



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

HU

ISSN 2314-9140

Európai kábítószer- jelentés

Tendenciák és fejlemények

2017



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

Európai kábítószer- jelentés

Tendenciák és fejlemények

2017

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, telefonfűlkékből és hotelekből a számot csak díjfizetés ellenében lehet hívni).

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

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

Luxembourg: Az Európai Unió Kiadóhivatala, 2017

Print	ISBN 978-92-9497-059-6	ISSN 1977-9925	doi:10.2810/948436	TD-AT-17-001-HU-C
PDF	ISBN 978-92-9497-103-6	ISSN 2314-9140	doi:10.2810/45636	TD-AT-17-001-HU-N

© Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja, 2017
Sokszorosítása a forrás feltüntetése mellett engedélyezett.

Ajánlott idézés:

Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja (2017), *Európai kábítószer-jelentés, 2017: Tendenciák és fejlemények*, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.



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	KOMMENTÁR Az európai kábítószerhelyzet 2017-ben
19	1. FEJEZET Kábítószer-kínálat és a piac
41	2. FEJEZET A kábítószer-használat prevalenciája és tendenciái
61	3. FEJEZET Kábítószerrel összefüggő ártalmak és válaszlépések
83	MELLÉKLET Az országos adatok táblázatos formában

| Előszó

Nagy örömmel mutatjuk be a *2017-es Európai kábítószer-jelentés: Tendenciák és fejlemények* című kiadványt, az EMCDDA egyik legfontosabb kiadványát, benne a legfrissebb adatokkal az európai kábítószerhelyzetről és a válaszlépésekről. Ebben a csomagban bőséges, sokrétű információt és elemzéseket kínálunk, a nemzeti partnereinktől kapott legújabb adatok és statisztikák alapján.

Újdonság, hogy a 2017-es jelentéshez országos áttekintések is tartoznak, 30 országos kábítószer-jelentés formájában, amelyek közérthető online összefoglalást adnak a kábítószerekkel kapcsolatban az európai országok politikájában és gyakorlatában felfedezhető tendenciákról és fejleményekről.

Bár ez a kiadvány éves helyzetképet ad a kábítószerek jelenségéről Európában, a 2016-ban kiadott, háromévente megjelenő *Uniós kábítószerpiaci* jelentésre is támaszkodik. Az év későbbi szakaszában ki fog egészülni a kábítószerek elleni egészségügyi és szociális válaszlépésekről szóló első különálló uniós jelentéssel.

A mi feladatunk az EMCDDA-nál az, hogy összegyűjtsük az adatokat, és gondoskodjunk róla, hogy ezek megfeleljenek a célnak. Ennek során törekszünk a lehető legjobb tényanyag összeállítására, hogy ezzel is segítsük az egészségesebb, biztonságosabb Európáról szóló vízióink valóra váltását. A kábítószerekkel kapcsolatos tendenciák és fejlemények magas szintű áttekintéseként és elemzéseként, szándékaink szerint ez a jelentés hasznos eszközül szolgál az európai és nemzeti politikai döntéshozók és tervezők számára, akik a rendelkezésre álló legfrissebb információkra szeretnék alapozni a stratégiáikat és beavatkozásait. Összhangban azzal a célunkkal, hogy az érdekelt feleknek magas színvonalú szolgáltatásokat nyújtsunk, a legújabb jelentésből olyan adatokhoz lehet hozzájutni, amelyek különféle célokra használhatók: bázis- és utánkövető adatokat biztosítanak a szakpolitikai és szolgáltatói értékelésekhez; keretet adnak és segítenek kijelölni a prioritásokat a stratégiai tervezéshez; lehetővé teszik az országos helyzetek és az adatsorok közötti összehasonlítást; továbbá felhívják a figyelmet az újonnan megjelenő veszélyekre és problémákra.

Az ideji jelentés rámutat néhány, potenciálisan aggályos változásra a tiltott opioidok piacán, azoknak az anyagoknak a piacán, amelyek Európában továbbra is nagymértékben összefüggésbe hozhatók a megbetegedésekkel és halálozással. Külön jeleztük az



opioidokhoz köthető túladagolások halálesetek összesített számának növekedését, valamint az opioidhelyettesítő gyógyszerekkel és új szintetikus opioidokkal kapcsolatos problémákról szóló, egyre gyakoribb bejelentéseket. A kábítószeres jelenségének alakulásával párhuzamosan a kábítószerre adott európai válaszlépéseknek is fejlődniük kell. A 2013–20 közötti időszakra szóló európai kábítószer-ellenes stratégiában előirányzott összehangolt intézkedési keret ezt lehetővé teszi. Az Európai Bizottság javaslatot tett egy új drogpolitikai cselekvési tervre a 2017–20 közötti időszakra, és ezt az Európai Parlament és a Tanács most tárgyalja. A cselekvési terv a jelenlegi uniós kábítószer-ellenes stratégia félidejének és a 2013–17-es cselekvési terv végső értékelésének megállapításaira épül. Ezek a fontos szakpolitikai dokumentumok tükrözik az EMCDDA munkáját, amellyel támogatja a tényeken alapuló politikai döntéshozatalt az európai drogpolitikában.

Végezetül szeretnénk köszönetet mondani a Reitox nemzeti fókuszpontok hálózatában dolgozó kollégáinknak, akik a nemzeti szakemberekkel közösen a kiadványt alátámasztó adatok többségét biztosították. Ezúton kell elismernünk az európai kutatócsoportok sokaságának közreműködését is, hiszen nélkülük ez az elemzés sokkal szegényebb lenne. A jelentés elkészítésében ugyancsak segítségünkre volt az európai partnereinkkel – az Európai Bizottsággal, az Europollal, az Európai Gyógyszerügynökséggel és az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központtal – való együttműködés.

Laura d'Arrigo

az EMCDDA igazgatóságának 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 2015-re (illetve az utolsó rendelkezésre álló évre) vonatkoznak. A tendenciák elemzése kizárólag a megadott időszakban zajló változások leírásához elegendő adatot szolgáltatató 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 minták 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](#) található, ahol részletesen ismertetjük a módszertant, az elemzések minősítéseit és a rendelkezésre álló adatkészlet korlátozottságával kapcsolatos megjegyzéseket. Ugyanitt az esetenként interpolációval készített európai szintű becslésekhez felhasznált módszerekről és adatokról szóló információ is megtalálható.

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

- | a Reitox nemzeti fókuszpontok vezetői és munkatársai;
- | a jelentéshez szükséges nyers adatokat összegyűjtő szolgálatok és szakértők mindegyik tagállamban;
- | az EMCDDA igazgatóságának és tudományos bizottságának tagjai;
- | az Európai Parlament, az Európai Unió Tanácsa – különösen a kábítószerrel foglalkozó horizontális munkacsoport – és az Európai Bizottság;
- | az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC), az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) és az Európai;
- | az Európa Tanács Pampidou-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) és a European Drug Emergencies Network (Euro-DEN);
- | az Európai Unió Szerveinek Fordítóközpontja és az Európai Unió Kiadóhivatala.

Reitox nemzeti fókuszpontok

A Reitox a kábítószerrel és kábítószer-függőséggel foglalkozó európai információs hálózat. A hálózat az EU-tagállamokban, a tagjelölt Törökországban, Norvégiában, valamint az Európai Bizottságnál működő nemzeti fókuszpontokból áll. A kormányaiak fennhatósága alatt dolgozó fókuszpontok azok a nemzeti hatóságok, amelyek a kábítószerrel kapcsolatban információt szolgáltatnak az EMCDDA részére. A nemzeti fókuszpontok elérhetősége az [EMCDDA weboldalán](#) található.

Kommentár

**Az aktuális
európai drogproblémák**

Az európai kábítószerhelyzet 2017-ben

Ez a jelentés az uniós megfigyelő tevékenységekből rendelkezésre álló legfrissebb információk alapján ad pillanatképet az európai kábítószerhelyzetről. A jelentés vázát a kábítószerhelyzet, a kábítószerhasználat és az ártalmak és válaszlépések európai szintű áttekintése alkotja. Ezt 30 országos jelentés egészíti ki, ezenkívül széles körű online adatok és módszertani információk kísérik.

Ebben a bevezető részben egy rövid elemző feljegyzés olvasható az idei év adatai alapján felmerülő fő témák némelyikéről. Mivel az európai drogproblémákat egyre nagyobb

mértékben befolyásolják a nemzetközi fejlemények, és egyre nagyobb a kölcsönhatás, az elemzést még hasznosabbá teszi a tágabb globális kontextus. Két fontos téma – a fiatalok kannabiszhasználata és az opioidpiac változásai – esetében az aktuális európai helyzetet és annak alakulását összehasonlítjuk és szembeállítjuk az észak-amerikaival, ami figyelemre méltó hasonlóságokra és különbségekre derít fényt.

A kannabiszpolitika nemzetközi fejleményei Európára is hatással vannak?

Az amerikai kontinens egyes részein a kannabiszra vonatkozó szabályozási keret közelmúltbeli módosításai az európai politikusok és a nyilvánosság érdeklődését is felkeltették. Ezek meglehetősen szerteágazó fejlemények voltak, ezért a megalapozott értékelésekre még várni kell, mielőtt fel lehetne mérni a kannabiszpolitika eltérő megközelítéseinek relatív költségeit és hasznait. Emellett egyelőre az sem világos, hogy a máshol zajló fejleményeket milyen mértékben lehet közvetlenül átültetni az európai közegbe.

Az Európai Unió 28 tagállamában nagyon változatosan alakul a kannabiszra vonatkozó szabályozáshoz és a használathoz való viszonyulás; a jelenlegi megközelítések a korlátozó modellektől a személyes használat egyes formáival szembeni toleranciáig terjednek. Napjainkban mindazonáltal heves vita folyik a témáról, és néhány országban egyre nagyobb érdeklődés kíséri például az olyan kérdéseket, mint a személyes használatra szánt kannabisz termesztésének engedélyezése és a kannabisz gyógyászati célra való hozzáférhetősége.

A tágabb értelemben vett drogpolitikai hatástól függetlenül, a kereskedelmileg szabályozott kannabiszpiac megléte néhány, Európán kívüli országban fellendítette az innovációt és a termékfejlesztést, megjelentek például a párologtatók, elektromos folyadékok és ehető termékek. Elképzelhető, hogy e fejlemények némelyike az európai fogyasztási mintákra is hatással lesz, ami nyomatékosítja a viselkedési megfigyelés fontosságát ezen a területen és azt, hogy minden változás esetében értékelni kell a lehetséges egészségügyi következményeket a jövőbeni fogyasztási mintákban.

Az európai kannabiszpiac az elmúlt években már jelentős változásokon ment keresztül, és ezeket részben a nagyobb arányú belföldi termelés felé való elmozdulás vezérelte. Még mindig megfigyelhető a hasis és a marihuána erősségének elmúlt években elért, általánosan magas – a korábbiaknál magasabb – szintje. Ehhez a kábítószerhez továbbra is egészségügyi problémák kapcsolódnak, és az újonnan kezelésre jelentkező európai szerhasználók legnagyobb részét e kábítószer kapcsán jelentették. Mindezek miatt a kannabiszhasználat és a kapcsolódó ártalmak alakulásának megismerése fontos ahhoz, hogy érdemi vitát lehessen folytatni az ezzel a kábítószerrel szemben a legalkalmasabb politikai válaszlépésekről.

Az uniós és az amerikai diákok szerhasználati magatartásformáinak összehasonlítása

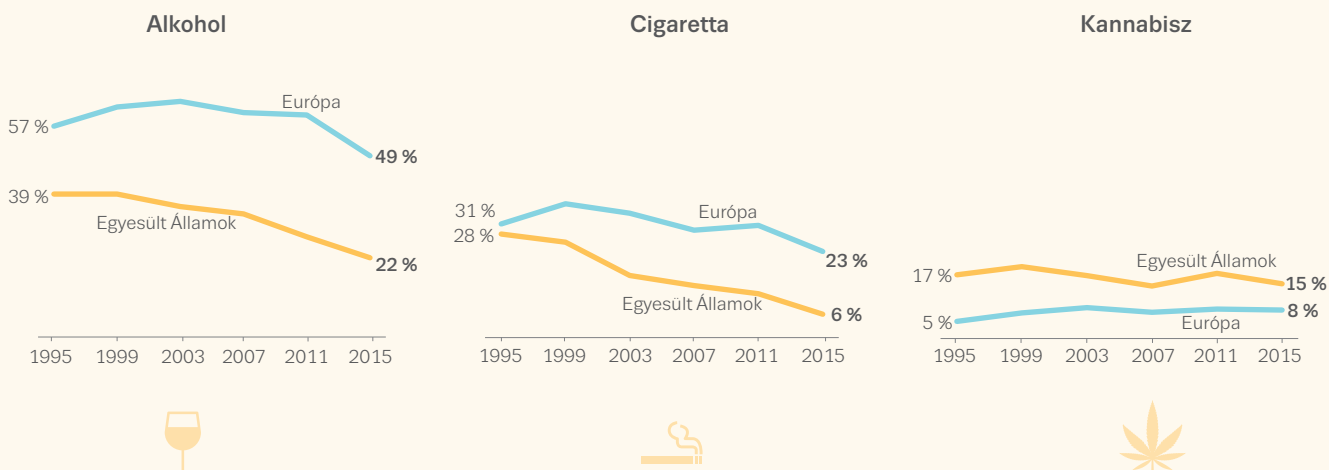
Ezzel kapcsolatban hasznos a (15–16 év körüli) diákok között végzett két új, nagyszabású iskolai felmérés 2016-os megjelenése, mivel ezek segítségével össze lehet hasonlítani az európai és az amerikai diákok körében előforduló kannabisz- és más szerhasználati mintákat. Biztató fejlemény, hogy a legfrissebb adatok mindkét térségben a dohányzás és – kisebb mértékben – az alkoholfogyasztás visszaszorulását mutatják; a kannabiszhasználat tendenciái ugyanakkor stabilabbnak tűnnek. A fenti anyagok használatának szintjét és mintáit tekintve azonban fontos különbségek vannak az európai és az amerikai diákok között.

A kannabiszhasználat mérőszámai Európában alacsonyabbak az Egyesült Államokban megfigyelteknél, és a kannabiszhasználatról ritkábban számolnak be, mint a dohányzásról. Az amerikai diákok körében ezzel szemben a kannabisz használata meghaladja a dohányzás előfordulását, és utóbbinak a szintje nagyon alacsony. Az alkoholfogyasztás szintje ugyancsak eltérő: az európai diákok nagyobb arányban jeleztek alkoholfogyasztást, az amerikai társaikhoz képest intenzívebb ivási mintákkal.

A diákok szerhasználatában megfigyelhető hasonlóságokat és különbségeket tovább kell elemezni, hogy fény derüljön a fiatalok döntéseire ható szociális, környezeti és szabályozási tényezők relatív befolyására. Ha például sikerül megérteni, hogy mi vezetett a cigarettázásnak az Egyesült Államokban és Európában megfigyelt csökkenéséhez, ez szempontokat adhat más szerek, köztük a kannabisz használatának kezeléséhez is. Azt sem szabad elfelejteni, hogy a szerek fogyasztásának módjában is vannak különbségek. Európában például – ellentétben az Egyesült Államokkal – a kannabiszt gyakran dohánnyal keverve szívják, és ez valószínűleg kihat a közegészségügyi politikára is.

Fontos megismerni a kannabiszhasználat alakulását és a kapcsolódó ártalmakat

SZERHASZNÁLAT A DIÁKOK KÖRÉBEN EURÓPÁBAN ÉS AZ EGYESÜLT ÁLLAMOKBAN



Megjegyzés: Az előző havi szerhasználat alakulása a 15–16 éves diákok körében Európában és az Egyesült Államokban. Az európai (súlyozatlan) átlagok 21 uniós ország és Norvégia adatain alapulnak (forrás: [ESPAD](#)). Az amerikai átlagok a 10. évfolyamos diákok mintáin alapulnak (forrás: [Monitoring the Future](#)).

A stimulánsok európai piaca: emelkedik a kokain hozzáférhetősége?

Az Európában leggyakrabban használt tiltott stimuláns kábítószeres – a kokain, az MDMA és az amfetaminszármazékok – továbbra is különféle, földrajzilag differenciált használati mintákkal járnak együtt, a tisztaságuk szintje pedig a jelentések szerint minden esetben magasabb, mint egy évtizeddel ezelőtt. A tiltott kábítószeres piacának ez az ágazata mára összetettebb lett, amiben az új stimulánsok, köztük a katinonok és fenetilaminok könnyű hozzáférhetősége is szerepet játszik. A tavalyi jelentés felhívta a figyelmet a nagy dózist tartalmazó MDMA-tabletták hozzáférhetőségének és használatának növekedésére, és ez a tendencia még a legfrissebb adatokban is megfigyelhető. A most lefoglalt tabletták magas MDMA-tartalma arra utalhat, hogy a termelőknek nem okoz nehézséget a kábítószer előállításához szükséges prekursor vegyi anyagok beszerzése. A lefoglalási adatok szintén azt jelzik, hogy Európa változatlanul fontos termelőnek számít a globális MDMA-piacon.

Több mutató, köztük a szennyvízmegfigyelés, a lefoglalások és az ár- és tisztaságra vonatkozó adatok is arra utalnak, hogy Európa egyes részein ismét növekvőben lehet a kokain hozzáférhetősége. Több országban, elsősorban Európa déli és nyugati részén hagyományosan ez a kábítószer számít a leggyakrabban használt tiltott stimulánsnak. Az itt bejelentett új adatok ezt alátámasztják, egyúttal jelzik a lefoglalások növekedését a kábítószer fő európai piacaihoz vezető, bejáratott kereskedelmi útvonalak mentén. Észak- és Közép-Európában ezzel szemben az amfetamin és kisebb mértékben a metamfetamin jelentősebb szerepet

tölt be a kábítószerpiacon, mint a kokain. Az amfetaminszármazékok esetében több, korábban már jelzett fejlemény továbbra is aggodalomra ad okot. Idetartoznak a prekursorok hozzáférhetőségében és a szintetizálási módszerekben történt változások; a metamfetamin piacának kibővülése; valamint az injektlálás növekvő mértékére utaló bizonyítékok és a kapcsolódó ártalmak.

Az injektlálás csökkenőben van, de a közegészségügyi politika számára még mindig probléma

A kábítószer-használók kezeléséből és más forrásokból származó információk azt jelzik, hogy az injektlálás mint beadási mód hosszú távú tendenciája összességében továbbra is csökkenő. A kábítószer miatt első alkalommal kezelésre jelentkező heroinhasználók körében például több mint egy évtizede most jelentették a legalacsonyabbnak az injektlálási arányt, bár az országok között jelentős különbségek vannak. Az ehhez a beadási módhoz kapcsolódó, egészségügyi ártalmat mérő mutatók némelyike, különösen az injektláló kábítószer-fogyasztásnak tulajdonítható új HIV-diagnózisok aránya ezzel párhuzamos csökkenést mutatott. Ez azonban nem jelenti azt, hogy ezen a téren nincs több ok az aggodalomra. Bár a 2016-ban bejelentett 1233 új HIV-fertőzés több mint két évtizede a legalacsonyabb, ez még mindig jelentős közegészségügyi problémát képvisel. A közelmúltban ráadásul több járványkitörés is volt egyes kiszolgáltatott populációkban és a stimulánsok és új pszichoaktív anyagok injektlálói körében.

Arra is vannak bizonyítékok, hogy a vér útján terjedő fertőző betegségeket más csoportokhoz képest gyakran viszonylag késő diagnosztizálják az injektló kábítószer-fogyasztóknál, ezáltal csökken az esélye a sikeres beavatkozásnak. A késői diagnózis a HCV-fertőzés esetében is fontos, amely gyakran nagy arányban fordul elő a korábban injektló kábítószer-fogyasztók körében. Az utóbbi években a vírushepatitis kezelési lehetőségei sokat fejlődtek annak köszönhetően, hogy megérkezett a gyógyszerek új, nagyon hatásos generációja. E betegség felszámolása most egyszerre jelent lehetőséget és kihívást az általános egészségügyi szolgáltatók és a kábítószer-használókat ellátó helyek számára.

Az opioidprobléma változó jellege

Az észak-amerikai fejleményekkel való összehasonlítás az európai opioidprobléma elemzéséhez is releváns. A jelentésben bemutatott adatok áttekintése arra utal, hogy miközben az uniós helyzet összességében továbbra is más, néhány párhuzam mégis akad.

A legfrissebb adatok azt mutatják, hogy Európában az opioidokhoz kapcsolódó új kezelési igények többségében, körülbelül 80%-ában még mindig heroinfogyasztásról van szó. Ráadásul a heroinhoz köthető kezelési igények általános, 2007 óta megfigyelt csökkenése már nem egyértelmű. Különösen aggasztó a kábítószer-túladagolások halálesetekre vonatkozó európai becslés növekedése, amely immár harmadik egymást követő éve emelkedik, a heroin pedig az ilyen halálesetek közül sokban szerepet játszik.

Észak-Amerikában a vényköteles opioidokkal való visszaéléshez kapcsolódóan is jelentős számú megbetegedést és halálesetet tapasztaltak, emellett emelkedett a heroinhasználat szintje és legújában nagy hatóanyag-tartalmú szintetikus opioidok, különösen fentanilszármazékok is megjelentek. A két régió között az egyik különbség az, hogy Európában a kábítószer-használat miatt speciális kezelés alatt álló kliensek közül nagyon kevesen kezeltetik magukat opioidtartalmú fájdalomcsillapítóktól való függőség miatt. Ez valószínűleg a szabályozási keretek és a forgalmazáshoz és felíráshoz való hozzáállás terén Európa és Észak-Amerika között meglévő különbségeket tükrözi. Nem lehet kizárni ugyanakkor a ténylegestől elmaradó arányú bejelentés lehetőségét sem, mivel a vényköteles gyógyszerekkel problémákat tapasztaló európaiak esetleg más szolgáltatókat vesznek igénybe, mint a tiltott kábítószerek fogyasztói. Az opioidhelyettesítő kezelésben használt gyógyszereknek azonban mára több európai országban is jelentősebb szerepe lett a kezelési igények és az

egészségügyi ártalmak terén. A herointól eltérő opioidok összességében a kábítószer-használókat ellátó helyekhez érkező kezelési igények nagyjából egyötödét teszik ki. Uniós szinten nehéz számszerűsíteni a szintetikus opioidok, köztük a metadon szerepét a túladagolások halálesetekben, de ezek az anyagok sok országban fontosak lettek, és néhány országban dominálnak is. A gyógyszerekkel, köztük az opioidhelyettesítő kezelésben használt gyógyszerekkel való visszaélés egyre nagyobb problémát jelent sok európai egészségügyi szolgáltató számára. Alapos tényanyag szól az opioidhelyettesítő gyógyszerek helyes használata mellett, mivel ezek bizonyítottan csökkentik a megbetegedést, a halálozást és a bűnelkövetést a kezelésben részesülők körében. Ahhoz tehát, hogy az ebből a kezelési módból eredő egyértelmű egészségügyi előnyök ne csorbuljanak, fontos a helyes klinikai gyakorlat, valamint annak megismerése, hogy a vényköteles opioidokat hogyan térítik el a legális felhasználástól.

Egyre nagyobb egészségügyi veszélyt jelentenek a nagy hatóanyag-tartalmú szintetikus opioidok

Európában és Észak-Amerikában egyaránt komoly aggodalomra ad okot a nagy hatóanyag-tartalmú új szintetikus opioidok, többségében fentanilszármazékok közelmúltbeli megjelenése. Az EU korai előrejelző rendszeréhez 2012 óta egyre több bejelentés érkezett ezekről az anyagokról és az általuk okozott ártalmakról. Ezeket az anyagokat online piacokon és a tiltott piacon is árulják. Ezeket esetenként heroinként, más tiltott kábítószerként, sőt, gyógyszerhamisítványként vagy ezekkel keverve árusítják. A nagy hatóanyag-tartalmú szintetikus opioidok nemcsak a használóikra nézve jelentenek komoly egészségügyi kockázatot, hanem a gyártásukban részt vevőkre, valamint a postai dolgozókra és a bűnüldöző szervek dolgozóira is. Mivel kis mennyiségek kellene akár több ezer adag előállításához, ezeket az anyagokat könnyű álcázni és szállítani. Ez komoly kihívást jelent a kábítószer-ellenes hivatalok számára. Ugyanez a tulajdonság a szervezett bűnözés szempontjából ugyanakkor potenciálisan vonzó és nyereséges árucikké teszi.

A nagy hatóanyag-tartalmú szintetikus opioidok komoly egészségügyi veszélyt jelentenek

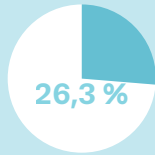
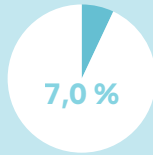
KÖRKÉP – BECSLÉSEK AZ EURÓPAI UNIÓN BELÜLI KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLATRÓL

Kannabisz



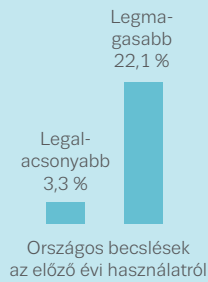
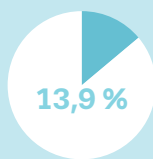
Használat ideje:
Előző év **23,5 millió** Életprevalencia **87,7 millió**

Felnőttek
(15–64 év)



Fiatalfelnőttek
(15–34 év)

Előző év **17,1 millió**

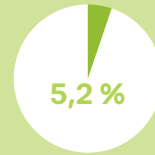
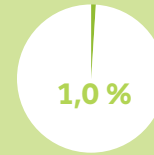


Kokain



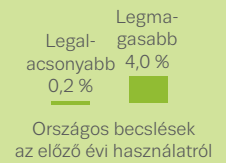
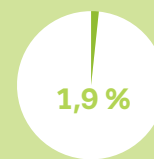
Használat ideje:
Előző év **3,5 millió** Életprevalencia **17,5 millió**

Felnőttek
(15–64 év)



Fiatalfelnőttek
(15–34 év)

Előző év **2,3 millió**

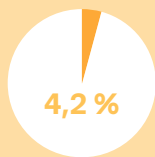
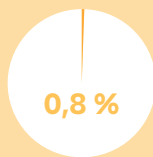


MDMA



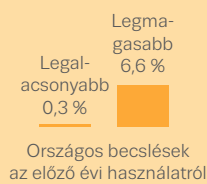
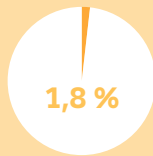
Használat ideje:
Előző év **2,7 millió** Életprevalencia **14,0 millió**

Felnőttek
(15–64 év)



Fiatalfelnőttek
(15–34 év)

Előző év **2,3 millió**

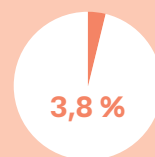
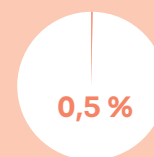


Amfetaminszármazékok



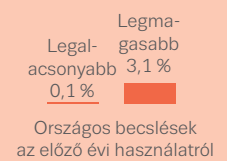
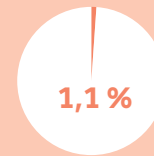
Használat ideje:
Előző év **1,8 millió** Életprevalencia **12,5 millió**

Felnőttek
(15–64 év)



Fiatalfelnőttek
(15–34 év)

Előző év **1,3 millió**



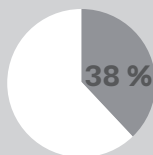
Opioidok



Nagy kockázatú opioidhasználók **1,3 millió** Halálos kimenetelű túladagolások **81 %**

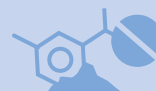
Gyógykezelési igények

Az Európai Unióban az összes drogfogyasztói kezelési igény kb. 38%-ában szerepel fő kábítószerként



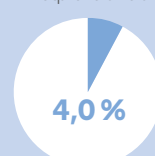
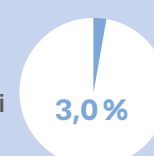
A halálos kimenetelű túladagolások 81%-ában mutatnak ki opioidokat
2015-ben **630 000** opioidhasználó részesült helyettesítő kezelésben

Új pszichoaktív anyagok



Használat ideje:
Előző év Életprevalencia

15–16 éves diákok 24 európai országban



Forrás: ESPAD jelentés, 2015, Kiegészítő táblázatok.

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

A nagy hatóanyag-tartalmú szintetikus opioidokhoz kapcsolódó problémák Európában növekedni látszanak: ezt jelzi a korai előrejelző rendszerhez érkező, nem halálos kimenetelű mérgezésekről és halálesetekről szóló jelentések növekvő száma. Az EMCDDA 2017 elején kockázatelemzést készített az akrilfentanil és a furanilfentanil nevű fentanilszármazékokról. Ezeknek az anyagoknak az esetében mérlegelik az európai szintű felügyeletet, de ebben a kategóriában több másik kábítószer esetében jelenleg is folyik a vizsgálat.

Az új pszichoaktív anyagok jellegének változása

Az ideai elemzés azt jelzi, hogy miközben az európai és máshol zajló válaszlépések hatással lehetnek az új anyagok megjelenésére, az új pszichoaktív anyagok jelensége változatlanul jelentős közegészségügyi kihívást képvisel. Bár 2016-ban átlagosan hetente egy új kábítószer jelentettek be az EU korai előrejelző rendszere felé, az újonnan felismert anyagok összesített száma alacsonyabb volt, mint a korábbi években. Ez kedvező jel lehet, különösen ha a csökkenés tartóssá válik. Más adatok azonban kevésbé biztatóak, mivel nincs egyértelmű jele annak, hogy az új pszichoaktív anyagok általános hozzáférhetősége csökkent volna. Ráadásul, még ha lassul is az új anyagok bevezetésének üteme, a piacon kapható anyagok összesített száma akkor is tovább növekszik. Arra utaló jelek is vannak, hogy az új pszichoaktív anyagok néhány osztálya, konkrétan a szintetikus katinonok és a szintetikus kannabinoidok kezdik megvetni a lábukat a kábítószerpiacon.

Több magyarázata is lehet annak, hogy miért lassulhat le az új anyagok piaci megjelenésének üteme. Néhány országban teljes tilalmat, általános és analógián alapuló jogszabályokat és más intézkedéseket vezettek be az új pszichoaktív anyagok termelői és kiskereskedői ellen. Ez szigorúbb jogi környezetet teremtett, így a termelők talán kevésbé érznek késztetést a hatóságokkal folytatott „macska-egér játékra”, amelyben az innováció segítségével mindig egy lépéssel a törvényi ellenőrzések előtt járnak.

Az Európába érkező új pszichoaktív anyagok kínálatának jelentős része Kínából származik, és az ottani új ellenőrzések szintén hatással lehetnek az Európai Unióban való hozzáférhetőségükre.

Úgy tűnik, hogy Európa egyes részein a belvárosi üzleteket megcélzó felügyeleti intézkedések is befolyásolták az új pszichoaktív anyagok elérhetőségét. Az ilyen anyagok értékesítése titkosabb lett, így az online hozzáférés és a tiltott kábítószerpiac a korábbinál nagyobb szerepet tölt be. Ezzel összefüggésben kisebb lehet a jelentősége az új anyagok jogi helyzetének – különösen ha ezeket tiltott kábítószerekkel együtt árusítják –, ennek megfelelően a termékfejlesztésre ösztönző erő is csökken.

Új pszichoaktív anyagok: olcsó intoxikánsok a marginalizálódott és krónikus szerhasználóknak

A negatív fogyasztói attitűdök az új pszichoaktív anyagok iránti keresletre is hatással lehetnek. Úgy tűnik, hogy a prevenciót, az ártalomcsökkentést és a káros következmények bejelentését befolyásolja az a fiatalok körében jellemző feltételezés, hogy az új anyagok a jól ismert tiltott kábítószerek viszonylag biztonságos, legális alternatívái. Ennek ellenére azonban a krónikusabb, marginalizálódott szerhasználói populációkban arra is van bizonyíték, hogy ezeknek az anyagoknak a hozzáférhetősége és használata növekedhet.

Bizonyos közegekben és egyes kiszolgáltatott populációkban egyre nyilvánvalóbb az új pszichoaktív anyagok problémás használata. A katinonok injekciós használata például a jelenlegi és volt opioidhasználók körében együtt jár a fizikai és mentális egészségügyi problémák megemelkedett szintjével.

A szintetikus kannabinoidok szintén egyre nagyobb aggodalomra adnak okot. Bár akadnak farmakológiai hasonlóságok, ezeket a kábítószereket nem szabad összetéveszteni a kannabisztermékekkel. A szintetikus kannabinoidok gyakran nagyon erős anyagok, amelyeknek súlyos, potenciálisan halálos következményeik lehetnek. Vannak arra utaló bizonyítékok, hogy Európa egyes részein a szintetikus kannabinoidokat most a marginalizálódott csoportok, például a hajléktalanok fogyasztják olcsó és hatásos intoxikánsként. A kimutatás nehézségei miatt a szintetikus kannabinoidok különösen nagy problémát jelentenek néhány európai börtönben, aminek súlyos következményei vannak a fogvatartottak egészségére és biztonságára nézve.

1

**Az európai kábítószerpiac
folyamatosan változik**

Kábítószer-kínálat és a piac

Világszinten nézve Európa a kábítószeres fontos piaci közé tartozik, amelyet a belföldön előállított kábítószerrel és a világ más régióiból csempésztett kábítószerrel látnak el. Dél-Amerika, Nyugat-Ázsia és Észak-Afrika az Európába érkező tiltott kábítószeres fontos forrásterületei, Kína pedig az új pszichoaktív szerek forrásországa. Ezenkívül a kábítószeres és prekursorok egy részét Európán keresztül más kontinensekre szállítják tovább. A kannabisz és a szintetikus kábítószeres szempontjából Európa termelőterület is: ezen belül a kannabisz legnagyobb részben helyi fogyasztásra szolgál, a szintetikus kábítószeres egy részét viszont a világ más részeire szánt exportra állítják elő.

A 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 1990-es években az MDMA és a kokain. Az európai kábítószerpiac folyamatos átalakulásban van, az elmúlt évtizedben például az új pszichoaktív szerek széles körének megjelenése alakította a fejlődését. A kábítószeres piacán bekövetkezett, jórészt a globalizációval és az új technológiával összefüggő legfrissebb változások közé tartozik a kábítószeres termelési és csempészesi módszereiben zajló innováció, az új kereskedelmi útvonalak és az online piac térnyerése.

A kábítószerpiac, a kínálat és a jogszabályok megfigyelése

Az ebben a fejezetben bemutatott elemzés a kábítószeres lefoglalásairól, kábítószer-prekursorok lefoglalásairól és a feltartóztatott szállítmányokról, a felszámolt kábítószer-termelő létesítményekről, a kábítószeresekre vonatkozó törvényekről, a kábítószeres bűncselekményekről, a kábítószeres kiskereskedelmi áráról, tisztaságáról és hatóanyag-tartalmáról közölt adatokon alapul. A tendenciák elemzését néhány esetben megnehezíti, hogy kulcsfontosságú országokból hiányoznak a lefoglalási adatok. A tendenciák alakulására különféle tényezők lehetnek hatással, köztük a szerhasználói preferenciák, a termelésben és a csempészetben bekövetkezett változások, a bűnüldözési tevékenység szintje és prioritásai, illetve a lefoglalási intézkedések hatékonysága. A teljes adatsorok a módszertani megjegyzésekkel együtt az online [statisztikai közlöny](#)című kiadványban található.

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 előrejelző rendszere felé. Mivel ez az információ esetbejelentésekből, nem pedig rutin megfigyelési rendszerekből származik, a lefoglalási becslések a minimumot jelentik. A korai előrejelző rendszer működésének teljes leírása az EMCDDA weboldalán az [Action on new drugs](#) pontban olvasható.

Kábítószerpiacok: az internet alapú kínálat megjelenése

A tiltott kábítószeres piacain a fogyasztókat közvetítői láncolatok kötik össze a termelőkkel. Ezekben a komplex

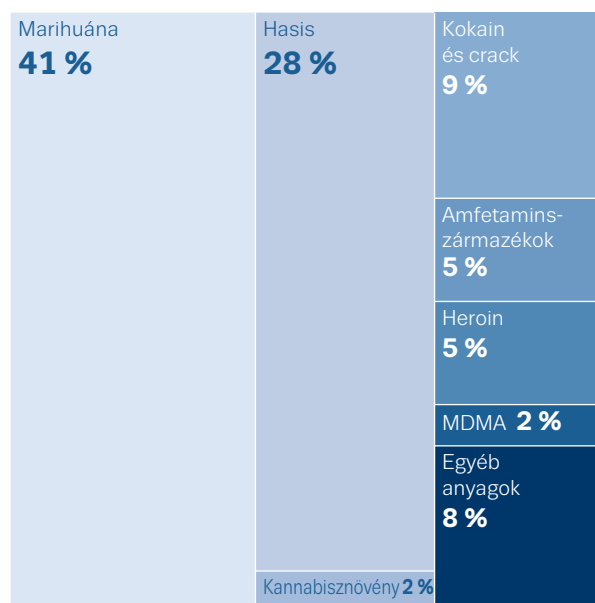
1.1. ÁBRA

rendszerekben a piac minden szintjén hatalmas pénzüsszegek keletkeznek. Óvatos becslések szerint az Európai Unióban a kábítószeres kiskereskedelmi piacának értéke 2013-ban 24 milliárd eurót tett ki (valószínűleg 21 és 31 milliárd EUR között mozgott).

Az utóbbi évtizedben a valódi kábítószerpiaccal párhuzamosan létező online piacok fellendülését lehetett tapasztalni, amit megkönnyített az új internetes technológiák megjelenése. Az online eladók némelyike a nyílt internetet használja: ők jellemzően nem ellenőrzött prekursor vegyi anyagokkal, új pszichoaktív anyagokkal vagy gyógyszerekkel kereskednek, amelyek esetleg hamisítványok. Más eladók a rejtett weben működnek, darknet piacokon keresztül, a vásárló és az eladó kilétét elrejtő technológiák támogatásával. Ezek a piacok jellegüket tekintve hasonlóak az olyan legális online piacokhoz, 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 és az I2P, amelyek elrejtik a számítógép IP-címét; a virtuális fizetőeszközök, mint például a bitcoin és litecoin, a viszonylag nyomon követhetetlen kifizetésekhez; valamint a piaci szereplők közötti titkosított kommunikáció. Az értékeléseken alapuló rendszerek szintén szerepet játszanak az eladók piaci szabályozásában.

A darknet piacokon az adásvételek többsége kábítószerhez kapcsolódik. Egy friss tanulmány 16 nagyobb darknet piacon vizsgálta az értékesítéseket 2011 és 2015 között, és ez alapján úgy becsülte, hogy a globális darknet piacok bevételének több mint 90%-át a kábítószeres árusítás teszi ki. A jelentések szerint a darkneten folyó összes kábítószer-értékesítés közel fele (46%) európai székhelyű eladóktól származott, és ennek becsült összege a vizsgálat ideje alatt 80 millió EUR-nak felelt meg. A legfontosabb európai forrásország az értékesített mennyiség sorrendjében Németország, Hollandia és az Egyesült Királyság volt, az értékesítésből származó bevétel legnagyobb részét pedig a stimulánsok, különösen az MDMA és a kokain tették ki.

A bejelentett kábítószer-lefoglalások száma, kábítószeres szerinti bontás, 2015



Több mint egymillió alkalommal foglaltak le kábítószerrel Európában

Európában a tiltott kábítószeres lefoglalásai közül évente több mint egymilliót jelentenek be. Ez legtöbbször a szerhasználóktól elkobzott kis mennyiségeket jelent, de a lefoglalt kábítószeres teljes mennyiségének túlnyomó részét a kereskedőktől és termelőktől lefoglalt több kilogrammos drogszállítmányok teszik ki.

A leggyakrabban lefoglalt kábítószer a kannabisz, amely az európai lefoglalások több mint 70%-át teszi ki (1.1. ábra). Összesítésben a kokain áll a második helyen (9%), ezután következnek az amfetaminszermazékok (5%), a heroin (5%) és az MDMA (2%).

A darknet piacokon az adásvételek többsége kábítószerhez kapcsolódik

Az Európai Unióban végrehajtott összes 2015-ös kábítószer-lefoglalás több mint 60%-át mindössze 3 országból, Spanyolországból, Franciaországból és az Egyesült Királyságból jelentették; emellett Belgiumból, Dániából, Németországból, Görögországból, Olaszországból és Svédországból szintén jelentős számban jeleztek lefoglalásokat. Hozzá kell tenni, hogy Hollandia, illetve Lengyelország és Finnország esetében nem állnak rendelkezésre friss adatok a lefoglalások számáról. Az adatok ilyen hiányosságai növelik az elemzés bizonytalanságát.

