



Kábítószer és Kábítószer-függőség  
Európai Megfigyelőközpontja

HU

ISSN 2314-9140

# Európai kábítószer- jelentés

Tendenciák és fejlemények

2019





Kábítószer és Kábítószer-függőség  
Európai Megfigyelőközpontja

# Európai kábítószer- jelentés

Tendenciák és fejlemények

2019

## 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.

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, 2019

<b>Print</b>	ISBN 978-92-9497-420-4	ISSN 1977-9925	doi:10.2810/38925	TD-AT-19-001-HU-C
<b>PDF</b>	ISBN 978-92-9497-399-3	ISSN 2314-9140	doi:10.2810/12203	TD-AT-19-001-HU-N

© Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja, 2019  
Sokszorosítása a forrás feltüntetésével engedélyezett.

Ajánlott idézés: Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja (2019), *Európai kábítószer-jelentés, 2019: 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](mailto:info@emcdda.europa.eu) | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

[twitter.com/emcdda](https://twitter.com/emcdda) | [facebook.com/emcdda](https://facebook.com/emcdda)

## | Tartalom

5	Előszó
9	Bevezető és köszönetnyilvánítás
11	KOMMENTÁR <b>A 2019-es európai kábítószerhelyzet megismerése</b>
19	1. FEJEZET <b>Kábítószer-kínálat és a piac</b>
41	2. FEJEZET <b>A kábítószer-használat prevalenciája és tendenciái</b>
63	3. FEJEZET <b>Kábítószerrel összefüggő ártalmak és válaszlépések</b>
87	MELLÉKLET Az országos adatok táblázatos formában

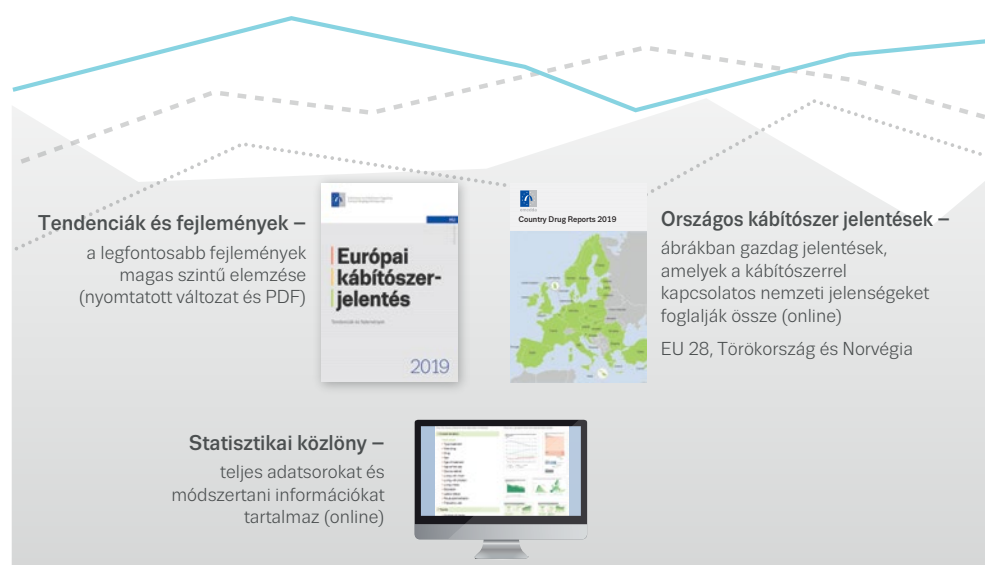


## Előszó

Nagy örömmel mutatjuk be az EMCDDA „2019-es Európai kábítószer-jelentés: Tendenciák és fejlemények” című kiemelt kiadványát. A jelentés az uniós, törökországi és norvégiai kábítószer-helyzettel és az arra adott válaszlépésekkel kapcsolatos legfrissebb adatokat elemzi. A jelentés egyéb, forrásadatokat tartalmazó online információs forrásokra, például Statisztikai Közlönyünkre is támaszkodik. Az európai kábítószer-jelentés részét képezi 30 országos kábítószer-jelentés is, amelyek áttekintést nyújtanak az EU kábítószer-információs hálózatában részt vevő összes ország jelenlegi helyzetéről.

### 2019. ÉVI EURÓPAI KÁBÍTÓSZER-JELENTÉS CSOMAG

**Az európai és nemzeti szintű kábítószer-problémával kapcsolatban rendelkezésre álló adatokhoz és elemzéshez való hozzáférést lehetővé tevő, egymással összefüggő elemek**



Az EMCDDA célja, hogy hozzájáruljon egy egészségesebb és biztonságosabb Európa megteremtéséhez. Ezt azzal kívánjuk elérni, hogy a rendelkezésre álló legjobb bizonyítékokkal támogatjuk a tájékozott és célzott kábítószer-ellenes politikák és intézkedések kidolgozását. Kiemelt jelentésünk a kábítószerhelyzetről aktuális áttekintést nyújt az érdekelt felek számára, ami szükséges ahhoz, hogy hatékony válaszokat lehessen adni napjaink problémáira. Ezenkívül az új fenyegetéseket is elemzi, ami lehetővé teszi számunkra, hogy felkészüljünk az e gyorsan változó és összetett területen jelentkező jövőbeli kihívásokra.

Az idei jelentés megjelenése a kábítószer-politikai fejlemények átgondolásának kritikus időszakára esik, különös tekintettel az Egyesült Nemzetek 2016. évi nemzetközi kábítószer-problémáról szóló rendkívüli ülésének megfelelő nyomon követéséről folytatott nemzetközi vitára. Jövőre kerül sor a kábítószer elleni jelenlegi uniós stratégia (2013–20) végső értékelésére. Ebben az időszakban Európában drámai változások mentek végbe a kábítószerrel kapcsolatos kihívások terén, ideértve több nem ellenőrzött anyag megjelenését is. A kábítószerpiac és a kábítószer-használat terén is jelentős változásokat tapasztaltunk, és bővültek azzal kapcsolatos ismereteink, hogy mi számít hatékony beavatkozásnak. Az Európába importált, növényi alapú anyagok által uralt piac olyan piaccá alakult át, ahol megnőtt a szintetikus kábítószer Európa belüli jelenlétének és előállításának jelentősége. A globalizáció és a technológiai fejlődés átformálta azokat a stratégiai kérdéseket, amelyeket az európai politikai döntéshozóknak figyelembe kell

venniük. Büszkék vagyunk az EMCDDA nemzetközi hírnevére, amit annak köszönhet, hogy lépés tud tartani ezekkel a változásokkal, és rendelkezésre bocsátja mindazokat az információkat, amelyek az uniós drogstratégia által előírányzott együttműködés és koordináció támogatásához szükségesek.

Az Európai Unió és tagállamai elkötelezettek az ENSZ 2030-ig tartó időszakra vonatkozó fenntartható fejlesztési menetrendjében kitűzött célok megvalósítása mellett. E célok számos aspektusa közvetlenül és közvetetten a kábítószerrel kapcsolatos problémákra vonatkozik. A kábítószer-előállítás és kereskedelme az érintett országokban például súlyos károkat okozhat a fizikai környezetben, az intézményi struktúrákban és a polgárok számára elérhető életminőségben. A 3.3. és 3.5. célkitűzés a fertőző betegségek által okozott járványok megszüntetésére, valamint a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos problémák megelőzésének és kezelésének javítására összpontosít. Ezzel összefüggésben Európa elkötelezte magát amellett, hogy a következő évtizedben igyekszik felszámolni a vírusos májgyulladást a kábítószer-injektáló személyek körében. A hepatitisz-C vírus rendkívül elterjedt ebben a populációban, de a fertőzés kezelésére rendelkezésre álló gyógyszerek közelmúltbeli fejlődése elérhető céllá tette a vírus felszámolásának lehetőségét. Ez az oka annak, hogy az idei európai kábítószer-jelentésben hangsúlyozzuk annak szükségességét, hogy e fontos közegészségügyi cél elérése érdekében a megelőzés, tesztelés és kezelés kritikus célkitűzéssé váljon.

Végezetül köszönetünket fejezzük ki a Reitox-hálózat részét képező nemzeti partnereinknek, minden más nemzeti és nemzetközi partnerünknek, valamint az EMCDDA tudományos bizottságának, akik támogatása nélkül ez a jelentés nem jöhetett volna létre. Méltányoljuk az európai szintű partnerintézményeinktől – különösen az Európai Bizottságtól, az Europoltól, az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központtól és az Európai Gyógyszerügynökségtől – kapott információkat is. Emellett hálásak vagyunk azoknak a szakosodott hálózatoknak is, amelyek együttműködtek velünk, és jelentésünket korszerű és innovatív adatokkal gazdagították.

**Laura d'Arrigo**

az EMCDDA igazgatási tanácsának elnöke

**Alexis Goosdeel**

az EMCDDA igazgatója









## Bevezető és köszönetnyilvánítás

Ez a jelentés az uniós tagállamok, a tagjelölt Törökország, valamint Norvégia részéről az EMCDDA számára éves jelentéstételi folyamat keretében rendelkezésre bocsátott információkon alapul.

Az aktuális jelentés célja, hogy összefoglaló áttekintést adjon az európai kábítószerhelyzetről és a kapcsolódó válaszlépésekről. Az itt közölt statisztikai adatok 2017-re (illetve az utolsó rendelkezésre álló évre) vonatkoznak. A tendenciák elemzése kizárólag a megadott időszakban zajló változások leírásához elegendő adatot szolgáltató országokon alapul. Az olvasónak mindazonáltal azzal is tisztában kell lennie, hogy a kábítószer-használathoz hasonló rejtett, megbélyegzett magatartásformák esetében a mintázatok és tendenciák megfigyelése gyakorlati és módszertani szempontból egyaránt kihívás. Emiatt a jelentésben közölt elemzés többféle adatforrásra támaszkodik. Bár érdemi előrelépéseket lehet megfigyelni, úgy országos szinten, mint a tekintetben, hogy egy európai szintű elemzésben mit lehet elérni, el kell ismerni a területtel kapcsolatos módszertani nehézségeket. Az értelmezéskor ezért indokolt az óvatosság, különösen az egyes országok valamely konkrét mérőszám alapján történő összehasonlításakor. A figyelmeztetések és az adatokra vonatkozó minősítések a jelentés online változatában és a [statisztikai közlönyben](#) 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.

A jelentésben szereplő valamennyi grafikára, elemzésre és adatra vonatkozó referencia-időszak a kábítószerhelyzet 2018 végéig. Ennek következtében az összes csoportosítás, aggregátum és címke a 2018-as helyzetet tükrözi az Európai Unió és az EMCDDA-jelentéstételben részt vevő országok összetételének vonatkozásában. Az adatok összeállításához és benyújtásához szükséges idő miatt az itt szereplő éves adatok közül több is a 2017. január és december közötti referenciaévből származik.

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 Bizottság;
- | az Európa Tanács Pompidou-csoportja, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, a WHO Európai Regionális Irodája, az Interpol, a Vámigazgatások Világszervezete, az Európai Iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (ESPAD), az Európai Szennyvízelemző Központi Csoport (SCORE), a European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus), a European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (ESCAPE) hálózat, a Trans-European Drug Information hálózat, a Trans-European Drug Information hálózat (TEDI), a European Web Survey on Drugs csoport;
- | 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 kormányaik fennhatósága alatt dolgozó fókuszpontok azok a nemzeti hatóságok, amelyek a kábítószerrel kapcsolatban információt szolgáltatnak az EMCDDA részére. A nemzeti fókuszpontok elérhetősége az [EMCDDA weboldalán](#) található.

# Kommentár

**A 2019. évi európai kábítószer-jelentés  
pillanatképet ad az európai kábítószerhelyzetről**

# A 2019-es európai kábítószerhelyzet megismerése

A kábítószeres európai jelenségéről az EMCDDA-nál készített legfrissebb elemzésből kitűnik, hogy a piac egyrészt rugalmas, ugyanakkor leképezi a világszinten zajló fejleményeket. A hagyományos és az újabban megjelenő tiltott kábítószeres jelentette hosszú távú egészségügyi és biztonsági problémák miatt a hatékony válaszlépések kialakítása és megvalósítása sem egyszerű. A 2019. évi európai kábítószer-jelentés a rendelkezésre álló legfrissebb adatok alapján ad pillanatképet az európai kábítószerhelyzetről. Ez a bevezető rész röviden elemez néhányat az európai drogpolitikában aktuálisan kiemelt helyen szereplő fontos kérdések közül.

## Opioidok: tovább kell törekedni az átalakulóban lévő probléma kezelésére

Az európai kábítószer-problémát régebben a heroin intravénás használata határozta meg. A heroin miatti kezelési igények száma történelmi mércével mérve ma már alacsony, az injekciós használat aránya csökkent és

az intravénásan használt kábítószeres tulajdonított új HIV-fertőzések éves száma is nagyjából 40%-kal esett vissza az elmúlt évtizedben. Ez jó hír. Az európai országokat megilleti az elismerés a pragmatikus ártalomcsökkentési és kezelési intézkedések bevezetéséért, amelyek hozzájárultak a fenti sikerekhez. Másfelől ezzel szemben tovább növekedtek az opioidproblémák, ami az egészségügyi kiadások emelkedéséhez vezetett Észak-Amerikában és az Európai Unióval határos országok némelyikében. Az Európában tapasztalt fejlemények dacára az opioidok használata továbbra is nagymértékben hozzájárul a drogfogyasztásnak tulajdonítható európai egészségügyi és társadalmi költségekhez, és a kábítószeres e csoportja talán még nagyobb fenyegetést is jelent.

Az opioidokkal összefüggő problémákkal szemben elérhető válaszlépések elemzése azt mutatja, hogy több országban, különösen Európa keleti részein még mindig nem biztosítják megfelelő mértékben a hatékony ártalomcsökkentést és kezelést. Arra utaló jelek is vannak, hogy néhány, korábban jó szolgáltatási lefedettséggel rendelkező országban romlott a helyzet. Az opioidhasználók öregedő és emiatt gyakran egyre sérülékenyebb kohorszána igényei ugyanakkor tovább nőnek. Ezt tükrözik a túladagolások halálesetek, amelyek áldozatai manapság átlagban 39 évesek, de ugyanerre mutat a fizikai és pszichés egészségügyi problémák magas előfordulási gyakorisága is e csoport tagjai körében. Az elmúlt 5 évben emellett a kábítószerrel összefüggő halálesetek összesített számában is növekedést figyeltek meg, és ezen belül a 30 év fölötti összes korcsoportban emelkedést jelentettek. A kínálati oldalra vonatkozó mutatók ugyancsak arra utalnak, hogy növekedhet

a veszély. Emelkedett a lefoglalt heroin mennyisége, a kábítószer tisztasága viszonylag magas, az ára pedig viszonylag alacsony maradt, ami Európa sok részén nagyarányú hozzáférhetőségre utal. Aggasztó fejlemény, hogy a közelmúltban néhány uniós országban heroin-előállító laboratóriumokat is lelepleztek.

## Fellépés a vírushepatitis ellen

Európa elkötelezte magát a 2030-ig tartó időszakra vonatkozó, nemzetközi fenntartható fejlődési menetrend mellett. Ennek a világszintű politikai keretnek a vírushepatitis elleni fellépés is része. Az Európai Unión belül ez különösen fontos az injekciós kábítószer-fogyasztók számára, mivel nemcsak arról van szó, hogy esetükben a legnagyobb a betegség terhe, hanem az átadás kockázata is náluk a legmagasabb. Az tehát, hogy 2030-ra mennyire sikerül kezelni a vírushepatitis egészségügyi hatását, a prevenciós intézkedéseknek és e csoport hepatitis B és C szűréséhez és kezeléséhez való hozzáféréseinek a kibővítésétől függ.

17 uniós országban és Norvégiában már külön stratégia van érvényben a hepatitis ellen, és egyre több országban biztosítanak korlátlan hozzáférést a könnyebben viselhető, hatékonyabb, közvetlenül ható antivirális gyógyszerekhez. Ennél azonban még többet kell tenni. A HCV szűrése döntő fontosságú első lépés a hepatitis hatékony kezeléséhez, és segít megelőzni a további átadást. Ebben fontos szerepet kaphatnak a közösségi alapú kábítószerügyi szolgálatok. Sok országban azonban nincsenek érvényben hatékony szűrési stratégiák és megfelelő beutalási útvonalak. A kábítószer-használók kezelésével szemben szakmai ellenállás is megjelenhet, és azt sem mindig ismerik el, hogy a kezelésbe való befektetés milyen előnyökkel jár az egyének, illetve a tágabban vett közösség számára. Az EMCDDA olyan eszközöket fejleszt ki, amelyekkel támogatni tudná a vírushepatitis kezelésének bevezetését a kábítószer-használók kezelésében. Ebbe beletartozik egy ellenőrző lista a HCV szűrés és kezelés igénybevitelét gátló akadályok azonosításához, a szolgáltató személyzet tudását felmérő kérdőív, valamint szemléletes esettanulmányok annak alátámasztására, hogy az innovatív, közösségi alapú szűrési módszerek hogyan tudnak érdemben hozzájárulni a betegség elleni fellépéshez.

## Mára nagyobb szerepet játszanak a szintetikus opioidok

Az Egyesült Államokban és Kanadában az opioidok jelenlegi járványos elterjedésében a szintetikus opioidok,

különösen a fentanilszármazékok használata a meghatározó. Európára ez nem igaz, de vannak ilyen irányú aggodalmak. Az új pszichoaktív anyagokat figyelő uniós korai előrejelző rendszerhez eddig nagyjából 50 új szintetikus opioidot jelentettek be. Ezekhez az anyagokhoz sok esetben súlyos mérgezések és halálesetek kötődtek. Némelyik, például a karfentanil rendkívül nagy hatóanyag-tartalmú, ami azt jelenti, hogy nagyon kis mennyiségben csempészhetik, ezért nehéz leleplezni, viszont több ezer szerhasználói adagnak felelhet meg. Úgy tűnik emellett, hogy az általában gyógyszerként használt szintetikus opioidoknak – idetartoznak a helyettesítő kezeléshez és fájdalomcsillapításra használt gyógyszerek – egyre nagyobb szerepe van a drogproblémában Európa több területén. Az opioidprobléma miatt kezelésre jelentkezők egyötöde most már a heroin helyett valamelyik szintetikus opioidot nevezi meg a fő problémát okozó kábítószerként; és a kábítószer-túladagolások esetében is egyre gyakrabban mutatják ki ezeket a szereket. E veszély ellenére a szintetikus opioidok hozzáférhetőségének, használatának és következményeinek felderítésére és bejelentésére jelenleg csak korlátozottan van kapacitás. Az információforrások érzékenységének javítását ezért ezen a téren kiemelten fontosnak kell tekinteni.

## A toxikológiai és igazságügyi szakértői adatforrások értéke

A drogtúladagolások halálesetek ritkán köthetők egyetlen szer fogyasztásához. A modern drogfogyasztási minták rendkívül dinamikusán változnak: egyre több kábítószer jelenik meg a piacon, a fogyasztók pedig jellemzően – akarva vagy akaratlanul – több különböző anyagot használnak. Ez azt jelenti, hogy jó igazságügyi szakértői és toxikológiai adatok nélkül az új egészségügyi veszélyek elkerülhetik a hatóságok figyelmét. Fennáll ezért a veszély annak, hogy a nagy hatóanyag-tartalmú új pszichoaktív anyagok, például a fentanilszármazékok túladagolások halálesetekben betöltött szerepét nem veszik észre, különösen ha ezeket más, megszokottabb kábítószerrel, például heroinnal együtt fogyasztják. Néhány uniós tagállam, főleg Európa északi részén, részént a forrásokat a toxikológiai adatok rendelkezésre állásának és érzékenységének javítására, ami mára lehetővé teszi a kábítószer trendjei és az egészségügyi fenyegetések jobb megismerését. Svédországban például az átfogó szűrés bevezetése és a vizsgálat érzékenységének növelése a fentanilhoz köthető esetek számának megduplázódását eredményezte a kábítószerrel összefüggő halálesetek vizsgált mintáiban. Az EMCDDA közelmúltban készült tanulmánya azonban azt mutatja, hogy a kevésbé megszokott anyagokat nem minden laboratórium képes kimutatni. Az igazságügyi és

## 1. ÁBRA

A meglévő adatforrások kiegészítésére szolgáló új mutatók



toxikológiai vizsgálathoz elengedhetetlen a referenciaminták rendelkezésre állása; az új pszichoaktív anyagok esetében azonban ezek sok laboratóriumban gyakran nincsenek meg. A felügyelet és a gyakorlat fejlesztését ezen a téren az is akadályozza, hogy hiányoznak a kábítószerrel összefüggő halálesetek kivizsgálására vonatkozó európai igazságügyi toxikológiai iránymutatások. Általánosabban fogalmazva, mivel várhatóan a szintetikus kábítószer minden típusa egyre fontosabb lesz, többet kell toxikológiai és igazságügyi szakértői adatforrásokra fordítani.

### Innovatív megfigyelési eszközök adnak betekintést az újonnan megjelenő tendenciákba

Az idei európai kábítószer-jelentés az újabban kiszemelt adatforrások közül is felhasznál néhányat. Ezek a legkorszerűbb mutatók a lakosság egészére nézve nem reprezentatívak, és más korlátaik is vannak; ugyanakkor olyan hasznos, aktuális és kiegészítő jellegű adatokkal szolgálnak, amelyekből értékes betekintést kaphatunk az európai kábítószer-használatba (lásd az 1. ábrát).

A szennyvízkezelés például most az európai nagyvárosokban közösségi szinten elfogyasztott kábítószer mennyiségéről ad pillanatképet. Ennek az adatforrásnak az egyik előnye az, hogy az információt gyorsan be lehet jelenteni, és ezáltal korán figyelmeztethet a drogfogyasztásban zajló változásokra. Ezt szemléltetik a SCORE csoport és az EMCDDA által 2018-ra vonatkozóan nemrég kiadott új adatok, amelyek szerint nagyobb lett a földrajzi keveredés, és összességében nőtt a stimuláns kábítószeres összes, szokásosan használt osztályának a fogyasztása.

Az idei jelentésben szereplő új adatforrások közé tartozik még az európai webes felmérés a kábítószerekről. A felméréshez az interneten válogattak össze egy kábítószer-használókból álló mintát, az eredmények pedig tájékoztatnak az általánosan használt tiltott kábítószeres használati mintáiról és beszerzéséről. A jelentésben ugyancsak áttekintjük a kábítószer-ellenőrző szolgálatoktól származó információkat – ahol az emberek bevizsgálathatják a kábítószerüket, és információt kaphatnak a tartalmáról –, hogy képet adjunk a rekreációs helyszíneken előforduló kábítószer-használatról.

A kórházak kábítószerrel összefüggő akut ártalmakról szóló, sürgősségi ellátásra vonatkozó adatai segítségével jobban megérthetjük, milyen közegészségügyi hatással jár Európában a kábítószeres használat. A European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus) 18 európai ország kiválasztott kórházaiban követi nyomon a kábítószerrel összefüggő akut mérgezéses eseteket. Az idei elemzés

megállapításai jól szemléltetik, hogy a sürgősségi betegmegjelenéseket előidéző kábítószeres használat milyen változatosan alakul Európa különböző részein. A stimulánsokhoz például nagyszámú sürgősségi betegmegjelenés köthető, de ezen belül az amfetaminszármazékoknak tulajdonított betegmegjelenések leggyakrabban Észak- és Kelet-Európában fordultak elő, míg a déli és nyugati országokban a kokain volt a legjellemzőbb stimuláns.

Azt, hogy a stimulánsoknak milyen szerepe lehet az intravénás kábítószer-használatban, egy új kísérleti tanulmány is bemutatta, amely öt európai városban a tűcsere program helyszínein összegyűjtött használt fecskendőkből kivont szermaradványokat elemezte. Egy kivétellel minden helyszínen a stimulánsokat mutatták ki leggyakrabban. Az elemzett fecskendők felében kettő vagy több kábítószer nyoma volt, a leggyakrabban valamilyen stimuláns és opioid keveréke. Ezek az új információforrások lehetőséget adnak a meglévő adatforrások alátámasztására és kiegészítésére, és bővítik a kábítószer-használat nehezebben megfigyelhető formáiról szóló ismereteinket.

## Tovább bővül az európai kokainpiac

A kokainra vonatkozó jelenlegi adatok azt mutatják, hogy a lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség egyaránt csúcspontra ért. A kokain több útvonalon és sokféle módon jut be Európába, de ezen belül kiemelkedő a nagy mennyiségben, nagy kikötőkön keresztül, konténerek használatával zajló csempészet. A kábítószer megnövekedett hozzáférhetőségére utal az is, hogy a kokain kiskereskedelmi szinten becsült tisztasága egy évtizede nem volt ilyen magas. Közép- és kiskereskedelmi szinten a kokainellátó lánc és a benne részt vevő szereplők átszerveződését lehet megfigyelni, ami abból látszik, hogy széttagoltabb, lazább és horizontálisabb szervezeti struktúrák jelentek meg. A különféle informatikai technológiák, például a titkosítás, a darknet piacok, a közösségi média és a kriptovaluta használatával kisebb csoportok is be tudtak lépni a piacra. Az, hogy a versengő kokainpiacon sokan vállalkoznak, nyilvánvalóan kiderül az innovatív terjesztési stratégiákból, amilyen például a csak kokainnal foglalkozó hívásközpontok működése. Ezek az új módszerek valamelyest tükrözik a más területeken is látható, az okostelefonok elterjedt használata által előidézett zavart – a kokainkereskedelem potenciális „uberizálódását” –, hogy a versengő piacon az eladók azzal tudnak versenyben maradni, ha plusz szolgáltatásokat kínálnak, például gyors, rugalmas kiszállítási lehetőséget.

## Kokain: jobban látszanak az egészségügyi ártalmak

A problémás kokainhasználat előfordulási gyakoriságát különösen nehéz megbecsülni, mivel ez a kábítószer kevésbé látható a szokott mutatókban, amelyek jellemzően az opioidokhoz köthető problémákra fókuszálnak. Vannak mindazonáltal arra utaló jelek, hogy a kokain megnövekedett hozzáférhetősége az egészségügyi költségek emelkedését idézi elő. Bár még mindig viszonylag alacsony a kokainproblémák miatt kezelésre jelentkező új kliensek száma, 2014 óta több mint 35%-kal nőtt, és az országok nagyjából kétharmadából növekedést jeleztek. Néhány országban a kokainnak tulajdonították a kábítószerrel összefüggő halálesetek közelmúltbeli növekedését. A kábítószerrel a túladagolásos halálesetekben gyakran opioidokkal együtt mutatják ki Európa azon részein, ahol ez a legjellemzőbb stimuláns. A jelentésekből még így is kimaradhat, hogy milyen szerepe lehet a kokainnak a szív- és érrendszeri megbetegedésekhez köthető halálesetekben. Ahol az adatok rendelkezésre állnak, azt mutatják, hogy a kokainnal összefüggő sürgősségi betegmegjelenések száma összességében nőtt, és a 18 országra kiterjedő Euro-DEN tanulmányban a kokain volt a leggyakrabban jelentett tiltott kábítószer.

Az intravénás kábítószer-használat mintáit feltérképező kísérleti tanulmányban, amely a feccskendők szermaradványait elemezte, a részt vevő öt város közül háromban a vizsgált feccskendők legalább egynegyedéből kokaint mutattak ki. A rendelkezésre álló új adatok szintén arra utalnak, hogy terjedőben lehet a kábítószer füsttel szívható formájának, a problémás használatú különösen összekapcsolódó crack kokainnak a fogyasztása. 2014 óta a crack kokaint fogyasztó, kezelésre jelentkező kliensek számának emelkedését jelentették Belgiumból, Írországból, Franciaországból, Olaszországból, Portugáliából, valamint az Egyesült Királyságból, abból az európai országból, amely a crack használatával a leggyakrabban összekapcsolódik.

Továbbra sem szólnak erős bizonyítékok amellett, hogy mi minősül hatékony szolgáltatásnak a kokainhasználók kezelésében, és Európában pillanatnyilag csak korlátozottan vannak kokainhasználóknak szóló célzott programok. Ez most kezd megváltozni, és néhány országban már specializált ártalomcsökkentő beavatkozásokat vezetnek be. Mivel azonban ezen a területen láthatólag egyre nagyobb az igény, sürgősen be kell fektetni a beavatkozások minden típusának, de különösen a hatékony kezelési modelleknek a fejlesztésébe és értékelésébe, ha a szolgáltatásokkal sikeresen el akarják érni a kliensek e csoportját.

## Európa nemzetközi szerepe a szintetikus kábítószer-előállításában

Bár nehéz megfigyelni, úgy tűnik, hogy a szintetikus kábítószer-előállítása Európában egyre terjed, diverzifikálódik és egyre innovatívabb lesz. Ez a bővülés látható a prekursor vegyi anyagok megnövekedett lefoglalásait dokumentáló friss adatokból. Ezekről a fejleményekről mélyreható elemzést fog adni a 2019 végén megjelenő EMCDDA–Europol európai kábítószerpiaci jelentés. A kábítószer-előállító laboratóriumok felderítése, a hulladéklerakóhelyek és az európai piacon kapható szintetikus kábítószer nagy hatóanyag-tartalma és változatossága kiemelten fontos ezen a területen.

**A problémás kokainhasználat előfordulási gyakoriságát különösen nehéz megbecsülni**



## KÖRKÉP – BECSLÉSEK AZ EURÓPAI UNIÓN BELÜLI KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLATRÓL

### Kannabisz



#### Felnőttek (15–64 év)

Előző évi használat **24,7 millió**  
7,4 %



Élet-prevalencia **91,2 millió**  
27,4 %



#### Fiatalfelnőttek (15–34 év)

Előző évi használat **17,5 millió**  
14,4 %



Országos becslések az előző évi használatról

Legalacsonyabb **3,5 %** | Legmagasabb **21,8 %**

### Kokain



#### Felnőttek (15–64 év)

Előző évi használat **3,9 millió**  
1,2 %



Élet-prevalencia **18 millió**  
5,4 %



#### Fiatalfelnőttek (15–34 év)

Előző évi használat **2,6 millió**  
2,1 %



Országos becslések az előző évi használatról

Legalacsonyabb **0,2 %** | Legmagasabb **4,7 %**

### MDMA



#### Felnőttek (15–64 év)

Előző évi használat **2,6 millió**  
0,8 %



Élet-prevalencia **13,7 millió**  
4,1 %



#### Fiatalfelnőttek (15–34 év)

Előző évi használat **2,1 millió**  
1,7 %



Országos becslések az előző évi használatról

Legalacsonyabb **0,2 %** | Legmagasabb **7,1 %**

### Amfetaminszármazékok



#### Felnőttek (15–64 év)

Előző évi használat **1,7 millió**  
0,5 %



Élet-prevalencia **12,4 millió**  
3,7 %



#### Fiatalfelnőttek (15–34 év)

Előző évi használat **1,2 millió**  
1 %



Országos becslések az előző évi használatról

Legalacsonyabb **0 %** | Legmagasabb **3,9 %**

### Opioidok



Magas kockázatú opioidhasználók

**1,3 millió**

**654 000**

2017-ben 654 000 opioidhasználó részesült helyettesítő kezelésben

Gyógykezelési igények

Az Európai Unióban az összes drogfogyasztói kezelési igény kb. **35%**-ában szerepel fő kábítószerként



Halálos kimenetelű túladagolások

**85 %**

A halálos kimenetelű túladagolások **85%**-ában mutatnak ki opioidokat



Egyre több jel utal Európa fontosságára a szintetikus kábítószeres világpiacán. Az ilyen jelek közé tartoznak a különféle anyagok jelentős lefoglalásai az uniós határokon; az a tény, hogy most már Törökországban több MDMA-t foglaltak le, mint az egész Európai Unióban; valamint az exportra szánt metamfetamint és más szintetikus kábítószereket előállító európai létesítmények felderítése. Az országok közötti gyors árumozgást lehetővé tevő infrastruktúrát egyre nagyobb mértékben használják ellenőrzött kábítószerek, új pszichoaktív anyagok, prekursorok és más, a kábítószer-előállításához nélkülözhetetlen vegyi anyagok csempészetének megkönnyítésére. Ugyanezt az infrastruktúrát időnként arra is használják, hogy szintetikus kábítószereket – különösen MDMA-t, de más anyagokat is – csempésszenek a nem uniós országokba.

Úgy tűnik, hogy az is a szintetikus kábítószerek előállításának következménye, hogy a metamfetamin használata az Európai Unión belül újabb országokra kezd áttérjedni. A szintetikus kábítószerek területén világszinten a metamfetamin jelenti a legnagyobb kihívást. Európában a metamfetamin használata eddig néhány országban koncentrált, ahol régóta fennálló problémák tapasztalhatók. Nagyrészt ma is ez a helyzet, de más stimulánsok széles körű hozzáférhetősége ellenére a szennyvízben lévő szermaradványok elemzése arra utal, hogy ez a kábítószer újabb országokba is kezd áttérjedni. A felderített laboratóriumok szintén a termelés bővülésére és EU-n kívüli piacokra szánt termelésre mutatnak.

### **Kannabisz: új fejlemények a legelterjedtebb európai kábítószer kapcsán**

Európában a kannabisz az egyik legrégebben használt kábítószer. A tiltott kábítószerek közül ezt használják a leggyakrabban: a 15–24 éves korcsoport közel 20%-a vallotta be, hogy az elmúlt évben használt kannabiszt. Nemzetközi szinten és Európán belül a kannabiszhasználat továbbra is olyan téma, amely a politika és a nyilvánosság részéről komoly érdeklődésre tart számot, mivel az új fejlemények vitát váltanak ki arról, hogy a társadalomnak hogyan kellene kezelnie ezt az anyagot.

A kannabisz, a kannabiszkészítmények és a kannabisznövényből származó gyógyszerek terápiás értékéről folyik a vita. Néhány országban legalizálták a kannabiszt, ami a költségek és a különböző szabályozási és ellenőrzési lehetőségek mérlegelésére ösztönöz. Ez bonyolult kérdéskör. Európában a rendőri kapacitások jelentős részét a kannabisz ellenőrzésére fordítják. A 2017-ben bejelentett 1,2 millió, használatlalt vagy személyes használati célú birtoklással kapcsolatos bűncselekmény

több mint fele a kannabiszhoz kötődött. A kannabiszpiacon való részvétel a fiatalkori bűnözés egyik mozgatórugója lehet, emellett a szervezett bűnözés számára fontos jövedelemforrás. Mára a kannabiszhasználatból eredő, különösen a fiatalokat érintő potenciális egészségügyi kockázatokat is jobban megismertük. A kábítószer-használók kezelésére szakosodott szolgálatoknál újonnan jelentkező kliensek most a kannabiszt nevezik meg leggyakrabban a segítségkérés okaként. Ez aggasztó, mivel az elmúlt néhány évben az EMCDDA összességében úgy értékelte, hogy a kannabiszra vonatkozó trendek nagyjából változatlanok maradtak. Most azonban ezt kétségbe vonják az új adatok, amelyek szerint több ország is növekvő használatról számolt be a fiatalabb korcsoportokban.

A helyzetet bonyolítja, hogy az utóbbi években a termesztési, kivonási és előállítási technikák továbbfejlesztése folytán a kannabisz új formái alakultak ki. A nagyobb hatóanyag-tartalmú kannabiszt termő, hibrid többszörösű növények kezdik felváltani a növény hagyományos formáit Európában és Marokkóban is, ahonnan az Európában használt hasis nagy része származik. Az EMCDDA támogatásával a közelmúltban készült tanulmány azt mutatja, hogy az elmúlt évtizedben a hasis és a marihuána hatóanyag-tartalma egyaránt emelkedett. Az innovációt serkenti a legális rekreációs kannabiszpiacok létrejötte is, ahol a kábítószert legalizálták, mivel itt olyan új kannabisztermékeket fejlesztettek ki, mint az ehető változatok, az elektromos cigarettába való folyadék és a koncentrátumok. Ezek némelyike az európai piacon is kezd megjelenni, ahol a felderítés és a kábítószer-ellenőrzés szempontjából új kihívást jelentenek.

Miután felismerte a kannabiszt övező politikai szféra jelenlegi dinamikus és összetett jellegét, az EMCDDA új kiadványsorozatot indított, amely tényeken alapuló áttekintéseket és elemzéseket közöl erről a területről. Ezek között szerepel a gyógyászati célú kannabiszellátás alakulásának európai uniós áttekintése is. A területről folytatott, tájékozott vitát akadályozza, hogy az orvosi kannabisz fogalmának nincs közös értelmezése. Tovább bonyolítja a helyzetet az elérhető termékek sokfélesége, amelyek skálája a kannabisznövényből származó vegyületeket tartalmazó gyógyszerektől a nyers kannabiszkészítményekig terjed.

### **Az alacsony THC-tartalmú kannabisztermékek szabályozási kérdéseket vetnek fel**

A kannabiszsal kapcsolatos gyors fejlemények másik példája az utóbbi 2 évben az alacsony hatóanyag-tartalmú marihuána és kannabiszolaj megjelenése volt, amelyeket

bioboltokban vagy szakboltokban forgalmazznak némelyik uniós országban. Értékesítéskor úgy állítják be, hogy ezeknek a termékeknek nincs vagy csak csekély a bódító hatása, ezért a kábítószer törvények szerint nem minősülnek ellenőrzöttnek. A kannabisz sok különböző vegyi anyagot tartalmaz, de a legtöbb figyelmet két kannabinoid, a tetrahidrokannabinol (THC) és a kannabidiol (CBD) kapja. A kannabisz fő hatóanyaga a THC, ez okozza a pszichoaktív hatásait is. A CBD-t tartalmazó termékeket egyre többször az előnyös hatások hangsúlyozásával forgalmazzák. Az EMCDDA egy friss kiadványában foglalkozott a THC és a CBD gyógyászati felhasználására vonatkozó tényanyagról szóló összetett, folyamatosan bővülő szakirodalommal. Az új termékek állítások szerint 0,2%-nál vagy 0,3%-nál kevesebb THC-t tartalmaznak, és többé-kevésbé két termék kategóriába sorolhatók: az egyik a kannabiszhasználókat célozza meg, elszívásra, a másik – olajok, krémek és hasonló készítmények – pedig a lehetséges egészségügyi felhasználások iránt érdeklődőknek szól. Némelyik uniós tagállam az alacsony THC-tartalmú termékeket büntetőjogi szankciók alá tartozó kannabisz-kivonatnak tekint; mások szerint ezek engedély nélkül nem árusítható gyógyszerek; néhány tagállam viszont az olyan termékek közé sorolja őket, amelyek nem jelentenek veszélyt a közegészségre, ezért a forgalmazásuk nem engedélyhez kötött. Ez a fejlemény uniós és országos szinten egyaránt szabályozási kérdéseket vet fel.

### Digitalizáció az egészségügy szolgáltatában

A fiatalok a kábítószerrel foglalkozó beavatkozások fontos célcsoportját jelentik. Valószínűleg ők alkotják a népességnek azt a rétegét, amelyik a legjobban ismeri és a leginkább nyitott az információs és kommunikációs technológia használatára az élet számos területén. Egyben ők lehetnek az a csoport is, amelyik a leginkább hajlandó elfogadni és igénybe venni ezt a technológiát a drogprevenációs, kezelési és ártalomcsökkentő szolgáltatásokban. Az idej európai kábítószer-jelentés áttekinti a mobil vagy m-egészségügy területének néhány ilyen új fejleményét, amelyek célja a problémák széles körének kezelése, a szolgáltatásokhoz való hozzáféréstől kezdve egészen a kábítószerrel területén dolgozó szakképzéséig. A területen zajló fejlesztések hasznát veszik az online forrásoknak és a mobil alkalmazásoknak: az újabb, innovatív módszerek némelyike például azt vizsgálta, hogy a virtuális valóságot hogyan lehet hasznosítani a drogfogyasztók kezelésében, hogy segítsék a betegeket a kábítószerrel kapcsolatos ingerek felismerésében vagy a sóvárgás csökkentésében. Itt azonban érdemes figyelmeztetni arra, hogy a területen készülő új alkalmazásokhoz nem mindig tartoznak

megbízható minőségi előírások, adatvédelmi szabályok és értékelési tényanyag. Az egészségügy összes többi területéhez hasonlóan ezekre az elemekre itt is feltétlen szükség lesz, ha a kábítószerrel elleni beavatkozásokban el akarják érni az új technológia által ígért lehetséges előnyöket.

### Az új pszichoaktív anyagokkal foglalkozó uniós korai előrejelző rendszer és kockázatértékelés megerősítése

2018-ban az új pszichoaktív anyagokkal foglalkozó uniós korai előrejelző rendszer felé nagyjából heti egy új pszichoaktív anyagot jelentettek be. A 2018-ban felfedezett 55 új kábítószer számszerűleg hasonló a 2017-es eredményhez, de jóval kevesebb, mint 2013-ban és 2014-ben volt. Bár ez arra utalhatna, hogy csökkent az innováció ezen a téren, meg kell jegyezni, hogy a már bejelentett anyagok jelentős számban évről évre feltűnnek az európai kábítószerpiacon, ami azt mutatja, hogy az anyagok idővel állandó helyet szerezhetnek a piacon. A megfigyelt anyagok típusát tekintve is vannak változások, ami talán azt jelzi, hogy az új pszichoaktív anyagokkal egyre inkább a hosszú távú és problémásabb kábítószerhasználókat célozzák meg. Miközben például az új pszichoaktív anyagokkal foglalkozó uniós korai előrejelző rendszerbe továbbra is az anyagok széles köréről érkeznek bejelentések, most már egyre több szintetikus opioid és benzodiazepin jelenik meg.

A korai előrejelzés és a kockázatértékelés döntő fontosságú ahhoz, hogy Európa reagálni tudjon az új pszichoaktív anyagok területének fejleményeire. Az európai rendszert 2018-ban felülvizsgálták, hogy erősítsék és gyorsítsák az új kábítószerrel jelentette egészségügyi és társadalmi veszélyek felderítésére, értékelésére és a reagálásra való uniós képességet. Ez nemcsak Európa egészére kiterjedő korai figyelmeztetést biztosít, hanem a gyorsabb kockázatértékelésre és az anyagok európai szintű felügyeletére is lehetőséget ad. A változások egyúttal megerősítik az EMCDDA és Europol ilyen jellegű munkáját támogató hálózatot, miután mostanra hivatalos munkamegállapodások jöttek létre az EMCDDA és az Európai Gyógyszerügynökség (EMA), az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság (EFSA), az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) és az Európai Vegyianyag-ügynökség (ECHA) között.

**A fiatalok a kábítószerrel foglalkozó beavatkozások fontos célcsoportját jelentik**

# 1

**Világszinten nézve Európa  
a kábítószeres fontos piaca közé tartozik**

# Kábítószer-kínálat és a piac

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

## A kábítószerpiac, a kínálat és a jogszabályok megfigyelése

Az ebben a fejezetben bemutatott elemzés a kábítószeresek lefoglalásairól, a kábítószer-prekursorok lefoglalásairól és a feltartóztatott szállítmányokról, a felszámolt kábítószer-termelő létesítményekről, a kábítószeresekre vonatkozó törvényekről, a kábítószer-bűncselekményekről, a kábítószeresek 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. Az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó korai előrejelző rendszer teljes leírása az EMCDDA [weboldalán](#) található.

## 1.1. ÁBRA

A kannabisznak, a heroinnak és az amfetaminszármazékoknak sok európai országban már az 1970-es és 1980-as évek óta számottevő piaca van. Idővel más anyagok is teret nyertek, köztük az 1990-es években az MDMA és a kokain. Az európai kábítószerpiac folyamatosan változik; az elmúlt évtizedben számos új pszichoaktív anyag jelent meg. A kábítószerpiacán bekövetkezett, jórészt a globalizációval és az új technológiával összefüggő legfrissebb változások közé tartozik a kábítószer termelési és csempészési módszereiben zajló innováció, az új kereskedelmi útvonalak létrejötte és az online piac térnyerése.

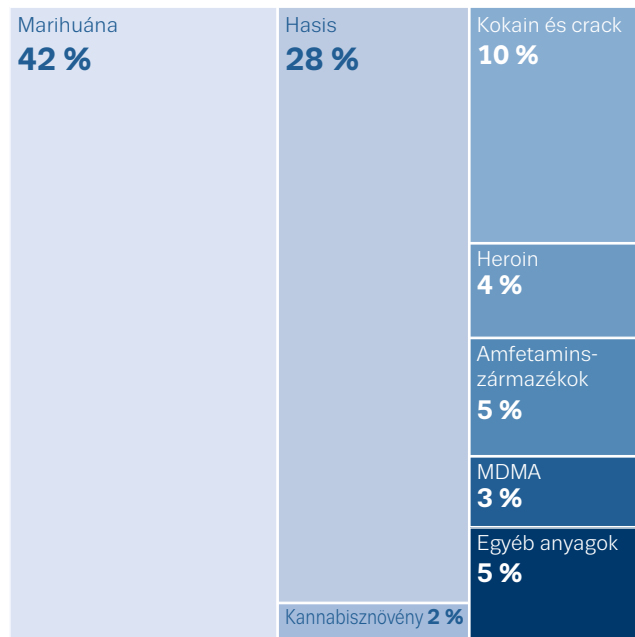
### A tiltott kábítószerpiacok Európaiban: összetett és többrétű kérdés

A tiltott kábítószerpiacok egymással összefüggő tevékenységek egész sorát foglalja magában, beleértve az előállítás, a csempészést, a terjesztést és a végső fogyasztónak történő értékesítést. Mindezek nagy földrajzi távolságokat fognak át. A különböző szakaszokban különböző szereplők vehetnek részt, de az évi több milliárd eurós kábítószerüzletet a szervezett bűnözői csoportok utalják.

