



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

HU

ISSN 2314-9140

Európai kábítószer- jelentés

Tendenciák és fejlemények

2018



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

Európai kábítószer- jelentés

Tendenciák és fejlemények

2018

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

Luxembourg: Az Európai Unió Kiadóhivatala, 2018

Print	ISBN 978-92-9497-301-6	ISSN 1977-9925	doi:10.2810/769089	TD-AT-18-001-HU-C
PDF	ISBN 978-92-9497-298-9	ISSN 2314-9140	doi:10.2810/366859	TD-AT-18-001-HU-N

© Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja, 2018
Sokszorosítása a forrás feltüntetése mellett engedélyezett.

Ajánlott idézés: Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja (2018), *Európai kábítószer-jelentés, 2018: Tendenciák és fejlemények*, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisszabon, Portugália

Tel.: +351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

Tartalom

5	Előszó
9	Bevezető és köszönetnyilvánítás
11	KOMMENTÁR Az európai kábítószer-problémák megértése és hathatós válaszlépések kialakítása
19	1. FEJEZET Kábítószer-kínálat és a piac
39	2. FEJEZET A kábítószer-használat prevalenciája és tendenciái
59	3. FEJEZET Kábítószerrel összefüggő ártalmak és válaszlépések
83	MELLÉKLET Az országos adatok táblázatos formában

Előszó

Örömmel mutatjuk be a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) legutóbbi elemzését az európai kábítószer-jelenségről. Az *Európai kábítószer-jelentés 2018: Trendek és fejlemények* aktuális betekintést nyújt az európai drogproblémákba és az azokra adott válaszokba. Kiemelt jelentésünk az európai és nemzeti adatok alapos áttekintésére épül, amely hangsúlyozza az újonnan felmerülő jelenségeket és problémákat. A jelentés ebben az évben 30 ország kábítószer-jelentésével és erőforrásokkal egészül ki on-line, amelyek teljes adatrácsokat és grafikákat tartalmaznak, lehetővé téve az egyes országok áttekintését.

Jelentésünk célja átfogó áttekintés biztosítása az érdekelt felek számára. Korai előrejelzést biztosít továbbá az új kábítószer-trendekről, segíti a nemzeti és helyi stratégiai tervezés prioritásainak meghatározását, lehetővé teszi az országok közötti összehasonlítást, és támogatást nyújt az értékelésekhez a trendekkel kapcsolatos adatok rendelkezésre bocsátásával. A jelentést kiegészíti a legutóbbi, háromévente megjelenő kiadványunk, az *Egészségügyi és szociális válaszlépések a kábítószerproblémák ellen: európai útmutató* (2017).



Ebben az évben az anyagok széles köre tekintetében aggasztó jeleit érzékeljük az Európán belüli, a fogyasztói piacokhoz közelebb eső kábítószertermelés egyre növekvő szintjének. A technológiai előrehaladás könnyíti ezt a fejlődést, továbbá összekapcsolja az európai kábítószer-gyártókat és fogyasztókat a globális piacokkal a webfelületek és a sötét internet segítségével. Azt is megjegyezzük, hogy a kokaintermelés növekedése Dél-Amerikában pillanatnyilag hatást gyakorol az európai piacra, növelve ezzel a felhasználókat érintő egészségügyi problémák kockázatát és a bűnüldözés összetettebb kihívásait, mivel a kereskedők módosítják és megváltoztatják a szállítási útvonalakat. További aggodalomra ad okot és ellenőrzést igényel a felmerülő bizonyítékok alapján a crack kokain egyre növekvő hozzáférhetősége és használata Európában.



Az európai kábítószer-piacokon elérhető új pszichoaktív anyagok továbbra is közegészségügyi problémákat okoznak és kihívásokat jelentenek a döntéshozók számára. A legújabb uniós jogszabályok erősítették a piacon megjelenő új anyagokról szóló információcserét, és csökkentették az ezen anyagok kockázatértékeléséhez és ellenőrzéséhez szükséges időt Európa-szerte. A nagyon erős szintetikus opioidok és a kannabinoidok számos területen problémákat okoznak, ahogy a fentanilszármazékok is, egyre nagyobb veszélynek kitéve a kábítószeres használókat és az elsőként közbeavatkozókat. Ezen kihívás kezelése újra hangsúlyt helyezett az opioid antidotum naloxon szerepére a túladagolásra adott válaszstratégiákban és a kábítószer-használók ahhoz való hozzáférési szintjére.

Úgy gondoljuk, hogy a kábítószeres által az európai közegészségügy és biztonság terén jelentkező fenyegetések továbbra is magas szintű, multidiszciplináris választ igényelnek. A 2017-ben elfogadott új uniós cselekvési terv biztosítja a szükséges európai együttműködés kereteit.

Jelentésünk és az általa bemutatott elemzés a nemzeti és intézményi partnereink által nyújtott hatalmas támogatás bizonyítéka. A Reitox nemzeti fókuszpontjaitól és a nemzeti szakértőktől származó információk lehetővé teszik számunkra, hogy egyedi képet alkossunk az európai kábítószerhelyzetről. Meltányoljuk az európai szintű partnerintézményeinktől - különösen az Európai Bizottságtól, az Europoltól, az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központtól és az Európai Gyógyszerügynökségtől - kapott információkat is. Köszönettel tartozunk továbbá a velünk együttműködő speciális hálózatok segítségéért, mely lehetővé tette számunkra, hogy belefoglaljuk jelentésünkbe a vezető és innovatív adatokat, ideértve a szennyvízelemzést, az iskolai felméréseket és a kábítószerrel kapcsolatos kórházi vészhelyzeteket.

Laura d'Arrigo

az EMCDDA igazgatóságának 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 kábítószerhelyezetről és a kapcsolódó válaszlépésekről. Az itt közölt statisztikai adatok 2016-ra (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 ismernünk a területtel kapcsolatos módszertani nehézségeket. Az értelmezéskor ezért indokolt az óvatosság, különösen az egyes országok valamely konkrét mérőszám alapján történő összehasonlítása során. A figyelmeztetések és az adatokra vonatkozó minősítések a jelentés online változatában és a statisztikai közlönyben találhatóak, ahol részletesen ismertetjük a módszertant, az elemzések minősítéseit és a rendelkezésre álló adatkészlet korlátozottságával kapcsolatos megjegyzéseket. Ugyanitt az esetenként interpoláció révén elkészített európai szintű becslésekhez felhasznált módszerekről és adatokról szóló információ is megtalálható.

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

- | a Reitox nemzeti fókuszpontok vezetői és munkatársai;
- | a jelentéshez szükséges nyers adatokat összegyűjtő szolgálatok és szakértők mindegyik tagállamban;
- | az EMCDDA igazgatóságának és tudományos bizottságának tagjai;
- | az Európai Parlament, az Európai Unió Tanácsa – különösen a kábítószerrel foglalkozó horizontális munkacsoport – és az Európai Bizottság;
- | az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC), az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) és az Europol;
- | az Európa Tanács Pompidou-csoportja, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bünmegelőzési Hivatala, a WHO Európai Regionális Irodája, az Interpol, a Vámigazgatások Világszervezete, az Európai Iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (ESPAD), az Európai Szennyvízelemző Központi Csoport (SCORE) és a European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus);
- | 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 uniós 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 weboldalon](#) található.

Kommentár

**Az európai országokban tapasztalható
fejleményeket befolyásolják a kábítószer-
területének világszintű tendenciái,
miközben ezekre az európai
fejlemények is hatással vannak**

Az európai kábítószer-problémák megértése és hathatós válaszlépések kialakítása

Ebben a kommentárban néhány olyan döntő tényezőt vizsgálunk meg, amelyek valószínűsíthetően egyaránt befolyásolják a 2018-ban Európában megmutatkozó szerhasználati mintázatokat és az azokhoz kapcsolódó egészségügyi, társadalmi és biztonsági problémákat. A kiindulópont az az általános megfigyelés, hogy úgy tűnik, napjainkban az európai kábítószer-probléma terén történelmi szempontból különösen dinamikus időszak tapasztalható, a rendelkezésre álló adatok összességében pedig a kábítószer nagyfokú – sőt, egyes területeken növekvő mértékű – elérhetőségét mutatják. Ezek a tények a fontos új kihívások egész sorát jelentik a kábítószer-használatra és a kábítószerrel kapcsolatos problémákra adott jelenlegi nemzeti és európai válaszok tekintetében, amelyek egyes vonatkozásait az alábbiakban tárgyaljuk.

Az európai kábítószer-előállítás fokozódásának jelei

Az európai országokban tapasztalható fejleményeket befolyásolják a kábítószer területének világszintű tendenciái, miközben ezekre az európai fejlemények is

hatással vannak. Egyes szintetikus stimuláns kábítószer, köztük az MDMA esetében Európa jelentős előállító, termékeket és szakértelmet exportál a világ más részeibe. A kannabiszt tekintve az európai termesztés bizonyos mértékben kiszorította a behozatalt, és úgy tűnik, hogy hatással van a külső termelők üzleti modelljeire. Ennek egyik következménye abban figyelhető meg, hogy növekedett az Európába csempészett hasis hatóanyag-tartalma.

A kokain és a heroin – a két másik jelentős növényi alapú tiltott kábítószer – előállítása továbbra is a latin-amerikai, illetve az ázsiai országokban összpontosul. A világszintű adatok alapján az előállítás mindkét anyag esetében fokozódik. Érdemes megvizsgálni, hogy ez miként érinti Európát. A heroin esetében a kábítószer viszonylag nagy utcai tisztasága ellenére a használat általában véve továbbra is stagnál, és a szerhasználat megkezdésének aránya alacsonynak tűnik. Ezzel szemben a kokain tekintetében több mutató is felfelé ívelő tendenciára utal. Ezt az alábbiakban részletesebben tárgyaljuk. Ugyanakkor a lefoglalási adatok mindkét anyagnál azt mutatják, hogy a közelmúltban történt néhány változás a termelési láncban, és ezek a jövőben komoly következményekkel járhatnak. Továbbra is megfigyelhető Európában a kokain másodlagos feldolgozása és „hordozóanyagokból” való kivonása, csakúgy, mint a kábítószer nagy mennyiségben, konténerekbe rejtve történő behozatala. Ami a heroint illeti, új fejlemény, hogy több európai országban is felfedeztek és felszámoltak olyan laboratóriumokat, ahol morfint heroinná alakítottak át. Ennek mozgatórugója valószínűleg az, hogy miközben egyre több ópiummákot takarítanak be, Európában könnyebben elérhető és lényegesen olcsóbb az ecetsav-anhidrid, amely a heroin-előállítás egyik kulcsfontosságú prekursor vegyülete. Ez a fejlemény nemcsak a modern kábítószer-termelő hálózatok globálisan összekapcsolt jellegét mutatja, hanem azt is, hogy a kábítószer ellenőrzésére irányuló

válaszlépéseket, köztük a prekursorok ellenőrzését globális perspektívába kell helyezni.

Hasonlóképpen, miközben úgy tűnik, hogy az új pszichoaktív anyagok termelésének és hozzáférhetőségének korlátozására irányuló európai és nemzetközi törekvések mostanra elérték bizonyos hatást, arról is érkeztek jelentések, hogy ezeket az anyagokat Európa határain belül tablettázzák és gyártják. Egyelőre ezek az új kábítószer-előállításával kapcsolatos fejlemények korlátozott mértékűnek látszanak. Az ezen a területen bekövetkező változások azonban hamarosan gyors hatással lehetnek a kábítószer-problémákra, ezért éberséget kell tanúsítani, hogy Európa fel legyen készülve az e területen esetlegesen felmerülő jövőbeni fenyegetések megfelelőbb kezelésére.

Internetes értékesítés: Európa a globális piacon

A kábítószeres interneten keresztül történő értékesítése szintén jól példázza, hogy miként történhet gyors változás, kihívások elé állítva a meglévő szakpolitikai és reagálási modelleket, valamint a kábítószeres nyomon követését. Az EMCDDA és az Europol egyik közelmúltbeli közös jelentése elemezte, milyen szerepet játszanak az európai beszállítók és fogyasztók ezen a globális piacon. A becslések szerint az uniós beszállítók a 2011 és 2015 közötti „darknetes” kábítószer-eladások közel felét jelentették. Az online értékesítés aránya a tiltott kábítószeres piacának egészéhez képest jelenleg csekély, de növekvő tendenciát mutat. Miközben a figyelem gyakran a darknetre összpontosul, az is nyilvánvaló, hogy az új pszichoaktív anyagok és a gyógyszerekkel való visszaélés esetében ugyanilyen fontos lehet a közösségi média és a látható internet. E tekintetben különös aggodalomra ad okot az új benzodiazepin típusú szerek megjelenése. 2015 óta 14 új benzodiazepinről érkezett bejelentés az uniós korai előrejelző rendszerhez. Ezek az anyagok nem engedélyezett gyógyszerek az Európai Unióban, és toxikológiai tulajdonságaik nagyon kevésbé ismertek; valószínűsíthetően azonban növeli a kockázatokat, ha ezeket a szereket tiltott kábítószeresekkel vagy alkohollal együtt használják. A jelek szerint egyes országokban a tiltott kábítószeres piacon egyre inkább elérhetőek a hagyományos és az új benzodiazepinek, és azt is lehet tudni, hogy ezek a szerek lényeges, de gyakran fel nem ismert szerepet játszanak az opioidtúladozás miatt bekövetkező halálesetekben. Különösen aggasztóak azok az utóbbi időkben tapasztalt jelek, amelyek szerint a fiatalok körében növekedhet ezeknek a szereknek a használata; ezen a területen további kutatásokra, szakpolitikai mérlegelésre és megelőző intézkedésekre van szükség. A nagy kockázatú kábítószer-használók körében megfigyelhető benzodiazepin-használat kérdéskörét e jelentés egyik online melléklete vizsgálja.

A megnövekedett kokainkínálat következményei

A latin-amerikai kokainelőállítás fokozódása immár az európai piacon is érzékelteti hatását. Egyes országokban a szennyvízelemzés korai előrejelzéssel szolgált a kábítószer fokozott hozzáférhetőségére és használatára vonatkozóan, amit mostanra más adatforrások is tükröznek. Miközben a kokainárak stagnáltak, a kábítószer tisztasága jelenleg a több mint egy évtizede mért legmagasabb szintet éri el Európában. Az Európába kerülő kokain legnagyobb része hagyományosan az Ibériai-félszigeten keresztül érkezik. A más térségekben történt jelentős közelmúltbeli lefoglalások ugyanakkor arra utalnak, hogy ennek az útvonalnak valamelyest csökkenhetett a jelentősége, és a kokaint mára már nagy konténerkikötőkön keresztül is csempészik Európába. Ezzel kapcsolatban meg kell említeni, hogy 2016-ban Spanyolországot megelőzve Belgium volt az az ország, ahol a legnagyobb mennyiségű kokaint foglalták le.

Összességében a kokainhasználat közegészségügyi hatásai nehezen mérhetőek, mivel az akut problémákban és a hosszú távú egészségkárosodásban betöltött szerepe egyaránt nehezen nyomon követhető, és gyakran észrevétlen maradhat. A problémák azonban várhatóan fokozódhatnak, ha a használat nő, különösen a magas kockázatú szerhasználati minták előfordulási gyakorisága. Az egyik erre utaló jel az, hogy nő a kokain miatti speciális kezelésre első ízben beutaltak száma, noha ez a szám nem éri el az egy évtizeddel ezelőtti tapasztalt magas szintet. Nyugtalanító, hogy a jelentések szerint – még ha egyelőre ritka is – némi növekedés figyelhető meg a crack kokain használatának előfordulása terén, és vannak olyan aggályok, hogy ez lassanként több országot is érinthet. Összességében még mindig nem ismerjük eléggé, hogy mi a hatékony kezelés a kokainhasználók számára, és ezen belül miként lehet a legjobban reagálni az esetleg opioidfüggőséggel együttesen jelentkező kokainproblémákra.

Továbbra is közegészségügyi kihívást jelentenek az új pszichoaktív anyagok

Az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó uniós korai előrejelző rendszer sikere rámutat arra, hogy milyen fontos az új kihívásokra való felkészülés. A rendszer nemzetközileg elismerten képessé teszi Európát arra, hogy felismerje a kábítószer megjelenését és válaszlépéseket tegyen, ami máshol hiányzik. Ezen a területen nemrégiben módosított uniós jogszabályokat fogadtak el, ami növeli a jelentéstétel gyorsaságát, emellett pedig új adatszolgáltatók is folyamatosan csatlakoznak a rendszerhez. Az új pszichoaktív anyagok folyamatosan változó kihívást jelentenek a drogpolitika számára. A rendszer összesen mintegy 670 anyagot figyel meg, és ezek közül évente mintegy 400 jelenlétéről érkezik jelentés. A kábítószerpiacon megjelenő anyagok listája folyamatosan bővül; nagyjából hetente egy további új pszichoaktív anyagról tesznek bejelentést Európában. Bár a 2015-ös tetőzéshez képest az újonnan megjelenő új anyagok száma csökkent, ezek a kábítószerrel továbbra is nagymértékű káros közegészségügyi hatásokkal járnak.

A halálesetekkel és akut mérgezésekkel összefüggésbe hozható szintetikus opioidok és szintetikus kannabinoidok európai megjelenése nyomán az EMCDDA minden eddiginél több anyag közegészségügyi kockázatait értékelte. Ez a folyamat gyorsított jogalkotási válaszlépést indíthat el az Európai Unióban. 2017-ben az Egészségügyi Világszervezet felé is történt adatszolgáltatás, és a szerek némelyike esetében ma már vizsgálják a nemzetközi ellenőrzés lehetőségét. 2017-ben öt fentanilszármazék vizsgálatára került sor. Ezek az anyagok különféle újszerű formákban, köztük orrspray-ként voltak hozzáférhetők. Egyes esetekben más kábítószerrel, például heroinnal, kokainnal vagy hamisított gyógyszerekkel keverve fordultak elő, aminek következtében a szerhasználók gyakran nem tudtak arról, hogy az anyagot fogyasztják. Ezeknek a gyakran az interneten vásárolt erős kábítószernek a megjelenése az egészségügyi és a bűnüldöző szolgálatok számára egyaránt komoly kihívásokat jelent. Ezeket az anyagokat könnyű szállítani és álcázni, és a kis mennyiségek gyakran több százezer potenciális utcai adagot jelentenek. Egészségügyi szempontból nézve további terhet jelentenek az egyéb opioidokhoz köthető halálesetek eleve jelentős terhe mellett. Az Egyesült Államokban mára a fentanilszármazékok jelentős részt jelentenek a jelenlegi opiátválságban, és rövid időn belül ezek váltak a túladagolás miatt bekövetkező halálesetekkel leginkább összefüggésbe hozható szerekké. Európában nem kell hasonló nagyságrendű problémával szembenéznünk, az EMCDDA felé jelentett, fentanillal és nem ellenőrzött fentanilszármazékokkal összefüggő halálesetek és nem halálos kimenetelű túladagolások azonban rámutatnak arra, hogy továbbra is éberségre van szükség.

A szintetikus kannabinoidokhoz egyre több egészségügyi probléma köthető

Az új szintetikus kannabinoidokhoz kapcsolódó egészségkárosodásokról szóló jelentések nyomán az EMCDDA további négy kockázatértékelést végzett 2017-ben. A szintetikus kannabinoidokat halálesetekkel és akut mérgezésekkel hozták összefüggésbe. Az EMCDDA egyik közelmúltbeli jelentése felhívta a figyelmet az egyes európai börtönökben e szerek használata miatt egyre gyakrabban felmerülő egészségügyi és biztonsági problémákra. Nyilvánvalóvá vált az is, hogy ezekre a problémákra gyakran nem derül fény, mivel ezeket a szereket könnyű becsempészni a börtönökbe, a használatukat viszont nehéz kimutatni.

A szintetikus kannabinoidokat először a természetes kannabisztermékek legális alternatíváiként hozták forgalomba, bár sok tekintetben különböznek azoktól. A kezdetben inkább a rekreációs használattal összekapcsolódó szintetikus kannabinoidok problémás használata ma a marginalizáltabb társadalmi csoportok tagjainál, köztük a hajléktalanoknál fordul elő, noha az e kábítószerrel használati mintázataival kapcsolatos ismereteink továbbra is korlátozottak. Az elérhető információk azt mutatják, hogy a szintetikus kannabinoidok használatának előfordulási gyakorisága általában véve alacsony, de ezek a szerek komoly károkat tudnak okozni. Erre utalhatnak azok a friss törökországi adatok, amelyek szerint a kábítószer okozta halálesetek számának általános növekedése részben a szintetikus kannabinoidok használatára vezethető vissza.

Halálesetekkel és akut mérgezésekkel összefüggésbe hozható szintetikus opioidok és szintetikus kannabinoidok

A kannabiszpiac változása új szakpolitikai kihívásokat von maga után

Európán belül továbbra is a kannabisz a legszélesebb körben használt tiltott kábítószer. A kábítószer jelentősége nyilvánvalóan kitűnik a lefoglalások, a kábítószer-bűncselekmények, az előfordulási gyakoriságra vonatkozó becslések és az új kezelési igények terén elfoglalt helyéből. Az amerikai kontinensen bekövetkezett fejlemények, köztük a kábítószer bizonyos joghatóságokban történő legalizálása nyomán gyors fejlődésnek indult a kereskedelmi kannabiszpiac. Ez a kábítószer hozzáférhető formái és a fogyasztást szolgáló szállítási rendszerek tekintetében innovációkhoz vezetett. Ezek közé tartoznak a nagy erősségű kannabiszfajták, az e-folyadékok és az ehető termékek. A legális rekreációs piacra olyan szabályozások társultak, amelyek egyes joggyakorlatok esetében lehetővé teszik a kannabiszhoz való, gyógyászati vagy terápiás célú hozzáférést. Az EMCDDA figyelemmel kíséri ezeket a fejleményeket, és magyarázó szakpolitikai összefoglalókat készít, rámutatva néhány ezekkel kapcsolatban felmerülő és Európában megvitatandó kérdéskörré. Ide tartozik annak a lehetősége is, hogy ennek a kábítószernek bizonyos új formái megjelenhetnek az európai kábítószerpiacon.

Az észak-amerikai fejlemények nyomán újból felmerült az érdeklődés, hogy milyen szerepet játszik a kannabisz a kábítószeres befolyásoltság alatti járművezetésben. 2017-ben az EMCDDA volt a házigazdája a kábítószeres befolyásoltság alatti vezetésről szóló harmadik nemzetközi szimpóziumnak. A találkozón részt vevő nemzetközi szakemberek által készített jelentés rámutatott a hatékony szakpolitikai válaszok kialakítása tekintetében ezen a téren felmerülő nehézségekre, ami az országokat érinti a kábítószer jogi megítélésétől függetlenül.

A további fontos szakpolitikai kérdések közé tartozik, hogy mi minősül a kannabiszsal kapcsolatos zavarok megfelelő kezelésének, hogyan lehet biztosítani a szakpolitikai szinergiát a dohányzás csökkentésére irányuló stratégiákkal, és mi számít hatékony ártalomcsökkentési megközelítésnek ezen a területen. A kannabiszfogyasztás európai előfordulási gyakorisága történelmileg továbbra is magas, és egyes uniós tagállamokban az utóbbi időben növekedés volt tapasztalható. A kábítószer hatóanyag-tartalma is magas, marihuána és gyanta formájában egyaránt, az elmúlt évtizedben bekövetkezett jelentős növekedést követően. A közegészségügyi problémák mellett aggályokat vet fel az is, hogy milyen hatással van ez a számottevő illegális piac a közbiztonságra, és miként segítheti a szervezett bűnözés finanszírozását. A kapcsolódó kérdések sokaságát figyelembe véve egyre összetettebb és egyre fontosabb feladat annak meghatározása, hogy mi minősül a legmegfelelőbb válasznak a kannabiszhasználat

vonatkozásában. Az EMCDDA elkötelezett az említett kérdésekkel kapcsolatos ismeretek javítására és az e kihívást jelentő szakpolitikai kérdéskörről történő megalapozott eszmecseréhez szükséges pontos, tudományos és pártatlan információk biztosítására.

