiacon. Az anyagból több kilogrammos mennyiségeket foglaltak le, por alakban. A jelentésekben húsz halálesetet és 110 nem halálos kimenetelű mérgezést hoztak összefüggésbe a szerrel.

Az új pszichoaktív anyagok vagy egy ellenőrzött kábítószernek álcázva, vagy valamely ellenőrzött kábítószer alternatívájaként jelennek meg a piacon. A 4-metilamfetamint például közvetlenül az illegális piacon hozták forgalomba amfetaminként, a metoxetamint a ketamin legális alternatívájaként árusítják, a 25I-NBOME pedig az LSD „legális” alternatívájaként kerül forgalomba.

A 2014-BEN KOCKÁZATÉRTÉKELÉS ALÁ VONT NÉGY ANYAG



MDPV	Metoxetamin	AH-7921	25I-NBOMe	Anyag
kationonok	arilciklohexilaminok	opioidok	fenetilaminok	Kábítószer-család
2008	2010	2012	2012	Az EU korai előrejelző rendszerénél tett első bejelentés éve
99	20	15	1	A szerrel összefüggésbe hozott halálesetek száma
107	110	6	15	A nem halálos kimenetelű mérgezések száma
29	24	8	24	Azon országok száma, ahol kimutatták (EU, Törökország és Norvégia)
22	9	1	6	Azon országok száma, ahol a kábítószer felügyeletére vonatkozó jogszabályok szerint ellenőrzött (EU, Törökország és Norvégia)

Egyre nagyobb piacot kínál az internet

Az internet egyre nagyobb szerepet játszik abban, hogy a kábítószereket hogyan árusítják, és sajátos kihívásokat jelent mind az „új”, mind a „rég” kábítószerkínálatának megszüntetésében. Az ellenőrzést különösen megnehezíti az a tény, hogy a gyártók, a beszállítók, a kiskereskedők, a weboldalak üzemeltetői és a fizetést feldolgozó szolgáltatások esetenként mind különböző országokban találhatóak. Ezeket a kihívásokat tovább fokozza, hogy a kábítószerkereskedők és fogyasztók felé történő értékesítésben egyre gyakrabban alkalmazzák a hálózatok láthatatlanná tételét, az úgynevezett „darknetet”. Az ilyen oldalak eléréséhez szükséges technológia egyre gyakrabban épül be a fogyasztói szoftverbe, így ezek a piacok egyre több ember előtt nyílnak meg. Úgy tűnik ezenkívül, hogy a „legal high” szerek nyílt internetes értékesítése folytán a terjesztők és a fogyasztók könnyebben hozzájutnak ezekhez. Az EMCDDA megfigyelése során 2013-ban 651 olyan weboldalt talált, ahol „legal high” szereket árusítottak az európai felhasználóknak.

Több gyógyszert sikerült kimutatni

A kábítószerpiacon észlelt új kábítószerkínálat között egyre nagyobb számban akadnak olyanok, amelyeknek legitim gyógyászati felhasználása is van. Ezeket esetenként gyógyszerként árusítják, máskor tiltott kábítószerként, például heroinként, titkos csatornákon forgalmazzák, de „legal high” szerként, „kutatási vegyi anyagként”, sőt, „táplálékkiegészítőként” is forgalomba kerülhetnek. A friss példák közé tartoznak a következők, amelyeket az

opioidhasználók a jelentések szerint intravénásan alkalmaznak: a neuropátiás fájdalom, epilepszia és általános szorongás kezelésére használt pregabalin; a szemvizsgálatok során pupillatágításra alkalmazott tropikamid; valamint a karfentanil, a nagytestű állatok nyugtatószerekként használt opioid.

A korai előrejelző rendszer felé a közelmúltban bejelentett gyógyszerek közé tartozik még: a fenazepam, egy benzodiazepin, amelyet „legális” benzodiazepinként, „kutatási vegyi anyagként” és a diazepam nevű ellenőrzött kábítószerként árusítottak; valamint a fenibut, egy szorongáscsökkentő gyógyszer, amelyet Oroszországban az alkoholfüggőség csökkentésére használnak, de az interneten „táplálékkiegészítőként” forgalmazták. Ezeket a gyógyszereket többféle úton be lehet szerezni: az engedéllyel rendelkező gyógyszereket a szabályozott piacról lehet eltéríteni, az engedély nélküli gyógyszereket pedig az Európai Unió kívüli országokból importálják. Az is előfordul, hogy a gyógyszerek összetevőit ömlesztve importálják Kínából vagy hasonló országokból, majd az európai országokban feldolgozzák, csomagolják és forgalomba hozzák a tiltott kábítószerpiacán, a „legal high” szerek piacán vagy az e-kereskedelmet folytató oldalakon.

A kábítószerpiacon észlelt új kábítószerkínálat között egyre nagyobb számban akadnak olyanok, amelyeknek gyógyszerként legitim felhasználása is van

BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2014

Cannabis markets in Europe: a shift towards domestic herbal cannabis, Kábítószerügyi kiemelt témák.

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA tanulmányok.

2013

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Kockázatértékelések.

Report on the risk assessment of 5-(2-aminopropyl) indole in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Kockázatértékelések.

Synthetic cannabinoids in Europe, Kábítószerügyi kiemelt témák.

Synthetic drug production in Europe, Kábítószerügyi kiemelt témák.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, Jelentés a trendfigyelő ülésről.

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

Válaszok az új pszichoaktív anyagokra, Célpontban a kábítószer.

2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

2007

Early-warning system on new psychoactive substances — operating guidelines.

Az EMCDDA és az Europol közös kiadványai

2014

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: AH-7921 (3,4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: methoxetamine (2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 25I-NBOMe (4-iodo-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)phenethylamine).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: MDPV (3,4-methylenedioxypyrovalerone).

2013

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

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 a www.emcdda.europa.eu/publications weboldalon

2

**A becslések szerint az Európai
Unió felnőtt népességének közel
egynegyede, több mint 80 millió
felnőtt használt már tiltott
kábitószert az élete valamely pontján**

Kábítószer-használat és a kábítószerekkel összefüggő problémák

A „kábítószer-használat” kifejezés számos különféle fogyasztási mintát takar, és ezek az egyszeri kipróbálástól a szokásos és függő használatig tartó skálán bárhol elhelyezkedhetnek. A különböző fogyasztási módokhoz különböző szintű kockázat és ártalom tartozik. A kábítószer-használat révén az egyént érő kockázatot különféle tényezők befolyásolják, köztük a kábítószerek használatának közege, az elfogyasztott adag, a fogyasztási mód, az egyéb anyagok egyidejű fogyasztása, a kábítószer-fogyasztási epizódok száma és hossza és az egyéni sérülékenysége.

A kábítószer-használat és a kábítószerekkel összefüggő problémák megfigyelése

Az európai kábítószer-használat megfigyelésében a közös módszert az EMCDDA öt fő epidemiológiai mutatója biztosítja. Ezek az adatkészletek a következőkre vonatkoznak: a használatról szóló felmérések, becslések a problémás használatról, a kábítószerrel összefüggő halálesetek, fertőző betegségek és a kábítószer miatt kezelésre jelentkezők. Ezek a mutatók együttesen véve fontos forrást nyújtanak az EMCDDA által a tendenciákról és fejleményekről készített elemzéshez. Az indikátorokról szóló technikai információk az interneten a *legfontosabb mutatók nyitólapján* és az online *Európai kábítószerjelentés: adatok és statisztikák* című kiadványban találhatók meg.

Több mint 80 millió európai használt már tiltott kábítószert

A becslések szerint az Európai Unió felnőtt népességének közel egynegyede, több mint 80 millió felnőtt használt már tiltott kábítószert valamikor élete során. A legtöbb esetben kannabiszot használtak (73,6 millió), a kokain (14,1 millió), az amfetaminszármazékok (11,4 millió) és az ecstasy (10,6 millió) használatának becsült életprevalenciája jóval alacsonyabb. A kábítószer-használat életprevalenciáját tekintve az országok között komoly különbségek vannak, Dániában, Franciaországban és az Egyesült Királyságban például a felnőttek nagyjából egyharmada érintett, míg Bulgáriában, Görögországban, Cipruson, Magyarországon, Portugáliában, Romániában és Törökországban kevesebb mint egytizedük.

Kábítószer-használat a diákok körében

A diákok körében előforduló szerhasználat megfigyelése hasznos betekintést ad a fiatalok aktuális kockázati magatartásába, egyúttal figyelmeztet a potenciális jövőbeni tendenciákra. Európában az ESPAD-felmérés hasznos forrás a 15–16 éves diákok körében előforduló szerhasználat időbeli alakulásának nyomon követéséhez. A legfrissebb, 2011-ből származó adatok szerint a 15–16 évesek nagyjából egynegyede használt már valamilyen tiltott kábítószer, bár az előfordulási szintek országonként nagyon különbözőek. Ebben a korcsoportban a tiltott kábítószeres használatának legnagyobb része mögött a kannabisz van: a bevallott életprevalencia 24%, az elmúlt évi használat 20% volt, a felmérést megelőző hónapban pedig 12% használta. A fiú diákok a lányokhoz képest másfélszer nagyobb valószínűséggel számoltak be az elmúlt hónapban történt kannabiszhasználatról.

A kannabiszt kipróbálók közül sokan mindössze egy vagy két alkalommal használták a kábítószer. A diákok egy kis része azonban intenzívebb használati mintákról számolt be, és körülbelül 2%-uk állította, hogy a felmérést megelőző hónapban 10-nél is többször használta a kábítószer.

A kannabisztól eltérő tiltott kábítószeres használatának előfordulása sokkal alacsonyabb, bár néhány országban az ecstasy és az amfetaminszármazékok használata hangsúlyosabban van jelen. Összesítésben a diákok körülbelül 7%-a nyilatkozta azt, hogy egynél több tiltott kábítószer is kipróbált. Az ESPAD-felmérés az

alkoholfogyasztásról és a dohányzásról is beszámol. A diákok körében a kannabiszhoz képest mindkét szer használata gyakoribb volt, akik pedig kannabiszt használtak, nagyobb valószínűséggel voltak az alkohol- és dohánytermékek rendszeres fogyasztói is. A felmérést megelőző hónapban a diákok 19%-a szívott el napi egy vagy több cigarettát, de 4%-uk napi 10 szálnál is többet. Saját bevallása szerint a diákok közel kétharmada ivott alkoholt legalább egyszer az elmúlt hónapban, és 20% volt részeg legalább egy alkalommal ugyanebben az időszakban.

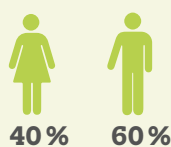
Kannabisz: eltérő országos tendenciák

A kannabiszt általában elszívással fogyasztják, Európában rendszerint dohánnyal keverve. A kannabiszhasználat mintái az alkalmi vagy kipróbálási szinttől a rendszeres használatig és a függőségig terjedhetnek. A problémák határozott összefüggést mutatnak a gyakoribb használattal és a nagyobb adagokkal.

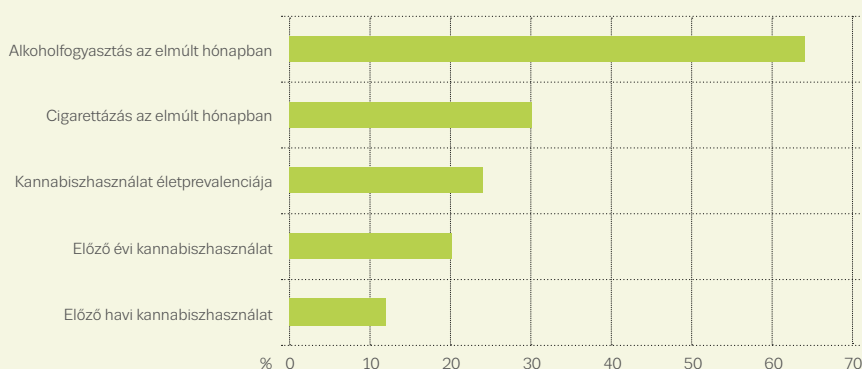
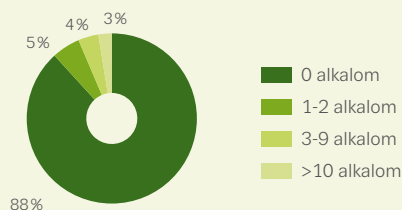
A tiltott kábítószeres használat között minden korcsoportban a kannabisz használatának a legnagyobb a valószínűsége. Becslések szerint kb. 14,6 millió európai fiatal (15–34 évesek) avagy a korcsoport 11,2%-a használt kannabiszt az elmúlt évben, és közülük 8,5 millióan a 15–24 éves korosztályba tartoztak (13,9%). A férfiak körében általában nagyobb arányú a kannabiszhasználat, és ezt a különbséget rendszerint a használat intenzívebb vagy rendszeres mintái tovább erősítik. A jelenlegi használati

A SZERHASZNÁLAT GYAKORISÁGA A 15–16 ÉVES EURÓPAI DIÁKOK KÖRÉBEN (ESPAD, 2011)

Előző havi kannabiszhasználat nemek szerint

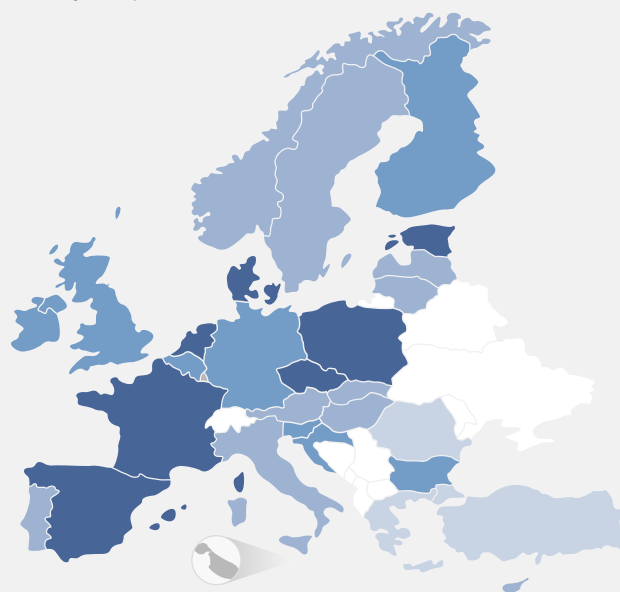
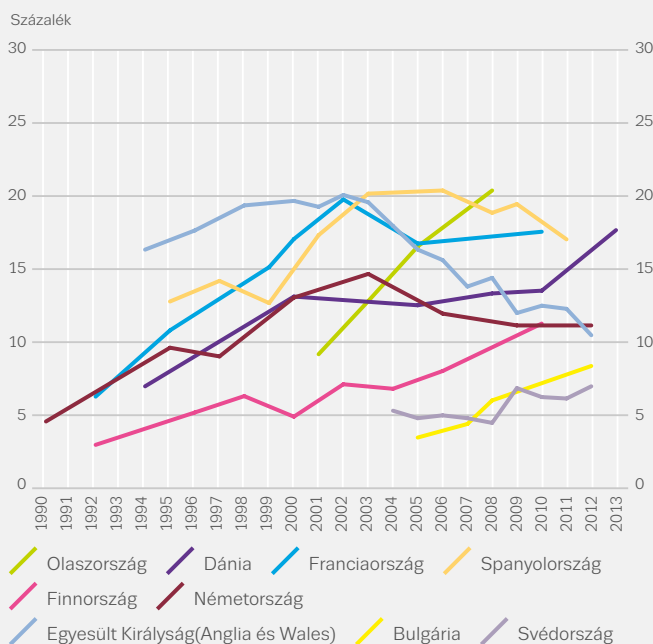


Kannabiszhasználat gyakorisága az előző hónapban



2.1. ÁBRA

A kannabiszhasználat előző éves prevalenciája a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében: statisztikailag jelentős tendenciát mutató országok (balra) és a legfrissebb adatok (jobbra)



tendenciák eltérőnek tűnnek, amit jól illusztrál, hogy a 2011 óta új felmérésekről beszámoló országok közül nyolcból jelezték az előző éves prevalencia csökkenését, és ötből az emelkedését. A szintetikus kannabinoid receptor agonisták használatáról jelenleg kevés országos felmérés tudósított; ahol ez előfordult, általában alacsonyok voltak a prevalenciaszintek.

Ma már egyre több ország rendelkezik elegendő felmérési adattal ahhoz, hogy lehetővé tegye a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében előforduló kannabiszhasználat hosszú távú időbeli tendenciáinak statisztikai elemzését. Dániában, Finnországban és Svédországban a fiatal felnőttek körében az előző évi kannabiszhasználat emelkedő tendenciáját lehetett megfigyelni, bár az előfordulási szintek eltérőek voltak (2.1. ábra). Norvégiában ezzel szemben viszonylag stabilak maradtak az előfordulási arányok. Érdekes módon Németország, Franciaország és az Egyesült Királyság az elmúlt évtizedben vagy stabil, vagy csökkenő használati tendenciát mutatott, noha ezen időszakot megelőzően növekedést lehetett megfigyelni. Spanyolországból szintén alacsonyabb előfordulást jelentettek az elmúlt évtizedben. A felsorolt négy ország együttesen az EU népességének közel felét jelenti. Bulgáriában és Olaszországban – rövidebb időszak alapján – emelkedő a tendencia. Olaszországból újabban alacsonyabb prevalenciaszinteket jelentettek, de módszertani okokból kifolyólag a felméréseket nem lehet közvetlenül összehasonlítani.

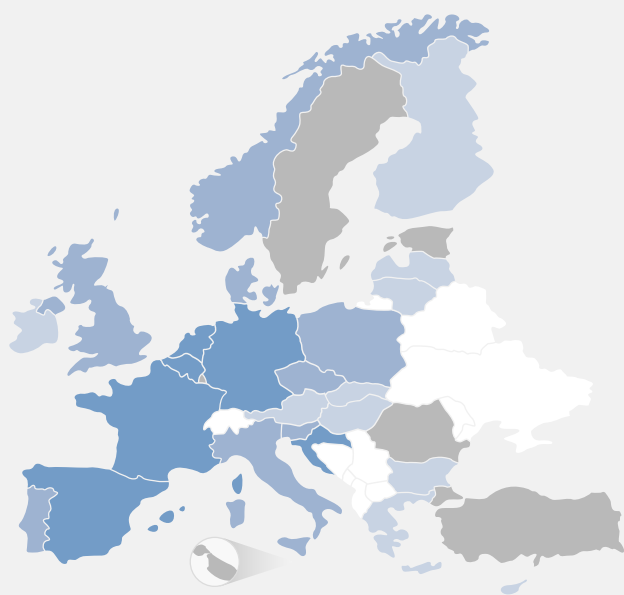
A kannabiszhasználók kapcsolatos aggályok

A kannabiszhasználók egy kisebb része intenzíven fogyasztja a szert. A napi vagy közel napi szintű kannabiszhasználat definíció szerint azt jelenti, hogy az illető az előző hónapban 20 vagy több napon használta a kábítószer. E kritériumok alapján az európai felnőtt népesség nem egészen 1%-át lehet napi vagy közel napi szintű kannabiszhasználónak tekinteni. A napi vagy közel napi szintű kannabiszhasználók több mint kétharmada 15–34 év közötti, és ez a korcsoport több mint háromnegyed részben férfiakból áll. Az adatközlő országok körében a fiatal felnőttek (15–34 évesek) között a napi vagy közel napi szintű használók aránya becslések szerint a szlovákiai 0,1% és a spanyolországi 4,4% között mozog (2.2. ábra).

A kábítószer miatt első alkalommal kezelésre jelentkező kliensek 2012-ben már leggyakrabban a kannabiszt nevezték meg a kezelés elsődleges okaként. Az első kezelésre jelentkezők összesített száma 2006 és 2011 között 45 000-ről 61 000-re emelkedett, de 2012-ben stabilizálódott (59 000). A 2012-ben kezelésre jelentkező összes kliens körében a kannabisz volt a második leggyakrabban megnevezett kábítószer (110 000). Ezen belül azonban nagy országonkénti különbségeket lehet megfigyelni: Bulgáriában mindössze az összes kezelésre jelentkező 2%-a jelezte az elsődleges kannabiszhasználatot, Magyarországon viszont 66%-uk. Ez

2.2. ÁBRA

A napi és közel napi szintű kábítószerhasználat prevalenciája a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében



Százalék <0,50 0,51–1,0 >1,0 Nincs adat

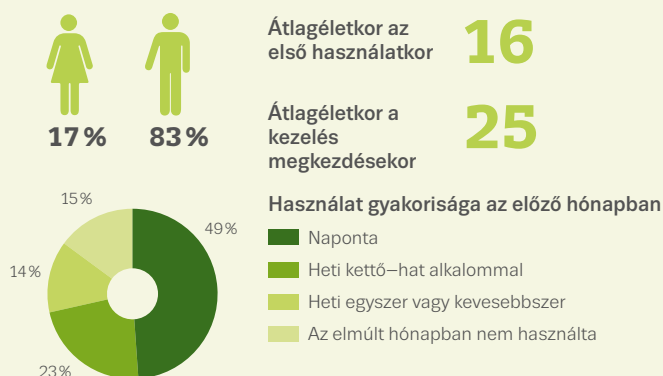
a különbözőség talán a beutalási eljárások, a jogszabályok, a rendelkezésre álló kezelési szolgáltatások típusai és a kábítószer előfordulási szintjei közötti országonkénti különbségekkel magyarázható.

A kábítószerhez és a szintetikus kábítószertermékekhez köthető akut sürgősségi esetek

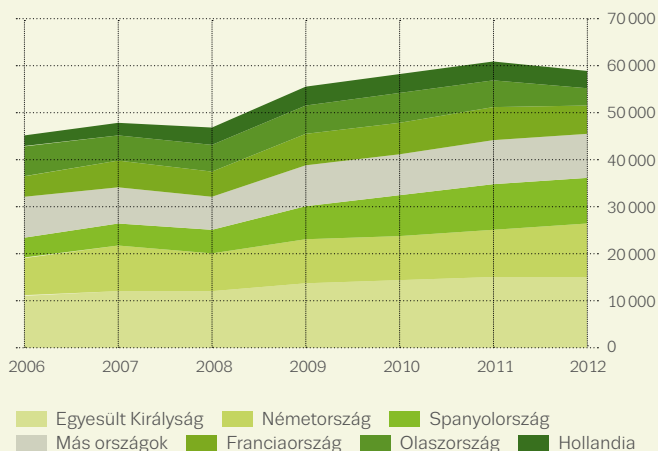
Ritkán ugyan, de előfordulhat, hogy a kábítószer fogyasztása után, különösen nagy adagok esetén akut sürgősségi ellátásra lesz szükség. Úgy tűnik, hogy a magasabb előfordulási szintekkel rendelkező országokban egyre nagyobb problémát jelentenek a kábítószerhez köthető sürgősségi esetek. A kábítószerrel összefüggő sürgősségi esetek számának közelmúltbeli megemelkedését Csehországból, Dániából és Spanyolországból jelezték. A kábítószerrel összefüggő sürgősségi esetek legnagyobb része a fiatal férfiak körében fordul elő, és gyakran alkohommérgezéssel társul. A tünetek közé tartozhat a szorongás, pszichózis vagy más pszichiátriai tünet, de kórházi felvételre a legtöbb esetben nincs szükség. Ugyancsak aggasztó fejlemény a szintetikus kábítószertermékek megjelenése. Ezek az anyagok rendkívül erősek lehetnek, de kémiaiailag nem hasonlítanak a kábítószerhez, ezért attól eltérő, potenciálisan súlyosabb egészségügyi következményekkel járhatnak. Bár egyelőre korlátozottan ismerjük ezen anyagok fogyasztásának egészségügyi hatásait, a használatukkal járó akut káros következményekről szóló jelentések miatt egyre aggályosabbnak tűnnek.

