Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

HU

ISSN 2314-9140

Európai kábítószer-jelentés

Tendenciák és fejlemények

2016

Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

Európai kábítószer-jelentés

Tendenciák és fejlemények

2016

Jogi nyilatkozat

A Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontjának (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 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 bármely ügynökségének vagy intézményének hivatalos véleményét.

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

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

(*) A legtöbb hívás és a megadott információk ingyenesek (noha egyes mobiltelefon-szolgáltatókon keresztül, telefonfülkékből 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, török és norvég nyelven érhető el. Mindegyik fordítást az Európai Unió Szerveinek Fordítóközpontja készítette.

Luxembourg: Az Európai Unió Kiadóhivatala, 2016

ISBN: 978-92-9168-897-5
doi:10.2810/880573

© Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja, 2016
A sokszorosítás a forrás megjelölésével megengedett.

Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja (2016), *Európai kábítószer-jelentés 2016: Tendenciák és fejlemények,* Az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.

Printed in Belgium

Elemiklór-mentes papírra 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
Újabb jelek utalnak az európai kábítószerpiac rugalmasságára

17 1. FEJEZET
Kábítószer-kínálat és a piac

37 2. FEJEZET
A kábítószer-használat prevalenciája és tendenciái

53 3. FEJEZET
Kábítószerrel összefüggő ártalmak és válaszlépések

71 MELLÉKLET
Az országos adatok táblázatos formában

Előszó

Az EMCDDA újonnan megválasztott igazgatója és az ügynökség igazgatótanácsának elnöke első alkalommal mutatja be nagy örömmel az EMCDDA 21. éves elemzését az európai kábítószerhelyzetről. A 2016. évi európai kábítószer-jelentés az előző évekhez hasonlóan most is aktuális áttekintést ad az európai kábítószerhelyzettel kapcsolatos legfrissebb tendenciákról és fejleményekről, egy integrált, multimédiás csomag formájában. Ez a jelentés egyedülálló abban a tekintetben, hogy naprakész és egyben magas szintű áttekintést nyújt a kábítószer-használatról, a kábítószer-problémákról és a kábítószerpiacokról, és ezt a helyzetelemzést kiegészíti a kábítószer-politikákkal és a gyakorlattal kapcsolatos információkkal.

Az idei elemzés ismét felhívja a figyelmet arra, hogy Európa mindinkább egy olyan összetett kábítószer-problémával áll szemben, amelyben a stimulánsok, az új pszichoaktív szerek, a visszaélésszerűen használt gyógyszerek és a problémás kannabiszhasználat egyre nagyobb szerepet játszik. A jelentés arra is emlékeztet bennünket, hogy a korábbi problémák némelyike még mindig fennáll, jóllehet most már más kihívásokat jelent a politika és a gyakorlat számára. A 2016. évi elemzés központi kérdése továbbra is az európai opiátprobléma, ami azt tükrözi, hogy ezek a kábítószerek változatlanul jelentős hatással vannak a megbetegedésekre és a halálozásra. Azt tapasztaljuk, hogy manapság egyre bonyolultabb a heroin és a szintetikus opiátok használata közötti kapcsolat, amihez az opiátokhoz köthető halálesetek összesített becslésében jelentkező aggasztó növekedés társul. Napjainkban az európai kezelési szolgáltatásoknak a heroinhasználók idősödő csoportjának egyre összetettebb egészségügyi szükségleteit is figyelembe kell venniük, és a döntéshozók azzal a nehéz kérdéssel küszködnek, hogy e csoport esetében melyek a legmegfelelőbb hosszú távú terápiás célok. Ugyanakkor a világ más részein újonnan elterjedő heroinhasználatról érkező hírek arra figyelmeztetnek bennünket, hogy ezen a területen éberségre van szükség, és továbbra is elengedhetetlen a folyamatos megfigyelés.

A jelentés egy közös erőfeszítés eredménye, ezért köszönettel tartozunk mindenkinek, aki hozzájárult a létrejöttéhez. Mint mindig, most is a Reitox nemzeti fókuszpontoktól és a nemzeti szakértőktől származó adatok alkotják az itt ismertetett elemzés alapját. Méltányoljuk az európai szintű partnerintézményeinktől – különösen az Európai Bizottságtól, az Europoltól, az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központtól és az Európai Gyógyszerügynökségtől – kapott információkat is. Örömmel jegyezzük meg, hogy az idei jelentés további, európai kutatási hálózatoktól származó, városi szintű

információkat tartalmaz, amelyek kiegészítik a szennyvízelemzéssel és a kábítószer-fogyasztással összefüggő kórházi sürgősségi esetekkel kapcsolatos nemzeti adatokat, és gazdagítják az európai drogfogyasztási mintázatokra és ártalmakra vonatkozó ismereteinket.

Végezetül felhívjuk a figyelmet arra, hogy a jelentés kiadására a kábítószer-politika európai és nemzetközi alakulása szempontjából egyaránt fontos időszakban kerül sor. Most következik a jelenlegi európai kábítószer-stratégiához tartozó cselekvési terv eredményeinek értékelése, valamint elkezdődött az európai kábítószer-stratégia következő évekre tervezett megvalósulásához szükséges tevékenységek mérlegelése. Az európai országok az ENSZ Közgyűlésének idén áprilisban New Yorkban megtartott rendkívüli ülésszakát övező nemzetközi vitákban is aktívan részt vettek. Az európai álláspont hangsúlyozta az emberi jogok iránti határozott elkötelezettségre épülő, kiegyensúlyozott és tényeken alapuló megközelítés értékét. Véleményünk szerint Európa hitelesen vehet résztebben a vitában, aminek az egyik oka, hogy elkötelezte magát az előttünk álló problémák változó jellegének megértése iránt, és kritikusan értékeli, mi az, ami működik. Büszkék vagyunk arra, hogy ez a jelentés, valamint az EMCDDA és a nemzeti partnereinek munkája továbbra is hozzájárul ehhez a megértéshez, és változatlanul meggyőződésünk, hogy a megbízható információk nélkülözhetetlenek az e területen alkalmazott hatékony szakpolitikákhoz és intézkedésekhez.

Laura d'Arrigo
az EMCDDA igazgatótanácsának elnöke

Alexis Goosdeel
az EMCDDA igazgatója

Bevezető és köszönetnyilvánítás

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

Az aktuális jelentés célja, hogy összefoglaló áttekintést adjon az európai kábítószerhelyzetről és a kapcsolódó válaszlépésekről. Az itt közölt statisztikai adatok 2014-re (illetve az utolsó rendelkezésre álló évre) vonatkoznak. A tendenciák elemzése kizárólag a megadott időszakban zajló változások leírásához elegendő adatot szolgáltató országokon alapul. Eltérő megjelölés hiányában a vizsgálat szerint a statisztikai szignifikancia szintje 0,05. Az olvasónak mindazonáltal azzal is tisztában kell lennie, hogy a kábítószer-használathoz hasonló rejtett, megbélyegzett magatartásformák esetében a mintázatok és tendenciák megfigyelése gyakorlati és módszertani szempontból egyaránt kihívás. Emiatt a jelentésben közölt elemzés többféle adatforrásra támaszkodik. Bár érdemi előrelépéseket lehet megfigyelni, úgy országos szinten, mint a tekintetben, hogy egy európai szintű elemzésben mit lehet elérni, el kell ismerni a területtel kapcsolatos módszertani nehézségeket. Az értelmezéskor ezért indokolt az óvatosság, különösen az egyes országok valamely 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 igazgatótanácsának és tudományos bizottságának tagjai;
- az Európai Parlament, az Európai Unió Tanácsa – különösen a kábítószerekkel foglalkozó horizontális munkacsoport – és az Európai Bizottság;
- az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC), az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) és az Europol;
- az Európa Tanács Pompidou-csoportja, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, a WHO Európai Regionális Irodája, az Interpol, a Vámigazgatások Világszervezete, az Európai Iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól(ESPAD), az Európai Szennyvízelemző Központi Csoport (SCORE), a European Drug Emergencies Network (Euro-DEN) 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 kábítószerekkel és kábítószer-függőséggel foglalkozó európai információs hálózat. A hálózat az EU-tagállamokban, a tagjelölt Törökországban, Norvégiában, valamint az Európai Bizottságnál működő nemzeti fókuszpontokból áll. A kormányaik fennhatósága alatt dolgozó fókuszpontok azok a nemzeti hatóságok, amelyek a kábítószerekkel kapcsolatban információt szolgáltatnak az EMCDDA részére. A nemzeti fókuszpontok elérhetősége az EMCDDA weboldalán található.

Összefoglalás

Az európai drogpolitikának tágabb és összetettebb szakpolitikai kérdéskört kell felölelnie

Újabb jelek utalnak az európai kábítószerpiac rugalmasságára

Az itt bemutatott elemzés szerint az európai kábítószerpiac változatlanul rugalmas, de emellett némely, különösen a kannabiszra és stimuláns kábítószerekre vonatkozó mutatók alapján jelenleg emelkedő tendencia észlelhető. A kínálatra vonatkozó adatok összességében arra utalnak, hogy a tiltott szerek többségének a tisztasága és a potenciája magas vagy növekszik. A prevalenciára vonatkozó legfrissebb felmérési adatok többsége szintén a gyakrabban fogyasztott kábítószerek becsült használatának mérsékelt növekedését mutatja. Ezenkívül összetettebbé vált a kábítószerpiac: a fogyasztók a jól ismert szerek mellett új anyagokhoz férhetnek hozzá, vannak arra utaló jelek, hogy a gyógyszerek egyre fontosabbá válnak, és a polidroghasználati mintázatok általánosak lettek a drogproblémákkal küzdők körében. A probléma megállítása szempontjából kihívást jelent, hogy a kannabisz, a szintetikus kábítószerek, sőt bizonyos opiátok és új pszichoaktív szerek előállítása is most már Európában, a fogyasztói piacokhoz közel zajlik. Ez az új elemzés összességében arra hívja fel a figyelmet, hogy az európai drogpolitikának a korábbiaknál tágabb és összetettebb szakpolitikai kérdéskört kell felölelnie.

Az MDMA újbóli megjelenése

Az MDMA mint a fiatalok által gyakran választott stimuláns visszatérése jól szemlélteti a jelenkori kábítószerpiac által előidézett új kihívások némelyikét. Úgy tűnik, hogy a prekurzorok beszerzésével kapcsolatos innováció, az új előállítási módszerek és az online kínálat mind abba az irányba hatnak, hogy az MDMA visszatér a jelenleg sokféle terméket felvonultató piacra. A szer nagy hatóanyag-tartalmú por, kristály és különböző logójú, színű és formájú tabletta formájában kapható, és a tények a megrendelésre való termelésre, valamint a kifinomult és célzott marketing alkalmazására utalnak. Ez átgondolt stratégia lehet az előállítók részéről, hogy növekedjen a szer ismertsége egy olyan hosszú időszak után, amikor a rossz minőség és a hamisítás miatt visszaesett a használata. Vannak arra utaló jelek, hogy ez eredményre vezethet, és az MDMA népszerűbbé válik az ismert stimulánsfogyasztók és a fiatal

szerhasználók új generációjának körében is. Ez arra mutat, hogy a prevenciós és ártalomcsökkentő lépéseknek a szerhasználók azon új populációját kell megcélozniuk, amelynek tagjai nagy hatóanyag-tartalmú termékeket fogyaszthatnak, de nincsenek tudatában a kapcsolódó kockázatoknak.

Az új adatok a stimulánsfogyasztás és az ártalmak regionális jellemzőire hívják fel a figyelmet

A jelentés javaslata szerint nagyobb hangsúlyt kell fektetni a stimulánsok használata és az azzal összefüggő ártalmak helyi mintázatainak megállapítására és a válaszlépésekre. A szennyvízelemzésből származó legfrissebb eredmények, valamint a lefoglalási és kutatási adatok mind arra hívják fel a figyelmet, hogy Európában regionális különbségek figyelhetők meg a stimulánsfogyasztási mintázatok terén. Úgy tűnik, hogy a kokainhasználat a nyugat- és dél-európai országokban nagyobb mértékű, míg az amfetaminszármazékok Észak- és Kelet-Európában népszerűbbek. Középtávon a kokain és az amfetamin tisztasága is nőtt, míg az árak nagyjából változatlanok maradtak. Egyre nyilvánvalóbbá válnak a stimulánsokkal összefüggő problémák is. Aggodalomra ad okot, hogy egyes országokban nőtt az amfetaminszármazékokkal összefüggő új kezelési igények száma, és a kezelésbe lépők közel fele injektálásról számolt be. Az intravénás stimulánshasználattal összefüggenek az egyes marginalizálódott populációkban a közelmúltban kitört HIV-járványok. Egyre aggályosabb a stimulánsok injektálása és a kockázatos szexuális magatartás magas szintje közötti összefüggés is. Ezt jelezték egyes európai városokból olyan férfiak kis csoportjaiban, akik más férfiakkal létesítenek szexuális kapcsolatot, ami arra mutat, hogy fokozottabb együttműködésre és közös válaszlépésekre van szükség a kábítószer-használókat ellátó és szexuális egészségügyi szolgálatok részéről.

A kannabisszal kapcsolatos válaszlépések továbbra is nagy kihívást jelentenek az európai drogpolitika számára

Nemzetközi és európai szinten is jelentős nyilvános és politikai vita folyik a kannabisszal kapcsolatos különböző szakpolitikai lehetőségek költségeiről és előnyeiről. A jelentésben bemutatott adatok információt nyújtanak ehhez a vitához azzal, hogy rávilágítanak néhány komplex kérdésre, amelyet figyelembe kell venni. Fontos ez a téma, mivel összességében úgy tűnik, hogy a kannabiszhasználat szintje nem csökken, sőt, egyes populációkban még növekedni is kezdhet. A kannabisz megnövekedett használatát jelezte azon országok többsége, amelyek az utóbbi időben (2013 óta) becslést készítettek a fogyasztási adatokról.

Az új becslések azt mutatják, hogy értékét tekintve a kannabisz teszi ki a kábítószerek európai piacának legnagyobb részét. A kannabisztermesztés a szervezett bűnözés jelentős bevételi forrásává vált. A kannabisz több forrásországból történő importálása és az Európán belüli termesztés növekedése nagy kihívást jelent a bűnüldözés számára, amely igénybe veszi a már így is leterhelt rendőrséget és vámhatóságokat. Ezenkívül a kábítószerrel összfüggő összes bűncselekmény körülbelül háromnegyedét a kannabiszhoz köthető bűncselekmények teszik ki, amelyek zömét a használat és a személyes használatra történő birtoklás alkotja.

Egyre alaposabban sikerül megismerni a kannabiszhasználattal összefüggő egészségügyi és szociális költségeket is. Ezek a költségek a gyakoribb és hosszabb távú használók körében a legjelentősebbek; becslések szerint az európai felnőtt lakosság körülbelül 1%-a használja naponta vagy közel naponta a szert. A korábbi adatokkal összehasonlítva a hasis és a marihuána hatóanyag-tartalma is nagy, ami aggasztó, mivel emiatt több kockázat fenyegetheti mind az akut, mind a krónikus egészségügyi problémákkal küzdő szerhasználókat. Jelenleg a kannabisz játszik szerepet az újonnan kezelésre jelentkezők többségének esetében, bár a kezelés megkezdésére vonatkozó adatokat a beutalás menetével, valamint annak az átfogó meghatározásával összefüggésben kell értelmezni, hogy mi minősül ellátásnak e populáció vonatkozásában. Ezen a területen a szakpolitikai válaszlépéseknek azt is figyelembe kell venniük, hogy a világ néhány más részétől eltérően Európában a kannabiszt általában dohánnyal elkeverve fogyasztják, ami miatt fontos a kannabisz és a dohánytermékek ellenőrzésével kapcsolatos politikák közötti szinergia.

Az új pszichoaktív szerek lefoglalásában a szintetikus kannabinoidok vannak túlsúlyban

A nemzetközi és az európai drogpolitikák számára az is kihívást jelent, hogy hogyan reagáljanak hatékonyan az új szerek dinamikus és állandóan változó piacára. Az új

Értékét tekintve a kannabisz teszi ki a kábítószerek európai piacának legnagyobb részét

KÖRKÉP – BECSLÉSEK AZ EURÓPAI UNIÓN BELÜLI KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLATRÓL

Kannabisz

Felnőttek (15–64 év)

Használat ideje:

Előző év **22,1 millió** — 6,6 %

Életprevelancia **83,2 millió** — 24,8 %

Fiatal felnőttek (15–34 év)

Előző év **16,6 millió** — 13,3 %

Legalacsonyabb 3,2 % — Legmagasabb 23,9 %

Országos becslések az előző évi használatról

Kokain

Felnőttek (15–64 év)

Használat ideje:

Előző év **3,6 millió** — 1,1 %

Életprevelancia **17,1 millió** — 5,1 %

Fiatal felnőttek (15–34 év)

Előző év **2,4 millió** — 1,9 %

Legalacsonyabb 0,2 % — Legmagasabb 4,2 %

Országos becslések az előző évi használatról

MDMA

Felnőttek (15–64 év)

Használat ideje:

Előző év **2,5 millió** — 0,8 %

Életprevelancia **13,0 millió** — 3,9 %

Fiatal felnőttek (15–34 év)

Előző év **2,1 millió** — 1,7 %

Legalacsonyabb 0,3 % — Legmagasabb 5,5 %

Országos becslések az előző évi használatról

Amfetaminszármazékok

Felnőttek (15–64 év)

Használat ideje:

Előző év **1,6 millió** — 0,5 %

Életprevelancia **12,0 millió** — 3,6 %

Fiatal felnőttek (15–34 év)

Előző év **1,3 millió** — 1,0 %

Legalacsonyabb 0,1 % — Legmagasabb 2,9 %

Országos becslések az előző évi használatról

Opiátok

Magas kockázatú opiáthasználók **1,3 millió**

Halálos kimenetelű túladagolások — 82 %

A halálos kimenetelű túladagolások 82%-ában mutatnak ki opiátokat

644 000

2014-ben 644 000 opiáthasználó részesült helyettesítő kezelésben

Kezelési igények

Az Európai Unióban az összes drogfogyasztói kezelési igény kb. 40%-ában szerepel fő kábítószerként — 40 %

Új pszichoaktív szerek

Fiatal felnőttek (15–24 év)

Használat ideje:

Előző év — 3,0 %

Életprevelancia — 8,0 %

Forrás: a Flash Eurobarometer fiatalokról és kábítószerekről szóló 2014-ös felmérése.

Megjegyzés: A teljes adatsort és a módszertanra vonatkozó információkat lásd a jelentéshez tartozó online statisztikai közlönyben.

pszichoaktív szerek használatáról nagyon kevés információ áll rendelkezésre, de a relatív hozzáférhetőségükbe némi betekintést ad, hogy 2014-ben ezekből a szerekből 50 000 lefoglalást jelentettek be. Ezeknek több mint 60%-át a szintetikus kannabinoidok tették ki, és ez a kábítószercsoport kimagasló arányban van jelen az első alkalommal 2015-ben azonosított, az EU új pszichoaktív szereket nyilvántartó Korai Jelzőrendszer felé bejelentett 98 új szer között is. Ezek közül huszonnégy szintetikus kannabinoid volt – olyan kábítószer, amely ugyanazon agyi receptorokra hat, mint a THC, a természetes kannabiszban található fő hatóanyagok egyike. Az egészség szempontjából azonban sok szintetikus kannabinoid lényegesen mérgezőbb: tömeges mérgezéseket, sőt haláleseteket is jelentettek. E szerek veszélyességére az EMCDDA által 2016 februárjában kiadott riasztás mutat rá azzal az MDMB-CHMICA szintetikus kannabinoiddal kapcsolatban, amelyet 13 halálesettel és 23 nem halálos kimenetelű mérgezéssel hoztak összefüggésbe. Ezt a vegyi anyagot több mint 20 különböző elszívható keverékben mutatták ki, nyolc országból haláleseteket, illetve mérgezést jeleztek, de máshol is előfordulhattak ilyen esetek. Az ilyen termékek fogyasztói általában nincsenek tisztában a bennük található vegyületekkel.

A Korai Jelzőrendszer felé bejelentett ellenőrizetlen stimulánsokhoz és opiátokhoz is kapcsolódnak nemkívánatos események. Ezen a területen az egyik fő kihívás az, hogy hatékonyan és gyorsan kell reagálni az ismeretlen vegyületek értékesítésére, amelyek némelyike utóbb rendkívül mérgezőnek bizonyul. Előfordulhat, hogy a fiatal fogyasztókat tudtukon kívül kísérleti nyúlként használják olyan szerekhez, amelyek potenciális egészségügyi kockázatai jórészt ismeretlenek. Erre példa az alfa-PVP nevű szintetikus katinon, amelynek kockázatértékelését 2015 novemberében végezték el. Ezt az erős pszichostimulánst Európában közel 200 akut mérgezéssel és több mint 100 halálesettel hozták összefüggésbe.

Egyre inkább úgy tűnik, hogy az új pszichoaktív szerek előállítói a kábítószerpiac krónikusabb és problémásabb szegmenseit célozzák meg. Hozzá lehet jutni például ellenőrizetlen szintetikus opiátokhoz, köztük a fentanil családjába tartozó szerekhez. Ezek a kábítószerek különösen ártalmasak lehetnek. Erre példa az acetilfentanil, amelynek kockázatértékelését az EMCDDA és az Europol 2015-ben végezte el. Új pszichoaktív szereket találtak egyes gyógyszerek, például benzodiazepinek helyettesítőjeként forgalmazott termékekben is, amely gyógyszerek visszaélésszerű használata néhány országban fontos szerepet tölt be a drogproblémában.

A túladagolásos halálesetek számának növekedése: ismét reflektorfényben a heroin

Az idei elemzés felhívja a figyelmet a heroinnal és más opiátokkal összefüggő túladagolások számának növekedésével kapcsolatos új aggodalmakra is. A halálos kimenetelű túladagolásokra vonatkozó adatokban kimagasló arányban szerepel a heroin, és a kórházi sürgősségi felvételekre vonatkozó új európai városi szintű adatokban is a leggyakoribb kábítószerként tüntetik fel. Nagyon változó, hogy az egyes városokban mely szerek felelősek a kábítószerrel összefüggő sürgősségi esetekért: néhány helyen a kannabisz, a kokain és egyéb stimulánsok is jelentős szerepet játszanak. Jelenleg az akut drogproblémákról nincs szisztematikus európai szintű adatgyűjtés. A városi szintű kísérleti tanulmány azt jelzi, hogy az ezen a területen hasznos lenne a rutin megfigyelés a megjelenő drogproblémák hatásának jobb megértéséhez és nyomon követéséhez.

Több olyan, zömében észak-európai ország számolt be az opiáttal összefüggő halálesetek számának közelmúltbeli növekedéséről, ahol már régóta tapasztalhatók opiáthoz köthető problémák. Nem könnyű azonban megérteni, hogy mi áll az e területen megfigyelhető tendenciák hátterében. A lehetséges magyarázatok közé tartozik a heroin hozzáférhetőségének növekedése, a kábítószerek nagyobb tisztasága, az idősödő és kiszolgáltatottabb szerhasználói csoport és a változó drogfogyasztási mintázatok (beleértve a szintetikus opiátok és a gyógyszerek használatát). A bejelentési gyakorlat változásai is fontosak lehetnek. A kínálati oldalra vonatkozó adatok, többek között az afganisztáni heroinelőállítás becsült nagyságának, illetve a heroinlefoglalások méretének emelkedése és a nagyobb tisztaság mind a hozzáférhetőség lehetséges növekedésére mutatnak. Jelenleg azonban nincsenek szilárd bizonyítékok a heroinfogyasztás új növekedésére, a heroinnal kapcsolatos kezelésbe való belépések száma csökken vagy állandó, a túladagolások pedig továbbra is elsősorban az idősebb opiáthasználók körében jelentenek problémát. Mindemellett egyes országokban a túladagolásos halálesetek számának kismértékű növekedését észlelték a fiatalabb szerhasználók csoportjában, és ez alaposabb figyelmet érdemel.

A szintetikus opiátok használata: indokolt az aggodalom

Úgy tűnik, hogy Európa egyes részein a szintetikus opiátok és a gyógyszerek szintén fontos tényezői a kábítószerrel összefüggő haláleseteknek. Aggodalomra ad okot a terápiás szolgáltatóktól eltérített vagy engedély nélküli forrásokból beszerzett benzodiazepinekkel és más

gyógyszerekkel való visszaélés, de az továbbra is alig ismert, hogy ezek a szerek milyen szerepet játszanak Európában a túladagolásos halálesetekben. A szintetikus opiátokról több adat áll rendelkezésre. A szintetikus opiáttermékek – amelyeket nem kizárólag, de leginkább helyettesítő kezelésre használnak – egyes országokban jelentősebb helyet foglalnak el a kábítószerekkel összefüggő halálesetekre vonatkozó adatokban, és az e szerekkel köthető kezelési igények is növekedtek. Tekintettel az opiáttartalmú gyógyszerekkel való visszaélés miatt Észak-Amerikában és máshol is tapasztalt súlyos közegészségügyi problémákra, indokolt a jobb ellenőrzés, hogy az e területen európai szinten meglévő, növekvő problémákat fel lehessen deríteni. Ezen túlmenően, amint az a jelentés szövegében is szerepel, a szabályozási keretek és a klinikai iránymutatások pozitív szerepet játszhatnak a gyógyszerek megfelelő terápiás felhasználástól való eltérítése kockázatának csökkentésében.

Új farmakológiai lehetőségek a kábítószerrel összefüggő ártalmak csökkentésére

Az elkövetkező években valószínűleg számos új farmakológiai lehetőség jelenik meg, amellyel nagyobb eséllyel csökkenthetők bizonyos, a kábítószer-használattal összefüggő problémák. A jelentés két területet emel ki, ahol új terápiák és innovatív ellátási módszerek bevezetése van folyamatban. A túladagolásos halálesetek számának csökkentése érdekében számos uniós ország a túladagolás hatását visszafordító gyógyszert, naloxont biztosít közösségi programokon keresztül az opiáthasználóknak vagy a börtönből szabaduló kábítószer-használóknak. Az otthon használható naloxon szélesebb körű európai alkalmazása várható az orron át beadható naloxonkészítmények – például nemrégiben az Egyesült Államokban gyógyszertári forgalmazásra jóváhagyott készítmény – kifejlesztésének következtében. Ezenkívül olyan új gyógyszerek jelennek meg, amelyek több lehetőséget biztosítanak a hepatitis C vírus által okozott fertőzés kezelésére az aktív intravénás kábítószer-használók, többek között a drogfogyasztókat kezelő létesítményekben lévők körében. Az új terápiákban rendkívüli lehetőségek rejlenek abban a tekintetben, hogy a kábítószerek terén egészségügyi szempontból javulás következzen be, ugyanakkor kihívást jelent az alkalmazásuk előtt álló akadályok csökkentése és a kezelési igények teljesítéséhez elegendő források biztosítása.

Az internetes kábítószerpiacok által előidézett új veszélyek és lehetőségek

A kábítószerpolitika számára fontos új kihívást jelent, hogy hogyan reagáljon az internet szerepére, amely egyrészt kommunikációs eszköz, másrészt a kábítószer-kínálat újonnan kialakuló forrása. A figyelem elsősorban a darknetes kábítószerpiacok által jelentett veszélyre irányul. Azt is be kell látni, hogy egyre nagyobb szerepet játszanak a nyílt weboldalak, különösen a hamisított gyógyszerek és az új pszichoaktív szerek kínálatában, a közösségi médiaalkalmazások pedig a személyek közötti csereforgalomban. Az online felületek a megelőzést, kezelést és ártalomcsökkentést célzó tevékenységekre is lehetőséget adnak, bár ezeket gyakran figyelmen kívül hagyják.

Úgy tűnik, hogy ugyan alacsony szintről indul, de egyre növekszik a kábítószerek online forrásokon keresztül történő kínálata, és láthatóan számottevő lehetőség van az online kábítószer-kínálat bővítésére. Ráadásul az internet növekvő használata következtében e területen tapasztalható gyors ütemű változás, az új fizetési technológiák bevezetése, a titkosítással kapcsolatos innovációk és a felosztott online piacok létrehozásának új lehetőségei miatt a társadalmi válaszlépések nehezen tudják követni a változásokat. Az európai politika jövőbeni napirendjén valószínűleg döntő fontosságú kérdés, hogy hogyan kell reagálni a láthatáron egyre növekvő sötét felhőkre, és hogyan lehet a legjobban kiaknázni azon lehetőségeket, amelyeket ez az eszköz kínál a drogproblémák visszaszorítására.

1

A kannabisz és a szintetikus kábítószerek szempontjából Európa termelőterület is

Kábítószer-kínálat és a piac

Világszinten nézve Európa a kábítószerek fontos piacai közé tartozik, amelyet a belföldi előállítással és a világ más régióiból csempészett kábítószerekkel látnak el. Dél-Amerika, Nyugat-Ázsia és Észak-Afrika az Európába érkező kábítószerek fontos forrásterületei, Kína és India pedig az új pszichoaktív szerek forrásországai. Ezenkívül a kábítószerek és prekurzorok egy részét Európán keresztül más kontinensekre szállítják tovább. A kannabisz és a szintetikus kábítószerek szempontjából Európa termelőterület is: ezen belül a kannabiszt legnagyobb részben helyi fogyasztásra szánják, a szintetikus kábítószerek 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 kábítószerek lefoglalásairól, kábítószer-prekurzorok lefoglalásairól és a feltartóztatott szállítmányokról, a felszámolt kábítószer-termelő létesítményekről, a kábítószer-bűncselekményekről, a kábítószerek kiskereskedelmi áráról és hatóanyag-tartalmáról közölt adatokon alapul. A tendenciák elemzését néhány esetben megnehezíti, hogy kulcsfontosságú országokból hiányoznak a lefoglalási adatok. A teljes adatsorok a módszertani megjegyzésekkel együtt az online statisztikai közlöny című kiadványban találhatók. Meg kell jegyezni, hogy a tendenciákat számos tényező befolyásolhatja, köztük a felhasználói szokások és preferenciák, a termelésben és a csempészetben bekövetkezett változások, a bűnüldözési tevékenység szintje és a lefoglalási intézkedések hatékonysága is.

Ugyancsak itt ismertetjük az új pszichoaktív szerek bejelentéseire és 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. Az uniós Korai Jelzőrendszer működésének teljes leírása az EMCDDA weboldalán a Fellépés az új kábítószerek ellen pontban olvasható.

Az európai kábítószertörvényekről és -politikákról szóló, felhasznált információk az EMCDDA weboldalán találhatók meg.

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. Az európai piac folyamatos átalakulásban van, az elmúlt évtizedben például az új pszichoaktív szerek széles körének megjelenése alakította a fejlődését. A kábítószerek piacán bekövetkezett, jórészt a globalizációval és az új technológiával összefüggő legfrissebb változások közé tartozik a kábítószerek termelési és csempészési módszereiben zajló innováció és az új kereskedelmi útvonalak kialakítása.

A kábítószerek kínálatának csökkentésére irányuló intézkedések sok kormányzati és bűnüldöző hatósági tevékenységet fognak össze, és gyakran a nemzetközi együttműködéstől függenek. Az uniós szintű erőfeszítések összehangolása az uniós drogstratégia és cselekvési tervek, valamint a szervezett bűnözés és a súlyos bűncselekmények elleni küzdelem uniós szakpolitikai ciklusa segítségével történik. Az országok hozzáállását a nemzeti kábítószer-stratégiák és -törvények is jól tükrözik. A kábítószerek kínálatának megszüntetésére tett erőfeszítések legjobban dokumentált mutatói jelenleg a letartóztatásokra és lefoglalásokra vonatkozó adatok.

Kábítószerpiacok: a pénzügyi érték becslése

A kábítószerek piacai komplex termelési és értékesítési rendszerek, amelyek különböző szinteken hatalmas pénzösszegeket generálnak. Óvatos becslések szerint az Európai Unióban a kábítószerek kiskereskedelmi piacának értéke 2013-ban 24,3 milliárd eurót tett ki (valószínűleg 21 és 31 milliárd euró között mozgott). A kannabisztermékek alkotják a kábítószerpiac legnagyobb részét: becsült kiskereskedelmi értékük 9,3 milliárd euró (valószínűleg 8,4 és 12,9 milliárd euró között van), azaz a teljes érték körülbelül 38%-át teszik ki. A kannabiszt a heroin követi 6,8 milliárd euró értékkel (6,0–7,8 milliárd euró) (28%), majd a kokain következik 5,7 milliárd euróval (4,5–7,0 milliárd euró) (24%). Az amfetaminszármazékoknak kisebb a piaci részesedése, a becslések szerint 1,8 milliárd euró (1,2–2,5 milliárd euró) (8%), megelőzve az MDMA-t, amelynek értéke közelíti a 0,7 milliárd eurót (0,61–0,72 milliárd euró) (3%). Ezek a becslések nagyon kevés adaton alapulnak, emiatt bizonyos általános feltevésekre volt szükség, így a becsléseket kiinduló minimumnak kell tekinteni és a jövőben felül kell vizsgálni, amint több alapul vehető információ áll rendelkezésre.

Új kínálati módszerek: online kábítószerpiacok

Míg a kábítószerpiacok hagyományosan fizikai helyhez kötöttek voltak, az elmúlt évtizedben az új internetes technológiák megjelenésével lehetővé vált az online piacok kialakulása. A kábítószerpiacok működhetnek a nyílt interneten, és jellemzően ellenőrizetlen prekurzor vegyi anyagok, új pszichoaktív szerek vagy hamisított gyógyszerek kiskereskedelmét bonyolítják. Működhetnek rejtett weben is, darknet piacok vagy virtuális piacok segítségével, mint például az AlphaBay vagy a megszűnt Silk Road. A jelentések szerint különféle gyógyszerek mellett a kannabisztermékek és az MDMA számítanak a darknet piacokon leggyakrabban eladásra kínált kábítószernek.

A darknet piac a személyes adatok védelmét biztosító technológiák által támogatott online értékesítési felület vagy piactér, ahol az eladók jórészt illegális árukat és szolgáltatásokat kínálnak eladásra. Ezek a piacok sok szempontból hasonlóan működnek, mint az eBay és az Amazon: a vásárlók rákereshetnek termékekre és eladókra, és összehasonlítást végezhetnek. Az ügyletek és a szerverek fizikai helyének titkosságát különféle stratégiákkal védik. Ezek közé tartoznak az anonimizáló szolgáltatások, például a Tor (a Hagyma Elosztó), amelyek elrejtik a számítógép IP-címét; a decentralizált és szinte teljesen követhetetlen virtuális fizetőeszközök, mint például a bitcoin és litecoin; és a piaci szereplők közötti titkosított kommunikáció. Az értékeléseken alapuló rendszerek szintén szerepet játszanak az eladók piaci szabályozásában. A legújabb fejlesztések közé tartozik az eladói csalások ellen fokozott biztonságot nyújtó rendszerek, például a fejlett átruházási (escrow) rendszerek használata, vagy a hatóságoktól érkező fenyegetések miatt decentralizált értékesítési felületek. Ezekről a piacokról jelenleg úgy tudjuk, hogy a tiltott kábítószer-kereskedelem kis hányadát teszik ki, és a tranzakciók sok esetben a fogyasztók szintjén folynak. Ugyanakkor megvan a lehetősége az online kábítószer-kereskedelem további bővülésének.

A kannabisztermékek alkotják a kábítószerpiac legnagyobb részét

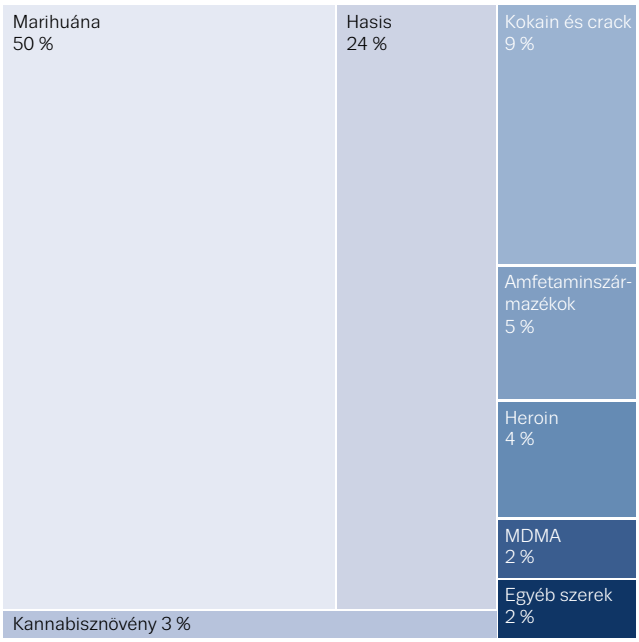
Kábítószer-lefoglalások: élen a kannabisz

Európában évente több mint egymillió kábítószer-lefoglalásról tesznek bejelententést. Ez legtöbb esetben a fogyasztóktól elkobzott kis mennyiségeket jelent, bár a lefoglalt kábítószerek teljes mennyiségének nagy részét a kereskedőktől és termelőktől lefoglalt több kilogrammos szállítmányok teszik ki.