Reagálás az opioidtúladagolásra: a naloxon szerepe

Európában továbbra is magas a kábítószer-túladagolás miatti halálesetek száma, és az esetek többségében opioidok állnak a háttérben. A fentanilszármazékok európai kábítószerpiacon való megjelenése növeli a naloxon opioid-antagonista vegyület hozzáférhetőségének bővítése mellett szóló, eleve jelentős érveknek a jelentőségét. Egyre több a tudományos bizonyíték arra, hogy ezen anyag szélesebb körű hozzáférhetősége – ha a túladagolás felismerésére és az arra való reagálásra irányuló képzéssel párosul – segítheti a halálesetek megelőzését az opioidhasználók körében. Ezért számos országban egyre inkább a túladagolás csökkentésére irányuló stratégia fontos elemeként ismerik el a naloxon biztosítását. A fentanilszármazékok hozzáférhetősége tovább növeli a kockázatokat ezen a téren, tekintettel a hatóanyag-tartalmukra, valamint arra, hogy opioidokhoz nem szokott egyének használhatják őket, illetve hogy kockázatot jelenthetnek a foglalkozásuk révén ezeknek az anyagoknak véletlenül kitett emberekre – például a bűnüldöző szervek tagjaira – nézve. Ezek a fejlemények rávilágítanak arra, hogy sürgősen felül kell vizsgálni a naloxonra vonatkozó jelenlegi elveket, és fokozni kell a kábítószer-használók és ezekkel a kábítószerekkel esetlegesen kapcsolatba kerülő szakemberek képzését és tudatosságának növelését. A felülvizsgálatok során azt is figyelembe kell venni, hogy az újfajta, nem injekciós kiszerezések, például az orrspray-k elősegíthetik a naloxon szélesebb körű alkalmazását.

Börtönök: a válaszlépések alkalmazásának fontos színtere

Az EMCDDA *Health and social responses to drug problems: a European guide (A kábítószer-problémákra adott egészségügyi és szociális válaszok: európai kalauz)* című kiadványának egyik témája a büntető igazságszolgáltatási intézményeken belüli kábítószer-használatra adott reakció. A korábban opioidokat használó személyek esetében

Európán belül továbbra is a kannabisz a legszélesebb körben használt tiltott kábítószer

KÖRKÉP – BECSLÉSEK AZ EURÓPAI UNIÓN BELÜLI KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLATRÓL

Kannabisz



Felnöttek (15–64 év)

Elözó évi használat **24,0 millió**
7,2 %



Élet-prevalencia **87,6 millió**
26,3 %



Fiatal felnöttek (15–34 év)

Elözó évi használat **17,2 millió**
14,1 %



Országos becslések az elözó évi használatról

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

Kokain



Felnöttek (15–64 év)

Elözó évi használat **3,5 millió**
1,1 %



Élet-prevalencia **17,0 millió**
5,1 %



Fiatal felnöttek (15–34 év)

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



Országos becslések az elözó évi használatról

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

MDMA



Felnöttek (15–64 év)

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



Élet-prevalencia **13,5 millió**
4,1 %



Fiatal felnöttek (15–34 év)

Elözó évi használat **2,2 millió**
1,8 %



Országos becslések az elözó évi használatról

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

Amfetaminszármazékok



Felnöttek (15–64 év)

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



Élet-prevalencia **11,9 millió**
3,6 %



Fiatal felnöttek (15–34 év)

Elözó évi használat **1,2 millió**
1,0 %



Országos becslések az elözó évi használatról

Legalacsonyabb **0 %** | Legmagasabb **3,6 %**

Opioidok

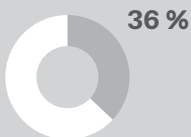


Nagy kockázatu opioidhasználók

1,3 millió

Gyógykezelési igények

Az Európai Unióban az összes drogfogyasztói kezelési igény kb. **36%**-ában szerepel fő kábítószerként



628 000

2016-ban opioidhasználó részesült helyettesítı kezelésben

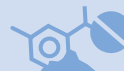
Halálos kimenetelü túladagolások

84%



A halálos kimenetelü túladagolások **84%**-ában mutatnak ki opioidokat

Új pszichoaktív anyagok



15–16 éves diákok 24 európai országban

Elözó évi használat **3,0 %**



Élet-prevalencia **4,0 %**



Forrás: ESPAD jelentés, 2015, Kiegészítı táblázatok.

Megjegyzés: A teljes adatsort és a módszertanra vonatkozó információkat lásd a jelentéshez tartozó online [statistikai közlönyben](#).

a börtönből való szabadulás időszaka különösen magas kockázattal jár. Ennek kezelése érdekében több ország innovatív programokat dolgozott ki, amelyek keretében naloxont biztosítanak és képzést nyújtanak a börtönből szabadulók számára. A naloxon biztosítása mellett további kulcsfontosságú válaszlépés ezen a területen a megfelelő közösségi ellátó és szociális támogató szolgálatokhoz való irányítás. Ez rámutat általában véve a büntető igazságszolgáltatási rendszer és konkrétan a börtönkörnyezet szerepére, mivel azok kritikus jelentőségű helyszínek a magas kockázatú kábítószer-használók problémáinak megoldásában. A közösség szempontjából komoly előnnyel járhat, ha a börtönből való szabadon bocsátásuk előtt felméri a kábítószer-használókat, és kezelik az egészségügyi és szociális szükségleteiket.

Jó példa erre, hogy milyen hasznos lehet a börtönpopuláció körében előforduló fertőző betegségek szűrésének és kezelésének kiterjesztése. Ez a hepatitis C vírus felszámolására irányuló uniós kötelezettségvállalás nyomán különösen fontossá vált. Ez a fertőzés túlnyomórészt az intravénás kábítószer-használattal terjed. Mára már elérhető új, eredményes terápiák, de továbbra sem könnyű biztosítani a fertőzöttek hozzáférését. A börtönök és a kábítószer-használókat kezelő szolgálatok fontos szerepet játszanak a hepatitis C vírussal fertőzöttek azonosításában. Az EMCDDA 2018-ban egy új kezdeményezést fog támogatni, amelynek célja a figyelem felkeltése és a hepatitis C szűrésen és kezelésen való részvétel ösztönzése, hogy ezáltal orvosolni lehessen ezt a kábítószerrel összefüggő jelentős problémát.

Fontos, hogy a nyomon követés továbbra is fogékony legyen a kábítószer-problémák változására

Bár egyre több adat áll rendelkezésre az új pszichoaktív anyagokról, továbbra is nagyon nehéz felbecsülni az ilyen anyagok iránti európai keresletet. Tovább fokozza ezeket a nehézségeket, ha tekintetbe vesszük a nem rendeltetésszerűen használt, hamis vagy engedéllyel nem rendelkező gyógyszerekkel való visszaélést.

Ezzel kapcsolatban fontos megfigyelés az, hogy a jelenlegi nyomonkövetési eszközeink figyelmen kívül hagyhatnak bizonyos jelentős, a kábítószer-fogyasztási mintázatokban végbemenő változásokat. Ahhoz, hogy lépést lehessen tartani ezekkel a változásokkal, további beruházásokra van szükség a bevett és az új nyomonkövetési megközelítések terén, ideértve például a szennyvízelemzést, az internetes felméréseket és a tendenciákat felmérő tanulmányokat. Az EMCDDA nemrégiben tette közzé egy éves értékelés észrevételeit, amely 19 európai ország városaiban vizsgálta a kábítószer-maradványokat a begyűjtött szennyvízben. A dokumentum rámutatott, milyen hasznosak ezek a kiegészítő információforrások ahhoz, hogy a hagyományosabb adatforrásokhoz képest aktuálisabb képet lehessen adni a kábítószerrel kapcsolatos tendenciákról.

Az Európán belüli adatgyűjtés támogatása mellett az Európai Unió arra is törekszik, hogy segítsen a harmadik országoknak saját nyomonkövetési képességük fejlesztésében. Az erre irányuló kezdeményezések közé tartoznak az uniós tagjelölt, potenciális tagjelölt és szomszédos országok számára biztosított, az Európai Bizottság által finanszírozott technikai segítségnyújtási projektek. Ezek a tevékenységek nemcsak azért fontosak, mert a kábítószer-problémák tovább bonyolítják az Unióval határos országokban tapasztalható egészségügyi és biztonsági problémákat, hanem azért is, mert az ezekben az országokban bekövetkező fejlemények kölcsönhatásban állnak a tagállamokban jelentkező kábítószer-problémákkal, és hatással vannak azokra. Az idei európai kábítószer-jelentésben bemutatott elemzés ezért kifejezetten elismeri, hogy ahhoz, hogy megértsük, milyen jelenlegi és jövőbeni kihívásokat támaszt a kábítószer-használat Európa egészség- és biztonságpolitikai napirendje tekintetében, a kérdéskör globális dimenzióival is tisztában kell lennünk.

1

**Világszinten nézve Európa
a kábítószeresek fontos
piacai közé tartozik**

Kábítószer-kínálat és a piac

Világszinten nézve Európa a kábítószerek fontos piacai közé tartozik, amelyet belföldi előállítással és a világ más régióiból történő csempészetrel látnak el. Dél-Amerika, Nyugat-Ázsia és Észak-Afrika az Európába érkező tiltott kábítószerek fontos forrásterületei, Kína pedig az új pszichoaktív szerek forrásországa. Ezenkívül a kábítószerek és prekurzorok egy részét Európán keresztül más kontinensekre szállítják tovább.

A kannabisz és a szintetikus kábítószerek szempontjából Európa előállító és termelőterület is: a kannabisztermelés nagyrészt helyi fogyasztásra szolgál, a szintetikus kábítószerek egy részét viszont a világ más részeire szánt exportra állítják elő.

A kannabisznak, a heroinnak és az amfetaminszármazékoknak sok európai országban már az 1970-es és 1980-as évek óta számottevő piaca van. Idővel más anyagok is teret nyertek, köztük az 1990-es években az MDMA és a kokain. Az európai kábítószerpiac folyamatosan változik; az elmúlt évtizedben számos új pszichoaktív anyag jelent meg. A kábítószerek piacán bekövetkezett, jórészt a globalizációval és az új technológiával összefüggő legfrissebb fejlemények közé tartozik a kábítószerek

előállítási, termesztési és csempészési módszereiben zajló innováció, az új kereskedelmi útvonalak és az online piac térnyerése.

A kábítószerpiac, a kínálat és a jogszabályok megfigyelése

Az ebben a fejezetben bemutatott elemzés a kábítószerek lefoglalásairól, kábítószer-prekurzorok lefoglalásairól és a feltartóztatott szállítmányokról, a felszámolt kábítószer-termelő létesítményekről, a kábítószerekre vonatkozó törvényekről, a kábítószer-bűncselekményekről, a kábítószerek kiskereskedelmi áráról, tisztaságáról és hatóanyag-tartalmáról közölt adatokon alapul. A tendenciák elemzését néhány esetben megnehezíti, hogy kulcsfontosságú országok esetében 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 közlönyben találhatóak.

Ugyancsak itt ismertetjük az új pszichoaktív szerek bejelentéseire és lefoglalásaira vonatkozó adatokat, amelyeket az EMCDDA és az Europol nemzeti partnerei jelentettek be az EU korai előrejelző rendszere felé. Mivel ez az információ esetbejelentésekből, nem pedig rutin megfigyelési rendszerekből származik, a lefoglalási becslések a minimumot jelentik. A korai előrejelző rendszer működésének teljes leírása az EMCDDA weboldalán az [Action on new drugs \(Új kábítószerekkel kapcsolatos fellépések\)](#) menüpontban olvasható.

ÁBRA 1.1

A tiltott kábítószeres piaci Európában: összetett és többrétű kérdés

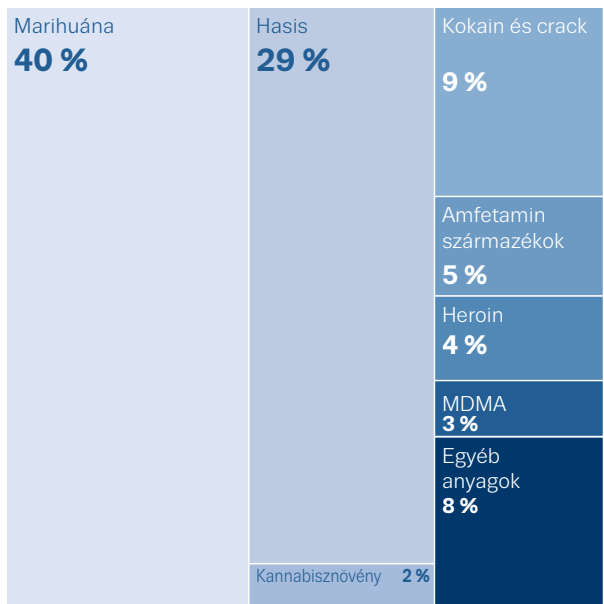
A tiltott kábítószeres piaci komplex termelési és értékesítési rendszerek, amelyek különböző szinteken hatalmas pénzüsszegeket generálnak. A piacot jellegéből adódóan nehéz megfigyelni. Konzervatív becslések szerint azonban a tiltott kábítószeres uniós kiskereskedelmi piaca 2013-ban 24 milliárd eurót tett ki, ezen belül a kannabisz részaránya a legmagasabb (38%), ezt követi a heroin (28%) és a kokain (24%).

Bár továbbra is az offline piacok dominálnak, az utóbbi években a tiltott kábítószeres értékesítési és terjesztési platformjaként nőtt az online piacok jelentősége. Ez új lehetőségeket nyújt a piaci tevékenység egyik szegmensének nyomon követésére. Az EMCDDA és az Europol egyik közelmúltbeli elemzése több mint 100 globális piacot azonosított a darkneten, ahol az eladók és a vásárlók különféle technológiákat használnak személyazonosságuk álcázására. Becslések szerint az e piacokon zajló vásárlások kétharmada kábítószeresekhez kapcsolódik. Az ezeken a piacokon 2011 és 2015 között kábítószeres értékesítésével elért bevétel mintegy 46%-a uniós székhelyű beszállítókhöz köthető, többségében németországi, hollandiai és egyesült királyságbeli eladókkal. A darknetes európai kábítószer-eladások többségében stimuláns kábítószeres szerepelnek. A darknetes piacok elsősorban a kis mennyiségben vagy közvetlenül a fogyasztók számára történő értékesítést segítik elő, noha az egyik piactér, az Alphabay elemzéséből kitűnt, hogy más kábítószeresekhez képest az MDMA-vásárlások háttérben nagyobb arányban állhat további eladási szándék.

Több mint egymillió kábítószer-lefoglalás

A tiltott kábítószeres bűnüldöző hatóságok általi lefoglalásai a kábítószerpiacok fontos mutatói; 2016-ban több mint 1 millió kábítószer-lefoglalásról érkezett bejelentés Európában. A legtöbb bejelentett lefoglalás esetében a szerhasználóktól elkobzott kis mennyiségekről volt szó. A lefoglalt kábítószeres teljes mennyiségének túlnyomó részét azonban a kereskedőktől és termelőktől lefoglalt több kilogrammos drogszállítmányok teszik ki. A leggyakrabban lefoglalt kábítószer a kannabisz, amely az összes európai lefoglalás több mint 70%-át teszi ki (1.1. ábra). A legnagyobb számú lefoglalást bejelentő három ország – amelyek együttvéve az Európai Unión belüli összes kábítószer-lefoglalás több mint 60%-át adják – Spanyolország, az Egyesült Királyság és Franciaország.

A bejelentett kábítószer-lefoglalások száma, kábítószeres szerinti bontás, 2016



Ugyanakkor Hollandiára és Lengyelországra vonatkozóan nem állnak rendelkezésre adatok a lefoglalások számáról, míg Németország, Írország és Szlovénia esetében a legfrissebb adatok 2015-ből származnak, ami valamivel bizonytalanabbá teszi az elemzést.

Kannabisz: a hasislefoglalások vannak túlsúlyban, de a marihuána mennyisége növekszik

Az európai kábítószerpiacon két fő kannabisztermék van jelen: a növényi kannabisz (marihuána) és a kannabiszgyanta (hasis), a kannabiszolaj ezzel szemben viszonylag ritka. A tiltott kábítószeres kiskereskedelmi piacán az Európai Unióban a kannabisztermékek részaránya a legmagasabb (38%), becsült minimális értéke 9,3 milliárd EUR (valószínűleg 8,4 milliárd és 12,9 milliárd EUR között mozog). Az Európában fogyasztott marihuána egyrészt Európán belüli termesztésből, másrészt külső országokból származik. Európában a marihuánát túlnyomórészt zárt térben termesztik. A hasist – bár egyre nagyobb arányban állítják elő Európában – túlnyomórészt importálják, főként Marokkóból, Líbia pedig a jelentések szerint a hasiscsempészet fontos csomópontjává vált. Emellett a Nyugat-Balkán is a marihuána és a kannabiszolaj egyik forrása.

Az Európai Unióban 2016-ban 763 000 esetben jelentették kannabisztermékek lefoglalását, ebből 420 000 esetben marihuána, 317 000 esetben hasis és 22 000 esetben kannabisznövény került lefoglalásra. A marihuána lefoglalásainak száma 2009 óta meghaladja a hasisét, de 2011 óta mind a hasis, mind a marihuána lefoglalása viszonylag stabil tendenciákat mutat (1.2. ábra). A lefoglalt hasis mennyisége azonban még mindig több mint háromszorosa a marihuána mennyiségének (424 tonna a 124 tonnával szemben). Ennek részben az lehet az oka, hogy a hasist többnyire nagy mennyiségben csempézik, nagy földrajzi távolságokon és országhatárokon át, így a lefoglalás kockázata nagyobb. A lefoglalt kannabisz mennyiségének elemzése alapján az országok egy kis csoportjának különösen nagy a jelentősége abból eredően, hogy a fő kannabiszcsempész útvonalak mentén helyezkednek el. Spanyolország például a Marokkóban előállított hasis fő belépési helyeként a 2016-ban az Európai Unióban lefoglalt teljes mennyiség háromnegyedét jelentette be (1.3. ábra).

A 2016-ban lefoglalt marihuána mennyiségének növekedése részben a Spanyolország, Görögország és Olaszország által jelentett növekedéssel függ össze. 2016-ban Törökország is nagyobb mennyiségű (111 tonna) marihuána lefoglalását jelentette 2015-höz képest.

A kannabisznövények lefoglalását az országban folyó kábítószer-termesztés egyik mutatójának lehet tekinteni. A jelentéstételi gyakorlatok és a bűnüldöző szervek prioritásai és erőforrásai tekintetében az országok között fennálló különbségek miatt azonban a kannabisznövények lefoglalásainak értelmezésekor indokolt az óvatosság. Az Európában lefoglalt növények száma 2015-ben volt a legmagasabb 11,5 millió növényrel, ami az abban az évben Hollandiában végrehajtott intenzív lefoglalásokra vezethető vissza, ami 2016-ban 3,3 millió növényre – a korábbi évekhez hasonló szintre – esett vissza. 2016-ban 1200 esetben jelentették kannabiszolaj lefoglalását, ami majdnem négyszerese a 2015-ben bejelentetteknek; a legnagyobb

KANNABISZ



HASIS

Lefoglalások

Szám

317 000 EU  **332 000** EU + 2

Mennyiség

424 EU  **463** EU + 2

Ár

(EUR/g)



MARIHUÁNA

Lefoglalások

Szám

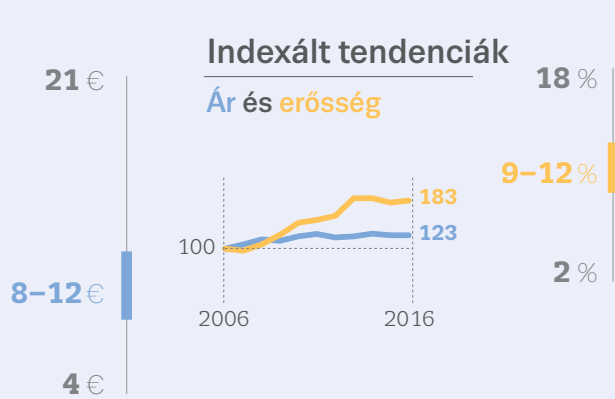
420 000 EU  **454 000** EU + 2

Mennyiség

124 EU  **235** EU + 2

Ár

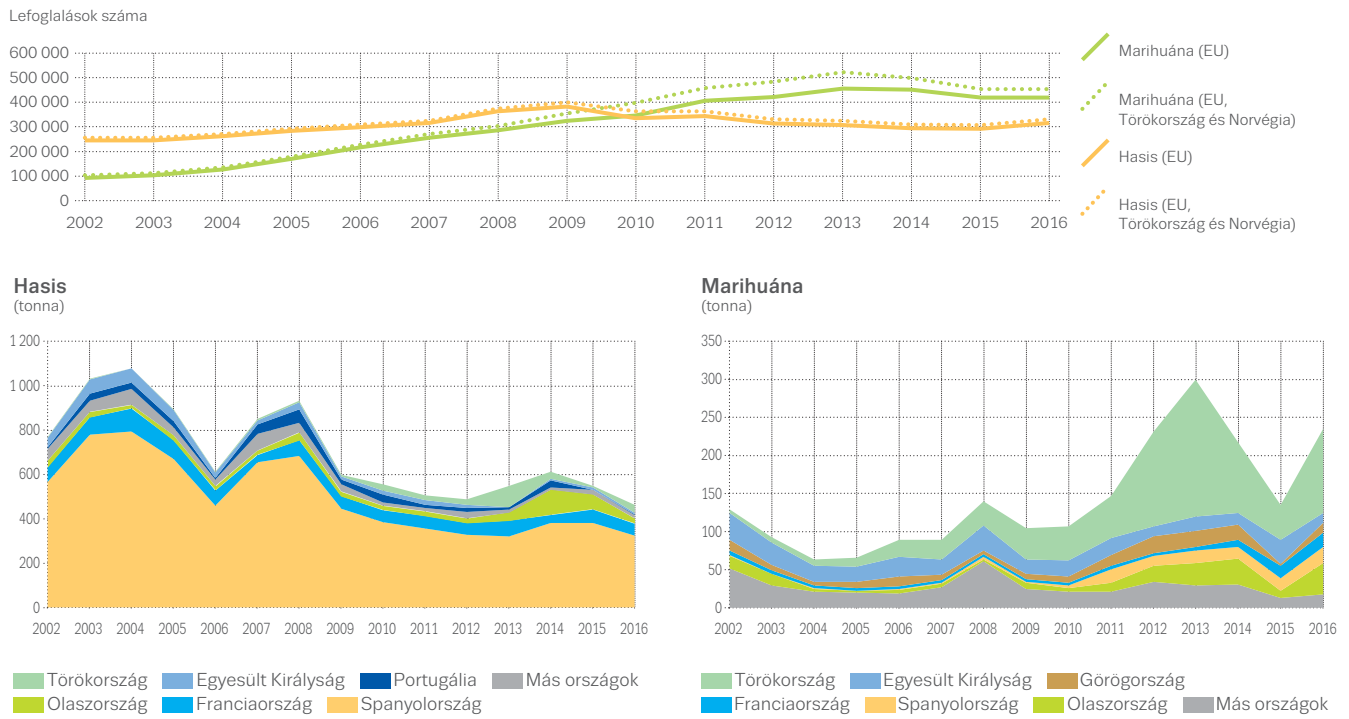
(EUR/g)



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

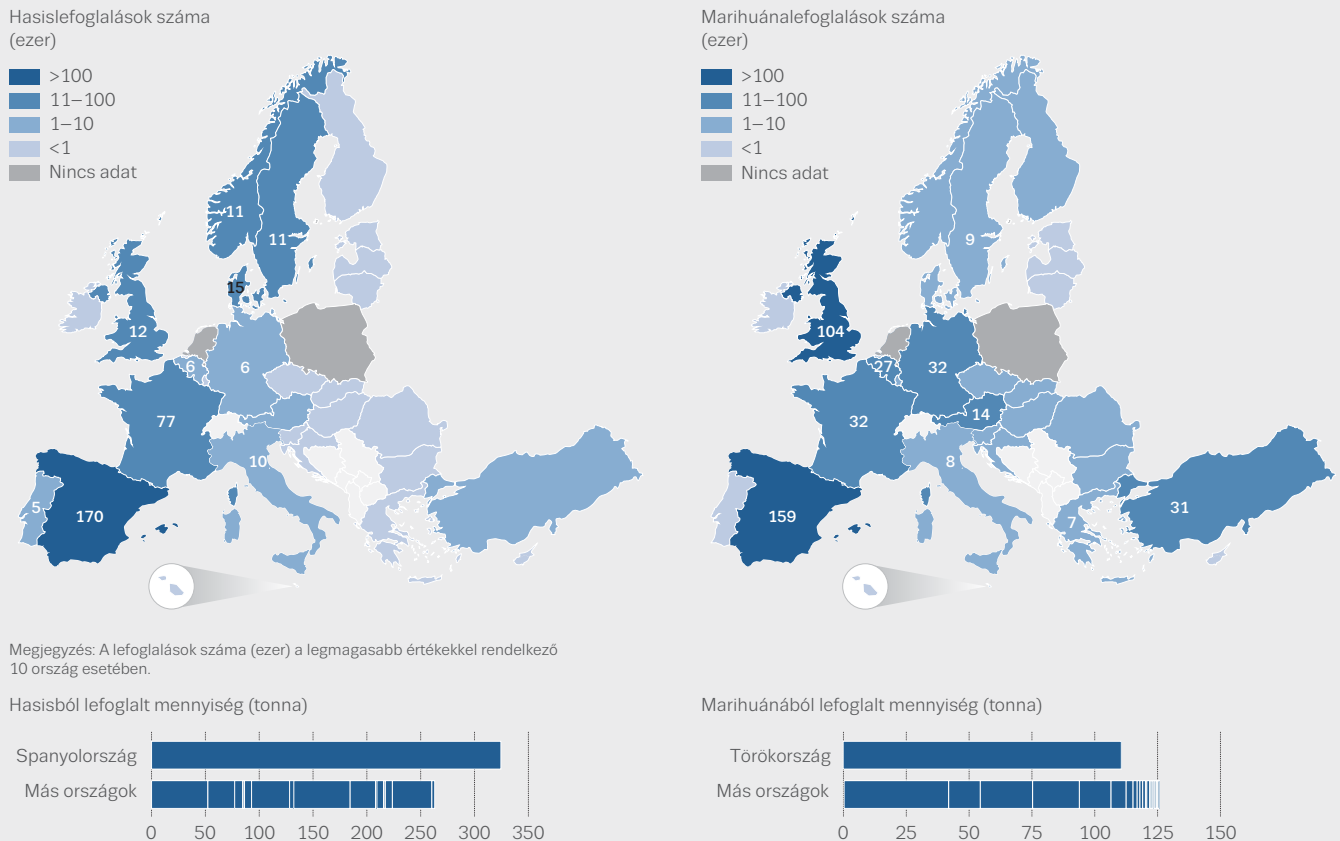
ÁBRA 1.2

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



ÁBRA 1.3

A hasis és a marihuána lefoglalásai, 2016 vagy a legutolsó év



mennyiségek lefoglalása Törökországban (53 liter) és Dániában (14 liter) történt.