KEZELÉSRE JELENTKEZŐ KÁBÍTÓSZERHASZNÁLÓK

Tulajdonságok



Az első kezelést megkezdők számának alakulása



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

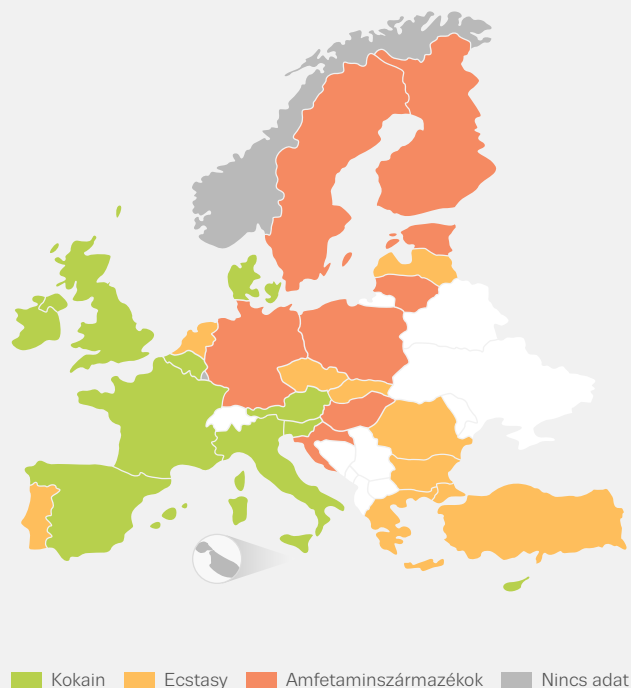
A stimulánsok használati mintáinak földrajzi különbségei

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, benzilpiperazin) 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.

A felmérési adatok szemléltetik a stimulánsok európai használati mintáinak földrajzi különbségeit. A kokain Európa déli és nyugati részén jellemzőbb, az amfetaminszármazékok a középső és északi országokban gyakoribbak, az ecstasy pedig a déli és keleti országokban – alacsony előfordulási szintek mellett (2.3. ábra). A több európai nagyvárosra kiterjedő vizsgálat keretében végzett szennyvízelemzésből származó adatok szintén a regionális használati minták különbözőségét jelzik. Viszonylag magas koncentrációban mutattak ki amfetamint több észak- és északnyugat-európai városból származó

2.3. ÁBRA

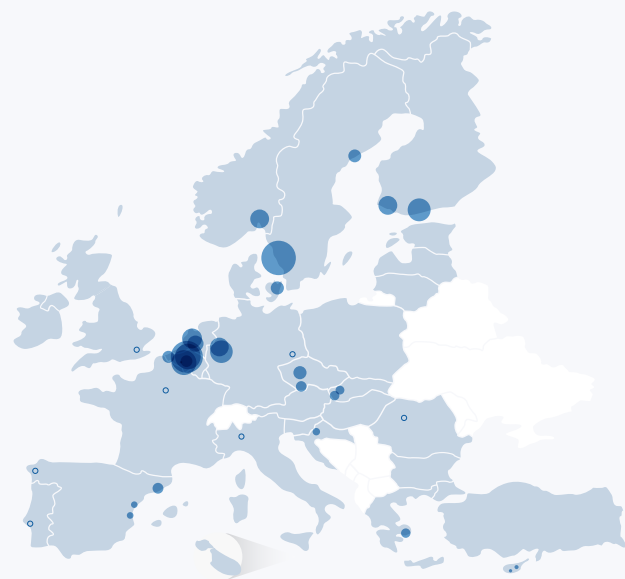
A legjellemzőbb stimuláns kábítószer a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében mért előző éves prevalencia alapján



2.4. ÁBRA

Amfetaminszármazékok a kiválasztott európai városok szennyvizében

Amfetamin



Metamfetamin

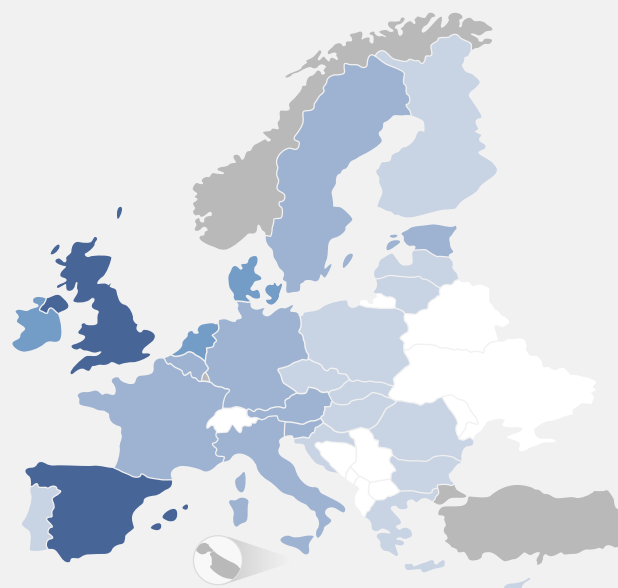
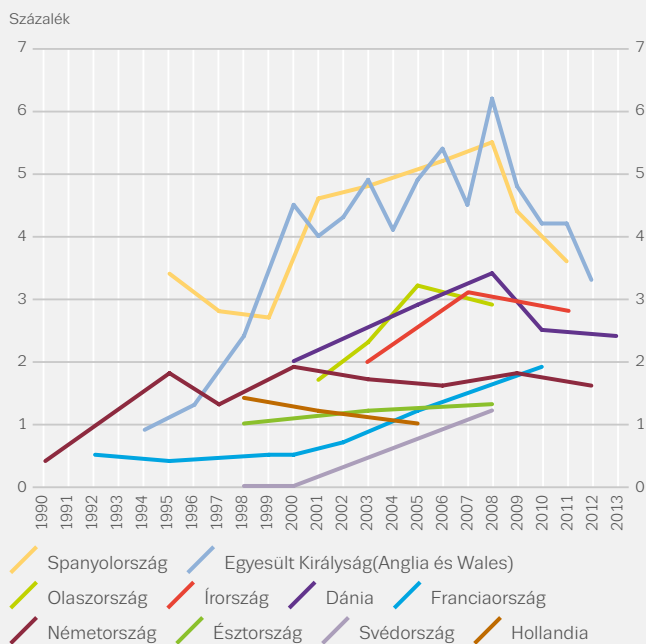


mg/1000 lakos/nap 0 10 50 100 200 300

Megjegyzés: Az amfetaminszármazékok napi középértéke 1000 lakosra jutó milligrammban, 2013-ban végzett egyhetes mintavétel alapján. Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

2.5. ÁBRA

A kokainhasználat előző éves prevalenciája a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében: válogatott tendenciák (balra) és a legfrissebb adatok (jobbra)



szennyvízmintában, ezzel szemben a metamfetamin szintje a cseh és szlovák városokban volt a legmagasabb (2.4. ábra).

Kokain: tovább 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 opioidokkal együtt használják a kokaint. A rendszeres kokainhasználat szív-érrendszeri, idegrendszeri és mentális egészségügyi problémák járhatnak együtt, emellett a balesetek és a függőség kockázata is megnő. Az intravénás kokainhasználat és a crack kokain használata jár a legnagyobb egészségügyi kockázatokkal, ideértve a fertőző betegségek átadását.

Európán belül a kokain a legáltalánosabban használt tiltott stimuláns kábítószer, noha a kokainhasználók többségének az országok egy kis csoportja ad otthont. Becslések szerint az elmúlt év folyamán körülbelül 2,2 millió 15–34 év közötti fiatal felnőtt (a korosztály 1,7%-a) használt kokaint.

Ha megvizsgáljuk a kokainhasználat hosszú távú alakulását Dánia, Spanyolország és az Egyesült Királyság esetében, három olyan országban, ahonnan viszonylag magas előfordulási arányokat jelentettek, a 2008-as csúcs után visszaesést figyelhetünk meg (2.5. ábra). A többi ország is többségében stabil vagy csökkenő tendenciát mutat.

A kokainhasználat csökkenését a legfrissebb adatok is alátámasztják, miután a 2011 és 2013 között elvégzett felmérésekkel rendelkező 12 ország közül 11 jelezte az előfordulás visszaesését.

**Európán belül a kokain
a legáltalánosabban
használt tiltott
stimuláns kábítószer**

Tovább 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 népesség körében 2012-ben Németországban 0,20%-ra becsülték a „kokainfüggőséget”, Olaszországban 0,26%-ra tették azok arányát, akik „kokainhasználat miatt kezelésre szorulnak”, Spanyolországban pedig 2011-ben 0,4%-ra becsülték a „nagykockázatú kokainhasználatot”. Az Egyesült Királyság 2010/11-es becslésében az angliai felnőtt népesség körében 0,49%-ra tette a crack kokain használatát, bár a többség valószínűleg opioidokat is használt.

A kábítószer-használat miatt 2012-ben speciális kezelésre jelentkező kliensek 14%-a (55 000) nevezte elsődleges kábítószernek a kokaint, az első kezelésüket megkezdők közül pedig 18% (26 000). Az országok között vannak különbségek, sőt, a kokainfogyasztó kliensek körülbelül 90%-át mindössze öt országból jelentették (Németország, Spanyolország, Olaszország, Hollandia, Egyesült Királyság). Ez az öt ország együttesen az EU népességének több mint felét jelenti. Az elsődleges kokainhasználat miatti első kezelésüket megkezdő kliensek száma az elmúlt években csökkent, a 2008-as 38 000-es csúcstról 2012-re 26 000-re esett vissza. A csökkenés nagy része az Olaszországból

jelentett számok visszaesésének tulajdonítható.

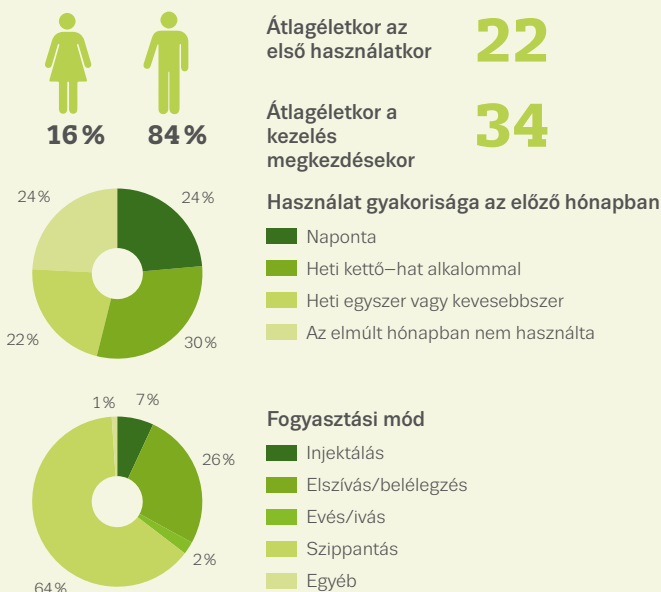
Európában 2012-ben az első alkalommal kezelésre jelentkezők közül csak kevesen (2300) jelezték a crack kokain elsődleges használatát; e kliensek nagyjából kétharmad része az Egyesült Királyságban él, a maradék túlnyomórészt Spanyolországban és Hollandiában.

A kokainnak akut kórházi felvételekben és halálesetekben is szerepe lehet. Ez a kábítószer a szív-érrendszeri problémáknak tulajdonított halálozás egy részében is közrejátszhat. Bár erről a területről csak korlátozottan vannak adatok, 2012-ben 19 országból jelentettek a kokainnal összefüggő haláleseteket, több mint 500 felismert esettel.

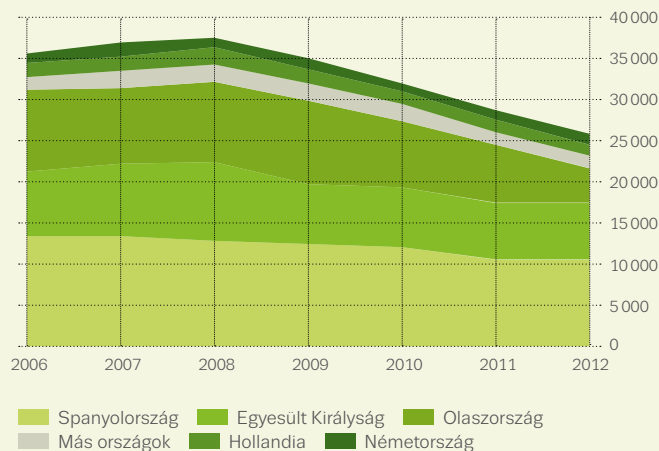
**2012-ben 19 országból
jelentettek a kokainnal
összefüggő haláleseteket,
több mint 500 felismert
esettel**

KEZELÉSRE JELENTKEZŐ KOKAINHASZNÁLÓK

Tulajdonságok



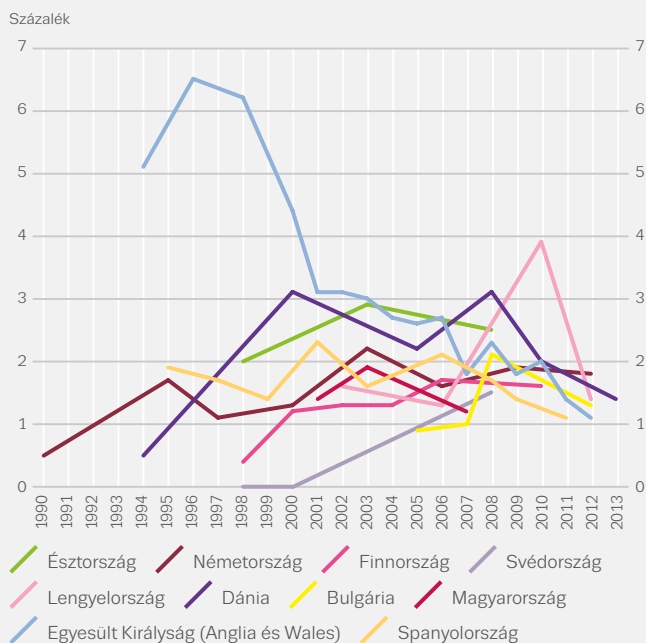
Az első kezelést megkezdők számának alakulása



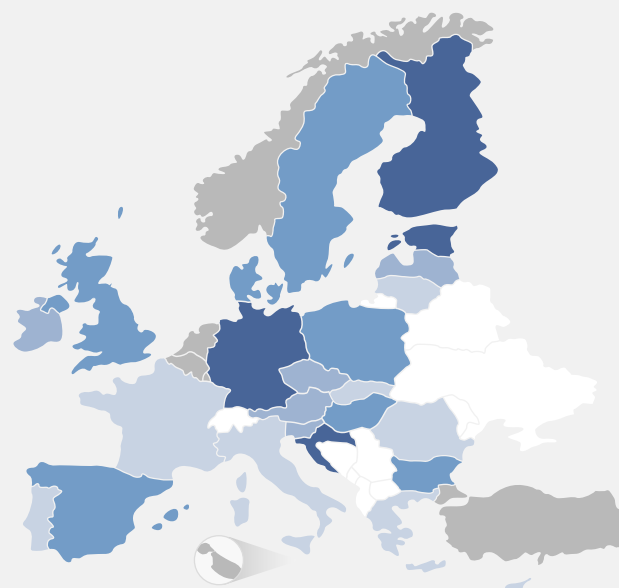
Megjegyzés: A tulajdonságok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki a kokaint/cracket nevezte meg elsődleges kábítószerként. A tendenciák a kokaint/cracket elsődleges kábítószerként fogyasztó, első kezelésüket megkezdő személyekre vonatkoznak. Mutatók szerint változik, hogy mely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

2.6. ÁBRA

Az amfetaminszármazékok használatának előző éves prevalenciája a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében: válogatott tendenciák (balra) és a legfrissebb adatok (jobbra)



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



Százalék <0,5 0,51–1,0 1,1–1,5 >1,5
Nincs adat

Amfetaminszármazékok: csökkenő használat, változatlan egészségügyi veszélyek

A stimulánsok családjának két közeli rokon tagja, az amfetamin és a metamfetamin Európában egyaránt használatos, bár az amfetamin sokkal könnyebben hozzáférhető. A metamfetamin fogyasztása történetileg Csehországra és újabban Szlovákiára korlátozódott, de ez most kezd megváltozni.

Mindkét kábítószer fogyasztható szájon át és szippantással, de néhány országban a problémás drogfogyasztók körében az injektlás is viszonylag gyakori. A metamfetamint el is lehet szívni, bár erről a fogyasztási módokról Európában csak a közelmúltban számoltak be.

Az amfetaminszármazékok használatához köthető káros egészségügyi hatások közé tartoznak a szív-érrendszeri, légzőszervi, neurológiai és mentális egészségügyi problémák, ezenkívül – más kábítószerekhez hasonlóan – az injektlás a fertőző betegségek szempontjából jelent kockázati tényezőt. Az amfetaminszármazékok használatával összefüggő haláleseteket más kábítószerekhez hasonlóan esetenként nehezen lehet felismerni. Ennek ellenére minden évben bejelentenek néhány ilyen esetet, rendszerint olyan országokból, ahol az előfordulási szintek magasak.

Becslések szerint az elmúlt év folyamán 1,2 millió fiatal felnőtt (a 15–34 évesek 0,9%-a) használt amfetaminszármazékokat. A fiatal felnőttekre vonatkozó éves becsült prevalencia 2007 és 2012 között a legtöbb európai országban viszonylag alacsony szintű és állandó volt, mindegyik adatközlő országban 2,5%-os vagy alacsonyabb prevalenciaszintekkel. A 12 ország közül, ahol 2011 óta végeztek felmérést, 11-ből jelentették az amfetaminhasználat prevalenciájának csökkenő szintjét (2.6. ábra).

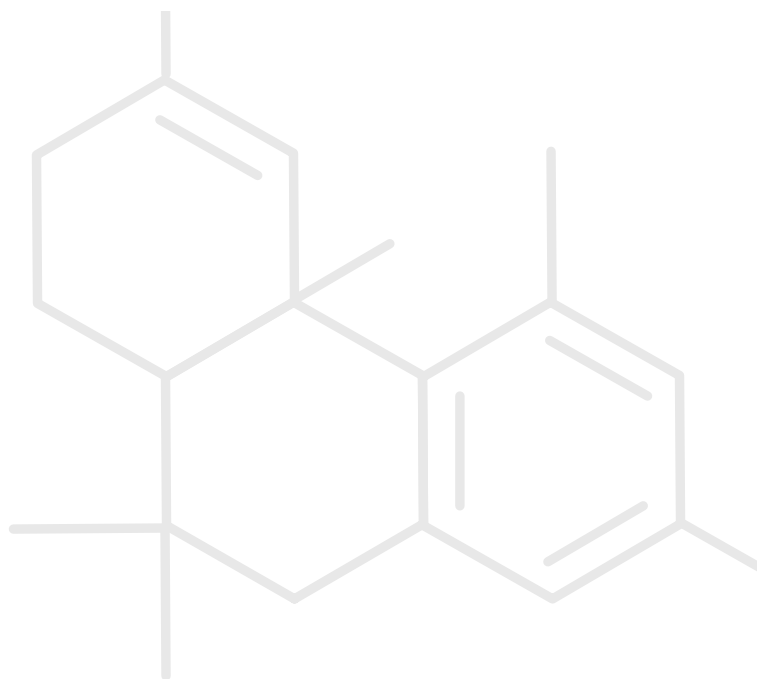


Az amfetaminszármazékok használata sokoldalú jelenség

Csehországból és Szlovákiából a metamfetaminhasználat hosszabb távú, jól kialakult mintáit jelentették: a felnőttek (15–64 évesek) körében a legfrissebb becslések Csehországban (2012) kb. 0,42%-ra, Szlovákiában (2007) kb. 0,21%-ra teszik problémás metamfetaminhasználók arányát. A közelmúltban a problémás metamfetaminhasználatra utaló jelekről számoltak be a Németország egyes régióiban és Görögországban, Cipruson, Lettországon és Törökországban élő nagykockázatú drogfogyasztók körében is. Idetartoznak a kristályos metamfetamin szívására utaló aggasztó jelek, amit a dél-európai országokból jelentettek az intravénás opioidhasználók alcsoportjaiban. Néhány európai nagyvárosban ezenkívül az injekciós használat újbóli fellendülését tapasztalták olyan férfiak kis csoportjai körében, akik más férfiakkal létesítenek szexuális kapcsolatot.

Európában a drogfogyasztás miatt 2012-ben speciális kezelésre jelentkező kliensek körülbelül 6%-a nevezte elsődleges kábítószernek az amfetaminszármazékokat (ez hozzávetőlegesen 25 000 kliens, akik közül 10 000 most először jelentkezett kezelésre). Az elsődleges amfetaminhasználók csak Németországban, Lettországon és Lengyelországban 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. Az amfetaminszármazékok miatt első alkalommal kezelésre jelentkezők számának növekedése elsősorban a németországi klienseknek és a metamfetamin miatt első kezelésükre jelentkező csehországi és szlovákiai klienseknek tulajdonítható.