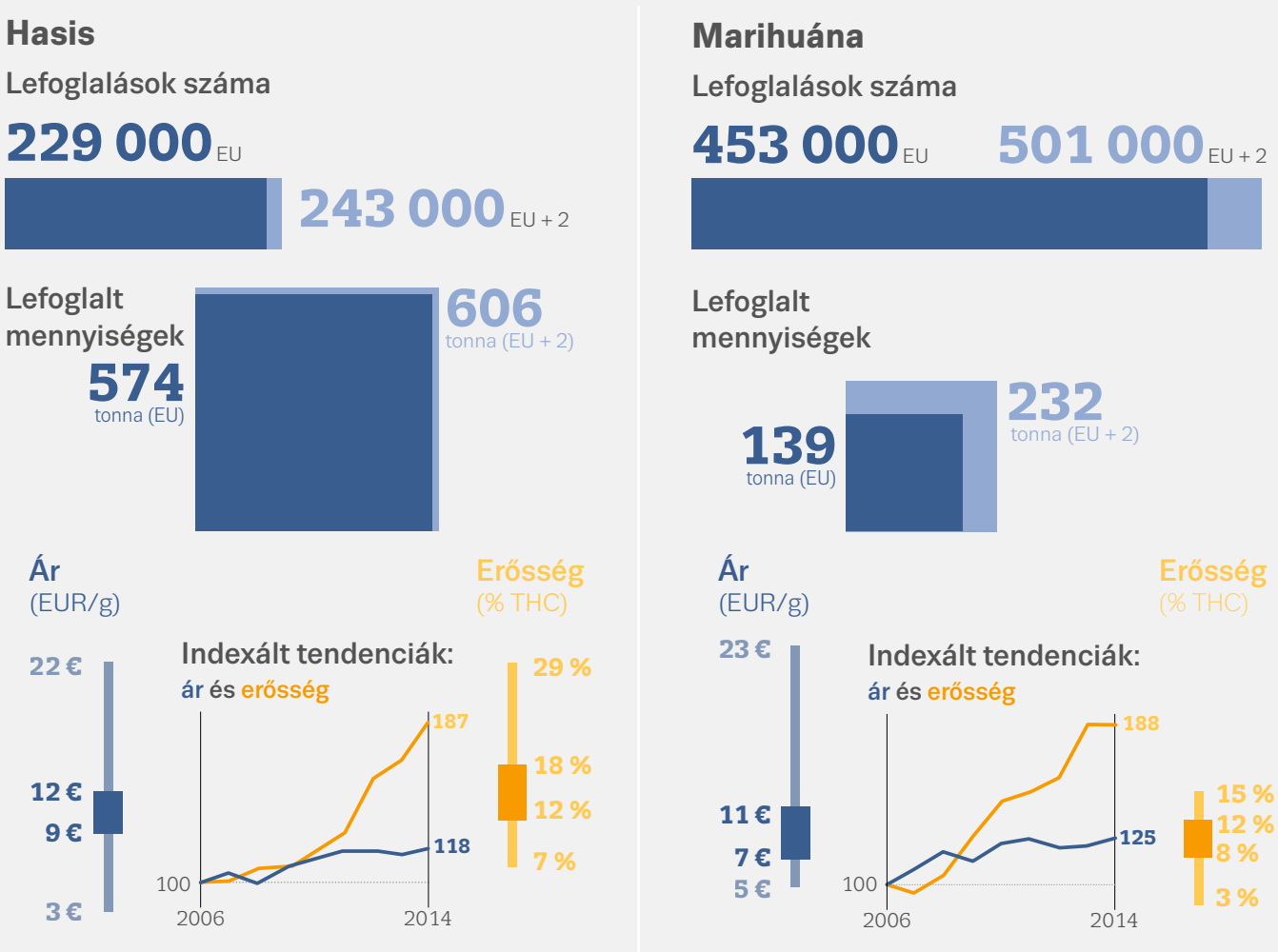
A leggyakrabban lefoglalt kábítószer a kannabisz, az európai lefoglalások több mint háromnegyedét teszi ki (78%) (1.1. ábra), tükrözve a használatának viszonylag magas előfordulási arányát. A kokain összesítésben a második (9%). A lefoglalások aránya alacsonyabb az

1.1. ÁBRA

A bejelentett kábítószer-lefoglalások száma szertípus szerinti bontásban, 2014



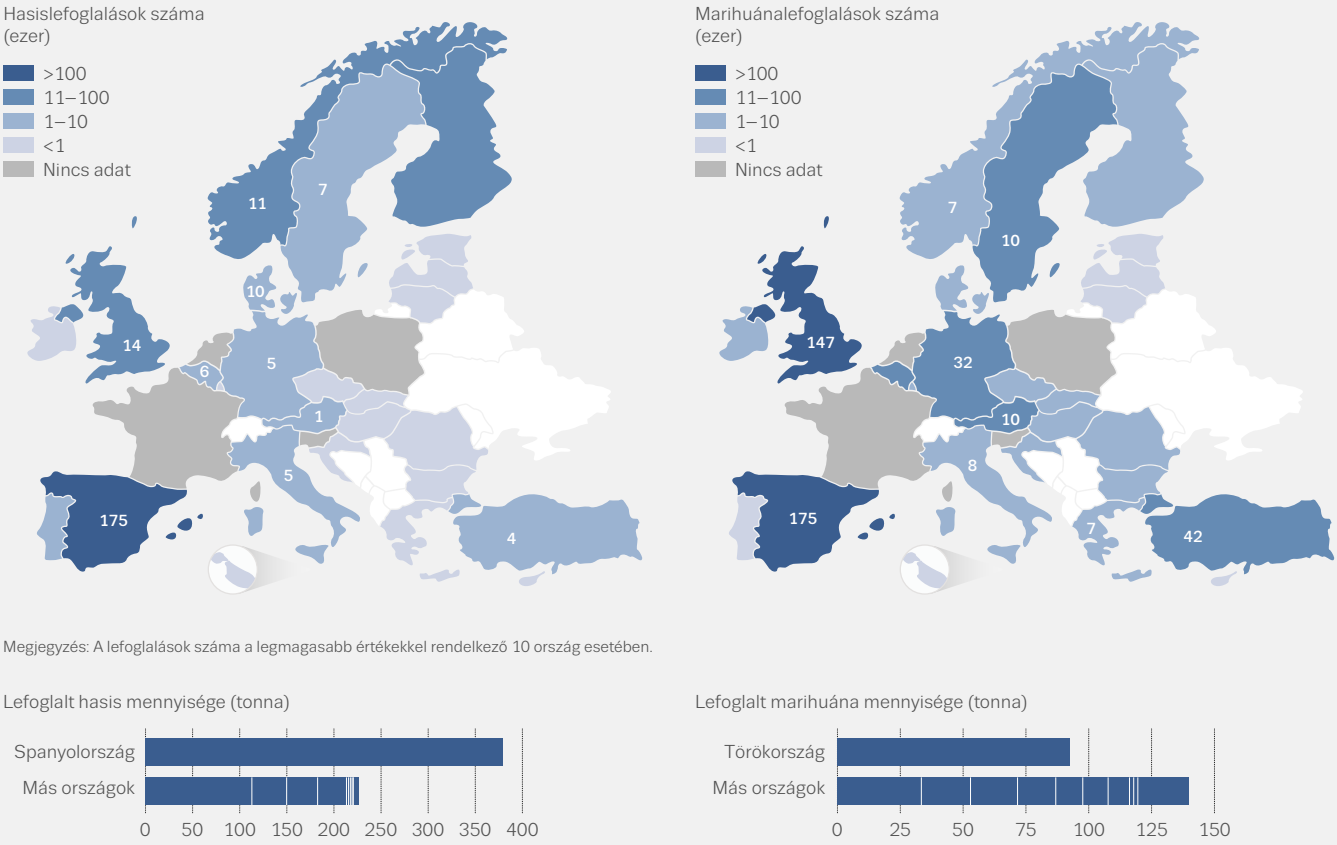
KANNABISZ



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

1.2. ÁBRA

Hasis és marihuána lefoglalások, 2014 vagy a legutolsó év



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

amfetaminszármazékok (5%), a heroin (4%) és az MDMA (2%) esetében.

Az Európai Unióban, 2014-ben végrehajtott összes lefoglalás körülbelül 60%-át mindössze két országból, Spanyolországból és az Egyesült Királyságból jelentették, noha Belgiumból, Németországból és Olaszországból szintén jelentős számban jeleztek lefoglalásokat. Azt is hozzá kell tenni, hogy a lefoglalások számáról nincsenek friss adatok (a korábban sok lefoglalást bejelentő országokból) Franciaországból és Hollandiából, ahogy Finnországból vagy Lengyelországból sem. Ezeknek az adatoknak a hiánya még bizonytalanabbá teszi az itt közölt elemzést. A kábítószerek lefoglalásait tekintve fontos még Törökország: az ott lefoglalt kábítószereket más, európai és közel-keleti országokba, valamint helyi fogyasztásra szánják.

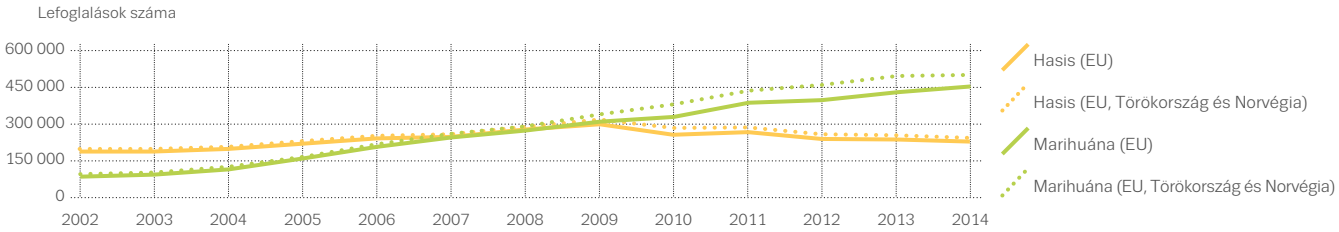
Kannabisz: sokféle termék

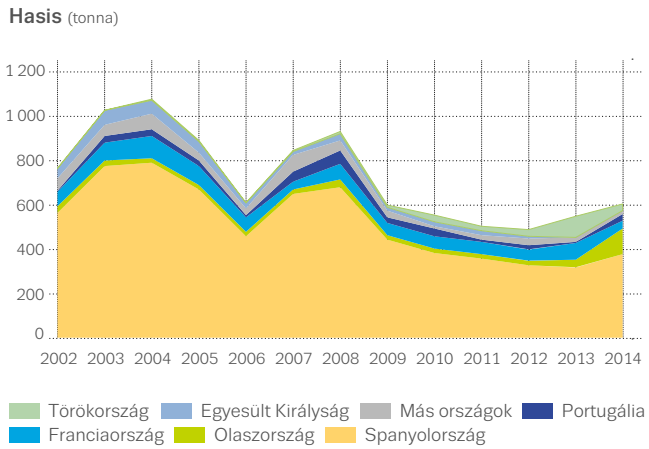
Az európai kábítószerpiacon két fő kannabisztermék van jelen: a növényi kannabisz (marihuána) és a kannabiszgyanta (hasis). Az Európában fogyasztott marihuána egyrészt belföldi termesztésből, másrészt külső országokból származik. Európában a marihuánát túlnyomórészt zárt térben (indoor) termesztik. A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

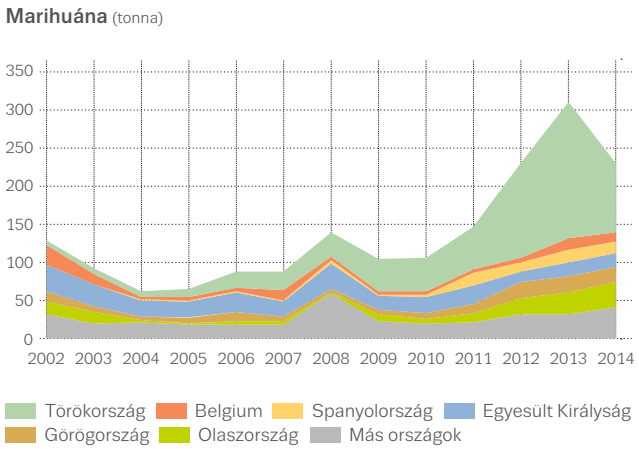
Az Európai Unióban 2014-ben 682 000 kannabiszlefoglalást jelentettek (453 000 esetben marihuána, 229 000 esetben hasis lefoglalását). Kannabisznövényt további 33 000 alkalommal foglaltak le. Az Európai Unióban lefoglalt hasismennyiség ennek ellenére még mindig sokkal nagyobb, mint a marihuána mennyisége (574 tonna a 139 tonnával szemben). Ennek részben az lehet a magyarázata, hogy a hasist nagy mennyiségben csempészik, nagy földrajzi távolságokon és országhatárokon át, így jobban ki van téve a lefoglalás veszélyének. 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 hasis fő belépési helyeként a 2014-ben Európában lefoglalt teljes mennyiség körülbelül kétharmadát jelentette be (1.2. ábra). Törökország az utóbbi években nagyobb mennyiségű marihuána lefoglalását jelentette, mint az európai országok bármelyike.

1.3. ÁBRA

A kannabiszlefoglalások számának és a lefoglalt mennyiségnek az alakulása: hasis és marihuána







Az Európai Unióban más kannabisztermékek lefoglalását is jelentették, többek között közel 200 kannabiszolaj-lefoglalást.

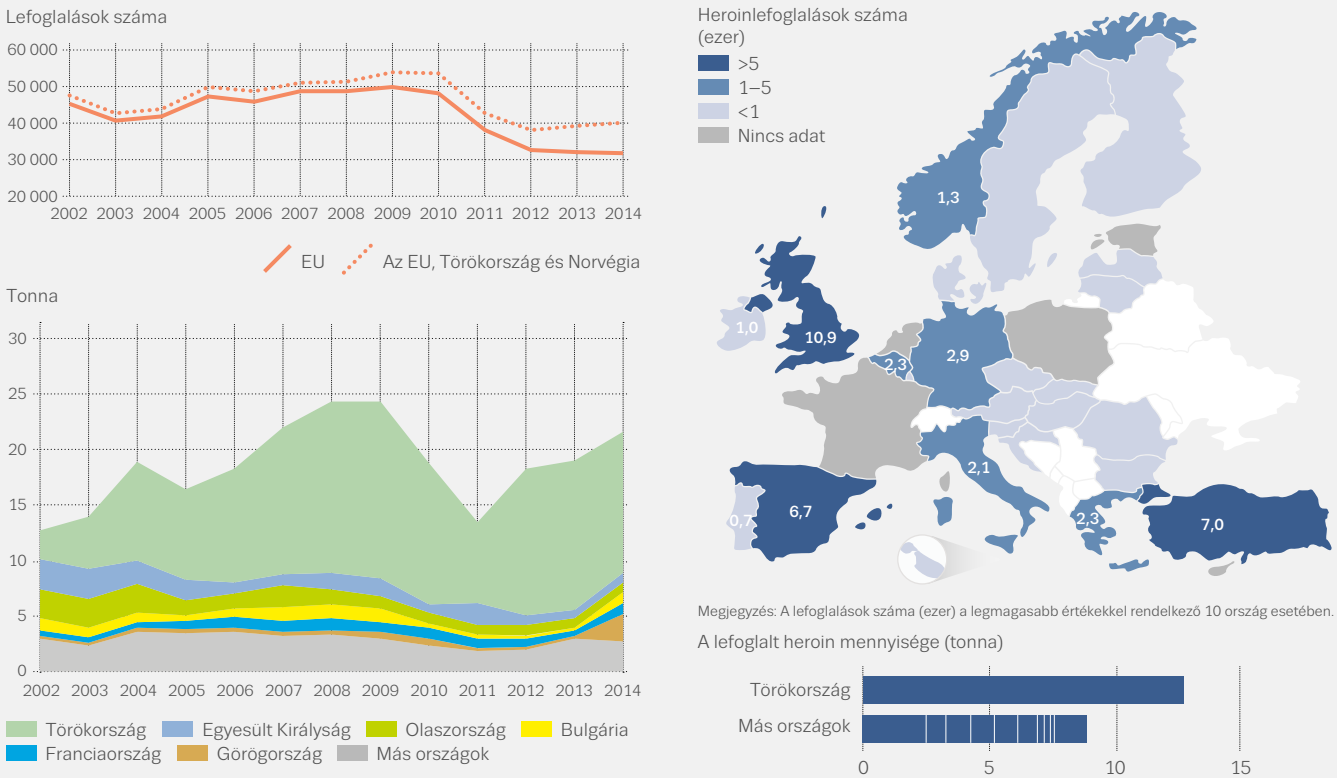
2009 óta a marihuána lefoglalásai Európában meghaladják a hasis lefoglalásait, és azóta csak tovább nőtt közöttük a különbség (1.3. ábra). Ugyanezen idő alatt az Európai Unióban tovább emelkedett a lefoglalt marihuánamennyiség. A legfrissebb adatok szerint az Európai Unióban nőtt a lefoglalt hasis mennyisége, miközben Törökország esetében a lefoglalt marihuána mennyiségének markáns csökkenését figyelték meg.

A kannabisznövények lefoglalását az országokon belüli termesztés egyik mutatójának lehet tekinteni. A módszertani problémák miatt a kannabisznövények lefoglalására vonatkozó adatokkal óvatosan kell bánni, mindenesetre a lefoglalt növények száma a 2002-es 1,5 millióhoz képest 2014-ben több mint a kétszeresére, 3,4 millióra nőtt.

A rendszeres adatközlő országok körében az indexált tendenciák elemzése azt mutatja, hogy a marihuána és a hasis hatóanyag-tartalma (a tetrahidrokannabinol, azaz a THC szintje) 2006 és 2014 között nagymértékben nőtt. Az erősség növekedésének okai közé tartozhat az intenzív termelési technikák európai bevezetése, illetve az újabban Marokkóban megjelent nagy hatóanyag-tartalmú növények megjelenése.

1.4. ÁBRA

A heroinlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák és 2014 vagy a legutolsó év



Opiátok: piaci változás?

Az európai kábítószerpiacon a heroin a leggyakrabban használt opiát. Európában az importált heroin hagyományosan két formában érhető el: a gyakoribb a nyers heroin (a heroin bázis formája), amely többnyire Afganisztánból származik. Sokkal ritkább 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 2014-ben lefoglalt egyéb opiátok közé tartozott még az ópium és a gyógyszerek közül a morfin, metadon, buprenorfin, tramadol és fentanil. Az opiát gyógyszerek egy részét feltehetőleg gyógyszerszállítmányokból térítették el, másokat viszont kifejezetten az illegális piacra gyárthattak.

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. Az európai opiáttermelés hagyományosan egyes keleti országokban készült házi mákkészítményekre korlátozódik. Az azonban, hogy 2013–14-ben Spanyolországban két, a Cseh Köztársaságban pedig egy olyan laboratóriumot derítettek fel, ahol a morfint heroinná alakítják, arra utal, hogy már Európában is előállíthatnak heroint.

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 országokon át (Bulgária, Románia vagy Görögország), Közép-, Dél- és Nyugat-Európába. A balkáni folyosónak nemrégiben kialakult egy elágazása, amely Szíriát és Irakot is érinti. Úgy tűnik, hogy az elmúlt években megnőtt a déli útvonal jelentősége. Ezáltal az Iránból vagy Pakisztánból érkező heroinszállítmányok légi vagy tengeri úton is beléphetnek Európába, vagy közvetlenül, vagy a nyugat-, dél- és kelet-afrikai országokon keresztül. A jelenleg kevésbé fontos egyéb útvonalak közé tartozik az „északi útvonal" és egy új heroinútvonal, amely a Kaukázus déli részétől a Fekete-tengerig húzódik.

Egy évtizednyi viszonylagos stabilitás után 2010–11-ben több európai ország piacán a heroin hozzáférhetőségének csökkenése volt tapasztalható. Ez egyértelműen látszik a heroinlefoglalásra vonatkozó adatokból: az Európai Unióban a lefoglalások száma a 2009-es körülbelül 50 000-ről 2014-ben 32 000-re csökkent. Az EU-ban lefoglalt heroinmennyiség hosszú távon csökkenést mutatott, a 2002-es 10 tonnáról 2012-ben 5 tonnára esett, mielőtt 2014-ben jelentősen megnövekedett, és elérte a 8,9 tonnát. A tendencia megfordulása a nagy (100 kg-ot meghaladó) lefoglalások növekedéséből ered, miután 2013-ban vagy 2014-ben számos ország

rekordmennyiségű heroinlefoglalásokról számolt be. A legfrissebb adatokban különösen Görögország és kisebb mértékben Bulgária jelezte a lefoglalt heroinmennyiségek nagy növekedését. Törökország 2003 óta sokkal több heroint foglalt le, mint bármelyik uniós ország, 2014-ben körülbelül 13 tonnát (1.4. ábra).

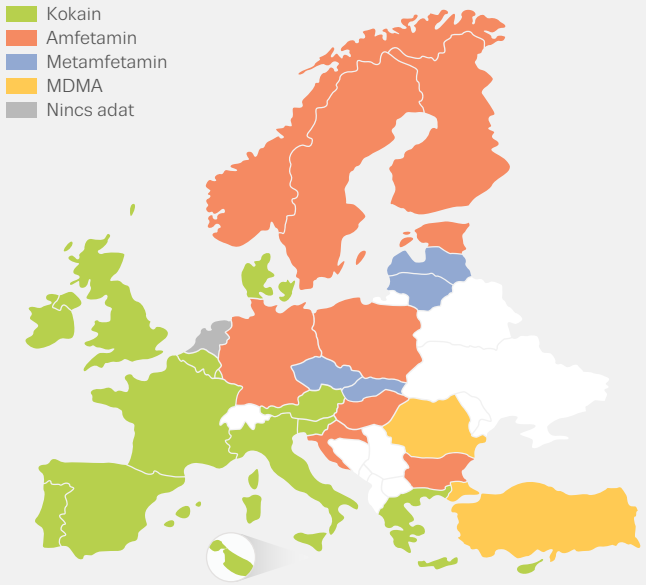
A rendszeres adatközlő országok körében az indexált tendenciák azt jelzik, hogy 2014-ben Európában nőtt a heroin tisztasága. A lefoglalt mennyiségek növekedésével és más fejleményekkel együtt ez arra utalhat, hogy ennek a kábítószernek a hozzáférhetősége növekedhet.

A stimulánsok európai piaca: földrajzi megosztottság

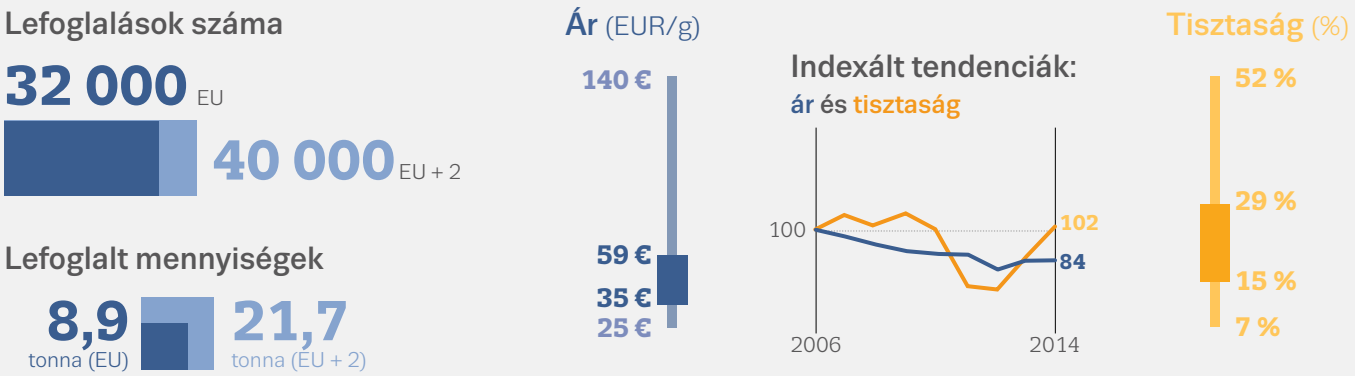
Az uniós kábítószerpiacon stimuláns kábítószerek széles köréhez lehet hozzáférni, és regionális különbségek figyelhetők meg abban a tekintetben, hogy melyik a leggyakrabban lefoglalt stimuláns (1.5. ábra). Ezek nagyrészt a jelentős kábítószer-előállító létesítmények, valamint a behozatali kikötők és a csempészútvonalak elhelyezkedését tükrözik. Sok nyugati és déli országban például a kokain a leggyakrabban lefoglalt stimuláns, ami jól mutatja, hogy a kábítószer hol lép be Európába. Az amfetaminlefoglalások vannak túlsúlyban Észak- és Közép-Európában, míg a Cseh Köztársaságban, Szlovákiában, Lettországban és Litvániában a metamfetamin a leggyakrabban lefoglalt stimuláns. Romániában és Törökországban az MDMA a leggyakrabban lefoglalt stimuláns kábítószer.

1.5. ÁBRA

Az Európában leggyakrabban lefoglalt stimuláns, 2014 vagy a legfrissebb adatok



HEROIN



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

Kokain: piaci stabilizáció

A kokainhoz Európában két formában lehet hozzájutni, de ezek közül a leggyakoribb a kokainpor (egy hidroklorid só, HCl), kevésbé elterjedt a kábítószer hevítés után szívható (szabad bázisú) formája, a crack kokain. A kokaint a kokacserje leveleiből állítják elő. A kábítószert szinte kizárólag Bolíviában, Kolumbiában és Peruban állítják elő, majd légi és tengeri úton szállítják Európába. Nagyon sokféle módszert használnak a kokain Európába történő szállításához: légi futárokat alkalmaznak a kereskedelmi járatokon, igénybe veszik a kereskedelmi légi teherszállítást, a csomagküldő gyorsszolgálatot és a postai szolgáltatásokat, valamint magán légi járműveket is. A tengeren nagy szállítmányokban lehet csempészni a kokaint magánjachtokon és tengeri tartályhajókon. Spanyolország, Belgium, Hollandia (a 2012-es adatok alapján), Franciaország és Olaszország együttesen a 2014-ben lefoglalt 61,6 tonna kokain 84%-át adta (1.6. ábra).

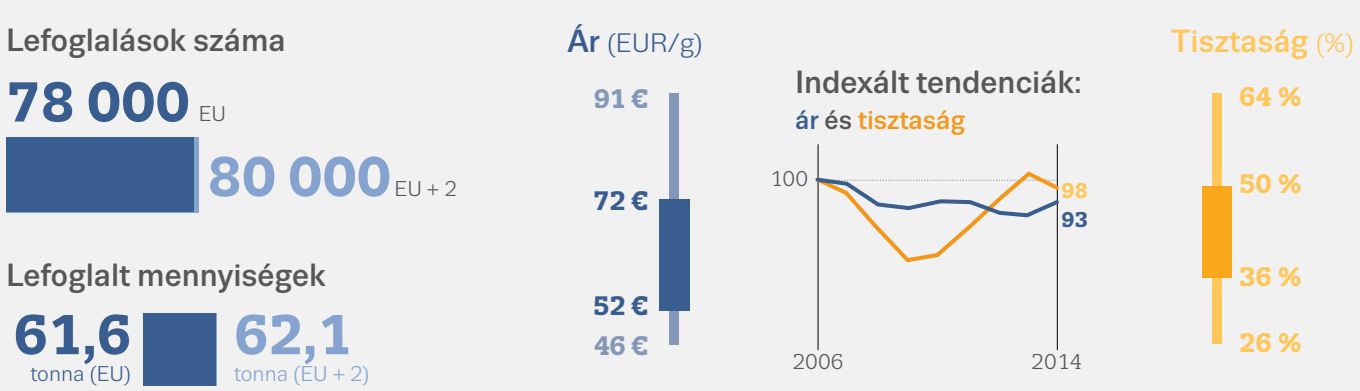
2014-ben körülbelül 78 000 kokainlefoglalást jelentettek az Európai Unióban. A helyzet 2010 óta továbbra is viszonylag stabil, bár a lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség egyaránt sokkal alacsonyabb, mint azon években, amikor a lefoglalások csúcsértékeket értek el (lásd 1.6. ábra). Miközben a legtöbb kokaint továbbra is Spanyolországban foglalják le, bizonyos jelek az Európába vezető csempészútvonalak változására utalnak a Földközi-tenger keleti részéről, a balti- és a fekete-tengeri kikötőkből jelentett közelmúltbeli lefoglalásokkal. Az indexált tendenciák összességében azt jelzik, hogy a kokain tisztaságának az utóbbi években megfigyelt növekedése mára kiegyenlítődött.

Prekurzor vegyi anyagok: a jegyzékekben nem szereplő anyagok növekvő használata

A prekurzor vegyi anyagok nélkülözhetetlenek a szintetikus stimulánsok és más kábítószerek előállításához. Hozzáférhetőségük nagy hatást gyakorol a piacra, valamint az illegális laboratóriumokban alkalmazott előállítási módszerekre. Mivel soknak jogszerű felhasználása is van, az uniós rendeletek jegyzékbe vesznek bizonyos vegyi anyagokat, és az ezekkel való kereskedelmet szigorúan ellenőrzik. A szintetikus kábítószerek gyártói úgy próbálják minimalizálni az ellenőrzések hatását, hogy a jegyzékekben nem szereplő vegyi anyagokat használnak a prekurzorok előállításához. Ez a megoldás azonban növelheti is a leleplezés kockázatát, mivel több vegyi anyagra van szükség és több hulladék termelődik.

A kábítószer-prekurzorok 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 kábítószerek, főleg amfetaminszármazékok és MDMA előállítására (1.1. táblázat). 2014-ben a BMK pre-prekurzor APAAN (alfa-fenilaceto-acetonitril) lefoglalásai a 2013-as 48 802 kg-ról 6062 kg-ra csökkentek le. Ez a drámai csökkenés valószínűleg annak a következménye, hogy ezt az anyagot uniós jogszabály alapján 2013 decemberében jegyzékbe vették. Alternatív prekurzorok használatára utal azonban, hogy az MDMA továbbra is hozzáférhető a piacon, azzal együtt, hogy az MDMA szafrol nevű prekurzorának lefoglalásai a 2013-as 13 837 literről 2014-ben nullára csökkentek. 2014-ben növekedtek az MDMA jegyzékben nem szereplő pre-prekurzorainak lefoglalásai, különösen a PMK glicidáté.

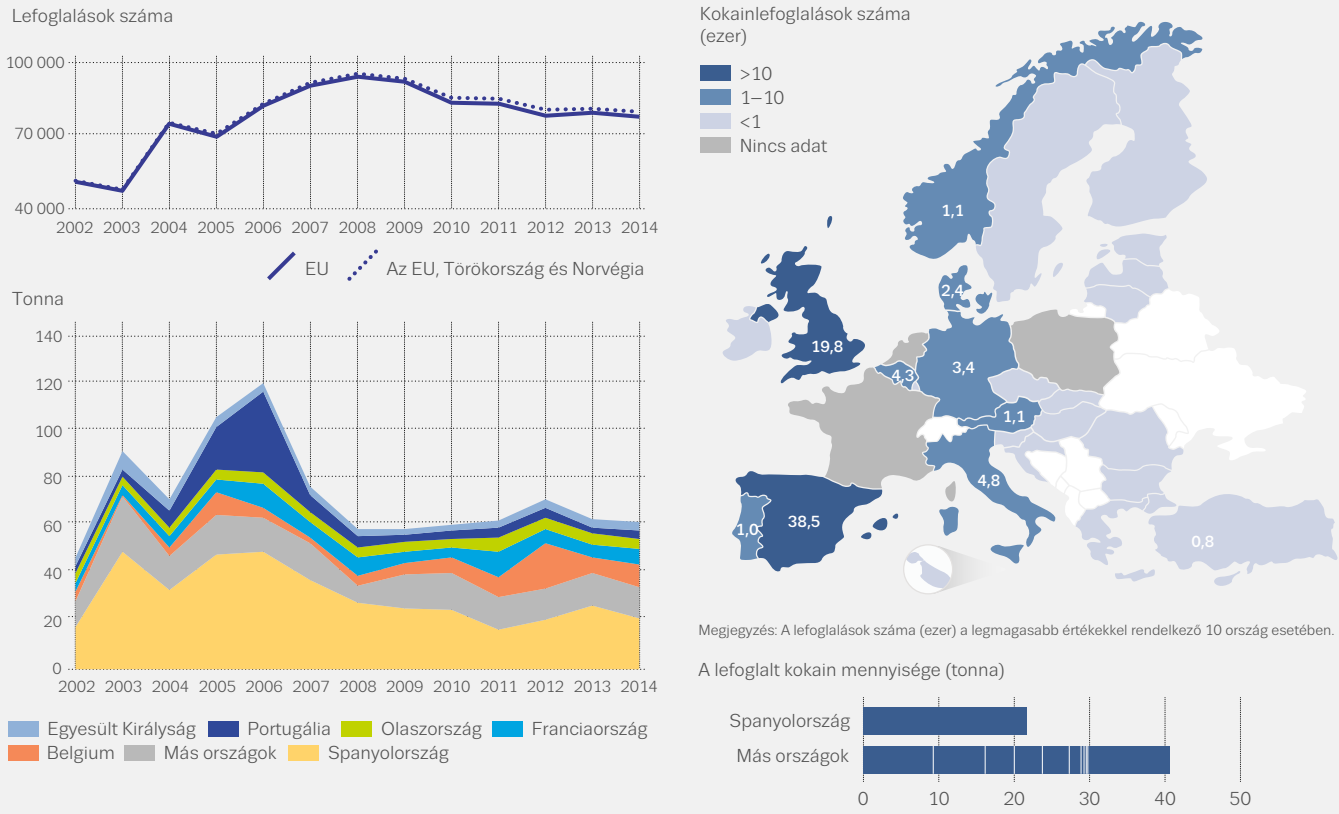
KOKAIN



Megjegyzés: 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.

1.6. ÁBRA

A kokainlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák és 2014 vagy a legutolsó év



TÁBLÁZAT 1.1

Egyes Európában előállított szintetikus kábítószerekhez használt prekurzorok lefoglalásai és a feltartóztatott szállítmányok, 2014

	Lefoglalások		Feltartóztatott szállítmányok ([1])		ÖSSZESEN	
Prekurzor/*pre-prekurzor*	**Száma**	**Mennyisége**	**Száma**	**Mennyisége**	**Száma**	**Mennyisége**
MDMA vagy rokon anyagok						
PMK (liter)	1	5	0	0	**1**	**5**
Szafrol (liter)	0	0	2	1 050	**2**	**1 050**
Piperonál (kg)	3	5	4	2 835	**7**	**2 840**
***A PMK glikogénszármazékai* (kg)**	6	5 575	1	1 250	**7**	**6 825**
Amfetamin és metamfetamin						
BMK (liter)	14	2 353	0	0	**14**	**2 353**
PAA, fenilecetsav (kg)	1	100	2	190	**3**	**290**
Efedrin, ömlesztve (kg)	19	31	1	500	**20**	**531**
Pszeudoefedrin, ömlesztve (kg)	8	12	0	0	**8**	**12**
***APAAN* (kg)**	18	6 062	1	5 000	**19**	**11 062**

([1]) A feltartóztatott szállítmány olyan szállítmány, amelynek belépését ilegális célokra való eltérítés gyanúja miatt megtagadták, felfüggesztették vagy az exportőr önként visszavonta

Amfetamin és metamfetamin

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

Európában mindkét kábítószert belföldi használatra állítják elő. Az amfetaminból és a metamfetaminból valamennyit exportra is gyártanak, elsősorban a Közel-Keletre, ahol a jelentések szerint van piaca az amfetaminszármazékokat tartalmazó „captagon" tablettának, valamint a Távol-Kelet és Óceánia számára. Európa a Nyugat-Afrikából és Iránból a közel-keleti piacokra csempészett metamfetamin tranzitközpontja is. Az amfetamin előállítása legnagyobbrészt Belgiumban, Hollandiában, Lengyelországban és Németországban, illetve kisebb mértékben a balti államokban zajlik. A legfrissebb fejlemény az előállítás utolsó szakaszának áthelyeződése: több ország jelezte, hogy a területén az amfetaminbázis olaj amfetamin-szulfáttá alakítása zajlik.

Európában a metamfetamin legnagyobb részét a Cseh Köztársaságban és a környékén állítják elő. Hollandiában és Litvániában is van némi termelési kapacitás, Bulgária pedig a felszámolt laboratóriumok számának növekedését jelezte.