A Törökországból jelentett kábítószer-lefoglalások nagy száma egyszerre tükrözi az ország jelentős fogyasztói piacát és az Európai Unió, a Közel-Kelet és Ázsia közötti kábítószer-csempész útvonalakon elfoglalt helyzetét.

A lefoglalt marihuána mennyiségének közelmúltbeli csökkenése

Az európai kábítószerpiacon két fő kannabisztermék van jelen: a növényi kannabisz (marihuána) és a kannabiszgyanta (hasis), a kannabiszolaj ezzel szemben viszonylag ritka. A tiltott kábítószerek kiskereskedelmi piacán Európában a kannabisztermékek részaránya a legmagasabb (38%), becsült értéke 9,3 milliárd EUR (valószínűleg 8,4 milliárd és 12,9 milliárd EUR között mozog). Az Európában fogyasztott marihuána egyrészt belföldi termesztésből, másrészt külső országokból származik. Európában a marihuánát túlnyomórészt zárt térben termesztik. A hasis legnagyobb részét importálják, elsősorban Marokkóból. Az újabb jelentések szerint megváltoztak a kannabisz csempészetéhez használt útvonalak, ezen belül emelkedett a nyugat-balkáni országokból, konkrétan Albániából származó marihuána és

KANNABISZ

Hasis

Lefoglalások száma

288 000 EU

303 000 EU + 2

Lefoglalt mennyiségek
536
tonna (EU)

546
tonna (EU + 2)

Ár
(EUR/g)
25 €

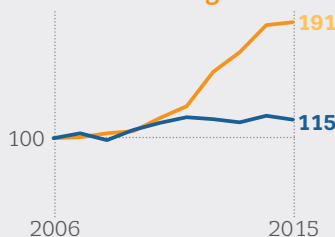
11 €
8 €
3 €

Erősség
(% THC)
28 %

19 %
11 %
4 %

Indexált tendenciák:

ár és erősség



Marihuána

Lefoglalások száma

404 000 EU

438 000 EU + 2

Lefoglalt mennyiségek

89
tonna (EU)

135
tonna (EU + 2)

Ár
(EUR/g)
20 €

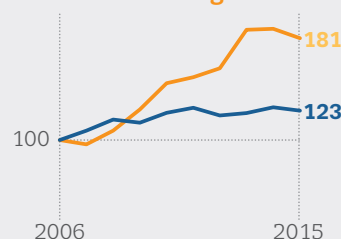
12 €
8 €
5 €

Erősség
(% THC)
22 %

11 %
7 %
3 %

Indexált tendenciák:

ár és erősség

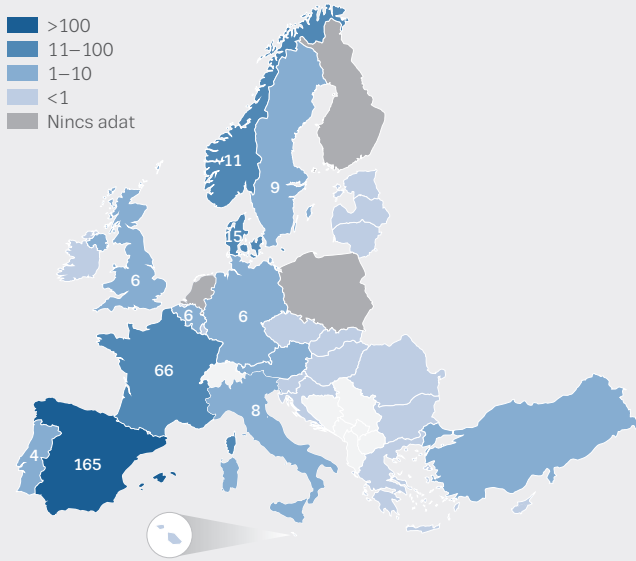


Az EU + 2 az EU-tagállamokat, Törökországot és Norvégiát jelenti. A kannabisztermékek ára és hatóanyag-tartalma: országos átlagértékek – minimum, maximum és interkvartilis tartomány. Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

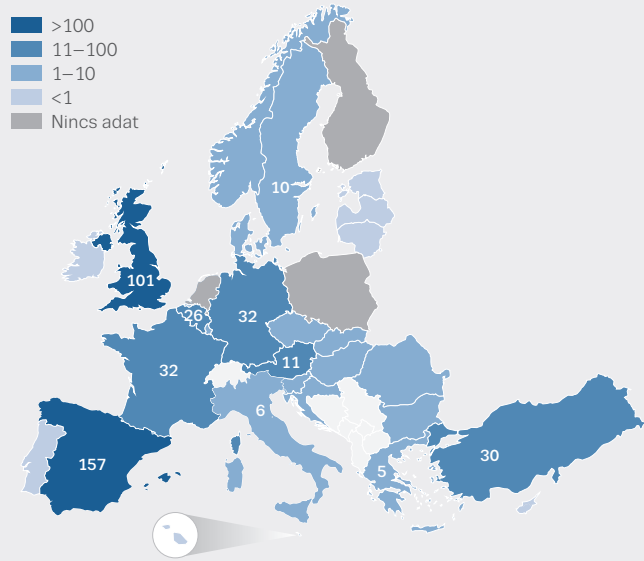
1.2. ÁBRA

A hasis és a marihuána lefoglalásai, 2015 vagy a legutolsó év

Hasislefoglalások száma (ezer)

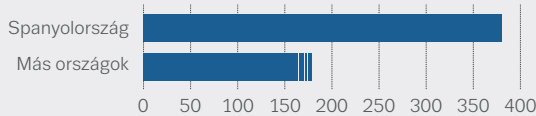


Marihuánalefoglalások száma (ezer)

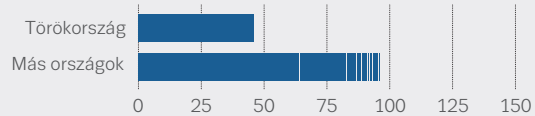


Megjegyzés: A lefoglalások száma a legmagasabb értékekkel rendelkező 10 ország esetében.

Hasisból lefoglalt mennyiség (tonna)



Marihuánából lefoglalt mennyiség (tonna)



a kannabiszolaj csempészete, ami összefügg a kannabisztermesztés megnövekedésével az említett országokban. A tények ezenkívül arra utalnak, hogy a különféle célállomásokra, köztük Európába tartó hasiscsempészet egyik fontos központja Líbia lett.

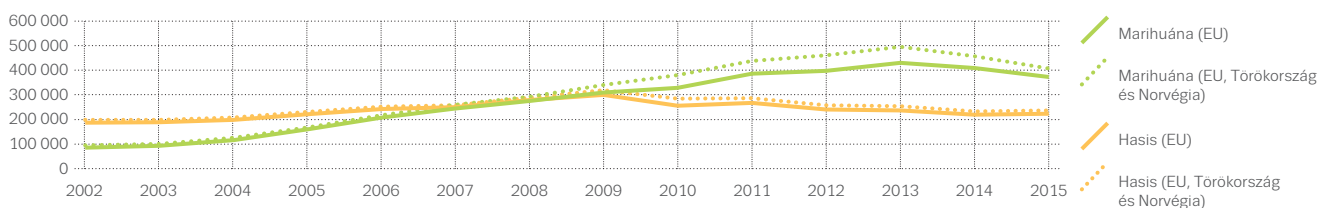
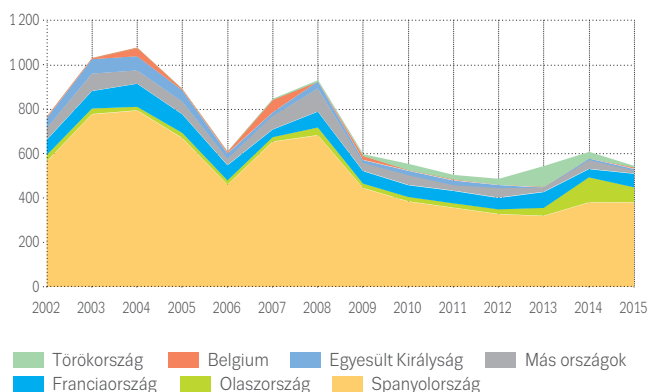
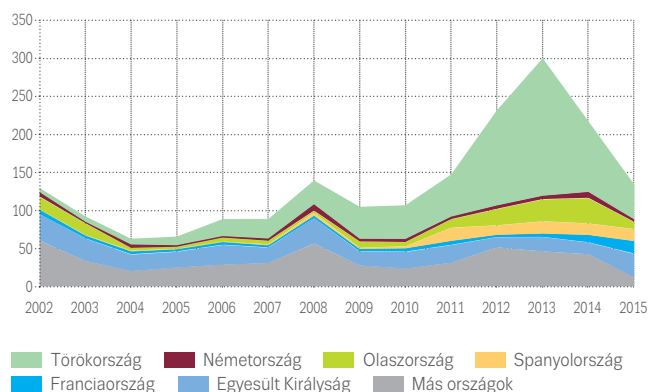
Az Európai Unióban 2015-ben 732 000 esetben jelentették kannabisztermékek lefoglalását, ami 404 000 esetben marihuánát, 288 000 esetben hasist és 19 000 esetben kannabisznövényt jelentett. A lefoglalt hasis mennyisége azonban még mindig több mint hatszorosa a marihuána mennyiségének (536 tonna a 89 tonnával szemben). Ennek részben az lehet az oka, hogy a hasist nagy mennyiségben csempézik, 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 különösen nagy a jelentősége annak köszönhetően, hogy a fő kannabiszcsempész útvonalak mentén helyezkednek el. Spanyolország például a Marokkóban előállított hasis fő belépési helyeként a 2015-ben Európában lefoglalt teljes mennyiség több mint 70%-át jelentette be (1.2. ábra).

A marihuána európai lefoglalásainak száma 2009 óta meghaladja a hasisét, de mind a hasis, mind a marihuána lefoglalásainak száma viszonylag stabil tendenciákat mutatott 2011 óta (1.3. ábra). 2015-ben Európában becslések szerint 135 tonna marihuánát foglaltak le, ami a 2014-ben lefoglalt 217 tonnához képest 38%-os csökkenést jelent. Számottevő csökkenést Belgiumból, Görögországból és Olaszországból jeleztek. A Törökországban lefoglalt marihuána mennyiségében 2013 óta hasonló csökkenés mutatkozott. Ennek az általános európai visszaesésnek a hátterében több tényező állhat. Idetartozhatnak az Európai Unió kívüli országokban, például Albániában a nagyarányú termelés visszaszorítására indult kezdeményezések; a csempészet helyett a belföldi termesztésre jutó nagyobb hangsúly; a lefoglalások nyilvántartási módjában történt változások; valamint a bűnüldözési prioritások megváltozása egyes országokban. A legfrissebb adatok alapján az Európai Unióban lefoglalt hasis mennyisége 2009 óta viszonylag stabil maradt.

1.3. ÁBRA

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

Lefoglyalások száma

Hasis
(tonna)Marihuána
(tonna)

A kannabisznövények lefoglalását az országban folyó kábítószer-termelés egyik mutatójának lehet tekinteni. A bejelentés országok közötti különbségei miatt a kannabisznövények lefoglalásaira vonatkozó adatokkal óvatosan kell bánni. A lefoglalt növények száma mindazonáltal hosszú távú növekedést mutatott: a 2002-es 1,5 millióról 2014-re 3,3 millióra emelkedett, majd 2015-ben radikálisan megugrott 11,4 millió növényre; ezen belül a lefoglalt növények legmagasabb számát Hollandiából jelentették. Ebben a tendenciában a bűnüldözési prioritások változásai is tükröződhetnek, azaz hogy intenzívebben célba veszik a kannabisztermesztést.

2015-ben 335 alkalommal jelentették kannabiszolja lefoglalását, amelyből a legnagyobb mennyiségeket Görögország és Törökország foglalta le.

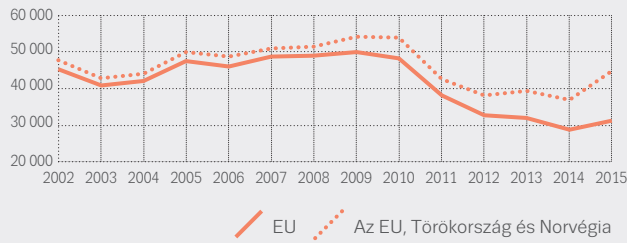
A rendszeres adatközlő országok körében az indexált tendenciák elemzése azt mutatja, hogy a marihuána és a hasis erőssége (a tetrahidrokannabinol-, azaz THC-tartalom) 2006 és 2014 között nagymértékben nőtt, majd 2015-ben stabilizálódott. Az erősség növekedésének okai közé tartozhat az intenzív termelési technikák európai bevezetése, illetve az újabban Marokkóban megjelent nagy hatóanyag-tartalmú növények és új technikák használata. A legfrissebb adatok azt jelzik, hogy a hasis és a marihuána hasonló árban van, ugyanakkor a hasisnak az átlagot tekintve nagyobb a hatóanyag-tartalma.

**A marihuána európai
lefoglalásainak száma 2009
óta meghaladja a hasisét**

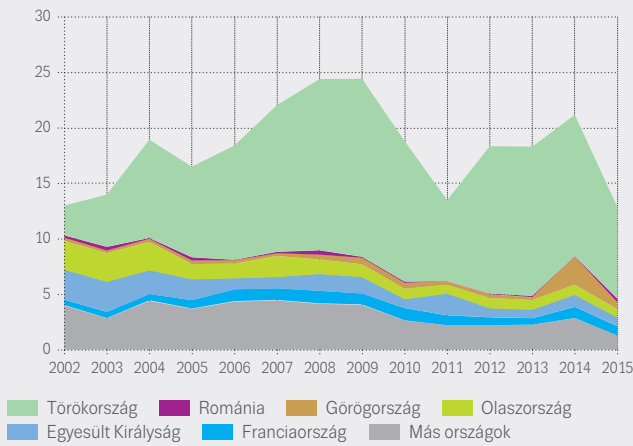
1.4. ÁBRA

A heroinlefooglalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák és 2015 vagy a legutolsó év

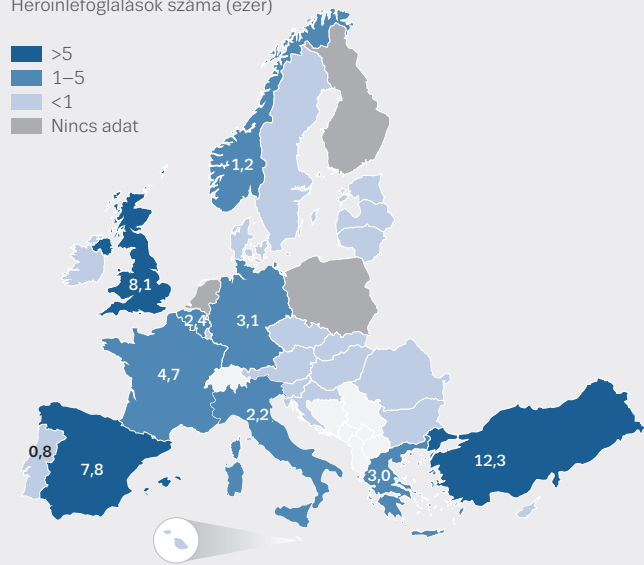
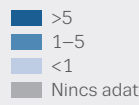
Lefoglalások száma



Tonna

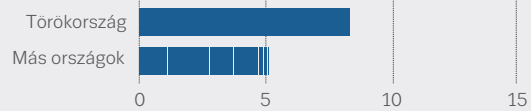


Heroinlefooglalások száma (ezer)



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

A lefoglalt heroin mennyisége (tonna)



Tovább nő a heroin tisztasága

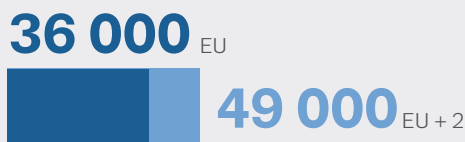
Az európai kábítószerpiacon a heroin a leggyakoribb opioid, amelynek becsült kiskereskedelmi értéke 6,8 milliárd EUR (valószínűleg 6,0 milliárd és 7,8 milliárd EUR között mozog). Európában az importált heroin hagyományosan két formában érhető el, ezek közül a gyakoribb a nyers heroin (a heroin bázis formája), amely többnyire Afganisztánból származik. Sokkal ritkább forma a fehér heroin (só forma), amely régebben Délkelet-Ázsiából származott, de már Afganisztánban vagy a szomszédos

országokban is előállíthatják. Az európai országok bűnüldöző szervei által 2015-ben lefoglalt egyéb opioidok közé tartozott még az ópium és a gyógyszerek közül a morfin, metadon, buprenorfin, tramadol és fentanil (1.1. táblázat). Az opioid gyógyszerek egy részét feltehetőleg legális gyógyszer szállítmányokból térítették el, másokat viszont – például a 2015-ben lefoglalt 27 kilogrammnyi morfinport – eleve illegálisan gyárthattak.

Továbbra is Afganisztán a világ legnagyobb illegális ópiumtermelője, és az Európában talált heroin legnagyobb

HEROIN

Lefoglalások száma



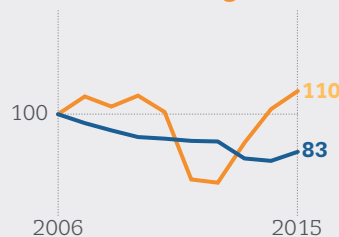
Lefoglalt mennyiségek



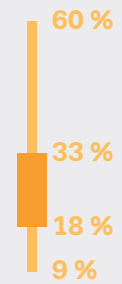
Ár (EUR/g)



Indexált tendenciák: ár és tisztaság



Tisztaság (%)



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

részét feltehetőleg ott vagy a szomszédos Iránban vagy Pakisztánban állították elő. Az európai opioidtermelés az 1970-es évek óta egyes keleti országokban készült házi mákkészítményekre korlátozódik. Az azonban, hogy az utóbbi években Spanyolországban két, a Cseh Köztársaságban pedig egy olyan laboratóriumot is felderítettek, ahol a morfint heroinná alakítják, arra utal, hogy kis mennyiségben Európában is előállíthatnak heroint.

A heroin Európába négy fő kereskedelmi útvonalon lép be. A két legfontosabb az úgynevezett „balkáni folyosó” és a „déli útvonal”. Az előbbi Törökországon keresztül halad a balkáni országokba (Bulgária, Románia vagy Görögország), majd tovább Közép-, Dél- és Nyugat-Európába. A balkáni folyosónak egy elágazása is lett, amely Szíriát és Irakot érinti. Az utóbbi években fontosabb lett a déli útvonal, ahol az Iránból vagy Pakisztánból érkező heroinszállítmányok légi vagy tengeri úton lépnek be Európába, vagy közvetlenül, vagy az afrikai országokon keresztül. A további útvonalak közé tartozik az „északi folyosó” és a Dél-Kaukázuson és a Fekete-tengeren átvezető út.

Egy évtizednyi viszonylagos stabilitás után 2010–11-ben több európai ország piacán a heroin hozzáférhetőségének csökkenése volt tapasztalható. Ez nyilvánvalóan kiderült a bejelentett heroinlefoglalások számából, amely az Európai Unióban 2009 és 2014 között csökkent, mielőtt 2015-ben stabilizálódott volna. Az Európai Unióban lefoglalt heroin mennyisége 2002 és 2013 között megfeleződött, 10-ről 5 tonnára esett vissza. Miután 8,4 tonnát foglaltak le 2014-ben, egy olyan évben, amikor több ország is

nagyarányú (100 kg és efölötti) heroinlefoglalásokról számolt be, 2015-ben az Európában lefoglalt heroin mennyisége (4,5 tonna) visszatért a 2010-es évek elején feljegyzett szintre. A 2014-ben elért 13 tonna körüli mennyiség után a török heroinlefoglalások 2015-ben 8,3 tonnára csökkentek – ez a szám még így is magasabb, mint az összes többi európai országé együttvéve –, miközben a lefoglalások száma emelkedett ebben az időszakban (1.4. ábra). A rendszeres adatközlő országok körében az indexált tendenciák azt jelzik, hogy 2015-ben Európában tovább nőtt a heroin tisztasága.

A heroin mellett az európai országokban más opioidtermékeket is lefoglaltak, de ezek az összes lefoglalásnak csak törtrészét képviselik. A leggyakrabban lefoglalt egyéb opioidok az opioid gyógyszerek, azaz a buprenorfin, a tramadol és a metadon (lásd 1.1. táblázat).

1.1. TÁBLÁZAT

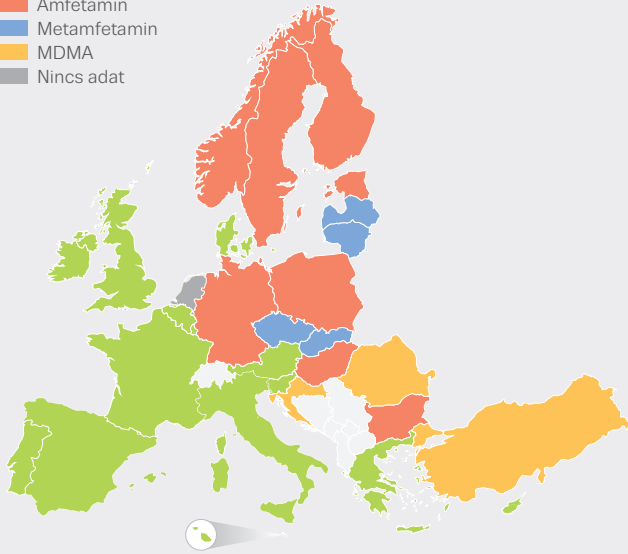
A herointól eltérő opioidok lefoglalásai 2015-ben

Opioid	Szám	Mennyiség			Országok száma
		Kilogramm	Liter	Tabletta	
Metadon	1 566	31	8	60 472	17
Buprenorfin	3 377	4		68 419	17
Tramadol	2 467			690 080	12
Fentanilok (fentanil, okfentanil, karfentanil)	287	3		41	10
Morfin	775	27		8 837	15
Ópium	293	734			14
Kodein	293	3		9 855	8
Oxikodon	16	0,0003		962	5

1.5. ÁBRA

Az Európában leggyakrabban lefoglalt stimuláns, 2015 vagy a legfrissebb adatok

- Kokain
- Amfetamin
- Metamfetamin
- MDMA
- Nincs adat



A stimulánsok lefoglalásai: regionális különbségek

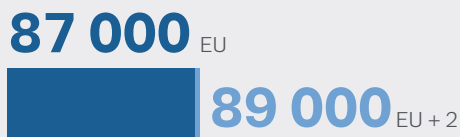
Az Európában hozzáférhető tiltott stimuláns kábítószeresek közül a legfontosabb a kokain, az amfetamin, a metamfetamin és az MDMA. A stimulánsok piacának kiskereskedelmi értékét az Európai Unióban 6,3 milliárd és 10,2 milliárd EUR közé becsülik. Egyértelmű regionális különbségek figyelhetők meg abban a tekintetben, hogy melyik a leggyakrabban lefoglalt stimuláns (1.5. ábra), amit befolyásol a belépési kikötők és a csempésztvonalak, a fontosabb termelőközpontok és a nagy fogyasztói piacok elhelyezkedése. Sok nyugati és déli országban a kokain a leggyakrabban lefoglalt stimuláns, ami jól tükrözi, hogy a kábítószer hol lép be Európába. Az amfetaminszármazékok lefoglalásai vannak túlsúlyban Észak- és Közép-Európában, míg a Cseh Köztársaságban, Lettországban, Litvániában és Szlovákiában a metamfetamin a leggyakrabban lefoglalt stimuláns. Horvátországban, Romániában és Törökországban az MDMA a leggyakrabban lefoglalt stimuláns kábítószer.

Kokain: a piaci mutatók új keletű emelkedése

A kokainhoz Európában két formában lehet hozzájutni, de ezek közül a leggyakoribb a kokainpor (a só forma), kevésbé elterjedt a kábítószer (szabad bázisú) hevítéssel szívható formája, a crack kokain. A kokaint a kokacserje leveleiből állítják elő. A kábítószeret elsősorban Bolíviában, Kolumbiában és Peruban állítják elő. A kokaint különféle eszközökkel szállítják Európába, többek között

KOKAIN

Lefoglalások száma



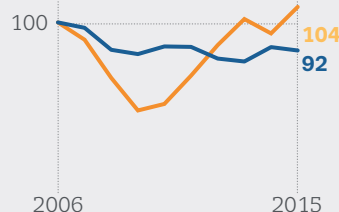
Lefoglalt mennyiségek



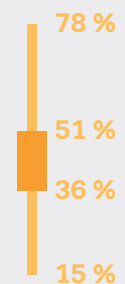
Ár (EUR/g)



Indexált tendenciák: ár és tisztaság



Tisztaság (%)

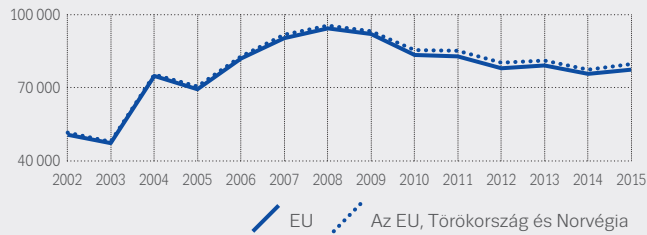


Az EU + 2 az EU-tagállamokat, Törökországot és Norvégiát jelenti. A kokain ára és tisztasága: országos átlagértékek – minimum, maximum és interkvartilis tartomány. Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

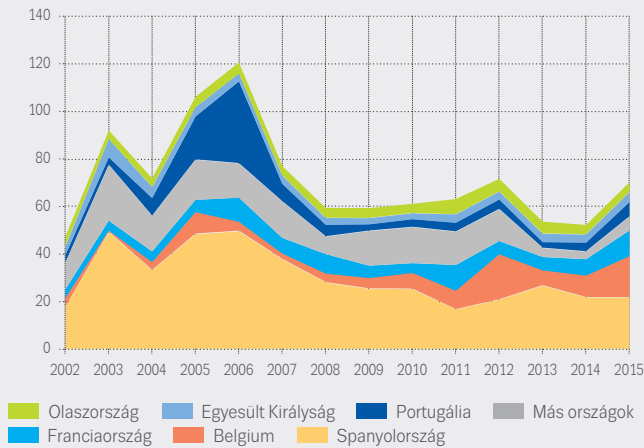
1.6. ÁBRA

A kokainlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák és 2015 vagy a legutolsó év

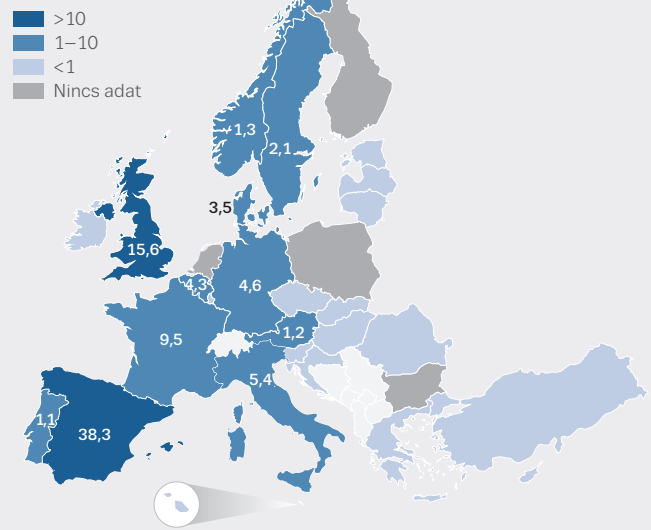
Lefoglalások száma



Tonna

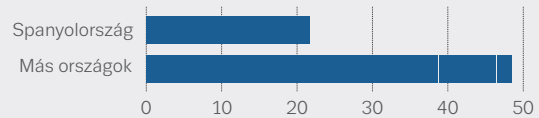


Kokainlefoglalások száma (ezer)



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

A lefoglalt kokain mennyisége (tonna)



személyszállító repülőgépeken, légi árufuvarozás, postai szolgáltatások, magán légi járművek, jachtok és konténeres tengeri fuvarozás útján. A kokain kiskereskedelmi piacának értékét az Európai Unióban legalább 5,7 milliárd EUR-ra becsülik.

2015-ben összesen körülbelül 87 000 kokainlefoglalást jelentettek az Európai Unióban. A lefoglalások becsült 69,4 tonnás mennyiségének 78%-án Belgium, Spanyolország, Franciaország, Olaszország és Portugália osztozott (1.6. ábra). A helyzet 2007 óta továbbra is viszonylag stabil, bár 2014 és 2015 között a lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség egyaránt emelkedett (lásd 1.6. ábra). Bár továbbra is Spanyolország (22 tonna) foglalja le a legtöbb kokaint, 2015-ben Belgiumban (17 tonna) és Franciaországban (11 tonna) is nagyon nagy mennyiséget foglaltak le, és az előző évvel összehasonlítva

Belgium, Németország és Portugália is számottevő növekedésről számolt be. Az indexált tendenciák összességében a kokain tisztaságának kismértékű növekedésére mutattak 2015-ben.

2015 folyamán Európában más kokatermékeket is lefoglaltak, köztük 76 kilogramm kokalevelet és 377 kilogramm kokapasztát. A kokapaszta lefoglalásai Európán belüli illegális laboratóriumok működésére utalnak, ahol kokain-hidrokloridot állítanak elő. Ez új fejlemény, mivel az Európában található kokainlaboratóriumok eddig többnyire másodlagos kivonással foglalkoztak, azaz a kokaint visszanyerték azokból az anyagokból, amelyekbe előzőleg beépítették (például borból, ruhákból, műanyagból).

**Az Európában hozzáférhető
tiltott stimuláns kábítószer
közül a legfontosabb a kokain,
az amfetamin, a metamfetamin
és az MDMA**

Prekurzor vegyi anyagok: az elérhető amfetaminszármazékok új alternatívái

A kábítószer-prekurzorok a tiltott kábítószer-előállításához szükséges alapvető vegyi anyagok. Mivel közülük soknak jogszerű felhasználása is van, az uniós rendeletek jegyzékbe vesznek bizonyos vegyi anyagokat, és az ezekkel való kereskedelmet ellenőrzik és nyomon követik. A prekurzorok hozzáférhetősége nagy hatást gyakorol a piacra, akárcsak az illegális laboratóriumokban alkalmazott előállítási módszerekre. A termelők 2015-ben is folytatták az ellenőrző mechanizmusok megkerülését, ennek érdekében a jegyzékben nem szereplő vegyi anyagokat használták a kábítószer-prekurzorok előállítására, a termelési helyszín közelében. Ez a módszer ugyanakkor növeli a leleplezés veszélyét, mivel a nagyobb fokú feldolgozáshoz több vegyi anyagra van szükség, és több hulladék keletkezik.

A kábítószer-prekurzorok lefoglalásaira és feltartóztatott szállítmányaira vonatkozó adatok megerősítik, hogy a jegyzékben szereplő és nem szereplő anyagokat az Európai Unióban tiltott kábítószer, főleg amfetaminszármazékok és MDMA előállítására használják (1.2. táblázat). 2015-ben nagy mennyiségben foglaltak le BMK (benzil-metil-ke-ton) nevű amfetamin-prekurzort, a lengyel hatóságok például egyetlen szállítmányban 7000 kilogrammot tartóztattak fel, amely a hollandiai

termeléshez kapcsolódott. Úgy tűnik, hogy miután 2013 végén ellenőrzés alá vonták az APAAN (alfa-fenilaceto-acetonitril) nevű BMK-prekurzort, ennek meglett a hatása, mivel a lefoglalások a 2013-as 48 000 kilogrammról 2015-ben 780 kilogrammra estek vissza. Ez az ellenőrző intézkedés azonban láthatólag az innovatív fejlesztéseket is ösztönözte, így 2015-ben első alkalommal érkezett jelentés olyan alternatív vegyi anyagokról, mint az APAA (alfa-fenilaceto acetamid) és a BMK glikogénszármazékai.

Az MDMA jegyzékben nem szereplő pre-prekurzorainak lefoglalásai egy szinten maradtak, 5 500 kilogramm körül. Miközben azonban a szafrol lefoglalásai elhanyagolhatóak voltak, a PMK-lefoglalások újból fellendültek: Hollandiából 2015-ben 622 kilogrammot jelentettek, szemben a 2014-es nullával.

Amfetamin és metamfetamin: belföldi termelés

Az amfetamin és a metamfetamin szintetikus stimuláns kábítószer, amelyek gyakran az „amfetaminszármazékok” gyűjtőfogalom alatt szerepelnek, így némely adatkészletekben nehéz lehet elkülöníteni őket. A lefoglalások az elmúlt évtized folyamán azt jelezték, hogy a metamfetamin hozzáférhetősége növekedett, de még így is sokkal alacsonyabb, mint az amfetaminé.

1.2. TÁBLÁZAT

Az Európai Unióban előállított, kiválasztott szintetikus kábítószerhez használt prekurzorok lefoglalásai és a feltartóztatott szállítmányok, 2015

Prekurzor/pre-prekurzor	Lefoglalások		Feltartóztatott szállítmányok		ÖSSZESEN	
	Szám	Mennyiség	Szám	Mennyiség	Szám	Mennyiség
MDMA vagy rokon anyagok						
PMK (liter)	6	622	0	0	6	622
Szafrol (liter)	2	2	0	0	2	2
Piperonál (kg)	7	45	4	1 925	11	1 970
A PMK glikogénszármazékai (kg)	11	5 461	0	0	11	5 461
Amfetamin és metamfetamin						
APAAN (kg)	10	778	0	0	10	778
BMK (liter)	17	1 029	0	0	17	1 029
PAA, fenilecetsav (kg)	6	261	4	103	10	364
Efedrin, ömlesztve (kg)	12	8	1	500	13	508
Pseudoefedrin, ömlesztve (kg)	8	32	0	0	8	32
APAA (kg)	1	201	0	0	1	201
A PMK glikogénszármazékai (kg)	5	14	0	0	5	14

Európában mindkét kábítószer az európai piacra állítják elő. A jelek arra utalnak, hogy az amfetamin előállítása nagyrészt Belgiumban, Hollandiában és Lengyelországban zajlik, kisebb részben pedig a balti államokban, Németországban és Magyarországon zajlik. Arra utaló jelek is vannak, hogy a gyártás végső szakaszát, amikor az amfetaminbázis olajat amfetamin-szulfáttá alakítják, Európán kívül végzik.

Az amfetamin egy részét exportra gyártják, elsősorban a Közel-Kelet, a Távols-Kelet és Óceánia részére. A „Captagon” logóval ellátott amfetamintabletták lefoglalásai a közelmúltban szintén emelkedtek, különösen Törökországban, ahol 2015-ben több mint 15 millió tablettát foglaltak le.

A Cseh Köztársaság és újabban a szomszédos országok határ menti területei régóta az Európában felhasznált

metamfetamin nagy részének forrását jelentik. A kábítószer ezenkívül Bulgáriában, Litvániában és Hollandiában is gyártják.

A Cseh Köztársaságban a metamfetamint főként az efedrin és pseudoefedrin nevű prekursorokból állítják elő, ezeket pedig nagyrészt Lengyelországból csempészett gyógyszerekből vonják ki. A kábítószer BMK felhasználásával is elő lehet állítani. 2015-ben az Európai Unióban bejelentett 291 illegális metamfetaminlaboratóriumból 263 a Cseh Köztársaságban volt. Az ebben az országban folyó termelés korábban kis léptékű műveleteket, a felhasználók személyes használatára vagy a helyi fogyasztásra szolgáló mennyiségek előállítását jelentette, mára viszont szervezett bűnözői csoportok nagyarányú termelői tevékenysége a jellemző, akik az európai országokban való fogyasztásra és exportra is gyártanak.

AMFETAMINSZÁRMAZÉKOK

Amfetamin

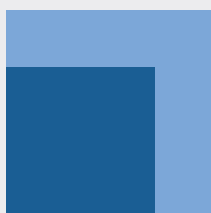
Lefoglalások száma

34 000 EU **39 000** EU + 2



Lefoglalt mennyiségek

4,7 tonna (EU) **9,0** tonna (EU + 2)



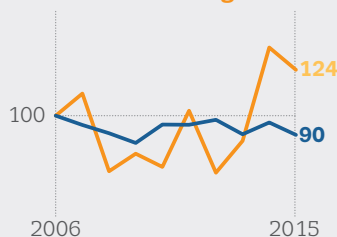
Ár (EUR/g) **Tisztaság (%)**

43 €
26 €
10 €
7 €

50 %
35 %
13 %
7 %

Indexált tendenciák:

ár és tisztaság



Metamfetamin

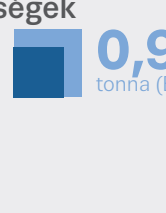
Lefoglalások száma

8 000 EU **12 000** EU + 2



Lefoglalt mennyiségek

0,5 tonna (EU) **0,9** tonna (EU + 2)



Ár (EUR/g) **Tisztaság (%)**

172 €
111 €
18 €
10 €

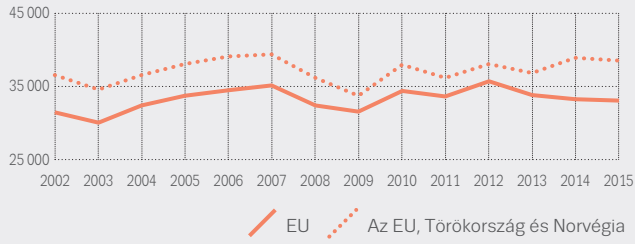
79 %
70 %
36 %
16 %

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.