A kábítószer-eladás kiskereskedelmi szinten továbbra is főleg közvetlenül a beszállítók és a fogyasztók között folyik. Ugyanakkor a kábítószer-terjesztő hálózatok egyre nagyobb mértékben használják a mobiltechnológiát és a kódolást. Bár a kábítószer-árusítás online platformjai még mindig a teljes piac viszonylag kis részét teszik ki, az utóbbi években egyre nagyobb jelentőségre tettek szert. Online piacokkal találkozhatunk a látható interneten – a világháló indexált vagy kereshető részén –, ilyenek például a webáruházak és a közösségimédia-platfomok, vagy a darkneten, egy titkosított hálózaton, amelynek eléréséhez speciális eszközökre van szükség, és ahol az eladók és a vevők álcázzhatják személyazonosságukat.

Az anonim online piacok 2010-es megjelenése óta több mint 100 globális piac létezik a darkneten. 2017. júliusban egy nemzetközi rendőrségi akció során lekapcsolták az AlphaBay-t, az eddigi legnagyobb drogpiacon, majd egy másik nagy online drogpiacon, a Hansa is leállt. E bűnüldözési művelet eredményeképpen csökkenhetett az ilyen piacok biztonságába vetett fogyasztói bizalom. Az EMCDDA és az Europol egyik elemzése azonban azt mutatja, hogy a darkneten értékesített kábítószerekkel összefüggő bevételek és kereskedési volumen a rendőrségi akció után egy évvel már visszaállt az előző szintre.

A bejelentett kábítószer-lefoglalások száma, kábítószerek szerinti bontás, 2017



### Több mint egymillió kábítószer-lefoglalás

A tiltott kábítószerek bűnüldöző hatóságok általi lefoglalásai a kábítószerpiacok fontos mutatói; 2017-ben több mint 1,1 millió kábítószer-lefoglalásról érkezett bejelentés Európában. A bejelentett lefoglalások többségének esetében a szerhasználóktól elkobzott kis mennyiségekről volt szó. A lefoglalt kábítószerek teljes mennyiségének túlnyomó részét azonban a kevés számú, de több kilogrammos drogszállítmányok teszik ki. A legnagyobb számú lefoglalást bejelentő három ország – amelyek együttvéve az Európai Unión belüli összes kábítószer-lefoglalás több mint kétharmadát adják – Spanyolország, az Egyesült Királyság és Franciaország. Ugyanakkor Hollandiára vonatkozóan nem állnak rendelkezésre adatok a lefoglalások számáról, míg Németország és Szlovénia esetében a legfrissebb adatok 2015-ből származnak, ami valamivel bizonytalanabbá teszi az elemzést. A leggyakrabban lefoglalt kábítószer a kannabisz, amely az összes európai lefoglalás csaknem háromnegyedét teszi ki (1.1. ábra).

## Kannabisz: több a lefoglalás, nagyobb a hatóanyag-tartalom, az ár változatlan

Az európai kábítószerpiacon két fő kannabisztermék van jelen: a növényi kannabisz (marihuána) és a kannabiszgyanta (hasis). A kannabiszolja viszonylag ritka, bár az elmúlt néhány évben jelentettek néhány nagy mennyiségű lefoglalást. Az Európában fogyasztott marihuánát főleg Európán belüli termesztik, egy kis részét viszont külső országokból csempészik. Európában a marihuánát túlnyomórészt zárt térben termesztik. A kannabiszgyantát túlnyomórészt Marokkóból importálják, Líbia pedig a hasiscsempészet fontos csomópontja. A jelentések szerint van valamennyi hasistermelés az Európai Unióban, Hollandiában pedig már több éve dokumentálják a „nederhash” előállítását. Emellett a Nyugat-Balkán a marihuána és újabban a kannabiszolja egyik forrása.

2017-ben az uniós tagállamok 782 000 esetben jelentették kannabisztermékek lefoglalását, ami 440 000 esetben marihuánát, 311 000 esetben hasist és 22 700 esetben kannabisznövényt jelentett. A marihuána lefoglalásainak száma 2009 óta meghaladja a hasisét. A lefoglalt hasis mennyisége azonban még mindig több mint kétszerese a marihuána mennyiségének (466 tonna a 209 tonnával szemben). Ennek részben az lehet az oka, hogy a hasist nagyobb mennyiségben csempészik országhatárokon át, így nagyobb a lefoglalás valószínűsége. Marokkóhoz való közelsége miatt Spanyolország rendkívül fontos a lefoglalt hasis mennyiségét tekintve, mivel az Európai Unióban 2017-ben lefoglalt teljes mennyiség közel háromnegyedét (72%) adta (1.2. ábra).

## KANNABISZ



### HASIS

#### Lefoglalások

Szám

**311 000** EU  **329 000** EU + 2

Mennyiség

**466** EU  **550** EU + 2

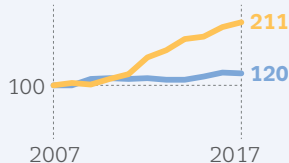
Ár

(EUR/g)

**25 €**  
**9–13 €**  
**2 €**

#### Indexált tendenciák

Ár és hatóanyag-tartalom



**15–22 %**

**9 %**

#### Hatóanyag-tartalom

(THC %)

### MARIHUÁNA

#### Lefoglalások

Szám

**440 000** EU  **486 000** EU + 2

Mennyiség

**209** EU  **304** EU + 2

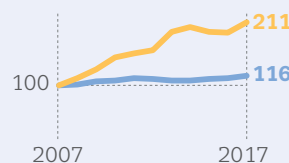
Ár

(EUR/g)

**22 €**  
**7–13 €**  
**4 €**

#### Indexált tendenciák

Ár és hatóanyag-tartalom



**15 %**

**9–12 %**

**3 %**

#### Hatóanyag-tartalom

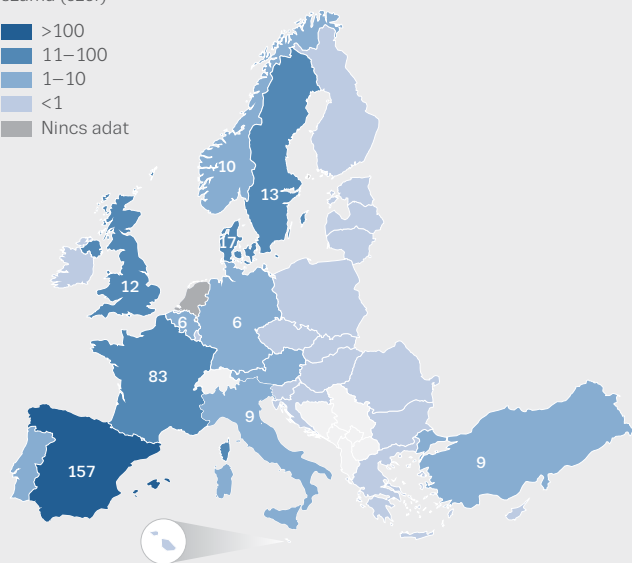
(THC %)

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.

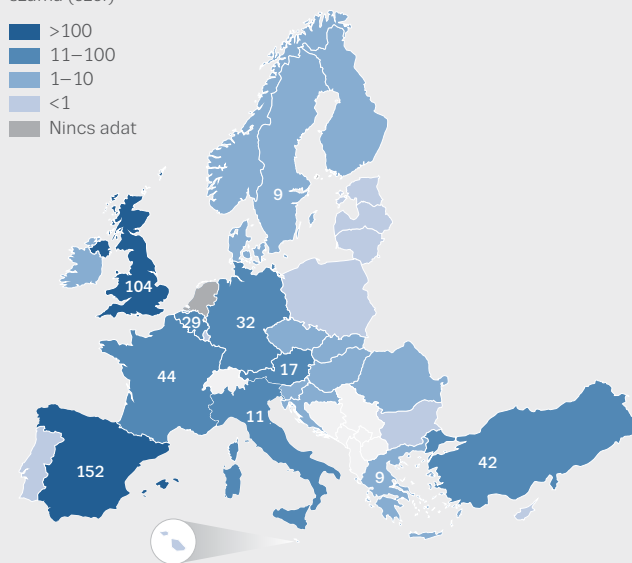
## 1.2. ÁBRA

### A hasis és a marihuána lefoglalásai, 2017 vagy a legutolsó év

Hasislefoglalások száma (ezer)

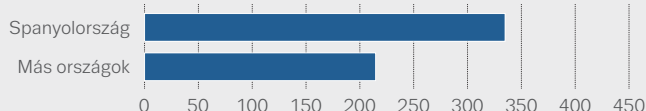


Marihuána-lefoglalások száma (ezer)

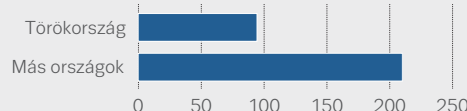


Megjegyzés: A lefoglalások száma a legmagasabb értékekkel rendelkező 10 ország esetében.

Hasisból lefoglalt mennyiség (tonna)



Marihuánából lefoglalt mennyiség (tonna)



Az Európai Unióban bejelentett kannabiszlefoglalások száma 2012 óta a hasis és a növényi termékek esetében is viszonylag stabil (1.3. ábra). A 2015-ös csökkenést követően azonban sok országban nőtt a marihuána lefoglalásainak száma. A 2016 és 2017 közötti általános növekedés főleg a Görögország, Spanyolország és különösen Olaszország által jelentett jelentős növekedésnek tulajdonítható. 2009 óta Törökország minden évben több marihuánát foglalt le, mint bármelyik uniós ország, de 2017-ben az olaszországi marihuána-lefoglalások mennyisége közel azonos volt a törökországiával. Emellett számos ország, ahol általában kis mennyiségben foglalnak le marihuánát, szintén jelentős növekedést mutatott 2017-ben. Magyarországon például hétszer nagyobb mennyiséget foglaltak le, mint az előző évben (2017-ben 3,5 tonna, 2016-ban 0,5 tonna).

A kannabisznövények lefoglalását az adott országban folyó kábítószer-termelés egyik mutatójának lehet tekinteni. A bűnüldöző szervek prioritásai és a jelentéstételi gyakorlatok tekintetében az országok között fennálló különbségek miatt azonban indokolt az óvatosság az adatok értelmezésekor. Az Európában lefoglalt növények száma 2012-ben volt a legmagasabb 7 millióval, ami az abban az évben Olaszországban végrehajtott intenzív

lefoglalásokra vezethető vissza, majd 2015-ben 2,5 millió növényre esett vissza, 2017-ben pedig 3,4 millióra nőtt. 2017-ben az európai országok 490 esetben jelentették kannabiszolja lefoglalását, a legnagyobb mennyiségű lefoglalása Törökországban (3 lefoglalás során 50 liter) és Görögországban (37 lefoglalás során 12 kg) történt.

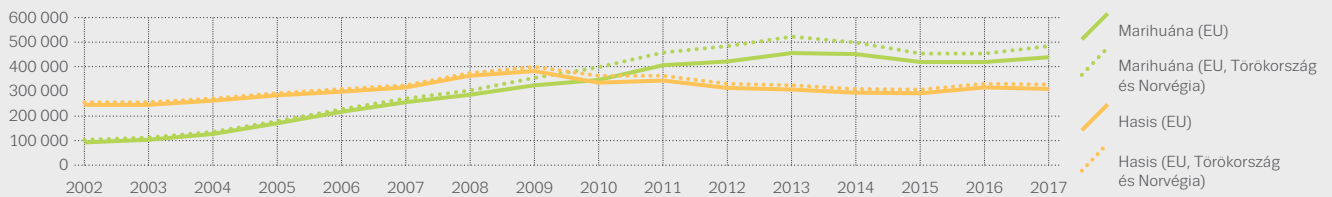
Az árról és a hatóanyag-tartalomról rendszeresen adatokat közlő országok körében az indexált tendenciák elemzése azt mutatja, hogy a marihuána és a hasis hatóanyag-tartalma is nőtt 2007 óta. A hasis hatóanyag-tartalma 2009 óta folyamatosan nő. A hasis átlagos hatóanyag-tartalmának növekedése többek között abból adódhat, hogy magas hatóanyag-tartalmú növényeket és új termelési technikákat kezdtek alkalmazni Marokkóban, kisebb mértékben pedig annak, hogy Európán belül nagyobb mértékben alkalmaztak olyan hasiskivonási technikákat, amelyek magasabb hatóanyag-tartalmú termékeket eredményeznek. A 2013 és 2016 közötti stagnálást követően 2017-ben nőtt a marihuána átlagos hatóanyag-tartalma. Az azonban majd később derül ki, hogy ez a közelmúltbeli emelkedés egy új tendencia kezdetét jelenti-e. Az adatok azt jelzik, hogy a hasis és a marihuána grammonkénti kiskereskedelmi ára hasonló, és hogy az árak 2009 óta változatlanok.



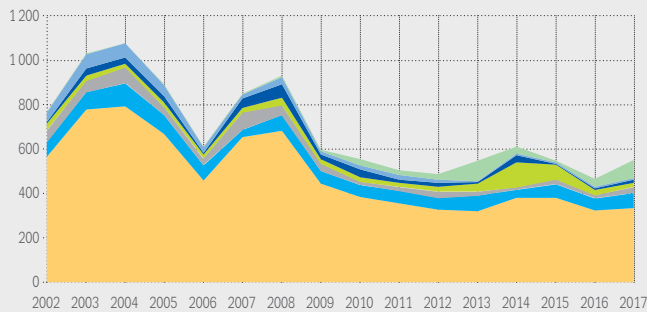
## 1.3. ÁBRA

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

Lefoglalások száma

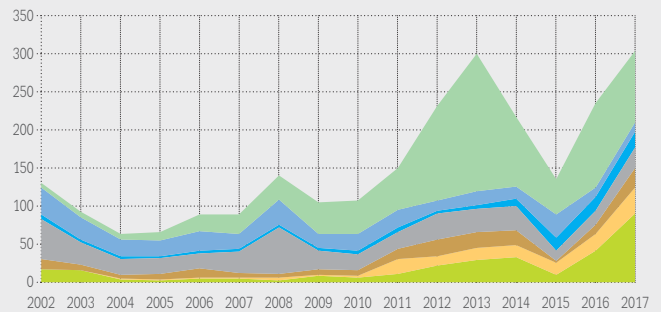


Hasis (tonna)



Törökország Egyesült Királyság Portugália  
Olaszország Más országok Franciaország  
Spanyolország

Marihuána (tonna)



Törökország Egyesült Királyság Franciaország  
Más országok Görögország Spanyolország  
Olaszország

### Az alacsony THC-tartalmú kannabisztermékek hozzáférhetősége

2017 óta a marihuánát és a kannabiszolajat számos uniós országban bioboltokban vagy szaküzletekben nyíltan árúsítják, mégpedig azon az alapon, hogy ezeknek a termékeknek csekély bódító hatásuk van, vagy egyáltalán nincs, ezért nem tartoznak a kábítószer-törvények ellenőrzése alá.

A marihuána és kivonatai a két kannabinoid, a tetrahidrokannabinol (THC) és a kannabinol (CBD) miatt ismertek. A THC bódító hatásokat okoz, míg a CBD-hez kedvező élettani hatásokat társítanak, bár a legtöbb vizsgált állapot tekintetében ezt jelenleg kevés bizonyíték támasztja alá. Ezek a hatóanyagok nagyon eltérő arányban vannak jelen a kannabisznövényekben. Az uniós közös agrárpolitika támogatást nyújt bizonyos kannabisznövényfajták ipari felhasználás céljából történő termesztéséhez, feltéve, hogy THC-tartalmuk nem haladja meg a 0,2%-ot (a határérték eredetileg nem az emberi fogyasztás biztonságossági profilja, hanem a növényfajták közötti különbségtétel miatt került meghatározásra). Az egyes országokban 0 és 0,3% között lehetnek a határértékek.

Állítások szerint az új termékek THC-tartalma 0,2% vagy 0,3% alatt van, és úgy tűnik, hogy két tág, egymást olykor átfedő kategóriába sorolhatók. Az elsőbe az általában

a dohányzáshoz köthető formában kiszerelt „legális” kannabisz tartozik, amivel a jelenlegi illegális kannabiszhasználókat célozzák meg. A gyakran olajok és krémek formájában kiszerelt második kategóriát az „egészség” és a „jólét” fogalmakhoz társítják, és ezeknél a CBD-tartalmat hangsúlyozzák ki. Az értékesített kategóriát a kereskedelmi helyiségek típusa és berendezése is tükrözi. Mivel nincs megállapodás az ilyen termékek szabványos bevizsgálásáról, a THC- és a CBD-tartalom eltérhet a címkén jelzett mennyiségtől vagy a terméken feltüntetett „bevizsgálási eredménytől”.

## Heroin: nő a lefoglalt mennyiség

Az uniós kábítószerpiacon a heroin a leggyakoribb opioid. Európában az importált heroin hagyományosan két formában érhető el, ezek közül a gyakoribb a nyers heroin (a heroin bázis formája), amelyet többnyire Afganisztánban termesztett mákból kivont morfinból állítanak elő. Sokkal ritkább forma a fehér heroin (só forma), amely régebben Délkelet-Ázsiából származott, de már Afganisztánban vagy a szomszédos országokban is előállíthatják. Az illegális európai piacokon elérhető egyéb opioidok közé tartozik az ópium, valamint a morfin, metadon, buprenorfin, tramadol gyógyszerek és a különféle fentanilszármazékok. Az említett opioidok egy részét feltehetőleg legális gyógyszer szállítványokból térítik el, másokat viszont illegálisan gyárthatnak.

Továbbra is Afganisztán a világ legnagyobb illegális ópiumtermelője, és az Európában talált heroin legnagyobb részét feltehetőleg ott vagy a szomszédos Iránban vagy Pakisztánban állították elő. Az illegális európai opiáttermelés a közelmúltig hagyományosan az egyes keleti országokban előállított házi mákkészítményekre korlátozódott. Az utóbbi években Bulgáriában, Csehországban, Spanyolországban és Hollandiában felderítettek olyan laboratóriumokat, ahol ecetsav-anhidrid felhasználásával állítottak elő morfinból heroint, valamint több morfin- és ópiumlefoglalásra került sor, mindez utal arra, hogy Európában most már a fogyasztói piacokhoz közelebb is előállítanak valamennyi heroint. Ez a változás azt tükrözheti, hogy a beszállítók úgy próbálják csökkenteni a költségeket, hogy a heroin előállításának utolsó szakaszait Európában hajtják végre, ahol az ópiumtermelő

országokhoz képest olcsóbbak az olyan prekursorok, mint az ecetsav-anhidrid. A kábítószernek a fogyasztói piacokhoz közel történő gyártása a lefoglalás kockázatának csökkentését is szolgálhatja.

A heroin Európába négy fő kereskedelmi útvonalon lép be. A két legfontosabb az úgynevezett „balkáni folyosó” és a „déli útvonal”. Az előbbi és a legfontosabb 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”, amely Afganisztánból indulva Közép-Ázsián keresztül vezet Oroszországba, és a Dél-Kaukázuson és a Fekete-tengeren átvezető út.

2010–2011-ben a heroin számos európai országban korlátozottan volt elérhető, ami azzal járt, hogy általános csökkenés mutatkozott a lefoglalások számában és a lefoglalt mennyiségekben is. Azóta a lefoglalások nagymértékben stabilizálódtak, 2017-ben 37 000 lefoglalást, és 5,4 tonna lefoglalt mennyiséget jelentettek az Európai Unióban. Törökországban továbbra is nagyobb a lefoglalt heroin mennyisége, mint az összes többi európai országban együttvéve (1.4. ábra). A 2014 és 2016 közötti időszakban bekövetkezett meredek esést (12,8-ról 5,6 tonnára) követően 2017-ben Törökországban 17,4 tonna heroint foglaltak le, ami a legnagyobb mennyiség az elmúlt évtizedben.

## HEROIN

### Lefoglalások

Szám

**37 000** EU  **50 000** EU + 2

Mennyiség

**5,4** EU  **22,9** EU + 2

### Ár

(EUR/g)

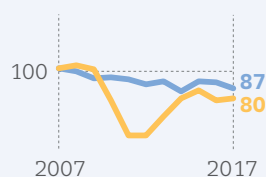
**140** €

**28–58** €

**15** €

### Indexált tendenciák

Ár és tisztaság



### Tisztaság

(%)

**51** %

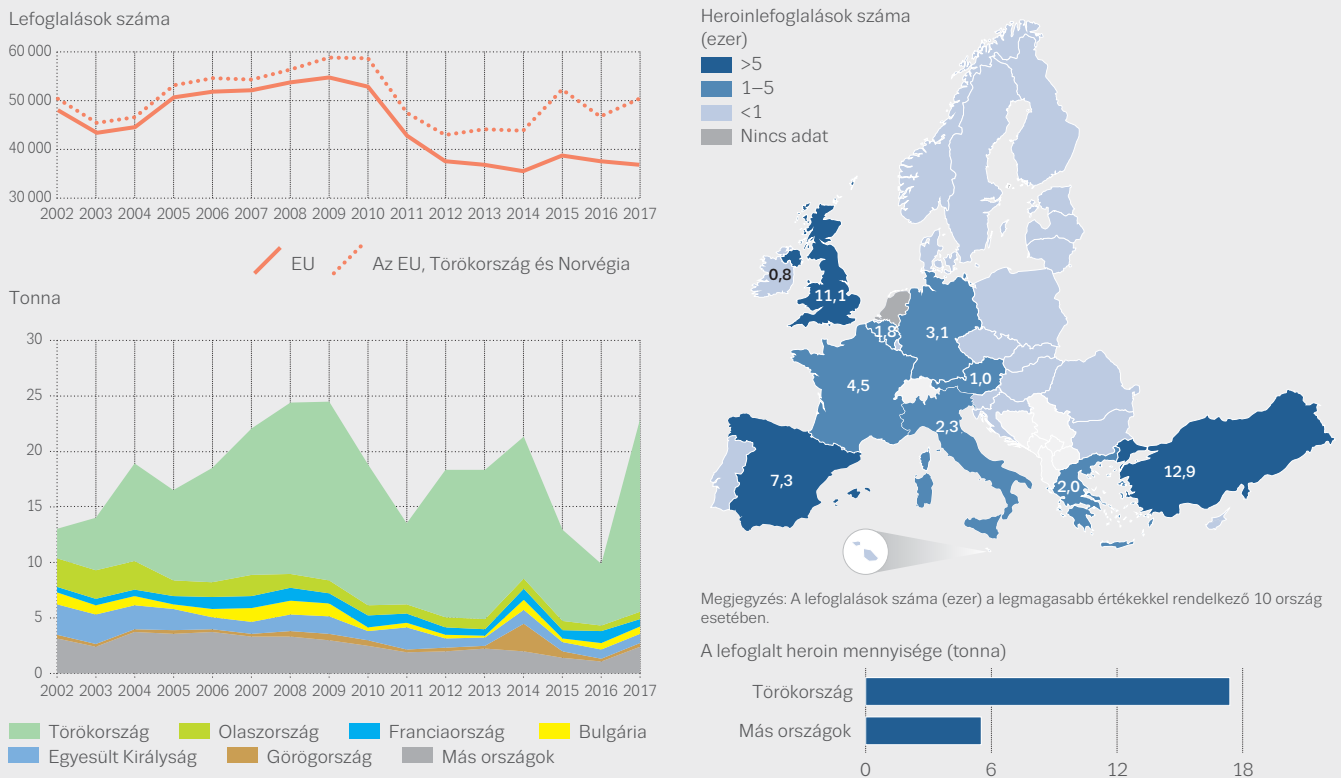
**15–31** %

**9** %

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.

## 1.4. ÁBRA

A heroinlefgalások száma és a lefgalt mennyiség: tendenciák és 2017 vagy a legutolsó év



Az árakra és a hatóanyag-tartalomra vonatkozó adatokat rendszeresen jelentő országokban az indexált tendenciák azt mutatják, hogy a 2009 és 2011 közötti időszakban bekövetkezett meredek esést követően a heroin hatóanyag-tartalma gyors növekedés után stabilizálódott, de nem érte el a 2007-es szintet. Ezzel szemben a heroin kiskereskedelmi ára az elmúlt évtizedben összességében kismértékben csökkent, és 2017-ben is csökkenés volt megfigyelhető.

A heroin mellett az európai országokban más opioidtermékeket is lefgaltak. Noha ezek az összes opioidlefgalásnak csak a töredékét képviselik, 2017-ben jelentős emelkedést mutattak. A leggyakrabban lefgalt egyéb opioidok közé az opioid gyógyszerek, azaz a tramadol, a buprenorfin és a metadon tartoznak (lásd az 1.1. táblázatot). 2017-ben a tramadol- és a fentanilszármazékok lefgalt mennyisége tekintetében már második éve emelkedést jelentettek. Emellett 2017-ben a lefgalt ópium és morfium mennyisége is lényegesen meghaladta az előző évit.

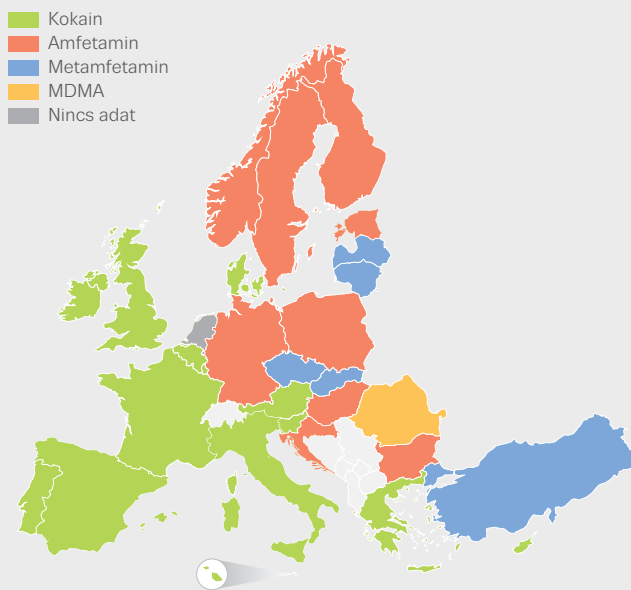
## 1.1. TÁBLÁZAT

A herointól eltérő opioidok lefgalásai 2017-ben

Opioid	Szám	Mennyiség				Országok száma
		Kilogramm	Liter	Tabletta	Tapasz	
Metadon	1 428	17,2	26,4	30 381		18
Buprenorfin	2 649	0,5	0,01	58 682		17
Tramadol	4 290	13,8	0,1	118 935 898		11
Fentanilszármazékok	940	14,3	1,9	10 551	2 291	13
Morfin	358	246,0	1,3	9 337		13
Ópium	1 837	2 177,9				17
Kodein	522	0,1		18 475		8
Dihidrokodein	21			1 436		4
Oxikodon	560	0,0001		18 035		8

## 1.5. ÁBRA

Az Európában leggyakrabban lefoglalt stimuláns, 2017 vagy a legfrissebb adatok



### A stimulánsok európai piaca: regionális különbségek

Az Európában hozzáférhető tiltott stimuláns kábítószeresek közül a legfontosabb a kokain, az amfetamin, a metamfetamin és az MDMA. Egyértelmű regionális különbségek figyelhetők meg a tekintetben, hogy melyik a leggyakrabban lefoglalt stimuláns (1.5. ábra), amit befolyásol a belépési kikötők és a csempésztúvonalak, a fontosabb termelőközpontok és a nagy fogyasztói piacok elhelyezkedése. Sok nyugati és déli országban a kokain a leggyakrabban lefoglalt stimuláns, míg Észak- és Kelet-Európában az amfetaminszármazékok és az MDMA lefoglalásai vannak túlsúlyban.

### Kokainpiac: rekord a lefoglalásokban

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 kokacserje leveleiből előállított kokaint elsősorban Kolumbiában, Bolíviában és Peruban termesztik. A kokaint változatos dél- és közép-amerikai kiindulópontokról, különböző módokon szállítják Európába, többek között utasszállító repülőgépekkel, légi árufuvarozással, magánrepülőgépekkel, jachtokkal és egyéb kisebb hajókkal. A legnagyobb mennyiséget azonban úgy tűnik, hogy a tengeri áruforgalomban, különösen konténerekben csempészik. Az Európába szállítandó kokain szempontjából fontos tranzitterület a karibi-térség, Nyugat- és Észak-Afrika.

2017-ben az Európai Unióban a kokainlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség is rekordot döntött, több mint 104 000 lefoglalást jelentettek be, 140,4 tonna mennyiségben. A lefoglalt kokainmennyiség több mint 20 tonnával meghaladta az előző, 2006-ban feljegyzett legnagyobb mennyiséget, és a 2016-ban lefoglalt mennyiség kétszeresét tette ki (lásd az 1.6. ábrát). 2017-ben körülbelül 86 tonnányi lefoglalással Belgium (45 tonna) és Spanyolország (41 tonna) együtt adta az összes becsült lefoglalás 61%-át az EU-ban, de Franciaország (17,5 tonna) és Hollandia (14,6 tonna) is

## KOKAIN

### Lefoglalások

Szám

**104 000** EU  **109 000** EU + 2

Mennyiség

**140,4** EU  **142,0** EU + 2

### Ár

(EUR/g)

**135** €

**55–82** €

**38** €

### Tisztaság

(%)

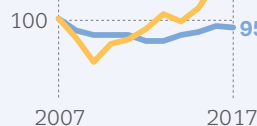
**88** %

**49–71** %

**27** %

### Indexált tendenciák

Ár és tisztaság

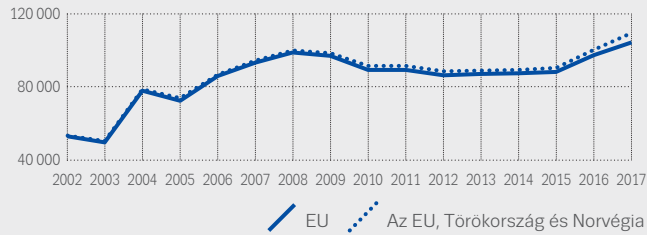


Az EU + 2 az EU-tagállamokat, Törökországot és Norvégiát jelenti. A kokain ára és tisztasága: országos átlagértékek – minimum, maximum és interkvartilis tartomány. Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

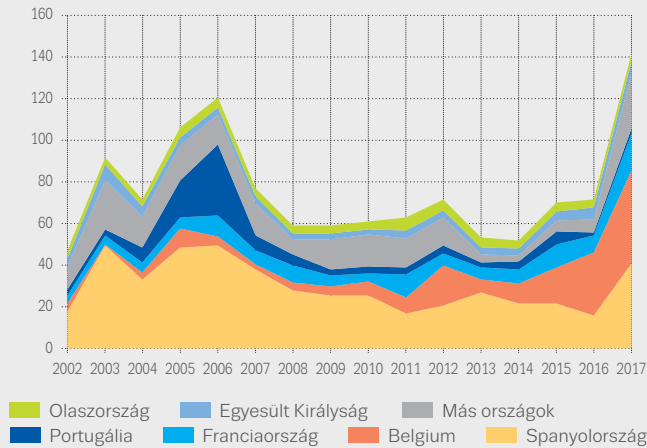
## 1.6. ÁBRA

## A kokainpor-lefogalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák és 2017 vagy a legutolsó év

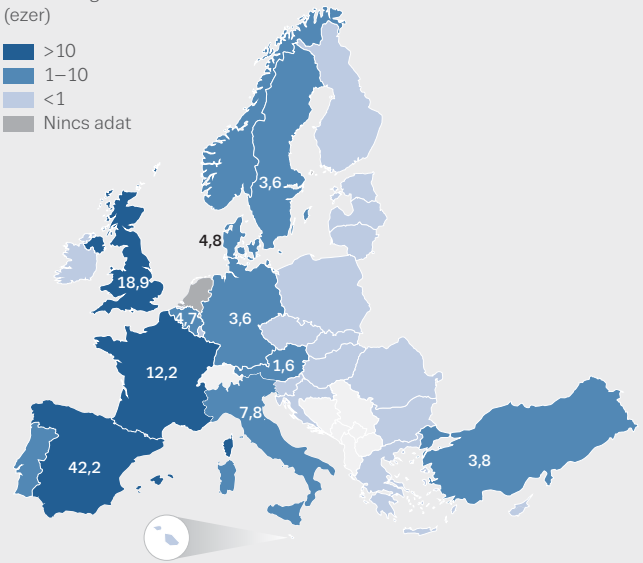
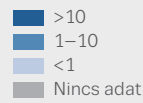
Lefoglalások száma



Tonna

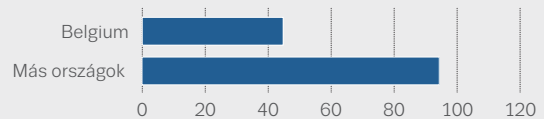


Kokainlefogalások száma (ezer)



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

A lefoglalt kokain mennyisége (tonna)



nagy mennyiségeket jelentett be. Emellett a kokain hatóanyag-tartalma tekintetében kiskereskedelmi szinten 2010 óta növekedés tapasztalható, különösen igaz ez 2016-ra és 2017-re, amikor az elmúlt évtized legmagasabb szintjét érte el. Nem változott a kokain kiskereskedelmi ára. Mindent egybevéve ezek a mutatók azt jelzik, hogy a kokain hozzáférhetősége minden eddigénél nagyobb.

Ami a crack kokaint illeti, a bejelentő országokban kevés és stabil a lefogalások száma. Ez részben azzal magyarázható, hogy a crack előállítása Európán belül történik, közel a fogyasztói piacokhoz, és nem kerül sor szállításra a határokon keresztül, ahol általában sok a kábítószer-lefogalás.

Nőtt a kokalevelek lefogalásainak száma és mennyisége, 2017-ben a kis mennyiségű kokapaszta mellett összesen 204 kilogramm kokalevelet foglaltak le. Ez azt jelezheti, hogy egyes bűnszervezetek diverzifikálták termelési stratégiáikat, mivel az Európában talált kokainlaboratóriumok korábban többnyire másodlagos kivonással foglalkoztak – azaz a kokaint visszanyerték azokból az anyagokból, amelyekbe előzőleg beépítették (például borból, ruhákból, műanyagból) –, nem pedig kokalevelek feldolgozásával.

**A mutatók azt jelzik, hogy a kokain hozzáférhetősége minden eddigénél nagyobb**

## Kábítószer-termelés: a prekursor vegyületek fejlődése

A kábítószer-prekursorok a tiltott kábítószer-előállításához szükséges vegyi anyagok. Európában hagyományosan a szintetikus kábítószer, például az amfetamin, a metamfetamin és az MDMA előállításához szükséges prekursorok jelentették a fő problémát. Azzal azonban, hogy az EU-ban megjelentek a heroinlaboratóriumok, nagyobb hangsúly helyeződött az ecetsav-anhidrid, a morfin heroinná történő átalakítására szolgáló prekursor eltérítésére. Mivel a prekursor vegyi anyagok közül soknak jogszerű felhasználása is van, ezek nem tiltottak, a velük való kereskedelmet azonban ellenőrzik és nyomon követik, olyan uniós rendeletek révén, amelyek jegyzékbe vesznek bizonyos vegyi anyagokat. A prekursorok és a kábítószer-előállításához szükséges egyéb vegyi anyagok hozzáférhetősége nagy hatást gyakorol a piacra, akárcsak az illegális laboratóriumokban alkalmazott előállítási módszerekre. A termelési technikák is folyamatosan fejlődnek a leleplezés, az ellenőrzések és a szankciók megkerülése érdekében, és a változtatások rendszerint az alternatív anyagok szintetikus kábítószer vagy prekursoraik előállításához való felhasználását foglalják magukban, ami aztán kedvelt előállítási módszerre válik. A további feldolgozás ezen alternatív anyagok felhasználásához kapcsolódik, és komplexebb szintetizálási módokkal függ össze, több vegyi anyagra

lehet szükség, több hulladék keletkezik, ami nagyobb környezeti károkhoz vezethet, ha nem megfelelő az ártalmatlanítás.

A kábítószer-prekursorok lefoglalásaira és feltartóztatott szállítmányaira vonatkozó adatok megerősítik, hogy a jegyzékekben szereplő és nem szereplő vegyi anyagokat az Európai Unióban tiltott kábítószer, főleg amfetaminszármazékok és MDMA előállítására használják (1.2. táblázat). Továbbra is érződik annak hatása, hogy 2013 végén jegyzékbe vették az APAAN (alfa-fenilacetoacetonitril) nevű BMK- (benzil-metil-ke-ton) prekuzort, mivel a lefoglalások a 2013-as 48 tonnáról 2017-ben nagyjából 5 tonnára estek vissza. Az APAA (alfa-fenilacetoacetamid) alternatív vegyi anyag lefoglalásai meredeken emelkedtek 2016-ban, majd 2017-ben is. A BMK szintén könnyen BMK-vá alakítható glikogénszármazékainak lefoglalásairól először 2015-ben érkeztek bejelentések, és ezek száma 2016-ban ugyancsak meredeken emelkedett körülbelül 3 tonnára, majd 2017-ben 6 tonnára.

A PMK (piperonil-metil-ke-ton), valamint az MDMA előállításához használt, jegyzékekben nem szereplő vegyi anyagok lefoglalt mennyiségei 2017-ben drasztikusan nőttek. 2017-ben a PMK valamennyi lefoglalása és a PMK glikogénszármazékainak legtöbb lefoglalása Hollandiában történt. Hollandiában emellett nagy mennyiségeket foglaltak le a szintetikus katonok prekuzorából,

## 1.2. TÁBLÁZAT

Az Európai Unióban előállított, kiválasztott kábítószerkehez használt, uniós jegyzékekben szereplő prekuzorok és jegyzékekben nem szereplő vegyi anyagok lefoglalásai és a feltartóztatott szállítmányok, 2017

Jegyzékekben szerepel/jegyzékekben nem szerepel	Lefoglalások		Feltartóztatott szállítmányok		ÖSSZESEN	
	Szám	Mennyiség	Szám	Mennyiség	Szám	Mennyiség
<b>MDMA vagy rokon anyagok</b>						
PMK (liter)	10	5 397	0	0	10	5 397
Szafrol (liter)	5	2 969	0	0	5	2 969
Piperonál (kg)	3	37	4	6 384	7	6 421
A PMK glikogénszármazékai (kg)	20	17 774	0	0	20	17 774
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	25	0	0	1	25
<b>Amfetamin és metamfetamin</b>						
BMK (liter)	29	3 506	0	0	29	3 506
Efedrin, ömlesztve (kg)	14	25	0	0	14	25
Pseudoefedrin, ömlesztve (kg)	23	13	0	0	23	13
APAAN (kg)	9	5 065	0	0	9	5 065
PAA, fenilecetsav (kg)	0	0	4	300	4	300
APAA (kg)	90	10 830	0	0	90	10 830
A BMK glikogénszármazékai (kg)	5	5 725	0	0	5	5 725
<b>Egyéb</b>						
Ecetsav-anhidrid (liter)	24	81 289	55	243 011	79	324 300
2-bróm-4-metilpropiofenon (kg)	4	1 211	0	0	4	1 211
N-fenetil-4-piperidon (kg)	2	4,5	0	0	2	4,5

a 2-bromo-4-metilpropiofenonból, valamint a BMK-ból (és a BMK glikogénszármazékaiból), ami megerősíti, hogy az Európai Unióban az ország központi szerepet játszik a szintetikus kábítószerek előállításában.

2017-ben több mint 81 tonna ecetsav-anhidridet foglaltak le és további 243 tonnát állítottak meg a szállítás előtt, ami az előző évekhez képest nagy növekedést jelent. Említésre érdemes továbbá, hogy Észtországból jelentették, hogy jelentős mennyiséget foglaltak le az *N*-4-fenil-piperidinből, a fentanilszármazékok előállítására szolgáló prekursorból.

### Amfetamin- és metamfetaminlefoglalások: a fokozatos növekedés jelei tapasztalhatók

Az amfetamin és a metamfetamin szintetikus stimuláns kábítószerek, amelyek egyes adatkészletekben az „amfetaminszármazékok” csoportjában szerepelhetnek. A lefoglalásra vonatkozó adatok az elmúlt évtized folyamán azt jelezték, hogy a metamfetamin hozzáférhetősége és

földrajzi elterjedése lassan növekszik, de még így is sokkal alacsonyabb, mint az amfetaminé.

Európában mindkét kábítószert az európai piacra állítják elő. A rendelkezésre álló adatok arra utalnak, hogy az amfetamin előállítása nagyrészt Belgiumban, Hollandiában és Lengyelországban zajlik, kisebb részben pedig a balti államokban és Németországban. Az amfetaminelőállítás valamennyi szakaszára jellemzően ugyanazon a helyszínen kerül sor. Az azonban, hogy néhány tagállamban történtek amfetaminolaj-lefoglalások, arra utal, hogy ezt a terméket valószínűleg csempészik az országok között, az előállítás utolsó szakaszára pedig a tervezett célállomáson vagy annak közelében kerül sor.

Az amfetamin egy részét exportra gyártják az Európai Unióban, elsősorban a Közel-Kelet részére. A Törökországban, „captagon” logóval ellátott amfetamin-tabletták nagy mennyiségben történt lefoglalásai a jelentések szerint Szíriával hozhatók összefüggésbe.