Litvánia és Bulgária arról számolt be, hogy a metamfetamingyártáshoz BMK-t (benzil-metil-keton) használnak, míg a Cseh Köztársaságban és a környékén efedrint és pszeudoefedrint. A Cseh Köztársaságban a metamfetamint hagyományosan a szerhasználók állították

AMFETAMINSZÁRMAZÉKOK

Amfetamin

Lefoglalások száma

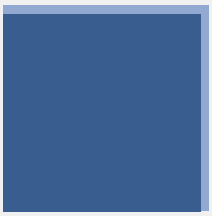
36 000 EU

42 000 EU + 2

Lefoglalt mennyiségek

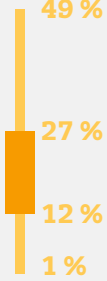
7,1 tonna lefoglalás (EU)

7,4 tonna lefoglalás (EU + 2)

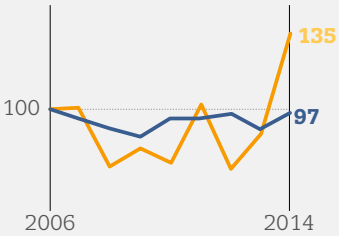


Ár (EUR/g)

Tisztaság (%)



Indexált tendenciák:
ár és **tisztaság**



Metamfetamin

Lefoglalások száma

8 000 EU

11 000 EU + 2

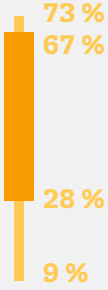
Lefoglalt mennyiségek

0,5 tonna (EU)

0,8 tonna (EU + 2)

Ár (EUR/g)

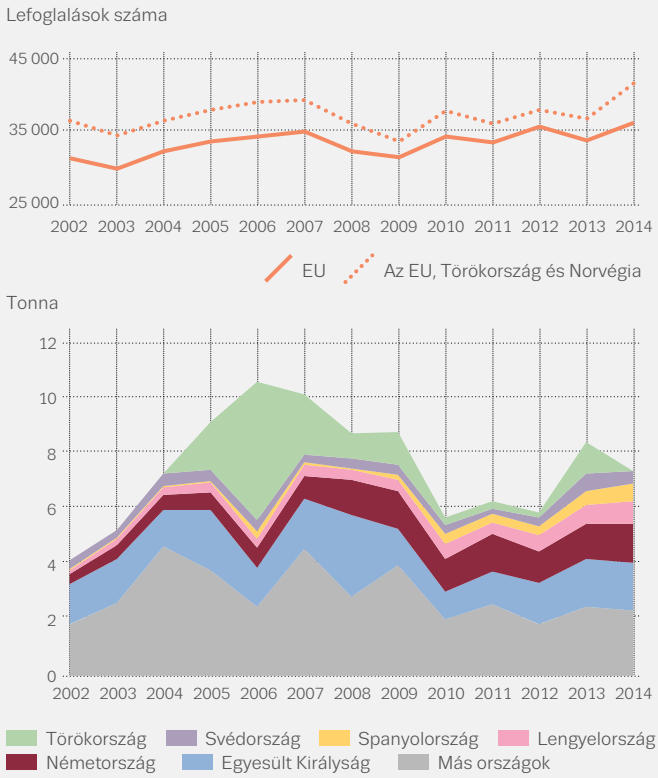
Tisztaság (%)

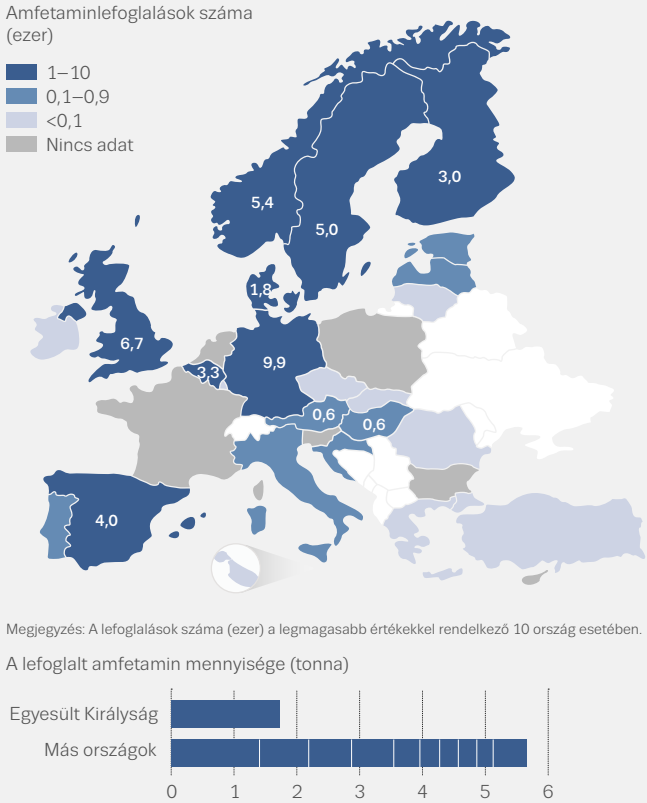


Megjegyzés: Az EU + 2 az EU-tagállamokat, Törökországot és Norvégiát jelenti. Az amfetaminszármazékok ára és tisztasága: országos átlagértékek – minimum, maximum és interkvartilis tartomány. Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok. A metamfetaminra vonatkozó indexált tendenciák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

1.7. ÁBRA

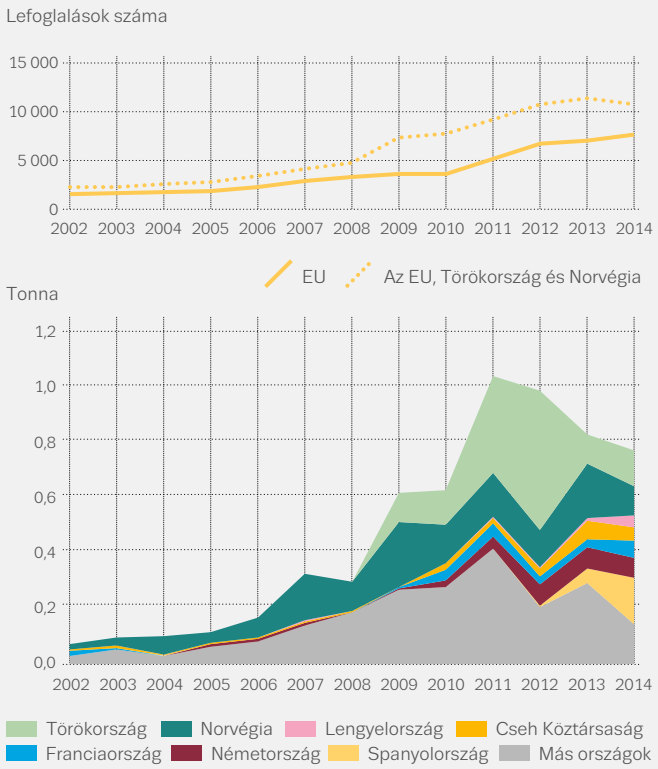
Az amfetaminfoglalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendencia és 2014 vagy a legutolsó év

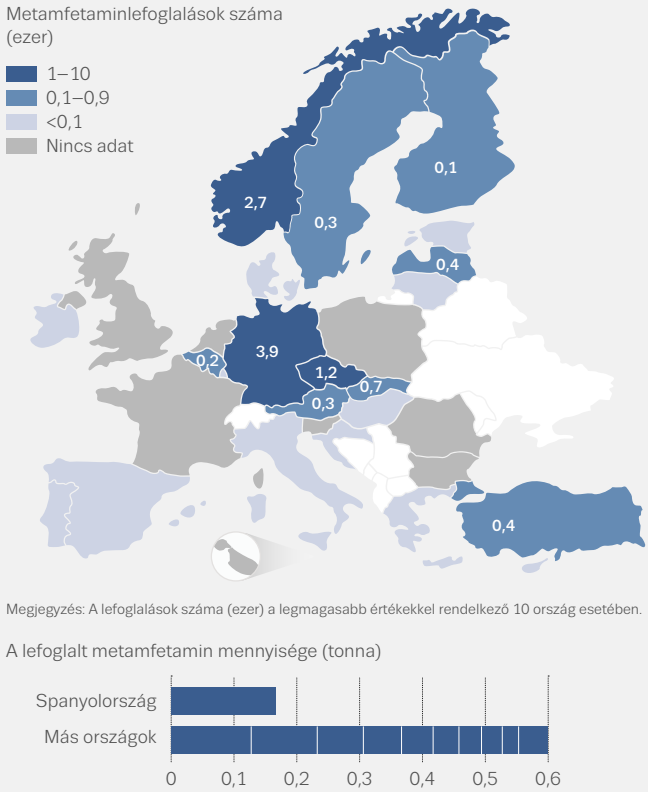




1.8. ÁBRA

A metamfetaminlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendencia és 2014 vagy a legutolsó év





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). Az utóbbi időben azonban nőtt a termelés volumene, új pre-prekurzorokat használtak, és a jelentések szerint szervezett bűnözői csoportok mind a belföldi, mind a külső piacokra állítanak elő metamfetamint.

Az EU tagállamok 2014-ben 36 000 amfetaminlefoglalást jelentettek be, összesen 7,1 tonna mennyiségben. Összességében, az Európai Unióban lefoglalt amfetaminmennyiség 2002 óta növekszik (1.7. ábra). A metamfetaminlefoglalások száma sokkal alacsonyabb, 2014-ben az összes amfetaminszármazék lefoglalásának körülbelül egyötödét tették ki az Európai Unióban bejelentett 7600 lefoglalással, 0,5 tonna mennyiségben (1.8. ábra). A metamfetamin lefoglalásainak száma és mennyisége is emelkedő tendenciát mutat 2002 óta.

A metamfetamin átlagos bejelentett hatóanyag-tartalma jellemzően magasabb, mint az amfetamin mintáké. Bár az indexált tendenciák legfrissebb adatai arra utalnak, hogy nőtt az amfetamin tisztasága, ennek a kábítószernek az átlagos tisztasága még mindig viszonylag alacsony szintű.

MDMA: gyakoribbak a nagy dózisú termékek

Az MDMA (3,4-metiléndioxi-metamfetamin) nevű szintetikus szer kémiailag rokon az amfetaminszármazékokkal, de hatását tekintve eltérő. Hagyományosan az ecstasy tabletta jelentette a piacon kapható fő MDMA-terméket, bár gyakran MDMA-szerű vegyületek széles körét és egészen más vegyi anyagokat is tartalmazott. Volt egy időszak, amikor a jelentések szerint az Európában ecstasyként árusított tabletták többsége MDMA-t csak kis mennyiségben vagy egyáltalán nem is tartalmazott, az újabb adatok viszont azt jelzik, hogy ez a helyzet megváltozott. A jelentések azt mutatják, hogy a magas MDMA-tartalmú tablettáknak és a por vagy kristály formájában kapható MDMA-nak egyaránt nőtt a hozzáférhetősége.

Úgy tűnik, hogy az MDMA előállítása Európán belül Hollandia környékén koncentrálódik, ahonnan hagyományosan a legnagyobb számban jelentették az e kábítószert előállító telephelyeket. Miután az elmúlt évtized vége felé bizonyítottan visszaesett az MDMA előállítása, egyes jelek annak újraéledésére utalnak, amit jól szemléltetnek a közelmúltban Hollandiában és Belgiumban felszámolt nagy termelőegységekről szóló jelentések.

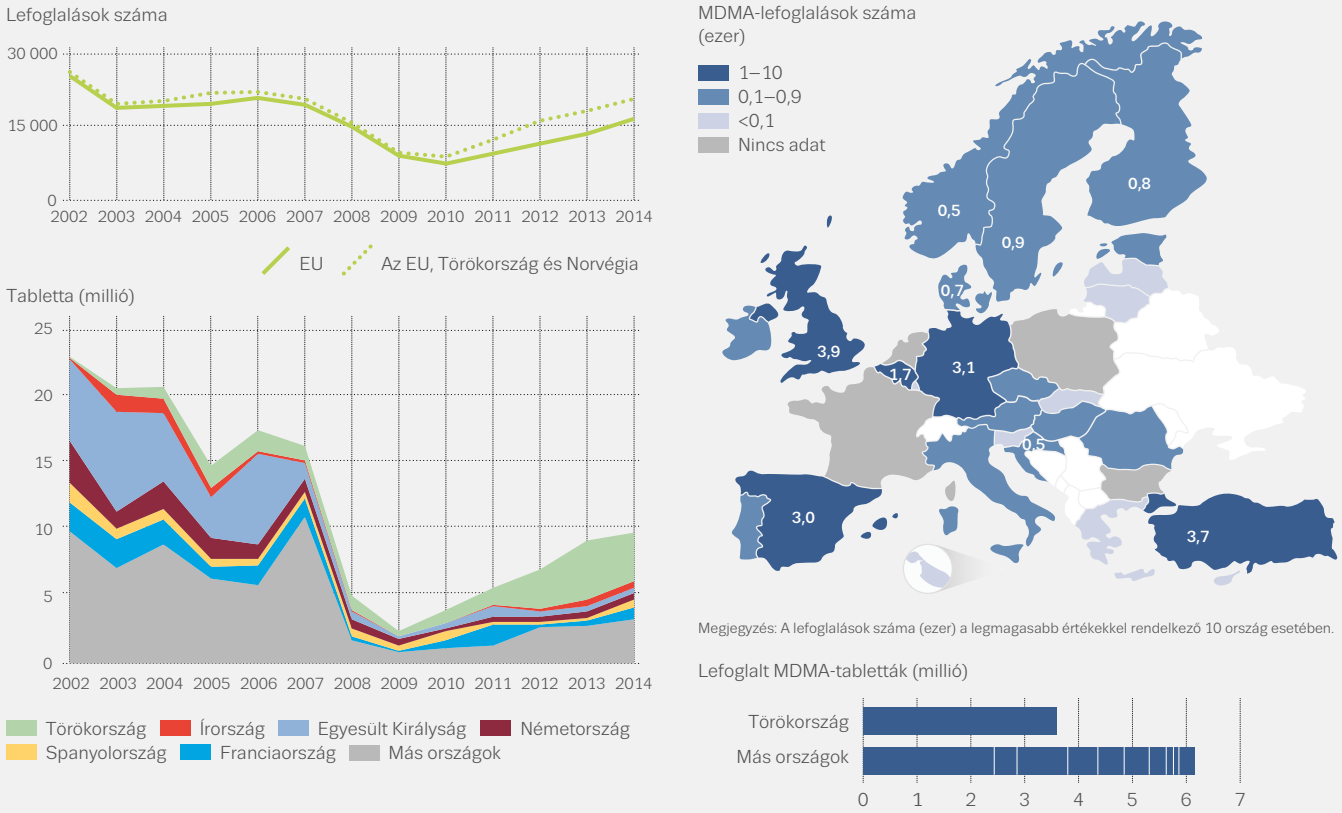
Az MDMA lefoglalásainak újabb alakulását azért nehéz megítélni, mert néhány olyan országból, amely valószínűleg jelentős mértékben járul hozzá a jelenséghez nem elérhetők adatok. 2014-re vonatkozóan nincsenek meg a hollandiai adatok, és a lefoglalások száma Finnország, Franciaország, Lengyelország és Szlovénia esetében sem áll rendelkezésre. Hollandiából 2012-ben 2,4 millió MDMA tabletta lefoglalását jelentették, és ha 2014-re hasonló számot lehet feltételezni, az említett évben az Európai Unióban nagyjából 6,1 millió MDMA tablettára becsülhető a lefoglalások száma. Ez több mint a duplája lenne a 2009-ben lefoglalt mennyiségnek. Ezenfelül 2014-ben 0,2 tonna MDMA port is lefoglaltak. 2014-ben Törökországban is nagy mennyiségű MDMA-t, 3,6 millió tablettát foglaltak le (1.9. ábra).

A rendszeres adatközlő országok körében a trendek azt is jelzik, hogy 2010 óta nőtt az MDMA termékek MDMA-tartalma. A magas MDMA-tartalmú termékek hozzáférhetősége miatt az Europol és az EMCDDA 2014-ben közös riasztásokat adott ki.

A magas MDMA-tartalmú termékek miatt az Europol és az EMCDDA közös riasztást adott ki

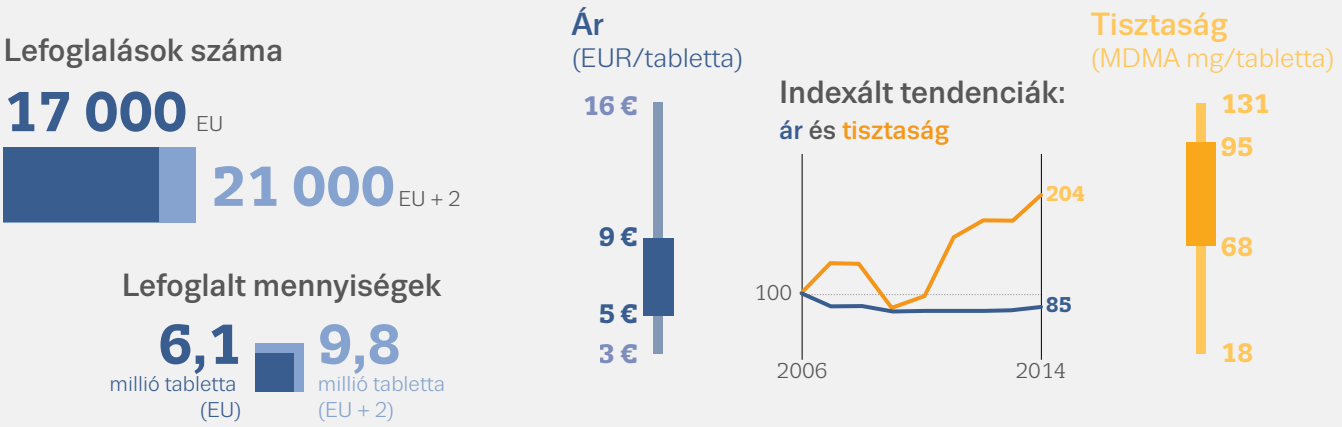
1.9. ÁBRA

Az MDMA-lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendencia és 2014 vagy a legutolsó év



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

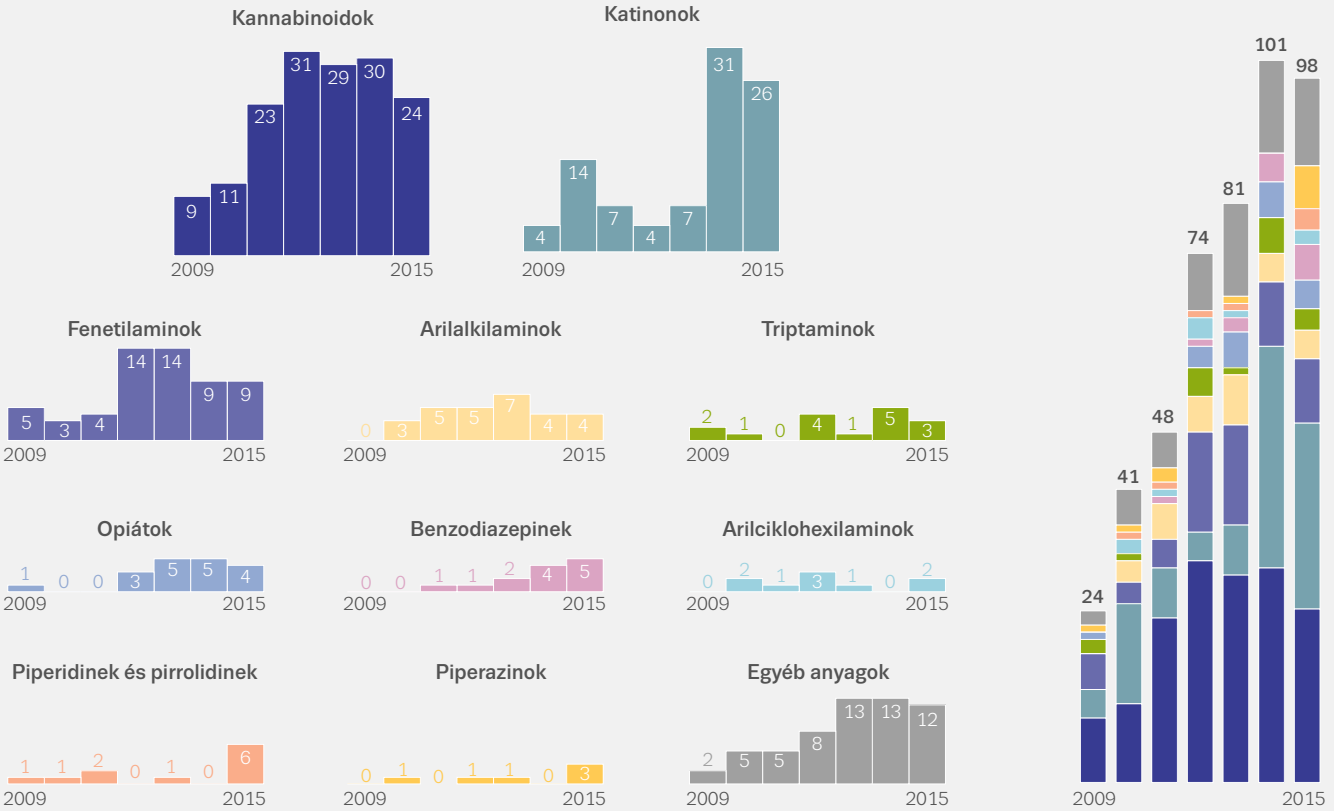
MDMA



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

1.10. ÁBRA

Az EU Korai Jelzőrendszeréhez első alkalommal bejelentett új pszichoaktív szerek száma és kategóriái, 2009–2015



LSD-, GHB-, ketamin- és mefedronlefoglalások

Az Európai Unióban számtalan más kábítószert foglalnak le, 2014-ben többek között 1700 esetben került sor LSD lefoglalására, 156 000 adagnak megfelelő mennyiségben. Ezenkívül Belgiumban 3 kg-ot foglaltak le ebből a kábítószerből, az eddigi legnagyobb mennyiséget ebben az országban. A legtöbb egyéb kábítószer esetében hiányosak az adatsorok, így nem lehet elvégezni az országok közötti összehasonlítást, illetve a tendenciák elemzését. 2014-ben 18 országból jelentettek GHB-, illetve GBL-lefoglalásokat. Az 1243 lefoglalás 176 kg és 544 liter kábítószernek felel meg, ennek Belgium (40%) és Norvégia (34%) egyenként több mint egyharmadát adta. Tizenegy országból 793 ketaminlefoglalást jelentettek, 246 kg mennyiségben. E lefoglalások több mint felére az Egyesült Királyságban került sor. 10 országból 203 kg-ot kitevő 1645 mefedronlefoglalást jelentettek. Szinte az összes mefedronlefoglalást az Egyesült Királyságból (101 kg) és Ciprusról (99 kg) jelentették.

Az új pszichoaktív szerek sokszínű piaca

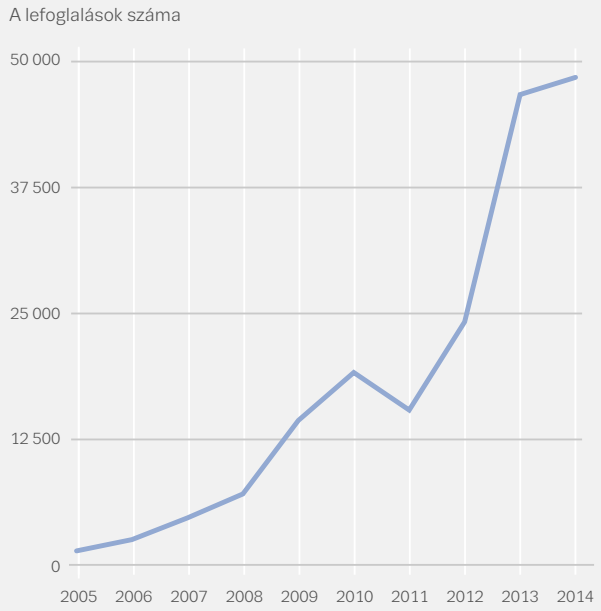
Az EMCDDA az új pszichoaktív szerek széles körét kíséri figyelemmel. Ezek közé tartoznak a szintetikus kannabinoidok, a szintetikus katinonok, a fenetilaminok, az opiátok, a triptaminok, a benzodiazepinek, az arilalkilaminok és egy sor egyéb szer. 2015-ben 98 új szer került azonosításra, amivel a bejelentett új anyagok száma 560 fölé emelkedett, ebből 380-at (70%) az utóbbi 5 évben fedeztek fel (1.10. ábra).

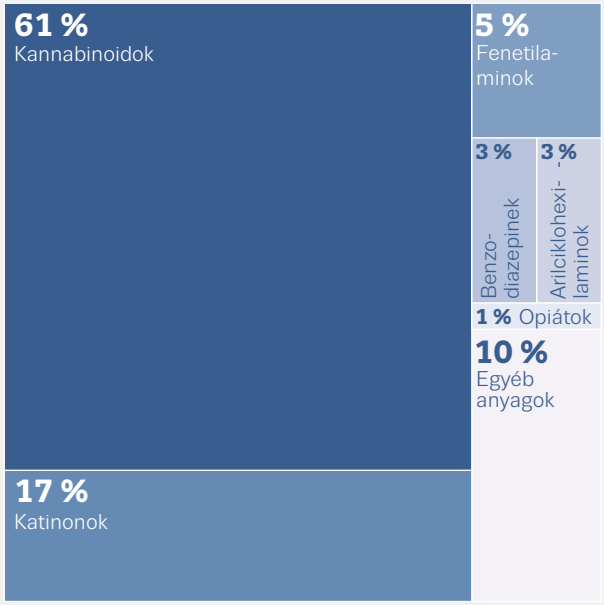
2008 óta 160 szintetikus kannabinoidot azonosítottak különféle termékekben – többek között 24 új, 2015-ben bejelentett kannabinoidot. A szintetikus kannabinoidokat a kannabisz „legális” helyettesítőjeként árusítják, és a fogyasztóvédelmi és gyógyszertörvények kijátszása érdekében „egzotikus füstölőkeverékként” és „nem emberi fogyasztásra” szánt termékként reklámozhatják. Az új kábítószereknek az EMCDDA által megfigyelt legnagyobb csoportját alkotják, ami egyrészt azt mutatja, hogy Európában nagy a kannabisz iránti kereslet, másrészt azt, hogy a gyártók képesek új kannabinoidokat piacra dobni, ha a meglévőket ellenőrzés alá vonják.

A szintetikus katinonok az EMCDDA által megfigyelt szerek második legnagyobb csoportját képezik. Európában az első kimutatásuk 2004-ben történt, azóta 103 új katinon vegyületet azonosítottak, 2015-ben 26-ot. A szintetikus katinonokat jellemzően stimulánsok, például az amfetamin, az MDMA és a kokain „legális” helyettesítőjeként árusítják.

1.11. ÁBRA

Az EU Korai Jelzőrendszeréhez bejelentett új pszichoaktív szerek lefoglalásainak száma: kategóriák szerinti bontás 2014-ben és tendenciák



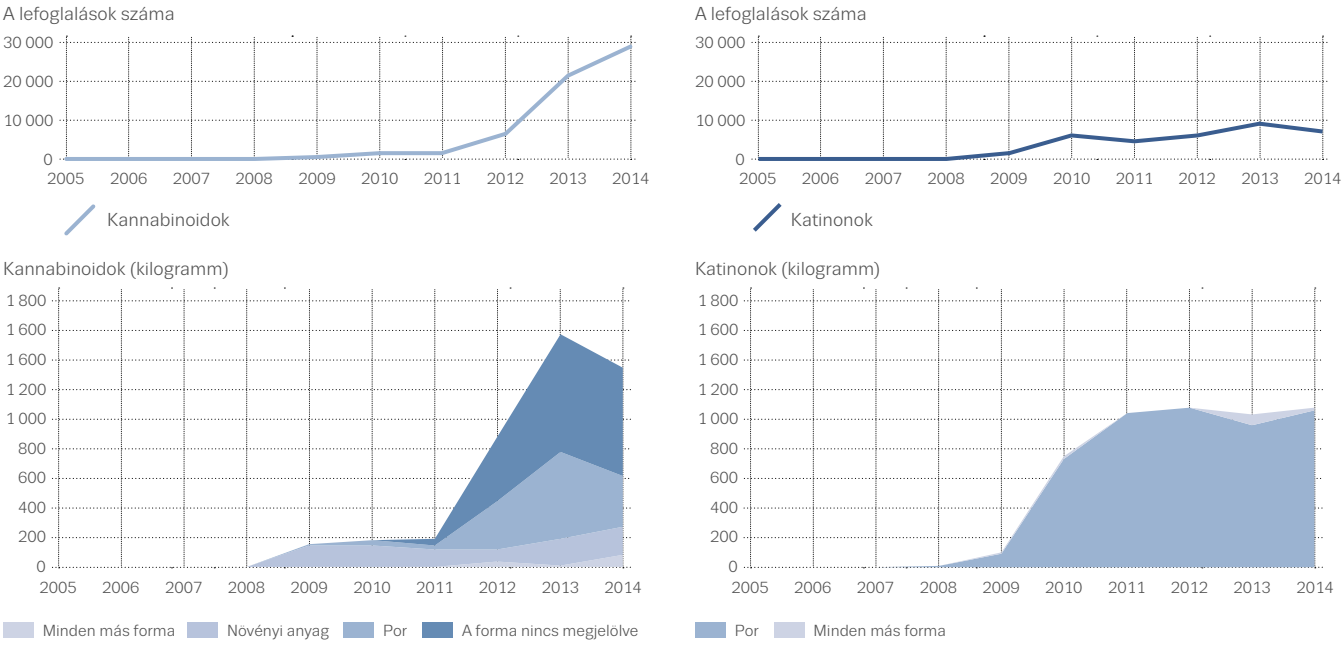


Megjegyzés: Az adatok az EU-tagállamokra, Törökországra és Norvégiára vonatkoznak.

Az EMCDDA jelenleg 14 új és ellenőrizetlen benzodiazepint követ nyomon. Ezeket esetenként hamisított gyógyszerek előállításához használják, amelyeket Európában adnak el. Erre a gyakorlatra példa a 2015-ben lefoglalt hamisított alprazolám tabletták esete, amelyekről kiderült, hogy flubromazolamot tartalmaznak, valamint a fenazepamot tartalmazó hamisított diazepám tabletták esete. Egyes európai országokban ezek a hamisított gyógyszerek a kábítószerpiac fontos részévé váltak.

1.12. ÁBRA

Az EU Korai Jelzőrendszeréhez bejelentett szintetikus kannabinoidok és katinonok lefoglalásai: a lefoglalások számának és a lefoglalt mennyiségnek az alakulása



Megjegyzés: Az adatok az EU-ra, Törökországra és Norvégiára vonatkoznak.

Nőtt az új pszichoaktív szerek lefoglalásainak száma

Az EU Korai Jelzőrendszeréhez bejelentett, az egyes esetekkel kapcsolatos lefoglalási adatok az új pszichoaktív szerek piacának folyamatos növekedésére mutatnak. 2014-ben Európában közel 50 000 alkalommal foglaltak le új szereket, majdnem 4 tonna mennyiségben (1.11. ábra). Ennek többségét a szintetikus kannabinoidok tették ki: csaknem 30 000 lefoglalásra került sor, ami több mint 1,3 tonnát jelentett (1.12. ábra). A szintetikus katinonok alkotják a második legnagyobb csoportot az 1 tonnát meghaladó több mint 8000 lefoglalással. A szintetikus kannabinoidok és a szintetikus katinonok együttesen az összes lefoglalás csaknem 80%-át, a lefoglalt mennyiségnek pedig több mint 60%-át tették ki 2014-ben. A többi csoportba az ellenőrizetlen benzodiazepinek és az erős narkotikus fájdalomcsillapítók (például a fentanil) tartoztak, amelyek heroinként adhatók el.

2014-ben az új pszichoaktív szerek lefoglalásai között a szintetikus kannabinoidok voltak túlsúlyban, amelyek a lefoglalások teljes számának több mint 60%-át és a lefoglalt mennyiség csaknem 35%-át tették ki (1.11. ábra). Legnagyobb részüket por formájában, gyakran nagy mennyiségben foglalták le, a többit jellemzően növényi törmelékként, amelyre ráfújták a szert. A port „legal high" szerként árusított termékek gyártásához használják, és a lefoglalások több millió adagot tesznek ki. 2014-ben az öt legfontosabb, por formájában lefoglalt kannabinoid az AM-2201 (70 kg), az MDMB-CHMICA (40 kg), az AB-FUBINACA (35 kg), a MAM-2201 (27 kg) és az XLR-11 (5F-UR-144) (26 kg) volt.

A szintetikus katinonok 2014-ben az új pszichoaktív szerek összes lefoglalásainak több mint 15%-át tették ki, a teljes lefoglalt mennyiségnek pedig csaknem 30%-át (1.11. ábra). A leggyakrabban lefoglalt öt katinon a mefedron (222 kg) és izomerei, a 3-MMC (388 kg) és a 2-MMC (55 kg), valamint a pentedron (136 kg) és az alfa-PVP (135 kg) volt.

Kábítószerpiacok: szakpolitikai válaszlépések

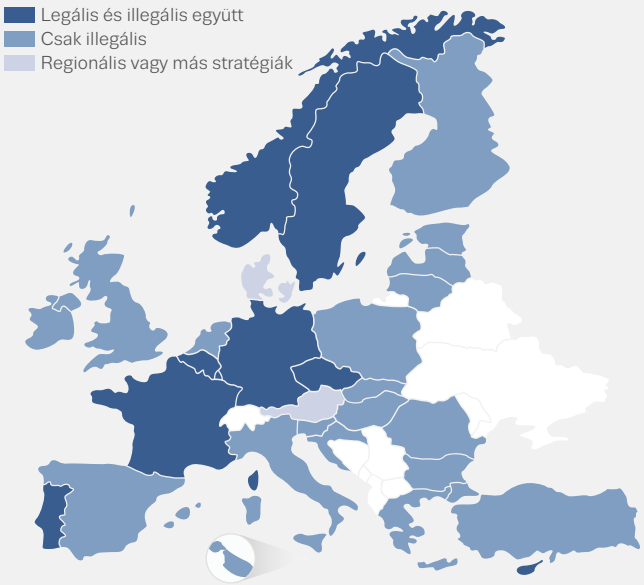
A kábítószer-kínálat és -kereskedelem globális jellege megnehezíti az ellenintézkedések végrehajtását. A döntéshozók egy sor kínálatcsökkentési lehetőségből választhatnak, a szabályozási és bűnüldözési módszerek mellett idetartoznak a drogstratégiák és jogi beavatkozások is. Az európai kínálatcsökkentő kezdeményezéseket számos uniós intézmény koordinálja. Ebben a folyamatban több stratégiai tervezési eszközt alkalmaznak: az EU 2013–20-ra szóló drogstratégiáját és a 2013–16-ra szóló jelenlegi cselekvési tervét, a szervezett és súlyos nemzetközi bűnözésre vonatkozó európai uniós szakpolitikai ciklust és az uniós biztonsági stratégiákat. Abból, hogy ezek a stratégiák számos szakpolitikai területet fednek le, egyértelmű, hogy a bűnüldözés milyen nagy kihívásokkal szembesül, és a kábítószer-kereskedelemben részt vevő szervezett bűnözői csoportok egyre tapasztaltabbak. Az említett szakpolitikai területek közé tartozik például a biztonság-, tenger-, migrációs és fejlesztéspolitika. Magukban foglalják a hírszerzésen alapuló rendőrségi munka javítására irányuló intézkedéseket, a tengeri felügyeletet és szállítást, az illegális pénzmozgások felderítését és kezelését, a határellenőrzést, az ipari vegyi anyagok mozgását és az alternatív fejlesztési intézkedéseket. Az Európai Unió ezenkívül különféle nemzetközi partnerekkel is együttműködik e kínálatcsökkentési politikák végrehajtása érdekében.

A tagállamoknak országos szinten a kábítószerpiaci mozgások hasonlóan bonyolult rendszerével kell foglalkozniuk, és a többségük rendelkezik a kábítószer-kínálat csökkentésére vonatkozó nemzetbiztonsági és rendőrségi stratégiával. Ezenkívül a drogpolitikájának kinyilvánítása érdekében kettő kivételével valamennyi ország rendelkezik nemzeti drogstratégiával, amely keresletcsökkentő kezdeményezések mellett gyakran kínálatcsökkentő kezdeményezéseket is tartalmaz. A kivételek közé tartozik Ausztria – ahol regionális drogstratégiák vannak érvényben – és Dánia, amely különféle stratégiai dokumentumok, jogszabályok és konkrét intézkedések formájában kinyilvánított nemzeti drogpolitikával rendelkezik. A drogstratégiák olyan dokumentumok, amelyek általában határozott időre szólnak, és a konkrét intézkedések és a végrehajtásukért felelős szereplők kijelölése mellett jellemzően célkitűzéseket és prioritásokat fogalmaznak meg. Az utóbbi években egyre összetettebbé vált a drogpolitika területe. Ez abban tükröződik, hogy az uniós tagállamok közel egyharmada rendelkezik olyan nemzeti stratégiával, amelynek hatálya a kábítószereken kívül a legális pszichoaktív szerekre és bizonyos esetekben a szenvedélybetegségekre is kiterjed (lásd 1.13. ábra).

Drogpolitikájuk kinyilvánítása érdekében az országok nemzeti drogstratégiát alkalmaznak

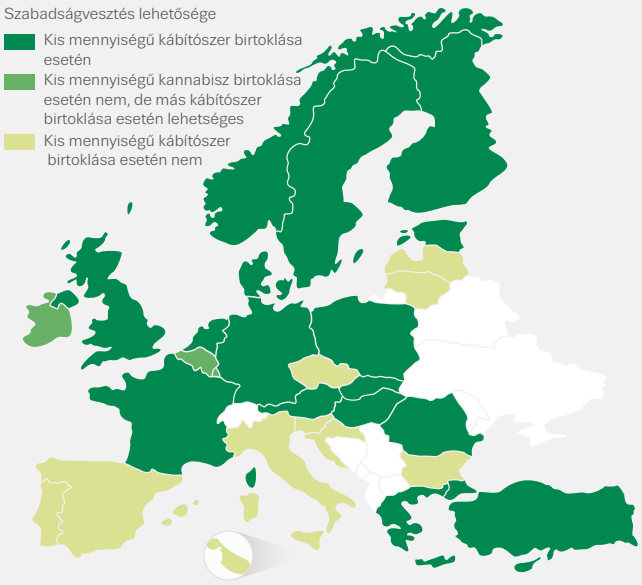
1.13. ÁBRA

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



1.14. ÁBRA

Törvény szerinti büntetések: a szabadságvesztés lehetősége személyes használatra szánt kábítószerek birtoklása esetén (vétség)



Jogi válaszlépések a kábítószer-kínálatra és -birtoklásra

A tagállamok intézkedéseket tesznek a kábítószerek kínálatának visszaszorítására az ENSZ három egyezményének értelmében, amelyek nemzetközi keretet biztosítanak több mint 240 pszichoaktív anyag előállításának, kereskedelmének és birtoklásának ellenőrzéséhez. A kábítószer-kereskedelmet minden ország köteles bűncselekménynek tekinteni, de a törvényben rögzített büntetési tételek államok szerint különböznek. Néhány országban a kínálati kábítószer-bűncselekményekre egyetlen tág büntetési tartomány vonatkozik, míg más országok különbséget tesznek az enyhébb és a súlyosabb kínálati bűncselekmények között, ennek megfelelő büntetési tartományokkal.