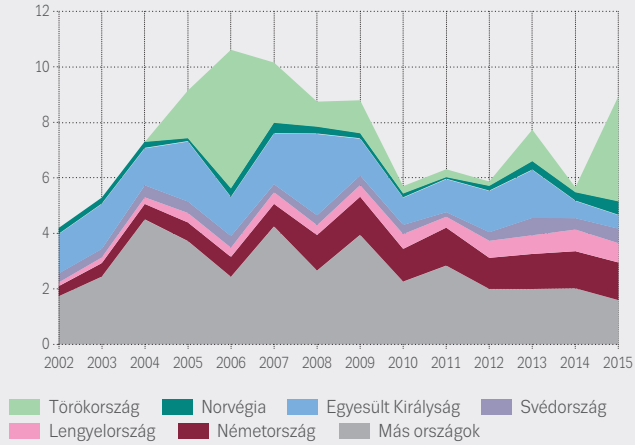
1.7. ÁBRA

Az amfetaminfoglalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák és 2015 vagy a legutolsó év

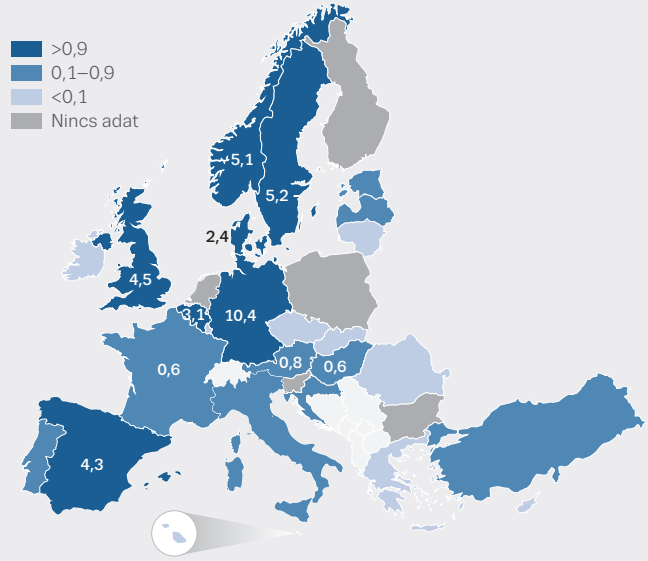
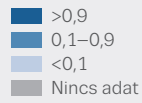
Lefoglalások száma



Tonna

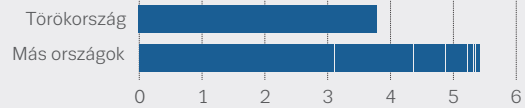


Amfetaminlefoglalások száma (ezer)



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

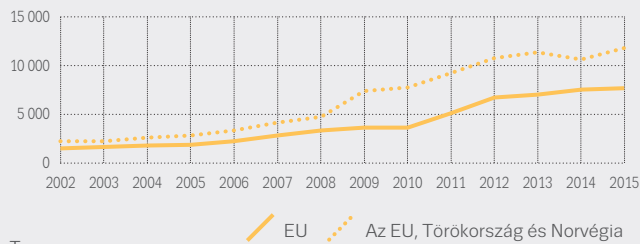
A lefoglalt amfetamin mennyisége (tonna)



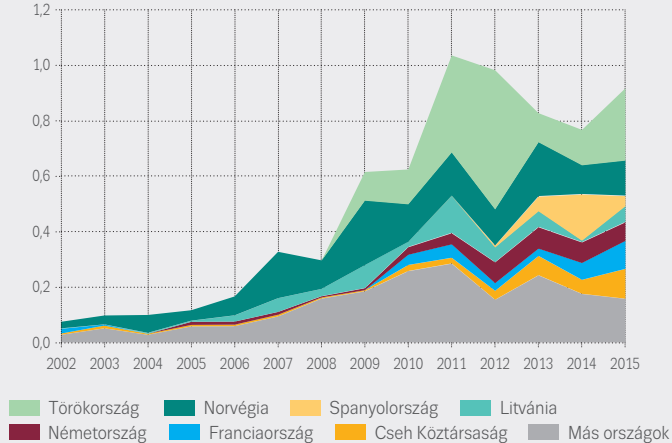
1.8. ÁBRA

A metamfetaminlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák és 2015 vagy a legutolsó év

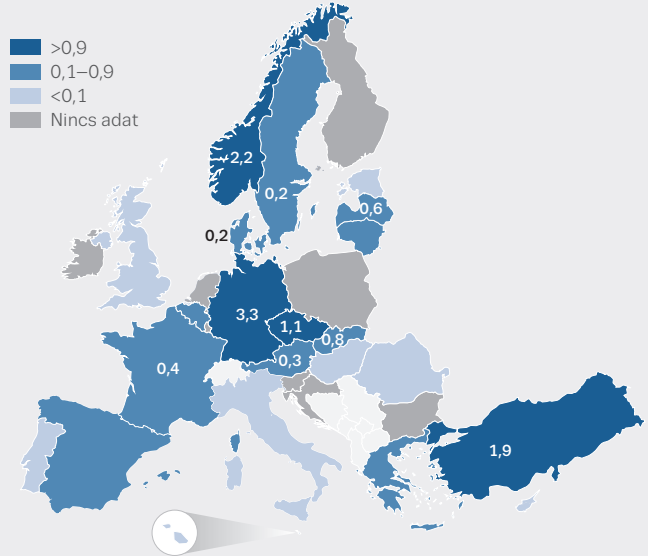
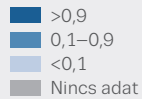
Lefoglalások száma



Tonna

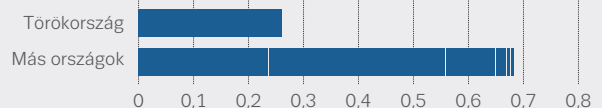


Metamfetaminlefoglalások száma (ezer)



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

A lefoglalt metamfetamin mennyisége (tonna)



Az EU tagállamok 2015-ben 34 000 amfetaminlefooglalást jelentettek be, összesen 4,7 tonna mennyiségben. Az Európai Unióban lefoglalt amfetamin mennyisége összességében növekedett, a 2002-től 2015-ig tartó időszakban 4 és 6 tonna között mozgott (1.7. ábra). A metamfetaminlefooglalások sokkal kisebbek, az Európai Unióban 2015-ben 7700 lefooglalást jelentettek be, 0,5 tonna mennyiségben, és ebből a legnagyobb mennyiséget a Cseh Köztársaság foglalta le (1.8. ábra). Az amfetaminszármazékokból 2015-ben Törökország (3,8 tonna amfetamin és 0,3 tonna metamfetamin) és Norvégia (0,1 tonna metamfetamin) is nagy mennyiséget foglalt le. A metamfetamin lefooglalásainak száma és lefooglalt mennyisége 2002 óta emelkedő tendenciát mutat.

A metamfetamin átlagos bejelentett tisztasága jellemzően nagyobb, mint az amfetaminmintáké. Az indexált tendenciák azt mutatják, hogy az amfetamin tisztasága az utóbbi években nőtt.

MDMA: nagy hatóanyag-tartalmú termékek a piacon

Az MDMA (3,4-metiléndioxi-metamfetamin) egy szintetikus kábítószer, amely kémiailag rokon az amfetaminszármazékokkal, de a hatásai eltérőek. Az MDMA-t tablettá formában fogyasztják (gyakran ecstasy néven), emellett por és kristály formájában is kapható. A piacon folyamatosan újabb MDMA tablettafajták jelennek meg, különféle színekben, formákban és márkajelzésekkel. Az előállításához szükséges prekursor vegyi anyagok hiányával összefüggő gyenge hozzáférhetőség időszaka

után az MDMA piaca az utóbbi években újból fellendült. Az MDMA kiskereskedelmi piacának értékét hozzávetőlegesen 0,7 milliárd EUR-ra becsülik. Az elmúlt években emelkedett a tabletták átlagos MDMA-tartalma, és néhány tétel esetében a nagy mennyiségű MDMA-t ártalmakkal és halálesetekkel is összefüggésbe hozták.

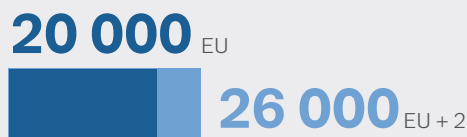
Úgy tűnik, hogy az MDMA európai termelése Belgiumban és Hollandiában koncentrálódik: az Európai Unióban 2015-ben 4 MDMA laboratóriumot számoltak fel (Hollandiában 3, Belgiumban 1). Az Európában előállított MDMA-t a világ más részeire is exportálják.

Az MDMA lefooglalásainak újabb alakulását azért nehéz megítélni, mert nincsenek adatok néhány olyan országból, amelyek valószínűleg jelentős mértékben járulnak hozzá a jelenséghez. A 2015. évre nem állnak rendelkezésre a hollandiai adatok, ahonnan 2012-ben 2,4 millió tablettányi MDMA lefooglalását jelentették, és a lefooglalások számát Lengyelország és Finnország sem közölte. Ezek nélkül a fontos közreműködők nélkül az Európai Unióban 2015-ben lefooglalt MDMA mennyiségét 4 millió tablettára és 0,2 tonna MDMA porra becsülik.

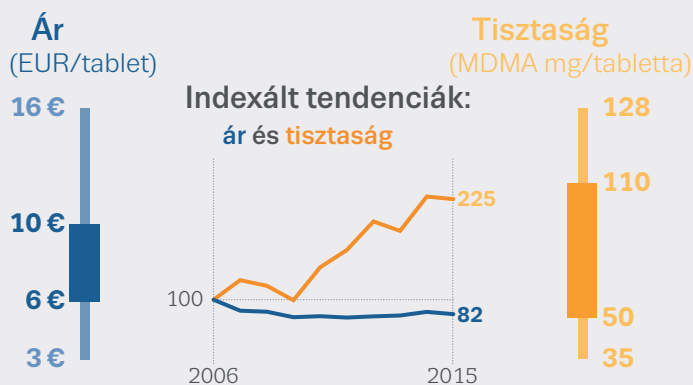
Az elmúlt években emelkedett a tabletták átlagos MDMA-tartalma

MDMA

Lefooglalások száma



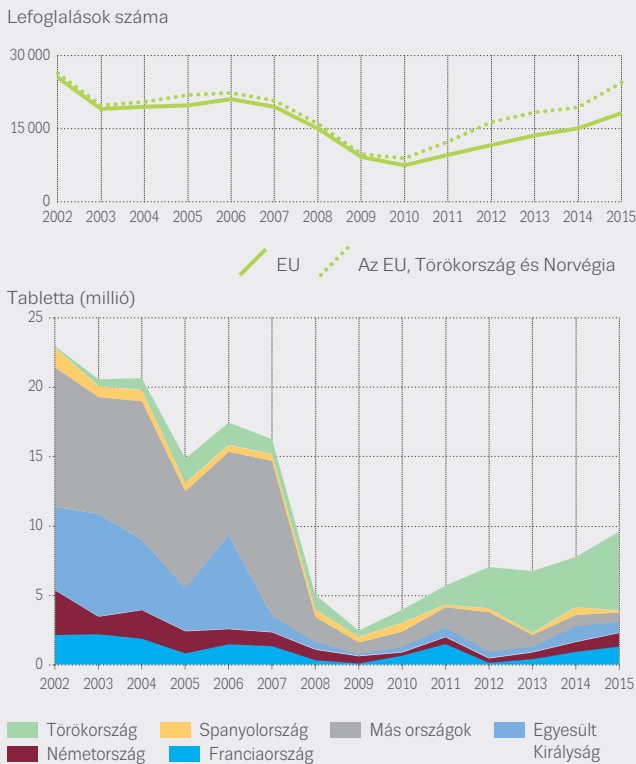
Lefoglalt mennyiségek



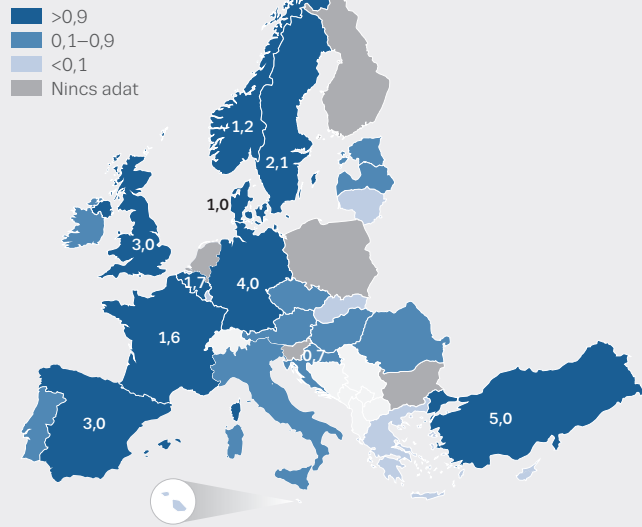
Az EU + 2 az EU-tagállamokat, Törökországot és Norvégiát jelenti. Az MDMA ára és tisztasága: országos átlagértékek – minimum, maximum és interkvartilis tartomány. Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

1.9. ÁBRA

Az MDMA-lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák és 2015 vagy a legutolsó év

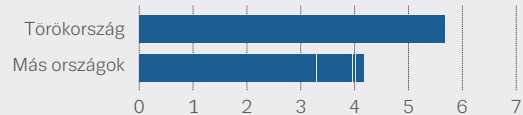


MDMA-lefoglalások száma (ezer)



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

Lefoglalt MDMA-tabletták (millió)



A bejelentett MDMA-lefoglalások összesített száma 2010 óta tovább emelkedett, ugyanakkor a lefoglalt mennyiség viszonylag stabil volt ebben az időszakban. Törökország is nagy mennyiségben foglalt le MDMA-t 2015-ben, összesen 5,7 millió tablettát, ami több, mint az összes többi országból közölt mennyiség együttvéve (1.9. ábra).

LSD-, GHB- és ketaminlefogalások

Az Európai Unióban 2015-ben más tiltott kábítószereket is lefoglaltak, köztük körülbelül 1400 esetben LSD-t (lizergénsav-dietilamid), 100 000 egység mennyiségben. Belgium ezenkívül 1 kilogrammot foglalt le a kábítószerből. Az LSD-lefogalások összesített száma 2010 óta kétszeresére nőtt, bár a lefoglalt mennyiség ingadozott. 2015-ben 14 országból jelentették GHB (gamma-hidroxi-vajsav), illetve GBL (gamma-butirolakton) lefoglalását. A becsült 1300 lefoglalás 320 kilogramm és több mint 1500 liter kábítószernek felelt meg, ennek Belgium (33%) és Norvégia (35%) együttesen több mint kétharmadát adta. Tizenkét ország számolt be körülbelül 1200 esetben ketamin lefoglalásáról, a becslések szerint összesen 130 kilogramm mennyiségben, amelynek legnagyobb részét Dánia, Olaszország és az Egyesült Királyság jelentette be.

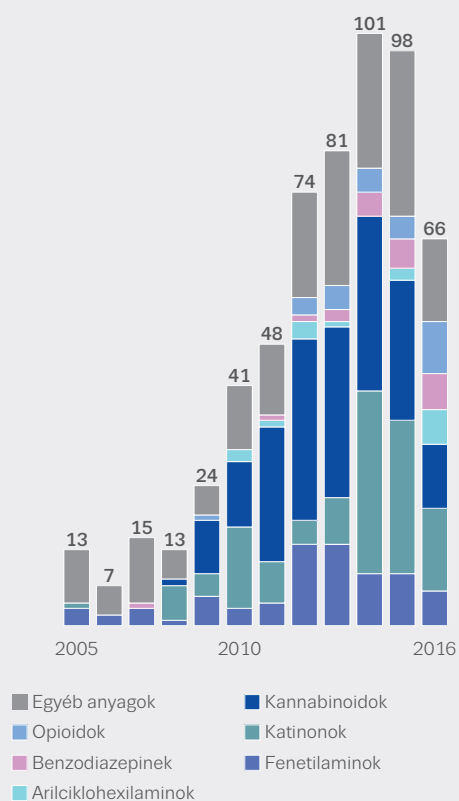
Új pszichoaktív anyagok: sok és sokféle

2016 végére az EMCDDA több mint 620 új pszichoaktív anyagot kísért figyelemmel az európai kábítószerpiacon megjelentek közül. Ezekre az anyagokra nem vonatkoznak a nemzetközi kábítószer-ellenőrzések, és kábítószeres olyan széles köre tartozik ide, mint a szintetikus kannabinoidok, stimulánsok, opioidok és benzodiazepinek (1.10. ábra). A legtöbb esetben ezeket a tiltott kábítószeres „legális” helyettesítőiként forgalmazzák, mások pedig olyan kis csoportokat céloznak meg, akik az esetleges új hatások miatt akarják őket kipróbálni.

Az új anyagokat sok esetben kínai vegyipari és gyógyszercegek állítják elő, nagy mennyiségben. Innen szállítják Európába, ahol terméké alakítják, csomagolják és értékesítik. Az új anyagok némelyike gyógyszerekből is kivonható, amelyeket vagy a legális ellátási láncból tértenek el, vagy illegálisan szereznek be. Az anyagokat titkos laboratóriumokban is előállíthatják, Európán belül vagy máshol. A különféle mutatók, köztük az illegális laboratóriumok felderítése, a szennyvízbe kerülő szintetikus kábítószer-hulladék elemzése és a prekursorok lefoglalásai arra utalnak, hogy ez a termelési forma az utóbbi években Európában fokozódott.

1.10. ÁBRA

Az uniós korai előrejelző rendszerhez első alkalommal bejelentett új pszichoaktív anyagok száma és kategóriái, 2005–2016



Az adott évben felfedezett új anyagok száma csak egy az EMCDDA-nál a piac egészének megismerésére használt mérőszámok sorában. A jelenleg megfigyelés alatt álló 620 új anyagból például 423-at (közel 70%) észleltek 2015-ben a kábítószerpiacon; ez 2014-ben 365 volt, 2013-ban pedig 299 – ami jól mutatja, milyen összetett lett ez a piac.

Néhány új anyagot a nyílt interneten és erre szakosodott, létező üzletekben árúsítanak, gyakran „legal high” szerekként. Emellett a darknet piacokon és a tiltott piacon is forgalmazzák a szereket, esetenként a saját nevükön, de néha más tiltott kábítószernek, például heroinnak, kokainnak, ecstasynak vagy benzodiazepinnek álcázva.

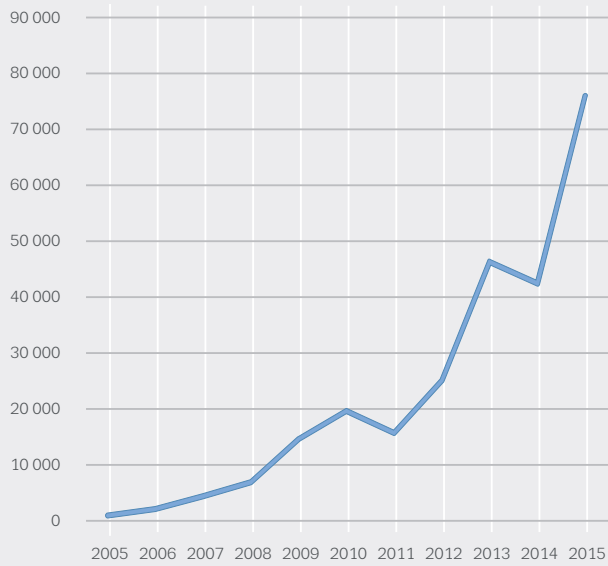
Az Európai Unió korai előrejelző rendszerén keresztül felismert új anyagok több mint 70%-át az elmúlt 5 évben mutatták ki. 2016-ban 66 olyan új szer volt, amelyet Európában első alkalommal fedeztek fel. Ez kevesebb, mint az előző 2 év bármelyikében, de hasonló a 2012-es és 2013-as adatokhoz. A csökkenés okait nem ismerjük, de részben talán annak köszönhető, hogy az európai kormányok intézkedéseket tettek az új anyagok, és különösen a „legal high” szerekként való nyílt árúsításuk betiltására. A másik tényező az lehet, hogy Kínában felgyeleti intézkedéseket és bűnüldözési műveleteket indítottak az új anyagokat gyártó laboratóriumok ellen. A tiltott kábítószerek tágabb piacához fűződő kapcsolatok erősödése szintén fontos lehet.

**2016 végére az EMCDDA
több mint 620 új pszichoaktív
anyagot kísért figyelemmel**

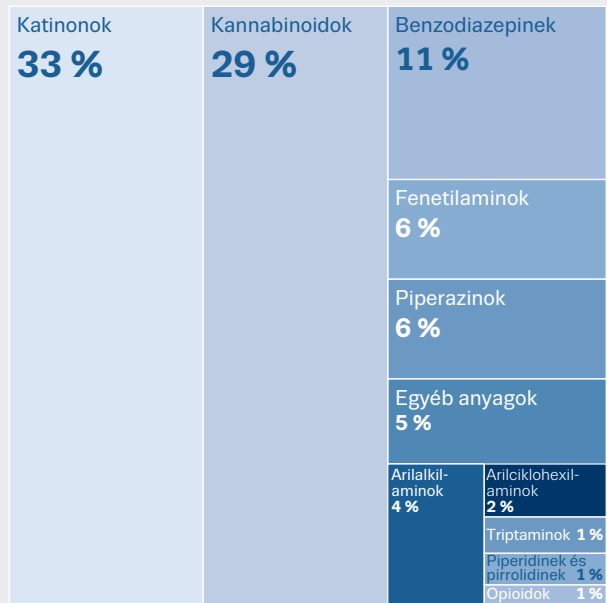
1.11. ÁBRA

Az EU korai előrejelző rendszeréhez bejelentett új pszichoaktív anyagok lefoglalásainak száma: tendenciák és kategóriák szerinti megoszlás 2015-ben

A lefoglalási esetek száma



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



Nő az új pszichoaktív szerek lefoglalásainak száma

Az EU korai előrejelző rendszerén keresztül 2015-ben közel 80 000 esetben jelentették új pszichoaktív anyagok lefoglalását (1.11. ábra). A szintetikus katinonok és szintetikus kannabinoidok együttesen az új anyagok összes lefoglalásainak több mint 60%-át tették ki 2015-ben (több mint 47 000). Az előző évhez képest a 2015-ben lefoglalt mennyiségben is növekedést lehetett megfigyelni a szintetikus katinonok, a szintetikus kannabinoidok és az új opioidok esetében.

Az új anyagok lefoglalásainak európai összesítéseit minimumértéknek kell tekinteni, mivel az adatok inkább esetbejelentésekből, nem megfigyelési rendszerekből származnak. A bejelentett lefoglalásokat különféle tényezők befolyásolják, például az új anyagok növekvő ismertsége, a jogállásuk megváltozása, a bűnüldözési kapacitások és prioritások és a bűnüldöző szervek bejelentési gyakorlatai.

Új szintetikus opioidok

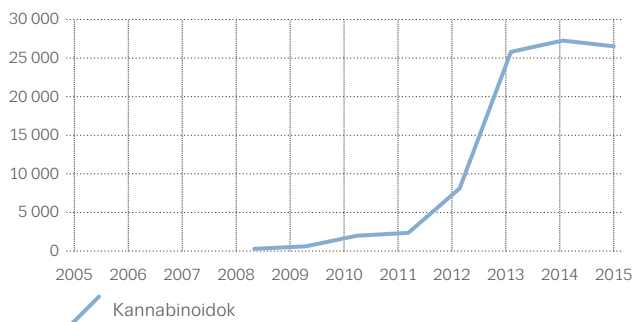
Az európai kábítószerpiacon 2009 óta összességében 25 új opioidot fedeztek fel, és ezek közül 9-ről 2016-ban érkezett az első bejelentés. Idetartozott 18 olyan fentanil, amelyek közül 8-at 2016-ban jelentettek be először. Bár az európai kábítószerpiacon jelenleg csekély szerepet játszanak, az új fentanilok nagy hatóanyag-tartalmú szerek, amelyek komoly veszélyt jelentenek az egyénre és a közegészségügyre.

Az új opioidokat különféle formákban sikerült lefoglalni: többnyire por, tableta, kapszula és 2014 óta folyadék alakban is. Az új szintetikus opioidok 2015-ben bejelentett 600 lefoglalásának több mint 60%-a fentanil volt. 2015-ben közel 2 liter szintetikus opioidot foglaltak le, ami egyértelmű növekedés az előző évi 240 ml-hez képest. A lefoglalt folyadékok 85%-ában fentanilokat találtak. Az egyik aggasztó jelenség ezzel kapcsolatban az, hogy a piacon fentanilokat, például akrilfentanilt és furanilfentanilt tartalmazó orrspray-k is megjelentek. Az alacsony piaci részesedésüket, illetve a nagy hatóanyag-tartalmukat egyaránt tükrözi, hogy ezek az opioidok az új anyagok lefoglalásainak összesített számából 0,75%-ot tesznek ki, de a teljes lefoglalt mennyiségből mindössze 0,04%-ot.

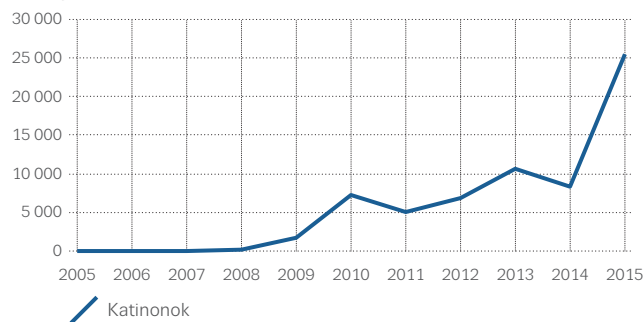
1.12. ÁBRA

Az EU korai előrejelző rendszeréhez bejelentett szintetikus kannabinoidok és katinonok lefoglalásai: a lefoglalások számának és a lefoglalt mennyiségnek az alakulása

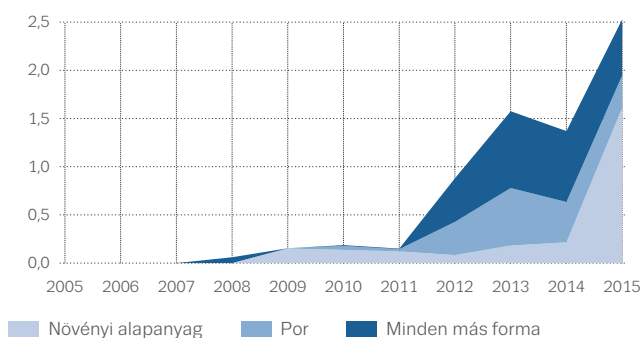
A lefoglalási esetek száma



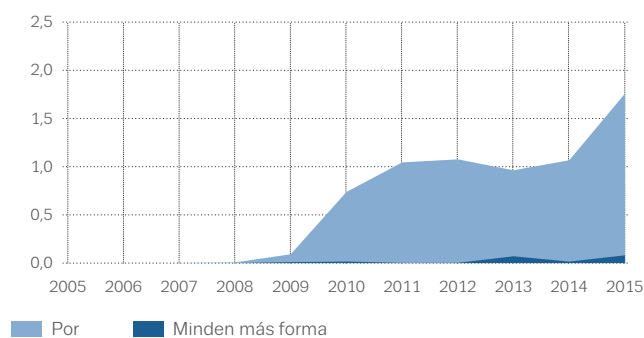
A lefoglalási esetek száma



Kannabinoidok (tonna)



Katinonok (tonna)



NB: Data for Az EU, Törökország és Norvégia.

Szintetikus kannabinoidok

A szintetikus kannabinoidok a kannabisz fő pszichoaktív hatásait előidéző delta-9-tetrahidrokannabinol (THC) hatásait utánozó szerek. Ezt használják ki az európai termelők már legalább 2008 óta, amikor nagy mennyiségben importálnak por alakú kannabinoidokat, és szárított növényi anyaggal keverik össze, hogy így különböző „legal high” termékek százait állítsák elő. Ezeket ezután a kannabisz legális helyettesítőjeként forgalmazzák, és közvetlenül fogyasztható „herbál füstölőkeverékként” árusítják. Az EMCDDA megfigyelése alatt álló új anyagok legnagyobb csoportját továbbra is a szintetikus kannabinoidok alkotják, és ezek kémiaiilag egyre többfélék, ennek köszönhetően 2008 óta 169-et ismertek fel belőlük – köztük a 2016-ban bejelentett 11-et, ami a 2015-ben bejelentett 24-hez képest csökkenésnek számít.

2015-ben több mint 22 000 alkalommal jelentették be szintetikus kannabinoidok lefoglalását (1.12. ábra). Az öt leggyakrabban lefoglalt szintetikus kannabinoid 2015-ben az ADB-FUBINACA, az AB-CHMINACA, az UR-144, az 5F-AKB48 és az ADB-CHMINACA volt.

Ezek a lefoglalások az anyagokból több mint 2,5 tonnát tettek ki. A szintetikus kannabinoidok lefoglalásainak közel

64%-a növényi keverék formájában történt, a 13% por alakban.

A por alakú szintetikus kannabinoidok és az európai feldolgozó létesítmények felderítése azt jelzi, hogy a termékeket Európában csomagolják. Ezekből a porokból „herbál füstölőkeverékké” alakítva több millió adagot is elő lehet állítani. A por alakban leggyakrabban lefoglalt kannabinoidok 2015-ben az 5F-AMB (61 kg), az 5F-AKB48 (61 kg) és az ADB-FUBINACA (57 kg) voltak.

Szintetikus katinonok

A szintetikus katinonok kémiaiilag rokonok a katinonnal, amely a khat növényben (*Catha edulis*) természetesen előforduló stimuláns. Ezek az anyagok a hatásukat tekintve hasonlóak az olyan „szokásos” tiltott stimulánsokhoz, mint az amfetamin, a kokain és az MDMA. A szintetikus katinonok alkotják az EMCDDA által megfigyelt új kábítószeresek második legnagyobb csoportját, amelyekből 2016-ban összesen 118-at mutattak ki – közülük 14-et most először, ami visszaesést jelent a 2015-ben bejelentett 26-hoz képest.

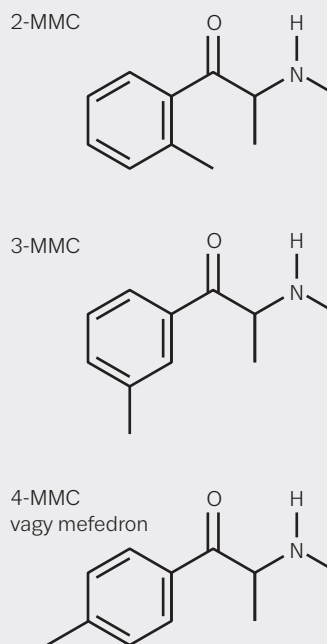
Az új pszichoaktív anyagok közül 2015-ben a szintetikus katinonokat foglalták le leggyakrabban, több mint 25 000 alkalommal, ami a lefoglalások teljes számának közel egyharmadát teszi ki. Ez az előző évvel összehasonlítva több mint 17 000 lefoglalásnyi növekedést jelent. Ezek a lefoglalások kevéssel haladták meg az 1,8 tonnát, ami 2014-hez képest 0,75 tonnás növekedést mutat (1.12. ábra). A szintetikus katinonokat általában por alakban találják meg. Az öt leggyakrabban lefoglalt katinon 2015-ben az alfa-PVP, a 3-MMC, az etilon, a 4-MMC és a pentedron volt. Ahol ez szerepelt a jelentésekben, a 2015-ben lefoglalt szintetikus katinonok több mint 60%-át (1,2 tonna) Kínából szállították. A lefoglalt szintetikus katinonok jelentős része (42%) 2-MMC (156 kg) és 3-MMC (616 kg) volt, amelyek kémiaileg rokonok a mefedronnal (4-MMC), de nem állnak nemzetközi kábítószer-ellenőrzés alatt. A mefedron néhány országban helyet szerzett magának a tiltott kábítószer piacán, és feltételezhető, hogy a 2-MMC és 3-MMC egy részét mefedronként árusítják (lásd 1.13. ábra).

Új benzodiazepinek

Szintén aggodalomra ad okot az új benzodiazepinek piacának közelmúltban érzékelt növekedése. Az EMCDDA nagyjából 20-at figyel ezen anyagok közül – és ebből 6-ot első alkalommal 2016-ban fedeztek fel Európában. 2015 folyamán több mint 300 000 tablettát foglaltak le, amelyek olyan új benzodiazepineket tartalmaztak, mint a klonazolám, a diklazepám, az etizolám és a flubromazolám – ez a szám közel kétszerese volt a 2014-ben bejelentettnek. Az új benzodiazepinek némelyikét tablettában, kapszulában vagy por alakban, a saját nevük alatt árusították. Más esetekben a hamisítók ezeket az anyagokat a szorongás elleni népszerű gyógyszerek, például a diazepam és alprazolám hamisítványainak előállítására használták, és ezeket közvetlenül a tiltott kábítószerpiacon árusították.

1.13. ÁBRA

A 2-MMC, 3-MMC és 4-MMC (mefedron) kémiai képlete



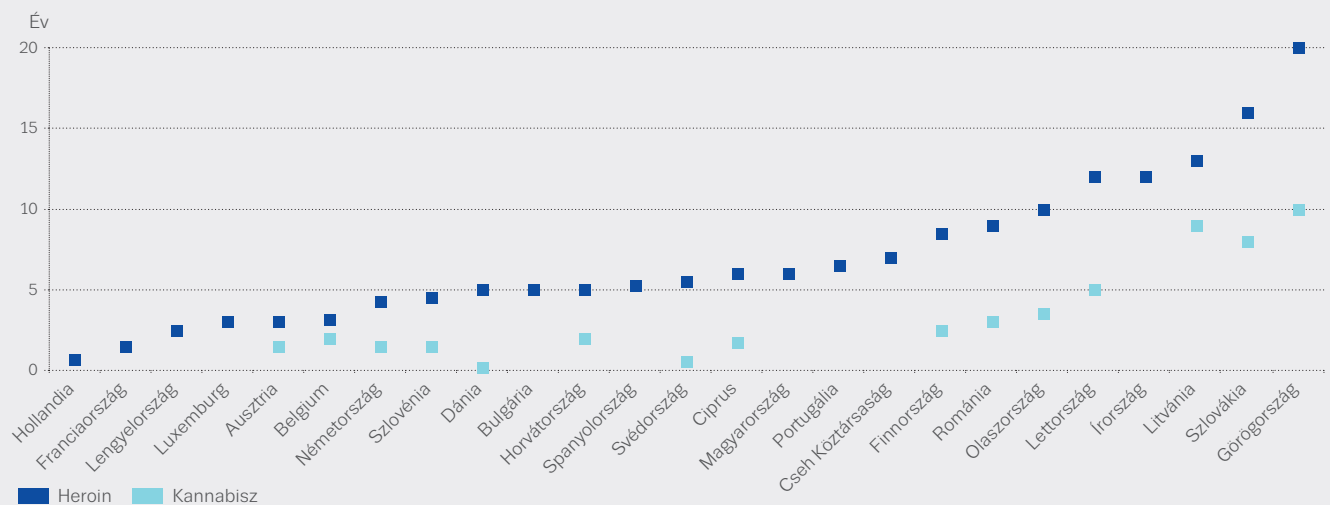
Az új pszichoaktív anyagok kínálatára vonatkozó jogszabályok

Az európai országok intézkedéseket tesznek a kábítószer piacának visszaszorítására az ENSZ három egyezményének értelmében, amelyek keretben biztosítanak több mint 240 pszichoaktív anyag előállításának, kereskedelmének és birtoklásának ellenőrzéséhez. Az egyezményeket, illetve az európai politikai döntéshozókat és jogalkotókat kihívások elé állította az új pszichoaktív anyagok gyors megjelenése, akárcsak a piacon elérhető termékek sokfélesége.

Országos szinten különféle intézkedéseket használnak az új anyagok ellenőrzésére, és a jogi válaszlépések három nagy csoportját lehet megkülönböztetni. Sok európai ország először a fogyasztók biztonságára vonatkozó jogszabályok felhasználásával reagált, ezt követően kibővítették vagy átalakították a meglévő kábítószer-törvényeket, hogy az új pszichoaktív anyagok is szerepeljenek bennük. Az országok közül egyre többen új, különálló jogszabályt állítottak össze ennek a jelenségnek a kezelésére. A cselekmények és a büntetések definíciói nagyon változatosan alakulnak, akárcsak maguk az európai kábítószer-törvények. Az országos kábítószer-ellenes törvényekben megfigyelhető általános tendencia, miszerint a személyes használati célú birtoklásért járó büntetési tételeket csökkentik, az új kábítószerekről szóló friss jogszabályok esetében is megfigyelhető. A kifejezetten az új pszichoaktív anyagokról szóló új jogszabályok többsége csak az illegális kínálatot bünteti, a személyes használati célú birtoklás büntetéséről nem rendelkezik.

1.14. ÁBRA

Az 1 kilogramm heroin vagy kannabisz kínálata esetén várható börtönbüntetés az uniós tagállamokban



Megjegyzés: A várható büntetés középértéke az egyes országok gyakorló jogi szakembereinek véleménye alapján; büntetlen előélet esetén, szervezett bűnözésben való részvétel nélkül. Ahol lehetségesnek látták a büntetés felfüggesztését, a középérték nincs feltüntetve.

Az EU szintjén a 2005-ből származó, az új pszichoaktív anyagok ellenőrzésére vonatkozó aktuális jogi keret felülvizsgálata most zajlik, azzal a céllal, hogy gyorsabb, hatékonyabb rendszert alakítson ki az ártalmas új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos magatartás büntetőjogi intézkedések alá vonására.

A kábítószeres kínálatára vonatkozó büntetések: kábítószeres és országok szerint változnak

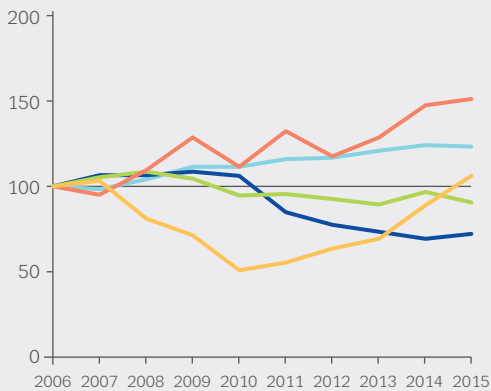
Az engedély nélküli kábítószer-kínálat minden európai országban bűncselekmény, de a törvényben rögzített büntetési tételek nagyon különbözőek lehetnek. Az uniós tagállamok gyakorló jogi szakemberei körében végzett közelmúltbeli EMCDDA-felmérés azt állapította meg, hogy országoként nagy különbségek vannak abban, hogy a szakemberek milyen büntetésre számítanak hasonló kábítószer-kereskedelmi bűncselekmények esetén (lásd 1.14. ábra). Ezek a különbségek eredhetnek az ország büntetőjogi rendszerét befolyásoló nemzeti történelmi és kulturális tényezőkből, illetve a büntetés visszatartó erejének hatékonyságára vonatkozó nemzeti álláspontok eltéréseiből. A tanulmányból az is kiderül, hogy bár a jogszabály a különböző anyagok esetében hasonló büntetéseket irányozhat elő, a szakértők azt jósolták, hogy a büntetés szerenként különböző lenne. Ebből az következhet, hogy a bírók figyelembe vesznek olyan aspektusokat, mint a különböző kábítószeres által okozott, érzékelt társadalmi kár.

1.15. ÁBRA

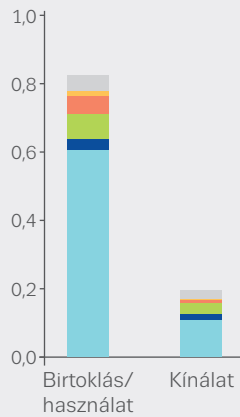
Kábítószer-fogyasztással, használati célú birtoklással vagy kábítószer-kínálattal összefüggő kábítószer-bűncselekmények Európában: indexált tendenciák és bejelentett bűncselekmények 2015-ben

Birtoklás/használat jellegű bűncselekmények

Indexált tendenciák

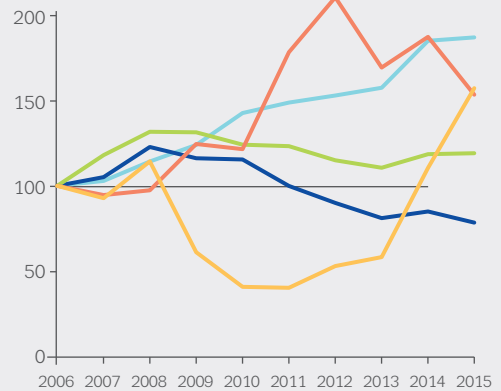


Bűncselekmények száma (millió)



Kínálat jellegű bűncselekmények

Indexált tendenciák



Heroin Kokain MDMA Kannabisz Amfetaminszármazékok Egyéb anyagok

Megjegyzés: Az adatok azokra a bűncselekményekre vonatkoznak, ahol az érintett kábítószer is megnevezték.

Kábítószer-bűncselekmények: többnyire a kannabiszhoz köthetők

A jogszabályok végrehajtását a bejelentett kábítószer-bűncselekmények adatain keresztül kísérik figyelemmel. Az Európai Unióban 2015-ben bejelentett kábítószer-bűncselekmények becsült száma 1,5 millió volt, és ezek többsége (57%) a kannabisz használatához vagy birtoklásához kapcsolódott, körülbelül 1 millió elkövetővel. A bejelentett bűncselekmények száma 2006 és 2015 között majdnem egyharmaddal (31%) növekedett.

2006 óta összességében 18%-kal emelkedett a kábítószeres kínálatával összefüggő, bejelentett bűncselekmények száma, és a becslések szerint 2015-ben több mint 214 000 ilyen eset volt. A kínálat jellegű bűncselekmények többsége (57%) a kannabiszhoz kapcsolódott. Az MDMA-hoz köthető kínálati bűncselekményekre vonatkozó bejelentések száma 2013 óta meredeken emelkedett (1.15. ábra).

Becslések szerint Európa egészében 2015-ben összesen több mint 1 millió, használatl vagy személyes használati célú birtoklással kapcsolatos bűncselekményt jelentettek be, ami 2006-hoz képest 27%-os növekedést jelent. A birtoklással összefüggő bejelentett kábítószer-bűncselekmények nagyjából háromnegyede kannabisszal volt kapcsolatos (74%). 2015-ben folytatódott az amfetaminszármazékok és az MDMA birtoklásával kapcsolatos bűncselekmények növekvő tendenciája (1.15. ábra).

A 2015-ben bejelentett kábítószer-bűncselekmények becsült száma 1,5 millió volt

BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Country Drug Reports 2017.

Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion, Technical reports.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, Perspectives on Drugs.

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

The internet and drug markets, Technical reports.

2014

New developments in Europe's cannabis markets, Perspectives on Drugs.

2013

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on Drugs.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspectives on Drugs.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

Az EMCDDA és az Europol közös kiadványai

2017

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: acryloylfentanyl, Joint Reports.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

EMCDDA–Europol 2015 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA, Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl, Joint Reports.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: α -PVP, Joint Reports.