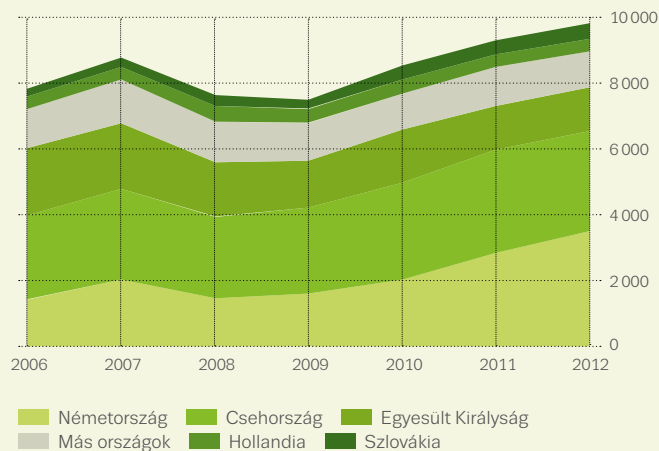


AZ AMFETAMINSZÁRMAZÉKOKAT HASZNÁLÓ, KEZELÉSRE JELENTKEZŐ KLIENSEK

Tulajdonságok



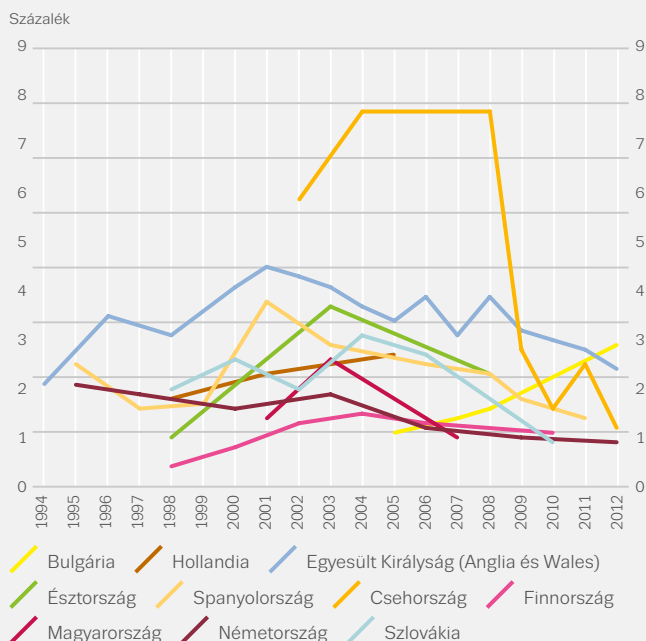
Az első kezelést megkezdők számának alakulása



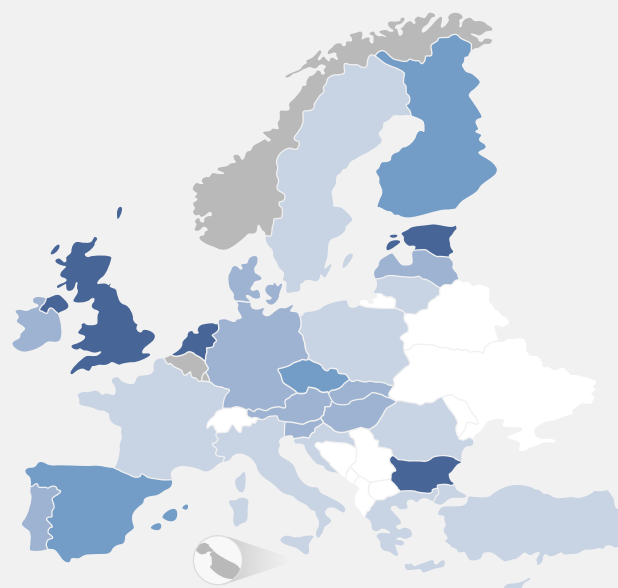
Megjegyzés: A tulajdonságok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki az amfetaminszármazékokat nevezte meg elsődleges kábítószerként. A tendenciák az amfetaminszármazékokat elsődleges kábítószerként fogyasztó, első kezelésüket megkezdő személyekre vonatkoznak. Mutatók szerint változik,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

2.7. ÁBRA

Az ecstasyhasználat előző éves prevalenciája a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében: válogatott tendenciák (balra) és a legfrissebb adatok (jobbra)



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



Százalék
 <0,5 0,51–1,0 1,1–2,0 >2,0
 Nincs adat

Ecstasyhasználat: alacsony, stabil tendencia a normál népességben

Az ecstasy általában az MDMA nevű szintetikus anyagot jelenti. Ezt a kábítószer rendszerint tabletták formájában használják, de por vagy kristály formában is kapható; fogyasztása lenyelve vagy szippantással történik. Az ecstasyhasználat történetileg az elektronikus zenés-táncos közegekhez 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. A jelentések szerint előfordulnak az ecstasyhoz köthető halálesetek, de ritkák.

Becslések szerint az elmúlt évben 1,3 millió fiatal felnőtt (15–34 évesek) használt ecstasyt (a korcsoport 1,0%-a), 0,1% és 3,1% közötti becsült országos arányokkal. A kábítószer fogyasztása Európában jellemzően a 2000-es évek elején és közepén tetőzött, majd csökkenni kezdett (2.7. ábra). A legtöbb országból 2007 és 2012 között az ecstasyhasználat állandó vagy csökkenő tendenciáját jelentették. Ez a csökkenés Bulgária kivételével – ahol a prevalencia 2005 óta emelkedő tendenciát mutat – továbbra is egyértelmű a 2011 óta végzett felmérésekről beszámoló 12 ország adataiból. Az ecstasyhoz köthető

problémák miatt 2012-ben csak kevés szerhasználó jelentkezett kezelésre: Európában az első kezelésüket megkezdő bejelentett kliensek kevesebb mint 1%-a (kb. 550 kliens) nevezte meg elsődleges szerként az ecstasyt.

Szintetikus katinonok: aggályos kérdés az injektlás

A szintetikus katinonok, köztük a mefedron és az MDPV néhány országban mára már teret nyertek a tiltott stimulánsok piacán. A rendelkezésre álló korlátozott információ alapján úgy tűnik, hogy az előfordulásuk

A legtöbb országból 2007 és 2012 között az ecstasyhasználat állandó vagy csökkenő tendenciáját jelentették

továbbra is alacsony szintű. A katinonokat is tartalmazó ismételt felmérések csak az Egyesült Királyságban (Anglia és Wales) készültek. A legfrissebb (2012/13) felmérés a mefedron előző évi használatát a 16–59 éves felnőttek körében 0,5%-ra becsülte, ami a 2011/12-es 1,1%-hoz és a 2010/11-es 1,4%-hoz képest csökkenést jelent. Az egyesült királysági szórakozóhelyek rendszeres látogatói körében végzett, nem reprezentatív felmérés szintén az előző évi mefedronhasználat csökkenését állapította meg (a 2011-es 19,5%-ról 2012-ben 13,8%-ra).

Továbbra is aggályos kérdés a katinonok, köztük a mefedron, az MDPV és a pentedron injekciós használata, amit különféle populációkban észleltek, többek között az intravénás opioidhasználók, kezelés alatt álló kliensek, fogvatartottak és más férfiakkal szexuális kapcsolatot létesítő férfiak körében. A szintetikus katinonok használata miatti problémákhoz köthető kezelési igények növekedéséről Magyarországról, Romániából és az Egyesült Királyságból számoltak be. Romániában az első alkalommal kezelésre jelentkezők már nagyobb arányban nevezték elsődleges kábítószernek az új pszichoaktív anyagokat (37%), mint a heroint (21%). Az Egyesült Királyságban 2011/12-ben 1900-ra becsülték a kezelésre jelentkező mefedronhasználók számát, és e kliensek több mint fele 18 év alatti volt.

A hallucinogének, a GHB és a ketamin használata alacsony szintű

A tiltott kábítószeres 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 (lizergénsav-dietilamid) 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 0,8% közé, az LSD használatát pedig 0% és 0,7% 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 húgyhólyag-károsodás. A GHB használatához köthető veszély az eszméletvesztés, az elvonási szindróma és a függőség, ezek kapcsán Belgiumból és Hollandiából jeleztek néhány kezelési igényt.

Ahol a GHB és a ketamin használatáról országos becslés készült, ezek a felnőtt és az iskolai népességben egyaránt alacsonynak mutatják az előfordulást. Dániából a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében a ketaminhasználat 0,3%-os előző évi prevalenciáját jelentették, az Egyesült Királyságban pedig a 16–24 évesek 0,8%-a jelezte a ketamin előző évi használatát, ami a 2010-es 2,1%-os csúcshoz képest visszaesés. Az éjszakai életben végzett célzott felmérések jellemzően nagyobb arányú előfordulásról számolnak be. Egy önkéntesen kitöltött internetes felmérés egyesült királysági válaszadói közül, akik az éjszakai szórakozóhelyek rendszeres látogatóinak minősültek, 31% jelezte a ketamin előző évi használatát és 2% a GHB előző évi használatát.

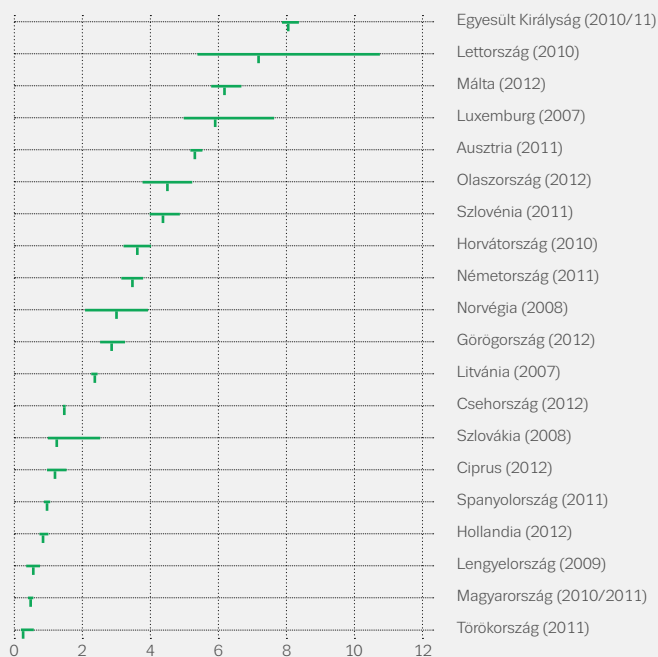
**A tiltott kábítószeres európai
piacán számos, hallucinogén,
érzéstelenítő és nyugtató
tulajdonságokkal rendelkező
pszichoaktív anyag kapható**



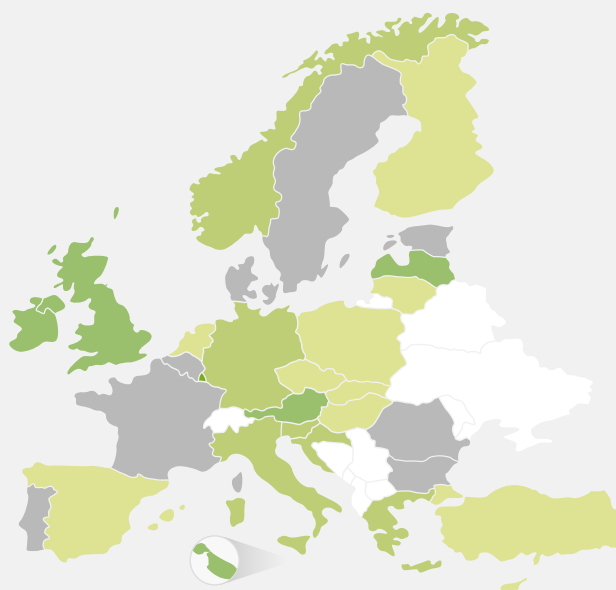
2.8. ÁBRA

Országos becslések a problémás opioidhasználat előző éves prevalenciájáról

A 15-64 éves népességben 1000 főre jutó esetszám



Megjegyzés: Az adatokat becsült pontokként és bizonytalansági intervallumokként ábrázoltuk.

1000 főre jutó arány: <2,50, 2,51–5,0, >5,0
Nincs adat

Megjegyzés: A finnországi adatok 2005-ből, az írországiak 2006-ból származnak.

Opioidok: 1,3 millió problémás szerhasználó

Európán belül még mindig az opioidok tiltott 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 opioidok használata jellemzően a városi területeken élő, perifériára szorult rétegek körében a legmagasabb.

A heroinfüggőség Európában több hullámban jelentkezett. Az első hullám több nyugat-európai országot érintett az 1970-es évek közepétől kezdve, 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.

A felnőttek (15–64 évesek) körében nagyjából 0,4%-ra becsülik a problémás opioidhasználat átlagos előfordulását, ami Európában 2012-ben 1,3 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 (2.8. ábra).

Heroin: tovább csökkennek a kezelési igények

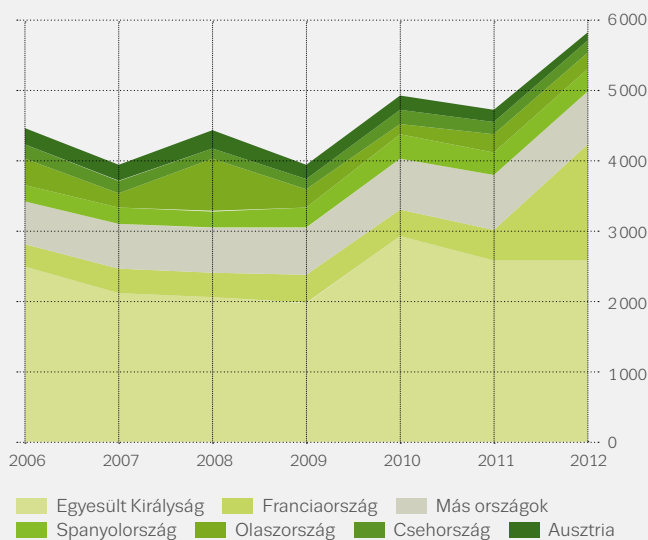
Az opioidokat, főként a heroint elsődleges kábítószerként használó kliensek a 2012 folyamán Európában speciális kezelésre jelentkező összes drogfogyasztó kliens közül 46%-ot tesznek ki (180 000 kliens), az első kezelésüket megkezdők közül pedig nagyjából 26%-ot. Európában az új heroinhasználó kliensek száma összességében csökken, a 2007-es 59 000 fős csúcsról 2012-ben közel felére, 31 000-re esett vissza. Úgy tűnik, hogy a heroinhasználat megkezdése általában véve csökkent, és ez most már a kezelési igényre is kihat.

A herointól eltérő opioidok: növekvő aggályok

2012-ben az európai országok többségéből (17) jelezték, hogy a speciális kezelésre első alkalommal jelentkező opioidhasználó kliensek több mint 10%-a a herointól eltérő opioidokat használ (2.9. ábra). Ezek közé tartozott a fentanil, a metadon és a buprenorfin. Néhány országban már ezek a kábítószeres 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.

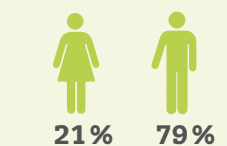
2.9. ÁBRA

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 elsőszámú kábítószer használata miatt jelentkeznek az első kezelésre



A KEZELÉSRE JELENTKEZŐ HEROINHASZNÁLÓK

Tulajdonságok



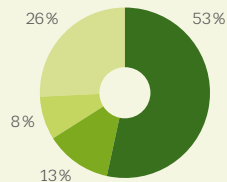
Átlagéletkor az első használatkor

22

Átlagéletkor a kezelés megkezdésekor

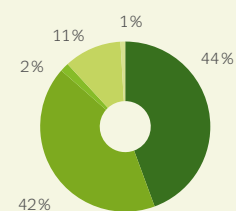
36

Használat gyakorisága az előző hónapban



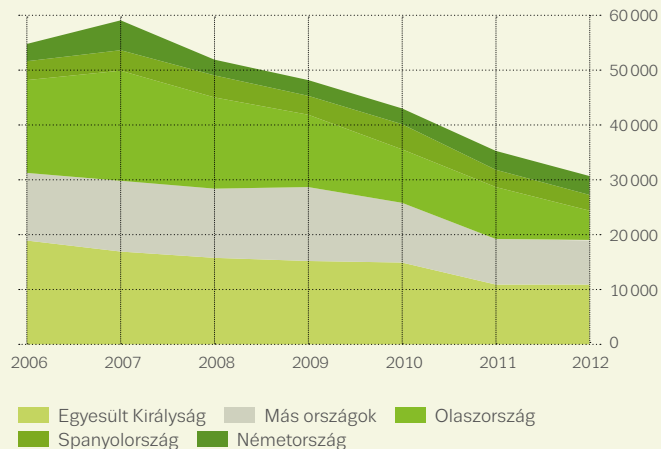
- Naponta
- Heti kettő-hat alkalommal
- Heti egyszer vagy kevesebbszer
- Az elmúlt hónapban nem használta

Fogyasztási mód



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

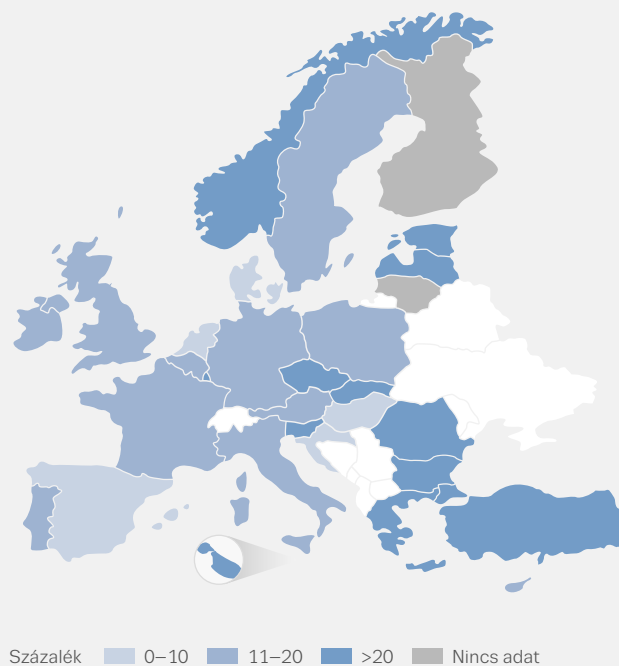
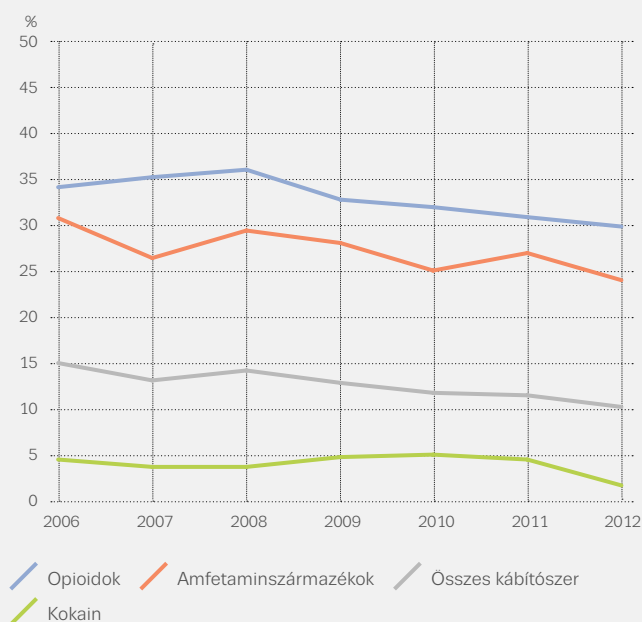
Az első kezelést megkezdők számának alakulása



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.

2.10. ÁBRA

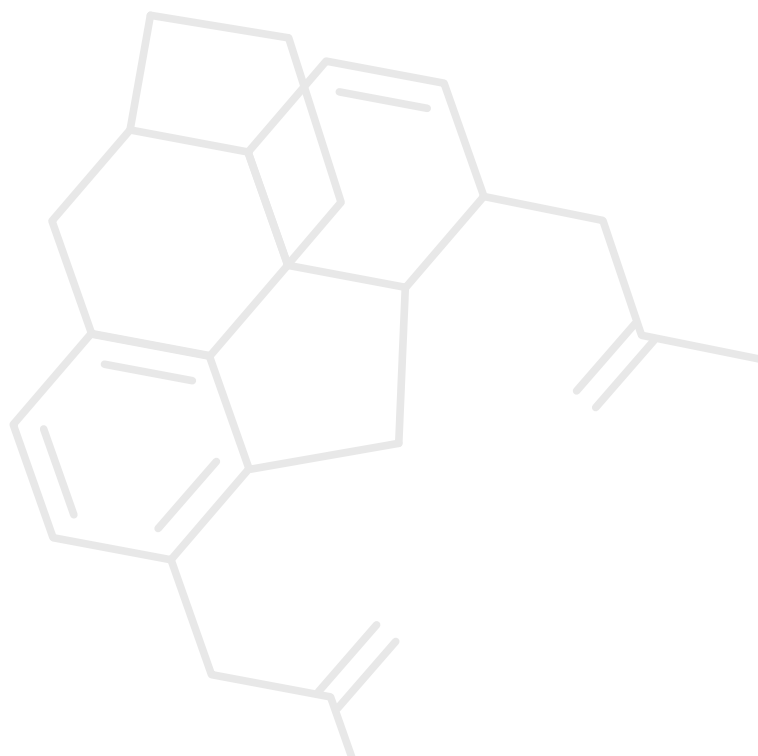
Az intravénás használat előző havi prevalenciája a kezelést megkezdők körében: tendencia az új belépők körében (balra), országos arány az összes belépőhöz képest (jobbra)



Intravénás kábítószer-használat: hosszú távú csökkenés

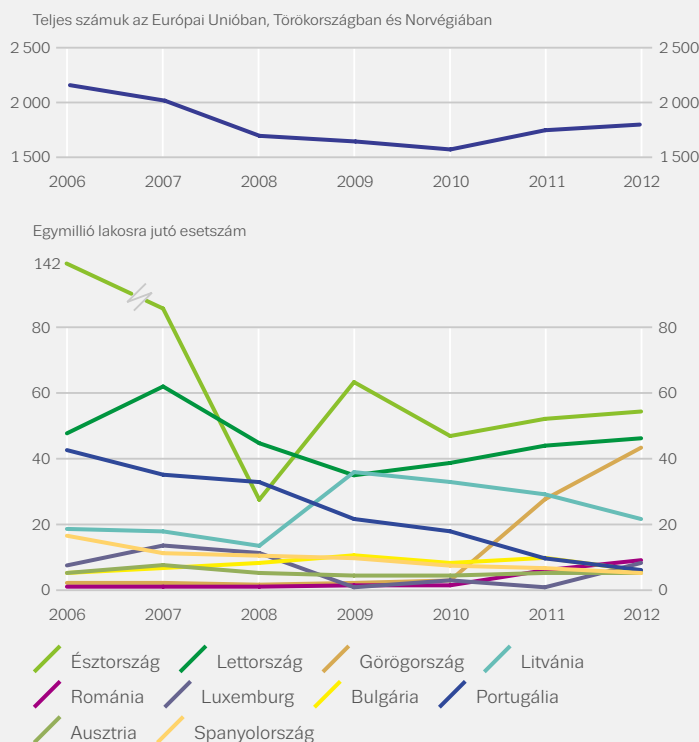
Az intravénás kábítószer-használókat fenyegetik a legkomolyabban a kábítószer-használatból eredő egészségügyi problémák, például a vérrel terjedő fertőzések, illetve a kábítószer-túladagolás. Az injektlás általában az opioidhasználattal függ össze, bár néhány országban az amfetaminszármazékok injektlása jelent nagy problémát. Az intravénás kábítószer-használatról tizenkét 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 23%-a jelezte az intravénás használatot. Az injektlás előfordulása az opioidhasználó kliensek körében országonként változik, a hollandiai 6% alattól egészen a litvániai 100%-os arányig.