Ezenkívül minden ország köteles bűncselekménynek tekinteni a személyes fogyasztásra szánt kábítószerek birtoklását, de az ország „alkotmányos elveinek és jogrendszere alapvető fogalmainak" függvényében. Ezt a kitételt nem egyformán értelmezik az államok, ami tükröződik az európai és más országok e téren alkalmazott eltérő jogi megközelítésében. Európában körülbelül 2000 óta érzékelhető az az általános tendencia, hogy a kábítószerek személyes használatához kapcsolódó enyhébb bűncselekmény esetén csökken a börtönbüntetés vagy más szabadságvesztés kiszabásának valószínűsége. Egyes országok pedig egészen odáig mentek, hogy a személyes célú birtoklás bűncselekménye kizárólag nem büntetőjogi szankciókkal, általában pénzbírsággal sújtható (1.14. ábra).

Kábítószer-bűncselekmények: hosszabb távú növekedés

A kábítószerek kínálatának és használatának visszaszorítására irányuló jogszabályok végrehajtását a regisztrált kábítószer-bűncselekmények adatain keresztül kísérik figyelemmel. Becslések szerint az Európai Unióban 2014-ben 1,6 millió bűncselekményt jelentettek be (többségük, 57%-uk kannabisszal volt kapcsolatos), és ezekben körülbelül 1 millió elkövető vett részt. A regisztrált bűncselekmények száma 2006 és 2014 között majdnem egyharmaddal (34%) növekedett.

A legtöbb európai országban a regisztrált kábítószer-bűncselekmények többsége kábítószer-használathoz vagy használati célú birtokláshoz köthető. Becslések szerint Európa egészében 2014-ben összesen több mint 1 millió ilyen bűncselekményt regisztráltak, ami 2006-hoz képest 24%-os növekedést jelent. A birtoklással összefüggő bejelentett kábítószer-bűncselekmények több mint háromnegyede kannabisszal volt kapcsolatos. 2014-ben folytatódott a kannabisz, az amfetaminszármazékok és az MDMA birtoklásával kapcsolatos bűncselekmények számának emelkedése. (1.15. ábra).

2006 óta összességében 10%-kal emelkedett a kábítószerek kínálatával összefüggő, bejelentett bűncselekmények száma, és a becslések szerint 2014-ben már több mint 214 000 ilyen eset volt. A fogyasztói típusú bűncselekményekhez hasonlóan az esetek többségében a kannabisz játszott szerepet. A kínálati

bűncselekményeknek ugyanakkor nagyobb része kapcsolódott a heroinhoz, kokainhoz és amfetaminszármazékokhoz, mint a személyes használati célú cselekményeknek. 2014-ben nem folytatódott a heroin és a kokain kínálatával kapcsolatos bűncselekmények számának csökkenő tendenciája, az MDMA kínálatával összefüggő esetek száma ugyanakkor jelentősen megugrott (1.15. ábra).

A helyettesítő gyógyszerek eltérítésének megelőzése

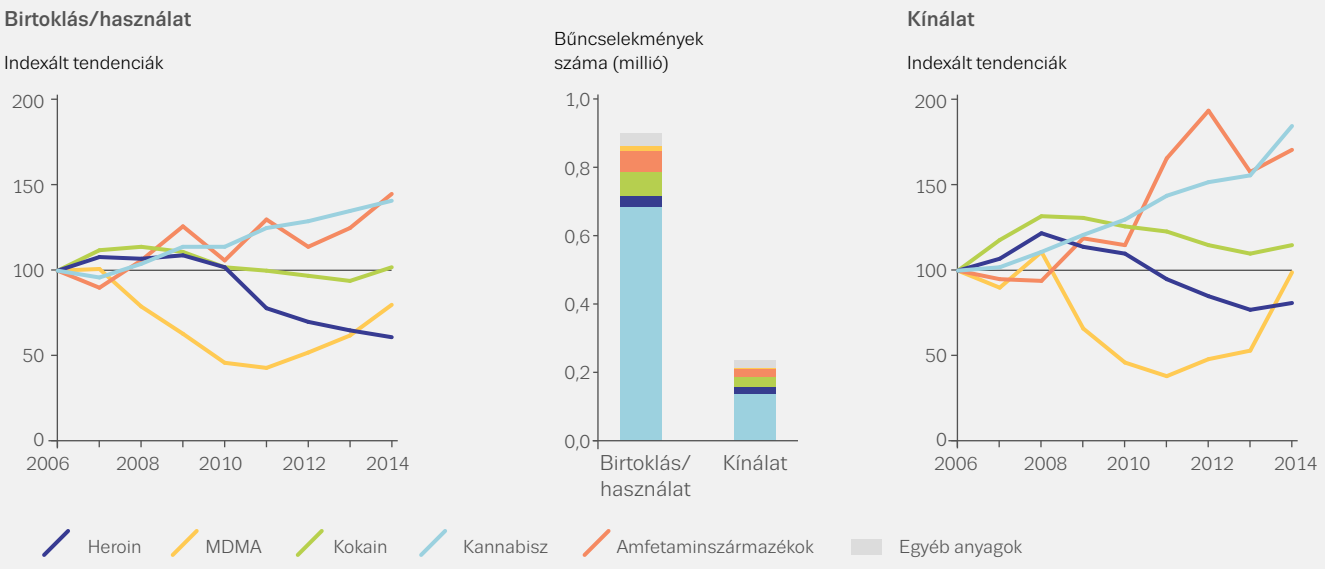
Aggodalomra ad okot, hogy az opiáthelyettesítő gyógyszereket eltérítik a kábítószer-használók kezelésében történő tervezett felhasználástól a nem gyógyászati célú felhasználás és a kábítószerpiaci értékesítés felé. Az eltérítés a vényköteles gyógyszerek megosztását, eladását, kereskedelmét vagy átadását jelenti. Ez történhet szándékosan (szándékos kínálat másoknak) vagy önkéntelenül (nem szándékos kínálat, például elvesztett gyógyszerek és lopás).

Országos szinten a helyettesítő gyógyszerek eltérítésének megakadályozására különböző stratégiákat alkalmaznak. Idetartozik a klinikai orvosoknak és a betegeknek szóló képzés; stratégiák végrehajtása a kezelés keretében előírtak betartásának a megfelelő gyógyszerek felírásával és az adagolás felügyeletével történő biztosítására; a visszaélés megakadályozására szolgáló gyógyszerkészítmények biztosítása; elektronikus gyógyszeradagolók alkalmazása; és ellenőrzési intézkedések bevezetése, például a betegek toxikológiai vizsgálata, tabletták megszámolása és váratlan ellenőrzés. A rendszerszintű szabályozásra a gyógyszertári tranzakciók nyilvántartása és a gyógyszerek szabálytalan felírása miatti fegyelmi intézkedések adnak módot.

Egy újabb keletű európai áttekintés azt jelzi, hogy az említett beavatkozások közül több is alkalmas lehet a gyógyszerek eltérítésének visszaszorítására, bár az alkalmazásuk lehetséges nem szándékolt következményeiről kevesen számolnak be. Jelenleg a kihívást továbbra is az jelenti, hogy a betegek számára biztosított legyen a helyettesítő gyógyszerekhez való megfelelő hozzáférés, ugyanakkor legyenek olyan helyénvaló prevenciós és szabályozási válaszlépések, amelyek minimalizálják az ilyen gyógyszerek kijutását az illegális piacra.

1.15. ÁBRA

Kábítószer-fogyasztással, használati célú birtoklással vagy kábítószer-kínálattal összefüggő kábítószer-bűncselekmények Európában: indexált tendenciák és bejelentett bűncselekmények 2014-ben



BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2016

Cocaine trafficking to Europe, Kábítószerügyi kiemelt témák.

Changes in Europe's cannabis resin market, Kábítószerügyi kiemelt témák.

Internet and drug markets, Betekintések.

Strategies to prevent diversion of Opioid Substitution Treatment, Kábítószerügyi kiemelt témák.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA tanulmányok.

Opioid trafficking routes, Kábítószerügyi kiemelt témák.

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

The Internet and drug markets, Technikai jelentések.

2014

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

Drug policy profiles – Austria, EMCDDA tanulmányok.

Drug policy profiles – Poland, EMCDDA tanulmányok.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA tanulmányok.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA tanulmányok.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Kábítószerügyi kiemelt témák.

Synthetic drug production in Europe, Kábítószerügyi kiemelt témák.

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

2012

Cannabis production and markets in Europe, Betekintések.

2011

Drug policy profiles: Portugal

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

Responding to new psychoactive substances, Célpontban a kábítószer.

Az EMCDDA és az Europol közös kiadványai

2016

EU Drug markets report: in-depth analysis.

EU Drug markets report: a strategic overview.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (α-PVP), Joint Reports.

EMCDDA–Europol 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.

Valamennyi kiadvány elérhető a www.emcdda.europa.eu/publications

2

Napjainkban az európai kábítószer-használat több szert foglal magában

A kábítószer-használat prevalenciája és tendenciái

Napjainkban az európai kábítószer-használat több szert foglal magában, mint korábban. A kábítószer-használók körében általános a politoxikománia, és az egyéni használati minták a kipróbálástól a rendszeres használaton át a függőségig terjednek. A férfiak körében általában minden kábítószer használata nagyobb arányban fordul elő, és ezt a különbséget a használat intenzívebb vagy rendszeres mintázatai gyakran tovább erősítik. A kannabiszhasználat előfordulási gyakorisága körülbelül ötszöröse a többi anyagénak. Bár a heroin és más opiátok használata továbbra is viszonylag ritka, Európában még mindig ezekhez a kábítószerekhez köthetők az egészségre ártalmasabb használati módok, többek között az intravénás kábítószer-használat.

A kábítószer-használat monitorozása

Az EMCDDA az európai kábítószer-használatra és használati mintákra vonatkozó adatokat gyűjt és kezel.

A normál populációs vizsgálatokból származó adatok áttekintést nyújthatnak a rekreációs célú kábítószer-használat prevalenciájáról. E vizsgálati eredményeket a települési szennyvízben található kábítószer-maradványokkal kapcsolatban az európai városokban végzett közösségi szintű elemzések egészíthetik ki.

A magas kockázatú kábítószer-használatról becsült adatokat közlő vizsgálatok elősegíthetik a rejtettebb kábítószer-használati problémák mértékének meghatározását, míg a kábítószer-probléma miatt kezelésre jelentkezők adatai – más mutatókkal együtt vizsgálva – információval szolgálhatnak a magas kockázatú kábítószer-használat jellemzőinek és tendenciáinak megértéséhez.

Az európaiak egynegyede próbált már kábítószereket

A becslések szerint több mint 88 millió felnőtt, avagy az Európai Unió 15–64 éves népességének valamivel több mint egynegyede próbált már ki kábítószereket az élete valamely pontján. A férfiak körében gyakoribb a kábítószer-használat (54,3 millió), mint a nőknél (34,8 millió). A leggyakrabban használt kábítószer a kannabisz (51,5 millió férfi és 32,4 millió nő); a kokain (11,9 millió férfi és 5,3 millió nő), az MDMA (9,1 millió férfi és 3,9 millió nő) és az amfetaminszármazékok (8,3 millió férfi és 3,8 millió nő)

használatának becsült életprevalenciája sokkal alacsonyabb. A kábítószer-használat életprevalenciáját tekintve az országok között komoly különbségek vannak, Franciaországban 10 felnőttből nagyjából négy, Dániában és Olaszországban a felnőttek nagyjából egyharmada érintett, míg Bulgáriában, Máltán, Romániában és Törökországban kevesebb mint egytizedük.

Az előző évi kábítószer-használat jó indikátora a közelmúltbeli kábítószer-használatnak, és jórészt a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében koncentrálódik. Becslések szerint az elmúlt év folyamán 17,8 millió fiatal felnőtt használt kábítószert, kétszer annyi férfi, mint nő.

Kannabiszhasználat: országonként eltérő helyzetkép

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

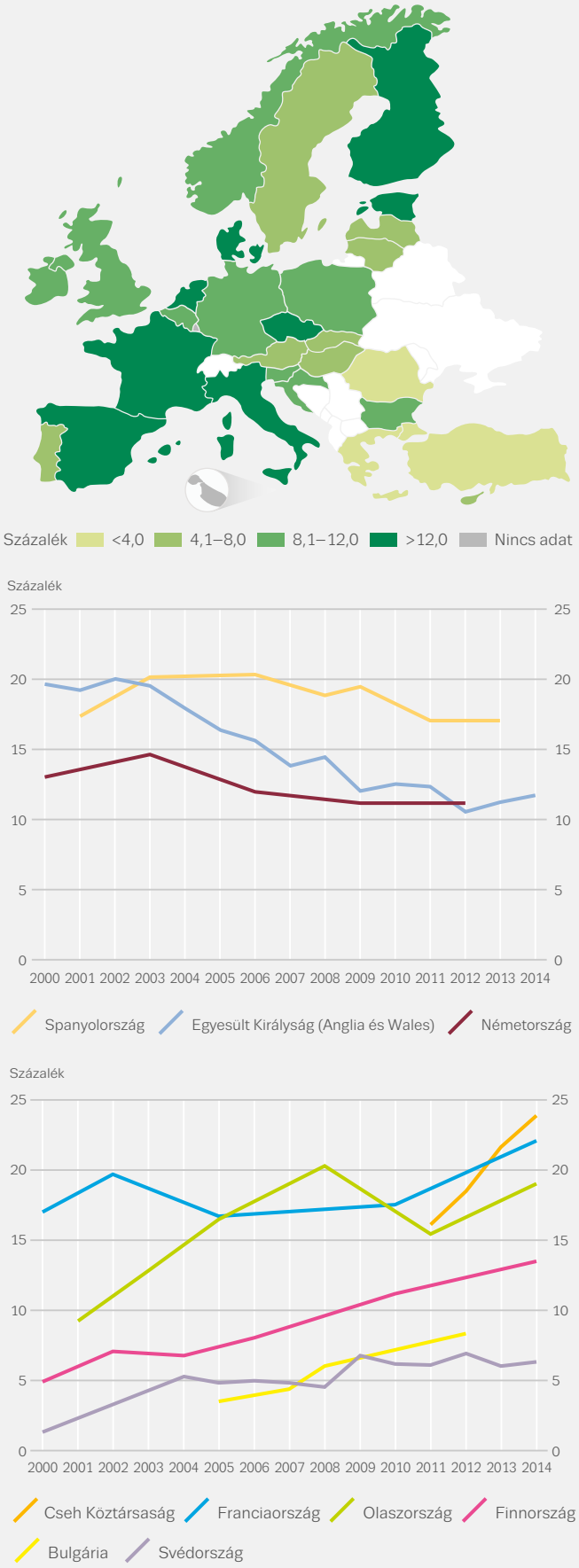
Becslések szerint kb. 16,6 millió európai fiatal (15–34 évesek) avagy a korcsoport 13,3%-a használt kannabiszt az elmúlt évben, és közülük 9,6 millióan a 15–24 éves korosztályba tartoztak (a korcsoport 16,4%-a). Az előző évben kannabiszt használó fiatalok körében a férfiak és a nők aránya kettő az egyhez volt.

A legújabb vizsgálati eredmények továbbra is az elmúlt évi kannabiszhasználat eltérő alakulását mutatják az egyes országokban (2.1. ábra). Azokban az országokban, ahol 2013 óta történt felmérés, nyolcból jelentettek magasabb prevalenicabecsléseket, négyből stabil, egyből pedig alacsonyabb becslést, mint az előző, összehasonlítható felmérésben.

Csak kevés ország rendelkezik elegendő adattal ahhoz, hogy lehetővé tegye a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében előforduló elmúlt évi kannabiszhasználat közép- és hosszú távú időbeli tendenciáinak statisztikai elemzését. A viszonylag magas prevalenciával rendelkező országok, például Németország, Spanyolország és az Egyesült Királyság az elmúlt évtizedben a kannabiszhasználat csökkenő vagy stagnáló előfordulását

2.1. ÁBRA

A kannabiszhasználat előző évi prevalenciája a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében: legfrissebb adatok (fent) és statisztikailag szignifikáns tendenciák (középen és lent)



mutatják, míg Franciaországban 2010 után növekedett a prevalencia. Azon országok közül, amelyekben hagyományosan alacsonyabb a kannabiszhasználat aránya, Finnország hosszú távon egyenletesen növekvő előfordulási gyakoriságot jelentett, az alacsony előfordulási aránytól az európai átlag felé mozdult, míg Svédországban továbbra is alacsony a kannabiszhasználók aránya, bár az adatok az elmúlt évtizedben mérsékelt növekedést jeleznek. A kevesebb összehasonlítható adattal rendelkező országok közül a bulgáriai adatok 2012-ig továbbra is növekvő tendenciát mutatnak, a Cseh Köztársaságban pedig egy évenként megismételt felmérés 2011 és 2014 között növekedést állapított meg.

A fiatalok alkohol- és egyéb kábítószer-fogyasztási szokásaival foglalkozó európai iskolavizsgálat (ESPAD) felmérésének legutóbbi, 2011-ben közzétett beszámolója szerint a 15–16 éves diákok körében a kannabiszhoz kapcsolódott a kábítószer-használat legnagyobb része. Az iskolásokra, ez esetben a 15 évesekre vonatkozó legfrissebb adatok az „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása" (HBSC) felmérésből származnak. A 2013/14-es HBSC-felmérésben a kábítószer-használat életprevalenciája Svédországban volt a legalacsonyabb, 5% volt a lányoknál és 7% a fiúknál, Franciaországban pedig a legmagasabb, 26% a lányok és 30% a fiúk körében.

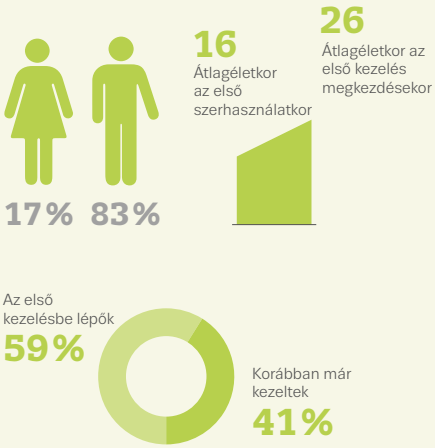
A kannabiszhasználók kezelése: megnövekedett igény

A normálpopulációs vizsgálatok becslése alapján az európai felnőttek közel 1%-a számít napi vagy közel napi szintű kannabiszhasználónak, azaz ők a felmérést megelőző hónapban 20 vagy több napon használták a kábítószert. Körülbelül 60%-uk 15–34 év közötti, és több mint háromnegyed részük férfi.

Más mutatókkal együtt vizsgálva a kannabiszhasználatból eredő problémák miatt kezelést kezdők adatai információval szolgálhatnak a magas kockázatú kábítószer-használat jellegének és mértékének megértéséhez Európában. Összességében a kannabiszhasználatból eredő problémák miatt először kezelésbe lépők száma a 2006-os 45 000-ről 2014-ben 69 000-re nőtt. Ebben a csoportban a kannabiszt naponta használók aránya a 2006-os 46%-ról 2014-ben 54%-ra emelkedett. A kezelésbe lépők számában bekövetkezett növekedés okai nem ismertek, de összefüggésben lehet a kannabiszhasználat prevalenciájának változásaival és az intenzív szerhasználattal, valamint egyéb tényezőkkel, úgymint az ártalmasabb és magasabb hatóanyag-tartalmú termékek hozzáférhetősége, a kannabiszhasználóknak szóló kezelés hozzáférhetősége és a kezelésbe való beutalási gyakorlat változása.

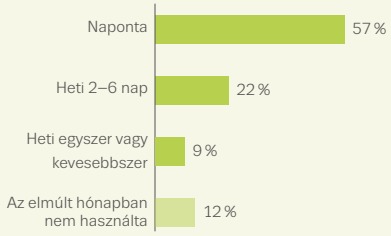
KEZELÉSBE LÉPŐ KANNABISZHASZNÁLÓK

Jellemzőik

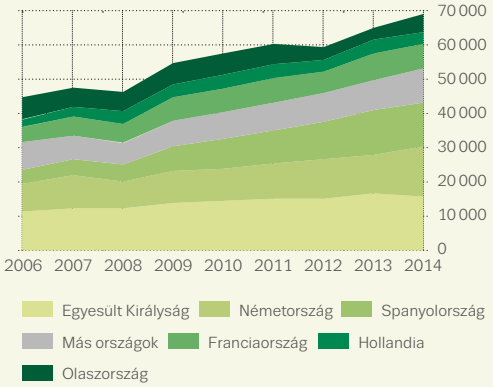


Használat gyakorisága az előző hónapban

Átlagos szerhasználat heti **5,4** nap



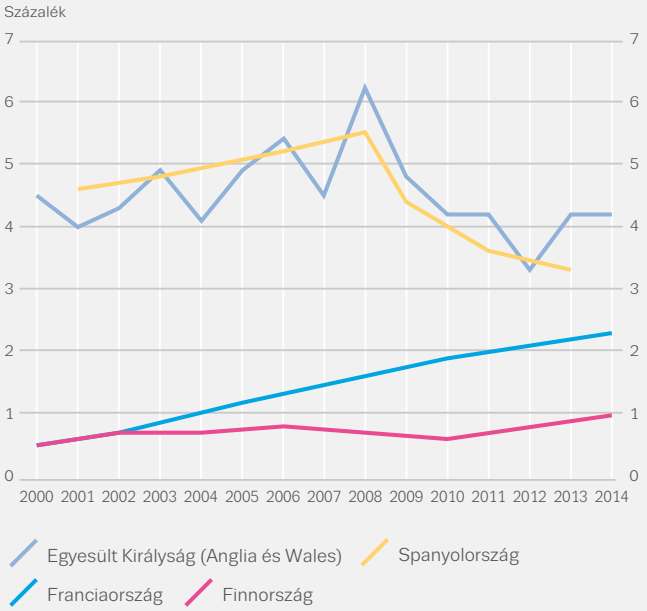
Az első kezelést kezdők számának alakulása

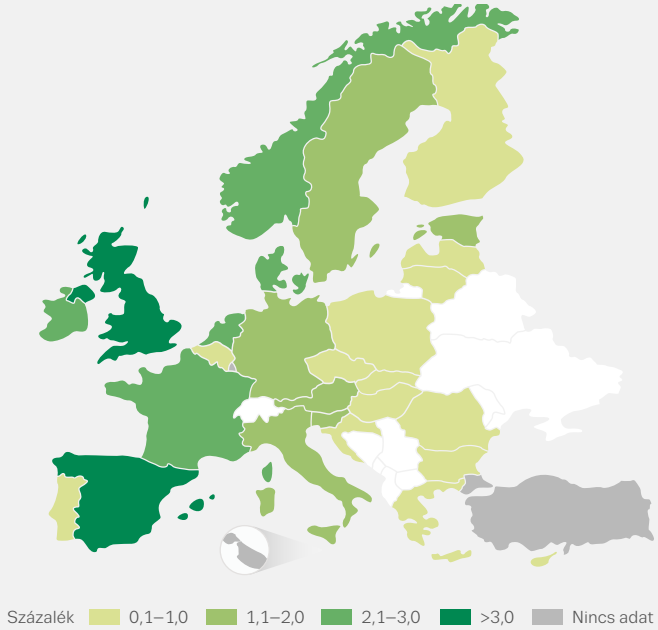


Megjegyzés: A jellemzők az összes olyan, kezelést kezdő személyre vonatkoznak, aki a kannabiszt nevezte meg elsődleges kábítószereként. A nemzeti szintű adatszolgáltatásban bekövetkezett változások miatt az Olaszországra vonatkozó 2014-es adatokat nem lehet közvetlenül összehasonlítani az előző évekkel.

2.2. ÁBRA

A kannabiszhasználat előző évi prevalenciája a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében: statisztikailag szignifikáns tendenciák és a legfrissebb adatok





Kokain: változó prevalencia

Európán belül a kokain a leggyakrabban használt stimuláns kábítószer, bár a használata Európa déli és nyugati részén nagyobb arányú. A kokainport (kokain-hidroklorid) leggyakrabban szippantják (orron át történő belégzés), de esetenként injektálják is, a crack kokaint (kokain bázis) pedig általában elszívják.

Becslések szerint az elmúlt év folyamán körülbelül 2,4 millió 15–34 év közötti fiatal felnőtt (a korosztály 1,9%-a) használt kokaint. A kokainhasználók közül sokan rekreációs jelleggel fogyasztják a kábítószert, leginkább hétvégenként és munkaszüneti napokon. A rendszeres fogyasztókat két nagy csoportra lehet osztani: az egyikbe a társadalmilag integráltabb fogyasztók tartoznak, akik gyakran szippantják a kokaint, a másikba azok a marginalizálódott szerhasználók, akik intravénásan használják a kokaint vagy cracket szívnak, esetenként opiátok használata mellett.

Európán belül a kokain a leggyakrabban használt stimuláns kábítószer

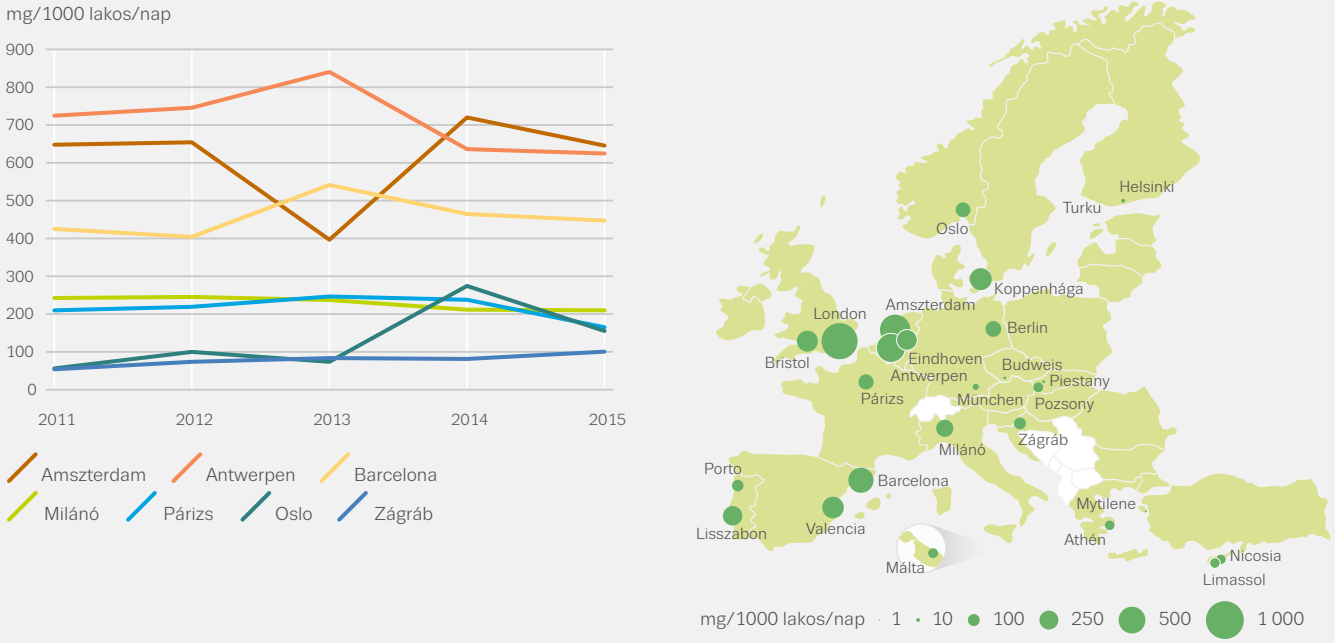
Csak Spanyolországból, Hollandiából és az Egyesült Királyságból jelezték a kokainhasználat 3%-os vagy azt meghaladó előző évi prevalenciáját a fiatal felnőttek körében. A legfrissebb felmérések nem mutatják a kokainhasználat gyakoriságának előző években jelzett csökkenését; azokban az országokban, ahol 2013 óta sor került prevalenciavizsgálatra, hatból jelentettek magasabb becsléseket, kettőből stagnáló tendenciát, négyből alacsonyabb becsléseket, a megelőző vizsgálatok adataihoz képest.

Csak kevés ország esetében van lehetőség a fiatal felnőttek körében előforduló elmúlt évi kokainhasználat hosszú távú tendenciáinak statisztikai elemzésére. Spanyolország és az Egyesült Királyság egyaránt emelkedő tendenciáról számolt be 2008-ig, amit stabilitás vagy csökkenés követett. Az Egyesült Királyságból származó jelentések szerint a csökkenés a fiatalabb felnőttekre (16–24 évesek) korlátozódik, az idősebb korosztályban a prevalencia továbbra is stagnál vagy növekszik. Franciaországban emelkedő tendencia figyelhető meg, 2014-ben a kokainhasználat prevalenciája meghaladta a 2%-ot. Finnországban nőtt a prevalencia, de a szerhasználat összességében továbbra is ritka, az 1%-ot 2014-ben érte el először.

A populációs vizsgálatok eredményeit a települési szennyvízben talált kokainmaradványok elemzése egészíti ki, mely egy több város részvételével elvégzett vizsgálat keretében történt. A vizsgálat eredményei az 1000 lakosra

2.3. ÁBRA

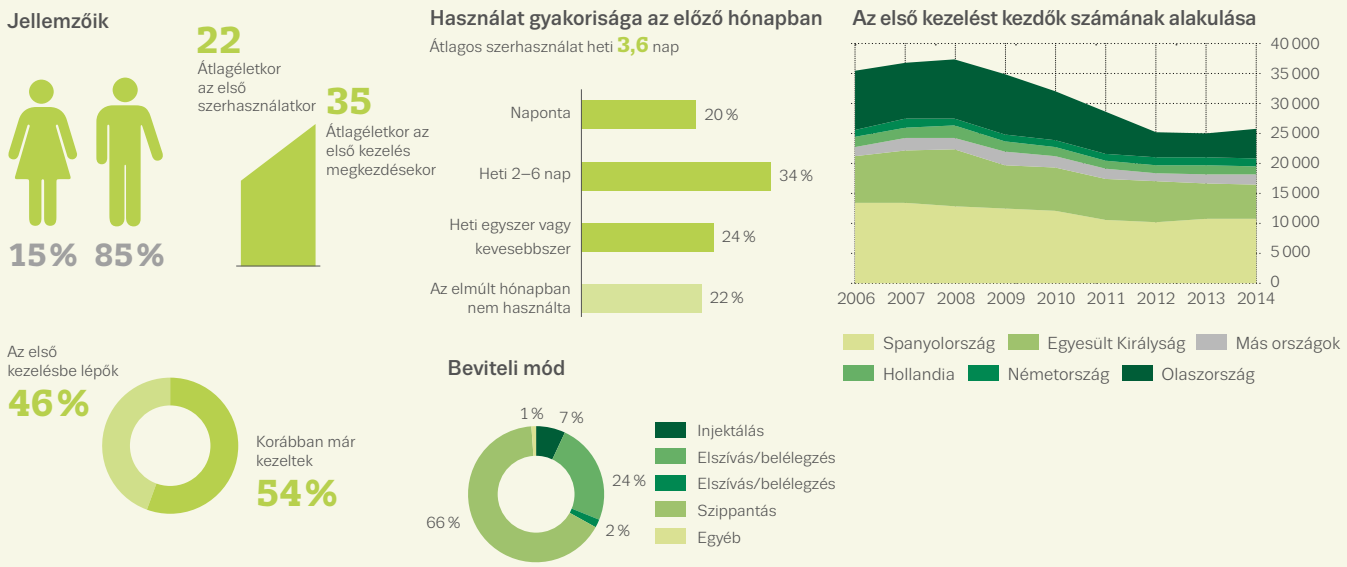
Kokain szermaradványok a szennyvízben a kiválasztott európai városokban: tendenciák és a legfrissebb adatok



Megjegyzés: A kokain napi átlagértéke 1000 lakosra jutó milligrammban. Térkép: A mintavételt 2015-ben egy héten át végezték a kiválasztott európai városokban.
Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

jutó napi kábítószer-maradvány standardmennyiségét (koncentrációját) mutatják. A 2015-ös elemzés a benzoilekgonin – a kokain fő metabolitja – legmagasabb koncentrációját Belgium, Spanyolország, Hollandia és az Egyesült Királyság városaiban mutatta ki (lásd 2.3. ábra). A 2015-ben felderített általános minták hasonlóak az előző éviekhez, a városok többsége vagy csökkenő, vagy stagnáló tendenciát mutatott 2011 és 2015 között.

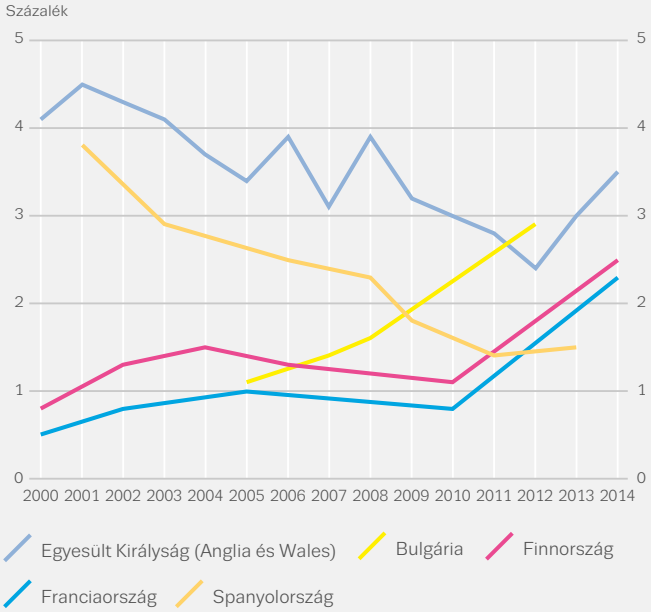
KEZELÉSBE LÉPŐ KOKAINHASZNÁLÓK

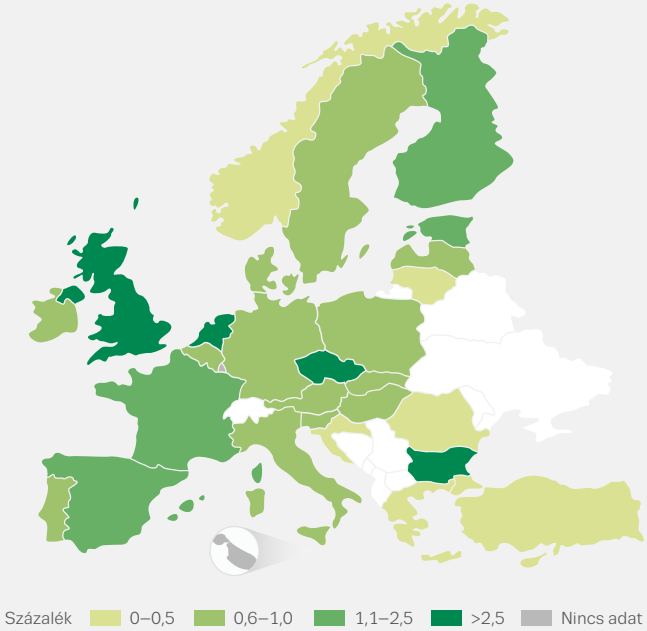


Megjegyzés: A jellemzők az összes olyan, kezelést kezdő személyre vonatkoznak, aki a kokaint vagy a cracket nevezte meg elsődleges kábítószereként. A nemzeti szintű adatszolgáltatásban bekövetkezett változások miatt az Olaszországra vonatkozó 2014-es adatokat nem lehet közvetlenül összehasonlítani az előző éviekkel.

2.4. ÁBRA

Az MDMA-használat előző évi prevalenciája a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében: statisztikailag szignifikáns tendenciák és a legfrissebb adatok





A kokainhasználat kezelése iránti stabil igény

A kokainhasználat különösen problémás formáinak európai előfordulását nehéz megítélni, mivel friss becslésekkel csak öt ország rendelkezik, és ezekhez eltérő meghatározásokat és módszereket alkalmaztak. Németországban 2012-ben a felnőtt népesség körében 0,20%-ra becsülték a kokainfüggők arányát. Olaszországban 2014-ben 0,64%-ra tették azok arányát, akik kokainhasználat miatt kezelésre szorulnak, Spanyolországban pedig 2013-ban 0,29%-ra becsülték a magas kockázatú kokainhasználat előfordulásának arányát. Az Egyesült Királyság 2011/12-es becslésében az angliai felnőtt népesség körében 0,48%-ra tette a crack kokainhasználók arányát, de az érintettek többsége valószínűleg opiátokat is használt. Az előző évi szerhasználatra vonatkozó adatok alapján Portugáliában 0,62%-ra becsülték a magas kockázatú kokainhasználatot.

