



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

HU

ISSN 2314-9140

Európai kábítószer- jelentés

Tendenciák és fejlemények

2015



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

Európai kábítószer- jelentés

Tendenciák és fejlemények

2015

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.

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

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

(*) A legtöbb hívás és a megadott információk ingyenesek (noha egyes mobiltelefon-szolgáltatókon keresztül, telefonfűlkékből és hotelekből a számot csak díjfizetés ellenében lehet hívni).

Bővebb tájékoztatást az Európai Unióról az interneten talál (<http://europa.eu>).

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.

Luxembourg: Az Európai Unió Kiadóhivatala, 2015

ISBN 978-92-9168-808-1

doi:10.2810/25928

© Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, 2015
A sokszorosítás a forrás megjelölésével megengedett.

Printed in Spain

ELEMIKLÓR-MENTES PAPÍRRÁ 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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Tartalom

5	Előszó
9	Bevezető és köszönetnyilvánítás
11	ÖSSZEFOGLALÁS Az európai kábítószerpiac dinamikája: globális hatások és helyi különbségek
19	1. FEJEZET Kábítószer-kínálat és a piac
39	2. FEJEZET Kábítószer-használat és a kábítószerekkel összefüggő problémák
61	3. FEJEZET A droghatásokra adott egészségügyi és szociális válaszlempések
75	MELLÉKLET Az országos adatok táblázatos formában

| Előszó

Örömmel mutatjuk be a 2015-ös európai kábítószer-jelentés formájában elkészült 20. éves elemzést az európai kábítószerhelyzetről.

Az idei jelentés átfogó áttekintést ad az európai kábítószer-problémáról és a megoldására tett intézkedésekről. A jelentéscsomagot alkotó, egymással összefüggő termékek központi eleme a tendenciákat és fejleményeket bemutató jelentés. Az európai és országos adatokra támaszkodva a tematikus kérdések beható elemzése mellett magas szintű betekintést ad a legfontosabb tendenciákba, válaszlépésekbe és szakpolitikákba. A jelentéscsomagba beletartoznak a pszichoszociális beavatkozásokról, a drogfogyasztói szobákról, a benzodiazepinekkal való visszaélésről és a heroincsempész-útvonalakról készült vadonatúj elemzések is.

A mai európai kábítószer-jelentést alkotó integrált, multimédiás információs csomag azonban teljesen más, mint az EMCDDA 1996-ban kiadott éves jelentése a kábítószerhelyzetről. Az EMCDDA számára 20 évvel ezelőtt bizonyára riasztóan nagy feladatnak tűnt a 15 uniós tagállam között összehangolt felügyeleti rendszerek létrehozása. Éppen ezért meggyőző eredmény, hogy az 1995-ben elindított kezdetleges megfigyelési mechanizmusokból mára egy 30 országot átfogó, világszinten elismert európai rendszer nőtt ki.

Bár úgy gondoljuk, hogy az EMCDDA érdemben járult hozzá az elért előrehaladáshoz, azt is el kell ismernünk, hogy a munkánk a partnereinkkel való szoros együttműködéstől függ. Az itt közölt európai elemzést mindenekelőtt az teszi lehetővé, hogy a tagállamok hajlandóak voltak befektetni a megbízható országos kábítószerügyi információs rendszerek kiépítésébe.

A jelentés a nemzeti szakértőkkel szoros együttműködésben dolgozó nemzeti fókuszpontok Reitox hálózata által összegyűjtött adatokon alapul. Az elemzés elkészítésében ugyancsak segítségünkre volt az európai partnereinkkel – az Európai Bizottsággal, az Europollal, az Európai Gyógyszerügynökséggel és az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központtal – való folyamatos együttműködés. Ezúton szeretnénk még elismerni a különféle európai kutatócsoportok és kezdeményezések közreműködését, akiknek a munkája nélkül a jelentésünk sokkal szegényebb lett volna.

Az elmúlt 20 évben nemcsak a jelentésünk változott meg a felismerhetetlenségig, hanem az európai droghelyzet mértéke és jellege is. Amikor az ügynökség megalakult, Európa a heroinjárvány kellős közepén járt, a drogpolitika fő mozgatórugója pedig az volt, hogy csökkenteni kell a HIV terjedését és az AIDS-hez köthető halálesetek számát. A heroinhasználat és a HIV-problémák ma is központi helyen szerepelnek a jelentésünkben, de az ezeket körülvevő kontextus a fejleményeket tekintve nagyobb optimizmusra ad okot, ahogy



arról is többet tudunk, mi minősül hatékony közegészségügyi válaszlépésnek. A probléma összetettsége azonban mára jócskán megnőtt. Ezt tükrözi az a tény, hogy a jelentésben szereplő anyagok közül sok az ügynökség megalakulásakor még gyakorlatilag ismeretlen volt Európában.

Az európai kábítószerpiac ma is folyamatos változáson és gyors fejlődésen megy keresztül. Ezt jól szemlélteti, hogy 2014-ben több mint száz új pszichoaktív szert ismertek fel, és hat új kábítószerrel készült kockázatértékelés – mindkét szám rekord magasnak számít. Az EMCDDA továbbra is szoros együttműködést folytat a kutatókkal és gyakorlati szakemberekkel, hogy lépést tartson ezekkel a változásokkal, és biztosítsa, hogy az elemzése mindig az új fejleményeken alapuljon. Ügynökségként mindig tudatában voltunk annak, hogy milyen fontos az időben közölt, megbízható, szakpolitikailag releváns információk biztosítása. Továbbra is elkötelezetten törekszünk erre, és dolgozunk azon, hogy bármilyen droghelyzettel is kerüljünk szembe, az európai válaszlépések támaszkodni tudjanak egy ma is életképes, releváns és a célnak megfelelő információs rendszerre.

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 aktuális jelentés célja, hogy összefoglaló áttekintést adjon az európai kábítószerhelyezetről és a kapcsolódó válaszlépésekről. Az itt közölt statisztikai adatok 2013-ra (illetve az utolsó rendelkezésre álló évre) vonatkoznak. A tendenciák elemzése kizárólag a megadott időszakban zajló változások leírásához elegendő adatot szolgáltatató országokon alapul. Az olvasónak mindazonáltal azzal is tisztában kell lennie, hogy a kábítószer-használathoz hasonló rejtett, megbélyegzett magatartásformák esetében a minták és tendenciák megfigyelése gyakorlati és módszertani szempontból egyaránt kihívás. Emiatt a jelentésben közölt elemzés többféle adatforrásra támaszkodik. Bár érdemi előrejelzéseket lehet megfigyelni, úgy országos szinten, mint a tekintetben, hogy egy európai szintű elemzésben mit lehet potenciálisan elérni, el kell ismerni a területtel kapcsolatos módszertani nehézségeket. Az értelmezéskor ezért indokolt az óvatosság, különösen az egyes országok egy konkrét mérőszám alapján történő összehasonlításakor. A figyelmeztetések és az adatokra vonatkozó minősítések a jelentés online változatában és a statisztikai közlönyben találhatók, ahol részletesen ismertetjük a módszertant, az elemzések minősítéseit és a rendelkezésre álló adatkészlet korlátozottságával kapcsolatos megjegyzéseket. Ugyanitt az esetenként interpolációval készített európai szintű becslésekhez felhasznált módszerekről és adatokról szóló információ is megtalálható.

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, Nigel Hawtin és a Composiciones Rali.

Reitox nemzeti fókuszpontok

A Reitox a kábítószerrel 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 kábítószerrel kapcsolatban információt szolgáltatnak az EMCDDA részére. A nemzeti fókuszpontok elérhetősége az EMCDDA weboldalán található.

Összefoglalás

**Az idei elemzésből egyértelműen
látszik a globális tendenciák fontossága
a kábítószer-kínálat és a szakpolitikai
viták szempontjából**

Az európai kábítószerpiac dinamikája: globális hatások és helyi különbségek

Az EMCDDA európai kábítószer-problémáról készített legfrissebb elemzésének fő megállapításai olyan helyzetre utalnak, ahol folytatódnak a hosszú távú minták és tendenciák, de a használati mintákban és a válaszlépésekben új fejlemények kezdenek megjelenni. Az idei elemzésből egyértelműen látszik a globális tendenciák fontossága a kábítószer-kínálat és a szakpolitikai viták szempontjából, az új tendenciákban pedig a helyi használati minták és a problémákra adott válaszok állnak az élen. Egyre nehezebb meghúzni a „rég” és az új kábítószerpiaci kategóriái közötti határvonalat, és ahogyan az új kábítószerpiaci kategóriák egyre inkább a jól ismert szertípusok hatásait utánozzák, úgy az új kábítószerpiaci kategóriákra adott válaszok is a jól ismert kábítószerpiaci kategóriák esetében kialakult, bizonyítékokon alapuló válaszlépéseket tükrözhetik.

Reflektorfényben a kannabisz

Miközben nemzetközi érdeklődés és vita övezi a kannabisz és kannabisz termékek szabályozott értékesítésére tett amerikai kezdeményezéseket, Európában a kannabiszról folyó vita középpontjában ma is főként a kábítószerrel összefüggő potenciális egészségügyi kudarcsok állnak. Az új adatok felhívják a figyelmet arra, hogy a kannabisz milyen nagy szerepet játszik a kábítószerrel összefüggő bűnügyi statisztikákban, hiszen Európában ez a kábítószer teszi ki a lefoglalások 80%-át, és a kannabisz-használat vagy személyes használati célú birtoklás a regisztrált kábítószer-bűncselekmények több mint 60%-át jelenti (lásd az ábrát). A kannabisz termelését és kereskedelmét a szervezett bűnözés nagyobb arányú részvétele miatt ugyancsak a bűnüldözési erőfeszítések növekvő jelentőségű területei között tartják számon. Az országok között azonban jelentős különbségek vannak a tekintetben, hogy hogyan büntetik a kannabisszal összefüggő kínálati bűncselekményeket: a nemzeti szakértők közlése szerint az egy kilogramm kannabisszal első alkalommal elkövetett kínálati oldali bűncselekmény után helyenként egy évnél rövidebb, máshol akár tízéves börtönbüntetést szabnak ki.

Az új adatok a kábítószer-fogyasztókat kezelő európai rendszerekben is a kannabisz jelentőségének növekedését jelzik, mivel nőtt a kannabisszal összefüggő kezelési igény. Ezt a növekedést azonban a szolgáltatásnyújtás és a beutalási gyakorlat összefüggésében kell értelmezni. Néhány országban például a büntető igazságszolgáltatási rendszer által kezdeményezett beutalások teszik ki a kezelésre jelentkezők jelentős hányadát. Az adatokat az is befolyásolja, hogy különbség van az országok arra

vonatkozó meghatározásai és gyakorlata között, hogy mi minősül a kannabisz-használattal összefüggő zavarok kezelésének, amibe az online lebonyolított rövid beavatkozások éppúgy beleférhetnek, mint a bentlakásos kezelésre való felvétel. Úgy tűnik, hogy a kannabisz-használóknak szóló kezelés hozzáférhetősége is változik, feltehetőleg a szolgáltatások iránti igény jobb felismerésére reagálva, de ez néhány országban a drogfogyasztás más típusai miatti kezelés iránti igény visszaesésével felszabaduló kezelési kapacitásokból is eredhet. A kezelés típusától függetlenül a kannabisszal összefüggő problémák esetében a bizonyítékok a pszichoszociális beavatkozások mellett szólnak — ezekkel a módszerekkel részletesebben a jelentéshez tartozó elemzés foglalkozik. Ezenkívül a baleseti és sürgősségi ellátóhelyeken készült tanulmányok is egyre több bizonyítékkal szolgálnak a magas hatóanyagtartalmú kannabisz termékekkel összefüggő akut egészségügyi problémák előfordulásának növekedésére. A magas hatóanyagtartalmú kannabisz termékek könnyebb hozzáférhetőségének fényében most már egyértelműen tovább kell fejleszteni az ennek a kábítószernek a használatával összefüggő akut problémák megfigyelését.

A piaci verseny erősebb termékeket eredményez?

Az adatgyűjtés idei fordulója azt igazolta, hogy az Európában leggyakrabban használt kábítószernek közép- vagy rövid távon szinte mindegyiknek nőtt a hatóanyag-tartalma. Ennek valószínűleg összetett okai

vannak, de úgy tűnik, hogy a technikai innováció és a piaci verseny is közéjük tartozik. A kannabisz esetében, ahol a belföldi termesztésű, magas hatóanyag-tartalmú marihuánatermékek az elmúlt években egyre nagyobb piaci részesedést értek el, az adatok most az importált hasis hatóanyag-tartalmának növekedésére utalnak, ami valószínűleg a termelési módszerek változásaival függ össze. A piaci innováció és a nagyobb tisztaság az MDMA esetében is egyértelmű. Miután egy időben a fogyasztók körében híre ment az „ecstasyként” árusított tabletták rossz minőségének és a termékhamisításnak, és ezt az igazságügyi bizonyítékok is alátámasztották, mára sokkal gyakrabban lehet hozzájutni nagy tisztaságú MDMA porhoz és tablettákhoz. Úgy tűnik, hogy a nagy tisztaságú MDMA por vagy kristály bevezetése szándékosan arra irányul, hogy az MDMA-nak ezt a formáját megkülönböztesse a többitől, és vonzóbbá tegye a fogyasztók szemében. Ehhez hasonlóan jól megkülönböztethető formájú és logójú, nagy dózist tartalmazó tabletták is megjelentek, feltehetőleg ugyanezzel a marketingcéllal. Az elmúlt év folyamán az EMCDDA és az Europol a nagyon nagy tisztaságú MDMA termékek fogyasztásához kapcsolódó egészségügyi kockázatokra figyelmeztető jelzést adott ki. Figyelmeztetéseket adtak ki ezenkívül az ecstasyként árult, de valójában PMMA-t – esetenként MDMA-val együtt – tartalmazó tabletták miatt is. Ezt a kábítószer a farmakológiája közegészségügyi szempontból különösen aggályossá teszi.

Az MDMA és általában a szintetikus anyagok esetében a termékminőséget és a kínálatot nagyrészt a prekursor

A LEGTÖBB KÁBÍTÓSZER-BŰNCSELEKMÉNY A KANNABISSZAL ÁLL KAPCSOLATBAN

1,25 millió

kábítószer-
bűncselekmény

781 000

Kannabiszhasználat*

223 000

Egyéb kábítószeres használat*

116 000

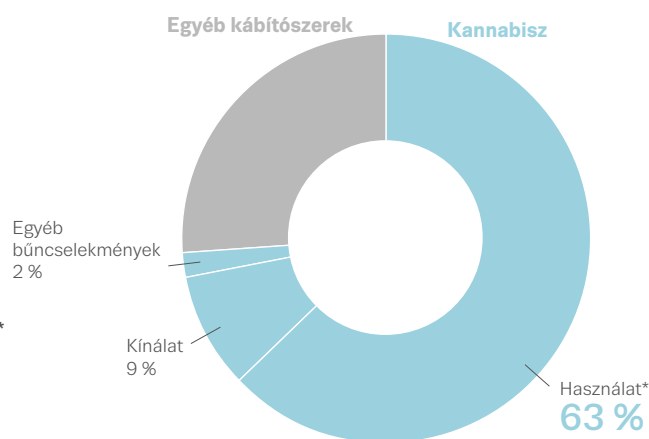
Kannabiszkínálat

86 000

Egyéb kábítószeres kínálat

42 000

Egyéb bűncselekmények



* „Használat” alatt értjük a használattal kapcsolatos bűncselekményeket és a személyes használat céljából való birtoklást.

vegyi anyagok hozzáférhetősége határozza meg. Ezen a területen szintén szembetűnő az innováció, különösen a termelési gyakorlatokat tekintve. Ez a vegyi anyagok elegyítési módjaiból és a közelmúltban felderített termelő egységek némelyikének nagy kapacitásából látható. Ez is felmerült, hogy néhány országban az új pszichoaktív szerek hozzáférhetőségének is szerepe lehet. A jó minőségű szintetikus kannabinoidok és katinonok hozzáférhetőségéről például esetenként azt jelezték, hogy közvetlen konkurenciát jelentenek a rossz minőségű és viszonylagosan drágább, jól ismert kábítószernek.

Az európai heroinpiac változásai

A heroinhoz köthető problémák még mindig jelentős részt tesznek ki a kábítószerrel összefüggő európai egészségügyi és szociális költségekből, bár az ezen a területen észlelt újabb tendenciák viszonylag kedvezőek voltak. A friss adatok továbbra is a kezelési igények és a heroinnal összefüggő ártalmak csökkenését mutatják, de néhány piaci mutató aggodalomra ad okot. Az ENSZ becslései szerint jelentősen nőtt az ópiumtermelés Afganisztánban, az Európában elfogyasztott heroin legnagyobb részét szállító országban. Lehetséges ezért, hogy ez hatással lesz a hozzáférhetőségre, és ugyancsak aggasztó fejlemény, hogy az Európában kapható heroin becsült tisztasága is emelkedőben van. Néhány olyan országban, ahol a tisztaság növekedését figyelték meg, az újabb adatok szerint a túladagolások halálesetek száma is nőtt. Egyelőre nem lehet tudni, hogy ezek a növekedések összefüggnek-e, de ez a kérdés a kutatók részéről figyelmet érdemel. A kábítószerpiac rejtett jellege miatt a dinamikájára vonatkozó elemzésekben körültekintően kell eljárni. Az újonnan megjelenő bizonyítékok mindazonáltal arra utalnak, hogy az európai piacokra irányuló heroinkínálatban fejlődés történt, és fennáll a lehetősége a kábítószer visszatérésének. A heroinkínálat változására utaló jelek közé tartoznak az Európában felderített – korábban nem látott – heroinfeldolgozó laboratóriumok, valamint a heroincsempész-útvonalaknak és a bűnözői csoportok működési módjának az alkalmazkodásáról szerzett bizonyítékok. Továbbra is aggodalomra ad okot a Pakisztánból és Afganisztánból Európába tartó, Afrikán keresztül végzett heroinszállítás. A lefoglalási adatok azt is határozottan alátámasztják, hogy Törökország szerepet játszik az Európai Unióba be- és onnan kiszállított kábítószer földrajzi kapujaként, és az említett ország heroinlefoglalásai is részben rendeződtek a 2011-ben feljegyzett mélyponthoz képest. Ezeket a kérdéseket részletesen a jelentéshez tartozó, a heroincsempészetről szóló elemzés tárgyalja.

Az idősebb kliensek új kihívások elé állítják a szolgáltatókat

A heroin hozzáférhetőségének mindenfajta potenciális növekedését azzal együtt kell vizsgálni, hogy az e kábítószer iránti kereslet összességében stagnál, ami nagyrészt annak az eredménye, hogy csökkent az új heroin-használók száma, illetve hogy a heroin-problémákkal küzdő személyek nagy része kezelésbe kerül. A kezelés biztosításának terápiás hasznai mellett valószínűleg az is kisebb – és e kábítószer szállítóinak szemében potenciálisan kevésbé vonzó – piaccá teszi az Európai Uniót, hogy a kezelés lefedettsége Európában összességében jó, az esetek 50%-ára vagy még nagyobb részére tehető. A heroin-függőség krónikus állapot, és az ebben a jelentésben bemutatott elemzés igazolja is azokat a korábbi előrejelzéseket, miszerint a szolgáltatásoknak igazodniuk kell majd az idősödő korcsoport igényeihez. A kábítószer-fogyasztókat kezelő szolgáltatások számára ezért egyre nagyobb kihívást jelent, hogy megfelelő egészségügyi és szociális válaszlépéseket biztosítsanak e csoportnak. A válaszlépések szempontjából további nehézség az e szerhasználói csoport tagjait jellemző dohányzás és az alkohol hosszú távú használata. A magas kockázatú drogfogyasztók körében előforduló, benzodiazepinekkal való visszaélés kevésbé jól dokumentált, de a jelentéshez tartozó új elemzések egyike részletesen tárgyalja. Az opioidokkal együtt használt benzodiazepinekkal való visszaélés a kábítószer-túladagolás megnövekedett kockázatával jár. A túladagolások halálesetek csökkentésére irányuló, hatékony válaszlépések kialakítása Európában továbbra is a fő szakpolitikai kihívások egyike. Az ezen a területen történt fejlemények közé tartozik a célzott stratégiák bevezetése, a naloxont biztosító programok és a magas kockázatú csoportoknak szóló prevenciós kezdeményezések elindítása. Néhány országban régóta bevált gyakorlat a felügyelt drogfogyasztói szobák biztosítása, azzal a szándékkal, hogy így kapcsolatba léphessenek a kábítószer-használók nehezen elérhető rétegével, és csökkentsék a kábítószerrel összefüggő ártalmakat, köztük a túladagolások haláleseteket. Az ilyen helyszíneken nyújtott szolgáltatásokat bemutató áttekintés szintén a jelentéshez tartozik.

Történetileg nézve a drogpolitika és a heroin-használathoz, különösen az intravénás bevitelhez kapcsolódó válaszlépések egyik fő mozgatórugója az volt, hogy csökkentsék a HIV terjedését és az ehhez tartozó kockázati magatartást. A közelmúltbeli járványok és a néhány európai országban tapasztalt helyzet nyomatékossítja, hogy továbbra is indokolt az éberség, és gondoskodni kell a szolgáltatás megfelelő szintjéről. A hosszú távú kép mindazonáltal összességében egyértelmű javulást mutat,

és jól szemlélteti, hogy milyen hatással lehet a megfelelő szolgáltatások biztosítása. Ez az üzenet az intravénás kábítószer-használók körében még mindig viszonylag nagy arányban jelen lévő hepatitis C fertőzés elleni erőfeszítések szempontjából fontos. Ezen a téren új és hatékony kezelési módok jelentek meg, bár a kezelés magas költségekkel jár. Az EMCDDA azonban megjegyezte, hogy néhány országban – európai szintű segítséggel – folyamatos erőfeszítéseket tesznek a helyzet javítására.

Egyre aggályosabb terület a szexuális és drogfogyasztói kockázatvállaló magatartás ötvözte

Az itt közölt helyzeti elemzésben gyakran az országok közötti különbségek összehasonlításán van a hangsúly. Ugyanakkor azt sem szabad elfelejteni, hogy a drogfogyasztó magatartás egy része olyan szociokulturális tényezőkkel függ össze, amelyek nem feltétlenül országspecifikusak. Erre láthatunk példát néhány európai nagyvárosban, ahol aggályos mértékben kezdett terjedni a stimulánsok intravénás használata olyan férfiak körében, akik más férfiakkal létesítenek szexuális kapcsolatot. A terjedőben lévő gyakorlatoknak része a metamfetamin, katinonok és más anyagok injektálása az úgynevezett „chem-sex” partik keretében, ami a HIV átadása és a szexuális egészségügyi szolgáltatók szempontjából egyaránt következményekkel jár, és felhívja a figyelmet arra, hogy ezen a téren összehangolt válaszleépések kellenek. Ez a jelenség ellentétes az intravénás kábítószer-használatban megfigyelhető általános európai tendenciával, amely a legtöbb populációban csökkenő, és nyomatékosítja, hogy általában véve nagyobb figyelmet kell fordítani a kábítószeres és a szexuális kockázatvállaló magatartás közötti összefüggésre.

Az internet és az alkalmazások: a virtuális kábítószerpiacok megjelenése

A más téren tapasztalt fejleményeket tükrözve egyre gyakoribb jelenség, hogy a kábítószerügyi és szexuális egészségügyi szolgálatok az internetet és az alkalmazásokat használják platformnak a szolgáltatásaik célba juttatásához. A kábítószerokról, megelőzési programokról és megkereső szolgálatokról szóló tájékoztatás változó mértékben kezd áthelyeződni a fizikai térből a virtuális környezetbe. Ezek mintájára ma már a drogfogyasztókat kezelő programokból is sok működik online formában, ami az új és a meglévő célcsoportok szempontjából egyaránt növeli a hozzáférhetőségüket.

Ugyanakkor azt is egyre inkább fel kell ismerni, hogy az internet milyen potenciális szerepet játszik a kábítószeres

kínálatában és forgalmazásában. Az új pszichoaktív szerek és a jól ismert kábítószeres egyaránt megtalálhatók a nyílt és a rejtett internet kínálatában, bár ennek mértéke egyelőre ismeretlen. Tekintettel arra, hogy a kereskedelem legtöbb területén megfigyelhető a fogyasztói tevékenység áthelyeződése a fizikai piacokról az online szférára, az online kábítószerpiac a jövőben fontos területe lehet a megfigyelési tevékenységünknek is. Ez valószínűleg a kábítószer-ellenőrzési politika számára is problémás területnek bizonyul, mivel a változás, például az új értékesítési helyek és virtuális fizetőeszközök (kriptoaltuták) bevezetése gyorsan végbemehet. A meglévő szabályozási modelleket át kell alakítani, hogy igazodjanak a globális és virtuális közeghez.

Az új pszichoaktív szerek használatának előfordulása: jobban meg kell ismernünk a problémát

Az internet az új pszichoaktív szerek piacának fejlődésében is fontos húzóerőt jelentett, egyrészt közvetlenül, az online üzletek révén, másrészt közvetve, azzal, hogy a termelők könnyen hozzá tudtak férni a kutatási és gyógyszeripari adatokhoz, illetve hogy a potenciális fogyasztóknak fórumot biztosított az információcseréhez. Az új pszichoaktív szerek használatával kapcsolatos lakossági és szakpolitikai aggályok rövid idő alatt jelentősen megnöttek. A használat mértékére és a kapcsolódó ártalmakra vonatkozó ismereteink azonban nem tartottak lépést a fejlődéssel. Ez mára kezd megváltozni, mivel egyre több ország tesz kísérleteket arra, hogy felbecsülje az ilyen anyagok használatának előfordulását. Módszertani okokból ezen a téren nehéz becsléseket készíteni, így az eddig készült országos becsléseket sem könnyű összehasonlítani. Ennek ellenére akadnak összehasonlítható adatok. Bár el kell ismerni, hogy az Eurobarométer fiatalokról és kábítószeresekről szóló friss gyorsfelmérésének az előfordulási gyakoriság becslésére használt eszközként vannak bizonyos módszertani korlátai, mégis egységes kérdőíven alapuló adatokkal szolgál az összes uniós tagállamról. A felmérés eredményei azt jelzik, hogy az új pszichoaktív szerek kipróbálása a fiatalok körében a legtöbb országban továbbra is alacsony szintű.

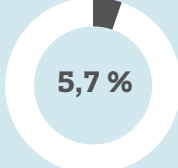
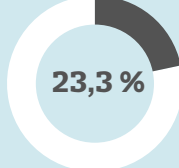
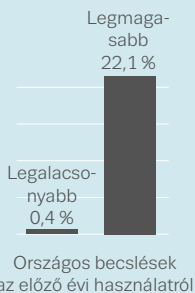
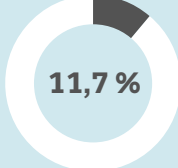
Más, most megjelenő vizsgálatok az új pszichoaktív szerek használatának egyes formáiba adnak betekintést. Bár ezek a vizsgálatok nem tekinthetők reprezentatívnak, azt jelzik, hogy az új pszichoaktív szerek használata egészen különböző csoportokban is előfordul, például a diákok, partizók, pszichonauták, fogvatartottak és intravénás kábítószer-használók körében. Egyre jobban sikerül megismerni a használat indítékait. Ezek ugyancsak sokfélék lehetnek, és közéjük tartoznak olyan tényezők,

KÖRKÉP – BECSLÉSEK AZ EURÓPAI UNIÓN BELÜLI KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLATRÓL

Kannabisz

Felnőttek
(15–64 év)

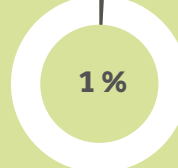
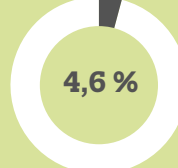
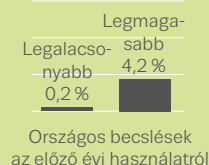
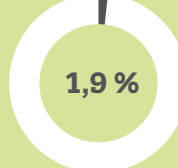
Használat ideje:

Előző év
19,3 millióÉlete folyamán
78,9 millióFiatal felnőttek
(15–34 év)Előző év
14,6 millió

Kokain

Felnőttek
(15–64 év)

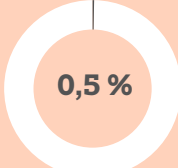
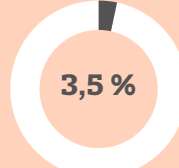
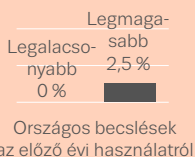
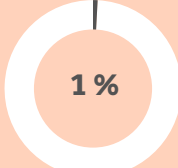
Használat ideje:

Előző év
3,4 millióÉlete folyamán
15,6 millióFiatal felnőttek
(15–34 év)Előző év
2,3 millió

Amfetaminszármazékok

Felnőttek
(15–64 év)

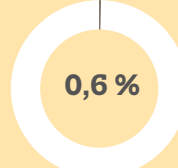
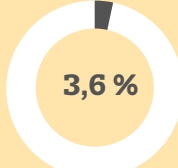
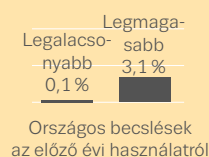
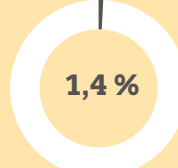
Használat ideje:

Előző év
1,6 millióÉlete folyamán
12,0 millióFiatal felnőttek
(15–34 év)Előző év
1,3 millió

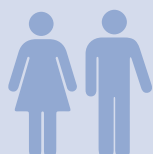
Ecstasy

Felnőttek
(15–64 év)

Használat ideje:

Előző év
2,1 millióÉlete folyamán
12,3 millióFiatal felnőttek
(15–34 év)Előző év
1,8 millió

Opioidok

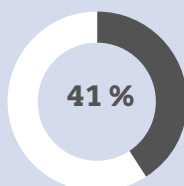
Felnőttek
(15–64 év)

1,3 millió

problémás opiát-használó

Gyógykezelési igények

Az Európai Unióban az összes drogfogyasztói kezelési igény kb. **41%-ában** szerepel fő kábítószerként

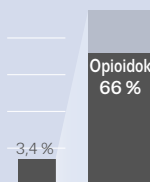


Kezelés

2013-ban **700 000** opiát-használó részesült helyettesítő kezelésben

Halálesetek

Európában a 15–39 éves korosztályban előforduló halálesetek **3,4%-a** következik be kábítószer-túladagolás miatt, a halálos kimenetelű túladagolások **66%-ában** mutatnak ki opioidokat



mint a jogi státusz, a hozzáférhetőség és a költségek, valamint a lebukás elkerülésére való törekvés, illetve az egyes farmakológiai tulajdonságokkal kapcsolatos felhasználói preferenciák. A bizonyítékokból úgy tűnik ezenkívül, hogy az új pszichoaktív szerek piaci helyettesítőként is szolgálnak olyankor, amikor a jól ismert tiltott kábítószerhez nehezen vagy rossz minőségben lehet hozzájutni. A mefedronnak az évtized kezdetén, néhány országban tapasztalt népszerűségét például részben egyes tiltott stimulánsok, például az MDMA és a kokain rossz minőségének tulajdonították. Érdekes lesz megfigyelni, hogy a jól ismert kábítószeres tisztaságában jelenleg érzékelt növekedésnek lesz-e következménye az új pszichoaktív szerek fogyasztására nézve.

Az új kábítószeres által támasztott kihívásokra adott egészségügyi és szociális válaszlépések rendszertelenül, lassan alakultak ki, de most már kezdenek lendületbe jönni. Ebbe a jól ismert tiltott szerek használatára kidolgozott válaszlépések teljes skáláját tükröző erőfeszítések egész sora tartozik bele, a kábítószerrel foglalkozó oktatási és képzési tevékenységektől a szerhasználók irányításával zajló internetes fogyasztóvédelmi beavatkozásokon át az alacsonyküszöbű szolgálatokon alapuló tücsere-programokig.

Tovább nő a kábítószerpiacon észlelt új pszichoaktív szerek száma

Bár az új pszichoaktív szerek használata összességében véve korlátozottnak tűnik, az újabb kábítószeres megjelenésének üteme nem mérséklődött. Az EU Korai Jelzőrendszerébe érkező bejelentések azt jelzik, hogy az európai piacon változatlanul nő az új pszichoaktív szerek sokfélesége és mennyisége. 2014-ben 101 új pszichoaktív szert azonosítottak, és azt is érdemes megfigyelni, hogy a piacra lépő új kábítószeres – zömében szintetikus kannabinoidok, stimulánsok, hallucinogének és opioidok – hogyan másolják a jól ismert anyagokat. Az EMCDDA ugyanebben a jelentésben ezeknek az anyagoknak a lefoglalásairól is új adatokat közöl. Fontos tisztázni ezzel kapcsolatban, hogy az adatgyűjtési módszer eltér a kábítószer-lefoglalások rutinszerű monitorozásában használttól, és a két adatbázist nem lehet közvetlenül összehasonlítani.

2014-ben minden eddiginél több, hat kockázatértékelés készült, ami nyomatékosítja annak fontosságát, hogy folyamatosan foglalkozzunk ezekkel a különösen ártalmas anyagokkal. Ezt az előrelépést elősegítette a kórházi sürgősségi esetekre és a toxikológiára vonatkozó információk jobb hozzáférhetősége. A kábítószeresekkel összefüggő akut ártalmak megfigyelésében történt előrelépések ellenére a területen igénybe vehető kapacitások korlátozottsága továbbra is határt szab nemcsak az új pszichoaktív szerekhez kapcsolódó, de általában véve a kortárs drogfogyasztási mintákhoz köthető közegészségügyi következmények megismerésének is.

1

**Európa a kábítószeres fontos
piacai közé tartozik, amelyet
a belföldi termeléssel és
a más régiókból csempésztett
kábitószeresekkel látnak el**

Kábítószer-kínálat és a piac

Világszinten nézve Európa a kábítószeres fontos piaci közé tartozik, amelyet a belföldi termeléssel és a más régiókból csempésztett kábítószerrel látnak el. Latin-Amerika, Nyugat-Ázsia és Észak-Afrika az Európába érkező kábítószeres fontos forrásterületei, de a kábítószeres és prekurzorok egy részét Európán keresztül más kontinensekre szállítják tovább. A kannabisz és a szintetikus kábítószeres esetében Európa termelőterület is: ezen belül a kannabisz legnagyobb részben helyi fogyasztásra szolgál, a szintetikus kábítószeres egy részét viszont a világ más részeire szánt exportra állítják elő.

A kábítószerpiac, a kínálat és a jogszabályok megfigyelése

Az ebben a fejezetben bemutatott elemzés a kábítószeres lefoglalásairól, a felszámolt kábítószer-termelő létesítményekről, a kábítószer-bűncselekményekről, a kábítószeres kiskereskedelmi áráról, tisztaságáról és hatóanyag-tartalmáról közölt adatokon alapul. A tendenciák elemzését néhány területen megnehezíti, hogy egyes országokból hiányoznak a lefoglalási adatok. A teljes adatsorok a módszertani megjegyzésekkel együtt az online statisztikai közlőny című kiadványban található. Meg kell jegyezni, hogy a tendenciákat számos tényező befolyásolhatja, köztük a bűnüldözési tevékenység szintje és a lefoglalási intézkedések hatékonysága is.

Ugyancsak itt ismertetjük az új pszichoaktív szerek lefoglalásaira vonatkozó adatokat, amelyeket az EMCDDA és az Europol nemzeti partnerei jelentettek be az EU Korai Jelzőrendszere felé. Mivel ez az információ esetbejelentésekből, nem pedig rutin megfigyelési rendszerekből származik, a lefoglalási becslések a minimumot jelentik. Az adatokat olyan tényezők befolyásolják, mint ezeknek az anyagoknak a növekvő ismertsége, a jogállásuk megváltozása és a bűnüldöző szervek bejelentési gyakorlatai. A Korai Jelzőrendszer működésének teljes leírása az EMCDDA weboldalán a Fellépés az új kábítószeres ellen pontban olvasható.

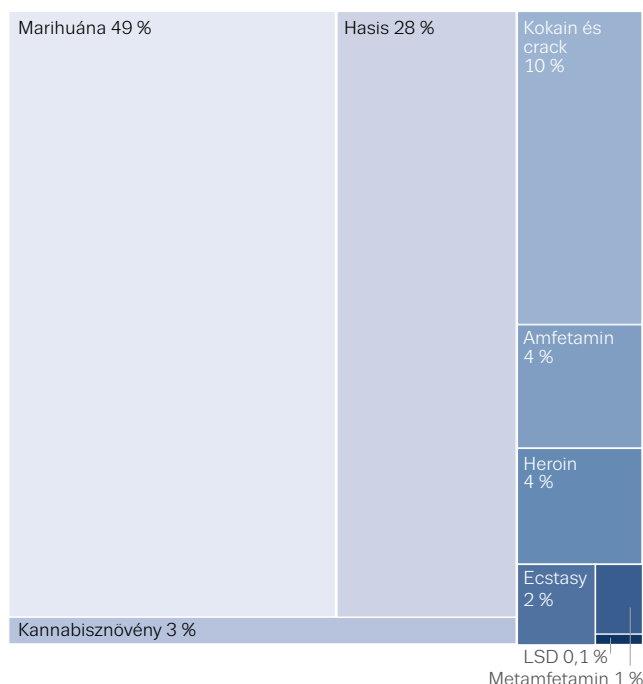
Az európai kábítószer-törvényekről szóló átfogó adatok az online, kábítószeresről szóló európai jogi adatbázisban érhetők el. Ezeknek a jogszabályoknak a végrehajtását a kábítószer-bűncselekményekről szóló jelentéseken keresztül kísérik figyelemmel.