## AMFETAMINSZÁRMAZÉKOK



### AMFETAMIN

#### Lefoglalások

Szám

**35 000** EU  **40 000** EU + 2

Mennyiség

**6,4** EU  **13,4** EU + 2

Ár

(EUR/g)



Tisztaság

(%)

### METAMFETAMIN

#### Lefoglalások

Szám

**9 000** EU  **19 000** EU + 2

Mennyiség

**0,7** EU  **1,4** EU + 2

Ár

(EUR/g)



Tisztaság

(%)



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

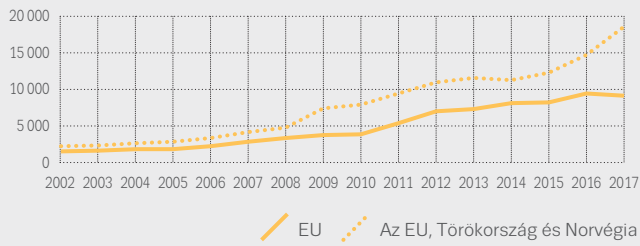




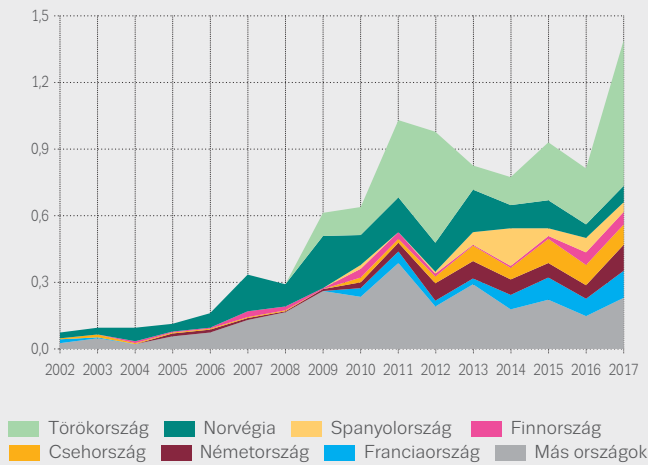
## 1.8. ÁBRA

## A metamfetaminlefooglalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák és 2017 vagy a legutolsó év

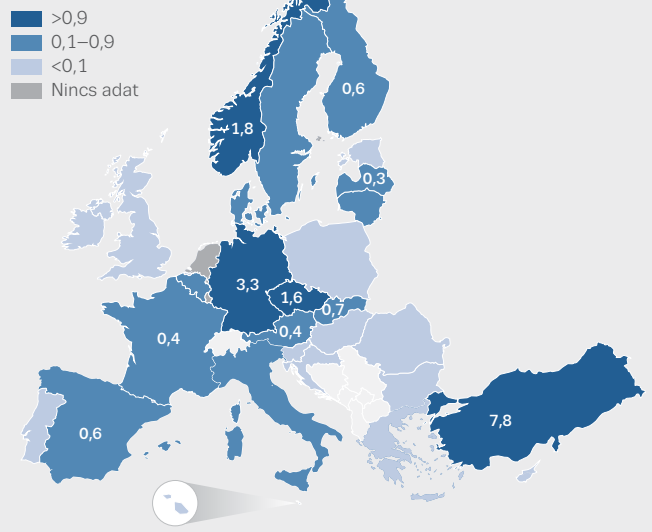
Lefoglalások száma



Tonna

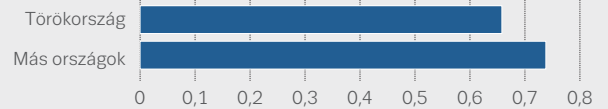


Metamfetaminlefooglalások száma (ezer)



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

A lefoglalt metamfetamin mennyisége (tonna)



## MDMA: fokozódó termelés, több lefooglalás

Az MDMA (3,4-metiléndioxi-metamfetamin) egy szintetikus kábítószer, amely kémiai rokon az amfetaminnal, de a hatásai eltérőek. Az MDMA-t tableta formában fogyasztják (gyakran ecstasy néven), emellett por és

kristály formájában is kapható. A kábítószer-prekurzorok – a tiltott kábítószer előállításához szükséges vegyi anyagok – ellenőrzésére irányuló nemzetközi erőfeszítések a 2000-es évek végén zavart idéztek elő az MDMA piacán. Az MDMA piaca az utóbbi években újból fellendült, mivel a gyártók találtak helyettesítő, nem ellenőrzött vegyi

## MDMA



## Lefoglalások

Szám

23 000 EU  31 000 EU + 2

Mennyiség

6,6 EU  MILLIÓ TABLETTA 15,2 EU + 2

1,7 EU  TONNA 1,7 EU + 2

## Ár

(EUR/tabletta)



## Tisztaság

(MDMA mg/tabletta)

190

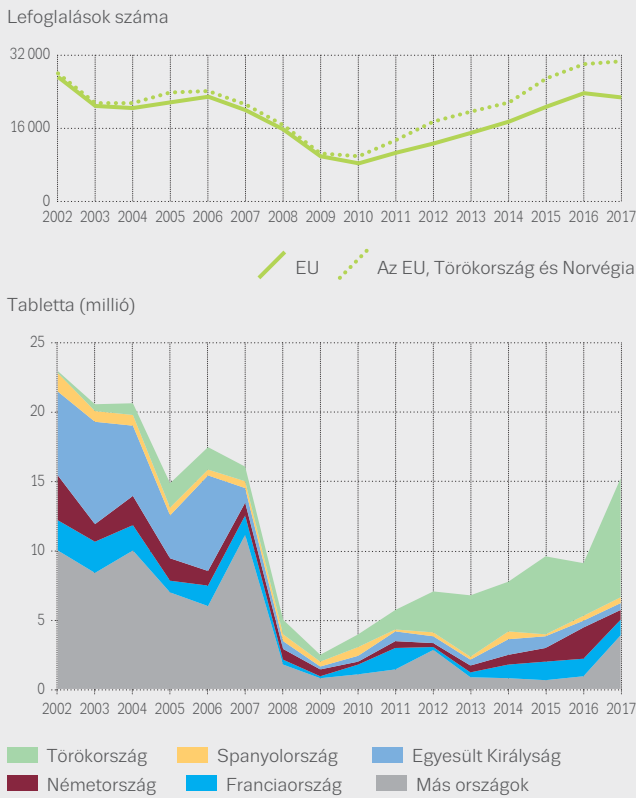
84–160

36

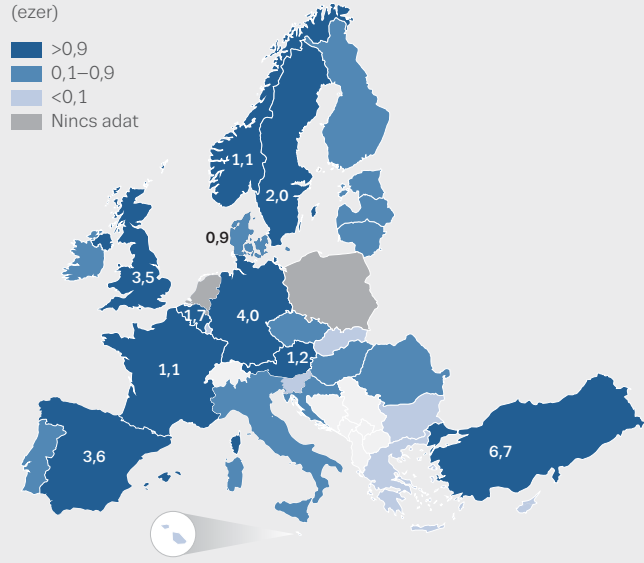
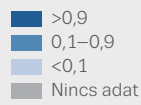
Az EU + 2 az EU-tagállamokat, Törökországot és Norvégiát jelenti. Az MDMA ára és tisztasága: országos átlagértékek – minimum, maximum és interkvartilis tartomány. Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

## 1.9. ÁBRA

**Az MDMA-lefogalások (minden formában) száma és a lefoglalt tabletták mennyisége: tendenciák és 2017 vagy a legutolsó év**

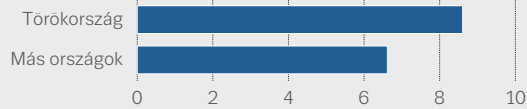


**MDMA-lefogalások száma (ezer)**



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

**Lefoglalt MDMA-tabletták (millió)**



anyagokat, amelyeket a kábítószer gyártása során tudnak használni. Ez megmutatkozik abban, hogy a tabletták átlagos MDMA hatóanyag tartalma az adatokat rendszeresen jelentő országokban 2010 óta folyamatosan emelkedett, és 2017-ben 10 éves csúcst ért el. Úgy tűnik, hogy a marketing szerepet játszik az eladásokban, ezért folyamatosan új, változatos színű, formájú és márkajelzésű tablettákat dobnak piacra.

Az MDMA gyártása Európában elsősorban Hollandiában és Belgiumban összpontosul. Az Európai Unióban 2017-ben összesen 21 aktív MDMA laboratórium felszámolását jelentették (mindegyik Hollandiában volt), ami a 2016-os adatnak közel a duplája. Belgiumban 2017-ben nem találtak ugyan MDMA-termelő létesítményt, de az MDMA gyártása során keletkező vegyi hulladék lerakásáról szóló bejelentések arra utalnak, hogy az országban folytatódik az MDMA gyártása.

A nyílt forrásból származó információk ellenőrzése révén azonosított, Európán kívüli lefogalásokról szóló jelentések és a darknetes piacokra vonatkozó adatok szemléltetik, hogy az európai gyártók fontos szerepet játszanak az MDMA globális kínálatában. A darknetes piacot figyelő adatok például azt mutatják, hogy a fogyasztók számára történő közvetlen értékesítések mellett a dílerok az egész világon arra használják ezeket a piacokat, hogy Európában

gyártott MDMA-t szerezzenek be. Az elemzés azt mutatja, hogy a piac középső szintjére jellemző mennyiségű MDMA-tabletta tranzakciók a kiskereskedelmi mennyiségek értékesítéséből származó bevételek több mint kétszeresét teszik ki. Ezzel szemben a darkneten létrejött kannabisz és kokain tranzakciók túlnyomó többsége a kiskereskedelmi szinten történik.

Az Európai Unióban bejelentett MDMA-lefogalások száma 2010 óta növekvő tendenciát mutat. A lefoglalt MDMA mennyiségének bejelentésekor gyakrabban adják meg a tabletták számát, mint a súlyt. 2017-ben becslések szerint 6,6 millió MDMA-tabletta lefogalását jelentették be, 2007 óta ez volt a legmagasabb szám az Európai Unióban. Az Európai Unióban évente lefoglalt MDMA-tabletták száma tekintetében hosszú távon ingadozások figyelhetők meg, ami részben az egyes lefogalások hatását tükrözi. Néhány ország az MDMA-por lefogalásairól is beszámolt. Az MDMA-porral kapcsolatban az Európai Unióban bejelentett lefogalások mennyisége a 2016-os 0,3 tonnáról 2017-ben 1,7 tonnára emelkedett. Ez a növekedés részben a Hollandia által bejelentett lefogalásoknak tulajdonítható; az elmúlt 5 évben ez volt az első alkalom, hogy Hollandia adatot tudott szolgáltatni a lefoglalt MDMA-mennyiségéről, és ezáltal hozzájárult ahhoz, hogy ezen a területen átfogóbb elemzés készülhessen.

## 1.10. ÁBRA

2016-ban Törökországban is nagy mennyiségű MDMA-t, 8,6 millió tablettát foglaltak le, ami több mint kétszerese az előző évinek, és meghaladja az Európai Unióban lefoglalt teljes mennyiséget (1.9. ábra).

### LSD-, GHB- és ketaminlefoglalások

Az Európai Unióban 2017-ben más tiltott kábítószereket is lefoglaltak, köztük több mint 2000 esetben LSD-t (lizergénsav-dietilamid), 74 000 egység mennyiségben. Az LSD-lefoglalások összesített száma 2010 óta több mint kétszeresére nőtt, bár a lefoglalt mennyiség ingadozó. Tizenhat uniós ország számolt be körülbelül 2000 esetben ketamin lefoglalásáról, a becslések szerint összesen 194 kilogramm és 5 liter mennyiségben, amelynek legnagyobb részét Belgium, Franciaország és az Egyesült Királyság tette ki. Kis számban Norvégia is jelentett ketaminlefoglalásokat – 42 lefoglalást, 0,1 kilogramm mennyiségben. 2017-ben 14 uniós országból, valamint Norvégiából és Törökországból jelentették GHB (gamma-hidroxi-vajsav), illetve GBL (gamma-butirolakton) lefoglalását; az összes lefoglalás több mint egynegyedére Norvégiában került sor. Ezeket egybevéve a becslések szerint 1600 lefoglalás közel 127 kilogramm és 1300 liter kábítószer tette ki. Belgiumban foglalták le az összes mennyiség csaknem felét, főleg GBL-ként.

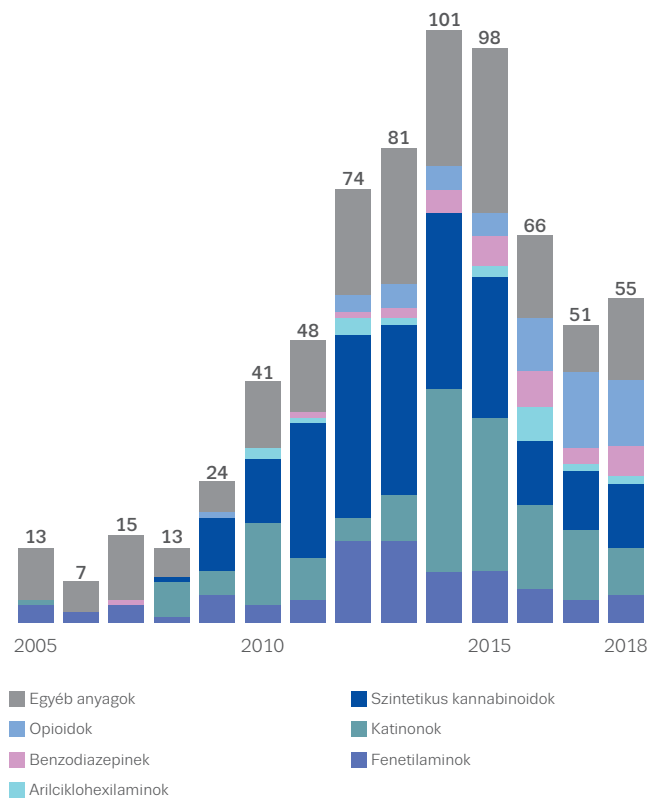
### Új pszichoaktív anyagok: összetett piac

2018 végére az EMCDDA több mint 730 új pszichoaktív anyagot kísért figyelemmel, amelyek közül 55-et első alkalommal 2018-ban azonosítottak Európában. A kábítószeresek olyan széles köre tartozik ide, mint a szintetikus kannabinoidok, stimulánsok, opioidok és benzodiazepinek.

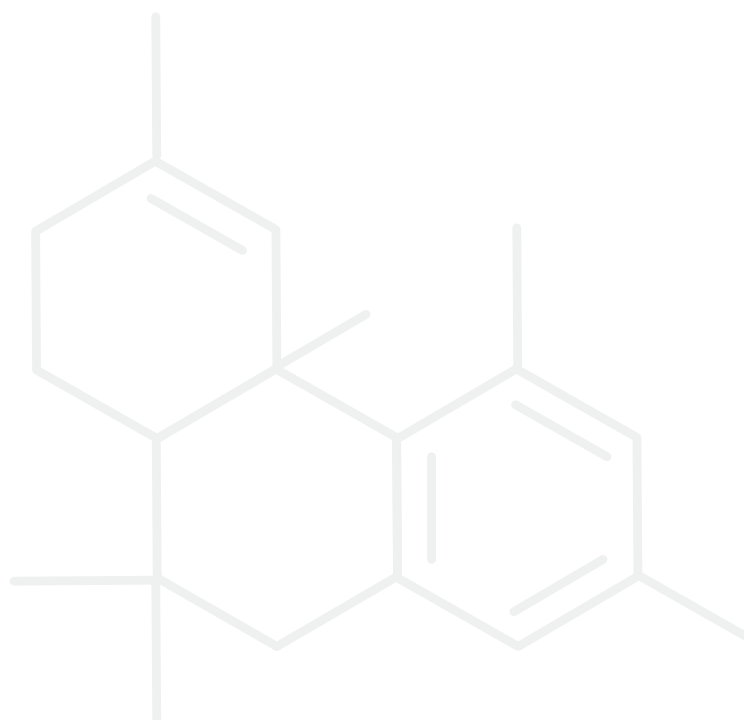
Az új pszichoaktív anyagokat legtöbb esetben kínai vegyipari és gyógyszercegek állítják elő, nagy mennyiségben. Innen szállítják Európába, ahol terméké alakítják, csomagolják és értékesítik. Néha ezeket nyíltan, valódi üzletekben árusítják. Bár a korlátozások némely országban határt szabtak az ilyen termékek nyílt árusításának, álcázottabb formában viszont lehet, hogy továbbra is elérhetők. Emellett az anyagokat online boltokban vagy a darkneten és a tiltott kábítószerpiacon is be lehet szerezni. Ilyenkor esetenként a saját nevükön, olykor pedig más tiltott kábítószernek (pl. heroin, kokain, MDMA vagy pszichoaktív gyógyszer) álcázva, vagy azokkal keverve árusítják.

Az adott évben első ízben felfedezett új anyagok száma 2014-ben és 2015-ben érte el a tetőpontot, azóta viszont

Az uniós korai előrejelző rendszerhez első alkalommal bejelentett új pszichoaktív anyagok száma és kategóriái, 2005–2018



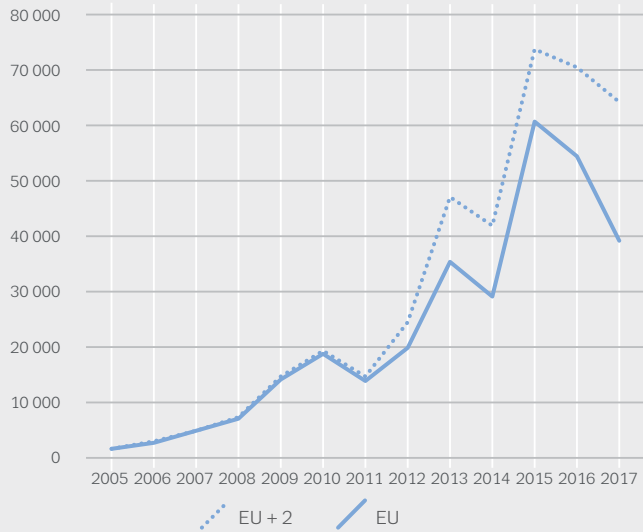
a 2011–2012-es időszakéhoz hasonló szinten stabilizálódott (1.10. ábra). A csökkenés okait nem ismerjük, de részben talán annak köszönhető, hogy Európában kitartóan törekszenek az új anyagok ellenőrzésére, és Kínában is voltak törvényalkotási kezdeményezések.



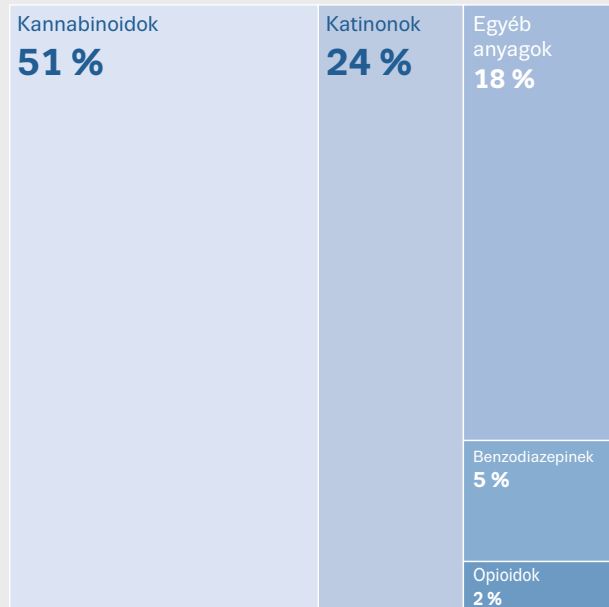
## 1.11. ÁBRA

Az EU korai előrejelző rendszeréhez bejelentett lefoglalások: a lefoglalások számának alakulása és a lefoglalások száma kategóriák szerint 2017-ben

A lefoglalási esetek száma



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



Az adott évben első ízben felfedezett új anyagok száma csak egy az EMCDDA-nál a piac egészének megismeréséhez használt mérőszámok sorában. 2017-ben az uniós korai előrejelző rendszeren keresztül jelenleg megfigyelt új anyagok körülbelül felét (390 anyagot) fedezték fel Európában, noha közülük néhány több mint 10 évvel ezelőtt tűnt fel először. Ez jól mutatja, hogy mennyire dinamikus jellegű a piacnak ez a része: az anyagok gyorsan feltűnhetnek, majd eltűnnek, de a forgalomban lévő anyagok száma folyamatosan magas.

### Az új pszichoaktív anyagok lefoglalásai

2017-ben az európai bűnüldöző hatóságok közel 64 160 esetben jelentették új pszichoaktív anyagok lefoglalását az uniós korai előrejelző rendszer felé. Ezek közül 39 115 lefoglalást a 28 uniós tagállamból jelentettek (1.11. ábra).

2017-ben az új pszichoaktív anyagokról szóló jelentések leginkább por formában fellelt anyagokat említettek, ami minden kategóriát tekintve összesen 2,8 tonnát tett ki. Ez nagyjából megegyezik az előző évek adataival. Ezenkívül közel 240 kg növényi anyagot jelentettek, ennek kétharmadát szintetikus kannabinoidokat tartalmazó füstölőkeverék formájában. Új anyagokat találtak tabletták (6 769 eset, 2,8 millió egység), bélyeg (980 eset, 23 000 egység) és folyadék (1430 eset, 490 liter) formájában is. A folyadékok egy részét azonnal használható orrspray-ként értékesítették, valamint elektromos cigarettában használható folyadékként.

Európában az új pszichoaktív anyagok lefoglalásaiban a szintetikus kannabinoidok és katinonok vannak túlsúlyban. Az utóbbi években azonban nagyobb változatosság figyelhető meg, az anyagok más csoportjai kapnak egyre jelentősebb szerepet. Úgy tűnik például, hogy nőtt az Európában lefoglalt opioidok és benzodiazepinek mennyisége.

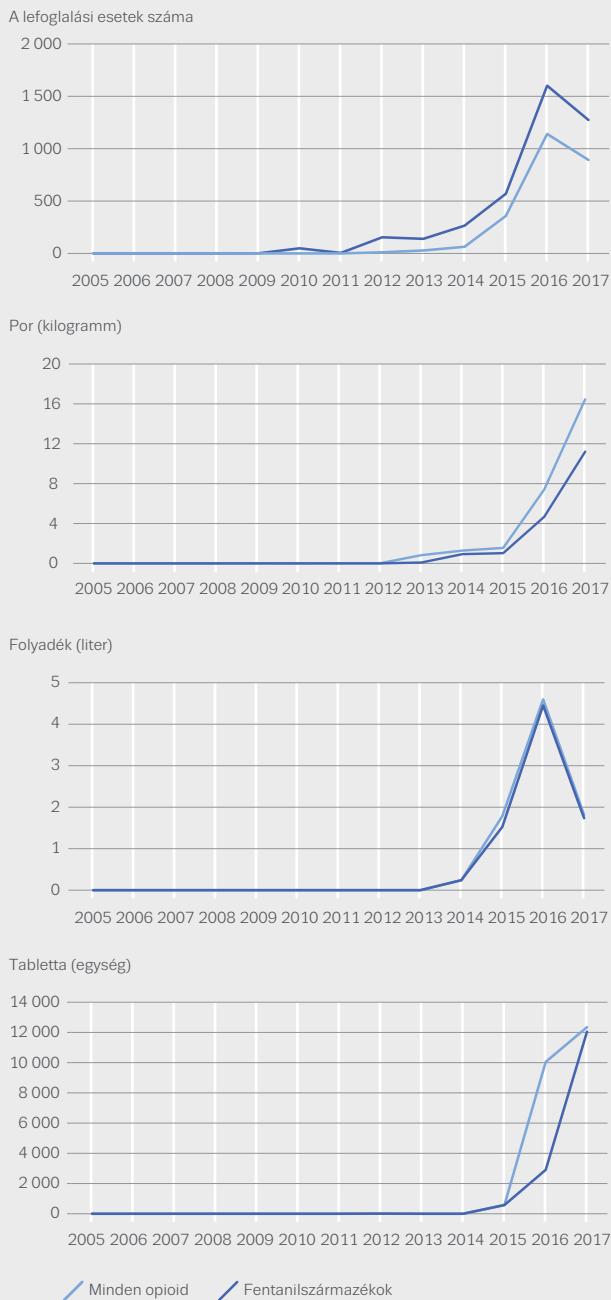
### Új szintetikus opioidok

Az európai kábítószerpiacon 2009 óta 49 új szintetikus opioidot fedeztek fel, és ezek közül 11-ről 2018-ban érkezett az első bejelentés. Az összesített számadatok magukban foglalnak 34 olyan fentanilszármazékot, amelyek közül 6-ot 2018-ban jelentettek be először. Bár az európai kábítószerpiacon jelenleg csekély szerepet játszanak, sok új opioid (különös tekintettel a fentanilszármazékokra) olyan nagy hatóanyag-tartalmú szer, amely komoly veszélyt jelent az egyénre és a közegészségügyre.

2017-ben a bűnüldöző hatóságok körülbelül 1300 esetben jelentették be az EU korai előrejelző rendszeréhez új opioidok lefoglalását. Az esetek többségében (70%) fentanilszármazékokat foglaltak le (1.12. ábra), de több más típusú opioidról (például U-47700 és U-51754) is érkezett bejelentés. Az opioidporok és -tabletták bejelentett teljes mennyisége 2012 óta folyamatos növekedést mutatott (1.12. ábra). A 2017-ben lefoglalt új opioidok összességében körülbelül 17 kilogramm port,

## 1.12. ÁBRA

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



Megjegyzés: Az adatok az Európai Unióra, Törökországra és Norvégiára vonatkoznak. A tramadollefoglalások nélkül.

1,8 liter folyadékot és több mint 29 000 tablettát tettek ki. Ritkábban, de bélyegekből és herbál füstölőkeverékekben is találtak új opioidokat; előfordulhat, hogy ezekben az esetekben nincs feltüntetve, hogy erős opioidot tartalmaznak, ami mérgezés veszélyével járhat az említett termékeket használó embereknél, akikben nincs meg az opioidokkal szembeni ellenálló képesség.

Különösen aggasztóak a karfentanil, az egyik legnagyobb hatóanyag-tartalmú ismert opioid európai lefoglalásai. Európában 2017-ben több mint 300 alkalommal jelentették be karfentanil lefoglalását. Ezek a lefoglalások körülbelül 4 kilogramm port és 250 milliliter folyadékot tettek ki. A por egy részét heroinként vagy heroinnal keverve árusították.

### Új benzodiazepinek

Úgy tűnik, hogy az elmúlt néhány évben növekedés történt a benzodiazepinek csoportjába tartozó új pszichoaktív anyagok száma, típusa és hozzáférhetősége tekintetében, amelyek a nemzetközi kábítószer-törvények szerint nem minősülnek ellenőrzöttnek. Egy részüket a szorongás elleni népszerű gyógyszerek, például az alprazolám (Xanax) és a diazepam hamisítványaként árusítják, kihasználva a tiltott kábítószerpiacon működő elosztó hálózatokat. Vannak köztük olyanok, amelyeket online, olykor a saját nevük alatt, engedélyezett gyógyszerek „legális” változataiként árusítanak.

Az EMCDDA jelenleg 28 új benzodiazepint tart megfigyelés alatt – ezek közül 23-at az elmúlt 5 évben mutattak ki első ízben Európában. 2017-ben közel 3500 esetben jelentették be az EU korai előrejelző rendszeréhez új benzodiazepinek lefoglalását. Az esetek többségében tablettákat foglaltak le, több mint 2,4 millió egységet, ami a 2016-ban bejelentett körülbelül félmillió tablettához viszonyítva nagy növekedést jelent. Ez a növekedés annak tulajdonítható, hogy egyetlen országban nagy mennyiségben foglaltak le etizolámot, azt az anyagot, amelyet első alkalommal 2011-ben jelentettek be az EU korai előrejelző rendszeréhez. Emellett 2017-ben körülbelül 27 kilogramm por, 1,4 liter folyadék és 2400 bélyeg lefoglalását jelentették be, amelyek új benzodiazepineket tartalmaztak.

### Új pszichoaktív anyagok: új jogi válaszlelések

Az európai országok intézkedéseket tesznek a kábítószer-kínálatának visszaszorítására az ENSZ három egyezményének értelmében, amelyek keretet biztosítanak több mint 240 pszichoaktív anyag előállításának,

**1300 esetben jelentették be az EU korai előrejelző rendszeréhez új opioidok lefoglalását**

## 1.13. ÁBRA

Új gyorsított uniós eljárások az Európai Unióban megjelenő új pszichoaktív anyagok azonosításához és a válaszlépések megtételéhez

### Új jogalkotási csomag

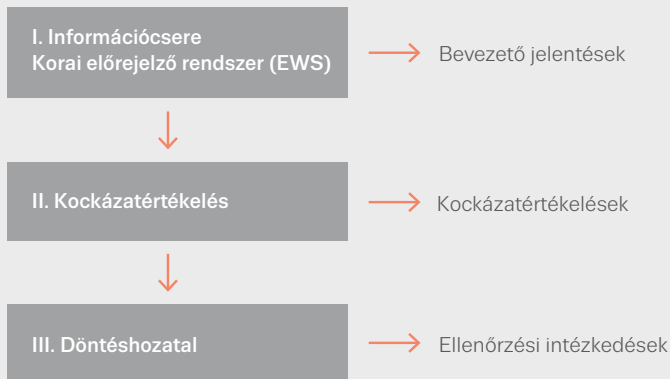
#### Rendelet

Az (EU) 2017/2101 rendelet az 1920/2006/EK rendeletnek az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információcsere, riasztási rendszer és kockázatértékelési eljárás tekintetében történő módosításáról

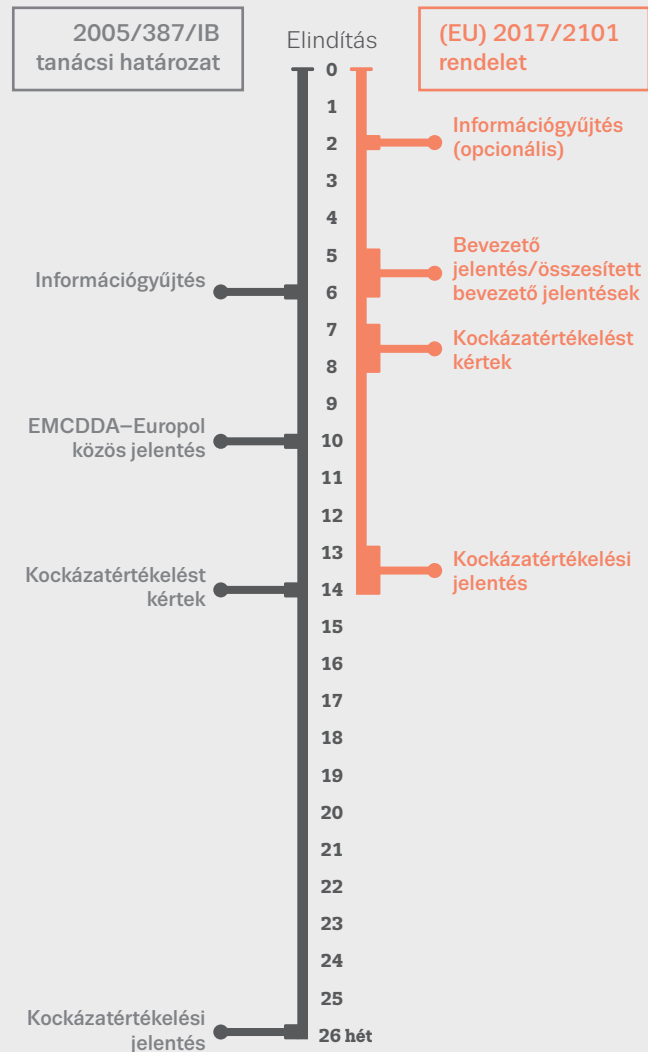
#### Irányelv

Az (EU) 2017/2103 irányelv a 2004/757/IB tanácsi kerethatározatnak a kábítószer fogalom meghatározása új pszichoaktív anyagokkal való kiegészítése céljából történő módosításáról és a 2005/387/IB tanácsi határozat hatályon kívül helyezéséről

### Változatlan háromlépcsős megközelítés



### Rövidebb határidők



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 legtöbb európai ország sok éven át csak egyenként vette jegyzékbe az ellenőrzött anyagokat. Az Európában felfedezett új anyagok számának emelkedésével azonban több ország igyekezett anyagok csoportjait ellenőrzés alá vonni. A legtöbb ország a kémiai szerkezet alapján határozta meg a csoportokat („generikus” csoportok), de néhányan a hatások alapján alakították ki a csoportokat. A generikus megközelítést alkalmazó országok legtöbbször a kábítószerre vonatkozó meglévő jogszabályokba foglalta bele a csoportok meghatározását, egyes államok azonban ezeket a csoportokat csak az új pszichoaktív anyagokról szóló egyedi jogszabályokba vették fel.

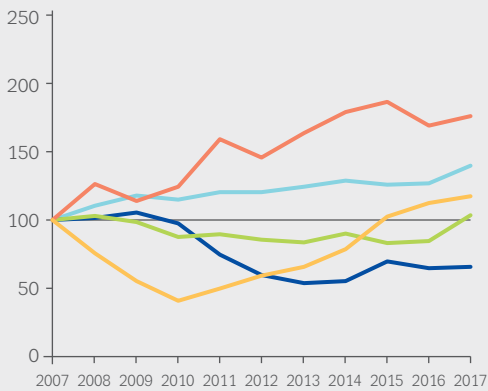
Uniós szinten az új pszichoaktív anyagok jelentette közegészségügyi és társadalmi kockázatokra reagáló, 2005-ből származó jogi keretet egy gyorsabb, hatékonyabb rendszer létrehozása érdekében felülvizsgálták

## 1.14. ÁBRA

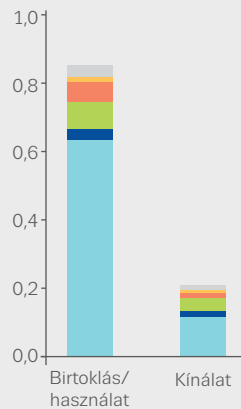
Kábítószer-fogyasztással, használati célú birtoklással vagy kábítószer-kínálattal összefüggő kábítószer-bűncselekmények az Európai Unióban: indexált tendenciák és bejelentett bűncselekmények 2017-ben

## Birtoklás/használat jellegű bűncselekmények

Indexált tendenciák

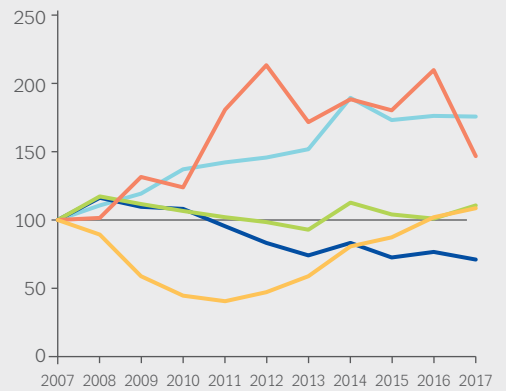


Bűncselekmények száma (millió)



## 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.

(1.13. ábra). Az új jogszabály megőrzi az új pszichoaktív anyagokra való reagálás háromlépcsős megközelítését – korai előrejelzés, kockázatértékelés és ellenőrzési intézkedések –, miközben az adatgyűjtési és az értékelési eljárások észszerűsítése és felgyorsítása révén megerősíti a meglévő eljárásokat, és rövidebb határidőket vezet be. A kockázatértékelést követően a Bizottság javaslatot tehet arra, hogy az adott anyagot ellenőrzési intézkedések alá vonják. Az Európai Parlament és a Tanács 2 hónapon belül és bizonyos feltételek mellett kifogást emelhet a Bizottság javaslatával szemben. A nemzeti hatóságoknak 6 hónapjuk lesz arra (a 12 hónap helyett), hogy a határozat hatálybalépését követően saját területükön ellenőrzés alá vonják az anyagot. Ez az új jogszabály 2018. november 23-tól alkalmazandó Európában.

### Kábítószer-bűncselekmények: túlsúlyban a kannabisz

A jogszabályok végrehajtását a bejelentett kábítószer-bűncselekmények adatain keresztül kísérik figyelemmel. A számok a nemzeti jogszabályok és prioritások tekintetében meglévő különbségeket, valamint a jogszabályok alkalmazásának és érvényre juttatásának különböző módjait tükrözik.

Az Európai Unióban 2017-ben becslések alapján 1,5 millió kábítószer-bűncselekményt jelentettek, ami 2007 óta körülbelül egyötödös (20%-os) emelkedést jelent. Ezek közül a legtöbb bűncselekmény (74%) a használattal vagy

a birtoklással állt összefüggésben; ezek mintegy 1,2 millió bűncselekményt tettek ki, ami a 10 évvel korábbi helyzethez képest 27%-os növekedés. Tovább nőtt a kábítószer-használattal vagy -birtoklással összefüggő, kannabiszhoz kapcsolódó bűncselekmények száma. A kábítószer-használattal vagy -birtoklással összefüggő bűncselekmények háromnegyede (75%) kannabiszhoz kapcsolódott, jóllehet 2016-hoz viszonyítva ez 2 százalékpontos csökkenést jelent. 2017-ben folytatódott az MDMA használatával vagy birtoklásával összefüggő bűncselekmények számának növekedése, bár ezek továbbra is csupán a használattal összefüggő bűncselekmények 2%-át teszik ki (1.14. ábra).

Az Európai Unióban 2007 óta összességében 22%-kal emelkedett a kábítószer-kínálatával összefüggő bűncselekmények száma, és a becslések szerint 2017-ben az ilyen esetek száma meghaladta a 230 000-et. A kínálat jellegű bűncselekmények többsége (57%) is jórészt a kannabiszhoz kapcsolódott. Az MDMA-hoz köthető kínálati bűncselekményekre vonatkozó bejelentések száma 2011 óta emelkedik (1.14. ábra), míg a heroin kínálatával összefüggő bűncselekmények száma kismértékben csökkent, a kokain esetében pedig viszonylag stabil volt a helyzet ugyanebben az időszakban.

## BŐVEBB INFORMÁCIÓ

### Az EMCDDA kiadványai

#### 2019

Country Drug Reports 2019.

#### 2018

Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation — an update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

Captagon: understanding today's illicit market, EMCDDA Papers.

#### 2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

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

Drug squads: units specialised in drug law enforcement in Europe. Situation in the EU Member States, Norway and Turkey in 2015, EMCDDA Paper.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

#### 2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

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

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

#### 2015

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

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

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

#### 2014

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

### Az EMCDDA és az Europol közös kiadványai

#### 2018

Improved drug supply indicators for Europe: progress report, joint publication.

EMCDDA–Europol 2017 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA, implementation reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (methoxyacetylfentanyl), Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (cyclopropylfentanyl), Joint Reports.

#### 2017

Drugs and the darknet: perspectives for enforcement, research and policy.

#### 2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

### 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](http://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 leggyakrabban használt kábítószer a kannabisz – használatának prevalenciája körülbelül ötszöröse a többi anyagénak. Bár a heroin és más opioidok használata továbbra is viszonylag ritka, Európában még mindig ezekhez a kábítószerhez köthetők az ártalmasabb alkalmazási formák, többek között az intravénás kábítószer-használat. A stimulánsok használatának mértéke és a leggyakrabban használt típusok tekintetében eltérések tapasztalhatók az egyes országok között, és egyre több bizonyíték támasztja alá, hogy növekedés lehet a stimulánsok injektlása terén. A férfiak körében általában minden kábítószer használata nagyobb arányú, és ezt a különbséget a használat intenzívebb vagy rendszeres mintázatai gyakran tovább erősítik.

## 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 egészítik ki.

A magas kockázatú kábítószer-használatról becsült adatokat közlő vizsgálatok segítségével határozzák meg a rejtettebb kábítószer-használati problémák mértékét, míg a kábítószer miatt kezelésre jelentkezőkre vonatkozó adatok – más mutatókkal együtt vizsgálva – információval szolgálnak a magas kockázatú kábítószer-használat jellegének és tendenciáinak megértéséhez.

Ehhez más, célzottabb adatforrásokat is felhasználnak. Ezek a legkorszerűbb mutatók képet adnak a változó kábítószer-használati mintákról és a használt kábítószer-típusokról. Bár a lakosság egészére nézve nem reprezentatívak, ezek a források aktuális és kiegészítő jellegű adatokkal szolgálnak. A kábítószer-használattal kapcsolatos valamennyi adatforrásnak vannak erősségei és gyengeségei, továbbá az adatok rendelkezésre állása és minősége tekintetében is lehetnek eltérések az országok között. Éppen ezért az EMCDDA körültekintő és több mutatón alapuló megközelítést alkalmaz az európai kábítószerhelyzet leírásához.

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

## Körülbelül 96 millió felnőtt használt már tiltott kábítószereket

A becslések szerint körülbelül 96 millió ember, avagy az Európai Unió felnőtt (15–64 éves) népességének 29%-a próbált már ki tiltott kábítószereket az élete folyamán. A férfiak körében gyakoribb a kábítószer-használat kipróbálása (57,8 millió), mint a nőknél (38,3 millió). A leggyakrabban kipróbált kábítószer a kannabisz (55,4 millió férfi és 36,1 millió nő); a kokain (12,4 millió férfi és 5,7 millió nő), az MDMA (9,3 millió férfi és 4,6 millió nő) és az amfetaminszármazékok (8,3 millió férfi és 4,1 millió nő) használatának becsült életprevalenciája sokkal alacsonyabb. A kannabiszhasználat életprevalenciája jelentős különbségeket mutat az egyes országok között: Máltán a felnőttek körében mintegy 4%, míg Franciaországban 45% az aránya.

Az előző évi kábítószer-használat a közelmúltbeli droghasználat egyik fokmérője, és jórészt a fiatal felnőttek körében koncentrálódik. Becslések szerint 19,1 millió fiatal felnőtt (15–34 éves) használt kábítószert az előző évben (16%), ezen belül körülbelül kétszer annyi férfi (20%), mint nő (11%).

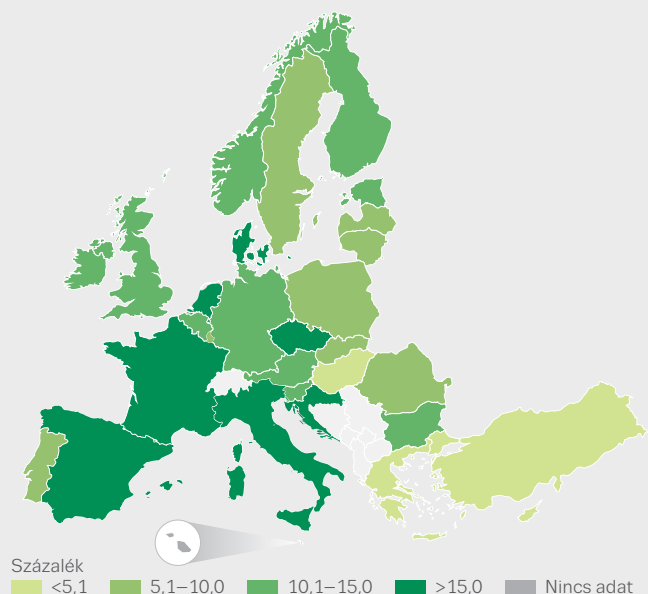
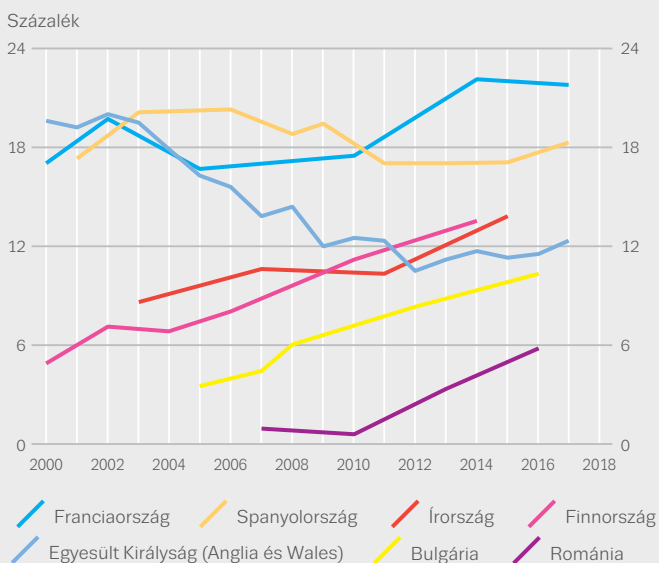
## Kannabiszhasználat a fiatalok körében

A tiltott kábítószerek közül minden korcsoportban a kannabiszt használják a leggyakrabban. Ezt a kábítószert általában elszívással fogyasztják, Európában rendszerint dohánnal keverve. A kannabiszhasználat mintái az alkalmi és a rendszeres, függő használat között mozognak.

Becslések szerint 91,2 millió európai felnőtt (15–64 éves), avagy a korcsoport 27,4%-a próbálta ki a kannabiszt élete során. Közülük becslések szerint az elmúlt év folyamán körülbelül 17,5 millió 15–34 év közötti fiatal felnőtt (a korosztály 14,4%-a) használt kannabiszt. A fiatal felnőttek között az előző éves prevalencia a magyarországi 3,5% és a franciaországi 21,8% között mozgott. Az előző évben kannabiszt használó fiatalok körében a férfiak és a nők aránya kettő az egyhez volt. Ha csak a 15–24 éveseket vesszük, magasabb a kannabiszhasználat prevalenciája, az előző évben 18% (10,1 millió) használta a szert, az előző hónapban pedig 9,3% (5,2 millió).

## 2.1. ÁBRA

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



Megjegyzés: A 15–34 korszávtól eltérő korszávt adott meg Dánia, az Egyesült Királyság és Norvégia (16–34), Svédország (17–34), Németország, Franciaország, Görögország és Magyarország (18–34).

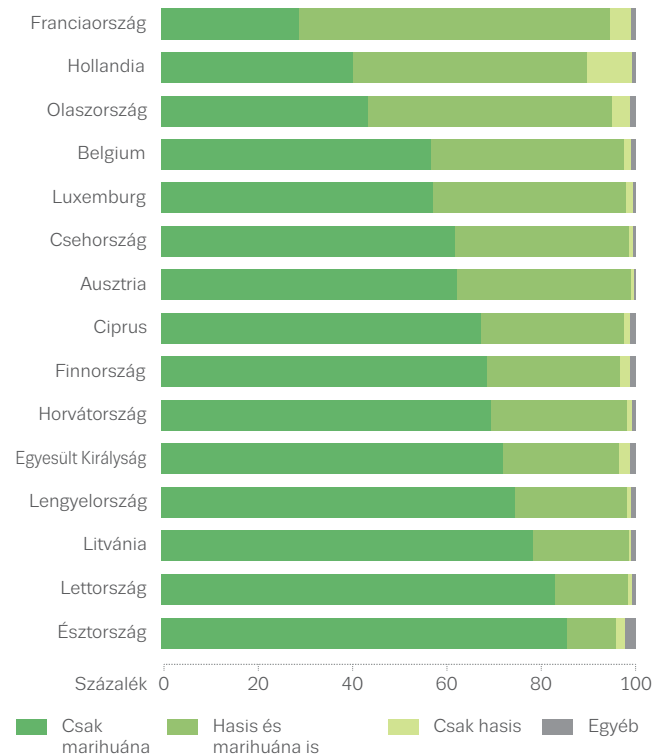
## 2.2. ÁBRA

A felmérés legfrissebb eredményei a legtöbb országban azt mutatják, hogy a fiatal felnőttek előző évi kannabiszhasználata vagy változatlan, vagy növekvő. A 2016 óta felmérést készítő és a konfidenciaintervallumot is feltüntető országok közül 6-ból jelentettek magasabb becsléseket, 5-ből stabil helyzetet, 1-ből pedig csökkenést az előző, összehasonlítható felméréshez viszonyítva. Ezen országok közül 11 a legfrissebb felmérésben növekedést jelentett a 15–24 évesek körében történő használat tekintetében.