Az első kezelésüket megkezdő európai kliensek körében az időbeli tendenciák elemzése azt mutatja, hogy az injektlás mint fő fogyasztási mód 2006 óta háttérbe szorult (2.10. ábra). Ugyanebben az időszakban azoknak az új klienseknek az aránya is csökkent, akik elmondásuk szerint az elmúlt hónapban amfetaminszármazékokat, kokaint vagy opioidokat injektláltak.

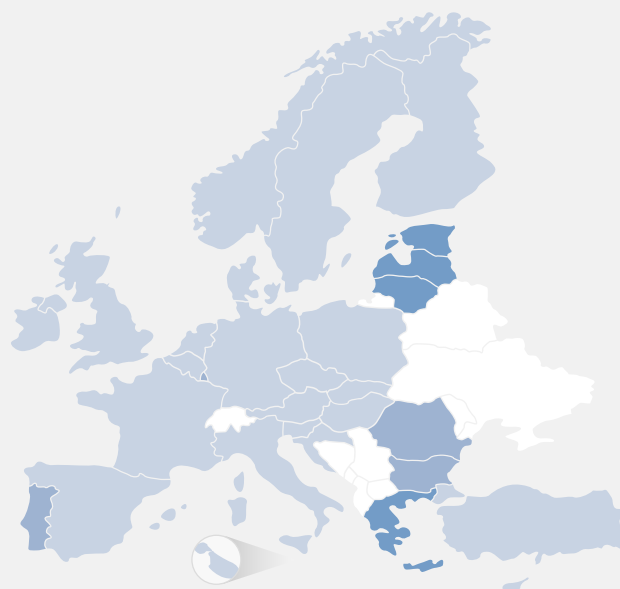


2.11. ÁBRA

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



Megjegyzés: Az intravénás kábítószer-használók körében újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések száma a legmagasabb 2012-es arányokat bejelentő 10 országban (forrás: ECDC).



Egymillió lakosra jutó esetszám <5,0 5,1–10,0 >10,0

HIV: a járványkitörések kihatnak az uniós tendenciára

A kábítószeres injektlása továbbra is meghatározó szerepet játszik a vér útján terjedő fertőző betegségek, például a hepatitis C és egyes országokban a HIV/AIDS 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 (2.11. ábra). Az intravénás kábítószer-használatnak tulajdonítható, újonnan bejelentett HIV-diagnózisok átlagos aránya 2012-ben 3,09 eset/1 millió lakos volt. Bár a számok felülvizsgálata még folyik, 2012-ben 1788 újonnan bejelentett eset volt, valamivel több, mint 2011-ben (1732), ezáltal folytatódott a 2010 óta észlelt emelkedő tendencia.

Míg 2010-ben Görögország és Románia alig több mint 2%-kal járult hozzá az újonnan bejelentett diagnózisok teljes számához, ez az arány 2012-re 37%-ra emelkedett. Más országokban folytatódott az újonnan bejelentett diagnózisok csökkenésének tendenciája, ilyen például Spanyolország és Portugália, ahol korábban egyes időszakokban magas volt a fertőzési ráta. Kevésbé kedvező

a helyzet viszont Észtországban, ahol változatlanul magas az új diagnózisok aránya, illetve Litvániában, ahol 2009 óta emelkedik az éves ráta.

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 és egyre nagyobb számú halálesetért tehető felelőssé az intravénás kábítószer-használók körében, elsősorban a HCV-fertőzés miatt, a fokozott alkoholfogyasztás pedig gyakran súlyosbítja a helyzetet.

A kábítószer-használók körében előforduló halálesetek legjobban dokumentált közvetett oka a HIV-fertőzéssel összefüggő halálozás

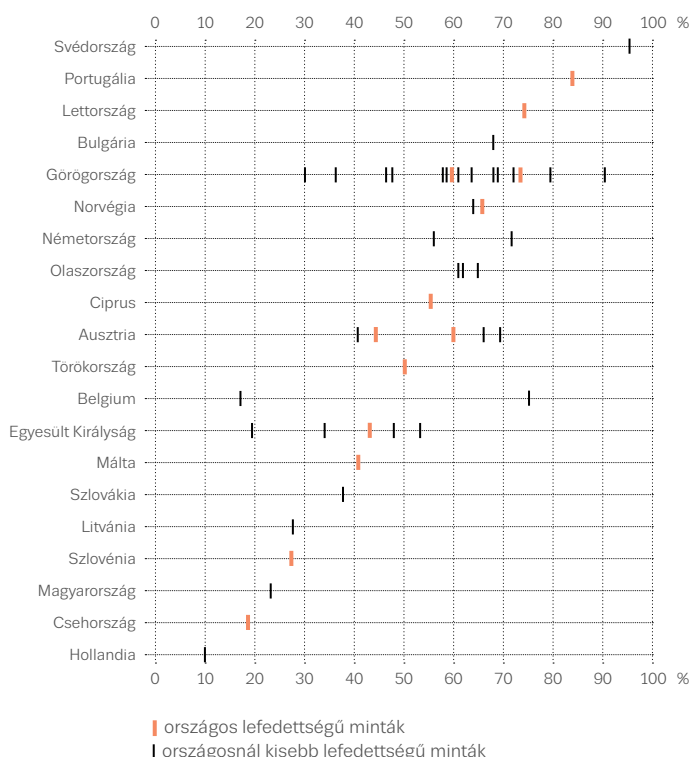
Hepatitis és más fertőzések: komoly egészségügyi kérdés

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 2011–12-ben 19% és 84% között mozogtak, de az országos adatokkal rendelkező 11 ország közül hétből 50%-ot meghaladó előfordulási arányt jelentettek (2.12. ábra). A 2007–12 közötti időszak tendenciáihoz szükséges országos adatokkal rendelkező országok közül Norvégiából jelentették a HCV csökkenő előfordulását az intravénás kábítószer-használók körében, hét másikban viszont növekedést tapasztaltak.

A 2011–12 közötti időszakra adatokkal rendelkező 18 ország átlaga alapján az intravénás szerhasználat tehető felelőssé az összes bejelentett HCV-diagnózis 64%-áért és az akut diagnózisok 50%-áért (ahol ismert a kockázati kategória). A hepatitis B esetében az intravénás szerhasználat az összes bejelentett diagnózis 9%-át és az akut diagnózisok 21%-át teszik ki. A kábítószer-használat más fertőző betegségek szempontjából is kockázati tényező lehet, ide tartozik a hepatitis A és D, a szexuális

2.12. ÁBRA

A HCV-antitestek előfordulása az intravénás kábítószer-használók körében, 2011/2012



A túladagolás következtében elhunytak jellemzően a harmincas éveik közepén járnak vagy idősebbek, és a halálozáskor vett átlagéletkoruk folyamatosan emelkedik

úton terjedő betegségek, a tuberkulózis, a tetanusz és a botulizmus. Európában szörványos, feltehetőleg szennyezett heroin okozta lépfene-járványkitörésekről is érkeztek jelentések. 2012. június és 2013. március között például 15 kábítószerrel összefüggő lépfene esetet jelentettek be, amelyek közül hét halállal végződött.

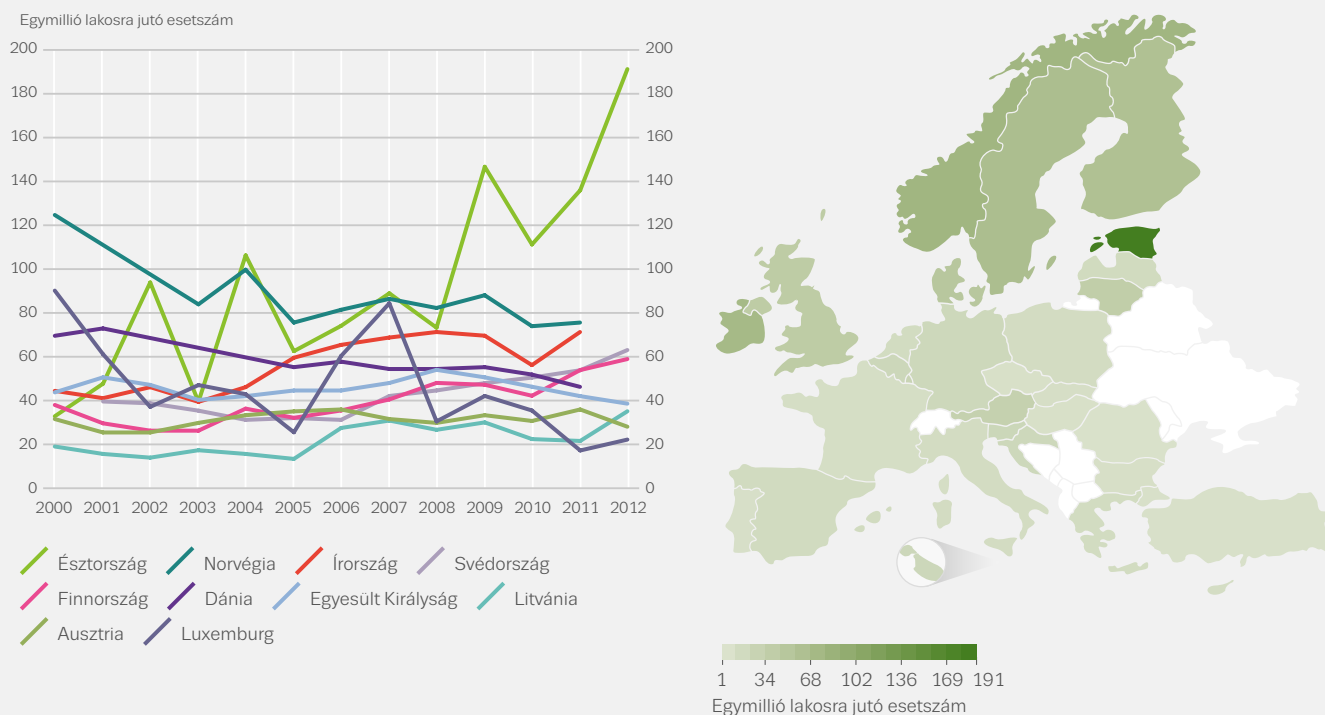
A túladagolások halálos eseteinek száma összességében csökken, de néhány országban nő

Az európai fiatalok körében a kábítószer-használat a halálozás egyik fő oka, egyrészt közvetlen formában, túladagolás révén (kábitószer okozta halálos esetek), másrészt közvetve, a kábítószerrel összefüggő megbetegedések, balesetek, erőszakos cselekmények és öngyilkosságok formájában. A problémás kábítószer-használók kohorszaival foglalkozó vizsgálatok többnyire évi 1–2%-os halálozási rátát mutatnak, és úgy becsülik, hogy Európában évente 10 000–20 000 opioidhasználat hal meg. Az opioidhasználat esetében legalább tízszer akkora a halál valószínűsége, mint az azonos életkorú és nemű társaiknál. A halálozás kockázata az opioidhasználat nőknél egyes országokban a kortársaik kockázatának 30-szorosa is lehet.

A problémás kábítószer-használók körében továbbra is a kábítószer-túladagolás a fő halálozási ok. A halálos kimenetelű túladagolások többségében a heroin vagy metabolitjai vannak jelen, gyakran más anyagokkal, például alkohollal vagy benzodiazepinokkal együtt. A toxikológiai jelentésekben a heroin mellett rendszerint más opioidok is előfordulnak. Ezek közé tartozik a metadon, a buprenorfin, a fentanilok és a tramadol, és az ilyen anyagok néhány országban a jelentések szerint a túladagolások halálos eseteinek számottevő részéért tehető felelőssé. A metadonhoz köthető túladagolások száma két országban meg is haladja a heroinnal kapcsolatosakat. A legtöbb olyan esetben, amikor metadont mutatnak ki, az áldozat a halál időpontjában nem állt helyettesítő kezelés alatt, hanem eltérített metadont használt, a politoxikomániával összefüggésben.

2.13. ÁBRA

Kábítószer okozta halálzási ráta a felnőttek (15–64 évesek) körében: válogatott tendenciák (balra) és a legfrissebb adatok (jobbra)



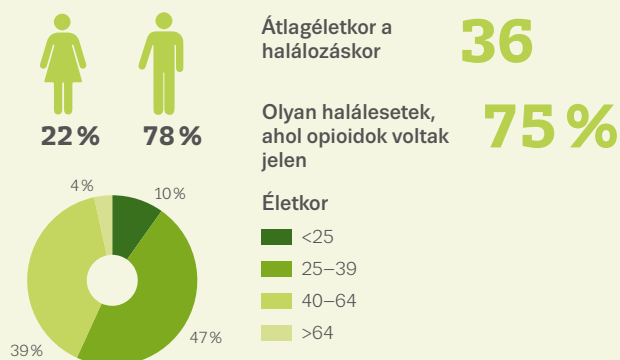
Bár a nagyon fiatalok körében előforduló, kábítószerrel összefüggő halálesetek komoly aggodalomra adnak okot, az Európában bejelentett túladagolási haláleseteknek csak 10%-a történik a 25 év alattiak között. A túladagolás következtében elhunytak jellemzően a harmincas éveik közepén járnak vagy idősebbek, és a haláláskor vett átlagéletkoruk folyamatosan emelkedik, ami a problémás

opioidhasználók kohorszának öregedésére utal. A túladagolási halálesetek áldozatainak többsége (78%) férfi.

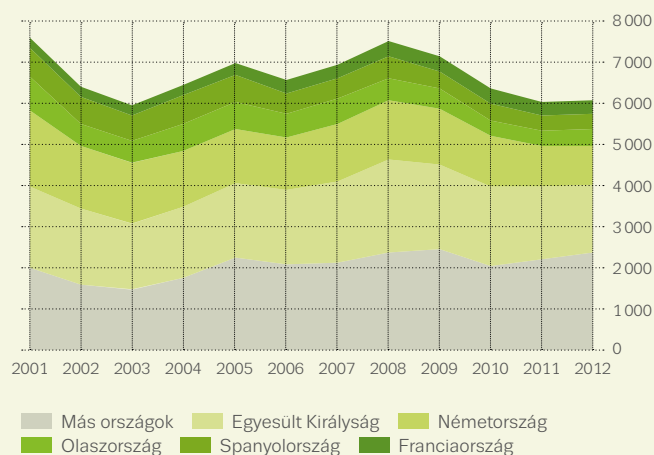
A 2012-es évet tekintve a túladagolásnak tulajdonítható átlagos halálzási rátát Európában 17 haláleset/egymillió lakosra becsülték a 15–64 éves népességben. Az országos halálzási ráták között jelentős különbségek vannak, és

KÁBÍTÓSZER OKOZTA HALÁLESETEK

Tulajdonságok



A túladagolási halálesetek számának alakulása



ezeket olyan tényezők is befolyásolják, mint a kábítószer-használati minták, különösen az intravénás használat, a kábítószer-használó népesség jellemzői és a bejelentési módszerek. Hat országból jelentettek az egymillió lakosra jutó 40 halálesetet meghaladó arányt, a legmagasabbat Norvégiából (76 eset/1 millió lakos) és Észtországból (191 eset/1 millió lakos) (2.13. ábra). A túladagolások halálesetek száma Észtországban meredeken emelkedett, ami jól mutatja, hogy a különböző drogfogyasztási minták milyen hatással lehetnek az országos szám adatokra: Észtországban a túladagolások halálesetek többnyire a rendkívül erős szintetikus opioidok, a fentanilok használatához köthetők.

Az országok többségéből 2003-tól 2008/09-ig a túladagolások halálesetek számának emelkedését jelentették, majd ezek szintje előbb stabilizálódott, később pedig csökkenni kezdett. 2012-ben körülbelül 6100, kokainnal összefüggő túladagolások halálesetet jelentettek be. Ez hasonló a 2011-ben közölt számhoz, és a 2009-es 7100 esethez képest csökkenést jelent. A helyzet ettől függetlenül országonként eltérő, és van, ahonnan továbbra is az esetszám növekedését jelentik.

BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2014

Injection of cathinones, Kábítószerügyi kiemelt témák.

Wastewater analysis and drugs: results from a European multi-city study, Kábítószerügyi kiemelt témák.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Kábítószerügyi kiemelt témák.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Kábítószerügyi kiemelt témák.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Kábítószerügyi kiemelt témák.

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, monográfiák.

Az EMCDDA és az ESPAD közös kiadványai

2012

A 2011. évi ESPAD-jelentés összefoglalása

Az EMCDDA és az ECDC közös kiadványai

2012

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

Valamennyi kiadvány elérhető a

www.emcdda.europa.eu/publications weboldalon

3

**Ebben a fejezetben a
kábitószer-használattal
összefüggő ártalmak
megelőzésére, kezelésére
és csökkentésére kidolgozott
beavatkozásokat tekintjük át**

Egészségügyi és szociális válaszlépések a drogproblémák ellen

Ebben a fejezetben a kábítószer-használattal összefüggő ártalmak megelőzésére, kezelésére és csökkentésére kidolgozott beavatkozásokat tekintjük át. Megvizsgáljuk, hogy az országoknak sikerült-e közös módszereket elfogadniuk, milyen mértékben támaszkodnak a bizonyítékokra, és hogy a szolgáltatások elérhetősége igazodik-e a becsült igényekhez.

Az egészségügyi és szociális válaszlépések megfigyelése

Ez a fejezet az EMCDDA nemzeti fókuszpontjaitól érkező éves országos helyzetértékelésekre támaszkodik. Ezeket egészítik ki a kezelési igényről, az opioidhelyettesítő kezeléssel és a tú- és fecskendőellátásról szóló adatok. A szakértői értékelések kiegészítő információkkal szolgálnak a szolgáltatások hozzáférhetőségéről, amennyiben hivatalosabb adatok nem állnak rendelkezésre. A fejezet a közegészségügyi beavatkozások hatékonyságáról rendelkezésre álló tudományos bizonyítékok áttekintésére is támaszkodik.

Az alapul vett információk megtalálhatók az EMCDDA weboldalán az *egészségügyi és szociális válaszlépések profiljai* rovatban, az online *Európai kábítószerjelentés: adatok és statisztikák* című kiadványban és a *bevált módszerek portálján*.

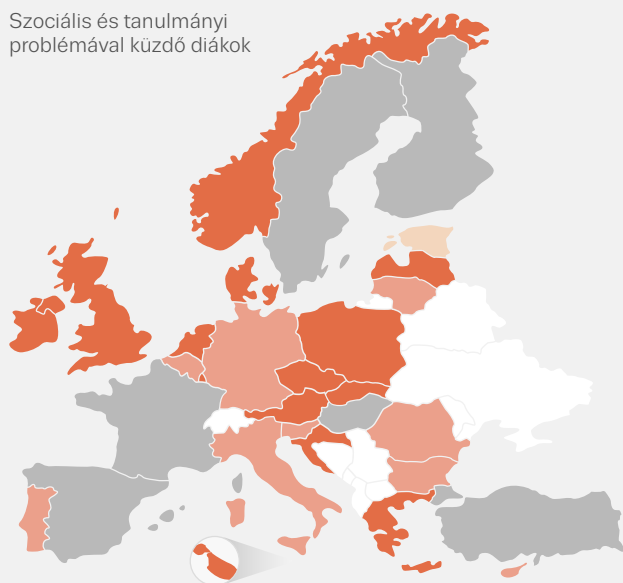
A fiatalok veszélyeztetett csoportjainak szóló drogrevenió

A kábítószer-használat és a kábítószerekkel összefüggő problémák kezelésére különféle prevenciós stratégiákat alkalmaznak. A környezeti és az általános módszer az egész populációt szólítja meg, a célzott prevenció a kiszolgáltatott csoportoknak szól, akiknél nagyobb lehet drogfogyasztási problémák kialakulásának veszélye, a javallott prevenció pedig a veszélyeztetett személyeket veszi célba. Az idei jelentésben a célzott prevención van a hangsúly, egy olyan módszeren, amelynek esetében egyre több bizonyíték támasztja alá a normateremtésre,

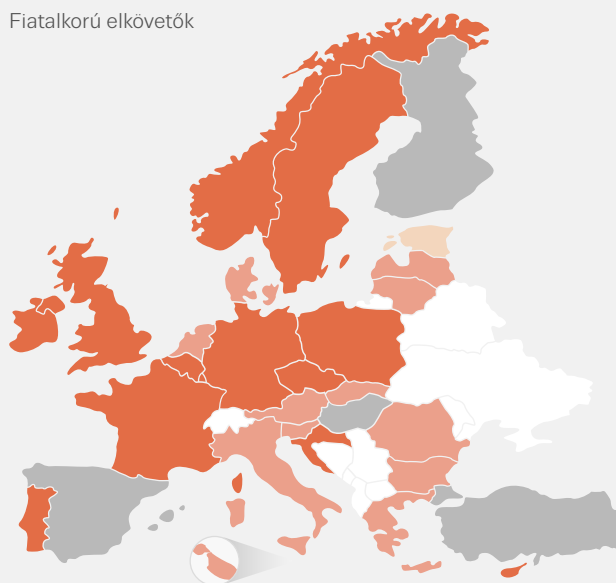
3.1. ÁBRA

A kiválasztott veszélyeztetett csoportoknak szóló drogprevenációs beavatkozások elérhetősége (szakértői értékelések, 2012)

Szociális és tanulmányi problémával küzdő diákok



Fiatalok elkövetők



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

környezeti átalakításra, motivációra, készségekre és döntéshozatalra fókuszáló programok hatékonyságát. Sok program azonban most is a tájékoztatáson, a figyelemfelhíváson és a tanácsadáson alapul – olyan módszereken, amelyek hatékonysága kevésbé bizonyított.

A célzott prevenciós beavatkozások két fontos célcsoportját a tanulási és szociális problémákkal küzdő diákok és a fiatalok elkövetők alkotják (3.1. ábra). A szakértői értékelések arra utalnak, hogy 2007 és 2010 között mindkét csoport esetében javult az ellátottság, bár 2013-ban nem figyeltek meg további változásokat.