1.1. ÁBRA

A kannabisznak, a heroinnak és az amfetaminszármazékoknak sok európai országban már az 1970-es és 1980-as évek óta számottevő piaca van. Idővel más anyagok is teret nyertek, köztük az MDMA az 1990-es években és a kokain a 2000-es évek folyamán. A piac folyamatos átalakulásban van, az elmúlt évtizedben például az új pszichoaktív szerek széles körének megjelenése alakította a fejlődését. A globalizáció, a technológia és az internet térnyerése következtében a tiltott kábítószer piacának jellege is megváltozott. A kábítószer termelési és csempészési módszereiben zajló innováció és az új kereskedelmi útvonalak kialakítása ugyancsak kihívást jelent.

A kábítószer beszállításának megelőzésére irányuló intézkedések sok kormányzati és büntetőszereplőt fognak össze, és gyakran a nemzetközi együttműködéstől függenek. Az országok álláspontját a nemzeti kábítószer törvények is jól tükrözik. A kábítószer kínálatának megszüntetésére tett erőfeszítések legjobban dokumentált mutatói a letartóztatásokra és lefoglalásokra vonatkozó adatok.

A fontosabb kábítószer bejelentett lefoglalásainak aránya, 2013



Kábítószer-lefoglalások Európában: élen a kannabisz

Európában a tiltott kábítószer lefoglalásaiból évente nagyjából egymilliót jelentenek be. Ez legtöbb esetben a szerhasználóktól elkobzott kis mennyiségeket jelent, bár a lefoglalt kábítószer teljes mennyiségének nagy részét a kereskedőktől és termelőktől lefoglalt több kilogrammos szállítmányok teszik ki.

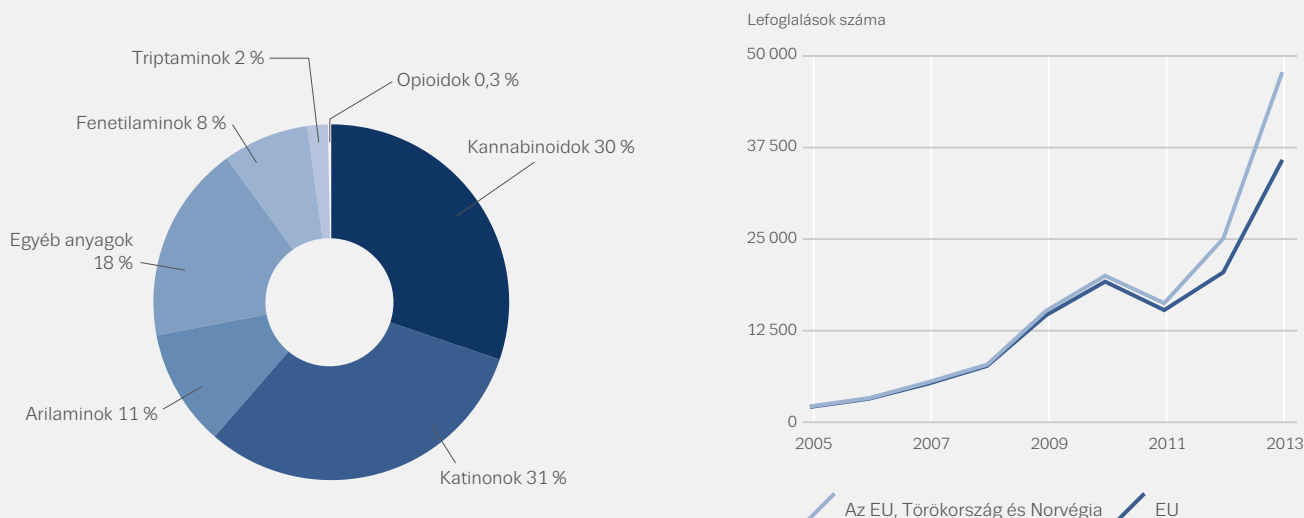
A leggyakrabban lefoglalt kábítószer a kannabisz, ami Európában 10 lefoglalásból nagyjából 8 esetet jelent (1.1. ábra), tükrözve a használatának viszonylag magas előfordulási arányát. A kokain összesítésben a második, több mint kétszer annyi lefoglalással, mint akár az amfetaminszármazékok, akár a heroin. Az ecstasy lefoglalásainak száma viszonylag alacsony.

Az Európai Unióban végrehajtott összes 2013-as lefoglalás nagyjából kétharmadát mindössze két országból, Spanyolországból és az Egyesült Királyságból jelentették, noha Belgiumból, Németországból, Olaszországból és négy skandináv országból szintén jelentős számban jeleztek lefoglalásokat. Azt is hozzá kell tenni, hogy a lefoglalások számáról nincsenek friss adatok Franciaországból és Hollandiából – korábban sok lefoglalást bejelentő országokból –, ahogy Lengyelországból sem. Ezeknek az adatoknak a hiánya még bizonytalanabbá teszi az itt közölt elemzést.

A leggyakrabban lefoglalt kábítószer a kannabisz, ami Európában 10 lefoglalásból nagyjából 8 esetet jelent

1.2. ÁBRA

Az EU Korai Jelzőrendszeréhez bejelentett új pszichoaktív szerek lefoglalásainak száma: a 2013-as lefoglalások fő anyagkategóriái szerinti bontás (balra) és tendenciák (jobbra)



A kábítószeres lefoglalásait tekintve fontos ország még Törökország, bár az ott elkobzott kábítószeresek egy részét más, európai és közel-keleti országokban történő fogyasztásra szánják.

Ugyanitt ismertetjük az új pszichoaktív szerek lefoglalásainak növekvő számáról az EU Korai Jelzőrendszere felé bejelentett adatokat. 2013-ban körülbelül 35 000 lefoglalást jelentettek be, elsősorban szintetikus kannabinoidokból és katinonokból (1.2. ábra). A területre vonatkozó rutinszerű jelentés hiánya miatt ezt a becslést minimumnak kell tekinteni. Hozzá kell tenni, hogy ezeket az adatokat nem lehet közvetlenül összehasonlítani a kannabiszhoz hasonló, jól ismert kábítószerekre vonatkozó adatokkal.

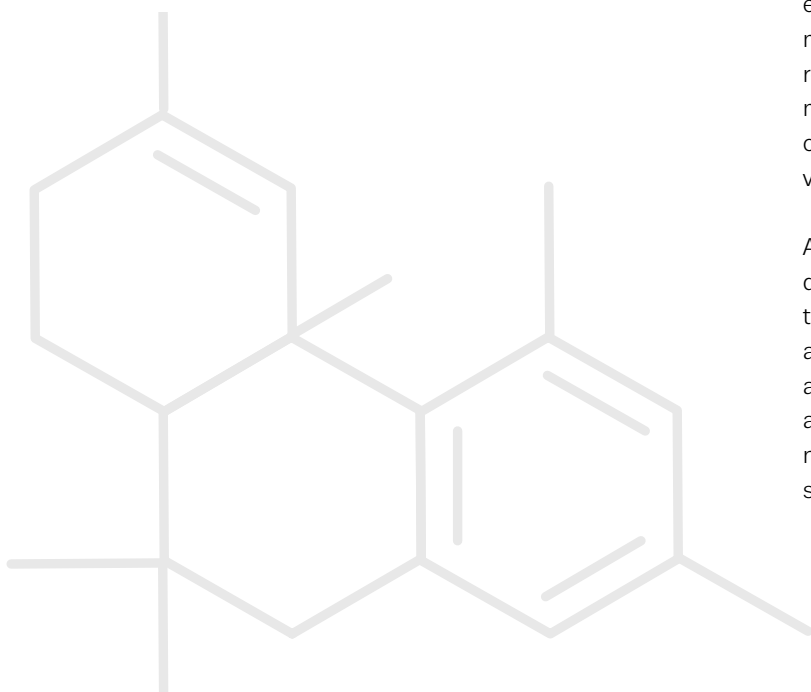
A kannabisztermékek sokszínű piaca

Az európai kábítószerpiacon két fő kannabisztermék van jelen: a növényi kannabisz (marihuána) és a kannabiszgyanta (hasis). Az Európában fogyasztott marihuána egyrészt belföldi termesztésből, másrészt külső országokból származik. A hasis legnagyobb részét Marokkóból importálják tengeri vagy légi úton.

A marihuána lefoglalásai Európában 2009-ben előzték meg a hasis lefoglalásait, és azóta csak tovább nőtt közöttük a különbség (1.3. ábra). Ezt valószínűleg nagyrészt az vezérelte, hogy sok európai országban megnőtt a belföldi termesztésű marihuána hozzáférhetősége, amit a kannabisznövények lefoglalásainak növekedése is tükröz.

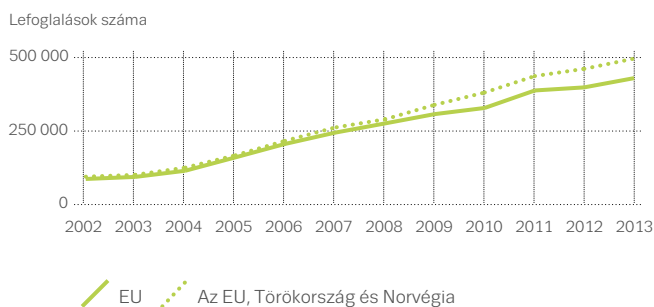
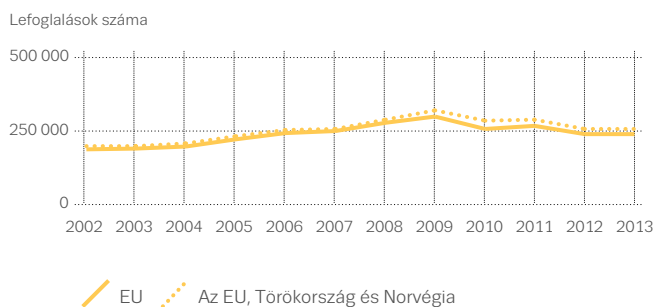
Az Európai Unióban lefoglalt hasismennyiség ennek ellenére még mindig sokkal nagyobb, mint a marihuána mennyisége (460 tonna a 130 tonnával szemben). Ennek részben az lehet a magyarázata, hogy a hasist nagy mennyiségben csempézik, nagy földrajzi távolságokon és országhatárokon át, így jobban ki van téve a lefoglalás veszélyének.

A szintetikus kannabinoid termékek megjelenése új dimenziót nyitott a kannabiszpiacon. Az elmúlt években több mint 130 különböző szintetikus kannabinoidot azonosítottak. Úgy tűnik, hogy ezeknek az anyagoknak a legnagyobb részét Kínában állítják elő. Miután a vegyi anyagokat por alakban Európába szállítják, jellemzően növényi anyagokhoz keverik hozzá, majd „legal high” szereknek csomagolva forgalomba hozzák.

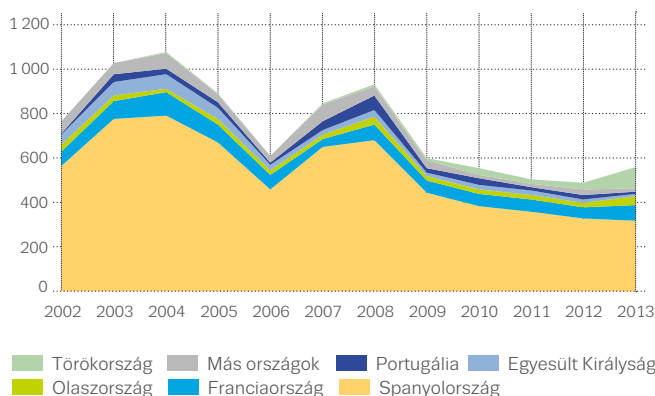


1.3. ÁBRA

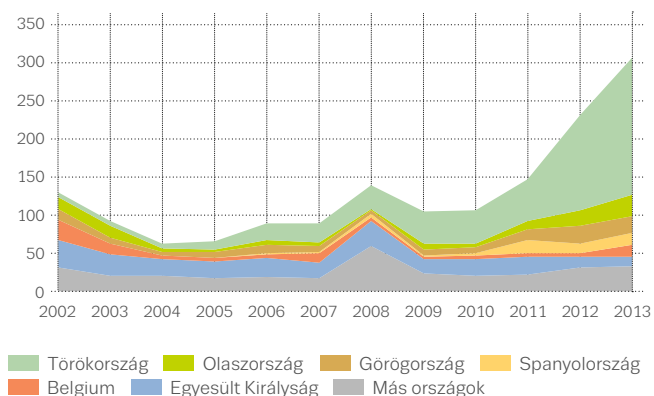
A kannabiszlefoglalások számának és a lefoglalt mennyiségnek az alakulása: hasis (balra) és marihuána (jobbra)



Hasis (tonna)



Marihuána (tonna)



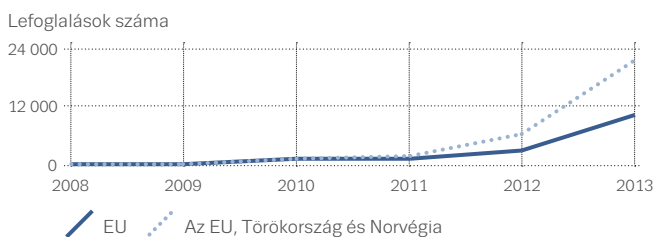
Az Európai Unióban 2013-ban 671 000 kannabiszlefoglalást jelentettek (431 000 esetben marihuána, 240 000 esetben hasis lefoglalását). Kannabisznövényt további 30 000 alkalommal foglaltak le. Az uniós országok ezenkívül 2013-ban a szintetikus kannabinoidokból több mint 10 000 lefoglalást jelentettek a Korai Jelzőrendszer felé, ami a 2011-es szinthez képest meredek emelkedést mutat, további 11 000 lefoglalást pedig Törökország jelentett be (lásd az 1.4. ábrát).

A lefoglalt kannabisz mennyiségének elemzése alapján az országok egy kisszámú csoportjának aránytalanul nagy a jelentősége annak köszönhetően, hogy a fő kannabiszkereskedelmi útvonalak mentén helyezkednek el. Spanyolország például a Marokkóban előállított kannabisz fő belépési helyeként a 2013-ban Európában lefoglalt teljes hasismennyiség több mint kétharmadát jelentette be (1.5. ábra). A marihuánát tekintve a közelmúltban Görögországból, Spanyolországból és Olaszországból jeleztek nagyarányú növekedést. Törökország az utóbbi években az európai országok bármelyikénél nagyobb mennyiségben foglalt le marihuánát, ráadásul a 2013-ban bejelentett mennyiség (180 tonna) több volt, mint az összes uniós tagállamé együttvéve.

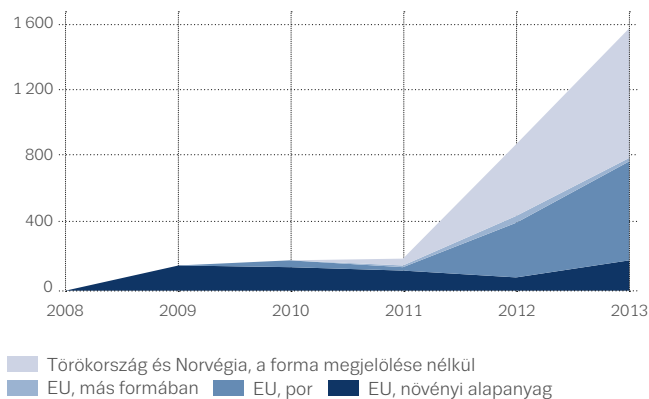
A kannabisznövények lefoglalását az országban folyó kábítószer-termelés egyik mutatójának lehet tekinteni. A módszertani problémák miatt a kannabisznövények

1.4. ÁBRA

Az EU Korai Jelzőrendszeréhez bejelentett szintetikus kannabinoidok lefoglalásai: a lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség, 2013



Kilogramm



lefoglalására vonatkozó adatokkal óvatosan kell bánni, mindenesetre a lefoglalt növények száma a 2002-es 1,5 millióról 2013-ban 3,7 millióra nőtt.

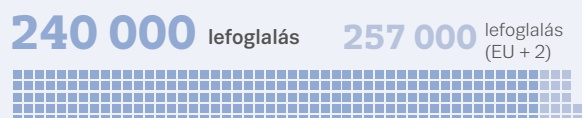
A rendszeres adatközlő országok körében az indexált trendek elemzése azt mutatja, hogy a marihuána és a hasis erőssége (a tetrahidrokannabinol, azaz a THC szintje) 2006 és 2013 között nagymértékben nőtt. Az erősség növekedésének okai közé tartozhat az intenzív termelési technikák európai bevezetése, illetve az újabban Marokkóban megjelent nagy erősségű növények használata.

Az Európai Unióban előforduló, kannabisszal összefüggő kábítószer-bűncselekmények indexált adatsorai szintén jelentős emelkedéseket mutatnak 2006 és 2013 között.

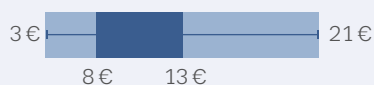
KANNABISZ

Hasis

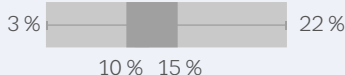
Lefoglalás



Ár (EUR/g)



Hatóanyag-tartalom (% THC)



Indexált adatsorok: ár és hatóanyag-tartalom

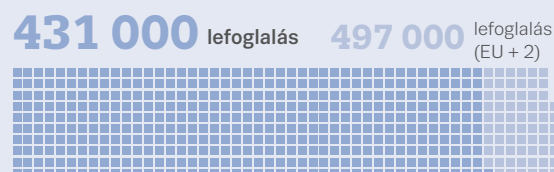


Kannabisznövény

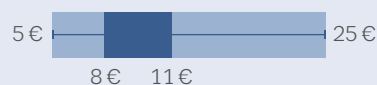
30 000 lefoglalás **3,7** millió lefoglalt növény

Marihuána

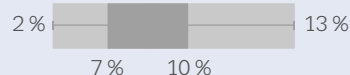
Lefoglalás



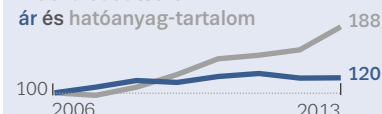
Ár (EUR/g)



Hatóanyag-tartalom (% THC)



Indexált adatsorok: ár és hatóanyag-tartalom



Kábítószer-bűncselekmények

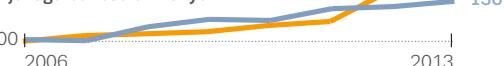
782 000 kannabisz használatával/ birtoklásával összefüggő bejelentett bűncselekmény

116 000 kannabisz kínálatával összefüggő bejelentett bűncselekmény

A bejelentett használat/ birtoklás jellegű bűncselekmények **78 %-a**

A bejelentett kínálati jellegű bűncselekmények **57 %-a**

Indexált adatsorok: használat/birtoklás és kínálat jellegű bűncselekmények

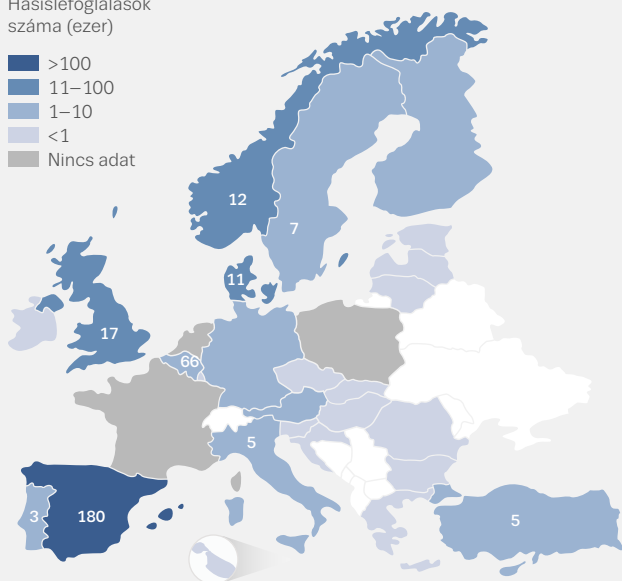


Az EU + 2 az EU-tagállamokat, Törökországot és Norvégiát jelenti. A bűncselekmények indexált adatai a bármely kannabiszterméket érintő esetekre vonatkoznak. A kannabisztermékek ára és hatóanyag-tartalma: országos átlagértékek – minimum, maximum és interkvartilis tartomány. Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

1.5. ÁBRA

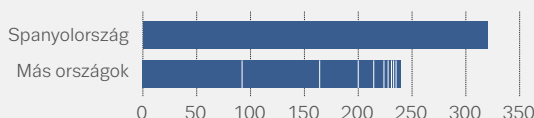
Hasis és a marihuána lefoglalások, 2013

Hasislefoglalások száma (ezer)

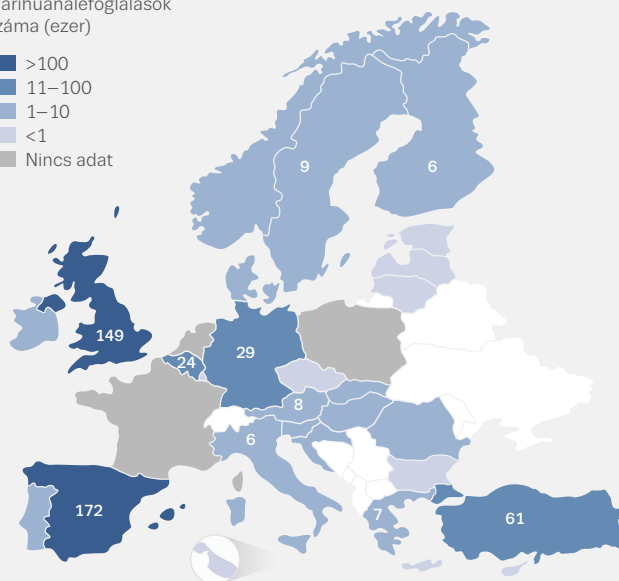


Megjegyzés: A lefoglalások száma (ezer) a legmagasabb értékkel rendelkező 10 ország esetében.

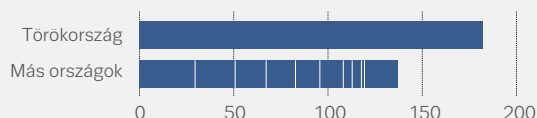
Hasisból lefoglalt mennyiség (tonna)



Marihuána-lefoglalások száma (ezer)



Marihuánából lefoglalt mennyiség (tonna)



| Opiátok: változik a piac?

Az európai kábítószerpiacon a heroin a leggyakrabban használt opioid. 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 megjelenési forma a fehér heroin (só forma), amely hagyományosan Délkelet-Ázsiából származik, de már Afganisztánban vagy a szomszédos országokban is előállíthatják. Az európai országok bűnüldöző szervei által 2013-ban lefoglalt egyéb opioidok közé még az ópium és a morfin, metadon, buprenorfin, fentanil és tramadol gyógyszerek tartoztak. Az opioid gyógyszerek egy részét feltehetőleg gyógyszer szállítmányokból térítették el, másokat viszont kifejezetten a tiltott piacra gyárthattak. Aggasztó fejlemény, hogy 2005 óta összesen 14 új szintetikus opioidot jelentettek be az EU Korai Jelzőrendszere felé, és ezek között sok a magas hatóanyag-tartalmú, ellenőrizetlen fentanil.

Továbbra is Afganisztán a világ legnagyobb illegális ópiumtermelője, és az Európában talált heroin legnagyobb részét feltehetőleg ott vagy a szomszédos Iránban vagy Pakisztánban állították elő. Bizonyos jelek arra utalnak, hogy a heroin előállítás utolsó szakaszait most Európában

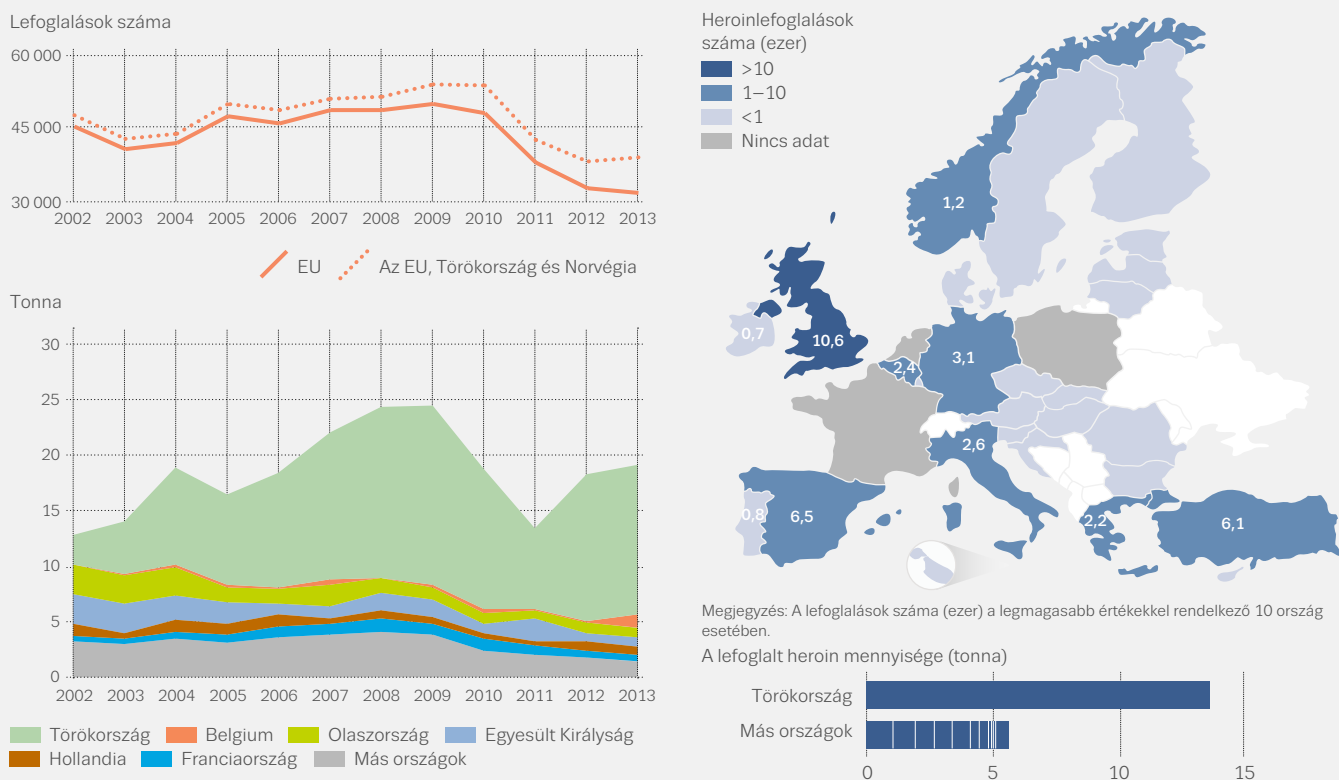
végezhetik: ezt jelzi, hogy 2013–14-ben Spanyolországban két olyan laboratóriumot is felderítettek, ahol a morfint heroinná alakítják. Az Európából származó tiltott opioid szerekről szóló jelentések hagyományosan a kelet-európai területeken készült házi mákkészítményekre korlátozódtak.

A heroin Európába négy kereskedelmi útvonalon lép be. A két legfontosabb az úgynevezett balkáni folyosó és a déli útvonal. Az előbbi Törökországon keresztül halad a balkáni országokba (Bulgária, Románia vagy Albánia), majd tovább Közép-, Dél- és Nyugat-Európába. Az Iránból vagy Pakisztánból érkező heroinszállítmányok légi vagy tengeri úton is beléphetnek Európába, vagy közvetlenül, vagy a nyugat-, dél- és kelet-afrikai országokon keresztül. Úgy tűnik, hogy az elmúlt években megnőtt a déli útvonal jelentősége.

Európában 2010-től kezdve számottevően csökkentek a heroin lefoglalások, egy évtizednyi viszonylagos stabilitás után. A heroin lefoglalások száma (32 000) és a 2013-ban lefoglalt mennyiség (5,6 tonna) egyaránt az elmúlt évtizedben bejelentett legalacsonyabb értékek közé tartozik. Az Európai Unióban történt lefoglalások csökkenése egybeesett a törökországi lefoglalások jelentőségének megnövekedésével, ahol 2006 óta minden évben több heroint foglaltak le (2013-ban 13,5 tonnát), mint az uniós országokban együttvéve (1.6. ábra).

1.6. ÁBRA

A heroinlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség: trendek (balra) és 2013-ban (jobbra)



A heroinlefoglalások számának közelmúltbeli csökkenése mellett az árak és a kínálati jellegű bűncselekmények indexált adatainak tendenciáiban is csökkenést lehetett megfigyelni (lásd a heroinról szóló infografikát). 2010/11-ben több ország piacán heroinhiány lépett fel, és ezt eddig csak kevés piacnak sikerült teljesen kihevernie.

A rendszeres adatközlő országok körében mindazonáltal a trendek arra utalnak, hogy Európában 2013-ban nőtt a heroin tisztasága, néhány országból pedig a hozzáférhetőség esetleges javulásával kapcsolatos aggályokat is jeleztek. Törökországban 2013-ban a lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség is tovább

HEROIN

Lefoglalás

32 000
lefoglalás

39 000
lefoglalás(EU + 2)

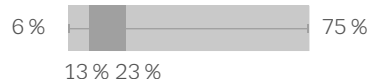
5,6
tonna lefoglalás

19,1
tonna lefoglalás (EU + 2)

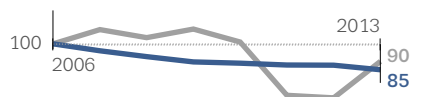
Ár (EUR/g)



Tisztaság (%)



Indexált trendek:
ár és tisztaság



Kábítószer-bűncselekmények

37 800 **17 000**

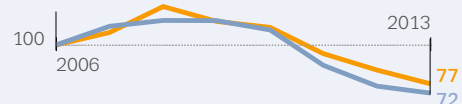
heroin használatával/
birtoklásával összefüggő
bejelentett bűncselekmény

heroin kínálatával
összefüggő bejelentett
bűncselekmény

A bejelentett
használat/birtoklás
jellegű bűncselekmények
4 %-a

A bejelentett
kínálat jellegű
bűncselekmények
9 %-a

Indexált tendenciák:
használat/birtoklás és kínálat
jellegű bűncselekmények



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

emelkedett a 2012-es szintekhez képest, és az ENSZ jelentései szerint Afganisztánban is jelentősen megnövekedett az ópiumtermelés. Összességében véve vannak arra utaló jelek, hogy ennek a kábítószernek a hozzáférhetősége növekedhet.

Kokain: stagnáló lefoglalások, nagyobb tisztaság

A kokainhoz Európában két formában lehet hozzájutni, de ezek közül a leggyakoribb a kokainpor (egy hidroklorid só, HCl). Kevésbé elterjedt a kábítószer hevítéssel szívható (szabad bázisú) 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. A rendelkezésre álló adatok alapján az Európába tartó kokainkereskedelem fő helyszínét a nyugati és déli országok jelentik, amelyek közül Spanyolország, Belgium, Hollandia, Franciaország és Olaszország együttesen a 2013-ban lefoglalt 62,6 tonna kokain 86%-át adta (1.7. ábra).

Az Európai Unióban 2013-ban körülbelül 78 000 kokainlefoglalást jelentettek, ami mennyiségileg 63 tonna kábítószer jelent. A helyzet 2010 óta viszonylag stabil, bár a lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség egyaránt sokkal alacsonyabb, mint a 2006-ban és 2008-ban elért

csúcshatárértékek (1.7. ábra). Miközben Európában a legtöbb kokaint továbbra is Spanyolországban foglalják le, bizonyos jelek az Európába vezető csempésztvonalak folyamatos változására utalnak a Földközi-tenger keleti részéről, a balti- és a fekete-tengeri kikötőkből jelentett közelmúltbeli lefoglalásokkal. Az indexált adatsorok összességében azt jelzik, hogy az utóbbi években nőtt a kokain tisztasága, ugyanakkor az ára nagyjából stabil maradt. A kokainnal összefüggő bűncselekményekre vonatkozó indexált adatok 2006 óta emelkedést mutatnak.

KOKAIN

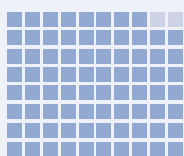
Lefoglalás

78 000
lefoglalás

80 000
lefoglalás (EU + 2)

62,6
tonna lefoglalás

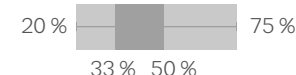
63,2
tonna lefoglalás (EU + 2)



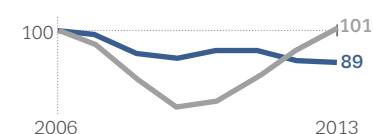
Ár (EUR/g)



Tisztaság (%)



Indexált trendek: ár és tisztaság

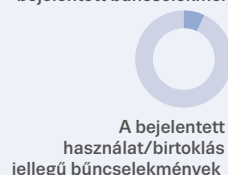


Kábítószer- bűncselekmények

72 300 **29 900**

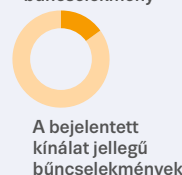
kokain használatával/
birtoklásával összefüggő
bejelentett bűncselekmény

kokain kínálatával
összefüggő bejelentett
bűncselekmény



A bejelentett
használat/birtoklás
jellegű bűncselekmények

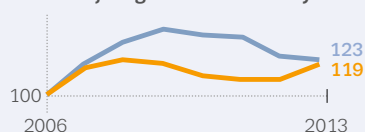
7 %-a



A bejelentett
kínálat jellegű
bűncselekmények

15 %-a

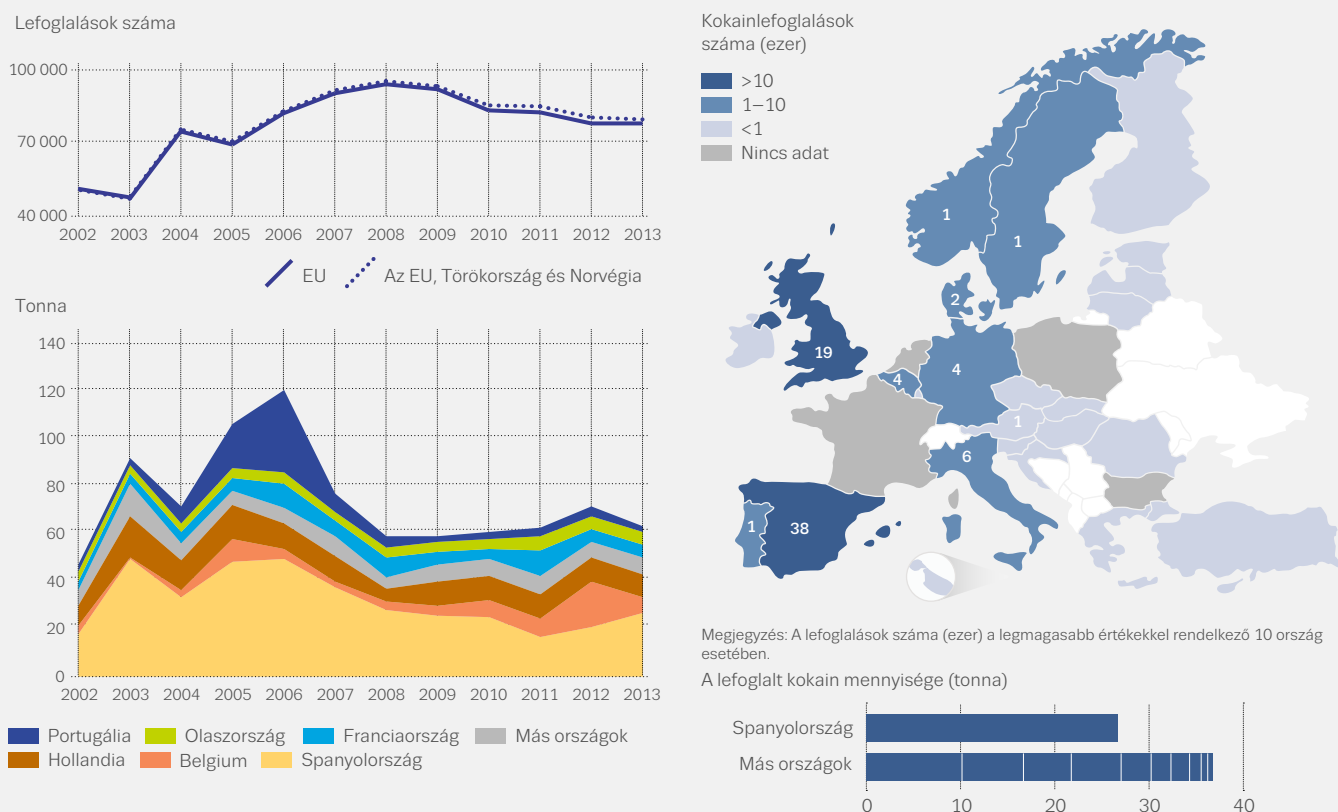
Indexált tendenciák: **használat/birtoklás**
és **kínálat** jellegű bűncselekmények



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

1.7. ÁBRA

A kokainlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák (balra) és 2013 vagy a legutolsó év (jobbra)



Amfetaminszármazékok: növekvő amfetamin- és metamfetamin lefoglalások

Az amfetamin és a metamfetamin – összefoglaló néven az amfetaminok – egymással közeli rokonságban álló szintetikus stimulánsok, melyek között néhány adatbázisban nehéz is különbséget tenni. A kettő közül Európában mindig az amfetamin volt a gyakoribb, de az utóbbi években egyre többször jelezték a metamfetamin piaci hozzáférhetőségének növekedését.