A rendszeres adatközlő országok körében az indexált tendenciák elemzése következetesen azt mutatja, hogy a marihuána és a hasis hatóanyag-tartalma (a tetrahidrokannabinol-, azaz a THC-tartalom) 2006 óta nagymértékben nőtt. A hatóanyag-tartalom 2013-ig mindkét kannabisztípus esetében növekedett; akkor a marihuána hatóanyag-tartalma stabilizálódott, míg a hasisé tovább nőtt. A hasis hatóanyag-tartalmának növekedése többek között abból adódhat, hogy intenzív termelési technikákat vezettek be Európán belül, magas hatóanyag-tartalmú növényeket és új technikákat kezdtek alkalmazni Marokkóban, és új több törzsű vagy hibrid növényi alapú hasistermékek jelentek meg. Miközben a hasis hatóanyag-tartalma átlagban meghaladja a marihuánáét, az adatok azt mutatják, hogy áruk hasonló.

| Heroin-lefoglalások: csökkenő mennyiség

Az uniós kábítószerpiacon a heroin a leggyakoribb opioid, amelynek becsült minimális kiskereskedelmi értéke 2013-ban 6,8 milliárd EUR volt (valószínűleg 6,0 milliárd és 7,8 milliárd EUR között mozgott). Európában az importált heroin hagyományosan két formában érhető el, ezek közül a gyakoribb a nyers heroin (a heroin bázis formája), amely többnyire Afganisztánból származik. Sokkal ritkább forma a fehér heroin (só forma), amely régebben Délkelet-Ázsiából származott, de ma már Afganisztánban vagy a szomszédos országokban is előállíthatják. Az illegális piacokon elérhető egyéb opioidok közé tartozik az ópium, valamint a morfin,

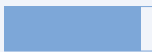
metadon, buprenorfin, tramadol gyógyszerek és a különféle fentanilszármazékok. Az opioidok egy részét feltehetőleg legális gyógyszer szállományokból térítik el, másokat viszont illegálisan gyárthatnak.

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 opiátermelés a közelmúltig hagyományosan az egyes keleti országokban előállított házi mákkészítményekre korlátozódott. Az utóbbi években Hollandiában, Spanyolországban és a Cseh Köztársaságban több olyan laboratóriumot is felderítettek, ahol morfint heroinná alakítottak, ami utal arra, hogy Európában is előállíthatnak valamennyi heroint. Ez a változás azt tükrözheti, hogy a beszállítók csökkenteni próbálják a költségeket azáltal, hogy a heroin előállításának utolsó szakaszait Európában hajtják végre, ahol az ópiumtermelő országokhoz képest olcsóbban elérhetők az olyan prekursorok, mint az ecetsav-anhidrid. A kábítószernek a fogyasztói piachoz közel történő gyártása a lefoglalás kockázatának csökkentését is szolgálhatja.

HEROIN

Lefoglalások

Szám

38 000 EU  **47 000** EU + 2

Mennyiség

4,3 EU  **9,9** EU + 2

Ár

(EUR/g)

140 €
35–65 €
22 €

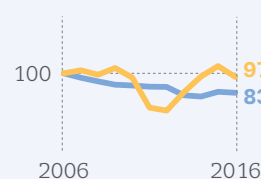
Tisztaság

(%)

41 %
15–29 %
11 %

Indexált tendenciák

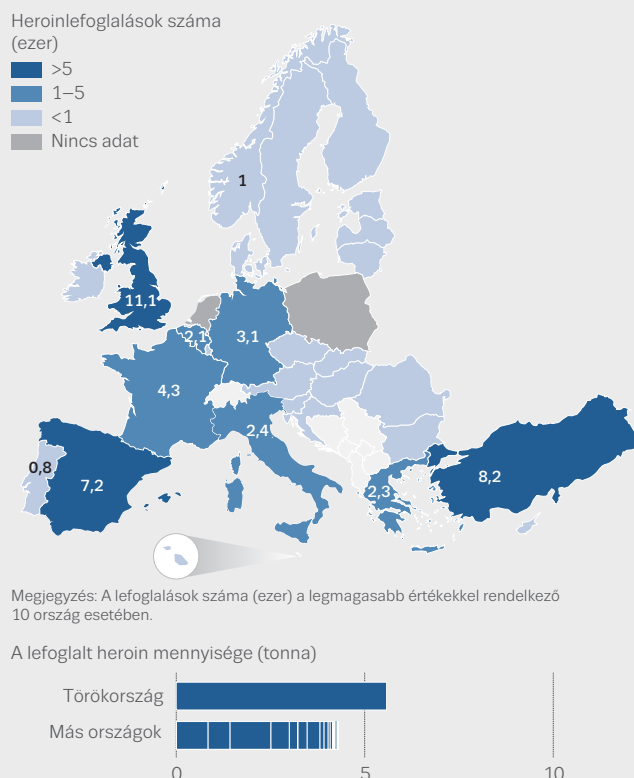
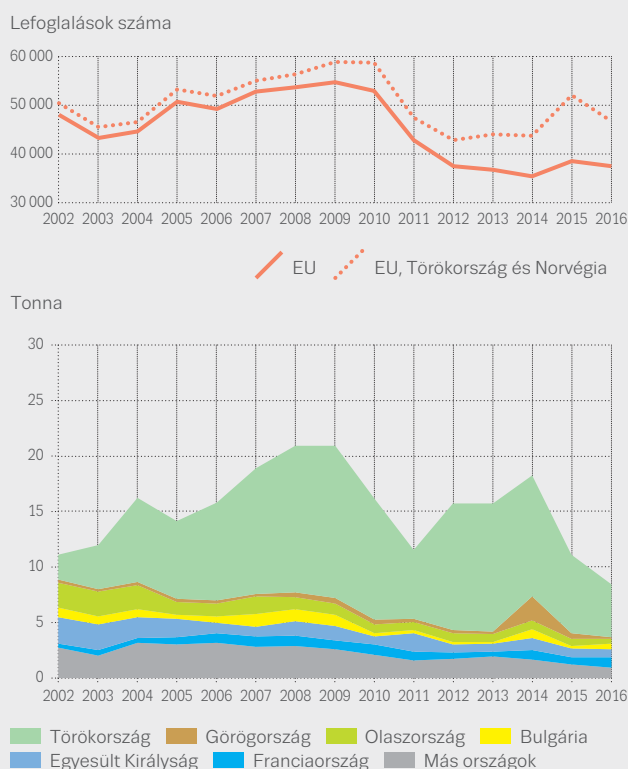
Ár és tisztaság



Megjegyzés: Az EU + 2 az uniós 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.

ÁBRA 1.4

A heroinlefgoglalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák és 2016 vagy a legutolsó év



A heroin Európába négy fő csempészútvonalon lép be. A két legfontosabb az úgynevezett „balkáni folyosó” és a „déli útvonal”. Az előbbi Törökországon keresztül halad a balkáni országokba (Bulgária, Románia vagy Görögország), majd tovább Közép-, Dél- és Nyugat-Európába. A balkáni folyosónak egy elágazása is megjelent, 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 afrikai országokon keresztül. A további útvonalak közé tartozik az „északi folyosó” és a Dél-Kaukázuson és a Fekete-tengeren átvezető út.

2010/2011-ben a heroin több európai ország kábítószerpiacán korlátozottan volt elérhető, amit az mutatott, hogy 2009 és 2014 között a lefgoglalások száma általánosan csökkent, mielőtt 2015-ben és 2016-ban stabilizálódott. 2002 és 2014 között az Európai Unióban

TÁBLÁZAT 1.1

A herointól eltérő opioidok lefgolásai 2016-ban

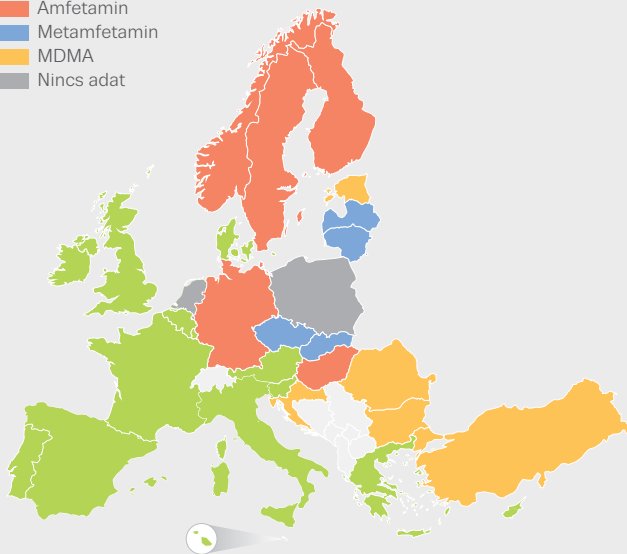
Opioid	Szám	Mennyiség			Országok száma
		Kilogramm	Liter	Tabletta	
Metadon	1 245	21,75	1,84	115 906	16
Buprenorfin	3 523	1,94	0,0005	69 373	16
Tramadol	3 553	2,03		63 412 688	16
Fentanilszármazékok	738	1,55	1,2	11 792 (*)	12
Morfin	225	11,08		4 201	13
Ópium	335	327,5			10
Kodein	339	20,65		9 506	9
Oxikodon	12	0,005		107	6

(*) Tapasz vagy bélyeg.

ÁBRA 1.5

Az Európában leggyakrabban lefoglalt stimuláns, 2016 vagy a legfrissebb adatok

- Kokain
- Amfetamin
- Metamfetamin
- MDMA
- Nincs adat



leforgalt heroin mennyisége a felére, 10 tonnáról 5 tonnára csökkent, majd az elmúlt években stabilizálódott, 2016-ban 4,3 tonnát vettek nyilvántartásba. Törökországban továbbra is több heroint foglalnak le, mint az összes európai országban együttvéve (1.4. ábra), noha a Törökországban leforgalt heroin mennyisége a 2015-ös 8,3 tonnáról 2016-ban 5,6 tonnára esett vissza. A rendszeres adatközlő országok körében az indexált tendenciák azt mutatják, hogy a 2012-es mélypontot követő gyors növekedés időszaka után a heroin hatóanyag-tartalma 2015-höz képest 2016-ban csökkent Európában, az ár pedig egy évtizede mérséklődik.

A heroin mellett az európai országokban más opioidtermékeket is leforgaltak, de ezek az összes leforgalásnak csak töredékét képviselik. A leggyakrabban leforgalt egyéb opioidok az opioid gyógyszerek, azaz a tramadol, a buprenorfin és a metadon (lásd az 1.1. táblázatot). 2016-ban a leforgalt tramadoltabletták száma nagymértékben nőtt, és fentanilszármazékokat is sokkal nagyobb mennyiségben foglaltak le.

A stimulánsok európai piaca: regionális különbségek

Az Európában hozzáférhető tiltott stimuláns kábítószeresek közül a legfontosabb a kokain, az amfetamin, a metamfetamin és az MDMA. A stimulánsok piacának kiskereskedelmi értékét 2013-ban 6,3 milliárd és 10,2 milliárd EUR közé becsülték az Európai Unióban. Szembetűnő regionális különbségek figyelhetők meg abban a tekintetben, hogy melyik a leggyakrabban leforgalt stimuláns (1.5. ábra), amit befolyásol a belépési kikötők és a csempészútvonalak, a fontosabb előállítóközpontok és a nagy fogyasztói piacok elhelyezkedése. Sok nyugati és déli országban a kokain a leggyakrabban leforgalt stimuláns, míg Észak- és Kelet-Európában az amfetaminszármazékok és az MDMA leforgalásai vannak túlsúlyban.

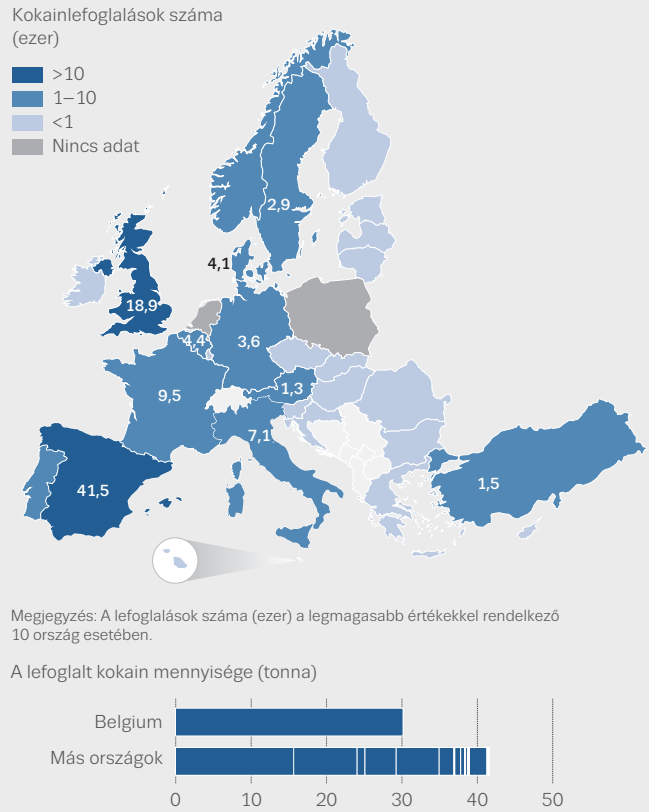
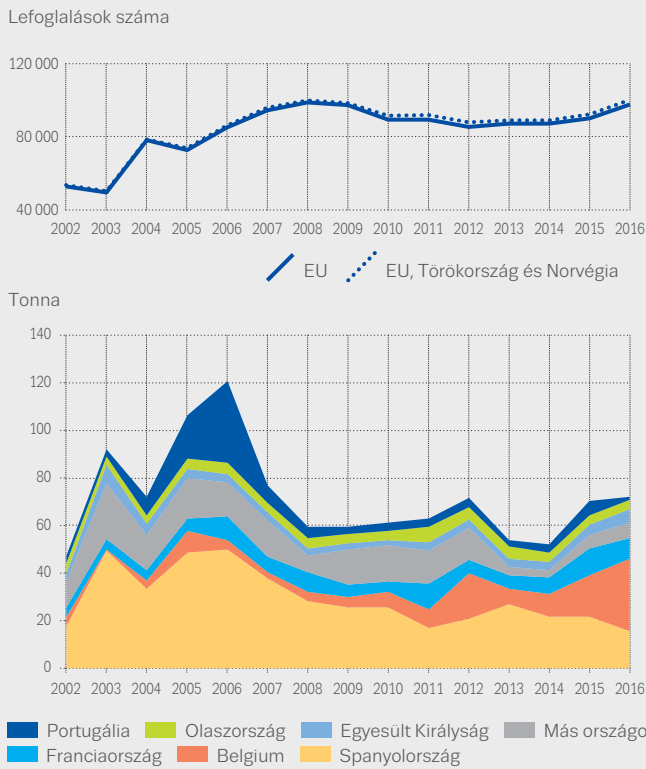
Kokainpiac: folytatódó fellendülés

A kokainhoz Európában két formában lehet hozzájutni, ezek közül a leggyakoribb a kokainpor (a só forma), a kevésbé elterjedt a kábítószer (szabad bázisú) hevítéssel szívható formája, a crack kokain. A kokacserje leveleiből előállított kokaint elsősorban Bolíviában, Kolumbiában és Peruban termesztik. A kokaint különféle módokon szállítják Európába, többek között személyszállító repülőgépeken, légi áru fuvarozás, postai szolgáltatások, magán légi járművek, jachtok és konténeres tengeri fuvarozás útján. A kokain kiskereskedelmi piacának értékét 2013-ban legalább 5,7 milliárd euróra becsülték az Európai Unióban.

**Az uniós kábítószerpiacon
a heroin a leggyakoribb opioid**

ÁBRA 1.6

A kokainlefogalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák és 2016 vagy a legutolsó év



2016-ban összesen körülbelül 98 000 kokainlefogalást jelentettek az Európai Unióban, 70,9 tonna mennyiségben. Az előző évhez képest kismértékben nőtt a 2016-ban lefoglalt kokain mennyisége és jelentősebben növekedett a lefogalások száma (lásd az 1.6. ábrát). A 2016-ban az Unióban lefoglalt becsült mennyiség 43%-ával, mintegy

30 tonna kokain lefogalásával Belgium jelentette a legtöbb lefogalást, a második helyre szorítva Spanyolországot (15,6 tonna). Össességében Franciaország (8,5 tonna), és az Egyesült Királyság (5,7 tonna) is több mint 5 tonna kábítószer lefogalását jelentette. Általánosságban az indexált tendenciák azt mutatják, hogy a kokain hatóanyag-

KOKAIN

Lefoglalások

Szám

98 000 EU **100 000** EU + 2

Mennyiség

70,9 EU **71,8** EU + 2

Ár

(EUR/g)

105 €
57-76 €
44 €

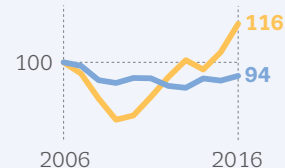
Tisztaság

(%)

84 %
51-73 %
40 %

Indexált tendenciák

Ár és tisztaság



Megjegyzés: Az EU + 2 az uniós 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.

tartalmának 2010 óta látható folyamatos növekedése 2016-ban is folytatódott, aminek következtében a kokain hatóanyag-tartalma elérte az elmúlt évtizedben mért legmagasabb szintet.

2016 folyamán Európában más kokatermékeket is lefoglaltak, köztük 569 kilogramm kokaintartalmú folyadékot és 3 kilogramm kokalevelet. Emellett az, hogy Spanyolországban 79 kilogramm, Olaszországban pedig további 7 kilogramm kokasztatát foglaltak le, arra utal, hogy Európában vannak olyan illegális laboratóriumok, ahol kokain-hidrokloridot állítanak elő. Ez a fejlemény azt jelzi, hogy egyes bűnszervezetek változtattak termelési stratégiáikon, mivel az Európában talált kokainlaboratóriumok korábban többnyire másodlagos kivonással foglalkoztak, azaz a kokaint visszanyerték azokból az anyagokból, amelyekbe előzőleg beépítették (például borból, ruhákból, műanyagból).

Kábítószer-előállítás: a prekursor vegyületek fejlődése

A kábítószer-prekursorok a tiltott kábítószerek előállításához szükséges vegyi anyagok. Mivel közülük 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 (azaz felveszik őket az ellenőrzött anyagok jegyzékébe). A prekursorok hozzáférhetősége nagy hatást gyakorol a szintetikus kábítószerek piacára, akár csak az illegális laboratóriumokban alkalmazott előállítási módszerekre. A termelési technikák az ellenőrzések megkerülése érdekében folyamatosan fejlődnek, és a változtatások rendszerint a jegyzékekben nem szereplő vegyi anyagok szintetikus kábítószerek vagy prekursoraik előállításához való felhasználását foglalják magukban, amint az a nemrégiben felfedezett N-t-BOC-MDMA (N-terc-butiloxikarbonil-MDMA) esetében is történt. A további feldolgozáshoz több vegyi anyagra van szükség és eredményeként több hulladék keletkezik, ami környezeti károkhhoz vezethet.

A kábítószer-prekursorok lefoglalásaira és feltartóztatott szállítmányaira vonatkozó adatok megerősítik, hogy a jegyzékekben szereplő és nem szereplő vegyi anyagokat az Európai Unióban tiltott kábítószerek, 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 48 000 kilogrammról 2016-ban

TÁBLÁZAT 1.2

Az Európai Unióban előállított, kiválasztott szintetikus kábítószerekhez használt, uniós jegyzékekben szereplő prekursorok és jegyzékekben nem szereplő vegyi anyagok lefoglalásai és a feltartóztatott szállítmányok, 2016

Jegyzékekben szerepel/ jegyzékekben nem szerepel	Lefoglalások		Feltartóztatott szállítmányok		ÖSSZESEN	
	Szám	Mennyiség	Szám	Mennyiség	Szám	Mennyiség
MDMA vagy rokon anyagok						
PMK (liter)	8	1 077	0	0	8	1 077
Szaflor (liter)	5	63	0	0	5	63
Piperonál (kg)	2	1	4	7 700	6	7 701
A PMK glikogénszármazékai (kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	123	0	0	1	123
Amfetamin és metamfetamin						
Efedrin, ömlesztve (kg)	33	64	0	0	33	64
BMK (liter)	24	2 506	0	0	24	2 506
Pseudoefedrin, ömlesztve (kg)	12	20	0	0	12	20
APAAN (kg)	7	597	0	0	7	597
PAA, fenilecetsav (kg)	0	0	5	112	5	112
APAA (kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
A BMK glikogénszármazékai (kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

nagyjából 600 kilogrammra estek vissza. A szintén könnyen BMK-vá alakítható alternatív vegyi anyagok, így az APAA (alfa-fenilacetoacetamid) és a BMK glikogénszármazékainak lefoglalásáról először 2015-ben érkeztek bejelentések, és ezek száma 2016-ban meredeken emelkedett.

A PMK (piperonil-metil-ke-ton), valamint az MDMA előállításához használt, jegyzékekben nem szereplő vegyi anyagok tekintetében a lefoglalások 2016-ban nőttek. A PMK franciaországi és a PMK glikogénszármazékainak bulgáriai lefoglalásai, valamint a prekürszállítmányok spanyolországi feltartóztatásai a csempészútvonalak diverzifikálására utalnak.

Amfetamin és metamfetamin: a lefoglalások szintje változatlan

Az amfetamin és a metamfetamin szintetikus stimuláns kábítószer, amelyek gyakran az „amfetaminszármazékok”

gyűjtőfogalom alatt szerepelnek, így egyes adatkészletekben nehéz lehet elkülöníteni őket. A lefoglalások az elmúlt évtized folyamán azt jelezték, hogy a metamfetamin hozzáférhetősége növekedett, de még így is sokkal alacsonyabb, mint az amfetaminé.