Európában az összes kokainnal összefüggésben kezelést kezdő kliens körülbelül 74%-át Spanyolország, Olaszország és az Egyesült Királyság adja. Összességében a kábítószer-használat miatt 2014-ben kezelésbe lépő kliensek közül 60 000 nevezte elsődleges kábítószerének a kokaint, az első alkalommal kezelést kezdők közül pedig 27 000 kliens. A csökkenés időszaka után a kokainhasználat miatt első alkalommal kezelésbe lépők összesített száma 2012 óta stagnál.

Európában 2014-ben a kezelésre jelentkező kliensek közül csaknem 5500 jelezte a crack kokain elsődleges használatát; e kliensek több mint fele (3000) az Egyesült Királyságban él, a többiek túlnyomórészt Spanyolországban, Franciaországban és Hollandiában (2000).

MDMA: változó tendenciák és gyakoribb használat

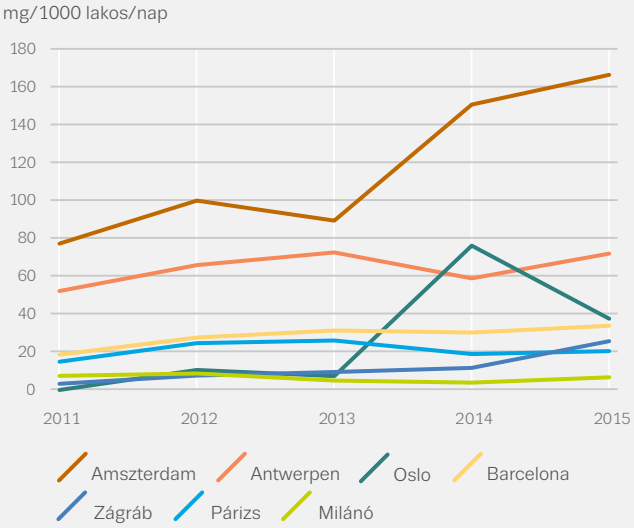
Az MDMA-t (3,4-metiléndioxi-metamfetamin) általában ecstasy tabletták formájában használják, de egyre gyakrabban por és kristály alakban is kapható; a tablettákat általában lenyelik, por formában viszont szippantani is lehet (orron át történő belégzés).

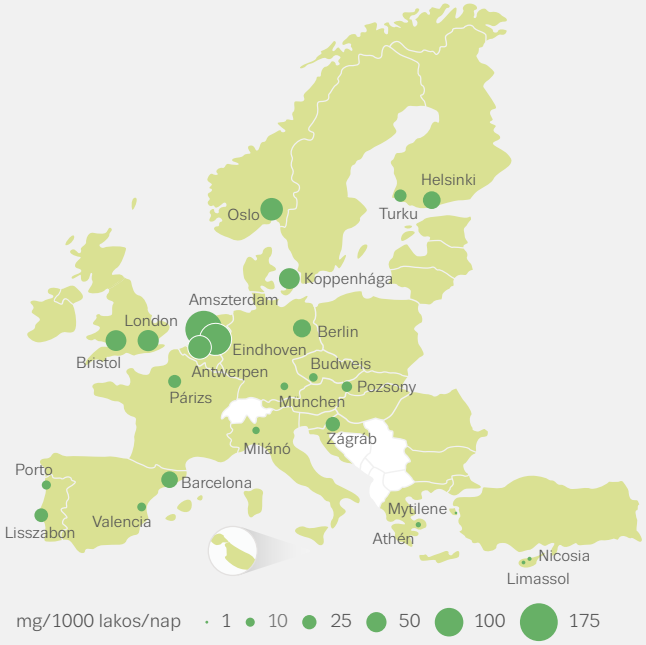
Az utóbbi években az adatforrások több országból is új fejleményeket jeleztek az MDMA európai piacán, beleértve a gyakoribb szerhasználatról szóló jelentéseket.

Az európai felmérések hagyományosan az ecstasy, nem pedig az MDMA használatáról gyűjtöttek adatokat, bár ez most már változóban van. Becslések szerint az elmúlt évben 2,1 millió fiatal (15–34 év közötti) felnőtt használt MDMA-t/ecstasyt (a korcsoport 1,7%-a), 0,3% és 5,5% közötti becsült országos arányokkal. Az előző évben MDMA-t használó fiatalok körében a férfiak és a nők aránya 2,4 az 1-hez volt.

2.5. ÁBRA

MDMA szermaradványok a szennyvízben a kiválasztott európai városokban: tendenciák és a legfrissebb adatok





Megjegyzés: Az MDMA napi átlagértéke 1000 lakosra jutó milligrammban. Térkép: A mintavételt 2015-ben egy héten át végezték a kiválasztott európai városokban.
Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Az utóbbi időkig az MDMA-használat prevalenciája sok országban csökkent a 2000-es évek eleje és közepe között elért csúcshoz képest. Úgy tűnik, hogy ez most változóban van. Azon országok körében, ahol 2013 óta készült új felmérés, az eredmények általános növekedésre mutatnak Európában: kilenc országból jelentettek magasabb, háromból pedig alacsonyabb becsléseket, mint az előző, összehasonlítható adatokkal rendelkező felmérésben. Ahol elérhetők adatok a fiatal felnőttek körében előforduló előző évi MDMA-használat alakulásának megbízhatóbb elemzéséhez, egyes országokban 2010 óta növekedés figyelhető meg. Ezen időszakban Bulgáriában, Finnországban és Franciaországban továbbra is hosszú távú emelkedő tendenciát tapasztaltak, míg az Egyesült Királyságban a csökkenő tendencia 2011/2012-es megszakadását statisztikailag szignifikáns növekedés követte (2.4. ábra). Hollandia 2014-re vonatkozóan 5,5%-os prevalenciát jelzett, de ezt az adatot nem lehet közvetlenül összehasonlítani a korábbi felmérésekkel.

A 2015-ben végzett, több nagyvárosra kiterjedő vizsgálat az MDMA legmagasabb koncentrációját belga és holland városok szennyvízében mutatta ki (2.5. ábra). A városok többségében a szennyvízben kimutatott MDMA-koncentráció 2015-ben magasabb volt, mint 2011-ben, és egyes városokban ugrásszerű növekedést figyeltek meg, ami az MDMA nagyobb tisztaságával vagy a kábítószer jobb hozzáférhetőségével és megnövekedett fogyasztásával hozható összefüggésbe.

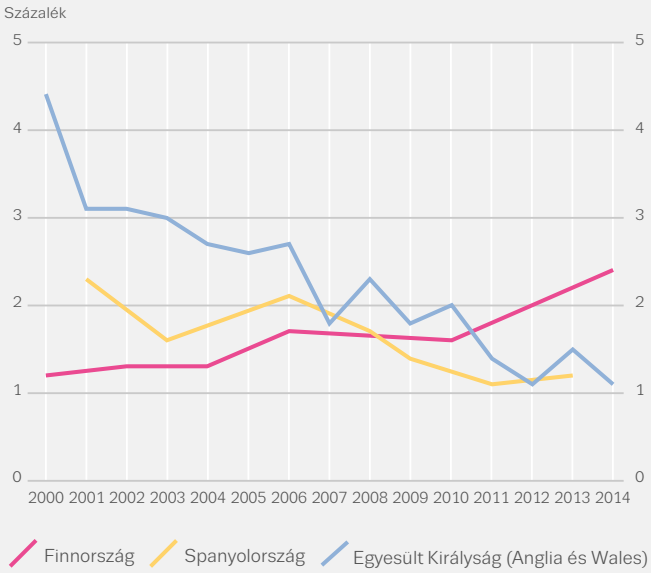
Az MDMA-t gyakran más szerekkel, többek között alkohollal együtt használják. Az éjszakai élet színterein rendszeresen megforduló fiatalok körében végzett felmérések jellemzően nagyobb arányú kábítószer-használatot mutatnak a normál népességhez képest. Ez különösen igaz az MDMA-ra, amely hagyományosan szorosan összekapcsolódik az éjszakai élettel, főleg az elektronikus zenével. A jelek aktuálisan arra utalnak, hogy a magasabb prevalenciával rendelkező országokban az MDMA már nem réspiaci vagy szubkulturális kábítószer; nemcsak éjszakai táncos szórakozóhelyeken és partikon fogyasztják, hanem fiatalok sokasága használja általában az éjszakai életben, például bárokban és házibulikon.

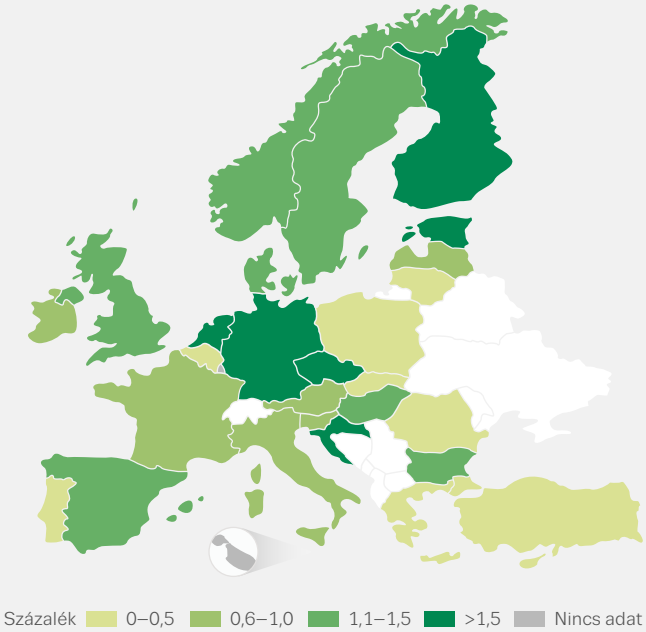
Az MDMA használatát ritkán jelölik meg a kábítószer-kezelésre való jelentkezés okaként. Európában 2014-ben az első kezelésükre jelentkezők kevesebb mint 1%-a (közel 800 kliens) jelezte az MDMA használatát.

Az MDMA-t gyakran más szerekkel együtt használják

2.6. ÁBRA

Az amfetaminszármazékok használatának előző évi prevalenciája a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében: statisztikailag szignifikáns tendenciák és a legfrissebb adatok





Az amfetaminszármazékok használata: eltérő országos tendenciák

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 az elmúlt években más országokban is növekedett a használat aránya. 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 injektálás is gyakori. A metamfetamint el is lehet füstölni, bár erről a beviteli módról Európában nem sokszor számolnak be.

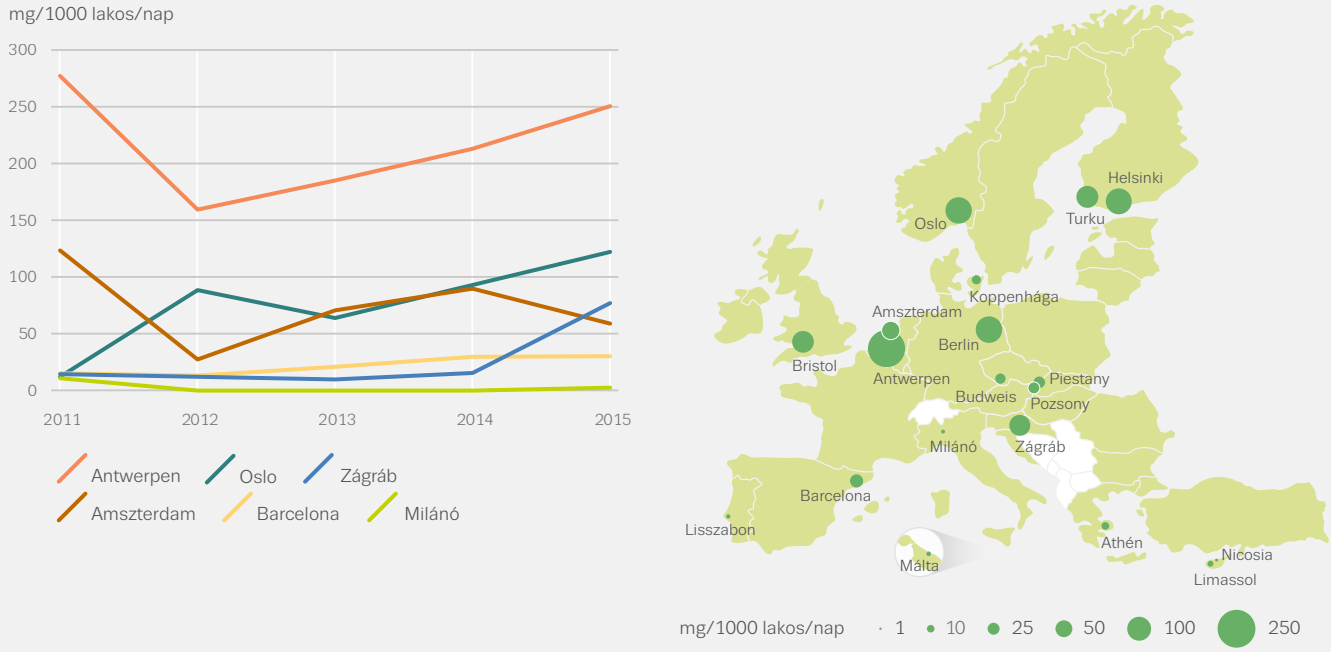
Becslések szerint az elmúlt év folyamán 1,3 millió fiatal felnőtt (a 15–34 évesek 1,0%-a) használt amfetaminszármazékokat, az előfordulás legfrissebb országos prevalencia adatok a 0,1–2,9% közötti tartományban mozognak. A rendelkezésre álló adatok azt jelzik, hogy körülbelül 2000 óta a legtöbb európai országban viszonylag stabil helyzet alakult ki a használat tekintetében. A 2013 óta felmérést készítő országok közül hétből jelentettek magasabb becsléseket, egyből stagnálást, négyből pedig alacsonyabb becsléseket, mint az előző, összehasonlítható felmérésben. Hollandia újabban a fiatal felnőttek körében 2,9%-os prevalenciát jelzett, de ezt nem lehet összehasonlítani a korábbi felmérésekkel.

Azon kevés ország közül, ahol lehetőség van a hosszabb távú, statisztikailag szignifikáns tendenciák elemzésére, Spanyolország és az Egyesült Királyság is a prevalencia csökkenését mutatja 2000 óta (2.6. ábra). Ezzel ellentétben Finnországban viszont a prevalencia folyamatos növekedése volt tapasztalható ezen időszakban, és mára az egyik legmagasabb szintről számol be Európában.

A települési szennyvíz 2015-ben elvégzett elemzése azt állapította meg, hogy az európai városokban érzékelhető mértékű az amfetaminszármazékok jelenléte. Az amfetamin koncentrációja nagyon változatosan alakult, de a legmagasabb szinteket az Európa északi részén fekvő városokból jelezték (lásd 2.7. ábra). Európa déli részén sokkal alacsonyabb amfetaminszinteket mértek. A metamfetamin legmagasabb koncentrációját a Cseh Köztársaság, Szlovákia és Norvégia városaiban mérték. A 2011 és 2015 közötti időszakból származó adatok összességében viszonylag stabil tendenciát mutatnak mindkét kábítószer esetében.

2.7. ÁBRA

Amfetamin szermaradványok a szennyvízben a kiválasztott európai városokban: tendenciák és a legfrissebb adatok



Megjegyzés: Az amfetamin napi átlagértéke 1000 lakosra jutó milligrammban. Térkép: A mintavételt 2015-ben egy héten át végezték a kiválasztott európai városokban.
Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Az amfetaminhasználók kezelése: növekvő igény

A hosszú távú, krónikus és intravénás amfetaminhasználattal összefüggő problémák hagyományosan az észak-európai országokban a legnyilvánvalóbbak. A hosszú távú metamfetaminhasználattal összefüggő problémák ezzel szemben leginkább a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában jelentkeztek. Magas kockázatú metamfetaminhasználatról friss becslések állnak rendelkezésre a Cseh Köztársaságból és Ciprusról. A Cseh Köztársaságban a felnőttek (15–64 évesek) körében nagyjából 0,51%-ra becsülték a magas kockázatú metamfetaminhasználatot 2014-re vonatkozóan, de 2007 és 2014 között a szerhasználatban, főként az injektálás terén jelentős növekedést figyeltek meg (a szerhasználók száma kb. 20 000-ről több mint 36 000-re emelkedett). Ciprus esetében 2014-ben 0,02%-os, 127 szerhasználónak megfelelő becslést adtak meg. Norvégiában a magas kockázatú amfetamin- és metamfetaminhasználatot 0,33%-ra avagy 11 200 felnőttre becsülték 2013-ban. Valószínűleg az amfetaminszármazékok használói teszik ki a Lettország által bejelentett 2177 (0,17%) magas kockázatú stimulánshasználó többségét, ami a 2010-es 6540-hez (0,46%) képest csökkenést jelent.

Több európai országból jelezték a metamfetamin más stimulánsokkal és GHB-val (gamma-hidroxi-vajsav) való együttes intravénás használatát olyan férfiak kis csoportjaiban, akik más férfiakkal létesítenek szexuális kapcsolatot. Ezek az úgynevezett „slamming” gyakorlatok azért adnak okot aggodalomra, mert a kábítószer-használatban és a szexuális viselkedésben egyaránt jelen van a kockázatvállalás.

Európában a drogfogyasztás miatt 2014-ben speciális kezelésre jelentkező kliensek közül körülbelül 32 000 nevezte elsődleges kábítószerének az amfetaminszármazékokat, és közülük hozzávetőleg 13 000-en léptek első alkalommal kezelésbe. Az elsődleges amfetaminhasználók Bulgáriában, Németországban, Lettországban, Magyarországon, Lengyelországban és Finnországban vannak jelen számottevő arányban az első alkalommal kezelésbe lépők között. Az elsődleges metamfetaminhasználat miatt kezelésre jelentkezők a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában koncentrálódnak, amelyek együttesen a 8700 európai metamfetaminhasználó kliens csaknem 95%-át adták. Európában az amfetaminszármazékok elsődleges használata miatt első alkalommal kezelésbe lépők száma 50%-kal emelkedett 2006 óta, jórészt a Németországban, illetve kisebb mértékben a Cseh Köztársaságban bekövetkezett növekedés következtében.

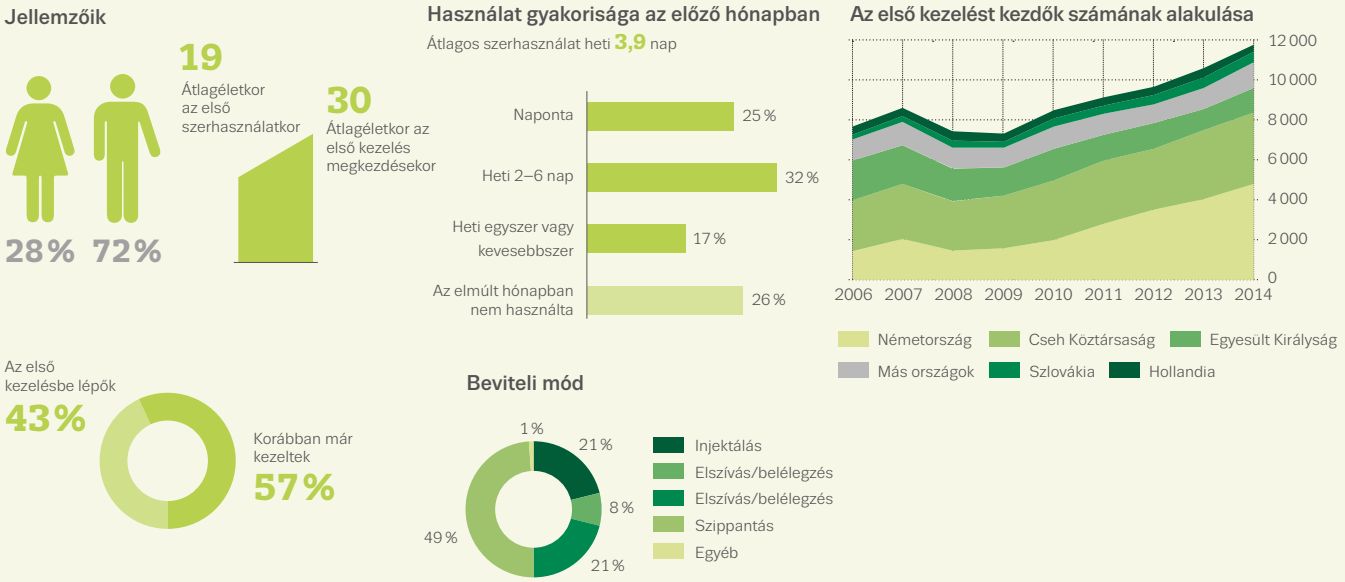
A ketamin, a GHB és a hallucinogének használata

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

A ketamin és a GHB (beleértve a GBL nevű prekurzorát, a gamma-butirolaktont) rekreációs használatáról az utóbbi két évtizedben érkeztek jelentések az európai drogfogyasztók egyes alcsoportjainak köréből. Ahol a GHB és a ketamin használatáról országos becslés készült, ott ezek a felnőtt és az iskolai népességben egyaránt alacsonynak mutatják az előfordulást. A legfrissebb felmérések alapján Hollandia a felnőttek (15–64 évesek) körében 0,4%-ra tette a GHB használatának előző évi prevalenciáját, Norvégia 0,1%-ra (16–64 évesek), Románia pedig a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében 0,5%-ra. Egyes országok, köztük Hollandia, Norvégia és az Egyesült Királyság a GHB-használat és a kapcsolódó problémák nagyobb arányát jelezték bizonyos városi és helyi társadalmi csoportokban. Dánia és Spanyolország a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében 0,3%-ra becsülte a ketaminhasználat előző évi prevalenciáját, az Egyesült Királyságban pedig 1,6%-os elmúlt évi ketaminhasználatot jeleztek a 16–24 évesek körében, ami már 2008 óta stagnál.

Az LSD és a hallucinogén gombák használatának összesített előfordulása Európában évek óta stabil és alacsony szinten áll. A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az országos felmérések mindkét anyag esetében 1% alatti előző évi prevalenciát jeleznek, ez alól kivétel Finnország az LSD 1,3%-os prevalenciájával, valamint a hallucinogén gombák esetében az Egyesült Királyság (1%), Hollandia (1,3%), Finnország (1,9%) és a Cseh Köztársaság (2,3%).

KEZELÉSBE KERÜLT AMFETAMIN-HASZNÁLÓ KLIENSEK



Megjegyzés: Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok. A jellemzők az összes olyan, kezelést kezdő személyre vonatkoznak, aki az amfetaminszármazékokat nevezte meg elsődleges kábítószereként.

Új kábítószerek használata

Az új kábítószerek használatába némi betekintést kaphatunk az Eurobarométer fiatalokról és kábítószerekről szóló 2014-es gyorsfelméréséből, amelyhez a 28 uniós tagállamban 13 128 fős, 15–24 éves fiatalokból álló mintán készítettek telefonos interjút. Bár elsősorban attitűdvizsgálat volt, az Eurobarométer felmérésében szerepelt egy kérdés „a kábítószerek hatásait utánzó anyagok" használatáról is. Jelenleg ezek az adatok jelentik az Unió egészére kiterjedő egyetlen információforrást ebben a témában, bár az eredmények értelmezésével módszertani okokból körültekintően kell bánni. Összességében a válaszadók 8%-a számolt be az ilyen anyagok kipróbálásáról, 3% pedig az elmúlt évi használatról. Ez a 2011-es hasonló felmérés szerinti 5%-os kipróbáláshoz képest emelkedést jelent. Az elmúlt évi használatról nyilatkozók 68%-a egy barátjától jutott hozzá az anyaghoz.

Egyre több ország terjeszti ki a normálpopulációs vizsgálatait az új pszichoaktív szerekre, bár az eltérő módszerek és kérdések határt szabnak az eredmények összehasonlíthatóságának az országok között. 2011 óta 11 európai ország közölt becslést az új pszichoaktív szerek használatáról (nem beleértve a ketamint és a GHB-t). Ezen anyagok használatának előző éves prevalenciája az Eurobarométer gyorsfelmérésében szereplő korcsoportban, a fiatalabb felnőttek (15–24 évesek) körében a lengyelországi 0,0% és az írországi 9,7% között mozog. A mefedron használatáról az Egyesült Királyságból (Anglia és Wales) vannak felmérési adatok. A legfrissebb (2014/15) felmérés a mefedron előző évi használatát a 16–24 éves fiatalok körében 1,9%-ra becsülte, ami megegyezett az előző felmérés eredményével, de az ellenőrző intézkedések bevezetése előtti 2010/11-es 4,4%-hoz képest csökkenést jelent. 2014-ben egy finnországi felmérés a szintetikus katinonok előző évi használatát 0,2%-ra becsülte a 15–24 éves fiatalok körében, míg Franciaország 4%-ra tette azon 18–34 évesek arányát, akik elmondásuk szerint füstöléssel már fogyasztottak szintetikus kannabinoidokat.

Az opiátok közül Európában leginkább a heroin használatos

Heroinhasználók: a kezelés iránti stabil igény jelei

A tiltott opiátok közül Európában leginkább a heroin használatos, amely füstöléssel, szippantással vagy injektálva fogyasztható. Számos más szintetikus opiáttal is visszaélnek, ilyen például a metadon, a buprenorfin és a fentanil.

A felnőttek (15–64 évesek) körében nagyjából 0,4%-ra becsülik a magas kockázatú opiáthasználat átlagos előfordulását, ami Európában 2014-ben 1,3 millió magas kockázatú opiáthasználót jelentett. A magas kockázatú opiáthasználat előfordulására vonatkozó országos becslések 1000 főre vetítve 1-nél kevesebb és körülbelül 8 közé teszik az érintett esetek számát a 15–64 éves népességben (2.8. ábra). Az Európai Unióban a becsült magas kockázatú opiáthasználók körülbelül 75%-át az Egyesült Királyság, Franciaország, Olaszország, Németország és Spanyolország jelentette be. Azon 11 ország közül, amely 2008 és 2014 között közölt ismételt becsléseket készített a magas kockázatú opiáthasználatról, Spanyolország és Törökország mutat statisztikailag szignifikáns csökkenést, a többi ország pedig stabil tendenciákat (2.8. ábra).

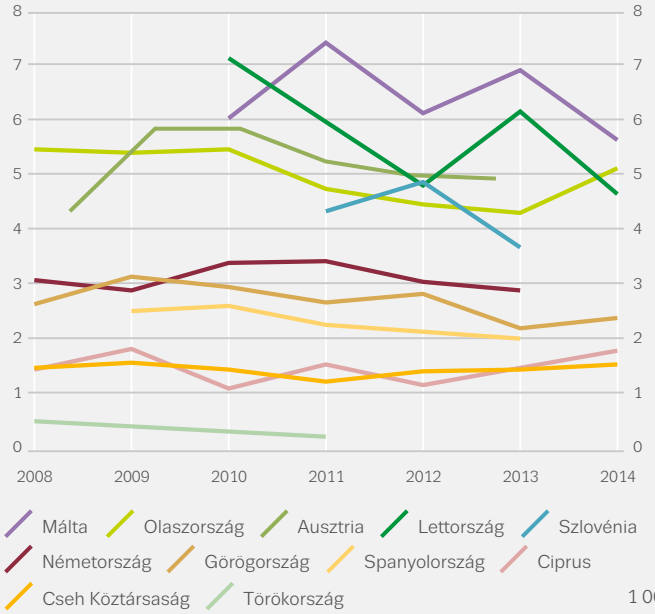
A heroinfüggőség Európában több hullámban jelentkezett. Az első hullám több nyugati országot érintett az 1970-es évek közepétől kezdve, a második hullám pedig más régiókban, főleg a közép- és kelet-európai térségben jelent meg az 1990-es évek közepétől a végéig. Később egyes országokban a hullám a nagyvárosokból inkább a vidéki területekre és kisebb városokra terjedt át. 2010/11-től kezdve a mutatók több európai országban az új heroinhasználók számának csökkenésére, valamint a magas kockázatú opiáthasználók idősödő csoportjára hívták fel a figyelmet, akik közül sokan helyettesítő kezelésben részesültek. A legújabb adatok szerint az újonnan kezelésbe lépők számának csökkenő tendenciája kiegyenlítődhet.

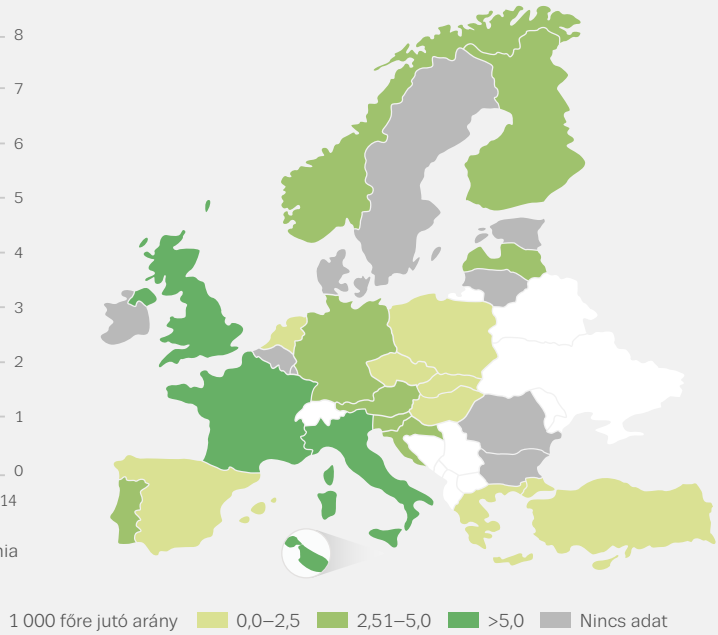
Európában az opiátokat elsődleges kábítószerként használó, kezelésre jelentkező 185 000 kliensből 34 000 először lépett kezelésbe. Az új heroinhasználó kliensek száma a 2007-es 59 000 fős csúcsról – amikor is az összes új kliens 36%-át tették ki – 2013-ban kevesebb mint felére, 23 000-re (az új kliensek 16%-a) esett vissza. Úgy tűnik, hogy a tendencia kiegyenlítődött. A legfrissebb adatok alapján 17 országból jelentették az új heroinhasználók számának stabilizálódását vagy csökkenését, 9 országból pedig a növekedését.

2.8. ÁBRA

Országos becslések a magas kockázatú opiáthasználat előző évi prevalenciájáról: kiválasztott tendenciák és a legfrissebb adatok

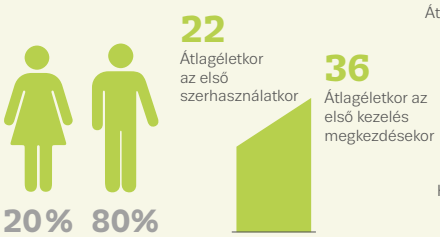
A 15-64 éves népességben 1 000 főre jutó esetszám





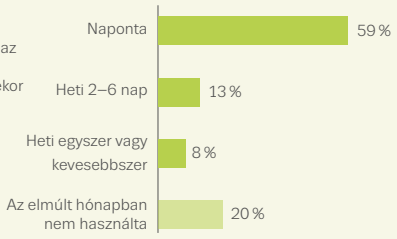
A KEZELÉSBE LÉPŐ HEROINHASZNÁLÓK

Jellemzőik

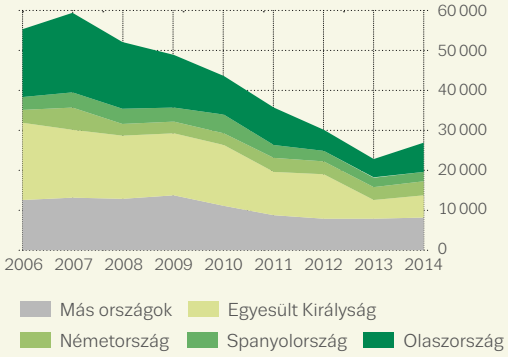


Használat gyakorisága az előző hónapban

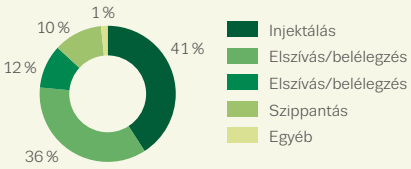
Átlagos szerhasználat heti **5,8** nap



Az első kezelést kezdők számának alakulása



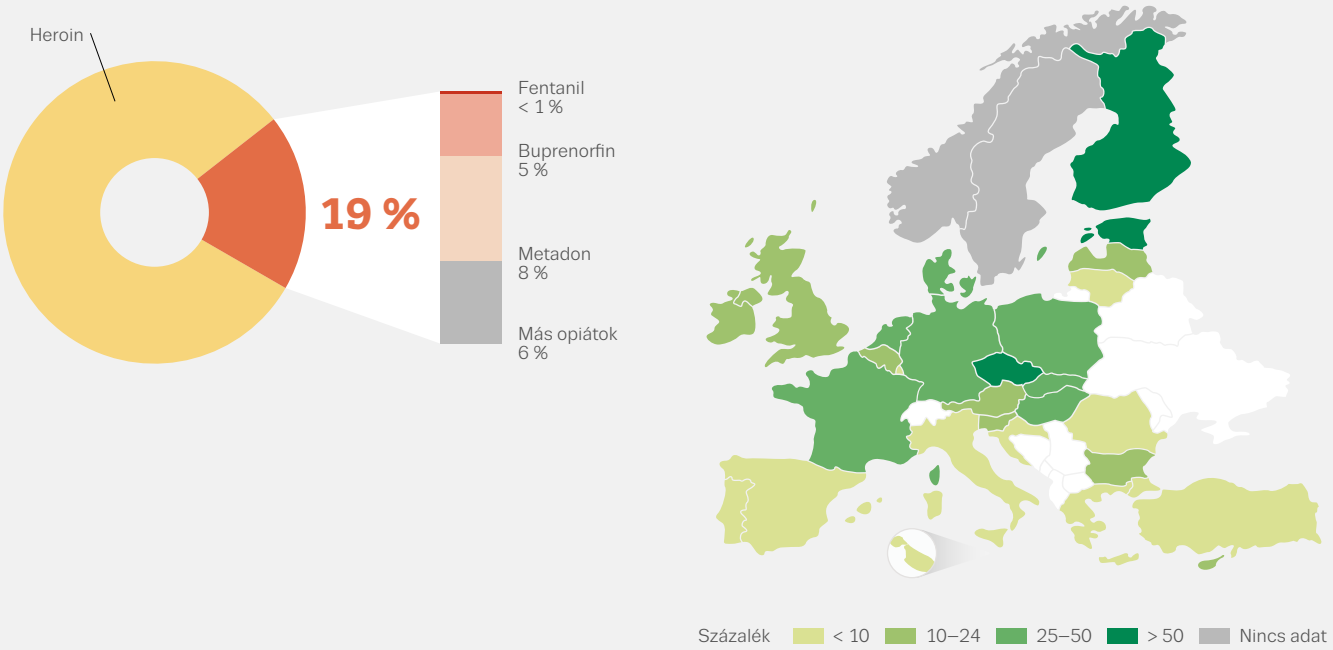
Beviteli mód



Megjegyzés: A jellemzők az összes olyan, kezelést kezdő személyre vonatkoznak, aki a heroint nevezte meg elsődleges kábítószereként. A nemzeti szintű adatszolgáltatásban bekövetkezett változások miatt az Olaszországra vonatkozó 2014-es adatokat nem lehet közvetlenül összehasonlítani az előző éviekkel.

2.9. ÁBRA

Azok a kezelésre jelentkezők, akik elsődleges kábítószerként az opiátokat nevezték meg: az opiát típusa szerint és a más opioiátokat megnevezők százalékában



Szintetikus opiátok: növekvő aggodalmak

Bár továbbra is a heroin a leggyakrabban használt opiát, egyre többször élnek vissza a szintetikus opiátokkal. 2013-ban 11 országból, 2014-ben pedig már 18 európai országból jelezték, hogy az erre szakosodott szolgálatoknál jelentkező opiáthasználó kliensek több mint 10%-át a herointól eltérő opiátokkal összefüggő problémák miatt kezelték (2.9. ábra). A kezelésbe lépők által megnevezett opiátok közé tartozik a metadon, a buprenorfin, a fentanil, a kodein, a morfin, a tramadol és az oxikodon. Néhány országban a kezelésbe lépők körében ma már a herointól eltérő opiátok jelentik az opiáthasználat leggyakoribb formáját. Észtországban például az elsődleges kábítószerként használt opiátok miatt kezelésre jelentkezők többsége fentanilt használ, Finnországban és a Cseh Köztársaságban pedig a buprenorfin az a herointól eltérő opiát, amellyel a leggyakrabban visszaélnek.