Európában mindkét kábítószer belföldi használatra állítják elő, bár az amfetaminból és a metamfetaminból valamennyit exportra is gyártanak, elsősorban Közel-Kelet, illetve a Távol-Kelet részére. Európa az Afrikából és Iránból a Távol-Keletre csempésztett metamfetamin tranzitközpontja is. A rendelkezésre álló adatok azt jelzik, hogy az amfetamin előállítása legnagyobb mértékben Belgiumban, Hollandiában, Lengyelországban és a balti államokban, illetve kisebb mértékben Németországban zajlik, a metamfetamin előállítása pedig a balti államokban és Közép-Európában koncentrálódik.

Úgy tűnik, hogy a metamfetamin európai gyártása átalakulóban van, részben a prekursorok hozzáférhetőségének hatására. Az elsődleges prekursorként BMK-t (benzil-metil-keeton) használó metamfetamingyártás központja Litvánia; a kábítószeret innen főként az észak-európai országokba exportálják, ahol az kihat az amfetamin piacára. Ezt mutatja a Norvégiában jelentett viszonylag nagy számú lefoglalás. Az efedrinen és pszeudoefedrinen alapuló gyártás központja a Cseh Köztársaság, de valamennyi termelés Szlovákiában és Németországban is zajlik. A Cseh Köztársaságban a metamfetamint hagyományosan a szerhasználók állították elő kisüzemi létesítményekben, saját vagy helyi használatra. Ezt tükrözi az országban felderített termelőegységek nagy száma (2013-ban az Európában talált 294-ből 261-et itt számoltak fel). A közelmúltban azonban nagyobb arányú termelésre utaló jelek is megjelentek, és a jelentések szerint vietnámi szervezett bűnözői csoportok nagy mennyiségben állítják elő ezt a kábítószer mind a belföldi, mind a külső piacokra.

Az EU-tagállamok 2013-ban 34 000 amfetamin lefoglalást jelentettek be, összesen 5,5 tonna mennyiségben. Az amfetaminból lefoglalt teljes mennyiség több mint felén Németország, Hollandia és az Egyesült Királyság osztozott.

A viszonylagos stabilitás időszaka után 2013-ban emelkedett a lefoglalt amfetamin mennyisége (1.8. ábra). A metamfetamin lefoglalások száma sokkal alacsonyabb, 2013-ban az összes amfetaminszármazék lefoglalásának körülbelül egyhatodát tették ki az Európai Unióban bejelentett 7 000 lefoglalással, 0,5 tonna mennyiségben (1.9. ábra). 2002 óta a metamfetamin lefoglalásai számszerűleg és mennyiségileg is emelkedő tendenciát mutattak.

A metamfetamin átlagos bejelentett tisztasága jellemzően nagyobb, mint az amfetamin mintáké. Bár a rendszeres adatközlő országok körében az indexált tendenciák arra utalnak, hogy a legfrissebb adatok szerint nőtt az amfetamin tisztasága, ennek a kábítószernek az átlagos tisztasága még mindig viszonylag alacsony szintű.

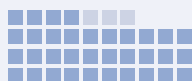
AMFETAMINSZÁRMAZÉKOK

Amfetamin

Lefoglalás

34 000
lefoglalás

37 000
lefoglalás (EU + 2)



6,7

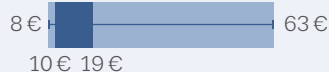
tonna lefoglalás

8,2

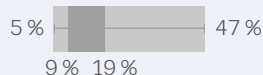
tonna lefoglalás (EU + 2)



Ár (EUR/g)



Tisztaság (%)



Indexált trendek: ár és tisztaság



Metamfetamin

Lefoglalás

7 000
lefoglalás

11 300
lefoglalás (EU + 2)



0,5

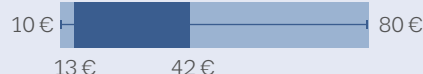
tonna lefoglalás

0,8

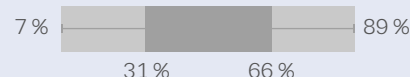
tonna lefoglalás (EU + 2)



Ár (EUR/g)



Tisztaság (%)



Kábítószer-bűncselekmények

55 000

amfetamin használatával/
birtoklásával összefüggő
bejelentett bűncselekmény

A bejelentett használat/
birtoklás jellegű
bűncselekmények

5 %-a

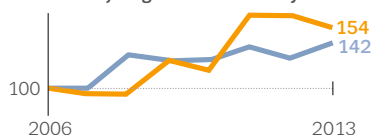
1 900

metamfetamin használatával/
birtoklásával összefüggő
bejelentett bűncselekmény

A bejelentett használat/
birtoklás jellegű
bűncselekmények
kevesebb mint

1 %-a

Indexált tendenciák: **használat/birtoklás és kínálat** jellegű bűncselekmények



16 000

amfetamin kínálatával összefüggő
bejelentett bűncselekmény

A bejelentett kínálat jellegű
bűncselekmények

8 %-a

2 700

metamfetamin kínálatával
összefüggő bejelentett
bűncselekmény

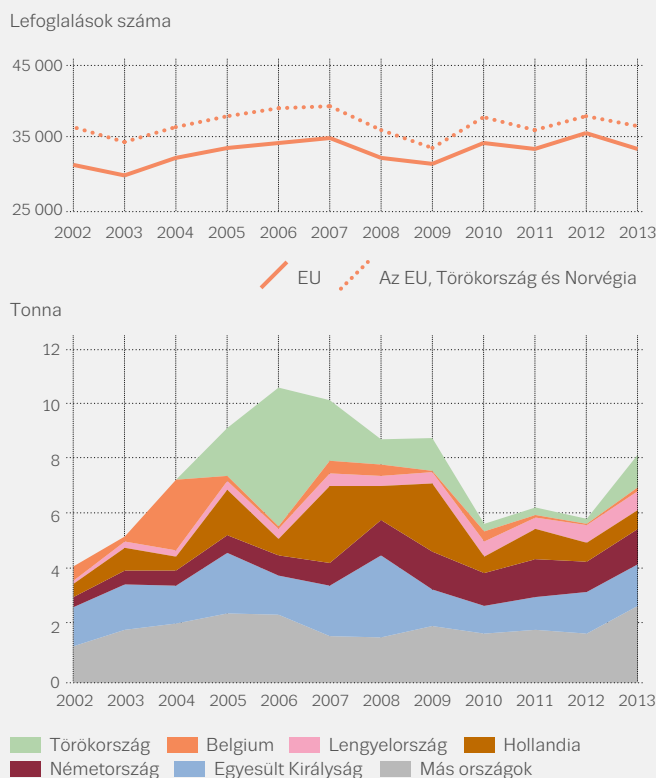
A bejelentett kínálat
jellegű bűncselekmények

1 %-a

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

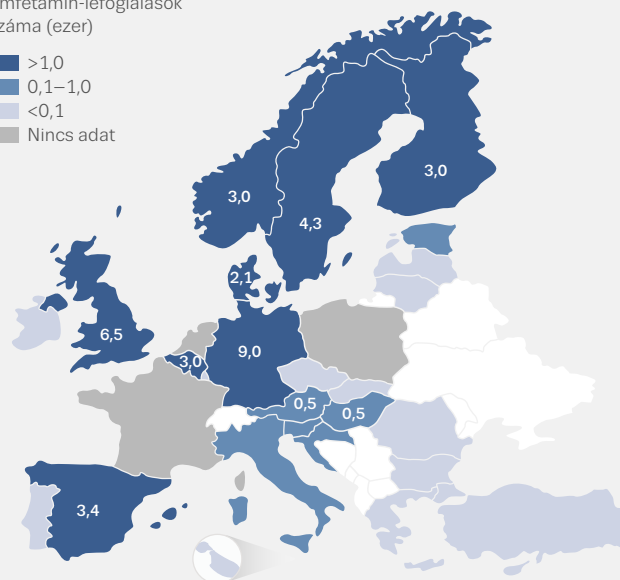
1.8. ÁBRA

Az amfetamin-lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák (balra) és 2013 vagy a legutolsó év (jobbra)



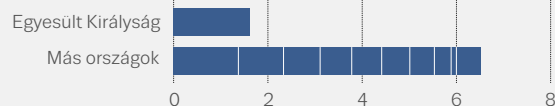
Amfetamin-lefoglalások száma (ezer)

■ >1,0
■ 0,1–1,0
■ <0,1
■ Nincs adat



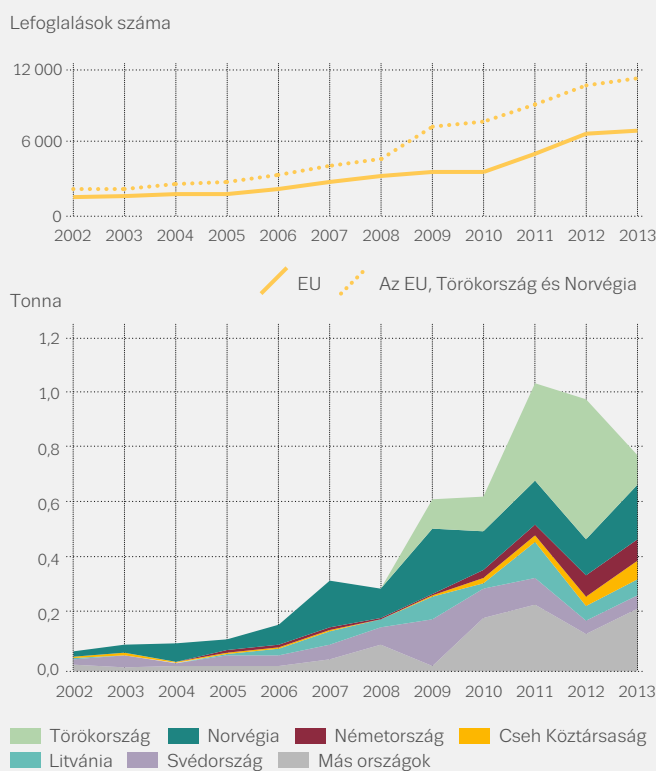
Megjegyzés: A lefoglalások száma (ezer) a legmagasabb értékekkel rendelkező 10 ország esetében.

A lefoglalt amfetamin mennyisége (tonna)



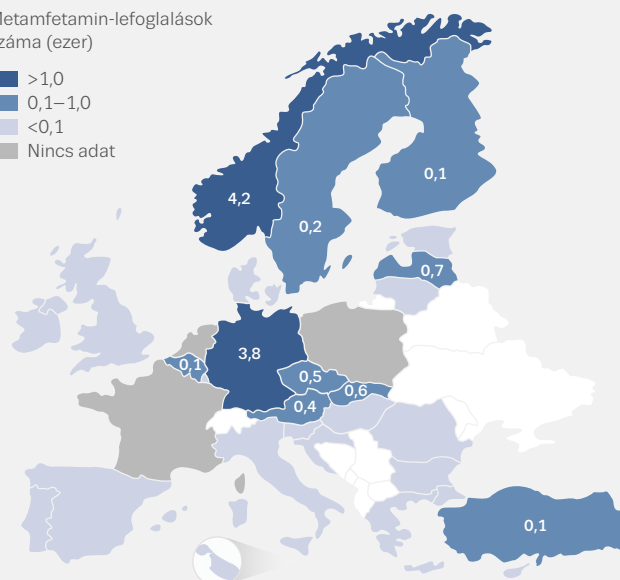
1.9. ÁBRA

A metamfetamin-lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák (balra) és 2013 vagy a legutolsó év (jobbra)



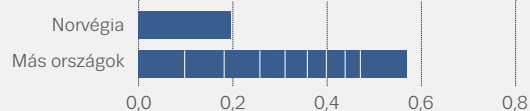
Metamfetamin-lefoglalások száma (ezer)

■ >1,0
■ 0,1–1,0
■ <0,1
■ Nincs adat



Megjegyzés: A lefoglalások száma (ezer) a legmagasabb értékekkel rendelkező 10 ország esetében.

A lefoglalt metamfetamin mennyisége (tonna)



MDMA/ecstasy: gyakoribbak a nagy tisztaságú termékek

Az MDMA (3,4-metiléndioxi-metamfetamin) nevű szintetikus anyag kémiai rokon az amfetaminszármazékokkal, de hatását tekintve némileg eltérő. Hagyományosan az ecstasystabletta jelentette a piacon kapható fő MDMA-terméket, bár gyakran MDMA-szerű anyagok széles körét és egészen más vegyi anyagokat is tartalmazhatnak. Volt egy időszak, amikor a jelentések szerint az Európában ecstasysként árusított tabletták többsége MDMA-t csak kis adagban vagy egyáltalán nem is tartalmazott, az újabb bizonyítékok viszont azt jelzik, hogy ez talán kezd megváltozni. Az új adatok arra utalnak, hogy a magas MDMA-tartalmú tablettáknak és a por vagy kristály formájában kapható MDMA-nak egyaránt nőtt a hozzáférhetősége.

Úgy tűnik, hogy az MDMA előállítás Európán belül Hollandia és Belgium környékén koncentrálódik, azokban az országokban, ahonnan hagyományosan a legnagyobb számban jelentették a kábítószereket előállító telephelyeket. Miután az elmúlt évtized vége felé bizonyítottan visszaesett az MDMA termelése, egyes jelek az újraéledésére utaltak, amit jól szemléltetnek a közelmúltban Belgiumban és Hollandiában felszámolt nagy termelőegységekről szóló jelentések.

Az MDMA lefoglalásainak újabb alakulását azért nehéz megítélni, mert nincsenek adatok néhány olyan országból, amelyek valószínűleg jelentős mértékben járulnak hozzá a jelenséghez. 2013-ra vonatkozóan nincsenek meg a hollandiai adatok, és a lefoglalások száma Franciaország és Lengyelország esetében sem áll rendelkezésre. Hollandiából 2012-ben 2,4 millió MDMA tablettát lefoglalásukat jelentették, és ha 2013-ra hasonló számot lehet feltételezni, az említett évben az Európai Unióban összesen 4,8 millió MDMA tablettára becsülhető a lefoglalások száma. Ez nagyjából a duplája lenne a 2009-ben lefoglalt mennyiségnek. Figyelemreméltó, hogy a Törökországban most lefoglalt MDMA mennyisége (4,4 millió MDMA tablettát) megegyezik az összes uniós tagállamban lefoglalt teljes mennyiséggel. Ez felveti azt a kérdést, hogy ezeket a kábítószerket belföldi használatra, az Európai Unióba vagy máshova történő kivitelre szánták-e (1.10. ábra).

Az MDMA-val kapcsolatos bűncselekmények indexált adataiból szintén jól látható a közelmúltbeli emelkedés. A rendszeres adatközlő országok körében a trendek azt is jelzik, hogy 2010 óta nőtt az MDMA-tartalom. A magas MDMA-tartalmú termékek hozzáférhetősége miatt 2014-ben az Europol és az EMCDDA közös riasztást adott ki. Az MDMA piacának ezek a mutatói összességében véve mind arra utalnak, hogy a piac túljutott a kb. 5 évvel ezelőtti mélypontra.

ECSTASY

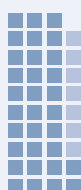
Lefoglalás

13 400

lefoglalás

18 000

lefoglalás (EU + 2)



4,8

millió lefoglalt tablettát



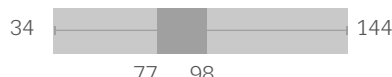
9,3

millió lefoglalt tablettát (EU + 2)

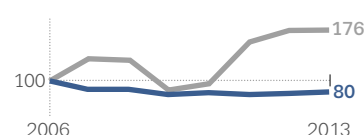
Ár (EUR/tabletta)



Tisztaság (MDMA mg/tabletta)



Indexált trendek: ár és tisztaság



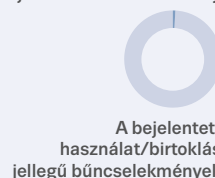
Kábítószer-bűncselekmények

11 000

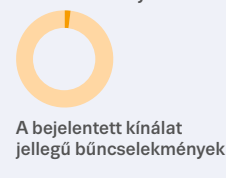
ecstasy használatával/
birtoklásával összefüggő
bejelentett bűncselekmény

3 700

ecstasy kínálatával
összefüggő bejelentett
bűncselekmény



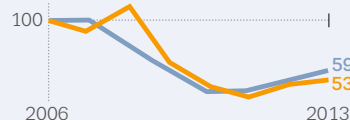
A bejelentett
használat/birtoklás
jellegű bűncselekmények



A bejelentett kínálat
jellegű bűncselekmények

1 %-a **2 %-a**

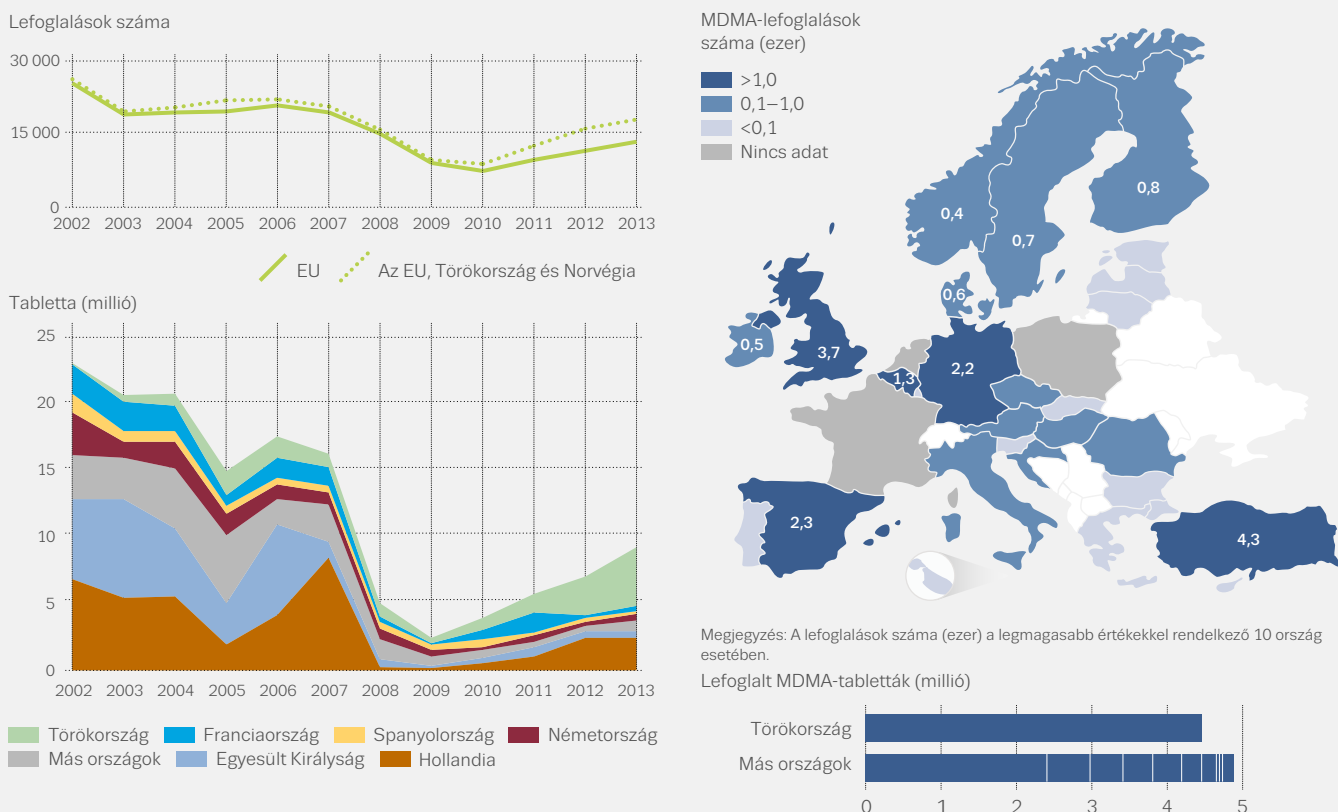
Indexált tendenciák: **használat/birtoklás** és **kínálat** jellegű bűncselekmények



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

1.10. ÁBRA

Az MDMA-lefoglalások száma és a lefoglalt tabletták: tendenciák (balra) és 2013 vagy a legutolsó év (jobbra)



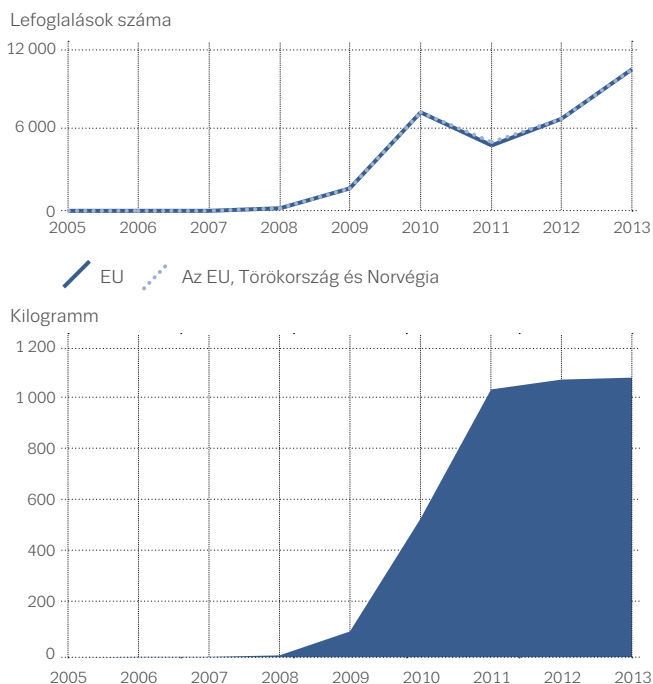
Új stimuláns a tiltott szerek piacán

A kezdetben a kábítószer törvények hatálya alá nem tartozó új pszichoaktív szerként megjelenő szintetikus katinonoknak, mint a mefedron, a pentedron és az MDPV (3,4-metiléndioxi-pirovaleron), néhány európai országban sikerült állandó helyet szerezniük a kábítószerek piacán. A katinonokat más stimulánsokkal, például az amfetaminnal és az MDMA-val hasonló módon, gyakran ezekkel felcserélhetően használják. Legtöbbször por vagy tabletták formájában kaphatók. Úgy tűnik, hogy a katinonok előállítása leginkább Kínában és Indiában zajlik. A kábítószereket ezután Európába importálják, ahol csomagolják és „legal high” szerként forgalmazzák vagy a illegális piacon árusítják. A Korai Jelzőrendszeren keresztül Európában több mint 70 új katinont azonosítottak. 2013-ban több mint 10 000 szintetikus katinon lefoglalást jelentettek be a Korai Jelzőrendszer felé (1.11. ábra).

A katinonokat más stimulánsokkal, például az amfetaminnal és az MDMA-val hasonló módon, gyakran ezekkel felcserélhetően használják

1.11. ÁBRA

Az EU Korai Jelzőrendszeréhez bejelentett szintetikus katinonok lefoglalásai: a lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség, 2013



a kannabisz és a stimulánsok iránti viszonylag nagy keresletet a tiltott kábítószerpiacon.

Az új szerekből éves szinten bejelentett európai lefoglalások emelkedő száma mellett az újonnan azonosított anyagok száma is folyamatosan nő. A tagállamok 2014-ben az EU Korai Jelzőrendszere felé 101 olyan új pszichoaktív szert jelentettek be, amelyről korábban nem érkezett jelentés. Ez 2013-hoz képest 25%-os emelkedést jelent (1.12. ábra). Ezekből az anyagokból harmincegy a szintetikus katinonok közé tartozott, így ez lett a 2014-ben Európában kimutatott új kábítószeres legnagyobb csoportja, a második helyen pedig 30 szintetikus kannabinoid következett. További 13 vegyületet azonban a megfigyelt anyagcsoportok egyikébe sem lehet könnyen beilleszteni. A 2014-ben bejelentett új pszichoaktív szerek közül négyet gyógyszerek hatóanyagaként használnak. Az EU Korai Jelzőrendszere jelenleg több mint 450 új pszichoaktív szert követ nyomon.

Új pszichoaktív szerek: egyre sokszínűbb piac

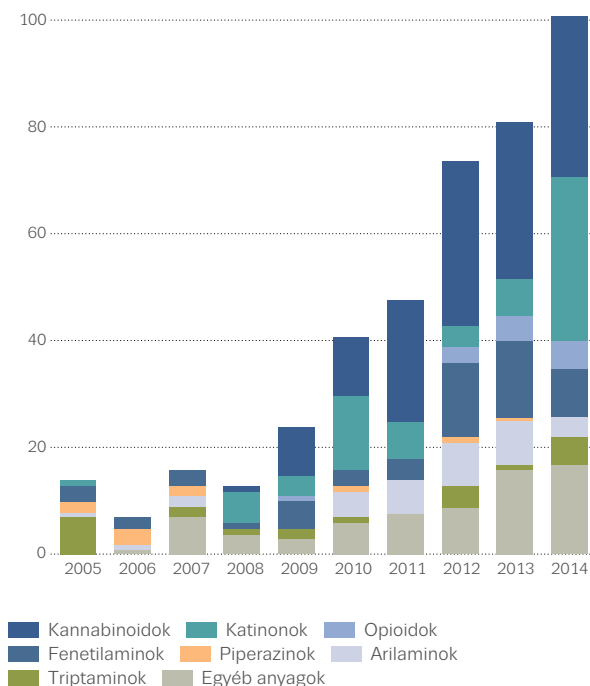
Az európai kábítószerpiacon megjelenő új pszichoaktív szerek hozzáférhetősége az utóbbi évtizedben gyorsan nőtt: ezt bizonyítja a Korai Jelzőrendszer felé, illetve a hagyományos megfigyelési mechanizmusokon keresztül bejelentett lefoglalások növekvő száma. Ezek az új kábítószeres olyan szintetikus vagy természetben előforduló anyagokat tartalmaznak, amelyek a nemzetközi jog szerint nem ellenőrzöttek, viszont azzal a céllal készültek, hogy utánozzák az ellenőrzött anyagok hatásait. A vegyületeket jellemzően Európán kívüli beszállítóktól importálják, majd Európában előkészítik, csomagolják és forgalomba hozzák. Az új kábítószereseket azonban egyre gyakrabban Európán belüli, titkos laboratóriumokban állítják elő, és közvetlenül árusítják a piacon.

A termékeket az ellenőrzések elkerülése érdekében gyakran félrevezetően címkézik, például „kutatási célú vegyi anyagnak”, azzal a kitéttel, hogy a termék emberi fogyasztásra nem alkalmas. Ezeket az anyagokat online kiskereskedőkön és erre szakosodott üzleteken keresztül forgalmazzák, de egyre gyakrabban a tiltott szerek beszállítására használt csatornákon keresztül is árusítják. Ez a piac és a tiltott piaccal való kapcsolata is dinamikusan változik, az új termékek és ellenőrzési intézkedések folyamatos bevezetése jellemzi. Az új pszichoaktív szerek leggyakrabban lefoglalt csoportját a szintetikus kannabinoidok és szintetikus katinonok jelentik, ami tükrözi

A tagállamok 2014-ben az EU Korai Jelzőrendszere felé 101 olyan új pszichoaktív szert jelentettek be, amelyről korábban nem érkezett jelentés

1.12. ÁBRA

Az uniós Korai Jelzőrendszerhez bejelentett új pszichoaktív szerek száma és kategóriái, 2005–2014



A 2014-ben kockázatértékelés alá vont új anyagok Európában

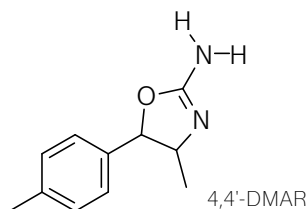
Az Európában megjelenő új pszichoaktív szerek azonosítására, értékelésére és esetleges ellenőrzésére létezik egy külön uniós mechanizmus. 2014-ben hat új pszichoaktív szerről készült kockázatértékelés (lásd az 1.1. táblázatot). Ezek az új szerek az elmúlt években jelentek meg Európában, de egyre nagyobb számban kapcsolódnak hozzájuk az ártalmakról, köztük kórházi ellátás szükségességéről és halálesetekről szóló jelentések. A 2015. februári helyzet szerint a hat anyag közül négyet azóta ellenőrzési intézkedések alá vontak egész Európában.

2014-ben hat új pszichoaktív szerről készült kockázatértékelés

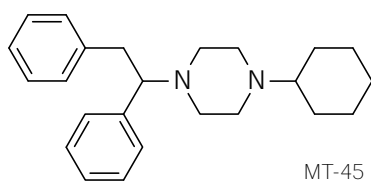
1.1. TÁBLÁZAT

A 2014-ben kockázatértékelés alá vont új pszichoaktív szerek

2014 szeptemberében európai szintű kockázatértékelés készült a 4,4'-DMAR és az MT-45 nevű anyagról. Ezt megelőzően 2014 áprilisában négy kockázatértékelés készült az 25I-NBOMe (hallucinogén hatásokkal rendelkező helyettesített fenetilamin, amelyet az LSD „legális” alternatívájaként árusítottak), az AH-7921 (szintetikus opioid), az MDPV (szintetikus katinonszármazék) és a metoxetamin (a ketaminnal közeli rokonságban álló arilciklohexilamin, amelyet annak „legális” alternatívájaként árusítottak) nevű anyagokról.



A 4,4'-DMAR egy pszichostimuláns, amely az uniós kábítószerpiacon legalább 2012 decembere óta kapható, és eddig kilenc tagállamban mutatták ki. A kimutatott esetek nagyjából 20%-ában a 4,4'-DMAR más kábítószerekkel (legnagyobb részben stimulánsokkal) együtt fordult elő. Magyarországon, Lengyelországban és az Egyesült Királyságban 12 hónap leforgása alatt 31 halálesetben mutatták ki.



Az MT-45 a morfinhoz hasonló fájdalomcsillapító tulajdonságokkal rendelkező szintetikus opioid, amelyet először 2013 októberében mutattak ki. Svédországban kilenc hónap alatt 28 halálesetben és 12 nem halálos kimenetelű mérgezésben mutatták ki. A halálesetek közül 19-ben az MT-45-öt jelölték meg a halál okaként vagy egyik kiváltó tényezőjeként.

Jogi válaszlépések a kábítószerpiac fejlődésére

Az európai politikai döntéshozókat kihívások elé állította az új pszichoaktív szerek gyors megjelenése, akárcsak a piacon elérhető termékek sokfélesége. Uniós szinten 1997 óta létezik az ellenőrzésre szolgáló jogi mechanizmussal összekapcsolt felügyeleti rendszer – az uniós Korai Jelzőrendszer. A rendszert 2005-ben megerősítették. A jelenlegi rendszert most felülvizsgálták, és tárgyalások folynak az új jogi keretre vonatkozó javaslatról.

Országos szinten különféle intézkedéseket használnak az új anyagok ellenőrzésére, és a jogi válaszlépések három nagy csoportját lehet megkülönböztetni. Néhány országban az ellenőrzött kábítószerhez nem kapcsolódó, meglévő törvényeket, például fogyasztóvédelmi jogszabályokat használtak; máshol a meglévő kábítószer-törvényeket vagy eljárásokat bővítették vagy igazították ki; megint máshol új jogszabályokat állítottak össze. Bár a bűncselekmények és büntetési tételek meghatározásában nagy különbségek vannak, a válaszlépések jellemzően inkább a kínálattal, nem az anyagok birtoklásával foglalkoznak.

Az internet, az új és a jól ismert szerek piaca

Jó ideje ismert tény, hogy az internet fontos piacot jelent az új pszichoaktív szerek európai értékesítésében. Az EMCDDA a 2013-ban készített körképében 651 olyan weboldalt talált, ahol „legal high” szereket árusítottak az európai lakosságnak, a 2014-ben készült célirányos internetes körképpel pedig olyan weboldalakat derített fel, ahol meghatározott kábítószereket, például az MT-45 szintetikus opioidot kínálták eladásra, esetenként több kilogrammos mennyiségben.

Az internet és a közösségi média a kábítószerpiacán is egyre fontosabb szerepet játszik. Már az úgynevezett szürke piacok működésére is vannak bizonyítékok: ezek olyan, új pszichoaktív szereket árusító online oldalak, amelyek a nyílt és a rejtett weben egyaránt jelen vannak. A rejtett web az internetnek az a része, amely hagyományos keresőprogramok használatával nem érhető el. A kábítószer értékesítése ezen belül történhet piactereken, decentralizált hálózatok keretében vagy személyek között. A legnagyobb figyelmet az olyan virtuális drogpiacon kapták, mint a Silk Road, az Evolution és az Agora. Ezekhez az online piacokhoz csak egy titkosító szoftver használatán keresztül lehet hozzáférni, ami magas szintű névtelenséget biztosít. A virtuális piacok az olyan online piacokhoz hasonlóan, mint az eBay, infrastruktúrát biztosítanak az eladóknak és a vevőknek a tranzakciók és

szolgáltatások lebonyolításához, például van eladói és vásárlói értékelés, és helyet adnak a vitafórumoknak. A tranzakciók névtelenségének megkönnyítésére olyan virtuális fizetőeszközöket használnak, mint a Bitcoin, és álcázó csomagolással segítik elő a kis mennyiségű kábítószer hagyományos kereskedelmi csatornákon keresztül történő továbbítását. A virtuális piacokon hirdetett különféle termékek között a jelentések szerint a leggyakrabban a kábítószer jól ismert fajtáihoz és vényköteles gyógyszerekhez lehet hozzájutni. A tények arra utalnak, hogy a kábítószer rejtett weben zajló beszerzéseit sok esetben újraértékesítésre szánják.

Egy másik fejlemény a kábítószer-kínálathoz és a kábítószer vagy kábítószeres élmények közösségi hálózatokon, köztük mobilalkalmazásokon keresztül történő megosztásához kapcsolódik. Ez a terület alig ismert és nehezen megfigyelhető. Az online és virtuális kábítószerpiacok növekedése együttesen véve nagy kihívások elé állítja a bűnüldözést és a kábítószer-ellenőrzési politikát. Az online kábítószerpiacok ellenőrzését különösen megnehezíti az a tény, hogy a gyártók, a beszállítók, a kiskereskedők, a weboldalak üzemeltetői és a fizetést feldolgozó szolgáltatók esetenként mind különböző országokban találhatók.

**Az internet fontos piacot
jelent az új pszichoaktív
szerek európai
értékesítésében**

A kábítószer-kínálat kezelése: közös elvek, eltérő gyakorlat

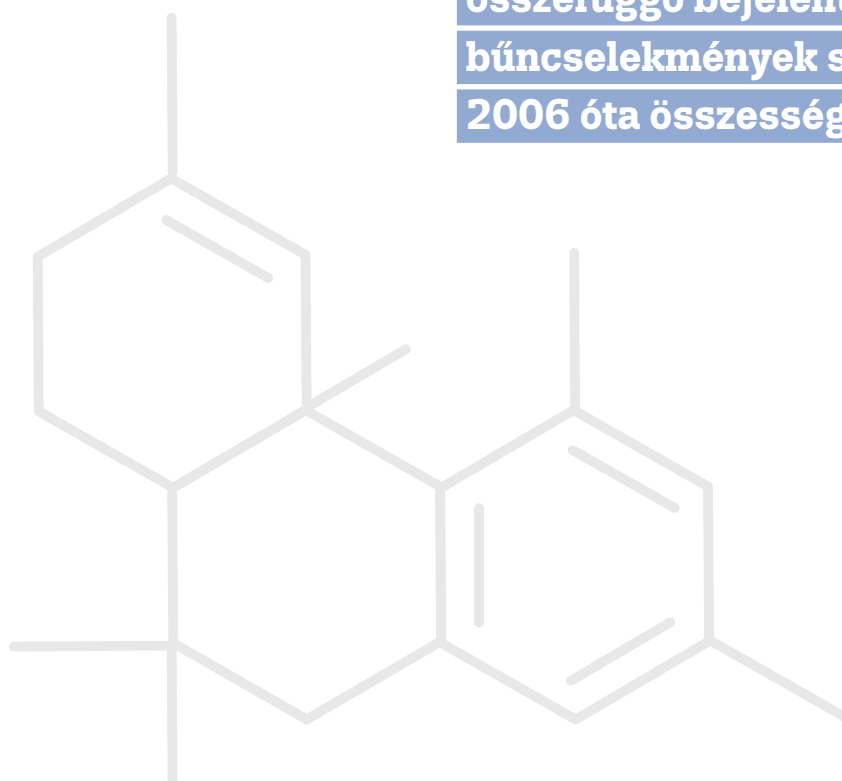
A tagállamok intézkedéseket tesznek a kábítószer-kínálatának visszaszorítására az ENSZ három egyezményének értelmében, amelyek nemzetközi keretet biztosítanak több mint 240 pszichoaktív anyag előállításának, kereskedelmének és birtoklásának ellenőrzéséhez. Az engedély nélküli kínálatot minden ország 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 kitételt nem egyformán értelmezik, ami tükröződik az európai és más országok e téren alkalmazott eltérő jogi megközelítésében.

A kábítószer-kínálatának és használatának visszaszorítására irányuló jogszabályok végrehajtását a regisztrált kábítószer-bűncselekmények adatain keresztül kísérik figyelemmel. Európában a kábítószer-kínálattal összefüggő bejelentett bűncselekmények száma 2006 óta összességében nőtt. 2013-ban becslések szerint 230 000 kínálati jellegű bűncselekményt regisztráltak, és ezek többsége (57%) a kannabiszhoz kapcsolódott. Ugyanebben az évben a kábítószer-használat vagy használati célú birtoklás kategóriában regisztrált 1,1 millió bűncselekmény háromnegyed része (76%) kapcsolódott a kannabiszhoz.