A diákoknak szóló beavatkozások esetében a bizonyítékok azt jelzik, hogy az iskolai légkört javító stratégiák a szerhasználat csökkenéséhez vezethetnek. Ezen a téren a módszerek közé tartozik a tanárok képzése, valamint a diákok részvételét javító és a pozitív iskolai szellemiséget támogató intézkedések. A diákokkal foglalkozó további prevenciós módszerek az önkontroll erősítésére és a társas kompetenciák kialakítására irányulnak, a családközpontú módszerek pedig a szülői készségeket igyekeznek fejleszteni.

A fiatalok elkövetőkkel kapcsolatban most az országok többségéből azt jelentették, hogy a büntető szankciókhoz képest alternatív intézkedéseket vezettek be. Az egyik figyelemreméltó program ezen a téren a *FreD*, egy kézikönyvön alapuló beavatkozássorozat, amelyet immár 15 EU-tagállamban bevezettek. A programról készült

értékelések az ismételt bűnelkövetési arány visszaesését mutatják.

Ártalomcsökkentés az éjszakai életben: integrált módszerre van szükség

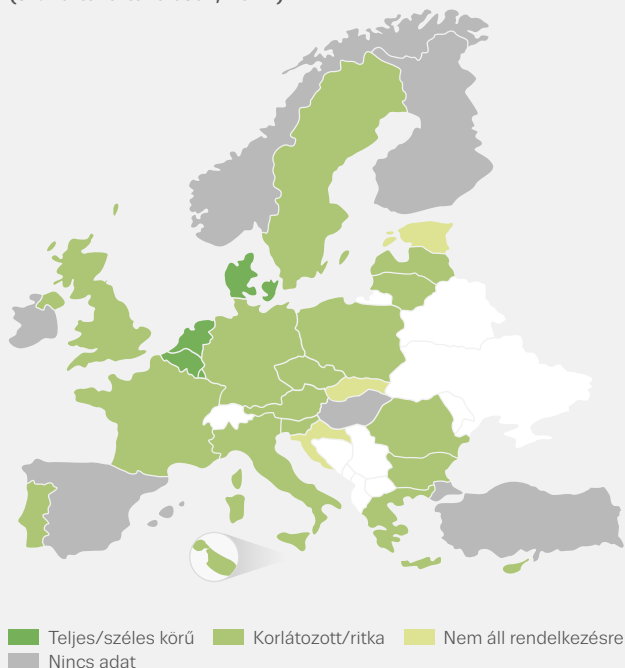
Az éjszakai élet és a nagykockázatú drog- és alkoholfogyasztás egyes mintái között közismert az összefüggés. Ennek ellenére az európai országok csak korlátozott számban számoltak be az erre a területre vonatkozó prevenciós stratégiák végrehajtásáról (3.2. ábra), és a szakértői értékelésekből arra lehet következtetni, hogy az ilyen irányú tevékenységek 2010 és 2013 között összességében csökkentek.

Európai szinten a *Club Health* („partiegészség”) és a *Safer Nightlife* („biztonságosabb éjszakai élet”) programok keretében kidolgozott normák adnak iránymutatást a rekreációs helyszíneken lebonyolított prevenciós programokhoz. Ami az ártalomcsökkentést illeti, kedvező eredményeket értek el az integrált, környezeti prevenciós módszerek, amelyek olyan elemeket tartalmaznak, mint a felelős kiszolgálás, a pultos és biztonsági személyzet felkészítése és az együttműködés a bűnüldöző hatóságokkal.

Külön problémakör az alkohol- és drogfogyasztás után az éjszakai szórakozóhelyekről hazautazó fiatalok által

3.2. ÁBRA

A drogprevenció beavatkozásai elérhetősége az éjszakai életben (szakértői értékelések, 2012)



képviselt kockázat. Egy közelmúltbeli vizsgálat azt állapította meg, hogy a célirányos médiakampányok és az ingyenes éjszakai közlekedés biztosítása együttesen csökkentheti az ittas vezetés által okozott közlekedési balesetek számát. A kábítószer hatása alatti járművezetéssel foglalkozó beavatkozások azonban ritkák.

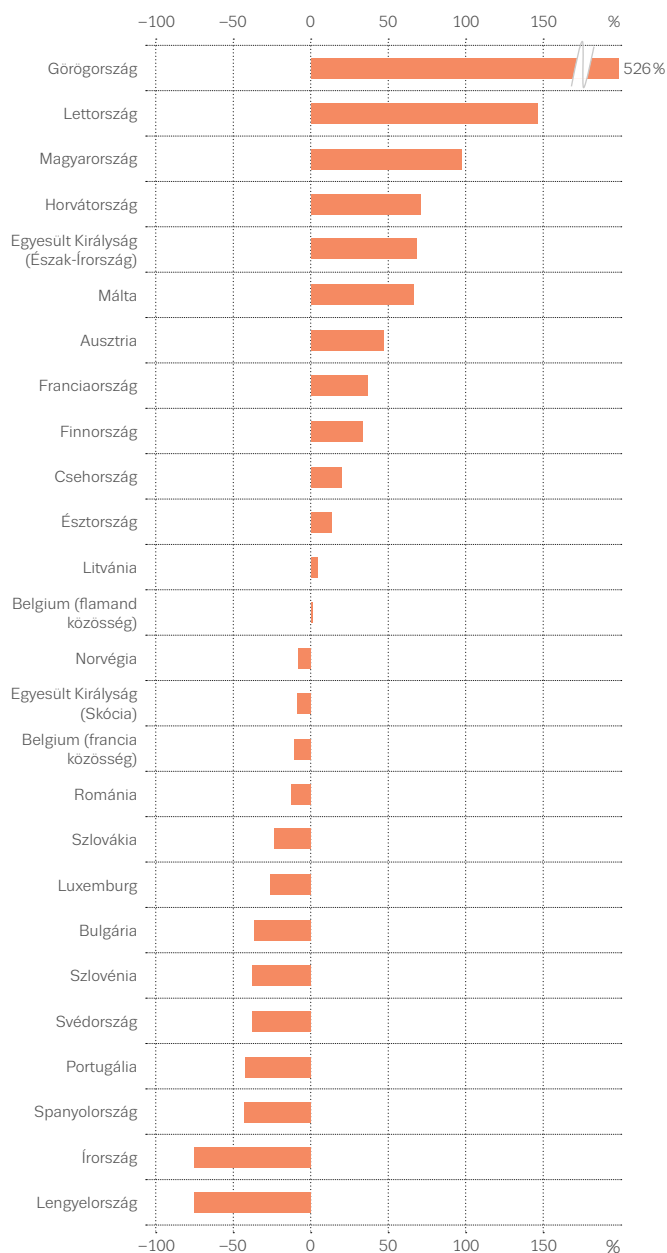
A fertőző betegségek terjedésének megelőzése

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 mára már bebizonyosodott, hogy a helyettesítő kezelés csökkenti a bevallott kockázati viselkedést, és néhány tanulmány arra utal, hogy a védő hatás a tűcsere programokkal kombinálva tovább nő.

Európában (26 ország) nőtt a speciális programokon keresztül szétosztott fecskendők száma, a 2007-es 42,9 millióhoz képest 2012-ben 46,0 millió volt. Az országok szintjén egyértelműen vegyes a kép: körülbelül az országok feléből jelezték a szolgáltatás növekedését, a másik feléből csökkenést (3.3. ábra). A növekedést a szolgáltatás kiterjesztésével lehet magyarázni, esetenként egy alacsony szintről indulva. A csökkenést vagy a

3.3. ÁBRA

A speciális programok keretében 2007 és 2012 között kiosztott fecskendők számának változása

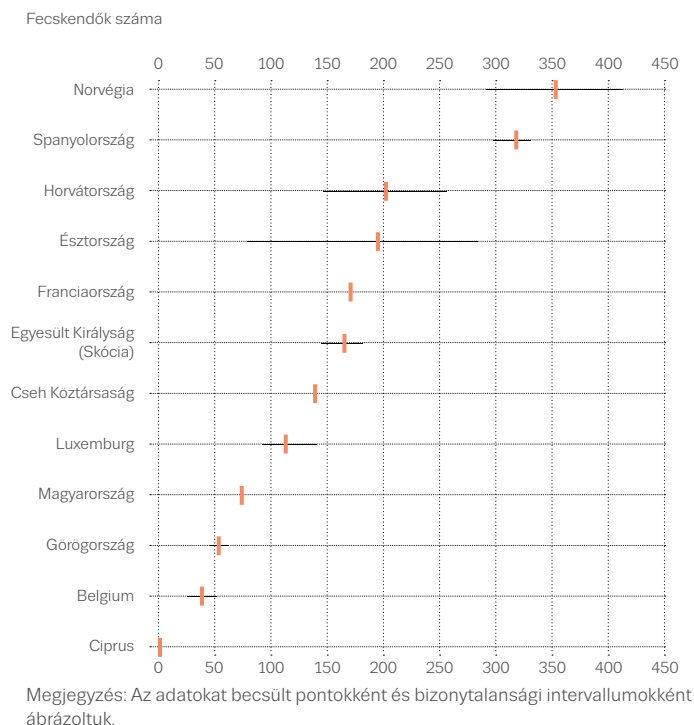


szolgáltatás elérhetőségének visszaesése, vagy a kliensek számának csökkenése magyarázhatja. Az intravénás szerhasználók számáról friss becslésekkel rendelkező 12 ország körében igen változatosan alakult a speciális programokon keresztül 2012-ben szétosztott fecskendők egy intravénás szerhasználóra eső száma: míg Cipruson nulla volt, Spanyolországban és Norvégiában a 300-at is meghaladta (3.4. ábra).

Mint a 2. fejezetben már említettük, a közelmúltban Görögországban és Romániában tapasztalták az új HIV-fertőzések járványkitörését az intravénás szerhasználók körében. Emiatt kockázatértékelés indult, hogy kiderüljön, más országok is ki lehetnek-e téve az új

3.4. ÁBRA

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



HIV-járványkitöréseknek. A 3.5. ábra áttekintést ad a potenciális veszély néhány magas szintű indikátoráról. Ezt az egyszerű elemzést alapul véve nagyjából az országok egyharmada esetében lehet feltételezni a kockázati tényezők némelyikének jelenlétét, ami azt jelzi, hogy fenn kell tartani a folyamatos éberséget, és mérlegelni kell a HIV-prevenációs intézkedések hatókörének növelését.

A hepatitis C átadása elleni preventív intézkedések hasonlóan a HIV elleniekhez. A szakpolitikai szintet tekintve egyre több ország fogad el vagy készít külön a hepatitis C-re vonatkozó stratégiát. Továbbra is korlátozottak azonban a hepatitis C elleni, intravénás kábítószer-használóknak szóló szűrési és tanácsadási kezdeményezések. Bár egyre több bizonyíték támasztja alá a hepatitis C antivirális kezelés hatékonyságát a fertőzött intravénás szerhasználóknál, a szolgáltatási szint még mindig alacsony.

3.5. ÁBRA

Az intravénás kábítószer-használók körében előforduló HIV-fertőzés potenciálisan emelkedett kockázatának összefoglaló indikátorai

	Belgium	Bulgária	Cseh Köztársaság	Dánia	Németország	Észtország	Írország	Görögország	Spanyolország	Franciaország	Horvátország	Olaszország	Ciprus	Lettország	Litvánia	Luxemburg	Magyarország	Málta	Hollandia	Ausztria	Lengyelország	Portugália	Románia	Szlovénia	Szlovákia	Svédország	Finnország	Egyesült Királyság	Törökország	Norvégia
A HIV prevalenciája és tendenciái																														
Az intravénás szerhasználat prevalenciája és tendenciái (átadási kockázat)																														
Helyettesítő kezelés lefedettsége – 30%-nál kisebb																														
Túcsere programok lefedettsége – kevesebb mint 100 fecskendő intravénás szerhasználóként																														

□ Egy sincs jelen a következő kockázati tényezők közül: a HIV esetbejelentések vagy a HIV vagy HCV prevalenciájának növekedése; az átadási kockázat növekedése; a beavatkozások csekély lefedettsége.

□ Potenciálisan jelen lévő kockázati tényezők: a HIV vagy HCV prevalenciájának vagy az átadási kockázatnak a növekedése országosnál alacsonyabb szinten; következetes, de nem jelentős mértékű növekedés országos szinten.

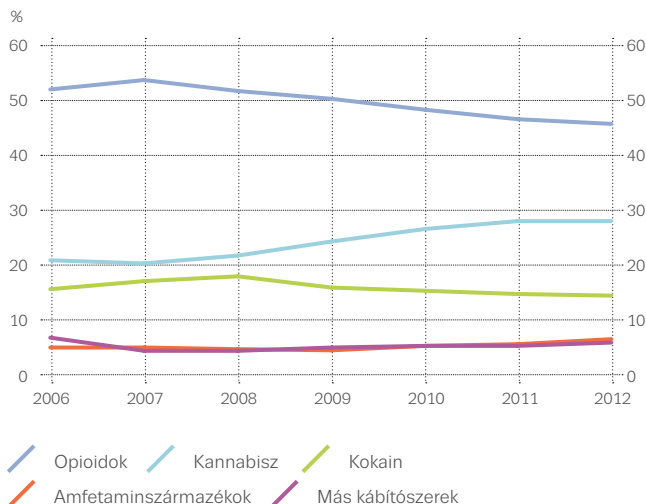
■ Jelen lévő kockázati tényezők: a HIV esetbejelentések vagy a HIV vagy HCV prevalenciájának jelentős növekedése; az átadási kockázat növekedése; a beavatkozások csekély lefedettsége.

■ Az ECDC vagy az EMCDDA nem rendelkezik információval.

Átdolgozás forrása: *Eurosurveillance* 2013;18(48):pii=20648.

3.6. ÁBRA

A kábítószer-használat miatt speciális kezelésre jelentkező kliensek százalékos aránya elsődleges kábítószer szerint



A túladagolások és a kábítószerrel összefüggő halálesetek megelőzése

Az európai közegészségügyi politika számára változatlanul nagy kihívást jelent a halálos kimenetelű kábítószer-túladagolások és a kábítószerrel összefüggő más halálesetek számának csökkentése. A célzott válaszleépések ezen a területen vagy a túladagolás előfordulásának megelőzésére, vagy a túladagolás jobb túlélési esélyére helyezik a hangsúlyt. A drogfogyasztók kezelésben, különösen opioidhelyettesítő kezelésben való részvétele megelőzi a túladagolást és csökkenti a halálozás kockázatát. A túladagolás kezelésére való felkészítés és a naloxon nevű opioid antagonistá gyógyszer terjesztése túladagolás esetén életet menthet. Az egyik fajta beavatkozás, amely egyszerre irányul a túladagolás előfordulásának csökkentésére és a túladagolás túlélési esélyeinek javítására, a felügyelt drogfogyasztó létesítmények használata. Ilyen létesítmény – összesen 73 – jelenleg hat tagállamban és Norvégiában működik. Az elmúlt három évben a kereslet csökkenése miatt Hollandiában több létesítményt is bezártak, Dániában viszont négy, Görögországban pedig egy új létesítményt nyitottak.

Több mint egymillió európai drogfogyasztó áll kezelés alatt

Becslések szerint Európában 2012-ben legalább 1,3 millió ember részesült kezelésben tiltott kábítószer használata miatt. A kezelés alatt állók között az opioidhasználók alkotják a legnagyobb csoportot, ugyanakkor a kezelésre jelentkezők adatai (3.6. ábra) azt mutatják, hogy a kezelést

megkezdők második és harmadik legnépesebb csoportját a kannabisz- és kokainhasználók jelentik, de ezen a téren az országok között különbségek vannak.

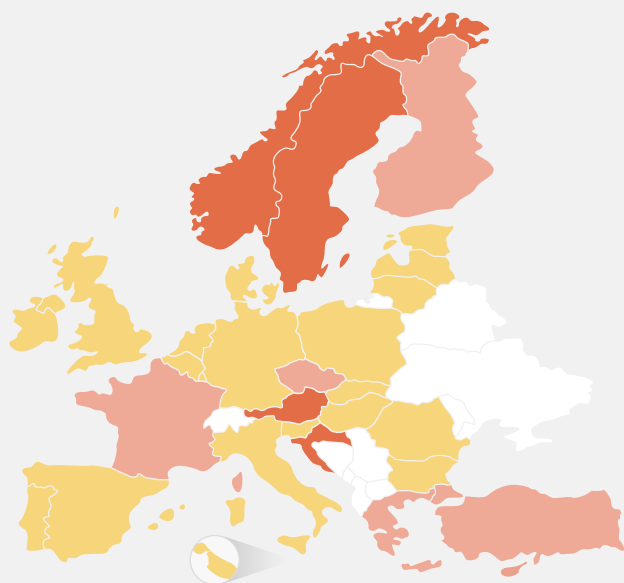
A kezelés többnyire járóbeteg-ellátásban folyik, például speciális központokban, általános egészségügyi központokban, köztük háziorvosi rendelőben és alacsonyküszöbű létesítményekben. A drogfogyasztók kezelésének egy számottevő része bentlakásos formában, például speciális bentlakásos kezelési központokban, terápiás közösségekben és kórházi alapú bentlakásos központokban zajlik (pl. pszichiátriai kórházakban). A kezelés egyik új, innovatív módszere az internetes szolgáltatás, ami által a drogprobléma miatt segítségre szoruló saját otthonukból is hozzájuthatnak a kezelési programokhoz.

Az opioidfüggőségre Európában a jellemzően pszichoszociális gondozással kombinált helyettesítő kezelés a leggyakoribb kezelési forma. A rendelkezésre álló bizonyítékok alátámasztják, hogy ez a kombinált módszer alkalmas arra, hogy a betegeket megtartsa a kezelésben, és visszaszorítsa a tiltott opioidok használatát, a kábítószerhez köthető ártalmakat és halálozást. A stimulánsfüggő szerhasználók esetében a fő kezelési módot a pszichoszociális beavatkozások jelentik, és a tanulmányok arra utalnak, hogy a kognitív viselkedésterápia és a viselkedésben elért változásokat jutalmazó módszer egyaránt kedvező eredményeket hoz. Ma már egyre több ország kínál kifejezetten a kannabisszal foglalkozó kezeléseket, és a rendelkezésre álló bizonyítékok alá is támasztják a kognitív viselkedésterápia, a motivációs interjú és a viselkedésben elért változásokat jutalmazó módszer kombinációjának alkalmazását. A fiatal kannabiszhasználók esetében a többdimenziós családterápia használata mellett is szólnak bizonyítékok.

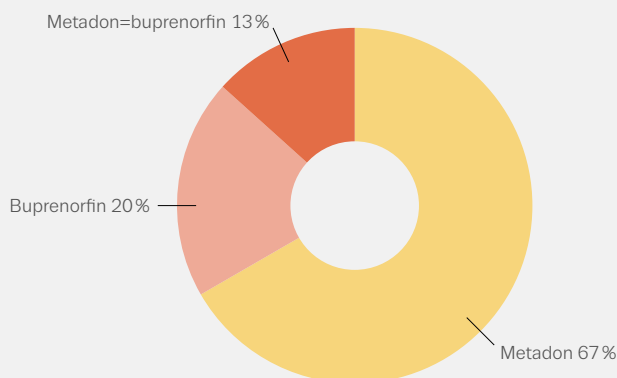
Az európai közegészségügyi politika számára változatlanul nagy kihívást jelent a halálos kimenetelű kábítószer-túladagolások és a kábítószerrel összefüggő más halálesetek számának csökkentése

3.7. ÁBRA

Az opioidhelyettesítésre használt legjellemzőbb gyógyszer országos szinten (balra) és a helyettesítésben részt vevő európai kliensek aránya szerint (jobbra)



Metadon Buprenorfin Metadon=buprenorfin



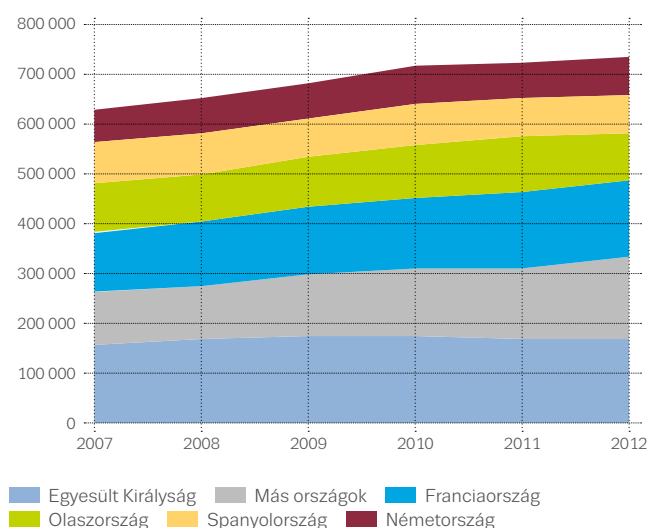
Helyettesítő kezelés: a járóbeteg-ellátás fő formája

A helyettesítő gyógyszerek közül a leggyakrabban a metadont írják fel, ezt a helyettesítő kezelés alatt álló kliensek kétharmada is használhatja, a többiek legnagyobb részben buprenorfin szednek (kb. 20%), amely hat országban számít az elsőszámú helyettesítő gyógyszernek (3.7. ábra). Az Európában végzett helyettesítő kezelések nagyjából 6%-ában használnak más vényköteles szert, például lassan felszabaduló morfint vagy diacetil-morfint (heroin).

Becslések szerint 2012-ben 734 000 opioidhasználó részesült helyettesítő kezelésben Európában. Ez a szám 2011-hez (726 000) képest viszonylag stabilnak tűnik, a 2007-es becslést 630 000-nél viszont magasabb (3.8. ábra). 2012-ben öt országból jelentették a kliensek számának 25%-nál nagyobb mértékű növekedését az előző évi becsléshez viszonyítva. A legnagyobb százalékos növekedést Törökországból jelezték (250%), utána következett Görögország (45%) és Lettország (28%). Ebben a három országban mindazonáltal a százalékos növekedés viszonylag alacsony kiinduló értékekhez képest történt. A kliensek becsült számának legnagyobb százalékos csökkenését ugyanebben az időszakban Romániából jelentették (-30%).