Európában mindkét kábítószer az európai piacra állítják elő. Vannak arra utaló jelek, hogy az amfetamin előállítása nagyrészt Belgiumban, Hollandiában és Lengyelországban zajlik, kisebb részben pedig a balti államokban és Németországban. Ezen országok közül némelyik olyan laboratóriumok felszámolásáról tett bejelentést, ahol az előállítás utolsó szakasza zajlott, amikor az amfetaminbázis olajat amfetamin-szulfáttá alakítják. Ez arra utal, hogy a gyártási folyamat e szakaszának helyszíne áthelyeződik, ami azzal állhat összefüggésben, hogy egyes csoportok a lefoglalás elkerülése érdekében inkább csempésznek folyadékokat, mint készterméket.

AMFETAMINSZÁRMAZÉKOK



AMFETAMIN

Lefoglalások

Szám

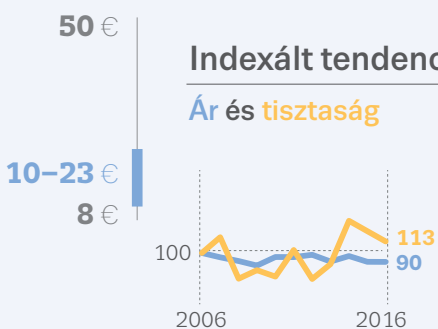
34 000 EU  **39 000** EU + 2

Mennyiség

5,7 EU  **9,5** EU + 2

Ár

(EUR/g)



Tisztaság

(%)

61 %
20–31 %
14 %

METAMFETAMIN

Lefoglalások

Szám

9 000 EU  **14 000** EU + 2

Mennyiség

0,5 EU  **0,8** EU + 2

Ár

(EUR/g)

170 €
19–71 €
15 €

Tisztaság

(%)

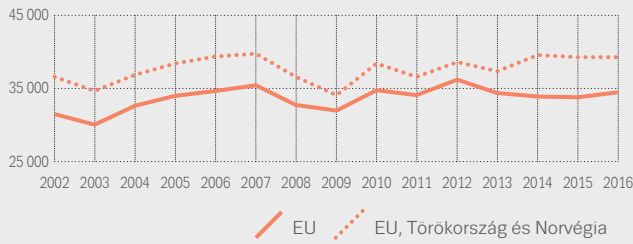
73 %
25–58 %
22 %

Megjegyzés: Az EU + 2 az uniós 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.

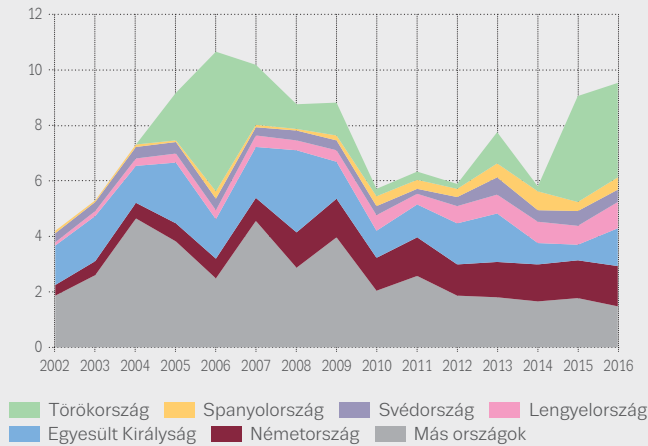
ÁBRA 1.7

Az amfetaminfoglások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák és 2016 vagy a legutolsó év

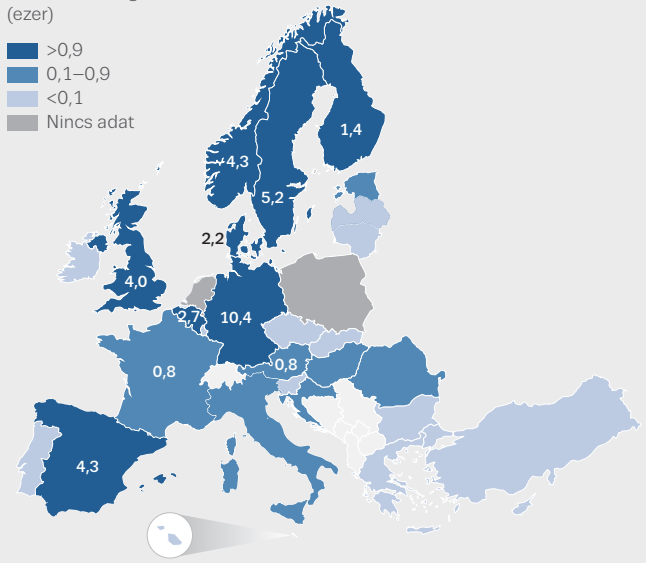
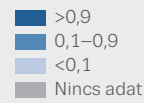
Lefoglalások száma



Tonna

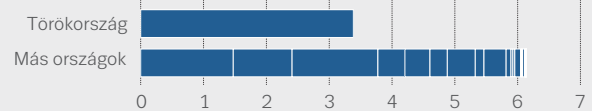


Amfetaminlefoglások száma (ezer)



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

A lefoglalt amfetamin mennyisége (tonna)



Az amfetamin egy részét exportra gyártják, elsősorban a Közel-Kelet, a Távols-Kelet és Óceánia részére. A „Captagon” logóval ellátott amfetamin-tabletták lefogalásai a közelmúltban szintén emelkedtek, különösen Törökországban, ahol 2016-ban több mint 13 millió tablettát foglaltak le.

A Cseh Köztársaság és újabban a szomszédos országok határ menti területei régóta az Európában felhasznált metamfetamin nagy részének forrását jelentik. A Cseh Köztársaságban a metamfetamint főként a pszeudoefedrin nevű prekursorból állítják elő, amelyet nagyrészt Lengyelországból, illetve egyre inkább Lengyelországon keresztül máshonnan behozott gyógyszerekből vonnak ki. A kábítószer BMK felhasználásával is elő lehet állítani. 2016-ban az Európai Unióban bejelentett 291 illegális metamfetaminlaboratóriumból 261 a Cseh Köztársaságban volt. A laboratóriumok nagyrészt kisméretűek, és a belföldi piacot látják el, de érkeztek bejelentések nagyüzemi termelő létesítményekről is, ahol szervezett bűnözői csoportok állítottak elő metamfetamint más európai országok számára.

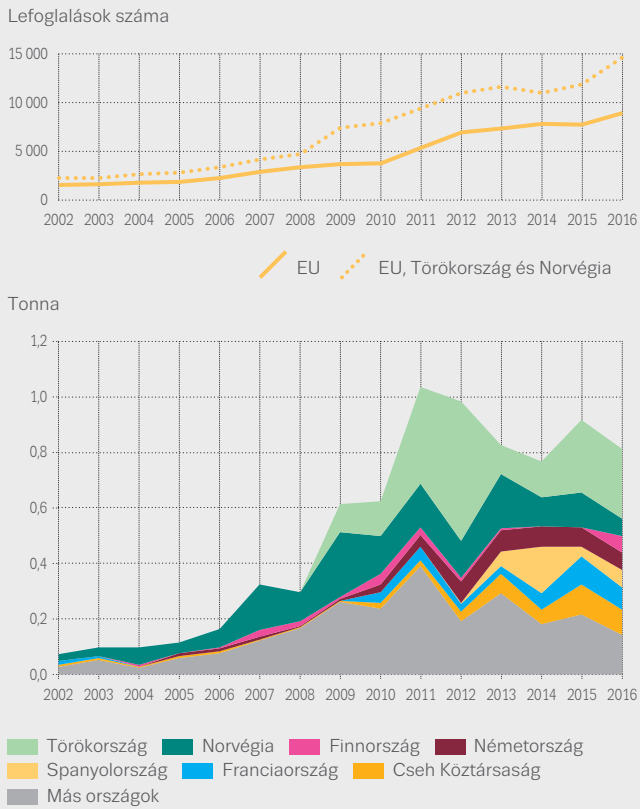
Az uniós tagállamok 2016-ban 34 000 amfetaminlefogalást jelentettek be, összesen 5,7 tonna mennyiségben. Az Európai Unióban lefoglalt amfetamin mennyisége összességében változatlan, 2010 óta évi 5–6 tonna körül

mozog (1.7. ábra). A metamfetaminlefogalások nagyságrendje sokkal kisebb, az Európai Unióban 2016-ban 9000 lefogalást jelentettek be, 0,5 tonna mennyiségben, amiből a legtöbbet a Cseh Köztársaság foglalta le (1.8. ábra). A metamfetaminlefogalások száma 2002 óta növekvő tendenciát mutat, a lefoglalt mennyiség viszont 2009 óta viszonylag stabil. 2016-ban nagy mennyiségű amfetamint foglaltak le Törökországban is, elsősorban „Captagon” formájában (1,3 millió tablettá, illetve a becslések szerint 3,4 tonna amfetamin), 0,25 tonna metamfetamin mellett.

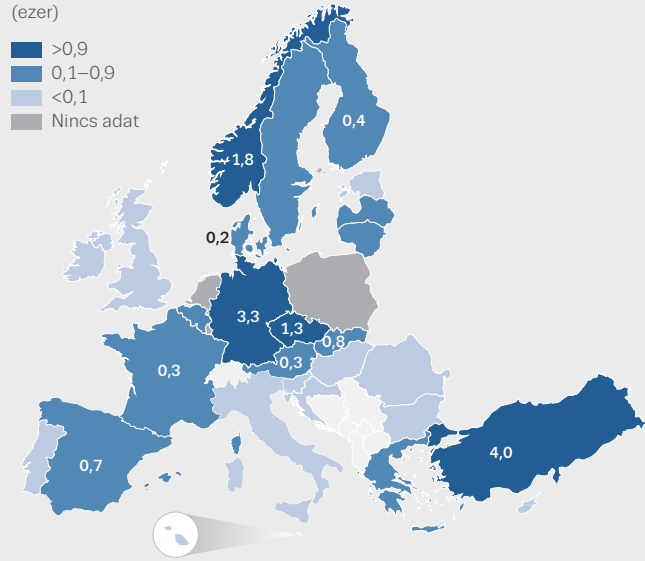
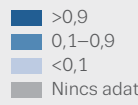
A metamfetamin átlagos bejelentett hatóanyag-tartalma jellemzően nagyobb, mint az amfetaminmintáké.

ÁBRA 1.8

A metamfetaminlefogalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák és 2016 vagy a legutolsó év

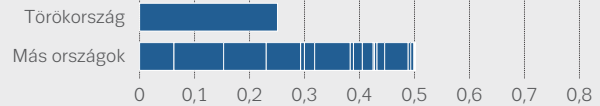


Metamfetaminlefogalások száma (ezer)



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

A lefoglalt metamfetamin mennyisége (tonna)



MDMA: fokozódó előállítás, több lefogalás

Az MDMA (3,4-metiléndioxi-metamfetamin) egy szintetikus kábítószer, amely kémiailag rokon az amfetaminszármazékokkal, de a hatásai eltérőek. Az MDMA-t

tabletta formában fogyasztják (gyakran ecstasy néven), emellett por és kristály formájában is kapható. A piacon folyamatosan újabb MDMA tablettafajták jelennek meg, különféle színekben, formákban és márkajelzésekkel. Az MDMA kiskereskedelmi piacának értékét 2013-ban mintegy

MDMA

Lefoglalások

Szám

24 000 EU **31 000** EU + 2

Mennyiség

5,3 EU **9,1** EU + 2

295 EU **306** EU + 2

Ár

(EUR/tabletta)

16 €

6–11 €

4 €

Tisztaság

(MDMA mg/
tabletta)

168

86–152

41

Indexált tendenciák

Ár és tisztaság

238

83

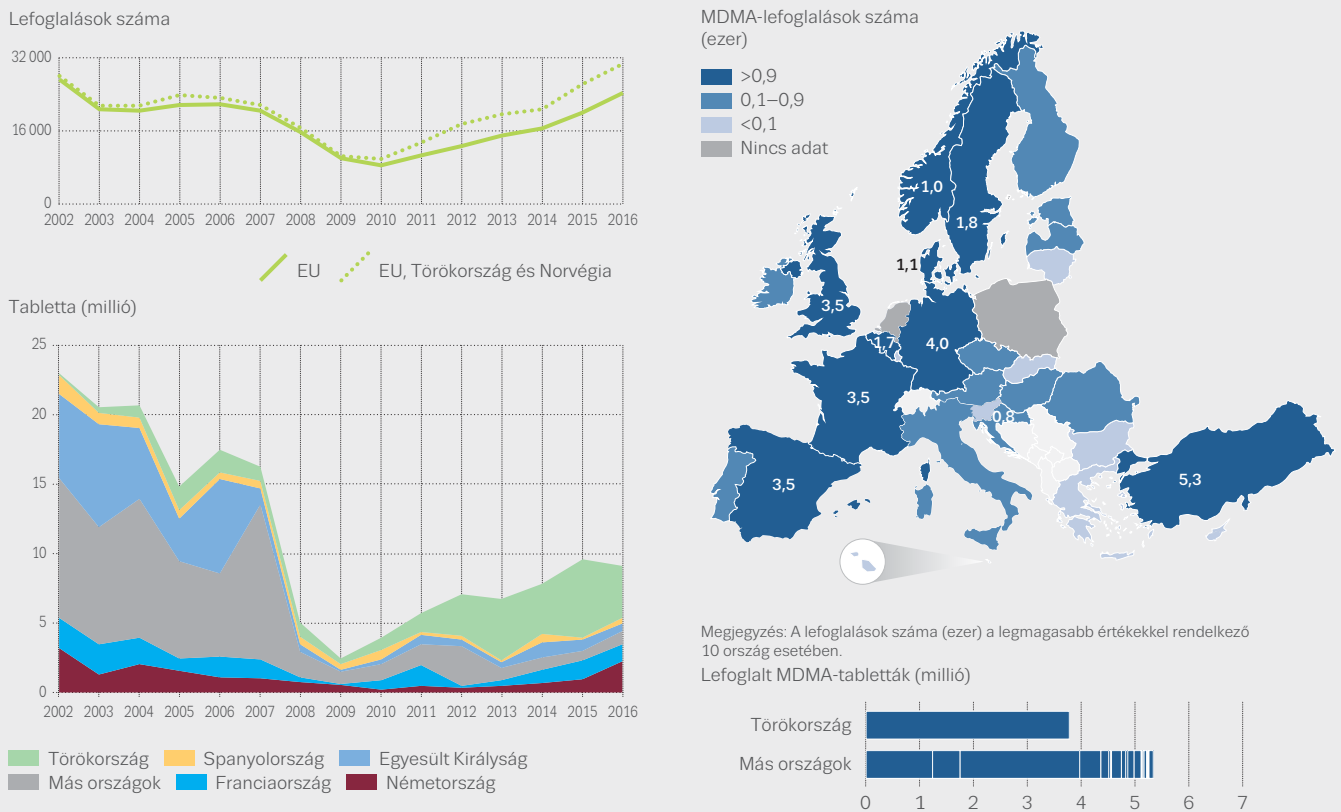
2006

2016

Megjegyzés: Az EU + 2 az uniós 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.

ÁBRA 1.9

Az MDMA-lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség: tendenciák és 2016 vagy a legutolsó év



0,7 milliárd euróra becsülték az Európai Unióban. Az előállításához szükséges prekursor vegyi anyagok hiányával összefüggő gyenge hozzáférhetőség időszaka után az MDMA piaca az utóbbi években újból fellendült. A tabletták átlagos MDMA-tartalma 2009 óta nő, és néhány tétel esetében a nagy mennyiségű MDMA-t ártalmakkal és halálesetekkel is összefüggésbe hozták.

Az MDMA gyártása Európában elsősorban Hollandiában és Belgiumban összpontosul; 2016-ban 11 MDMA-laboratóriumot számoltak fel az Európai Unióban (tízet Hollandiában és egyet Belgiumban), több mint kétszer annyit, mint 2015-ben. Az Európában előállított MDMA-t a világ más részeibe is exportálják, az ausztrál rendőrség például azt jelentette, hogy a 2016-ban Ausztráliában egyetlen tételben lefoglalt legnagyobb MDMA-mennyiség (1,2 tonna) Európából származott.

Az MDMA lefoglalásainak újabb alakulását nehéz megítélni, mert nincsenek adatok néhány olyan országból, amelyek valószínűleg jelentős mértékben járulnak hozzá a jelenséghez. 2016-ra vonatkozóan hiányoznak a hollandiai adatok, és a lefoglalások száma Németország és Lengyelország esetében sem áll rendelkezésre. Ezek nélkül a fontos közreműködők nélkül az Európai Unióban lefoglalt

MDMA mennyisége 2016-ban nőtt, és a becslések szerint 5,3 millió tablettára és 295 kilogramm MDMA porra tehető.

Az Európai Unióban bejelentett MDMA-lefoglalások száma összességében 2010 óta tovább nőtt, miközben ugyanezen időszakban a lefoglalt mennyiség is emelkedett valamelyest, noha évről évre tapasztalhatók ingadozások. 2016-ban Törökországban is nagy mennyiségű MDMA-t, 3,8 millió tablettát foglaltak le (1.9. ábra). Az indexált tendenciák azt mutatják, hogy az elmúlt években jelentősen emelkedett a lefoglalt tabletták MDMA-tartalma.

LSD-, GHB- és ketaminlefoglalások

Az Európai Unióban 2016-ban más tiltott kábítószereket is lefoglaltak, köztük körülbelül 1700 esetben LSD-t (lizergsav-dietilamid), 97 000 egység mennyiségben. Az LSD-lefoglalások összesített száma 2010 óta közel kétszeresére nőtt, bár a lefoglalt mennyiség ingadozó. Tizennégy uniós ország számolt be körülbelül 1800 esetben ketamin lefoglalásáról, a becslések szerint összesen 83 kilogramm mennyiségben, amelynek legnagyobb részét Dánia, Olaszország és az Egyesült Királyság tette ki. Kis számban Norvégia is jelentett ketaminlefoglalásokat – 50 lefoglalást, 0,2 kilogramm mennyiségben. 2016-ban 13 uniós országból,

valamint Norvégiából és Törökországból jelentették GHB (gamma-hidroxi-vajsav), illetve GBL (gamma-butirolakton) lefoglalását. Ezeket egybevéve a becslések szerint összesen 1700 lefoglalás közel 360 kilogramm és 1400 liter kábítószer telt ki; az összes lefoglalás több mint egynegyedére Norvégiában került sor.

Új pszichoaktív anyagok: összetett piac

2017 végére az EMCDDA több mint 670 új, Európában azonosított pszichoaktív anyagot kísért figyelemmel. Ezekre az anyagokra nem vonatkoznak a nemzetközi kábítószer-ellenőrzések, és a kábítószer olyan széles köre tartozik ide, mint a szintetikus kannabinoidok, stimulánsok, opioidok és benzodiazepinek (1. 10. ábra). A legtöbb esetben ezeket a tiltott kábítószer „legális” helyettesítőiként forgalmazzák, mások pedig olyan kis csoportokat céloznak meg, akik az esetleges új hatások miatt akarják őket kipróbálni.

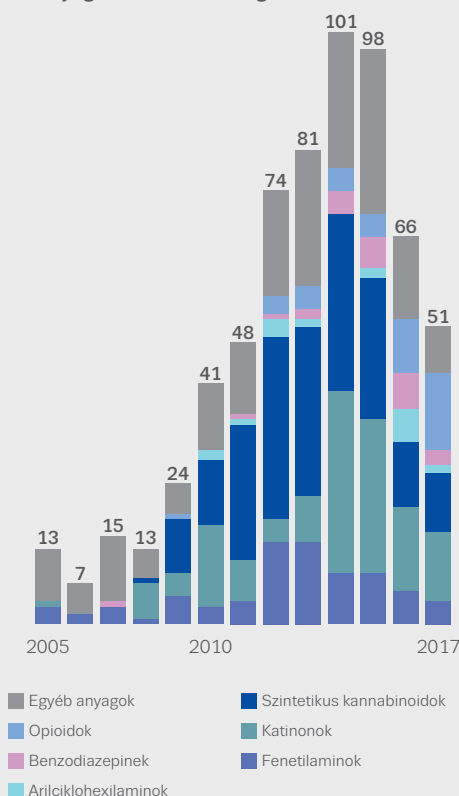
Az új anyagokat sok esetben kínai vegyipari és gyógyszercegek állítják elő, nagy mennyiségben. Innen szállítják Európába, ahol terméké alakítják, csomagolják és értékesítik. Az új anyagok némelyike gyógyszerekből is kivonható, amelyeket vagy a legális ellátási láncból térítenek el, vagy illegálisan szereznek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

Néhány új anyagot nyíltan, erre szakosodott, létező üzletekben és a látható interneten árusítanak, gyakran „legal high” szerekként. Emellett a szereket a darknetes piacokon és a tiltott piacon is forgalmazzák, esetenként a saját nevükön, olykor pedig más tiltott kábítószernek, például heroinnak, kokainnak, ecstasynak vagy benzodiazepinnek álcázva.

Az Európai Unió korai előrejelző rendszerén keresztül azonosított új anyagok közel 70%-át az elmúlt 5 évben mutatták ki. 2017-ben 51 olyan új szer volt, amelyet Európában első alkalommal fedeztek fel. Ez a szám alacsonyabb volt, mint a megelőző 5 évben bármikor, és csökkenést jelent a 2014-es és 2015-es csúcserősséghez, az évi mintegy 100 újonnan azonosított szerhez képest. A csökkenés okait nem ismerjük, de részben talán annak köszönhető, hogy az európai kormányok intézkedéseket hoztak az új anyagok, és különösen a nyílt árusításuk betiltására. Fontos tényező lehet továbbá, hogy Kínában felügyeleti intézkedéseket és bűnüldözési műveleteket indítottak az új anyagokat gyártó laboratóriumok ellen.

ÁBRA 1.10

Az uniós korai előrejelző rendszerhez első alkalommal bejelentett új pszichoaktív anyagok száma és kategóriái, 2005–2017



Az adott évben első ízben felfedezett új anyagok száma csak egy az EMCDDA-nál a piac egészének megismeréséhez használt mérőszámok sorában. Jól mutatja például, hogy mennyire összetetté vált a piac, hogy a jelenleg megfigyelés alatt álló új anyagok több mint 50%-át (369 anyagot) 2016-ban fedezték fel az európai kábítószerpiacon.

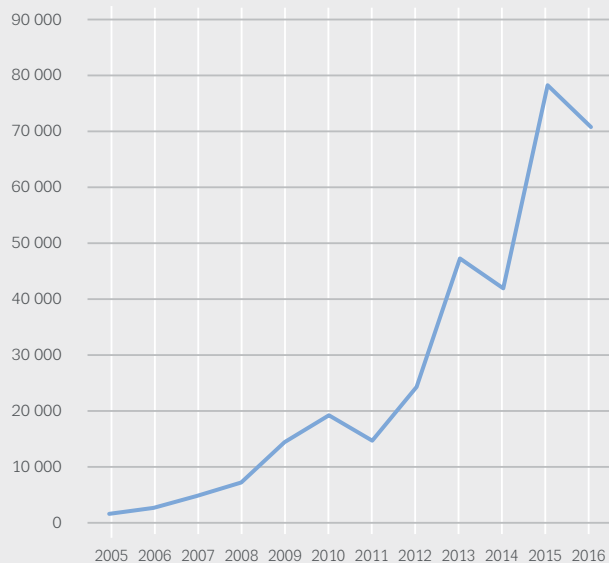
Új pszichoaktív anyagok lefoglalása: továbbra is a szintetikus katinonok és kannabinoidok túlsúlyban

2016-ban az uniós korai előrejelző rendszeren keresztül közel 71 000 esetben jelentették új pszichoaktív anyagok lefoglalását (1.11. ábra). Összességében a lefoglalások közel 80%-át, a 2016-ban lefoglalt új anyagok összességének pedig 80%-át szintetikus katinonok és szintetikus kannabinoidok tették ki. Az előző évhez képest a 2016-ban lefoglalt mennyiségek tekintetében általános csökkenés volt megfigyelhető. A lefoglalt szintetikus katinonok, benzodiazepinek és szintetikus opioidok mennyisége azonban emelkedett. Az új anyagok lefoglalásainak európai összesítéseit minimumértéknek kell tekinteni, mivel az adatok inkább esetbejelentésekből, nem a megfigyelési rendszerekből származnak. A bejelentett lefoglalásokat különféle tényezők befolyásolják, például az új anyagok

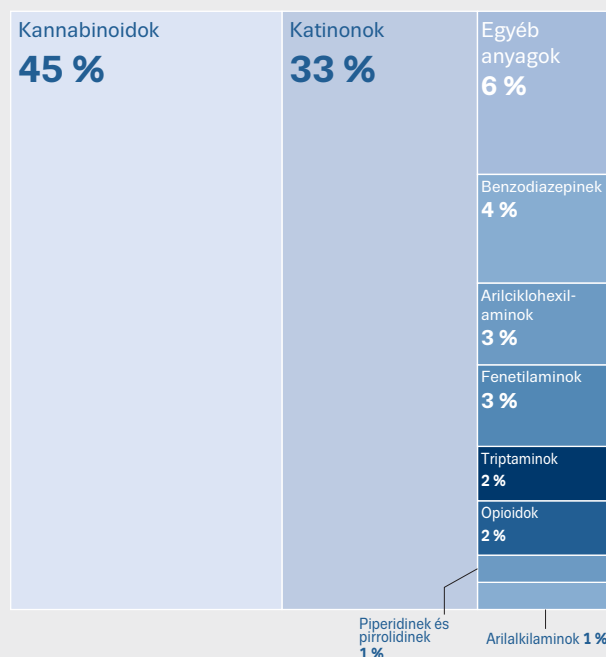
ÁBRA 1.11

Az EU korai előrejelző rendszeréhez bejelentett új pszichoaktív anyagok lefoglalásainak száma: tendenciák és kategóriák szerinti megoszlás 2016-ban

A lefoglalási esetek száma



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



növekvő ismertsége, a jogállásuk megváltozása, a bűnüldözési kapacitások és prioritások és a bűnüldöző szervek bejelentési gyakorlatai.