2013

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

Az EMCDDA és az Eurojust közös kiadványai

2016

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

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

2

**A kábítószer-használók
körében általános
a politoxikománia**

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 arányú, és ezt a különbséget a használat intenzívebb vagy rendszeres mintázatai gyakran tovább erősítik. A kannabiszhasználat előfordulási gyakorisága körülbelül ötszöröse a többi anyagnak. Bár a heroin és más opioidok használata továbbra is viszonylag ritka, Európában még mindig ezekhez a kábítószerekhez köthetők az ártalmasabb alkalmazási formák, többek között az intravénás kábítószer-használat.

A kábítószer-használat megfigyelése

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

A diákok és a normál népesség körében végzett felmérések áttekintést adhatnak a kipróbálás jellegű és a rekreációs kábítószer-használat előfordulási gyakoriságáról. E vizsgálati eredményeket a települési szennyvízben található kábítószer-maradványokkal kapcsolatban az európai városokban végzett közösségi szintű elemzések egészíthetik ki.

A magas kockázatú kábítószer-használatról becült adatokat közlő vizsgálatok elősegíthetik a rejtettebb kábítószer-használati problémák mértékének meghatározását, míg a kábítószer miatt kezelésre jelentkezőkre vonatkozó adatok – más mutatókkal együtt vizsgálva – információval szolgálhatnak a magas kockázatú kábítószer-használat jellegének és tendenciáinak megértéséhez.

A teljes adatsorok a módszertani megjegyzésekkel együtt az online [statisztikai közlőny](#) című kiadványban található.

Országoként eltérő szerhasználati tendenciák a diákok körében

A diákok körében előforduló szerhasználat megfigyelése hasznos betekintést ad a fiatalok aktuális kockázati magatartásába és a potenciális jövőbeni tendenciákba. Az Európai Iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (ESPAD) keretében 2015-ben végezték az adatgyűjtés hatodik fordulóját a felmérés 1995-ös elindulása óta. A legfrissebb felmérés 35 európai országból, köztük 23 uniós tagállamból és Norvégiából gyűjtött összehasonlítható adatokat a 15–16 éves diákok szerhasználatáról. A diákok ebben a 24 országban átlagosan 18%-ban használtak kábítószer életükben legalább egyszer (életprevalencia), a legmagasabb arányt pedig a Cseh Köztársaságból (37%) és Franciaországból (31%) jelentették. A kábítószer elmúlt 30 napban való használata a Svédországban, Finnországban és Norvégiában mért 2% és a franciaországi 17% között mozgott, a 24 országra nézve 8%-os átlaggal. A nemek közötti különbségek Európán belül változóan alakultak: a kábítószer kipróbáló fiúk és lányok aránya a Cseh Köztársaságban és Máltán látott egyenlőség és a norvégiai 2,5 fiú–egy lány arány között volt.

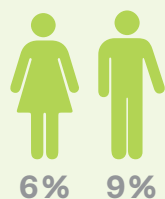
A kábítószerrel eltérő tiltott kábítószer használata sokkal alacsonyabb volt, összesítésben 5%-os életprevalenciával. A kábítószer után a leggyakrabban használt tiltott kábítószer az MDMA/ecstasy, az amfetamin, a kokain, a metamfetamin és az LSD, illetve más hallucinogének voltak; ezek mindegyikéről a diákok 2%-a tett említést. Az új pszichoaktív anyagok kipróbálásáról a diákok 4%-a számolt be, az ő arányuk Észtországban és Lengyelországban volt a legmagasabb (egyenként 10%).

Az elemzéshez elegendő adattal rendelkező 22 ország (21 uniós tagállam és Norvégia) esetében a kábítószer előző havi prevalenciájának általános tendenciája 2003-ban tetőzött, az ezt követő felmérésekben pedig kismértékben csökkent (2.1. ábra). A legfrissebb felmérések, 2011 és 2015 között a kábítószer kipróbálása és előző havi használata egyaránt stabil előfordulási gyakoriságot mutatott ezen országok többségében. A kábítószerrel eltérő tiltott kábítószer életprevalenciája 1995 óta nagyrészt változatlan maradt, de 2011 és 2015 kismértékben csökkent.

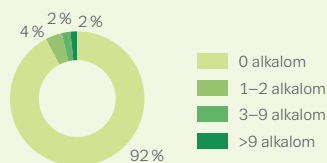
Az új pszichoaktív anyagok kipróbálásáról a diákok 4%-a számolt be

SZERHASZNÁLAT A 15–16 ÉVES EURÓPAI DIÁKOK KÖRÉBEN (2015-ÖS ESPAD)

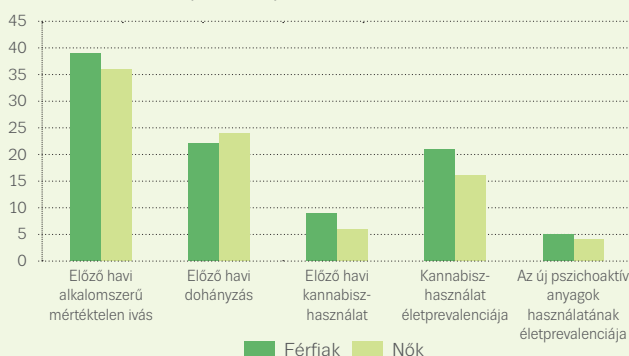
Előző havi kábítószerhasználat nemek szerint



Kábítószerhasználat gyakorisága az előző hónapban



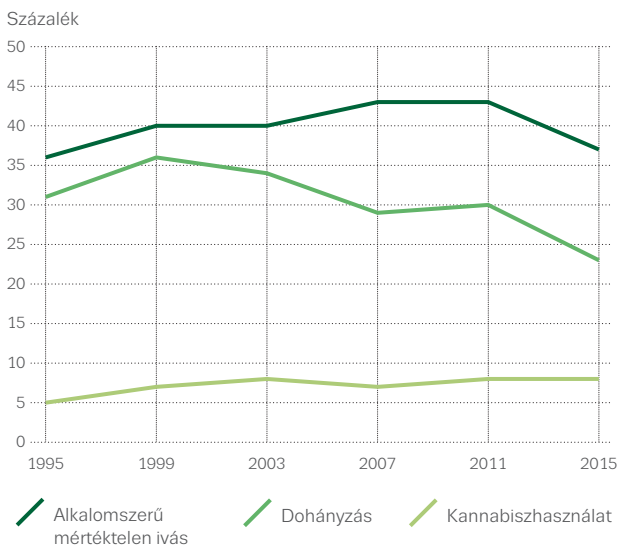
Szerek használata (százalék)



Megjegyzés: Az ESPAD 2015-ös fordulójában részt vevő 23 uniós tagállam és Norvégia adatai alapján.

2.1. ÁBRA

Az alkalmoszerű mértéktelen ivás, a dohányzás és a kannabiszhasználat előző havi prevalenciájának alakulása a 15–16 éves európai diákok körében



Megjegyzés: Az ESPAD legalább négy fordulójában részt vevő 21 ország tagállam és Norvégia adatai alapján.

A diákok körében újabban visszaszorult a dohányzás és az alkalmoszerű mértéktelen ivás

Az ESPAD-felmérés az alkoholfogyasztásról és a dohányzásról is beszámol. A diákok több mint négyötöde (83%) fogyasztott már alkoholt élete folyamán legalább egyszer. A diákok fele jelezte, hogy az előző hónapban legalább egy alkalommal ivott alkoholt, és a fiúk 39%-a, illetve a lányok 36%-a állította, hogy az elmúlt hónapban egy alkalommal öt vagy több italt fogyasztott el (alkalmoszerű mértéktelen ivás).

A diákok nem egészen fele (47%) próbálta a cigarettát. A felmérést megelőző hónapban a diákok elmondása szerint 23%-uk szívott el napi egy vagy több cigarettát, de 3%-uk napi 10 szálnál is többet.

A tendencia elemzéséhez elegendő adattal rendelkező 22 EMCDDA-országban 1995 és 2015 között az alkohol és a dohányzás kipróbálásának és előző havi használatának általános csökkenését lehetett megfigyelni. Az alkalmoszerű mértéktelen ivásban történt változások kevésbé voltak kifejezetek, bár a lányok esetében növekedést figyeltek meg az említett időszakban. A 2011-es és 2015-ös felmérés között az alkalmoszerű mértéktelen ivás és az előző havi cigarettázás előfordulása egyaránt csökkent.

Több mint 93 millió felnőtt próbálta már a tiltott kábítószereket

A becslések szerint több mint 93 millió ember, avagy az Európai Unió 15–64 éves népességének valamivel több mint egynegyede próbált már ki tiltott kábítószereket az élete folyamán. A férfiak körében gyakoribb a kábítószerhasználat kipróbálása (56,8 millió), mint a nőknél (36,8 millió). A leggyakrabban kipróbált kábítószer a kannabisz (53,8 millió férfi és 34,1 millió nő); a kokain (12,2 millió férfi és 5,3 millió nő), az MDMA (9,3 millió férfi és 4,7 millió nő) és az amfetaminszármazékok (8,4 millió férfi és 4,2 millió nő) használatának becsült életprevalenciája sokkal alacsonyabb. A kannabiszhasználat életprevalenciája jelentős országok közötti különbségeket mutat: Franciaországban 20 felnőttből körülbelül 8, míg Máltán és Romániában 20-ból kevesebb mint 1 az aránya.

Az előző évi kábítószer-használat a közelmúltbeli droghasználat egyik fokmérője, és jórészt a fiatal felnőttek körében koncentrálódik. Becslések szerint 18,7 millió fiatal felnőtt (15–34 éves) használt kábítószer az előző évben, ezen belül kétszer annyi férfi, mint nő.

Kannabiszhasználat: változó országos tendenciák

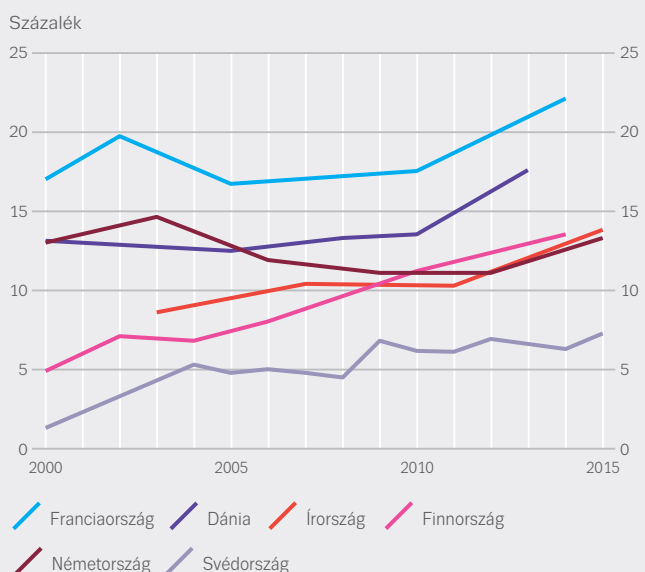
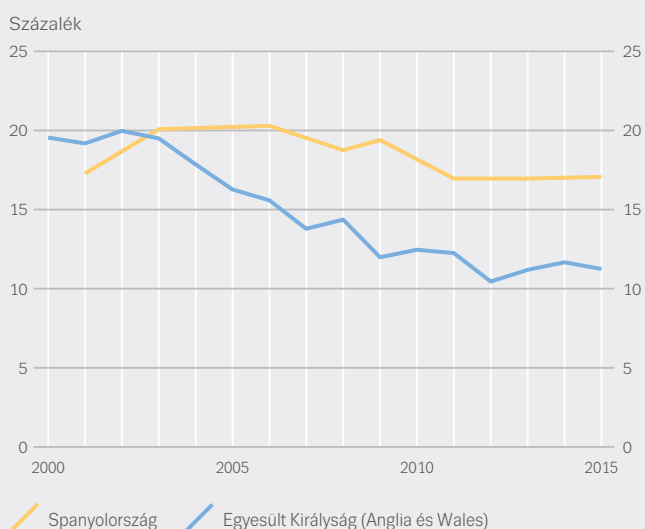
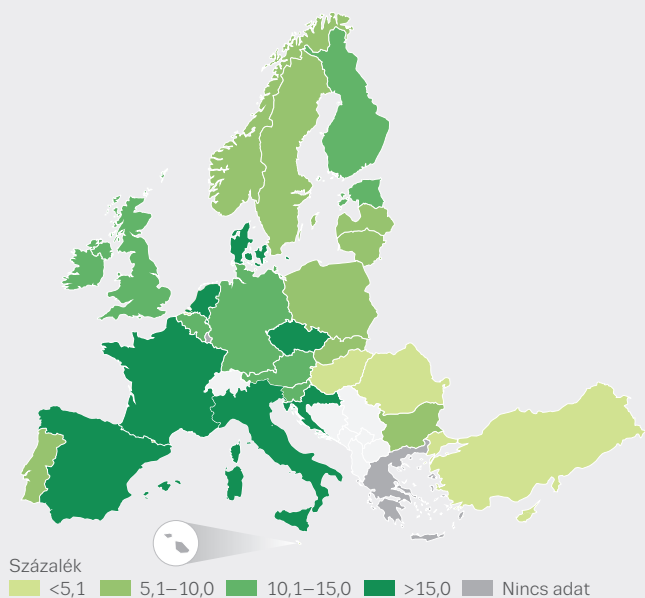
A tiltott kábítószeresek közül minden korcsoportban a kannabisz használatának a legnagyobb a valószínűsége. Ezt a kábítószer általában elszívással fogyasztják, Európában rendszerint dohánnyal keverve. A kannabiszhasználat mintái az alkalmi és a rendszeres, függő használat között mozognak.

Becslések szerint 87,7 millió európai felnőtt (15–64 éves) avagy a korcsoport 26,3%-a kísérletezett a kannabisszal élete valamely időszakában. Közülük becslések szerint 17,1 millió európai fiatal (15–34 évesek) avagy a korcsoport 13,9%-a használt kannabiszt az elmúlt évben, és ebből 10 millióan a 15–24 éves korosztályba tartoztak (a korcsoport 17,7%-a). A 15–34 évesek között az előző éves prevalencia a romániai 3,3% és a franciaországi 22% között mozgott. Az előző évben kannabiszt használó fiatalok körében a férfiak és a nők aránya kettő az egyhez volt.

**A leggyakrabban
kipróbált kábítószer a
kannabisz**

2.2. ÁBRA

A kannabiszhasználat előző évi prevalenciája a fiatal felnőttek (15-34 évesek) körében: legfrissebb adatok (térkép) és kiválasztott tendenciák



A legújabb felmérési eredmények továbbra is az elmúlt évi kannabiszhasználat eltérő alakulását mutatják az egyes országokban. A 2014 óta felmérést készítő és a konfidenciaintervallumot is feltüntető országok közül 7-ből jelentettek magasabb becsléseket, 6-ból stabil, 2-ből pedig alacsonyabb becslést, mint az előző, összehasonlítható felmérésben.

Kevés ország rendelkezik elegendő felmérési adattal ahhoz, hogy statisztikailag elemezni lehessen a fiatal felnőttek (15–34 évesek) előző évi kannabiszhasználatát. Ezek közül az előzőleg, az elmúlt évtized folyamán Spanyolországban és az Egyesült Királyságban megfigyelt, hosszú távon csökkenő tendenciák az újabb adatok szerint mára stabilizálódtak (2.2. ábra).

Az utóbbi évtizedben növekedést lehetett megfigyelni Írországban és Finnországban, illetve Svédországban is, noha az említett országban az előfordulási gyakoriság 2009 óta stabil volt. Németországban, Franciaországban és Dániában nem volt egyértelműen emelkedő tendencia ebben az időszakban, ugyanakkor a legújabb felmérések a fiatalok előző évi kannabiszhasználatának új keletű növekedésére mutatnak. Franciaország 2014-ben új, 22%-os csúcst jelentett be, a 2015-ben Németországból közölt 13% pedig az elmúlt évtizedben ebben az országban mért legnagyobb előfordulási gyakoriság a fiatal felnőttek előző évi kannabiszhasználatára terén. A tendenciák statisztikai elemzéséhez elegendő adattal nem rendelkező országok között 2015-ben a Hollandiából származó második összehasonlítható éves felmérés megerősítette a 16% körüli prevalenciát, Ausztria pedig a 2008 óta elvégzett első országos felmérése alapján 14%-os prevalenciáról számolt be.

Magas kockázatú kannabiszhasználók: egyre többen kérnek kezelést

A normálpopulációs vizsgálatok alapján úgy becsülték, hogy 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 kábítószer. Nagyjából 30%-uk idősebb, 35–64 év közötti szerhasználó, és több mint háromnegyedük férfi.

Más mutatókkal együtt vizsgálva a kannabiszhasználatból eredő problémák miatt kezelésre jelentkezőkre vonatkozó adatok információval szolgálhatnak a magas kockázatú kábítószer-használat európai jellegének és léptékének megértéséhez. Összességében a kannabiszhasználatból eredő problémák miatt első kezelésre jelentkezők száma a 2006-os 43 000-ról 2015-ben 76 000-re nőtt. Az emelkedés hátterében több tényező állhat, beleértve a kannabiszhasználat magasabb előfordulási gyakoriságát a normál népességben, az intenzív szerhasználók számának növekedését, a nagyobb hatóanyag-tartalmú termékek hozzáférhetőségét, valamint a kezelésre való beutalás és az ellátási szint emelkedését.

A kokain prevalenciája: stabil országos tendenciák

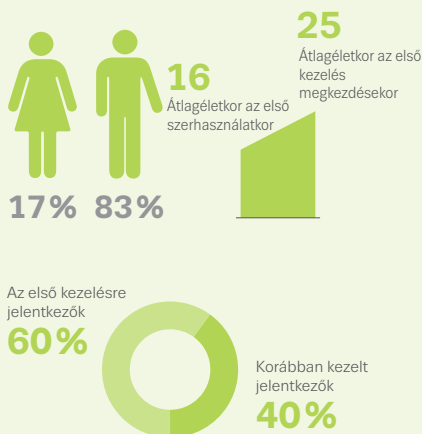
Európán belül a kokain a legáltalánosabban használt tiltott stimuláns kábítószer, de a használata a déli és nyugati országokban nagyobb arányú. A rendszeres fogyasztókat két nagy csoportra lehet osztani: az egyikbe a társadalmilag integráltabb szerhasználók tartoznak, akik gyakran szippantják a kokainport (kokain-hidroklorid), a másikba azok a marginalizálódott szerhasználók, akik olykor opioidok használata mellett, intravénásan használják a kokaint vagy cracket (kokainbázis) füstölnek.

Becslések szerint 17,5 millió európai felnőtt (15–64 éves) avagy a korcsoport 5,2%-a kísérletezett a kokainnal élete valamely időszakában. Közülük a becslések alapján körülbelül 2,3 millió 15–34 év közötti fiatal felnőtt (a korcsoport 1,9%-a) használta a kábítószer az elmúlt év folyamán.

Csak Írországból, Spanyolországból, Hollandiából és az Egyesült Királyságból jelezték a kokainhasználat 2,5%-os vagy azt meghaladó előző évi prevalenciáját a fiatal felnőttek körében. Egész Európa területére igaz, hogy a kokainhasználat előző években jelzett csökkenéseit a legfrissebb felmérésekben nem lehetett megfigyelni. A 2014 óta felmérést készítő és a konfidenciaintervallumot is feltüntető országok közül 2-ből jelentettek magasabb becsléseket, 11-ből stabil tendenciát, 1-ből pedig alacsonyabb becslést, mint az előző, összehasonlítható felmérésben.

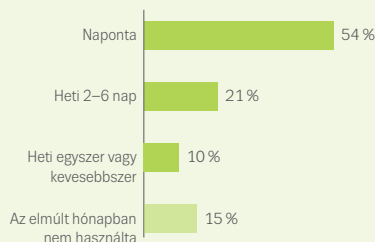
KEZELÉSRE JELENTKEZŐ KANNABISZHASZNÁLÓK

Tulajdonságok

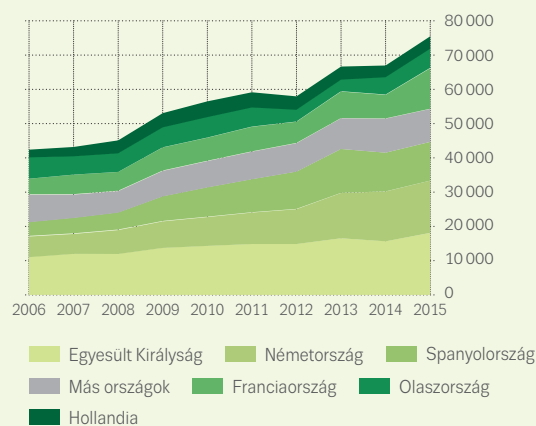


Használat gyakorisága az előző hónapban

átlagos szerhasználó heti **5,4** nap



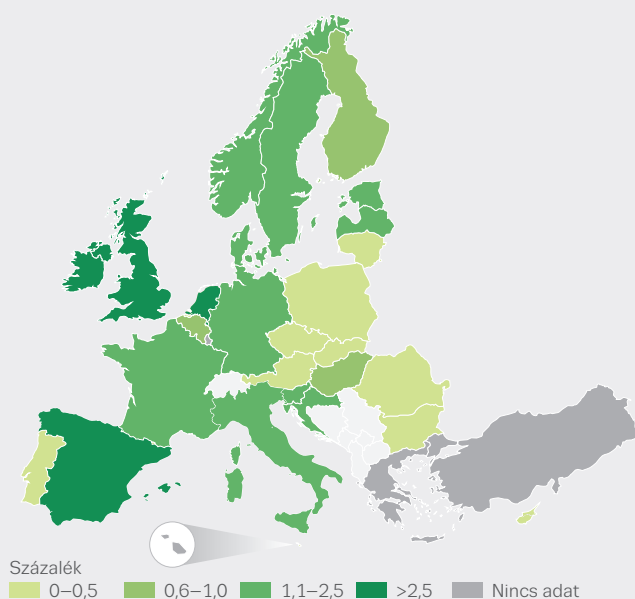
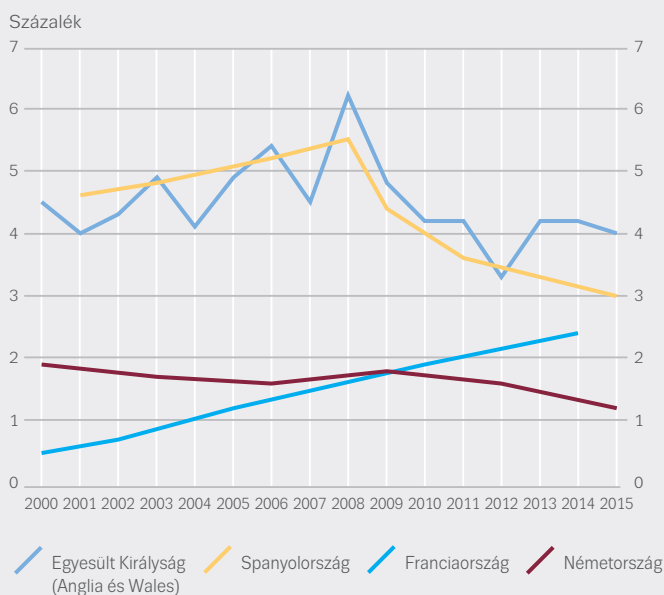
Az első kezelést megkezdők számának alakulása



Megjegyzés: A tulajdonságok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki a kannabiszt nevezte meg elsődleges kábítószerként. Az első kezelést megkezdők számának alakulása 23 ország adatain alapul. Az országos szintű adatáramlásban bekövetkezett változások miatt 2014 óta az Olaszországra vonatkozó adatokat nem lehet összehasonlítani az előző évekkel.

2.3. ÁBRA

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



Csak kevés ország esetében van lehetőség a fiatal felnőttek körében előforduló elmúlt évi kokainhasználat hosszú távú tendenciáinak statisztikai elemzésére, és az új adatok megerősítik a meglévő tendenciákat. Spanyolország és az Egyesült Királyság egyaránt emelkedő tendenciát jelzett 2008-ig, amit stabilitás vagy csökkenés követett (2.3. ábra). Bár az előfordulási gyakoriság alacsonyabb szintű, emelkedő tendenciát lehet megfigyelni Franciaországban, ahol először 2014-ben emelkedett 2% fölé a prevalencia. A Németországban végzett 2015-ös felmérés statisztikailag a kokain prevalenciájának csökkenését mutatta, amely 2000 és 2009 között stabil volt.

A populációs felmérések eredményeit a több városban elvégzett vizsgálat keretében a települési szennyvízben talált kokainmaradványok elemzése egészíti ki. A szennyvízelemzés a tiszta hatóanyagok kollektív fogyasztásáról ad képet egy közösségben, az eredményeit nem lehet közvetlenül összehasonlítani az országos populációs felmérésekből származó becsült előfordulási gyakoriságokkal. A szennyvízelemzés eredményei az 1000 lakosra jutó napi kábítószer-maradvány standardmennyiségét (koncentrációját) mutatják.

A 2016-os elemzés a benzoilekgonin – a kokain fő metabolitja – legmagasabb koncentrációját Belgium, Spanyolország és az Egyesült Királyság városaiban mutatta ki, a kelet-európai városok többségében viszont nagyon alacsony szinteket mért (lásd 2.4. ábra). A 2015-re és 2016-ra vonatkozó adatokkal rendelkező 33 város közül 22-ből jelentettek növekedést, 4-ből csökkenést és 7-ből stabil helyzetet. A 2011-es és 2016-os adatokkal rendelkező 13 város többségében a hosszabb távú tendencia stabil volt vagy emelkedett.

Nagy kockázatú kokainhasználat: stabil kezelési igény

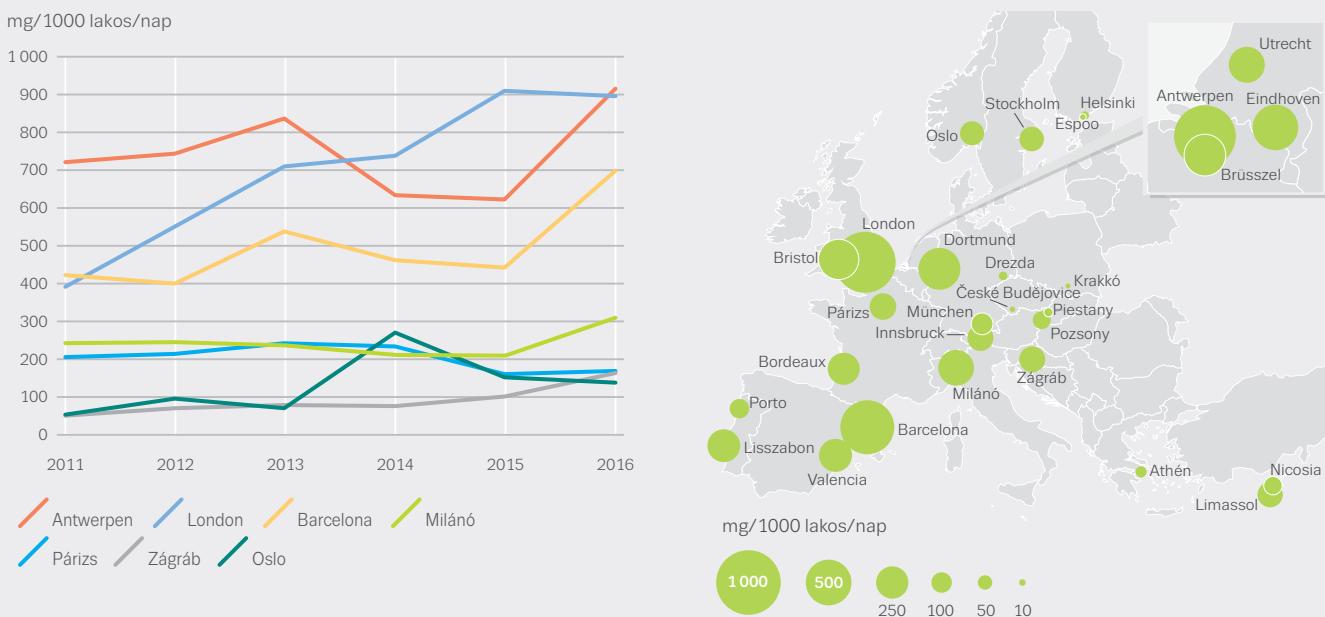
A nagy kockázatú kokainhasználat európai előfordulási gyakoriságát nehéz megítélni, mivel friss becslésekkel csak 4 ország rendelkezik, és ezekhez eltérő meghatározásokat és módszereket alkalmaztak. A függőség súlyosságát mérő skála kérdései alapján Németország 2015-ben 0,20%-ra becsülte a nagy kockázatú kokainhasználatot a felnőtt népességben, Spanyolország pedig a használat gyakorisága segítségével 0,24%-ra tette a nagy kockázatú kokainhasználatot. Olaszország 2015-ben 0,65%-os becslést készített azokról, akik kokainhasználat miatt kezelésre szorulnak. A jelzett előző évi szerhasználat alapján Portugáliában 2012-be 0,62%-ra becsülték a magas kockázatú kokainhasználatot.

Európában a kokainnal összefüggésben kezelésre jelentkező összes érintett háromnegyedét (74%) Spanyolország, Olaszország és az Egyesült Királyság adja. Összességében a kábítószer-használat miatt 2015-ben kezelésbe lépő kliensek közül kb. 63 000 nevezte elsődleges kábítószernek a kokaint, az első kezelésüket megkezdők közül pedig nagyjából 28 000 kliens. A csökkenés időszaka után a kokain miatt első alkalommal kezelésre jelentkezők összesített száma 2012 óta viszonylag állandó.

2015-ben Európában a kezelésre jelentkező kliensek közül 7400-an jelölték meg első helyen a crack kokain használatát, de közel kétharmaduk (4800) az Egyesült Királyságban élt. A fennmaradó kliensek többségén (1900) Spanyolország, Franciaország és Hollandia osztozott.

2.4. ÁBRA

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

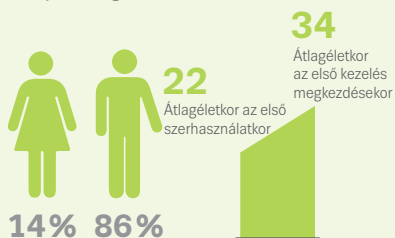


Megjegyzés: A benzoilekgonin napi középértéke 1000 lakosra jutó milligrammban. A mintavételt 2016-ban egy héten át végezték a kiválasztott európai városokban.
 Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Az Egyesült Királyság (Anglia) 2011/12-ben 0,48%-ra becsülte a crack kokain használatát a felnőtt népesség körében. Ezeknek a crackhasználóknak a többsége opioidokat is használt.

KEZELÉSRE JELENTKEZŐ KOKAINHASZNÁLÓK

Tulajdonságok



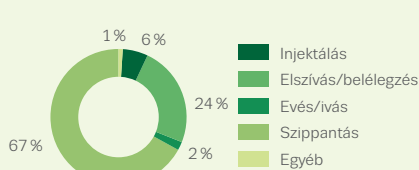
Az első kezelésre jelentkezők



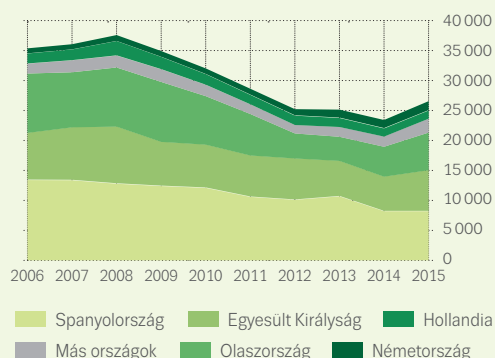
Használat gyakorisága az előző hónapban



Alkalmazási mód



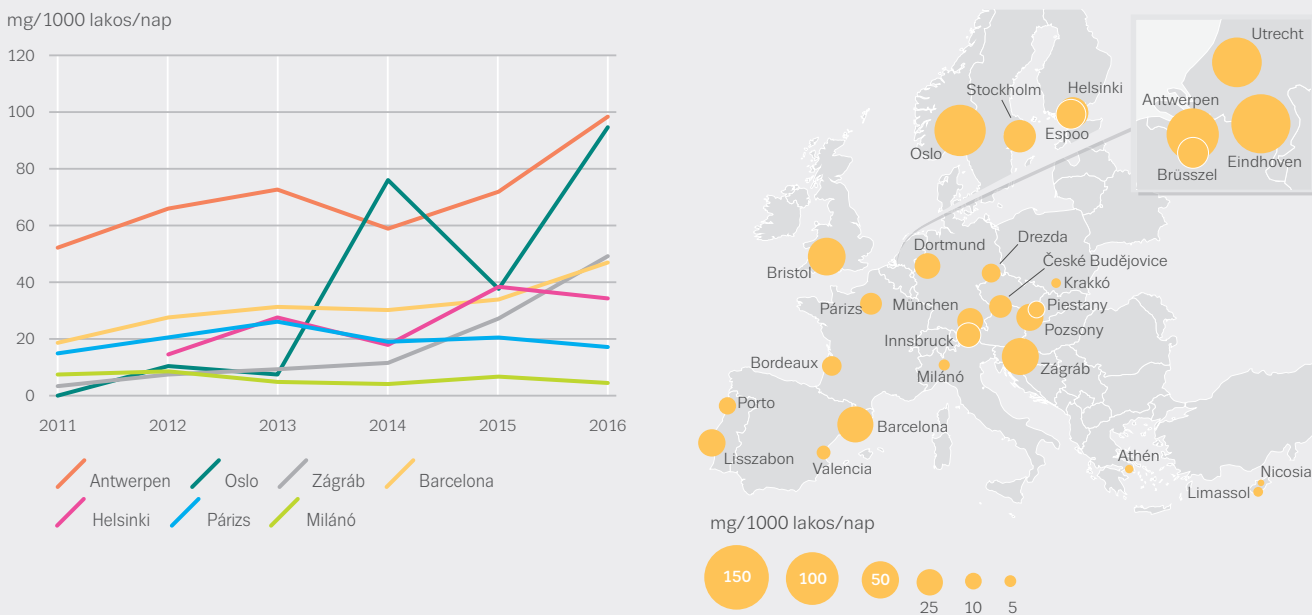
Az első kezelést megkezdők számának alakulása



Megjegyzés: A tulajdonságok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki a kokaint nevezte meg elsődleges kábítószerként. Az első kezelést megkezdők számának alakulása 23 ország adatain alapul. Az országos szintű adatárnyalásban bekövetkezett változások miatt 2014 óta az Olaszországra vonatkozó adatokat nem lehet összehasonlítani az előző évekkel.

2.6. ÁBRA

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



Megjegyzés: Az MDMA napi középértéke 1000 lakosra jutó milligrammban. A mintavételt 2016-ban egy héten át végezték a kiválasztott európai városokban.
Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

A 2016-ban végzett, több nagyvárosra kiterjedő vizsgálat az MDMA legmagasabb koncentrációját belga, holland és norvég városok szennyvizében mutatta ki (2.6. ábra). A 2015-re és 2016-ra vonatkozó adatokkal rendelkező 32 város közül 17-ből jelentettek növekedést, 11-ből csökkenést és 4-ből stabil helyzetet. A hosszabb távú tendenciákat tekintve a mindkét évi adatokkal rendelkező városok többségében az MDMA szennyvízben mért koncentrációja 2016-ban magasabb volt, mint 2011-ben, és némely városokban meredeken megnőtt.

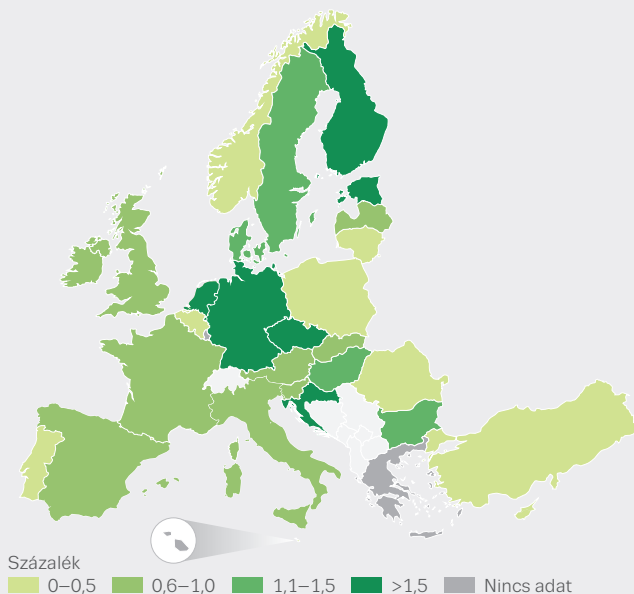
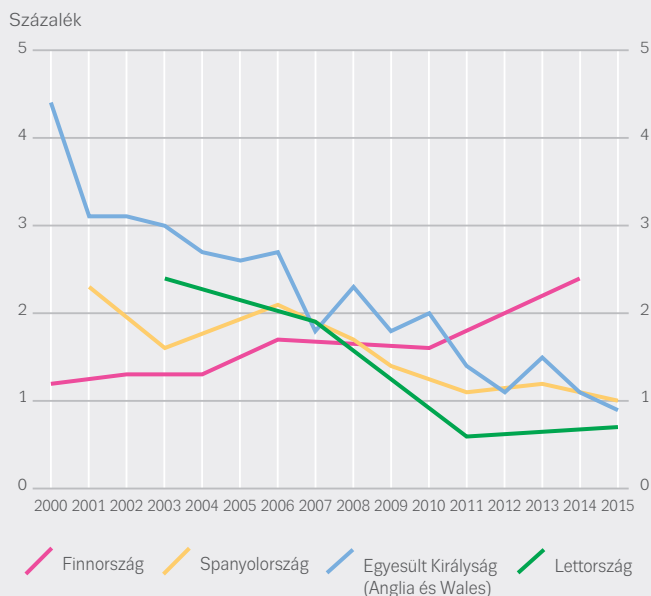
Az MDMA-t gyakran más szerekkel, köztük alkohollal együtt fogyasztják, és a használata hagyományosan szorosan összekapcsolódik az éjszakai élettel, főleg az elektronikus zenével. A jelek aktuálisan arra utalnak, hogy a magasabb előfordulási gyakorisággal rendelkező országokban az MDMA már nem réspiaci vagy szubkulturális kábítószer; nemcsak éjszakai táncos szórakozóhelyeken és partikon fogyasztják, hanem fiatalok sokasága használja általában az éjszakai életben, többek között a bárokban és házibulikon.

Az MDMA használatát ritkán jelölik meg a drogambulancián való jelentkezés okaként. Európában 2015-ben az első kezelésükre jelentkezők kevesebb mint 1%-a (kb. 900 eset) jelezte az MDMA használatát.

A megfigyelés forrásai az MDMA megnövekedett használatát jelzik

2.7. ÁBRA

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



Az amfetaminszármazékok használata: országonkénti különbségek

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. 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 injektlálás is gyakori. A metamfetamint el is lehet szívni, bár erről a beviteli módról Európában nem sokszor számolnak be.

Becslések szerint 12,5 millió európai felnőtt (15–64 éves) avagy a korcsoport 3,8%-a kísérelte meg az amfetaminszármazékokkal élete valamely időszakában. Az újabb keletű használatra vonatkozó számadatok abban a korcsoportban, ahol a kábítószer-használat a leggyakoribb, azt jelzik, hogy 1,3 millió (1,1%) fiatal felnőtt (15–34 éves) használt amfetaminszármazékokat az előző évben, de a legfrissebb becsült országos prevalencia a Cipruson, Portugáliában és Romániában mért 0,1% és a hollandiai 3,1% között mozog. A rendelkezésre álló adatok azt jelzik, hogy körülbelül 2000 óta a legtöbb európai országban viszonylag stabil helyzet alakult ki a használatban. A 2014 óta felmérés készítő és a konfidenciaintervallumot is feltüntető országok

közül 2-ből jelentettek magasabb becsléseket, 10-ből stabil tendenciát, 2-ből pedig alacsonyabb becslést, mint az előző, összehasonlítható felmérésben.