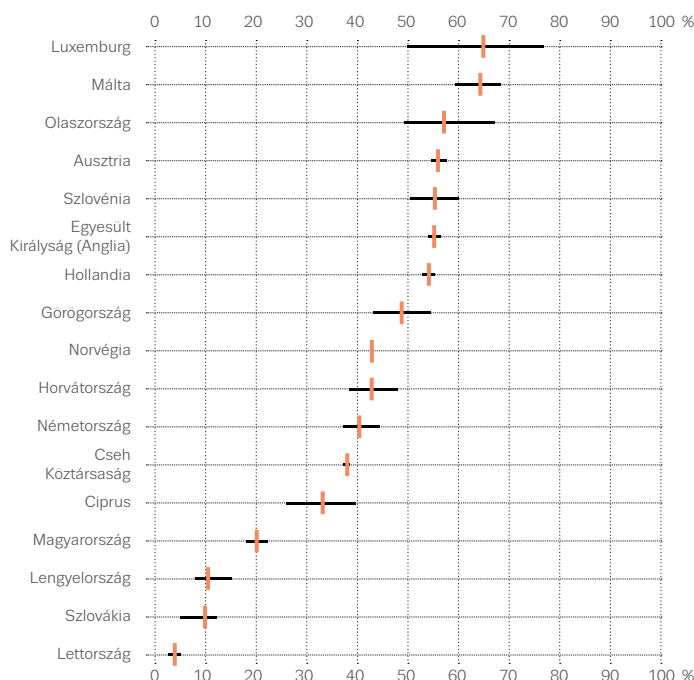
3.8. ÁBRA

Az opioidhelyettesítő kezelés alatt álló kliensek számának alakulása



3.9. ÁBRA

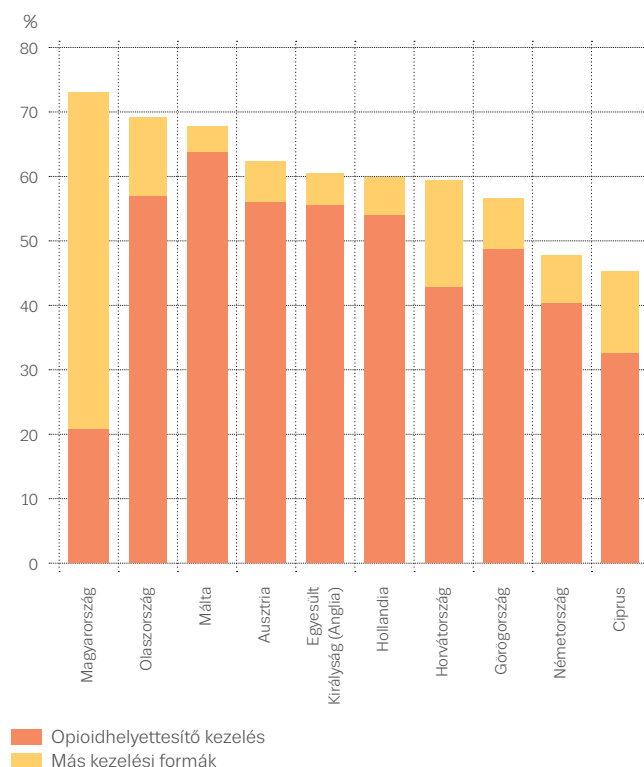
A helyettesítő kezelésben részesülő problémás opioidhasználók százalékos aránya (becslés)



Megjegyzés: Az adatokat becslésként és bizonytalansági intervallumokként ábrázoltuk.

3.10. ÁBRA

A kezelés alatt álló problémás opioidhasználók százalékos aránya (becslés)



A kezelés lefedettsége: az opioidhasználók több mint fele helyettesítő kezelés alatt áll

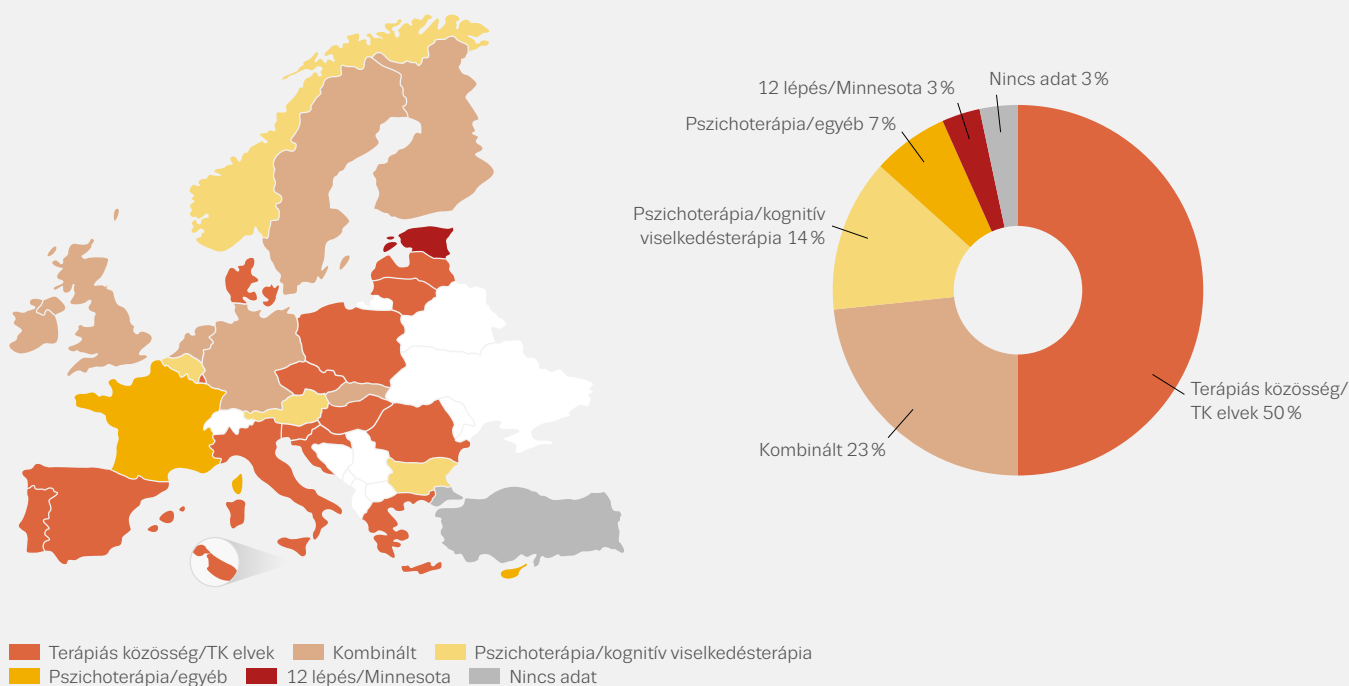
Az opioidhelyettesítő kezelés lefedettségét – az ilyen beavatkozásban részesülő rászoruló arányát – az Európában élő problémás opioidhasználók több mint 50%-ára becsülik. Ezzel a becsléssel módszertani okokból óvatosan kell bánni, de tény, hogy sok országban az opioidhasználók többsége már kapcsolatban áll vagy állt a kezelési szolgáltatókkal. Az egyes országok lefedettségét tekintve viszont nagy különbségek vannak; a legalacsonyabb becsléteket (kb. 10% vagy kevesebb) Lettországból, Szlovákiából és Lengyelországból jelentették (3.9. ábra).

Az opioidhasználók részére minden európai országban biztosítanak helyettesítő gyógyszerek nélküli kezelést. Abban a tíz országban, ahonnan elegendő adatot közöltek, a helyettesítő gyógyszert nem alkalmazó kezelési módszerek lefedettsége általában az összes problémás opioidhasználó 3%-a és 17%-a között mozog, de Magyarországon az 50%-ot is meghaladja (3.10. ábra).



3.11. ÁBRA

A bentlakásos programok országos (balra) és európai (jobbra) szinten legjellemzőbb terápiás módszere, az összesített számok alapján, 2011



Bentlakásos kezelés: a terápiás közösség a legjellemzőbb módszer

A bentlakásos kezelési programok a legtöbb európai országban a drogfogyasztók kezelési és rehabilitációs lehetőségeinek fontos elemét jelentik. Az EMCDDA friss tanulmánya Európában 2500 bentlakásos kezelési központot talált, de a létesítmények több mint kétharmada hat országban koncentrálódott: Németországban, Spanyolországban, Írországban, Olaszországban, Svédországban és az Egyesült Királyságban. A legnagyobb csoportot a közösségi bentlakásos intézmények alkotják (2330): 17 országból jelezték, hogy valamennyi bentlakásos létesítményük ebbe a típusba tartozik. Ezek mellett Európa különböző részein 170 kórházi alapú bentlakásos kezelési programot is találtak.

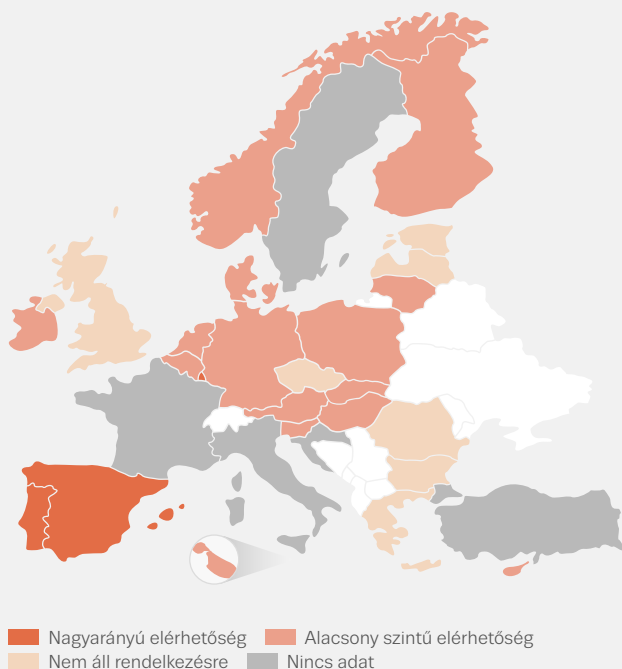
A bentlakásos programok központi célja sok esetben az *egészség, a személyes és társas funkciók és a jobb életminőség* elérése. A bentlakásos programokat négy fő terápiás elv jellemezheti: a 12 lépéses Minnesota-modell; a terápiás közösség módszer; a kognitív viselkedésterápiát alkalmazó pszichoterápia; és a más gondozási modelleket alkalmazó pszichoterápia. A felsoroltak közül 15 országban a „terápiás közösség modell” dominál (3.11. ábra).

A gyógyszermentes terápiás közösségek hatékonyságáról szóló bizonyítékok nem egyértelműek, részben azért, mert a kezelés kimenetelét vizsgáló kutatások elvégzése ezen a területen módszertani nehézségekbe ütközik. Európában ebben a tárgyban a legtöbb kutatás megfigyelési tanulmányokra korlátozódik, a következtetések ezért szükségszerűen kísérleti jellegűek. Ezek a tanulmányok általában véve mindazonáltal kedvező kezelési kimenetelekről számolnak be, amelyek összefüggenek a kezelésben való hosszabb részvétellel és a kezelés teljesítésével. A megfigyelési tanulmányok szinte kivétel nélkül arról számoltak be, hogy a terápiás közösségekben élőkénél csökkent a kábítószer-használat és a letartóztatások száma, ezenkívül az életminőségük terén is javulás mutatkozott.

Bár a bentlakásos kezelési programok eredetileg kizárólag gyógyszermentes formában indultak, a jelenlegi adatok szerint egyre gyakoribb, hogy az opioidhasználóknak szóló bentlakásos kezelési programok keretében helyettesítő gyógyszereket is biztosítanak. A 25 adatközlő ország közül 18 jelezte, hogy az opioidhelyettesítés valamilyen mértékben beépült a drogfogyasztók bentlakásos kezelésébe (3.12. ábra).

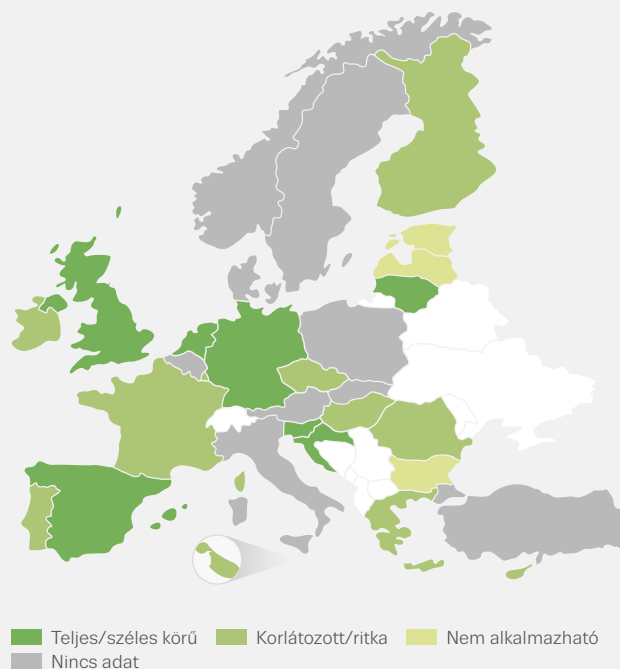
3.12. ÁBRA

Az opioidhelyettesítés elérhetősége a bentlakásos programokban, 2011



3.13. ÁBRA

A köztes munkaerő-piaci beavatkozások elérhetősége a kezelt kliensek szempontjából (szakértői értékelések, 2011)



Társadalmi reintegráció: előtérben a foglalkoztathatóság

A társadalmi reintegrációs szolgáltatások támogatják a kezelést és megelőzik a visszaesést azáltal, hogy foglalkoznak a kábítószer-használók társadalmi kirekesztésének fő vonatkozásaival. Európában a 2012-ben speciális kezelésbe lépő kliensek körülbelül fele munkanélküli volt (47%), és közel egytizedüknek nem volt állandó szálláshelye (9%). A csoport tagjaira ugyancsak jellemző volt az alacsony iskolai végzettség. Bár a nemzeti drogstratégiákban a fő célok között szerepel a kábítószer-használók társadalmi visszailleszkedése, az ilyen beavatkozások biztosítása országoként nagyon eltérő lehet.

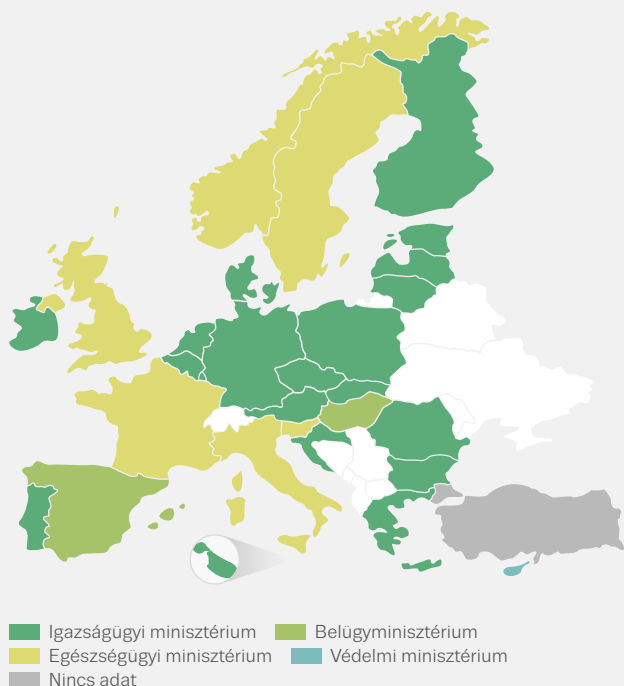
A kezelés alatt álló kliensek foglalkoztathatóságának javítása elősegítheti a társadalomba való visszailleszkedésüket. Az egyének foglalkoztathatósága a birtokukban lévő ismeretektől, készségektől és attitűdöktől, a források hasznosításától és a munkakeresés közegétől függ. Ennek elérésére az egyik mód a hátrányos helyzetű személyekkel foglalkozó támogató rendszer, amely arra törekszik, hogy áthidalja a tartós munkanélküliség és a munkaerőpiac közötti szakadékot. Ezt a rendszert gyakran köztes munkaerőpiacnak nevezik. A kezelés alatt álló klienseknek esetenként ideiglenes munkaszerződést kínálnak fel, amihez képzés, munkahelyi tapasztalat, személyiségfejlesztés és álláskeresési tevékenységek is

tartozhatnak. Ugyanebbe a kategóriába kell sorolni a szociális vállalkozási projekteket mint kezdeményezéstípust is. Ezek a vállalkozások társadalmilag hasznos árukat vagy szolgáltatásokat állítanak elő, és a munkaerőpiacon hátrányos helyzetűnek számító csoportokat foglalkoztatnak. Bár a legtöbb tagállamban léteznek ilyen beavatkozások (lásd a 3.13. ábrát), úgy tűnik, hogy a kezelés alatt álló drogfogyasztók csak korlátozottan férnek hozzá ezekhez, és a helyzetet tovább nehezítheti a normál népesség magas munkanélküliségi rátája.

A társadalmi reintegrációs szolgáltatások támogatják a kezelést és megelőzik a visszaesést azáltal, hogy foglalkoznak a kábítószer-használók társadalmi kirekesztésének fő vonatkozásaival

3.14. ÁBRA

A börtönben nyújtott egészségügyi ellátásért való minisztériumi felelősség



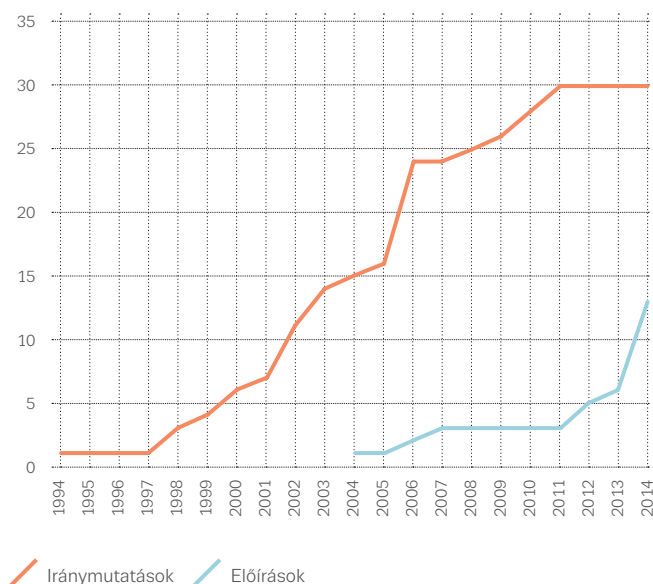
A börtönök egészségügyi ellátása az igazságügyi és belügyminisztériumok hatáskörében maradt

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 kábítószer. A börtönbe bekerülve a szerhasználók többsége csökkenti vagy abbahagyja a drogfogyasztást. A tiltott kábítószeres azonban gyakran a börtönökbe is utat találnak, így néhány fogvatartott a szabadságvesztés ideje alatt is folytatja a használatukat, vagy éppen akkor kezdi meg.

A legtöbb országban ügynökségközi partnerség jött létre a börtönben működő egészségügyi szolgálat és a közösségi szolgáltatók között. Ezek a partnerségek egészségügyi felvilágosítást és kezelési beavatkozásokat biztosítanak a börtönökben, egyben gondoskodnak az ellátás folyamatosságáról a szabadságvesztés megkezdésekor és a szabaduláskor. A börtönökben működő egészségügyi szolgálatok általában véve továbbra is az igazságügyi vagy belügyminisztériumok hatáskörébe tartoznak. Néhány országban viszont most már az egészségügyi minisztérium felel a börtönben nyújtott egészségügyi ellátásért (3.14. ábra), ami elősegíti a közösségben nyújtott általános egészségügyi ellátással való nagyobb mértékű integrációt.

3.15. ÁBRA

Azon országok összesített száma, amelyek az egészségügyi és szociális beavatkozásokra vonatkozó iránymutatásokat és minőségi előírásokat adtak ki a kábítószeres területén, a megjelenés éve szerint



Az EMCDDA által megfigyelt 30 ország közül most már 26-ban biztosítanak opioidhelyettesítő kezelést a börtönökben, bár a bevezetése általában később történt, mint a közösségben. Emellett korlátozások is érvényben lehetnek. A börtönben nyújtott helyettesítő kezelés négy országban például azokra korlátozódik, akiknek ezt már a bebörtönzést megelőzően felírták.

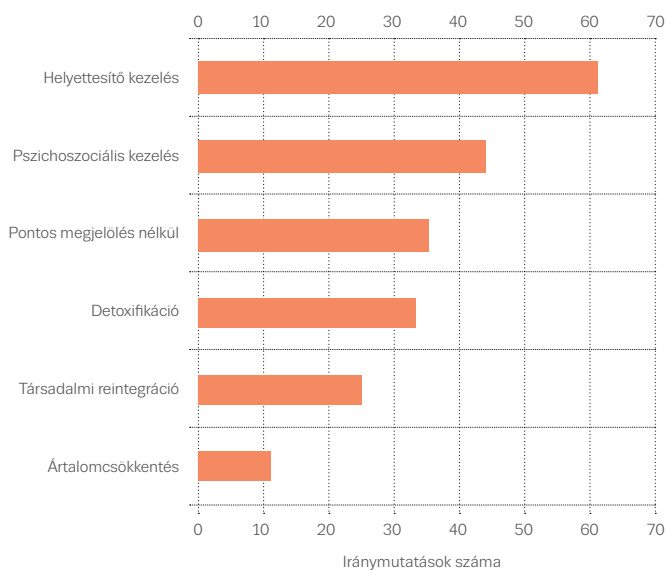
Bizonyítékon alapuló válaszleépések: az iránymutatások és szabályok alkalmazása

A drogproblémákkal szembeni európai egészségügyi és szociális válaszleépéseket egyre többször támasztják alá iránymutatások és minőségi előírások, amelyek arra szolgálnak, hogy a bizonyítékokat kielégítő, fenntartható eredményekre váltsák. Ez általában egy folyamatot jelent, amelynek során az iránymutatások több évvel megelőzik a minőségi előírások bevezetését (3.15. ábra).

Az iránymutatások olyan nyilatkozatok, amelyek ajánlásokat fogalmaznak meg a kliensek ellátásának optimalizálása érdekében. Ezek rendszerint a bizonyítékok szisztematikus felülvizsgálatán és az alternatív gondozási lehetőségek előnyeinek és hátrányainak értékelésén alapulnak. Az iránymutatások célja, hogy a klienseket, gondozókat és szolgáltatókat segítse a megfelelő

3.16. ÁBRA

A kábítószeres területén Európában 2013-ig bejelentett nemzeti kábítószer vonatkozású iránymutatások az egészségügyi és szociális beavatkozásokhoz



beavatkozásokról szóló döntés meghozatalában. Az utóbbi 20 évben több mint 150, kábítószerre vonatkozó iránymutatás jelent meg, és 2011 óta minden tagállam rendelkezik iránymutatással. Az iránymutatások a kábítószeres területével foglalkozó egészségügyi és szociális beavatkozások teljes skáláját lefedik, bár az egészségügyi beavatkozásokra, például a helyettesítő kezelésre és a detoxifikációra több iránymutatás vonatkozik, mint az ártalomcsökkentésre és a társadalmi reintegrációra (3.16. ábra).