Kevés ország rendelkezik elegendő felmérési adattal ahhoz, hogy statisztikailag elemezni lehessen a fiatal felnőttek (15–34 évesek) előző évi kannabiszhasználatának hosszú távú tendenciáit. Ezek közül a Spanyolországban és az Egyesült Királyságban korábban megfigyelt csökkenő tendenciák (Anglia és Wales) a legfrissebb adatok szerint stabilizálódtak, noha az Egyesült Királyságban a legutóbbi évben 12,3%-ra növekedett az arány (2.1. ábra). 2000 óta a kannabiszhasználat előző éves prevalenciáját tekintve több országban is növekvő tendenciát lehetett megfigyelni a fiatal felnőttek körében. Ezek közé tartozik Írország és Finnország, ahol a legfrissebb adatok szerint az arány közelít a 14,4%-os uniós átlaghoz, valamint Bulgária és Románia, noha utóbbiak esetében alacsonyabbak az arányok. Franciaországban a legfrissebb felmérések stabilan magas, 22%-os előfordulási arányt mutatnak. Dániában egy 2017-es felmérés csökkenést mutatott ki: a 2013-as becslést 17,6% 15,4%-ra csökkent.

A webes felmérésekből származó adatok kiegészítő információkkal szolgálnak a normálpopulációs felmérésekhez és közelebbi képet adnak az európai kábítószer-használatról. Bár a lakosság egészére nézve nem reprezentatívak, ezek a felmérések a kábítószer-használók nagy mintáit képesek elérni. A kábítószerekről készített európai webes felmérés elsősorban a közösségi médián keresztül kiválasztott 40 000 kábítószer-használótól gyűjtött információkat a leggyakrabban használt tiltott kábítószeres használati mintáiról és beszerzéséről. Az eredmények azt mutatják, hogy a marihuánát gyakrabban használják, mint a hasist. A válaszadók közül azonban sokan mindkettő használatáról beszámoltak, különösen Franciaországban, Olaszországban és Hollandiában. A hasis használatáról csak ritkán számoltak be (2.2. ábra).

A webes felmérésben részt vevő, bevallottan kannabiszhasználók által az előző évben használt kannabiszfajták



Megjegyzés: A felmérést két szakaszban végezték el, az egyiket 2016-ban (Csehországban, Franciaországban, Horvátországban, Hollandiában, az Egyesült Királyságban), a másikat 2017/2018-ban (további 10 uniós országban).

Forrás: Európai webes felmérés a kábítószerekről

**A kannabisz a leggyakrabban  
használt tiltott kábítószer**

### Magas kockázatú kannabiszhasználat: a stabilizálódás jelei tapasztalhatók

A normálpopulációs vizsgálatok alapján úgy becsülték, hogy az európai felnőttek kb. 1%-a számít napi vagy közel napi szintű kannabiszhasználónak, azaz ők a felmérést megelőző hónapban 20 vagy több napon használták a kábítószert. Nagyjából 60%-uk 35 év alatti, és körülbelül 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. Európában 2017-ben körülbelül 155 000 ember jelentkezett kábítószer-használók kezelésére kannabiszhasználattal kapcsolatos problémák miatt; közülük mintegy 83 000-en életükben először jelentkeztek kezelésre. Az adatokkal rendelkező 24 országban a kannabiszproblémák miatt első ízben kezelésre jelentkezők teljes száma 2006 és 2017 között 76%-kal emelkedett.

Össességében a 2017-ben először kezelésre jelentkező, elsődlegesen kannabiszt használó személyek 47%-a számolt be arról, hogy az elmúlt hónapban napi szinten használta a kábítószert, a számok alapján Lettorszáiban, Magyarországon és Romániában 10% vagy annál alacsonyabb, míg Spanyolországban, Hollandiában és Törökországban 68% vagy annál magasabb az arány.

### Kokainhasználat: néhány jel a növekedésre mutat

Európán belül a kokain a legáltalánosabban használt tiltott stimuláns kábítószer, de a használata a déli és nyugati országokban nagyobb arányú. Az elmúlt években Európában növekedőben volt ennek a szernek a használata. A kutatás és a nyomon követés céljából a kokainhasználók különbözőképpen csoportosíthatók, a környezet, a használt termék és a használat indítéka szerint. A rendszeres fogyasztókat két nagy csoportra lehet osztani: az egyikbe a társadalmilag jellemzően integráltabb szerhasználók tartoznak, akik szippantják a kokainport (kokain-hidroklorid), a másikba azok a marginalizálódott szerhasználók, akik olykor opioidok használata mellett, intravénásan használják a kokaint vagy cracket (kokainbázis) füstölnek. Számos adatkészletben nem lehet megkülönböztetni egymástól a kokain két formáját (kokainpor, illetve crack), és a „kokainhasználat” kifejezés mindkét formát magában foglalja.

Becslések szerint az Európai Unióban 18,0 millió európai felnőtt (15–64 éves), avagy a korcsoport 5,4%-a próbálta ki a kokaint élete során. Közülük a becslések alapján körülbelül 2,6 millió 15–34 év közötti fiatal felnőtt (a korcsoport 2,1%-a) használta a kábítószert az elmúlt év folyamán.

Hat országból, Dániából, Írországból, Spanyolországból, Franciaországból, Hollandiából és az Egyesült Királyságból jelezték a kokainhasználat több mint 2,5%-os előző évi prevalenciáját a fiatal felnőttek körében (2.3. ábra). A 2016

## KEZELÉSRE JELENTKEZŐ KANNABISZHASZNÁLÓK



#### Tulajdonságok

17% 83%



17 Átlagéletkor az első szerhasználatkor

25 Átlagéletkor az első kezelés megkezdésekor

83 000

Az első kezelésre jelentkezők

59 000

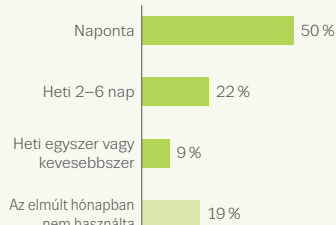
Korábban kezelt jelentkezők

58%

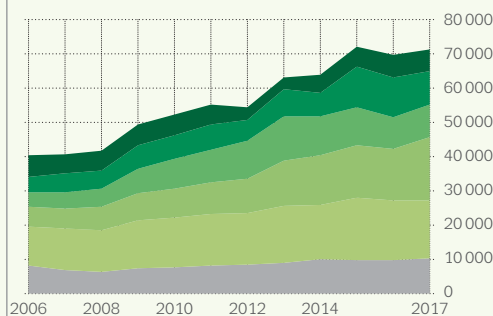
42%

#### Használat gyakorisága az előző hónapban

átlagos szerhasználat heti 5,3 nap



#### Az első kezelést megkezdők számának alakulása

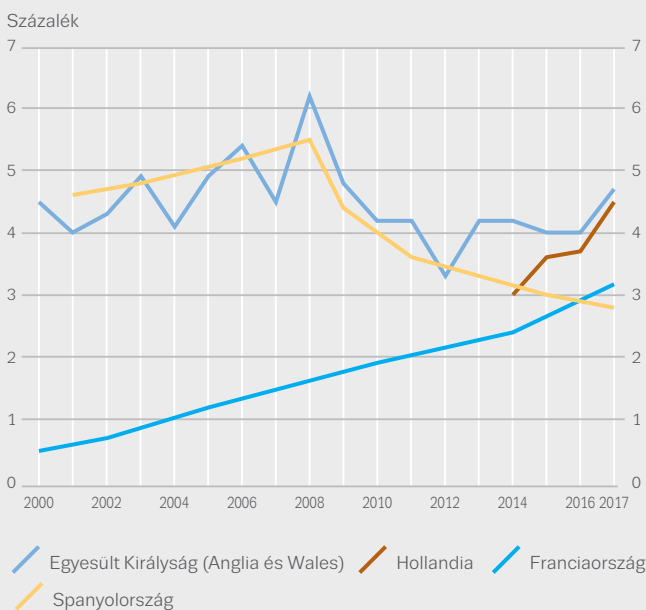


Olaszország Franciaország  
Spanyolország Németország  
Egyesült Királyság Más országok

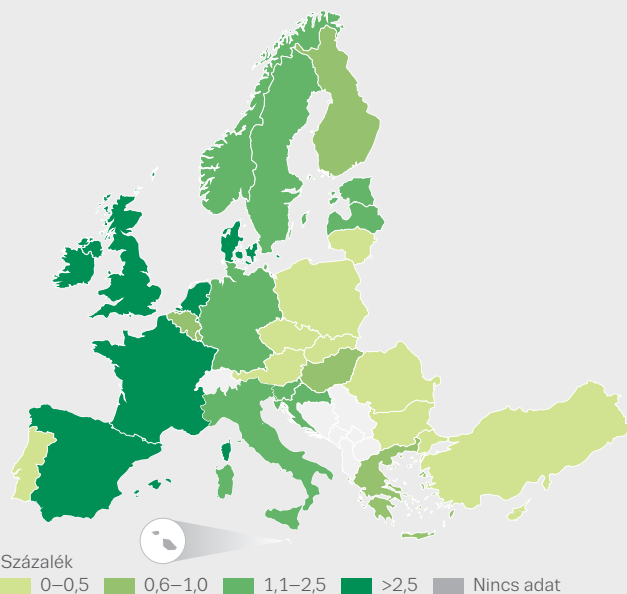
Megjegyzés: A tendenciáktól eltekintve az adatok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki a kannabiszt nevezte meg elsődleges kábítószerként. Az első kezelést megkezdők számának alakulása 24 ország adatain alapul. A tendenciákat mutató ábra csak azokat az országokat veszi figyelembe, amelyek a 12 évből legalább 11-re vonatkozóan rendelkeznek adatokkal. A hiányzó adatokat a szomszédos évekre vonatkozó adatokból, interpolációval következtették ki. Az országos szintű adatáramlásban bekövetkezett változások miatt 2014 óta az Olaszországra vonatkozó adatokat nem lehet összehasonlítani az előző évekkel. A jelentéstételi rendszerben bekövetkezett változások miatt a Németországra vonatkozó 2017-es összesített adatok 2016-os adatokon alapuló becslések.

## 2.3. ÁBRA

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



Megjegyzés: A 15-34 korszávtól eltérő korszávt adott meg Dánia, az Egyesült Királyság és Norvégia (16-34), Svédország (17-34), Németország, Franciaország, Görögország és Magyarország (18-34).



óta felmérést készítő és a konfidenciaintervallumot is feltüntető országok közül 5-ből jelentettek magasabb becsléseket, 9-ben pedig stabil volt a helyzet az előző összehasonlítható felméréshez viszonyítva.

Csak kevés ország esetében van lehetőség a fiatal felnőttek körében előforduló elmúlt évi kokainhasználat hosszú távú tendenciáinak statisztikai elemzésére, ezek körében tapasztalhatók a megnövekedett használat bizonyos jelei: az Egyesült Királyságban végzett éves felmérés egy viszonylag stabil időszak után 4,7%-os növekedést jelzett; a hollandiai negyedik összehasonlítható felmérés megerősítette a 4,5%-ot elérő, növekvő tendenciát; Franciaországban pedig folytatódott a növekvő tendencia, az előfordulási arány első ízben emelkedett 3% fölé. Ezzel szemben Spanyolország továbbra is csökkenő prevalenciáról számolt be, az előfordulási arány 2,8%-ra csökkent (2.3. ábra).

Az EMCDDA 2018-as, többféle adatforrást elemző tendenciafigyelő tanulmánya azt jelezte, hogy néhány országban fellendülés következhet be a kokain használatában amiatt, hogy az európai kábítószerpiacokon megnövekedett a nagyobb tisztaságú kokain hozzáférhetősége. A tanulmány az arra utaló jelekre is felhívta a figyelmet, hogy a kokain Kelet-Európában új piacokra kezd eljutni, ahol korábban kismértékben használták a szert.

A populációs felmérések eredményeit a több városban elvégzett vizsgálat keretében a települési szennyvízben

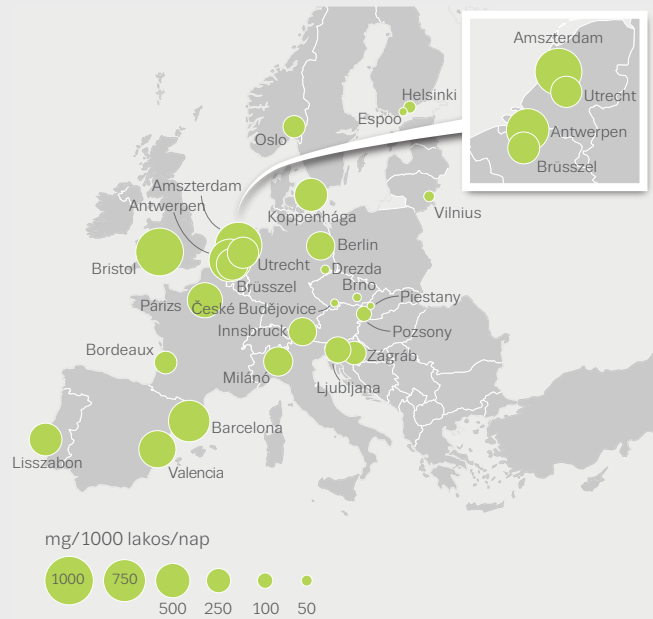
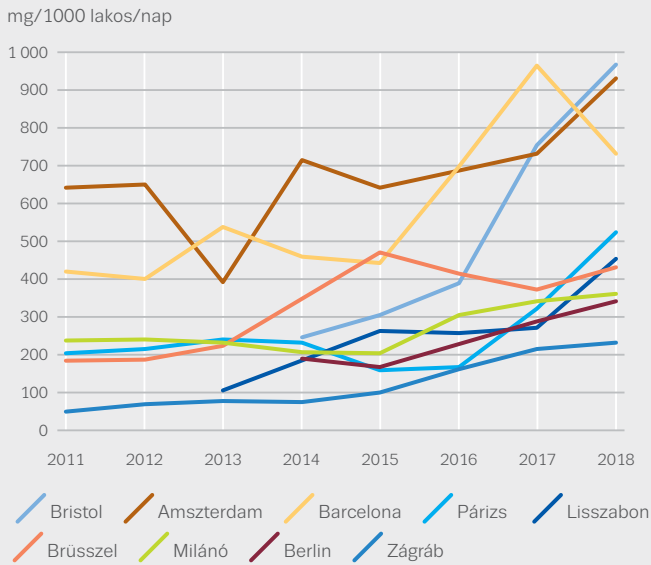
talált kokainmaradványok elemzése egészíti ki. A szennyvízelemzés a tiszta hatóanyagok kollektív fogyasztásáról ad képet egy közösségben, az eredményeit nem lehet közvetlenül összehasonlítani az országos populációs felmérésekből származó becsült előfordulási gyakoriságokkal. A szennyvízelemzés eredményei az 1000 lakosra jutó napi kábítószer-maradvány standardmennyiségét (koncentrációját) mutatják. Noha szolgálhatnak információkkal egy adott helyen használt kokain mennyiségéről, nem adnak közvetlen tájékoztatást a szerhasználók számáról.

Egy 2018-as elemzés a benzoilekgonin - a kokain fő metabolitja - legmagasabb koncentrációját Belgium, Spanyolország, Hollandia és az Egyesült Királyság városaiban mutatta ki. A vizsgált kelet-európai városok többségében nagyon alacsony szinteket mértek (lásd a 2.4. ábrát), de a legfrissebb adatok a növekedés jeleit mutatják. Az előző évi adatokkal való összehasonlítás általánosan növekvő használatot jelez. A 2017-re és 2018-ra vonatkozó adatokkal rendelkező 38 város közül 22-ből jelentettek növekedést, 5-ből csökkenést és 11-ből stabil helyzetet. A 2011-es és 2018-as adatokkal rendelkező 13 város többsége hosszabb távú növekvő tendenciáról számolt be.

**A kokain a legáltalánosabban  
használt tiltott stimuláns  
kábítószer**

## 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 2011 és 2018 között évente egy héten át végezték a kiválasztott európai városokban.

Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

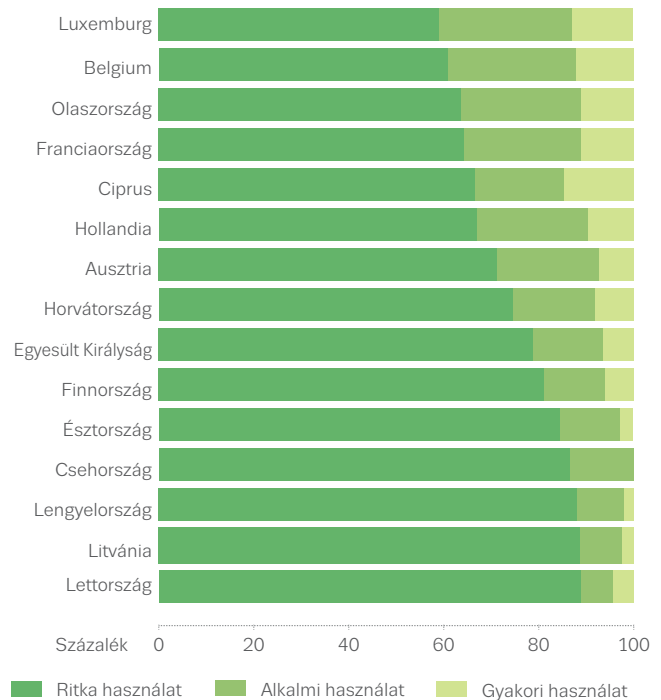
A kábítószerekről készített európai webes felmérésből származó adatok képet adnak a különböző csoportokon belüli kokainhasználati mintákról és az országok közötti lehetséges eltérésekről. Az egyes országokban használt mennyiségek összehasonlításakor fontos figyelembe venni, hogy a piacon hozzáférhető kokain ára és tisztasága is változó országonként, és ez hatással lehet a használt mennyiségre. A kokainhasználatról beszámoló válaszadók között a szert gyakran (az elmúlt évben több mint 50 napon) használók aránya a csehországi 0% és a belgiami, ciprusi, franciaországi, olaszországi és luxemburgi több mint 10% között mozgott (2.5. ábra). A kokainfogyasztás országonként eltérő, a következő értékek között mozog: napi átlag 1,3 gramm Ausztriában, Belgiumban és Franciaországban, Cipruson pedig 3,5 gramm. A kevésbé gyakori szerhasználókhoz viszonyítva a gyakori szerhasználók általában nagyobb mennyiséget fogyasztottak minden olyan napon, amikor használták a kábítószert.

### Nagy kockázatú kokainhasználat: az utóbbi időben több országban is nőtt a kezelési igény

A nagy kockázatú kokainhasználat európai felnőttek körében való előfordulási gyakoriságát nehéz megítélni, mivel friss becslésekkel csak 4 ország rendelkezik. Emellett ezek a becslések közvetlenül nem összehasonlíthatók, mivel eltérő meghatározások és módszerek alkalmazásával

## 2.5. ÁBRA

A kokainhasználat gyakorisága a webes felmérésben résztvevők körében, akik beszámoltak a szer előző évi használatáról



Megjegyzés: A felmérést két szakaszban végezték el, az egyiket 2016-ban (Csehországban, Franciaországban, Horvátországban, Hollandiában, az Egyesült Királyságban), a másikat 2017/2018-ban (további 10 uniós országban). Előző évi használat: gyakori, több mint 50 nap; alkalmi, 11–50 nap; ritka, 1–10 nap.

Forrás: Európai webes felmérés a kábítószerekről.



születtek. Spanyolországban egy új normálpopulációs felmérés a nagy használati gyakoriság alapján úgy becsülte, hogy 2017/2018-ban a 15–64 év közöttiek 0,3%-a esetében állt fenn nagy kockázatú kokainhasználat. 2015-ben Németország a függőség súlyosságára irányuló skálás kérdések alapján becsülte a nagy kockázatú kokainhasználat arányát a felnőtt népesség körében 0,2%-ra. 2017-ben Olaszország a kezelési és büntető igazságszolgáltatási adatok alapján a felnőtt népesség körében 0,69%-ra becsülte a nagy kockázatú kokainhasználók arányát. Franciaországban egy, a fogás-visszafogás módszert alkalmazó tanulmány 0,07%-ra becsülte a crack kokain nagy kockázatú használatának előfordulási gyakoriságát.

Európában a kokainnal összefüggésben speciális kezelésre jelentkező összes érintett közel háromnegyedét (73%) Spanyolország, Olaszország és az Egyesült Királyság adja. Összességében a kábítószer-használat miatt 2017-ben kezelésbe lépő kliensek közül kb. 73 000 nevezte elsődleges kábítószernek a kokaint, az első kezelésüket megkezdők közül pedig több mint 33 000 kliens.

A csökkenés időszaka után a kokain miatt első alkalommal kezelésre jelentkezők összesített száma 2014 és 2017 között 37%-kal nőtt. Bár a növekedés jelentős része Olaszországnak és az Egyesült Királyságnak tudható be, összesen 19 ország számolt be emelkedésről ebben az időszakban. A legfrissebb európai adatok

összességében azt mutatják ki, hogy az első kokainhasználat (átlagban 23 éves korban) és a kokainproblémák miatti első kezelés (átlagban 34 éves korban) között 11 év telik el.

A kokainhasználatlal összefüggő problémák miatt speciális kezelésre jelentkezők többsége elsődlegesen kokainpor-használó (55 000, avagy a 2017. évi összes kábítószeres kliens 14%-a). A legtöbb elsődleges kokainhasználó kliens vagy a kábítószer egymagában való használata miatt jelentkezik kezelésre (az összes kokainpor-használó 46%-a), vagy a kannabisszal (20%), alkohollal (23%) vagy más szerekkel (10%) együtt történő használata miatt. A jelentések alapján ez a csoport általában társadalmilag viszonylag integrált, stabil életkörülményekkel és rendszeres munkaviszonnyal rendelkezik az opioidproblémák miatt kezelésre jelentkezőkhöz viszonyítva. A crack kokain elsődleges használata miatt kezelésre jelentkezők (11 000 kliens, avagy a 2017. évi összes kábítószeres kliens 3%-a) esetében azonban nem ez a helyzet, úgy tűnik, hogy ők nagyobb mértékben marginalizálódtak. A crack kokainnal összefüggő kezelési igények többségét az Egyesült Királyság jelzi (65%). Az elsődlegesen crack kokaint használók közül sokan a heroint jelölik meg problémát okozó másodlagos droggént. 2014 óta Belgiumban, Írországban, Franciaországban, Olaszországban, Portugáliában és az Egyesült Királyságban a crack kokaint használó kliensek számának emelkedéséről számoltak be.

## KEZELÉSRE JELENTKEZŐ KOKAINHASZNÁLÓK

### Tulajdonságok

15% 85%

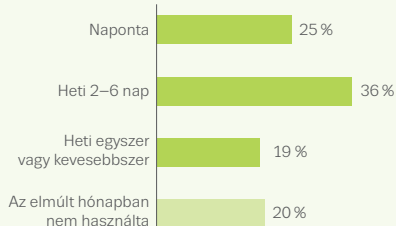


23 Átlagéletkor az első szerhasználatkor  
34 Átlagéletkor az első kezelés megkezdésekor

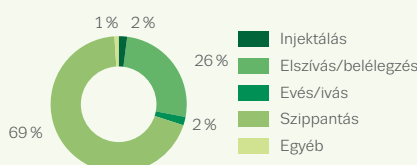
33 500 Az első kezelésre jelentkezők  
48%  
36 800 Korábban kezelt jelentkezők  
52%

### Használat gyakorisága az előző hónapban

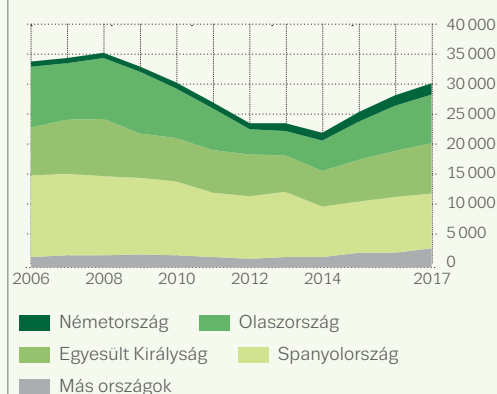
Átlagos szerhasználat heti 4 nap



### Alkalmazási mód



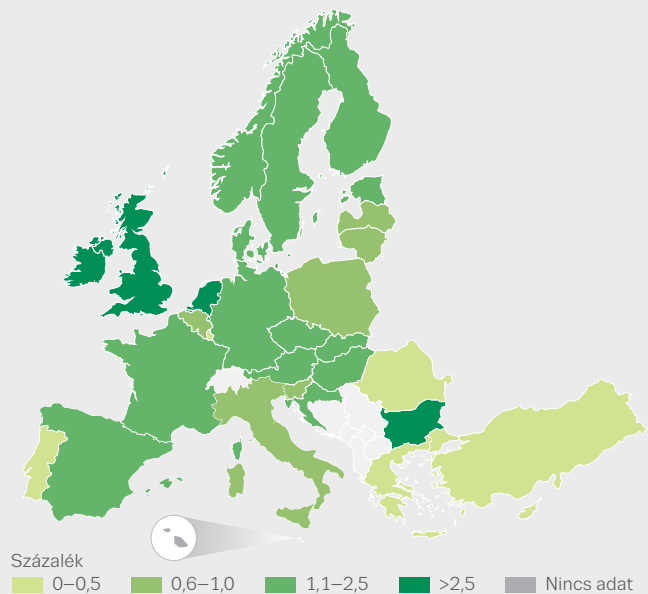
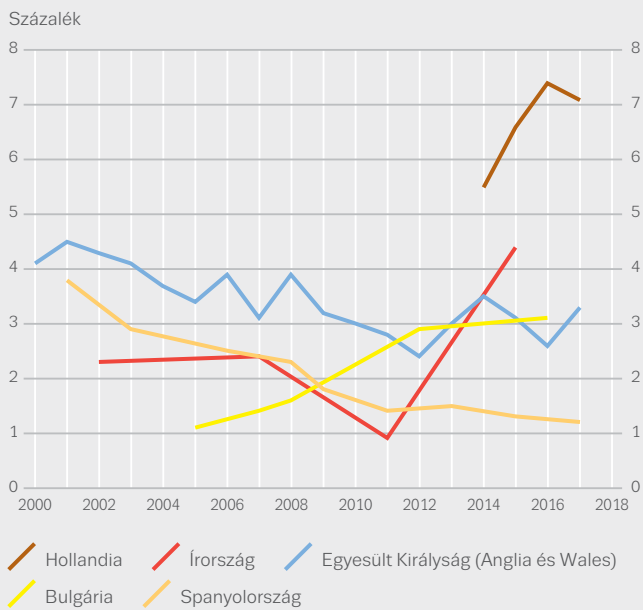
### Az első kezelést megkezdők számának alakulása



Megjegyzés: A tendenciáktól eltekintve az adatok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki a kokaint nevezte meg elsődleges kábítószerként. Az első kezelést megkezdők számának alakulása 24 ország adatain alapul. A tendenciákat mutató ábra csak azokat az országokat veszi figyelembe, amelyek a 12 évből legalább 11-re vonatkozóan rendelkeznek adatokkal. A hiányzó adatokat a szomszédos évekre vonatkozó adatokból, interpolációval következtették ki. Az országos szintű adatáramlásban bekövetkezett változások miatt 2014 óta az Olaszországra vonatkozó adatokat nem lehet összehasonlítani az előző éveikkel. A jelentéstételi rendszerben bekövetkezett változások miatt a Németországra vonatkozó 2017-es összesített adatok 2016-os adatokon alapuló becslések.

## 2.6. ÁBRA

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



Megjegyzés: A 15–34 korszávtól eltérő korszávt adott meg Dánia, az Egyesült Királyság és Norvégia (16–34), Svédország (17–34), Németország, Franciaország, Görögország és Magyarország (18–34).

A kokain heroinnal vagy más opioidokkal együtt történő használatáról 56 000 olyan európai kliens számolt be, aki 2017-ben kábítószer-használat miatt speciális kezelésre jelentkezett. Ez 16%-át teszi ki mindazoknak a kezelésre jelentkezőknek, akik esetében az elsődleges és a másodlagos szerről is rendelkezésre áll információ.

### MDMA-használat: vegyes összkép

Az MDMA (3,4-metiléndioxi-metamfetamin) általában tabletták formájában (gyakran ecstasy néven) használatos, de por és kristály alakban is kapható; a tablettákat általában lenyelik, a kristály és a por formájú MDMA-t viszont szájon át is be lehet venni vagy szippantani is lehet.

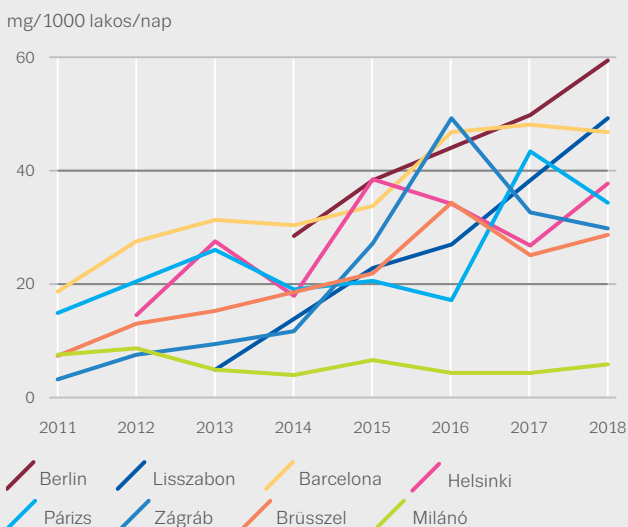
Becslések szerint 13,7 millió európai felnőtt (15–64 éves), avagy a korcsoport 4,1%-a próbálta ki az MDMA-t/az ecstasyt élete során. A fiatal felnőttek körében az újabb keletű használatra vonatkozó számadatok azt jelzik, hogy 2,1 millió fiatal (15–34 éves) felnőtt használt MDMA-t az előző évben (a korcsoport 1,7%-a), de az országos becslések a Portugália és Románia esetében becsült 0,2%-tól a hollandiai 7,1%-ig terjednek (2.6. ábra). A 15–24 évesekre vonatkozó becsült előfordulási arány magasabb, a becslések szerint 2,3%-uk (1,3 millió) használt MDMA-t az előző évben.

Az utóbbi időkhöz az MDMA prevalenciája sok országban csökkent a 2000-es évek eleje és közepe között elért csúcshoz képest. Az elmúlt években azonban a megfigyelés forrásai vegyes összképet mutatnak, nincsenek egyértelmű tendenciák. A 2016 óta új felméréseket készítő és a konfidenciaintervallumot is feltüntető országok közül 4-ből jelentettek magasabb becsléseket, 6-ból stabil tendenciát, 2-ből pedig alacsonyabb becslést az előző összehasonlítható felméréshez viszonyítva.

Ahol vannak adatok a fiatal felnőttek körében előforduló előző évi MDMA-használat tendenciáinak statisztikai elemzéséhez, az újabb adatok vegyes összképet mutatnak (2.6. ábra). Az Egyesült Királyságban a legfrissebb adatok azt mutatják, hogy a 2012 és 2014 közötti időszak növekedési tendenciáját lezáró 2015-ös és 2016-os visszaesés után ismét emelkedés tapasztalható a használat prevalenciája tekintetében. Spanyolországban a hosszú távú tendencia továbbra is csökkenő, a legutóbbi értékek azonban stabilak. Bulgáriában a legfrissebb adatok folyamatos felfelé irányuló tendenciát jeleznek. A 2017-es hollandiai felmérés adatai megerősítik a megelőző három éves felmérésben jelentett magas szinteket.

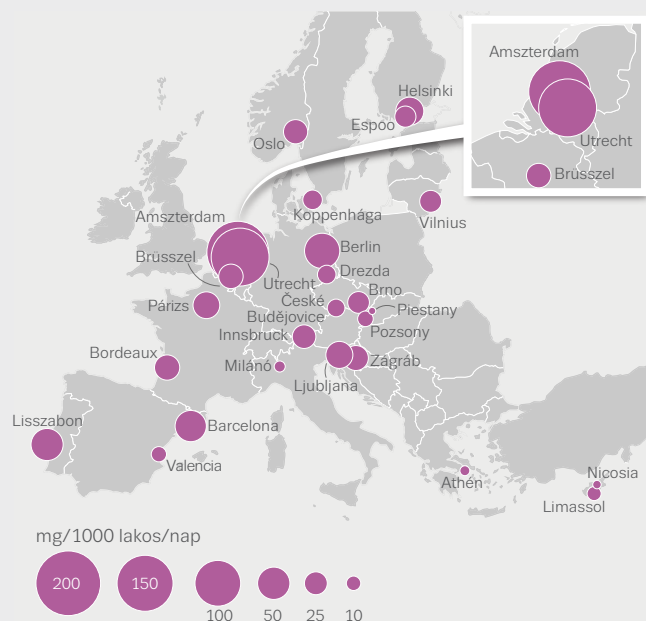
## 2.7. ÁBRA

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



Megjegyzés: Az MDMA napi középértéke 1000 lakosra jutó milligrammban. A mintavételt 2011 és 2018 között évente egy héten át végezték a kiválasztott európai városokban.

Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).



A 2018-ban végzett, több nagyvárosra kiterjedő vizsgálat az MDMA legmagasabb koncentrációját belga, német és holland városok szennyvizében mutatta ki (2.7. ábra). A 2017-re és 2018-ra vonatkozó adatokkal rendelkező 37 város közül 21-ből jelentettek növekedést, 9-ből stabil helyzetet és 7-ből csökkenést. A hosszabb távú tendenciákat tekintve a 2011-ből és 2018-ból származó adatokkal egyaránt rendelkező városok többségében (10 városban) a szennyvíz MDMA-koncentrációja 2018-ban magasabb volt a 2011. évinél. A 2011–2016-os időszakban megfigyelt erőteljes növekedés 2017-ben stabilizálódni látszott. A legfrissebb 2018-as adatok azonban a városok többségében növekedésre mutatnak.

Az MDMA-t gyakran más szerekkel, többek között alkohollal együtt használják. 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. A kábítószerekről készített európai webes felmérés megállapítása szerint az előző évben MDMA-t használók körében a gyakori használatot (az elmúlt évben több mint 50 nap) bevalló szerhasználók aránya a ciprusi 0%, valamint az ausztriai és horvátországi nagyjából 8% között mozgott.

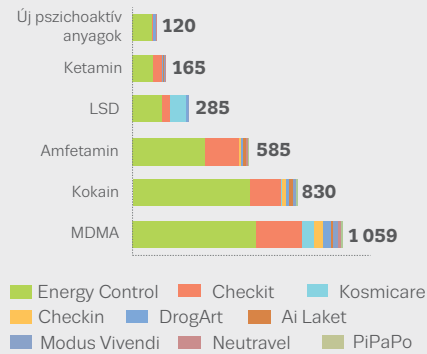
Az MDMA használatát ritkán jelölik meg a drogambulancián való jelentkezés okaként. 2017-ben Európában a kezelésre jelentkezők kevesebb mint 1%-a jelezte az MDMA használatát (kb. 1700 eset), ennek 68%-át Franciaország, Magyarország, az Egyesült Királyság és Törökország adta.

**Az MDMA-t gyakran más szerekkel, többek között alkohollal együtt használják**

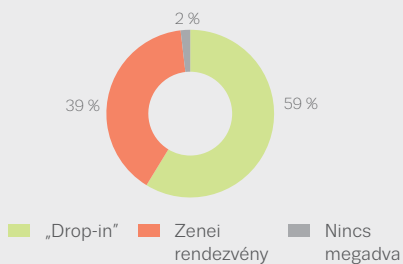
## 2.8. ÁBRA

### A kábítószer-ellenőrző szolgálatok által 2018. január és július között vizsgált kábítószerminták

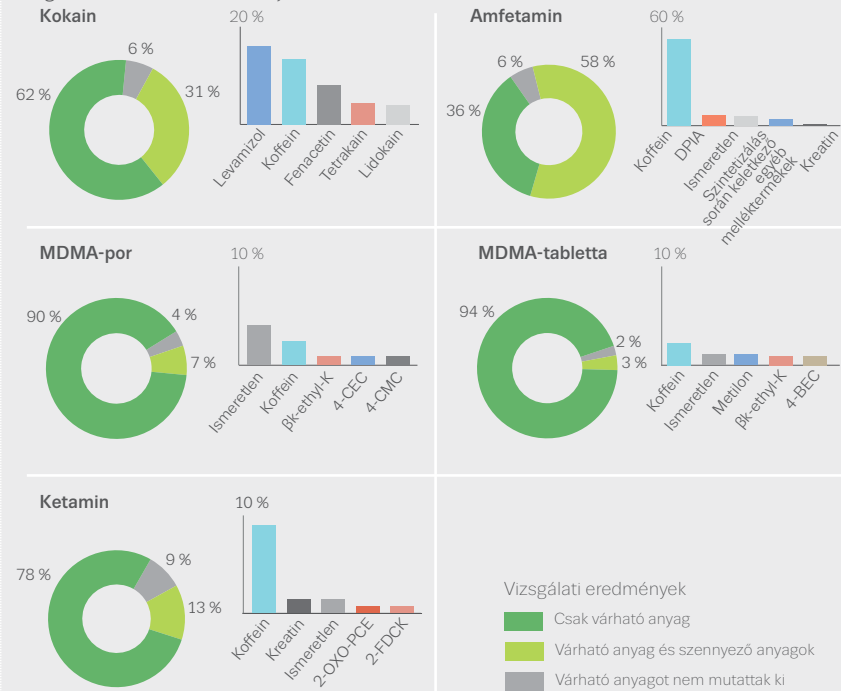
Vizsgálatra leadott anyagok száma



Vizsgálatra leadott anyagok, helyszín szerint



Kimutatott anyagok és leggyakoribb szennyező anyagok (a szennyezettség tekintetében vizsgált összes minta %-ában)



Megjegyzés: A szennyező anyagok alatt csak az aktív gyógyszerészeti tulajdonságokkal rendelkező anyagokat értjük. Az inaktív vegyületek nem minősülnek szennyező anyagoknak.

Forrás: Az adatokat a következő kábítószer-ellenőrző szolgálatok szolgáltatták: Checkit (Ausztria), Modus Vivendi (Belgium), Neutravel (Olaszország), PiPaPo (Luxemburg), Kosmicare és Checkin (Portugália), DrogArt (Szlovénia) és Energy Control és Ai Laket (Spanyolország).

### A rekreációs körülmények közötti kábítószer-fogyasztás megfigyelése: innovatív módszerek

Különböző tanulmányok egyöntetűen azt állapítják meg, hogy az éjszakai életben (pl. klubok, bárók és zenei fesztiválok) végzett felmérések során gyakrabban számolnak be a kábítószer-használatról, mint normálpopulációs felmérésekben. Új módszerek is megjelentek a rekreációs körülmények közötti kábítószer-fogyasztás megfigyelésére, amelyek nem csupán a felmérések válaszadóitól származó adatokra támaszkodnak, hanem egy sor különböző forrásból származó minta vegyi elemzésének eredményét is felhasználják: ilyen biológiai minták pl. a lehelet, a vizelet és a hajból vett minták; a „drog amnesziás” hulladékgyűjtők tartalma; és a kábítószer-ellenőrző szolgálatokhoz eljuttatott drogok.

A Trans-European Drug Information (TEDI) hálózat összegzése révén hozzáférhető a 2018. január és július között 7 európai uniós tagállamban működő 9 kábítószer-ellenőrző szolgálathoz eljuttatott kábítószermintákról készült 3044 elemzés eredménye. A minták nagyjából felét zenei rendezvényeken vizsgálták, a minták másik fele „drop-in” központokból származik. A „drop-in”

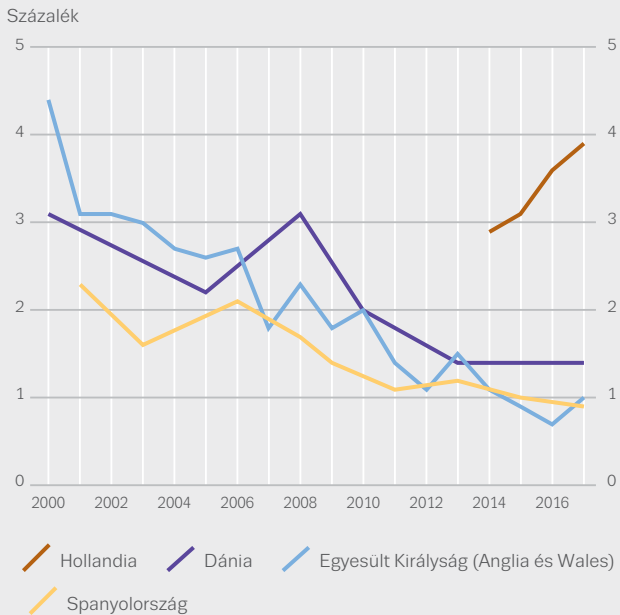
központokban, főleg Spanyolországban, kétszer annyi kokainmintát adtak le, mint a zenei rendezvényeken.

Összességében az MDMA (tabletta és por formában), a kokain és az amfetamin volt a három, ellenőrzésre leggyakrabban benyújtott drog, bár országonként mutatkoztak eltérések. A tesztek során Belgiumban és Portugáliában alig találtak amfetaminnal, de Olaszországban és Ausztriában a minták több mint 25%-át ez a kábítószer tette ki. Az új pszichoaktív anyagok, leginkább a szintetikus katinonok a benyújtott összes minta mindössze 3%-át tették ki, bár némelyiküket, ilyen pl. a 4-CMC és 4-CEC (szintetikus katinonok) esetenként az MDMA-ként benyújtott minták szennyező anyagaként mutatták ki (2.8. ábra).

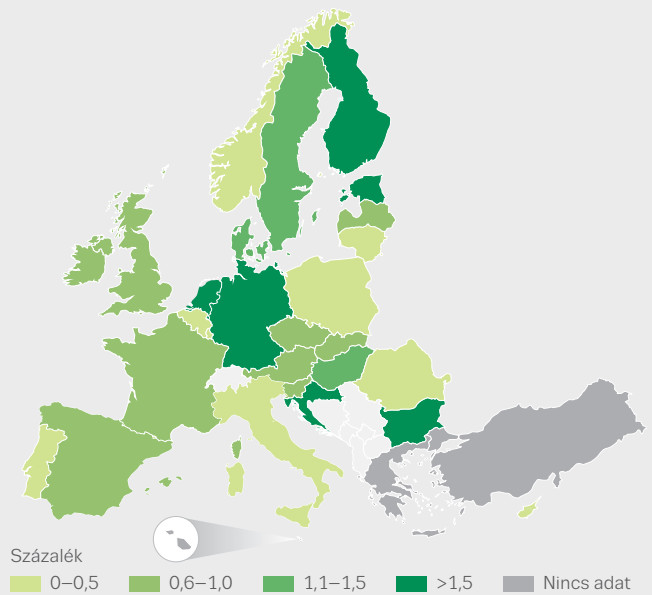
A 2018 első felében 8 kábítószer-ellenőrző szolgálattól beszerzett, a drogok tisztaságát mutató adatok megerősítik azokat a friss jelentéseket, amelyek a nagy tisztaságú MDMA és kokain megnövekedett jelenlétét figyelték meg a nyugat-európai kábítószer-piacokon. A kábítószer-ellenőrző szolgálatok által vizsgált MDMA-tabletták legnagyobb átlagos hatóanyag-tartalmát (182 mg) Belgiumban jelentették. Öt szolgálat jelentette magas (250 mg feletti) MDMA-tartalmú egyedi tabletták előfordulását. Összességében a szolgálatokhoz MDMA-

## 2.9. ÁBRA

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



Megjegyzés: A 15–34 korszától eltérő korszávót adott meg Dánia, az Egyesült Királyság és Norvégia (16–34), Svédország (17–34), Németország, Franciaország, Görögország és Magyarország (18–34).



ként eljuttatott minták esetében nem volt jellemző, hogy váratlan hatóanyagot tartalmaztak volna, az MDMA-porból vagy -tablettából vett minták kevesebb mint 10%-ában találtak szennyező anyagot. A koffein volt a leggyakoribb szennyező anyag ezekben a mintákban. A kokain magas (73%) tisztasági szintje ellenére az átadott minták gyakran tartalmaztak potenciálisan ártalmas szennyező anyagokat, ilyenek voltak például a levamiszol és a fenacetin, illetve helyi érzéstelenítéshez használt anyagok, például a lidokain és a tetrakain. A kábítószer-ellenőrző szolgálatok által vizsgált összes anyagot tekintve az amfetaminként benyújtott mintáknál tapasztalták a legnagyobb szennyezettséget, ezek átlagos tisztasága 34% volt, és gyakran tartalmaztak nagyobb mennyiségben koffeint.