Egyre többször élnek vissza a szintetikus opiátokkal

Intravénás kábítószer-használat: visszaesőben a heroin

Az injektálás leggyakrabban az opiáthasználattal függ össze, bár néhány országban a stimulánsok, például az amfetaminszármazékok vagy a kokain injektálása jelent nagy problémát. Bár nem elterjedt jelenség, néhány meghatározott populációból továbbra is jelezték a szintetikus katinonok intravénás használatát, többek között az intravénás opiáthasználók, néhány országban a kezelés

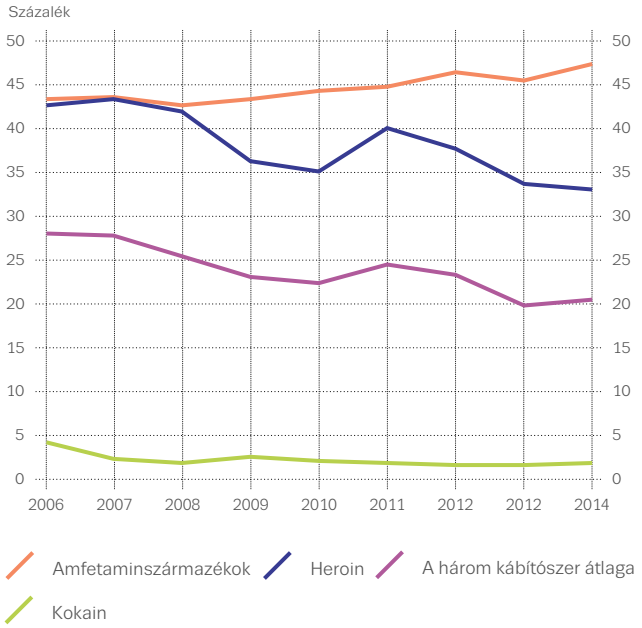
alatt álló kliensek és a más férfiakkal szexuális kapcsolatot létesítő férfiak kis csoportjai körében. Az intravénás kábítószer-használat előfordulásáról 16 országból vannak friss becslések, amelyek 1-nél kevesebb fő és több mint 9 fő közé teszik az esetek számát a 15–64 éves népességben 1000 főre vetítve.

Az elsődleges kábítószerként heroint használó, 2014-ben első alkalommal kezelésbe lépő kliensek körében a 2006-os 43%-hoz képest már csak 33% nevezte fő beviteli módnak az injektálást (2.10. ábra). Az injektálás előfordulása ebben a csoportban országonként változik, a spanyolországi 11%-tól egészen a lettországi és romániai 90% feletti arányig. Az elsődleges kábítószerként amfetaminszármazékokat használó, első alkalommal kezelésbe lépő kliensek körében 47% nevezte fő beviteli módnak az injektálást, ami összességében kismértékű növekedést jelent 2006 óta. Ezen csoport tagjainak több mint 70%-a a Cseh Köztársaságban él és metamfetamint használ. A három legfontosabb, intravénásan használt kábítószert együttvéve a kezelésbe első alkalommal lépők körében Európában az injektálás mint fő beviteli mód a 2006-os 28%-ról 2014-ben 20%-ra csökkent.

Az injektálás leggyakrabban az opiáthasználattal függ össze

2.10. ÁBRA

Azok az első kezeltek, akik az elsődlegesen használt kábítószer fő beviteli módjának az injektálást jelölték meg



BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2016

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

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

2015

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

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA tanulmányok.

Injection of cathinones, Kábítószerügyi kiemelt témák.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, 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.

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, volume 2, part I: Epidemiology, and Part II: Health effects of cannabis use, Monográfia.

Az EMCDDA és az ESPAD közös kiadványai

2012

A 2011. évi ESPAD-jelentés összefoglalása.

Valamennyi kiadvány elérhető a www.emcdda.europa.eu/publications

3

Ismert tény, hogy a tiltott kábítószer-használat hozzájárul a betegségek okozta globális terhekhez

Kábítószerrel összefüggő ártalmak és válaszlépések

Ismert tény, hogy a tiltott kábítószer-használat hozzájárul a betegségek okozta globális terhekhez. A krónikus és akut egészségügyi problémák összefüggésben állnak a tiltott kábítószer-használattal, és különböző tényezők súlyosbítják, többek között a szervezetbe juttatás módja, az egyéni veszélyeztetettség és a drogfogyasztás társadalmi környezete. A krónikus problémák közé tartozik a függőség és a kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek, de emellett akut ártalmak széles spektruma létezik – némelyik a fogyasztott kábítószertől függ –, ezek közül a kábítószer-túladagolás a legjobban dokumentált. Bár az opiátok használata viszonylag ritka, még mindig ezekhez a kábítószerekhez köthető a legtöbb megbetegedés és halálozás. Az intravénás kábítószer-használat növeli a kockázatokat. Jóllehet egyértelműen kevesebb a kannabiszhasználattal összefüggő egészségügyi probléma, a kannabisz használatának magas előfordulási aránya következményekkel járhat a közegészségügyre nézve. Az új pszichoaktív szerekkel összefüggő ártalmakra vonatkozó megállapításokat megnehezíti egyrészt az e csoportba tartozó szerek száma, másrészt a velük kapcsolatos információk hiánya.

A kábítószerekkel összefüggő ártalmak és válaszlépések megfigyelése

A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek és a kábítószerekhez köthető halálozás és megbetegedések azok a legfőbb ártalmak, amelyeket az EMCDDA rendszeresen figyelemmel kísér. Ezeket a kábítószer-használattal összefüggő, sürgős kórházi felvételekről korlátozottabb mértékben rendelkezésre álló adatok és az EU új pszichoaktív szerekkel összefüggő ártalmakat nyomon követő Korai Jelzőrendszerből származó adatok egészítik ki. Az interneten további információk találhatók az epidemiológiai kulcsindikátorok, a statisztikai közlöny és a Korai Jelzőrendszer oldalon.

A kábítószer-használatra és az azzal összefüggő ártalmakra adott egészségügyi és szociális válaszlépésekről a Reitox nemzeti fókuszpontok és a szakértői munkacsoportok tájékoztatják az EMCDDA-t. A szakértői értékelések kiegészítő információkkal szolgálnak a beavatkozások hozzáférhetőségéről, amennyiben hivatalosabb adatok nem állnak rendelkezésre. Ez 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 és a bevált módszerek portálján.

A drogprevenció és a korai beavatkozási módszerek célja a kábítószer-használat és az ezekhez kapcsolódó problémák megelőzése, míg a drogfogyasztók kezelése – beleértve a pszichoszociális és a farmakológiai megközelítéseket is – a függőségre adott elsődleges válaszlépésnek tekintendő. A fő beavatkozások némelyikét, például az opiáthelyettesítő kezelést és a tűcsere programokat részben az intravénás opiáthasználatra és a kapcsolódó problémákra, különösen a fertőző betegségek terjedésére és a túladagolásos halálesetekre adott válaszlépésként dolgozták ki.

Kannabisszal összefüggő ártalmak: új kutatási eredmények

Bár a kutatás gyakran kiemeli a kábítószer-használat és a különböző ártalmak közötti összefüggéseket, az okozati viszonyt nehezebb kimutatni. Mivel Európában a kannabisz a legdominánsabb kábítószer, a használatával összefüggő ártalmak az egész népességre hatással lehetnek. A WHO egyik legújabb nemzetközi áttekintése a kannabisszal összefüggő ártalmakkal kapcsolatos bizonyítékokat elemezte. Arra jutott, hogy bár a kannabiszfogyasztás, valamint az ezzel összefüggő egészségügyi és társadalmi következmények közötti okozati viszony nehezen lefektethető, a megfigyeléses vizsgálatokból bizonyos összefüggésekre lehet következtetni. Ami a krónikus kannabiszhasználatot illeti, a rendszeresen és hosszú távon kannabiszt használókról megállapították, hogy esetükben kétszer nagyobb a pszichotikus tünetek és rendellenességek veszélye, magasabb a légzési problémák kialakulásának kockázata és kialakulhat a függőség. A serdülőkori rendszeres kannabiszhasználat összefügg a skizofrénia kialakulásának fokozott veszélyével, és úgy tűnik, hogy ha a szerhasználat fiatal felnőttkorban is folytatódik, szellemi károsodáshoz vezet. Ebben azonban a korábbi szomatikus és mentális egészségi állapot és egyéb közrejátszó tényezők is szerepet játszhatnak, ezért a téma mindenképpen további kutatást igényel.

Megelőzés: családterápia

Az európai prevenciós stratégiák egyik központi témája a fiatalok kannabiszhasználata, amihez gyakran az alkoholfogyasztás és dohányzás társul. A kábítószer-használat és a kábítószerrel összefüggő problémák megelőzése a fiatalok körében a módszerek széles spektrumát 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 javallott prevenció pedig a veszélyeztetett személyeket veszi célba.

Számos drogprevenciós tevékenységre az iskolai környezetben kerül sor, ahol a beavatkozások némelyike mellett viszonylag szilárd bizonyítékok állnak. A különböző magatartási problémák, köztük a kábítószer-használat megelőzését tekintve kedvező értékelés született a családoknak szóló beavatkozásokról is.

A családterápiás prevenciós programok jellemzően arra készítik fel a szülőket, hogy támogassák gyermekeiket az életkornak megfelelő fejlettségi szint elérésben (idetartozik az impulzuskontroll, a szociális kompetencia és a jutalmazás késleltetése), amelyek a szerhasználat és más magatartási problémák kialakulásának kisebb veszélyével hozhatók összefüggésbe. A családterápiás általános prevenció minden családnak szól, a beavatkozások a gyermek különböző fejlődési szakaszaira összpontosítanak, ezzel szemben a szelektív programok a marginalizálódott és veszélyeztetett családokat veszik célba, köztük azokat, ahol a szülőknek szerhasználati problémái vannak. Noha az országok többségében vannak kiszolgáltatott családoknak szóló prevenciós beavatkozások, a 2013-as szakértői értékelések arra mutatnak, hogy ezek gyakran korlátozottan hozzáférhetőek.

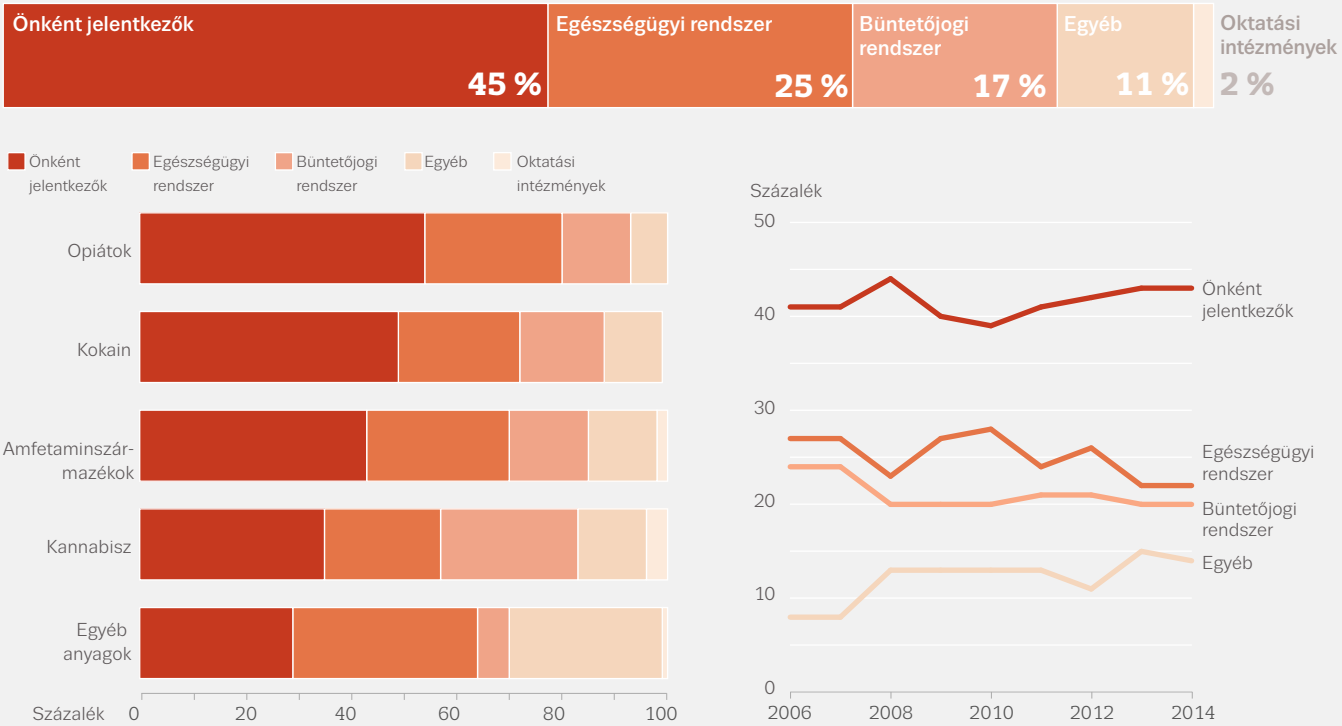
Sok családterápiás beavatkozás tartalmáról viszonylag keveset lehet tudni. Kivételt képez a „családerősítő program" (Strengthening Families Programme), amely a szülői készségekkel kapcsolatban nyújt képzést, és amelyet most már 13 európai országban megvalósítottak. Ez a nemzetközileg ajánlott program a veszélyeztetett szülők részvételét akadályozó tényezőket is igyekszik megszüntetni azáltal, hogy biztosítja az utaztatásukat és a gyermekfelügyeletet.

Olyan új módszerek kidolgozására is sor került, amelyek határozott időre szólnak, és a végrehajtásukhoz kevesebb forrás szükséges. A néhány rövid összejövetelből álló EFFEKT program például bebizonyította, hogy a hatékonyabb szülői ellenőrzés és a szabályok lefektetése célravezető lehet az alkoholfogyasztás visszaszorításában és az impulzusok jobb kontrollálásában a hollandiai és svédországi fiatalok körében.

Számos drogprevenciós tevékenységre az iskolai környezetben kerül sor

3.1. ÁBRA

A 2014-ben Európában a kábítószer-használókat ellátó helyeken jelentkező kliensek beutalásának eredete



Megjegyzés: A büntetőjogi rendszerbe 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 szolgálatok; az önkéntes jelentkezésbe beletartozik a kliens, a családja és a barátai. A tendenciákat ábrázoló grafikonon az oktatási intézmények az „egyéb" alatt szerepelnek.

Kezelés: a beutalás eredete

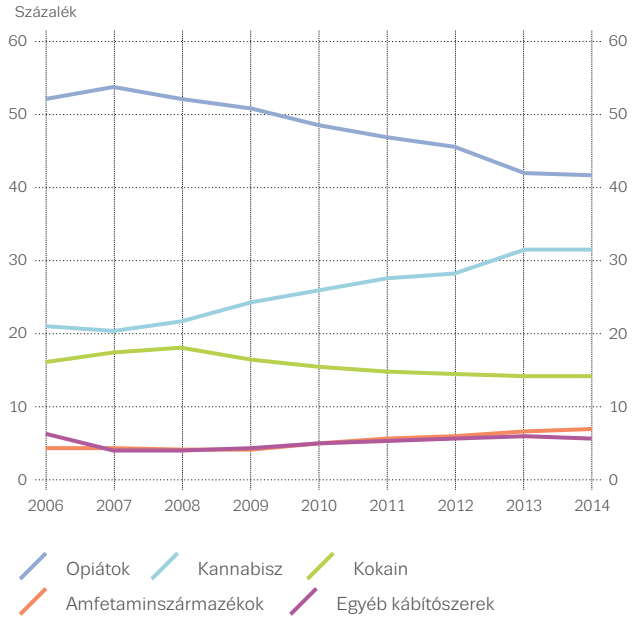
Arányában kevés, viszont jelentős számú, a kábítószer-használat kapcsán problémákat, például függőséget tapasztaló egyén számára a kábítószer-használók kezelése jelenti az elsődleges beavatkozást. Fontos politikai cél a megfelelő kezelési szolgáltatásokhoz való könnyű hozzáférés biztosítása.

Arról, hogy az egyének hogyan kerülnek be kezelésre, a beutalás eredetére vonatkozó adatokból lehet tájékozódni. A 2014-ben Európában kezelésbe lépő kliensek 45%-a vagy önként jelentkezett, vagy valamely családtagja jelentette be, bár ez kábítószerenként és országonként eltérő (lásd 3.1. ábra). Összességében a kezelésre jelentkezők egynegyedét egészségügyi szolgálat utalta be, 17%-ukat pedig a büntető eljárás kapcsán utalták be. A kezelés alatt álló összes kliens közül legnagyobb valószínűséggel a kannabiszhasználók a büntetőeljárás alternatívájaként kerültek kezelésbe. Magyarországon a kannabisszal kapcsolatos kezelésre való beutalások körülbelül háromnegyede (74%) ebből a forrásból indult. A beutalás eredetét tekintve az általános tendenciák 2006 és 2014 között jórészt stabilak maradtak.

Számos ország alkalmaz olyan programokat, amelyeknek az a célja, hogy a kábítószer-bűncselekményt elkövetőket a büntető eljárásból a kábítószer-használók kezelésére szolgáló programok felé tereljék. Idetartozhat a kezelésben való részvételt elrendelő bírósági végzés vagy a kezeléshez kötött felfüggesztett büntetés, de néhány országban korábbi szakaszban is van lehetőség az elterelésre.

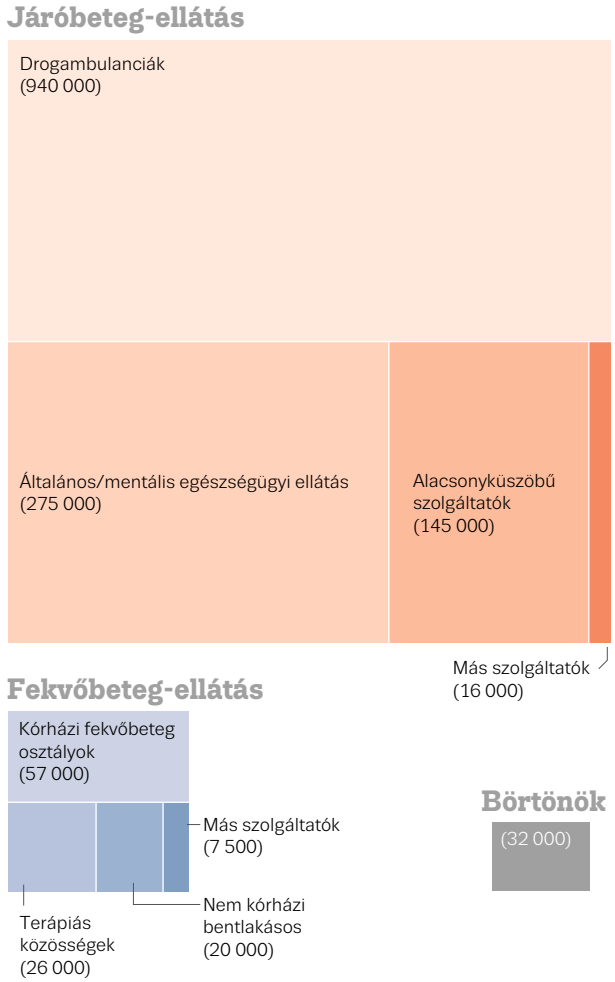
3.2. ÁBRA

A drogambulanciákon kezelt kliensek százalékos arányának alakulása az elsődleges kábítószer szerint



3.3. ÁBRA

Kezelésben részesülő drogfogyasztók száma Európában 2014-ben, a kezelőhely típusa szerint



A kábítószer-használók kezelése többnyire járóbeteg-ellátásban folyik

Az Európai Unióban becslések szerint 1,2 millió ember részesült kábítószer-használat miatti kezelésben 2014 folyamán (Norvégiával és Törökországgal együtt 1,5 millió). A kezelés alatt álló kábítószer-fogyasztók legnagyobb csoportját az opiáthasználók jelentik, és a rendelkezésre álló erőforrások legnagyobb részét is az ő kezelésükre fordítják, főleg helyettesítő kezelés formájában. A kannabisz és a kokain használói jelentik a kábítószer-fogyasztóknak szóló kezelésekre jelentkezők második és harmadik legnagyobb csoportját (3.2. ábra), ezeknél a klienseknél a jellemző kezelési módot a pszichoszociális beavatkozások képezik. Az országok között azonban nagy különbségek lehetnek, egyes országokban az opiáthasználók a kezelésre jelentkezők mintegy 88%-át teszik ki, míg máshol kevesebb mint 10%-át.

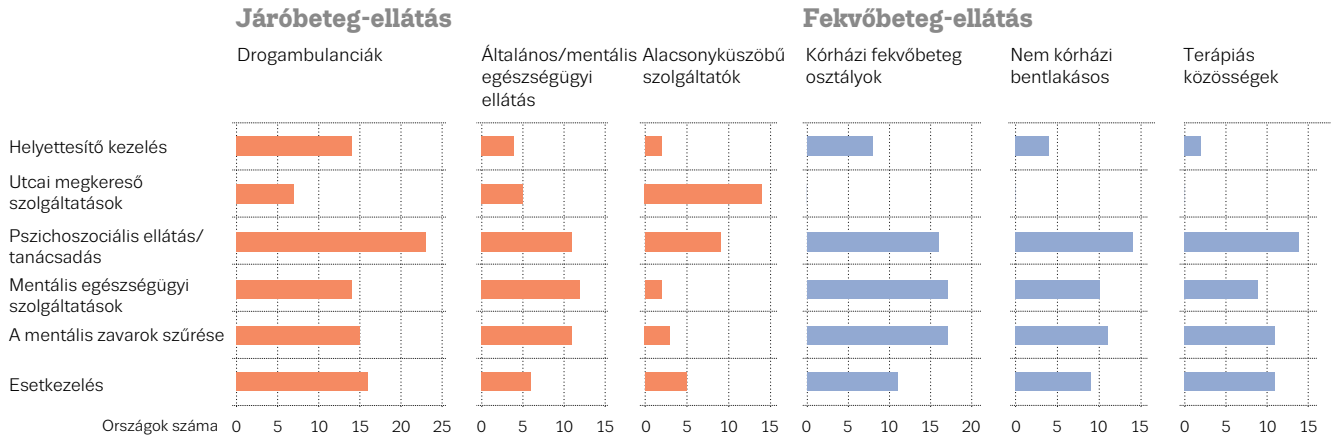
Európában a kábítószer-használatból eredő kezelés legtöbbször járóbeteg-ellátás keretében történik: a kezelt kábítószer-használók számát tekintve az erre szakosodott járóbeteg-ellátó centrumok minősülnek a legnagyobb szolgáltatónak (3.3. ábra), a második helyen az egészségügyi ellátóhelyek állnak. Ebbe beletartoznak a háziorvosi rendelők, amelyek néhány nagy országban, például Németországban és Franciaországban fontos szerepet töltenek be az opiáthelyettesítő kezelés felírásában. Máshol, például Szlovéniában és Finnországban a mentális egészségügyi ellátóhelyek játszhatnak szerepet a járóbeteg-ellátás biztosításában.

A drogfogyasztók kezelésének kisebb része fekvőbeteg-ellátásban, például kórházi fekvőbeteg-ellátóknál (pl. pszichiátriai osztályok), terápiás közösségekben és speciális bentlakásos kezelőhelyeken zajlik. Az országos ellátórendszereken belül a fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátás relatív fontossága országonként nagyon különböző lehet. A kiválasztott beavatkozások különböző európai kezelési helyszíneken való hozzáférhetőségéről a szakértői vélemény adhat áttekintést (lásd 3.4. ábra).

Egyre gyakoribb, hogy a különféle drogprevenciós és kezelési beavatkozásokat online biztosítják. Az internet alapú beavatkozásoknál megvan a lehetőség arra, hogy a kezelési programok hatókörét és földrajzi lefedettségét kiterjesszék azokra a kábítószer-használattal összefüggő problémákkal küzdő emberekre, akik másképp esetleg nem jutnak el a drogfogyasztókat kezelő szolgáltatókhoz.

3.4. ÁBRA

A kiválasztott, széles körben elérhető (>75%) beavatkozások áttekintése a kezelőhely típusa szerint (szakértői értékelések)



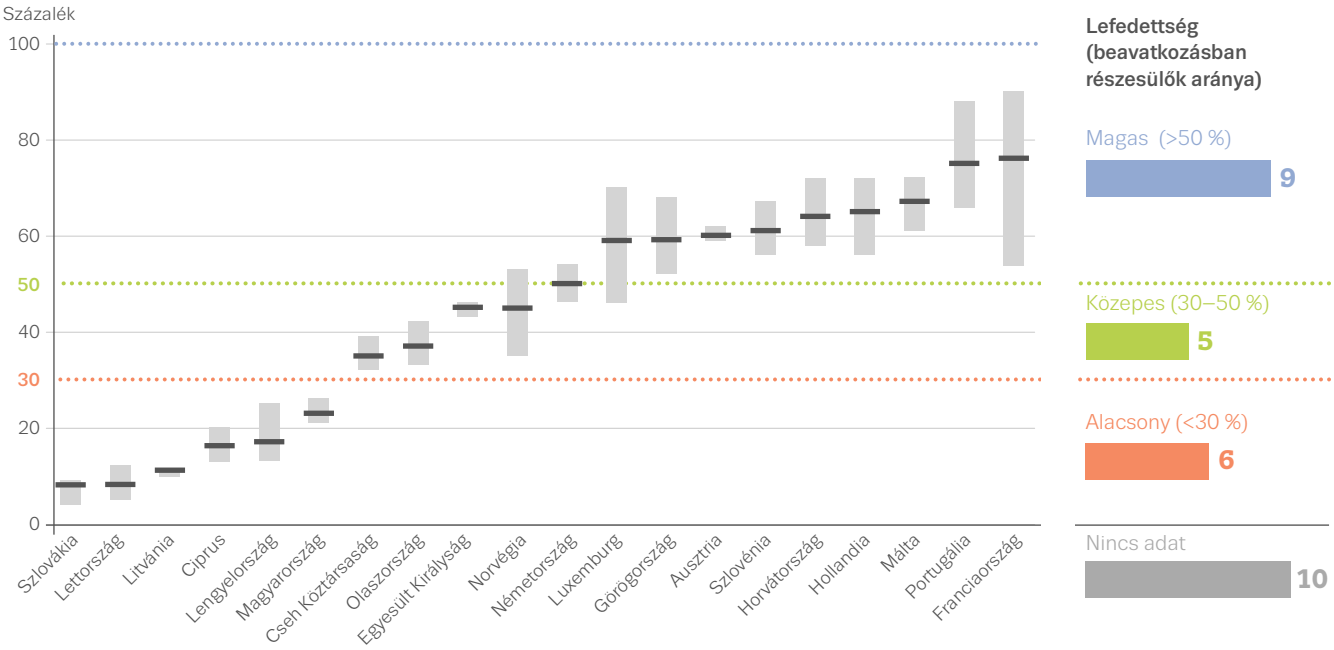
Helyettesítő kezelés az opiáthasználattal összefüggő problémákra

Az opiátfüggőségre 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 visszaélésszerű opiáthasználat, a bevallott kockázati magatartás és a kábítószerrel összefüggő ártalmak illetve halálozás szempontjából kedvező eredményeket találtak.

Az Európai Unióban 644 000-re becsülték a 2014-ben helyettesítő kezelésben részesülő opiáthasználók számát (Norvégiával és Törökországgal együtt 680 000), amely 2010 óta körülbelül 50 000-rel csökkent. Az opiáthasználókkal kapcsolatos becslések azt jelezhetnék, hogy összességében legalább 50%-uk részesül

3.5. ÁBRA

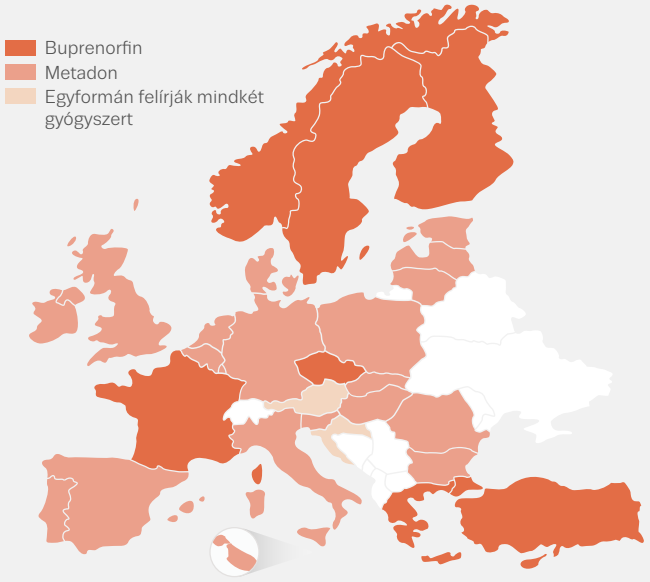
A helyettesítő kezelésben részesülő magas kockázatú opiáthasználók százalékos aránya (becslés)



Megjegyzés: Az adatok a pontbecslés és a bizonytalansági intervallum megadásával kerülnek bemutatásra.

3.6. ÁBRA

A leggyakrabban felírt opiáthelyettesítő gyógyszer



Opiáthelyettesítő gyógyszerként leggyakrabban metadont írnak fel

helyettesítő kezelésben. Ezzel a becsléssel azonban módszertani okokból körültekintően kell bánni, és az országok között is jelentős különbségek figyelhetők meg (3.5. ábra).

Opiáthelyettesítő gyógyszerként leggyakrabban metadont írnak fel, ezt a szubsztitúciós kliensek több mint kétharmada kapja (61%). A kliensek további 37%-át buprenorfinnal kezelik, amely hét országban az elsőszámú helyettesítő gyógyszernek számít (3.6. ábra). Más anyagokat, például lassan felszabaduló morfint vagy diacetil-morfint (heroin) ritkábban írnak fel, és a becslések szerint Európában ezeket a helyettesítő kezelésben részesülők 2%-a kaphatja.

Bár a helyettesítő kezeléshez viszonyítva kevésbé gyakori, az opiáthasználók minden európai országban igénybe vehetnek alternatív kezelési lehetőségeket is. Abban a kilenc országban, amelyről rendelkezésre állnak adatok, az összes, kezelés alatt álló opiáthasználó 2–30%-a részesül az opiáthelyettesítést nem alkalmazó beavatkozásokban (3.7. ábra).

A kezelés összehangolása a kliensek igényeivel

Európában a kezelési szolgáltatásokat igénybe vevő klienseknek más-más igényeik vannak, és gyakran olyan beavatkozásokra van szükségük, amelyeknek komplex problémákkal kell foglalkozniuk. Ennélfogva ezen a területen a hatékony válaszlépésnek kulcsfontosságú alkotóeleme a drogfogyasztókat kezelő szolgáltatók, valamint más egészségügyi és szociális szolgáltatók közötti együttműködés biztosítása.

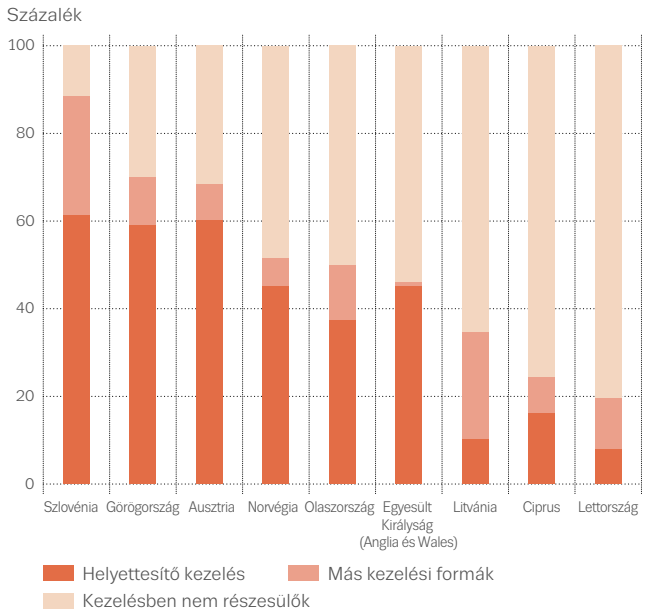
Mivel a kábítószer miatt kezelésbe lépők többsége egynél több pszichoaktív szert használhat, és néhányan több szer miatt tapasztalhatnak problémákat, fontosak a drogfogyasztókat kezelő szolgáltatók azon felmérési és kezelési tervei, amelyek a politoxikomán szerhasználattal foglalkoznak. Idetartozik, hogy bizonyos szerek kombinációt különösen fontos lehet azonosítani, mivel nagy kockázatot jelentenek, többek között a túladagolás nagyobb veszélyét rejtik magukban. Erre példa az opiátok benzodiazepinekkel együtt történő használata. Az elemzés kimutatja, hogy a kábítószer-használattal kapcsolatos problémák miatt kezelésbe lépő kliensek háromnegyedét hivatalosan több típusú szert fogyasztóként veszik nyilvántartásba; az elsődlegesen opiátot, kokaint és amfetamint használók leggyakrabban a kannabiszt és az alkoholt jelölik meg másodlagos kábítószerként. Emellett az elsődlegesen opiátot fogyasztók közül többen a kokain másodlagos használatáról is beszámolnak.

A szerhasználat és a mentális zavarok komorbiditása két klinikai állapot egyidejű jelenlétét jelenti egyazon személyben. Bizonyos mentális zavarok és a droghasználatból fakadó zavarok között is összefüggés van. Ilyenformán a komorbiditás a drogfogyasztókat kezelő és a mentális egészségügyi szolgáltatók számára egyaránt kihívást jelent. Egy újabb keletű áttekintés szerint a tiltott szereket használók körében a leggyakrabban azonosított pszichiátriai komorbiditások közé a súlyos depresszió, a szorongásos zavarok (főleg a pánikbetegség és a poszttraumás stressz) és a személyiségzavarok (elsősorban az antiszociális viselkedés és a borderline szindróma) tartoznak. A téma fontossága ellenére nehéz megállapítani a probléma mértékét, mivel a rendelkezésre álló adatok egyrészt korlátozottak, másrészt heterogének.

Vannak arra utaló jelek, hogy a kábítószer miatti kezelésben részt vevő nőknek összetettebb igényei lehetnek, különösen a komorbiditással és a gyermekgondozási feladataikkal összefüggésben, és célzottabb, nemhez igazodó szolgáltatásokra lehet szükségük. Jóllehet a nők összességében a kezelésbe lépőknek csupán a 20%-át teszik ki (azaz a férfiak és a nők aránya 4:1), ez a különbség országonként változik, 5% és 34% között mozog, és az életünk során először kezelébe lépők körében kevésbé markáns. Több oka van annak, hogy a kábítószer-használat miatt kezelésre jelentkező nők száma alacsonyabb: idetartozhatnak a problémás szerhasználat előfordulása tekintetében és a problémás szerhasználat bejelentésének valószínűségében meglévő nemek közötti különbségek, valamint a szolgáltatáshoz való hozzáféréssel és a szolgáltatás megfelelőségével kapcsolatos problémák.

3.7. ÁBRA

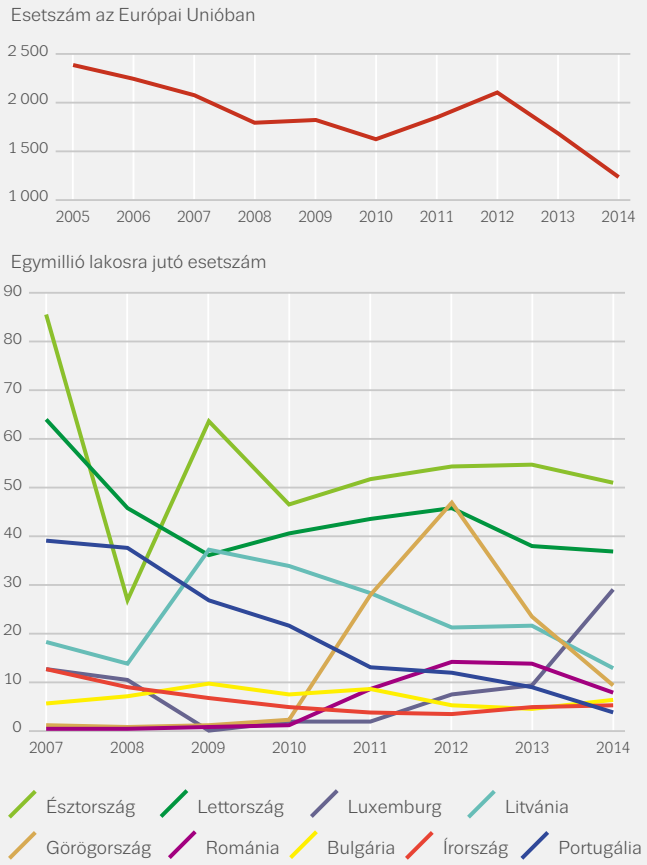
A kezelésben részesülő magas kockázatú opioáthasználók százalékos aránya (becslés)

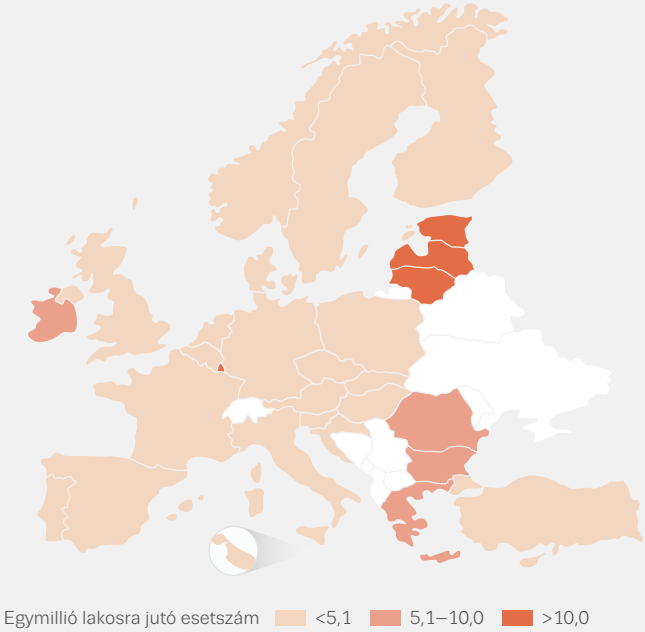


A kábítószer miatti kezelésben részt vevő nőknek összetettebb igényei lehetnek

3.8. ÁBRA

Az intravénás kábítószer-használathoz köthető, újonnan bejelentett HIV-esetek: összesített és egyes tendenciák és a legfrissebb adatok





Megjegyzés: 2014-re vonatkozó adatok (forrás: ECDC).