Új szintetikus opioidok

Az európai kábítószerpiacon 2009 óta összességében 38 új opioidot fedeztek fel, és ezek közül 13-ról 2017-ben érkezett az első bejelentés. Idetartozott 28 olyan fentanilszármazék, amelyek közül 10-et 2017-ben jelentettek be először. Bár az európai kábítószerpiacon jelenleg csekély szerepet játszanak, az új fentanilszármazékok nagy hatóanyag-tartalmú szerek, amelyek komoly veszélyt jelentenek az egyénre és a közegészségügyre.

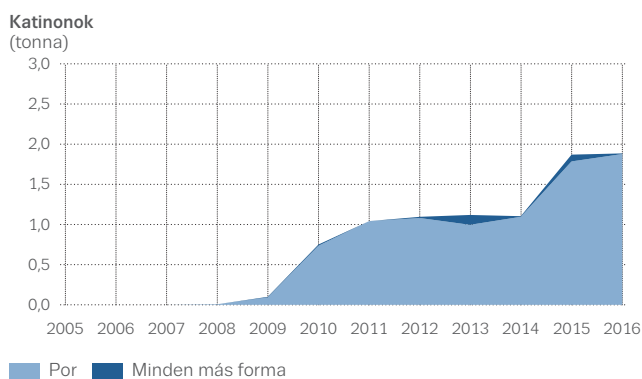
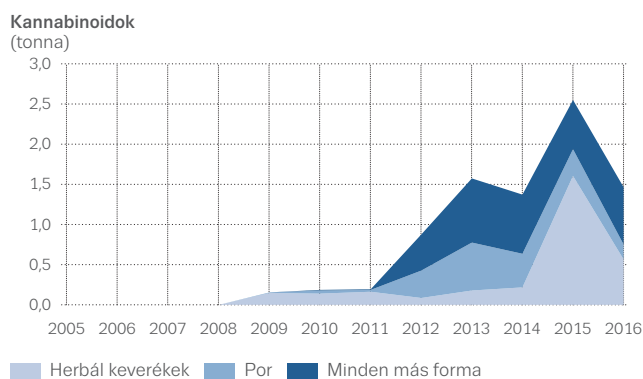
Az új opioidokat különféle formákban sikerült lefoglalni: többnyire por, tabletták, és folyadék alakban. 2016-ban mintegy 4,6 liter szintetikus opioidot foglaltak le, ami növekedést jelent az előző évben bejelentett 1,8 literhez képest. Az új szintetikus opioidok 2016-ban bejelentett mintegy 1600 lefoglalásának több mint 70%-át fentanilszármazékok tették ki. A lefoglalt folyadékok több mint 96%-ában fentanilszármazékokat találtak. Az egyik aggasztó jelenség ezzel kapcsolatban az, hogy a piacon fentanilszármazékokat, például akrilfentanilt, furanilfentanilt, 4-fluor-izobutiril-fentanilt, tetrahidrofuranil-fentanilt és karfentanilt tartalmazó orrspray-k is megjelentek. A 2016-ban történt összes lefoglalás 2,3%-át új opioidok tették ki, szemben a 2015-re vonatkozóan jelentett 0,8%-kal.

Szintetikus kannabinoidok

A szintetikus kannabinoidok a kannabisz fő pszichoaktív hatásait előidéző delta-9-tetrahidrokannabinol (THC) hatásait utánozó szerek. Az európai gyártók ömlesztett szállítmányokban importálnak kannabinoidport, amelyet szárított növényi anyaggal kevernek. Ezeket a kannabisz legális helyettesítőjeként forgalmazzák, és „herbál füstölőkeverékként” árusítják. Az EMCDDA megfigyelése alatt álló új anyagok legnagyobb csoportját továbbra is a szintetikus kannabinoidok alkotják, és ezek kémiaileg egyre többfélék; 2008 óta 179-at ismertek fel, köztük a 2017-ben bejelentett 10-et.

ÁBRA 1.12

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



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

2016-ban is a szintetikus kannabinoidok voltak a leggyakrabban lefoglalt új pszichoaktív anyagok – valamivel több mint 32 000 lefoglalásról érkezett jelentés (1.12. ábra). Ez közel 10 000 lefoglalással több, mint a megelőző évben, és az új pszichoaktív anyagokat érintő, 2016-ban bejelentett összes lefoglalás közel felének felel meg. Az öt leggyakrabban lefoglalt szintetikus kannabinoid 2016-ban az MDMB-CHMICA, az AB-CHMINACA, az UR-144, az 5F-AKB48 és az AMB-FUBINACA volt.

A lefoglalt szintetikus kannabinoidok közel 1,5 tonna anyagot tettek ki. Ez a 2015-ben lefoglalt 2,5 tonnához képest jelentős visszaesést jelent. A herbál keverékek a 2016-ban lefoglalt mennyiségek 40%-át adták, ezen belül a porok közel 13%-ot tettek ki.

A por alakú szintetikus kannabinoidok lefoglalása és az európai feldolgozó létesítmények felderítése együttesen azt jelzi, hogy a termékeket Európában csomagolják. A lefoglalt porokból „herbál füstölőkeverékké” alakítva több millió adagot is elő lehetett volna állítani. 2016-ban az összességében legnagyobb mennyiségben lefoglalt por alakú kannabinoidok az AM-6527 5-fluoropentil származék (54 kg), a CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), az AMB-FUBINACA (27 kg), az 5F-MDMB-PINACA (15 kg) és az AB-FUBINACA (7 kg) voltak.

Szintetikus katinonok

A szintetikus katinonok kémiai rokonok a katinonnal, amely a kat növényben (*Catha edulis*) természetesen előforduló stimuláns. Ezek az anyagok a hatásaikat tekintve hasonlóak az olyan szokványos tiltott stimulánsokhoz, mint az amfetamin, a kokain és az MDMA. A szintetikus katinonok alkotják az EMCDDA által megfigyelt új anyagok második legnagyobb csoportját, amelyekből 2017-ben összesen 130-at mutattak ki – közülük tizenkettőt most először.

Az új pszichoaktív anyagok csoportjai közül 2016-ban a szintetikus katinonokat foglalták le a második leggyakrabban, több mint 23 000 alkalommal, ami a lefoglalások teljes számának közel egyharmadát teszi ki. Ez az előző évi számadathoz képest enyhe csökkenést jelent. Az öt leggyakrabban lefoglalt katinon 2016-ban az alfa-PVP, a 4-CMC, a 3-CMC, a 4-metil-N,N-dimetilkatinon és a 3-MMC volt.

Ezen anyagok vonatkozásában a lefoglalások elérték a közel 1,9 tonnát, ami által a szintetikus katinonok a legnagyobb mennyiségben lefoglalt új pszichoaktív anyagok voltak 2016-ban (1.12. ábra). A szintetikus katinonokat általában por alakban találják meg. Az összesítésben legnagyobb mennyiségben lefoglalt por alakú katinonok a 4-CMC

ÁBRA 1.13

Új pszichoaktív anyagok megjelenése és a generikus csoportok ellenőrzésének bevezetése Európában 2005 óta

(890 kg), a 4-CEC (247 kg), a NEH (186 kg), a 3-MMC (126 kg) és a mexedron (50 kg) voltak.

Új benzodiazepinek

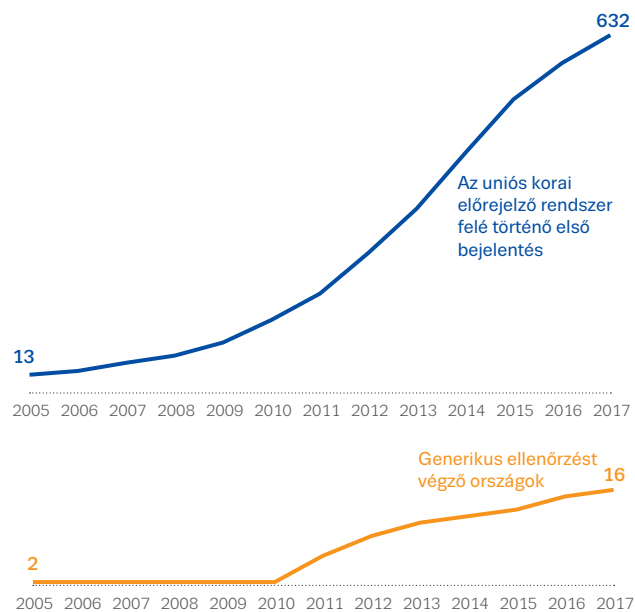
Az EMCDDA jelenleg 23 új benzodiazepint tart megfigyelés alatt – ezek közül hármat 2017-ben mutattak ki első ízben Európában. Az új benzodiazepinek némelyikét tablettában, kapszulában vagy por alakban, a saját nevük alatt árúsítják. Más esetekben a hamisítók ezeket az anyagokat a szorongás elleni népszerű gyógyszerek, például a diazepam és alprazolam hamisítványainak előállítására használják, és ezeket közvetlenül a tiltott kábítószerpiacon árúsítják. Miközben a benzodiazepin-lefoglalások száma 2016-ban 2015-höz képest csökkent, a lefoglalt mennyiség jelentősen nőtt. 2016 folyamán több mint félmillió olyan tablettát foglaltak le, amelyek új benzodiazepineket – például diklazepamot, etizolámot, flubromazolámot, flunitrazolámot és fonazepamot – tartalmaztak; ez mintegy kétharmados növekedést jelent a 2015-ben jelentett számhoz képest.

Új pszichoaktív anyagok: új jogi válaszlépések

Az európai országok intézkedéseket hoznak a kábítószer-kínálatának visszaszorítására az ENSZ három egyezményének értelmében, amelyek keretet biztosítanak több mint 240 pszichoaktív anyag előállításának, kereskedelmének és birtoklásának ellenőrzéséhez. Az egyezmények, illetve az európai politikai döntéshozók és jogalkotók számára kihívásokat jelent az új pszichoaktív anyagok gyors megjelenése, akárcsak a piacon elérhető termékek sokfélesége.

Országos szinten különféle intézkedések segítségével ellenőrzik az új anyagokat, a jogi válaszlépések sorában három nagy csoportot lehet megkülönböztetni. Sok európai ország először a fogyasztók biztonságára vonatkozó jogszabályokkal reagált, és ennek megfelelően kibővítették vagy átalakították a meglévő kábítószer-törvényeket, hogy az új pszichoaktív anyagok is szerepeljenek bennük. Egyre több ország új, különálló jogszabályt alkotott 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 az anyagcsoportokat vonni ellenőrzés alá (1.13. ábra). A legtöbb ország a kémiai szerkezet alapján határozta meg a csoportokat („generikus” csoportok), de néhol a hatások alapján alakították ki a csoportokat. A generikus megközelítést alkalmazó országok legtöbbje 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 bele.

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

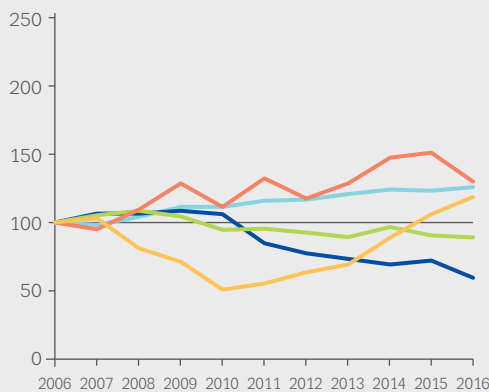
**Az EMCDDA jelenleg
23 új benzodiazepint
tart megfigyelés alatt**

ÁBRA 1.14

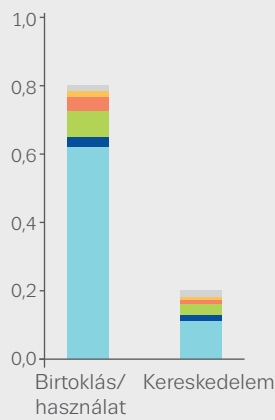
Kábítószer-fogyasztással, használati célú birtoklással vagy kábítószer-kínálattal összefüggő kábítószer-bűncselekmények Európában: indexált tendenciák és bejelentett bűncselekmények 2016-ban

Birtoklási i/használati típusú bűncselekmények

Indexált tendenciák

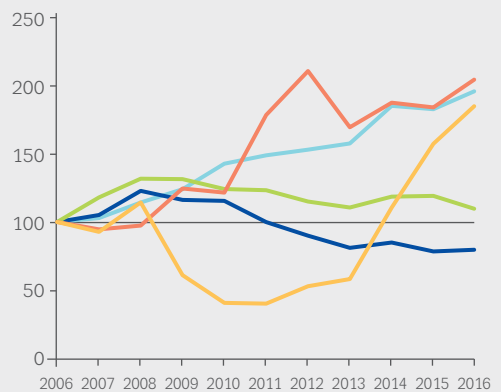


Bűncselekmények száma (millió)



Kereskedelmi típusú bűncselekmények

Indexált tendenciák



Heroin Kokain MDMA Kannabisz Amfetaminszármazékok Egyéb anyagok

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

Kábítószer-bűncselekmények: túlsúlyban a kannabisz

A jogszabályok végrehajtását a bejelentett kábítószer-bűncselekmények adatain keresztül kísérik figyelemmel. Az Európai Unióban 2016-ban becslések alapján 1,5 millió kábítószer-bűncselekményt jelentettek, ami 2006 óta egyharmados (33%-os) emelkedést jelent. Ezek közül a legtöbb bűncselekmény (74%) a használattal vagy a birtoklással állt összefüggésben; ezek mintegy 1 millió bűncselekményt tettek ki, ami 2006-hoz képest 28%-os növekedés. A kábítószer-használattal vagy -birtoklással összefüggő bűncselekmények több mint háromnegyede kannabiszhoz kapcsolódott (77%). 2016-ban 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).

2006 óta az Európai Unióban összességében 14%-kal emelkedett a kábítószer-kínálattal összefüggő bűncselekmények száma, és a becslések szerint 2016-ban az ilyen esetek száma meghaladta a 200 000-et. A kínálat oldali bűncselekmények többsége (57%) a kannabiszhoz kapcsolódott. Az MDMA-hoz köthető kínálati bűncselekményekre vonatkozó bejelentések száma 2013 óta meredeken emelkedett (1.14. ábra).

BŐVEBB INFORMÁCIÓK

Az EMCDDA kiadványai

2018

Country Drug Reports 2018.

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

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 Papers.

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

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

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.

EMCDDA–Europol Joint Report on 4-fluoroisobutyrylfentanyl; 4F-iBF.

EMCDDA–Europol Joint Report on 5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB.

EMCDDA–Europol Joint Report on AB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acryloylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on ADB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on carfentanil.

EMCDDA–Europol Joint Report on CUMYL-4CN-BINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on furanylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on tetrahydrofuranylfentanyl; THF-F.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

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

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on α -PVP.

Az EMCDDA és az Eurojust közös kiadványai

2016

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

Valamennyi kiadvány elérhető a

www.emcdda.europa.eu/publications weboldalon.

2

**Napjainkban az európai
kábitószer-használat több
szert foglal magában,
mint korábban**

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 kannabiszhasználat előfordulási gyakorisága 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 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.

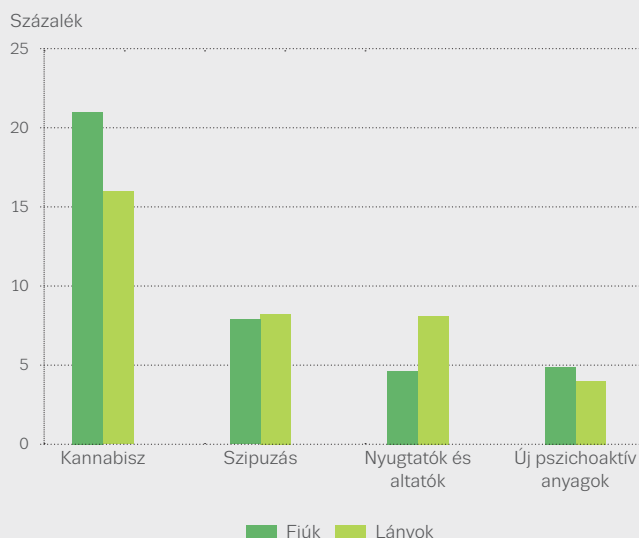
A diákok és a normál népesség körében végzett felmérések áttekintést adhatnak a kipróbálás jellegű és a rekreációs kábítószer-használat előfordulási gyakoriságáról. E vizsgálati eredményeket a települési szennyvízben található kábítószer-maradványokkal kapcsolatban az európai városokban végzett közösségi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

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

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

ÁBRA 2.1

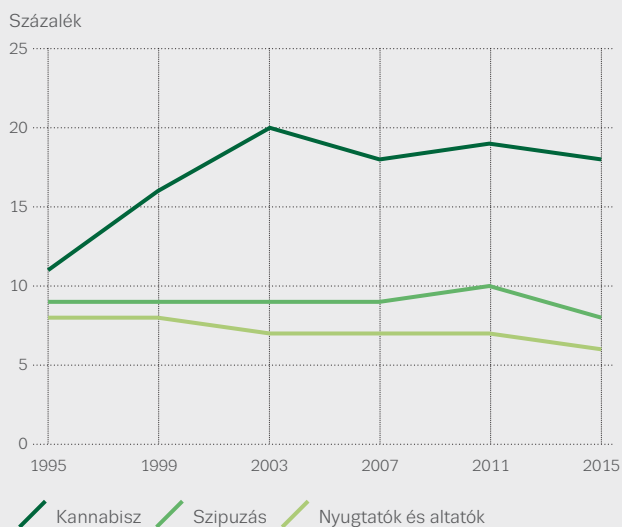
Az anyagok életprevalenciája a 15–16 éves európai diákok körében, nemekre lebontva



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

ÁBRA 2.2

A kannabisz, a szipuzás és a gyógyszerek (nem orvos által felírt nyugtatók és altatók) életprevalenciájának tendenciái a 15–16 éves európai diákok körében



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

Szerhasználat a diákok körében: stagnáló vagy csökkenő tendenciák

A diákok körében előforduló szerhasználat megfigyelése hasznos betekintést ad a fiatalok aktuális kockázati magatartásába és a potenciális jövőbeni tendenciákba. Az „Európai Iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól” (ESPAD) keretében 2015-ben végezték az adatgyűjtés hatodik fordulóját a felmérés 1995-ös elindulása óta. Ez a legfrissebb felmérés 35 európai országból, köztük 23 uniós tagállamból és Norvégiából gyűjtött összehasonlítható adatokat a 15–16 éves diákok szerhasználatáról. A diákok ebben a 24 országban átlagosan 18%-ban használták kannabiszt életükben legalább egyszer (életprevalencia); a legmagasabb arányt a Cseh Köztársaságból (37%) és Franciaországból (31%) jelentették, és 8% számolt be az elmúlt 30 napon belüli szerhasználatról. A kannabisztól eltérő tiltott kábítószer (MDMA/ecstasy, amfetamin, kokain, metamfetamin és hallucinogének) használata sokkal alacsonyabb volt, összesítésben 5%-os életprevalenciával.

A felmérés keretében más szerek, így például a szipuzás, illetve a gyógyszerek és az új pszichoaktív anyagok használatára vonatkozóan is tettek fel kérdéseket. Az Unióban és Norvégiában élő résztvevők körében a szipuzás átlagos életprevalenciája 8% volt (a belgiumi (flandriai) 3%-tól a horvátországi 25%-ig terjedően). Átlagosan a diákok 6%-a számolt be arról, hogy használt már életében nem orvos által felírt nyugtatókat (az arány a romániai 2% és a lengyelországi 17% között mozgott), és a diákok átlagosan

4%-a mondta el magáról, hogy használt már életében új pszichoaktív anyagokat (a skála a belgiumi (flandriai) 1%-tól az észtországi és lengyelországi 10%-ig terjedt) (2.1. ábra). Azok körében, akik az elmúlt 12 hónapban használtak új pszichoaktív anyagokat (a résztvevők 3,2%-a), a leggyakrabban használt szertípus a herbál füstölőkeverék volt (erről az összes résztvevő 2,6%-a számolt be), a por, kristály vagy tableta, folyadék vagy más formájú új pszichoaktív anyagok használata kevésbé elterjedt.

Az elemzéshez elegendő adattal rendelkező 22 ország körében a beszámolók szerinti kannabiszhasználat életprevalenciája 2003-ban volt a legmagasabb, amit a 2007-es felmérésben enyhe csökkenés követett (2.2. ábra). Azóta az előfordulási gyakoriság viszonylag stabil. A szipuzás tekintetében a beszámolók szerinti életprevalencia csökkenése volt megfigyelhető 2011 (10%) és 2015 között (8%), az 1995 és 2015 közötti hosszú távú tendencia azonban viszonylag stabil volt (2.2. ábra). A nyugtatók esetében az életprevalencia 1995 és 2015 között némileg csökkent, de ezen időszak alatt a lányok körében következetesen gyakoribb volt az előfordulás, mint a fiúknál. Az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos tendenciákról az ESPAD nem szolgál adatokkal, mivel az e kábítószer használatára vonatkozó kérdések 2015-ben szerepeltek először.

Több mint 92 millió felnőtt próbált már ki tiltott kábítószereket

A becslések szerint több mint 92 millió ember, avagy az Európai Unió 15–64 éves népességének valamivel több mint egynegyede próbált már ki tiltott kábítószereket az élete folyamán. A férfiak körében gyakoribb a kábítószer-használat kipróbálása (56,0 millió), mint a nőknél (36,3 millió).

A leggyakrabban kipróbált kábítószer a kannabisz (53,5 millió férfi és 34,3 millió nő); a kokain (11,8 millió férfi és 5,2 millió nő), az MDMA (9,0 millió férfi és 4,5 millió nő) és az amfetaminszármazékok (8,0 millió férfi és 4,0 millió nő) használatának becsült életprevalenciája sokkal alacsonyabb. A kannabiszhasználat életprevalenciája jelentős különbségeket mutat az egyes országok között: Franciaországban a felnőttek körében mintegy 41%, míg Máltán 5% alatti az aránya.

Az előző évi kábítószer-használat a közelmúltbeli droghasználat egyik fokmérője, és jórészt a fiatal felnőttek körében koncentrálódik. Becslések szerint 18,9 millió fiatal felnőtt (15–34 éves) használt kábítószert az előző évben, ezen belül kétszer annyi férfi, mint nő.

Kannabiszhasználat: általában véve stabil, de jelentős országonkénti különbségek

A tiltott kábítószerek közül minden korcsoportban a kannabisz használatának a legnagyobb a valószínűsége.

Ezt a kábítószert általában elszívással fogyasztják, Európában rendszerint dohánnyal keverve.

A kannabiszhasználat mintái az alkalmi és a rendszeres, függő használat között mozognak.