Nagy különbségek vannak az európai ítélkezési gyakorlatban

Az engedély nélküli kábítószer-kínálat minden európai országban bűncselekmény, de a törvényben rögzített büntetési tételek államok szerint különböznek. Néhány országban a kínálati bűncselekményekre egyetlen tág büntetési tartomány vonatkozik (akár életfogytiglani szabadságvesztéssel). Más országok különbséget tesznek az enyhébb és a súlyosabb kínálati bűncselekmények között, olyan tényezők alapján, mint például a lefoglalt kábítószer mennyisége vagy típusa, ennek megfelelő büntetési maximumokkal és minimumokkal. Az EMCDDA közelmúltban készített forgatókönyv-elemzése nem talált egyértelmű kapcsolatot a törvényben előírt büntetési maximumok és a bíróság által kiszabott ítéletek között. Azt is megállapította, hogy a kábítószer-kereskedelmi bűncselekmények esetén várható büntetési tételek országonként különböztek. 1 kg kannabisz kereskedelme esetén a büntetlen előéletű elkövető néhány országban 1 évnél rövidebb börtönbüntetésre, máshol viszont 10 évre számíthat. 1 kg heroin kereskedelme – ugyancsak országtól függően – kettőtől 15 évig terjedő szabadságvesztést vonhat maga után.

**Európában a
kábitószer-kínálattal
összefüggő bejelentett
bűncselekmények száma
2006 óta összességében nőtt**



A prekursor vegyi anyagok lefoglalása és ellenőrzése

A kábítószer-prekursorok olyan vegyi anyagok, amelyeket kábítószer gyártásában lehet felhasználni, így a kábítószerelőállítás elleni nemzetközi erőfeszítéseknek fontos része ezek jogszerű használatától való eltérítésének megelőzése. A legtöbb kábítószer-prekursornak legális ipari felhasználása is van, például a műanyagok, gyógyszerek vagy kozmetikumok gyártásában. Az efedrin például – a meghűlés és orrdugulás elleni gyógyszerek egyik összetevője – a metamfetamin előállításához is felhasználható. A jogszerű felhasználási módjai miatt a prekursor vegyi anyagok termelését és kereskedelmét nem lehet betiltani. A kábítószer-prekursorokat ehelyett a legális termelésük és kereskedelmük nyomkövetésével ellenőrzik.

A kábítószer-prekursorok lefoglalásaira és feltartóztatott szállítmányaira vonatkozóan az uniós tagállamoktól kapott adatok megerősítik, hogy a jegyzékekben szereplő és nem szereplő anyagokat az Európai Unióban továbbra is használják tiltott kábítószer előállítására (1.2. táblázat). 2013-ban az APAAN (alfa-fenilaceto-acetonitril) nevű pre-prekursorból több mint 48 000 kg-ot foglaltak le a nemzeti jogszabályok alapján, és ez a mennyiség több

mint 22 tonna amfetamin vagy metamfetamin előállításához lett volna elegendő. Annak érdekében, hogy a bűnüldöző szervek nagyobb hatáskörrel tudjanak fellépni ezen anyag ellen, az APAAN-t az uniós jogszabályok szerint 2013 decemberében prekursor vegyi anyagként jegyzékbe vették, majd 2014 októberében nemzetközi szinten is jegyzékre került. Az MDMA prekursorainak nagyobb lefoglalásai megerősítik a nagyarányú ecstasytermelés visszatérését az Európai Unióba. 2013-ban 5061 kg PMK-t (3,4-metilén-dioxifenilpropán-2-on) és 13 836 liter szafrolt foglaltak le, amelyekből együttesen nagyjából 170 millió ecstasytablettát lehetett volna előállítani.

2013-ban új uniós jogszabályt vezettek be, hogy megerősítsék a kábítószer-prekursorok Európai Unión belüli, illetve a tagállamok és harmadik országok közötti kereskedelmének ellenőrzését. A bevezetett intézkedések közé tartozik a heroin előállításához használt ecetsavanhidrid, valamint a metamfetamin prekursorai, az efedrin és a pszeudoefedrin kereskedelmének szigorúbb ellenőrzése. Az új jogszabály egy gyorsreagálási mechanizmust is bevezetett a jegyzékben nem szereplő anyagok eltérítésének esetére.

1.2. TÁBLÁZAT

Az Európában előállított szintetikus kábítószerhez használt prekursorok lefoglalásai és a feltartóztatott szállítmányok, 2013

Prekursor/pre-prekursor	Lefoglalások		Feltartóztatott szállítmányok ⁽¹⁾		ÖSSZESEN	
	Esetek	Mennyiség	Esetek	Mennyiség	Esetek	Mennyiség
MDMA vagy rokon anyagok						
PMK (liter)	12	5 061	0	0	12	5 061
Szaflol (liter)	4	13 837	1	574	5	14 411
Izoszaflol (liter)	1	10	0	0	1	10
Piperonál (kg)	5	5	5	1 400	10	1 404
PMK glicidid/glicidát (kg)	5	2 077	0	0	5	2 077
Amfetamin és metamfetamin						
BMK (liter)	5	32	0	0	5	32
PAA, fenilecetsav (kg)	1	97	6	225	7	322
Efedrin, ömlesztve (kg)	15	13	0	0	15	13
Pszeudoefedrin, ömlesztve (kg)	11	64	0	0	11	64
APAAN (kg)	71	48 802	0	0	71	48 802

⁽¹⁾ A feltartóztatott szállítmány olyan szállítmány, amelynek belépését tiltott célokra való eltérítés gyanúja miatt megtagadták, felfüggesztették vagy az exportőr önként visszavonta. Forrás: Európai Bizottság.

BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2015

Heroin trafficking routes, Kábítószerügyi kiemelt témák.

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

The Internet and drug markets, Technikai jelentések.

2014

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

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA tanulmányok.

Risk assessment report of a new psychoactive substance: 1-cyclohexyl-4-(1,2-diphenylethyl) piperazine (MT-45), Kockázatértékelések.

Risk assessment of 4-methyl-5-(4-methylphenyl)-4,5-dihydrooxazol-2-amine (4,4'-dimethylaminorex, 4,4'-DMAR), Kockázatértékelések.

Report on the risk assessment of 1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one (MDPV) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Kockázatértékelések.

Report on the risk assessment of 2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone (methoxetamine) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Kockázatértékelések.

Report on the risk assessment of 2-(4-iodo-2,5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine (25I-NBOMe) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Kockázatértékelések.

Report on the risk assessment of 3,4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide (AH-7921) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Kockázatértékelések.

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.

2013

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 szerekre, Célpontban a kábítószer.

2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

Az EMCDDA és az Europol közös kiadványai

2014

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

2013

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 kannabisz-használat előfordulása
körülbelül ötszöröse a többi anyagénak**

Kábítószer-használat és a kábítószerekkel összefüggő problémák

A kábítószer-használat mintázatainak és tendenciáinak és a kapcsolódó ártalmaknak a magas szintű elemzésében érdemes különbséget tenni az anyagok három nagy csoportja, a kannabisz termékek, a különféle stimulánsok és az opioid kábítószer között. A kannabisz-használat prevalenciája körülbelül ötszöröse a többi anyagéknak, és az utóbbi években a kannabisz-használatból eredő problémák miatt kezelésre jelentkező szerhasználók száma is emelkedett. Bár a heroin és más opioidok használata továbbra is viszonylag ritka, Európában még mindig ezekhez a kábítószerekhez köthető a legtöbb megbetegedés, halálozás és kábítószer-használattal összefüggő kezelési költség.

A kábítószer-használat és a kábítószerekkel összefüggő problémák megfigyelése

Az EMCDDA öt legfontosabb epidemiológiai mutatója szolgál alapul az európai kábítószer-használat és a problémák megfigyeléséhez. Ezek a mutatók olyan adatkészletekre épülnek, amelyek a következőkre vonatkoznak: a rekreációs használatról szóló becslések (főleg felmérések alapján), a magas kockázatú szerhasználatról szóló becslések, a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek, fertőző betegségek és a kábítószer miatt kezelésbe lépők. Ezek együttesen képezik a kábítószer-használat tendenciáiról és alakulásáról és a kapcsolódó ártalmakról szóló európai elemzés pilléreit. Az indikátorokról szóló technikai információk az interneten a legfontosabb mutatók nyitólapján és a Statisztikai közlönyben találhatók meg. Ebben a fejezetben a legfontosabb mutatókból származó adatokat további, a Reitox fókuszpontok közléséből és más forrásokból származó adatok egészítik ki.

A kábítószer-használatot különféle fogyasztási mintázatok jellemzik, az egyszeri kipróbálástól a rendszeres használaton át a függőségig. A férfiak körében általában minden kábítószer használata nagyobb arányú, és ezt a különbséget gyakran a használat intenzívebb vagy rendszeres mintázatai tovább erősítik. Az eltérő fogyasztási mintázatok az ártalom különböző szintjeivel és típusaival járnak együtt; a gyakoribb használat, a nagy adagok, a különböző anyagok egyidejű

használata és az injektlás pedig mind összefüggenek a magasabb egészségügyi kockázattal.

Az európaiak közel egynegyede próbált már tiltott kábítószereket

A becslések szerint több mint 80 millió felnőtt avagy az Európai Unió felnőtt népességének közel egynegyede próbált már ki tiltott kábítószereket az élete valamely pontján. A leggyakrabban használt kábítószer a kannabisz (75,1 millió), a kokain (14,9 millió), az amfetaminszármazékok (11,7 millió) és az MDMA (11,5 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, Romániában és Törökországban 8%-uk avagy kevesebb mint egytizedük.

Kannabisz-használat: a skandináv országokban emelkedik

A tiltott kábítószerek közül minden korcsoportban a kannabisz használatának a legnagyobb a valószínűsége. Ezt a kábítószert általában elszívással fogyasztják, Európában rendszerint dohánnyal keverve. A kannabisz-használat mintái az alkalmi és a rendszeres, függő használat között mozognak.

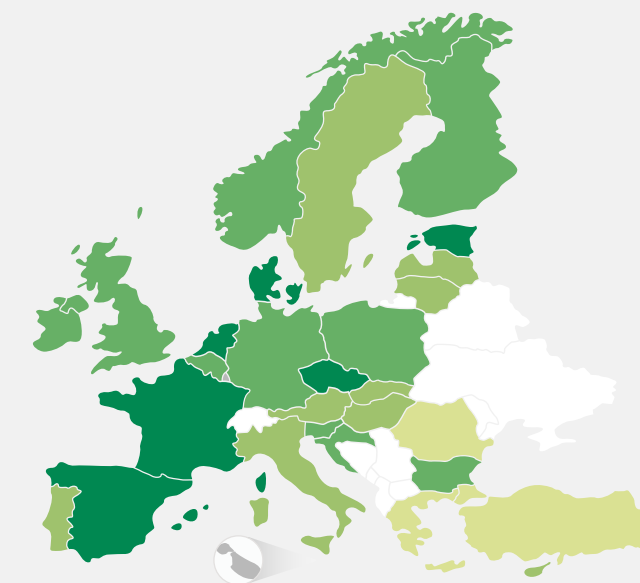
Becslések szerint kb. 14,6 millió európai fiatal (15–34 évesek) avagy a korcsoport 11,7%-a használt kannabiszt az elmúlt évben, és közülük 8,8 millióan a 15–24 éves korosztályba tartoztak (a korcsoport 15,2%-a).

Az országok egy része elegendő felmérési adattal rendelkezik ahhoz, hogy lehetővé tegye a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében előforduló elmúlt évi kannabisz-használat hosszú távú időbeli tendenciáinak statisztikai elemzését. Az EU össznépességének együttesen közel felét kitevő Németországra, Spanyolországra és az Egyesült Királyságra vonatkozó populációs felmérések az elmúlt évtizedben a kannabisz-használat csökkenő vagy stagnáló előfordulásáról számoltak be. Bulgáriában, Franciaországra és három skandináv országban (Dánia, Finnország, Svédország) viszont az előfordulás emelkedését lehet megfigyelni. A legfrissebb felmérésében Norvégia is egy új, 12%-os csúcslélegről számolt be, bár az aktuális időszak nem elegendő a tendenciák statisztikai elemzéséhez.

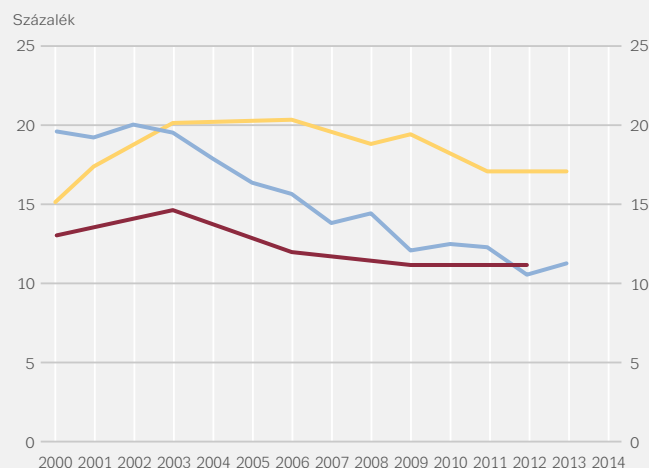
A legújabb felmérési eredmények összességében véve továbbra is az elmúlt évi kannabisz-használat eltérő

2.1. ÁBRA

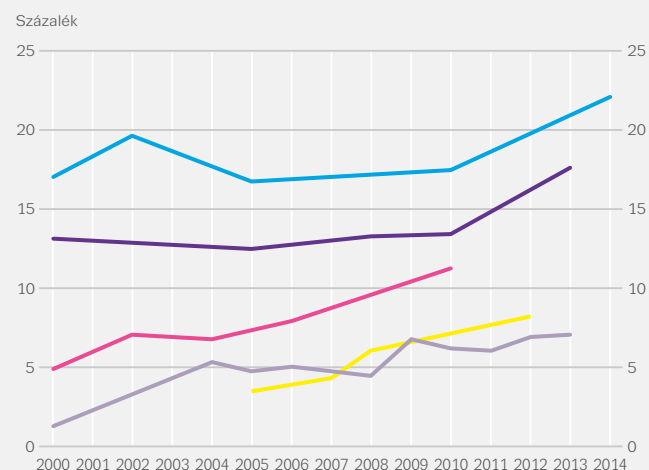
A kannabisz-használat előző évi prevalenciája a fiatal felnőttek körében (15–34 évesek): legfrissebb adatok (fent); statisztikailag szignifikáns tendenciákat mutató országok (középen és lent)



Százalék <4,0 4,1–8,0 8,1–12,0 >12,0 Nincs adat



Spanyolország Egyesült Királyság (Anglia és Wales)
Németország



Franciaország Dánia Finnország Bulgária
Svédország

2.2. ÁBRA

alakulását mutatják (2.1. ábra). A 2012 óta felmérést készítő országok közül négyből jelentettek alacsonyabb becsléseket, kettőből stabil, nyolcból pedig magasabb becsléseket, mint az előző, összehasonlítható felmérésben. A szintetikus kannabinoidok használatáról jelenleg kevés országos felmérés tudósított; ahol ez előfordult, általában alacsonyok voltak az előző évi prevalenciaértékek.

Kannabisz-használat a diákok körében

A diákok körében előforduló szerhasználat megfigyelése hasznos betekintést ad a fiatalok aktuális kockázati magatartásába. Európában az alkohol- és egyéb kábítószer-fogyasztással foglalkozó európai iskolai projekt (ESPAD) felméréséből nyerhetünk betekintést a 15–16 éves diákok körében előforduló szerhasználat időbeli alakulásába. Az adatgyűjtés utolsó fordulójában (2011) ebben a csoportban a kannabiszhoz kapcsolódott a tiltott kábítószer-használat legnagyobb része, és körülbelül 24% jelezte, hogy használta már a kábítószer, de ez az arány a norvégiai 5% és a Cseh Köztársaságban mért 42% között mozgott. A kannabisztól eltérő tiltott kábítószeres használatának előfordulása sokkal alacsonyabb volt.

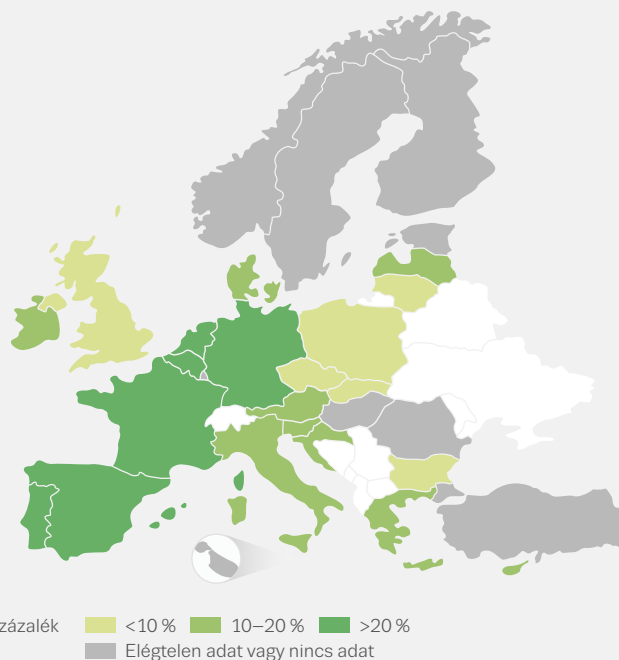
Abban a hét országban, ahol az ESPAD-felmérés (2011) után készült országos iskolai felmérésről is beszámoltak, a kannabisz-használat prevalenciája a diákok körében nagyon változatosan alakult.

A kannabisz-használókkal kapcsolatos aggodalmak

A kannabisz-használók egy kisebb része intenzíven fogyasztja a szert. A napi vagy közel napi szintű kannabisz-használat definíció szerint azt jelenti, hogy az illető az előző hónapban 20 vagy több napon használta a kábítószer. A normálpopulációs vizsgálatok alapján úgy becsülték, hogy az európai felnőttek közel 1%-a számít napi vagy közel napi szintű kannabisz-használónak. Körülbelül háromnegyedük 15–34 év közötti, és több mint háromnegyed részük férfi.

Bár a napi szintű kannabisz-használat a normál népességben ritka, a felnőtteknek (15–64) abból a közel 3%-ából, akik a felmérést megelőző hónapban kannabiszt használtak, nagyjából egynegyedük naponta vagy közel naponta használta a szert. Ez az arány országonként nagyon különböző (lásd a 2.2. ábrát). A tendenciák megállapításához elegendő számú felmérést végző országokban az elmúlt évtizedben egy szinten maradt a napi vagy közel napi szintű szerhasználók aránya a teljes felnőtt népességben belül.

Az anyagot napi vagy közel napi szinten használó, előző havi kannabisz-használók (15–64 évesek) aránya



Európában a kábítószer miatt első alkalommal kezelésre jelentkező kliensek leggyakrabban a kannabiszt nevezik meg a kezelés elsődleges okaként, abban viszont jelentős eltérések vannak, hogy mi minősül a kannabisz-használóknak szóló kezelésnek. A jelentések szerint az első alkalommal kezelésre jelentkező kliensek összesített száma 2006 és 2013 között 45 000-ről 61 000-re nőtt. Az ismételt kezelésre jelentkezőket is beleszámítva a 2013-ban kezelésre jelentkező összes kliens körében a kannabisz volt a második leggyakrabban megnevezett kábítószer (123 000, 29%). Az országok között azonban jelentős különbségek vannak: míg Litvániában az összes kezelésre jelentkező között mindössze 3% az elsődleges kannabisz-használó, Dániában és Magyarországon több mint 60%. Ebben a különbözőségben sok tényezőnek lehet szerepe. Európában az elsődleges kannabisz-használat miatt kezelésre jelentkezők nagyjából egynegyedét például

**Európában a kábítószer miatt
első alkalommal kezelésre
jelentkező kliensek
leggyakrabban a kannabiszt
nevezik meg a kezelés
elsődleges okaként**

a büntetőjogi rendszerből utalják be (23 000); ez azonban Bulgáriában, Észtországban, Lettországon és Hollandiában csak az elsődleges kannabisz-használó kliensek kevesebb mint 5%-át érinti, míg Magyarországon több mint 80%-ukat.

A kannabiszhoz köthető kórházi sürgősségi esetek

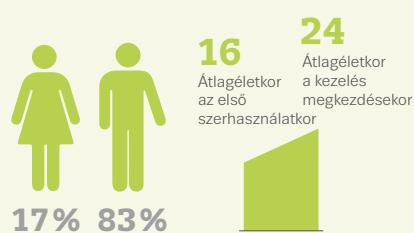
Ritkán ugyan, de előfordulhat, hogy a kannabisz fogyasztása után, különösen nagy dózisok esetén, akut sürgősségi ellátásra kerül sor. A magasabb prevalencia szintekkel rendelkező országokban a kannabisznak számottevő része van a kábítószerkezeléshez köthető sürgősségi esetekben. Egy friss vizsgálat szerint 2008 és 2012 között az elemzésben szereplő 13 európai országból 11-ben emelkedett a kannabiszhoz köthető sürgősségi esetek száma. Spanyolországban például a 2008-as 1589-ről (az összes, kábítószerrel összefüggő sürgősségi eset 25%-a) 2011-ben 1980-ra (33%) emelkedett a kannabiszsal összefüggő sürgősségi esetek száma.

A European Drug Emergencies Network (Euro-DEN) nevű hálózat, amely 10 európai országban 16 helyszínen figyeli a kábítószerrel összefüggő sürgősségi betegmegjelenéseket, arról számolt be, hogy az összes,

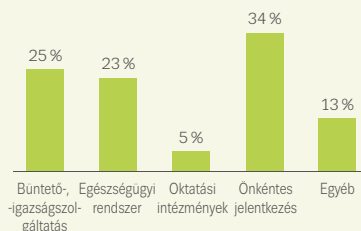
kábítószerrel összefüggő megjelenés 10–48%-ában (átlagban 16%-ában) játszott szerepet a kannabisz, de ezeknek az eseteknek a 90%-ában más anyagok is jelen voltak. A kannabiszt legtöbbször alkohollal, benzodiazepinokkal és stimulánsokkal együtt mutatták ki. A leggyakrabban jelzett problémák közé tartoztak az idegi-magatartási zavarok (nyugtalanág, agresszió, pszichózis és szorongás) és a hányás. A betegeket a legtöbb esetben anélkül bocsátották el, hogy fekvőbeteg-kezelésre lett volna szükség.

KEZELÉST KEZDŐ KANNABISZ-HASZNÁLÓK

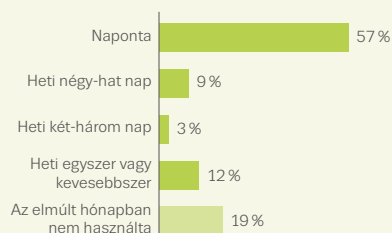
Tulajdonságok



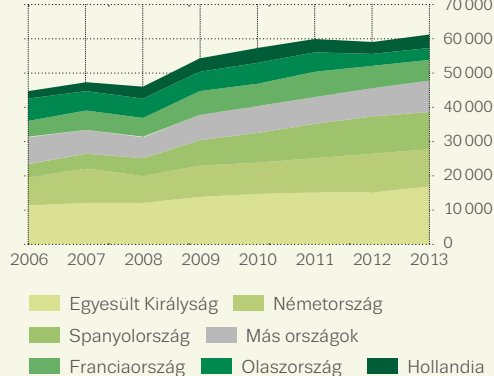
Beutalás eredete



Használat gyakorisága az előző hónapban



Az elsőként kezelték számának alakulása



Megjegyzés: A tulajdonságok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki a kannabiszt nevezte meg elsődleges kábítószerként. A tendenciák a kannabiszt elsődleges kábítószerként fogyasztó, első kezelésüket megkezdő személyekre vonatkoznak. Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok. Beutalás eredete: a büntető-, igazságszolgáltatásba beletartoznak a bíróságok, a rendőrség és a pártfogó felügyelet; az egészségügyi rendszerbe beletartoznak a háziorvosok, a drogfüggőket kezelő ellátóhelyek és más egészségügyi, orvosi és szociális szolgáltatók; az önkéntes jelentkezésbe beletartozik a kliens, a családja vagy a barátai.

Kokain: az Európában leggyakrabban használt stimuláns

A kokaint leggyakrabban szippantják, de esetenként injektálják is, a crack kokaint pedig általában elfüstölik. A rendszeres fogyasztókat két nagy csoportra lehet osztani: az egyikbe a társadalmilag integráltabb fogyasztók tartoznak, akik gyakran rekreációs körülmények között szippantják a kokaint, a másikba azok a marginalizálódott szerhasználók, akik gyakran opioidok használata mellett, intravénásan használják a kokaint vagy cracket füstölnek. A rendszeres kokain-használattal függőség, szív-érrendszeri, idegrendszeri és mentális egészségügyi problémák járhatnak együtt, emellett a balesetek kockázata is megnő. Az intravénás kokain-használat és a crack kokain használata jár a legnagyobb egészségügyi kockázatokkal, ideértve a fertőző betegségek terjedését.

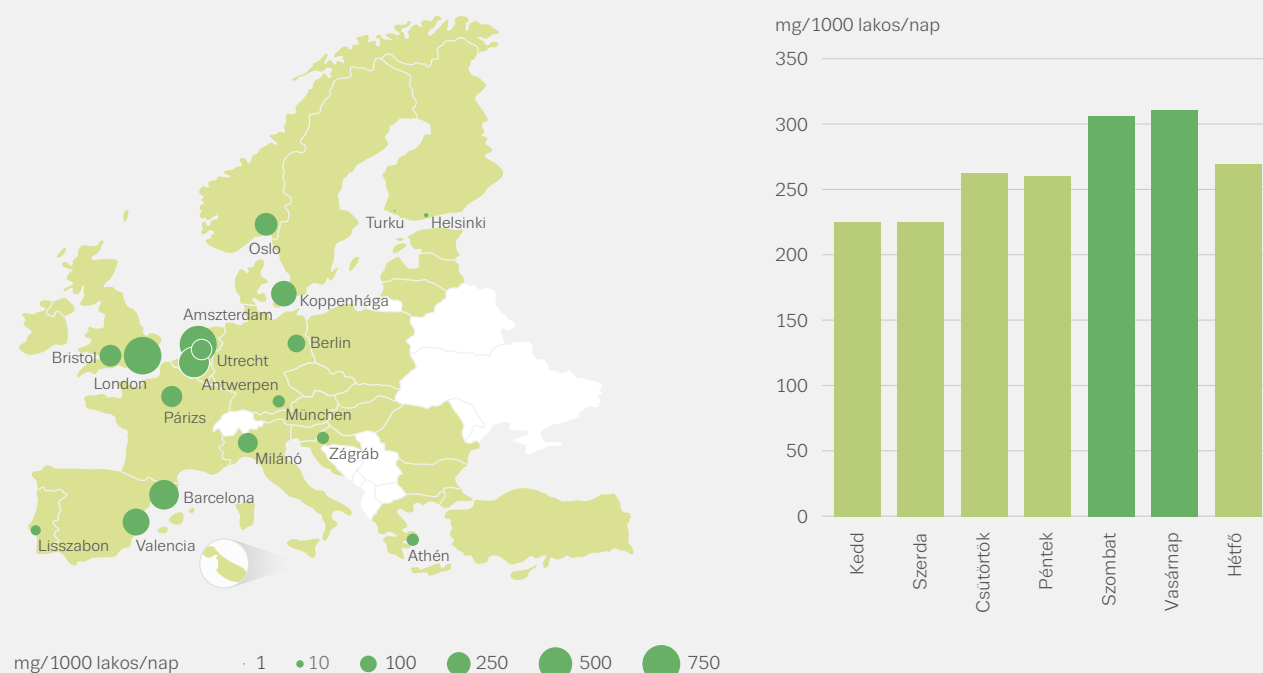
Európán belül a kokain a legáltalánosabban használt tiltott stimuláns kábítószer, noha a kokain-használók többségének az országok egy kis csoportja ad otthont. Ezt szemléltetik azok a felmérési adatok, amelyek szerint a kokain-használat nagyobb arányban fordul elő Európa déli és nyugati részén.

Becslések szerint az elmúlt év folyamán körülbelül 2,3 millió 15–34 év közötti fiatal felnőtt (a korosztály 1,9%-a) használt kokaint. A kokain-használók közül sokan rekreációs jelleggel fogyasztják a kábítószer, leginkább hétfégenként és munkaszüneti napokon. A 2014-ben végzett, több európai nagyvárosra kiterjedő vizsgálat keretében készült szennyvízelemzésből származó adatok megerősítik a használat naponkénti különbségeit. A benzoilekgonint – a kokain fő metabolitját – a hétfégen gyűjtött mintákból magasabb koncentrációban mutatták ki (2.3. ábra).

Csak néhány országból jelezték a kokainhasználat 3%-ot meghaladó előző évi előfordulását a fiatal felnőttek körében (2.4. ábra). Ezek közül az országok közül Spanyolország és az Egyesült Királyság figyelt meg statisztikailag szignifikáns emelkedő tendenciát 2008-ig, amit stabilitás vagy csökkenés követett. A 3% alatti előfordulással rendelkezők közül Írországból és Dániából a legfrissebb adatok alapján csökkenést jelentettek, de ez egyelőre statisztikailag nem észrevehető, a franciaországi felmérések pedig egészen 2014-ig a használat emelkedő tendenciáját jelezték.

2.3. ÁBRA

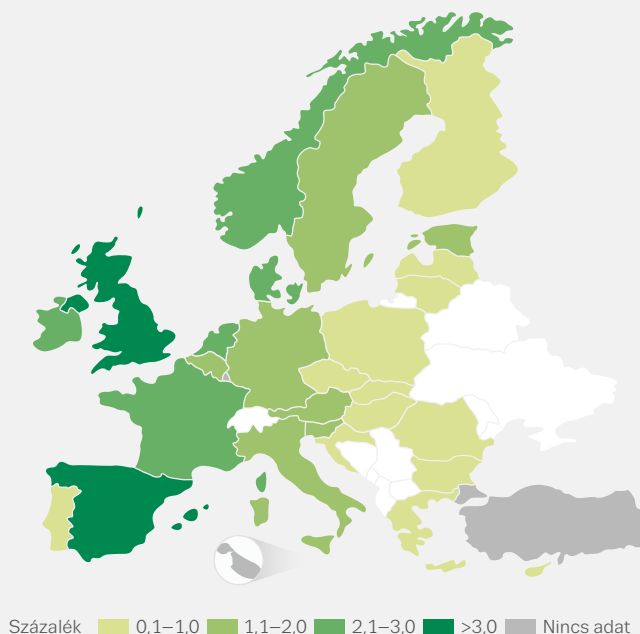
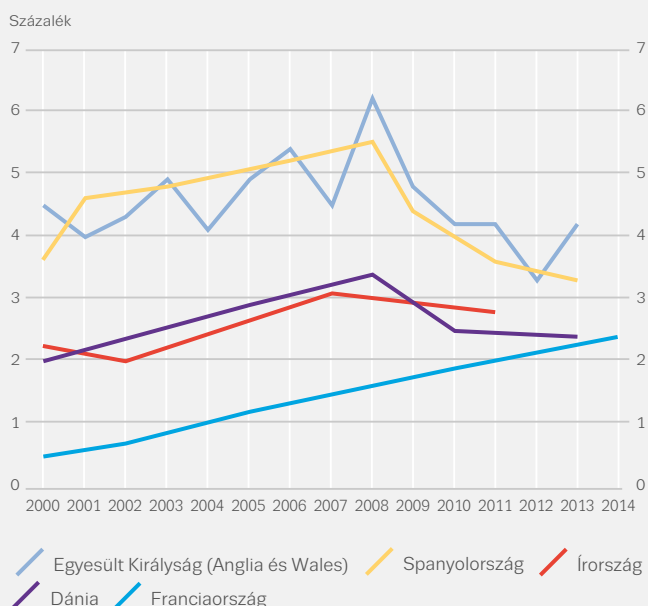
Kokain szermaradványok a szennyvízben: a kiválasztott európai városokban (balra) és napi átlagban (jobbra)



Megjegyzés: A kokain napi középértéke 1000 lakosra jutó milligrammban. A mintavételt 2014-ben egy héten át végezték a kiválasztott európai városokban. Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

2.4. ÁBRA

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



A legfrissebb adatokból a kokainhasználat csökkenését lehet megfigyelni: a 2012 óta felmérést készítő országok közül kilencből jelentettek alacsonyabb, négyből pedig magasabb becsléseket, mint az előző, összehasonlítható felmérésben.

Tovább csökken a kokain miatti kezelési igény

A kokain-használat problémás formáinak európai előfordulását nehéz megítélni, mivel friss becslésekkel csak négy ország rendelkezik, és módszertani okokból ezeket sem könnyű összehasonlítani. Németországban 2012-ben a felnőtt népesség körében 0,20%-ra becsülték a „kokainfüggőséget”. Olaszországban 2013-ban 0,23%-ra tették azok arányát, akik „kokainhasználat miatt kezelésre szorulnak”, Spanyolországban pedig 0,29%-ra becsülték a „magas kockázatú kokain-használatot”. Az Egyesült Királyság 2011/12-es becslésében az angliai felnőtt népesség körében 0,48%-ra tette a crack kokain használatát, de az érintettek többsége valószínűleg opioidokat is használt.

A kábítószer-használat miatt 2013-ban kezelésbe lépő kliensek 13%-a (55 000) nevezte elsődleges kábítószernek a kokaint, az első kezelésüket megkezdők közül pedig 16% (25 000). Az országok között vannak különbségek, sőt, a kokain-fogyasztó kliensek több mint 70%-át mindössze három országból jelentették (Spanyolország, Olaszország, Egyesült Királyság). A legfrissebb adatok szerint az első alkalommal kezelésre jelentkező kokain-használó kliensek száma 24 000 körül stabilizálódott, ami a 2008-as 38 000-es csúcshoz képest csökkenést jelent. Európában 2013-ban a kezelésre jelentkező kliensek közül 6000 jelezte a crack kokain elsődleges használatát; e kliensek több mint fele (3500) az Egyesült Királyságban él, a többiek túlnyomórészt Spanyolországban, Franciaországban és Hollandiában (2200).

A kokainnal összefüggő halálozásról rendelkezésre álló adatok értelmezése részben azért nehézkes, mert ez a kábítószer a kiváltó tényezők között szerepelhet a szív-érrendszeri problémáknak tulajdonított halálesetek némelyikénél is. 2013-ban több mint 800,

kokainhasználattal összefüggő halálesetet jelentettek be (27 ország adatai alapján). Ezek közül a legtöbbet kábítószer-túladagolásnak tulajdonították, és sok esetben más anyagokat, elsősorban opioidokat is kimutattak. Az adatok minőségével kapcsolatos kérdések miatt európai szinten nem lehet véleményezni a tendenciákat. Néhány országból mindazonáltal korlátozott mértékben ugyan, de vannak információk. Azoknak a haláleseteknek a száma például, ahol a kokain jelenlétét feljegyezték, 2012 és 2013 között az Egyesült Királyságban 174-ről 215-re, Törökországban pedig 19-ről 29-re nőtt.

2013-ban több mint 800, kokainhasználattal összefüggő halálesetet jelentettek be

Amfetamin-származékok: sok országban stabil a használat

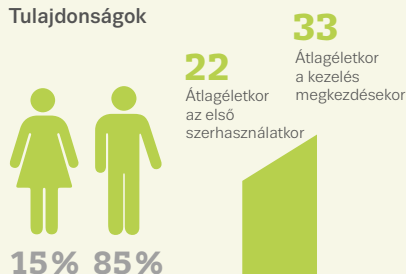
A stimulánsok családjának két közeli rokon tagját, az amfetamint és a metamfetamint Európában egyaránt fogyasztják, bár az amfetamin használata sokkal gyakoribb. A metamfetamin fogyasztása történetileg a Cseh Köztársaságra és újabban Szlovákiára korlátozódott, de a jelek most más országokban is növekvő használatra utalnak. Néhány adatsorban nem lehet különbséget tenni a két anyag között; ilyen esetekben az amfetaminszármazékok gyűjtőnevet használjuk.

Mindkét kábítószer fogyasztható szájon vagy orron át, de néhány országban a magas kockázatú szerhasználók körében az injektlás is gyakori. A metamfetamint el is lehet szívni, bár erről a fogyasztási módról Európában nem sokszor számolnak be.