HIV-fertőzések: a stimulánsok intravénás használata

A kábítószer-használók, és különösen az injektálók a használathoz szükséges eszközök megosztása és a védekezés nélküli szexuális élet miatt ki vannak téve a fertőző betegségek veszélyének. A kábítószerek injektálása 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 Európában bejelentett összes olyan HIV-fertőzés közül, ahol a fertőződés módja ismert, az intravénás kábítószer-használatnak tulajdonítható esetek részaránya továbbra is stabilan alacsony (az elmúlt évtizedben 8% alatt). Nagyobb arányról számoltak be azonban Litvánia (32%), Lettország (31%), Észtország (28%) és Románia (25%) esetében.

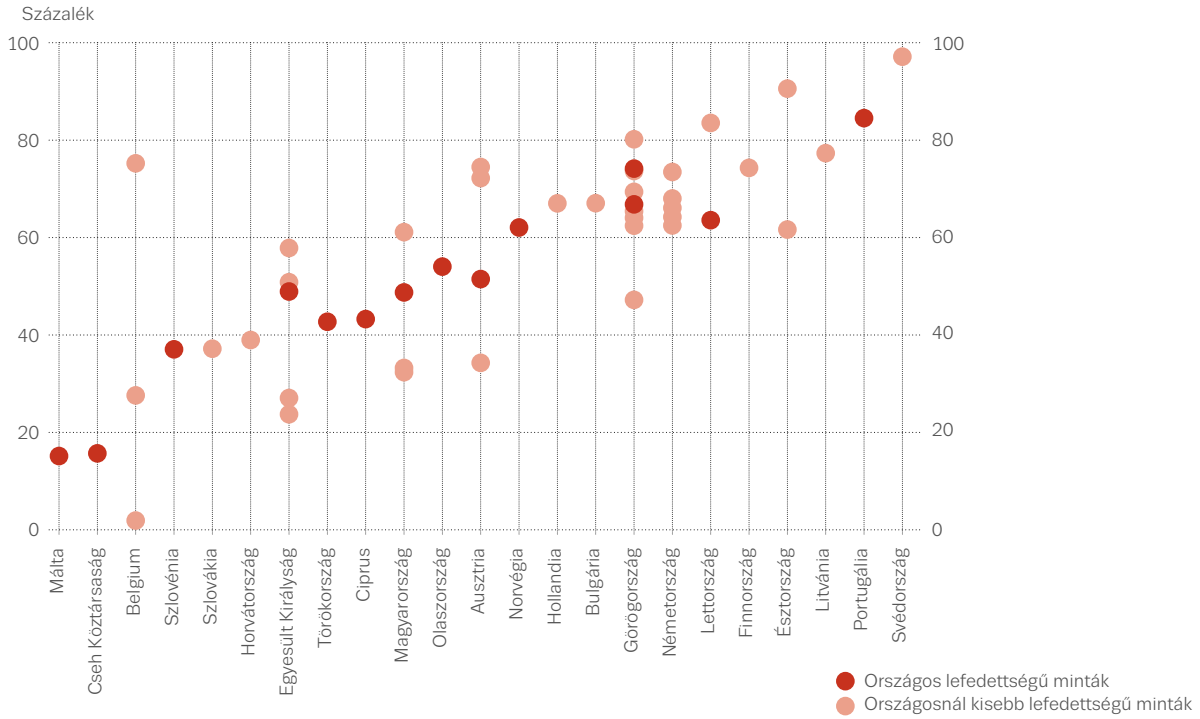
A legfrissebb adatok azt mutatják, hogy az Európai Unióban az intravénás szerhasználók körében folytatódik az az új bejelentett HIV esetek számának tartós csökkenése. Az intravénás kábítószer-használatnak tulajdonítható, újonnan bejelentett HIV-esetek átlagos aránya 2014-ben 2,4 eset/1 millió lakos volt, azaz kevesebb mint a 2005-ös arány (5,6 eset/1 millió lakos) fele. Több országból, különösen Észtországból és Lettországból azonban magasabb arányokat jeleztek. Görögországban és Romániában, ahol korábban lokális járványkitörések voltak, 2012 óta csökkent az újonnan bejelentett esetek száma (3.8. ábra).

Az Európai Unióban 1236 újonnan bejelentett, intravénás kábítószer-használathoz köthető HIV-eset volt 2014-ben, ami több mint egy évtizedre visszamenőleg a legalacsonyabb szám. Mindazonáltal 2015-ben Írországban, az Egyesült Királyságban (Skócia) és Luxemburgban az új HIV-fertőzések lokalizált járványkitörését dokumentálták az intravénás szerhasználók körében. A közelmúltbeli HIV-járványkitörések közül több esetben a kábítószer-fogyasztási minták változásai, különösen a stimulánsok nagyobb arányú intravénás használata és a nagyfokú marginalizálódás volt a közös tényező.

2014-ben Európában az új AIDS-esetek 15%-a volt az intravénás kábítószer-használatnak tulajdonítható; az 590 bejelentés az egy évtizeddel ezelőtti bejelentések számának valamivel több mint egynegyedét tette ki. Rendkívül fontos a korai diagnózis, hogy a HIV-fertőzésből ne alakulhasson ki az AIDS betegség, és ez különösen

3.9. ÁBRA

A HCV-ellenanyag előfordulási gyakorisága az intravénás szerhasználók körében, 2013/14



lényeges az intravénás kábítószer-használók körében, akik a fertőzést terjesztők csoportját alkotják, és akik az egészségügyi szolgálatoknál a fertőzés késői szakaszában jelentkezők legnagyobb arányát adják (61%). Ezen túlmenően egyes országokban, például Görögországban, Lettországban és Romániában, ahol az új AIDS-esetek száma továbbra is magas, szükség lehet a HIV-szűrésre és a kezelésére tett erőfeszítések megerősítésére.

Az intravénás szerhasználattal összefüggő ártalmak: fő betegségek

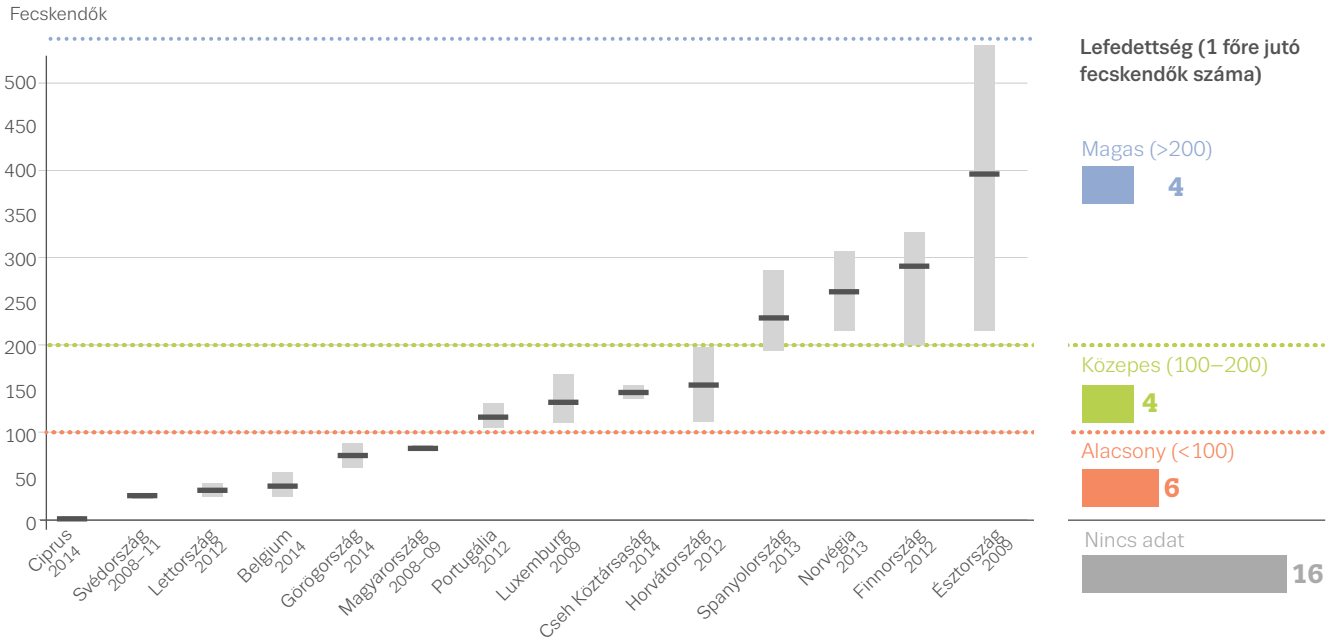
A vírushepatitis, különösen a hepatitis C vírus (HCV) által okozott fertőzés Európa-szerte nagy arányban fordul elő az intravénás kábítószer-használók körében. Ennek fontos hosszú távú következményei lehetnek, mivel a gyakran krónikus alkoholfogyasztással súlyosbított HCV-fertőzés feltehetően egyre nagyobb számban fog májbetegséget, többek között cirrózist és rosszindulatú májdaganatot okozni a magas kockázatú kábítószer-használók idősödő populációjának körében.

Az intravénás kábítószer-használók országos mintáiban a HCV-ellenanyag jelenlegi vagy korábbi fertőzésre utaló prevalenciája 2013–14-ben 15% és 84% között mozgott, de az országos adatokkal rendelkező 13 ország közül hatból 50%-ot meghaladó arányokat jelentettek (3.9. ábra).

A 2006–14 közötti időszak tendenciáihoz szükséges országos adatokkal rendelkező országok közül ötben figyelték meg a HCV-ellenanyag növekvő előfordulási gyakoriságának tendenciáját az intravénás kábítószer-használók körében, ezzel szemben Máltán és Norvégiában csökkenést tapasztaltak.

3.10. ÁBRA

A speciális programokon keresztül kiadott, 1 intravénás szerhasználóra jutó fecskendők száma (becslés)



Megjegyzés: Az adatok a pontbecslés és a bizonytalansági intervallum megadásával kerülnek bemutatásra.

Az intravénás kábítószer-használat más fertőző betegségek szempontjából is kockázati tényező, idetartozik a hepatitis B, a tetanusz és a botulizmus. Az intravénás kábítószer-használók körében a sebbotulizmus csoportjait és szórványosan előforduló eseteit jelentették Európában, többek között Norvégiában és az Egyesült Királyságban 2013 és 2015 között. Az injektálás helyén fellépő bakteriális fertőzések is gyakoriak, Skóciából a lágyrészfertőzések nagy méreteket öltő kitörését jelentették 2015-ben.

Fertőző betegségek: prevenciós intézkedések

Az intravénás kábítószer-használók körében a kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek csökkentése érdekében alkalmazott megoldások közé tartozik az opiáthelyettesítő kezelés, injektáló eszközök biztosítása, szűrés, a hepatitis C kezelése és a HIV antiretrovirális kezelése.

Az intravénás opiáthasználók esetében a helyettesítő kezelésben való részvétel jelentősen csökkenti a fertőzés kockázatát, és néhány elemzés arra utal, hogy a széleskörű kezelési lefedettség és a tűcsere szolgáltatás magas szintjének kombinációja esetén nő a protektív hatás.

A tények azt mutatják, hogy a tűcsere programok csökkenthetik az intravénás szerhasználattal összefüggő kockázati magatartások előfordulását, következésképpen csökkenthetik a HIV terjedését az intravénás kábítószer-használók körében. Szinte minden ország ingyenesen biztosít steril injektáló eszközöket az erre kijelölt helyszíneken. A tűcsere programok földrajzi eloszlása, valamint a kiosztott fecskendők becsült száma tekintetében azonban lényeges különbségek vannak az egyes országok között (3.10. ábra). A speciális programokon keresztül biztosított fecskendőkre vonatkozó információk 23 országból állnak rendelkezésre, amelyek együttesen körülbelül 36 millió fecskendő kiosztását jelentették 2014-ben. Ez a becslés alacsonyabb, mint a tényleges szám, mivel több nagy ország, például Franciaország, Németország, Olaszország és az Egyesült Királyság nem közölt teljeskörű országos adatokat a fecskendőellátásról.

A fertőző betegségek szűrése és kezelése hozzájárulhat ahhoz, hogy a kábítószer-használók körében csökkenjen a fertőzések megjelenése és előfordulása. A szűrés elősegítheti, hogy az egyén jobban megismerje a fertőzöttségi állapotát és lehetővé teheti a kezelés korábbi megkezdését is. A megbélyegzés és a marginalizáció, valamint a szűréssel és a kezelési lehetőségekkel kapcsolatos korlátozott ismeretek azonban továbbra is akadályozzák a kezelés igénybevételét. A klinikai adatok alátámasztják az antiretrovirális kezelésnek a HIV-fertőzés diagnosztizálását követő azonnali megkezdését annak megelőzése érdekében, hogy az immunrendszer tovább gyengüljön.

A célzott ártalomcsökkentő és a szexuális egészségügyi beavatkozások is fontosak az injektálás és a szexuális viselkedés új mintáinak kezelésében, amelyek olyan férfiak kis csoportjaiban figyelhetők meg, akik más férfiakkal létesítenek szexuális kapcsolatot. A kábítószer-használókat ellátó és a szexuális egészségügyi szolgálatok közötti kapcsolatok létrehozása különösen fontos lehet az egészségügyi felvilágosítás, a steril injektáló eszközök biztosítása és bizonyos esetekben az expozíciót megelőzően antiretrovirális szerekkel alkalmazott profilaxis mellett.

Hepatitis C: új kezelések

A hepatitis C vírus terjedése elleni prevenciós intézkedések hasonlítanak a HIV esetében alkalmazottakhoz. Mivel a HCV-fertőzés nagy arányban fordul elő az intravénás kábítószer-használók körében, az átfogó prevenciós intézkedés elengedhetetlen részét képezi, hogy a HCV kezelésének biztosításával csökkentsük azok számát, akik terjeszthetik a fertőzést. Az új európai iránymutatások azt javasolják, hogy a HCV-kezelést egyéni alapon és multidiszciplináris közegben biztosítsák a kábítószer-használóknak. 2013 óta rendelkezésre áll a gyógyszeres, interferonmentes, direkt ható antivirális szereket alkalmazó terápia, amely egyre inkább a HCV-fertőzés kezelésének alappillérévé válik. Ezek a gyógyszerek rendkívül hatékonyak, rövidebb kezelési időt igényelnek és kevesebb a mellékhatásuk, mint a korábbi gyógyszereknek. Ezen túlmenően az említett gyógyszerekkel történő kezelés közösségi ellátás keretében a kábítószer-használókat ellátó helyeken biztosítható, ami növelheti az igénybevételt és a hozzáférhetőséget.

A HCV elleni új gyógyszerek a régebbiekhez képest drágák. Az EMCDDA egy 2015-ös, 21 uniós országra kiterjedő felmérésben megállapította, hogy az új gyógyszerrel történő három hónapos kezelés átlagos referenciaköltsége körülbelül 60 000 EUR, míg a korábbi generációs gyógyszerekkel való kezelés költsége 17 000 és 26 000 EUR között van. Tekintettel arra, hogy a HCV-fertőzés nagy arányban fordul elő az intravénás kábítószer-használók körében, az ígéretes új gyógyszerekhez való optimális hozzáférés továbbra is jelentős kihívás a döntéshozók számára.

Egészségügyi ellátás a börtönökben: átfogó lépések 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 6–48%-a injektált már kábítószert. A kábítószer-használat magas életprevalenciája miatt a fogvatartottak olyan csoportot képeznek, amelynek komplex egészségügyi igényei vannak, és fontos beavatkozás a börtönbe való bekerüléskor végzett alapos egészségügyi állapotfelmérés. A WHO egy prevenciós intézkedésekből álló csomagot ajánl a börtönök számára, beleértve a fertőző betegségek ingyenes, önkéntes szűrését, óvszer és steril injektáló eszközök biztosítását, a fertőző betegségek kezelését és a kábítószer-függőség kezelését.

Több országban partnerségeket alakítottak ki a börtönökben működő egészségügyi szolgálatok és a közösségben működő szolgáltatók között, amelyek biztosítják a börtönben az egészségügyi felvilágosítást és kezelést, valamint az ellátás folyamatosságát a bekerülés és a szabadulás után. Az EMCDDA által megfigyelt 30 ország közül 27 jelezte az opiáthelyettesítő kezelés lehetőségét a börtönökben. Összességében úgy tűnik, hogy a helyettesítő kezelés a fogvatartottak populációjának egyre nagyobb része számára elérhető, ami azt tükrözi, hogy a közösségben is egyre szélesebb körben lehet hozzáférni ehhez a beavatkozáshoz. A steril injektáló eszközök biztosítása ritkább, csak három országból jelezték tűcsere programok működését ebben a közegben.

Kórházi sürgősségi esetek: rálátás az akut ártalmakra

A kórházi sürgősségi esetekre vonatkozó adatok páratlan betekintést engednek az akut egészségi ártalmakba. A European Drug Emergencies Network (Euro-DEN), amely 10 európai ország 16 kiválasztott (ügyeletes) kórházában figyeli a kábítószerrel összefüggő sürgősségi felvételeket, egy 2014-es elemzésében azt állapította meg, hogy a bejelentett 5409 felvétel többségében férfiakat (76%) és fiatal felnőtteket (a férfiak esetében 32 év, a nők esetében pedig 28 év a medián életkor) érintett. A felvételek 24%-ában a heroin, 17%-ában a kokain, 16%-ában pedig a kannabisz játszott szerepet.

Több felvétel esetében egynél több kábítószert azonosítottak, az 5409 felvétel során 8358-at (3.11. ábra). A felvételek kétharmadában a jól ismert kábítószerek, például a heroin, a kokain, a kannabisz, az amfetamin és az MDMA, egyharmadában a vényköteles vagy szabadon vásárolható gyógyszerek (leggyakrabban opiátok és benzodiazepinek), 6%-uknál pedig az új pszichoaktív szerek játszottak szerepet. Összességében a heroin volt a leggyakrabban bejelentett kábítószer és a leggyakrabban bejelentett opiát (a bejelentett opiátok 67%-a), amelyet a metadon (12%) és a buprenorfin (5%) követett, az egyes helyszínek szerint eltérő mintákkal. Az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos felvételek több mint háromnegyedében valamilyen katinon szerepelt, ezek kétharmadában a mefedron.

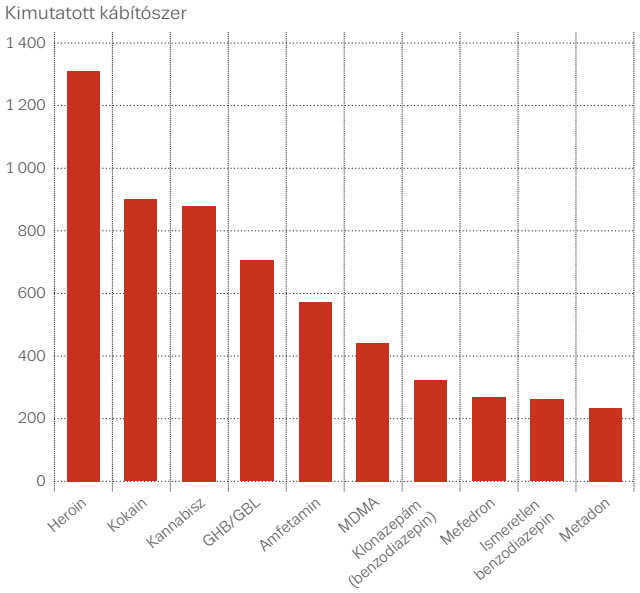
A sürgősségi felvételek esetében az érintett kábítószerek helyszínenként eltérőek voltak, ami a kockázatos kábítószer-használat helyi mintázatait tükrözi. A heroinnal és az amfetaminnal kapcsolatos sürgősségi esetek tartoztak a leggyakoribb felvételek közé például Oslóban, míg a GHB-val/GBL-lel, kokainnal, mefedronnal és az MDMA-val kapcsolatosak Londonban voltak túlsúlyban, ami a rekreációs éjszakai élettel összefüggő szerhasználat helyi mintáit tükrözi.

A kábítószerrel kapcsolatos probléma miatt jelentkezők többségét (79%) 12 órán belül elbocsátották a kórházból.

A kórházi sürgősségi esetekre vonatkozó adatok páratlan betekintést engednek az akut egészségi ártalmakba

3.11. ÁBRA

Az ügyeletes kórházaknál sürgősségi ellátás során regisztrált 10 leggyakoribb kábítószer



Megjegyzés: 10 európai ország 16 ügyeletes kórházából, 5409 sürgősségi betegellátás eredményei.
Forrás: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN).

Az összes felvétel során összességében 27 halálesetet (0,5%) jeleztek, amelyek többségében opiátok voltak jelen.

Néhány országban működik országos megfigyelési rendszer, lehetővé téve a kábítószerrel összefüggő akut mérgezések tendenciáinak elemzését. A jelentések azt mutatják, hogy a hosszabb távú megfigyelést folytató országok közül az Egyesült Királyságban növekszik a heroinnal összefüggő akut sürgősségi esetek száma, míg a Cseh Köztársaságban és Dániában csökken. Az utóbbi két ország az egyéb opiátokkal kapcsolatos sürgősségi esetek számának növekedését jelezte. Spanyolországban a kannabisszal összefüggő akut sürgősségi esetek számának folyamatos növekedését figyelték meg, Hollandia viszont az MDMA-hoz köthető, a különböző fesztiválok alkalmával az elsősegélynyújtó állomásokon jelentett mérgezések, valamint a 4-FA (4-fluoramfetamin) új pszichoaktív szerrel összefüggő akut mérgezések számának növekedéséről számolt be.

Új kábítószerek: egészségügyi kihívások

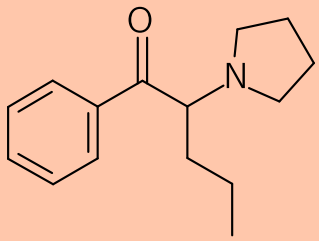
Európában az új szereket egy sor súlyos ártalommal hozták összefüggésbe, többek között akut mérgezésekkel és halálesetekkel. Az intravénás kábítószer-használati mintákhoz is kapcsolódnak ártalmak, különösen az olyan stimulánsokhoz, mint a mefedron, az alfa-PVP, az MDPV és a pentedron. Még ha ritkán is fordul elő, a tömeges mérgezés nagy terhet jelenthet az egészségügyi rendszerek számára. Egy ilyen, 2015-ben Lengyelországból jelentett incidens során a szintetikus kannabinoidokkal hozták összefüggésbe azt, hogy kevesebb mint egy hét alatt 200-nál több kórházi sürgősségi felvétel történt.

2014 eleje óta új szer használatával összefüggő súlyos ártalmak miatt az EMCDDA 34 közegészségügyi riasztást adott ki az EU Korai Jelzőrendszerének tagjai számára. Ezen idő alatt hét új szer kockázatértékelését végezték el. Nemrégiben az új opiátok váltottak ki aggodalmat, például az acetilfentanil, amely szerepelt az EMCDDA–Europol egyik 2015-ös közös jelentésében, miután 32 halálesettel hozták összefüggésbe. Sok fentanil nagyon erős, és a gyanútlan szerhasználóknak heroinként adható el, így a túladagolás és halál nagy kockázatával jár.

Válaszok az új kábítószerekre: kulcsfontosságú beavatkozások

A jól ismert kábítószerekkel összefüggő problémákra vonatkozó meglévő prevenciós, kezelési és ártalomcsökkentő beavatkozásokról általánosságban elmondható, hogy megfelelnek az új kábítószerek használói igényeinek, illetve könnyen az igényekhez igazíthatóak. Az új pszichoaktív szerek és más kábítószerek – úgymint a GHB, a ketamin és a mefedron – használatával összefüggő problémák azonban több közegben, például a börtönökben, szexuális egészségügyi rendelőintézetekben és a drogfogyasztókat kezelő alacsonyküszöbű szolgálatoknál sajátos kihívásokat idézhetnek elő. Az említett szerekre vonatkozó beavatkozások végrehajtása során tapasztalt, jelzett kihívások közé tartozik a nehezen elérhető kábítószer-használó populáció (pl. a más férfiakkal szexuális kapcsolatot létesítő férfiak) elérése, az injektálással kapcsolatban tapasztalt kaotikus viselkedés kezelése a kiszolgáltatott csoportokban és az új kábítószerek használatával összefüggő akut pszichotikus események kezelése a fogvatartottak körében. Ezekben a sajátos esetekben fontos olyan beavatkozásokat kidolgozni, amelyek kifejezetten az új kábítószerek használatára és a kapcsolódó egészségügyi ártalmakra helyezik a hangsúlyt; idetartoznak például a célzottan az ártalomcsökkentésre vonatkozó anyagok és tanácsok, valamint a speciális kezelési iránymutatások.

Az alfa-PVP kockázatértékelése



2015 novemberében európai szintű kockázatértékelés készült az alfa-PVP-ről (alfa-pirrolidinopentiofenon). Az alfa-PVP egy szintetikus katinon és erős pszichostimuláns, hasonló az MDPV-hez. Legalább 2011. február óta beszerezhető az Európai Unión belül a kábítószerpiacon, és mind a 28 tagállamban kimutatták. Az alfa-PVP-t 191 akut mérgezésben és 115 halálesetben mutatták ki. A halálesetek 20%-ában az alfa-PVP-t jelölték meg a halál okaként vagy egyik kiváltó tényezőjeként; ezek közül öt esetben egyedül az alfa-PVP-t mutatták ki.

A túladagolásos halálesetek közelmúltbeli növekedése

Az európai felnőttek körében a kábítószer-használat az elkerülhető halálozás egyik elismert oka. A magas kockázatú kábítószer-használók kohorszaival foglalkozó vizsgálatok többnyire évi 1–2%-os összesített halálozási rátát mutatnak. Európában az opiáthasználók esetében ötször-tízszer akkora a halál valószínűsége, mint az azonos életkorú és nemű társaiknál. Az opiáthasználók körében a nagyobb halálozási arány elsősorban a túladagolással függ össze, de fontosak a kábítószer-fogyasztáshoz közvetve kapcsolódó egyéb okok is, például a fertőzések, balesetek, erőszakos cselekmények és az öngyilkosság.

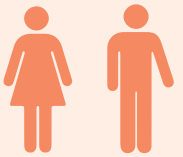
Európában a kábítószer-használók körében továbbra is a kábítószer-túladagolás a fő halálozási ok, a túladagolások áldozatai pedig az esetek több mint háromnegyed részében férfiak (78%). Az uniós országok többségéből a túladagolásos halálesetek számának emelkedését jelentették 2003-tól 2008/09-ig, amikor is ezek szintje először kezdett csökkenni. A túladagolásos adatok, különösen az uniós összesítés értelmezésekor több okból is indokolt az óvatosság, például az egyes országokban jellemző szisztematikusan alacsonyabb bejelentés és a bejelentési késedelmet okozó nyilvántartási eljárások miatt. Ezért az éves becslések ideiglenes minimumértéknek számítanak. Becslések szerint 2014-ben az Európai Unióban legalább 6800 túladagolásos haláleset következett be. Ez a felülvizsgált 2013-as számadathoz képest emelkedést jelent, és az előző évekhez hasonlóan az Egyesült Királyság (36%) és Németország (15%) együtt teszi ki az egész nagy részét. Az emelkedés néhány olyan ország legfrissebb adataiban mutatkozik, ahol viszonylag stabil bejelentési rendszerek működnek, amilyen például Írország, Litvánia és az Egyesült Királyság. Markáns emelkedő tendencia figyelhető meg Svédországban is, bár ez részben annak tudható be, hogy néhány olyan esetet is bevettek, amely a legalább 50 éves korosztályt érintette, és nem kapcsolódott a tiltott kábítószer-használathoz. Törökországban szintén nagy növekedés mutatkozott, de ez részben a jobb bejelentési gyakorlatokat tükrözi.

2006 és 2014 között az idősebb korcsoportban nőtt a bejelentett túladagolásos halálesetek száma, míg a fiatalabbak körében csökkent, ami a kábítószer-túladagolásos halál veszélyének legjobban kitett európai opiáthasználó populáció öregedő jellegét tükrözi. Az utóbbi időben azonban egyes országokban a 25 év alattiak körében kismértékben nőtt a bejelentett túladagolásos halálesetek száma.

Európában az új AIDS-esetek 15%-a volt az intravénás kábítószer-használatnak tulajdonítható

KÁBÍTÓSZER OKOZTA HALÁLESETEK

Jellemzők



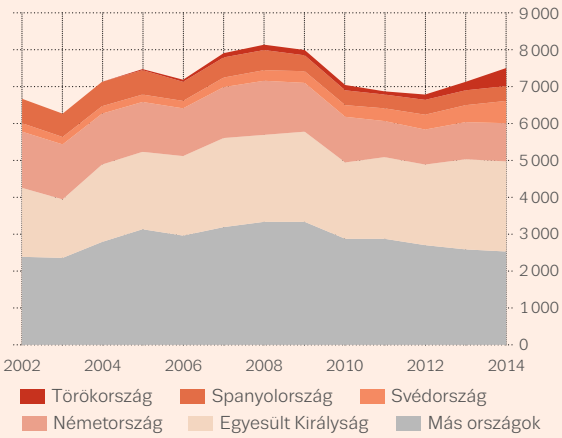
Átlagéletkor a halálozáskor

38

Opiátokkal összefüggő halálesetek

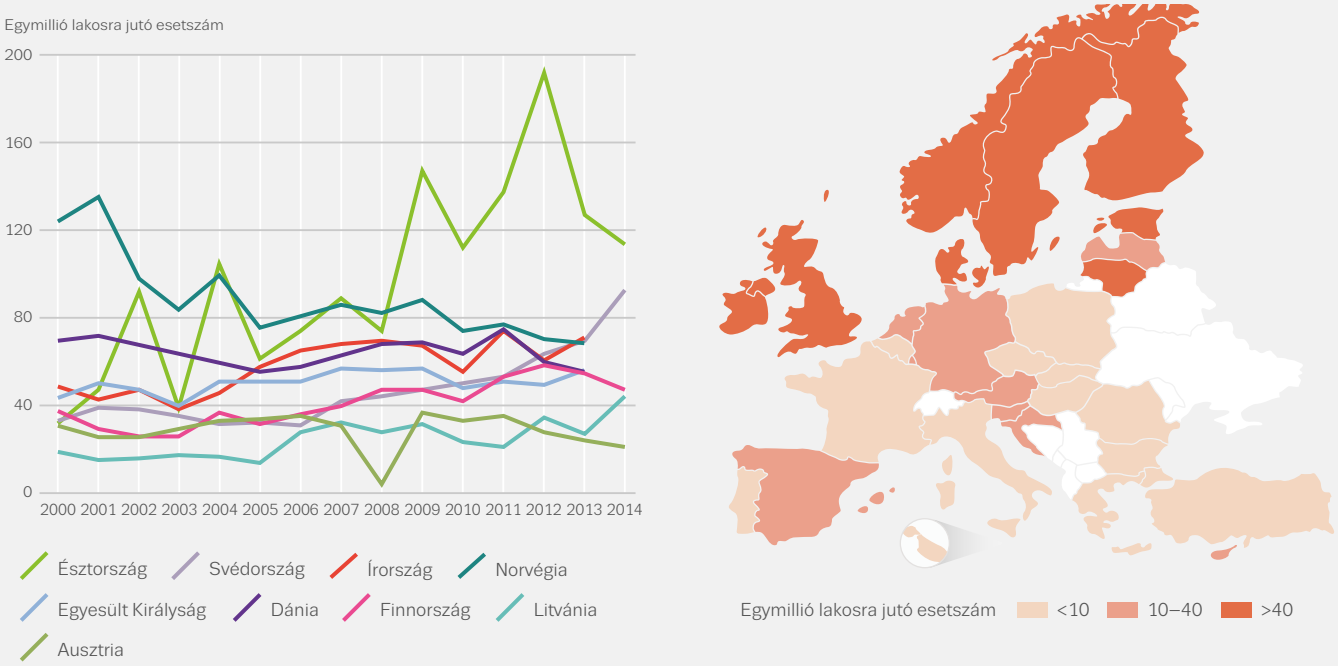
Életkor a halálozáskor

A túladagolásos halálesetek számának alakulása



3.12. ÁBRA

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



Megjegyzés: Az Európai Unióban és a 2014-ben vagy 2013-ban a legmagasabb értékeket közlő nyolc országban megfigyelhető tendenciák.

Az Európában bejelentett halálos kimenetelű túladagolások többségében a heroin vagy metabolitjai vannak jelen, gyakran más anyagokkal együtt. A toxikológiai jelentésekben gyakran más opiátokat, köztük metadont, buprenorfint, fentanilokat és tramadolt is kimutatnak, és ezekhez az anyagokhoz néhány országban most már a túladagolásos halálesetek számottevő része köthető. Az Egyesült Királyságban (Anglia és Wales) például az opiátokkal összefüggésbe hozott, feljegyzett 1786 halálesetből 394 esetben a metadont, 240 esetben pedig a tramadolt nevezték meg. A halálos kimenetelű túladagolásokkal kapcsolatban a herointól eltérő opiátok előfordulását jelző többi ország közé tartozik Franciaország és Írország (főleg metadon), valamint Finnország, ahol 2014-ben 75 esetben említették a buprenorfint.

A stimulánsok, úgymint a kokain, az amfetaminszármazékok, az MDMA és a katinonok Európában kevesebb túladagolásos halálesetben játszottak szerepet, bár a jelentőségük országonként változó. Az Egyesült Királyságban (Anglia és Wales) a kokainnal összefüggő halálesetek száma a 2013-as 169-ről 2014-ben 247-re emelkedett. Spanyolországban, ahol a kokainnal összefüggő halálesetek száma néhány évig stabil volt, a kokain 2013-ban a túladagolásos halálesetekkel kapcsolatban a második leggyakrabban említett kábítószer lett (236 eset).

A halálozási ráta Észak-Európában a legmagasabb

A 2014-es évet tekintve a túladagolásnak tulajdonítható halálozási rátát Európában 18,3 haláleset/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, valamint a módszertani problémák, például az alacsonyabb bejelentési és a besorolási gyakorlatok. Nyolc országból jelentettek az egymillió lakosra jutó 40 halálesetet meghaladó arányt, a legmagasabbat Észtországból (113 eset/1 millió lakos), Svédországból (93 eset/1 millió lakos) és Írországból (71 eset/1 millió lakos) (3.12. ábra). A legfrissebb adatok változó tendenciát mutatnak.

A túladagolások és a kábítószerrel összefüggő halálesetek megelőzése

Európában nagy közegészségügyi kihívást jelent a halálos kimenetelű kábítószer-túladagolások és a kábítószerekkel összefüggő más halálesetek számának csökkentése. A célzott válaszlépések ezen a területen vagy a túladagolás előfordulásának megelőzésére, vagy a túladagolás túlélési esélyeinek javítására helyezik a hangsúlyt. A drogfogyasztók kezelésben, különösen opiáthelyettesítő kezelésben való részvétele megelőzi a túladagolást és csökkenti a kezelés alatt álló szerhasználók halálozási kockázatát. A felügyelt drogfogyasztói szobának egyrészt az a célja, hogy megakadályozza a túladagolások előfordulását, másrészt hogy biztosítsa a szakmai segítséget, ha mégis túladagolás történik. Ilyen létesítmény – összesen kb. 70 – jelenleg hat országban működik.

A naloxon opiát-antagonista gyógyszer, amely képes visszafordítani az opiátok túladagolásának hatásait, ezért kórházi sürgősségi osztályok és mentősök alkalmazzák. Az utóbbi években gyakrabban adnak otthon használható naloxont az opiáthasználóknak, partnereiknek, társaiknak és családtagjaiknak, valamint képzésben is részesülnek a túladagolás tüneteinek felismerésével és a teendőkkel kapcsolatban. Rajtuk kívül a kábítószer-használókkal rendszeres kapcsolatot tartó szolgálatok munkatársai is használhatják a naloxont. Egy újabb keletű európai áttekintés megállapította, hogy nyolc európai országban működnek a naloxon otthoni használatát lehetővé tevő programok. A naloxon készletet a kábítószer-használókat ellátó és egészségügyi szolgálatok általában előretöltött fecskendők formájában biztosítják, bár Norvégiában és Dániában egy adapter teszi lehetővé a naloxon orron át történő beadását. Az otthon használható naloxon hatékonyságával kapcsolatos friss szisztematikus áttekintés bizonyítékokat talált arra vonatkozóan, hogy az otthon használható naloxon biztosításával együtt járó oktatási és képzési beavatkozások csökkentik a túladagolással összefüggő halálozás arányát. Néhány olyan populációban, ahol nagy a túladagolás kockázata, például a börtönből nemrég szabadult fogvatartottak körében, különösen hasznos lehet ez a megoldás. Skóciában az országos naloxon program nemrégiben elvégzett értékelése megállapította, hogy a programnak köszönhető a börtönből való szabadulást követő egy hónapon belül bekövetkezett, opiáttal összefüggő halálesetek arányának 36%-os csökkenése.