A minőségi előírások az iránymutatásokban ajánlott beavatkozások végrehajtásának támogatására használt, bizonyítékokon alapuló elvek és szabályok. Ezek vonatkozhatnak tartalmi kérdésekre, eljárásokra vagy a minőségbiztosítás strukturális szempontjaira, például a munkakörnyezetre és a személyzet összetételére. A drogreprevenzió területén európai szintű minőségi előírások támogatják a programok kidolgozását. Ezek az előírások kiemelik az olyan tényezőket, mint a tevékenységek relevanciája a célpopuláció szempontjából, az elfogadott etikai elvek betartása, valamint a tudományos tényhátér integrálása és terjesztése.

A drogproblémákkal szembeni európai egészségügyi és szociális válaszlépéseket egyre többször támasztják alá iránymutatások és minőségi előírások

BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2014

Cocaine: drugs to treat dependence?, Kábítószerügyi kiemelt témák.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Kábítószerügyi kiemelt témák.

Internet-based drug treatment, Kábítószerügyi kiemelt témák.

2013

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, Kábítószerügyi kiemelt témák.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, tematikus tanulmány.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, Kábítószerügyi kiemelt témák.

North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, tematikus tanulmány.

Preventing overdose deaths in Europe, Kábítószerügyi kiemelt témák.

2012

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

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

New heroin-assisted treatment, Insights.

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

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

Treatment and care for older drug users, kiemelt téma.

2009

Internet-based drug treatment interventions, Insights.

Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents, tematikus tanulmány.

2008

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

Drugs and vulnerable groups of young people, kiemelt téma.

Az EMCDDA és az ECDC közös kiadványai

2011

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

Valamennyi kiadvány elérhető a

www.emcdda.europa.eu/publications weboldalon

4

**Az ENSZ három egyezménye
biztosítja a nemzetközi keretet
több mint 240 pszichoaktív anyag
termelésének, kereskedelmének
és birtoklásának ellenőrzéséhez**

Drogpolitika

Európai szinten a többéves stratégiák és cselekvési tervek mellett az uniós kábítószerügyi jogszabályok biztosítják a keretet az összehangolt fellépéshez. Országos szinten a kormány és a parlament felelőssége a kábítószerrel összefüggő problémák megoldásához szükséges jogi, stratégiai, szervezeti és költségvetési keretek elfogadása.

A drogpolitika megfigyelése

Az európai szinten nyomon követhető politikai dimenziók közül a legfontosabbak: a kábítószertervények és a kábítószertervények megsértései, a nemzeti drogstratégiák és cselekvési tervek, a politikai koordinációs és értékelési mechanizmusok, valamint a kábítószerrel összefüggő költségvetés és kiadások. Az adatgyűjtés két EMCDDA-hálózaton, a nemzeti fókuszpontok és a jogi és politikai tudósítók hálózatán keresztül történik. A kábítószertervények megsértéseiről szóló adatok és módszertani megjegyzések az online *Európai kábítószerjelentés: adatok és statisztikák* című kiadványban találhatók, emellett a weboldalon az *európai drogpolitikáról és a jogszabályokról* is átfogó tájékoztató olvasható.

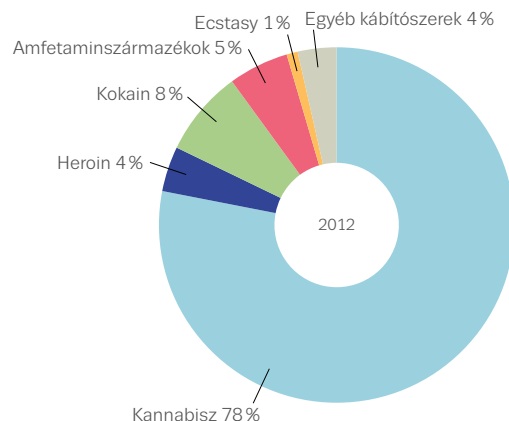
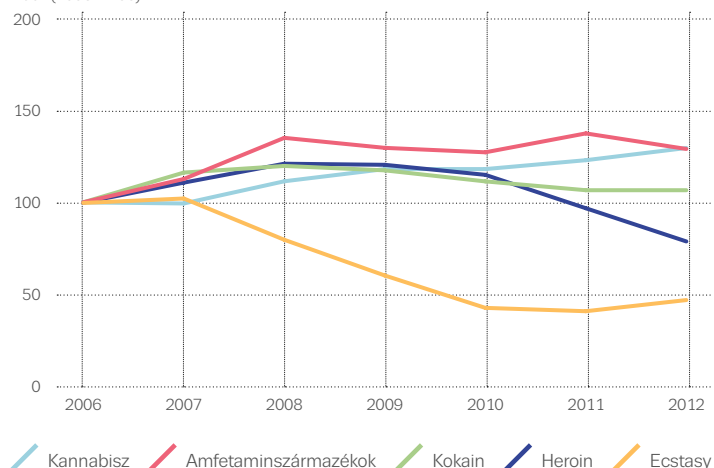
Kábítószertervények: közös keret

Az ENSZ három egyezménye biztosítja a nemzetközi keretet több mint 240 pszichoaktív anyag termelésének, kereskedelmének és birtoklásának ellenőrzéséhez. Az egyezmények értelmében az engedély nélküli kínálatot minden ország köteles bűncselekménynek tekinteni. Ugyanez a követelmény vonatkozik a személyes fogyasztásra szánt kábítószer birtoklására, de az ország „alkotmányos elveinek és jogrendszere alapvető fogalmainak” függvényében. Ezt a kitételeket nem egyformán értelmezik, ami tükröződik az európai és más országok e téren alkalmazott eltérő megközelítésében.

4.1. ÁBRA

Kábítószer-használattal vagy használati célú birtoklással kapcsolatos bejelentett bűncselekmények Európában, tendenciák és kábítószer szerinti bontás

Index (2006 = 100)



Használatra szánt birtoklás: ritkább a börtönbüntetés

A személyes használatra szánt kábítószer birtoklása – és néha a kábítószer-használat is – a legtöbb európai országban szabadságvesztéssel büntethető bűncselekménynek számít. Sok európai országban viszont ritka a börtönbüntetés, és körülbelül 2000-től Európa-szerte érzékelhető az az általános tendencia, hogy a személyes használattal kapcsolatos bűncselekmények esetében csökken a börtönbüntetés kiszabásának lehetősége. Néhány országban teljesen megszüntették a szabadságvesztés lehetőségét, egyes országok pedig egészen odáig mentek, hogy a személyes célú birtoklás bűncselekménye csak nem büntetőjogi szankciókkal, általában pénzbírsággal sújtható.

A legtöbb európai országban a kábítószer-törvények megsértéseire vonatkozó feljelentések többsége kábítószer-használatra vagy használati célú birtoklásra vonatkozik. Becslések szerint Európa egészében 2012-ben összesen több mint egymillió ilyen bűncselekményt jelentettek be, ami 2006-hoz képest 17%-os növekedést jelent. A bejelentett kábítószer-bűncselekmények több mint háromnegyede kannabisszal volt kapcsolatos (4.1. ábra).

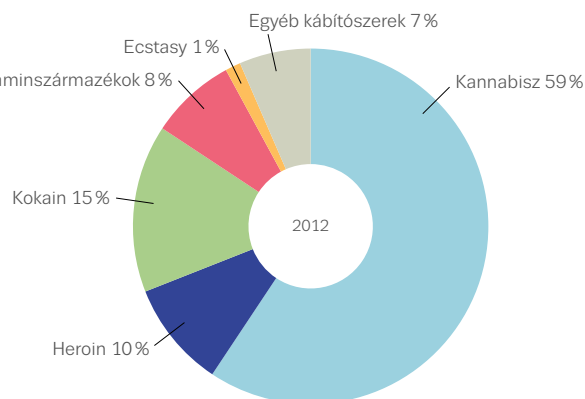
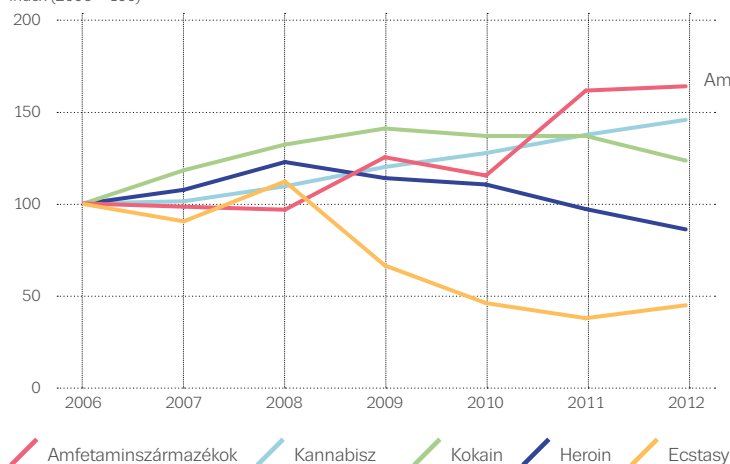
Kábítószer-kínálata: nagy különbségek a büntetési tételek között

A tiltott kábítószer-kínálata Európa minden részén bűncselekménynek számít, de az országok között jelentős különbségek vannak a kiszabható büntetési tételekben.

4.2. ÁBRA

Kábítószer-kínálattal kapcsolatos bejelentett bűncselekmények Európában, tendenciák és kábítószer szerinti bontásban

Index (2006 = 100)



4.3. ÁBRA

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 kábítószer mennyisége vagy típusa, ennek megfelelő büntetési maximumokkal és minimumokkal.

2006 óta összességében 28%-kal emelkedett a kábítószeres kínálatával összefüggő, bejelentett bűncselekmények száma, és 2012-ben már több mint 230 000 ilyen eset volt. A birtoklás jellegű bűncselekményekhez hasonlóan az esetek többségében a kannabisz játszott szerepet. A kínálati bűncselekményeknek ugyanakkor nagyobb része kapcsolódott a heroinhoz, kokainhoz és amfetaminszármazékokhoz, mint a személyes birtoklási cselekményeknek. Folytatódott a kokain és heroin kínálatával kapcsolatos bűncselekmények csökkenő tendenciája (4.2. ábra).

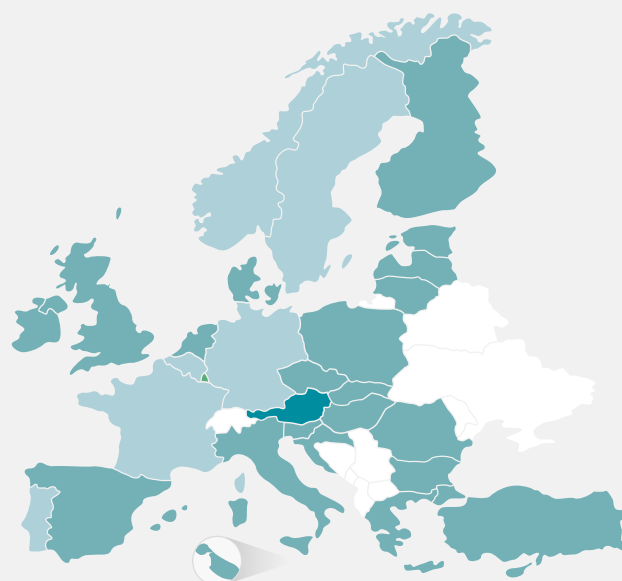
Új pszichoaktív anyagok: alakuló ellenőrzési rendszerek

Az európai jogalkotókat komoly kihívások elé állította, hogy a nemrég ellenőrzés alá vont anyagokat milyen gyorsan váltották fel újabb anyagok, akárcsak a piacon elérhető termékek sokfélesége.

Az európai országok részéről ezek a nehézségek országos szinten különféle innovatív jogi válaszlépéseket váltottak ki. Nagy vonalakban három típust lehet megkülönböztetni. Az első csoportba tartozó országok olyan meglévő törvényeket használtak fel, amelyek nem az ellenőrzött kábítószerekre vonatkoznak, például fogyasztóvédelmi vagy gyógyszer-ellenőrzési jogszabályokat: Lengyelországban 2010-ben egy hétvége alatt több mint 1000 kiskereskedelmi egységet zártak be a meglévő egészségvédelmi hatáskör alkalmazásának segítségével. A második csoport országai a meglévő kábítószer-törvényeket vagy eljárásokat terjesztették ki vagy alakították át: az Egyesült Királyságban 2011-ben ideiglenes kábítószer-besorolási végzést vezettek be, hogy az egészségügyi kockázatok vizsgálatának idejére ellenőrzés alá lehessen vonni a kínálatot. A harmadik megoldás az új jogszabály kidolgozása volt: Portugália és Szlovákia 2013-ban külön törvényeket vezetett be kifejezetten azért, hogy beszüntesse bizonyos új anyagok engedély nélküli árusítását.

Ez a gyorsan változó jogterület folyamatos fejlődésben van. Az újabb fejlemények közé tartozik, hogy Lengyelország és Románia a meglévő törvények megerősítésére újonnan

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



Legális és tiltott drogokra vonatkozó kombinált stratégia
Tiltott kábítószer elleni stratégia
Nincs nemzeti drogstratégia

Megjegyzés: Az Egyesült Királyságnak a tiltott kábítószerre vonatkozó stratégiája van, ezzel szemben Walesben és Észak-Írországon az alkoholra is kiterjedő, kombinált stratégia van érvényben.

kidolgozott speciális jogszabályt vezetett be, így most párhuzamosan használja a régit és az újat. Ciprus 2012-ben úgy fogalmazta át az általános meghatározásokat, hogy a jelenlegi meghatározásokon kívül eső anyagok is beletartozzanak, Hollandia pedig ugyanebben az évben elutasította az általános meghatározásokat arra hivatkozva, hogy nem elég célirányosak.

A különféle válaszlépéseket tekintve abban is nagy különbségek vannak, hogy milyen kritériumok váltanak ki jogalkotási reakciót, illetve hogy milyen büntetéseket lehet kiszabni a betartás elmulasztásáért. Úgy tűnik mindazonáltal, hogy az országok abba az irányba haladnak, hogy inkább a kínálatot büntessék, ne az anyagok birtoklását.

4.4. ÁBRA

Nemzeti kábítószer-ellenes stratégiák

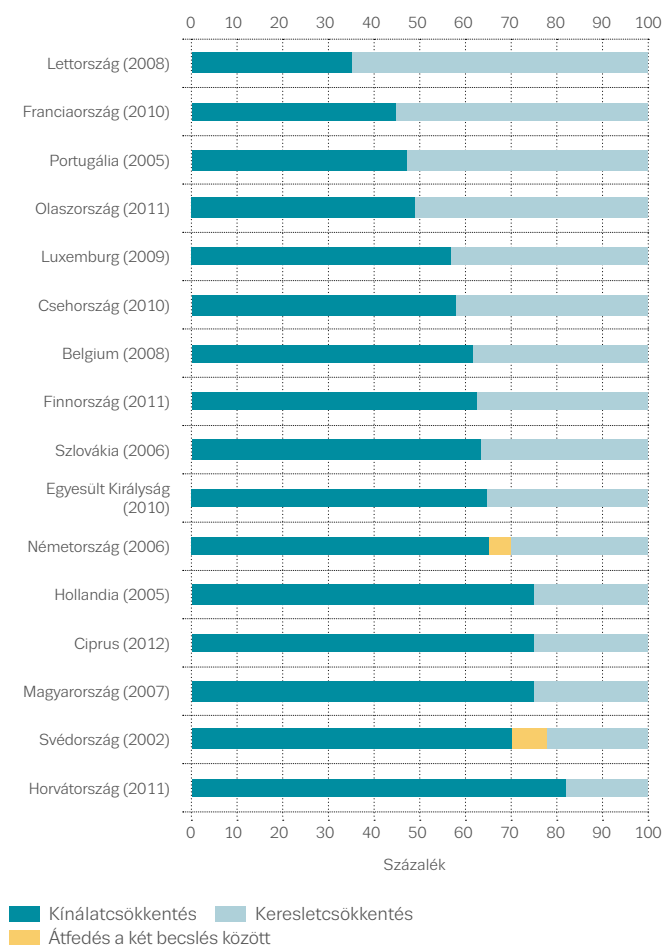
Mára már általános gyakorlattá vált, hogy az európai nemzeti kormányok drogstratégiákat és cselekvési terveket fogadnak el. Ezek a meghatározott időszakra szóló dokumentumok általános elveket, célkitűzéseket és prioritásokat tartalmaznak, kijelölik az intézkedéseket és a végrehajtásukért felelős feleket. Pillanatnyilag minden országnak van nemzeti drogstratégiája vagy cselekvési terv dokumentuma, Ausztria kivételével, ahol tartományi tervek vannak hatályban. Hét ország fogadott el olyan nemzeti stratégiát és cselekvési tervet, amely a legális és tiltott kábítószerre egyaránt vonatkozik (4.3. ábra). Sok ország most már szisztematikusan értékeli a drogstratégiáját és cselekvési tervét. Az értékelés célja általában az, hogy felmérjék a megvalósításban elért szintet, valamint a kábítószerhelyzet egészében történt változásokat.

Különböző drogpolitikai támogató szervezetek

Az utóbbi években a civil társadalmi szervezetek, köztük a drogpolitikai támogató csoportok is nagyobb szerepet vállaltak a drogstratégiák kidolgozásában. Az EMCDDA nemrég készült tanulmányában több mint 200 olyan szervezetet talált, amelyek részt vesznek az európai drogpolitika támogatásában, és ezekből nagyjából 70% működött országos szinten, a maradék pedig felerészből helyi, felerészből európai szinten foglalkozott a támogatással. A szervezetek közel kétharmada a gyakorlati fejlesztéssel kapcsolatos célokat képvisel, 39%-uk támogatja az ártalomcsökkentést, 26% a prevenciót és a kábítószer-használat visszaszorítását. A fennmaradó szervezetek a jogalkotási változással foglalkoztak, ezen belül 23% támogatta a kábítószer-ellenőrzések csökkentését és 12% az ellenőrzés megerősítését.

A támogató szervezetek többsége célzott tevékenységekben vesz részt, hogy befolyásolja a lakosság és a politikusok attitűdjét és véleményét a kábítószerrel kapcsolatos szolgáltatások és a kábítószer ellenőrzése területén. Figyelemfelhívó tevékenységük keretében nyilvános vitákban vesznek részt vagy saját oldalt működtetnek a közösségi médiában, hogy befolyásolják a drogpolitikát. Az ellenőrzés csökkentését vagy az ártalomcsökkentést szorgalmazó szervezetek többnyire a drogfogyasztók nevében lépnek fel, a kábítószer-használat visszaszorítását és az ellenőrzés megerősítését támogató szervezetek viszont főként a tágabb értelemben vett társadalom, és különösen a fiatalok és a családok nevében emelnek szót.

A kábítószerrel összefüggő közkiadások keresletcsökkentés és kínálatcsökkentés szerinti bontásban



Gazdasági értékelés: a megszorítások kihatnak a beavatkozások forrásaira

Sok európai ország még ma is küzd a közelmúltbeli gazdasági visszaesés következményeivel. Az európai országokat nem egyforma mértékben érintette az államháztartási konszolidáció vagy a megszorító intézkedések és ezek hatása. Az összehasonlításához elegendő adattal rendelkező 18 országból az egészségügy, a közrend és közbiztonság területén jelentettek forráscsökkentéseket – a kormányzati kiadások azon területein, ahonnan a legtöbb a kábítószerrel összefüggő közkiadás ered. Az egészségügyi ágazatban 2009 és 2011 között összességében a közkiadások nagyobb csökkentéseit lehetett megfigyelni.

A kábítószerrel összefüggő programok és szolgáltatások céljára elérhető források csökkentését szintén több európai országból jelentették, és ez különösen a drogprevenciós beavatkozásokat és a kábítószerrel foglalkozó kutatásokat érintette. Több országból jelezték azt is, hogy a drogfogyasztók kezelésére szolgáló finanszírozást nem mindig sikerült lekötöni.

A gazdasági elemzés a szakpolitikai értékelés fontos eszköze lehet, bár a kábítószerrel összefüggő európai közkiadásokról elérhető információk korlátozottsága komoly akadályt jelent, és megnehezíti az országok összehasonlítását. A 2002 óta becsléseket készítő 16 országban a kábítószerrel összefüggő közkiadások a bruttó hazai termék (GDP) 0,01%-a és 0,5%-a közötti tartományban mozogtak. A rendelkezésre álló információk alapján úgy tűnik, hogy a kábítószerrel összefüggő közkiadások legnagyobb részét a kábítószer-kínálat csökkentésére irányuló tevékenységekhez rendelik (4.4. ábra).

A kínálatcsökkentésre fordított közkiadásokhoz tartoznak többek között a kábítószer törvényeket megsértő, börtönben lévő elkövetőkre fordított kiadások. Az EMCDDA több becslést is készített: az alacsony becslésben csak azokat a fogvatartottakat veszi figyelembe, akiket a kábítószer törvényeket megsértő bűncselekményért ítélték el, a magas becslésben pedig azokkal az előzetes letartóztatásban lévőkkel is számol, akiket a kábítószer törvényeket megsértő bűncselekményért ítélték el. Az európai országok e kritériumok alapján 2010-ben a GDP 0,03%-át avagy 3,7 milliárd EUR-t fordítottak a szabadságvesztésüket töltő elkövetőkre. Az előzetes letartóztatásban lévőket is beleszámolva a becslés a GDP 0,05%-ára avagy 5,9 milliárd EUR-ra emelkedik.

BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2014

Drug policy profiles — Austria, EMCDDA tanulmányok.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA tanulmányok.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA tanulmányok.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA tanulmányok.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Kábítószerügyi kiemelt témák.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Kábítószerügyi kiemelt témák.

The new EU drugs strategy (2013–20), Kábítószerügyi kiemelt témák.

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.