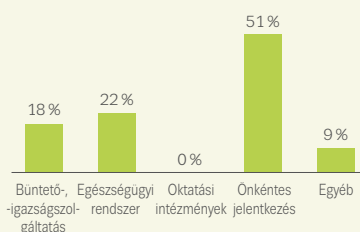
Az amfetaminszármazékok használatához köthető káros egészségügyi hatások közé tartoznak a szív-érrendszeri, légzőszervi, neurológiai és mentális egészségügyi

KEZELÉSRE JELENTKEZŐ KOKAIN-HASZNÁLÓK

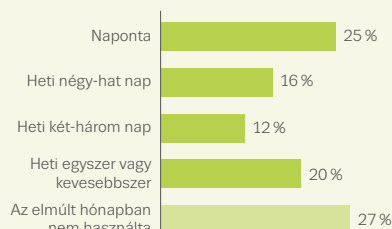
Tulajdonságok



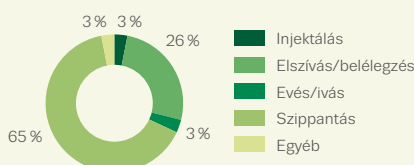
Beutalás eredete



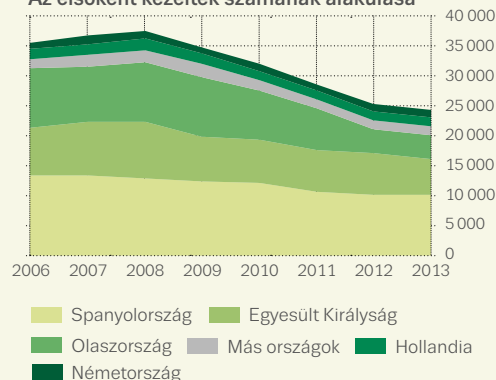
Használat gyakorisága az előző hónapban



Bevitel módja



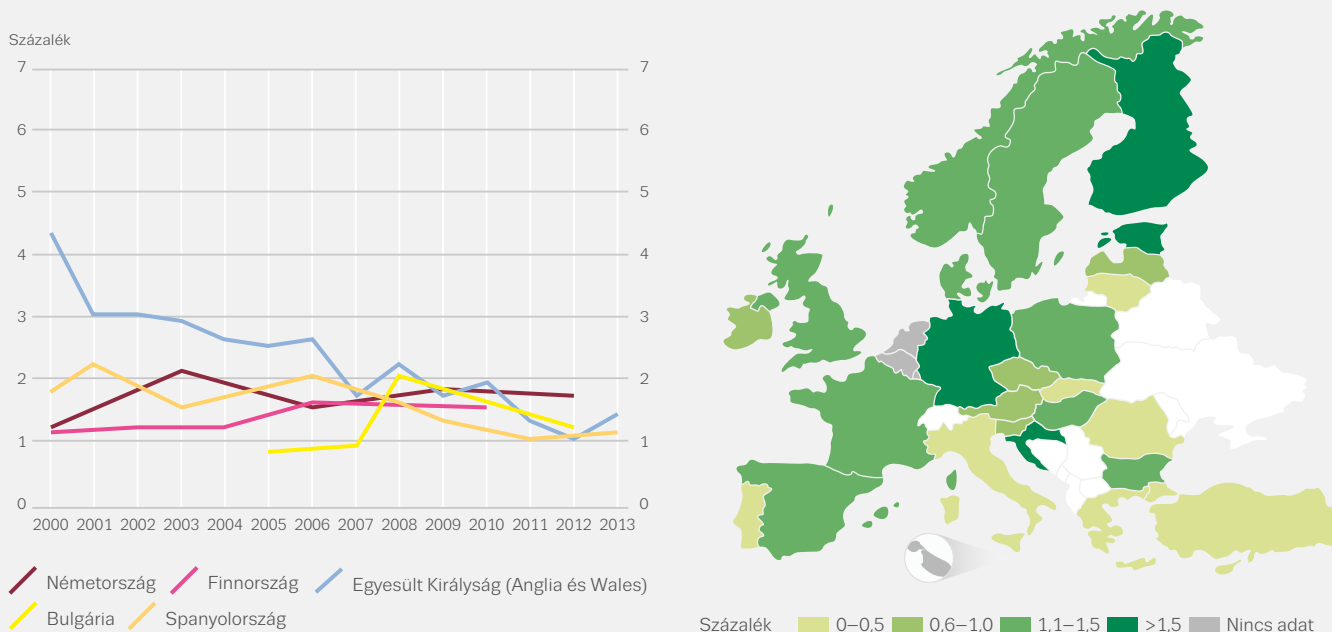
Az elsőként kezelték számának alakulása



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. Beutalás forrása: a büntető-, igazságszolgáltatás rendszerébe beletartoznak a bíróságok, a rendőrség és a pártfogó felügyelet; az egészségügyi rendszerbe beletartoznak a háziorvosok, a drogfogyasztókat kezelő ellátóhelyek és más egészségügyi, orvosi és szociális szolgáltatók; az önkéntes jelentkezésbe beletartozik a kliens, a családja vagy a barátai.

2.5. ÁBRA

Az amfetamin-származékok használatának előző évi prevalenciája a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében: válogatott tendenciák (balra) és a legfrissebb adatok (jobbra)



problémák, ezenkívül – más kábítószerhez hasonlóan – az injektlás a fertőző betegségek szempontjából jelent kockázati tényezőt. Az amfetaminszármazékok használatával összefüggő halálos eseteket más kábítószerhez hasonlóan esetenként nehezen lehet felismerni. Éves szinten azonban alacsony számokat jelentenek be.

Becslések szerint az elmúlt év folyamán 1,3 millió fiatal felnőtt (a 15–34 évesek 1,0%-a) használt amfetaminszármazékokat. Az előfordulás legfrissebb országos becslései a 0,1–1,8% közötti tartományban mozognak (2.5. ábra). A rendelkezésre álló adatok azt jelzik, hogy körülbelül 2000-től a legtöbb európai országban viszonylag stabil helyzet alakult ki a használatban. Kivétel ez alól Spanyolország és az Egyesült Királyság, ahol 2000 óta a prevalencia statisztikailag szignifikáns csökkenését lehet megfigyelni.

Az amfetamin-származékok problémás használatának új mintázatai

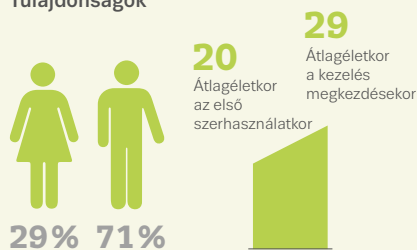
A hosszú távú, krónikus és intravénás amfetaminhasználatot tekintve a problémákat hagyományosan legnagyobb mértékben az észak-európai országokban figyelték meg. A hosszú távú metamfetaminhasználat ezzel szemben leginkább a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában jellemző. Ezek az országok a problémás használat becsült előfordulását a felnőttek (15–64 évesek) körében a Cseh Köztársaságban kb. 0,48%-ra (2013), Szlovákiában 0,21%-ra (2007) tették. A Cseh Köztársaságban 2007 és 2013 között a problémás vagy magas kockázatú metamfetamin-használók esetében, főként az injektlás terén jelentős növekedést figyeltek meg (kb. 20 000-ről több mint 34 000-re). Újabban vannak arra mutató jelek,

hogyan a metamfetamin használata más országokra és újabb populációkra is áttérjedhet, mivel a kábítószer használatát jelezték már a Cseh Köztársasággal határos országokból (Németország, Ausztria), Dél-Európa egyes részéről (Görögország, Ciprus, Törökország) és az észak-európai országokból (Lettország, Norvégia). Továbbra is érkeztek jelentések a metamfetamin új használati mintázatáról néhány európai országból, ahol a kábítószerrel gyakran más stimulánsokkal együtt intravénásan használják olyan férfiak kis csoportjaiban, akik más férfiakkal létesítenek szexuális kapcsolatot. Ezek az úgynevezett „slamming” partik azért aggályosak, mert a kábítószer-használatban és a szexuális viselkedésben egyaránt jelen van a kockázattudatosság.

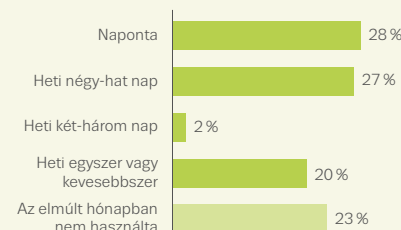
Európában 2013-ban a kábítószer miatt kezelésre jelentkező kliensek kb. 7%-a nevezte elsődleges kábítószerének az amfetaminszármazékokat (az amfetamint és metamfetamint). Ez körülbelül 29 000 kliensnek felel meg, akik közül 12 000 életében először kezdett kezelésbe. Az elsődleges amfetaminhasználók csak Németországban, Lettországon és Lengyelországban vannak jelen számottevő arányban az első kezelésre jelentkezők között. Az elsődleges metamfetamin-használat miatt kezelésre jelentkezők a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában koncentrálnak, amelyek együttesen a 8000 európai metamfetamin-használó kliens 95%-át adják. Az amfetaminszármazékok miatt első alkalommal kezelésre jelentkezők számának növekedése elsősorban a németországi, csehországi és szlovákiai klienseknek tulajdonítható.

AZ AMFETAMIN-SZÁRMAZÉKOKAT HASZNÁLÓ, KEZELÉST KEZDŐ KLIENSEK

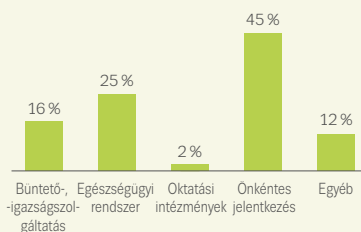
Tulajdonságok



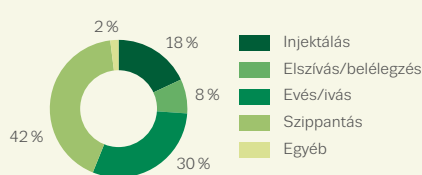
Használat gyakorisága az előző hónapban



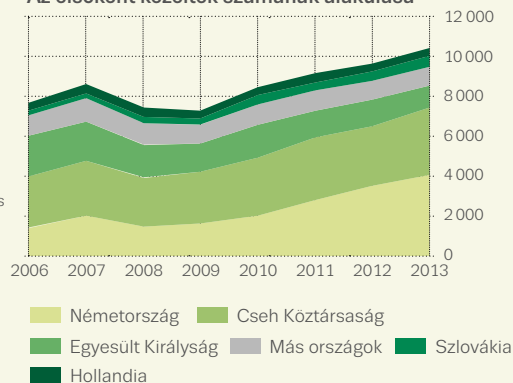
Beutalás eredete



Bevitel módja



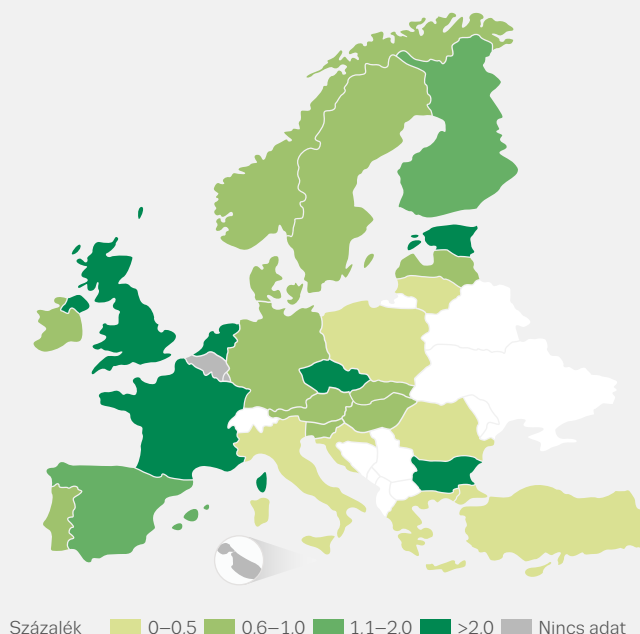
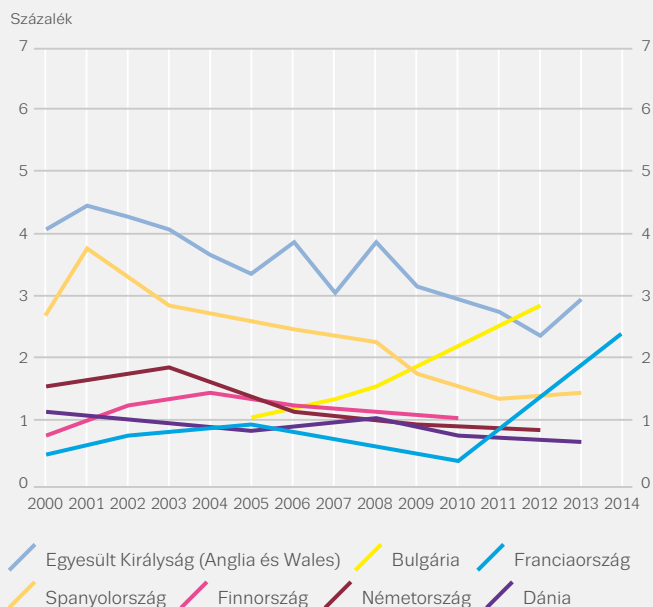
Az elsőként kezelték számának alakulása



Megjegyzés: A tulajdonságok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki az amfetamin-származékokat nevezte meg elsődleges kábítószerként. A tendenciák az amfetamin-származékokat elsődleges kábítószerként fogyasztó, első kezelésüket megkezdő személyekre vonatkoznak. Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok. Beutalás forrása: a büntető-, igazságszolgáltatás rendszerébe beletartoznak a bíróságok, a rendőrség és a pártfogó felügyelet; az egészségügyi rendszerbe beletartoznak a háziorvosok, a drogfüggőket kezelő ellátóhelyek és más egészségügyi, orvosi és szociális szolgáltatók; az önkéntes jelentkezésbe beletartozik a kliens, a családja vagy a barátai.

2.6. ÁBRA

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



Az MDMA/ecstasy használata

Az MDMA-t (3,4-metiléndioxi-metamfetamin) általában ecstasy tabletták formájában használják, de ma már egyre gyakrabban por és kristály alakban is kapható; a tablettákat általában lenyelik, por formában viszont szippantani is lehet (orron át történő belégzés). A kábítószer használatával összefüggő problémák közé tartozik a testhőmérséklet akut megemelkedése, a gyorsabb szívverés és többszervi elégtelenség, a hosszú távú használatot pedig máj- és szívproblémákkal hozták összefüggésbe. Az ehhez a kábítószerhez köthető halálesetek továbbra is viszonylag ritkák, és ezeket esetenként más, MDMA-ként árusított anyagok okozzák. A közelmúltban a nagy dózísú MDMA tablettákkal és porokkal összefüggő akut problémák okoztak aggodalmat. 2014-ben az aggályos biztonsági profilú PMMA-t nagy koncentrációban tartalmazó ecstasy tabletták miatt is figyelmeztetéseket adtak ki.

Az európai felmérések hagyományosan az ecstasy, nem pedig az MDMA használatáról gyűjtöttek adatokat. Becslések szerint az elmúlt évben 1,8 millió fiatal (15–34 év közötti) felnőtt használt ecstasyt (a korcsoport 1,4%-a), kevesebb mint 0,1% és 3,1% közötti becsült országos arányokkal. A tendenciák statisztikai vizsgálatához elegendő adattal rendelkező országok közül Németországban, Spanyolországban és az Egyesült Királyságban 2000 óta csökkenő prevalenciát lehetett megfigyelni. Dániában hasonlóképpen csökken az

előfordulási arány, de alacsonyabb szintű a statisztikai bizonyosság (2.6. ábra). Bulgáriában ezzel szemben folytatódott a becsült előfordulás növekedése. A 2012 óta új felmérést készítő országok körében egymástól eltérő eredmények születtek: hatból jelentettek alacsonyabb becsült előfordulást, hétből pedig magasabb becsléseket, mint az előző, összehasonlítható felmérésben. Az ecstasy használatát ritkán jelölik meg a kezelésre való jelentkezés okaként, így ez a kábítószer a 2013-ban első alkalommal kezelésre jelentkezők kevesebb mint 1%-ánál (kb. 600 esetben) játszott szerepet.

**Az európai felmérések
hagyományosan az ecstasy,
nem pedig az MDMA
használatáról gyűjtöttek
adatokat**

2.7. ÁBRA

GHB, ketamin és hallucinogének: néhány országban még mindig aggodalomra adnak okot

Európában számos, hallucinogén, érzéstelenítő és nyugtató tulajdonságokkal rendelkező pszichoaktív anyagot használnak: ezek közé tartozik az LSD (lizergénsav-dietilamid) a ketamin, a GHB (gamma-hidroxi-vajsav) és a hallucinogén gombák.

A ketamin és a GHB (beleértve a GBL nevű prekursorát, a gamma-butirolaktont) rekreációs használatáról az utóbbi két évtizedben érkeztek jelentések az európai drogfogyasztók egyes alcsoportjainak köréből. Egyre ismertebbek az ilyen anyagokhoz kapcsolódó egészségügyi problémák is, például a ketamin hosszú távú használatával járó húgyhólyag-károsodás. A GHB használatához köthető veszély az eszméletvesztés, az elvonási szindróma és a függőség. A GHB-hoz kapcsolódó kezelési kéréseket Belgiumból, Hollandiából és az Egyesült Királyságból jelentettek.

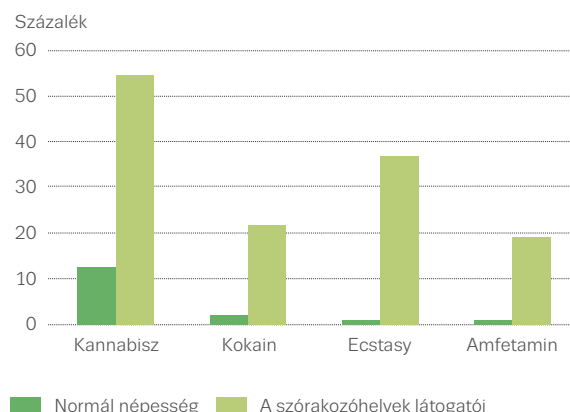
Ahol a GHB és a ketamin használatáról országos becslés készült, ezek a felnőtt és az iskolai népességben egyaránt alacsonynak mutatják az előfordulást. A legfrissebb felmérések alapján Norvégia a felnőttek (15–64) körében 0,1%-ra tette a GHB használatának előző évi prevalenciáját, Dániában és Spanyolországban a fiatal felnőttek (15–34) körében 0,3%-ra becsülték a ketaminhasználat előző évi prevalenciáját, az Egyesült Királyságban pedig 1,8%-os elmúlt évi ketaminhasználatot adtak meg a 16–24 évesek körében, ami már 2008 óta stabil tendenciát mutat.

A hallucinogén gombák és az LSD használatának összesített előfordulása Európában évek óta alacsony és egy szinten áll. A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az országos felmérések mindkét anyag esetében 1% alatti előző évi prevalenciát jeleznek.

A szórakozóhelyek látogatói között gyakoribb a kábítószer-használat

Közismert tény, hogy bizonyos társasági szinterek különösen összekapcsolódnak a gyakoribb drog- és alkohol-fogyasztással. Az éjszakai élet színterein rendszeresen megforduló fiatalok körében végzett felmérések jellemzően nagyobb arányú kábítószer-használatot mutatnak a normál népességhez képest. Ez látható az internetes alapú globális kábítószer-felmérésből származó információkból, ahol az EMCDDA speciális elemzést rendelt azoknak a fiatal felnőtteknek a drogfogyasztásáról, akik saját bevallásuk szerint rendszeres látogatói az éjszakai szórakozóhelyeknek (definíció szerint legalább háromhavonta járnak ilyen

Előző évi prevalencia a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében: normál népesség és a szórakozóhelyek látogatói (10 ország)



Források: 2014-es globális kábítószer-felmérés (Global Drug Survey) és a legfrissebb normálpopulációs vizsgálatok a következő országokból: Belgium, Németország, Írország, Spanyolország, Franciaország, Magyarország, Hollandia, Ausztria, Portugália és az Egyesült Királyság. Amfetaminszármazékok: kivéve Belgium és Hollandia. Ecstasy: kivéve Hollandia.

helyen). Az elemzéshez 10 európai országból választottak ki 25 790 fiatalból álló mintát a 15–34 éves korosztályban. Meg kell jegyezni, hogy a minta nem volt reprezentatív, mivel az alanyok önkényesen kerültek a mintába, amikor válaszoltak egy online kábítószer-használati felmérésre, ezért az eredményeket körültekintően kell értelmezni. Ebben a mintában az előző évi prevalencia – az egyes szerek esetében – négyszer vagy közel 25-ször magasabb volt annál, amit az Európai Unióban ugyanennek a korcsoportnak a normálpopulációs vizsgálatában mértek. Ha az adatokkal rendelkező országokat kábítószer szerint csoportosítjuk, és összehasonlítjuk a normálpopulációs vizsgálatokból (GPS) származó súlyozott átlagokkal, azt látjuk, hogy a szórakozóhelyek rendszeres látogatóinak kb. 55%-a jelezte a kannabisz elmúlt évi használatát (a GPS súlyozott országos átlaga 12,9%), és a többi kábítószerrel is magas értékek szerepelnek: kokain 22% (GPS 2,4%); amfetaminszármazékok 19% (GPS 1,2%); ecstasy 37% (GPS 1,5%) (2.7. ábra). A szórakozóhelyek látogatói körében más kábítószeres esetekben is magas előző évi prevalenciát jeleztek, például a ketamin (11%), a mefedron (3%), a szintetikus kannabinoidok (3%) és a GHB (2%) esetében.

A szórakozóhelyek látogatóinak kis része a kábítószer-használatukkal kapcsolatos problémákról is beszámolt: ebben a csoportban a kannabisz és az ecstasy használata járt együtt leggyakrabban a sürgősségi osztályon történő akut ellátással.

A „legal high” szerek használata a fiatalok körében

Az új pszichoaktív szerek használatának európai előfordulásáról nehéz megbizonyosodni. Egyes országokban

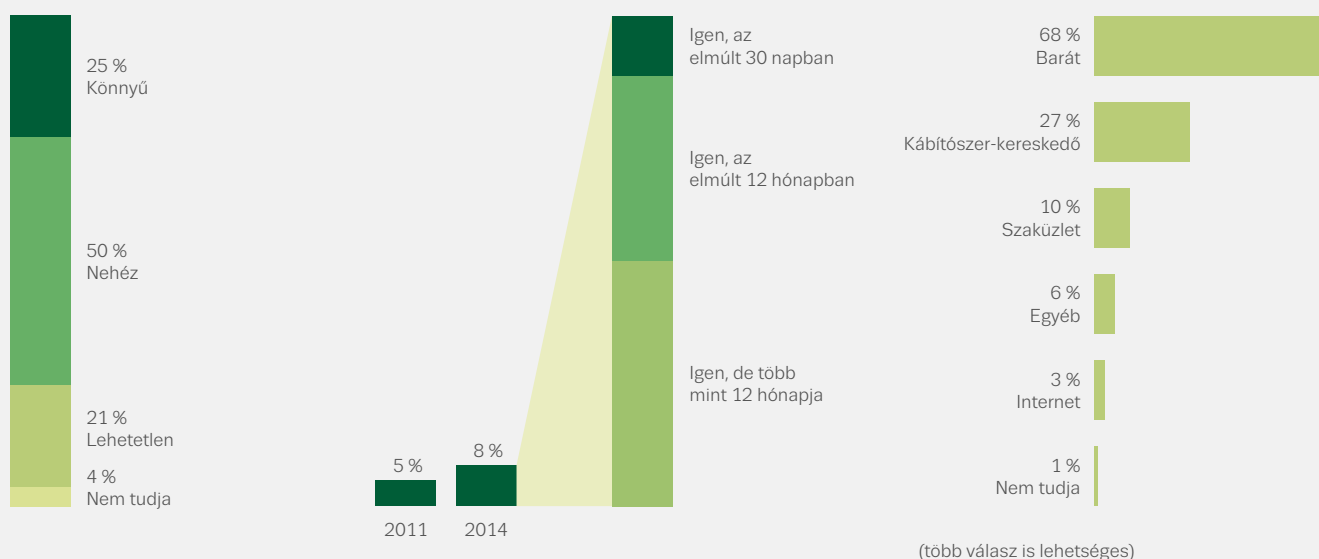
2.8. ÁBRA

A „legal high” szerek, definíció szerint a tiltott kábítószer utánozó új anyagok hozzáférhetősége

Mennyire lenne könnyű vagy nehéz, ha ezeket 24 órán belül kellene beszereznie?

Használt már ilyen anyagokat?

Az elmúlt 12 hónapban használt ilyen szerekre visszagondolva, kitől szerezte be őket?



Forrás: 401. Eurobarométer gyorsfelmérés.

ezeket az anyagokat beépítik az országos felmérésekbe, a közös módszertan hiányából kifolyólag azonban ritkán van lehetőség az adatok országok közötti összehasonlítására, és a definíciós problémák további nehézséget jelentenek, különösen amiatt, hogy az anyagok jogi helyzete gyorsan változik. Az anyagok használatába mindazonáltal némi betekintést kaphatunk az Eurobarométer fiatalokról és kábítószerkekről szóló 2014-es gyorsfelméréséből, amelyhez a 28 uniós tagállamban 13 128 fős, 15–24 éves fiatalokból álló mintán készítettek telefonos interjút. Az érzékelt hozzáférhetőségre vonatkozó kérdésre válaszolva a válaszadók több mint kétharmada gondolta úgy, hogy nehéz vagy lehetetlen lenne „legal high” szerekhez jutni, amely kifejezés definíció szerint a tiltott kábítószer hatáseit utánozó új anyagokat jelentette. Bár elsősorban attitűdvizsgálat volt, az Eurobarométer felmérésében szerepelt egy kérdés a „legal high” szerek használatáról is. Jelenleg ezek az adatok jelentik az Unió egészére kiterjedő egyetlen információforrást ebben a témában, bár az eredmények értelmezésével módszertani okokból óvatosan kell bánni. Összességében a válaszadók 8%-a számolt be a „legal high” szerek kipróbálásáról, 3% pedig az elmúlt évi használatáról (2.8. ábra). Ez a 2011-es hasonló felmérés szerinti 5%-os kipróbáláshoz képest emelkedést jelent. Az előző évi használat terén a legmagasabb gyakoriságot az írországi fiatalok körében mérték (9%), ezzel szemben a Cipruson és Máltán megkérdezettek nem jelezték a „legal high” szerek előző évi használatát. Az elmúlt évi használatról nyilatkozók 68%-a egy barátjától jutott hozzá az anyaghoz.

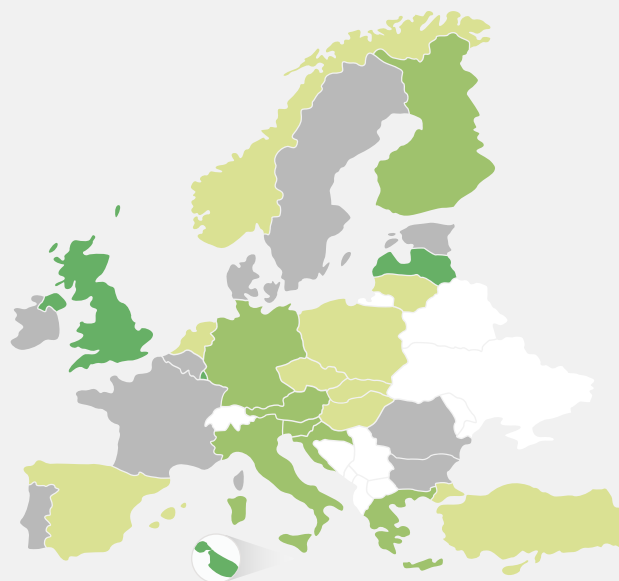
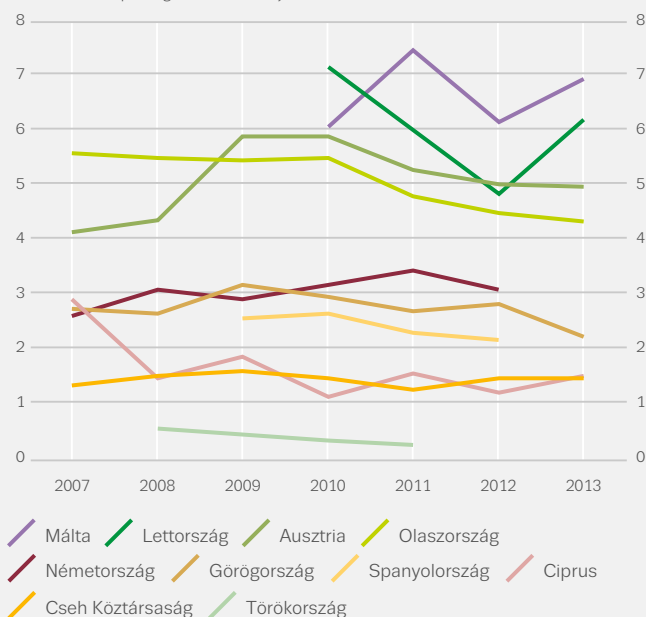
Az Eurobarométer eredményeit érdemes együtt vizsgálni a más felmérésekből származó eredményekkel, figyelembe véve, hogy eltérő módszereket és kérdéseket alkalmaztak. 2011 óta kilenc európai ország közölt becslést az új pszichoaktív szerek vagy „legal high” szerek használatáról (nem beleértve a ketamint és a GHB-t). Ezen anyagok használatának előző éves prevalenciája a fiatal felnőttek (15–24 évesek) körében az írországi 9,7% és a portugáliai 0,2% között mozgott. Meg kell jegyezni, hogy mindkét országban intézkedéseket vezettek be a „legal high” szerek közvetlen hozzáférhetőségének korlátozására, és ennek keretében bezáratták az ilyen termékeket árusító üzleteket. A mefedron használatáról az Egyesült Királyságból (Anglia és Wales) vannak felmérési adatok. A legfrissebb (2013/14) felmérés a mefedron előző évi használatát a 16–24 éves fiatalok körében 1,9%-ra becsülte, ami az előző évihez képest stabil volt, de az ellenőrző intézkedések bevezetése előtti 2010/11-es 4,4%-hoz képest csökkenést jelent.

Bár nem elterjedt jelenség, néhány meghatározott populációból továbbra is jelezték a szintetikus katinonok intravénás használatát, többek között az intravénás opioid-használók, néhány országban a kezelés alatt álló kliensek és más férfakkal szexuális kapcsolatot létesítő férfiak kis csoportjai körében. A szintetikus katinonok használata miatti problémákhoz köthető kezelési igények növekedéséről Magyarországról, Romániából és az Egyesült Királyságból számoltak be. Az Egyesült Királyságban

2.9. ÁBRA

Országos becslések a magas kockázatú opiát-használat előző évi prevalenciájáról: tendenciák (balra) és a legfrissebb adatok (jobbra)

A 15-64 éves népességben 1 000 főre jutó esetszám



1 000 főre jutó arány 0,0–2,5 2,51–5,0 >5,0 Nincs adat

(Anglia) az első alkalommal kezelésre jelentkezők között a mefedron bármilyen használatát jelző kliensek száma 2011/12 és 2012/13 között 900-ról 1630-ra nőtt, de ez a szám 2013/14-ben stabil, 1641 maradt.

Opiátok: 1,3 millió problémás szerhasználó

Európán belül még mindig az opioidok visszaélészerű használata tehető felelőssé a kábítószer-fogyasztásból eredő megbetegedések és halálozások aránytalanul nagy részéért. Az opioidok közül Európában leginkább a heroin használatos, amely füstöléssel, szippantással vagy injektálva fogyasztható. Számos más szintetikus opioiddal is visszaélnek, ilyen például a buprenorfin, a metadon és a fentanil.

A felnőttek (15–64 évesek) körében nagyjából 0,4%-ra (1000 főből 4-re) becsülik a magas kockázatú opioid-használat átlagos éves prevalenciáját, ami Európában 2013-ban 1,3 millió problémás opioid-használónak felelt meg. A magas kockázatú opioid-használat előfordulására vonatkozó becslések országtól függően egy főnél kevesebb és nyolc fő között becsülik az esetek 1000 főre vetített számát a 15–64 éves népességben. 2006 és 2013 között tíz ország közölt ismételt becsléseket a magas kockázatú opioid-használatról, és ezek viszonylag stabil tendenciákat mutatnak (2.9. ábra).

Az opioidokat, főként a heroint elsődleges kábítószerként használó kliensek a 2013 folyamán Európában kezelésre

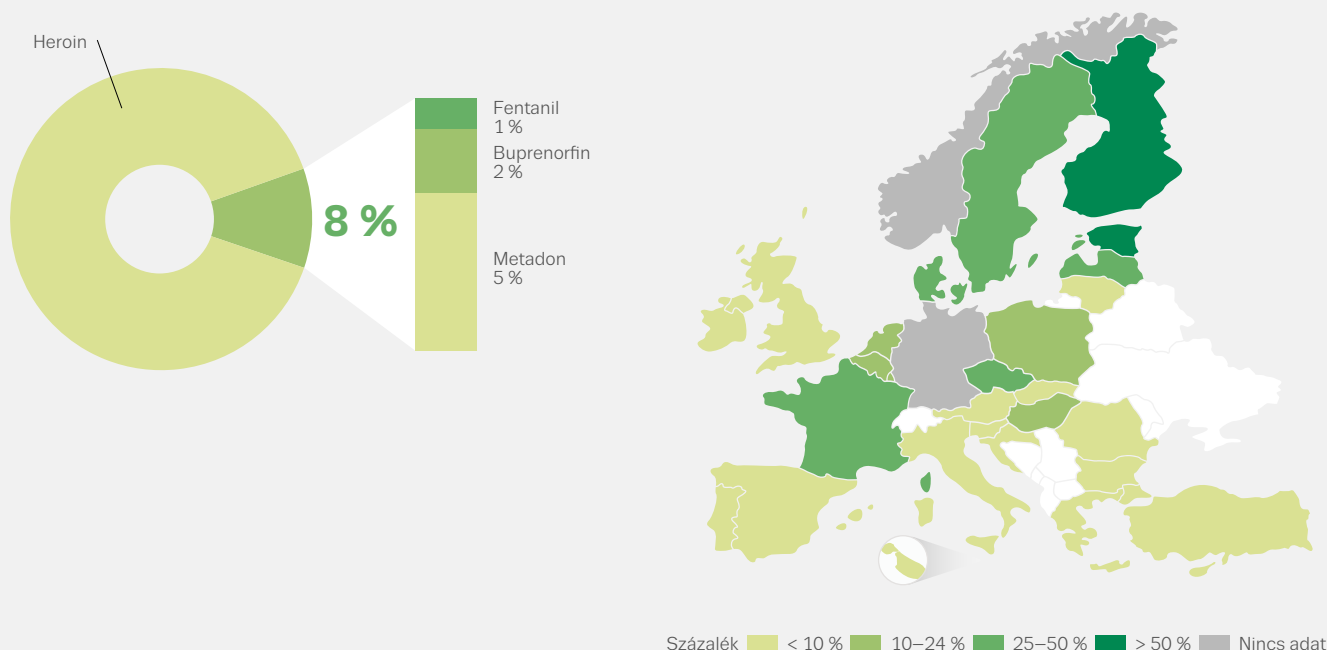
jelentkező összes drogfogyasztó kliens közül 41%-ot tesznek ki (175 000 kliens), az első kezelésüket megkezdők közül pedig nagyjából 20%-ot (31 000 kliens). Az új heroin-használó kliensek száma a 2007-es 59 000 fős csúcstól 2013-ban kevesebb mint felére, 23 000-re esett vissza. Valószínűnek tűnik, hogy a heroin-használatot kezdők száma általában véve csökkent, és ez most már a kezelési igényre is kihat.

A herointól eltérő opioidok: növekvő aggodalmak

Az európai országok több mint egyharmadából (11) jelezték, hogy a kábítószer-használókat ellátó szolgáltatóknál 2013-ban jelentkező opioid-használó kliensek több mint 10%-át a herointól eltérő opioidokkal összefüggő problémák miatt kezelték (2.10. ábra). Az ilyen anyagok közé tartozott a metadon, a buprenorfin és a fentanil. A herointól eltérő opioidok közül a leggyakrabban a metadon visszaélészerű használatáról számolnak be, utána következik a buprenorfin; ezek a kábítószeres az összes kezelési igény 60%-át, illetve 30%-át teszik ki azon kliensek körében, akik elsődlegesen a herointól eltérő opioidokat fogyasztanak. Néhány országban már az egyéb opioidok jelentik a problémás opioid-használat leggyakoribb formáját. Észtországban például az elsődleges kábítószerként használt opioidok miatt kezelésre jelentkezők többsége illegális fentanilt használ, Finnországban pedig a jelentések szerint a legtöbb opioid-fogyasztó kliens a buprenorfinat használja elsődlegesen.

2.10. ÁBRA

Azok a kezelést kezdők, akik elsődleges kábítószerként az opiátokat nevezték meg: opiát típusa szerint (balra) és a herointól eltérő opiátokat megnevezők százalékában (jobbra)

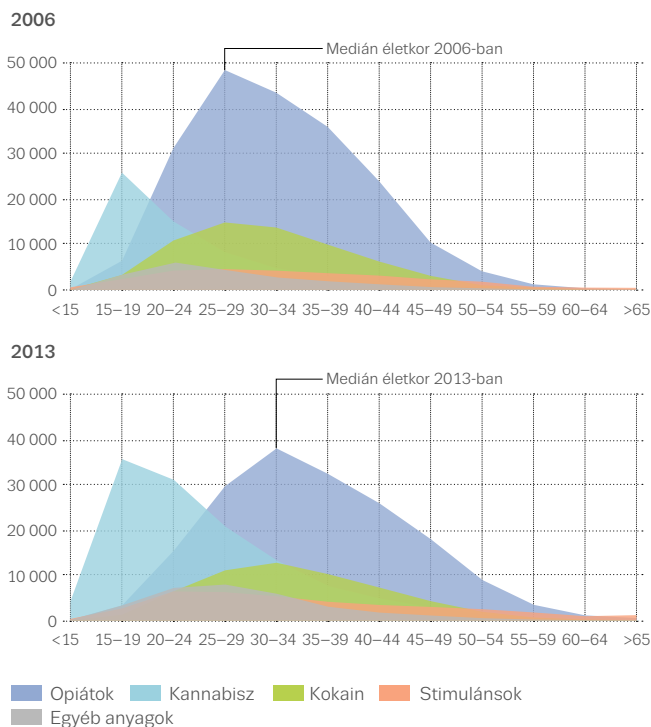


Magas kockázatú opioid-használók: idősödő populáció

A kezelésre jelentkező opioid-használók körében jól látható két tendencia: a számuk csökken, miközben az átlagéletkoruk emelkedik (2.11. ábra). Az opioid-használattal kapcsolatos problémák miatt kezelésre jelentkező kliensek medián életkora 2006 és 2013 között 5 évvel emelkedett. Ugyanebben az időszakban a kábítószer okozta (többnyire opioidokhoz köthető) halálozásoknál az átlagéletkor 33-ról 37 évre nőtt. Az Európában élő, hosszú politoxikomán múlttal rendelkező problémás opioid-használók jelentős része ma már a negyvenes-ötvenes éveiben jár. A múltbeli rossz egészségi állapot, rossz életkörülmények, dohányzás és alkoholfogyasztás, valamint az immunrendszer életkorral járó gyengülése együttesen krónikus egészségügyi problémák egész sorára hajlamosítják ezeket a szerhasználókat. Ezek közé tartoznak a krónikus dohányzásból és az intravénás kábítószer-használatból eredő szív-érrendszeri és tüdőproblémák. A hosszú távú heroin-használók krónikus fájdalmakról is beszámoltak, a hepatitis vírussal való fertőzöttség miatt pedig a cirrózis és más májproblémák fokozott veszélyének vannak kitéve. A sokéves politoxikománia, túladagolás és fertőzések halmozott hatásai felgyorsítják e szerhasználók fizikai öregedését, ami a kezelési és szociális támogató szolgálatok szempontjából egyre több következménnyel jár.