### Amfetaminszármazékok: eltérések a használat terén, de stabil tendenciák

A stimulánsok családjának két közeli rokon tagját, az amfetamint és a metamfetamint Európában egyaránt fogyasztják, bár az amfetamin használata sokkal gyakoribb. A metamfetamin fogyasztása történetileg Csehországra 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, emellett néhány országban a kábítószerrel kapcsolatos

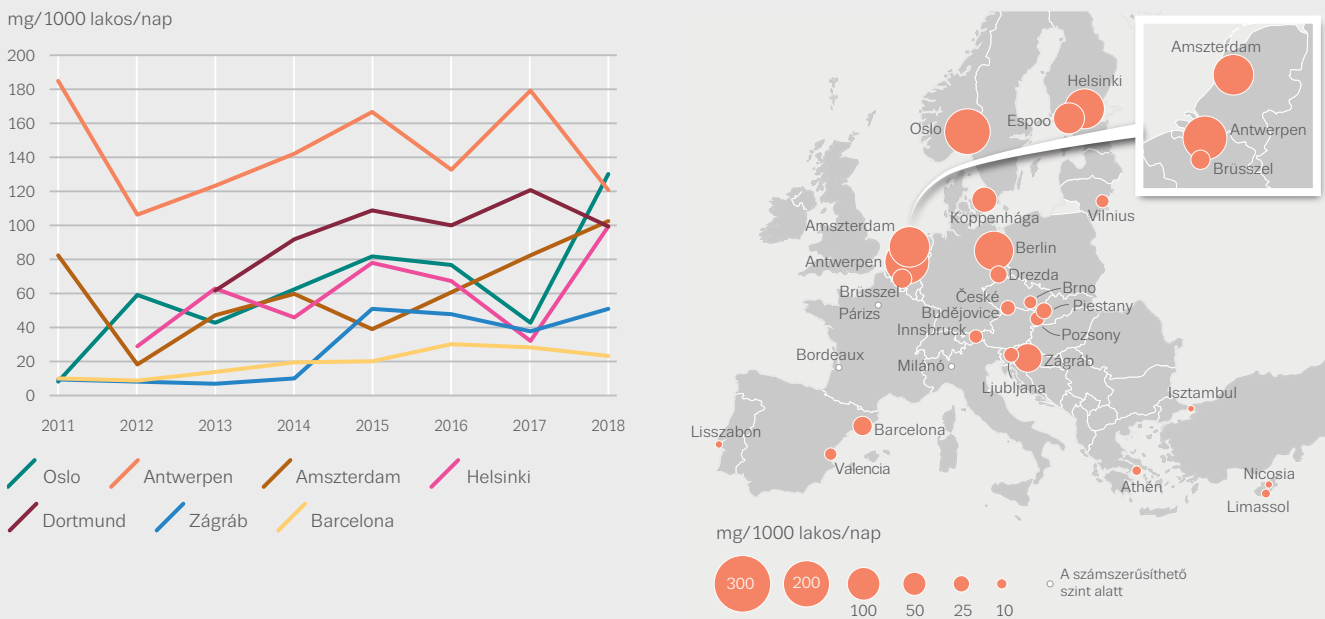
problémák jelentős részét képezi az intravénás használat. A metamfetamint el is lehet szívni, bár erről a beviteli módrról Európában nem sokszor számolnak be.

Becslések szerint 12,4 millió európai felnőtt (15–64 éves), avagy a korcsoport 3,7%-a próbált ki amfetaminszármazékokat élete során. A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az újabb keletű használatra vonatkozó számadatok azt jelzik, hogy 1,3 millióan (1,0%) használtak amfetaminszármazékokat az előző évben, de a legfrissebb becslést országos prevalencia a Portugáliában mért 0% és a hollandiai 3,9% között mozog (2.9. ábra). A rendelkezésre álló adatok azt jelzik, hogy az évezred kezdete óta a legtöbb európai országban viszonylag stabil helyzet alakult ki az amfetaminszármazékok használatában. A 2016 óta felmérést készítő és a konfidenciaintervallumot is feltüntető országok közül egyetlen egy sem jelentett magasabb becsléseket, 8-ból stabil tendenciát, 3-ból pedig alacsonyabb becslést közöltek az előző összehasonlítható felméréshez viszonyítva.

Csak kevés ország esetében van lehetőség az amfetaminszármazékok használatának fiatal felnőttek körében való előző éves prevalenciájával kapcsolatos tendenciák statisztikai elemzésére. Dániában, Spanyolországban és az Egyesült Királyságban hosszú távú csökkenő tendencia figyelhető meg (2.9. ábra). A hollandiai negyedik összehasonlítható felmérés emelkedő tendenciára utal.

## 2.10. 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 2011 és 2018 között évente egy héten át végezték a kiválasztott európai városokban.

Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

A települési szennyvíz 2018-ban elvégzett elemzése azt állapította meg, hogy az amfetamin koncentrációja Európán belül nagyon változatosan alakult, de a legmagasabb szinteket az észak- és a kelet-európai városokból jelentették (2.10. ábra). Európa déli részén sokkal alacsonyabb amfetaminszinteket mértek.

A 2017-re és 2018-ra vonatkozó adatokkal rendelkező 38 város közül 21-ből jelentettek növekedést, 7-ből stabil helyzetet és 10-ből csökkenést. A városokból származó adatok és a 2011 és 2018 közötti adatok összességében vegyes képet mutattak, de a legtöbb város esetében az amfetamin viszonylag stabil tendenciákat mutat.

Úgy tűnik, hogy a metamfetamin használata, amely általában alacsony volt, és hagyományosan Csehországban és Szlovákiában koncentrálódott, mostanra megjelent Cipruson, Németország keleti részén, Spanyolországban és Észak-Európában is (2.11. ábra). A szennyvízből kimutatott metamfetaminról 2017-es és 2018-as adatokkal rendelkező 40 város közül 5-ből jelentettek növekedést, 20-ból stabil helyzetet és 15-ből csökkenést.

### Az amfetaminszármazékok nagy kockázatú használata: jelentős az igény a kezelésre

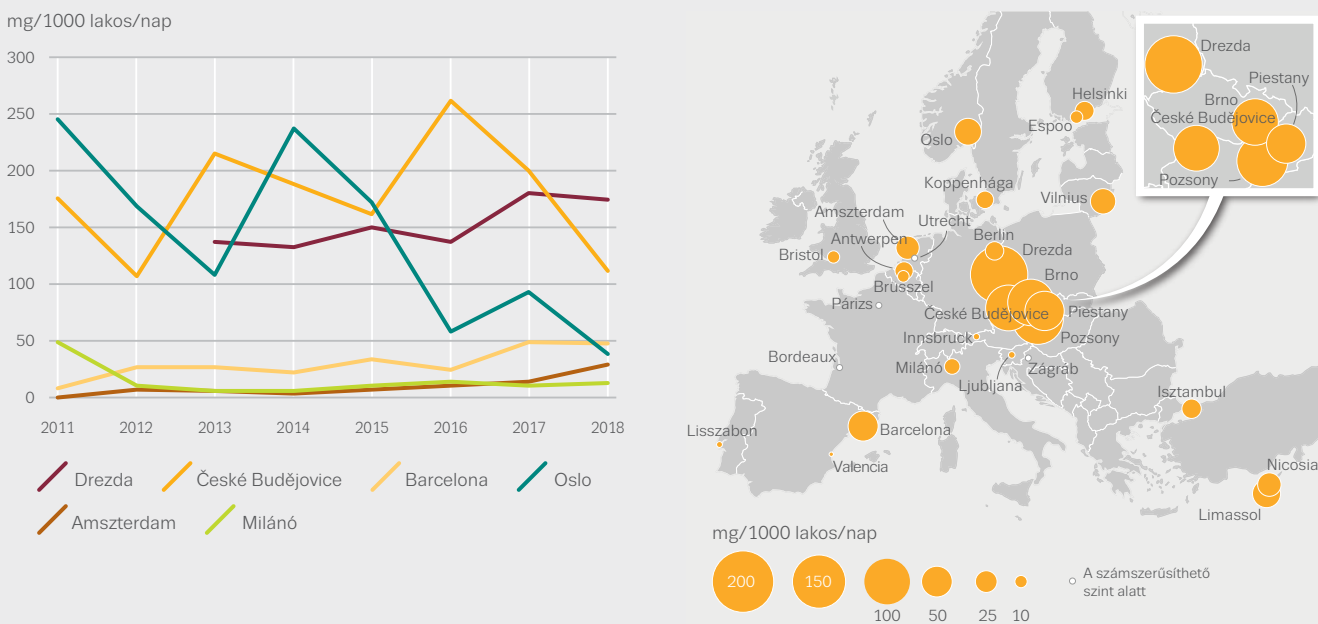
A hosszú távú, krónikus és intravénás amfetaminhasználattal összefüggő problémák

hagyományosan az észak-európai országokban a legnyilvánvalóbbak. Metamfetaminnal kapcsolatos problémák ezzel szemben leginkább Csehországban és Szlovákiában jelentkeztek. Egy 2015-ös, Németországra vonatkozó becslés 0,19%-ra, avagy 102 000 felnőttre tette az amfetaminszármazékok nagy kockázatú használóinak arányát. Valószínűleg az amfetaminszármazékok használói teszik ki a Lettország által 2017-ben bejelentett 2234 (0,18%) magas kockázatú stimulánshasználó többségét, ami a 2010-es 6540-hez (0,46%) képest csökkenést jelent. Csehországban 2017-ben a felnőttek (15–64 évesek) körében 0,50% körülire becsülték a nagy kockázatú metamfetaminhasználatot (ami 34 700 szerhasználóknak felel meg). Ez növekedést jelent a 2007-es 20 900 szerhasználóhoz képest, bár az elmúlt években a számok viszonylag stabilak maradtak. Ciprus esetében 2017-ben 0,03%-os becslést adtak meg, ami 176 szerhasználót jelent.

Európában a drogfogyasztás miatt 2017-ben speciális kezelésre jelentkező kliensek közül körülbelül 30 000 nevezte elsődleges kábítószerének az amfetaminszármazékokat, és közülük hozzávetőleg 12 000-en jelentkeztek első alkalommal kezelésre. Németországban, Lettországban, Lengyelországban és Finnországban a kezelésre első alkalommal jelentkezők legalább 15%-át az elsődleges amfetaminhasználók teszik ki, és Németországban 2009 óta növekvő tendencia figyelhető meg. Az elsődleges metamfetaminhasználat miatt kezelésre jelentkezők Csehországban, Szlovákiában,

2.11. 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 2011 és 2018 között évente egy héten át végezték a kiválasztott európai városokban.  
 Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Lengyelországban és Törökországban koncentrálódnak, amelyek együttesen a speciális kezelés alatt álló 5000 európai metamfetaminhasználó kliens 88%-át adták. A nemek között az amfetaminszármazékok esetében mutatkozik a legkisebb eltérés, bár az amfetaminhasználó klienseknek továbbra is csak nagyjából egynegyedét (26%)

teszik ki a nők. A beviteli mód tekintetében a kezelésre jelentkezők 14%-a számolt be az amfetaminszármazékok száján át történő fogyasztásáról, 65% szippantást, 9% pedig injekciós használatot jelölt meg.

AZ AMFETAMINSZÁRMAZÉKOKAT HASZNÁLÓ, KEZELÉSRE JELENTKEZŐ KLIENSEK

Tulajdonságok

26% 74%

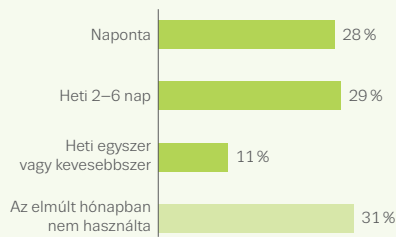


20 Átlagéletkor az első szerhasználatkor  
 30 Átlagéletkor az első kezelés megkezdésekor

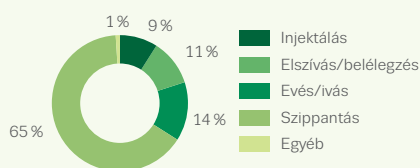
12 200 Az első kezelésre jelentkezők  
 42%  
 17 100 Korábban kezelt jelentkezők  
 58%

Használat gyakorisága az előző hónapban

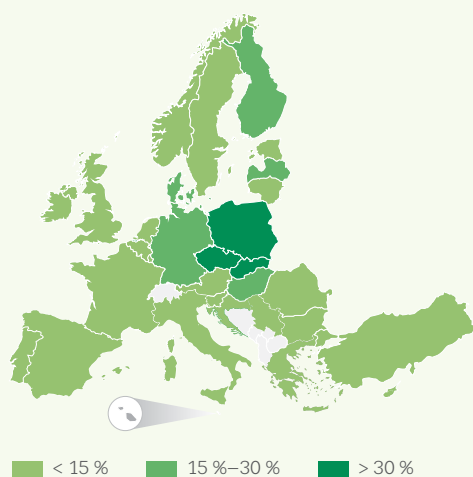
Átlagos szerhasználat heti 4,3 nap



Alkalmazási mód



Az első kezelésre jelentkezők aránya az összes kábítószerfajta tekintetében (%)



Megjegyzés: A térképtől eltekintve az adatok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki az amfetaminszármazékokat nevezte meg elsődleges kábítószerként. A németországi, svédországi és norvégiai adatok azon kliensekre vonatkoznak, akik elsődleges kábítószerként a kokaintól eltérő stimulánsokat neveztek meg.

## 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 prekurzorát, 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 2017-es felmérés alapján Norvégia a GHB használatának előző éves prevalenciáját 0,1%-ra tette a felnőttek (16–64 évesek) körében. 2017-ben a ketamin előző éves prevalenciáját a fiatal felnőttek (16–34) körében 0,6%-ra becsülték Dániában, és 1,7%-ra az Egyesült Királyságban.

Az LSD és a hallucinogén gombák használatának összesített előfordulása Európában évek óta alacsony és egy szinten áll. 2017-ben vagy a legutóbbi felmérés évében a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az országos felmérések mindkét szerre nézve 1% alatti előző éves prevalenciáról számoltak be, kivéve Finnországot (1,9%) és Hollandiát (1,6%) a hallucinogén gombák esetében, illetve Norvégiát (1,1%) és Finnországot (1,3%) az LSD tekintetében.

## Új pszichoaktív anyagok: alacsony használat és csökkenő kezelési igény

2011 óta a normálpopulációs felmérések keretében az európai országok több mint fele közölt nemzeti becsléseket az új pszichoaktív anyagok használatáról (ketamin és GHB kivételével), bár a módszerekben és a kérdőívekben mutatkozó különbségek nehezítik az országok közötti összehasonlítást. A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében ezen anyagok használatának előző évi prevalenciája a norvégiai 0,1%-tól a legutóbbi, 2016-os hollandiai felmérés keretében megállapított 3,2%-ig terjedt, és ezek közül a 4-fluoramfetamin (4-FA) használata volt a legelterjedtebb. Az Egyesült Királyságból (Anglia és Wales) a mepredron használatáról is vannak felmérési adatok. A legfrissebb felmérés alapján (2017) ennek a kábítószernek az előző évi használatát a 16–34 évesek körében 0,2%-ra becsülték; ez a 2014/15-ös 1,1%-hoz képest csökkenést jelent. A legfrissebb felmérésekben a szintetikus kannabinoidok előző évi

használatának a 15–34 évesek körében mért aránya a hollandiai 0,1 % és a lettországi 1,5% között mozgott.

Miközben az új pszichoaktív anyagok fogyasztásának szintje Európában általában véve alacsony, egy 2016. évi EMCDDA-felmérésben az országok több mint kétharmada számolt be arról, hogy ezen anyagok magas kockázatú szerhasználók általi használata egészségügyi problémákat okozott. Különösen a szintetikus katinonoknak az opioidok és stimulánsok intravénás fogyasztói általi használata hozható összefüggésbe egészségügyi és szociális problémákkal. Emellett számos európai ország jelölte meg problémaként a szintetikus kannabinoidok szívását a marginalizálódott populációkban, köztük a hajléktalanok és fogvatartottak körében.

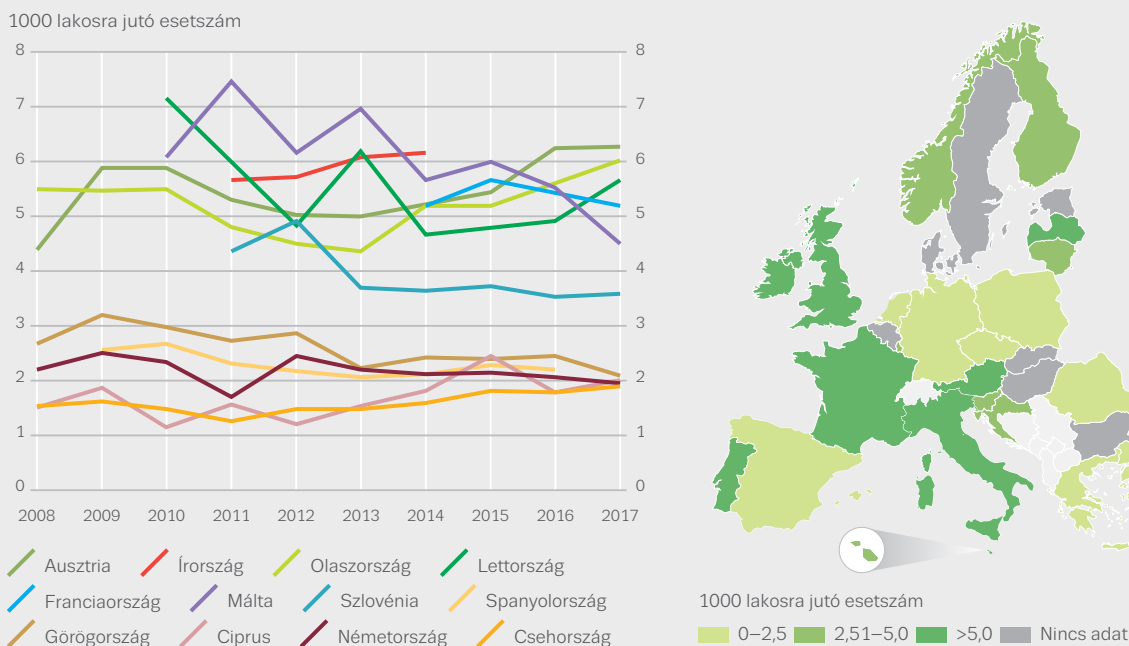
Összességében az új pszichoaktív anyagok használatával összefüggő problémák miatt Európában egyelőre kevesen jelentkeznek kezelésre. Némely ország esetében viszont jelentősek ezen anyagok. A legújabb adatok szerint a speciális kezelésre jelentkezők közül a szintetikus kannabinoidok használatát Törökországban a kliensek 19%-a, Magyarországon pedig 6%-a jelölte meg fő okként. Az Egyesült Királyságban a kezelésre jelentkezők 0,2%-a hivatkozott a szintetikus katinonok elsődleges használatához köthető problémákra. A legfrissebb adatokban azonban mindhárom ország az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatban kezelésre jelentkezők számának utóbbi időszakban tapasztalt csökkenését jelentette.





## 2.12. ÁBRA

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



### Nagy kockázatú opioidhasználat: a legtöbb országban csökken a heroinhoz kapcsolódó, első alkalommal történő betegmegjelenések száma

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 utóbbi években felismerték, hogy a nagy kockázatú opioidhasználóknak van egy öregedő kohorsza, akik valószínűleg rendszeresen vagy szórványosan már kapcsolatba kerültek a helyettesítő kezelést nyújtó vagy egyéb szolgáltatokkal.

A felnőttek (15–64 évesek) körében az uniós népesség 0,4%-ára becsülik a magas kockázatú opioidhasználat előfordulási gyakoriságát, ami 2017-ben 1,3 millió magas kockázatú opioidhasználót jelentett. Országos szinten a becslések az 1000 főre jutó 1-nél kevesebb és 8-nál több eset közé teszik a magas kockázatú opioidhasználat előfordulási gyakoriságát a 15–64 éves népességben. A magas kockázatú opioidhasználók becsült számának háromnegyedéért (77%) az Európai Unió öt legnépesebb – lakosságának 62%-át kitevő – országa felel

(Németország, Spanyolország, Franciaország, Olaszország, Egyesült Királyság). Azon 12 ország közül, amely 2008 és 2017 között rendszeres becsléseket készített a magas kockázatú opioidhasználatról, Görögország, Málta, Szlovénia és Spanyolország mutat statisztikailag szignifikáns csökkenést, míg Csehországban és Írországban (2014-gyel bezárólag) statisztikailag szignifikáns növekedés figyelhető meg (2.12. ábra).

2017-ben Európában 171 000 kliens, azaz a kezelésére jelentkezők 37%-a jelölte meg a speciális kezelésre való jelentkezés fő okaként az opioidok használatát. Közülük 32 000-en első alkalommal jelentkeztek kezelésre. Az első kezelésükre jelentkező elsődleges opioidhasználók 78%-át az elsődleges heroinhasználók tették ki (20 500 kliens), ami az előző évhez viszonyítva 4700 klienssel, avagy 17%-kal kevesebb.

A tendenciákról rendelkezésre álló adatok alapján az első ízben jelentkező heroinhasználó kliensek száma a 2007-es csúcshoz képest kevesebb mint felére csökkent, majd a 2013-as mélypontot követően az utóbbi években stabilizálódott. Azon 27 ország közül, ahol rendelkezésre álltak adatok, 2016 és 2017 között 16 országban csökkent az első kezelésükre jelentkező elsődleges heroinhasználók száma.

### Szintetikus opioidok: Európa-szerte különféle anyagok figyelhetők meg

Bár továbbra is a heroin a leggyakrabban használt tiltott opioid, több forrás utal arra, hogy a legális szintetikus opioidokkal (például metadon, buprenorfin és fentanil) egyre többször élnek vissza. A kezelésre jelentkezők által megnevezett, herointól eltérő opioidok közé tartozik a nem

rendeltetésszerűen használt metadon, buprenorfin, fentanil, kodein, morfin, tramadol és oxikodon. Ma már az összes elsődleges opioidhasználó 22%-a ilyen opioidokat használ, és néhány országban a speciális kezelésre jelentkezők körében a herointól eltérő opioidok jelentik az opioidhasználat leggyakoribb formáját. 2017-ben 19 európai országból jelezték, hogy az erre szakosodott szolgálatoknál jelentkező opioidhasználó kliensek több mint 10%-át elsősorban a herointól eltérő opioidokkal összefüggő problémák miatt kezelték (2.13. ábra). Észtországban az elsődleges kábítószerként használt opioidok miatt kezelésre jelentkezők többsége fentanilt használt, míg Finnországban a kezelésre jelentkezők leggyakrabban a buprenorfin említették elsődleges opioidként. Csehországban az opioid miatt kezelt kliensek mintegy 22%-a buprenorfinnal való visszaélésről számolt be, Németországban 33%-uk, Dániában pedig 19%-uk metadonnal való visszaélést említett. Cipruson és Lengyelországban az opioidhasználó kliensek 20–50%-a egyéb opioidok – köztük (Cipruson) az oxikodon, illetve (Lengyelországban) a „kompót” (mákszalmából készített heroin) – használatával összefüggő problémák miatt jelentkezik kezelésre. Emellett előfordulhat, hogy az opioidokhoz hasonló hatásokat kiváltó új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos problémák miatt kezelésre jelentkezőket az általános „opioidok” címszó alatt jelentik be.

## A KEZELÉSRE JELENTKEZŐ HEROINHASZNÁLÓK

### Tulajdonságok

20% 80%

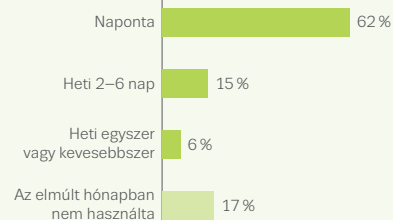


24 Átlagéletkor az első szerhasználattól  
35 Átlagéletkor az első kezelés megkezdésékor

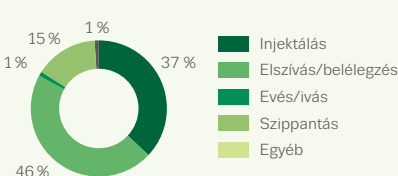
23 500 Az első kezelésre  
17%  
115 000 Korábban kezelt jelentkezők  
83%

### Használat gyakorisága az előző hónapban

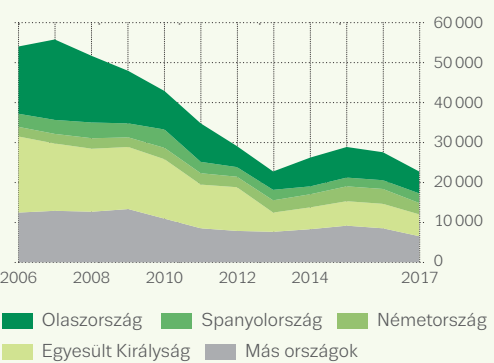
Átlagos szerhasználattal heti 5,9 nap



### Alkalmazási mód



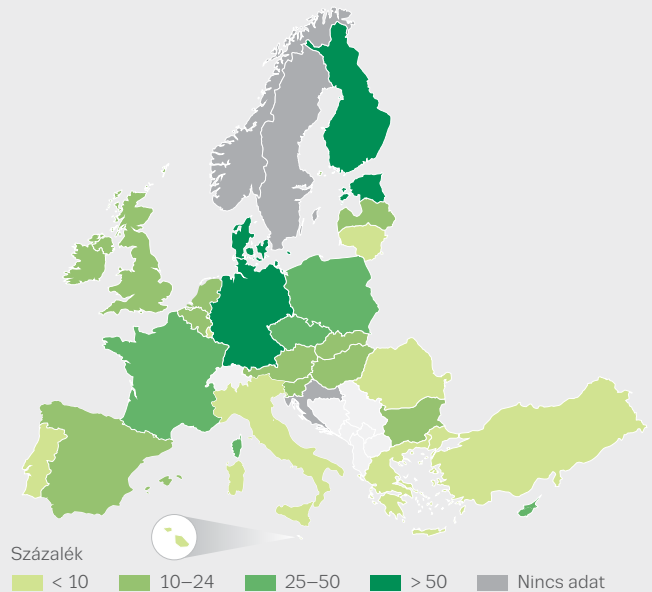
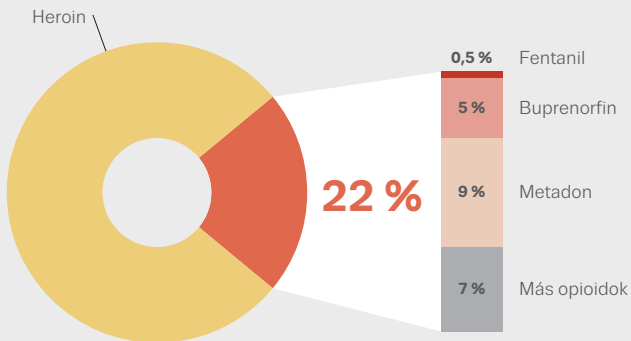
### Az első kezelést megkezdők számának alakulása



Megjegyzés: A tendenciáktól eltekintve az adatok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki a heroint nevezte meg elsődleges kábítószerként. A németországi adatok az elsődleges szerként „opioidokat” használók, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak. Az első kezelést megkezdők számának alakulása 24 ország adatain alapul. A tendenciákat mutató ábra csak azokat az országokat veszi figyelembe, amelyek a 12 évből legalább 11-re vonatkozóan rendelkeznek adatokkal. A hiányzó adatokat a szomszédos évekre vonatkozó adatokból, interpolációval következtették ki. Az országos szintű adatáramlásban bekövetkezett változások miatt 2014 óta az Olaszországra vonatkozó adatokat nem lehet összehasonlítani az előző évekkel. A jelentéstételi rendszerben bekövetkezett változások miatt a Németországra vonatkozó 2017-es összesített adatok 2016-os adatokon alapuló becslések.

## 2.13. ÁBRA

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



### Intravénás kábítószer-használat: további csökkenés az új heroinhasználó kliensek körében

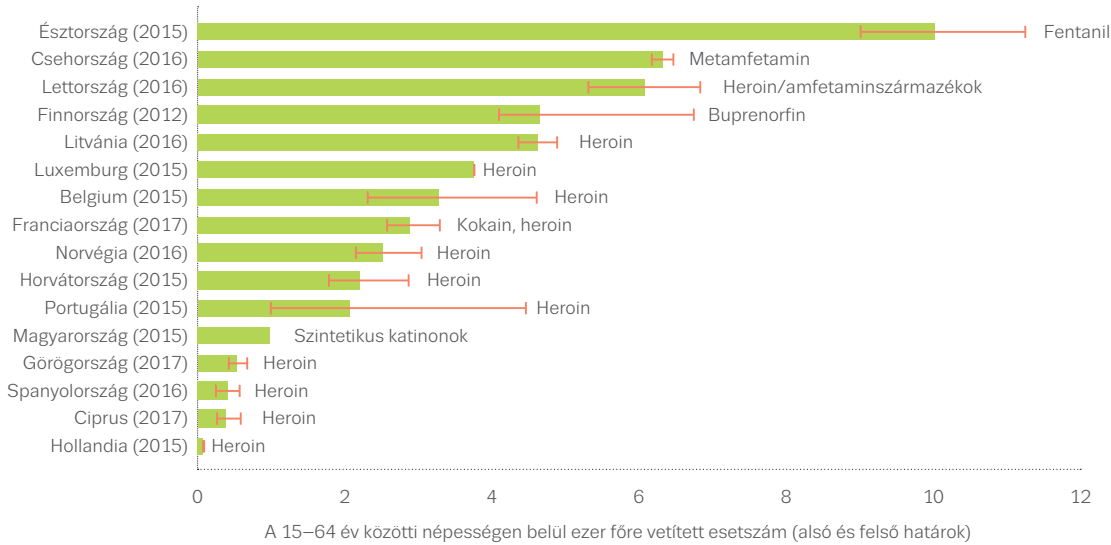
Az intravénás szerhasználat leggyakrabban az opioidokkal függ össze, bár néhány országban a stimulánsok, például az amfetaminszármazékok vagy a kokain injektálása is gyakori.

Az intravénás kábítószer-használatról 2012 óta csak 16 ország rendelkezik becslésekkel, ahol ezek a 15-64 éves népességben belül 1000 főre jutó kevesebb mint 1 eset és több mint 10 eset között mozognak. Ezekben az országokban többnyire egyértelműen meghatározható az első számú intravénásan használt kábítószer, bár vannak olyan országok, ahol két kábítószer hasonlóan nagy arányban használnak. Az országok többségében (14 országban) az opioidokat jelölik meg az egyik első számú intravénásan használt kábítószerként (lásd a 2.14. ábrát). Ezen országok közül 12-ben a heroint említik, Finnországban a buprenorfin, Észtországban pedig a fentanilt nevezik meg első helyen. Négy országban említik meg a legfontosabb intravénásan használt kábítószernek a stimulánsokat; ezek közé tartoznak a szintetikus katinonok (Magyarország), a kokain (Franciaország), az amfetamin (Lettország) és a metamfetamin (Csehország).

**Az injektálás leggyakrabban az opiáthasználattal függ össze**

## 2.14. ÁBRA

**Intravénás kábítószer-használat: bármely kábítószer intravénás használatának előző évi prevalenciájára vonatkozó legfrissebb becslések és az intravénásan használt legfontosabb kábítószer**

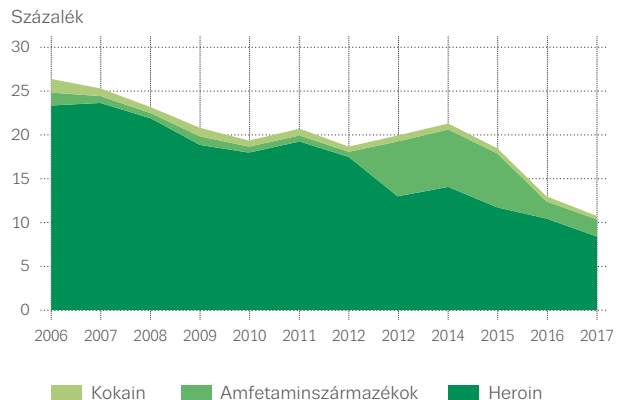


Az elsődleges kábítószerként heroint használó, 2017-ben első alkalommal speciális kezelésre jelentkező kliensek körében a 2006-os 43%-hoz képest már csak 25% nevezte fő beviteli módnak az injektlást. Az injektlás előfordulása ebben a csoportban országonként változik, a spanyolországi 8%-tól egészen a lettországi 90% feletti arányig. Az injektlást az első kezelésükre jelentkező kokainhasználó kliensek kevesebb mint 1%-a, az első kezelésükre jelentkező, elsődlegesen amfetaminszármazékokat használó klienseknek pedig 9%-a nevezte fő fogyasztási módnak. Az amfetaminszármazékok tekintetében azonban az általános képet nagyban befolyásolja Csehország, amely az Európában a kábítószer intravénásan fogyasztó amfetaminszármazék-használó új kliensek több mint 50%-át adja. A három legfontosabb intravénásan használt kábítószer együttesen tekintve az első kezelést megkezdők körében Európában az injektlás mint fő beviteli mód a 2006-os 26%-ról 2017-re 11%-ra csökkent (2.15. ábra).

Bár nem elterjedt jelenség, bizonyos népességcsoportokból továbbra is jelezték a szintetikus katinonok injektlását, köztük az intravénás opioidhasználók és néhány országban a kezelés alatt álló kliensek, valamint Magyarországon a tűcsere programban részt vevők körében. Egy új EMCDDA-tanulmányban 10 ország jelentette szintetikus katinonok injektlását – gyakran más stimulánsokkal és GHB-val együtt. Ezt legjellemzőbben olyan szexpartikkal összefüggésben jelentették, ahol férfiak más férfakkal létesítenek szexuális kapcsolatot.

## 2.15. ÁBRA

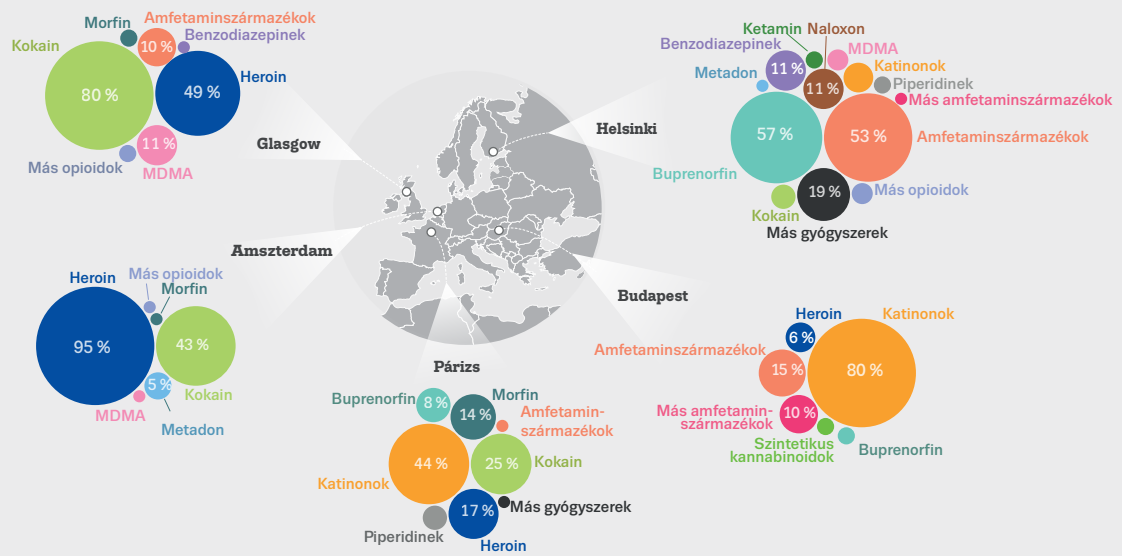
**Intravénás szerhasználat az elsődleges szerként heroint, kokaint vagy amfetaminszármazékokat használó, első kezelésre jelentkező személyek körében: az intravénás használatot fő beviteli módként megjelölők százalékos aránya**



Megjegyzés: A tendenciák azon a 21 országon alapulnak, amelyek a 11 évből legalább 9-re vonatkozóan rendelkeznek adatokkal.

## 2.16. ÁBRA

Kábítószer-maradványok az európai városokban összegyűjtött használt fecskendőkből



Megjegyzés: A kör területe arányosan tükrözi a fecskendők részarányát az egyes helyszíneken, ahol valamilyen anyagot mutattak ki. Egyetlen fecskendőben egynél több anyag is kimutatható. 2017-es tanulmány.

Forrás: European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (ESCAPE) hálózat.

### A fecskendők szermaradványaira vonatkozó adatokból szerzett ismeretek: gyakoriak a stimuláns kábítószer maradványai

A kábítószer-használók kezelésére vonatkozó adatokat és a magas kockázatú kábítószer-használatról becsült adatokat ki lehet egészíteni az injektált anyagokra vonatkozó információkat a használt fecskendők szermaradványainak elemzése útján összeállító európai fecskendő begyűjtési és elemzési projekt vállalkozás (ESCAPE) hálózatának megállapításaival. A fecskendőket a befecskendező szettek adagoló utcai automaták hulladéktárolóiból és öt uniós kontrollváros – Amsterdam, Budapest, Glasgow, Helsinki és Párizs – hálózatában működő ártalomcsökkentési szolgálatoknál gyűjtötték össze 2017-ben. Öt laboratóriumban 1288 használt fecskendő tartalmát ellenőrizték.

Az eredmények arra utalnak, hogy az intravénásan használt anyagok tekintetében a városok között és adott városokon belül is különbségek mutatkoznak (2.16. ábra). Mind az öt város esetében a fecskendők nagy százalékában találtak stimulánsokat, és gyakran fordult elő kokain, amfetaminszármazék és szintetikus katinon is. A vizsgált fecskendők felében két- vagy többféle kábítószer nyomait is fellelték; a leggyakoribb kombináció a stimulánsok és opioidok keveréke volt. Amikor benzodiazepineket találtak, azt gyakran olyan fecskendő tartalmazta, amelyikben opioid is fellelhető volt.

**A vizsgált fecskendők felében két- vagy többféle kábítószer nyomait is fellelték**

## BŐVEBB INFORMÁCIÓ

### Az EMCDDA kiadványai

#### 2019

Country Drug Reports 2019.

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

Drugs in syringes from six European cities: results from the ESCAPE project, Rapid communications.

#### 2018

Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Trendspotter manual: a handbook for the rapid assessment of emerging drug-related trends, Manuals.

Cannabis and driving: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Monitoring drug use in recreational settings across Europe: conceptual challenges and methodological innovations, Technical reports.

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

#### 2017

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

#### 2016

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

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

#### 2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

#### 2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

#### 2013

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

### 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](http://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 kábítószeres 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 kábítószerrel összefüggő ártalmak és válaszlépések megfigyelése

A kábítószer-használatra 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 a *Health and social responses to drug problems: a European guide (A kábítószer-problémákra adott egészségügyi és szociális válaszok: európai kalauz)* című kiadványban és a *bevált gyakorlatok portálján*.

A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek és a kábítószereshez 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 *Statistical Bulletin (statisztikai közlöny)* és az *Action on new drugs (Új kábítószerrel kapcsolatos fellépések)* menüpontban.

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 tücsere programokat részben az intravénás opioidhasználatra és a kapcsolódó problémákra, különösen a fertőző betegségek terjedésére és a túlادagolásos halálesetekre adott válaszlépésként dolgozták ki. A kábítószer-problémák változásával új megközelítések kidolgozására és értékelésére van szükség, amelyek közül néhányat az alábbiakban megvizsgálunk.

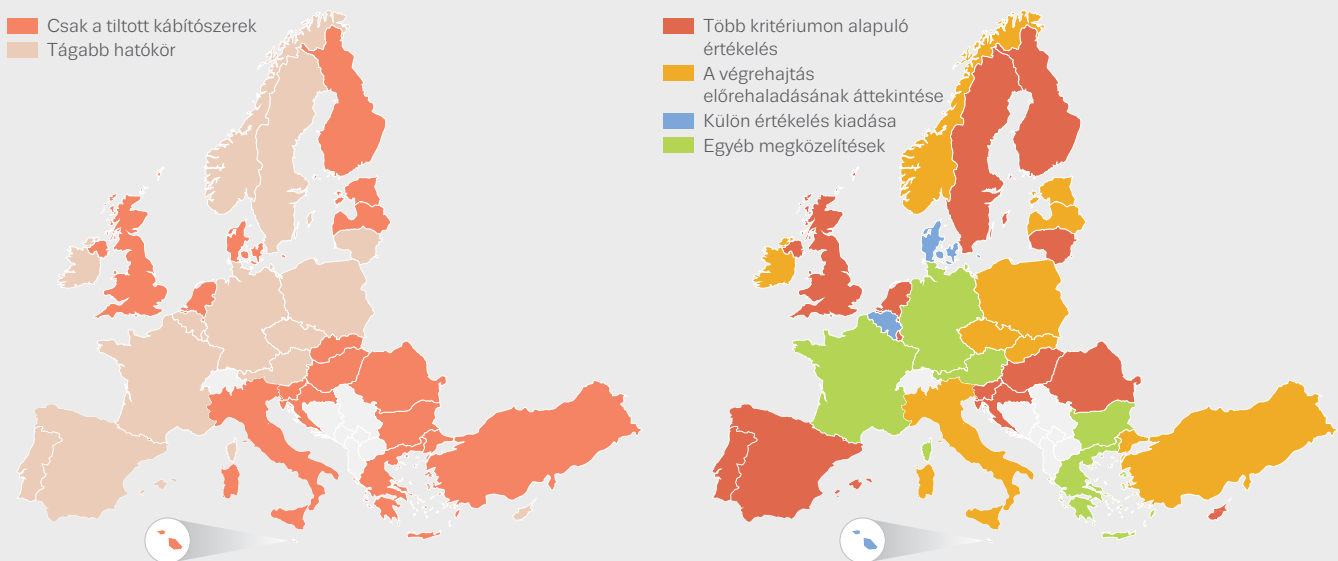
### Drogstratégiák: értékelési módszerek

Az EMCDDA által figyelemmel kísért 30 ország közel fele most már olyan nemzeti drogpolitikával rendelkezik, amely a tiltott kábítószer mellett immár a szerek alapuló és a viselkedési függőség különböző kombinációira is kitér. Ezeket a tervezési eszközöket a kormányok felhasználják a kábítószer-problémák különféle

egészségügyi, szociális és biztonsági dimenzióival kapcsolatos általános megközelítésük és konkrét válaszlépéseik kidolgozásához. Dániában a nemzeti drogpolitikát stratégiai dokumentumok, jogszabályok és konkrét intézkedések egész sorában fogalmazták meg, az összes többi országnak viszont van egy külön nemzeti drogpolitikai dokumentuma. Ennek 14 országban tágabb a hatóköre, így más addiktív anyagokat és magatartásformákat is figyelembe vesz (lásd a 3.1. ábrát). Az Egyesült Királyságon belül Skócia, Wales és Észak-Írország decentralizált igazgatóságainak is átfogó stratégiai dokumentuma van. Ha ezt a három dokumentumot is beleszámítjuk, a tiltott kábítószerekkel tágabb értelemben foglalkozó stratégiák teljes száma 17-re emelkedik. Ezek a dokumentumok általában a tiltott kábítószerekkel foglalkoznak, és nagy különbségek vannak azon a téren, hogy más szereket és függőségeket hogyan vesznek figyelembe. Az alkohollal valamennyi dokumentum foglalkozik, emellett 10 a dohányzással, 9 a gyógyszerekkel, 8 az addiktív magatartásformákkal, például a szerencsejátékkal is. Hatókörüktől függetlenül valamennyi nemzeti drogpolitikai dokumentum kifejezetten támogatja az uniós drogellenes stratégiában (2013–20) és cselekvési tervben (2017–20) előírányozott kiegyensúlyozott drogpolitikai megközelítést, amely egyforma hangsúlyt helyez a keresletcsökkentés és a kínálatcsökkentés

## 3.1. ÁBRA

A nemzeti drogpolitikai dokumentumok hatóköre (balra) és az értékelési módszer (jobbra) 2018-ban



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

fontosságára. A stratégia hatókörének kiterjesztése lehetővé teszi egy integráltabb közegészségügyi megközelítés alkalmazását, ugyanakkor a végrehajtás, a nyomon követés és az értékelés összehangolása tekintetében kihívásokat is rejt magában.