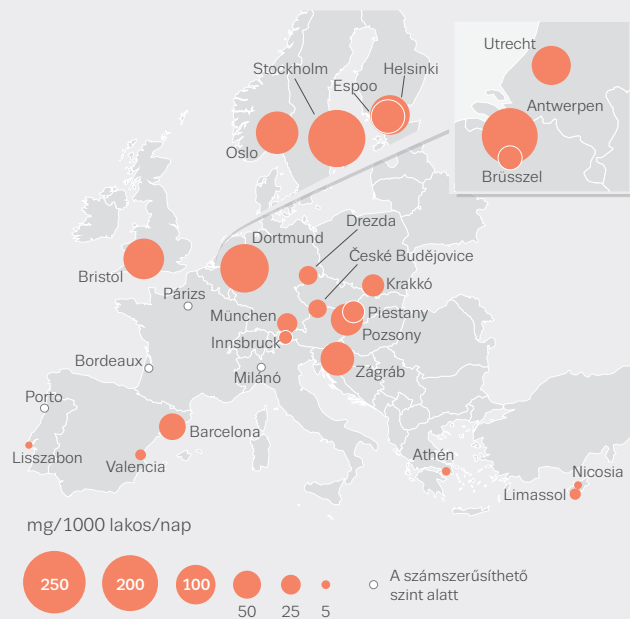
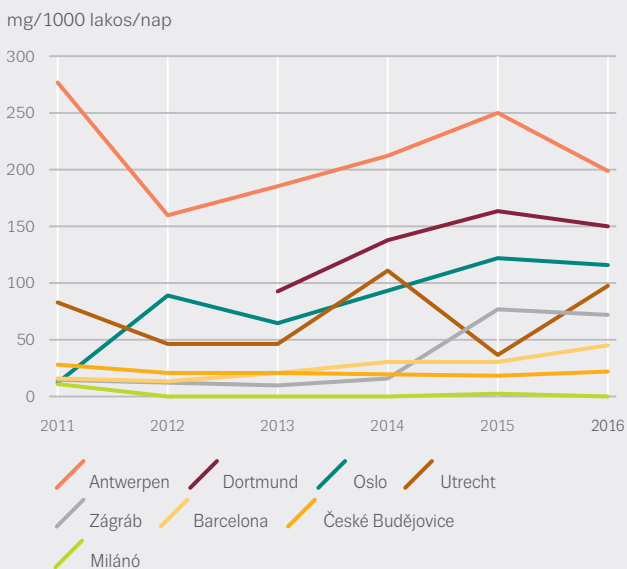
Csak kevés ország esetében van lehetőség az amfetaminszármazékok fiatal felnőttek körében való előző éves prevalenciája hosszú távú tendenciáinak statisztikai elemzésére. Spanyolországban, Lettországban és az Egyesült Királyságban hosszú távon csökkenő tendenciákat lehet megfigyelni (2.7. ábra). Finnországban ezzel szemben 2000 óta emelkedett a prevalencia.

A települési szennyvíz 2016-ban elvégzett elemzése azt állapította meg, hogy az amfetamin koncentrációja Európán belül nagyon változatosan alakult, de a legmagasabb szinteket az észak-európai városokból jelentették (lásd 2.8. ábra). Európa déli részén sokkal alacsonyabb amfetaminszinteket mértek. A 2015-re és 2016-ra vonatkozó adatokkal rendelkező 32 város közül 13-ból jelentettek növekedést, 9-ből stabil helyzetet és 10-ből csökkenést. A 2011 és 2016 közötti időszakból származó adatok összességében viszonylag stabil tendenciát mutatnak az amfetamin esetében.

Úgy tűnik, hogy a metamfetamin használata, amely általában alacsony volt, és hagyományosan a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában koncentrálódott, most megjelent Németország keleti részén és Észak-Európában is, különös tekintettel a finnországi városokra (lásd 2.9. ábra). A szennyvízből kimutatott metamfetaminról 2015-ös és 2016-os adatokkal rendelkező 30 város közül 13-ból jelentettek növekedést, 10-ből stabil helyzetet és 7-ből csökkenést.

2.8. ÁBRA

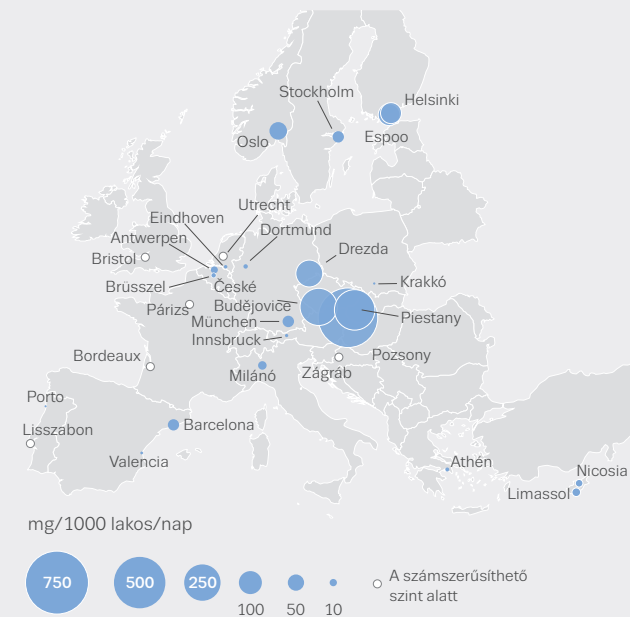
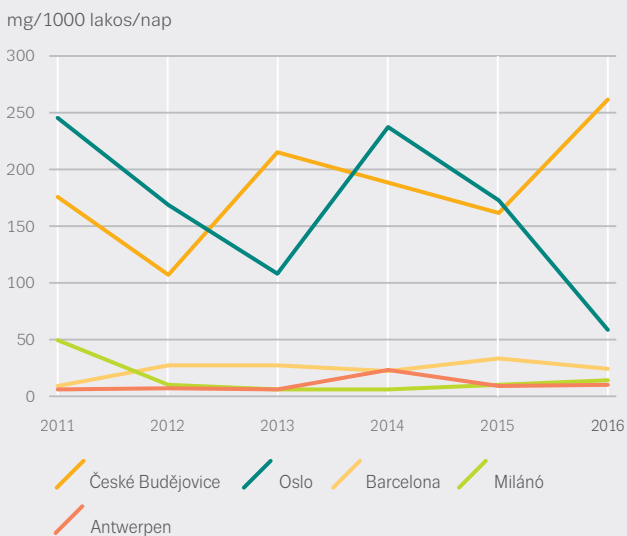
Amfetamin szermaradványok a szennyvízben a kiválasztott európai városokban: tendenciák és a legfrissebb adatok



Megjegyzés: Az amfetamin napi középértéke 1000 lakosra jutó milligrammban. A mintavételt 2016-ban egy héten át végezték a kiválasztott európai városokban. Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

2.9. ÁBRA

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



Megjegyzés: A metamfetamin napi középértéke 1000 lakosra jutó milligrammban. A mintavételt 2016-ban egy héten át végezték a kiválasztott európai városokban. Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

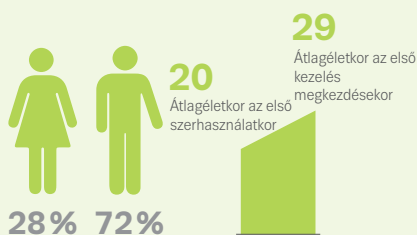
Az amfetaminszármazékok nagy kockázatú használata: emelkedő kezelési igény

A hosszú távú, krónikus és intravénás amfetaminhasználattal összefüggő problémák hagyományosan az észak-európai országokban a legnyilvánvalóbbak. A hosszú távú metamfetaminproblémák ezzel szemben leginkább a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában jelentkeztek. Az amfetaminszármazékok nagy kockázatú használatáról friss becslések vannak Norvégiából, ahol az arányt 0,33%-ra avagy 11 200 felnőttre tették, illetve Németországból, ahol 2015-ben 0,19%-ra avagy 102 000 szerhasználóra becsülték. Valószínűleg az amfetaminszármazékok használói teszik ki a Lettország által 2014-ben bejelentett 2180 (0,17%) magas kockázatú stimulánshasználó többségét, ami a 2010-es 6540-hez (0,46%) képest csökkenést jelent. A nagy kockázatú metamfetaminhasználatról friss becslések állnak rendelkezésre a Cseh Köztársaságból és Ciprusról. A Cseh Köztársaságban 2015-ben a felnőttek (15–64) körében 0,49%-ra becsülték a nagy kockázatú metamfetaminhasználatot. A kábítószer nagy kockázatú használata, főként az injektlás a 2007-ben becsült 20 900 szerhasználóról 2014-ben 36 400-as csúcsra emelkedett, majd 2015-ben 34 200-ra esett vissza. Ciprus esetében 2015-ben 0,14%-os, 678 szerhasználónak megfelelő becslést adtak meg.

Európában a drogfogyasztás miatt 2015-ben speciális kezelésre jelentkező kliensek közül körülbelül 34 000 nevezte elsődleges kábítószerének az amfetaminszármazékokat, és közülük hozzávetőleg 14 000-en jelentkeztek első alkalommal kezelésre. Az elsődleges amfetaminhasználók aránya csak Bulgáriában, Németországban, Lettországban, Lengyelországban és Finnországban haladta meg a 15%-ot az első kezelésre jelentkezők között. Az elsődleges metamfetaminhasználat miatt kezelésre jelentkezők a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában koncentrálnak, amelyek együttesen a speciális kezelés alatt álló 9000 európai metamfetaminhasználó kliens 90%-át adták. Az amfetamint vagy metamfetamint elsődleges szerként megnevező, első kezelésre jelentkezők számának 2006 és 2014 között megfigyelt emelkedése a legtöbb országban 2015-ben is folytatódott.

AZ AMFETAMINSZÁRMAZÉKOKAT HASZNÁLÓ, KEZELÉSRE JELENTKEZŐ KLIENSEK

Tulajdonságok

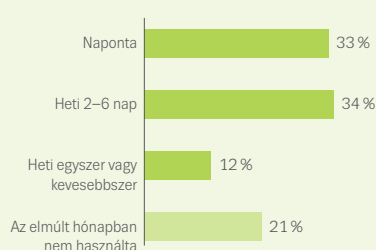


Az első kezelésre jelentkezők

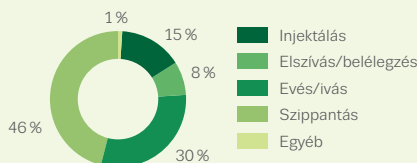


Használat gyakorisága az előző hónapban

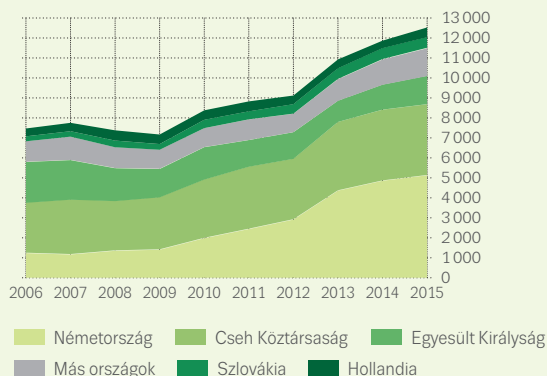
Átlagos szerhasználat heti **4,4** nap



Alkalmazási mód



Az első kezelést megkezdők számának alakulása



Megjegyzés: A tulajdonságok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki az amfetaminszármazékokat nevezte meg elsődleges kábítószerként. Az első kezelést megkezdők számának alakulása 23 ország adatain alapul.

Ketamin, GHB és hallucinogének: továbbra is alacsony használat

Európában számos hallucinogén, érzéstelenítő, disszociatív vagy 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 prekursorát, a gamma-butirolaktont) rekreációs használatáról az utóbbi két évtizedben érkeztek jelentések az európai drogfogyasztók egyes alcsoportjainak köréből. Ha vannak országos becslések a GHB és a ketamin használatának prevalenciájáról, ezek a felnőtt és az iskolai népességben is alacsonynak mutatják az előfordulást. Egy 2015-ös felmérés alapján Norvégia a GHB használatának előző éves prevalenciáját 0,1%-ra tette a felnőttek (16–64 évesek) körében. 2015-ben a ketamin, a popperek (alkil-nitritek) és a GHB előző éves prevalenciáját a fiatal felnőttek (15–34) körében 0,6%-ra becsülték a Cseh Köztársaságban és az Egyesült Királyságban.

Az LSD és a hallucinogén gombák használatának összesített előfordulása Európában évek óta alacsony és egy szinten áll. A fiatal felnőttek (15–34) körében az országos felmérések mindkét szerre nézve 1% alatti előző éves prevalenciáról számoltak be, kivéve Hollandiát (1,1%) és a Cseh Köztársaságot (2,2%) a hallucinogén gombák esetében 2015-ben, illetve Finnországot, ahol az LSD prevalenciája 2014-ben 1,3% volt.

Az új pszichoaktív anyagok használata: a normál népességben alacsony

Több ország is felvette az új pszichoaktív anyagokat a normálpopulációs felméréseibe, bár az eltérő módszerek és felmérési kérdések határt szabnak az országok közötti összehasonlításnak. 2011 óta 11 európai ország között becsülték az új pszichoaktív szerek használatáról (nem beleértve a ketamint és a GHB-t). A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az ilyen szerek használatának előző éves prevalenciája az Ausztriában mért 0,3%-tól a Cseh Köztársaságban és Írországban látott 1,6%-ig terjedt.

Az Egyesült Királyságból (Anglia és Wales) a mefedron használatáról is vannak felmérési adatok. A legfrissebb felmérés alapján (2015/16) ennek a kábítószernek az előző évi használatát a 16–34 évesek körében 0,5%-ra becsülték; ez a 2014/15-ös 1,1%-hoz képest csökkenést jelent.

A felmérések egy kis részében a szintetikus kannabinoidokra vonatkozó kérdések is szerepeltek. A szintetikus kannabinoidok előző évi használatát a 15–34 évesek körében 2015-ben Lettországból 1,5%-ra, Szlovákiában 0,4%-ra becsülték, Finnországban pedig 2014-ben 0,1%-ra tették. Franciaországban szintén 2014-ben úgy becsülték, hogy a 18–34 évesek 4%-a használt már szintetikus kannabinoidokat.

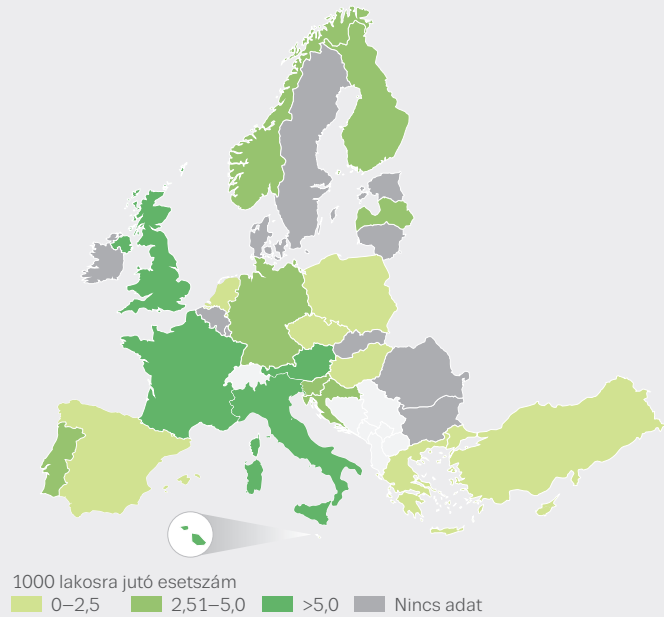
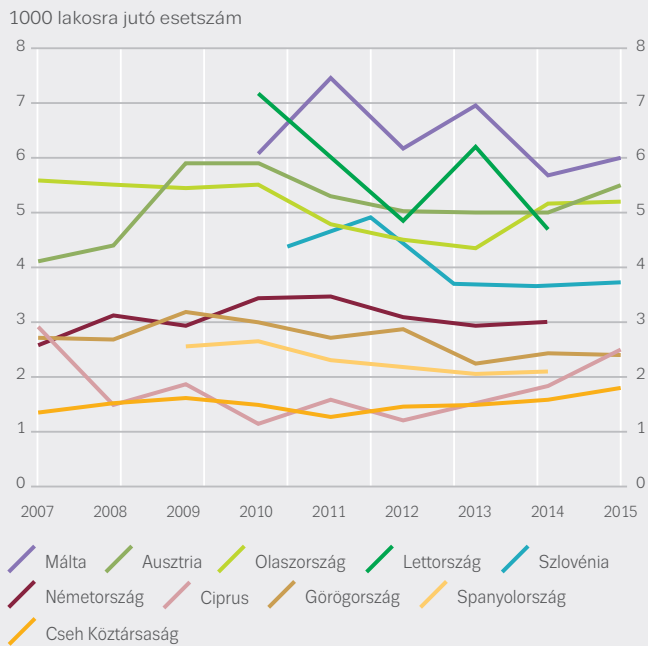
Új pszichoaktív anyagok: nagy kockázatú szerhasználat a marginalizálódott populációkban

Az EMCDDA 2016-ban vizsgálta az új pszichoaktív anyagok használatát a nagy kockázatú szerhasználók körében. A vizsgálat azt állapította meg, hogy bár a fogyasztási szintek Európában összességében alacsonyak, a használati minták problémák sokaságával függenek össze. Az európai országok többsége (22) jelezte az új pszichoaktív anyagok bizonyos mértékű használatát a nagy kockázatú szerhasználói csoportokban, bár a szélesebb körű használat az opioidok és stimulánsok intravénás használói között Magyarországra és az Egyesült Királyság egyes részeire korlátozódott. A szintetikus katinonok injektálásáról az országok feléből (15) számoltak be, de gyakran országonként változott, hogy melyik anyagot használják; az Egyesült Királyságban például a mefedront, Finnországban az alpha-PVP-t, Magyarországon a pentedront és Szlovéniában a 3-MMC-t. A szintetikus kannabinoidok szívását a marginalizálódott populációkban – köztük a hajléktalanok és fogvatartottak között – az európai országok nagyjából kétharmada jelölte meg újonnan megjelent problémaként.

Az új pszichoaktív anyagok használatával összefüggő problémák miatt Európában egyelőre kevesen jelentkeznek kezelésre, bár ezen a területen valószínű a ténylegesnél alacsonyabb bejelentett esetszám. 2015-ben körülbelül 3200 kliens avagy a kábítószer miatt kezelésre jelentkezők 1%-a számolt be ezekkel az anyagokkal kapcsolatos problémákról. Az Egyesült Királyságban nagyjából 1500 kezelésre jelentkező (avagy az összes kábítószer-használó kliens 1%-a) jelezte a szintetikus katinonok elsődleges használatát; Magyarországról és Romániából szintén viszonylag nagy számban jelentették az új pszichoaktív anyagok használóinak megjelenését a kezeléseken.

2.10. ÁBRA

Országos becslések a magas kockázatú opioidhasználat éves prevalenciájáról: kiválasztott tendenciák és a legfrissebb adatok



Nagy kockázatú opioidhasználók: még mindig dominál a heroin

A tiltott opioidok közül Európában leginkább a heroin használatos, amely füstöléssel, szippantással vagy injektálva fogyasztható. Egy sor szintetikus opioiddal is visszaélnek, ilyen például a metadon, a buprenorfin és a fentanil.

A heroinfüggőség Európában több hullámban jelentkezett. Az első hullám több nyugati országot érintett az 1970-es évek közepétől kezdve, a második hullám pedig más országokban, főleg a közép- és kelet-európai térségben jelent meg az 1990-es évek közepétől a végéig. Az utóbbin években felismerték, hogy a nagy kockázatú opioidhasználóknak van egy öregedő kohorsza, akik valószínűleg már kapcsolatba kerültek a helyettesítő kezelést nyújtó szolgálatokkal.

A felnőttek (15–64 évesek) körében az uniós népesség 0,4%-ára becsülik a magas kockázatú opioidhasználat átlagos előfordulási gyakoriságát, ami Európában 2015-ben 1,3 millió magas kockázatú opioidhasználót jelentett. A magas kockázatú opioidhasználat előfordulási gyakoriságára vonatkozó országos becslések 1000 főre jutó 1-nél kevesebb és 8-nál több közé teszik az esetek számát a 15–64 éves népességben (2.10. ábra). Az Európai Unióban a nagy kockázatú opioidhasználók becsült számának háromnegyedét (76%) öt ország adja (Németország, Spanyolország, Franciaország, Olaszország, Egyesült Királyság). Azon 10 ország közül, amely 2007 és

2015 között többször készített becslést a magas kockázatú opioidhasználatról, Spanyolország mutat statisztikailag szignifikáns csökkenést (2.10. ábra).

2015-ben az Európában kezelésre jelentkezők közül 191 000 kliens nevezte meg elsődleges szerként az opioidokat, akik közül 37 000-en első alkalommal jelentkeztek kezelésre. Az első kezelésükre jelentkező elsődleges opioidhasználók 79%-át az elsődleges heroinhasználók tették ki.

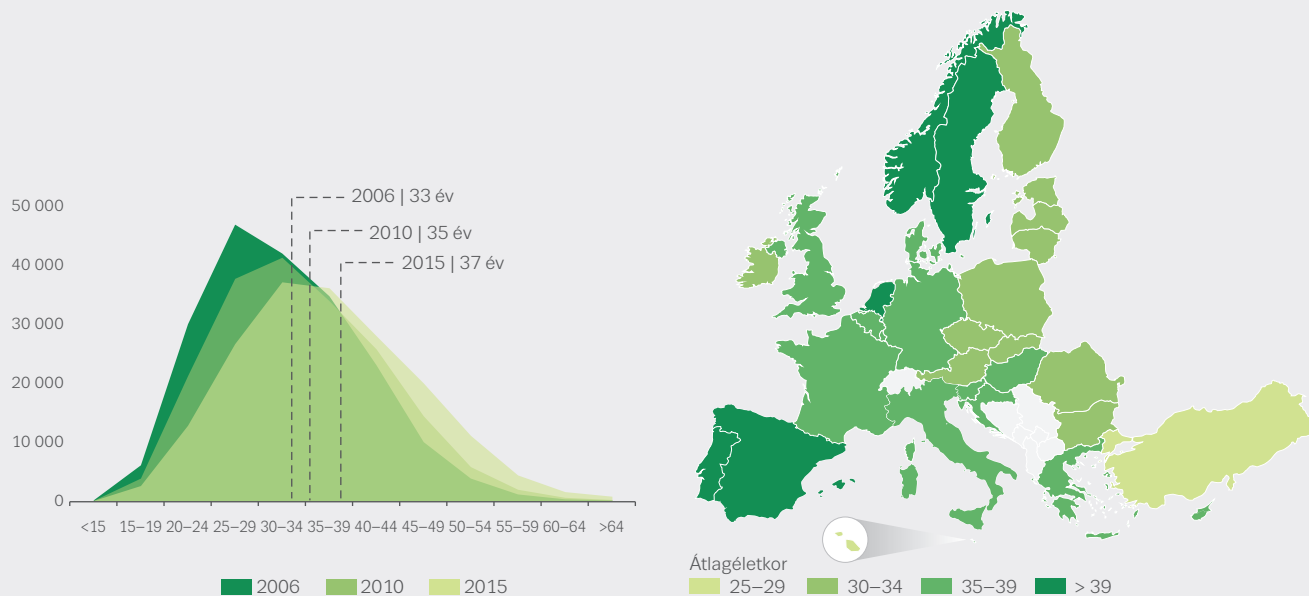
Öregszik az opioidhasználók populációja

Az új heroinhasználó kliensek száma a 2007-es 56 000 fős csúcsról 2013-ban kevesebb mint felére, 23 000-re esett vissza, majd 2015-ben 29 000-re nőtt. A közelmúltban történt növekedés sok országban érzékelhető, ugyanakkor az értelmezésekor nem árt az óvatosság, mivel az országos bejelentési rend változásai az uniós összesítést is befolyásolhatják.

Az Európában élő, jellemzően politoxikomán múlttal rendelkező hosszú távú opioidhasználók közül sokan ma már a negyvenes-ötvenes éveikben járnak. Az opioidhasználattal kapcsolatos problémák miatt kezelésre jelentkezők átlagéletkora 2006 és 2015 között 4 évvel emelkedett (lásd 2.11. ábra). Ugyanebben az időszakban a kábítószer okozta (többnyire opioidokhoz köthető) halálesetknél az átlagéletkor 5,5 évvel nőtt. Az intravénás szerhasználói múlt és a rossz egészségi állapot, a rossz

2.11. ÁBRA

A kezelésre jelentkező, elsődleges szerként opioidokat használó kliensek korszakukat átalakulása (balra) és átlagéletkoruk országok szerint (jobbra)

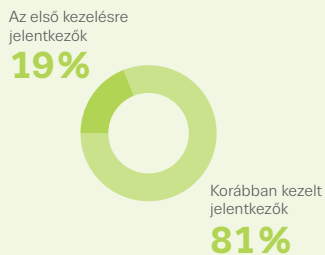
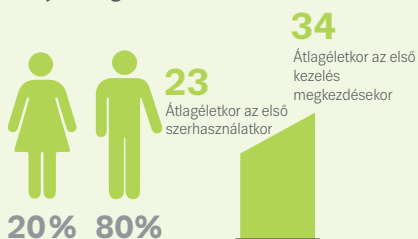


életkörülmények, a dohányzás és az alkoholfogyasztás együttesen krónikus egészségügyi problémák egész sorára, köztük szív-érrendszeri és tüdőbetegségekre hajlamosítják ezeket a szerhasználókat. A hosszú távú opioidhasználók krónikus fájdalmakról is beszámoltak, a hepatitis C vírussal való krónikus fertőzöttség miatt pedig a cirrózis és más májproblémák fokozott veszélyének vannak

kitéve. A sokéves politoxikománia, túladagolás és fertőzések halmozott hatásai felgyorsítják e szerhasználók fizikai öregedését, ami a kezelési és szociális támogató szolgálatok, illetve a kábítószerrel összefüggő halálesetek megelőzése szempontjából számottevő következményekkel jár.

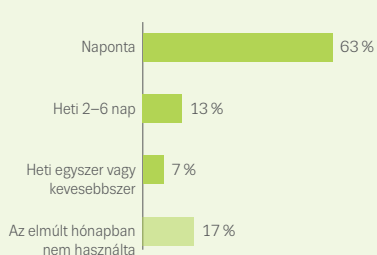
A KEZELÉSRE JELENTKEZŐ HEROINHASZNÁLÓK

Tulajdonságok

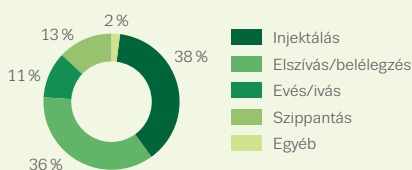


Használat gyakorisága az előző hónapban

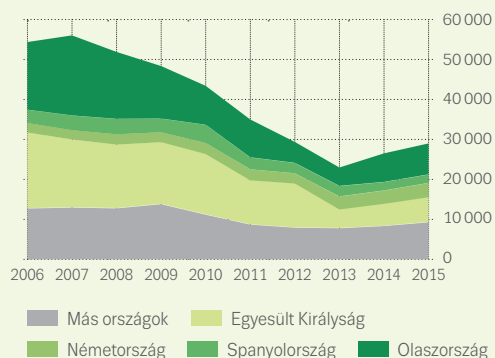
Átlagos szerhasználat heti 6 nap



Alkalmazási mód



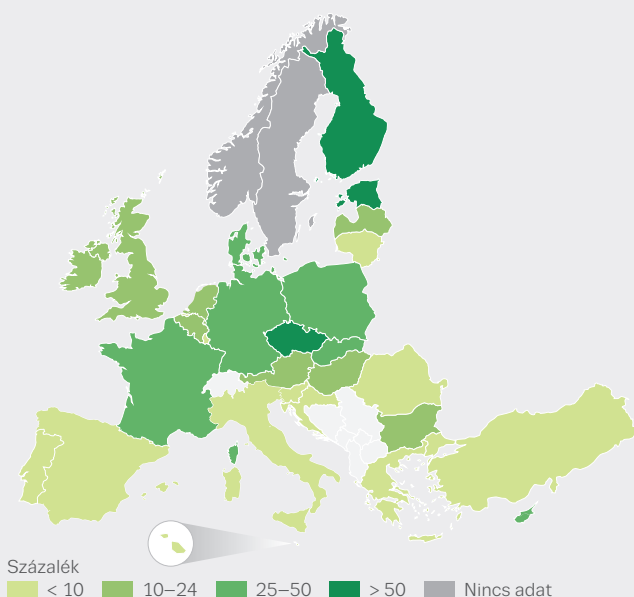
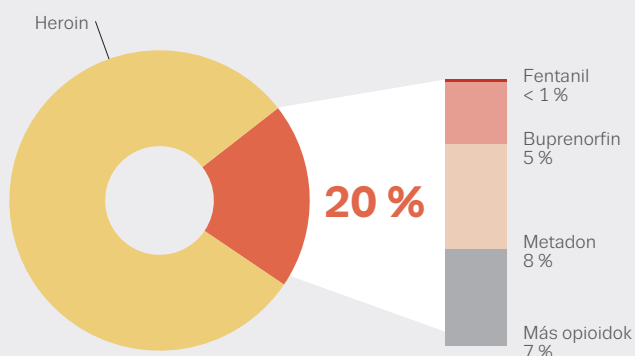
Az első kezelést megkezdők számának alakulása



Megjegyzés: A tulajdonságok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki a heroint nevezte meg elsődleges kábítószerként. Az első kezelést megkezdők számának alakulása 23 ország adatain alapul. Az országos szintű adatáramlásban bekövetkezett változások miatt 2014 óta az Olaszországra vonatkozó adatokat nem lehet összehasonlítani az előző évekkel.

2.12. ÁBRA

Azok a kezelésre jelentkezők, akik elsődleges kábítószerként az opioidokat nevezték meg: opioid típusa szerint (balra) és a herointól eltérő opioidokat megnevezők százalékában (jobbra)



Szintetikus opioidok: egyre inkább jelen vannak a nagy kockázatú opioidhasználatban

Bár továbbra is a heroin a leggyakrabban használt opioid, több forrás utal arra, hogy a legális szintetikus opioidokkal (például metadon, buprenorfin, fentanil) egyre többször élnek vissza. 2015-ben 17 európai országból jelezték, hogy az erre szakosodott szolgálatoknál jelentkező opioidhasználó kliensek több mint 10%-át elsősorban a herointól eltérő opioidokkal összefüggő problémák miatt kezelték (2.12. ábra). A kezelésre jelentkezők által megnevezett opioidok közé tartozik a metadon, a buprenorfin, a fentanil, a kodein, a morfin, a tramadol és az oxikodon. Néhány országban a kezelésre jelentkezők körében a herointól eltérő opioidok jelentik az opioidhasználat leggyakoribb formáját. Észtországban az elsődleges kábítószerként használt opioidok miatt kezelésre jelentkezők többsége fentanilt használ, Finnországban pedig az opioidok közül leggyakrabban a buprenorfinnal élnek vissza. Bár a Cseh Köztársaságban a heroin a leggyakoribb elsődlegesen használt opioid, az opioidokhoz köthető problémák miatt kezelésre jelentkezők több mint fele más opioidokat használ.

Intravénás kábítószer-használat: a kezelésre újonnan jelentkezők között soha nem volt ilyen alacsony szintű

Az intravénás szerhasználat leggyakrabban az opioidokkal függ össze, bár néhány országban a stimulánsok, például az amfetaminszármazékok vagy a kokain injekciója jelent problémát.

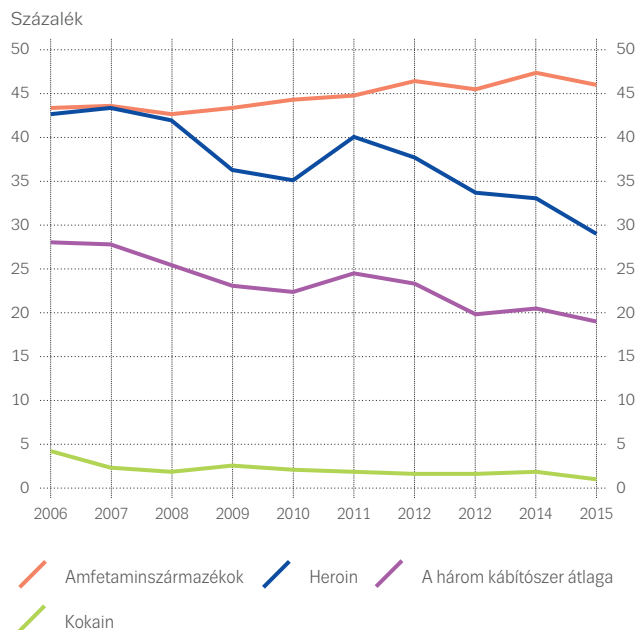
Az intravénás kábítószer-használatról 2012 óta csak 12 ország rendelkezik becslésekkel, ahol ezek a 15–64 éves népességben belül 1000 főre jutó kevesebb mint 1 eset és 9 eset között mozognak.

Az elsődleges kábítószerként heroint használó, 2015-ben első alkalommal kezelésbe lépő kliensek körében a 2006-os 43%-hoz képest már csak 29% nevezte fő beviteli módnak az injekciót (2.13. ábra). Az injekció előfordulása ebben a csoportban országonként változik, a spanyolországi 8%-tól egészen a lettországi, litvániai és romániai 90% feletti arányig. Az injekciót az elsődleges szerként amfetaminszármazékokat használó, első kezelésükre jelentkező kliensek 46%-a nevezte fő alkalmazási módnak – ez 2006 óta kismértékben nőtt –, az első kezelésükre jelentkező kokainhasználók közül pedig 1%. A három legfontosabb, intravénásan használt kábítószerrel együttvéve az első kezelést megkezdők körében Európában az injekció mint fő beviteli mód a 2006-os 28%-ról 2015-ben 19%-ra csökkent.

2.13. ÁBRA

Bár nem elterjedt jelenség, bizonyos populációkból továbbra is jelezték a szintetikus katinonok injektálását, köztük az intravénás opioidhasználók és néhány országban a kezelés alatt álló kliensek körében. Az EMCDDA egy közelmúltbeli tanulmányában 10 ország számolt be a szintetikus katinonok injektálásáról (gyakran más stimulánsokkal és GHB-val) a más férfiakkal szexuális kapcsolatot létesítő férfiak kis csoportjai körében zajló szexpartikkal összefüggésben.

Az első kezelésükre jelentkező, az elsődlegesen használt kábítószer fő beviteli módjának az injektálást megjelölő kliensek számának alakulása



**A legális szintetikus
opioidokkal egyre többször
élnek vissza**

BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2017

High-risk drug use and new psychoactive substances, Rapid communications.

Country Drug Reports 2017.

2016

Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study, Perspectives on Drugs.

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

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

2015

Misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users, Perspectives on Drugs.

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on Drugs.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspectives on Drugs.

2012

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, Manuals.

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

Az EMCDDA és az ESPAD közös kiadványai

2016

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

Valamennyi kiadvány elérhető a

www.emcdda.europa.eu/publications weboldalon.

3

**A tiltott kábítószeresek használatához
krónikus és akut egészségügyi
problémák kapcsolódnak**

Kábítószerrel összefüggő ártalmak és válaszlépések

Ismert tény, hogy a tiltott kábítószer-használat hozzájárul a betegségek okozta globális terhekhez. A tiltott kábítószeres használatához krónikus és akut egészségügyi problémák kapcsolódnak, és ezeket különböző tényezők súlyosbítják, többek között a szerek tulajdonságai, a beviteli mód, az egyéni kiszolgáltatottság és a drogfogyasztás társadalmi közege. A krónikus problémák közé tartozik a függőség és a kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek, de emellett egész sor akut ártalom létezik, és közülük a kábítószer-túladagolás a legjobban dokumentált. Bár az opioidok használata viszonylag ritka, még mindig ezekhez a kábítószereshez köthető a legtöbb megbetegedés és halálozás. Az intravénás kábítószer-használat növeli a kockázatokat. Jóllehet a kannabiszhasználattal összefüggő egészségügyi probléma egyértelműen kevesebb, a kannabisz használatának magas előfordulási aránya következményekkel járhat a közegészségügyre nézve. A szerhasználók számára manapság hozzáférhető anyagok tartalmának és tisztaságának változatossága növeli a

potenciális ártalmakat, és a kábítószerrel kapcsolatos válaszlépések szempontjából bonyolultabbá teszi a közeget.

A drogproblémákkal szembeni hatékony, tényeken alapuló válaszlépések megtervezése és kivitelezése központi téma az európai drogpolitikában, és különféle intézkedésekkel jár együtt. A prevenció és a korai beavatkozási módszerek célja a kábítószer-használat és a kapcsolódó problémák megelőzése, míg a kezelés – beleértve a pszichoszociális és a farmakológiai megközelítéseket is – a függőségre adott elsődleges válaszlépésnek tekintendő. A fő beavatkozások némelyikét, például az opioidhelyettesítő kezelést és a túlcseré programokat részben az intravénás opioidhasználatra és a kapcsolódó problémákra, különösen a fertőző betegségek terjedésére és a túladagolások halálesetekre adott válaszlépésként dolgozták ki.

A kábítószeresekkel összefüggő ártalmak és válaszlépések megfigyelése

A kábítószer-használatra és az azzal összefüggő ártalmakra adott egészségügyi és szociális válaszlépésekről, ezen belül a drogstratégiákról és a kábítószerrel összefüggő közkiadásokról 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.

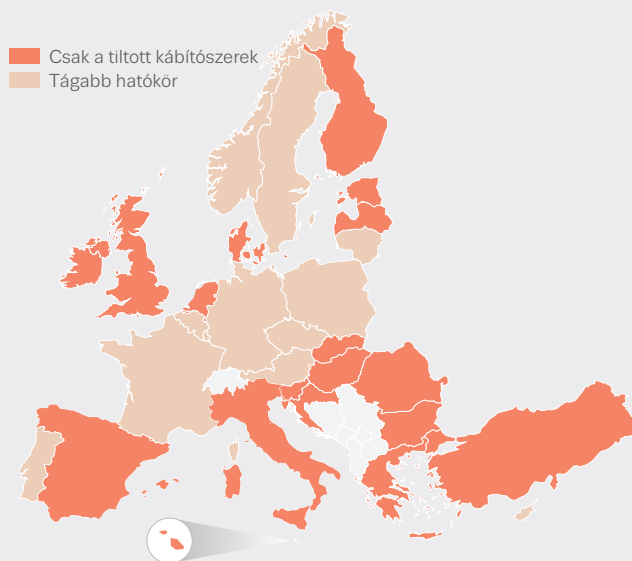
A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek és a kábítószerhez köthető halálozás és megbetegedések azok a legfőbb egészségügyi ártalmak, amelyeket az EMCDDA rendszeresen figyelemmel kísér. Ezeket a kábítószer-használattal összefüggő, sürgős kórházi felvételekről korlátozottabb mértékben rendelkezésre álló adatok és az EU új pszichoaktív szerekkel összefüggő ártalmakat nyomon követő korai előrejelző rendszeréből származó adatok egészítik ki. Az interneten további információk találhatóak a fő epidemiológiai mutatók, a statisztikai közlöny és az [Action on new drugs](#) oldalon.

Drogstratégiák: a válaszlépések koordinálása

A nemzeti drogstratégiák olyan, az európai országokban általánosan használt tervezési és koordinációs eszközök, amelyekben meghatározzák a kábítószer-problémákkal összefüggő különféle egészségügyi, szociális és biztonsági kihívásokra adott válaszaikat. Ezek a dokumentumok rendszerint általános elveket, célkitűzéseket és prioritásokat fogalmaznak meg, de emellett kijelölik a válaszlépéseket és a végrehajtásért felelős személyeket is. Dániában a nemzeti drogpolitikát stratégiai dokumentumok, jogszabályok és konkrét intézkedések egész sorában fogalmazták meg, az összes többi országnak viszont van egy külön drogstratégiai dokumentuma. A drogstratégia 18 országban elsősorban a tiltott kábítószerre helyezi a hangsúlyt. A több 12 országban tágabb a hatóköre, így más addiktív anyagokat és magatartásformákat is figyelembe vesz. Az Egyesült Királyságon belül Wales és Észak-Írország decentralizált igazgatóságainak is átfogó stratégiai dokumentuma van. Ha ezt a két dokumentumot is beleszámítjuk, a tiltott kábítószerrel tágabb értelemben foglalkozó stratégiák teljes száma 14-re emelkedik (lásd 3.1. ábra). Ezek az átfogó dokumentumok elsősorban a tiltott kábítószerrel foglalkoznak, és nagy különbségek vannak azon a téren, hogy más szereket és függőségeket hogyan vesznek figyelembe. Az alkohollal mind a 14 dokumentum foglalkozik, emellett 9 a dohányzással, 8 a gyógyszerekkel, 3 a sportban használt doppingszerekkel (pl. teljesítménynövelő gyógyszerek) és 7 az addiktív magatartásformákkal (pl. szerencsejáték) is. A nemzeti drogstratégiák támogatják az uniós drogellenes stratégiában (2013–2020) és cselekvési tervekben (2013–2016 és 2017–2020) előírányozott kiegyensúlyozott megközelítést, amelynek értelmében egyforma hangsúlyt helyeznek a keresletcsökkentésre és a kínálatcsökkentésre.