A kábítószer-kereslet csökkentésével kapcsolatos szolgáltatások: minőségi normák

A kábítószer-kereslet csökkentésével kapcsolatos szolgáltatások elterjedésével nagyobb hangsúly került a szolgáltatás minőségére, ami oda vezetett, hogy 2015 szeptemberében a Miniszterek Tanácsa elfogadta „Az Európai Unión belül a kábítószer-kereslet csökkentésére vonatkozó minimális minőségi standardokat". A prevencióra, kezelésre, ártalomcsökkentésre és a társadalmi reintegrációra vonatkozó tizenhat norma határozza meg a beavatkozások minőségi minimumkövetelményeit. Az újonnan elfogadott normák uniós szinten nagy előrelépést jelentenek a kábítószerek terén, egyesítik a 28 ország szakértői ismereteit és politikai döntéshozatalát. A standardok megerősítik, hogy a beavatkozásoknak bizonyítékokon kell alapulniuk, és hogy a munkatársak számára megfelelő képzést kell biztosítani. Elősegítik a bevált módszerek európai szintű megosztását és támogatják az ismeretek cseréjét.

A kábítószerrel összefüggő intézkedések költségeinek megismerése

A kábítószerrel összefüggő intézkedések költségeinek megismerése a szakpolitikai értékelés fontos aspektusa. Európában a kábítószerrel összefüggő közkiadásokról helyi és országos szinten rendelkezésre álló információk azonban továbbra is ritkák és sokfélék. Az elmúlt 10 évben becsléseket készítő 18 országban a kábítószerrel összefüggő közkiadásokat a bruttó hazai termék (GDP) 0,01%-a és 0,5%-a közé becsülték, az egészségügyi beavatkozások pedig a kábítószerrel összefüggő teljes közkiadás 15% és 53% közötti részét tették ki.

Egy nemrégiben elvégzett gyakorlat becslése szerint a kábítószerrel összefüggő egészségügyi problémák kórházi fekvőbeteg-kezelése átlagosan a GDP 0,013%-át tette ki abban a 15 országban, ahol rendelkezésre álltak az adatok. Ez az arány azonban országonként nagyon különböző. Ahhoz, hogy a kábítószerrel összefüggő egészségügyi problémák kórházi kezelésének költségeiről teljesebb becslést lehessen adni, a sürgősségi betegfelvételek szisztematikusabb nyilvántartására lenne szükség.

BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2016

Comorbidity of substance use and mental disorders, Kábítószerügyi kiemelt témák.

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

2015

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

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

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

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

Prevention of addictive behaviours, Betekintések.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Betekintések.

Drug consumption room, Kábítószerügyi kiemelt témák.

Psychosocial interventions, Kábítószerügyi kiemelt témák.

Kockázatértékelési jelentések
MT-45 [tanácsi határozat 2015/1873/EU].
4,4'-DMAR [tanácsi határozat 2015/1873/EU].

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Kábítószerügyi kiemelt témák.

Kockázatértékelési jelentések
MDPV [2015/1875/EU tanácsi határozat].
Methoxetamine [2015/1875/EU tanácsi határozat].
25I-NBOMe [2015/1875/EU tanácsi határozat].
AH-7921 [2015/1875/EU tanácsi határozat].
4-methylamphetamine [2015/1875/EU tanácsi határozat].
5-(2-aminopropyl)indole [2015/1876/EU tanácsi határozat].

2013

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

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

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Tematikus tanulmány.

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, Kábítószerügyi kiemelt témák.

2012

Drug demand reduction: global evidence for local actions, Célpontban a kábítószer.

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

New heroin-assisted treatment, Betekintések.

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

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

2011

European drug prevention quality standards, kézikönyv.

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

Kockázatértékelő jelentés: Mefedron [2010/759/EU tanácsi határozat].

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

Melléklet

Országos becsült adatok a kábítószer-használat prevalenciájáról, többek között a magas kockázatú opiáthasználatról, a helyettesítő kezelésről, a kezelésre való jelentkezésről, az intravénás kábítószer-használatról, a kábítószer okozta halálesetekről, a kábítószerrel összefüggő fertőző betegségekről, a kiosztott fecskendőkről és a lefoglalásokról. Az adatok az EMCDDA 2016-os statisztikai közlönyéből származnak, ahol megjegyzések és metaadatok is találhatók. Fel van tüntetve, hogy az adatok melyik évre vonatkoznak.

A1. TÁBLÁZAT

OPIÁTOK

	Becsült magas kockázatú opiáthasználat		Az év során kezelésre jelentkezők						Helyettesítő kezelés alatt álló kliensek
			Opiáthasználó kliensek a kezelésre jelentkezők %-ában			Intravénás használat az opiáthasználó kliensek %-ában			
			Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	Korábban kezelt jelentkezők	Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	Korábban kezelt jelentkezők	
Ország	A becslés éve	1000 főre jutó esetszám	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	szám
Belgium	–	–	28,9 (3 079)	11,5 (434)	37,5 (2 352)	18,4 (541)	12 (51)	19,3 (431)	17 026
Bulgária	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 414
Cseh Köztársaság	2014	1,4–1,8	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Dánia	–	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	33,9 (193)	23 (20)	–	2 600
Németország	2013	2,7–3,2	34,9 (29 655)	13,1 (3 304)	44 (26 351)	34,1 (11 225)	32,2 (1 460)	34,4 (9 765)	77 500
Észtország	–	–	90 (253)	89,5 (51)	97,3 (179)	78,8 (197)	64,7 (33)	83,2 (149)	919
Írország	–	–	49,8 (4 745)	27,5 (1 036)	65,5 (3 456)	42,2 (1 908)	35,7 (362)	43,6 (1 441)	9 764
Görögország	2014	2,1–2,8	69,2 (3 250)	55,3 (1 060)	78,9 (2 176)	33,4 (1 078)	27,7 (291)	36,3 (786)	10 226
Spanyolország	2013	1,6–2,5	24,8 (12 863)	10,9 (3 066)	42,1 (9 515)	15,8 (1 916)	9,9 (282)	17,7 (1 608)	61 954
Franciaország	2013–14	4,4–7,4	30,5 (12 634)	13,8 (1 240)	44,5 (8 662)	19,9 (2 119)	13,8 (155)	22 (1 620)	161 388
Horvátország	2010	3,2–4	79,9 (6 241)	19,9 (210)	89 (5 516)	73,3 (4 529)	44,9 (88)	74,3 (4 063)	6 867
Olaszország	2014	4,6–5,8	56 (28 671)	40,6 (7 416)	64,5 (21 255)	47,2 (13 209)	45,9 (2 992)	58,4 (10 217)	75 964
Ciprus	2014	1,5–2,4	25,4 (271)	11,5 (65)	42,2 (204)	56,8 (154)	50,8 (33)	59,3 (121)	178
Lettország	2014	3,4–7,5	46,2 (382)	24,7 (102)	67,8 (280)	91 (343)	87,1 (88)	92,4 (255)	518
Litvánia	2007	2,3–2,4	88,2 (1 905)	66,6 (227)	92,6 (1 665)	84,4 (1 607)	84,6 (192)	84,3 (1 402)	585
Luxemburg	2007	5–7,6	53,9 (146)	46,4 (13)	51 (100)	50,3 (72)	15,4 (2)	52 (51)	1 121
Magyarország	2010–11	0,4–0,5	4,2 (196)	1,6 (51)	9,5 (118)	60,2 (109)	55,1 (27)	63,5 (73)	745
Málta	2014	5,3–6,2	72,8 (1 277)	27,5 (58)	79 (1 219)	63,4 (786)	47,3 (26)	64,1 (760)	1 013
Hollandia	2012	1,1–1,5	10,5 (1 113)	5,7 (346)	16,9 (767)	6,5 (44)	9,3 (18)	5,4 (26)	7 569
Ausztria	2013	4,9–5,1	50,8 (1 737)	29,2 (435)	67,3 (1 302)	35,9 (479)	23,1 (79)	40,3 (400)	17 272
Lengyelország	2009	0,4–0,7	14,8 (1 061)	4,7 (162)	25 (877)	61,5 (632)	39,1 (61)	65,1 (555)	2 586
Portugália	2012	4,2–5,5	53,8 (1 538)	26,3 (357)	78,8 (1 180)	18,3 (255)	12,5 (39)	19,9 (216)	16 587
Románia	–	–	41,8 (1 094)	15,1 (211)	74 (852)	92,4 (1 007)	85,7 (180)	94 (799)	593
Szlovénia	2013	3,4–4,1	75,9 (318)	55,5 (61)	83,1 (250)	32,3 (101)	20,7 (12)	35,7 (89)	3 190
Szlovákia	2008	1–2,5	21,9 (543)	12,7 (147)	30,5 (387)	71,2 (376)	55,9 (81)	76,8 (288)	375
Finnország	2012	3,8–4,5	57,8 (372)	41,9 (111)	68,9 (261)	79,1 (291)	68,2 (75)	83,7 (216)	3 000
Svédország	–	–	24,7 (7 737)	14,7 (1 680)	30,2 (5 838)	62,1 (175)	20 (4)	47,4 (27)	3 502
Egyesült Királyság	2010–11	7,9–8,4	52,1 (50 592)	23,2 (7 911)	68 (42 045)	33,3 (15 380)	20,8 (1 217)	35 (13 892)	148 868
Törökország	2011	0,2–0,5	70,3 (7 476)	61,1 (3 420)	80,6 (4 056)	30 (2 243)	20,5 (702)	38 (1 541)	28 656
Norvégia	2013	2–4,2	23 (1 974)	–	–	–	–	–	7 433
Európai Unió	–	–	**39,2 (175 586)**	**18,6 (30 396)**	**52,6 (139 628)**	**37,8 (60 910)**	**31,4 (8 248)**	**40,4 (50 978)**	**644 324**
Az EU, Törökország és Norvégia	–	–	**39,6 (185 036)**	**20,0 (33 816)**	**53,2 (143 684)**	**37,4 (63 153)**	**30,2 (8 950)**	**40,3 (52 519)**	**680 413**

A helyettesítő kezelés alatt álló kliensek adatai 2014-re, illetve a legutóbbi olyan évre vonatkoznak, amelyről vannak adatok: Dánia és Finnország: 2011; Törökország: 2012; Spanyolország és Málta: 2013; az Írországra vonatkozó adatok a 2013. december 31-i népszámláláson alapulnak.

A2. TÁBLÁZAT

KOKAIN

	Becsült előfordulás				Az év során kezelésre jelentkezők					
	Normál népesség			Iskolai népesség	Kokainhasználó kliensek a kezelésre jelentkezők %-ában			Intravénás használat a kokainhasználó kliensek %-ában (fő beviteli mód)		
	A felmérés éve	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	2013	–	0,9	2	17 (1 809)	16,7 (628)	16,9 (1 058)	4,9 (84)	1,2 (7)	6,1 (60)
Bulgária	2012	0,9	0,3	4	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Cseh Köztársaság	2014	0,9	0,6	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dánia	2013	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Németország	2012	3,4	1,6	3	5,9 (4 978)	5,3 (1 340)	6,1 (3 638)	16,9 (2 650)	7,8 (292)	19,8 (2 358)
Észtország	2008	–	1,3	2	0,4 (1)	–	–	–	–	–
Írország	2011	6,8	2,8	3	8,7 (828)	11,2 (424)	6,8 (358)	1,4 (11)	0,5 (2)	2,6 (9)
Görögország	2004	0,7	0,2	1	5,1 (239)	5,2 (100)	5 (139)	14,7 (35)	6 (6)	21 (29)
Spanyolország	2013	10,3	3,3	3	38,2 (19 848)	38 (10 734)	38,6 (8 726)	2,3 (426)	1,2 (128)	3,5 (291)
Franciaország	2014	5,4	2,4	4	6,1 (2 530)	5,4 (489)	7,7 (1 508)	9,9 (224)	2,6 (12)	13,7 (186)
Horvátország	2012	2,3	0,9	2	1,7 (132)	3,1 (33)	1,5 (90)	3,1 (4)	3,4 (1)	3,3 (3)
Olaszország	2014	7,6	1,8	2	23,7 (12 165)	27,4 (5 006)	21,7 (7 159)	6,2 (739)	4,7 (227)	7,4 (512)
Ciprus	2012	1,3	0,6	4	10,3 (110)	7,1 (40)	14,1 (68)	9,2 (10)	7,5 (3)	10,4 (7)
Lettország	2011	1,5	0,3	4	0,7 (6)	1,2 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litvánia	2012	0,9	0,3	2	0,2 (5)	0,3 (1)	0,2 (4)	20 (1)	0 (0)	25 (1)
Luxemburg	–	–	–	–	19,9 (54)	25 (7)	18,4 (36)	34,7 (17)	50 (3)	31,4 (11)
Magyarország	2007	0,9	0,4	2	1,8 (86)	1,9 (59)	1,9 (23)	5,9 (5)	1,7 (1)	17,4 (4)
Málta	2013	0,5	–	4	15,9 (279)	40,3 (85)	12,6 (194)	21,9 (60)	9,4 (8)	27,5 (52)
Hollandia	2014	5,1	3,0	2	26,3 (2 791)	22 (1 344)	31,9 (1 447)	0,2 (4)	0,1 (1)	0,3 (3)
Ausztria	2008	2,2	1,2	–	8,4 (288)	9,7 (145)	7,4 (143)	4,2 (10)	1,6 (2)	7,2 (8)
Lengyelország	2014	1,3	0,4	3	1,4 (98)	1,3 (44)	1,5 (51)	1,1 (1)	0 (0)	2,1 (1)
Portugália	2012	1,2	0,4	4	13,5 (385)	17,5 (237)	9,8 (147)	5,7 (20)	2,8 (6)	10,4 (14)
Románia	2013	0,8	0,2	2	0,8 (21)	1,1 (15)	0,5 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Szlovénia	2012	2,1	1,2	3	6 (25)	5,5 (6)	6,3 (19)	62,5 (15)	16,7 (1)	77,8 (14)
Szlovákia	2010	0,6	0,4	1	0,9 (23)	1,4 (16)	0,6 (7)	4,3 (1)	6,3 (1)	0 (0)
Finnország	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Svédország	2008	3,3	1,2	1	0,9 (284)	1,6 (189)	0,5 (87)	3,1 (1)	0 (0)	0 (0)
Egyesült Királyság ([1])	2014	9,8	4,2	2	12,6 (12 236)	16,9 (5 752)	10,4 (6 399)	1,4 (161)	0,3 (16)	2,3 (144)
Törökország	–	–	–	–	1,3 (134)	1,2 (66)	1,4 (68)	–	–	–
Norvégia	2014	5,0	2,3	1	1 (84)	–	–	–	–	–
Európai Unió	**–**	**5,1**	**1,9**	**–**	**13,3 (59 470)**	**16,4 (26 816)**	**11,8 (31 430)**	**6,7 (4 498)**	**2,6 (717)**	**9,8 (3 709)**
Az EU, Törökország és Norvégia	**–**	**–**	**–**	**–**	**12,8 (59 688)**	**15,9 (26 882)**	**11,6 (31 498)**	**6,7 (4 498)**	**2,6 (717)**	**9,7 (3 709)**

Az iskolai népességre vonatkozó becsült előfordulás az országos iskolai felmérésekből vagy az ESPAD projektből származik.
([1]) A normál népességre vonatkozó becsült előfordulás csak Angliára és Walesre vonatkozik.

A3. TÁBLÁZAT

AMFETAMINSZÁRMAZÉKOK

	Becsült előfordulás				Az év során kezelésre jelentkezők					
	Normál népesség			Iskolai népesség	Amfetaminszármazékokat használó kliensek a kezelésre jelentkezők %-ában			Intravénás használat az amfetaminszármazékokat használó kliensek %-ában (fő beviteli mód)		
	A felmérés éve	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	2013	–	0,5	2	9,8 (1 047)	9,4 (353)	10,7 (669)	12,6 (128)	5,3 (18)	–
Bulgária	2012	1,2	1,3	5	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Cseh Köztársaság	2014	2,6	2,3	2	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Dánia	2013	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Németország	2012	3,1	1,8	4	16,1 (13 664)	19,3 (4 860)	14,7 (8 804)	1,5 (277)	0,9 (55)	1,8 (222)
Észtország	2008	–	2,5	3	3,9 (11)	3,5 (2)	1,6 (3)	72,7 (8)	100 (2)	66,7 (2)
Írország	2011	4,5	0,8	2	0,6 (55)	0,8 (30)	0,5 (24)	5,5 (3)	3,3 (1)	8,3 (2)
Görögország	2004	0,1	0,1	2	0,4 (18)	0,7 (13)	0,2 (5)	22,2 (4)	30,8 (4)	0 (0)
Spanyolország	2013	3,8	1,2	1	1,3 (671)	1,4 (391)	1,2 (261)	1,2 (8)	0,8 (3)	1,6 (4)
Franciaország	2014	2,2	0,7	4	0,6 (232)	0,7 (66)	0,5 (96)	8,2 (16)	9,7 (6)	11,4 (9)
Horvátország	2012	2,6	1,6	1	1,2 (96)	2,7 (28)	1 (65)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Olaszország	2014	2,8	0,6	1	0,2 (83)	0,3 (57)	0,1 (26)	6,1 (5)	7,1 (4)	4,3 (1)
Ciprus	2012	0,7	0,4	4	4,3 (46)	3,5 (20)	5,4 (26)	4,3 (2)	5 (1)	3,8 (1)
Lettország	2011	2,2	0,6	4	13,9 (115)	15 (62)	12,8 (53)	63,1 (70)	66,7 (40)	58,8 (30)
Litvánia	2012	1,2	0,5	3	3,4 (73)	8,2 (28)	2,3 (42)	32,9 (24)	32,1 (9)	35,7 (15)
Luxemburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Magyarország	2007	1,8	1,2	6	12,5 (584)	12,3 (383)	12,4 (154)	13 (74)	9,6 (36)	22,2 (34)
Málta	2013	0,3	–	3	0,2 (4)	–	0,3 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Hollandia	2014	4,4	2,9	1	6,6 (702)	6,2 (376)	7,2 (326)	0,8 (3)	0 (0)	1,8 (3)
Ausztria	2008	2,5	0,9	–	4,6 (157)	5,9 (88)	3,6 (69)	5,3 (7)	5,2 (4)	5,4 (3)
Lengyelország	2014	1,7	0,4	4	28,1 (2 019)	27,7 (956)	29,5 (1 036)	4,8 (91)	2,3 (21)	7,5 (70)
Portugália	2012	0,5	0,1	3	0 (1)	0,1 (1)	0 (0)	–	0 (0)	–
Románia	2013	0,3	0,1	2	0,2 (4)	0,2 (3)	0,1 (1)	25 (1)	0 (0)	100 (1)
Szlovénia	2012	0,9	0,8	2	0,5 (2)	–	0,7 (2)	–	–	–
Szlovákia	2010	0,5	0,3	1	42,7 (1 060)	47,8 (553)	38,9 (493)	32,8 (337)	26,1 (140)	40,3 (194)
Finnország	2014	3,4	2,4	–	12,1 (78)	13,2 (35)	11,3 (43)	84,2 (64)	80 (28)	87,8 (36)
Svédország	2008	5	1,3	1	0,5 (141)	–	–	–	–	–
Egyesült Királyság ([1])	2014	10,3	1,1	1	2,9 (2 830)	3,7 (1 250)	2,5 (1 540)	21,6 (464)	12,2 (101)	27,6 (354)
Törökország	2011	0,1	0,1	2	0,3 (27)	0,4 (21)	0,1 (6)	–	–	–
Norvégia ([w])	2014	4,1	1,1	1	13,4 (1 147)	–	–	–	–	–
Európai Unió	**–**	**3,6**	**1**	**–**	**7 (31 168)**	**8,2 (13 305)**	**6,6 (17 411)**	**20,8 (7 139)**	**22,5 (3 059)**	**19,7 (3 950)**
Az EU, Törökország és Norvégia	**–**	**–**	**–**	**–**	**6,9 (32 342)**	**7,9 (13 326)**	**6,5 (17 417)**	**20,8 (7 139)**	**22,4 (3 059)**	**19,7 (3 950)**

Az amfetaminszármazékok az amfetamint és a metamfetamint is magukban foglalják.
Az iskolai népességre vonatkozó becsült előfordulás az országos iskolai felmérésekből vagy az ESPAD projektből származik.
([1]) A normál népességre vonatkozó becsült előfordulás csak Angliára és Walesre vonatkozik.
([2]) A kezelésre jelentkezők kifejezés azon kliensekre vonatkozik, akik a kokaintól eltérő stimulánsok – nemcsak amfetaminszármazékok – használatáról számolnak be.

A4. TÁBLÁZAT

MDMA

	Prevalencia adatok				Az év során kezelésbe lépők		
	Normál populáció			Iskolás populáció	MDMA-t használó kliensek a kezelésbe lépők %-ában		
	A felmérés éve	Életprevalencia, felnőttek (15–64)	Előző 12 hónap, fiatal felnőttek (15–34)	Életprevalencia, diákok (15–16)	Összes kezelésbe lépő	Először kezelésbe lépők	Korábban már kezeltek
Ország		%	%	%	% (szám)	% (szám)	% (szám)
Belgium	2013	–	0,8	2	0,6 (65)	0,9 (34)	0,5 (31)
Bulgária	2012	2,0	2,9	4	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Cseh Köztársaság	2014	6,0	3,6	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Dánia	2013	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Németország	2012	2,7	0,9	2	–	–	–
Észtország	2008	–	2,3	3	–	–	–
Írország	2011	6,9	0,9	2	0,6 (56)	1 (37)	0,3 (18)
Görögország	2004	0,4	0,4	2	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (3)
Spanyolország	2013	4,3	1,5	1	0,4 (201)	0,6 (167)	0,1 (27)
Franciaország	2014	4,2	2,3	3	0,4 (148)	0,6 (57)	0,3 (63)
Horvátország	2012	2,5	0,5	2	0,4 (32)	1,3 (14)	0,3 (17)
Olaszország	2014	3,1	1,0	1	0,3 (147)	0,3 (48)	0,3 (99)
Ciprus	2012	0,9	0,3	3	0,1 (1)	–	0,2 (1)
Lettország	2011	2,7	0,8	4	0,4 (3)	0,7 (3)	0 (0)
Litvánia	2012	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luxemburg	–	–	–	–	–	–	–
Magyarország	2007	2,4	1,0	4	1,7 (82)	1,8 (55)	1,9 (23)
Málta	2013	0,7	–	3	0,9 (16)	–	1 (16)
Hollandia	2014	7,4	5,5	4	0,4 (45)	0,7 (40)	0,1 (5)
Ausztria	2008	2,3	1,0		0,8 (27)	1,3 (19)	0,4 (8)
Lengyelország	2014	1,6	0,9	2	0,2 (11)	0,1 (5)	0,2 (6)
Portugália	2012	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Románia	2013	0,9	0,3	2	0,5 (14)	1 (14)	0 (0)
Szlovénia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Szlovákia	2010	1,9	0,9	1	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finnország	2014	3,0	2,5	2	0,2 (1)	0 (0)	0,3 (1)
Svédország	2008	2,1	1,0	1	–	–	–
Egyesült Királyság ([1])	2014	9,2	3,5	3	0,3 (302)	0,6 (200)	0,2 (97)
Törökország	2011	0,1	0,1	2	1 (103)	1,3 (74)	0,6 (29)
Norvégia	2014	2,3	0,4	1	–	–	–
Európai Unió	**–**	**3,9**	**1,7**	**–**	**0,3 (1 184)**	**0,4 (712)**	**0,2 (424)**
Az EU, Törökország és Norvégia	**–**	**–**	**–**	**–**	**0,3 (1 287)**	**0,5 (786)**	**0,2 (453)**

Az iskolás populációra vonatkozó prevalencia becslések országos iskolai felmérésekből vagy az ESPAD projektből származnak.
([1]) A normál populációra vonatkozó becsült prevalencia Angliára és Walesre vonatkozik.

A5. TÁBLÁZAT

KANNABISZ

	Prevalencia adatok				Az év során kezelésbe lépők		
	Normál populáció			Iskolás populáció	Kannabiszt használó kliensek a kezelésbe lépők %-ában		
	A felmérés éve	Életprevalencia, felnőttek (15–64)	Előző 12 hónap, fiatal felnőttek (15–34)	Életprevalencia, diákok (15–16)	Összes kezelésbe lépő	Először kezelésbe lépők	Korábban már kezeltek
Ország		%	%	%	% (szám)	% (szám)	% (szám)
Belgium	2013	15	10,1	21	32,9 (3 501)	52,8 (1 984)	22,4 (1 403)
Bulgária	2012	7,5	8,3	22	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Cseh Köztársaság	2014	28,7	23,9	42	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Dánia	2013	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Németország	2012	23,1	11,1	19	37,9 (32 225)	57,5 (14 458)	29,7 (17 767)
Észtország	2008	–	13,6	24	3,2 (9)	7 (4)	0,5 (1)
Írország	2011	25,3	10,3	18	27,8 (2 645)	44,9 (1 696)	16 (847)
Görögország	2004	8,9	3,2	8	22,3 (1 046)	36,5 (699)	12,3 (338)
Spanyolország	2013	30,4	17,0	27	32,6 (16 914)	45,7 (12 912)	15,9 (3 585)
Franciaország	2014	40,9	22,1	39	58 (24 003)	76,7 (6 897)	42,3 (8 248)
Horvátország	2012	15,6	10,5	18	14,1 (1 103)	64,4 (679)	6,5 (401)
Olaszország	2014	31,9	19,0	20	18,2 (9 321)	28,8 (5 267)	12,3 (4 054)
Ciprus	2012	9,9	4,2	7	59,4 (634)	77,2 (436)	37,7 (182)
Lettország	2011	12,5	7,3	24	32,6 (269)	50,8 (210)	14,3 (59)
Litvánia	2012	10,5	5,1	20	4,3 (92)	14,7 (50)	2,3 (42)
Luxemburg	–	–	–	–	25,5 (69)	28,6 (8)	29,6 (58)
Magyarország	2007	8,5	5,7	19	55,5 (2 603)	61,2 (1 910)	43,2 (537)
Málta	2013	4,3	–	10	9 (158)	31,8 (67)	5,9 (91)
Hollandia	2014	24,1	15,6	27	47,6 (5 061)	56,2 (3 429)	36 (1 632)
Ausztria	2008	14,2	6,6	14	32,2 (1 101)	50,9 (757)	17,8 (344)
Lengyelország	2014	16,2	9,8	23	34,6 (2 483)	44,6 (1 540)	25 (877)
Portugália	2012	9,4	5,1	16	28,4 (812)	50,8 (690)	8,1 (122)
Románia	2013	4,6	3,3	7	37,2 (973)	61,4 (858)	9 (104)
Szlovénia	2012	15,8	10,3	23	12,2 (51)	36,4 (40)	3,3 (10)
Szlovákia	2010	10,5	7,3	21	20,5 (509)	28,6 (331)	12,5 (159)
Finnország	2014	21,7	13,5	12	20,5 (132)	35,1 (93)	10,3 (39)
Svédország	2014	14,4	6,3	6	13,2 (4 141)	20,7 (2 372)	8,9 (1 717)
Egyesült Királyság ([1])	2014	29,2	11,7	19	26 (25 278)	46,6 (15 895)	14,8 (9 137)
Törökország	2011	0,7	0,4	4	9 (955)	11,3 (634)	6,4 (321)
Norvégia	2014	21,9	8,6	5	22,7 (1 946)	–	–
Európai Unió	**–**	**24,8**	**13,3**	**–**	**31 (138 783)**	**46 (75 133)**	**20,1 (53 241)**
Az EU, Törökország és Norvégia	**–**	**–**	**–**	**–**	**30,4 (141 684)**	**44,9 (75 767)**	**19,8 (53 562)**

Az iskolás populációra vonatkozó prevalencia becslések országos iskolai felmérésekből vagy az ESPAD projektből származnak.
([1]) A normál populációra vonatkozó becsült prevalencia Angliára és Walesre vonatkozik.

A6. TÁBLÁZAT

MÁS INDIKÁTOROK

	Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek (15–64 évesek)	Intravénás szerhasználók rizikócsoportjába tartozó bejelentett HIV esetek (ECDC)	Az intravénás szerhasználói populáció becsült nagysága		A specializált programokban kiosztott fecskendők száma
Ország	egymillió lakosra jutó esetszám (szám)	egymillió lakosra jutó esetszám (szám)	A becslés éve	1000 lakosra jutó esetszám	szám
Belgium	9 (66)	1 (11)	2014	2,4–4,9	926 391
Bulgária	3,1 (15)	6,3 (46)	–	–	417 677
Cseh Köztársaság	5,2 (37)	1 (10)	2014	6,1–6,8	6 610 788
Dánia	55,1 (200)	2 (11)	–	–	–
Németország	18,6 (993)	1,4 (111)	–	–	–
Észtország	113,2 (98)	50,9 (67)	2009	4,3–10,8	2 110 527
Írország	71,1 (214)	5,4 (25)	–	–	393 275
Görögország	–	9,3 (102)	2014	0,6–0,9	368 246
Spanyolország	13 (402)	2,5 (115)	2013	0,2–0,4	2 269 112
Franciaország	5,4 (227)	1 (64)	–	–	–
Horvátország	20,8 (59)	0 (0)	2012	0,4–0,6	196 150
Olaszország	8 (313)	2,3 (141)	–	–	–
Ciprus	10 (6)	3,5 (3)	2014	0,4–0,7	382
Lettország	10,6 (14)	37 (74)	2012	7,3–11,7	409 869
Litvánia	44,2 (87)	12,9 (38)	–	–	154 889
Luxemburg	21,1 (8)	29,1 (16)	2009	4,5–6,9	253 011
Magyarország	3,4 (23)	0,1 (1)	2008–09	0,8	460 977
Málta	6,9 (2)	0 (0)	–	–	314 027
Hollandia	10,8 (119)	0 (0)	2008	0,2–0,2	–
Ausztria	21,1 (121)	2,5 (21)	–	–	5 157 666
Lengyelország	8,5 (225)	1 (37)	–	–	105 890
Portugália	4,5 (31)	3,8 (40)	2012	1,9–2,5	1 677 329
Románia	2,4 (33)	7,7 (154)	–	–	1 979 259
Szlovénia	20 (28)	1 (2)	–	–	494 890
Szlovákia	3,1 (12)	0,2 (1)	–	–	274 942
Finnország	47,4 (166)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	4 522 738
Svédország	92,9 (569)	0,8 (8)	2008–11	1,3	203 847
Egyesült Királyság ([1])	55,9 (2 332)	2 (131)	2004–11	2,9–3,2	7 199 660
Törökország	9,2 (479)	0,1 (10)	–	–	–
Norvégia	67,8 (228)	1,4 (7)	2013	2,1–2,9	2 124 180
Európai Unió	**19,2 (6 400)**	**2,4 (1 236)**	**–**	**–**	**–**
Az EU, Törökország és Norvégia	**18,3 (7 107)**	**2,1 (1 253)**	**–**	**–**	**–**

Egyes országokban adódhatnak kódolási, lefedettségi és alulbecslési problémák, ezért a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek összehasonlításánál körültekintően kell eljárni.

([1]) A fecskendőszámmal kapcsolatos adatok Walesre és Skóciára (2014), valamint Észak-Írországra (2013) vonatkoznak.

A7. TÁBLÁZAT

LEFOGLALÁSOK

	Heroin		Kokain		Amfetaminszármazékok		MDMA	
	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	149	2 288	9 293	4 268	208	3 434	44 422 (3)	1 693
Bulgária	940	137	27	39	216	–	16 845 (148)	–
Cseh Köztársaság	157	65	5	144	51	1 179	1 338 (0,08)	119
Dánia	13	447	90	2 395	295	1 867	54 690 (–)	688
Németország	780	2 857	1 568	3 395	1 484	13 759	486 852 (–)	3 122
Észtország	<0,01	8	3	57	67	319	9 822 (3)	147
Írország	61	954	66	405	23	75	465 083 (–)	402
Görögország	2 528	2 277	297	418	6	64	102 299 (9)	42
Spanyolország	244	6 671	21 685	38 458	839	4 079	559 221 (–)	3 054
Franciaország	990	–	6 876	–	321	–	940 389 (–)	–
Horvátország	47	132	6	231	14	582	– (3)	517
Olaszország	931	2 123	3 866	4 783	6	184	– (29)	262
Ciprus	0	11	32	107	1	73	17 247 (1,1)	28
Lettország	0,8	229	8	44	15	640	119 (0,3)	15
Litvánia	7	129	116	13	10	130	– (1,9)	16
Luxemburg	7	150	5	169	0,07	9	247 (–)	4
Magyarország	70	31	40	143	17	673	13 020 (0,4)	275
Málta	2	33	5	136	0,01	3	334 (–)	31
Hollandia	750	–	10 000	–	681	–	2 442 190 (–)	–
Ausztria	56	428	31	1 078	21	930	5 001 (–)	212
Lengyelország	273	–	31	–	824	–	62 028 (–)	–
Portugália	39	690	3 715	1 042	2	77	684 (0,6)	145
Románia	26	218	34	79	4	40	317 966 (0,03)	212
Szlovénia	5	289	182	179	22	–	218 (0,1)	–
Szlovákia	0,1	78	0,02	17	6	672	419 (–)	44
Finnország	0,09	113	6	205	298	3 149	131 700 (–)	795
Svédország	24	514	29	142	439	5 286	6 105 (8)	920
Egyesült Királyság	785	10 913	3 562	19 820	1 730	6 725	423 000 (–)	3 913
Törökország	12 756	7 008	393	784	142	403	3 600 831 (–)	3 706
Norvégia	44	1 294	149	1 101	420	8 145	54 185 (11)	502
Európai Unió	**8 883**	**31 785**	**61 578**	**77 767**	**7 599**	**43 949**	**6 101 249 (209)**	**16 656**
Az EU, Törökország és Norvégia	**21 683**	**40 087**	**62 120**	**79 652**	**8 162**	**52 497**	**9 756 265 (219)**	**20 864**

Az amfetaminszármazékok az amfetamint és a metamfetamint is magukban foglalják.
Az összes adat 2014-re vonatkozik, Hollandia (2012), Finnország (a lefoglalások száma, 2013) és az Egyesült Királyság (2013) kivételével.

A7. TÁBLÁZAT

LEFOGLALÁSOK (folytatás)

	Hasis		Marihuána		Kannabisznövény	
	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma
Ország	kg	szám	kg	szám	növény (kg)	szám
Belgium	841	5 554	10 744	28 086	356 388 (–)	1 227
Bulgária	2	14	1 674	3 516	21 516 (–)	100
Cseh Köztársaság	15	73	570	2 833	77 685 (–)	484
Dánia	2 211	9 988	58	3 000	11 792 (675)	262
Németország	1 755	5 201	8 515	31 519	132 257 (–)	2 400
Észtország	273	31	352	507	– (13)	30
Írország	677	258	1 102	1 770	6 309 (–)	340
Görögország	36	176	19 568	6 985	14 173 (–)	587
Spanyolország	379 762	174 566	15 174	175 086	270 741 (–)	2 252
Franciaország	36 917	–	10 073	–	158 592 (–)	–
Horvátország	2	371	1 640	5 591	3 602 (–)	188
Olaszország	113 152	5 303	33 441	8 294	121 659 (–)	1 773
Ciprus	0,1	12	203	901	487 (–)	44
Lettország	30	38	27	366	– (11)	16
Litvánia	841	24	79	341	– (–)	–
Luxemburg	1	78	13	1 015	97 (–)	11
Magyarország	8	101	529	2 058	3 288 (–)	146
Málta	42	39	70	176	8 (–)	5
Hollandia	2 200	–	12 600	–	1 600 000 (–)	–
Ausztria	101	1 380	1 326	10 088	– (281)	408
Lengyelország	99	–	270	–	95 214 (–)	–
Portugália	32 877	3 472	108	555	4 517 (–)	302
Románia	15	154	145	1 967	– (422)	93
Szlovénia	2	73	535	3 673	11 067 (–)	212
Szlovákia	0,1	12	113	1 061	496 (–)	20
Finnország	52	1 467	313	6 167	21 800 (189)	3 409
Svédország	877	6 547	1 041	10 028	– (–)	–
Egyesült Királyság	1 134	14 105	18 705	147 309	484 645 (–)	15 744
Törökország	30 635	3 972	92 481	41 594	– (–)	3 017
Norvégia	1 919	10 509	505	6 534	– (276)	383
Európai Unió	**573 921**	**229 037**	**139 286**	**452 892**	**3 396 333 (1 592)**	**30 053**
Az EU, Törökország és Norvégia	**606 475**	**243 518**	**232 271**	**501 020**	**3 396 333 (1 868)**	**33 453**

Az összes adat 2014-re vonatkozik, Hollandia (2012), Finnország (a lefoglalások száma, 2013) és az Egyesült Királyság (2013) kivételével.

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 képviseletein 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)

TD-AT-16-001-HU-N

emcdda

A jelentésről

A Tendenciák és fejlemények című jelentés magas szintű áttekintést ad a kábítószerek európai jelenségéről, amibe a kábítószer-kínálat, a használat és a közegészségügyi problémák éppúgy beletartoznak, mint a drogpolitika és a válaszlépések. Az online statisztikai közlönnyel, az országok szerinti áttekintésekkel és a kábítószerügyi kiemelt témákkal együtt ez alkotja a 2016. 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 kábítószerek jelenségéről.

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

Kiadóhivatal

ISBN 978-92-9168-897-5