2.11. ÁBRA

A kezelést kezdő új kliensek korszerkezetének alakulása az elsődlegesen használt kábítószer szerint, 2006 és 2013



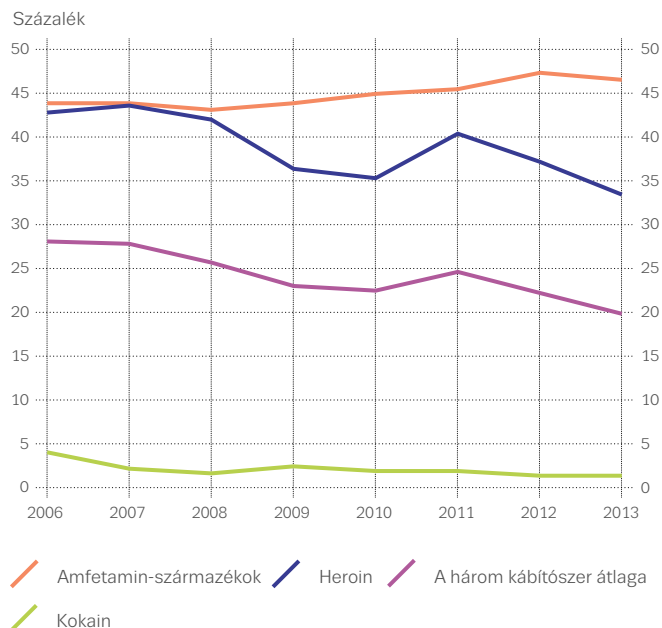
2.12. ÁBRA

Intravénás kábítószer-használat: hosszú távú csökkenés

Az intravénás kábítószer-használókat fenyegetik a legkomolyabban a kábítószer-használatból eredő ártalmak, köztük a vérrel terjedő fertőzések, illetve a kábítószer-túladagolás. Az injektlás leggyakrabban az opioid-használattal függ össze, bár néhány országban az amfetaminszármazékok injektlása jelent nagy problémát. Az intravénás kábítószer-használat előfordulására vonatkozóan 14 országból vannak friss becslések, amelyek egyenlő kevesebb fő és több mint kilenc fő közé teszik az esetek számát a 15–64 éves népességben 1000 főre vetítve.

Az elsődleges kábítószerként amfetamin-származékokat használó, első alkalommal kezelésbe kerülők körében 46% nevezte fő beviteli módnak az injektlást, és ez összességében stabil tendenciát mutat (2.12. ábra). Több mint 70%-ukat minden évben a Cseh Köztársaságból jelentik be, ahol ez növekvő tendenciát mutat. A többi európai országban az új amfetamin-használó kliensek körében visszaszorulóban van az injektlás, mint fő beviteli mód. Az elsődleges kábítószerként heroint használó, első alkalommal kezelésbe lépő kliensek körében a 2006-os 43%-hoz képest már csak 33% nevezte fő beviteli módnak az injektlást. Az injektlás előfordulása a heroin-használó kliensek körében országonként változik, a hollandiai 8%-tól

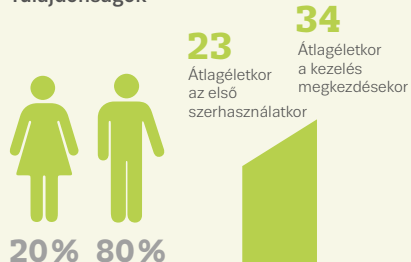
Azok az első kezelésüket kezdők, akik az elsődlegesen használt kábítószer fő beviteli módjának az injektlást jelölték meg



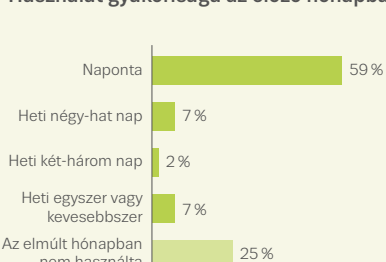
egészen a litvániai 100%-os arányig. A három legfontosabb, intravénásan használt kábítószerrel együttvéve a kezelésbe első alkalommal lépők körében Európában az injektlás mint fő beviteli mód a 2006-os 28%-ról 2013-ban 20%-ra csökkent.

A KEZELÉST KEZDŐ HEROIN-HASZNÁLÓK

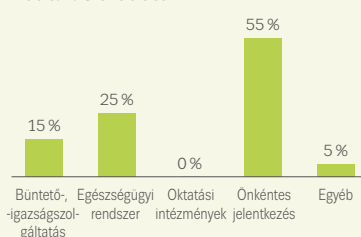
Tulajdonságok



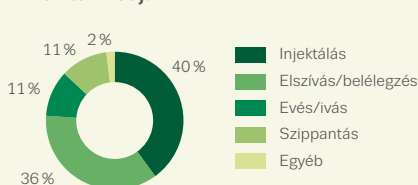
Használat gyakorisága az előző hónapban



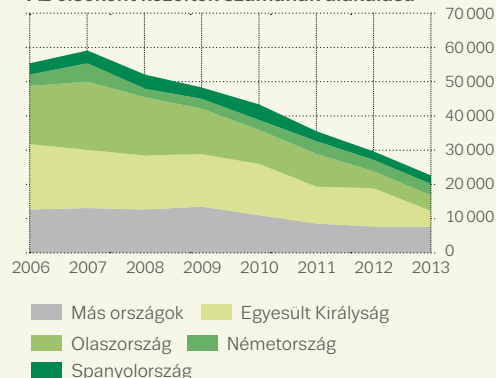
Beutalás eredete



Beviteli módja



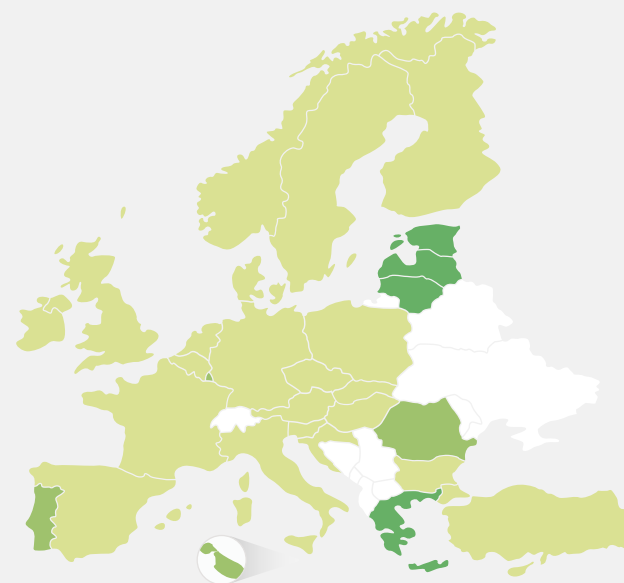
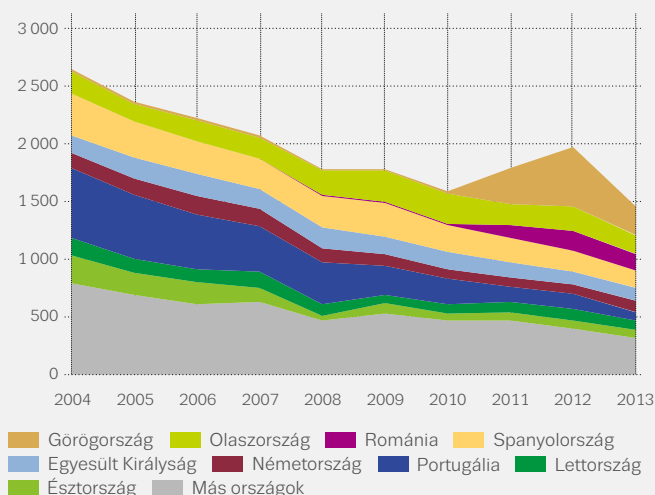
Az elsőként kezelték számának alakulása



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. Beutalás eredete: a büntető-, igazságszolgálat rendszerébe beletartoznak a bíróságok, a rendőrség és a pártfogó felügyelet; az egészségügyi rendszerbe beletartoznak a háziorvosok, a drogfogyasztókat kezelő ellátóhelyek és más egészségügyi, orvosi és szociális szolgáltatók; az önkéntes jelentkezésbe beletartozik a kliens, a családja vagy a barátai.

2.13. ÁBRA

Az intravénás kábítószer-használathoz köthető, újonnan bejelentett HIV-esetek: az esetek számának alakulása (balra) és a legfrissebb adatok (jobbra)



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

Megjegyzés: 2013-ra vonatkozó adatok (forrás: ECDC).

Görögország megfékezte a járványt, az intravénás szerhasználók körében csökkent az új HIV-fertőzések száma

A kábítószeres injektlása továbbra is meghatározó szerepet játszik a vér útján terjedő fertőző betegségek átadásában, például a hepatitis C vírus (HCV) és egyes országokban az emberi immunhiány vírusa (HIV) terjedésében. Az összes olyan, Európában bejelentett HIV-fertőzés közül, ahol a fertőződés módja ismert, az intravénás kábítószer-használathoz köthető esetek részaránya stabilan alacsony maradt (az elmúlt évtizedben 8% alatt).

A legfrissebb számadatok azt mutatják, hogy az új európai bejelentett HIV esetek számának a görögországi és romániai járványok következtében történt emelkedését sikerült megállítani, és az uniós összesített érték visszaesett a járványok kitörése előtti szintre (2.13. ábra). A 2013-ra vonatkozó ideiglenes adatok 1458 újonnan bejelentett esetet mutatnak a 2012-es 1974-gyel szemben, tehát megfordult a 2010 óta észlelt emelkedő tendencia. A visszaesést leginkább a görögországi visszaesés magyarázza, ahol az új esetek száma 2012 és 2013 között kevesebb mint felére csökkent, illetve kisebb mértékben a romániai csökkenésnek is tulajdonítható. Bár úgy tűnik, hogy ebben a két országban a járvány már tetőzött, az új bejelentett esetek 2013-as száma még mindig legalább tízszer magasabb a járvány előtti, 2010-es szintnél.

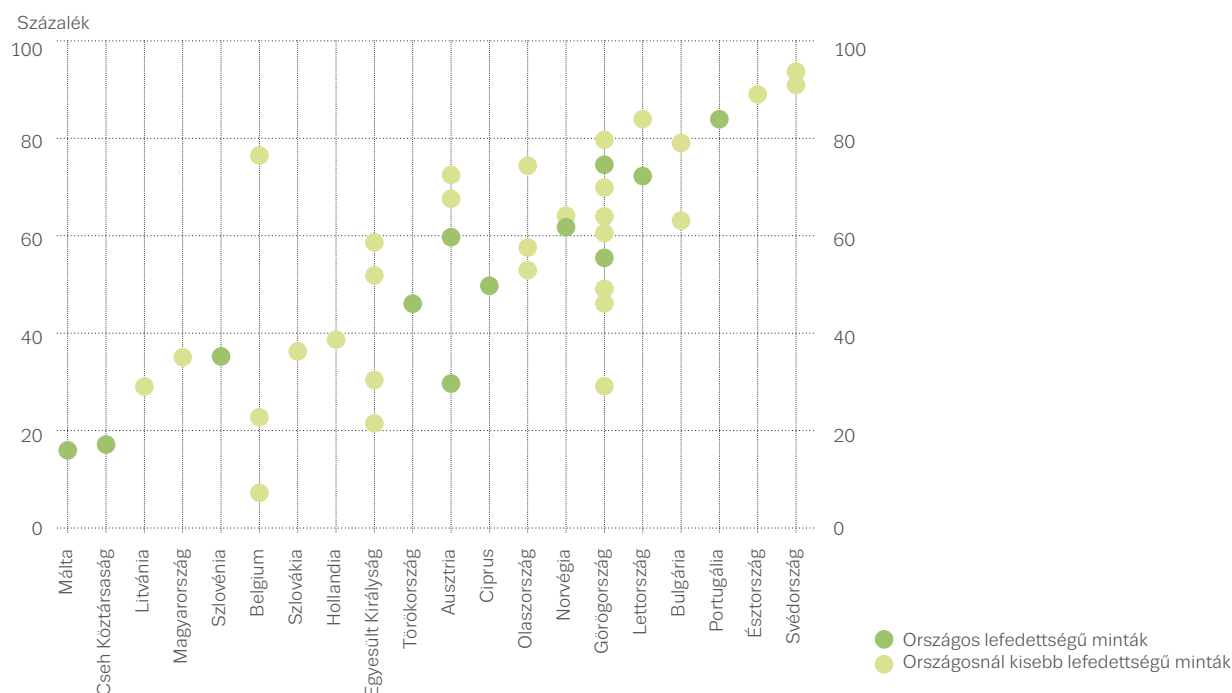
Az intravénás kábítószer-használathoz köthető, újonnan bejelentett HIV-esetek átlagos aránya 2013-ban 2,5 eset/1 millió lakos volt, de a három balti államban az uniós átlagnál 8–22-szer magasabb rátákat mértek. Más országokban, ahol korábban egyes időszakokban magas volt a fertőzöttségi ráta, például Spanyolországban és Portugáliában, most folytatódott az újonnan bejelentett esetek számának csökkenő tendenciája.

Fontos a korai diagnózis és az azonnali, megfelelő kezelés, hogy a HIV-fertőzésből ne alakulhasson ki az AIDS. 2013-ban 769 új, az intravénás kábítószer-használathoz köthető AIDS-esetet jelentettek be Európában. A Bulgáriából, Lettországból, Görögországból és Romániából bejelentett új esetek viszonylag magas száma azt jelzi, hogy ezekben az országokban meg kell erősíteni az AIDS megelőzésére és a HIV kezelésére tett erőfeszítéseket.

A kábítószer-használók körében előforduló halálesetek egyik 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.

2.14. ÁBRA

A HCV-ellenanyag prevalenciája az intravénás kábítószer-használók körében, 2012/2013



A hepatitis és a kábítószer-használattal járó más fertőzések

A vírushepatitis, különösen a hepatitis C vírus (HCV) által okozott fertőzés Európa-szerte nagy arányban fordul elő az intravénás kábítószer-használók körében. Ennek fontos hosszú távú következményei lehetnek, mivel a gyakran krónikus alkoholfogyasztással súlyosbított HCV-fertőzés valószínűleg egyre nagyobb számban fog cirrózist, májrákot és halált okozni az intravénás kábítószer-használók körében.

Az intravénás kábítószer-használók országos mintáiban a HCV-ellenanyag szintjei 2012–13-ban 14% és 84% között mozogtak, de az országos adatokkal rendelkező 10 ország közül ötből 50%-ot meghaladó prevalenciát jelentettek (2.14. ábra). A 2006–13 közötti időszak tendenciáihoz szükséges országos adatokkal rendelkező országok közül csak Norvégiából jelentették a HCV csökkenő előfordulási gyakoriságát az intravénás kábítószer-használók körében, hat másik országban viszont növekedést tapasztaltak.

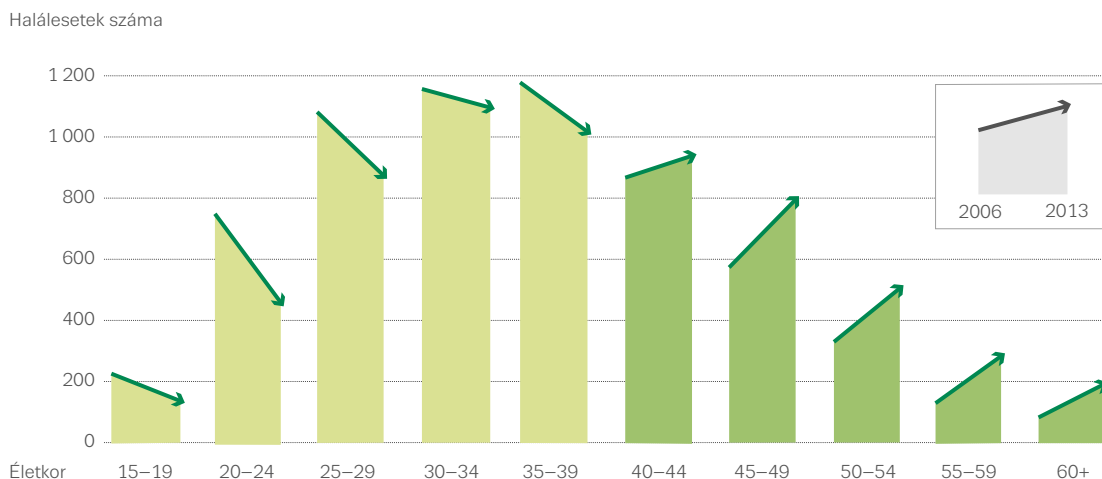
A kábítószer-használat más fertőző betegségek szempontjából is kockázati tényező lehet, ide tartozik a hepatitis A és B, a szexuális úton terjedő betegségek, a tuberkulózis, a tetanusz és a botulizmus. Az európai intravénás kábítószer-használók körében a sebbotulizmus

szórványosan előforduló eseteit is jelentették. Norvégiában 2013. szeptember és november között hat igazolt esetről számoltak be. 2014. decemberben a sebbotulizmusos esetek két csoportját határozták meg – Norvégiában és Skóciában –, és ezeket 2015-ben vizsgálni kezdték.



2.15. ÁBRA

A kábítószer okozta halálozások száma korcsoportok szerint 2006-ban és 2013-ban



Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozások

Az európai fiatalok körében a kábítószer-használat az elkerülhető halálozás egyik fő oka, egyrészt közvetlen formában, túladagolás révén (kábítószer okozta halálozások), másrészt közvetve, a kábítószerekkel összefüggő megbetegedések, balesetek, erőszakos cselekmények és öngyilkosságok formájában. A problémás kábítószer-használók kohorszaival foglalkozó vizsgálatok többnyire évi 1–2%-os halálozási rátát mutatnak, és úgy becsülik, hogy Európában évente 10 000–20 000 opiát-használó hal meg. Az opiát-használók esetében legalább tízszer akkora a halálozás valószínűsége, mint az azonos életkorú és nemű társaiknál. Az EMCDDA friss, több helyszínen végzett vizsgálata kilenc európai ország adatai alapján azt állapította meg, hogy a problémás kábítószer-használók körében előforduló halálozások többsége idő előtti és megelőzhető. A vizsgálathoz több mint 31 000 résztvevőből álló mintából 2886 halálozást regisztráltak, 1000 főre jutó 14,2 fős összesített éves halálozási rátával. A halál okát az esetek 71%-ában sikerült azonosítani, és ezek a halálozások felerészben külső okok, többnyire túladagolás, kisebb részben öngyilkosság miatt következtek be, az esetek másik felét pedig szomatikus okok, köztük HIV/AIDS, légzési és keringési megbetegedések okozták.

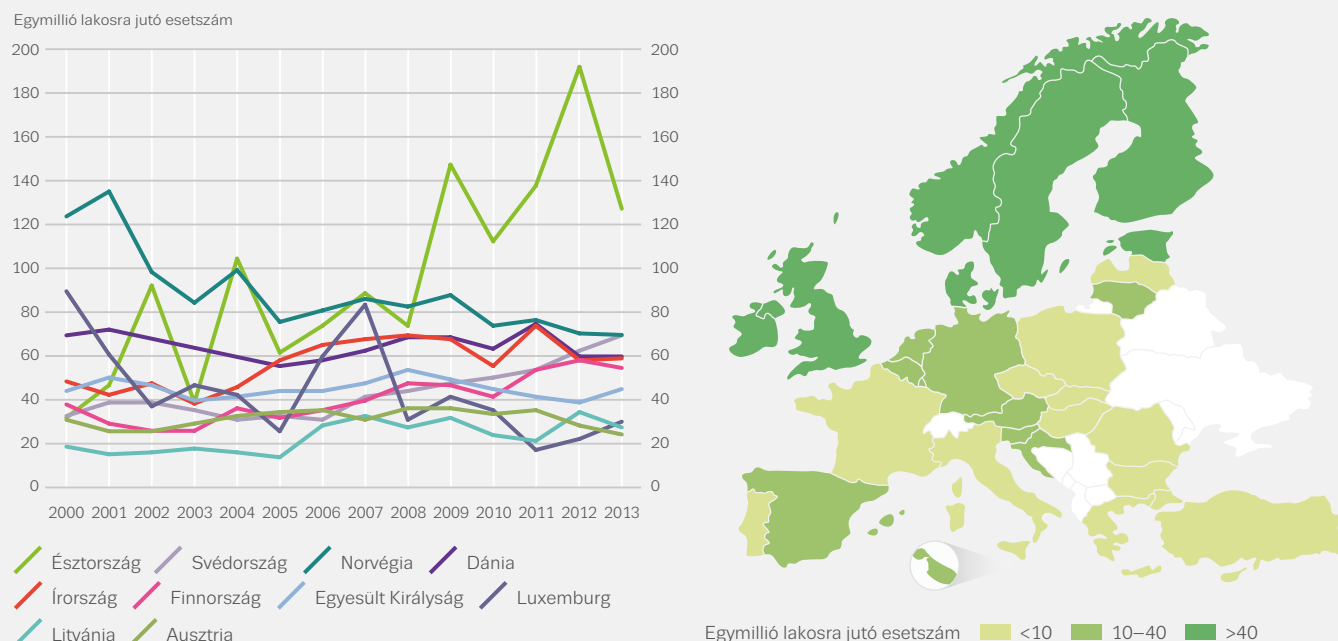
A túladagolások halálozások száma újabban néhány országban nő

A problémás kábítószer-használók körében összességében továbbra is a kábítószer-túladagolás a fő halálozási ok, a túladagolások áldozatainak pedig az esetek háromnegyed részében férfiak (78%). Bár gyakran a nagyon fiatalok körében előforduló halálozások keltenek aggodalmat, 2013-ban az Európában bejelentett túladagolások halálozásoknak csak 8%-a történt a 25 év alattiak között. 2006 és 2013 között azt a mintát lehetett megfigyelni, hogy a túladagolások halálozások száma a fiatalabb kábítószer-használók körében csökkent, míg az idősebbek körében nőtt (2.15. ábra). Ez tükrözi a kábítószer-túladagolások halál veszélyének legjobban kitett európai opiát-használó populáció öregedő jellegét.

Az országok többségéből 2003-tól nagyjából 2008/09-ig a túladagolások halálozások számának emelkedését jelentették, majd ezek szintje előbb stabilizálódott, később pedig csökkenni kezdett. A túladagolások adatai, különösen az uniós összesítés értelmezésekor több okból is indokolt az óvatosság, például az egyes országokban jellemző szisztematikusan alacsonyabb bejelentés és az egyes esetek, illetve az országos összesítések szintjén bejelentési késedelmet okozó nyilvántartási eljárások miatt. A folyó évre vonatkozó uniós összesítés az ilyen késedelmek miatt csak egy ideiglenes érték, amely az új adatok beérkezésekor felülvizsgálható. A 2013-ra vonatkozó uniós becslés legalább 6100 halálozást. Ez a felülvizsgált 2012-es számadathoz képest enyhén emelkedést jelent. Különösen aggasztó, hogy az emelkedés néhány olyan ország legfrissebb adataiban mutatkozik, ahol viszonylag stabil bejelentési rendszerek működnek, amilyen például Németország, Svédország és az Egyesült

2.16. ÁBRA

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



Királyság. Törökországban szintén növekedés mutatkozott, de ez részben a jobb bejelentést tükrözi.

Az Európában bejelentett halálos kimenetelű túladagolások többségében a heroin vagy metabolitjai vannak jelen, gyakran más anyagokkal együtt. Az Egyesült Királyságban (Anglia) és Törökországban a bejelentett halálos esetek számának növekedését nagyrészt olyan halálos esetek vezérelték, ahol a heroin játszott közre. A heroin mellett a toxikológiai jelentésekben gyakran más opioidokat, köztük metadont, buprenorfin, fentanilokat és tramadolt is kimutatnak, és ezekhez az anyagokhoz néhány országban most már a túladagolási halálos esetek számottevő része köthető.

A 2013-as évet tekintve a túladagolásnak tulajdonítható átlagos halálozási rátát Európában 16 halálos eset/egymillió lakosra becsülték a 15–64 éves népességben. Az országos halálozási ráták között jelentős különbségek vannak, és ezeket olyan tényezők is befolyásolják, mint az előfordulás és a kábítószer-használati minták, különösen az injekálás és az opioidhasználat, a kábítószer-használó népesség jellemzői, a kábítószeres hozzáférhetősége és tisztasága, a bejelentési módszerek és a szolgáltatások. Hét országból jelentettek az egymillió lakosra jutó 40 halálos esetet meghaladó arányt, a legmagasabbat Észtországból (127 eset/1 millió lakos), Norvégiából (70 eset/1 millió lakos) és Svédországból (70 eset/1 millió lakos) (2.16. ábra). Bár a besorolási és bejelentési gyakorlatok országos

különbségei, valamint a valószínűleg esetlegesen alacsonyabb bejelentés megnehezíti az országok közötti összehasonlítást, az egyes országokon elüli időbeli tendenciák elemzése hasznos lehet. A közelmúltban Észtországban lehetett megfigyelni a túladagolás miatti halálozási ráta javulását, bár az arány még mindig nyolcszor magasabb az uniós átlagnál. Ebben az országban a túladagolási halálos esetek legnagyobb részben a fentanilok – nagyon erős opioidok – intravénás használatához kapcsolódnak.

Az Európában bejelentett halálos kimenetelű túladagolások többségében a heroin vagy metabolitjai vannak jelen

Új kábítószeres: egyre több az ezekhez köthető ártalom és haláleset

Európa-szerte egyre több a bizonyíték arra, hogy az új pszichoaktív szerek milyen szerepet játszanak a kórházi sürgősségi esetekben és egyes kábítószer okozta halálesetekben. Az EU Korai Jelzőrendszere 2014-ben 16 riasztást adott ki a rendszerben megfigyelt új anyagokkal kapcsolatban, és ezek sok esetben súlyos következményekre, például halálesetekre vonatkoztak. A European Drug Emergencies Network, amely 10 európai országban figyeli a sürgősségi felvételeket, egy friss elemzésében azt állapította meg, hogy az összes, kábítószerrel összefüggő sürgősségi eset 9%-ában új pszichoaktív szerek, elsősorban katinonok voltak jelen. Ezenkívül az összes megjelenés 12%-a a GHB vagy GBL miatt, 2% pedig a ketamin miatt történt.

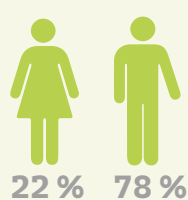
A szintetikus kannabinoidokkal összefüggő akut káros egészségügyi következményekről szóló újabb jelentések azt jelzik, hogy ezeknek az anyagoknak a használata bizonyos körülmények között súlyos egészségügyi következményekkel járhat, a halálózást is ideértve. Egy 2015-ös áttekintésben a tachycardiát, a rendkívüli nyugtalanságot és a hallucinációkat nevezték a szintetikus

kannabinoidokkal együtt járó leggyakoribb káros egészségügyi hatásoknak.

Gyakran nehéz megítélni egy anyag toxikológiai jelentőségét egy adott halálesetben, különösen azért, mert a kábítószer okozta halálesetek legtöbbször több anyag fogyasztása után következnek be. Ezek a problémák még hangsúlyosabban jelentkeznek az új kábítószereseknél, amelyeket esetenként nehéz kimutatni, és nem szerepelnek az általánosan használt szűrőeszközök között. E korlátozó körülmények ellenére néhány adathoz hozzá lehet jutni. Magyarországon például 2013-ban a kábítószeres okozta bejelentett halálesetek körülbelül felében (31 esetből 14) mutatták ki az új pszichoaktív szereket, minden esetben más anyagok jelenlétében. A Korai Jelzőrendszer az új kábítószeres kockázatértékelésének keretében szintén gyűjti az esetbejelentéseket. Ezek az adatok jelzik, hogy az új pszichoaktív szerek némelyike milyen szerepet játszhat a kábítószeresekkel összefüggő megbetegedésekben és halálózásban: az először 2008-ban azonosított MDPV nevű szintetikus katinont például 99 halálesetben mutatták ki a 2014-ben elkészült kockázatértékelésig.

KÁBÍTÓSZER OKOZTA HALÁLESETEK

Tulajdonságok



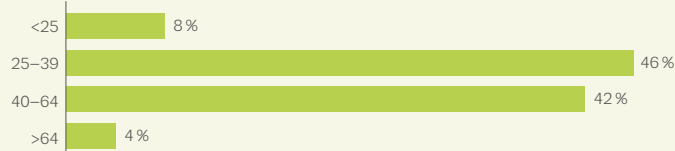
Átlagéletkor a halálózásakor

37

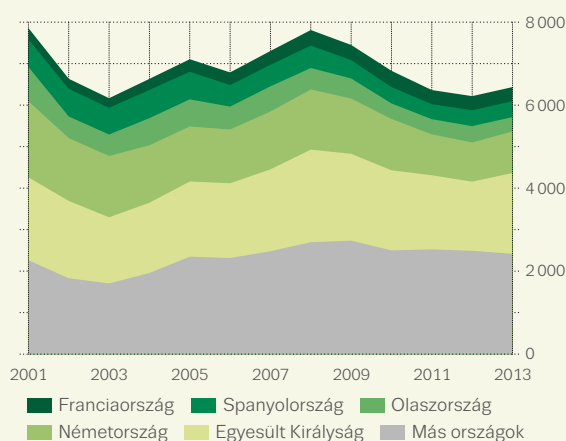
Olyan halálesetek, ahol opioidok voltak jelen



Életkor a halálózásakor



A túladagolási halálesetek számának alakulása



BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2015

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

Misuse of benzodiazepines among high-risk drug users, Kábítószerügyi kiemelt témák.

2014

Injection of cathinones, 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 kábítószer-használattal összefüggő ártalmak megelőzésére, kezelésére és csökkentésére kidolgozott szakpolitikákat és beavatkozásokat tekintjük át

A drogproblémákra adott egészségügyi és szociális válaszlépések

Ebben a fejezetben a kábítószer-használattal összefüggő ártalmak megelőzésére, kezelésére és csökkentésére kidolgozott szakpolitikákat és beavatkozásokat tekintjük át. A hangsúly azon van, hogy az országoknak mennyire sikerült közös módszereket elfogadniuk, ezek közül melyik támaszkodik a bizonyítékokra, és hogy a szolgáltatásnyújtás igazodik-e a becsült igényhez. Az európai szinten figyelemmel kísért fő politikai területek közé tartoznak a nemzeti drogstratégiák és cselekvési tervek, a kábítószerekkel összefüggő költségvetések és becsült közkiadások.

Az egészségügyi és szociális válaszlépések megfigyelése

Az itt felhasznált adatokat az Reitox fókuszpontjai és szakértői munkacsoportjai közölték; ezeket egészítik ki a kezelési igényről, az opioidhelyettesítő kezeléssel és a túcsere szolgáltatásról szóló jelentések.

A szakértői értékelések kiegészítő információkkal szolgálnak a szolgáltatások hozzáférhetőségéről, amennyiben hivatalosabb adatok nem állnak rendelkezésre. A fejezet a népegészségügyi beavatkozások hatékonyságáról szóló tudományos bizonyítékok áttekintésére is támaszkodik.

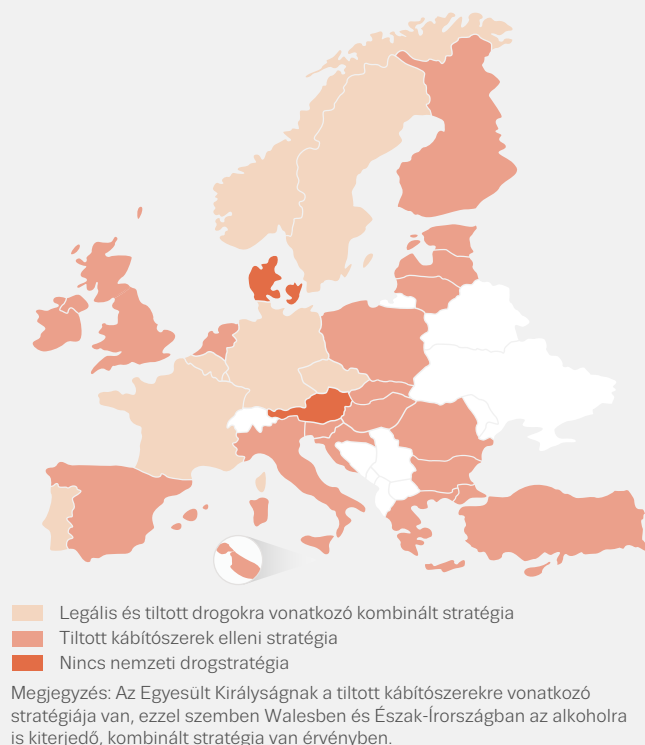
Az alapul vett információk megtalálhatók az EMCDDA weboldalán az egészségügyi és szociális válaszlépések profiljai rovatban, a statisztikai közlönyben, a bevált módszerek portálján és az európai drogpolitika és jog címszó alatt.

Országos és városi szintű drogstratégiák

A 2013–20-ra szóló európai drogstratégia és a hozzá tartozó cselekvési tervek biztosítják a keretet az európai drogproblémák elleni összehangolt fellépéshez. Ez országos szinten a nemzeti drogstratégiák, költségvetési keretek és tervek formájában jelenik meg. Ezek a meghatározott időszakra szóló dokumentumok rendszerint általános elveket, célkitűzéseket és prioritásokat tartalmaznak, kijelölik az intézkedéseket és a végrehajtásukért felelős feleket. Nemzeti drogpolitikája

3.1. ÁBRA

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



most már minden országnak van, és kettő kivételével ez egy nemzeti drogstratégiai dokumentumban található. Az egyik kivétel Ausztria, ahol a drogstratégiát regionális tervekbe építették bele, a másik pedig Dánia, ahol a kérdéssel több politikai dokumentum és intézkedés foglalkozik. Nyolc ország fogadott el olyan nemzeti stratégiát és cselekvési tervet, amely egyszerre vonatkozik a legális és tiltott kábítószerre (3.1. ábra).

A drogstratégiák és cselekvési tervek értékelését már sok országban elvégezték. Az értékelés célja általában az, hogy felmérjék a kábítószerhelyzet egészében történt változásokat, valamint a megvalósításban elért szintet.

A helyi drogpolitika koordinálása Európában gyakran a városi hatóságok feladata, esetenként erre elkülönített költségvetéssel. Sok országban stratégiai tervezési dokumentumok is vannak a politika megvalósításának támogatására. Az EMCDDA egyik friss tanulmánya 10 olyan fővárosról számolt be, ahol külön drogstratégia létezik, és ezekhez esetenként cselekvési terv is tartozik. Ezek némelyike széles hatókörű, mások inkább egy konkrét kérdésre, például a túladagolások halálesetekre, a GHB használatára vagy a drogfogyasztók nyilvános tevékenységeivel kapcsolatos problémákra koncentráltak. A külön drogstratégiával nem rendelkező városok némelyikében az általánosabb helyi egészségügyi vagy bűnmegelőzési stratégiákba építették bele a drogpolitikai célkitűzéseket. Máshol átfogó regionális vagy országos

politikai dokumentumok foglalkoznak a kábítószerkérdésekkel.

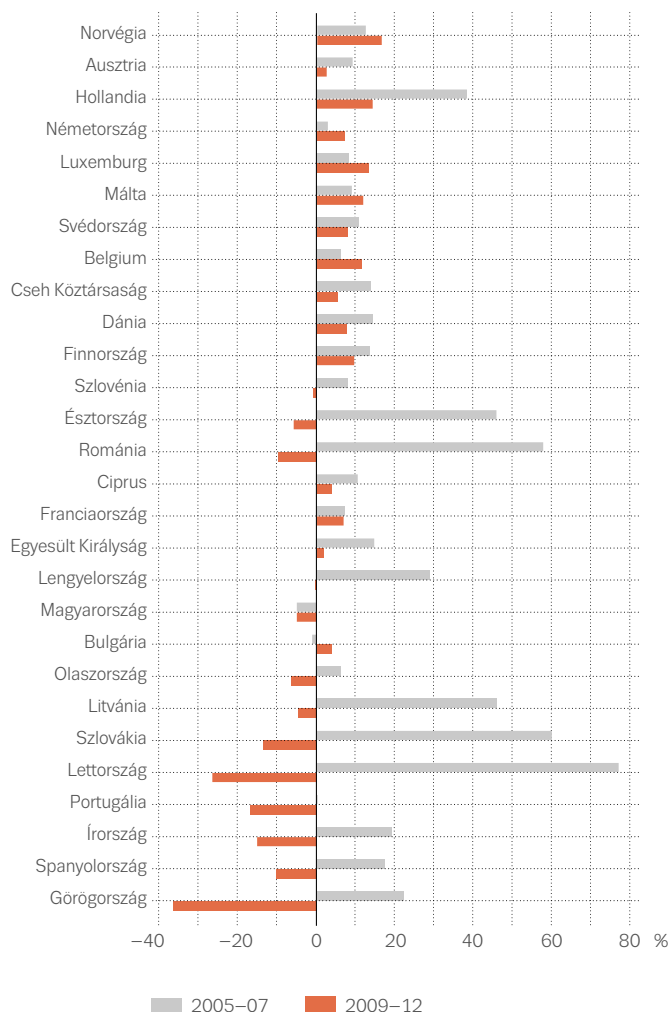
A megszorítások kihatnak az egészségügyi beavatkozások finanszírozására

Európában a kábítószerrel összefüggő közkiadásokról helyi és országos szinten rendelkezésre álló információk továbbra is ritkák és sokfélék. Az elmúlt 10 évben becsléseket készítő 18 országban a kábítószerrel összefüggő közkiadásokat a bruttó hazai termék 0,1%-a és 0,5%-a közé becsülték, az egészségügyi beavatkozások pedig a kábítószerrel összefüggő teljes kiadás 24% és 73% közötti részét tették ki. A becslések hatóköre és minősége közötti különbségek megnehezítik a kábítószerrel összefüggő közkiadások országok közötti összehasonlítását.