Az EMCDDA és az Európai Bizottság közös kiadványai

2010

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

Valamennyi kiadvány elérhető a

www.emcdda.europa.eu/publications weboldalon

Melléklet

Az itt bemutatott országos adatok az online *Európai kábítószerjelentés: adatok és statisztikák* című kiadványból származnak, ahol további adatsorok, évek, megjegyzések és metaadatok találhatóak

TÁBLÁZAT 1

OPIOIDOK

Ország	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	–	34,5 (2 335)	17,1 (290)	21,7 (480)	12,4 (35)	17 351
Bulgária	–	82,5 (1 631)	84,3 (253)	78,5 (963)	80,3 (196)	3 445
Csehország	1,5–1,5	18,2 (1 615)	9,7 (417)	85,8 (1 370)	84,5 (348)	4 000
Dánia	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Németország	3,2–3,8	40,4 (30 841)	15,9 (3 343)	–	–	75 400
Észtország	–	93,4 (510)	85,6 (107)	80,7 (406)	79,4 (85)	1 157
Írország	–	51,6 (3 971)	32,4 (1 058)	42,5 (1 633)	34,4 (353)	8 923
Görögország	2,6–3,2	77,5 (4 399)	68,9 (1 652)	39,7 (1 744)	36,3 (600)	9 878
Spanyolország	0,9–1,0	29,7 (14 925)	13,2 (3 289)	18,1 (2 537)	12,1 (384)	76 263
Franciaország	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	152 000
Horvátország	3,2–4,0	80,9 (6 357)	27,9 (313)	74,5 (4 678)	42,3 (126)	4 565
Olaszország	3,8–5,2	55,5 (16 751)	39 (5 451)	55,7 (8 507)	46,4 (2 185)	98 460
Ciprus	1,0–1,5	27,9 (278)	8,4 (41)	57,2 (159)	57,5 (23)	239
Lettország	5,4–10,7	49,9 (1 071)	26,3 (104)	91,3 (935)	80,9 (76)	355
Litvánia	2,3–2,4	–	66 (140)	–	100 (140)	687
Luxemburg	5,0–7,6	58,8 (163)	–	44,1 (71)	–	1 226
Magyarország	0,4–0,5	5,9 (230)	1,8 (47)	70,9 (156)	56,8 (25)	637
Málta	5,8–6,6	75,4 (1 410)	35,2 (93)	61 (840)	53,9 (48)	1 094
Hollandia	0,8–1,0	12,1 (1 302)	5,7 (352)	5,8 (45)	9 (19)	9 556
Ausztria	5,2–5,5	58 (2 110)	35,5 (488)	46,5 (727)	33,6 (127)	16 892
Lengyelország	0,4–0,7	28,7 (808)	9 (104)	62,7 (449)	39,4 (39)	1 583
Portugália	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	24 027
Románia	–	37,4 (745)	25 (251)	89,3 (609)	86,5 (199)	531
Szlovénia	4,0–4,8	81,1 (519)	64 (189)	50,6 (212)	39,7 (48)	3 345
Szlovákia	1,0–2,5	26,3 (528)	13,1 (126)	74 (382)	69,6 (87)	465
Finnország	–	61,9 (920)	38,1 (101)	81 (728)	74 (74)	2 439
Svédország	–	20,1 (248)	–	60,9 (148)	–	5 200
Egyesült Királyság	7,9–8,3	56,4 (61 737)	33,4 (13 586)	34,5 (20 804)	30,6 (4 085)	171 082
Törökország	0,2–0,5	75,4 (3 557)	67,3 (1 695)	48,7 (1 734)	43,1 (730)	28 656
Norvégia	2,1–3,9	32,6 (2 902)	–	77,1 (145)	–	7 038
Az Európai Unió	–	45,5 (174 345)	25,0 (35 567)	38,2 (50 759)	31,8 (9 574)	698 441
Az EU, Törökország és Norvégia	–	45,5 (181 804)	25,7 (37 262)	38,5 (52 638)	32,4 (10 304)	734 135

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	–	2,0	4	15,3 (1 031)	16,3 (277)	7,4 (72)	2,2 (6)
Bulgária	0,9	0,3	3	0,5 (9)	1 (3)	0 (0)	0 (0)
Csehország	2,3	0,5	1	0,2 (19)	0,2 (10)	0 (0)	0 (0)
Dánia	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Németország	3,4	1,6	3	6,1 (4 620)	6 (1 267)	–	–
Észtország	–	1,3	2	–	–	–	–
Írország	6,8	2,8	3	8,5 (654)	9,1 (297)	1,5 (9)	0 (0)
Görögország	0,7	0,2	1	4,1 (235)	4,2 (101)	19,4 (45)	8,9 (9)
Spanyolország	8,8	3,6	3	40,4 (20 335)	42,5 (10 637)	1,9 (371)	0,9 (97)
Franciaország	3,7	1,9	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	9,9 (192)	4,1 (16)
Horvátország	2,3	0,9	2	1,9 (147)	4,3 (48)	3,5 (5)	2,2 (1)
Olaszország	4,2	1,3	1	24,2 (7 299)	30 (4 187)	4,1 (282)	3,4 (134)
Ciprus	1,3	0,6	4	12,1 (121)	6,2 (30)	2,5 (3)	0 (0)
Lettország	1,5	0,3	–	0,3 (6)	0,5 (2)	0 (0)	0 (0)
Litvánia	0,9	0,3	2	–	–	–	–
Luxemburg	–	–	–	12,6 (35)	–	39,4 (13)	–
Magyarország	0,9	0,4	2	1,6 (62)	1,6 (41)	11,5 (7)	7,5 (3)
Málta	0,4	–	4	13,4 (251)	28 (74)	30,7 (75)	14,5 (10)
Hollandia	5,2	2,4	2	26,5 (2 867)	21,7 (1 328)	0,1 (2)	0,1 (1)
Ausztria	2,2	1,2	–	8,3 (301)	10,2 (140)	6,5 (19)	1,5 (2)
Lengyelország	0,9	0,3	3	2,4 (69)	2,7 (31)	6,1 (4)	3,2 (1)
Portugália	1,2	0,4	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Románia	0,3	0,2	2	1,2 (23)	1,9 (19)	0 (0)	0 (0)
Szlovénia	2,1	1,2	3	4,8 (25)	4,2 (8)	40 (10)	12,5 (1)
Szlovákia	0,6	0,4	2	0,5 (11)	0,9 (9)	0 (0)	0 (0)
Finnország	1,7	0,6	1	–	–	–	–
Svédország	3,3	1,2	1	1,8 (16)	–	0 (0)	–
Egyesült Királyság	9,0	3,3	4	12,6 (13 787)	16,9 (6 887)	2,1 (279)	0,9 (58)
Törökország	–	–	–	1,7 (82)	2 (50)	0 (0)	0 (0)
Norvégia	–	–	1	0,8 (67)	–	0 (0)	–
Az Európai Unió	4,2	1,7	–	14,3 (54 824)	18,4 (26 150)	3 (1 413)	1,5 (341)
Az EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	13,9 (54 973)	18,1 (26 200)	3 (1 413)	1,5 (341)

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	9,4 (639)	7,4 (125)	15,4 (86)	9,8 (12)
Bulgária	1,2	1,3	6	2,2 (43)	8 (24)	0 (0)	0 (0)
Csehország	2,5	0,8	2	67,4 (5 999)	71 (3 040)	80,1 (4 761)	75,2 (2 255)
Dánia	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Németország	3,1	1,8	4	13,1 (9 959)	16,7 (3 498)	–	–
Észtország	–	2,5	3	2,4 (13)	2,4 (3)	75 (9)	66,7 (2)
Írország	4,5	0,8	2	0,6 (45)	0,8 (25)	0 (0)	0 (0)
Görögország	0,1	0,1	2	0,1 (7)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Spanyolország	3,3	1,1	2	1,2 (595)	1,5 (363)	0,3 (2)	0 (0)
Franciaország	1,7	0,5	4	0,3 (98)	0,2 (22)	22,5 (18)	15,8 (3)
Horvátország	2,6	1,6	2	1,1 (85)	2 (22)	1,2 (1)	0 (0)
Olaszország	1,8	0,1	1	0,1 (33)	0,2 (22)	0 (0)	0 (0)
Ciprus	0,7	0,4	4	–	–	–	–
Lettország	2,2	0,6	–	19,8 (426)	27,1 (107)	60,4 (223)	56,3 (54)
Litvánia	1,2	0,5	3	–	5,7 (12)	–	75 (9)
Luxemburg	–	–	–	0,7 (2)	–	0 (0)	–
Magyarország	1,8	1,2	6	12,3 (476)	11,1 (285)	20 (94)	16 (45)
Málta	0,4	–	3	0,3 (5)	0,4 (1)	20 (1)	0 (0)
Hollandia	3,1	–	3	5,9 (633)	6,1 (372)	1,8 (6)	0,5 (1)
Ausztria	2,5	0,9	–	3,2 (117)	4,3 (59)	0 (0)	0 (0)
Lengyelország	2,9	1,4	4	21,7 (611)	22,4 (260)	10,1 (60)	3,5 (9)
Portugália	0,5	0,1	3	0,03 (1)	0,1 (1)	–	–
Románia	0,1	0,0	2	0,5 (9)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)
Szlovénia	0,9	0,8	2	1 (5)	2,1 (4)	0 (0)	0 (0)
Szlovákia	0,5	0,3	2	44,7 (895)	49,3 (474)	27,8 (244)	19,2 (90)
Finnország	2,3	1,6	1	12,2 (181)	9,8 (26)	80,4 (135)	68 (17)
Svédország	5,0	1,5	1	14,9 (130)	–	76,5 (176)	–
Egyesült Királyság	10,6	1,1	2	2,8 (3 084)	3,3 (1 329)	26,1 (744)	19,4 (241)
Törökország	0,3	–	–	–	–	–	–
Norvégia	–	–	1	11,9 (1 057)	–	70,2 (203)	–
Az Európai Unió	3,4	0,9	–	6,5 (24 553)	7,2 (10 229)	48 (6 569)	43 (2 738)
Az EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	6,5 (25 610)	7,1 (10 229)	48,5 (6 772)	43 (2 738)

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	0,5 (36)	1,1 (19)
Bulgária	2,0	2,9	4	–	–
Csehország	3,6	1,2	3	0,1 (6)	0,1 (3)
Dánia	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)
Németország	2,7	0,9	2	–	–
Észtország	–	2,3	3	–	–
Írország	6,9	0,9	2	0,6 (46)	1 (32)
Görögország	0,4	0,4	2	0,2 (10)	0,2 (4)
Spanyolország	3,6	1,4	2	0,2 (103)	0,3 (78)
Franciaország	2,4	0,4	3	0,5 (186)	0,2 (22)
Horvátország	2,5	0,5	2	0,4 (31)	0,4 (4)
Olaszország	1,8	0,1	1	0,2 (61)	0,2 (32)
Ciprus	0,9	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)
Lettország	2,7	0,8	3	0,2 (4)	0,5 (2)
Litvánia	1,3	0,3	2	–	–
Luxemburg	–	–	–	–	–
Magyarország	2,4	1,0	4	1,5 (57)	1,3 (34)
Málta	0,7	–	3	1,1 (20)	2,7 (7)
Hollandia	6,2	3,1	3	0,6 (66)	0,9 (58)
Ausztria	2,3	1,0	–	0,7 (24)	0,9 (13)
Lengyelország	1,1	0,3	2	0,2 (7)	0,2 (2)
Portugália	1,3	0,6	3	0,1 (4)	0,2 (4)
Románia	0,7	0,4	2	0,2 (3)	0,2 (2)
Szlovénia	2,1	0,8	2	0,4 (2)	1,1 (2)
Szlovákia	1,9	0,9	4	–	–
Finnország	1,8	1,1	1	0,1 (2)	0,4 (1)
Svédország	2,1	0,2	1	–	–
Egyesült Királyság	8,3	2,4	4	0,2 (270)	0,4 (166)
Törökország	0,1	0,1	–	1,1 (53)	1,6 (41)
Norvégia	–	–	1	–	–
Az Európai Unió	3,1	1,0	–	0,2 (953)	0,3 (493)
Az EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	0,3 (1 006)	0,4 (534)

TÁBLÁZAT 5

KANNABISZ

Ország	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	31,2 (2 112)	49,4 (839)
Bulgária	7,5	8,3	21	3,4 (67)	5,7 (17)
Csehország	27,9	18,5	42	12,5 (1 111)	17,5 (747)
Dánia	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Németország	23,1	11,1	19	34,4 (26 208)	54,5 (11 431)
Észtország	–	13,6	24	2,9 (16)	8 (10)
Írország	25,3	10,3	18	28,8 (2 216)	45,8 (1 498)
Görögország	8,9	3,2	8	15,7 (889)	24,6 (589)
Spanyolország	27,4	17,0	28	25,6 (12 873)	38,9 (9 736)
Franciaország	32,1	17,5	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)
Horvátország	15,6	10,5	18	12,7 (1 001)	56,3 (630)
Olaszország	21,7	8,0	14	17,1 (5 176)	26 (3 629)
Ciprus	9,9	4,2	7	53,3 (532)	81,9 (399)
Lettország	12,5	7,3	25	14,6 (314)	26,8 (106)
Litvánia	10,5	5,1	20	–	3,3 (7)
Luxemburg	–	–	–	26 (72)	–
Magyarország	8,5	5,7	19	65,9 (2 560)	74,9 (1 927)
Málta	3,5	1,9	10	8,4 (157)	29,2 (77)
Hollandia	25,7	13,7	26	47,6 (5 143)	57,8 (3 542)
Ausztria	14,2	6,6	–	25,3 (919)	45,4 (623)
Lengyelország	12,2	12,1	23	35,6 (1 003)	53,6 (623)
Portugália	9,4	5,1	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Románia	1,6	0,6	7	11,1 (222)	18,1 (182)
Szlovénia	15,8	10,3	23	10,4 (54)	26,5 (50)
Szlovákia	10,5	7,3	27	21,6 (432)	32 (308)
Finnország	18,3	11,2	11	18 (267)	42,6 (113)
Svédország	14,9	6,9	7	16 (197)	–
Egyesült Királyság	30,0	10,5	24	22,4 (24 498)	37,1 (15 107)
Törökország	0,7	0,4	–	15,8 (744)	22 (555)
Norvégia	19,2	7,9	5	19,2 (1 711)	–
Az Európai Unió	21,7	11,2	–	27,9 (106 981)	42,2 (59 901)
Az EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	27,6 (109 436)	41,8 (60 456)

TÁBLÁZAT 6

MÁS INDIKÁTOROK

	Kábítószer okozta halálozások (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	17,4 (127)	0,4 (4)	2,5–4,8	937 924
Bulgária	4,8 (24)	5,5 (40)	–	466 603
Csehország	3,9 (28)	0,6 (6)	5,32–5,38	5 362 334
Dánia	46,3 (168)	2 (11)	–	–
Németország	16,8 (908)	1 (81)	–	–
Észtország	190,8 (170)	53,7 (72)	4,3–10,8	2 228 082
Írország	70,5 (215)	2,8 (13)	–	274 475
Görögország	–	42,9 (484)	0,93–1,25	406 898
Spanyolország	11,4 (360)	4,4 (166)	0,19–0,21	1 990 136
Franciaország	6,7 (283)	1,2 (76)	–	13 800 000
Horvátország	16,1 (46)	0,2 (1)	0,3–0,6	256 544
Olaszország	10,1 (390)	3,4 (208)	–	–
Ciprus	12 (7)	0 (0)	0,2–0,4	0
Lettország	12,4 (17)	46 (94)	–	311 188
Litvánia	34,7 (70)	20,6 (62)	–	196 446
Luxemburg	22,1 (8)	7,6 (4)	4,5–6,85	212 822
Magyarország	3,5 (24)	0 (0)	0,8	420 812
Málta	16,2 (4)	0 (0)	–	376 104
Hollandia	10,2 (113)	0,4 (7)	0,21–0,22	237 400
Ausztria	28,1 (160)	4,5 (38)	–	4 625 121
Lengyelország	9,9 (271)	1,1 (42)	–	98 000
Portugália	4,2 (29)	5,3 (56)	–	1 341 710
Románia	2 (28)	8 (170)	–	1 074 394
Szlovénia	18,4 (26)	0,5 (1)	–	553 426
Szlovákia	6,2 (24)	0,2 (1)	–	11 691
Finnország	58 (205)	1,3 (7)	–	3 539 009
Svédország	62,6 (383)	1,7 (16)	–	73 125
Egyesült Királyság	38,3 (1 598)	1,8 (111)	2,9–3,2	9 349 940
Törökország	3,1 (154)	0,1 (6)	–	–
Norvégia	75,9 (250)	2,2 (11)	2,2–3,1	3 011 000
Az Európai Unió	17,1 (5 686)	3,5 (1 771)	–	–
Az EU, Törökország és Norvégia	–	3,1 (1 788)	–	–

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 (kg)	szám
Belgium	112	1 953	19 178	3 349	58	2 641	26 874 (–)	1 015
Bulgária	285	44	115	30	84	68	6 164 (30)	3
Csehország	8	41	8	44	32	357	1 782 (0,01)	12
Dánia	41	430	42	2 056	303	1 817	72 654 (–)	523
Németország	242	3 381	1 258	3 618	1 196	11 919	313 179 (–)	1 786
Észtország	0,0004	1	3	49	41	319	9 210 (0,01)	56
Írország	60	766	459	391	23	143	148 195 (6)	311
Görögország	331	2 045	201	432	0,3	22	3 253 (0,4)	7
Spanyolország	229	5 822	20 754	37 880	251	2 511	175 381 (–)	2 128
Franciaország	701	–	5 602	–	307	–	156 337 (–)	–
Horvátország	30	192	6	132	3	268	– (1,1)	105
Olaszország	951	2 983	5 319	6 633	12	63	19 051 (20)	138
Ciprus	1	34	7	88	0,5	50	102 (0,1)	9
Lettország	1	427	1	28	30	820	847 (–)	24
Litvánia	0,5	112	120	10	80	119	54 (–)	8
Luxemburg	3	190	2	122	1	13	137 (–)	10
Magyarország	3	26	13	118	30	492	12 437 (0,8)	91
Málta	1	44	143	80	0,2	3	1 080 (–)	27
Hollandia	750	–	10 000	–	681	–	2 442 200 (61)	–
Ausztria	222	393	65	912	35	607	8 998 (–)	113
Lengyelország	36	–	213	–	618	–	31 092 (0,01)	–
Portugália	66	971	4 020	1 238	0,2	44	867 (7)	101
Románia	45	215	55	85	4	16	12 861 (0,02)	112
Szlovénia	20	439	27	251	9	203	960 (–)	16
Szlovákia	0,3	82	2	19	11	607	529 (–)	16
Finnország	0,07	47	26	147	139	2 616	23 623 (–)	513
Svédország	7	363	34	1 010	361	3 609	38 630 (3)	441
Egyesült Királyság	831	10 624	3 324	18 569	1 491	6515	473 000 (–)	3 716
Törökország	13 301	4 155	476	1 434	619	108	2 961 553 (357)	4 445
Norvégia	45	1 277	67	860	317	6 801	6 579 (2)	274
Az Európai Unió	4 977	31 625	70 997	77 291	5 802	35 842	3 979 497 (130)	11 281
Az EU, Törökország és Norvégia	18 323	37 057	71 540	79 585	6 737	42 751	6 947 629 (489)	16 000

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	1 338	4 500	5 635	19 672	330 675	1 111
Bulgária	15 967	4	1 319	127	13 072 (2 517)	26
Csehország	21	24	563	558	90 091 (–)	259
Dánia	1 334	9 239	223	1 287	– (1 401)	675
Németország	2 386	6 490	4 942	28 744	97 829 (–)	2 204
Észtország	5	48	25	466	– (7)	12
Írország	1 185	527	1 020	1 843	11 601 (–)	542
Görögország	44	145	22 383	6 262	34 040 (–)	831
Spanyolország	325 563	179 993	10 457	150 206	– (39 932)	1 677
Franciaország	51 118	–	3 270	–	131 307 (–)	–
Horvátország	23	343	1 070	4 098	6 703 (–)	211
Olaszország	21 893	6 184	21 496	4 660	4 122 617 (–)	1 216
Ciprus	0,1	20	100	863	385 (–)	39
Lettország	117	64	74	414	– (335)	4
Litvánia	424	23	96	242	– (–)	–
Luxemburg	1	83	30	774	39 (–)	9
Magyarország	3	103	1 777	2 092	7 382 (–)	193
Málta	16	96	3	50	46 (–)	5
Hollandia	2 200	–	12 600	–	1 400 000 (–)	–
Ausztria	174	1 192	812	5 732	– (173)	210
Lengyelország	39	–	1 489	–	61 585 (–)	–
Portugália	18 304	3 298	49	554	7 788 (–)	397
Románia	27	1 492	335	262	3 125 (300)	30
Szlovénia	3	66	706	3 350	11 166 (–)	174
Szlovákia	1	17	177	1 242	2 927 (–)	38
Finnország	714	1 870	–	5 036	18 150 (66)	3 339
Svédország	1 091	6 761	641	7 611	–	–
Egyesült Királyság	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625	15 846
Törökország	27 413	6 881	124 673	57 744	–	3 646
Norvégia	1 605	10 985	314	4 402	– (133)	364
Az Európai Unió	457 424	239 942	104 535	394 891	6 906 153 (44 730)	29 048
Az EU, Törökország és Norvégia	486 442	257 808	229 522	457 037	6 906 153 (44 863)	33 058

Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai
Megfigyelőközpontja

**Európai kábítószerjelentés 2014: tendenciák és
fejlemények**

Luxembourg: Az Európai Unió Kiadóhivatala
2014 — 80 o. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-700-8

doi:10.2810/33193

HOGYAN JUTHAT HOZZÁ AZ EURÓPAI UNIÓ KIADVÁNYAIHOZ?

Ingyenes kiadványok

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

az Európai Unió képviselőin és küldöttségein keresztül. A képviselők 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>)

Előfizetési 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)

A jelentésről

A *Tendenciák és fejlemények* című jelentés magas szintű áttekintést ad a kábítószeres európai jelenségről, amibe a kábítószer-kínálat, a használat és a közegészségügyi problémák éppúgy beletartoznak, mint a drogpolitika és a válaszlépések. Az online *Európai kábítószerjelentés: adatok és statisztikák* című kiadvánnyal az országok szerinti áttekintésekkel és a kábítószerügyi kiemelt témákkal együtt ez alkotja a 2014. évi európai kábítószerjelentés-csomagot.

Az EMCDDA-ról

A Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) a kábítószerrel kapcsolatos kérdésekben egyszerre számít központi forrásnak és hiteles szaktekintélynek Európában. Az ügynökség már több mint 20 éve folytatja a kábítószerekről és kábítószer-függőségről, illetve ezek következményeiről szóló, tudományosan megalapozott információk gyűjtését, elemzését és terjesztését, így a célközönsége számára tényeken alapuló, európai szintű helyzetképet tud adni a kábítószeres jelenségről.

Az EMCDDA kiadványai elsődleges információforrásnak számítanak több célcsoport számára, ideértve a politikai döntéshozókat és tanácsadókat, a kábítószeres területén dolgozó szakembereket és kutatókat, valamint a médiát és a nagy nyilvánosságot. A liszaboni székhelyű EMCDDA az Európai Unió decentralizált ügynökségeinek egyike.