3.1. ÁBRA

A nemzeti drogstratégiai dokumentumok hatóköre: csak a tiltott kábítószer vagy tágabb



Megjegyzés: A tágabb hatókörű stratégiákba például a legális gyógyszerek és más függőségek is beletartoznak. Az Egyesült Királyságnak a tiltott kábítószerre vonatkozó stratégiája van, ezzel szemben Walesben és Észak-Írországban az alkoholra is kiterjedő, átfogó stratégiai dokumentum van érvényben.

Az uniós tagállamok körében mára már bevett gyakorlat lett a nemzeti drogstratégiák értékelése. Az értékelés célja általában az, hogy felmérje, mennyiben sikerült megvalósítani a stratégiát, és milyen változások történtek a kábítószerhelyzetben. 2016-ban 10 többszempontú értékelésről, 10 végrehajtást ellenőrző felülvizsgálatról és 4 témaspecifikus értékelésről számoltak be a közelmúltból, 6 ország pedig más módszereket alkalmazott, például a mutatók felmérésének és a kutatási projekteknek a keverékét. Ahogy az országok egy részében bővítik a drogellenes stratégiát, hogy más szerekre és függő magatartásformákra is kiterjedjen, egyre nagyobb nehézségekkel járhat az ilyen politikai dokumentumok ellenőrzésére és értékelésére szolgáló módszerek és mutatók kidolgozása.

Kábítószerrel összefüggő válaszlelépek: az intézkedések költségei

A kábítószerrel összefüggő intézkedések költségeinek megismerése a szakpolitikai értékelés fontos aspektusa. Európában a kábítószerrel összefüggő közkiadásokról helyi és országos szinten rendelkezésre álló információk továbbra is ritkák és sokfélék. Az elmúlt 10 évben becsléseket készítő 23 országban a kábítószerrel összefüggő közkiadásokat a bruttó hazai termék (GDP) 0,01%-a és 0,5%-a közé becsülték.

A teljes drogellenes költségvetésen belül a keresletcsökkentésre fordított hányad országonként nagyon eltérően alakult, a kábítószerrel összefüggő közkiadások 23% és 83% közötti részét tette ki. Bár a különbségek részben a különböző politikai választási lehetőségekből és az állami szolgáltatások szervezéséből erednek, a becslések teljességének ugyancsak nagy hatása van. A jelenlegi becslések szerint a keresletcsökkentésre fordított kiadások nagy részét a kábítószer-használók kezelése és más egészségügyi költségek teszik ki. A kábítószer-használók kezelésére fordított kiadások ellenőrzése még mindig a legfejlettebb terület, módszertani fejlesztésekre így is szükség lenne.

A drogproblémával szembeni válaszlelépekre fordított közkiadások csak egy részét jelentik a tiltott kábítószerekkel összefüggésben a társadalomra háruló tehernek. Ehhez hozzá lehet adni az egyén által viselt költségeket, például az orvosi ellátáshoz való magán hozzájárulást, illetve a társadalom külső költségeit, amilyen a termelékenység elvesztése és a kábítószer-használattal összefüggő idő előtti halálozásból és betegségekből eredő pénzügyi költségek. Az ilyen, tágabb értelemben társadalmi költségek felmérése lehetővé teheti az erőforrások célirányosabb felhasználását. Azokban az európai országokban, ahol ez az információ elérhető, a tiltott kábítószerek társadalmi költségeit a GDP 0,1%-a és 2%-a közé becsülték.

Keresletcsökkentés: európai szabványok

A kábítószerek iránti kereslet csökkentésére vonatkozó minőségi szabványokat európai és országos szinten egyre inkább elismerik a tényeken alapuló beavatkozások végrehajtásának eszközeiként. Az EU Miniszterek Tanácsa 2015-ben 16 minőségi minimumszabványt fogadott el a kábítószerek iránti kereslet csökkentése területén az Európai Unióban, és szorgalmazta, hogy az országok építsék be ezeket a saját drogpolitikájukba. Az európai minőségi szabványok a prevencióra, kezelésre, ártalomcsökkentésre és társadalmi reintegrációra vonatkozó, óhajtó kijelentéseket fogalmazzák meg. Ezek a szabványok a beavatkozás minőségét konkrét mérőszámokhoz kötik, ideértve a személyzet megfelelő képzését és a tényeken alapuló beavatkozások biztosítását, és olyan elveket fogalmazzák meg, mint az egyéni szükségletek és az etikai normák tiszteletben tartása. Ugyancsak hangsúlyozzák annak fontosságát, hogy az összes érdekelt fél, köztük a civil társadalom is részt vegyen a beavatkozások végrehajtásában és értékelésében.

Az EMCDDA adatgyűjtéséből kitűnik, hogy az európai országok többségében már vannak minőségi szabványok, máshol pedig folyamatban van ezek kidolgozása. A minőségi szabványok bevezetése különböző módokon történik. Néhány országban a szabványokat a szolgáltatásnyújtáshoz kapcsolják, és a szolgáltatás értékelésére használják. A szabványok emellett követelményként szolgálnak a szolgáltatási szerződésekért folyó versenyben való részvételhez, és eszközt biztosítanak a szolgáltatási szint önértékeléséhez is.

Prevenció: rendszerszintű megközelítés

A kábítószer-használat és a kábítószerrel összefüggő problémák megelőzése a fiatalok körében a módszerek széles körét fogja össze. A környezeti és az általános módszer 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.

**Az európai országok
többségében már
vannak minőségi
szabványok**

Az európai országok között sok a különbség a tekintetben, hogyan foglalkoznak a prevencióval: egy részük jellemzően a szélesebb körű, közösségi alapú és környezeti módszereket alkalmazza (pl. az alkohol és az éjszakai élet szabályozása), mások elsősorban kézikönyveken alapuló programokat használnak. A kézikönyv alapú prevenciós programok alkalmazására jellemző a szigorúan meghatározott tartalom és lebonyolítás, de ezek hatékony módszert jelenthetnek arra, hogy nagy létszámú populációt érjenek el tényeken alapuló beavatkozásokkal. Az ilyen programokról 6 tagállam nyilatkozta, hogy központi szerepet játszanak a nemzeti megelőzési módszerekben.

Más országok a prevenciós beavatkozásaik tágabb, rendszerszintű megközelítését részesítették előnyben, hogy ne csak az egyéni programok legyenek a középpontban, hanem olyan tényezők is, mint a lebonyolítási módok, a beavatkozások közötti kölcsönhatás és a társadalmi és politikai közeg. Ennek egyik példája a „Communities That Care” (törődő közösségek) módszer, amelyet eddig 5 uniós országban vezettek be. Ez az Egyesült Államokban kidolgozott módszer azon az előfeltevésen alapul, hogy a fiatalok körében úgy lehet csökkenteni az egészségügyi és magatartási problémák előfordulási gyakoriságát, ha megkeresik a kockázati és védő tényezőket, és kiválasztják az ezeket megcélzó korai beavatkozásokat. Nemrégiben egy szisztematikus felülvizsgálat az amerikai vizsgálatokban talált némi pozitív bizonyítékot a Communities That Care módszer mint drogprevenciós kezdeményezés hatékonyságára, de az európai közegben még értékelni kell.

| A kiszolgáltatottság és a kockázat kezelése

A kiszolgáltatott csoportoknak szóló célzott prevenciós válaszleptéseket az európai országokban olyan beavatkozások révén valósítják meg, amelyek egyszerre foglalkoznak az egyén magatartásával és a társadalmi közeggel. Az ilyen módszerek helyi szinten több szolgáltatót és érdekelt felet összefoghatnak (pl. szociális, család- és ifjúságvédelem és a rendőrség), és a skandináv országokban és Írországban, valamint Spanyolország és Olaszország egyes részein gyakoriak. A célcsoportot leggyakrabban a fiatalokú elkövetők, a tanulási és szociális problémákkal küzdő diákok és az intézményi gondozásban élő fiatalok alkotják. Keveset tudunk az ilyen prevenciós stratégiák tényleges tartalmáról és értékeléséről. A szakértői vélemények adatai azonban arra utalnak, hogy a leggyakrabban alkalmazott célzott prevenciós intézkedések a tájékoztatáson alapulnak.

Néhány országban a veszélyeztetett környékekre kidolgozott prevenciós megközelítéseket vezettek be, olyan új módszerek segítségével, mint a városi tér áttervezése és a beavatkozások fontossági sorrendjét alátámasztó kockázati térképek. A beavatkozások e típusai a jelentések szerint leggyakrabban Európa északi és nyugati részén fordulnak elő (lásd 3.2. ábra), olyan megközelítéseket pedig, amelyek hatékonyságára érdemi bizonyítékok vannak (normatív és környezeti), csak az országok alig több mint egynegyedében hajtanak végre.

A javallott prevenció a veszélyeztetett személyeket veszi célba. Ez a beavatkozástípus Európában csak korlátozottan jelenik meg, mindössze 4 ország számolt be arról, hogy a rászoruló többség számára javallott prevenciós programok állnak rendelkezésre.

| Rövid beavatkozások

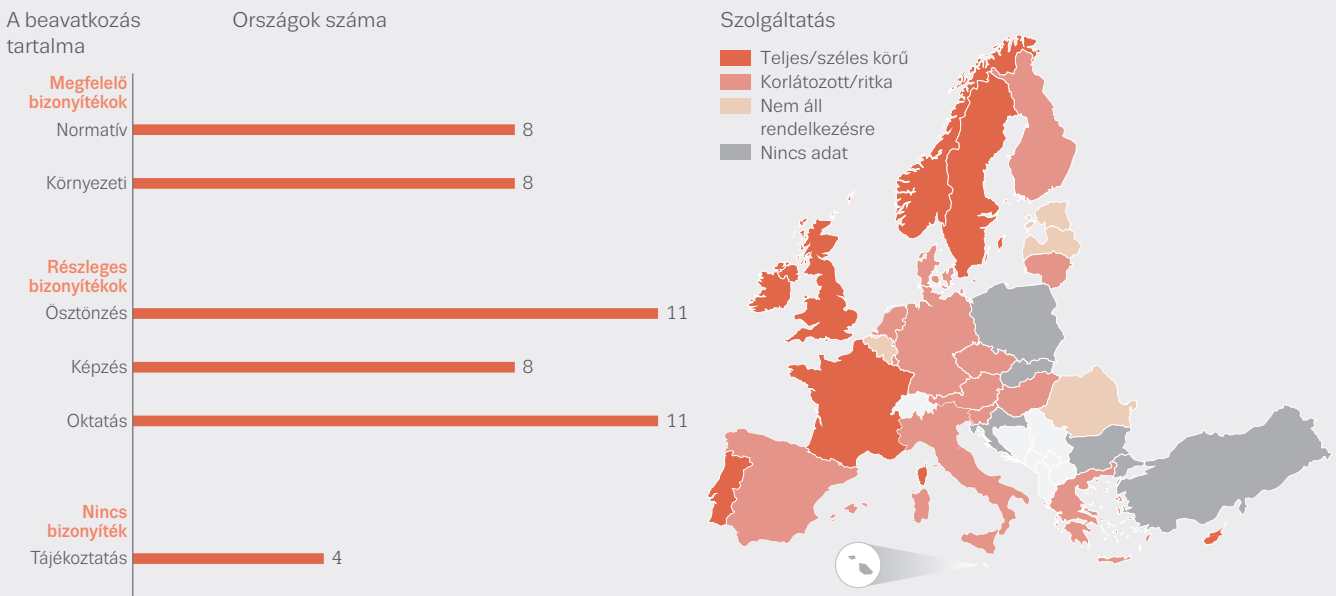
A rövid beavatkozások arra szolgálnak, hogy megelőzzék vagy késleltessék a szerhasználatot, csökkentsék az intenzitását vagy megakadályozzák, hogy problémás használatú váljon. Ezek az időben behatárolt beavatkozások a prevenció és a kezelés közötti szürke zónában működnek, és jellemzően fiatalokat vagy a szerhasználati problémák veszélyének kitett embereket szólítanak meg. Ezeket különféle egészségügyi és szociális szakemberek végezhetik, köztük háziorvosok, tanácsadók, ifjúságsegítők és rendőrök, és gyakran a motivációs interjú elemeit is beépítik.

Az aktuális adatok azt jelzik, hogy a rövid beavatkozásokat Európában nem alkalmazzák széles körben, mindössze 3 ország számolt be az ilyen beavatkozások teljes és széles körű iskolai alkalmazásáról, 2 országban pedig az alacsonyküszöbű szolgálatoknál érték el ezt a szintet.

A rövid beavatkozásokra jellemző a viszonylag alacsony költség és az, hogy rövid felkészítés után szakemberek széles köre végezheti, különféle közegekben. A több országban végrehajtott rövid beavatkozásra példa az eSBIRT, amely a sürgősségi osztályokon nyújt rövid beavatkozásokat (Belgium), illetve a Fred, amely a büntetőeljárás kezdeti szakaszában szólítja meg a fiatalokat (Németország, Ciprus, Lengyelország, Románia, Szlovénia). Az EMCDDA egy közelmúltbeli felülvizsgálata mindazonáltal úgy találta, hogy bár vannak a rövid beavatkozások hatékonyságát alátámasztó kutatások, még mindig nem teljes a kép, és többet kellene tudni a végrehajtás mértékéről.

3.2. ÁBRA

Az európai országokban végrehajtott, veszélyeztetett környékeket megcélzó preventív beavatkozások: bizonyítékok és a szolgáltatás szintje



Megjegyzés: Szakértői értékelés alapján.

Beutalás a kezelésre és a tartózkodás hossza

A kábítószer-használók kezelése az elsődleges beavatkozás az olyan személyek esetében, akik a kábítószer-használatukkal összefüggésben problémákat, például függőséget tapasztalnak, ezért kiemelt szakpolitikai cél a megfelelő kezelési szolgálatokhoz való jó hozzáférés biztosítása. Fontos a kezelési eredmények nyomon követése, hogy javítani lehessen a kliensek kezelésben bejárt útján, és a szolgáltatások jobban igazodjanak az érzékelt szükségletekhez.

A kezelésbe vezető leggyakoribb út még mindig az önkéntes jelentkezés. Ez a fajta beutalás, amelybe a családtagok vagy barátok általi beutalás is beletartozik, a 2015-ben Európában kezelésre jelentkező kábítószer-használók nagyjából felénél működött. A kliensek további 25%-át az egészségügyi és szociális szolgálatok utalták be, 15%-ot pedig a büntető igazságszolgáltatási rendszer. Számos ország alkalmaz olyan programokat, amelyeknek az a célja, hogy a kábítószer-bűncselekményt elkövetőket a büntetőjogi rendszerből a kábítószer-használók kezelésére szolgáló programok felé tereljék. Idetartozhat a kezelésben való részvételt elrendelő bírósági végzés vagy a kezeléshez kötött felfüggesztett büntetés; néhány országban a büntető igazságszolgáltatási eljárás korábbi szakaszaiban is van lehetőség az elterelésre. A kannabiszhasználó klienseket 2015-ben legnagyobb valószínűséggel a büntető igazságszolgáltatási rendszerből utalták be; Magyarországon a kannabisz miatti beutalások kb. 80%-a ebből a forrásból származott.

A kliensek kezelésben töltött betegútjára gyakran jellemző a különböző szolgálatok igénybevétele, a kezelés többszöri megkezdése és a változó hosszúságú tartózkodás. A betegutakba betekintést adnak a 7 európai országból 2015-ben kapott kezelési adatok elemzésének eredményei. A megadott évben ezekben az országokban kezelésre jelentkező 400 000 kliens nem egészen 20%-a akkor kezdte meg élete első kezelését; körülbelül 30% visszatért a kezelésre, miután egy korábbi évben már kezelték; nagyjából felük pedig több mint 1 éve folyamatos kezelés alatt állt. A folyamatos kezelés alatt álló kliensek többsége

a 30-as évei végén járó férfi volt, akit több mint 3 éve kezeltek és az opioid, különösen a heroin használatával kapcsolatos problémákkal küzdött.

A kannabiszhasználók kezelése: a módszerek sokasága

A rendszeres, hosszú távú kannabiszhasználat több fizikai és mentális egészségügyi probléma fokozott veszélyével jár együtt, a függőséget is beleértve. A kannabiszproblémákkal küzdő személyeknek sok ország az általános szerhasználati programjaik keretében kínál kezelést, de az országok körülbelül felében kifejezetten a kannabiszhasználóknak szóló kezelési lehetőségeket is kidolgoztak. A kannabiszhasználóknak nyújtott szolgáltatások sokfélék lehetnek, az online végzett rövid beavatkozásoktól a szakosított ellátóhelyeken zajló, hosszabb távú terápiás részvételig. Bár e csoport esetében a kezelés legnagyobb részben közösségi vagy járóbeteg-ellátásban zajlik, a kábítószer-használat miatt speciális fekvőbeteg-kezelésre jelentkezők hozzávetőleg egyötöd része elmondása szerint elsődlegesen kannabiszproblémával küzd.

A kannabiszproblémák kezelése főként pszichoszociális módszereken alapul; a serdülők esetében gyakran családterápiát, a felnőtteknél kognitív viselkedésterápiás beavatkozásokat szoktak alkalmazni. A rendelkezésre álló bizonyítékok alátámasztják a kognitív viselkedésterápia, a motivációs interjú és a viselkedésben elért változásokat jutalmazó módszerek kombinált alkalmazását. A fiatal kannabiszhasználók esetében ezenkívül a többdimenziós családterápia használata mellett is szólnak bizonyítékok. A kannabiszhasználók eléréséhez egyre gyakrabban alkalmazzák az internetes és digitális alapú beavatkozásokat, és az ilyen típusú beavatkozások hatásainak mérésére irányuló vizsgálatok ígéretes előzetes eredményeket mutatnak a szerhasználat szintjének csökkentése és (szükség esetén) a kezelésen való személyes megjelenés elősegítése tekintetében.

Több tanulmány vizsgálja a farmakológiai beavatkozások alkalmazását kannabisz jellegű problémák esetén. Ennek keretében vizsgálják például a THC és szintetikus THC más pszichoaktív gyógyszerekkel, köztük antidepresszánsokkal, szorongásoldó és hangulatstabilizáló gyógyszerekkel kombinált használatának lehetőségét. Az eredmények egyelőre következtelenek, és eddig nem sikerült hatékony farmakológiai módszert találni a kannabiszfüggőség kezelésére.

A kábítószer-használók kezelése többnyire közösségi ellátásban folyik

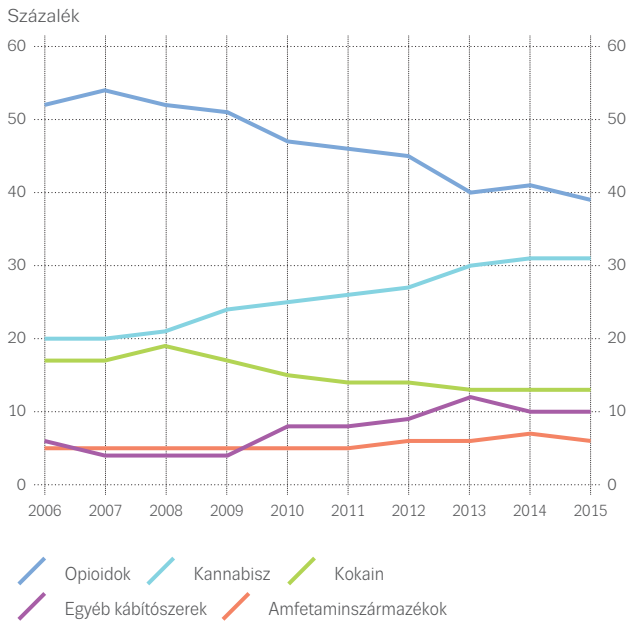
Az Európai Unióban becslések szerint 1,4 millió ember részesült kábítószer-használat miatti kezelésben 2015 folyamán (Norvégiával és Törökországgal együtt 1,6 millió). A kezelés alatt álló kábítószer-fogyasztók legnagyobb csoportját az opioidhasználók jelentik, és a rendelkezésre álló erőforrások legnagyobb 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 (3.3. ábra), ezeknél a klienseknél a jellemző kezelési módot a pszichoszociális beavatkozások képezik. Az országok között azonban nagy különbségek lehetnek: Észtországban az opioidhasználók a kezelésre jelentkezők több mint 90%-át teszik ki, Magyarországon viszont kevesebb mint 5%-át.

Európában a kábítószer-használatból eredő kezelés többnyire járóbeteg-ellátás keretében történik, és a kezelt kábítószer-használók számát tekintve az erre szakosodott járóbeteg-ellátó központok minősülnek a legnagyobb szolgáltatóknak (3.4. ábra). A második helyen az általános egészségügyi ellátóhelyek állnak. Ebbe beletartoznak a háziorvosi rendelők, amelyek néhány nagy országban, például Németországban és Franciaországban fontos szerepet töltenek be az opioidhelyettesítő kezelés felírásában. Másol, például Szlovéniában a mentális egészségügyi ellátóhelyek játszhatnak központi szerepet a járóbeteg-ellátás biztosításában.

A kannabiszhasználóknak nyújtott szolgáltatások sokfélék lehetnek

3.3. ÁBRA

A kezelésre jelentkező kábítószer-használó kliensek százalékos arányának alakulása az elsődleges kábítószer szerint



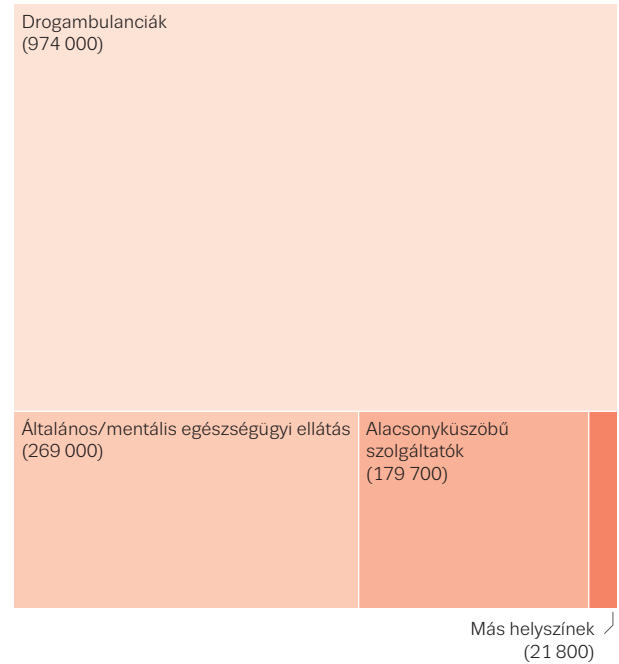
Az európai drogfogysztók kezelésének kisebb része fekvőbeteg-ellátásban, például kórházi fekvőbeteg-ellátónál (pl. pszichiátriai osztályok), terápiás közösségekben és speciális bentlakásos kezelőhelyeken zajlik. Az országos ellátórendszerekben belül a fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátás relatív fontossága országonként nagyon különböző lehet.

Egyre gyakoribb, hogy a különféle kezelési beavatkozásokat online is biztosítják. Az internetes alapú beavatkozásokról 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 drogfogysztókat kezelő szolgáltatókhoz.

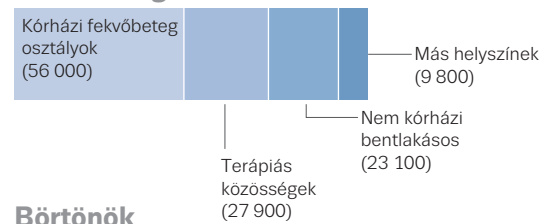
3.4. ÁBRA

Kezelésben részesülő drogfogysztók száma Európában 2015-ben, a kezelés helyszíne szerint

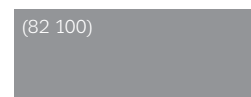
Járóbeteg-ellátás



Fekvőbeteg-ellátás

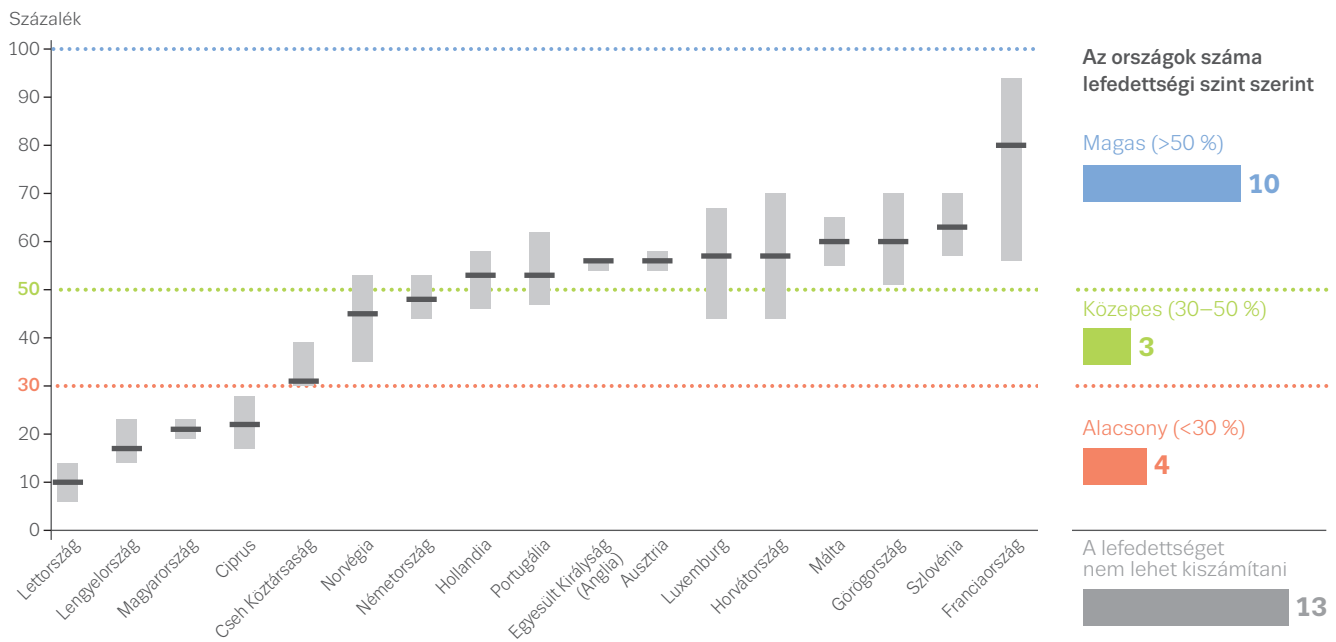


Börtönök



3.5. ÁBRA

Az opioidhelyettesítő kezelés lefedettsége (a beavatkozásban részesülő, nagy kockázatú opioidhasználók becsült százalékos aránya)



Megjegyzés: Az adatok becsült pontokként és bizonytalansági intervallumokként kerülnek bemutatásra.

Helyettesítő kezelés az opioidhasználattal összefüggő problémákra

Az opioidfüggőségre a jellemzően pszichoszociális gondozással kombinált helyettesítő kezelés a leggyakoribb kezelési forma. A rendelkezésre álló bizonyítékok alátámasztják ezt a módszert, mivel a kezelésben való részvétel, a visszaélészerű opioidhasználat, a bevallott kockázati magatartás, a kábítószerrel összefüggő ártalmak és halálozás szempontjából kedvező eredményeket találtak.

Az Európai Unióban 2015-ben becslések szerint 630 000 opioidhasználó részesült helyettesítő kezelésben (Norvégiával és Törökországgal együtt 650 000). A tendencia azt mutatja, hogy a kliensek száma 2010-ig emelkedett, ekkor tetőzött, majd 2015-re 6%-kal csökkent. 2010 és 2015 között 12 országban figyeltek meg csökkenést, ezen belül a legnagyobb (25%-ot meghaladó) arányú csökkenésről Spanyolország, Magyarország, Hollandia és Portugália számolt be. Ezt a visszaesést a kereslethez vagy a szolgáltatáshoz kapcsolódó tényezők indokolhatják, beleértve a krónikus opioidhasználó öregedő populációjának csökkenését vagy egyes országokban a kezelési célok módosítását. Más országok a kezelés jobb lefedettségére törekedve tovább bővítették a szolgáltatást: 2010 és 2015 között 12 ország számolt be növekedésről, köztük Lettország (157%), Finnország (67%) és Görögország (61%).

Ezt a két tendenciát erősítik meg a legfrissebb adatok (2014–15), amelyek szerint 12 ország jelezte a helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek összesített számának növekedését, 9 országból pedig csökkenést jelentettek.

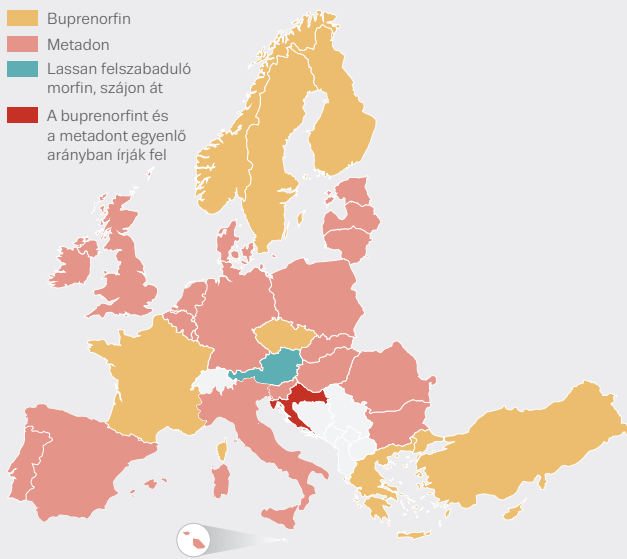
Az Európában élő, nagy kockázatú opioidhasználók aktuális becsült számával való összevetés arra utalhat, az érintettek fele részesül helyettesítő kezelésben, de az országok között vannak különbségek (3.5. ábra). Ezeket a megállapításokat azonban módszertani okokból óvatosan kell értelmezni.

Opioidhelyettesítő gyógyszerként leggyakrabban metadont írnak fel, ezt a szubsztitúciós kliensek nagyjából kétharmada kapja (63%). A kliensek további 35%-át buprenorfinnal kezelik, amely 8 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.

**Opioidhelyettesítő
 gyógyszerként
 leggyakrabban
 metadont írnak fel**

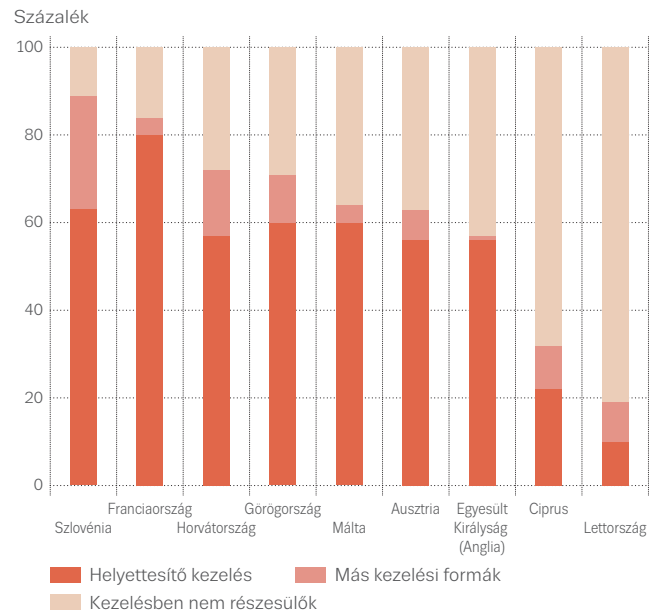
3.6. ÁBRA

A leggyakrabban felírt opioidhelyettesítő gyógyszer



3.7. ÁBRA

A kezelésben részesülő magas kockázatú opioidhasználók százalékos aránya (becslés)



Bár a helyettesítő kezeléshez viszonyítva kevésbé gyakori, az opioidhasználók minden európai országban igénybe vehetnek alternatív kezelési lehetőségeket is. Abban a 9 országban, amelyről rendelkezésre állnak adatok, az összes, kezelés alatt álló opioidhasználó 1–26%-a részesül az opioidhelyettesítést nem alkalmazó beavatkozásokban (3.7. ábra).

Börtönök: kevés a lehetőség a hepatitis C kezelésére

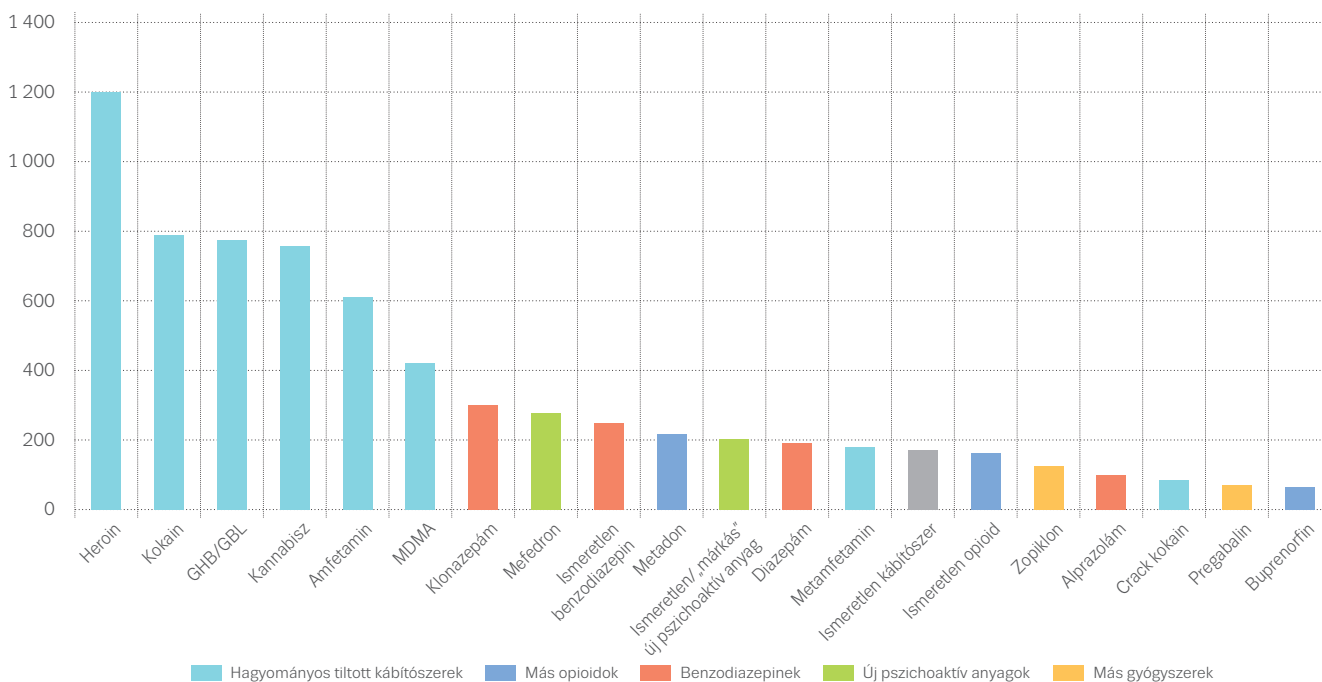
A fogvatartottak körében elmondásuk szerint magasabb a kábítószer-fogyasztás életprevalenciája és ártalmasabb a szerhasználati minták (köztük az injektlás), mint a normál népességnél, ezért a börtönök fontos helyszínt jelentenek a kábítószer elleni beavatkozásokhoz. Sok fogvatartottnak összetett egészségügyi szükségletei vannak, és sok országban a börtönbe való bekerüléskor végzett egészségügyi szűrésnek fontos része a kábítószer-használat és a kábítószerrel kapcsolatos problémák felmérése.

A börtönben végzett egészségügyi beavatkozások végrehajtásának két fontos elve a közösségi ellátással való egyenértékűség és az ellátás folyamatossága a szabadulás után. Az EMCDDA által megfigyelt 30 ország közül 28 jelezte az opioidhelyettesítő kezelés lehetőségét a börtönökben. A detoxifikáció, az egyéni és csoportos tanácsadás és a terápiás közösségek vagy külön fekvőbeteg-osztályok a legtöbb országban rendelkezésre állnak. Több európai partnerségeket alakítottak ki a börtönökben működő egészségügyi szolgálatok és a közösségben működő szolgáltatók között, hogy megkönnyítsék a börtönben végzett egészségügyi felvilágosítást és kezelést, és biztosítsák az ellátás folyamatosságát a bekerülés és a szabadulás után.

3.8. ÁBRA

Az ügyeletes kórházaknál való sürgősségi betegmegjelenések esetében regisztrált 20 legfontosabb kábítószer 2015-ben

Kimutatott kábítószer



Megjegyzés: 9 európai ország 15 ügyeletes kórházából, 5054 sürgősségi betegmegjelenésből származó eredmények.
 Forrás: European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN plus).

A fertőző betegségek (HIV, HBV, HCV) szűrése a legtöbb ország börtöneiben hozzáférhető, bár a hepatitis C kezelését ritkán biztosítják. A hepatitis B elleni oltási programok a jelentések szerint 16 országban működnek. A steril injektáló eszközök biztosítása ritkább, csak 4 országból jelezték tűcsere programok működését ebben a közegben.

Az országok többségében elvégzik a szabadulásra való felkészítést, amelynek része a társadalmi reintegráció. 5 országból számoltak be a kábítószer-túladagolás veszélyét – amely a börtönből való szabadulás utáni időszakban különösen nagy az opioidhasználók körében – megelőző programokról, és ezeknek a képzés és felvilágosítás mellett a szabaduláskor biztosított naloxon is része volt.

Sok fogvatartottnak összetett egészségügyi szükségletei vannak

Kórházi sürgősségi esetek

A kórházi sürgősségi esetekre vonatkozó adatok betekintést adhatnak a kábítószerrel összefüggő akut ártalmakba. Az információt a European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus) szolgáltatja, amely 9 európai ország 15 (ügyeletes) kórházában figyeli a kábítószer-használattal összefüggő kórházi felvételeket. A projekt keretében 2015-ben feljegyzett 5054 betegmegjelenés medián életkora 31 év volt, és többnyire férfiak voltak (77%).

Betegmegjelenésenként átlagosan 1,5 kábítószerrel számoltak be (összesen 7768) (lásd 3.8. ábra). A betegmegjelenések közel kétharmada (65%) a szokásos kábítószeres használatához kapcsolódott, a leggyakrabban heroinhoz, kokainhoz, kannabiszhoz, GHB/GBL-hez, amfetaminhoz és MDMA-hoz; egynegyedében (24%) vényköteles vagy szabadon vásárolható gyógyszerekkel (a leggyakrabban opioidok és benzodiazepinek) való visszaélés történt; 9%-ban pedig új pszichoaktív anyagok voltak jelen (ezek aránya a 2014-es 6%-hoz képest emelkedett). Az új pszichoaktív anyagok miatti betegmegjelenések felében szintetikus katinonokról, 14%-ban szintetikus kannabinoidokról volt szó. A sürgősségi felvételek esetében az érintett kábítószeres helyszínenként eltérőek voltak, ami a használat helyi mintázatait tükrözi. Dublinban (Írország) és Oslóban (Norvégia) például a heroinhoz köthető sürgősségi esetek voltak a leggyakoribbak, Londonban (Egyesült Királyság)

ezzel szemben a GHB/GBL, a kokain és az MDMA dominált a betegmegjelenések között.

Az akut kábítószer-mérgezés miatt jelentkezők többségét (80%) 12 órán belül elbocsátották a kórházból; egy kis részüknél (6%) súlyos, intenzív osztályos ellátást igénylő mérgezés alakult ki, 4%-ukat pedig felvették a pszichiátriai osztályra. A nyilvántartásba vett 17 haláleset nagyjából felében (9) voltak jelen opioidok.

Csak néhány országban működik olyan megfigyelőrendszer, amely lehetővé teszi az akut kábítószer-mérgezések alakulásának országos elemzését. Ezek közül az Egyesült Királyságban növekedett a heroinnal összefüggő akut sürgősségi esetek száma, tovább csökkent viszont a Cseh Köztársaságban és Dániában, ahol a metadonhoz kapcsolódó sürgősségi esetek száma emelkedik. Litvániában 2013 és 2015 között közel kétszeresére nőtt az opioidokhoz köthető sürgősségi esetek száma. Spanyolországban a kábítószerrel összefüggő bejelentett sürgősségi esetek nagyjából felében a kokain volt jelen, és ez a tendencia egy csökkenés után stabilizálódott, a kannabiszhoz kapcsolódó sürgősségi esetek száma ellenben tovább nő. Szlovéniából szintén a kannabiszhoz köthető sürgősségi esetek emelkedő tendenciáját jelentették. Hollandiában a fesztiválok elsősegély állomásain az esetek felében (51%) az MDMA volt jelen, de ennek aránya csökkenőben van. A Cseh Köztársaságban 2014 és 2015 között több mint 50%-kal nőtt az ügyeletes központokban nyilvántartásba vett, metamfetaminhoz kapcsolódó sürgősségi esetek száma.