Becslések szerint 87,6 millió európai felnőtt (15–64 éves), avagy a korcsoport 26,3%-a próbálta ki a kannabiszt élete során. Közülük becslések szerint 17,2 millió fiatal felnőtt (15–34 évesek), avagy a korcsoport 14,1%-a használt kannabiszt az elmúlt évben, és ebből 9,8 millióan a 15–24 éves korosztályba tartoztak (a korcsoport 17,4%-a). A 15–34 évesek között az előző éves prevalencia a magyarországi 3,5% és a franciaországi 21,5% között mozgott. Az előző évben kannabiszt használó fiatalok körében a férfiak és a nők aránya kettő az egyhez volt.

A felmérés legfrissebb eredményei azt mutatják, hogy a legtöbb ország a fiatal felnőttek előző évi kannabiszhasználatára tekintetében vagy változatlan arányokról, vagy növekedésről számol be. A 2015 óta felmérést készítő és a konfidenciaintervallumot is feltüntető országok közül 8-ból jelentettek magasabb becsléseket, 9-ből stabil, 2-ből pedig alacsonyabb becslést, mint az előző, összehasonlítható felmérésben.

KEZELÉSRE JELENTKEZŐ KANNABISZHASZNÁLÓK



Jellemzők

16% 84%

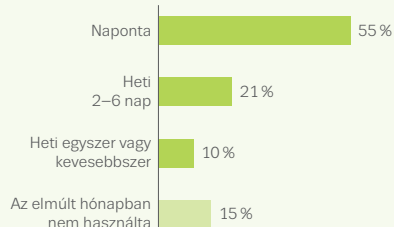


16 Átlagéletkor az első szerhasználatkor
25 Átlagéletkor az első kezelés megkezdésekor

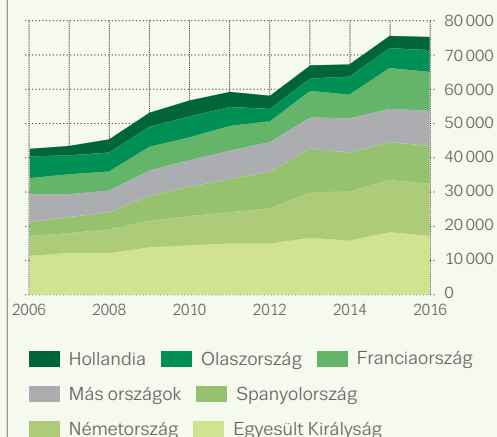
83 000 Az első kezelésre jelentkezők
57 000 Korábban kezelt jelentkezők
59% 41%

Használat gyakorisága az előző hónapban

Átlagos szerhasználat heti 5,5 nap



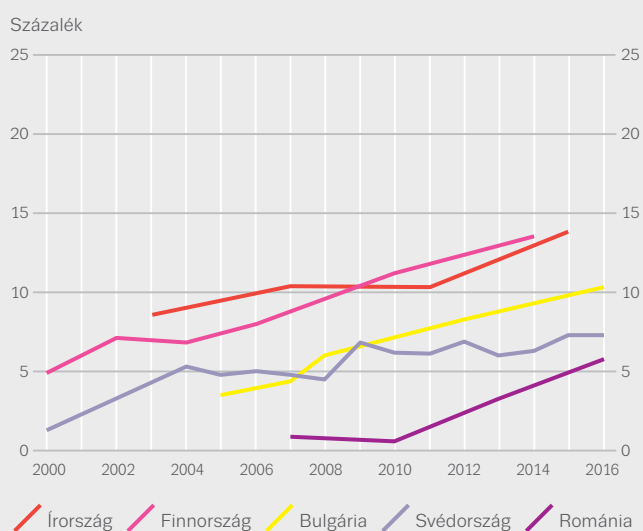
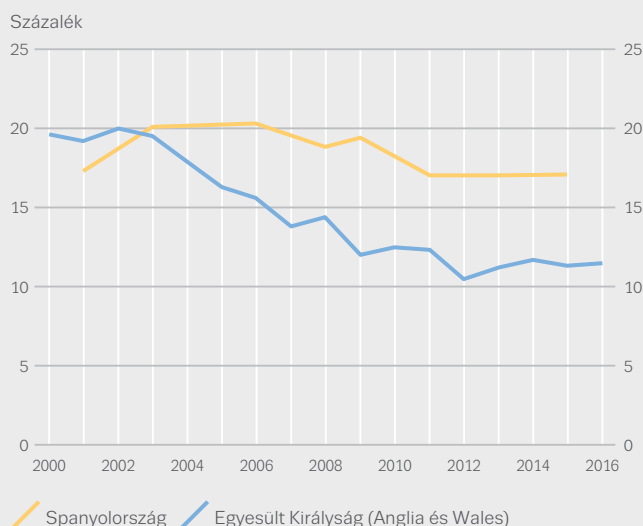
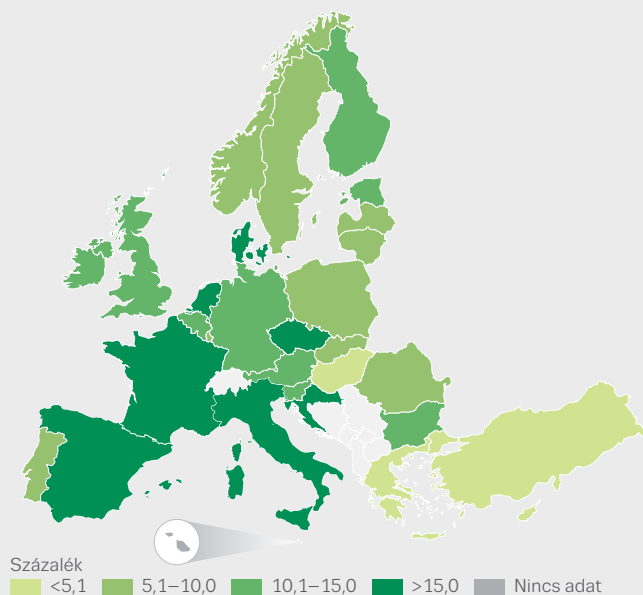
Az első kezelést megkezdők számának alakulása



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 25 ország adatain alapul. A tendenciákat mutató ábra csak azokat az országokat veszi figyelembe, amelyek a 11 évből legalább 9-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 összehasonlíteni az előző éveikkel.

ÁBRA 2.3

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



Kevés ország rendelkezik elegendő felmérési adattal ahhoz, hogy statisztikailag elemezni lehessen a fiatal felnőttek (15–34 évesek) előző évi kannabiszhasználatának tendenciáit. Ezek körében az előzőleg, az elmúlt évtized folyamán Spanyolországban és az Egyesült Királyságban megfigyelt, hosszú távon csökkenő tendenciák az újabb adatok szerint mára stabilizálódtak (2.3. ábra).

A kannabiszhasználat előző éves prevalenciáját tekintve az elmúlt évtizedben 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 14,1%-os uniós átlaghoz, valamint Bulgária, Románia és Svédország, noha utóbbiak esetében a legfrissebb szintek alacsonyabbak. A friss felmérési adatokról beszámoló országok közül Hollandiában egy 2016-os harmadik összehasonlítható éves felmérés megerősítette, hogy a prevalencia nem egészen 16%. Dániában egy 2017. évi felmérés jelentette a kevés csökkenés egyikét: 15,4%, a 2013-as becslés 17,6%-ával szemben.

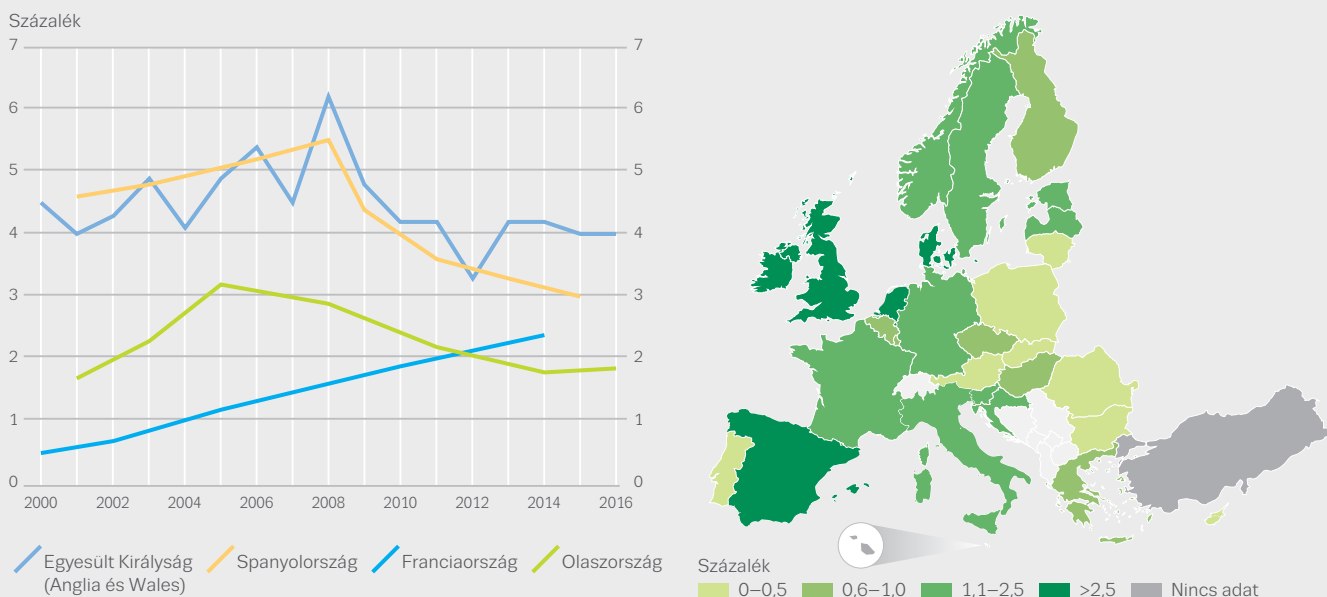
Magas kockázatú kannabiszhasználat: növekvő tendencia

A normálpopulációs vizsgálatok alapján a becslések szerint az európai felnőttek körülbelül 1%-a számít napi vagy közel napi szintű kannabiszhasználónak, azaz ők a felmérést megelőző hónapban 20 vagy több napon használták a kábítószer. Nagyjából 37%-uk idősebb, 35–64 év közötti szerhasználó, 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 2016-ban több mint 150 000 ember jelentkezett kábítószer-használók kezelésére kannabiszhasználattal kapcsolatos problémák miatt; közülük mintegy 83 000-en életükben először jelentkeztek kezelésre. Az adatokkal rendelkező 25 országban a kannabiszproblémák miatt első ízben kezelésre jelentkezők száma 2006 és 2016 között összességében 76%-kal emelkedett, és az országok többsége (18 ország) növekedésről számolt be ebben az időszakban. Az emelkedés háttérében több tényező állhat, beleértve a kannabiszhasználat magasabb előfordulási gyakoriságát a normál népességben, az intenzív szerhasználók számának növekedését, a nagyobb hatóanyag-tartalmú termékek hozzáférhetőségét, a kockázat észlelésének változását, valamint a kezelésre való beutalás és az ellátási szint emelkedését, különösen a büntető igazságszolgáltatási rendszeren belül. Összességében a 2016-ban először

ÁBRA 2.4

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



kezelésre jelentkező, elsődlegesen kannabiszt használó személyek 50%-a számolt be arról, hogy az elmúlt hónapban napi szinten használta a kábítószert. A napi szintű szerhasználók aránya azonban jelentős országonkénti különbségeket mutat: Lettorszában, Magyarországon és Romániában 10% vagy annál alacsonyabb, míg Spanyolországban, Franciaországban, Hollandiában és Törökországban 60% vagy annál magasabb.

Kokainhasználat: összességében változatlan, de a növekedés jelei láthatók

Európán belül a kokain a legáltalánosabban használt tiltott stimuláns kábítószer, de a használata a déli és nyugati országokban nagyobb arányú. A rendszeres fogyasztókat két nagy csoportra lehet osztani: az egyikbe a társadalmilag integráltabb szerhasználók tartoznak, akik gyakran szippantják a kokainport (kokain-hidroklorid), a másikba azok a marginalizálódott szerhasználók, akik olykor opioidok használata mellett, intravénásan használják a kokaint, vagy cracket (kokainbázis) szívnak. Számos adatkészletben nem lehet megkülönböztetni egymástól a kokain két formáját (kokainpor, illetve crack), és a „kokainhasználat” kifejezés mindkét formát magában foglalja.

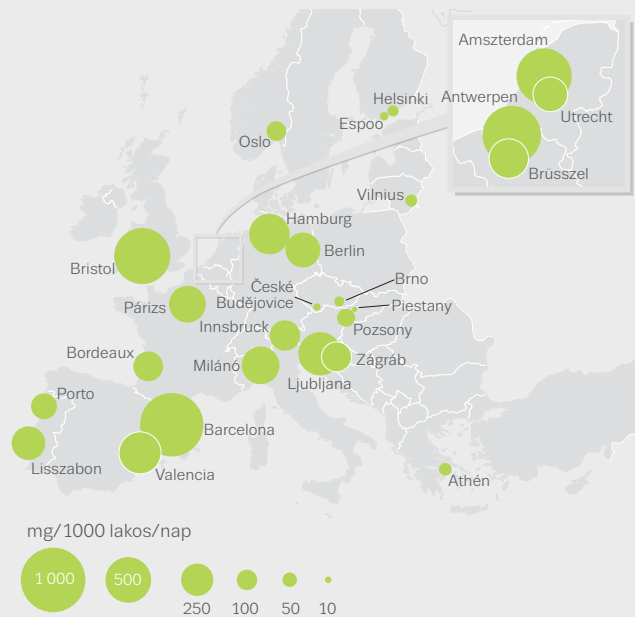
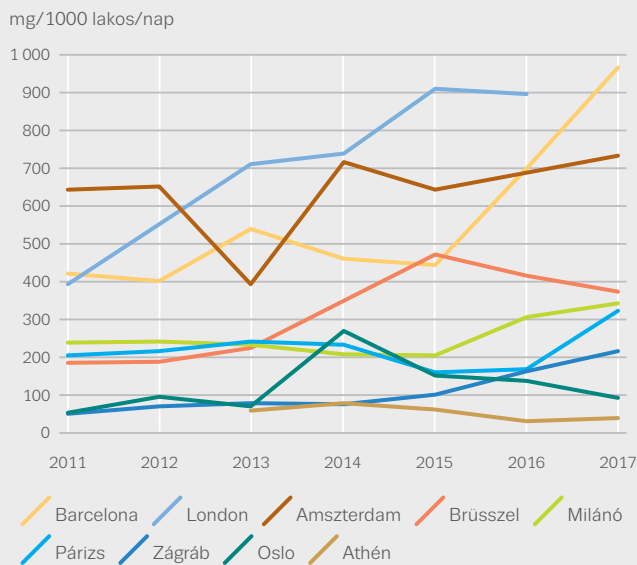
Becslések szerint 17,0 millió európai felnőtt (15–64 éves), avagy a korcsoport 5,1%-a próbálta ki a kokaint élete során. Közülük a becslések alapján körülbelül 2,3 millió 15–34 év közötti fiatal felnőtt (a korcsoport 1,9%-a) használta a kábítószert az elmúlt év folyamán.

Csak Dániából, Írországból, Spanyolországból, Hollandiából és az Egyesült Királyságból jelezték a kokainhasználat 2,5%-os vagy azt meghaladó előző évi prevalenciáját a fiatal felnőttek körében. Európa egész területére igaz, hogy a kokainhasználat előző években jelzett csökkenéseit a legfrissebb felmérésekben nem lehetett megfigyelni. A 2015 óta felmérést készítő és a konfidenciaintervallumot is feltüntetető országok közül 3-ból jelentettek magasabb becsléseket, 14-ből stabil tendenciát, 1-ből pedig alacsonyabb becslést, mint az előző, összehasonlítható felmérésben.

Csak kevés ország esetében van lehetőség a fiatal felnőttek körében előforduló elmúlt évi kokainhasználat hosszú távú tendenciáinak statisztikai elemzésére, és az új adatok megerősítik a meglévő tendenciákat. Spanyolország és az Egyesült Királyság emelkedő tendenciát jelzett 2008-ig, amit stagnálás vagy csökkenés követett (2.4. ábra). Miközben Olaszországban a 2005-ös csúcspontot követően csökkenés következett, a legfrissebb felmérés azt mutatja, hogy mára a szint stabilizálódhatott. Növekvő tendencia volt megfigyelhető Franciaországban 2014-ben, amikor az előfordulási gyakoriság első ízben emelkedett 2% fölé.

ÁBRA 2.5

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 2017 között évente egy héten át végezték a kiválasztott európai városokban.

Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

A populációs felmérések eredményeit a több városban elvégzett vizsgálat keretében a települési szennyvízben talált kokainmaradványok elemzése egészíti ki. A szennyvízelemzés a tiszta hatóanyagok összesített fogyasztásáról ad képet egy közösségben, és az eredményeket nem lehet közvetlenül összehasonlítani az országos populációs felmérésekből származó becsült előfordulási gyakoriságokkal.

A szennyvízelemzés eredményei az 1000 lakosra jutó napi kábítószer-maradvány standardmennyiségét (koncentrációját) mutatják.

A 2017-es 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 viszont nagyon alacsony szinteket mért (lásd a 2.5. ábrát). A 2016-ra és 2017-re vonatkozó adatokkal rendelkező 31 város közül 19-ből jelentettek növekedést, 6-ból csökkenést és 6-ból stabil helyzetet. A 2011-es és 2017-es adatokkal rendelkező 13 város közül sok számolt be hosszabb távú növekvő tendenciáról.

Nagy kockázatú kokainhasználat: többen jelentkeznek kezelésre

A nagy kockázatú kokainhasználat európai felnőttek körében való előfordulási gyakoriságát nehéz megítélni, mivel friss becslésekkel csak 4 ország rendelkezik, és ezekhez eltérő meghatározásokat és módszereket alkalmaztak.

Spanyolországban egy új felmérés a nagy használati gyakoriság alapján úgy becsülte, hogy 2016/2017-ben a 14–18 év közöttiek 0,43%-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 0,20%-ra. Olaszország 2015-ben a felnőtt népesség körében 0,65%-ra becsülte azok arányát, akik kokainhasználat miatt kezelésre szorulnak. Portugáliában egy közvetett statisztikai módszereket alkalmazó tanulmány 2015-ben a felnőtt népesség körében 0,98%-ra becsülte a nagy kockázatú kokainhasználók arányát.

Európában a kokainnal összefüggésben speciális kezelésre jelentkező összes érintett közel háromnegyedét (73%) Spanyolország, Olaszország és az Egyesült Királyság jelentette. Összességében a kábítószer-használat miatt 2016-ban kezelésre jelentkező kliensek közül több mint 67 000 nevezte elsődleges kábítószerének a kokaint, az első kezelésüket megkezdők közül pedig nagyjából 30 000 kliens.

A csökkenés időszaka után a kokain miatt első alkalommal kezelésre jelentkezők összesített száma 2014 és 2016 között több mint egyötödével nőtt. Bár a növekedés jelentős része Olaszországnak és az Egyesült Királyságnak tudható be, szinte minden ország emelkedésről számolt be ebben az időszakban.

A kokainhasználattal összefüggő problémák miatt speciális kezelésre jelentkezők többsége elsődlegesen kokainpor-használó (51 000, avagy a 2016. évi összes kábítószeres kliens 10%-a). A legtöbb elsődleges kokainhasználó kliens vagy a kábítószer egymagában való használata miatt jelentkezik kezelésre (az összes kokainpor-használó 31%-a), vagy a kannabisszal (26%), alkohollal (31%) vagy más szerekkel (12%) együtt történő használat miatt. A jelentések alapján ez a csoport általában társadalmilag integrált, stabil életkörülményekkel és rendezett munkaviszonnyal rendelkezik. Egy másik, marginalizálódottabb szerhasználókból álló csoport crack kokain elsődleges használata miatt jelentkezik kezelésre (8300 kliens, avagy a 2016. évi összes kábítószeres kliens 2%-a), közülük sokan heroint használhatnak másodlagos szerként. Olaszországban és az Egyesült Királyságban a crack kokaint használó kliensek számának közelmúltbeli emelkedéséről számoltak be.

A kokain heroinnal vagy más opioidokkal együtt történő használatáról 53 000 olyan európai kliens számolt be, aki 2016-ban kábítószer-használat miatt speciális kezelésre

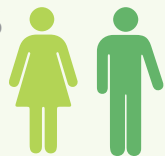
jelentkezett. Ez 15%-át teszi ki mindazoknak a kezelésre jelentkezőknek, akik esetében az elsődleges és a másodlagos szerről is rendelkezésre áll információ.



KEZELÉSRE JELENTKEZŐ KOKAINHASZNÁLÓK

Jellemzők

14% 86%



23 Átlagéletkor az első szerhasználattal
34 Átlagéletkor az első kezelés megkezdésekor

30 300 Az első kezelésre jelentkezők

47%

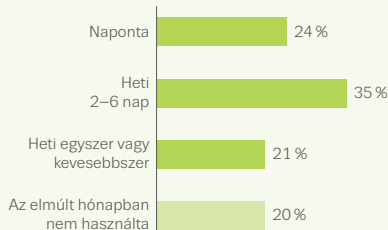


34 400 Korábban kezelt jelentkezők

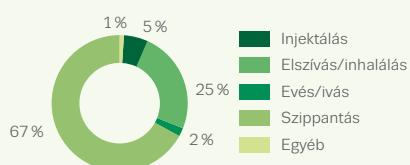
53%

Használat gyakorisága az előző hónapban

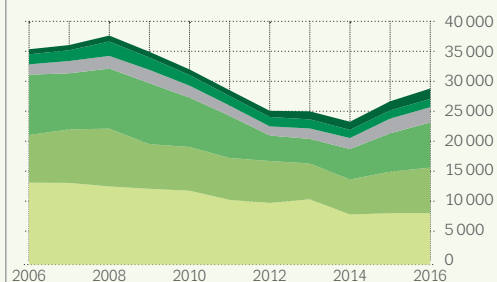
Átlagos szerhasználat heti **4,1** nap



Alkalmazási mód



Az első kezelést megkezdők számának alakulása

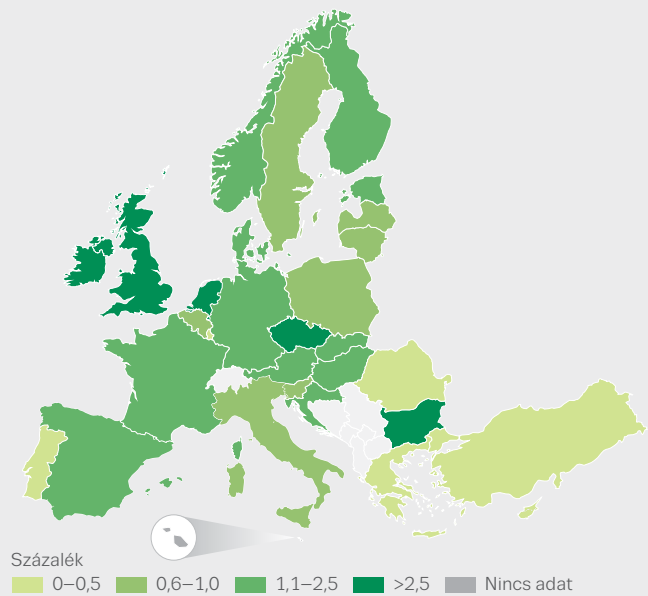
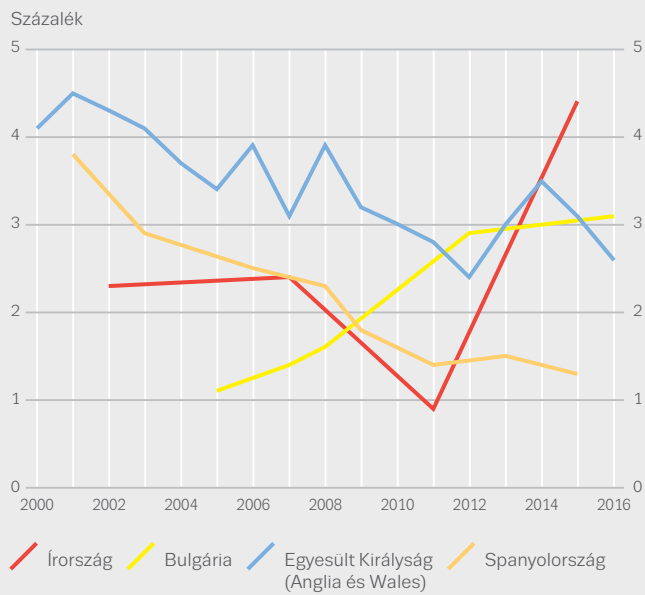


■ Németország ■ Hollandia ■ Más országok
■ Olaszország ■ Egyesült Királyság
■ Spanyolország

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 25 ország adatain alapul. A tendenciákat mutató ábra csak azokat az országokat veszi figyelembe, amelyek a 11 évből legalább 9-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.