Különböző megközelítések alapján ugyan, de mindegyik európai ország értékeli a nemzeti drogstratégiáját. Az értékelés célja általában az, hogy felmérje, mennyiben sikerült megvalósítani a stratégiát, és milyen változások történtek a kábítószerhelyzetben. 2018-ban 13 többszempontú értékelésről, 9 végrehajtást ellenőrző felülvizsgálatról és 3 témaspecifikus értékelésről számoltak be a közelmúltból, 5 ország pedig más módszereket alkalmazott, például a mutatók értékelésének és a kutatási projekteknek az ötvözetét (lásd a 3.1. ábrát). A tágabb hatókörű stratégiák felé mutató tendenciát egyre inkább tükrözi a tágabb fókuszú értékelések alkalmazása is. Eddig Franciaország, Luxemburg, Svédország és Norvégia tett közzé értékeléseket tág hatókörű stratégiákról.

### A szerhasználat prevenciója: környezeti megközelítések

A kábítószer-használat és a kábítószerekkel kapcsolatos problémák fiatalok körében történő megelőzése az európai nemzeti drogstratégiák egyik fő célkitűzése, és különféle megközelítések széles körét foglalja magában. A környezeti és az általános megközelítés egész népességcsoportokat szólít meg, míg a célzott prevenció a veszélyeztetett csoportokra irányul, akiknél nagyobb lehet a drogfogyasztási problémák kialakulásának veszélye, a javallott prevenció pedig a veszélyeztetett személyeket veszi célba.

A hatékony prevenció elvek kombinációját lakossági szinten következetesen alkalmazó „izlandi prevenció modell” számottevő nemzetközi figyelmet kapott az utóbbi időben. A megközelítés részeként az iskola utáni szabadidő felügyelet melletti eltöltése érdekében általános hozzáférést biztosítanak a fiatalok számára sport- és kulturális tevékenységekhez, és idetartozik még a szülői felügyelet és a 18 év alattiak számára előírt éjszakai kijárási tilalom is. Európában az izlandi modellt Spanyolország, Hollandia és Románia néhány településén vezették be. További értékelésre van szükség annak a megállapításához, hogy a serdülőkorúak kábítószer-használatának néhány más európai országban megfigyelt visszaesését tükröző, a kábítószer-használat terén az elmúlt évtizedben Izlandon tapasztalt jelentős mértékű csökkenés leginkább az ország prevenció stratégijával és alkoholpolitikájával áll-e összefüggésben, vagy ebben más szempontok játszottak fontos szerepet.

Az izlandi modell olyan környezeti prevenció megközelítésen alapul, amely szerint a nemkívánatos viselkedési formákat meg lehet változtatni azáltal, ha módosítják az ilyen magatartásformák előfordulásához lehetőséget kínáló vagy az ilyen lehetőségeket korlátozó környezet fizikai, gazdasági és szabályozási aspektusait. A folyamat eredményeként csökkenhet az ilyen magatartásformák elfogadottsága, normalitása és láthatósága. Az intézkedések közé tartozhat az anyagok elérhetőségének és árának szabályozása, a felszolgált alkoholos ital-adagok mennyiségének és az üzletek előfordulási sűrűségének csökkentése.

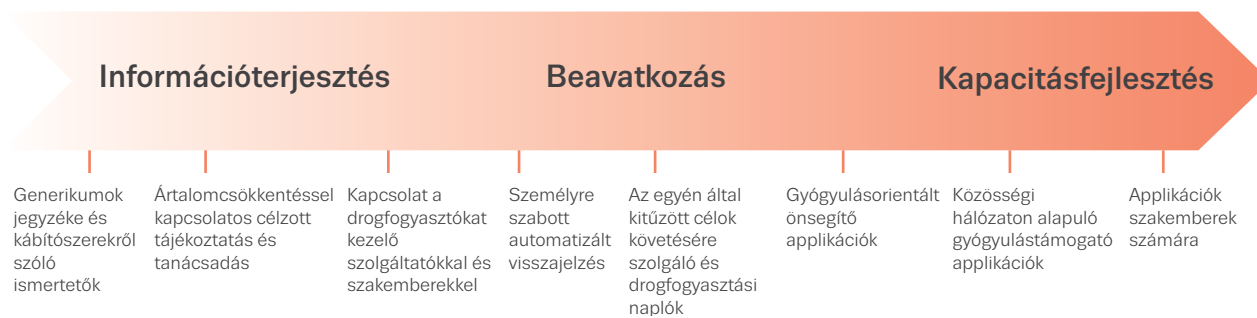
A környezeti prevenció elvek központi szerepet játszanak a „Good Behaviour Game” elnevezésű, általános iskolába járó gyermekek számára készült kézikönyvre épülő programban is, ami egyes kutatási tanulmányok szerint kedvező hatásokat eredményezett. Ennek célja, hogy pozitív normákat és szabályokat megerősítő, csoport szintű viselkedési ösztönzőkkel csökkentse a kockázatot jelentő magatartásformákat. Általánosabb szinten a cigarettázás státuszának megváltozása és a cigarettahasználat csökkenése sok európai országban egyértelműen a környezeti prevenció elv gyakorlati példáját mutatja.

Úgy tűnik, hogy a szakmai képzés fontos szerepet játszik a prevenció megközelítések sikeres bevezetésében. Újabb kezdeményezésként elindítottak egy bizonyítékokon és nemzetközi normákon alapuló Általános Európai Prevenció Tantervet, amely regionális vagy helyi döntéshozók és véleményformálók számára készült. A tantervet 2018-ban az EU-tagállamok egyharmadában valamilyen szinten bevezették.

**Mindegyik európai ország értékeli a nemzeti drogstratégiáját**

## 3.2. ÁBRA

Az m-egészség applikációk spektruma elsődleges célkitűzéseik alapján



### A kábítószer-használatra adott válaszok: új technológiák

A drogprevenció és a kezelés érdekében történő beavatkozások folyamatosan fejlődnek, és terjed a korszerű digitális megoldások, többek között a számítógépen alapuló technológiák alkalmazása. A digitális beavatkozások („appok”) az asztali számítógépektől a mobil eszközökig sok különféle platformon futhatnak, itt az okostelefonok egyre nagyobb szerephez jutnak. Ezek a mobil vagy m-egészségügyi applikációk egy sor különböző célra használhatók, ilyen többek között a drogprevenció, az ártalomcsökkentés, a közösségimédia-platformokon belüli digitális ismeretterjesztés, a páciensek nyomon követése, felügyelete és kezelése (3.2. ábra). Egyes applikációk gyakorlati segítséget nyújtanak, ilyenek többek között a kábítószerrel kapcsolatos jegyzékek, információk és tanácsadás. Egy innovatív példa erre a geolokációs adatok felhasználása, amivel az injektló kábítószer-fogyasztókat segítik a tű- és fecskendőcserélő pontok megtalálásában. Más alkalmazások hatékony preventív technikákra épülnek, ezek közé tartoznak a társadalmi normákkal kapcsolatos megközelítések és a kortársak kábítószer-használatáról szóló téves elképzelések visszaszorítása. Bár mostanra sok m-egészség applikáció áll a lakosság rendelkezésére, egy friss EMCDDA-tanulmány megállapította, hogy ezek közül csak néhányat értékelték tudományos szempontból, a minőségi szabványok nem voltak elégségesek és adatvédelmi aggályok is felmerültek.

Vizsgálják a virtuális valóság technológia mint olyan eszköz alkalmazását is, amely segítséget nyújthat expozíciós terápia esetén. Virtuális valóság szemüvegek használatával a páciensekben sóvárgást keltő, drogokhoz köthető valóság-hű és magával ragadó környezetek hozhatók létre, és a páciensek így elsajátíthatják az ilyen helyzetek leküzdéséhez szükséges technikákat.

### A kábítószer-használók kezelése: a járóbeteg-ellátás dominanciája

A kábítószer-használók kezelése továbbra is az elsődleges beavatkozás az olyan személyek esetében, akik a kábítószer-használatukkal összefüggésben problémákat, például függőséget észlelnek. Ezért fontos politikai cél a megfelelő kezelési szolgáltatásokhoz való könnyű hozzáférés biztosítása.

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 (3.3. ábra). Az elsődleges egészségügyi és általános mentális egészségügyi ellátóhelyek után a második legnagyobb szolgáltatók az alacsonyküszöbű ellátók. Ebbe a kategóriába beletartoznak a háziorvosi rendelők, amelyek néhány nagy országban, például Franciaországban és Németországban fontos szerepet töltenek be az opioidhelyettesítő kezelés felírásában. Másol, például Lengyelországban és Szlovéniában a járóbeteg-ellátó mentális egészségügyi központok játszanak szerepet a kezelés biztosításában.

Az európai drogfogyasztók kezelése kisebb részben fekvőbeteg-ellátásban, főként kórházi fekvőbeteg-ellátóknál (pl. pszichiátriai osztályokon), emellett terápiás közösségekben és speciális bentlakásos kezelőhelyeken zajlik. Az országos ellátórendszereken belül a fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátás relatív fontossága országonként nagyon különböző lehet.

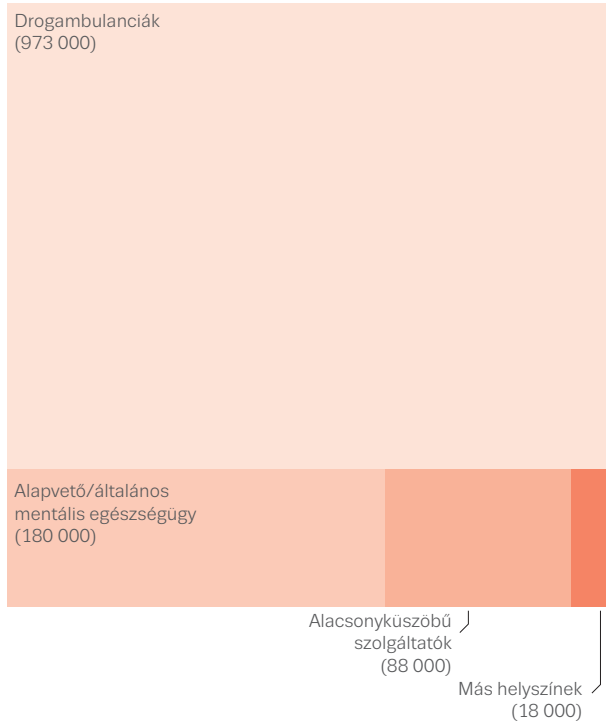
### A kábítószer-használat miatti kezeléshez való hozzáférés: a leggyakoribb út az önkéntes jelentkezés

Az Európai Unióban becslések szerint 1,2 millió ember részesült kábítószer-használat miatti kezelésben 2017 folyamán (Norvégiával és Törökországgal együtt 1,5 millió). A kábítószer-használók speciális kezeléséhez vezető

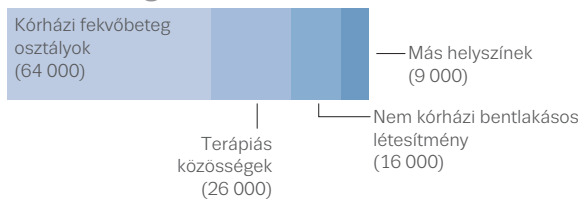
## 3.3. ÁBRA

Kezelésben részesülő drogfogyasztók száma Európában 2017-ben, a kezelés helyszíne szerint

## Járóbeteg-ellátás



## Fekvőbeteg-ellátás



## Börtönök

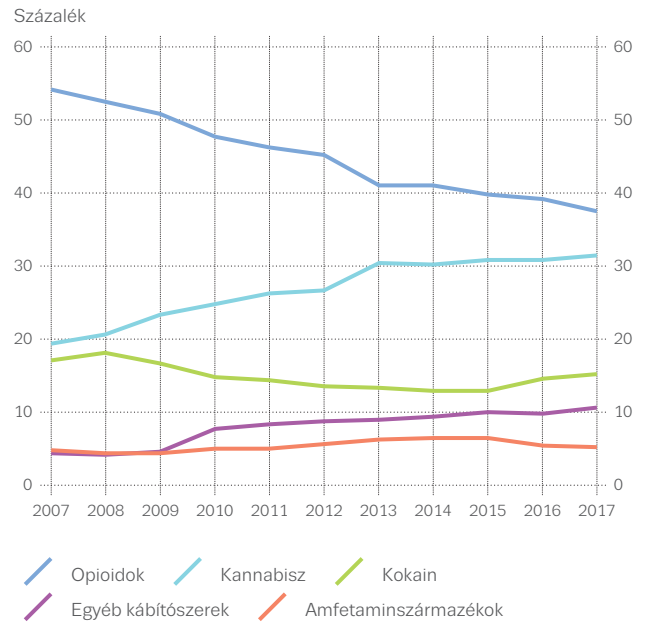


leggyakoribb út még mindig az önkéntes jelentkezés. Ebben a családtagnak vagy barátok általi elirányítás is beletartozhat, és a 2017-ben Európában kezelésre jelentkező kábítószer-használók több mint felénél működött (54%). A kliensek körülbelül 17%-át a büntető igazságszolgálati rendszer, 15%-ukat pedig egészségügyi, oktatási és szociális szolgálatok, köztük más, kábítószer-használókat kezelő ellátóhelyek utalták be. Számos ország alkalmaz olyan programokat, amelyeknek az a célja, hogy a kábítószer-bűncselekményt elkövetőket a büntetőjogi rendszerből a kábítószer-használók kezelésére szolgáló programok felé terelje. Idetartozhat a kezelésben való részvételt elrendelő bírósági végzés vagy a kezeléshez kötött felfüggesztett büntetés.

2017-ben azokban az országokban, ahol a büntető igazságszolgálati rendszeren keresztül 100-nál több klienst utaltak be kezelésre, az ilyen módon kezelésre

## 3.4. ÁBRA

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

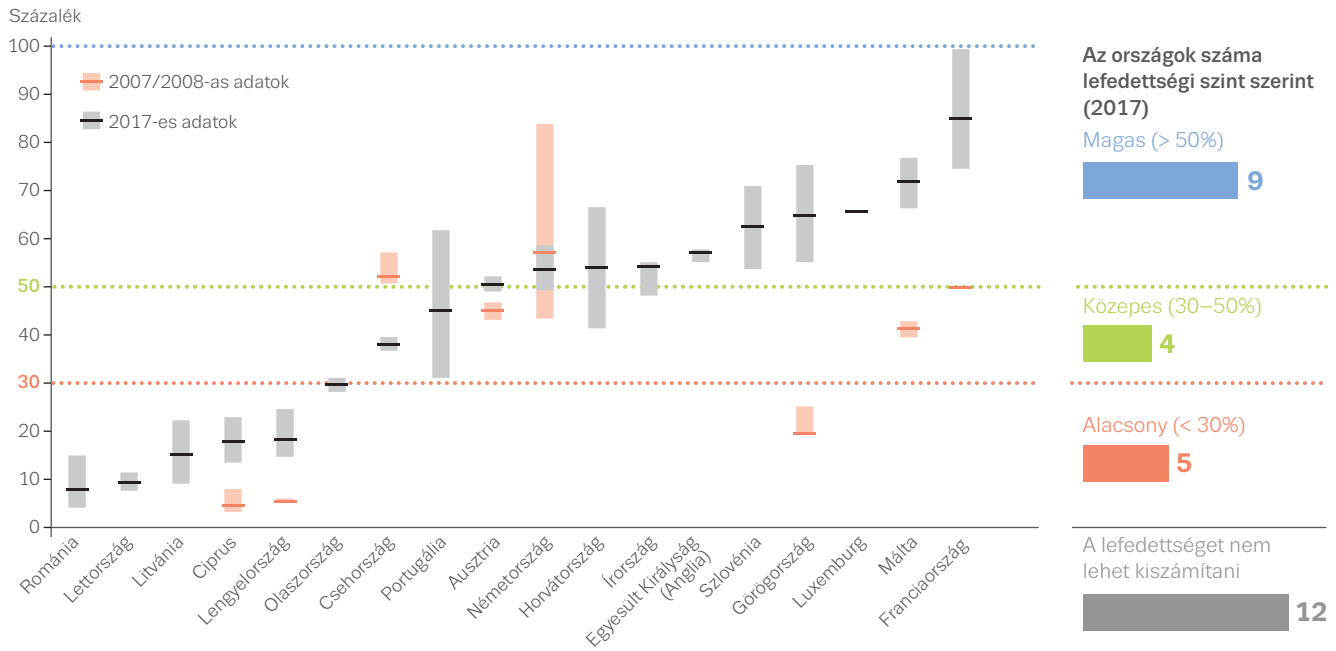


jelentkező kliensek aránya Csehországban, Görögországban, Hollandiában és Lengyelországban 5% alatt volt, míg Magyarországon körülbelül 70%-ot tett ki. Összességében az elsődlegesen kannabiszt használó személyek esetében a legnagyobb a valószínűsége annak, hogy a büntető igazságszolgálati rendszeren keresztül utalják be őket kezelésre, míg az elsődlegesen opioidot használók esetében a legkisebb ennek a valószínűsége.

A kliensek kezelésben töltött betegútjára gyakran jellemző a különböző szolgálatok igénybevétele, a kezelés többszöri megkezdése és a változó hosszúságú tartózkodás. A kezelésre jelentkező és 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 kezelésbe belépők második és harmadik legnagyobb csoportját a kannabisz- és a kokainhasználók alkotják (3.4. ábra). Az említett klienseknek nyújtott szolgáltatások gyakran elég eltérőek, de rendszerint a pszichoszociális gondozás valamilyen formájára épülnek. A betegutakba betekintést adnak a 10 európai országból a 2014 és 2017 közötti időszakban kapott kezelési adatok elemzésének eredményei. Az ezekben az országokban kezelésre jelentkező 300 000 kliens több mint fele több mint 1 éve folyamatos kezelés alatt állt, közülük sokan opioidok, különösen a heroin használatához kötődő problémákkal küzdtek. A többiek a megadott évben jelentkeztek kezelésre, 16%-uk akkor kezdte meg élete első kezelését, 28%-uk pedig visszatért a kezelésre, miután egy korábbi évben már kezelték. Ezek az adatok számos, kábítószer-használattal összefüggő betegség visszatérő és tartós jellegét tükrözik.

### 3.5. ÁBRA

**Az opioidhelyettesítő kezelés lefedettsége (a beavatkozásban részesülő, nagy kockázatú opioidhasználók becsült százalékos aránya) 2017-ben vagy a legutóbbi évben és 2007/2008-ban**



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

#### Opioidhelyettesítő kezelés: változó lefedettségi szintek

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

Az Európai Unióban 2017-ben becslések szerint 654 000 opioidhasználó részesült helyettesítő kezelésben (Norvégiával együtt 662 000). A 2010 és 2015 közötti folyamatos csökkenést követően az EU egészére vonatkozó 2017-es adatok szerint az előző évhez képest 4%-os növekedés következett be. 2015 és 2017 között 17 országban figyeltek meg növekedést, többek között Svédországban (21%), Romániában (21%) és Olaszországban (16%), míg az utóbbi időben 9 országból, többek között Litvániából (18%) és Ciprusról (17%) csökkenésről számoltak be.

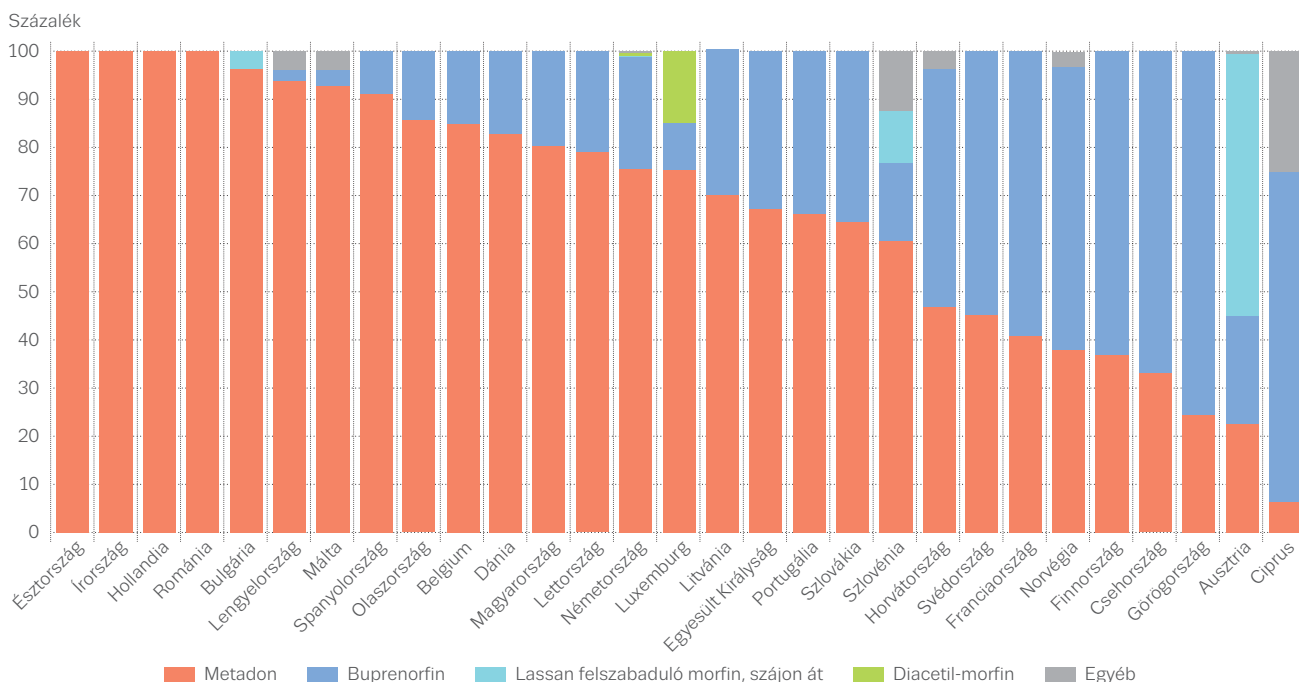
Az Európában élő, nagy kockázatú opioidhasználók aktuális becsült számával való összevetés arra utalhat, hogy összességében az érintettek mintegy fele részesül helyettesítő kezelésben, de az országok között vannak különbségek a lefedettség tekintetében (3.5. ábra), és

néhol az ajánlott szinteket sem érik el. Összességében azokban az országokban, ahol összehasonlítás céljára rendelkezésre állnak 2007-es vagy 2008-as adatok, általában véve a lefedettség növekedése volt megfigyelhető.

Opioidhelyettesítő gyógyszerként leggyakrabban metadont írnak fel, ezt Európában a helyettesítő kezelésben részesülők közel kétharmada kapja (63%). A kliensek további 34%-át buprenorfin alapú gyógyszerekkel kezelik, amely 8 országban az első számú, helyettesítő kezeléshez használt 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 3%-a kaphatja. A helyettesítő kezelésben részesülő európai kliensek kohorsza elöregedik, a kliensek többsége már 40 év feletti, és jellemzően több mint 2 éve kezelés alatt áll. Az opioidhasználók minden európai országban igénybe vehetnek alternatív kezelési lehetőségeket is, de ezeket ritkábban alkalmazzák. Abban a 11 országban, amelyről rendelkezésre állnak adatok, az összes, kezelés alatt álló opioidhasználó 2–17%-a részesül opioidhelyettesítést nem alkalmazó beavatkozásokban.

### 3.6. ÁBRA

Különbözö típusú, gyógyszerként felírt opioidhelyettesítö szereket szedö kliensek aránya az európai országokban



Megjegyzés: Hollandiában a metadont használó kliensek körülbelül 10%-ának diacetil-morfint is felírnak. Finnországban a buprenorfin önmagában vagy naloxonnal kombinálva alkalmazzák. Az Egyesült Királyság adatai csak Walesre vonatkoznak.

### OPIOIDHELYETTESÍTÖ KEZELÉS ALATT ÁLLÓ KLIENSEK

#### Népesség

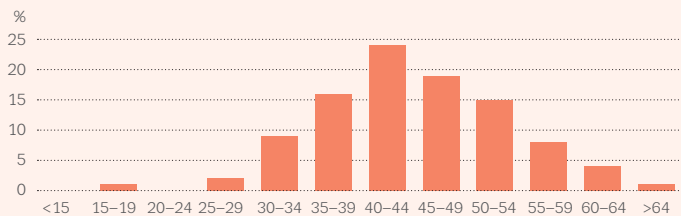
654 000 EU

662 000 EU + Norvégia

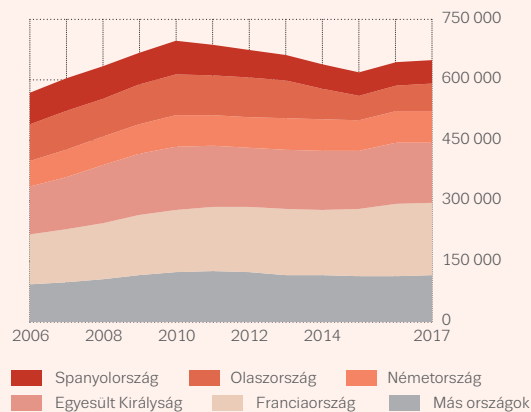
25% 75%



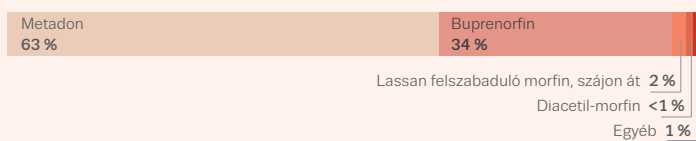
#### Életkor szerinti megoszlás



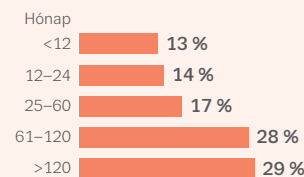
#### A helyettesítö kezelések számának alakulása



#### Gyógyszerezés típusa



#### A kezelés időtartama



Megjegyzés: A tendenciákat mutató ábra csak azokat az országokat veszi figyelembe, amelyek a 11 évből legalább 8-ra vonatkozóan rendelkeznek adatokkal. A hiányzó adatokat a szomszédos évekre vonatkozó adatokból, interpolációval következtették ki.

### 3.7. ÁBRA

#### A kábítószer-problémákra való reagálás: kiadások és végrehajtási mechanizmusok

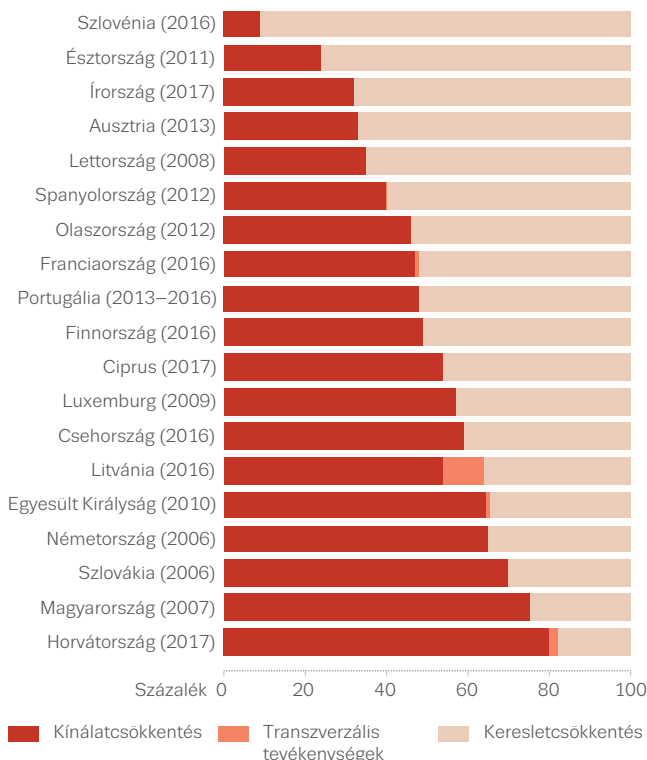
A kábítószerrel összefüggő intézkedések költségeinek megismerése a szakpolitikák kialakításának és értékelésének egyaránt fontos aspektusa. Európában a kábítószerrel összefüggő közkiadásokról helyi és országos szinten rendelkezésre álló információk továbbra is ritkák és sokfélék. Az elmúlt évtizedben 26 ország készített becslést a kábítószerrel összefüggő közkiadásokról. A becslések köre változó és a bruttó hazai termék (GDP) 0,01%-a és 0,5%-a között mozognak; a becslések körülbelül fele a GDP 0,05%-a és 0,2%-a közé esik.

2006 és 2017 között 19 ország készített becslést a teljes drogellenes költségvetésen belül a keresletcsökkentésre irányuló kezdeményezésekre fordított hányadról, amely országoként nagyon eltérően alakul: a becslések 8% és 80% között mozognak (3.7. ábra). A rendelkezésre álló adatokból az derül ki, hogy a keresletcsökkentésre fordított becsült kiadások nagy részét a kábítószer-használók kezelésére fordított kiadások teszik ki.

A programok sikeres végrehajtásához többek között a költségekre, a szabványokra és a képzésre kell hangsúlyt helyezni. A kábítószer-használók kezelésére irányuló beavatkozások elemzése elősegítheti a pénzügyi források optimális allokációját. Az opioidfüggőség gyógyszeres kezelése a vele összefüggő járóbeteg-ellátási és gyógyszerfelírási költségek dacára összességében alacsonyabb egészségügyi kiadásokat eredményez. Ez annak tulajdonítható, hogy azok, akik ilyen kezelésben részesülnek, ritkábban vesznek igénybe magas kiadásokkal járó szolgáltatásokat, például sürgősségi és fekvőbeteg-ellátást.

Az EMCDDA legutóbbi felmérése megállapította, hogy a bejelentő országok legalább 80%-a adott ki valamilyen fajta iránymutatást a keresletcsökkentési gyakorlatok végrehajtásának támogatásához, és 60%-uk számolt be a minőségi szabványok alkalmazásáról. Ezen országok 70%-a számolt be olyan akkreditációs rendszerekről, amelyek a közpénzekből finanszírozott programok keretében történő szolgáltatásnyújtás engedélyezését a minőségi szabványok végrehajtásához kötik. Emellett az országok többsége (80%) jelezte, hogy képzést biztosít a szakemberek számára. Ritkábban számolnak be nyilvántartásokról vagy jegyzékekről, tényeken vagy bevált gyakorlatokon alapuló programokról, pedig az országok egynegyedében vannak ilyenek. Pozitívum, hogy az előző évekhez képest jelentős mértékben nőtt azon országok aránya, amelyek már arról számolnak be, hogy iránymutatásokat és szabványokat adtak ki

Kábítószerrel összefüggő közkiadások: a keresletcsökkentés és a kínálatcsökkentés becsült megoszlása

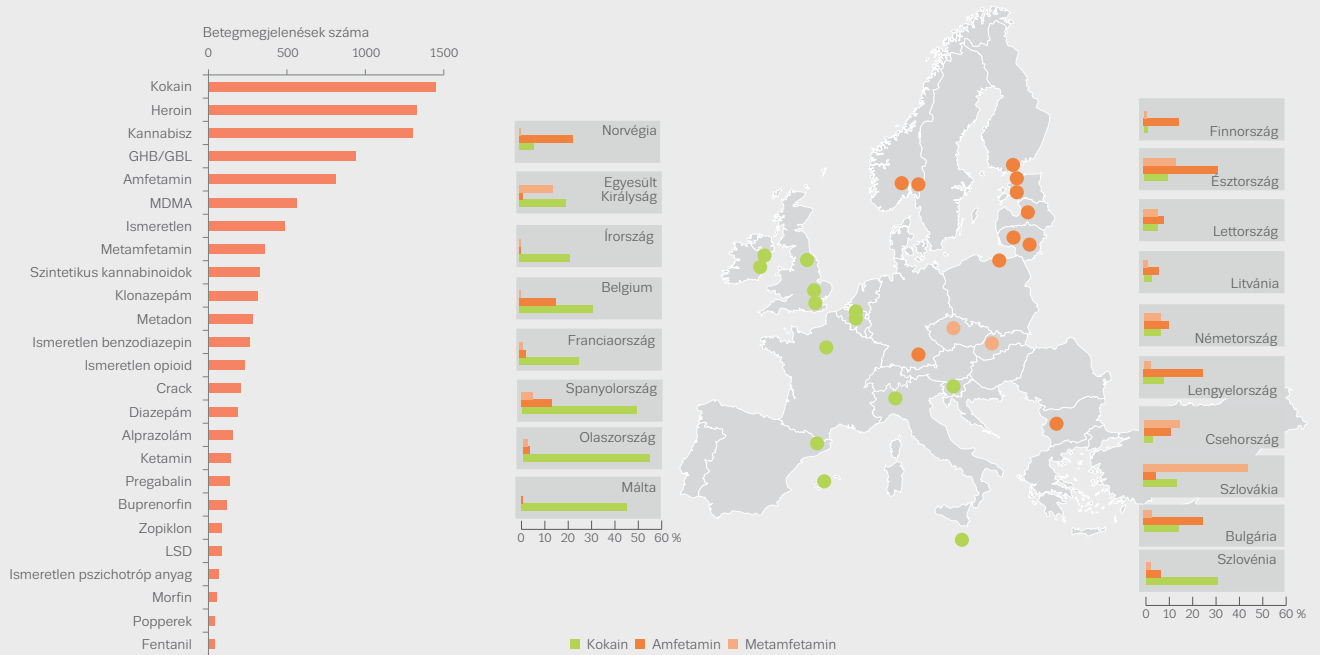


a beavatkozásokhoz, és a szolgáltatásnyújtás tekintetében kialakítottak valamilyen akkreditációs rendszert. Összességében úgy tűnik, hogy egyre több a képzési lehetőség a kábítószerrel területén dolgozó szakemberek számára, bár általánosan elfogadott, hogy ezen a területen hasznosak lennének a további befektetések.



## 3.8. ÁBRA

A megfigyelt kórházakban sürgősségi betegmegjelenések esetében regisztrált 25 legfontosabb kábítószer 2017-ben (balra), valamint a kokainhoz és az amfetaminszármazékokhoz kapcsolódó betegmegjelenések gyakorisága (a betegmegjelenések százalékos aránya), országoként összesítve (jobbra)



Megjegyzés: 18 európai ország 26, az Euro-Den Plus által megfigyelt kórházából, 7267 sürgősségi betegmegjelenésből származó eredmények.  
Forrás: European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN Plus).

### Kábítószerrel összefüggő akut ártalmak: a kokain esetében növekedés, a heroin esetében csökkenés tapasztalható

A kórházak sürgősségi ellátásra vonatkozó adatainak segítségével betekintést nyerhetünk a kábítószerrel összefüggő akut ártalmakba, és megtudhatjuk, milyen közegészségügyi hatással jár Európában a kábítószeres használata. A European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus) 18 európai országban 26 (megfigyelt) kórházban követi nyomon a kábítószerrel összefüggő akut mérgezéses eseteket. 2017-ben a kórházak 7267 betegmegjelenést jegyeztek fel; az esetek többségében (76%-ban) férfiak voltak érintettek. A kórházba kerülő személyek közel háromnegyedét mentők szállították be, többségüket (78%-ukat) 12 órán belül elbocsátották a kórházból. Kis hányadukat azonban intenzív ellátásban kellett részesíteni (6%) vagy pszichiátriai klinikán kellett elhelyezni (4%). A mintában összesen 30 kórházi halálesetet jegyeztek fel, ebből 17 opioidokhoz kapcsolódott.

2017-ben a betegmegjelenések leggyakrabban a kokainhoz kapcsolódtak, a heroin és a kannabisz volt a következő a sorban (3.8. ábra). Az esetek közel egynegyede vényköteles vagy orvosi rendelvény nélkül is kiadható gyógyszerekkel (leggyakrabban

benzodiazepinekkal és opioidokkal) való visszaéléshez kapcsolódott, több mint 10%-a a GHB-hoz/GBL-hez, 4%-a pedig új pszichoaktív anyagokhoz.

Úgy tűnik, hogy a különböző helyeken felmerült sürgősségi esetek hátterében álló kábítószeres tekintetében tapasztalható különbségek a kórházak vonzáskörzetei, illetve a helyi használati mintázatok közötti eltéréseket tükrözik. Például az amfetaminszármazékoknak tulajdonított betegmegjelenések leggyakrabban Észak- és Kelet-Európában fordultak elő, míg a kokainhoz kapcsolódó betegmegjelenések Dél- és Nyugat-Európában voltak a legjellemzőbbek.

## 3.9. ÁBRA

A 2014 és 2017 közötti időszakra vonatkozó adatokat jelentő 15 centrum esetében az összesített tendencia a heroinhoz kapcsolódó betegmegjelenések számában csökkenést, a kokainpor és a crack kokain tekintetében pedig növekedést mutat (3.9. ábra). Ugyanezen időszakban összességében csökkent a szintetikus katinonokhoz kapcsolódó betegmegjelenések száma, ugyanakkor növekedés volt tapasztalható a szintetikus kannabinoidokkal összefüggő betegmegjelenésekben.

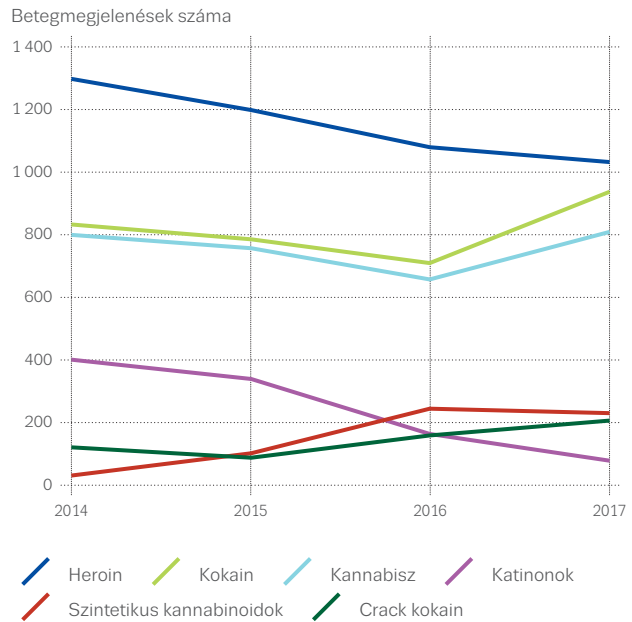
A kábítószerrel összefüggő akut sürgősségi eseteket csak néhány ország követi nyomon nemzeti szinten. Közülük Csehország, Dánia, Litvánia és Szlovénia csökkenő tendenciát jelentett a heroinnal összefüggő sürgősségi esetek tekintetében. 2013 és 2017 között Dánia arról számolt be, hogy növekedés következett be a herointól eltérő opioidokkal és a metadonnal összefüggő mérgezéses esetek tekintetében, és megduplázódott a kokainhoz kapcsolódó mérgezéses esetek száma. Spanyolországban 2016-ban a bejelentett, kábítószerrel összefüggő sürgősségi esetek közel felének háttérében a kokain állt, míg a hollandiai kontroll régiók 2016 és 2017 között csökkenést figyeltek meg az MDMA-hoz és egy, a központi idegrendszerre ható új stimulánshoz, a 4-fluoramfetaminhoz (4-FA) kapcsolódó, elsőséglényújtó helyeken előforduló sürgősségi esetek tekintetében. A mentőszolgálathoz beérkező, kábítószerrel kapcsolatos hívások közel egyharmada GHB használatával állt összefüggésben.

### Kokain és crack: egészségügyi válaszok

Vannak olyan beavatkozások, amely a kokain- és crackhasználók kezelésére irányulnak. Európában ezek az intézkedések jellemzően a pszichoszociális gondozásra fókuszálnak, többek között a kognitív viselkedésterápiára, a motivációs beszélgetésekre, a rövid beavatkozásokra, a kontingencia menedzsmentre és a gyógyszeres tüneti kezelésre. A jelenleg vizsgált egyéb kezelési lehetőségek közé tartozik az olyan stimuláló gyógyszerek használata, mint a modafinil és a lisdexamfetamin, hogy így mérsékeljék a sóvárgást és az elvonási tüneteket, valamint hogy kokainvakcina alkalmazásával csökkentsék a kokain euforikus és jutalmazó hatását.

Jelenleg még viszonylag kevés az olyan bizonyíték, amely azt támasztaná alá, hogy a kokainnal összefüggő problémák esetén melyik kezelési módszer alkalmazható hatékonyan, ezért ez egy olyan terület, ahol további kutatásra és fejlesztésre van szükség. Ennek megfelelően Európában csak korlátozottan állnak rendelkezésre a kimondottan a kokainhasználók számára létrehozott speciális programok. Egyes országok azonban arról

#### A megfigyelt kórházakban, kiválasztott kábítószerhez kapcsolódó betegmegjelenések számának alakulása



Megjegyzés: Az Euro-Den Plus által megfigyelt, 2014 és 2017 között évente adatokat jelentő 15 kórházból származó eredmények.  
Forrás: Euro-Den Plus.

számoltak be, hogy válaszul a kokainnal összefüggő problémákkal kapcsolatban kezelésre jelentkezők számának emelkedésére, új, célzott beavatkozásokat dolgoznak ki. Ilyenek például a közösségi megerősítési megközelítést és a kontingencia menedzsmentet ötvöző programok (Belgium), és a kokainhasználó kliensek szükségleteihez igazodó nyitvatartási időszakokkal rendelkező programok (Luxemburg, Ausztria).

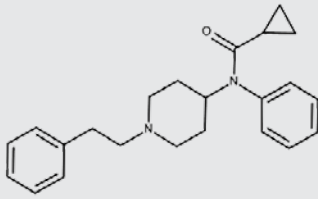
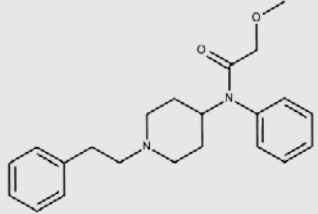
A kokain- és crackhasználók számára kialakított, a kokain injekciójával vagy a crack elszívásával és a kockázatos szexuális magatartásformákkal összefüggő egészségi kockázatokat célzó ártalomcsökkentési beavatkozások szintén rendelkezésre állnak néhány országban. Ezek közé tartoznak a felügyelet alatt működő, drogfogyasztására kialakított helyiségek Dániában, Németországban, Franciaországban, Luxemburgban és Hollandiában, és a crack kokain szettek (pipák és szűrők) biztosítása Franciaországban és Portugáliában. Néhány európai uniós ország kábítószer-ellenőrző szolgálatokat működtet azzal a céllal, hogy mérsékeljék a nagy tisztaságú vagy a szennyezett kokainhoz köthető kockázatokat.

## Együttes vizsgálatok és kockázatértékelés

Az EMCDDA tudományos bizottsága 2017-ben 9 új pszichoaktív anyag, többek között 5 fentanilszármazék (akriloilfentanil, furanilfentanil, 4-fluorizobutril-fentanil, tetrahidrofuranil-fentanil és karfentanil) hivatalos kockázatértékelését végezte el. Ezek azóta az 1961. évi ENSZ-egyezmény feltételei szerint nemzetközi szintű ellenőrzésen mentek keresztül.

Az EMCDDA és az Europol által 2017-ben a ciklopropilfentanilra és a metoxiacetilfentanilra vonatkozóan végzett együttes vizsgálatok nyomán ezt a két – több mint 90 halálessettel összefüggésbe hozható – fentanilszármazékot 2018 folyamán az EMCDDA hivatalos kockázatértékelésnek vetette alá (1. táblázat). A kockázatértékelési jelentések megállapításai alapján és az Európai Bizottság kezdeményezésére az Európai Unió Tanácsa és az Európai Parlament úgy döntött, hogy ezt a két anyagot egész Európában ellenőrzési intézkedések alá vetik.

1. táblázat Két fentanilszármazék 2018-as kockázatértékelésének fő megállapításai

Közönséges név	Ciklopropil-fentanil	Metoxiacetil-fentanil
Kémiai név	<i>N</i> -fenil- <i>N</i> -[1-(2-fenil-etil)piperidin-4-il]ciklopropán-karboxamid	2-metoxi- <i>N</i> -fenil- <i>N</i> -[1-(2-feniletill) piperidin-4-il]acetamid
Kémiai szerkezet		
Az uniós korai előrejelző rendszer felé történő hivatalos bejelentés	2017. augusztus 4.	2016. december 9.
A használatl összefüggő halálesetek bejelentései	78	13
A kapcsolódó halálesetek helye szerinti országok száma	3	4
A bűnüldöző hatóságok általi lefoglalások száma	144	48
Azon országok száma, ahol lefoglalták (EU, Törökország és Norvégia)	6	10
Teljes lefoglalt mennyiség	1,76 kg por; 722 ml folyadék; 329 tabletta	180 g por; 352 ml folyadék; 119 tabletta

### Új kábítószer: magas hatóanyag-tartalmú szintetikus opioidok

Az új pszichoaktív anyagok, többek között a szintetikus opioidok, a szintetikus kannabinoidok és a szintetikus kationok továbbra is összefüggésbe hozhatók az Európában bekövetkező halálesetekkel és akut mérgezésekkel, és az ezen a területen bevezetett különféle új intézkedések ellenére is kihívást jelentenek a jelenlegi droppolitikai modellek számára.