Új kábítószer: nagy hatóanyag-tartalom és ártalmak

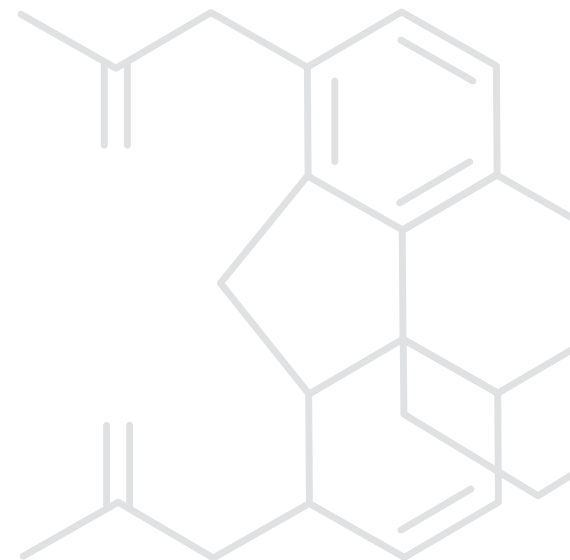
Az új pszichoaktív anyagok, köztük a szintetikus opioidok, a szintetikus kannabinoidok és a szintetikus katinonok különféle súlyos ártalmakat okoznak Európában.

A fentanilok kivételesen erős opioidok, amelyek az európai kábítószerpiacon ugyan kis szerepet játszanak, az egyéni és közegészségre mégis súlyos veszélyt jelentenek. Ez részben a szerhasználók súlyos és halálos kimenetelű mérgezéseinek fokozott veszélyéből ered – ami gyakran járványkitörésként manifesztálódik –, mivel a fentanilok gyors és erőteljes légzési elégtelenséget okoznak. A másik oka, hogy nagyobb a veszélye a véletlen expozíciónak, ami mások megmérgezéséhez vezet; veszélyben lehetnek a szerhasználó családtagjai és barátai, valamint a bűnüldözésben, a sürgősségi ellátásban, az egészségügyben és a laboratóriumokban dolgozók. Bizonyos körülmények között szükség lehet a véletlen expozícióból eredő ártalmak kockázatát csökkentő

védőfelszerelésekre, például az európai határokon működő vámhivatalokban, ahol esetleg kezelni kell az ömlesztett fentanilpor lefoglalását. Arra is vannak bizonyítékok, hogy a fentanilt gyanútlan szerhasználóknak más szokásos tiltott kábítószer vagy hamis fájdalomcsillapító gyanánt adták el, ami egyes szerhasználói csoportokban megnövelhette a súlyos és halálos kimenetelű mérgezés kockázatát. Ilyen körülmények között indokolt lehet a naloxon nevű ellenszer elérhetőségének felmérése. A túladagolás akut veszélye mellett a fentanilok használata esetén nagy a veszélye a rászakásnak és a függőség kialakulásának, ami súlyosbíthatja a nagy kockázatú opioidhasználattal általában együtt járó közegészségügyi és szociális problémákat.

Az EMCDDA és az Europol 2016-ban az EU korai előrejelző rendszerén keresztül kapott jelzések nyomán külön vizsgálatban foglalkozott az akrilfentanillal és a furanilfentanillal. Több mint 50 halálesetről érkezett jelentés, és közülük sok közvetlenül ezeknek az anyagoknak volt tulajdonítható. Az EMCDDA ezenkívül ezekkel és más új fentanilokkal kapcsolatban öt riasztást is kiadott az Európa egész területére kiterjedő hálózatának.

Az új pszichoaktív anyagok különféle súlyos ártalmakat okoznak Európában



Az új anyagok között a szintetikus kannabinoidok alkotják a másik olyan csoportot, amely 2016-ban továbbra is problémákat okozott. Az EMCDDA három anyag — az MDMB-FUBINACA, az MDMB-CHMICA és az 5F-MDMB-PINACA — ügyében adott ki riasztást, 45 súlyos következményekkel járó esemény, köztük 18 haláleset és 27 nem halálos kimenetelű mérgezés alapján. Az EMCDDA ezenkívül elindított egy eljárást, amely az MDMB-CHMICA kockázatértékeléséhez vezetett, ennek pedig végső soron az lett a következménye, hogy az anyagot szerte Európában felügyeleti intézkedések alá vonták (lásd a keretet).

Új kábítószeres: a reagálási képesség javítása

Az új kábítószeresekkel együtt járó ártalmak újfajta kihívások elé állítják az első vonalban dolgozó szakembereket. Az EMCDDA friss elemzése azt állapította meg, hogy a különféle közegekben (kezelés, prevenció és ártalomcsökkentés) dolgozó európai egészségügyi szakemberek mindenekelőtt a korábban megszokott tiltott kábítószeres terén szerzett szakmai tapasztalataikra és az azokkal összefüggésben alkalmazott beavatkozásokra támaszkodnak. Az ilyen beavatkozások közé tartozik az oktatóanyagok terjesztése, a steril injektáló eszközök biztosítása vagy az akut sürgősségi esetek tüneti kezelése. A tényeken alapuló beavatkozásokat gyakran át lehet alakítani, hogy igazodjanak az új pszichoaktív anyagokkal járó konkrét toxicitáshoz, hogy tükrözzék a kockázati csoportok (például szórakozóhelyek közönsége, más férfikkal szexuális kapcsolatot létesítő férfiak) társadalmi-kulturális tulajdonságait vagy reagáljanak a meghatározott kockázati magatartásformákra (pl. a fecskendőkhöz való hozzáférés növelése az injektálás nagy gyakoriságához igazodva). Az elemzésben ugyancsak kiemelték az új kábítószeres elleni válaszlépésekről szóló szakképzés, útmutatás és kompetencianövelő tevékenységek szükségességét.

Különösen nagy kihívást jelent az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatban jelentős ártalmakat tapasztaló, nehezen elérhető szerhasználói populációkat – például a más férfikkal szexuális kapcsolatot létesítő férfiakat, hajléktalanokat és fogvatartottakat – megcélzó beavatkozások lebonyolítása. Néhány országban a mentális egészségre gyakorolt hatás, az erős megvonási hatások és a kapcsolódó erőszak magasabb szintje miatt aggodalomra ad okot a szintetikus kannabinoidok megnövekedett használata a fogvatartottak körében. Úgy tűnik, hogy az új pszichoaktív anyagok használatával összefüggő ártalmakat kezelő megfelelő egészségügyi válaszlépéseknek fontos vonása, hogy különféle egészségügyi szolgáltatók összefogásával, változatos helyszíneken (pl. szexuális egészségügyi rendelőkben vagy börtönkörülmények között és a kábítószer-használókat kezelő központokban) végzett multidiszciplináris válaszlépésekből és együttműködésből állnak.

Az MDMB-CHMICA kockázatértékelése

2016. júliusban az MDMB-CHMICA lett az első olyan szintetikus kannabinoid, amelyről az EMCDDA kockázatértékelést készített. Az anyagot először 2014-ben Magyarország jelentette az EU korai előrejelző rendszere felé, de ezt követően 23 uniós tagállamban, Törökországban és Norvégiában is kimutatták. A szer több mint 20 súlyos mérgezésben és 28 halálesetben játszott szerepet.

Az MDMB-CHMICA port nagy mennyiségben Kínában állítják elő, innen importálják Európába, ahol feldolgozzák és „herbál füstölőkeverékként” csomagolják. A feltételezések szerint az MDMB-CHMICA és más szintetikus kannabinoidok által okozott súlyos következmények sok esetben az ilyen anyagok nagy hatóanyag-tartalmának és a rossz gyártási gyakorlatoknak tulajdoníthatók. A bizonyítékok arra utalnak, hogy a termelők a „füstölőkeverékek” előállításakor alkalmazott hatóanyag mennyiségét becsléssel állapítják meg. A durva gyártási technikák miatt az sem biztosított, hogy az anyag egyenletesen oszlik el a termékben. Ennek eredményeként egyes minták nagyobb mennyiségben tartalmazhatják a hatóanyagot, ami nagy adagokhoz és a súlyos mérgezés és halál fokozott veszélyéhez vezet.

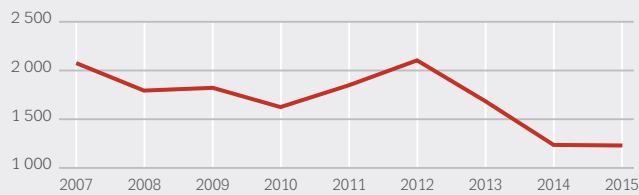
Kábítószerrel összefüggő krónikus ártalmak: visszaszorult a HIV, de vannak helyi járványkitörések

A kábítószer-használók, különösen az injektálók a használatához szükséges eszközök megosztása és a védekezés nélküli szexuális élet miatt ki vannak téve a fertőző betegségek veszélyének. A kábítószeres 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 Európai Unióban 2015-ben 1233 új HIV-diagnózist jelentettek be intravénás kábítószer-használat révén megfertőződött személyeknél (3.9. ábra), ez 5%-ot tesz ki azokból a diagnózisokból, ahol ismert az átadás módja. Ez az arány az utóbbi évtizedben alacsony és stabil maradt. Az injektáló kábítószer-fogyasztók körében észlelt új HIV-fertőzések száma az európai országok többségében csökkent, 2007 és 2015 között összességében 41%-kal. Az intravénás kábítószer-használat néhány országban azonban továbbra is fontos átadási mód: a 2015-ben újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések legalább egynegyede intravénás kábítószer-használatból eredt Litvániában (34%), Lettországon (32%), Luxemburgban (27%) és Észtországban (25%).

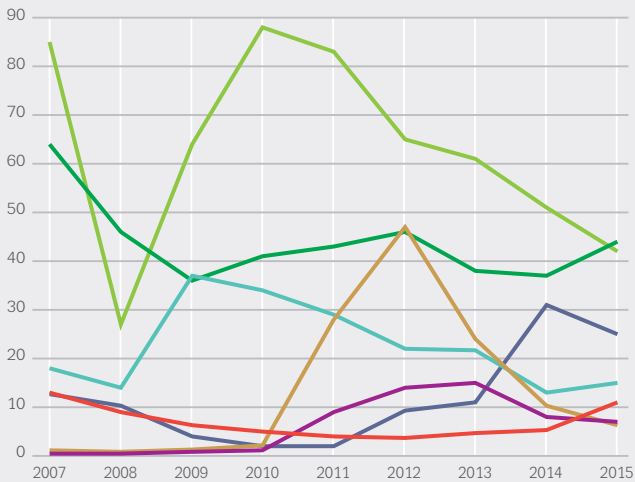
3.9. ÁBRA

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

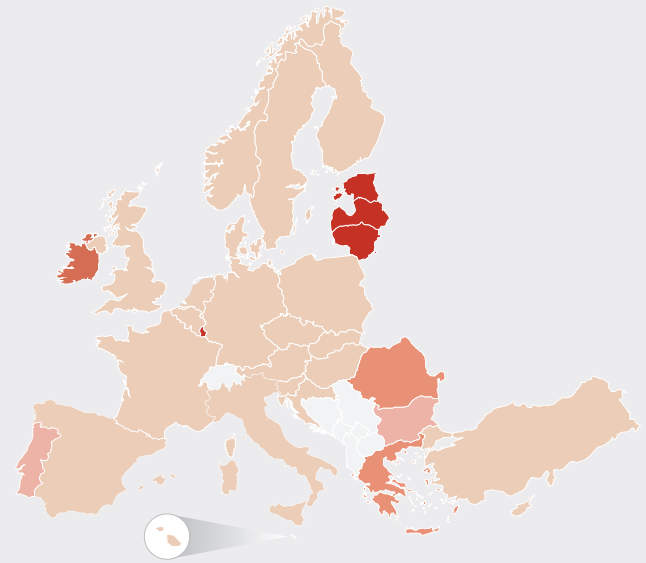
Esetszám az Európai Unióban



Egymillió lakosra jutó esetszám



— Lettország — Észtország — Luxemburg — Litvánia
— Írország — Románia — Görögország



Egymillió lakosra jutó esetszám

■ <3 ■ 3,1–6 ■ 6,1–9 ■ 9,1–12 ■ >12

Megjegyzés: 2015-re vonatkozó adatok (forrás: ECDC).

Miközben az országok többségéből 2014 és 2015 között az injektálással összefüggő HIV-fertőzések csökkenését jelezték, Németországból, Írországból és az Egyesült Királyságból 7–8 éve nem látott szintű emelkedést jelentettek. Írországból és az Egyesült Királyságból ez részben összefüggött az injektáló kábítószer-fogyasztók körében észlelt új HIV-fertőzések helyi járványkitöréseivel. Luxemburgból szintén jelentettek egy járványkitörést 2014-ben. Ezekben a járványkitörésekben közös tényező volt a stimulánsok megnövekedett injektálása, valamint a szerhasználói marginalizáltság magas szintje. A stimuláns kábítószerek szexuális közegben való injektálása emellett a más férfakkal szexuális kapcsolatot létesítő férfiak kis csoportjai körében a fertőzések átadásának fokozott veszélyével is együtt jár.

Az Európai Unióban 2015-ben az olyan új AIDS-esetekből, ahol ismert volt az átadás módja, 14%-ot tulajdonítottak az intravénás kábítószer-használathoz. Az injektáláshoz kapcsolódó 479 értesítés alig több, mint egynegyede az egy évtizeddel korábban bejelentett számnak. Az esetek közül sokat Görögországban, Lettországból és Romániában jelentettek, ahol a HIV szűrését és kezelését tovább kell erősíteni.

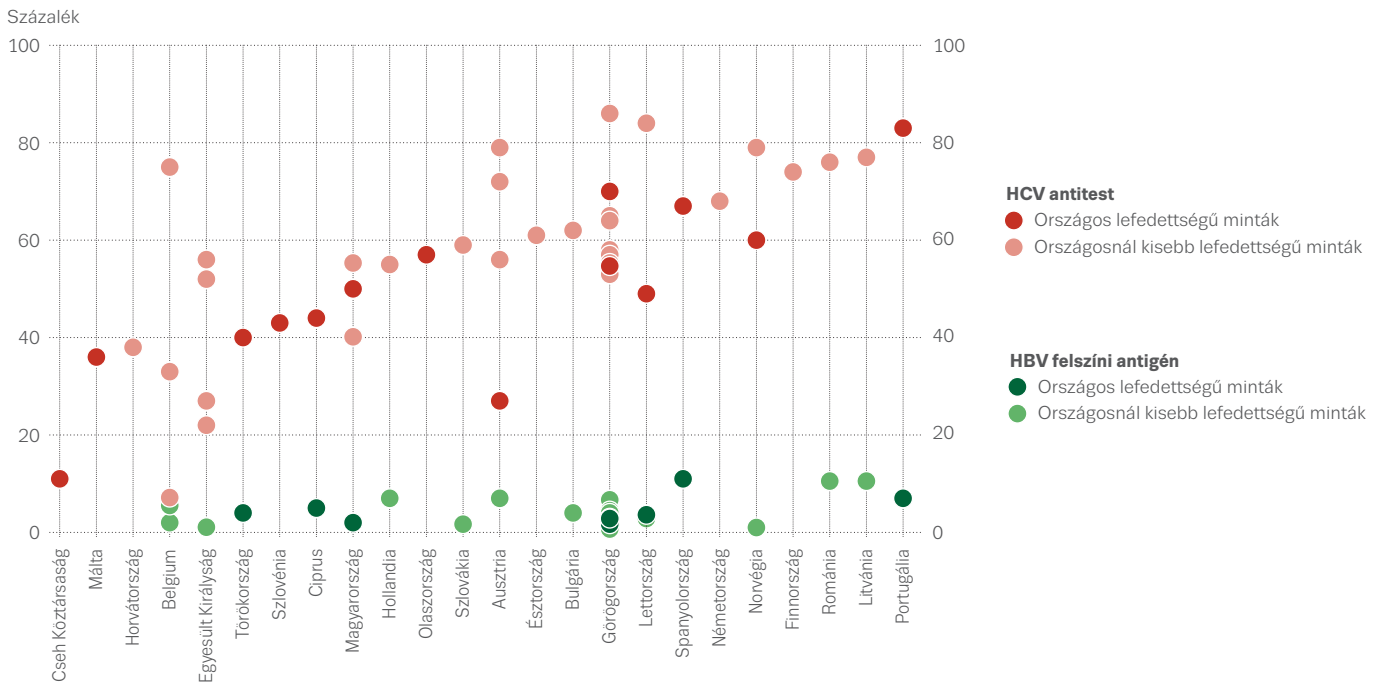
A HCV prevalenciája: országonkénti különbségek

A vírushepatitis, különösen a hepatitis C vírus (HCV) által okozott fertőzés Európa-szerte nagy arányban fordul elő az intravénás kábítószer-használók körében. 100 HCV-vel fertőzött (antitest-pozitív) ember közül 75–80-nál alakul ki krónikus fertőzés. Ennek fontos hosszú távú következményei lehetnek, mivel a gyakran masszív alkoholfogyasztással súlyosított krónikus HCV-fertőzés egyre nagyobb számban fog halált és súlyos májbetegségeket, többek között cirrózist és rákot okozni a magas kockázatú kábítószer-használók idősödő populációjának körében.

Csökcent az injektáló kábítószer-fogyasztók körében észlelt új HIV-fertőzések száma

3.10. ÁBRA

A HCV antitest és HBV felszíni antigén előfordulási gyakorisága az intravénás kábítószer-használók körében, 2014–2015



Az intravénás kábítószer-használók országos mintáiban a HCV-antitest jelenlegi vagy korábbi fertőzésre utaló prevalenciája 2014–15-ben 16% és 84% között mozgott, de az országos adatokkal rendelkező 13 ország közül 5-ből 50%-ot meghaladó arányokat jelentettek (3.10. ábra). A 2010–15 közötti időszak tendenciáihoz szükséges országos adatokkal rendelkező országok közül 4 országból jelentették a HCV csökkenő előfordulását az intravénás kábítószer-használók körében, 3 másikban viszont növekedést figyeltek meg.

A hepatitis B vírus (HBV) a kábítószer-használók körében ritkább, mint a HCV-fertőzés. E vírus esetében azonban a HBV felszíni antigén jelenléte egy aktuális fertőzést jelez, amely lehet akut vagy krónikus. Az országos adatokkal rendelkező 7 országban az injekáló kábítószer-használók körében 1,7% és 11% közé becsülték az aktuális HBV-fertőzöttség arányát.

A kábítószeres injekciók más fertőző betegségek szempontjából is kockázati tényező, a Cseh Köztársaságban, Németországban és Luxemburgban például 2016-ban a hepatitis A fertőzés kábítószerrel összefüggő, csoportos megjelenését jelezték. Az intravénás kábítószer-használók körében a sebotulizmus csoportjait és szórványosan előforduló eseteit is jelentették Németországban, Norvégiában és az Egyesült Királyságban.

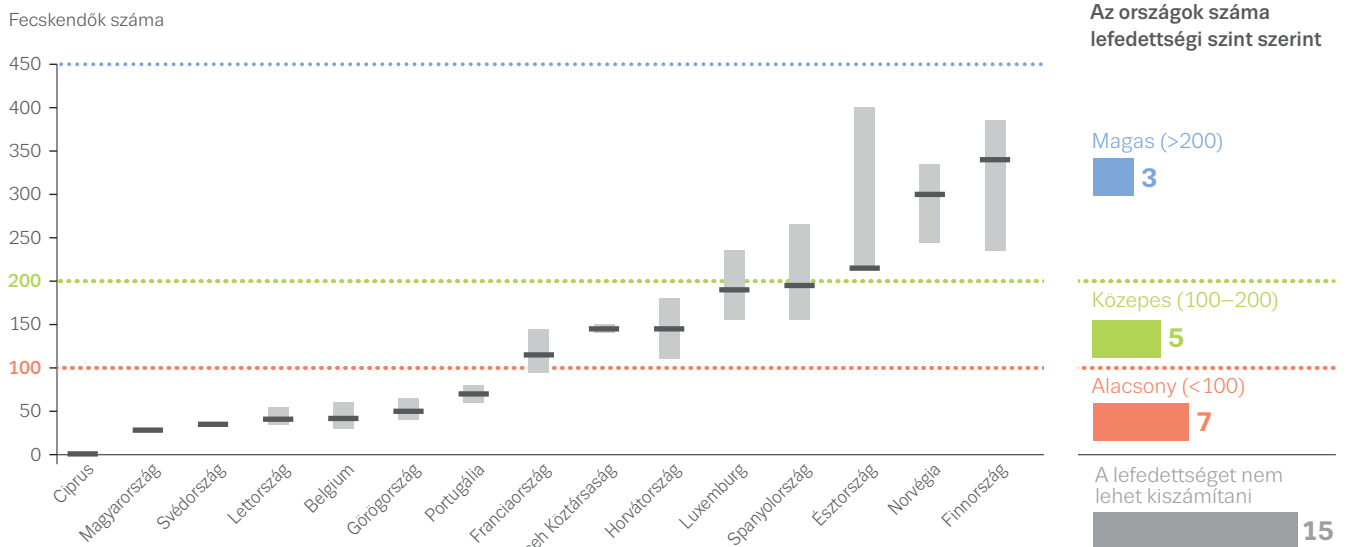
Fertőző betegségek: prevenció intézkedések

Az intravénás kábítószer-használók körében a kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek csökkentése érdekében alkalmazott megoldások közé tartozik az opioidhelyettesítő kezelés, a steril injekáló eszközök biztosítása, tanácsadás az injekáló kockázati magatartásról, a hepatitis B elleni védőoltás, a fertőző betegségek szűrése, a hepatitis kezelése és a HIV kezelése.

Az intravénás opioidhasználók esetében a helyettesítő kezelésben való részvétel jelentősen csökkenti a fertőzés kockázatát, és néhány elemzés arra utal, hogy a magas kezelési lefedettség és a tűcsere szolgáltatás magas szintjének kombinációja esetén nő a protektív hatás. A tények azt mutatják, hogy a tűcsere programok hatékonyan csökkentik a HIV terjedését az intravénás kábítószer-használók körében. Az EMCDDA által megfigyelt 30 országból Törökország kivételével mindegyik ingyenesen biztosít tiszta injekáló eszközöket az erre kijelölt helyszíneken. Az országok között azonban jelentős különbségek vannak a fecskendőkiosztó helyszínek földrajzi eloszlása tekintetében, illetve az alapján, hogy a beavatkozás mennyire fedi le a célcsoportot (3.11. ábra). A speciális programokon keresztül biztosított fecskendőkre vonatkozó információk 25 országból állnak rendelkezésre, amelyek együttesen több mint 52 millió fecskendő kiosztását jelentették 2014/15-ben. Ez a becslés lényegesen alacsonyabb, mint a tényleges szám, mivel

3.11. ÁBRA

A speciális tűcsere programok lefedettsége: a kiosztott fecskendők száma az intravénás kábítószer-használók becsült számához képest



Megjegyzés: Az adatok becsült pontokként és bizonytalansági intervallumokként kerülnek bemutatásra.

több nagy ország, például Németország, Olaszország és az Egyesült Királyság nem közölt teljes körű országos adatokat a fecskendőellátásról.

A kábítószerrel és a szexuális egészséggel foglalkozó szolgáltatók közötti kapcsolatok kiépítése különösen fontos lehet ahhoz, hogy hatékonyan lehessen reagálni a más férfakkal szexuális kapcsolatot létesítő férfiak injekciós stimulánsfelhasználásával járó problémákra. E csoport esetében a fontos prevenciós beavatkozások közé tartozik a fertőzések szűrése és kezelése, az egészségügyi felvilágosítás és a prevenciós anyagok, köztük óvszerek és steril injekciós eszközök terjesztése. A nemi úton szerzett HIV-fertőzés megelőzése érdekében a legnagyobb veszélynek kitett populációk esetében további prevenciós lehetőséget jelent az expozíció előtti profilaxis.

Több a korai HIV-diagnózis: bővültek a szűrési lehetőségek

A késői HIV-diagnózis – amikor a fertőzés már megkezdte az immunrendszer rombolását – az intravénás kábítószer-használók esetében külön problémát jelent. 2015-ben az injekciós kábítószerrel összefüggésben szerzett, újonnan bejelentett fertőzések 58%-ában volt késői a diagnózis. Ha az összes átadási módot tekintjük, a késői diagnózisok uniós átlaga 47%. A késői HIV-diagnózis együtt jár a megbetegedés és a halálozás magasabb arányával, valamint az antiretrovirális kezelés megkezdésének késedelmével. Az a stratégia, hogy a HIV-et „szűrni és kezelni” kell, amelynek értelmében az antiretrovirális kezelést a HIV-diagnózis után rögtön megkezdik, csökkenti a terjedés valószínűségét, ezért különösen fontos az olyan csoportokban, ahol nagyobb arányú a kockázati magatartás, például az injekciós kábítószer-fogyasztók körében. Korai diagnózis és az antiretrovirális kezelés megkezdése esetén a fertőzöttek várható élettartama normális lehet.

Sok országban a kábítószer-használókkal foglalkozó közösségi és alacsonyküszöbű szolgálatok biztosítják és bővítik a HIV-szűrési lehetőségeket, hogy növeljék a szűrésen való megjelenést és korábban felismerjék a fertőzést. Az uniós minőségi minimumszabványok szorgalmazzák a vér útján terjedő fertőző betegségek önkéntes szűrését a közösségi hivataloknál, a kockázatos magatartásformákról szóló tanácsadás és a betegség kezeléséhez nyújtott segítség mellett. A szerhasználók megbélyegzése és marginalizálódása azonban komoly akadálya a szűrésen és kezelésen való részvételnek.

A HCV kezelése: hatékonyabb gyógyszerek

Mivel a HCV-fertőzés Európában nagy arányban fordul elő az intravénás kábítószer-használók körében, ők jelentik a szűrés és a kezelés egyik fontos célcsoportját, hogy meg lehessen előzni a májbetegség előrehaladását és a haláleseteket. Az átfogó prevenciós intézkedésnek elengedhetetlen részét képezi emellett, hogy a HCV kezelésének biztosításával csökkenjen azoknak a száma, akik terjeszthetik a fertőzést. Az európai klinikai iránymutatások azt javasolják, hogy a HCV-fertőzésből eredő krónikus májbetegséggel élő betegeknél minden esetben mérlegeljék a kezelést. Az iránymutatások ezenkívül azt ajánlják, hogy haladéktalanul döntsenek a kezeléssel olyan személyek esetében, akiknél fennáll a veszélye a vírus átadásának (ideértve az aktív injekciós kábítószer-fogyasztókat), és hogy a HCV kezelését személyre szabottan, multidiszciplináris környezetben kell biztosítani a szerhasználók részére.

A HCV-fertőzés kezelésének gerincét 2013 óta a betegek által jobban tolerált, hatékony, interferonmentes gyógyszeres kezelési rend jelenti, közvetlenül ható antivirális hatóanyagokkal. Ezen túlmenően az említett gyógyszerekkel történő kezelés közösségi ellátás keretében a kábítószer-használókat ellátó helyeken biztosítható, ami növelheti az igénybevételt és a hozzáférhetőséget. Sok európai országban új stratégiát fogadtak el a vírushepatitis ellen, aktualizálták a kezelési útmutatásokat és javították a HCV szűrését és a gondozással való kapcsolatot. Így is maradtak nehézségek, például a szűrés alacsony szintje, egyes országokban a tisztázatlan beutalási és kezelési utak és az új gyógyszerek nagy költsége.

Az európai felnőttek körében a kábítószer-használat az elkerülhető halálozás egyik elismert oka

Túladagolások halálesetek: újabb növekedés

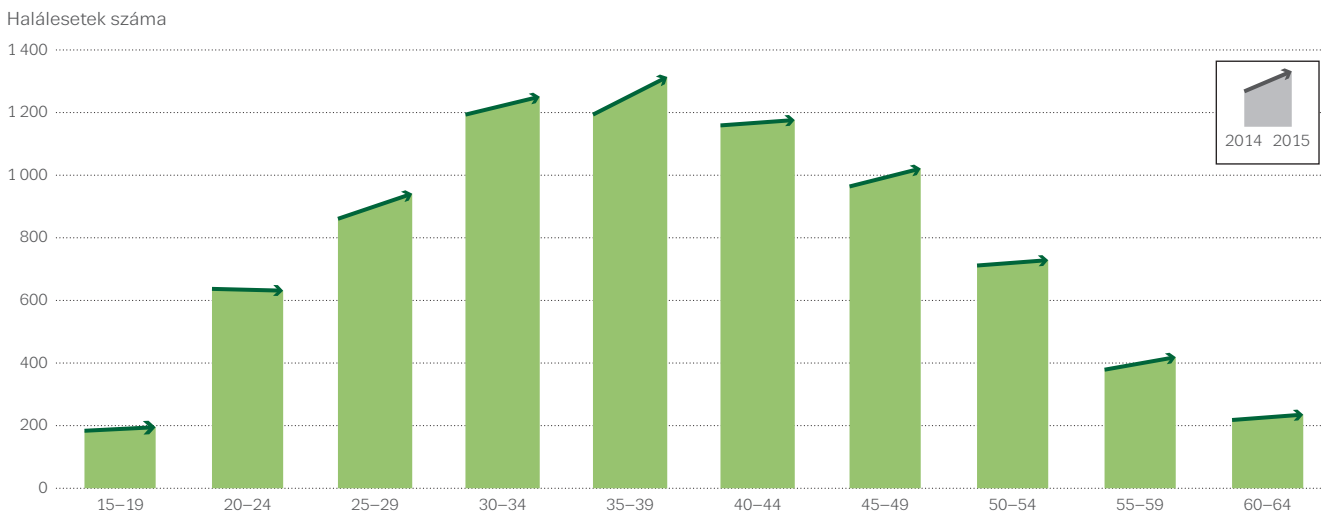
Az európai felnőttek körében a kábítószer-használat az elkerülhető halálozás egyik elismert oka. A magas kockázatú kábítószer-használók kohorszaival foglalkozó vizsgálatok többnyire évi 1–2%-os teljes halálozási rátát mutatnak. Európában az opioidhasználók esetében ötször-tízszer akkora a halál valószínűsége, mint az azonos életkorú és nemű társaiknál. Az opioidhasználók 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. Általános a rossz egészségi állapot, amire jellemző a halmozott, egymással összefüggő betegségek jelenléte. Gyakoriak a krónikus tüdő- és májbetegségek, valamint a szív-érrendszeri problémák, és az idősebb, krónikus szerhasználók körében ezek okozzák a megnövekedett halálozási arányt.

Európában a nagy kockázatú kábítószer-használók körében továbbra is a kábítószer-túladagolás a fő halálozási ok, a túladagolások áldozatai pedig az esetek több mint háromnegyed részében férfiak (78%). A túladagolások adatait – különösen az európai összesítést – óvatosan kell értelmezni. Ennek okai közé tartozik, hogy egyes országokban szisztematikusan alacsonyabb számot jelentenek a ténylegesnél, a nyilvántartási folyamatok pedig késedelmet okoznak a bejelentésben. Ezért az éves becslések ideiglenes minimumértéknek számítanak.

Az Európai Unióban 2015-ben becslések szerint legalább 7585 túladagolások halálozást okoztak, minden esetben legalább egy tiltott kábítószer jelenlétével. Norvégiát és Törökországot is beleszámítva 8441 becsült haláleset emelkedik ez a szám, ami a felülvizsgált 2014-es adathoz, a 7950-hez képest 6%-os növekedést mutat, ráadásul szinte minden korszakban növekedést jelentettek (3.12. ábra). A korábbi évekhez hasonlóan az európai összesítés közel felét az Egyesült Királyság (31%) és Németország (15%) adta együttesen. Ez részben az említett országokban élő veszélyeztetett populációk méretével függ össze, de azzal is, hogy néhány másik országban a ténylegesnél alacsonyabb a bejelentett szám. Ha csak a viszonylag megbízható bejelentési rendszerrel rendelkező országokat tekintjük, a 2014-re vonatkozó felülvizsgált adatok Spanyolországban megerősítik a túladagolások halálozások számának növekedését, Litvániában és az Egyesült Királyságban pedig a túladagolások halálozások számának 2014-ben jelzett növekedése 2015-ben is folytatódott, és most Németországban és Hollandiában is emelkedést jeleztek. Svédországban szintén az emelkedő tendencia folytatását lehetett megfigyelni, bár ez részben a vizsgálati, kódolási

3.12. ÁBRA

A 2014-ben és 2015-ben bejelentett, kábítószer okozta halálozások száma Európában, korszak szerint



és jelentési módszerek módosításainak kombinált hatásából eredhet. Törökországból továbbra is emelkedést jelentettek, de úgy tűnik, hogy ezt nagyrészt az adatgyűjtés és a bejelentés fejlesztései okozzák.

2007 és 2015 között az idősebb korcsoportban nőtt a bejelentett túladagolási halálozások száma, míg a fiatalabbak körében csökkent, ami a kábítószer-túladagolási halál veszélyének legjobban kitett európai opioidhasználó populáció öregedő jellegét tükrözi. A túladagolási esetek 10%-a azonban a 25 évesnél fiatalabbak körében történik, és az utóbbi időben több országban, köztük Svédországban és Törökországban is

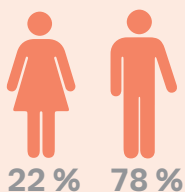
kismértékben nőtt a 25 év alattiak körében jelentett túladagolási halálozások száma.

Az összesített növekedés az opioidokhoz köthető halálozásokból ered

Az Európában bejelentett halálos kimenetelű túladagolások többségében a heroin vagy metabolitjai vannak jelen, gyakran más anyagokkal együtt. A legfrissebb adatok a heroinhoz köthető halálozások számának növekedését mutatják Európában, mégpedig az Egyesült Királyságban. Angliában és Walesben a heroint vagy a

KÁBÍTÓSZER OKOZTA HALÁLOZÁSOK

Tulajdonságok



Átlagéletkor a halálozáskor

38

Olyan halálozások, ahol opioidok voltak jelen



Életkor a halálozáskor

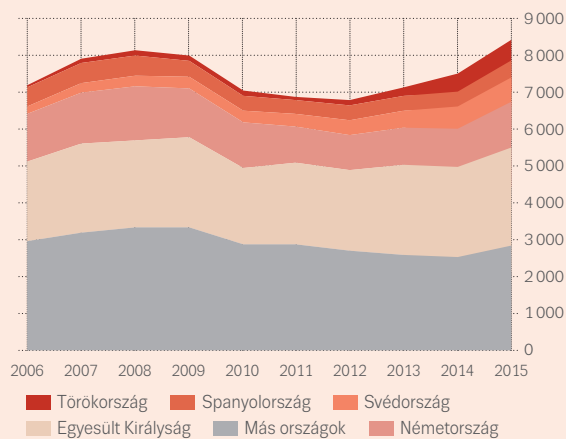


Halálozások száma

7 585 EU

8 441 EU + 2

A túladagolási halálozások számának alakulása



Megjegyzés: Az EU + 2 az EU-tagállamokat, Törökországot és Norvégiát jelenti.

morfint a 2015-ben nyilvántartásba vett halálesetek közül 1200 esetben említik, ami az előző évhez képest 26%-os növekedést, 2013-hoz képest 57%-os növekedést jelent. A heroinhoz köthető halálesetek száma Skóciában (Egyesült Királyság), Írországbán és Törökországban is nőtt. A toxikológiai jelentésekben rendszeresen szerepelnek más opioidok is. Néhány országban a túladagolós halálesetek jelentős része köthető ezekhez az anyagokhoz – elsősorban a metadonhoz és a buprenorfinhoz, de a fentanilokhoz és a tramadolhoz is. A legfrissebb adatok szerint a metadonnal összefüggő halálesetek száma Horvátországban, Dániában, Franciaországban és Finnországban meghaladta a heroinhoz köthető halálesetekét.

A stimulánsok, úgymint a kokain, az amfetaminszármazékok, az MDMA és a katinonok Európában kevesebb túladagolós halálesetben játszottak szerepet, bár a jelentőségük országonként változó. Az Egyesült Királyságban (Anglia és Wales) a kokainhoz kapcsolható halálesetek száma a 2013-as 169-ről 2015-ben 320-ra nőtt, bár ezek közül sokról azt feltételezik, hogy herointúladagolás volt olyan személyeknél, akik cracket is használtak. Spanyolországban, ahol a kokainnal összefüggő halálesetek száma néhány évig stabil volt, a kokain 2014-ben a túladagolós halálesetekkel kapcsolatban a második leggyakrabban említett tiltott kábítószer lett (269 eset). Törökországban 2015-ben a stimulánsoknak tulajdonított halálesetek között szerepelt 56 kokainhoz köthető eset, 206 amfetaminszármazékokhoz és 166 MDMA-hoz kapcsolódó eset (amelyek közül 62-t kizárólag az MDMA-nak tulajdonítottak). A szintetikus kannabinoidok jelenlétét Törökországban 137 esetben jelentették, és ezek közül 63 kizárólag ezeknek a kábítószereknek volt tulajdonítható.

A halálozási ráta Észak-Európában a legmagasabb

A túladagolásnak tulajdonítható halálozási rátát Európában 2015-ben 20,3 haláleset/egymillió lakosra becsülték a 15–64 éves népességben. Az arány a férfiak körében (32,3 eset/egymillió férfi) közel négyszerese a nőkének (8,4 eset/egymillió nő). A túladagolásból eredő halálozási ráta a

férfiak esetében 35–39 éves korban, a nőknél 30–34 éves korban a legmagasabb. A halálozáskor vett átlagéletkor mindazonáltal a férfiaknál alacsonyabb: 38 év, míg a nőknél 41 év. Az országos halálozási ráták és tendenciák nagyon különbözőek (3.13. ábra), és ezeket olyan tényezők befolyásolják, mint a kábítószer-használat előfordulási gyakorisága és mintái, illetve a túladagolós esetek nemzeti bejelentési, nyilvántartási és kódolási gyakorlata az országos halálozási adatbázisban. A rendelkezésre álló legfrissebb adatok szerint 8 észak-európai országból jelentettek az egymillió lakosra jutó 40 halálesetet meghaladó arányt, a legmagasabbat Észtországból (103 eset/1 millió lakos), Svédországból (100 eset/1 millió lakos), Norvégiából (76 eset/1 millió lakos) és Írországból (71 eset/1 millió lakos) (3.13. ábra).

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 megfigyeléses vizsgálatok metaelemzése alátámasztja a metadon helyettesítő kezelés hatékonyságát a halálozás (túladagolás és az összes ok) csökkentésében az opioidfüggő személyek körében. A metadonkezelésben részesülő kliensek halálozási rátája a nem kezelt opioidhasználóknál várható arány kevesebb mint egyharmada volt. A halál kockázatát a kezelés különböző szakaszaiban vizsgáló elemzés arra utal, hogy a beavatkozásokat a kezelés kezdetére (az első 4 hétre, különösen a metadon esetében) és a befejezése utánra kell koncentrálni. A kezelés lezárása utáni első 4 hétben fokozott a túladagolás veszélye. Ez arra utal, hogy a kezelést gyakran megkezdő és félbehagyó betegek különösen ki vannak téve a túladagolásnak.