A 2008-as gazdasági recesszió kezdetén sok európai kormány vezetett be költségvetési konszolidációs intézkedéseket, amelyeket sokszor megszorító intézkedéseként emlegetnek. Az országok között nagy különbségek voltak a gazdasági visszaesés mértékét, hatását, valamint az államháztartási intézkedések időzítését és léptékét tekintve. A megszorító intézkedések sok országban a közkiadások csökkentéséhez vezettek a kormányzati tevékenységnek azokban a kategóriáiban, ahová a kábítószerrel összefüggő kezdeményezések zöme tartozik. Az EMCDDA által készített elemzés azt jelzi, hogy a nagyobb megszorításokat összességében véve gyakrabban tapasztalták az egészségügyi ágazatban, mint más területeken, például a közrend és közbiztonság vagy a szociális védelem területén. A 2009–12 közötti időszakra vonatkozó adatok a legtöbb országban az egészségügyi közkiadások csökkenését jelzik a 2005–07-es időszakkal összehasonlítva, és ez sok európai országban konstans áron véve 10 százalékpontot meghaladó csökkenést jelentett (3.2. ábra). Mivel a kábítószerrel összefüggő egészségügyi kiadások a teljes egészségügyi közkiadásoknak csak töredékét (gyakran kevesebb mint 1%-át) jelentik, ezekből az adatokból nem lehet közvetlenül következtetni a kábítószerrel összefüggő finanszírozás alakulására. Az egészségügyi finanszírozás csökkenése mindazonáltal valószínűleg negatív hatással vannak a kábítószerrel összefüggő kezdeményezésekre, az EMCDDA jelentései pedig arra mutatnak, hogy ez különösen a kábítószerrel összefüggő kutatási és prevenció tevékenységeket érintheti.

3.2. ÁBRA

Az egészségügyi közkiadások becsült halmozott növekedése (2005–07 és 2009–12), konstans áron



Forrás: Eurostat

A kábítószer-használat megelőzése a fiatalok körében

A kábítószer-használat és a kábítószerrel összefüggő problémák megelőzése a fiatalok körében fontos politikai célkitűzés, egyben a 2013–20-ra szóló európai drogstratégia egyik fő pillére. A drogprevenció módszerek széles körét fogja össze. A környezeti stratégiák és az általános prevenció az egész populációt szólítja meg, a célzott prevenció a kiszolgáltatott csoportoknak szól, akiknél nagyobb lehet a drogfogyasztási problémák kialakulásának veszélye, a javított prevenció pedig a veszélyeztetett személyeket veszi célba. Az elmúlt évtizedben megnőtt a minőségi előírások hozzáférhetősége, amelyek támogathatják a beavatkozások lebonyolítását és a bevált gyakorlatokat. Az európai drogprevenció minőségi standardok projekt eszközkészletet biztosít, hogy támogassa a területre vonatkozó előírások végrehajtását.

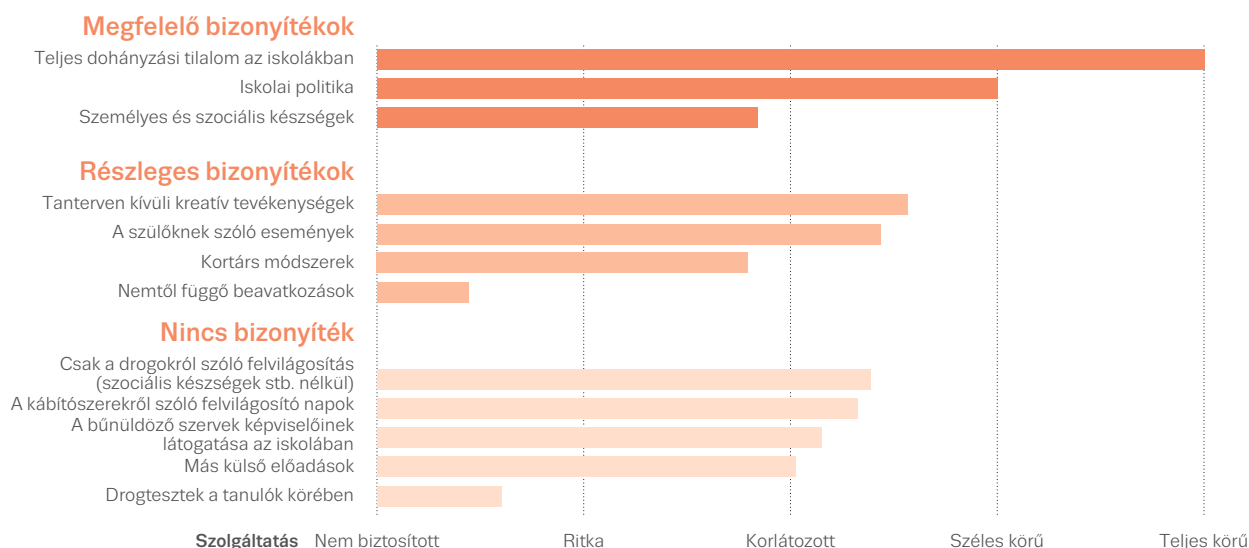
Az iskolai szinten alkalmazható prevenció beavatkozások némelyike mellett viszonylag szilárd bizonyítékok szólnak. Miközben az országok a tényekkel alátámasztott módszerek, az iskolai dohányzási tilalom és az iskolai drogpolitika széles körű végrehajtásáról számoltak be, a jelentések szerint a pusztán felvilágosításon alapuló prevenció módszerek is elég elterjedtek (3.3. ábra). Az egészségügyi vonatkozású felvilágosítás oktatási szempontból fontos lehet, azonban a rendelkezésre álló bizonyítékok közül kevés mutat arra, hogy ez a fajta prevenció hatna a későbbi drogfogyasztó magatartásra. Néhány iskolában a korai felismerési és beavatkozási módszereket használják, gyakran a fiatal szerhasználóknak nyújtott tanácsadásra támaszkodva. Kedvező értékelés született a fiatal, élménykereső italozókat megszólító kanadai programról (Preventure), és ezt a Cseh Köztársaságban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban is átdolgozták hazai használatra.

A kiszolgáltatott személyek meghatározott csoportjainak szóló prevenció beavatkozásokat tekintve a jelentések szerint a legszélesebb körben elérhető módszerek a szerhasználati problémákkal küzdő családokat szólítják meg, a szociális és tanulási problémákkal küzdő tanulóknak, illetve a fiatalok bünelkövetőinek biztosítanak beavatkozásokat. A fiatalok bünelkövetőket megcélzó programok közül az egyik figyelemreméltó a FreD, egy kézikönyvön alapuló beavatkozássorozat, amelyet már 15 EU-tagállamban bevezettek. A programról készült értékelések az ismételt bünelkövetési arány visszaesését mutatják.

A kábítószer-használat és a kábítószerrel összefüggő problémák megelőzése a fiatalok körében fontos politikai célkitűzés

3.3. ÁBRA

Iskolai alapú beavatkozások a szerhasználat megelőzésére: a szolgáltatások és a hatékonyság bizonyítékai (szakértői értékeléseken alapuló európai átlagok, 2013)



Megjegyzés: A bizonyítékokra vonatkozó kijelentések az EMCDDA bevált módszerek portálján és a UNODC prevenció standardjain alapulnak.

Új kábítószeres, új kihívások

Az európai országokban az új pszichoaktív szerek megjelenésére adott első reakciók túlnyomórészt a szabályozás felől közelítettek, és a kínálatot próbálták jogalkotási eszközökkel kezelni. Idővel egyre több figyelmet fordítottak azonban a célzott oktatási és prevenció tevékenységek kidolgozására, valamint a szakembereknek szóló képzési és figyelemfelhívó tevékenységekre. Az éjszakai életben és rekreációs szinten dolgozó szolgáltatók emellett igyekeznek a már bejáratott módszereikbe beépíteni az új anyagokra adott válaszokat. A felvilágosításhoz és tanácsadáshoz biztosított platform lévén az internet is egyre fontosabb szerepet játszik. Az egyik fejlemény az új célcsoportok elérésére szolgáló online megkereső beavatkozások alkalmazása volt. A példák között vannak a szerhasználók irányítása alatt álló kezdeményezések, például fogyasztóvédelmi információt és tanácsadást nyújtó fórumok és blogok. Néhány esetben ezek a beavatkozások összekapcsolódnak anyagvizsgáló és tablettá-ellenőrző szolgáltatásokkal, az eredményeket és az ártalomcsökkentő üzeneteket pedig online terjesztik.

Az új pszichoaktív szerekkel Európában jelenleg nem kapcsolható össze számottevő kezelési igény, bár néhány országban már vannak fejlesztések a szolgáltatásban. Az egyes országokban ezek az új szerek eltérő módon jelentek meg, az országok válaszlépései pedig tükrözik ezeket a különbségeket. Magyarországon és Romániában, ahol a katinonok injektálásáról számoltak be, a tűcsere programok fontos szerepet játszanak. Az Egyesült Királyságban, ahol a mefedron jelentős arányú használatát figyelték meg, erre szakosodott „partidrog klinikák” foglalkoznak ezzel a klienscsoporttal, és folyamatban van a kezelési iránymutatások kidolgozása.

A felvilágosításhoz és tanácsadáshoz biztosított platform lévén az internet egyre fontosabb szerepet játszik

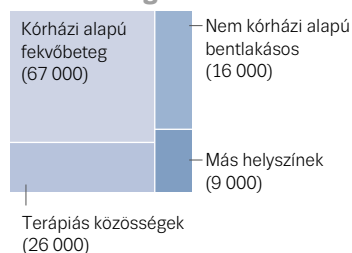
3.4. ÁBRA

Kezelésben részesülő kábítószer-fogyasztók száma Európában 2013-ban, a kezelés helyszíne szerint

Járóbeteg-ellátás



Fekvőbeteg-ellátás



Börtönök

(35 000)

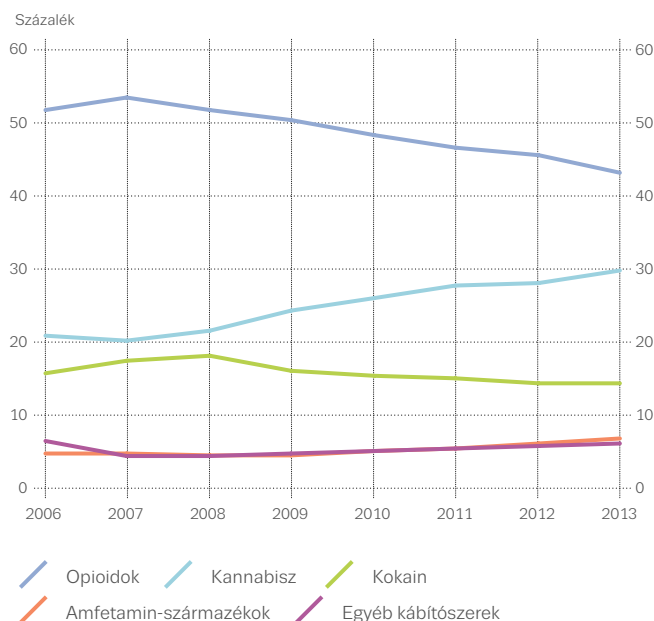
A drog fogyasztók kezelése többnyire járóbeteg-ellátásban keretében történik

Európában a kábítószer-használatból eredő kezelés legtöbbször járóbeteg-ellátás keretében történik: az elért kábítószer-használók számát tekintve az erre szakosodott járóbeteg-ellátó központok minősülnek a legnagyobb szolgáltatóknak, a második helyen az általános egészségügyi ellátóhelyek (3.4. ábra). Ebbe beletartoznak a háziorvosi rendelők, ami az opiát-helyettesítő kezelésben betöltött szerepüket tükrözi néhány nagy országban, például Németországban és Franciaországban

A drog fogyasztók kezelésének egy jelentős része fekvőbeteg-ellátásban, például kórházi fekvőbeteg ellátóknál (pl. pszichiátriai osztályok), terápiás közösségekben és speciális bentlakásos kezelőhelyeken zajlik. Az országos ellátórendszerekben belül a fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátás relatív fontossága országonként nagyon különböző lehet. Sok országban ezenkívül alacsonyküszöbű szolgáltatások is működnek, és bár ezek nem nyújtanak strukturált kezelést, néhány országban,

3.5. ÁBRA

A kábítószer-használókat ellát helyeken jelentkező kliensek százalékos arányának alakulása az elsődleges kábítószer szerint



például Franciaországban és a Cseh Köztársaságban ezeket a szervezeteket is az országos kezelési rendszer szerves részének tekintik.

Európában becslések szerint 1,6 millió ember részesült kábítószer-használat miatti kezelésben 2013 folyamán (az Európai Unióban 1,4 millió). Ez a szám 0,3 millióval haladja meg a 2012-es becslést. A növekedés részben a jobb adatgyűjtési módszereknek és az új adatoknak köszönhető, különös tekintettel a 200 000 törökországi, járóbeteg-ellátásban kezelt kliens szerepeltetésére.

A megkezdett kezelések megfigyeléséből származó adatok azt mutatják, hogy az opioidok után a kannabisz és a kokain használói jelentik a kábítószer-fogyasztóknak szóló kezelésekre jelentkezők második és harmadik legnagyobb csoportját (3.5. ábra). Ezeknél a klienseknél a jellemző kezelési módot a pszichoszociális beavatkozások jelentik.

Európában a kábítószer miatti kezelés legtöbbször járóbeteg-ellátásban zajlik

3.6. ÁBRA

Opiáthelyettesítő kezelés: a leggyakoribb módszer, csökkenő számokkal

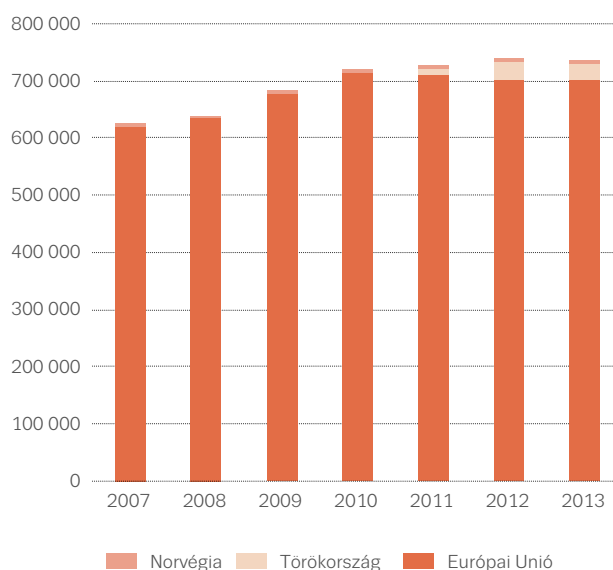
Európában a kezelés alatt álló kábítószerfogyasztók legnagyobb csoportját az opiát-használók jelentik, és a rendelkezésre álló erőforrások legnagyobb részét is az ő kezelésükre fordítják. Az opiát-függőségre a jellemzően pszichoszociális gondozással kombinált helyettesítő kezelés a leggyakoribb kezelési forma. A rendelkezésre álló bizonyítékok alátámasztják ezt a módszert, mivel a kezelésben való részvétel, a visszaélészerű opiát-használat csökkenése, a bevallott kockázati magatartás és a kábítószerrel összefüggő ártalmak és halálozás csökkenése szempontjából kedvező eredményeket találtak.

Opiát-helyettesítő gyógyszerként leggyakrabban metadont írnak fel, ezt a szubsztitúciós kliensek több mint kétharmada kapja (69%). A kliensek további 28%-át buprenorfinnal kezelik, amely hat országban az elsőszámú helyettesítő gyógyszernek számít. Más anyagokat, például lassan felszabaduló morfint vagy diacetil-morfint (heroin) Európában csak ritkán írnak fel, és a becslések szerint ezeket a helyettesítő kezelésben részesülők nagyjából 3%-a kaphatja.

Az Európai Unióban 700 000-re becsülték a 2013-ban helyettesítő kezelésben részesülő opiát-használók számát, és ezekben az adatokban 2011 óta enyhén csökkenő tendenciát figyeltek meg (3.6. ábra). A legnagyobb relatív visszaesést 2010 és 2013 között a Cseh Köztársaságban (becslések alapján 41%), Cipruson (39%) és Romániában (36%) figyelték meg. Ugyanebben az időszakban a legnagyobb relatív növekedést az alacsony szintről induló Lengyelországban (80%) és Görögországban (59%) tapasztalták. Törökország és Norvégia adatait is hozzávéve a helyettesítő kezelésben részesülők 2013-as becsült száma 737 000-re nőtt.

**Európában a speciális kezelés
alatt állók legnagyobb
csoportját az opiát-használó
k jelentik**

Az opiát-helyettesítő kezelés alatt álló kliensek számának alakulása

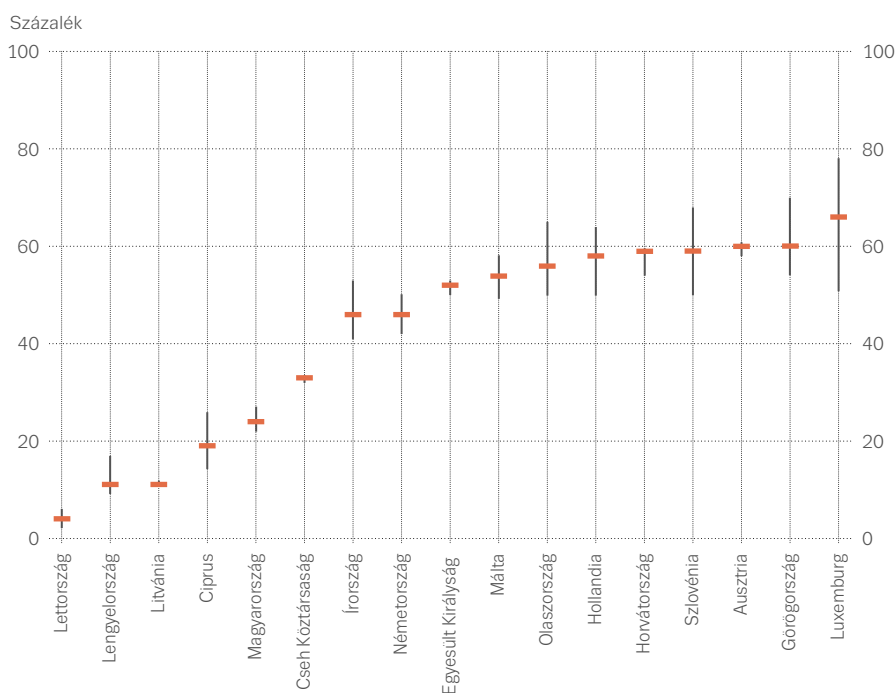
**Az opiát-használók több mint fele helyettesítő kezelés alatt áll**

Az opiát-helyettesítő kezelés lefedettségét – az ilyen beavatkozást igénylő és abban részesülők arányát – az Európában élő problémás opiát-használók több mint 50%-ára becsülik. Ezzel a becsléssel módszertani okokból óvatosan kell bánni, de tény, hogy sok országban az opiát-használók többsége már kapcsolatban áll vagy állt a kezelési szolgáltatókkal. Országos szinten viszont még mindig nagy különbségek vannak a lefedettségben; a legalacsonyabb becsléseket Lettországból, Lengyelországból és Litvániából jelentették (kb. 10% vagy kevesebb) (3.7. ábra).

Bár kevésbé gyakori, az opiát-használók minden európai országban igénybe vehetnek alternatív kezelési lehetőségeket is. Abban a 10 országban, ahonnan elegendő adatot közöltek, a helyettesítő gyógyszert nem alkalmazó kezelési módszerek lefedettsége általában az összes, kezelés alatt álló problémás opiát-használó 4%-a és 71%-a között mozog.

3.7. ÁBRA

A helyettesítő kezelésben részesülő problémás opiát-használók százalékos aránya (becslés)



Megjegyzés: Az adatokat becslés pontokként és bizonytalansági intervallumokként ábrázoltuk.

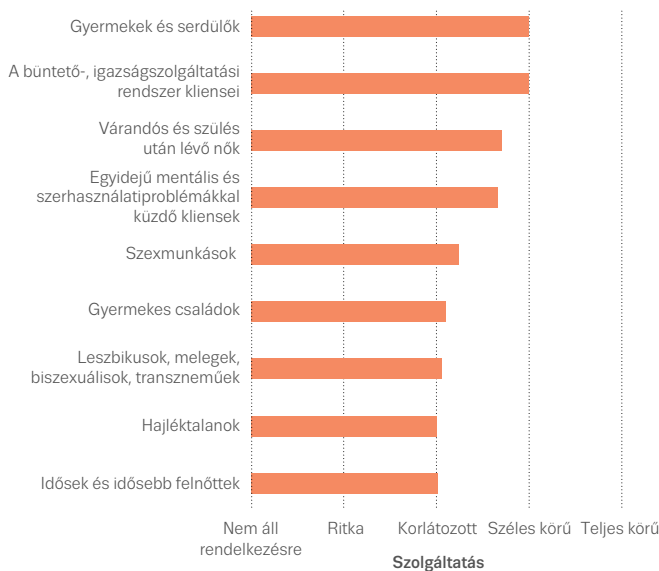
3.8. ÁBRA

Sokszínű igények, célzott beavatkozások

A célzott beavatkozások elősegíthetik a kezelés igénybevételét, és biztosíthatják a különböző csoportok igényeinek kielégítését. A rendelkezésre álló információk azt jelzik, hogy ez a fajta megközelítés jelenleg leginkább a fiatal drogfogyasztók, a büntetőjogi rendszerből beutaltak és a várandós nők számára elérhető (3.8. ábra).

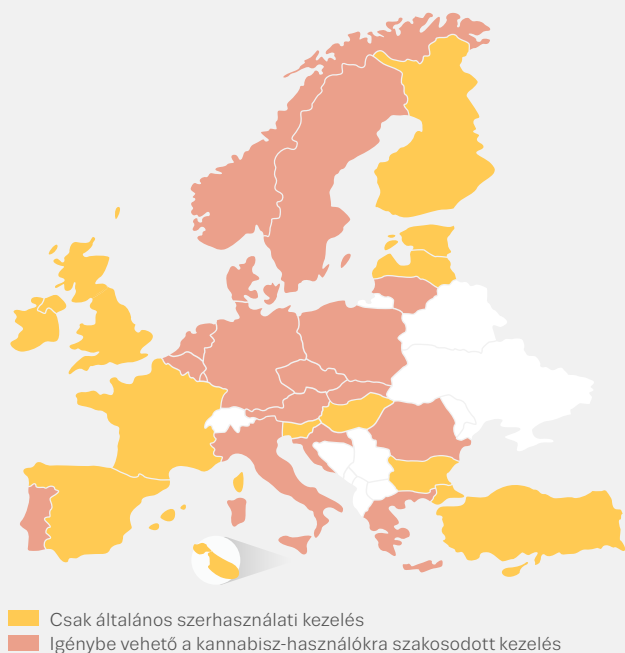
A hajléktalan, idősebb vagy leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű kábítószer-használóknak szóló célzott programok ritkábban állnak rendelkezésre, noha sok országból jelezték, hogy igény lenne ilyen szolgáltatásra.

Az egyes célcsoportoknak szóló kezelési programok elérhetősége Európában (szakértői értékelések, 2013)



3.9. ÁBRA

A kannabisz-használóknak szóló speciális kezelési programok működése az európai országokban



Az országok felében működik kannabisz-használókra szakosodott kezelés

Európában gyakoribb lett a kannabisz-használókra szakosodott kezelés biztosítása, és most már az országok feléből jelezték ennek meglétét. A kannabisz miatti kezelést máshol a szerhasználók általános programjainak keretében biztosítják (3.9. ábra). A kannabisz-használóknak nyújtott szolgáltatások sokfélék lehetnek, az online végzett rövid beavatkozásoktól a szakosított ellátóhelyeken zajló hosszú távú terápiás részvételig. Bár e csoport esetében a kezelés legnagyobb részben közösségi vagy járóbeteg-ellátásban zajlik, ez nem minden esetben van így, mivel ma már a kábítószer-használat miatt speciális fekvőbeteg-kezelésre jelentkezők hozzávetőleg egyötöd része elmondása szerint elsődlegesen kannabisz-problémával küzd.

A kannabisz-problémák kezelésében pszichoszociális módszereket használnak; a serdülők esetében családterápiát, a felnőtteknél kognitív viselkedésterápiás beavatkozásokat. A rendelkezésre álló bizonyítékok alátámasztják a kognitív viselkedésterápia, a motivációs interjúk és a viselkedésben elért változásokat jutalmazó módszerek kombinált alkalmazását. A fiatal kannabisz-használók esetében ezenkívül a többdimenziós családterápia használata mellett is szólnak bizonyítékok.

Az internetes alapú beavatkozásoknak köszönhetően sikerült kibővíteni a kannabisz-programok hatókörét és földrajzi lefedettségét. Ezek a beavatkozások új módszert

kínálnak a kábítószer-problémákkal küzdő emberek bevonására, és lehetőséget adnak néhány olyan szerhasználói csoport elérésére, akik jelenleg nincsenek kapcsolatban a drogfogasztókat kezelő szolgáltatókkal.

Testreszabott kezelés az idősebb kábítószer-használóknak

Az Európában élő, problémás kábítószer-használói népesség körében tapasztalt demográfiai tendenciák fontos kérdéseket vetnek fel azzal kapcsolatban, hogy a kezelési beavatkozások mennyire felelnek meg az idősebb klienseknek. A kezelés alatt álló problémás opiát-használók között hamarosan már a 40 év felettek lesznek többségben. A kábítószerrel összefüggő egészségügyi problémák mellett az opiát-használók egyre nagyobb mértékben tapasztalják az öregedéssel járó egészségügyi problémákat, és ezeket gyakran életviteli tényezők is súlyosbítják. Olyan klinikai iránymutatások kellenek, amelyek figyelembe veszik az európai problémás opiát-használók körében zajló demográfiai változást. Ez támogatni fogja a hatékony klinikai gyakorlatot, mivel a kábítószerek kölcsönhatását, a fogyasztási módokat, az hazavihető dózisokat és a fájdalom kezelését övező kérdések egyre bonyolultabbak és fontosabbak.

Az idősebb kábítószer-használóknak szóló célzott programok működéséről kevés országból számoltak be. A klienseknek ezt a csoportját általában integrálják a meglévő kezelési szolgáltatásokba (lásd a 3.10. ábrát). Németországban és Hollandiában viszont nyugdíjas otthonokat hoztak létre az idősebb kábítószer-használók igényeinek kiszolgálására. A drogfogasztókat kezelő és gondozó programokat a jövőben át kell alakítani és tovább kell fejleszteni ahhoz, hogy ez az idősebb csoport megfelelő szintű gondozásban részesüljön. Ehhez valószínűleg személyzeti képzésre és a gondozás átalakítására lesz szükség. Mivel a klienseknek ez a csoportja viszonylag kismértékben jelenik meg az általános egészségügyi ellátásban, és kevésbé tartja be a kábítószerrel összefüggő fertőzések kezelését, nyilvánvalóan fontos a multidiszciplináris megközelítés, amely túlmutat a drogfogasztás kezelésén.

Az idősebb kábítószer-használóknak szóló célzott programok működéséről kevés országból számoltak be

3.10. ÁBRA

Az idősebb kábítószer-használóknak szóló célzott programok megléte Európában (szakértői értékelések, 2013)



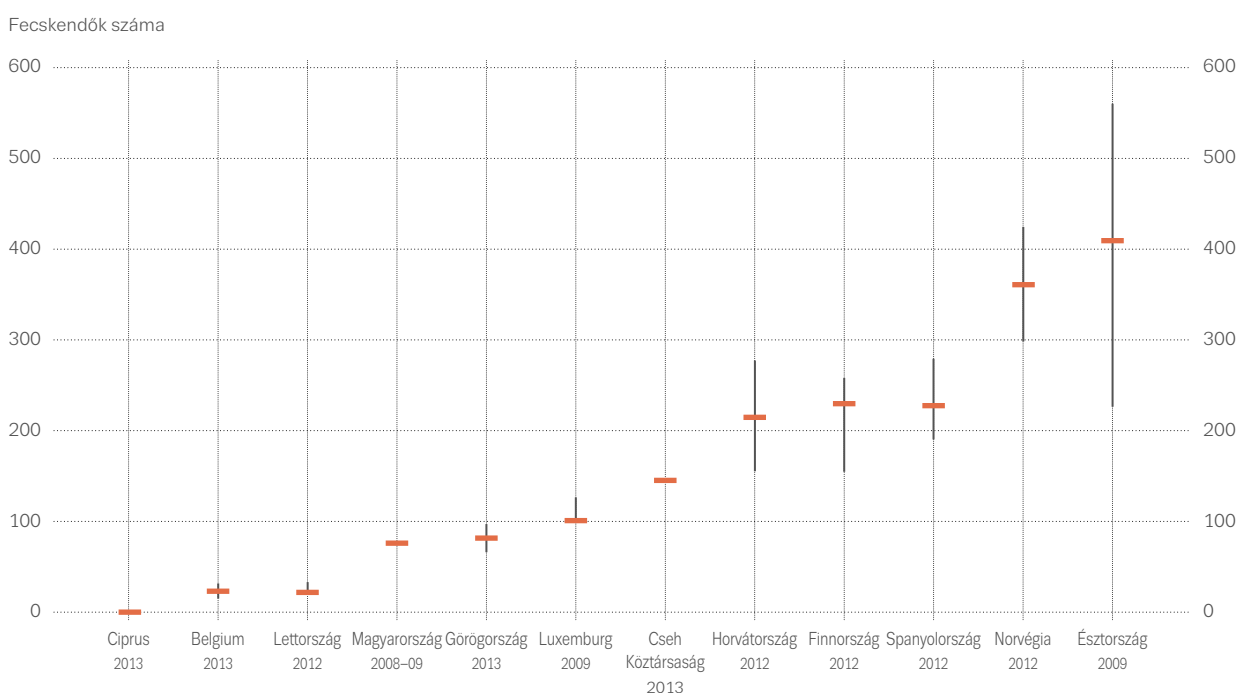
A fertőző betegségek terjedésének megelőzése

A kábítószer-használók, és különösen az injektlók a használathoz szükséges eszközök megosztása és a védekezés nélküli szexuális élet miatt ki vannak téve a fertőző betegségek veszélyének. Az európai drogpoltikában fontos cél a HIV, a vírushepatitis és más fertőzések terjedésének megelőzése. Az intravénás opioid-használók esetében a helyettesítő kezelés csökkenti a kockázati magatartások előfordulását, és néhány tanulmány arra utal, hogy tűcsere programokkal kombinálva a protektív hatás tovább nő.

A speciális programok révén kiosztott fecskendők bejelentett száma 2007 és 2013 között 43 millióról 49 millióra nőtt az EU népességének 48%-át képviselő 24 országban. Az országok szintjén vegyes a kép: körülbelül az országok feléből jelezték a kiosztott fecskendők számának növekedését, a másik feléből a csökkenését. Az injektlás prevalenciájáról friss becslésekkel rendelkező 12 ország körében igen változatosan alakult a speciális programokon keresztül 2013-ban kiosztott fecskendők egy intravénás szerhasználóra eső száma: míg Cipruson egynél kevesebb volt, Észtországban és Norvégiában a 300-at is meghaladta (3.11. ábra).

3.11. ÁBRA

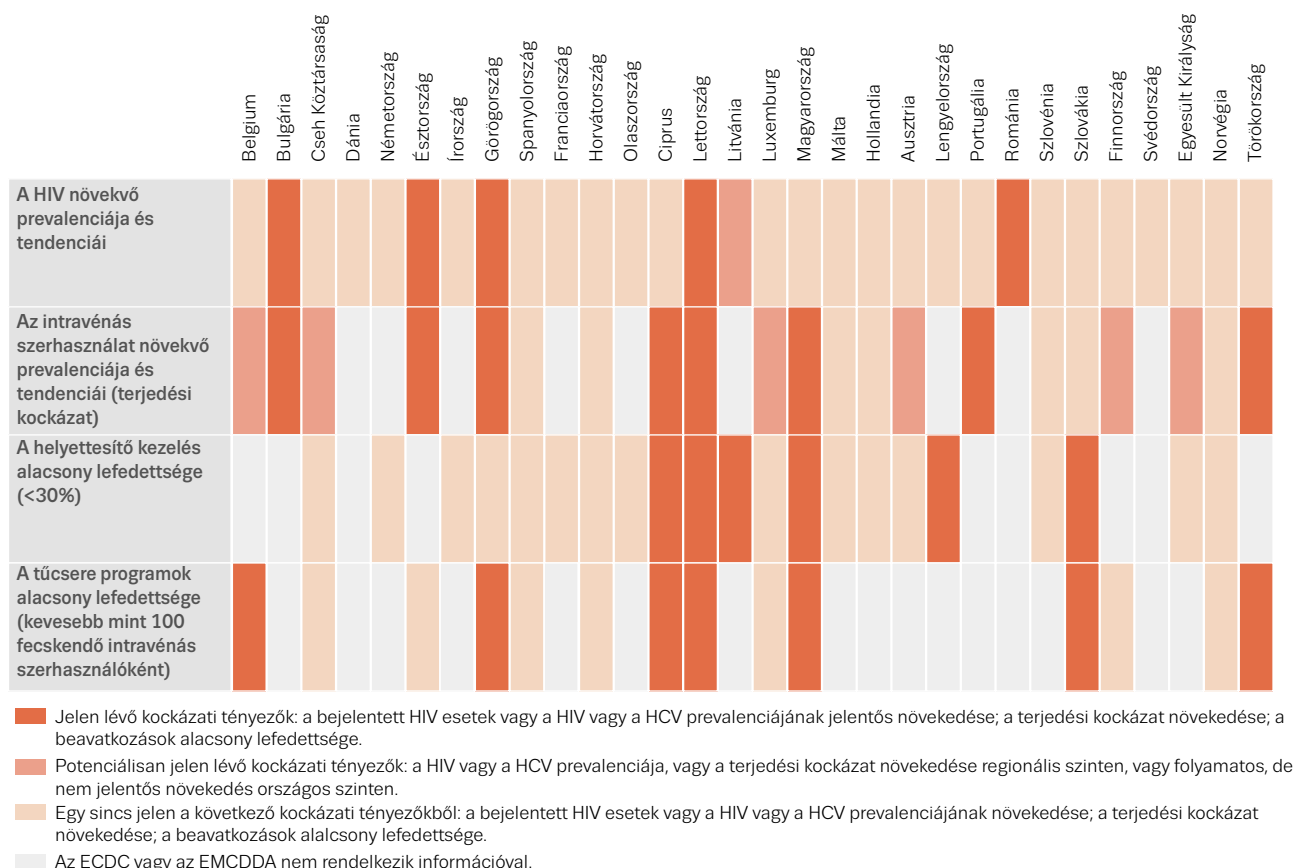
Egy intravénás szerhasználóra jutó, speciális programokon keresztül kiosztott fecskendők száma (becslés)



Megjegyzés: Az adatokat becsült pontokként és bizonytalansági intervallumokként ábrázoltuk.

3.12. ÁBRA

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



További információért lásd az online kiegészítő táblázatot.

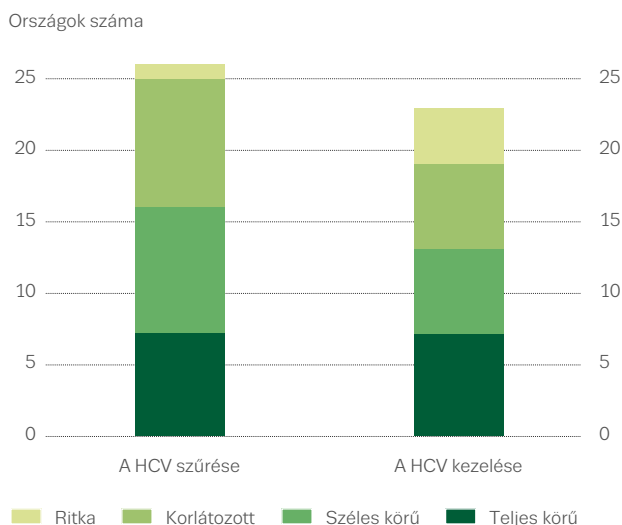
Miközben a HIV-prevenációs intézkedések lefedettsége Európa egészét tekintve nőtt, az intravénás szerhasználók jelentős populációi továbbra is korlátozottan férnek hozzá a szolgáltatásokhoz. A 3.12. ábra áttekintést ad a potenciális veszély néhány alapvető indikátoráról. Ezt az egyszerű elemzést alapul véve az országok nagyjából egyharmada esetében figyelhető meg emelkedett kockázat, ami azt jelzi, hogy fenn kell tartani a folyamatos éberséget és bővíteni kell a HIV-prevenációs intézkedések körét.