ÁBRA 2.6

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



MDMA: stabilizálódni látszik a használata

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 kristályt és a port viszont szájon át is be lehet venni vagy szippantani is lehet.

Becslések szerint 13,5 millió európai felnőtt (15–64 éves), avagy a korcsoport 4,1%-a próbálta ki életében az MDMA-t/az ecstasyt. Az újabb keletű használatra vonatkozó számadatok abban a korcsoportban, ahol a kábítószer-használat a leggyakoribb, azt jelzik, hogy 2,2 millió fiatal (15–34 éves) felnőtt használt MDMA-t az előző évben (a korcsoport 1,8%-a), de az országos becslések a Portugália és Románia esetében becsült 0,2%-tól a hollandiai 7,4%-ig terjednek.

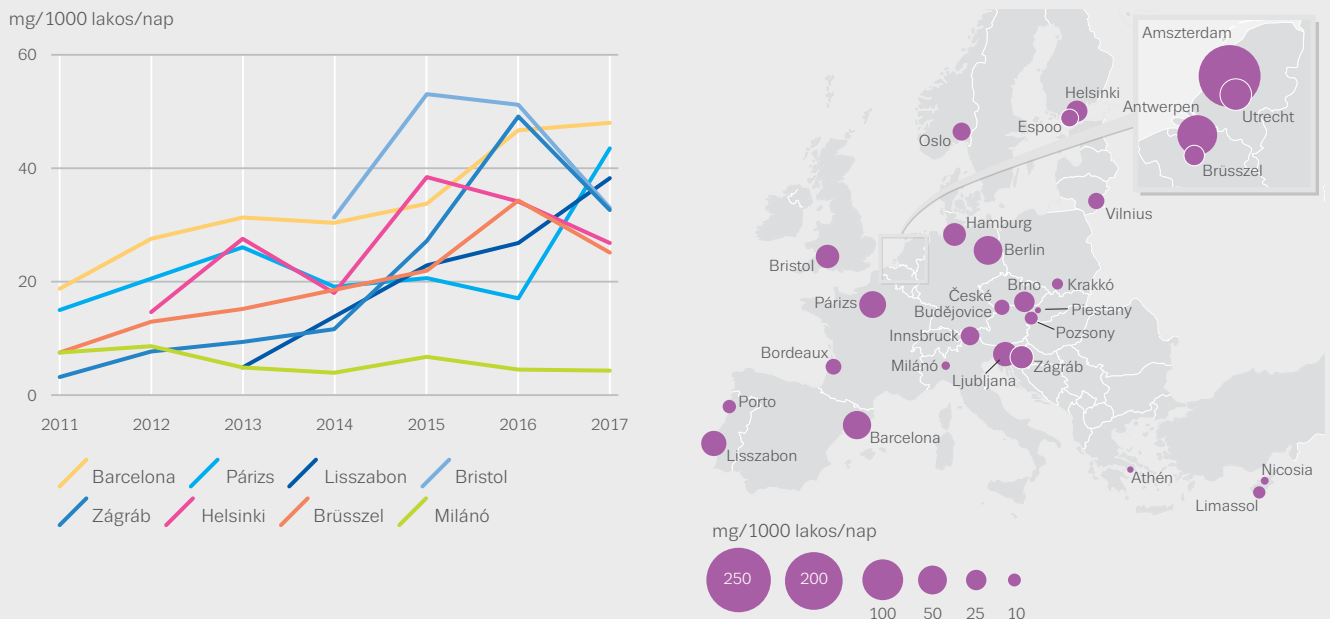
Az utóbbi időkig az MDMA prevalenciája sok országban csökkent a 2000-es évek eleje és közepe között elért csúcshoz képest. Az elmúlt években azonban a megfigyelés forrásai egyes országokban az MDMA használatának stabilizálódását vagy növekedését jelzik. A 2015 óta új felméréseket készítő és a konfidenciaintervallumot is feltüntető országok közül 5-ből jelentettek magasabb becsléseket, 12-ből stabil tendenciát, 1-ből pedig alacsonyabb becslést, mint az előző, összehasonlítható felmérésben.

Ahol vannak adatok a fiatal felnőttek körében előforduló előző évi MDMA-használat tendenciáinak statisztikai elemzéséhez, az újabb adatok változásokra utalnak



ÁBRA 2.7

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 2017 között évente egy héten át végezték a kiválasztott európai városokban.

Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

(2.6. ábra). Az Egyesült Királyságban egy csökkenő tendenciát követően a 2012 és 2014 között megfigyelt növekedés a frissebb adatok alapján megfordult. Spanyolországban a hosszú távú tendencia továbbra is csökkenő, a legutóbbi értékek azonban stabilak. A legfrissebb adatok Írországban az előfordulási gyakoriság 2011 óta tartó jelentős növekedését mutatják, Bulgáriában pedig folyamatos felfelé irányuló tendenciát jeleznek. A 2016-os hollandiai felmérés adatai megerősítik a megelőző két éves felmérésben jelentett magas szinteket.

A 2017-ben végzett, több nagyvárosra kiterjedő vizsgálat az MDMA legmagasabb koncentrációját belga, holland és német városok szennyvizében mutatta ki (lásd a 2.7. ábrát). A 2016-ra és 2017-re vonatkozó adatokkal rendelkező 33 város közül 11-ből jelentettek növekedést, 7-ből stabil helyzetet és 15-ből csökkenést. A hosszabb távú tendenciákat tekintve a 2011-ből és 2017-ből származó adatokkal egyaránt rendelkező városok többségében (12 városban) a szennyvíz MDMA-koncentrációja 2017-ben

magasabb volt a 2011. évinél. A 2011–2016-os időszakban megfigyelt erőteljes növekedés azonban 2017-ben a legtöbb városban stabilizálódni látszott.

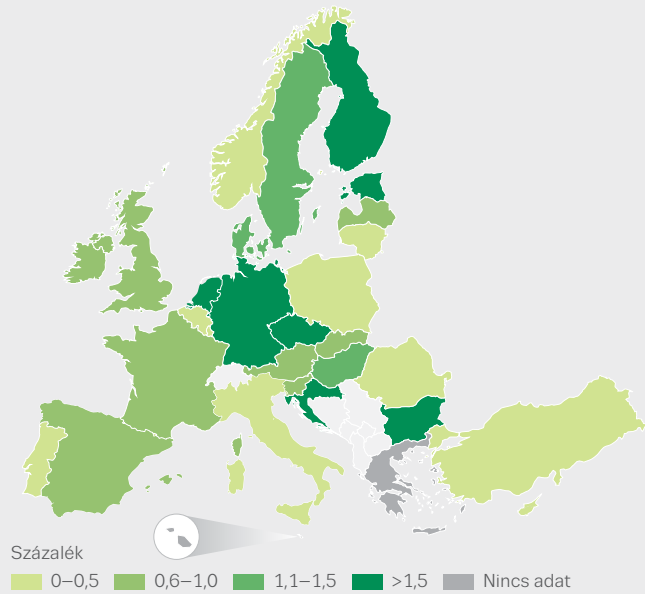
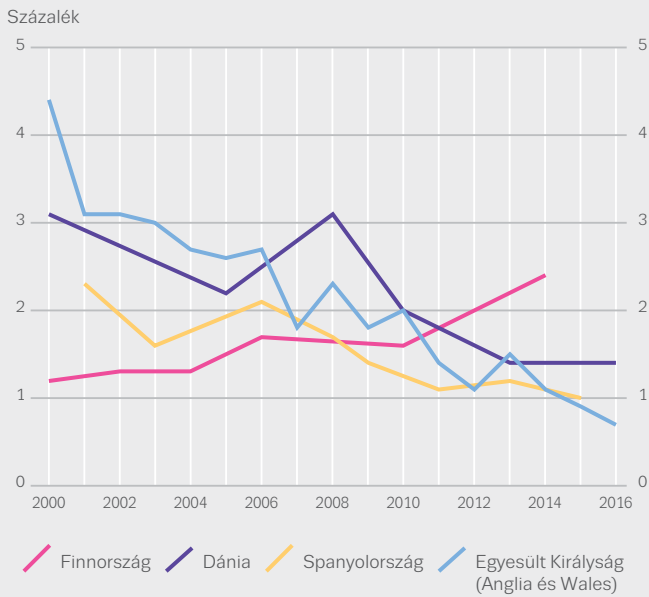
Az MDMA-t gyakran más szerekkel, többek között alkohollal együtt használják. Az aktuális mutatószámok arra utalnak, hogy a magasabb előfordulási gyakorisággal rendelkező országokban az MDMA már nem réspiaci vagy szubkulturális kábítószer; nemcsak éjszakai táncos szórakozóhelyeken és partikon fogyasztják, hanem fiatalok esetében széles körben használják általában az éjszakai életben, többek között a bárokban és házibulikon.

Az MDMA használatát ritkán jelölik meg a drogambulancián való jelentkezés okaként. 2016-ban Európában az első kezelésükre jelentkezők kevesebb mint 1%-a jelezte az MDMA használatát (kb. 1000 eset), elsősorban Spanyolországban, Franciaországban, az Egyesült Királyságban és Törökországban.

A megfigyelés forrásai az MDMA használatának stabilizálódását vagy növekedését jelzik

ÁBRA 2.8

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



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 a Cseh Köztársaságra és újabban Szlovákiára korlátozódott, de az elmúlt években más országokban is növekedett a használat. Néhány adatsorban nem lehet különbséget tenni a két anyag között; ilyen esetekben az amfetaminszármazékok gyűjtőnevet használjuk.

Mindkét kábítószer fogyasztható szájon vagy orron át, emellett néhány országban a kábítószerrel kapcsolatos problémák jelentős részét képezi az intravénás használat. A metamfetamint el is lehet szívni, bár erről a fogyasztási módról Európában nem gyakran számolnak be.

Becslések szerint 11,9 millió európai felnőtt (15–64 éves), avagy a korcsoport 3,6%-a próbált ki életében amfetaminszármazékokat. Az újabb keletű használatra vonatkozó számadatok abban a korcsoportban, ahol a kábítószer-használat a leggyakoribb, azt jelzik, hogy 1,2 millió (1,0%) fiatal felnőtt (15–34 éves) használt amfetaminszármazékokat az előző évben, de a legfrissebb becsült országos prevalencia a Portugáliában mért 0,1% alatti arány és a hollandiai 3,6% között mozog. A rendelkezésre álló adatok azt jelzik, hogy körülbelül 2000 óta a legtöbb európai országban viszonylag stabil helyzet alakult ki az amfetaminszármazékok használatában. A 2015 óta új felméréseket készítő és a konfidenciaintervallumot is

feltüntetett országok közül 2-ből jelentettek magasabb becsléseket, 13-ból stabil tendenciát, 2-ből pedig alacsonyabb becslést, mint az előző, összehasonlítható felmérésben.

Csak kevés ország esetében van lehetőség az amfetaminszármazékok fiatal felnőttek körében való előző éves prevalenciájával kapcsolatos tendenciák statisztikai elemzésére. Dániában, Spanyolországban és az Egyesült Királyságban hosszú távú csökkenő tendencia figyelhető meg (2.8. ábra). Ezzel szemben Finnországban 2000 és 2014 között nőtt az amfetaminszármazékok használatának előfordulási gyakorisága a fiatal felnőttek körében.

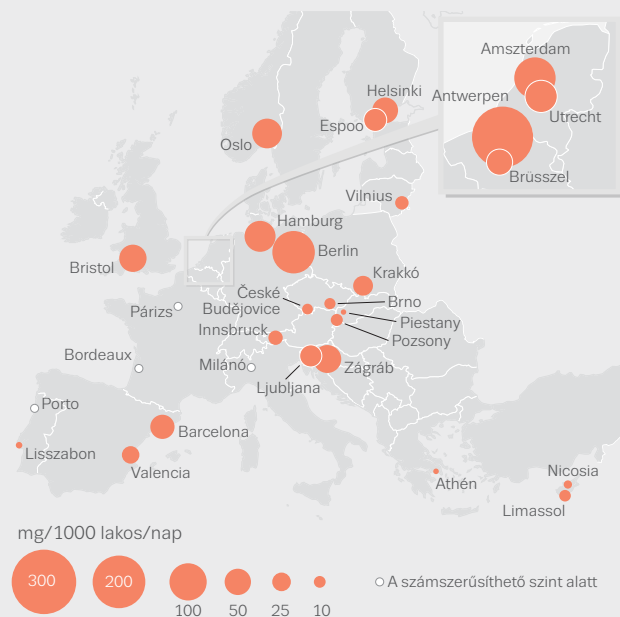
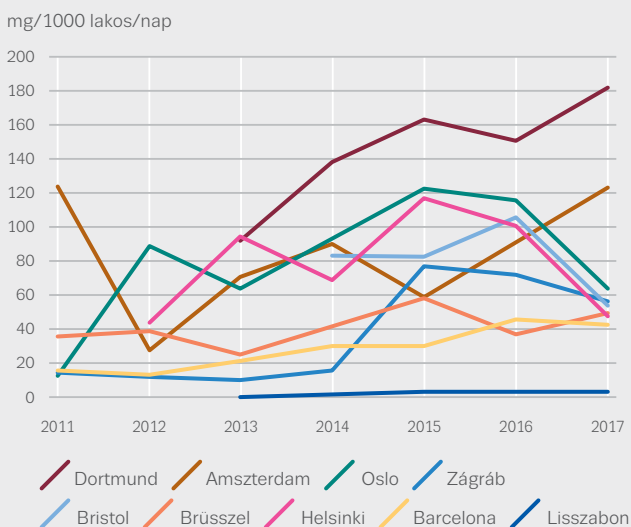
A települési szennyvíz 2017-ben elvégzett elemzése azt állapította meg, hogy az amfetamin koncentrációja Európán belül nagyon változatosan alakult, de a legmagasabb szinteket az észak- és a kelet-európai városokból jelentették (lásd a 2.9. ábrát). Európa déli részén sokkal alacsonyabb amfetaminszinteket mértek.

A 2016-ra és 2017-re vonatkozó adatokkal rendelkező 33 város közül 9-ből jelentettek növekedést, 11-ből stabil helyzetet és 13-ból csökkenést. A 2011 és 2017 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 a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában koncentrált, mostanra megjelent Cipruson, Németország keleti részén, Spanyolországban és Észak-

ÁBRA 2.9

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

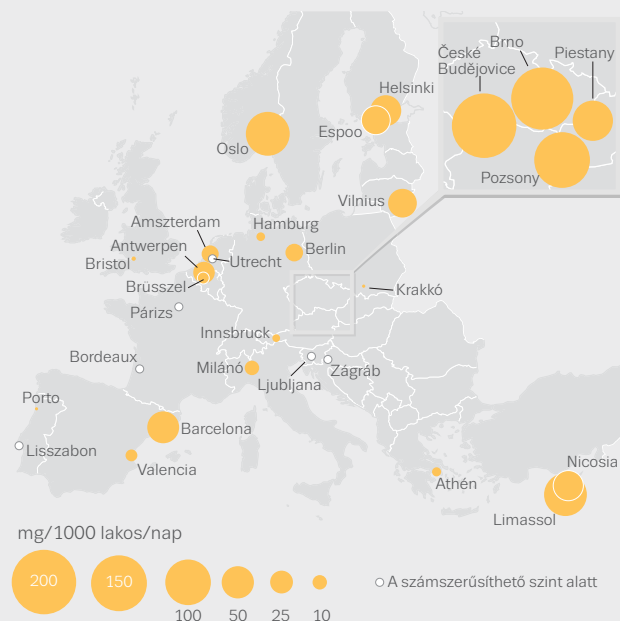
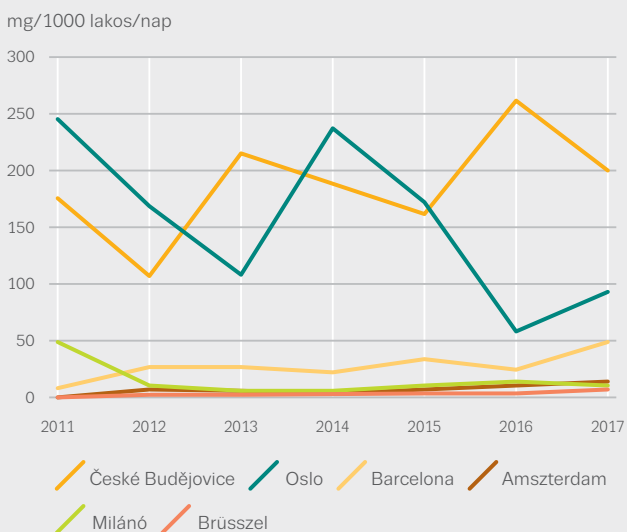


Megjegyzés: Az amfetamin napi középértéke 1000 lakosra jutó milligrammban. A mintavételt 2011 és 2017 között évente egy héten át végezték a kiválasztott európai városokban.

Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

ÁBRA 2.10

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 2017 között évente egy héten át végezték a kiválasztott európai városokban.

Forrás: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Európában is (lásd a 2.10. ábrát). A szennyvízből kimutatott metamfetaminról 2016-os és 2017-es adatokkal rendelkező 34 város közül 12-ből jelentettek növekedést, 10-ből stabil helyzetet és 12-ből csökkenést.

Nagy kockázatú amfetaminszármazék-használat: továbbra is jelentős az igény a kezelésre

A tartós, krónikus és intravénás amfetaminhasználattal összefüggő problémák hagyományosan az észak-európai országokban a legszembetűnőbbek. Metamfetaminnal kapcsolatos problémák ezzel szemben leginkább a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában jelentkeztek. Az amfetaminszármazékok nagy kockázatú használatáról friss becslések érkeztek Norvégiából, ahol az arányt (2013-ban) 0,33%-ra, avagy 11 200 felnőttre tették, illetve Németországból, ahol 2015-ben 0,19%-ra, avagy 102 000 felnőttre becsülték. Valószínűleg az amfetaminszármazékok használói teszik ki a Lettország által 2016-ban bejelentett 2230 (0,18%) magas kockázatú stimulánshasználó többségét, ami a 2010-es 6540-hez (0,46%) képest csökkenést jelent. A nagy kockázatú metamfetaminhasználatról friss becslések állnak rendelkezésre a Cseh Köztársaságból és Ciprusról. A Cseh Köztársaságban 2016-ban a felnőttek (15–64 évesek) körében 0,50% körülire becsülték a nagy kockázatú metamfetaminhasználatot (ami 34 300 szerhasználónak felel meg). Ez növekedést jelent a 2007-es 20 900

szerhasználóhoz képest, bár az elmúlt években a számok viszonylag stabilak maradtak. Ciprus esetében 2016-ban 0,02%-os becslést adtak meg, ami 105 szerhasználónak felel meg.

Európában a drogfogyasztás miatt 2016-ban speciális kezelésre jelentkező kliensek közül körülbelül 35 000 nevezte elsődleges kábítószerének az amfetaminszármazékokat, és közülük hozzávetőleg 15 000-en jelentkeztek első alkalommal kezelésre. Az elsődleges amfetaminhasználók aránya Németországban, Lettországban, Lengyelországban és Finnországban meghaladta a 15%-ot az első kezelésre jelentkezők körében. Az elsődleges metamfetaminhasználat miatt kezelésre jelentkezők a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában koncentrálnak, amelyek együttesen a speciális kezelésre jelentkező 9200 európai metamfetaminhasználó kliens közel 90%-át adták.

AZ AMFETAMINSZÁRMAZÉKOKAT HASZNÁLÓ, KEZELÉSRE JELENTKEZŐ KLIENSEK



Jellemzők

27% 73%



20 Átlagéletkor az első szerhasználatkor
29 Átlagéletkor az első kezelés megkezdésekor

15 500 Az első kezelésre jelentkezők

19 900 Korábban kezelt jelentkezők

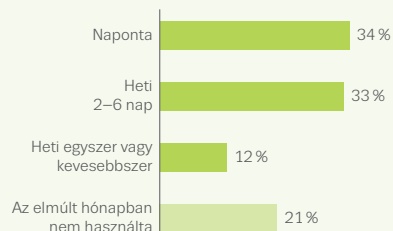
43%

57%

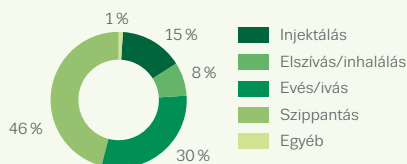


Használat gyakorisága az előző hónapban

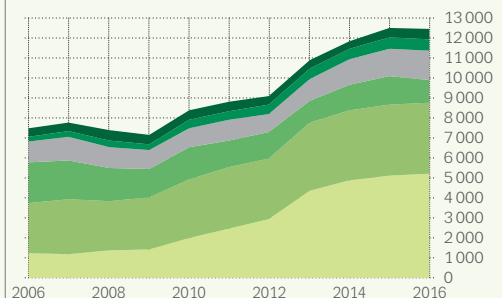
Átlagos szerhasználat heti **4,4** nap



Alkalmazási mód



Az első kezelést megkezdők számának alakulása



Hollandia Szlovákia Más országok
Egyesült Királyság Cseh Köztársaság
Németország

Megjegyzés: A tendenciáktól eltekintve az adatok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki az amfetaminszármazékokat nevezte meg elsődleges kábítószerként. Az első kezelést megkezdők számának alakulása 25 ország adatain alapul. A tendenciákat mutató ábra csak azokat az országokat veszi figyelembe, amelyek a 11 évből legalább 9-re vonatkozóan rendelkeznek adatokkal. A hiányzó adatokat a szomszédos évekre vonatkozó adatokból, interpolációval következtették ki.

Ketamin, GHB és hallucinogének: továbbra is alacsony használat

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

A ketamin és a GHB (beleértve a GBL nevű prekursorát, a gamma-butirolaktont) rekreációs használatáról az utóbbi két évtizedben érkeztek jelentések az európai drogfogyasztók egyes alcsoportjainak köréből. Ha vannak országos becslések a GHB és a ketamin használatának prevalenciájáról, ezek a felnőtt és az iskolai népességben is alacsonynak mutatják az előfordulást. Egy 2016-os felmérés alapján Norvégia a GHB használatának előző éves prevalenciáját 0,1%-ra tette a felnőttek (16–64 évesek) körében. 2016-ban a ketamin előző éves prevalenciáját a fiatal felnőttek (15–34) körében 0,1%-ra becsülték a Cseh Köztársaságban és Romániában, és 0,8%-ra az Egyesült Királyságban.

Az LSD és a hallucinogén gombák használatának összesített előfordulása Európában évek óta alacsony és stagnál. 2016-ban 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 Hollandiát (1,9%), Finnországot (1,9%) és a Cseh Köztársaságot (3,1%) a hallucinogén gombák esetében, illetve Finnországot (1,3%) és a Cseh Köztársaságot (1,4%) az LSD tekintetében.

Új pszichoaktív anyagok használata: nagy kockázatú szerhasználat a marginalizálódott populációkban

Több ország is felvette az új pszichoaktív anyagokat a normálpopulációs felméréseibe, bár a módszerek és felmérési kérdések közötti különbségek határt szabnak az országok közötti összehasonlításnak. 2011 óta 13 európai ország közölt becslést az új pszichoaktív szerek használatáról (nem beleértve a ketamint és a GHB-t). A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az ilyen szerek használatának előző éves prevalenciája az Olaszországban és Norvégiában mért 0,2%-tól a romániai 1,7%-ig terjedt. Az Egyesült Királyságból (Anglia és Wales) a mefedron használatáról is vannak felmérési adatok. A legfrissebb felmérés alapján (2016/17) ennek a kábítószernek az előző évi használatát a 16–34 évesek körében 0,3%-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 év közöttiek körében mért aránya a spanyolországi 0,2% és a lettországi 1,5% között mozgott.