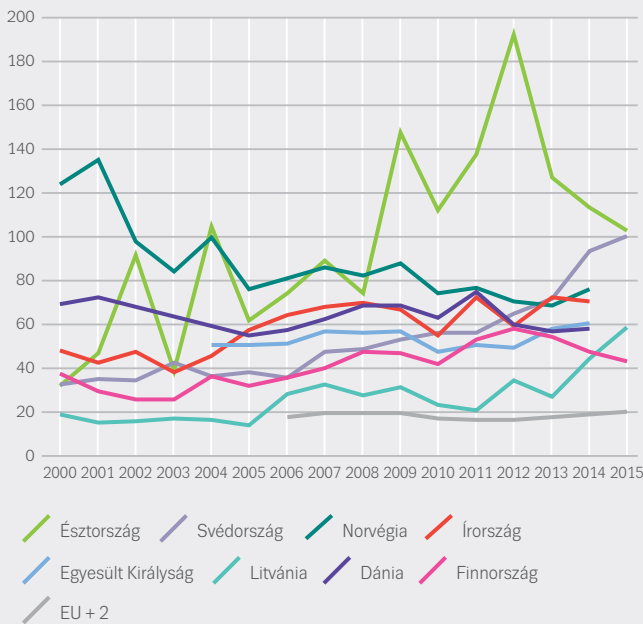
A felügyelt drogfogyasztói szobának egyrészt az a célja, hogy megakadályozza a túladagolások előfordulását, másrészt hogy biztosítsa a szakmai segítséget, ha mégis túladagolás történik. Ilyen létesítmény jelenleg 6 uniós országban és Norvégiában működik; összesen 78 létesítményről van szó. 2016-ban Franciaországban 2 drogfogyasztói szobát nyitottak meg 6 éves próbaidőre, és Dániában és Norvégiában is új létesítmények nyíltak.

A kezelést gyakran megkezdő és félbehagyó betegek különösen ki vannak téve a túladagolásnak

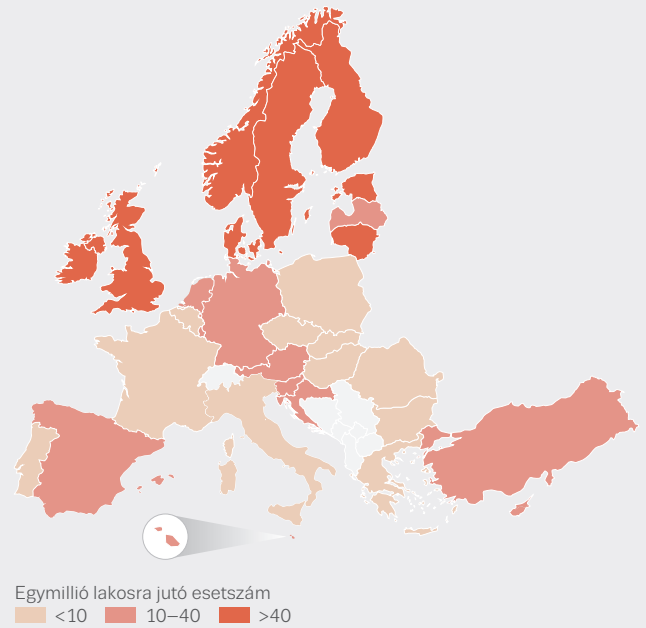
3.13. ÁBRA

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

Egymillió lakosra jutó esetszám



Megjegyzés: Tendenciák a 2015-ben vagy 2014-ben a legmagasabb értékeket közlő nyolc országban és az összesített európai tendencia. Az EU + 2 az EU-tagállamokat, Törökországot és Norvégiát jelenti.



Naloxon: új termékek készülnek

A naloxon opioid-antagonista gyógyszer, amely képes visszafordítani az opioidok túladagolásának hatásait, ezért kórházi sürgősségi osztályok és mentősök alkalmazzák. Az utóbbi években gyakrabban adnak otthon használható naloxont az opioidhasználóknak, 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. Jelenleg 10 európai országban működik otthon használható naloxont biztosító program. A naloxon készletet a kábítószer-használókat ellátó és egészségügyi szolgálatok általában gyógyszerrel előre megtöltött fecskendők formájában biztosítják, bár Dániában és Norvégiában egy adapter teszi lehetővé a

naloxon orron át történő beadását. Franciaországban most kapott ideiglenes használati engedélyt a gyógyszer új, orron át használható formája. Miután a közösségi ellátásban 2013-tól kezdve kibővült a program, Észtországban 2015-től a börtönökre is kiterjesztették az elvihető naloxon biztosítását. Az otthon használható naloxon hatékonyságával kapcsolatos friss szisztematikus áttekintés bizonyítékokat talált arra, hogy ha oktatási és képzési beavatkozásokkal együtt biztosítják, csökkenti a túladagolással összefüggő halálozás arányát. Ez különösen hasznos lehet azoknál a csoportoknál, akiknél magasabb a túladagolás veszélye, például a börtönből frissen szabadult fogvatartottaknál, és az Egyesült Királyságban (Skócia) zajló országos naloxonprogram értékelése azt állapította meg, hogy a programmal összefüggésben jelentősen csökkent az opioidhoz köthető halálozások aránya a szabadulás utáni hónapban.

BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2017

Report on the risk assessment of MDMB-CHMICA, Risk assessments.

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, EMCDDA Papers.

Country Drug Reports 2017.

Evaluating drug policy: a seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations.

2016

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

Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe — update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA, Rapid communications.

Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights.

Health responses to new psychoactive substances.

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

Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on Drugs.

The role of psychosocial interventions in drug treatment, Perspectives on Drugs.

2014

Treatment for cocaine dependence — reviewing current evidence, Perspectives on Drugs.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on Drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013–16), Perspectives on Drugs.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on Drugs.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Az EMCDDA és az ECDC közös kiadványai

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

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

2011

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

Valamennyi kiadvány elérhető a

www.emcdda.europa.eu/publications weboldalon.

Melléklet

Országos becsült adatok a kábítószer-használat prevalenciájáról, többek között a problémás opioidhasználatról, a helyettesítő kezeléssel, a kezelésben részesülők teljes számáról, 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 **2017-es statisztikai közlönyéből származnak, ahol megjegyzések és metaadatok is találhatóak. Fel van tüntetve, hogy az adatok melyik évre vonatkoznak.**

A1. TÁBLÁZAT

OPIOIDOK

Ország	Becsült magas kockázatú opioidhasználat		Az év során kezelésre jelentkezők						Helyettesítő kezelés alatt álló kliensek
			Opioidhasználó kliensek a kezelésre jelentkezők %-ában			Intravénás használat az opioidhasználó kliensek %-ában (fő fogyasztási mód)			
			Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	Korábban kezelt jelentkezők	Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	Korábban kezelt jelentkezők	
A becslés éve	1000 főre jutó esetszám	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	szám	
Belgium	–	–	27,7 (3 234)	10,3 (411)	37,4 (2 773)	14 (409)	8,3 (31)	14,9 (374)	16 681
Bulgária	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 423
Cseh Köztársaság	2015	1,8–1,9	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Dánia	–	–	13 (613)	5,5 (124)	20,6 (472)	26,6 (121)	10,5 (11)	31,4 (108)	6 268
Németország	2014	2,7–3,3	32,9 (28 669)	13,3 (3 552)	41,4 (25 117)	32,6 (11 392)	29,4 (1 549)	33,2 (9 843)	77 200
Észtország	–	–	93,3 (263)	87,3 (55)	95 (153)	70,7 (183)	67,3 (37)	82,2 (125)	1 166
Írország	–	–	47,6 (4 515)	25,9 (971)	62,4 (3 403)	38,2 (1 672)	30,9 (293)	39,9 (1 318)	9 917
Görögország	2015	2,1–2,8	69,8 (2 836)	52,9 (834)	80,8 (1 984)	32,4 (914)	26,6 (221)	34,9 (690)	10 082
Spanyolország	2014	1,6–2,6	24,6 (12 032)	10,5 (2 486)	42,9 (8 056)	13,7 (1 568)	7,4 (178)	15,2 (1 173)	61 859
Franciaország	2013–14	4,4–7,4	28 (13 744)	15 (2 378)	48,9 (8 310)	18,5 (2 150)	12,3 (263)	21,1 (1 505)	168 840
Horvátország	2015	2,5–4,0	81,3 (6 124)	20,8 (176)	89,1 (5 917)	72,1 (4 377)	36,5 (62)	73,2 (4 299)	5 061
Olaszország	2015	4,6–5,9	53,3 (25 144)	38,8 (8 040)	64,6 (17 104)	50,8 (10 620)	39,5 (2 521)	55,8 (8 099)	60 047
Ciprus	2015	1,9–3,2	25,7 (205)	11,5 (50)	44,2 (142)	48 (97)	46 (23)	48,9 (68)	252
Lettország	2014	3,4–7,5	53,5 (402)	32,7 (128)	76,1 (274)	92,3 (370)	82,8 (106)	96,7 (264)	609
Litvánia	2007	2,3–2,4	89 (2 268)	66,1 (261)	94 (1 991)	87,2 (1 970)	89,3 (233)	87 (1 724)	596
Luxemburg	2007	5–7,6	56,2 (163)	25 (6)	57,9 (125)	43 (68)	16,7 (1)	42,7 (53)	1 078
Magyarország	2010–11	0,4–0,5	3,6 (156)	1,6 (46)	8,4 (93)	53,5 (77)	48,9 (22)	56 (51)	669
Málta	2015	5,6–6,5	73,2 (1 296)	28,7 (66)	79,8 (1 230)	61,9 (760)	43,9 (25)	62,8 (735)	1 026
Hollandia	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Ausztria	2015	5,3–5,6	55,4 (2 016)	26,9 (351)	71,4 (1 665)	32,3 (516)	23 (73)	34,5 (443)	17 599
Lengyelország	2014	0,4–0,7	16,3 (1 465)	4,8 (208)	27,6 (1 224)	62,1 (902)	40,8 (84)	65,6 (800)	2 564
Portugália	2012	4,2–5,5	49,2 (1 357)	28,9 (458)	76,8 (899)	16,6 (209)	9,9 (40)	19,8 (169)	17 011
Románia	–	–	32,6 (1 057)	17,3 (360)	66,3 (686)	88,2 (834)	85,6 (286)	90 (543)	547
Szlovénia	2015	3,4–4,1	74,7 (236)	42 (37)	87,7 (199)	44,5 (105)	24,3 (9)	48,2 (96)	3 261
Szlovákia	2008	1,0–2,5	24,1 (602)	14,8 (179)	33,6 (414)	68,5 (402)	51,4 (91)	75,7 (305)	600
Finnország	2012	3,8–4,5	51,7 (339)	38,3 (106)	61,5 (233)	73,3 (247)	65,7 (69)	76,7 (178)	3 000
Svédország ⁽¹⁾	–	–	25,2 (8 907)	16,8 (2 101)	29,5 (6 562)	–	–	–	3 679
Egyesült Királyság	2010–11	7,9–8,4	49,7 (59 763)	21,7 (8 595)	63,5 (50 984)	31,8 (13 125)	17,5 (929)	34 (12 139)	142 085
Törökország	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	12 500
Norvégia ⁽²⁾	2013	2,0–4,2	17 (1 005)	–	–	–	–	–	7 498
Európai Unió	–	–	37,6 (181 918)	18,3 (32 921)	51,4 (143 189)	36,6 (55 311)	28,2 (7 550)	39 (46 856)	626 541
Az EU, Törökország és Norvégia	–	–	38,2 (190 996)	19,8 (36 548)	52 (147 635)	36 (57 305)	26,7 (8 111)	38,8 (48 289)	646 539

A helyettesítő kezelés alatt álló kliensek adatai 2015-re, illetve a legutóbbi olyan évre vonatkoznak, amelyről vannak adatok: Dánia, Finnország, Hollandia és Spanyolország, 2014; Törökország, 2011.

(1) Svédországban a meglévő három adatforrás közül csak kettőből állnak rendelkezésre az első alkalommal kezelt és a korábban kezelt jelentkezők adatai, ezért nem összehasonlíthatók az összes jelentkezőre vonatkozó adatokkal.

(2) Az opioidokhoz köthető problémák miatt kezelés alatt álló kliensek százalékos aránya a minimumértéket jelenti, és nem tartalmazza a politoxikománként nyilvántartásba vett opioidhasználó klienseket.

A2. TÁBLÁZAT

KOKAIN

Ország	Becsült előfordulás				Az év során kezelésre jelentkezők					
	Normál népesség			Iskolai népesség	Kokainhasználó kliensek a kezelésre jelentkezők %-ában			Intravénás használat a kokainhasználó kliensek %-ában (fő bevételi 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
	%	%	%	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)
Belgium ⁽¹⁾	2013	–	0,9	3	18,9 (2 207)	18,9 (756)	18,9 (1 401)	6,5 (125)	1,1 (7)	9,4 (116)
Bulgária	2012	0,9	0,3	5	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Cseh Köztársaság	2015	1,8	0,3	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dánia	2013	5,2	2,4	2	5,5 (260)	5,9 (134)	5,4 (124)	3,9 (8)	–	8,6 (8)
Németország ⁽²⁾	2015	3,8	1,2	3	6 (5 209)	5,6 (1 494)	6,1 (3 715)	17,1 (2 843)	8,8 (353)	19,7 (2 490)
Észtország	2008	–	1,3	1	0,7 (2)	–	1,2 (2)	50 (1)	–	50 (1)
Írország	2015	7,8	2,9	3	10,5 (996)	13,7 (513)	8,4 (457)	0,8 (8)	0,2 (1)	1,6 (7)
Görögország	–	–	–	1	6,6 (269)	8,9 (141)	5,2 (128)	11,6 (31)	4,3 (6)	19,5 (25)
Spanyolország	2015	9,1	3,0	2	36,5 (17 864)	34,8 (8 234)	37 (6 954)	1,3 (224)	0,7 (56)	2,1 (141)
Franciaország	2014	5,4	2,4	4	6,1 (3 013)	6,1 (963)	8,1 (1 369)	10,2 (269)	3,6 (32)	16,5 (198)
Horvátország	2015	2,7	1,6	2	1,4 (104)	2,8 (24)	1,2 (80)	2 (2)	–	2,5 (2)
Olaszország	2014	7,6	1,8	3	25,3 (11 935)	30,4 (6 296)	21,3 (5 639)	4,2 (479)	2,6 (159)	5,9 (320)
Ciprus	2016	1,4	0,4	3	10 (80)	8,3 (36)	11,8 (38)	5,1 (4)	0 (0)	7,9 (3)
Lettország	2015	1,5	1,2	2	1,2 (9)	1,8 (7)	0,6 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litvánia	2012	0,9	0,3	2	0,6 (15)	1,8 (7)	0,3 (7)	13,3 (2)	14,3 (1)	14,3 (1)
Luxemburg	–	–	–	–	19 (55)	16,7 (4)	20,4 (44)	44,4 (24)	–	50 (22)
Magyarország ⁽³⁾	2015	1,2	0,9	2	2,3 (99)	2,5 (75)	1,7 (19)	5,2 (5)	1,4 (1)	15,8 (3)
Málta	2013	0,5	–	3	15,9 (281)	39,6 (91)	12,3 (190)	17,6 (45)	8,1 (7)	22,4 (38)
Hollandia	2015	5,1	3,6	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Ausztria	2015	3	0,4	2	7,1 (258)	9,6 (125)	5,7 (133)	6,3 (15)	0,8 (1)	11,6 (14)
Lengyelország	2014	1,3	0,4	4	2,1 (189)	1,9 (83)	2,3 (101)	2,2 (4)	1,3 (1)	3 (3)
Portugália	2012	1,2	0,4	2	12 (331)	15,1 (239)	7,9 (92)	4,4 (13)	2,3 (5)	9,6 (8)
Románia	2013	0,8	0,2	3	0,6 (19)	0,9 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Szlovénia	2012	2,1	1,2	2	4,1 (13)	9,1 (8)	2,2 (5)	23,1 (3)	0 (0)	60 (3)
Szlovákia	2015	0,7	0,3	2	0,8 (19)	0,7 (9)	0,7 (9)	5,9 (1)	–	12,5 (1)
Finnország	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Svédország ^(4,5)	2013	–	1,2	2	0,9 (318)	1,7 (211)	0,5 (103)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Egyesült Királyság ^(2,4)	2015	9,7	4,0	2	13,9 (16 673)	17,2 (6 830)	12,2 (9 806)	1,5 (168)	0,4 (18)	2,3 (146)
Törökország	2011	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	–	–	–
Norvégia ⁽⁴⁾	2015	4,2	2,2	1	1,4 (83)	–	–	–	–	–
Európai Unió	–	5,2	1,9	–	13 (62 949)	15,4 (27 688)	11,4 (31 759)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)
Az EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	–	12,6 (63 230)	15 (27 767)	11,2 (31 878)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)

Az iskolai népességre vonatkozó becscült előfordulási gyakoriság az országos iskolai felmérésekből vagy az ESPAD projektből származik. Az adatgyűjtési eljárások bizonytalansága miatt a lettországi adatok nem feltétlenül összehasonlíthatóak.

(¹) A normál népességre vonatkozó becscült előfordulás csak Flandriára vonatkozik.

(²) A normál népességre vonatkozó becscült előfordulás csak Angliára és Walesre vonatkozik.

(³) Korsáv a normál népességben becscült előfordulási gyakorisághoz: 18–64, 18–34.

(⁴) Korsáv a normál népességben becscült előfordulási gyakorisághoz: 16–64, 16–34.

(⁵) Svédországban a meglévő három adatforrás közül csak kettőből állnak rendelkezésre az első alkalommal kezelt és a korábban kezelt jelentkezők adatai, ezért nem összehasonlíthatók az összes jelentkezőre vonatkozó adatokkal.

A3. TÁBLÁZAT

AMFETAMINSZÁRMAZÉKOK

Ország	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
	%	%	%	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)
Belgium (1)	2013	–	0,5	2	9,9 (1 160)	8,6 (345)	10,7 (794)	13,5 (130)	3,9 (11)	17,8 (118)
Bulgária	2012	1,2	1,3	6	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Cseh Köztársaság	2015	4,4	2,2	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Dánia	2013	6,6	1,4	1	6,6 (311)	6,2 (140)	7,1 (163)	4 (11)	1,7 (2)	6,2 (9)
Németország (3,4)	2015	3,6	1,9	4	16,8 (14 646)	19,3 (5 134)	15,7 (9 512)	2,2 (719)	1,5 (168)	2,5 (551)
Észtország	2008	–	2,5	2	2,1 (6)	3,2 (2)	2,5 (4)	66,7 (4)	100 (2)	50 (2)
Írország	2015	4,1	0,6	3	0,6 (59)	0,9 (33)	0,4 (24)	3,4 (2)	3 (1)	4,2 (1)
Görögország	–	–	–	2	0,4 (18)	0,4 (7)	0,4 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Spanyolország	2015	3,6	1,0	1	1,3 (655)	1,6 (385)	1,1 (209)	0,9 (6)	1,1 (4)	0,5 (1)
Franciaország	2014	2,2	0,7	2	0,5 (264)	0,5 (84)	0,6 (108)	11,6 (26)	14,9 (11)	15,6 (15)
Horvátország	2015	3,5	2,3	3	1,4 (102)	2,7 (23)	1,1 (74)	–	–	–
Olaszország	2014	2,8	0,6	2	0,2 (91)	0,3 (59)	0,1 (32)	5,2 (4)	6,4 (3)	3,3 (1)
Ciprus	2016	0,5	0,1	3	4,9 (39)	3,9 (17)	5,6 (18)	2,6 (1)	5,9 (1)	0 (0)
Lettország	2015	1,9	0,7	3	16,2 (122)	21,5 (84)	10,6 (38)	67,5 (81)	62,2 (51)	78,9 (30)
Litvánia	2012	1,2	0,5	1	2,5 (63)	7,1 (28)	1,5 (31)	26,7 (16)	3,7 (1)	45,2 (14)
Luxemburg	–	–	–	–	0,3 (1)	–	0,5 (1)	–	–	–
Magyarország (4)	2015	1,7	1,4	3	11,4 (489)	12 (354)	8,9 (98)	9,6 (46)	5,7 (20)	23,7 (23)
Málta	2013	0,3	–	2	0,3 (5)	0,4 (1)	0,3 (4)	20 (1)	–	25 (1)
Hollandia	2015	4,7	3,1	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Ausztria	2015	2,2	0,9	3	4,8 (174)	5,7 (75)	4,2 (99)	3,8 (6)	2,9 (2)	4,3 (4)
Lengyelország	2014	1,7	0,4	4	24,3 (2 194)	25,4 (1 091)	23,8 (1 056)	3,7 (80)	1,7 (18)	5,8 (60)
Portugália	2012	0,5	0,1	1	0,1 (4)	0,3 (4)	–	0 (0)	0 (0)	–
Románia	2013	0,3	0,1	1	0,4 (12)	0,3 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Szlovénia	2012	0,9	0,8	1	1,3 (4)	4,5 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Szlovákia	2015	1,4	0,8	1	45,2 (1 132)	44,7 (539)	45,4 (559)	28,7 (315)	24,3 (129)	34 (183)
Finnország	2014	3,4	2,4	1	15,2 (100)	16,2 (45)	14,5 (55)	77,6 (76)	62,8 (27)	89,1 (49)
Svédország (3,5,6)	2013	–	1,3	1	7 (2 645)	8,3 (1 129)	5,8 (1 376)	–	–	–
Egyesült Királyság (2,5)	2015	10,3	0,9	1	2,8 (3 332)	3,6 (1 414)	2,4 (1 913)	18,9 (382)	11 (89)	24,3 (293)
Törökország	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norvégia (3,5)	2015	3,1	0,3	1	13,9 (823)	–	–	–	–	–
Európai Unió	–	3,8	1,1	–	7,4 (35 562)	8,4 (15 092)	7,2 (20 011)	15,1 (7 357)	16,8 (3 128)	14,1 (4 217)
Az EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	–	7,3 (36 581)	8,2 (15 225)	7,1 (20 074)	15 (7 358)	16,6 (3 129)	14,1 (4 217)

Az iskolai népességre vonatkozó becscült előfordulás az országos iskolai felmérésekből vagy az ESPAD projektekből származik. Az adatgyűjtési eljárások bizonytalansága miatt a lettországi adatok nem feltétlenül összehasonlíthatóak.

(1) A normál népességre vonatkozó becscült előfordulás csak Flandriára vonatkozik.

(2) A normál népességre vonatkozó becscült előfordulás csak Angliára és Walesre vonatkozik.

(3) A kezelésre jelentkezők kifejezés azon kliensekre vonatkozik, akik a kokaintól eltérő stimulánsokat – nem csak amfetaminszármazékokat – használnak.

(4) Korszáv a normál népességben becscült előfordulási gyakorisághoz: 18–64, 18–34.

(5) Korszáv a normál népességben becscült előfordulási gyakorisághoz: 16–64, 16–34.

(6) Svédországban a meglévő három adatforrás közül csak kettőből állnak rendelkezésre az első alkalommal kezelt és a korábban kezelt jelentkezők adatai, ezért nem összehasonlíthatók az összes jelentkezőre vonatkozó adatokkal.

A4. TÁBLÁZAT

MDMA

Ország	Becsült előfordulás				Az év során kezelésre jelentkezők		
	Normál népesség			Iskolai népesség	MDMA-t használó kliensek a kezelésre jelentkezők %-ában		
	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
		%	%	%	% (szám)	% (szám)	% (szám)
Belgium ⁽¹⁾	2013	–	0,8	3	0,3 (36)	0,6 (25)	0,1 (11)
Bulgária	2012	2,0	2,9	5	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Cseh Köztársaság	2015	6,3	3,5	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Dánia	2013	2,3	0,7	1	0,3 (15)	0,5 (11)	0,2 (4)
Németország ⁽²⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Észtország	2008	–	2,3	3	–	–	–
Írország	2015	9,2	4,4	4	0,5 (47)	0,8 (31)	0,3 (15)
Görögország	–	–	–	1	0,2 (7)	0,2 (3)	0,2 (4)
Spanyolország	2015	3,6	1,3	1	0,3 (133)	0,5 (111)	0,1 (13)
Franciaország	2014	4,2	2,3	2	0,4 (188)	0,5 (76)	0,3 (49)
Horvátország	2015	3,0	1,4	2	0,4 (32)	0,8 (7)	0,3 (23)
Olaszország	2014	3,1	1,0	3	0,2 (80)	0,2 (40)	0,2 (40)
Ciprus	2016	1,1	0,3	3	–	–	–
Lettország	2015	2,4	0,8	3	0,3 (2)	0,3 (1)	0,3 (1)
Litvánia	2012	1,3	0,3	2	0,1 (3)	0,3 (1)	0,1 (2)
Luxemburg	–	–	–	–	–	–	–
Magyarország ⁽³⁾	2015	4,0	2,1	2	2 (85)	1,8 (54)	1,9 (21)
Málta	2013	0,7	–	2	0,9 (16)	1,7 (4)	0,8 (12)
Hollandia	2015	8,4	6,6	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Ausztria	2015	2,9	1,1	2	0,5 (20)	1,1 (14)	0,3 (6)
Lengyelország	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (14)	0,2 (9)
Portugália	2012	1,3	0,6	2	0,3 (8)	0,4 (7)	0,1 (1)
Románia	2013	0,9	0,3	2	0,5 (16)	0,8 (16)	0 (0)
Szlovénia	2012	2,1	0,8	2	0,3 (1)	1,1 (1)	0 (0)
Szlovákia	2015	3,1	1,2	3	0,1 (3)	0,1 (1)	0,2 (2)
Finnország	2014	3,0	2,5	1	0,5 (3)	1,1 (3)	0 (0)
Svédország ⁽⁴⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Egyesült Királyság ^(2,4)	2015	9,4	3,1	3	0,4 (490)	0,8 (312)	0,2 (174)
Törökország	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norvégia ⁽⁴⁾	2015	2,3	1,2	1	–	–	–
Európai Unió	–	4,2	1,8	–	0,3 (1 295)	0,4 (804)	0,1 (402)
Az EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	–	0,3 (1 401)	0,5 (881)	0,2 (431)

Az iskolai népességre vonatkozó becslült előfordulási gyakoriság az országos iskolai felmérésekből vagy az ESPAD projektből származik. Az adatgyűjtési eljárások bizonytalansága miatt a lettországi adatok nem feltétlenül összehasonlíthatóak.

⁽¹⁾ A normál népességre vonatkozó becslült előfordulás csak Flandriára vonatkozik.

⁽²⁾ A normál népességre vonatkozó becslült előfordulás csak Angliára és Walesre vonatkozik.

⁽³⁾ Korsáv a normál népességben becslült előfordulási gyakorisághoz: 18–64, 18–34.

⁽⁴⁾ Korsáv a normál népességben becslült előfordulási gyakorisághoz: 16–64, 16–34.

A5. TÁBLÁZAT

KANNABISZ

Ország	Becsült előfordulás				Az év során kezelésre jelentkezők		
	A felmérés éve	Normál népesség		Iskolai népesség	Kannabiszhasználó kliensek a kezelésre jelentkezők %-ában		
		Életprevalencia, felnőttek (15-64)	Előző 12 hónap, fiatal felnőttek (15-34)	Életprevalencia, diákok (15-16)	Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	Korábban kezelt jelentkezők
	%	%	%	% (szám)	% (szám)	% (szám)	
Belgium ⁽¹⁾	2013	15	10,1	17	31,9 (3 737)	51,6 (2 065)	21,3 (1 582)
Bulgária	2012	7,5	8,3	27	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Cseh Köztársaság	2015	29,5	18,8	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Dánia	2013	35,6	17,6	12	70,9 (3 338)	79 (1 783)	62,5 (1 430)
Németország ⁽²⁾	2015	27,2	13,3	19	39,1 (34 108)	56,9 (15 168)	31,2 (18 940)
Észtország	2008	–	13,6	25	3,5 (10)	7,9 (5)	1,2 (2)
Írország	2015	27,9	13,8	19	28,3 (2 681)	45,2 (1 693)	16,8 (918)
Görögország	–	–	–	9	19,4 (789)	34,2 (539)	9,8 (240)
Spanyolország	2015	31,5	17,1	27	33,7 (16 478)	48,1 (11 386)	16,4 (3 084)
Franciaország	2014	40,9	22,1	31	60,4 (29 621)	74,9 (11 855)	37,6 (6 391)
Horvátország	2015	19,4	16,0	21	12,8 (967)	62 (526)	6,5 (432)
Olaszország	2014	31,9	19,0	27	19,5 (9 225)	28 (5 810)	12,9 (3 415)
Ciprus	2016	12,1	4,3	7	58,8 (469)	75,9 (330)	38 (122)
Lettország	2015	9,8	10,0	17	23,3 (175)	35,5 (139)	10 (36)
Litvánia	2012	10,5	5,1	18	3,5 (89)	11,9 (47)	1,6 (33)
Luxemburg	–	–	–	–	23,1 (67)	58,3 (14)	19,9 (43)
Magyarország ⁽³⁾	2015	7,4	3,5	13	56,2 (2 420)	62,7 (1 854)	41,4 (458)
Málta	2013	4,3	–	13	8,9 (158)	29,1 (67)	5,9 (91)
Hollandia	2015	25,6	16,1	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Ausztria	2015	23,6	14,1	20	29,2 (1 063)	54,4 (711)	15,1 (352)
Lengyelország	2014	16,2	9,8	24	28 (2 525)	36,3 (1 558)	20,3 (901)
Portugália	2012	9,4	5,1	15	33,9 (934)	50,8 (806)	10,9 (128)
Románia	2013	4,6	3,3	8	39,3 (1 272)	54,8 (1 137)	9,5 (98)
Szlovénia	2012	15,8	10,3	25	14,2 (45)	38,6 (34)	4,8 (11)
Szlovákia	2015	15,8	9,3	26	24,6 (616)	35,7 (430)	13,7 (169)
Finnország	2014	21,7	13,5	8	20,7 (136)	35,7 (99)	9,8 (37)
Svédország ^(4,5)	2015	14,7	7,3	7	11,1 (3 924)	16,9 (2 113)	7,9 (1 752)
Egyesült Királyság ^(2,4)	2015	29,4	11,3	19	25,9 (31 129)	46,3 (18 345)	15,8 (12 686)
Törökország	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norvégia ⁽⁴⁾	2015	20,9	8,6	7	27,2 (1 609)	–	–
Európai Unió	–	26,3	13,9	–	31,5 (152 431)	46,2 (82 942)	19,9 (55 354)
Az EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	–	30,9 (154 693)	45,1 (83 358)	19,6 (55 591)

Az iskolai népességre vonatkozó becscült előfordulási gyakoriság az országos iskolai felmérésekből vagy az ESPAD projektből származik. Az adatgyűjtési eljárások bizonytalansága miatt a lettországi adatok nem feltétlenül összehasonlíthatóak.

(1) A normál népességre vonatkozó becscült előfordulás csak Flandriára vonatkozik.

(2) A normál népességre vonatkozó becscült előfordulás csak Angliára és Walesre vonatkozik.

(3) Korsáv a normál népességben becscült előfordulási gyakorisághoz: 18–64, 18–34.

(4) Korsáv a normál népességben becscült előfordulási gyakorisághoz: 16–64, 16–34.

(5) Svédországban a meglévő három adatforrás közül csak kettőből állnak rendelkezésre az első alkalommal kezelt és a korábban kezelt jelentkezők adatai, ezért nem összehasonlíthatók az összes jelentkezőre vonatkozó adatokkal.

A6. TÁBLÁZAT

MÁS INDIKÁTOROK

Ország	Kábítószer okozta halálesetek (15-64 évesek)	Intravénás kábítószer- használóknak tulajdonított HIV-diagnózisok (ECDC)	Becsült intravénás kábítószer-használat		A speciális programokban kiosztott fecskendők
	egymillió lakosra jutó esetszám (szám)	egymillió lakosra jutó esetszám (szám)	A becslés éve	1000 lakosra jutó esetszám	szám
Belgium	9 (67)	1,3 (15)	2015	2,3–4,6	1 034 242
Bulgária	4 (17)	3,6 (26)	–	–	364 111
Cseh Köztársaság	6 (39)	0,4 (4)	2015	6,1–6,4	6 421 095
Dánia	58 (210)	1,4 (8)	–	–	–
Németország	22 (1 185)	1,7 (134)	–	–	–
Észtország	103 (88)	41,9 (55)	2009	4,3–10,8	2 136 691
Írország (¹)	71 (213)	10,8 (50)	–	–	393 275
Görögország	0 (0)	6,4 (70)	2015	0,6–1,0	268 157
Spanyolország (¹)	15 (455)	2,1 (96)	2014	0,2–0,3	1 483 399
Franciaország (¹)	7 (294)	0,9 (58)	2014	2,1–3,2	12 314 781
Horvátország	19 (54)	0,5 (2)	2012	0,4–0,6	923 650
Olaszország	8 (304)	1,8 (112)	–	–	–
Ciprus	15 (9)	1,2 (1)	2015	0,3–0,7	164
Lettország	14 (18)	44,3 (88)	2012	7,3–11,7	524 949
Litvánia	59 (115)	15,1 (44)	–	–	200 630
Luxemburg	31 (12)	24,9 (14)	2009	4,5–6,9	361 392
Magyarország	4 (25)	0,2 (2)	2015	1	188 696
Málta	28 (8)	0 (0)	–	–	340 644
Hollandia	16 (182)	0,1 (1)	2008	0,2–0,2	–
Ausztria	26 (152)	2,6 (22)	–	–	5 953 919
Lengyelország	9 (249)	1 (37)	–	–	10 142
Portugália	6 (39)	4,2 (44)	2012	1,9–2,5	1 004 706
Románia	2 (21)	7,1 (142)	–	–	1 425 592
Szlovénia	22 (30)	0,5 (1)	–	–	500 757
Szlovákia	7 (27)	0,6 (3)	–	–	347 162
Finnország	43 (150)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	5 301 000
Svédország	100 (618)	1,5 (15)	2008–11	1,3	281 397
Egyesült Királyság (²)	60 (2 528)	2,8 (182)	2004–11	2,9–3,2	–
Törökország	10 (533)	0,2 (13)	–	–	–
Norvégia	76 (257)	1,5 (8)	2014	2,2–3,0	2 500 192
Európai Unió	21,3 (7 109)	2,4 (1 233)	–	–	–
Az EU, Törökország és Norvégia	20,3 (7 899)	2,1 (1 254)	–	–	–

A besorolással, lefedettséggel és bizonyos országokban az alacsonyabb bejelentéssel kapcsolatos problémák miatt a kábítószer okozta halálesetek összehasonlításával óvatosan kell bánni.

(¹) A speciális programokban kiosztott fecskendők száma 2014-re vonatkozik.

(²) A fecskendőkre vonatkozó adatok az Egyesült Királyságból: Anglia: nincs adat; Skócia: 4 376 456 és Wales: 3 398 314 (mindkettő 2015-ös adat); Észak-Írország: 292 390 (2014).

A7. TÁBLÁZAT

LEFOGLALÁSOK

Ország	Heroin		Kokain		Amfetaminszármazékok		MDMA	
	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma
	kg	szám	kg	szám	kg	szám	tabletta (kg)	szám
Belgium	121	2 375	17 487	4 330	73	3 260	59 696 (9)	1 739
Bulgária	265	–	9	–	73	–	17 284 (<0,01)	–
Cseh Köztársaság	2	76	120	113	127	1 125	3 110 (0,4)	133
Dánia	29	571	548	3 470	193	2 626	70 244 (10)	1 005
Németország	210	3 061	3 114	3 592	1 423	13 680	967 410 (0)	4 015
Észtország	<0,01	2	4	60	119	391	41 549 (13)	239
Írország	–	758	–	364	–	63	– (0)	204
Görögország	567	2 957	102	575	3	118	300 (0)	56
Spanyolország	256	7 755	21 621	38 273	360	4 500	135 110 (0)	2 958
Franciaország	818	4 692	10 869	9 483	486	1 027	1 325 305 (0)	1 592
Horvátország	145	154	12	359	15	597	– (7)	747
Olaszország	768	2 230	4 035	5 403	26	278	17 573 (11)	406
Ciprus	<0,01	8	107	95	1,68	55	173 (1)	50
Lettország	3	142	4	62	36	763	238 (3)	154
Litvánia	2	368	533	16	62	205	(1)	11
Luxemburg	8	208	11	190	0,27	13	543 (0)	14
Magyarország	12	48	31	153	34	706	56 420 (7)	287
Málta	4	35	21	156	<0,01	2	1 404 (0,01)	46
Hollandia	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Ausztria	70	605	120	1 190	70	1 088	10 148 (3)	512
Lengyelország	4	–	219	–	747	–	120 886 (78)	–
Portugália	97	763	6 029	1 079	2	111	35 484 (2)	180
Románia	334	335	71	119	0,4	55	13 852 (0,1)	280
Szlovénia	6	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Szlovákia	3	63	2	42	5	819	1 460 (0)	40
Finnország	0,4	–	9	–	300	–	23 660 (0)	–
Svédország	8	483	114	2 086	546	5 398	95 421 (35)	2 095
Egyesült Királyság	806	8 083	4 228	15 588	491	4 517	812 127 (2)	3 030
Törökország	8 294	12 271	511	941	4 057	2 336	5 673 901 (0)	5 012
Norvégia	62	1 178	85	1 332	628	7 304	116 353 (27)	1 241
Európai Unió	4 537	36 045	69 421	86 976	5 196	41 397	3 812 305 (212)	19 793
Az EU, Törökország és Norvégia	12 893	49 494	70 017	89 249	9 880	51 037	9 602 559 (185)	26 046

Az amfetaminszármazékok az amfetamint és a metamfetamint is magukban foglalják.
Mindegyik adat 2015-re vonatkozik. Skóciáról (Egyesült Királyság) nincsenek adatok.

A7. TÁBLÁZAT

LEFOGLALÁSOK (folytatás)

Ország	Hasis		Marihuána		Kannabisznövény	
	Lefoglalt mennyiség kg	Lefoglalások száma szám	Lefoglalt mennyiség kg	Lefoglalások száma szám	Lefoglalt mennyiség növény (kg)	Lefoglalások száma szám
Belgium	7 045	5 569	764	26 401	– (–)	–
Bulgária	13	–	1 176	–	9 811 (37 775)	–
Cseh Köztársaság	8	105	655	3 672	30 770 (0)	361
Dánia	3 619	14 680	616	1 214	14 560 (464)	545
Németország	1 599	6 059	3 852	32 353	154 621 (0)	2 167
Észtország	812	21	60	597	0 (12)	44
Írország	–	192	–	1 049	– (–)	182
Görögország	330	542	2 474	5 499	59 242 (0)	735
Spanyolország	380 361	164 760	15 915	156 984	379 846 (0)	2 029
Franciaország	60 790	65 503	16 835	32 446	153 895 (0)	–
Horvátország	12	764	409	4 546	5 687 (0)	270
Olaszország	67 825	7 684	9 286	5 838	138 013 (0)	1 566
Ciprus	3	21	226	777	2 814 (0)	58
Lettország	1 272	63	71	712	– (20)	17
Litvánia	591	32	143	456	– (–)	–
Luxemburg	1	130	20	1 040	81 (0)	10
Magyarország	18	141	590	1 945	4 659 (0)	127
Málta	70	132	4	106	28 (0)	8
Hollandia	–	–	–	–	9 940 000 (0)	–
Ausztria	287	2 038	851	11 426	– (687)	379
Lengyelország	843	–	1 830	–	103 339 (0)	–
Portugália	2 412	4 180	224	582	6 102 (0)	298
Románia	5	178	180	1 987	– (293)	90
Szlovénia	3	109	458	3 103	14 006 (0)	167
Szlovákia	27	33	70	1 204	2 085 (0)	35
Finnország	63	–	208	–	23 000 (125)	–
Svédország	1 065	8 897	1 054	9 619	– (–)	–
Egyesült Királyság	7 219	5 959	30 680	100 811	399 230 (0)	9 735
Törökország	7 855	3 750	45 816	29 652	0 (0)	2 471
Norvégia	2 015	11 394	255	4 411	0 (69)	339
Európai Unió	536 293	287 792	88 649	404 362	11 441 789 (39 376)	18 823
Az EU, Törökország és Norvégia	546 163	302 936	134 719	438 425	11 441 789 (39 445)	21 633

Mindegyik adat 2015-re vonatkozik. Skóciáról (Egyesült Királyság) nincsenek adatok.

HOGYAN JUTHAT HOZZÁ AZ EURÓPAI UNIÓ KIADVÁNYAIHOZ?

Ingyenes kiadványok:

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

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

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

Megvásárolható kiadványok:

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



A jelentésről

A Tendenciák és fejlemények című jelentés magas szintű áttekintést ad a kábítószeres európai jelenségről, amibe a kábítószer-kínálat, a használat és a közegészségügyi problémák éppúgy beletartoznak, mint a drogpolitika és a válaszlépések. Ez a jelentés az online [Statistikai közlönnyel](#) és a [30 országos kábítószer-jelentéssel](#) együttesen alkotja a [2017. 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 kábítószeresekről és kábítószer-függőségről, illetve ezek következményeiről szóló, tudományosan megalapozott információk gyűjtését, elemzését és terjesztését, így a célközönsége számára tényeken alapuló, európai szintű helyzetképet tud adni a kábítószeres jelenségről.

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