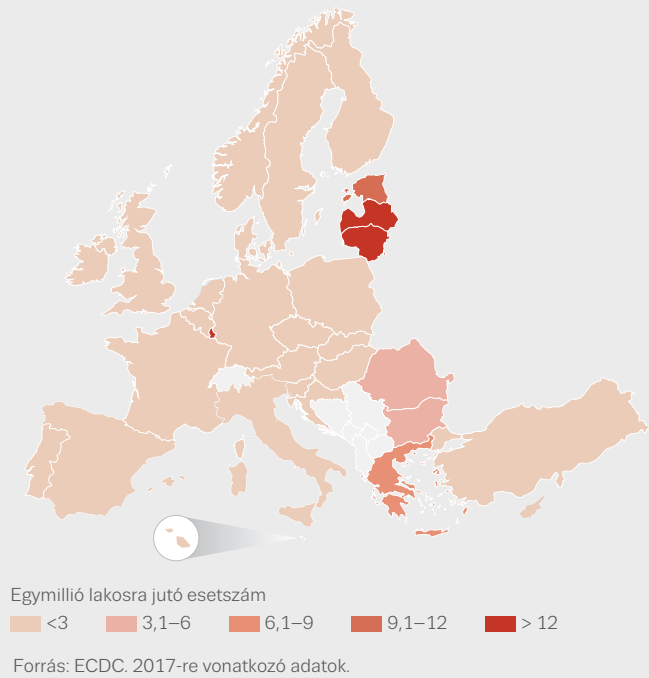
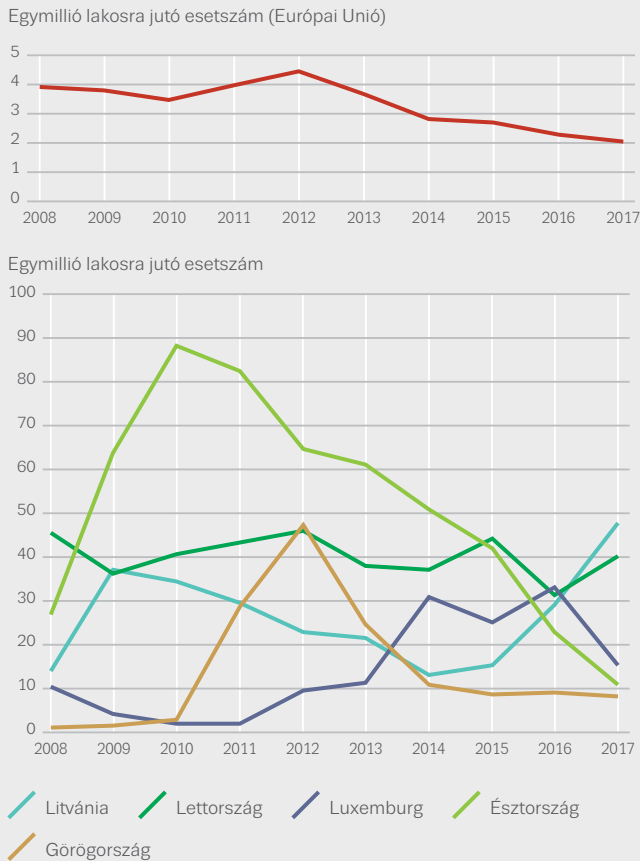
Az új opioidok kis szerepet játszanak ugyan az európai kábítószerpiacon, de súlyos veszélyt jelentenek az egyéni és közegészségre. Különös aggodalmak merülnek fel az EMCDDA-hoz bejelentett új opioidok többségét kitevő fentanilszármazékokkal kapcsolatban. Ezek az anyagok

különösen magas hatóanyag-tartalommal rendelkezhetnek, így csekély mennyiségben is életveszélyes mérgezést okozhatnak, gyors és súlyos légzési elégtelenség nyomán. A jelentett túladagolási esetekben olyan személyek is érintettek, akik úgy hitték, hogy heroint, más tiltott kábítószer vagy fájdalomcsillapítót vásárolnak. A túladagolás akut veszélye mellett – amelyre a naloxon használata indokolt lehet – úgy tűnik, hogy a fentanilszármazékok használata esetén nagy a rászakás és a függőség kialakulásának veszélye is.

**Az új opioidok súlyos veszélyt jelentenek az egyéni és közegészségre**

## 3.10. ÁBRA

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



### Kábítószerrel összefüggő krónikus ártalmak: helyi HIV-járványok, késői diagnózis

A védekezés nélküli szexuális élet kockázataival mellett a kábítószeres, különösen azok intravénás használatakor az eszközök egymás közötti megosztása olyan fertőzések veszélyét hordozza magában, mint a hepatitis C vírus (HCV) és a humán immundeficiencia-vírus (HIV). Ennek megfelelően az intravénás kábítószer-használók körében nagyobb a HIV-fertőzés prevalenciája, mint a normál népességben.

Az Európai Unióban 2017-ben becslések szerint 1046 új HIV-diagnózist jelentettek be intravénás kábítószer-használat révén megfertőződött személyeknél, ezek 83%-a férfi volt, jellemzően 35 év felett, és ez 5%-ot tesz ki azokból a HIV-diagnózisokból, ahol ismert az átadási módja. Ez az arány az utóbbi évtizedben alacsony és stabil maradt. Az intravénás kábítószer-használók körében észlelt új HIV-fertőzések száma 2008 és 2017 között a legtöbb európai országban csökkent (3.10. ábra). Néhány országban azonban az intravénás kábítószer-használat továbbra is fontos átadási mód. Az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) adatai szerint 2017-ben Litvániában az újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések 62%-a intravénás kábítószer-

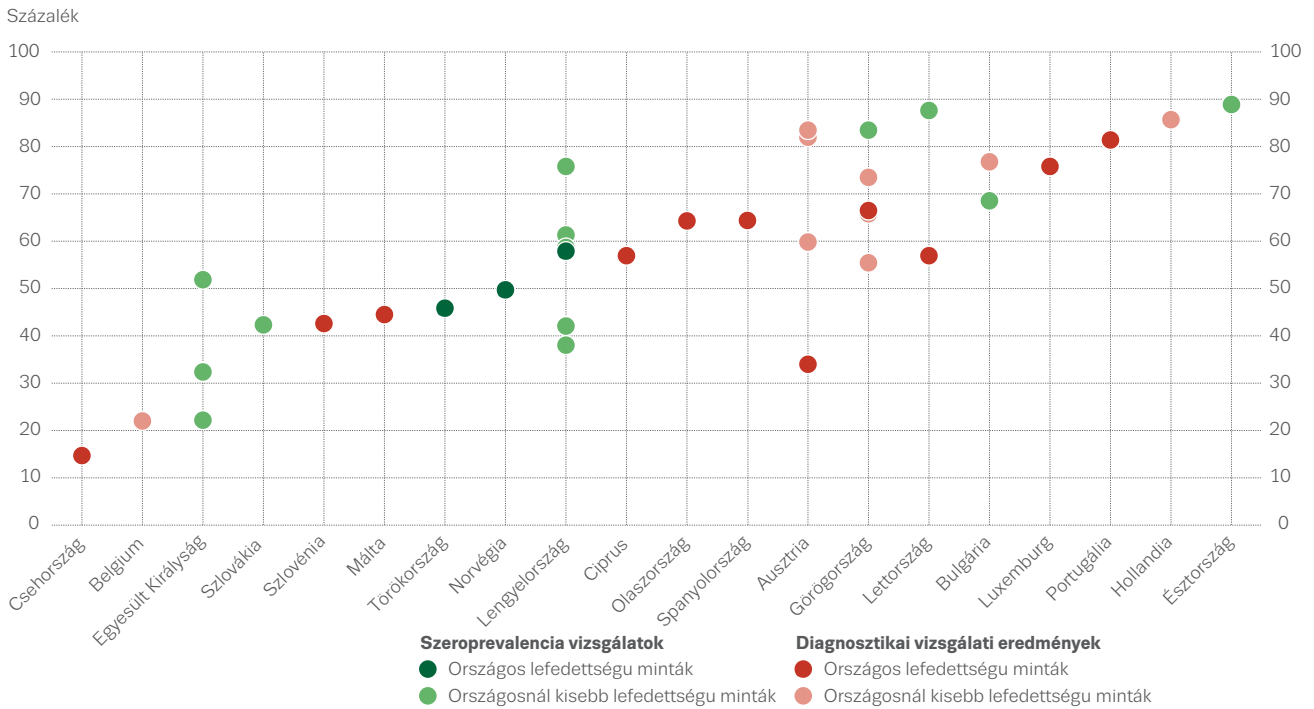
használathoz volt köthető; ez az arány Lettországban 33% volt. A 2016 és 2017 során az intravénás kábítószer-használók vérmintáin alapuló, Észtországban, Lettországban és Lengyelországban végzett szeroprevalencia vizsgálatok megállapították, hogy a vizsgált személyek több mint 10%-a volt HIV-pozitív.

Marginalizálódott intravénás kábítószer-használók körében kitört helyi HIV-járványokat dokumentáltak Dublinban (2014–2015), Luxemburgban (2014–2016), Münchenben (2015–2016) és Glasgow-ban (2015–2018). Mind a négy járvány stimulánsok intravénás használatához volt köthető.

Ahol rendelkezésre állt a vonatkozó információ, az Európai Unióban 2017-ben az intravénás kábítószer-használatnak tulajdonított új HIV-diagnózisok felét későn diagnosztizálták – azaz csak akkor, amikor a vírus már elkezdte károsítani az immunrendszert. A késői HIV-diagnózisból kifolyólag késedelmesen kezdődik meg az antiretrovirális terápia, és magasabb a morbiditási és a halálozási arány. Az a stratégia, hogy a HIV-et „szűrni és kezelni” kell, amelynek értelmében az antiretrovirális kezelést a HIV-diagnózis után rögtön megkezdik, csökkentheti a terjedés valószínűségét, ezért különösen fontos az olyan csoportokban, ahol nagyobb arányú a kockázati magatartás, például az intravénás kábítószer-

## 3.11. ÁBRA

A HCV-antitestek előfordulása az intravénás szerhasználók körében: szeroprevalencia vizsgálatok és diagnosztikai vizsgálati eredmények, országos és országos alatti lefedettséggel, 2016–2017



fogyasztók körében. Korai diagnózis és az antiretrovirális kezelés megkezdése esetén a fertőzöttek várható élettartama normális lehet.

Az Európai Unióban 2017-ben újonnan bejelentett AIDS-esetekből, ahol ismert volt az átadás módja, 14%-ot tulajdonítottak az intravénás kábítószer-használóknak. Ez az injektláshoz kapcsolódó 379 értesítés kevesebb mint egynegyede az egy évtizeddel korábban jelentett számnak.

### A HCV prevalenciája: országonként változó tendenciák

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 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.

Az intravénás kábítószer-használók körében a HCV-antitest jelenlegi vagy korábbi fertőzésre utaló prevalenciáját szeroprevalencia vizsgálatok vagy a drogfogyasztókat kezelő szolgálatok által végzett diagnosztikai

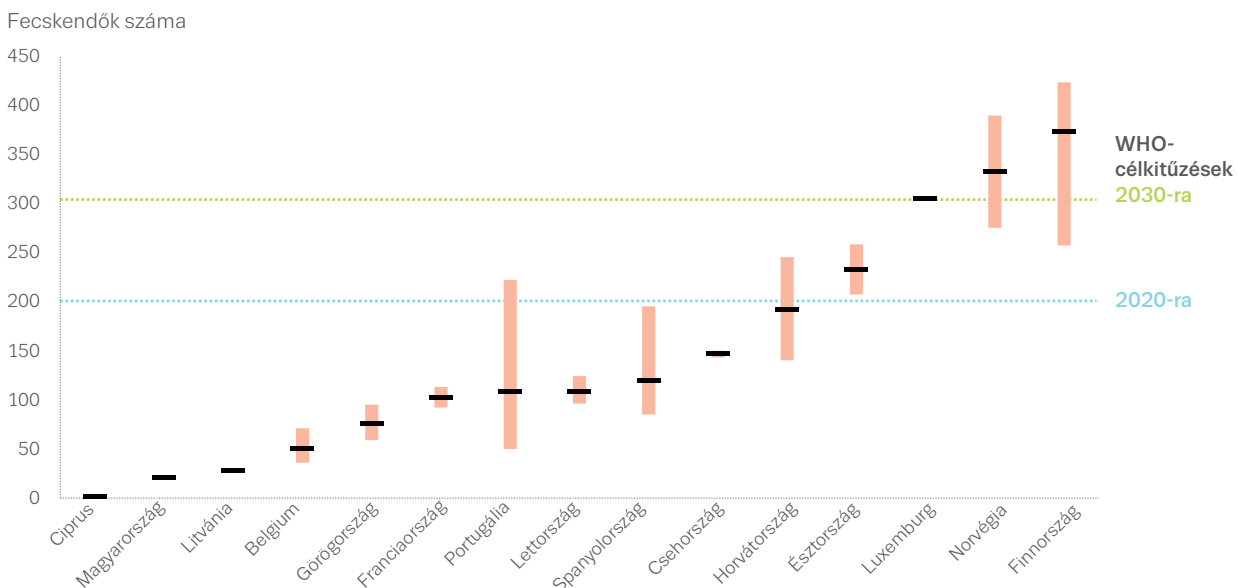
rutinvizsgálatok eredményei alapján becsülik meg. Az intravénás kábítószer-használók országos mintáiban a HCV-antitest prevalenciája 2016–2017-ben 15% és 82% között változott, de az országos adatokkal rendelkező 14 ország közül 8-ból 50%-ot meghaladó arányokat jelentettek (3.11. ábra). A 2011–2017 közötti időszak tendenciáihoz szükséges országos adatokkal rendelkező országok közül 6-ból jelentették a HCV csökkenő előfordulását az intravénás kábítószer-használók körében, 3 másikban viszont növekedést figyeltek meg.

A hepatitis B vírus (HBV) az intravénás kábítószer-használók körében ritkább, mint a HCV-fertőzés, de a hatékony vakcina rendelkezésre állása ellenére még mindig magasabb, mint a normál népességben. A HBV felszíni antigén jelenléte egy aktuális fertőzést jelez, amely lehet akut vagy krónikus. A 2016–2017 közötti időszakra vonatkozóan országos adatokkal rendelkező 7 országban az injektló kábítószer-használók körében 1% és 9% közé becsülték az aktuális HBV-fertőzöttség arányát.

A kábítószerek injektlása más fertőző betegségek szempontjából is kockázati tényező, Csehországban és Németországban például 2016-ban a hepatitis A fertőzés kábítószerrel összefüggő, csoportos megjelenését jelezték. Az Egyesült Királyságban az intravénás kábítószer-használókkal összefüggő A csoportú streptococcus bejelentett eseteinek száma 2013 óta növekszik, és a sebbotulizmus eseteiről is folyamatosan érkeznek bejelentések.

## 3.12. 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. A célkitűzéseket a WHO vírushepatitis elleni globális egészségügyi stratégiája (2016–2021) határozta meg.

### A fertőző betegségek megelőzése: változó a hatékony intézkedések rendelkezésre állása

Számos intézkedést javasolnak az intravénás kábítószer-használók körében a kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek csökkentése érdekében. Ezek közé tartozik az opioidhelyettesítő kezelés, a steril fecskendők, tűk és egyéb tiszta injektáló eszközök biztosítása, a védőoltás, a fertőző betegségek szűrése, a vírushepatitis és a HIV szűrése és kezelése, valamint a biztonságosabb intravénás szerhasználati magatartás előmozdítására és a kockázatos szexuális magatartás csökkentésére összpontosító egészségvédelmi fellépések.

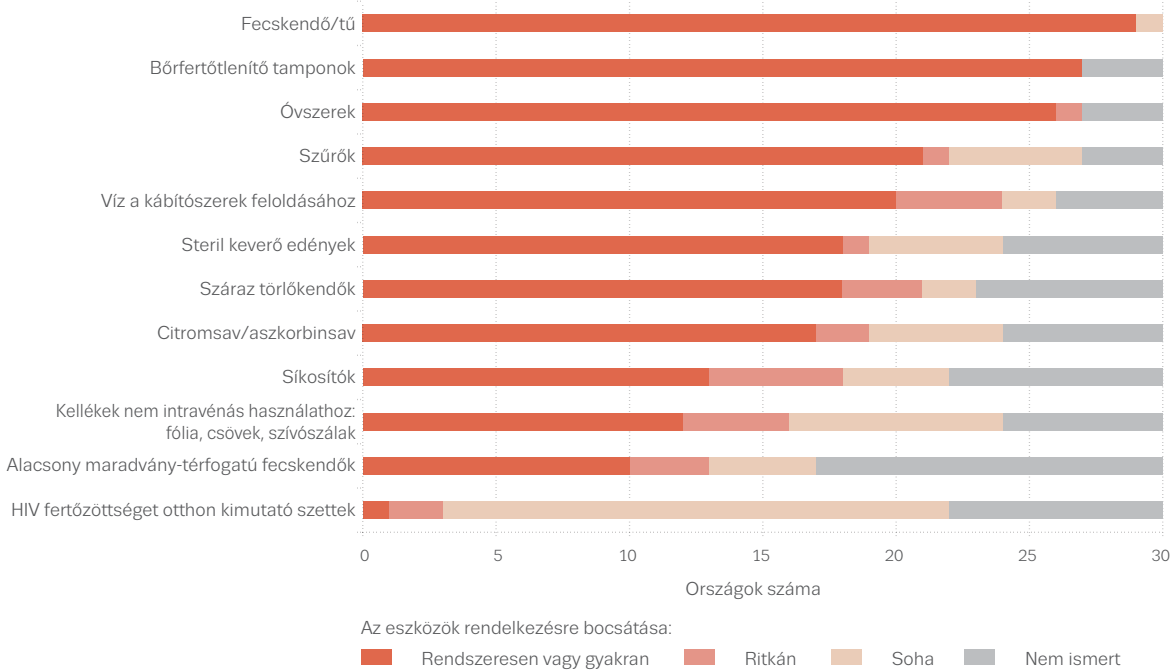
Az intravénás opioidhasználók esetében a helyettesítő kezelés jelentősen csökkenti a fertőzés kockázatát, és néhány elemzés arra utal, hogy a magas kezelési lefedettség és a tűcsere szolgáltatás magas szintjének kombinációja esetén nő a protektív hatás. A tények azt mutatják, hogy a tűcsere programok hatékonyan csökkentik a HIV terjedését az intravénás kábítószer-használók körében. Az EMCDDA által megfigyelt 30 országból Törökország kivételével mindegyik ingyenesen biztosít tiszta injektáló eszközöket az erre kijelölt helyszíneken. A speciális programokon keresztül biztosított fecskendőkre vonatkozó információk 25 országból állnak rendelkezésre, amelyek együttesen több mint 53 millió fecskendő kiosztását jelentették a legújabban rendelkezésre álló adatok évében (2015/17-ben). Ez a becslés lényegesen alacsonyabb, mint a tényleges szám, mivel több nagy ország, például Németország, Olaszország és az Egyesült

Királyság nem közölt teljes körű országos adatokat a fecskendőellátásról. Emellett néhány országban a fecskendők gyógyszerárakban is beszerezhetők. Úgy tűnik azonban, hogy nagy különbségek vannak a fecskendőket szétosztó rendszerek lefedettsége tekintetében azon 15 ország között, amelyről rendelkezésre állnak adatok az intravénás kábítószer-használók számára vonatkozó legfrissebb becslésekkel való összehasonlításához (3.12. ábra).

Az ártalomcsökkentési szolgálatok sok országban a steril fecskendőkön és tűkön kívül rendszeresen vagy gyakran biztosítanak tamponokat a bőr fertőtlenítéséhez, vizet a kábítószer feloldásához és tiszta keverő edényeket (3.13. ábra), miközben a nem injektáló használathoz alkalmazott kellékek, például fólia és csövek biztosítása kevésbé általános. A HIV-fertőzöttséget otthon is kimutató szettek segítséget nyújtanak az intravénás kábítószer-használóknak, hogy korán felismerjék az esetleges fertőzést. A szettek egyre több európai országban árusítják gyógyszerárakban, míg egyes országokban ezeket az ártalomcsökkentési szolgálatok biztosítják.

## 3.13. ÁBRA

A biztonságosabb használat lehetővé tétele/ a biztonságosabb szexhez szükséges eszközök biztosítása 30 európai országban



Megjegyzés: Szakértői vélemény alapján.

### A HCV felszámolása: a szűréshez és a kezeléshez való hozzáférés javítása

A 2030-ig tartó időszakra szóló, fenntartható fejlődésre vonatkozó globális menetrendnek megfelelően Európa célul tűzte ki a közegészségügyi veszélyt jelentő vírushepatitis felszámolását. E célkitűzés eléréséhez alapvető fontosságú, hogy az intravénás kábítószer-használók nagyobb hozzáférést kapjanak a HBV és HCV megelőzéséhez, szűréséhez és kezeléséhez. 2018-ban 17 uniós ország és Norvégia rendelkezett hepatitis elleni nemzeti stratégiával vagy cselekvési tervvel.

A HCV szűrése az első lépés a hepatitis felismeréséhez és hatékony kezeléséhez azok esetében, akiknél észlelték a vírushatást, és rendkívül fontos szerepet játszik az átadás megelőzésében. A rendszer, a szolgáltatók és a kliensek szintjén is vannak akadályok, amelyek gátolják a szűrést és a kezelés igénybevételét, ezek közé tartozhatnak olyan tényezők, mint például a korlátozott pénzügyi lehetőségek, a HCV kezelésével kapcsolatos kevés ismeret, valamint a szerhasználók megbélyegzése és marginalizálódása. E kihívások leküzdéséhez innovatív módszerekre van szükség, és a közösségi alapú kábítószerügyi szolgálatoknak kulcsfontosságú szerepe van az intravénás kábítószer-használók elérésében, szűrésre és kezelésre való beutalásában.

Az európai szakértői iránymutatások a HCV-kezelés haladéktalan biztosítását javasolják azon személyek körében, akik esetében magas a vírus továbbadásának kockázata – köztük tartoznak a fogvatartottak és az aktív intravénás kábítószer-használók. Az újabb hatékony, közvetlenül ható antivirális hatóanyagokat alkalmazó interferonmentes gyógyszeres kezelési rendszerek az esetek 95%-ában 8–12 héten belül gyógyuláshoz vezetnek. A gyógyszerek árának csökkenését követően most már több európai ország korlátozás nélküli hozzáférést biztosít a közvetlenül ható antivirális hatóanyagokhoz a betegek minden csoportja számára és a vírus minden genotípusa esetében, függetlenül attól, hogy a fertőzés mennyire előrehaladott szakaszban tart.

### Börtönökben végrehajtott fellépések: országonként eltérő elérhetőség

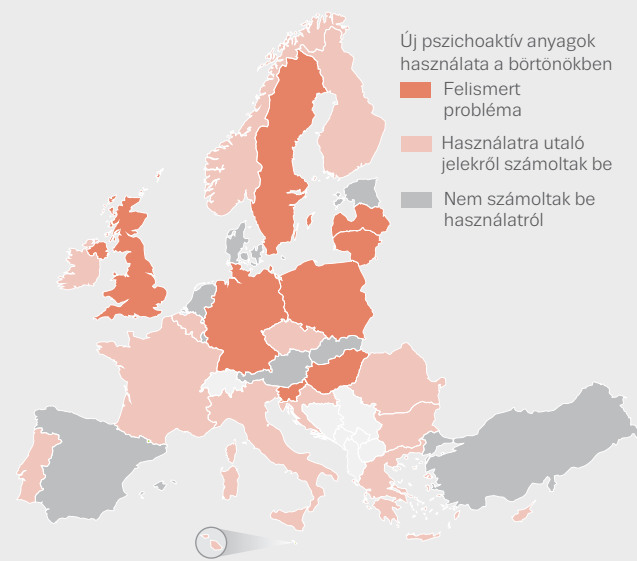
A fogvatartottak körében elmondásuk szerint magasabb a kábítószer-fogyasztás életprevalenciája és ártalmasabbak a szerhasználati minták (köztük az injektálás), mint a normál népességnél, ezért a börtönök fontos helyszínt jelentenek a kábítószerrel kapcsolatos beavatkozásokhoz. Az EMCDDA által a közelmúltban végzett vizsgálat 22 ország börtöneiben mutatta ki az új pszichoaktív anyagok használatát (3.14. ábra), és megállapította, hogy a legnagyobb problémát a szintetikus kannabinoidok jelentik. Az új pszichoaktív anyagokhoz számos fizikai és mentális egészségügyi ártalom kapcsolódott, akár akut mérgezés, akár krónikus fogyasztás révén. Lettországból az új szintetikus opioidok börtönökben való használatát a túladagolások, valamint az intravénás használat és a közös tűhasználat növekedésével hozták összefüggésbe.

A fertőző betegségek (HIV, HBV, HCV és tuberkulózis) szűrése a legtöbb országban elérhető a börtönökben, bár előfordul, hogy a börtönbe való bekerüléskor elvégzett szűrésre vagy csupán a tüneteket mutató személyek vizsgálatára korlátozódik. A hepatitis C kezelésének biztosításáról 24 ország számolt be, de ezek között csak 5 olyan van, ahol a kezelésre szorulók több mint 60%-a részesült is kezelésben. A hepatitis B elleni oltási programok a jelentések szerint 16 országban működnek. A tiszta injektáló eszközök biztosítása kevésbé elterjedt: 3 ország jelentette, hogy léteznek tűcsere programok a börtönökben. A HIV és a HCV intravénás kábítószer-használók körén belüli előfordulási gyakoriságára vonatkozó, 17 európai országból származó, 2006 és 2017 közötti adatok elemzéséből kitűnik, hogy ezek a fertőzések lényegesen nagyobb arányban fordultak elő olyan személyeknél, akik ültek börtönben.

A fogvatartottak számára kínált fellépések köre lényeges eltérést mutat országonként, de magában foglalhatja a detoxifikációt, az egyéni és csoportos tanácsadást, valamint a terápiás közösségekben vagy külön fekvőbeteg-osztályokon történő kezelést. Néhány európai országban 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. Valamennyi országból azt jelentették, hogy sor kerül felkészítésre a szabadulás előtt, aminek része a társadalmi reintegráció. 5 országból számoltak be olyan programokról, amelyek célja a kábítószer-túladagolás veszélyének megelőzése – mivel ez a börtönből való szabadulás utáni időszakban különösen nagy

## 3.14. ÁBRA

### Új pszichoaktív anyagok használata a fogvatartottak körében



Megjegyzés: Nemzeti szakértők jelentései alapján.

az opioidhasználók körében –, és ezeknek a képzés és felvilágosítás mellett a szabaduláskor biztosított naloxon is részét képezte.

2017-ben 28 ország jelentette, hogy lehetővé tette az opioidhelyettesítő kezelés biztosítását a börtönökben, a lefedettség azonban gyakorta alacsony. 24 országban el lehet kezdeni az opioidhelyettesítő kezelést a börtönökben, de 5 országban csak akkor folytatható, ha a kezelést a közösségben kezdték el.

**A fogvatartottak körében  
elmondásuk szerint magasabb  
a kábítószer-fogyasztás  
életprevalenciája  
és ártalmasabbak  
a szerhasználati minták**



## Túladagolás: a fő halálozási ok a magas kockázatú kábítószer-használók körében

Az európai felnőttek körében a kábítószer-használat az elkerülhető halálozás egyik elismert oka. Európában az opioidhasználók esetében ötször-tízszer akkora a halál valószínűsége, mint az azonos életkorú és nemű társaiknál. Általánosan elfogadott, hogy fontos csökkenteni a túladagolásnak tulajdonítható halálozási rátát az opioidhasználók körében. Ugyanakkor a kábítószer-használatához közvetve kapcsolódó egyéb halálozási okok is fontosak, például a fertőzések, balesetek, erőszakos cselekmények, többek között a gyilkosság és az öngyilkosság. Gyakorikak a krónikus tüdő- és májbetegségek, valamint a szív-érrendszeri problémák, és az idősebb, krónikus szerhasználók körében most ezek okozzák a megnövekedett halálozási arányt.

A túladagolások adatait – különösen az európai összesítést – óvatosan kell értelmezni. Ennek okai közé tartozik, hogy egyes országokban szisztematikusan alacsonyabb számot jelentenek a ténylegesnél, különbségek vannak a toxikológiai vizsgálatok elvégzésének módjában, a nyilvántartási folyamatok pedig késedelmet okozhatnak a bejelentésben. Ezért az éves becslések ideiglenes minimumértéknek számítanak.

Az Európai Unióban 2017-ben a becslések szerint legalább 8238 túladagolási halálozás történt, minden esetben egy vagy több tiltott kábítószer jelenlétével. Norvégiát és Törökországot is beleszámítva 9461 becsült halálozatra emelkedik ez a szám, ami a felülvizsgált 2016-os becsléshez, a 9397-hez viszonyítva stabil helyzetet mutat. Az összesített uniós adat szintén változatlan 2016-hoz képest. A korábbi évekhez hasonlóan az EU-ban, Norvégiában és Törökországban bejelentett, túladagolás miatti összes halálozás közel felét az Egyesült Királyság (34%) és Németország (13%) adta együttesen. Ezt a számadat az említett országokban élő veszélyeztetett populációk méretének, valamint annak figyelembevételével kell értelmezni, hogy néhány másik országban a ténylegesnél alacsonyabb a bejelentett szám.

A túladagolásban meghalt személyek több mint háromnegyede férfi (78%). A halálozási átlagéletkor tovább emelkedett, 2017-ben elérte a 39,4 évet, a férfiaknál két évvel alacsonyabb az átlagéletkor, mint a nőknél. Ez tükrözi a kábítószer-túladagolási halál veszélyének legjobban kitett európai opioidhasználó populáció öregedő jellegét. Néhány országban az opioidhoz köthető esetek aránya a fájdalomcsillapítás céljából hosszú ideig használt opioidokhoz kapcsolódó halálozásokkal állhat összefüggésben.

## KÁBÍTÓSZER OKOZTA HALÁLESETEK

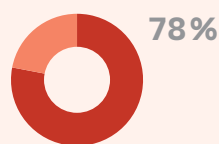
### Tulajdonságok



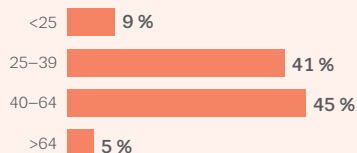
### Átlagéletkor a halálozásokor

**39**  
év

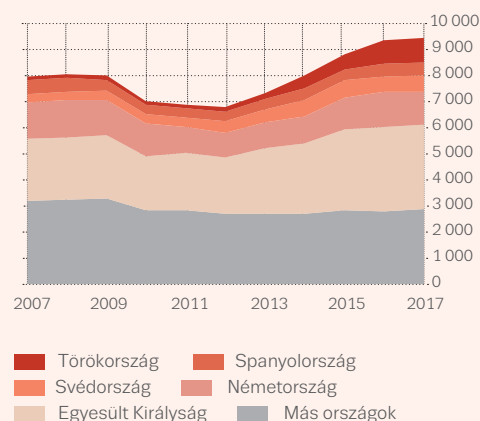
### Olyan halálozások, ahol opioidok voltak jelen



### Életkor a halálozásokor



### A túladagolási halálozások számának alakulása



### Halálozások száma

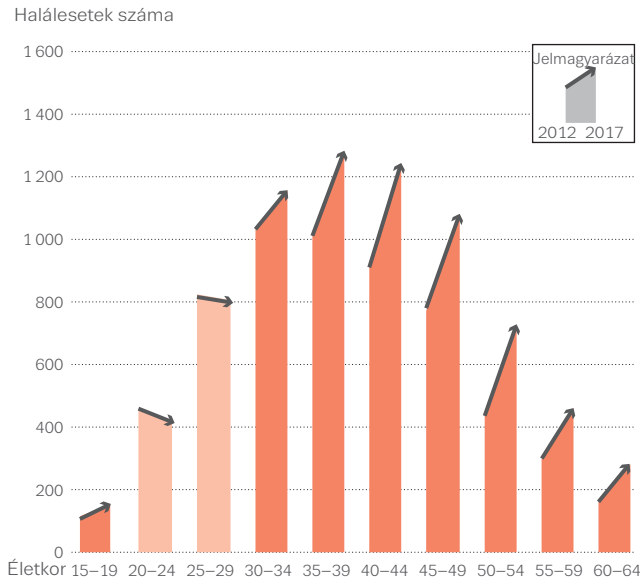
**8 238** EU

**9 461** EU + 2

Megjegyzés: Az adatok uniós-tagállamokra, Törökországra és Norvégiára vonatkoznak (EU + 2).

### 3.15. ÁBRA

A 2012-ben és 2017-ben vagy a legutóbbi évben bejelentett, kábítószer okozta halálesetek száma az Európai Unióban, korszák szerint



Az Európai Unióban 2012 és 2017 között a túladagolás miatti halálesetek száma valamennyi 30 év feletti korcsoportban emelkedett (3.15. ábra). Az 50 év feletti korcsoportokban összességében 62%-kal nőtt az elhalálozások száma, míg a fiatalabb korcsoportokban

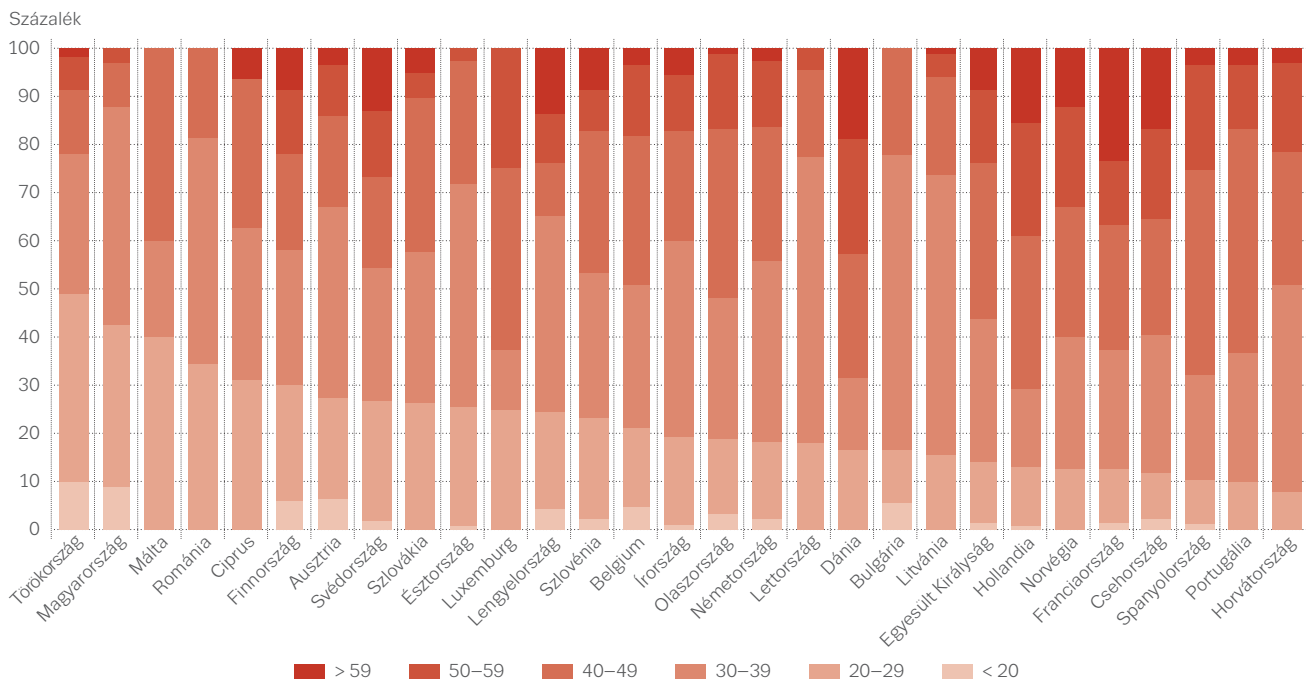
általában stabil volt. A Törökország által 2017-ben jelentett, halálos kimenetelű túladagolások elemzésekor az uniós átlaghoz képest fiatalabb profil rajzolódik ki: az átlagéletkor 32 év (3.16. ábra).

#### Kábítószer miatti halálesetek: Észak-Európából az átlagnál magasabb arányokat jelentettek

A túladagolásnak tulajdonítható halálozási rátát Európában 2017-ben 22,6 halálos eset/egymillió lakosra becsülték a 15-64 éves népességben. Az arány a férfiak körében (35,8 eset/egymillió férfi) közel négyszerese a nőknél mértnek (9,3 eset/egymillió nő). Az országos halálozási ráták és tendenciák nagyon különbözőek (3.17. ábra), és ezeket olyan tényezők befolyásolják, mint a kábítószer-használat előfordulási gyakorisága és mintái, különös tekintettel az intravénás opioidhasználatra, a kockázati és protektív tényezők, például a kezelés igénybevételének lehetősége, illetve a túladagolásokos esetek nemzeti bejelentési, nyilvántartási és besorolási gyakorlata – és azon belül a ténylegesnél alacsonyabb számok jelentésének eltérő szintje – az országos halálozási adatbázisban. A rendelkezésre álló legfrissebb adatok szerint 8 észak-európai országból jelentettek az egymillió lakosra jutó 40 halálos esetet meghaladó arányt, a legmagasabbat Észtországból (130 eset/1 millió lakos) és Svédországból (92 eset/1 millió lakos) (3.17. ábra).

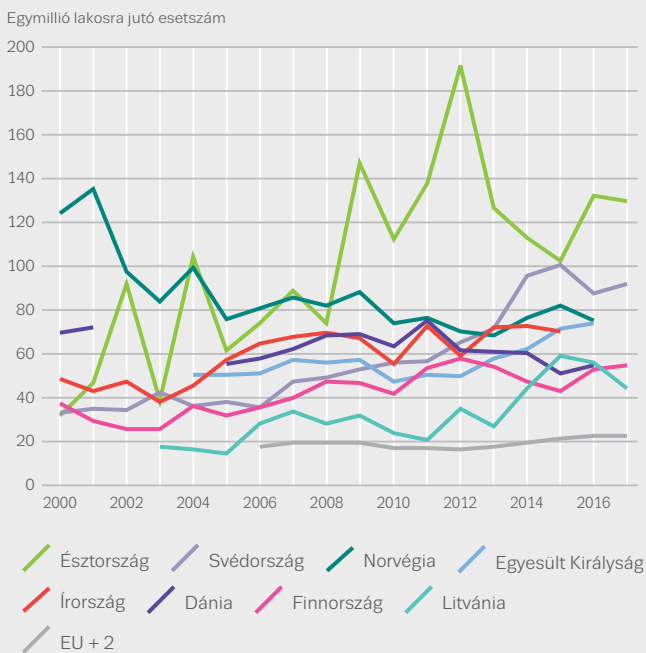
### 3.16. ÁBRA

A 2017-ben vagy a legutóbbi évben bejelentett, kábítószer okozta halálesetek megoszlása az Európai Unióban, 10 éves korszák szerint

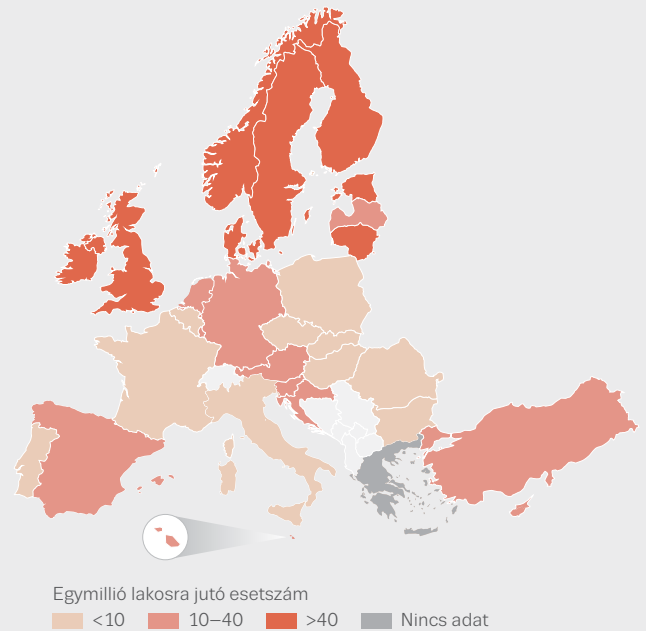


## 3.17. ÁBRA

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



Megjegyzés: Tendenciák a 2017-ben vagy 2016-ban a legmagasabb arányokat közlő nyolc országban és az összesített európai tendenciára. Az EU + 2 az EU-tagállamokat, Törökországot és Norvégiát jelenti.



### Halálos kimenetelű túladagolások: túlsúlyban az opioidokkal összefüggő halálozások

Az Európában bejelentett halálos kimenetelű túladagolások többségében az opioidok, főleg a heroin vagy metabolitjai vannak jelen, gyakran más anyagokkal együtt. A legfrissebb adatok az opioidokhoz köthető halálozások számának növekedését mutatják néhány európai országban, például az Egyesült Királyságban, ahol 10 halálozástól 9 (89%) valamilyen formájú opioiddal állt összefüggésben.

Franciaországban 2016-ban a túladagolás miatti halálozások 26%-ában heroin állt a háttérben, szemben a 2012. évi 15%-kal, míg a halálozások több mint egyharmada (36%) a metadonhoz volt köthető. A toxikológiai jelentésekben rendszeresen szerepelnek más opioidok is. Néhány országban a túladagolások halálozások jelentős része köthető ezekhez az anyagokhoz – elsősorban a metadonhoz, de a buprenorfinhoz (Finnország), a fentanilhoz és származékaihoz (különösen Észtországban) és a tramadolhoz is. 2017-ben Csehországból a túladagolás miatti halálozások számának növekedését jelentették, ami főleg annak tulajdonítható, hogy növekedett a fentanilhoz hasonló anyagokkal, a morfinnal vagy kodeinnel összefüggő esetek száma; a Szlovákiából jelentett növekedés jó részét a tramadolhoz kapcsolódott.

A stimulánsok, úgymint a kokain, az amfetaminszármazékok, az MDMA és a katinonok Európában kevesebb túladagolással halálozásokban játszottak szerepet, bár a jelentőségük országonként változó. Franciaországban minden ötödik halálozást a kokainnal állt összefüggésben, és ezek felében opioidok is szerepet játszottak. Szlovéniában, ahol a halálozások többsége a heroinhoz volt köthető, az esetek körülbelül egyharmadában kokaint találtak. 2017-ben Törökország 185 MDMA-hoz kapcsolódó halálozást jelentett, ami 2016-hoz képest csökkenést jelent.

Törökország emellett a szintetikus kannabinoidokkal összefüggő halálozások számának nagymértékű emelkedését jelentette: számuk a 2015-ös 137-ről 2017-ben 563-ra nőtt. A Törökország által jelentett, kábítószerrel összefüggő összes halálozást 60%-ában szintetikus kannabinoidok voltak jelen, és az esetek többségében húszas éveikben járó fiatal férfiak voltak az áldozatok. Az említett esetek több mint egynegyedében kannabiszt is találtak. Az Egyesült Királyságból, különösen Skóciából az olyan halálozások számának növekedését jelentették, amelyek a benzodiazepinhez köthető új pszichoaktív anyagokkal álltak összefüggésben.

## 3.18. ÁBRA

Az opioidokkal összefüggő halálesetek csökkentésének fő megközelítései

**A halálos kimenetelű túladagolások számának csökkentése**

**A túladagolás kockázatának csökkentése**

**A veszélyeztetettség csökkentése**



### A túladagolások és a kábítószerrel összefüggő halálesetek megelőzése: a legfontosabb megközelítések

Európában komoly közegészségügyi kihívást jelent a túladagoláshoz köthető morbiditási és halálozási arány csökkentése. Az e területen alkalmazott széles körű közegészségügyi válaszlépések a veszélyeztetettséget hivatottak csökkenteni a szerhasználók körében, különösen azzal, hogy felszámolják az akadályokat és elérhetővé teszik a szolgáltatásokat, valamint lehetővé teszik a szerhasználók számára, hogy kevesebb kockázatot vállaljanak (3.18. ábra). A túladagolások megelőzését segíti a túladagolás szerhasználók körében fennálló kockázatának értékelése és a túladagolással kapcsolatos tudatosságuk növelése, a kábítószer-használók hatékony kezelésével ötvözve. Különös figyelmet kell fordítani azokra az időszakokra, amelyekben közismerten megnövekedik a kockázat, így a börtönből való szabadulásra, valamint a kezelésből való elbocsátásra vagy lemorzsolódásra. Az olyan intézkedések, mint a felügyelt kábítószer-használatot lehetővé tevő létesítmények vagy a naloxon elvitelre történő kiadását biztosító programok célzott válaszlépések, amelyek a túladagolás megelőzésének valószínűségét hivatottak növelni. A témával foglalkozó tanulmányok 2018-as metaelemzéséből egyértelműen kiderül, hogy az opioidhelyettesítő kezelés fontos szerepet játszik a halálozási arány csökkentésében.