Javul a hepatitis C kezelése

A hepatitis C vírus terjedése elleni prevenációs intézkedések hasonlóan a HIV esetében alkalmazottakkal. A szakpolitikai szintet tekintve egyre több ország fogad el vagy készít külön a hepatitis C-re vonatkozó stratégiát. Az utóbbi években bővültek, de még mindig korlátozottak az intravénás kábítószer-használóknak szóló szűrési és tanácsadási kezdeményezések. Új diagnosztikai eszközöket vezettek be (pl. Fibroscan), és az új gyógyszerekkel sikerült csökkenteni a kezelés időtartamát és a negatív mellékhatásokat, ami elősegíti az utasítások betartását. Bár egyre több bizonyíték támasztja alá a hepatitis C antivirális kezelés hatékonyságát a fertőzött intravénás szerhasználóknál, ennek elérhetősége több országban még mindig korlátozott (lásd a 3.13. ábrát). Ennek részben az új gyógyszerek magas költsége lehet az oka.

3.13. ÁBRA

A hepatitis C fertőzés szűrésének és a kezelésének elérhetősége (szakértői értékelések, 2013)



A túladagolások és a kábítószerrel összefüggő halálesetek megelőzése

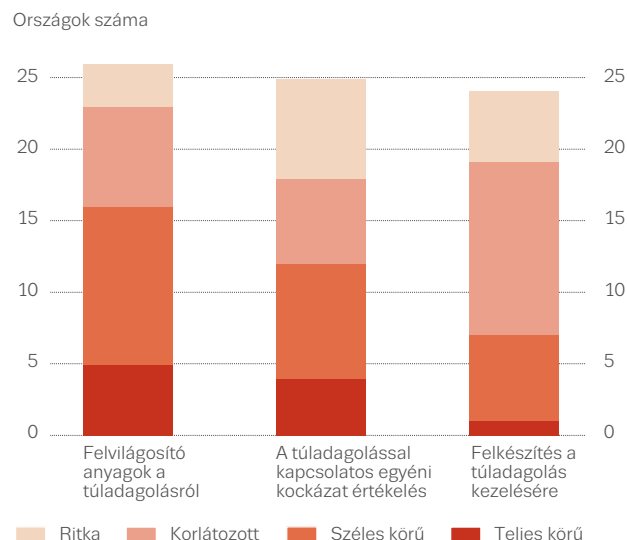
Az európai közegészségügyi politika számára változatlanul nagy kihívást jelent a halálos kimenetelű kábítószer-túladagolások és a kábítószerekkel összefüggő más halálesetek számának csökkentése. A célzott válaszlepek ezen a területen vagy a túladagolás előfordulásának megelőzésére, vagy a túladagolás túlélési esélyeinek javítására helyezik a hangsúlyt.

A drogfüggők kezelésben, különösen opioid-helyettesítő kezelésben való részvétele megelőzi a túladagolást és csökkenti a halálozás kockázatát.

A kábítószerrel összefüggő halálesetekre kidolgozott beavatkozások közül a jelentések szerint a legszélesebb körben a felvilágosításhoz és a túladagolás megelőzéséről szóló anyagokhoz lehet hozzájutni (3.14. ábra). A túladagolás kezelésére való felkészítés a naloxon nevű opioid antagonistá gyógyszer terjesztésével együtt túladagolás esetén életet menthet. Ez a fajta beavatkozás azonban kevésbé elterjedt. A WHO az új iránymutatásaiban nyomatékosan ajánlja, hogy azok az emberek, akiknél fennáll az esélye annak, hogy a környezetükben túladagolás történik, férjenek hozzá a naloxonhoz, és kapjanak képzést a beadásáról, hogy alkalmazni tudják egy feltételezett opioidtúladagolás sürgősségi kezelése érdekében. Naloxont biztosító programok jelenleg hét országban működnek; a magas túladagolási rátákkal rendelkező Dániában, Észtországban és Norvégiában, az utóbbi években jöttek létre. A közelmúltban egy skóciai tanulmány (Egyesült Királyság) azt mutatta, hogy a „veszélyeztetett” fogvatartottaknak szabaduláskor átadott naloxon készlet szélesebb körű biztosítása egybeesett

3.14. ÁBRA

A kábítószer okozta halálesetekre adott válaszlepek hozzáférhetősége (szakértői értékelések, 2013)



a börtönből való szabadulást követő négy héten belüli, opioidhoz köthető halálesetek számának jelentős csökkenésével.

A felügyelt drogfüggők szoba egyik célja, hogy csökkentse a túladagolás előfordulását, és ha mégis megtörténne, javítsa a túlélés esélyeit. Ilyen létesítmény – összesen kb. 70 – jelenleg hat országban működik. Az utóbbi években az erre mutatkozó szükséglet csökkenése miatt több létesítmény is bezárt.

Egészségügyi ellátás a börtönökben: átfogó lepek kellenek

Az általános népességgel összehasonlítva a fogvatartottak körében nagyobb arányban fordul elő a kábítószer-használat életük során, és ártalmasabbak a használati mintázatok – ezt jelzik a legújabb vizsgálatok, amelyek szerint a fogvatartottak 6–31%-a injekált már kábítószer. A börtönbe bekerülve a szerhasználók többsége csökkenti

A drogfüggők kezelésben, különösen opioid-helyettesítő kezelésben való részvétele megelőzi a túladagolást és csökkenti a halálozás kockázatát

vagy abbahagyja a drogfogyasztást. A kábítószeresek azonban sokszor a börtönökbe is utat találnak, így néhány fogvatartott a szabadságvesztés ideje alatt is folytatja a használatukat, vagy éppen akkor kezdi meg. A fogvatartottak populációiban a hepatitis C és más fertőző betegségek nagyobb arányú előfordulását figyelték meg. A kábítószer-problémák megjelenésének nagy aránya a fogvatartottak körében azt jelenti, hogy fontos beavatkozás a börtönbe való bekerüléskor végzett egészségügyi állapotfelmérés. A WHO a közelmúltban azt javasolta, hogy állítsanak össze egy csomagot a prevenciós intézkedésekből, beleértve a fertőző betegségek ingyenes, önkéntes szűrését, óvszer és steril injektló eszközök biztosítását, a fertőző betegségek kezelését és a kábítószer-függőség kezelését.

Sok országban együttműködés jött létre a börtönben működő egészségügyi szolgálat és a közösségi szolgáltatók között. Ezek keretében egészségügyi felvilágosítást és kezelési beavatkozásokat biztosítanak a börtönökben, egyben gondoskodnak az ellátás folyamatoságáról 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, ami elősegítheti a közösségben nyújtott általános egészségügyi ellátással való nagyobb mértékű integrációt.

Az EMCDDA által megfigyelt 30 ország közül 26 jelezte az opiát-helyettesítő kezelés lehetőségét a börtönökben, bár ezen országok közül háromból 2013-ban semmilyen tevékenységről nem számoltak be. Összességében úgy tűnik, hogy a fogvatartottak populációjának ellátottsága javul, ami azt tükrözi, hogy a közösségben is egyre szélesebb körben lehet hozzáférni ehhez a beavatkozáshoz. A jogosultság azonban korlátozható, a Cseh Köztársaságban és Lettországon például a börtönben nyújtott kezelés azokra korlátozódik, akiknek ezt már a börtönbe kerülést megelőzően felírták. A steril injektló eszközök biztosítása ritkább, csak négy országból jelezték a hozzáférhetőségét a börtönökben.

**A drogproblémák
megjelenésének nagy aránya
a fogvatartottak körében azt
jelenti, hogy fontos
beavatkozás a börtönbe való
bekerüléskor végzett
egészségügyi állapotfelmérés**

BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2015

Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA tanulmányok.

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA tanulmányok.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms, Kábítószerügyi kiemelt témák.

Psychosocial interventions, Kábítószerügyi kiemelt témák.

2014

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

Drug policy profiles — Austria, EMCDDA tanulmányok.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA tanulmányok.

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 policy advocacy organisations, EMCDDA tanulmányok.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, tematikus tanulmány.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA tanulmányok.

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

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

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, Kábítószerügyi kiemelt témák.

The new EU drugs strategy (2013–20), 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

Drug policy profiles: Portugal.

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.

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.

Melléklet

**Az itt bemutatott országos adatok
az EMCDDA statisztikai közlönyéből származnak,
ahol további adatsorok, évek,
megjegyzések és metaadatok találhatók**

A1. TÁBLÁZAT

OPIOIDOK

Ország	Becsült problémás opioid-használat 1000 főre jutó esetszám	Kezelésiigény-indikátor, elsődleges kábítószer						Helyettesítő kezelés alatt álló kliensek szám
		Opiát-használó kliensek a kezelésre jelentkezők %-ában			Intravénás használat az opiát-használó kliensek %-ában (fő fogyasztási mód)			
		Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	Korábban kezelt jelentkezők	Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	Korábban kezelt jelentkezők	
Ország	1000 főre jutó esetszám	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	szám
Belgium	–	30,8 (2 816)	13 (416)	39 (2 024)	20,1 (547)	14,1 (57)	21,5 (420)	17 482
Bulgária	–	88,8 (1 744)	79,3 (211)	95,2 (954)	73,8 (876)	68,8 (141)	74,4 (585)	3 563
Cseh Köztársaság	1,5–1,5	17,2 (1 681)	7,8 (362)	25,6 (1 319)	89,4 (1 493)	86,9 (312)	90,1 (1 181)	3 500
Dánia	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	23 (20)	33,9 (193)	–	7 600
Németország	2,8–3,4	37,1 (29 891)	13,7 (3 217)	–	–	–	–	77 300
Észtország	–	92,9 (403)	81 (102)	98,6 (284)	84,8 (339)	90,2 (92)	83 (235)	1 166
Írország	–	51,3 (4 451)	29,7 (1 032)	66,8 (3 291)	41,3 (1 762)	33,7 (344)	43,6 (1 362)	9 640
Görögország	2,0–2,6	69,3 (3 367)	54,9 (1 145)	80 (2 194)	36,8 (1 227)	32,8 (372)	39,1 (850)	9 973
Spanyolország	1,7–2,6	26,8 (13 333)	11,4 (2 866)	43,7 (10 050)	17,8 (2 195)	11 (295)	19,6 (1 859)	69 111
Franciaország	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	53,5 (11 275)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	–	163 000
Horvátország	3,2–4,0	80,4 (6 315)	24 (270)	90 (5 992)	73,7 (4 581)	42,6 (104)	75,1 (4 446)	6 357
Olaszország	3,8–4,9	54,7 (18 072)	37,2 (4 782)	65,7 (13 290)	57 (9 678)	44,4 (1 906)	61,3 (7 772)	94 376
Ciprus	1,2–2,1	26,5 (270)	7,7 (37)	43,8 (232)	48,1 (126)	40 (14)	49,3 (112)	180
Lettország	4,1–9,7	52,1 (783)	19,7 (104)	69,6 (679)	63,7 (495)	84,6 (88)	60,5 (407)	328
Litvánia	2,3–2,4	86,8 (1 918)	62,8 (214)	91,9 (1 671)	–	100 (140)	–	592
Luxemburg	5,0–7,6	50,2 (145)	42,1 (8)	49,8 (116)	48,2 (68)	28,6 (2)	47 (54)	1 254
Magyarország	0,4–0,5	5,9 (236)	2,1 (54)	13,6 (160)	70,1 (157)	60,4 (32)	71,8 (112)	786
Málta	6,5–7,7	74,8 (1 352)	33,7 (67)	79,9 (1 285)	61,8 (816)	54,2 (32)	62,2 (784)	1 078
Hollandia	1,1–1,5	10,2 (1 195)	5,1 (343)	17 (852)	4,6 (51)	5,4 (16)	4,3 (35)	8 185
Ausztria	4,9–5,1	52 (1 537)	29,5 (361)	67,9 (1 176)	43,4 (536)	31,1 (100)	47,8 (436)	24 027
Lengyelország	0,4–0,7	26,4 (724)	8,2 (91)	39,3 (621)	58 (391)	43,4 (36)	60,3 (349)	1 725
Portugália	–	54,3 (1 634)	27,3 (380)	77,6 (1 254)	15,9 (238)	11,2 (38)	17,3 (200)	16 858
Románia	–	48,8 (802)	33,6 (240)	63,3 (543)	84,5 (622)	84,8 (189)	84,8 (420)	387
Szlovénia	4,3–5,8	81,5 (234)	60,6 (57)	91,7 (176)	48,7 (113)	36,8 (21)	52,3 (91)	4 065
Szlovákia	1,0–2,5	24,7 (558)	16 (185)	34,1 (363)	66,8 (367)	48,4 (89)	76,4 (272)	408
Finnország	3,8–4,5	64,2 (706)	40,4 (65)	69,2 (619)	81,6 (567)	73 (46)	82,5 (504)	2 439
Svédország	–	27,3 (7 760)	17,2 (2 211)	35,7 (5 549)	59,6 (140)	33,3 (11)	63,9 (129)	3 425
Egyesült Királyság	7,9–8,4	50,3 (49 871)	19,7 (6 813)	66,6 (42 636)	34,5 (16 871)	22,5 (1 484)	36,3 (15 191)	172 513
Törökország	0,2–0,5	76,3 (5 542)	68 (2 540)	85,1 (3 002)	39,7 (2 201)	29,3 (745)	48,5 (1 456)	28 656
Norvégia	1,9–3,1	26,9 (2 266)	–	–	–	–	–	7 055
Európai Unió	–	41 (168 102)	18,7 (28 425)	57,1 (109 107)	38,2 (46 285)	28,4 (6 153)	43,3 (37 806)	701 449
Az EU, Törökország és Norvégia	–	41,3 (175 910)	19,9 (30 965)	57,6 (112 109)	30,4 (48 486)	28,5 (6 898)	43,5 (39 262)	737 160

A problémás opioid-használatra vonatkozó becslés éve és módszere országoként különböző.

A kezelésiigény-indikátor az adott évben kezelésre jelentkezők megfigyelésére szolgál.

A2. TÁBLÁZAT

KOKAIN

Ország	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	Korábban kezelt jelentkezők	Összes kliens	Az első kezelésre jelentkezők	Korábban kezelt jelentkezők
Ország	%	%	%	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)
Belgium	–	2,0	2	15,6 (1 430)	15,2 (488)	15,9 (825)	6 (83)	1,3 (6)	7,1 (57)
Bulgária	0,9	0,3	4	0 (0)	2,6 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Cseh Köztársaság	0,4	0,3	1	0,2 (19)	0,3 (12)	0,1 (7)	11,1 (2)	16,7 (2)	0 (0)
Dánia	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Németország	3,4	1,6	3	5,9 (4 788)	5,6 (1 322)	–	–	–	–
Észtország	–	1,3	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Írország	6,8	2,8	3	7,8 (680)	9,2 (320)	6,6 (324)	1,7 (11)	0,3 (1)	2,9 (9)
Görögország	0,7	0,2	1	5,1 (250)	5,9 (122)	4,6 (127)	19,8 (49)	12,4 (15)	27 (34)
Spanyolország	10,3	3,3	3	39,2 (19 497)	40,2 (10 142)	38,5 (8 855)	2 (365)	1 (95)	3 (260)
Franciaország	5,4	2,3	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	7,5 (1 573)	9,9 (192)	4,1 (16)	–
Horvátország	2,3	0,9	2	1,5 (119)	2,6 (29)	1,3 (84)	0,9 (1)	0 (0)	1,2 (1)
Olaszország	4,2	1,3	1	25,8 (8 529)	31,4 (4 037)	22,2 (4 492)	3,5 (289)	2,9 (114)	4 (175)
Ciprus	1,3	0,6	4	12,2 (124)	9,3 (45)	14,7 (78)	5,8 (7)	0 (0)	9,3 (7)
Lettország	1,5	0,3	4	0,3 (5)	0,8 (4)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litvánia	0,9	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,3 (5)	–	–	–
Luxemburg	–	–	–	17,3 (50)	10,5 (2)	18 (42)	39,1 (18)	–	39 (16)
Magyarország	0,9	0,4	2	2 (81)	2,4 (60)	1,4 (17)	8,9 (7)	8,3 (5)	5,9 (1)
Málta	0,5	–	4	14,4 (260)	32,2 (64)	12,2 (196)	25,6 (65)	11,3 (7)	30,2 (58)
Hollandia	5,2	2,4	2	26,5 (3 113)	22,2 (1 494)	32,3 (1 619)	0,3 (8)	0,3 (4)	0,3 (4)
Ausztria	2,2	1,2	–	10,2 (301)	11,8 (145)	9 (156)	7,6 (18)	2,7 (3)	12,2 (15)
Lengyelország	0,9	0,3	3	2,4 (67)	1,9 (21)	2,8 (44)	6,3 (4)	4,8 (1)	7,3 (3)
Portugália	1,2	0,4	4	12,9 (388)	17,2 (239)	9,2 (149)	4,1 (14)	1,9 (4)	7,7 (10)
Románia	0,3	0,2	2	0,7 (11)	1,3 (9)	0,2 (2)	–	–	–
Szlovénia	2,1	1,2	3	3,5 (10)	6,4 (6)	2,1 (4)	30 (3)	16,7 (1)	50 (2)
Szlovákia	0,6	0,4	1	0,6 (13)	0,4 (5)	0,8 (8)	8,3 (1)	0 (0)	14,3 (1)
Finnország	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	100 (1)	–	–
Svédország	–	1,2	1	0,8 (236)	1,2 (151)	0,5 (85)	6,3 (2)	0 (0)	18,2 (2)
Egyesült Királyság	9,5	4,2	2	12,9 (12 756)	17,1 (5 888)	10,7 (6 851)	1,7 (204)	0,5 (29)	2,6 (175)
Törökország	–	–	–	1,1 (81)	1,1 (41)	1,1 (40)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norvégia	4,2	2,2	1	0,9 (79)	–	–	–	–	–
Európai Unió	4,6	1,9	–	13,5 (55 246)	16,5 (25 113)	13,4 (25 646)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)
Az EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	13 (55 406)	16,2 (25 154)	13,2 (25 686)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)

A normál népességre vonatkozó becsült előfordulás a reprezentatív országos felmérésekből származik. A felmérés éve és módszere országonként változik. Az iskolai népességre vonatkozó becsült előfordulás az országos iskolai felmérésekből vagy az ESPAD projektből származik.

A3. TÁBLÁZAT

AMFETAMINSZÁRMAZÉKOK

	Becsült előfordulás			Kezelésiigény-indikátor, elsődleges kábítószer					
	Normál népesség		Iskolai népesség	Amfetaminszármazékokat 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	Korábban kezelt jelentkezők	Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	Korábban kezelt jelentkezők
Ország	%	%	%	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)
Belgium	–	–	2	10,1 (925)	9,1 (292)	11 (574)	13,3 (118)	5,3 (15)	17,7 (97)
Bulgária	1,2	1,3	5	4,7 (93)	10,9 (29)	1,8 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Cseh Köztársaság	1,1	0,7	2	70,3 (6 865)	74,2 (3 431)	66,7 (3 434)	78,6 (5 365)	72,6 (2 473)	84,5 (2 892)
Dánia	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Németország	3,1	1,8	4	14,9 (12 026)	18,7 (4 365)	–	–	–	–
Észtország	–	2,5	3	3 (13)	5,6 (7)	1,4 (4)	76,9 (10)	57,1 (4)	100 (4)
Írország	4,5	0,8	2	0,6 (52)	0,9 (32)	0,4 (18)	5,9 (3)	9,7 (3)	0 (0)
Görögország	0,1	0,1	2	0,2 (12)	0,3 (7)	0,2 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Spanyolország	3,8	1,2	2	1 (512)	1,2 (307)	0,8 (186)	0,6 (3)	0,7 (2)	0,6 (1)
Franciaország	2,2	0,7	4	0,3 (98)	0,2 (22)	0,3 (60)	22,5 (18)	15,8 (3)	–
Horvátország	2,6	1,6	1	0,9 (69)	2 (22)	0,7 (46)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Olaszország	1,8	0,1	1	0,2 (51)	0,3 (37)	0,1 (14)	2 (1)	2,9 (1)	0 (0)
Ciprus	0,7	0,4	4	2,6 (26)	1,7 (8)	3,4 (18)	7,7 (2)	0 (0)	11,1 (2)
Lettország	2,2	0,6	4	15,1 (227)	21 (111)	11,9 (116)	68,2 (152)	64,2 (70)	71,9 (82)
Litvánia	1,2	0,5	3	3,4 (76)	10 (34)	1,9 (34)	–	–	–
Luxemburg	–	–	–	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Magyarország	1,8	1,2	6	11,6 (461)	11,6 (297)	11 (130)	15,3 (68)	11,3 (33)	24,2 (30)
Málta	0,3	–	3	0,2 (4)	0 (0)	0,2 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Hollandia	3,1	–	1	6,5 (760)	6,6 (445)	6,3 (315)	0,6 (4)	0,5 (2)	0,7 (2)
Ausztria	2,5	0,9	–	3,4 (102)	4,7 (58)	2,5 (44)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Lengyelország	2,9	1,4	4	25,9 (711)	25,8 (287)	26,5 (419)	10,8 (76)	3,9 (11)	15,7 (65)
Portugália	0,5	0,1	3	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	–
Románia	0,1	0,0	2	0,5 (8)	1 (7)	0 (0)	–	–	–
Szlovénia	0,9	0,8	2	0,7 (2)	1,1 (1)	0,5 (1)	–	–	–
Szlovákia	0,5	0,3	1	43,2 (978)	46,4 (535)	39,9 (425)	31,8 (300)	27,1 (142)	38 (154)
Finnország	2,3	1,6	–	11 (121)	11,8 (19)	10,8 (97)	76,7 (89)	52,6 (10)	81,9 (77)
Svédország	–	1,3	0	0,4 (112)	0 (6)	0,7 (105)	78,3 (83)	80 (4)	78 (78)
Egyesült Királyság	11,1	1,5	1	2,7 (2 725)	3,1 (1 058)	2,6 (1 656)	24 (607)	13 (125)	31,1 (482)
Törökország	0,1	0,1	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Norvégia	3,7	1,1	1	13,1 (1 104)	–	–	–	–	–
Európai Unió	3,5	1,0	–	6,7 (27 389)	7,6 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)
Az EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	6,7 (28 493)	7,4 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)

A4. TÁBLÁZAT

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	Korábban kezelt jelentkezők
Ország	%	%	%	% (szám)	% (szám)	% (szám)
Belgium	–	–	2	0,5 (43)	0,7 (23)	0,4 (19)
Bulgária	2,0	2,9	4	0,1 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Cseh Köztársaság	5,1	3,0	3	0,1 (8)	0,1 (4)	0,1 (4)
Dánia	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Németország	2,7	0,9	2	–	–	–
Észtország	–	2,3	3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Írország	6,9	0,9	2	0,5 (43)	0,8 (27)	0,3 (16)
Görögország	0,4	0,4	2	0,2 (8)	0,2 (5)	0,1 (3)
Spanyolország	4,3	1,5	2	0,3 (134)	0,4 (103)	0,1 (29)
Franciaország	4,2	2,3	3	0,5 (186)	0,2 (22)	0,6 (122)
Horvátország	2,5	0,5	2	0,3 (27)	0,6 (7)	0,3 (19)
Olaszország	1,8	0,1	1	0,2 (55)	0,2 (23)	0,2 (32)
Ciprus	0,9	0,3	3	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)
Lettország	2,7	0,8	4	0,2 (3)	0,4 (2)	0,1 (1)
Litvánia	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luxemburg	–	–	–	0,3 (1)	0 (0)	0,4 (1)
Magyarország	2,4	1,0	4	1,7 (69)	1,7 (43)	2 (23)
Málta	0,7	–	3	1,2 (22)	3,5 (7)	0,9 (15)
Hollandia	6,2	3,1	4	0,6 (67)	0,8 (55)	0,2 (12)
Ausztria	2,3	1,0	–	0,8 (23)	1,1 (13)	0,6 (10)
Lengyelország	1,1	0,3	2	0,2 (6)	0,1 (1)	0,3 (5)
Portugália	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Románia	0,7	0,4	2	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)
Szlovénia	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Szlovákia	1,9	0,9	0	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finnország	1,8	1,1	2	0,3 (3)	0,6 (1)	0,2 (2)
Svédország	–	1,0	1	0 (3)	0 (1)	0 (1)
Egyesült Királyság	9,3	3,0	2	0,3 (325)	0,7 (232)	0,1 (92)
Törökország	0,1	0,1	2	0,8 (55)	1,1 (41)	0,4 (14)
Norvégia	2,3	1,0	1	0 (0)	–	–
Európai Unió	3,6	1,4	–	0,3 (1 050)	0,4 (583)	0,2 (415)
Az EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	0,3 (1 105)	0,4 (624)	0,2 (429)

A5. TÁBLÁZAT

KANNABISZ

	Becsült előfordulás			Kezelésiigény-indikátor, elsődleges kábítószer		
	Normál népesség		Iskolai népesség	Kannabisz-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	Korábban kezelt jelentkezők
Ország	%	%	%	% (szám)	% (szám)	% (szám)
Belgium	14,3	11,2	21	33,6 (3 077)	54,3 (1 744)	23,1 (1 201)
Bulgária	7,5	8,3	22	3,9 (77)	4,5 (12)	1,8 (18)
Cseh Köztársaság	22,8	21,6	42	11 (1 077)	16,5 (763)	6,1 (314)
Dánia	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Németország	23,1	11,1	19	36,3 (29 252)	56,1 (13 138)	–
Észtország	–	13,6	24	3,7 (16)	12,7 (16)	0 (0)
Írország	25,3	10,3	18	28,9 (2 511)	47 (1 631)	16 (790)
Görögország	8,9	3,2	8	21,5 (1 045)	35,4 (737)	11 (302)
Spanyolország	30,4	17,0	28	29,9 (14 869)	43,6 (10 982)	14,8 (3 402)
Franciaország	40,9	22,1	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)	32,3 (6 804)
Horvátország	15,6	10,5	18	13,3 (1 047)	58,4 (658)	5,7 (381)
Olaszország	21,7	8,0	16	17,4 (5 766)	28 (3 593)	10,7 (2 173)
Ciprus	9,9	4,2	7	56,8 (579)	80,5 (388)	35,3 (187)
Lettország	12,5	7,3	24	27,3 (411)	51,4 (272)	14,3 (139)
Litvánia	10,5	5,1	20	2,9 (65)	11,7 (40)	1,3 (23)
Luxemburg	–	–	–	31,1 (90)	47,4 (9)	30,5 (71)
Magyarország	8,5	5,7	19	61 (2 429)	70 (1 787)	43,4 (511)
Málta	4,3	–	10	7,9 (142)	25,1 (50)	5,7 (92)
Hollandia	25,7	13,7	27	47,8 (5 613)	56,7 (3 826)	35,7 (1 787)
Ausztria	14,2	6,6	14	30 (887)	50,6 (620)	15,4 (267)
Lengyelország	12,2	8,1	23	33,4 (914)	51,6 (575)	20,3 (321)
Portugália	9,4	5,1	16	26,8 (806)	48,4 (674)	8,2 (132)
Románia	1,6	0,6	7	17 (279)	27,3 (195)	7,9 (68)
Szlovénia	15,8	10,3	23	12,5 (36)	31,9 (30)	3,1 (6)
Szlovákia	10,5	7,3	16	24,6 (557)	32 (369)	16,6 (177)
Finnország	18,3	11,2	12	14,6 (161)	34,2 (55)	10,8 (97)
Svédország	–	7,1	5	13,2 (3 763)	22,4 (2 881)	5,7 (882)
Egyesült Királyság	29,9	11,2	22	26,8 (26 618)	48,6 (16 775)	15,3 (9 771)
Törökország	0,7	0,4	4	12,7 (920)	17,5 (653)	7,6 (267)
Norvégia	23,3	12,0	5	20,3 (1 705)	–	–
Európai Unió	23,3	11,7	–	29,4 (120 504)	45,5 (69 074)	16,2 (30 977)
Az EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	28,9 (123 129)	44,8 (69 727)	16,1 (31 244)

A6. TÁBLÁZAT

MÁS INDIKÁTOROK

	Kábítószer okozta halálesetek (15–64 évesek)	Intravénás kábítószer-használatnak tulajdonított HIV-diagnózisok (ECDC)	Intravénás kábítószer-használat (becsült)	A speciális programokban kiosztott fecskendők
Ország	egymillió lakosra jutó esetszám (szám)	egymillió lakosra jutó esetszám (szám)	1000 lakosra jutó esetszám	szám
Belgium	10,5 (77)	1,5 (17)	2,5–4,8	907 504
Bulgária	4,3 (21)	4,5 (33)	–	431 568
Cseh Köztársaság	5,1 (37)	0,6 (6)	5,9–6,0	6 181 134
Dánia	60 (218)	2,3 (13)	–	–
Németország	17,6 (956)	1,2 (100)	–	–
Észtország	126,8 (111)	54,5 (72)	4,3–10,8	2 183 933
Írország	58,5 (177)	3,9 (18)	–	360 041
Görögország	–	22,4 (248)	0,6–0,9	429 517
Spanyolország	12,2 (383)	3,1 (145)	0,3–0,4	2 684 251
Franciaország	6,8 (283)	1 (67)	–	–
Horvátország	16,8 (48)	0 (0)	0,3–0,6	273 972
Olaszország	8,9 (343)	2,7 (162)	–	–
Ciprus	4,9 (3)	0 (0)	0,2–0,5	0
Lettország	8,1 (11)	38 (77)	7,3–11,7	341 421
Litvánia	27,1 (54)	20,9 (62)	–	168 943
Luxemburg	29,7 (11)	9,3 (5)	4,5–6,9	191 983
Magyarország	4,6 (31)	0,1 (1)	0,8	435 817
Málta	10,4 (3)	7,1 (3)	–	357 691
Hollandia	10,2 (113)	0,3 (5)	0,2–0,2	–
Ausztria	24,2 (138)	2,5 (21)	–	4 762 999
Lengyelország	7,6 (207)	1 (39)	–	–
Portugália	3,0 (21)	7,4 (78)	–	950 652
Románia	2,2 (30)	7,4 (149)	–	2 051 770
Szlovénia	19,9 (28)	1 (2)	–	513 272
Szlovákia	6,5 (25)	0 (0)	–	321 339
Finnország	54,3 (191)	0,6 (3)	4,1–6,7	3 834 262
Svédország	69,7 (426)	0,8 (8)	–	229 362
Egyesült Királyság	44,6 (1 858)	1,8 (112)	2,9–3,2	9 457 256 ⁽¹⁾
Törökország	4,4 (224)	0,1 (4)	–	–
Norvégia	69,6 (232)	1,6 (8)	2,2–3,0	3 011 000
Európai Unió	17,3 (5 804)	2,9 (1 446)	–	–
Az EU, Törökország és Norvégia	16 (6 260)	2,5 (1 458)	–	–

Az intravénás kábítószer-használatra vonatkozó becslések közvetett módszerekkel készülnek, a becslés éve országonként változó.

⁽¹⁾ Az adatok Skóciára és Walesre (2013), valamint Észak-Írországra (2012) vonatkoznak.

A7. TÁBLÁZAT

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	1 182	2 431	6 486	3 653	216	3 085	37 152 (–)	1 338
Bulgária	157	32	20	–	193	8	4 169 (29)	–
Cseh Köztársaság	5	38	36	106	70	495	5 061 (0,04)	114
Dánia	14	461	681	2 286	341	2 167	7 706 (–)	590
Németország	270	3 065	1 315	3 622	1 339	12 801	480 839 (–)	2 233
Észtország	0	2	2	47	28	290	3 341 (0,2)	92
Írország	61	690	66	366	23	114	465 083 (–)	464
Görögország	235	2 158	706	437	16	81	34 579 (0,4)	47
Spanyolország	291	6 502	26 701	38 033	497	3 471	154 732 (–)	2 301
Franciaország	570	–	5 612	–	501	–	414 800 (–)	–
Horvátország	10	167	9	171	13	414	0 (0,9)	170
Olaszország	882	2 560	4 966	6 031	103	128	4 713 (17)	136
Ciprus	0,7	16	3	105	1	38	504 (0,1)	14
Lettország	0,7	288	1	34	46	744	60 (0,003)	18
Litvánia	13	100	3	12	71	97	54 (0,5)	13
Luxemburg	4	127	1	103	5	6	13 (–)	3
Magyarország	6	32	8	117	75	586	17 664 (2)	181
Málta	1	51	4	115	0	3	30 375 (–)	45
Hollandia ⁽¹⁾	750	–	10 000	–	681	–	–	–
Ausztria	80	346	25	992	29	859	5 768 (–)	119
Lengyelország	49	–	21	–	685	–	45 997 (–)	–
Portugália	55	792	2 440	1 108	5	48	2 160 (1)	80
Románia	112	273	53	75	0	42	27 506 (0,04)	142
Szlovénia	7	339	3	196	16	273	922 (0,9)	53
Szlovákia	0,2	73	1	23	4	634	47 (–)	17
Finnország	0,2	113	5	205	91	3 149	121 600 (–)	795
Svédország	6	485	81	1 452	677	4 541	26 919 (16)	743
Egyesült Királyság ⁽¹⁾	831	10 648	3 324	18 569	1 491	6 515	1 173 100 (–)	3 716
Törökország	13 480	6 096	450	863	1 242	132	4 441 217 (–)	4 274
Norvégia	55	1 192	188	1 086	514	7 229	7 298 (3)	411
Európai Unió	5 593	31 789	62 573	77 858	7 217	40 589	3 064 864 (68)	13 424
Az EU, Törökország és Norvégia	19 128	39 077	63 211	79 807	8 973	47 950	7 513 379 (71)	18 109

Az amfetaminszármazékokba az amfetamin és a metamfetamin tartozik bele.

⁽¹⁾ A lefoglalási adatok 2012-re vonatkoznak.

A7. TÁBLÁZAT

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	4 275	5 529	14 882	23 900	396 758 (–)	1 212
Bulgária	5	9	579	69	18 126 (24)	11
Cseh Köztársaság	1	28	735	875	73 639 (–)	361
Dánia	3 292	11 030	394	1 896	– (5634)	645
Németország	1 770	5 638	4 827	28 875	107 766 (–)	2 026
Észtország	109	24	51	524	– (16)	42
Írország	677	367	1 102	1 770	6 309 (–)	427
Görögország	8	143	20 942	6 743	23 008 (0)	599
Spanyolország	319 257	180 342	16 298	172 341	176 879 (–)	2 305
Franciaország	70 918	–	4 758	–	141 374 (–)	–
Horvátország	5	359	1 047	4 171	3 957 (–)	213
Olaszország	36 347	5 261	28 821	5 701	894 862 (–)	1 227
Ciprus	1	16	99	849	403 (–)	62
Lettország	106	28	29	412	– (344)	31
Litvánia	1 088	11	124	199	– (–)	–
Luxemburg	8	81	11	832	8 (–)	6
Magyarország	5	103	863	2 040	5 307 (–)	196
Málta	1	71	10	85	27 (–)	3
Hollandia ⁽¹⁾	2 200	–	12 600	–	1 218 000 (–)	–
Ausztria	130	1 512	1 432	8 270	– (196)	327
Lengyelország	208	–	1 243	–	69 285 (–)	–
Portugália	8 681	3 087	96	559	8 462 (–)	354
Románia	25	284	165	1 799	8 835 (110)	79
Szlovénia	0,5	73	810	3 673	9 515 (–)	212
Szlovákia	0,0	21	81	1 307	1 039 (–)	32
Finnország	122	1 467	285	6 167	23 000 (63)	3 409
Svédország	1 160	6 937	928	9 221	– (–)	–
Egyesült Királyság ⁽¹⁾	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625 (–)	15 846
Törökország	94 279	5 331	180 101	60 742	– (–)	3 706
Norvégia	2 283	11 875	491	5 444	– (159)	386
Európai Unió	463 831	239 781	126 455	431 024	3 742 184 (6 387)	29 625
Az EU, Törökország és Norvégia	560 393	256 987	307 047	497 210	3 742 184 (6 546)	33 717

⁽¹⁾ A lefoglalási adatok 2012-re vonatkoznak, a Hollandiában lefoglalt kannabisznövények száma kivételével, amely 2013-ra vonatkozik.

HOGYAN JUTHAT HOZZÁ AZ EURÓPAI UNIÓ KIADVÁNYAIHOZ?

Ingyenes kiadványok

egy példány:
az EU Bookshopból (<http://bookshop.europa.eu>)

több példány, valamint plakátok, térképek rendelése:
az Európai Unió képviselőin keresztül
(http://ec.europa.eu/represent_hu.htm),
nem uniós országokban a küldöttségektől
(http://eeas.europa.eu/delegations/index_hu.htm),
a Europe Direct szolgáltatáson keresztül
(http://europa.eu/europedirect/index_hu.htm)
vagy a 00 800 6 7 8 9 10 11 telefonszám
tárcsázásával
(ingyenesen hívható az EU egész területéről) (*).

(*) A legtöbb hívás és a megadott információk ingyenesek
(noha egyes mobiltelefon-szolgáltatókon keresztül,
telefonfülkékből és hotelekből a számot csak díjfizetés
ellenében lehet hívni).

Megvásárolható kiadványok

az EU Bookshopból (<http://bookshop.europa.eu>)

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 statisztikai közlőnyel, az országok szerinti áttekintésekkel és a kábítószerügyi kiemelt témákkal együtt ez alkotja a 2015. évi európai kábítószer-jelentés-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 lisszaboni székhelyű EMCDDA az Európai Unió decentralizált ügynökségeinek egyike.