A felügyelt kábítószer-használatot lehetővé tevő létesítmények olyan helyek, ahol a szerhasználók higiénikus és biztonságosabb körülmények között

fogyaszthatnak kábítószereket. Ennek az intézkedésnek egyrészt az a célja, hogy megakadályozza a túladagolások előfordulását, másrészt hogy biztosítsa a szakavatott segítséget abban az esetben, ha mégis túladagolás történik. Ahhoz is lehetőséget biztosítanak, hogy meg lehessen szólítani a szerhasználók gyakran marginalizálódott és nehezen elérhető csoportjait, valamint kábítószerrel összefüggő és általános egészségügyi tanácsadást és támogatást lehessen nyújtani. A kábítószer-fogyasztói szobák jellemzően szintén olyan helyek, ahol a szerhasználók hozzáférhetnek más egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz, többek között kezeléshez. Az is bizonyított, hogy a köztéri kábítószer-használat visszaszorításával elősegítik a társadalmi környezet javítását az előfordulási területeken, például a városi kábítószerpiacok környékén.

Egyes létesítmények nagyszámú olyan fogyasztást felügyelhetnek, amelyekre egyébként az utcán vagy más kockázatos körülmények között kerülne sor – a nagyobb létesítmények némelyike évi 80 000 fogyasztás megfigyelését jelentette. A felügyelt kábítószer-használatot lehetővé tevő létesítmények első generációja az 1980-as és 1990-es években főleg a heroin intravénás használatának felügyeletére helyezte a hangsúlyt. Ma már azonban a kábítószerek szippantással, elszívással és inhalálással történő fogyasztását is felügyelhetik. Az Európai Unióban és Norvégiában 51 városban összesen 72 olyan létesítmény működik, amely felügyelt kábítószer-használatot tesz lehetővé.

### Az opioid-túladagolás hatásainak visszafordítása: elvihető naloxon

A naloxon opioid-antagonista gyógyszer, amely képes visszafordítani az opioidok túladagolásának hatásait, ezért kórházi sürgősségi osztályok és mentősök alkalmazzák. Az utóbbi években szélesebb körben indultak programok, amelyek keretében elvitelre adnak naloxont, képzést biztosítanak a túladagolás tüneteivel kapcsolatban és hozzáférhetővé teszik a gyógyszert azoknak, akiknek a környezetében fennáll az opioid-túladagolás veszélye.

A naloxonelviteli lehetőséget biztosító programok hatékonyságával kapcsolatos szisztematikus áttekintések bizonyítékokat találtak arra, hogy ha oktatási és képzési fellépésekkel együtt biztosítják, csökkenti a túladagolással összefüggő halálozási arányt.

2018-ban 10 európai országban működtek közösségi alapú programok, amelyek keretében elvitelre biztosítottak naloxont. Ezeket a programokat általában kábítószer-használók kezelésével foglalkozó és egészségügyi szolgálatok működtetik, kivéve Olaszországot, ahol a naloxon orvosi rendelvény nélkül is kiadható gyógyszer. A naloxonelviteli lehetőséget biztosító programokba Észtországban, Franciaországban, az Egyesült Királyságban és Norvégiában vonták be a fogvatartottakat mint célcsoportot.

**Európában komoly  
közegészségügyi kihívást jelent  
a túladagoláshoz köthető  
morbidity és halálozási  
arány csökkentése**

## BŐVEBB INFORMÁCIÓ

### Az EMCDDA kiadványai

#### 2019

Country Drug Reports 2019.

Drug prevention: exploring a systems perspective, Technical reports.

An analysis of practices of post-mortem toxicology practices in drug-related deaths cases in Europe, Technical reports.

#### 2018

Recent changes in Europe's cocaine market: results from an EMCDDA trendspotter study, Rapid communications.

m-Health applications for responding to drug use and associated harms, EMCDDA Papers.

New psychoactive substances in prison, Rapid communications.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical reports.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Report on the risk assessment of CUMYL-4CN-BINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of ADB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of THF-F, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 4F-iBF, Risk assessments.

Report on the risk assessment of AB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5F-MDMB-PINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of carfentanil, Risk assessments.

Report on the risk assessment of cyclopropylfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of methoxyacetylfentanyl, Risk assessments.

#### 2017

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

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

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

New developments in national drug strategies in Europe, EMCDDA Papers.

#### 2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

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

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

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

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

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

#### 2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

### Az EMCDDA és az ECDC közös kiadványai

#### 2018

Public health guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings.

Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Systematic review on the prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Guidance in brief: prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Valamennyi kiadvány elérhető a [www.emcdda.europa.eu/publications](http://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 **2019-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 szám
			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 eset-szám	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	szám	
Belgium	–	–	22,5 (2 493)	8,2 (345)	32 (2 048)	14,1 (309)	9 (28)	15,2 (272)	16 546
Bulgária	–	–	67,8 (1 136)	55,9 (100)	89,7 (600)	64,4 (437)	53,8 (50)	66,7 (377)	3 247
Cseh Köztársaság	2017	1,8-2,0	19,1 (799)	10,9 (192)	25,6 (565)	63,9 (470)	57,4 (101)	66,1 (347)	5 000
Dánia	–	–	12 (587)	7,5 (170)	16,5 (399)	17,5 (94)	5,6 (9)	22 (80)	7 050
Németország (*)	2016-17	0,9-3,0	29,9 (–)	9,6 (–)	–	20,1 (–)	17,9 (–)	–	78 800
Észtország	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 186
Írország	2014	6,1-7,0	44,9 (3 837)	24,8 (807)	58,8 (2 860)	31,7 (1 180)	23 (184)	33,6 (930)	10 316
Görögország	2017	1,8-2,5	60,9 (2 593)	38,9 (652)	74,8 (1 892)	28,7 (733)	22,2 (143)	31 (581)	9 388
Spanyolország	2016	1,5-2,9	26,8 (12 235)	13,3 (3 043)	42,6 (8 573)	14,9 (1 796)	7 (212)	17,2 (1 454)	58 749
Franciaország	2017	4,5-5,9	27,3 (12 899)	13,7 (1 813)	44 (8 039)	16,4 (1 842)	10,4 (174)	19,3 (1 360)	178 665
Horvátország	2015	2,5-4,0	–	21,2 (203)	–	–	30,9 (56)	–	4 792
Olaszország	2017	5,7-6,4	43,1 (20 095)	28,3 (5 921)	55,3 (14 174)	40,9 (7 137)	28,4 (1 395)	45,8 (5 742)	69 642
Ciprus	2017	1,6-2,6	25,2 (212)	13,8 (58)	41,8 (137)	50,5 (104)	40,4 (23)	56 (75)	209
Lettország	2017	4,7-7,0	49,4 (399)	28,7 (123)	72,8 (276)	82,8 (323)	73,8 (90)	86,9 (233)	669
Litvánia	2016	2,7-6,5	85,3 (1 448)	57 (138)	91,1 (1 298)	85,5 (1 236)	86,9 (119)	85,4 (1 108)	1 136
Luxemburg	2015	4,5	60,9 (109)	60,4 (29)	59,5 (47)	41,7 (43)	50 (14)	41,9 (18)	1 142
Magyarország	2010-11	0,4-0,5	4 (192)	1,8 (61)	9,4 (104)	40,5 (66)	36,2 (21)	43,9 (43)	669
Málta	2017	4,2-4,9	69,7 (1 274)	32,8 (76)	75,1 (1 198)	55,2 (690)	21,1 (16)	57,5 (674)	1 025
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)	5 241
Ausztria	2017	6,1-6,5	48,7 (1 793)	27,8 (432)	63,8 (1 361)	37,7 (529)	21,8 (70)	42,5 (459)	18 632
Lengyelország	2014	0,4-0,7	15,8 (1 122)	5,9 (211)	26,2 (898)	57,4 (636)	37,4 (79)	62,2 (550)	2 685
Portugália	2015	3,8-7,6	41,4 (1 247)	23 (376)	63,3 (871)	13,1 (155)	9,3 (33)	14,7 (122)	16 888
Románia	2017	0,8-2,9	25,7 (918)	14,1 (359)	56,9 (551)	84,7 (729)	83,3 (295)	85,8 (429)	1 530
Szlovénia	2017	3,2-4,2	86,5 (211)	67,7 (42)	93,4 (169)	44,1 (93)	21,4 (9)	49,7 (84)	3 042
Szlovákia	–	–	26,3 (760)	12 (154)	39,5 (601)	70,7 (525)	53,6 (81)	75,2 (442)	620
Finnország	2012	3,8-4,5	51,1 (363)	36,5 (92)	59,2 (271)	76 (275)	66,3 (61)	79,3 (214)	3 329
Svédország (2)	–	–	24,2 (9 387)	15,5 (2 140)	29 (7 247)	–	–	–	4 468
Egyesült Királyság (3)	2014-15	8,3-8,7	49,8 (57 430)	21,8 (8 051)	63,1 (49 252)	31,8 (12 407)	16,5 (746)	33,9 (11 633)	149 420
Törökország	2011	0,2-0,5	58,6 (6 817)	43,4 (2 451)	72,9 (4 366)	27,3 (1 858)	17,8 (437)	32,5 (1 421)	–
Norvégia (4)	2013	2,0-4,2	17 (973)	11,2 (302)	22,1 (672)	–	–	–	7 622
Európai Unió	–	–	<b>35,1 (163 557)</b>	<b>16,6 (28 845)</b>	<b>47,9 (129 944)</b>	<b>29,1 (38 450)</b>	<b>20,8 (4 988)</b>	<b>31,3 (32 839)</b>	<b>654 086</b>
Az EU, Törökország és Norvégia	–	–	<b>35,4 (171 347)</b>	<b>17,4 (31 598)</b>	<b>48,2 (134 982)</b>	<b>29,0 (40 308)</b>	<b>20,5 (5 425)</b>	<b>31,4 (34 260)</b>	<b>661 708</b>

A kezelésre jelentkezők adatai 2017-re, illetve a legutóbbi olyan évre vonatkoznak, amelyről vannak adatok: Észtország és Spanyolország: 2016, Hollandia: 2015. A helyettesítő kezelés alatt álló kliensek adatai 2017-re, illetve a legutóbbi olyan évre vonatkoznak, amelyről vannak adatok: Spanyolország és Szlovénia: 2016, Dánia, Magyarország, Hollandia és Finnország: 2015. A Svédországra vonatkozó számadat nem foglal magában minden klienst.

(1) A kezelésre való jelentkezéssel kapcsolatos jelentéstételi rendszer változásai miatt csak arányok vannak megadva.

(2) A kezelésre jelentkező kliensekre vonatkozó adatok a kórházi ápolásra és a speciális járóbeteg-ellátó létesítményekre terjednek ki. A bemutatott adatok nem teljesen tükrözik az országos helyzetet.

(3) A becsült magas kockázatú opioidhasználat nem foglalja magában Észak-Írországot. A helyettesítő kezelés alatt álló kliensek adatai Angliára és Walesre vonatkoznak.

(4) 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 beviteli mód)			
	A felmérés éve	Életprevalencia, felnőttek (15–64)	Előző 12 hónap, fiatal felnőttek (15–34)	Életprevalencia, diákok (15-16)	Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	Korábban kezelt jelentkezők	Összes kliens	Az első kezelésre jelentkezők	Korábban kezelt jelentkezők	
	%	%	%	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	
Belgium	2013	–	0,9	1	24,3 (2 690)	23,9 (1 007)	24,2 (1 552)	6,2 (124)	1,4 (11)	8,6 (97)	
Bulgária	2016	0,9	0,5	2	2,7 (46)	3,9 (7)	1,6 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Cseh Köztársaság	2017	2,4	0,2	1	0,7 (28)	0,7 (12)	0,7 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Dánia	2017	6,4	3,9	2	15,9 (776)	17,9 (407)	14 (338)	2,1 (15)	0,3 (1)	4,1 (13)	
Németország (1)	2015	3,8	1,2	3	4,8 (–)	6,4 (–)	–	1,5 (–)	0,8 (–)	–	
Észtország	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–	
Írország	2015	7,8	2,9	3	16,8 (1 431)	23 (748)	12,8 (623)	1,3 (18)	0 (0)	2,6 (16)	
Görögország	2015	1,3	0,6	1	8,1 (345)	10,3 (172)	6,8 (172)	9,9 (34)	4,7 (8)	15,2 (26)	
Spanyolország	2017	10,3	2,8	3	39,2 (17 889)	39,7 (9 052)	38,2 (7 678)	0,8 (134)	0,4 (33)	1,3 (98)	
Franciaország	2017	5,6	3,2	4	8,4 (3 988)	7,8 (1 035)	9,8 (1 801)	8,8 (324)	3,8 (37)	13,6 (229)	
Horvátország	2015	2,7	1,6	2	–	3,2 (31)	–	–	3,2 (1)	–	
Olaszország	2017	6,9	1,7	2	33 (15 394)	38,1 (7 993)	28,9 (7 401)	2 (299)	1,1 (86)	3 (213)	
Ciprus	2016	1,4	0,4	3	14,7 (124)	12,1 (51)	19,8 (65)	5 (6)	2 (1)	7,9 (5)	
Lettország	2015	1,5	1,2	2	0,5 (4)	0,7 (3)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Litvánia	2016	0,7	0,3	2	0,8 (13)	2,1 (5)	0,5 (7)	11,1 (1)	33,3 (1)	0 (0)	
Luxemburg	2014	2,5	0,6	2	21,8 (39)	14,6 (7)	25,3 (20)	40,5 (15)	57,1 (4)	42,1 (8)	
Magyarország	2015	1,2	0,9	2	3,5 (167)	3,9 (132)	2,4 (26)	2,5 (4)	2,3 (3)	4 (1)	
Málta	2013	0,5	–	3	18,6 (340)	41,8 (97)	15,2 (243)	13,4 (43)	4,1 (4)	17,5 (39)	
Hollandia	2017	6,2	4,5	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	0,4	2	9,2 (339)	10,1 (156)	8,6 (183)	9,3 (30)	5,4 (8)	12,6 (22)	
Lengyelország	2014	1,3	0,4	4	2,3 (163)	2,5 (88)	2,1 (72)	2,5 (4)	1,2 (1)	2,9 (2)	
Portugália	2016	1,2	0,3	2	17,3 (522)	20,8 (341)	13,2 (181)	2,6 (13)	0,6 (2)	6,3 (11)	
Románia	2016	0,7	0,2	3	1,2 (44)	1,4 (36)	0,6 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Szlovénia	2012	2,1	1,2	2	4,5 (11)	6,5 (4)	3,9 (7)	45,5 (5)	25 (1)	57,1 (4)	
Szlovákia	2015	0,7	0,3	2	1,1 (31)	1,9 (24)	0,3 (5)	3,3 (1)	–	25 (1)	
Finnország	2014	1,9	1,0	1	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Svédország (2)	2017	–	2,5	1	1,4 (552)	2,7 (371)	0,7 (181)	–	–	–	
Egyesült Királyság	2017	10,7	4,7	3	17,6 (20 290)	22,1 (8 185)	15,4 (12 054)	1,9 (259)	0,5 (31)	2,9 (226)	
Törökország	2017	0,2	0,1	–	3,9 (456)	4,4 (247)	3,5 (209)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Norvégia	2017	5,1	2,1	1	1,8 (102)	2,7 (72)	1 (30)	–	–	–	
<b>Európai Unió</b>	<b>–</b>	<b>5,4</b>	<b>2,1</b>	<b>–</b>	<b>15,5 (72 424)</b>	<b>19,1 (33 178)</b>	<b>16,5 (36 594)</b>	<b>2,1 (1 550)</b>	<b>0,8 (259)</b>	<b>3,1 (1 241)</b>	
<b>Az EU, Törökország és Norvégia</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>15,1 (72 982)</b>	<b>18,4 (33 497)</b>	<b>15,9 (36 833)</b>	<b>2,1 (1 550)</b>	<b>0,8 (259)</b>	<b>3,1 (1 241)</b>	

Az iskolások körében való előfordulási gyakoriságra vonatkozó becslések a 2015-ös ESPAD felmérésből származnak, kivéve Belgiumot (2017; csak Flandria), Bulgáriát (2017), Németországot (2011), Olaszországot (2017), Luxemburgot (2014; 15 évesek), Spanyolországot (2016), Svédországot (2017) és az Egyesült Királyságot (2016; csak Anglia, 15 évesek). Az adatgyűjtési eljárások bizonytalansága miatt a lettországi adatok nem feltétlenül összehasonlíthatóak.

Az Egyesült Királyságban a normál népességre vonatkozó becslés előfordulás csak Angliára és Walesre vonatkozik. Korszáv a normál népességben becslés előfordulási gyakorisághoz: Franciaország, Németország, Görögország és Magyarország 18–64, 18–34; Dánia és Norvégia 16–64, 16–34; Málta 18–65; Svédország 17–34; Egyesült Királyság 16–59, 16–34.

A kezelésre jelentkezők adatai 2017-re, illetve a legutóbbi olyan évre vonatkoznak, amelyről vannak adatok: Észtország és Spanyolország: 2016, Hollandia: 2015.

(1) A kezelésre való jelentkezéssel kapcsolatos jelentéstételi rendszer változásai miatt csak arányok vannak megadva.

(2) A kezelésre jelentkező kliensekre vonatkozó adatok a kórházi ápolásra és a speciális járóbeteg-ellátó létesítményekre terjednek ki. A bemutatott adatok nem teljesen tükrözik az országos helyzetet.

## 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
	%	%	%	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)
Belgium	2013	–	0,5	1	9,1 (1 011)	7,5 (315)	10,6 (681)	11,8 (96)	6,2 (16)	14,6 (80)
Bulgária	2016	1,5	1,8	3	12,6 (211)	12,8 (23)	2,7 (18)	4,9 (2)	0 (0)	11,8 (2)
Cseh Köztársaság	2017	3,3	0,7	1	49,6 (2 078)	52,8 (933)	47,2 (1 041)	62,8 (1 256)	57,6 (520)	67,2 (683)
Dánia	2017	7,0	1,4	1	6,2 (303)	5,4 (122)	7 (170)	1,8 (5)	0,9 (1)	2,5 (4)
Németország (¹)	2015	3,6	1,9	4	14,5 (–)	15,3 (–)	–	2,1 (–)	1,9 (–)	–
Észtország	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)
Írország	2015	4,1	0,6	3	0,4 (38)	0,6 (19)	0,3 (17)	–	–	–
Görögország	–	–	–	2	0,8 (33)	1,3 (22)	0,4 (11)	18,2 (6)	22,7 (5)	9,1 (1)
Spanyolország	2017	4	0,9	2	1,7 (754)	1,9 (431)	1,4 (291)	0,9 (7)	0,9 (4)	1 (3)
Franciaország	2017	2,2	0,6	2	0,4 (212)	0,5 (63)	0,5 (91)	9,7 (18)	8,5 (5)	10,8 (9)
Horvátország	2015	3,5	2,3	3	–	3,4 (33)	–	–	0 (0)	–
Olaszország	2017	2,4	0,3	2	0,2 (93)	0,3 (55)	0,1 (38)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Ciprus	2016	0,5	0,1	3	6,8 (57)	6,2 (26)	9,5 (31)	9,1 (5)	4 (1)	13,3 (4)
Lettország	2015	1,9	0,7	3	17,5 (141)	22,9 (98)	11,3 (43)	64,1 (84)	54,9 (50)	85 (34)
Litvánia	2016	1,2	0,5	1	3,5 (59)	9,9 (24)	2 (29)	29,6 (16)	13,6 (3)	48,1 (13)
Luxemburg	2014	1,6	0,1	1	–	–	–	–	–	–
Magyarország	2015	1,7	1,4	3	11,1 (534)	11,2 (378)	11,3 (124)	9,7 (51)	4,8 (18)	27 (33)
Málta	2013	0,3	–	2	0,2 (3)	0,4 (1)	0,1 (2)	66,7 (2)	100 (1)	50 (1)
Hollandia	2017	5,4	3,9	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	5,5 (203)	7,2 (111)	4,3 (92)	2,2 (4)	1 (1)	3,6 (3)
Lengyelország	2014	1,7	0,4	4	29,4 (2 085)	31,6 (1 126)	26,9 (924)	2,7 (55)	1,3 (15)	4,3 (39)
Portugália	2016	0,4	0,0	1	0,1 (3)	0,1 (2)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Románia	2016	0,3	0,1	1	0,8 (30)	1 (26)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Szlovénia	2012	0,9	0,8	1	0,8 (2)	3,2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Szlovákia	2015	1,4	0,8	1	40,8 (1 182)	44 (566)	38,1 (580)	30,9 (350)	26,8 (148)	34,9 (192)
Finnország	2014	3,4	2,4	1	18,9 (134)	20,2 (51)	18,1 (83)	71,2 (94)	52 (26)	82,9 (68)
Svédország (²)	2017	–	1,2	1	5,3 (2 076)	7,3 (1 007)	4,3 (1 069)	–	–	–
Egyesült Királyság	2017	9,9	1,0	1	2,1 (2 476)	2,7 (1 015)	1,9 (1 450)	18,9 (295)	11,7 (70)	23,6 (225)
Törökország	2017	0,0	–	–	6,5 (751)	9,7 (549)	3,4 (202)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norvégia	2017	3,9	0,8	1	13 (744)	10,3 (277)	15,4 (467)	–	–	–
Európai Unió	–	<b>3,7</b>	<b>1,0</b>	–	<b>6,1 (28 291)</b>	<b>6,6 (11 393)</b>	<b>5,9 (16 465)</b>	<b>9,4 (2 871)</b>	<b>8,8 (1 015)</b>	<b>9,3 (1 714)</b>
Az EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	–	<b>6,2 (29 786)</b>	<b>6,7 (12 219)</b>	<b>6,0 (17 134)</b>	<b>9,2 (2 871)</b>	<b>8,4 (1 015)</b>	<b>9,2 (1 714)</b>

Az iskolások körében való előfordulási gyakoriságra vonatkozó becslések a 2015-ös ESPAD felmérésből származnak, kivéve Belgiumot (2017; csak Flandria), Bulgáriát (2017), Németországot (2011), Olaszországot (2017), Luxemburgot (2014; 15 évesek), Spanyolországot (2016), Svédországot (2017) és az Egyesült Királyságot (2016; csak Anglia, 15 évesek). Az adatgyűjtési eljárások bizonytalansága miatt a lettországi adatok nem feltétlenül összehasonlíthatók.

Az Egyesült Királyságban a normál népességre vonatkozó becslés előfordulás csak Angliára és Walesre vonatkozik. Korszáv a normál népességben becslés előfordulási gyakorisághoz: Franciaország, Németország és Magyarország 18–64, 18–34; Dánia és Norvégia 16–64, 16–34; Málta 18–65; Svédország 17–34; Egyesült Királyság 16–59, 16–34.

A kezelésre jelentkezők adatai 2017-re, illetve a legutóbbi olyan évre vonatkoznak, amelyről vannak adatok: Észtország és Spanyolország: 2016, Hollandia: 2015. A németországi, svédországi és norvégiai adatok a „kokaintól eltérő stimulánsok” használóira vonatkoznak.

(¹) A kezelésre való jelentkezéssel kapcsolatos jelentéstételi rendszer változásai miatt csak arányok vannak megadva.

(²) A kezelésre jelentkező kliensekre vonatkozó adatok a kórházi ápolásra és a speciális járóbeteg-ellátó létesítményekre terjednek ki. A bemutatott adatok nem teljesen tükrözik az országos helyzetet.

## 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	2013	–	0,8	2	0,5 (53)	0,8 (32)	0,3 (19)
Bulgária	2016	2,1	3,1	2	1,7 (29)	1,1 (2)	0 (0)
Csehország	2017	5,8	2,1	3	0,6 (27)	1 (17)	0,4 (9)
Dánia	2017	3,2	1,5	1	0,3 (16)	0,6 (14)	0,1 (2)
Németország	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Észtország	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Írország	2015	9,2	4,4	4	0,5 (42)	0,9 (29)	0,3 (13)
Görögország	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Spanyolország	2017	3,6	1,2	2	0,2 (89)	0,3 (66)	0,1 (16)
Franciaország	2017	3,9	1,3	2	0,4 (168)	0,4 (54)	0,3 (56)
Horvátország	2015	3,0	1,4	2	–	0,8 (8)	–
Olaszország	2017	2,7	0,8	1	0,1 (59)	0,2 (34)	0,1 (25)
Ciprus	2016	1,1	0,3	3	0,1 (1)	–	–
Lettország	2015	2,4	0,8	3	0,4 (3)	0,2 (1)	0,5 (2)
Litvánia	2016	1,7	1,0	2	0,1 (2)	0 (0)	0,1 (2)
Luxemburg	2014	1,9	0,4	1	0,6 (1)	2,1 (1)	–
Magyarország	2015	4,0	2,1	2	2,3 (111)	1,7 (57)	3,7 (41)
Málta	2013	0,7	–	2	0,7 (12)	0,9 (2)	0,6 (10)
Hollandia	2017	9,4	7,1	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Ausztria	2015	2,9	1,1	2	0,9 (32)	1,2 (19)	0,6 (13)
Lengyelország	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (12)	0,3 (9)
Portugália	2016	0,7	0,2	2	0,2 (7)	0,2 (3)	0,3 (4)
Románia	2016	0,5	0,2	2	0,9 (33)	1,2 (30)	0,2 (2)
Szlovénia	2012	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Szlovákia	2015	3,1	1,2	3	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (2)
Finnország	2014	3,0	2,5	1	0,1 (1)	0,4 (1)	0 (0)
Svédország	2017	–	2,0	1	–	–	–
Egyesült Királyság	2017	10,0	3,3	4	0,5 (616)	1,1 (415)	0,3 (200)
Törökország	2017	0,4	0,2	–	2 (230)	2,9 (161)	1,2 (69)
Norvégia	2017	4,1	2,2	1	–	–	–
<b>Európai Unió</b>	<b>–</b>	<b>4,1</b>	<b>1,7</b>	<b>–</b>	<b>0,3 (1 428)</b>	<b>0,5 (872)</b>	<b>0,2 (442)</b>
<b>Az EU, Törökország és Norvégia</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>0,3 (1 658)</b>	<b>0,6 (1 033)</b>	<b>0,2 (511)</b>

Az iskolások körében való előfordulási gyakoriságra vonatkozó becslések a 2015-ös ESPAD felmérésekből származnak, kivéve Belgiumot (2017; csak Flandria), Bulgáriát (2017), Németországot (2011), Olaszországot (2017), Luxemburgot (2014; 15 évesek), Spanyolországot (2016), Svédországot (2017) és az Egyesült Királyságot (2016; csak Anglia, 15 évesek). Az adatgyűjtési eljárások bizonytalansága miatt a lettországi adatok nem feltétlenül összehasonlíthatóak.

Az Egyesült Királyságban a normál népességre vonatkozó becslés előfordulás csak Angliára és Walesre vonatkozik. Korsáv a normál népességben becslés előfordulási gyakorisághoz: Franciaország, Németország, Görögország és Magyarország 18–64, 18–34; Dánia és Norvégia 16–64, 16–34; Málta 18–65; Svédország 17–34; Egyesült Királyság 16–59, 16–34.

A kezelésre jelentkezők adatai 2017-re, illetve a legutóbbi olyan évre vonatkoznak, amelyről vannak adatok: Észtország és Spanyolország: 2016, Hollandia: 2015.

## A5. TÁBLÁZAT

## KANNABISZ

Ország	Becsült előfordulás				Az év során kezelésre jelentkezők		
	Normál népesség			Iskolai népesség	Kannabiszhasználó 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	2013	15,0	10,1	18	34,2 (3 786)	50,7 (2 132)	23,2 (1 487)
Bulgária	2016	8,3	10,3	20	9,9 (166)	5 (9)	2,5 (17)
Cseh Köztársaság	2017	28,6	19,3	37	23,6 (988)	28,4 (501)	19,6 (433)
Dánia	2017	38,4	15,4	12	62,7 (3 069)	65,9 (1 501)	59,5 (1 435)
Németország (¹)	2015	27,2	13,3	19	43,1 (-)	64,1 (-)	-
Észtország	2008	-	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Írország	2015	27,9	13,8	19	24,6 (2 102)	39 (1 270)	14,6 (712)
Görögország	2015	11,0	4,5	9	26,9 (1 148)	46,1 (773)	14,7 (373)
Spanyolország	2017	35,2	18,3	31	29,2 (13 304)	40,7 (9 278)	15,9 (3 208)
Franciaország	2017	44,8	21,8	31	59,6 (28 205)	74,4 (9 828)	41,1 (7 517)
Horvátország	2015	19,4	16,0	21	-	62,9 (602)	-
Olaszország	2017	32,7	20,9	19	21,8 (10 155)	30,9 (6 483)	14,3 (3 672)
Ciprus	2016	12,1	4,3	7	52,7 (444)	67,5 (284)	28,4 (93)
Lettország	2015	9,8	10,0	17	24 (194)	36 (154)	10,6 (40)
Litvánia	2016	10,8	6,0	18	6,5 (110)	22,7 (55)	3,5 (50)
Luxemburg	2014	23,3	9,8	20	16,2 (29)	22,9 (11)	13,9 (11)
Magyarország	2015	7,4	3,5	13	63 (3 031)	68,2 (2 310)	49,2 (542)
Málta	2013	4,3	-	13	9,1 (167)	19 (44)	7,7 (123)
Hollandia	2017	26,6	17,5	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Ausztria	2015	23,6	14,1	20	33,2 (1 222)	51,7 (802)	19,7 (420)
Lengyelország	2014	16,2	9,8	24	31,2 (2 209)	39 (1 390)	23,2 (796)
Portugália	2016	11,0	8,0	15	37,2 (1 120)	51,8 (848)	19,8 (272)
Románia	2016	5,8	5,8	8	49,3 (1 764)	62,4 (1 585)	15,8 (153)
Szlovénia	2012	15,8	10,3	25	6,1 (15)	19,4 (12)	1,7 (3)
Szlovákia	2015	15,8	9,3	26	25,7 (743)	38,5 (495)	14,3 (218)
Finnország	2014	21,7	13,5	8	18 (128)	31,3 (79)	10,7 (49)
Svédország (²)	2017	-	9,6	6	10 (3 878)	15,4 (2 125)	7 (1 753)
Egyesült Királyság	2017	30	12,3	19	24,2 (27 920)	45,3 (16 733)	14,2 (11 114)
Törökország	2017	2,7	1,9	-	6,4 (745)	9,2 (520)	3,8 (225)
Norvégia	2017	24,5	10,1	7	28,8 (1 651)	36,8 (989)	21,8 (662)
Európai Unió	-	<b>27,4</b>	<b>14,4</b>	-	<b>32,7 (152 373)</b>	<b>47,0 (81 566)</b>	<b>17,5 (58 103)</b>
Az EU, Törökország és Norvégia	-	-	-	-	<b>32,0 (154 769)</b>	<b>45,7 (83 075)</b>	<b>17,2 (58 990)</b>

Az iskolások körében való előfordulási gyakoriságra vonatkozó becslések a 2015-ös ESPAD felmérésből származnak, kivéve Belgiumot (2017; csak Flandria), Bulgáriát (2017), Németországot (2011), Olaszországot (2017), Luxemburgot (2014; 15 évesek), Spanyolországot (2016), Svédországot (2017) és az Egyesült Királyságot (2016; csak Anglia, 15 évesek). Az adatgyűjtési eljárások bizonytalansága miatt a lettországi adatok nem feltétlenül összehasonlíthatóak.

Az Egyesült Királyságban a normál népességre vonatkozó becslés előfordulás csak Angliára és Walesre vonatkozik. Korsáv a normál népességben becslés előfordulási gyakorisághoz: Franciaország, Németország, Görögország és Magyarország 18-64, 18-34; Dánia és Norvégia 16-64, 16-34; Málta 18-65; Svédország 17-34; Egyesült Királyság 16-59, 16-34.

A kezelésre jelentkezők adatai 2017-re, illetve a legutóbbi olyan évről vannak adatok: Észtország és Spanyolország: 2016, Hollandia: 2015.

(¹) A kezelésre való jelentkezéssel kapcsolatos jelentéstételi rendszer változásai miatt csak arányok vannak megadva.

(²) A kezelésre jelentkező kliensekre vonatkozó adatok a kórházi ápolásra és a speciális járóbeteg-ellátó létesítményekre terjednek ki. A bemutatott adatok nem teljesen tükrözik az országos helyzetet.

## A6. TÁBLÁZAT

## MÁS INDIKÁTOROK

Ország	Kábítószer okozta halálos esetek			Intravénás kábítószer-használattal összefüggő HIV-diagnózisok (ECDC)	Becsült intravénás kábítószer-használat		A speciális programokban kiosztott fecskendők
	Év	Minden korcsoport	15–64 évesek		a becslés éve	1000 lakosra jutó esetszám	szám
		szám	egymillió lakosra jutó esetszám (szám)				
Belgium	2014	61	8 (60)	0,6 (7)	2015	2,32-4,61	1 203 077
Bulgária	2017	18	4 (18)	4,4 (31)	–	–	52 927
Cseh Köztársaság	2017	42	5 (35)	0,5 (5)	2017	6,18-6,47	6 409 862
Dánia <sup>(1)</sup>	2016	237	55 (202)	1 (6)	–	–	–
Németország <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>	2017	1 272	21 (1 120)	1,5 (127)	–	–	–
Észtország	2017	110	130 (110)	10,6 (14)	2015	9,01-11,25	1 997 158
Írország	2015	224	69 (215)	2,9 (14)	–	–	519 578
Görögország	2017	62	– (–)	8 (86)	2017	0,43-0,68	278 415
Spanyolország <sup>(3)</sup>	2016	483	16 (482)	2,3 (105)	2016	0,25-0,57	1 503 111
Franciaország <sup>(4)</sup>	2015	373	7 (299)	0,6 (43)	2017	2,58-3,29	11 907 416
Horvátország	2017	65	23 (64)	0 (0)	2015	1,79-2,87	244 299
Olaszország	2017	294	8 (293)	1,6 (94)	–	–	–
Ciprus	2017	16	26 (15)	0 (0)	2017	0,38-0,59	245
Lettország	2017	22	17 (22)	40 (78)	2016	5,31-6,83	833 817
Litvánia	2017	83	44 (83)	47,8 (136)	2016	4,37-4,89	251 370
Luxemburg	2017	8	19 (8)	15,2 (9)	2015	3,77	447 681
Magyarország	2017	33	5 (33)	0,1 (1)	2015	0,98	137 580
Málta	2017	5	16 (5)	0 (0)	–	–	315 541
Hollandia	2017	262	22 (243)	0,1 (2)	2015	0,07-0,09	–
Ausztria	2017	154	26 (151)	1,4 (12)	–	–	6 293 593
Lengyelország <sup>(1)</sup>	2016	204	7 (181)	0,7 (27)	–	–	59 958
Portugália	2016	30	4 (30)	1,7 (18)	2015	1,00-4,46	1 421 666
Románia <sup>(5)</sup>	2017	32	2 (32)	4,4 (86)	–	–	1 095 284
Szlovénia	2017	47	32 (44)	0 (0)	–	–	578 926
Szlovákia	2017	19	5 (18)	0 (0)	–	–	395 877
Finnország	2017	200	55 (189)	1,8 (10)	2012	4,1-6,7	5 824 467
Svédország	2017	626	92 (574)	2 (20)	–	–	517 381
Egyesült Királyság <sup>(6)</sup>	2016	3 256	74 (3 108)	1,7 (115)	2004-11	2,87-3,22	–
Törökország <sup>(1)</sup>	2017	941	17 (907)	0,2 (14)	–	–	–
Norvégia	2016	282	75 (258)	1,3 (7)	2016	2,15-3,04	2 884 230
Európai Unió	–	<b>8 238</b>	<b>23 (7 634)</b>	<b>2,0 (1 046)</b>	–	–	–
Az EU, Törökország és Norvégia	–	<b>9 461</b>	<b>22,6 (8 799)</b>	<b>1,8 (1 067)</b>	–	–	–

(1) Bizonyos esetekben nincs megadva a korszak, és ezeket az eseteket nem vették be a halálozási ráták számításába: Németország (147), Dánia (5), Lengyelország (1), Törökország (22).

(2) A németországi HIV-adatok 2016-ra vonatkoznak.

(3) A speciális programokban kiosztott fecskendők száma 2016-ra vonatkozik.

(4) A speciális programokban kiosztott fecskendők száma 2015-re vonatkozik.

(5) Kábítószer okozta halálos esetek Romániában: az országos szint alatti lefedettség.

(6) A fecskendőkre vonatkozó adatok az Egyesült Királyságból: Anglia – nincs adat; Skócia – 4 401 387 és Wales – 2 630 382 (mindkettő 2017-es adat); Észak-Írország: 310 005 (2016).

## A7. TÁBLÁZAT

## LEFOGLALÁSOK

Ország	Heroin		Kokain		Amfetamin-származékok		MDMA, MDA, MDEA	
	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma
	kg	szám	kg	szám	kg	szám	tablettá (kg)	szám
Belgium	53	1 790	44 752	4 695	163	2 855	491 183 (-)	1 692
Bulgária	698	32	42	30	406	80	2 335 (322)	41
Csehország	19	90	27	227	95	1 703	15 279 (5)	387
Dánia	16	561	151	4 786	322	2 244	2 731 476 (34)	933
Németország	298	-	8 166	-	1 784	-	693 668 (-)	-
Észtország	<0,1	3	17	154	33	454	- (6)	310
Írország	-	765	-	792	-	91	- (-)	344
Görögország	359	1 952	234	596	164	16	589 (6)	83
Spanyolország	524	7 283	40 960	42 206	272	4 505	363 138 (-)	3 569
Franciaország	658	4 544	17 500	12 214	405	773	1 130 839 (-)	1 073
Horvátország	27	140	466	418	38	775	- (9)	743
Olaszország	610	2 296	4 084	7 812	72	271	10 844 (8)	267
Ciprus	0,4	4	8	118	1	73	159 (3)	13
Lettország	0,2	66	2	61	21	502	3 660 (28)	169
Litvánia	4	173	623	98	28	278	- (22)	140
Luxemburg	1	69	3	222	0,2	26	956 (<0,1)	25
Magyarország	21	34	6	276	25	973	51 836 (1)	650
Málta	13	25	0,3	232	<0,1	1	405 (<0,1)	99
Hollandia (*)	1 110	-	14 629	-	146	-	- (1 250)	-
Ausztria	70	967	71	1 571	55	1 488	446 465 (4)	1 183
Lengyelország	2	2	69	9	608	33	- (-)	-
Portugália	29	492	2 734	816	1	51	1 598 (2)	282
Románia	4	222	8	169	2	115	18 810 (0,9)	477
Szlovénia	11	286	12	277	6	242	1 537 (1)	63
Szlovákia	0,6	41	3	42	4	661	2 448 (<0,1)	74
Finnország	0,4	138	7	383	259	2 263	66 420 (-)	695
Svédország	45	675	162	3 640	770	5 524	34 919 (24)	1 993
Egyesült Királyság	844	11 075	5 697	18 912	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Törökország	17 385	12 932	1 476	3 829	7 268	9 405	8 606 765 (-)	6 663
Norvégia	99	628	80	1 185	503	5 734	33 657 (12)	1 122
<b>Európai Unió</b>	<b>5 418</b>	<b>36 786</b>	<b>140 435</b>	<b>104 348</b>	<b>7 037</b>	<b>43 720</b>	<b>6 581 823 (1 727)</b>	<b>22 803</b>
<b>Az EU, Törökország és Norvégia</b>	<b>22 902</b>	<b>50 346</b>	<b>141 990</b>	<b>109 362</b>	<b>14 808</b>	<b>58 859</b>	<b>15 222 245 (1 739)</b>	<b>30 588</b>

Az amfetaminszármazékokba az amfetamin és a metamfetamin tartozik bele.

Valamennyi adat 2017-re vagy a legutolsó évre vonatkozik.

(\*) A lefoglalások számára és mennyiségére vonatkozó adatok nem foglalják magukban a bűnüldöző hatóságok által lefoglalt összes releváns egységet, ezért részleges, minimumszámadatoknak tekintendők. A nagy mennyiségű lefoglalások túlnyomó részét a kokainlefoglalások teszik ki.

## A7. TÁBLÁZAT

## LEFOGLALÁSOK (folytatás)

Ország	Hasis		Marihuána		Kannabisznövény	
	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma
	kg	szám	kg	szám	növény (kg)	szám
Belgium	947	6 133	946	28 519	416 576 (-)	1 234
Bulgária	0,2	9	1 580	57	16 087 (33 822)	102
Csehország	9	173	1 095	5 369	54 392 (-)	502
Dánia	6 637	16 678	293	1 803	38 859 (236)	380
Németország	1 295	–	7 731	–	101 598 (-)	–
Észtország	80	54	54	823	– (24)	35
Írország	–	257	–	1 546	– (-)	280
Görögország	6 251	257	24 940	8 866	46 907 (-)	742
Spanyolország	334 919	157 346	34 517	151 968	1 124 674 (-)	3 038
Franciaország	67 300	82 797	20 200	44 301	137 074 (-)	395
Horvátország	8	351	2 410	7 057	7 405 (-)	213
Olaszország	18 755	8 922	90 097	11 253	265 635 (-)	1 545
Ciprus	1	8	151	826	161 (-)	23
Lettország	202	36	43	848	– (102)	55
Litvánia	2 089	53	124	924	– (-)	–
Luxemburg	19	348	113	935	74 (-)	13
Magyarország	114	153	3 674	3 751	5 287 (-)	156
Málta	591	109	0,2	175	11 (-)	5
Hollandia (1)	942	–	3 104	–	722 618 (-)	–
Ausztria	100	1 841	1 557	16 969	31 102 (-)	533
Lengyelország	1 237	18	1 043	93	448 (-)	8
Portugália	14 790	3 647	410	437	22 910 (-)	158
Románia	6	185	276	2 861	6 780 (1 540)	179
Szlovénia	20	126	838	3 768	13 594 (-)	218
Szlovákia	1	26	144	1 115	2 299 (-)	31
Finnország	693	252	322	1 158	15 200 (-)	1 150
Svédország	2 809	13 140	1 125	8 825	– (-)	–
Egyesült Királyság	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Törökország	81 429	8 718	94 379	41 929	– (-)	3 143
Norvégia	2 035	9 533	385	3 473	– (43)	167
<b>Európai Unió</b>	<b>466 097</b>	<b>311 071</b>	<b>209 401</b>	<b>440 295</b>	<b>3 370 222 (35 725)</b>	<b>22 745</b>
<b>Az EU, Törökország és Norvégia</b>	<b>549 561</b>	<b>329 322</b>	<b>304 165</b>	<b>485 697</b>	<b>3 370 222 (35 768)</b>	<b>26 055</b>

Megjegyzés: Valamennyi adat 2017-re vagy a legutolsó évre vonatkozik.

(1) A lefoglalások számára és mennyiségére vonatkozó adatok nem foglalják magukban a bűnüldöző hatóságok által lefoglalt összes releváns egységet, ezért részleges, minimumszámadatoknak tekintendők.



## Kapcsolatba szeretne lépni az EU-val?

### Személyesen

Az Európai Unió területén több Europe Direct információs központ is működik. Keresse meg az Önhöz legközelebb eső központot: [https://europa.eu/european-union/contact\\_hu](https://europa.eu/european-union/contact_hu)

### Telefonon vagy e-mailben

A Europe Direct központok feladata, hogy megválaszolják a polgárok Európai Unióval kapcsolatos kérdéseit. Vegye igénybe a szolgáltatást — az ingyenesen hívható telefonszámon: 00 800 6 7 8 9 10 11 (bizonyos szolgáltatók számíthatnak fel díjat a hívásért), — a rendes díjszabású telefonszámon: (+32 2) 29-99-696, vagy — e-mailen: [https://europa.eu/european-union/contact\\_hu](https://europa.eu/european-union/contact_hu)

## Információkat keres az EU-ról?

### Online

Az EUROPA portál tájékoztatással szolgál az Európai Unióról az EU összes hivatalos nyelvén: [https://europa.eu/european-union/index\\_hu](https://europa.eu/european-union/index_hu)

### Uniós kiadványok

A következő címen uniós kiadványok tölthetők le/rendelhetők meg díjmentesen/fizetés ellenében: <https://publications.europa.eu/hu/publications>. Ha bizonyos ingyenes kiadványokból több példányra van szüksége, rendeljen a Europe Direct központtól vagy hazájának helyi információs központjától (lásd: [https://europa.eu/european-union/contact\\_hu](https://europa.eu/european-union/contact_hu)).

### Uniós jogszabályok és kapcsolódó dokumentumok

Az EUR-Lex portálról bármelyik hivatalos nyelven letölthetők az EU jogi tartalmi és az 1952-től megjelenő jogszabályai: <http://eur-lex.europa.eu>

### Az EU által gondozott nyílt hozzáférésű adatok

A nyílt hozzáférésű adatok európai uniós portálja (<http://data.europa.eu/euodp/hu>) uniós adatkészletekhez biztosít hozzáférést. Az adatok kereskedelmi és nem kereskedelmi célból egyaránt díjmentesen letölthetők és felhasználhatók.

## 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 [2019. évi európai kábítószer-jelentés](#) csomagját.

## Az EMCDDA-ról

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

Az EMCDDA kiadványai elsődleges információforrásnak számítanak 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.