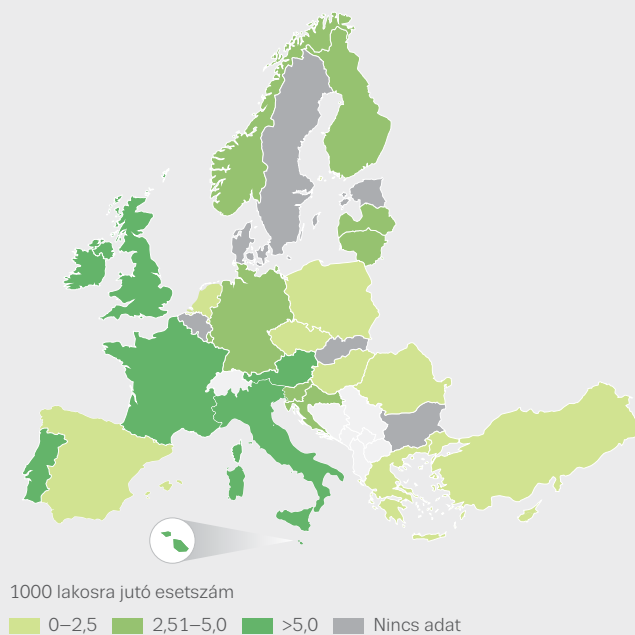
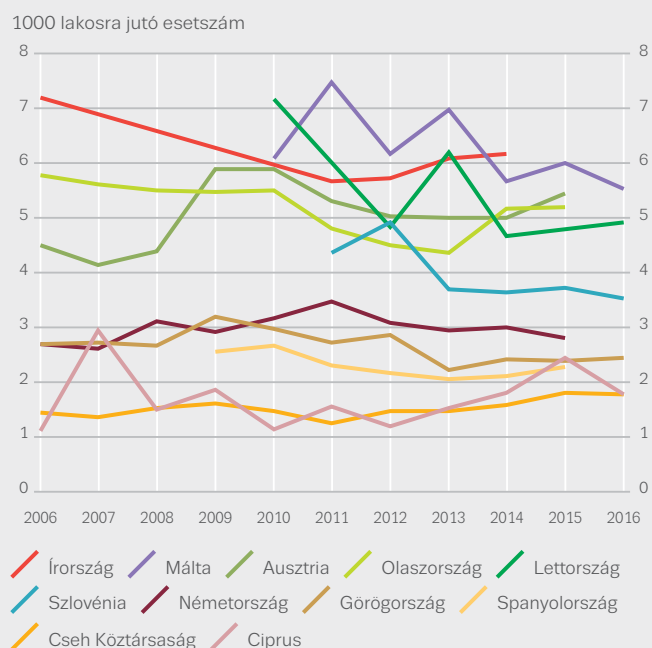
Miközben az új pszichoaktív anyagok fogyasztásának szintje Európában általában véve alacsony, egy 2016. évi EMCDDA-felmérésben az országok több mint kétharmada számolt be arról, hogy magas kockázatú szerhasználók használják ezeket az anyagokat. Különösen a szintetikus katinonoknak az opioidok és stimulánsok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

Összességében az új pszichoaktív anyagok használatával összefüggő problémák miatt Európában egyelőre kevesen jelentkeznek kezelésre, bár egyes országok esetében ezek a szerek jelentősek. A legfrissebb adatok alapján Törökországban a kliensek 17%-a, Magyarországon pedig 7%-a a szintetikus kannabinoidok használatát jelölte meg a drogfogyasztás miatti speciális kezelésre való jelentkezés fő okaként; az Egyesült Királyságban a kezelésre jelentkezők 0,3%-a jelölte meg okként a szintetikus katinonok elsődleges használatához kapcsolódó problémákat.

Az Egyesült Királyságban különös aggodalomra ad okot a szintetikus kannabinoidok fogvatartottak körében történő használata. Egy egyesült királyságbeli börtönökben végzett 2016-os felmérés megállapítása szerint a 625 fogvatartott 33%-a számolt be arról, hogy az előző hónapban „spice”-t fogyasztott, szemben az előző havi kannabiszhasználat 14%-os arányával.

ÁBRA 2.11

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



Magas kockázatú opioidhasználat: még mindig a heroin dominál

A tiltott opioidok közül Európában leginkább a heroin használatos, amely elszívva, szippantással vagy intravénásan fogyasztható. Számos más szintetikus opioiddal is visszaélnék, 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 már kapcsolatba kerültek a helyettesítő kezelést nyújtó szolgálatokkal.

A felnőttek (15–64 évesek) körében az uniós népesség 0,4%-ára becsülik a magas kockázatú opioidhasználat előfordulási gyakoriságát, ami 2016-ban 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 (76%) az Európai Unió öt legnépesebb – lakosságának 62%-át kitevő – országa felel (Németország, Spanyolország, Franciaország, Olaszország, Egyesült Királyság). Azon 11 ország közül, amely 2006 és 2016 között rendszeres becsléseket készített a magas kockázatú

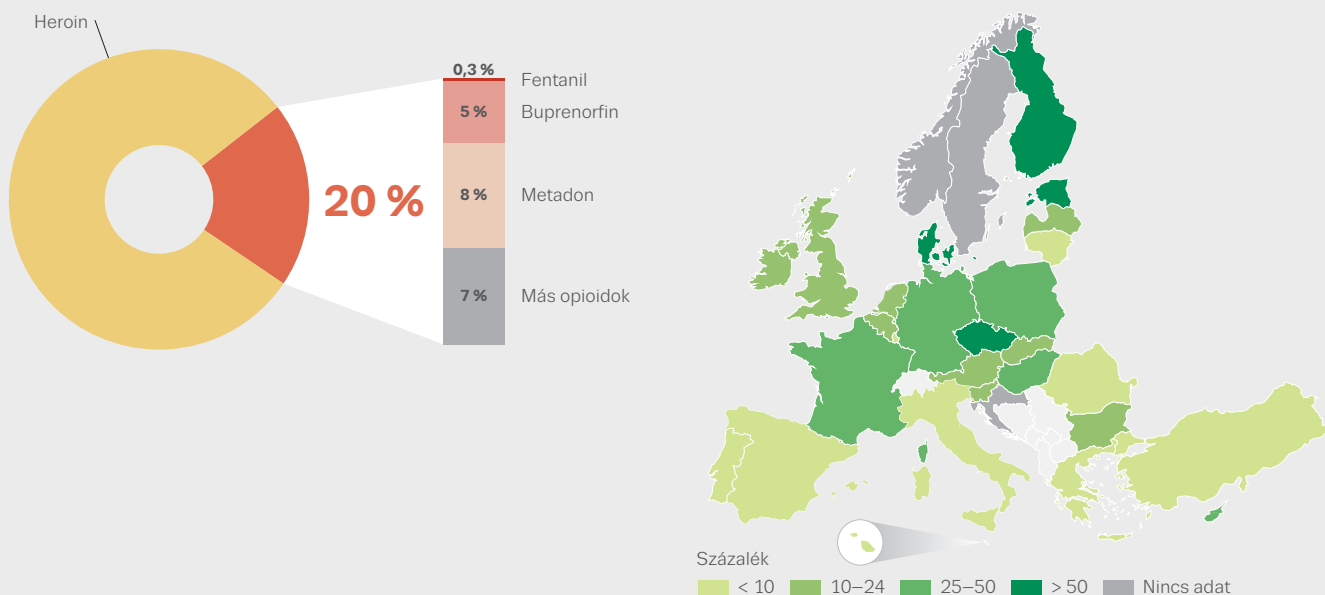
opioidhasználatról, Spanyolország és Olaszország mutat statisztikailag szignifikáns csökkenést, míg a Cseh Köztársaságban statisztikailag szignifikáns növekedés figyelhető meg (2.11. ábra).

2016-ban Európában 177 000 kliens, azaz a kábítószerhasználatra való jelentkezés 37%-a jelölte meg a speciális kezelésre való jelentkezés fő okaként az opioidok használatát. Közülük 35 000-en első alkalommal jelentkeztek kezelésre. Az első kezelésükre jelentkező elsődleges opioidhasználók 82%-át az elsődleges heroinhasználók tették ki.

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.

ÁBRA 2.12

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



Szintetikus opioidok: Európa-szerte különféle anyagok figyelhetők meg

Bár továbbra is a heroin a leggyakrabban használt opioid, több forrás utal arra, hogy a legális szintetikus opioidokkal (például metadon, buprenorfin és fentanil) egyre többször

élnek vissza. A kezelésre jelentkezők által megnevezett opioidok közé tartozik a nem rendeltetésszerűen használt metadon, buprenorfin, fentanil, kodein, morfin, tramadol és oxikodon. Néhány országban a speciális kezelésre jelentkezők körében a herointól eltérő opioidok jelentik az opioidhasználat leggyakoribb formáját. 2016-ban 18 európai

A KEZELÉSRE JELENTKEZŐ HEROINHASZNÁLÓK

Jellemzők

20% 80%



23 Átlagéletkor az első szerhasználatkor

34 Átlagéletkor az első kezelés megkezdésekor

28 200 Az első kezelésre jelentkezők

19%

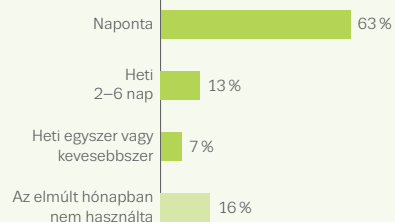


117 200 Korábban kezelt jelentkezők

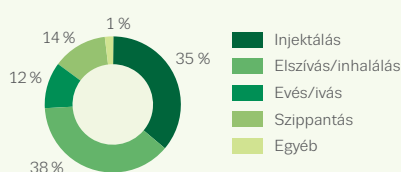
81%

Használat gyakorisága az előző hónapban

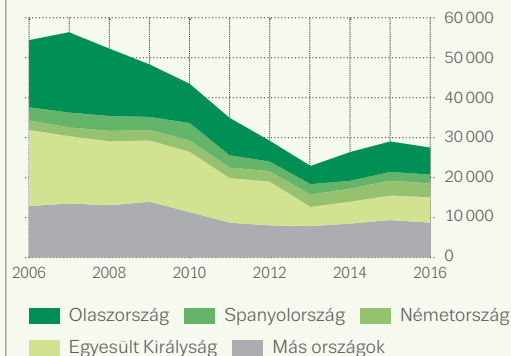
Átlagos szerhasználat heti 6 nap



Alkalmazási mód



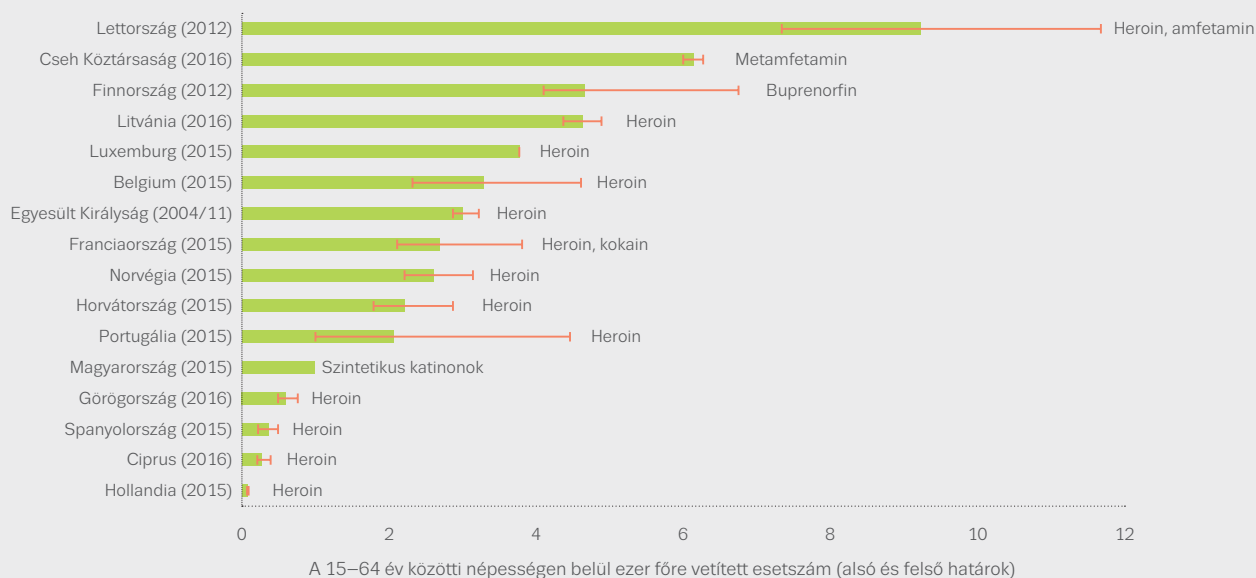
Az első kezelést megkezdők számának alakulása



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” használó, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak. Az első kezelést megkezdők számának alakulása 25 ország adatain alapul. A tendenciákat mutató ábra csak azokat az országokat veszi figyelembe, amelyek a 11 évből legalább 9-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.

ÁBRA 2.13

Intravénás kábítószer-használat: a prevalenciára vonatkozó legfrissebb becslések és az intravénásan használt fő kábítószer



országból jelezték, hogy az erre szakosodott szolgálatoknál jelentkező opioidhasználó kliensek több mint 10%-át elsősorban a herointól eltérő opioidokkal összefüggő problémák miatt kezelték (2.12. ábra). Észtországban az elsődleges kábítószerként használt opioidok miatt kezelésre jelentkezők többsége fentanilt használt, míg Finnországban a kezelésre jelentkezők leggyakrabban a buprenorfin említették elsődleges opioidként. A Cseh Köztársaságban az opioid miatt kezelt kliensek mintegy 30%-a buprenorfinnal való visszaélésről számolt be, Dániában pedig 22%-uk metadonnal való visszaélést említett. Cipruson és Lengyelországban az opioidhasználó kliensek 20–30%-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.

Intravénás kábítószer-használat: további csökkenés a kezelésre újonnan jelentkezők körében

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

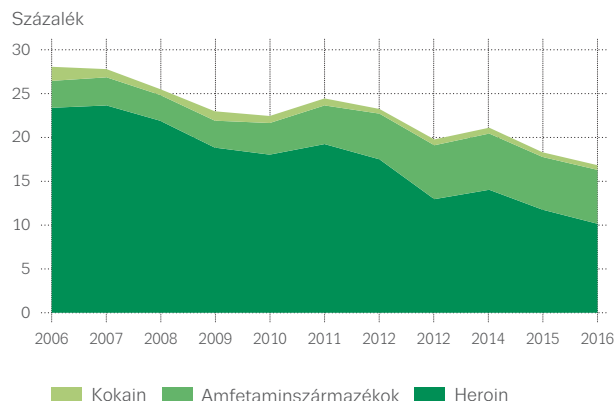
Az intravénás kábítószer-használatról 2011 óta csak 16 ország rendelkezik becslésekkel, ahol ennek előfordulási gyakorisága a 15–64 éves népességen belül az 1000 főre jutó kevesebb mint 1 eset és 9 eset között mozog. Ezekben az országokban többnyire egyértelműen meghatározható az első számú intravénásan 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 2.13. ábrát). A heroint az országok közül 13 említi, míg a buprenorfin Finnország nevezi meg. Négy országban említik meg a legfontosabb intravénásan használt kábítószer között a stimulánsokat; e szerek közé tartoznak a szintetikus katinonok (Magyarország), a kokain (Franciaország), az amfetamin (Lettország) és a metamfetamin (Cseh Köztársaság).

ÁBRA 2.14

Az elsődleges kábítószerként heroint használó, 2016-ban első alkalommal speciális kezelésre jelentkező kliensek körében a 2006-os 43%-hoz képest már csak 27% nevezte fő beviteli módnak az injektlást. Az injektlás előfordulása ebben a csoportban országonként változik, a spanyolországi 8%-tól egészen a lettországi, litvániai és romániai 90% vagy a feletti arányig. Az injektlást az első kezelésükre jelentkező kokainhasználó kliensek 1%-a, az első kezelésükre jelentkező, elsődlegesen amfetaminszármazékokat használó klienseknek pedig 47%-a nevezte fő fogyasztási módnak. Az amfetaminszármazékok tekintetében azonban az általános képet nagyban befolyásolja a Cseh Köztársaság, amely az Európában a kábítószer intravénásan fogyasztó amfetaminszármazék-használó új kliensek 87%-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 28%-ról 2016-ra 17%-ra csökkent (2.14. 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. Az EMCDDA egy közelmúltbeli tanulmányában 10 ország számolt be a szintetikus katinonok injektlásáról – gyakran más stimulánsokkal és GHB-val együtt – a más férfakkal szexuális kapcsolatot létesítő férfiak kis csoportjai körében zajló szexpartikkal összefüggésben.

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 21 ország adatain alapulnak, amelyek a 11 évből legalább 9-re vonatkozóan rendelkeznek adatokkal.

Továbbra is érkeznek jelentések a szintetikus katinonok bizonyos népességcsoportokon belüli intravénás használatáról



BŐVEBB INFORMÁCIÓK

Az EMCDDA kiadványai

2018

Country Drug Reports 2018.

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

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

2012

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

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

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

Az EMCDDA és az ESPAD közös kiadványai

2016

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

Valamennyi kiadvány elérhető a

www.emcdda.europa.eu/publications weboldalon.

3

**Ismert tény, hogy a tiltott
kábitószeres használata
hozzájárul a betegségek
okozta globális terhekhez**

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 veszélyeztetettség és a drogfogyasztás társadalmi közege. A krónikus problémák közé tartozik a függőség és a kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek, de emellett számos más akut ártalom is létezik, amelyek közül a kábítószer-túladagolás a legjobban dokumentált. Jóllehet az opioidok használata viszonylag ritka, még mindig ezekhez a kábítószeres használatokhoz köthető a legtöbb megbetegedés és halálozás. Az intravénás kábítószer-használat növeli a kockázatokat. Bár a kannabiszhasználattal összefüggő egészségügyi probléma ezzel összevetve 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 a környezet kihívásokat rejt magában.

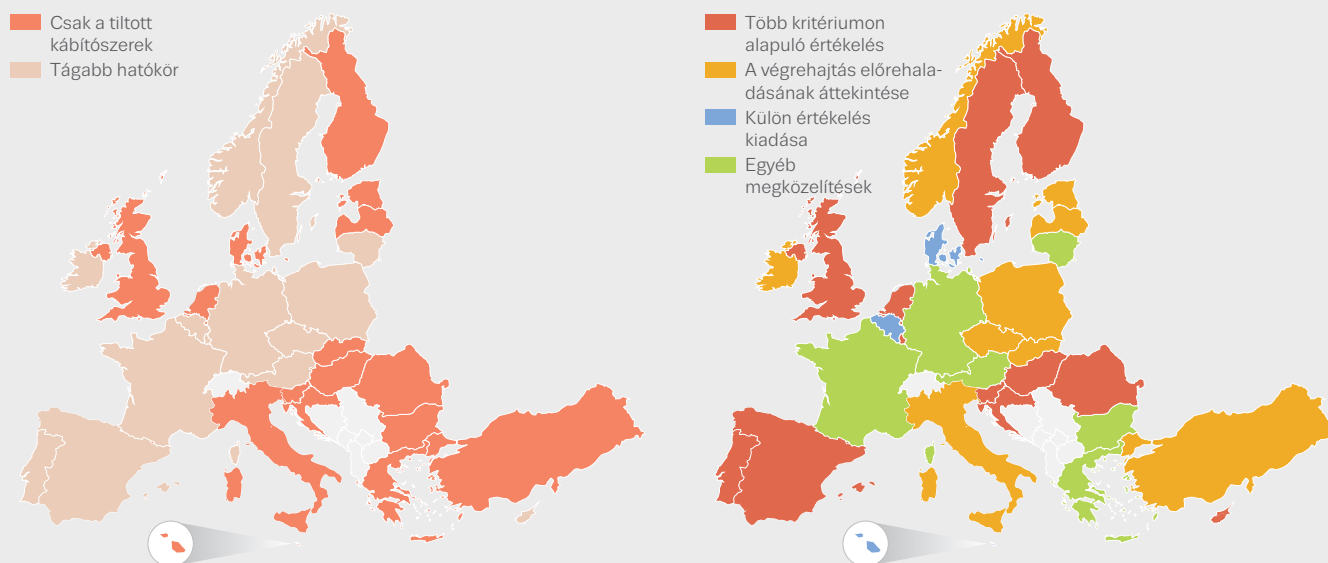
A kábítószerrel összefüggő ártalmak és válaszlépések megfigyelése

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 kábítószeres használatokhoz 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 *Key epidemiological indicators (Fő epidemiológiai mutatók)*, a *Statistical Bulletin (statisztikai közlöny)* és az *Action on new drugs (Új kábítószerrel kapcsolatos fellépések)* menüpontban.

ÁBRA 3.1

A nemzeti drogstratégiai dokumentumok hatóköre (balra) és az értékelési módszerek (jobbra) 2017-ben



Megjegyzés: A tágabb hatókörű stratégiákba például a legális gyógyszerek és más függőségek is beletartoznak. Az Egyesült Királyság a tiltott kábítószerekre vonatkozó stratégiával rendelkezik, ezzel szemben Walesben és Észak-Írországon az alkoholra is kiterjedő, átfogó stratégiai dokumentum van érvényben.

A drogproblémákkal szembeni hatékony, tényeken alapuló válaszleptések megtervezése és kivitelezése központi téma az európai drogpolitikában, amely 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 túladagolásos halálesetekre adott válaszlépésként dolgozták ki.

Drogstratégiák: szélesebb fókusz

Az EMCDDA által figyelemmel kísért 30 ország közel felének nemzeti drogstratégiája a tiltott kábítószerek mellett immár a szerekre alapuló és a viselkedési függőség különböző kombinációira is kitér. Ezeket a tervezési eszközöket a kormányok a kábítószer-problémák különféle egészségügyi, szociális és biztonsági dimenzióival kapcsolatos általános megközelítésük és konkrét válaszlépéseik kidolgozásához használják fel. Dániában a nemzeti drogpolitikát számos stratégiai dokumentum, jogszabály és konkrét intézkedések jelentik, míg az összes többi ország külön nemzeti drogstratégiai dokumentummal rendelkezik. 16 országban a drogstratégia elsősorban a tiltott kábítószerekre helyezi a hangsúlyt. A többi 14 országban tágabb a szakpolitika

hatóköre, így más addiktív anyagokra és magatartásformákra is jobban ügyel (lásd a 3.1. ábrát). Az Egyesült Királyságon belül Wales és Észak-Írország decentralizált kormányzatának is átfogó stratégiai dokumentuma van. Ha ezt a két dokumentumot is beleszámítjuk, a széleskörű, tiltott kábítószerekkel foglalkozó stratégiák száma 16. Ezek az átfogó dokumentumok elsősorban a tiltott kábítószerekkel foglalkoznak, és jelentős különbségek vannak más szerek és függőségek kezelése téren. Az alkohollal valamennyi dokumentum foglalkozik, emellett 10 a dohányzással, 9 a gyógyszerekkel, 3 a sportban használt doppingszerekkel (pl. teljesítménynövelő szerekkel) és 8 az addiktív magatartásformákkal (pl. a szerencsejátékkal) is. A hangsúlyoktól függetlenül valamennyi nemzeti drogstratégia az uniós drogellenes stratégiában (2013–2020) és cselekvési tervben (2017–2020) előirányzott kiegyensúlyozott drogpolitikai megközelítést követi, amely a keresletcsökkentést és a kínálatcsökkentést egyaránt hangsúlyozza.

Különböző megközelítések alapján ugyan, de mindegyik európai ország értékeli a nemzeti drogstratégiáját. Az értékelés célja általában annak felmérése, hogy mennyiben sikerült megvalósítani a stratégiát, és milyen változások történtek a kábítószerhelyzetben. 2017-ben 12 többszempontú értékelésről, 9 végrehajtást ellenőrző felülvizsgálatról és 3 témaspecifikus értékelésről számoltak be a közelmúltból, 6 ország pedig más módszereket alkalmazott, például a mutatók értékelésének és a kutatási projekteknek az ötvözetét (lásd a 3.1. ábrát). A szélesebb körű stratégiák felé mutató tendenciát egyre inkább tükrözi a szélesebb fókuszú értékelések

alkalmazása. Eddig Franciaország, Luxemburg, Svédország és Norvégia tett közzé értékeléseket széleskörű stratégiákról.

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

Tényeken alapuló megelőzés: a megvalósítás támogatása

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

Az elmúlt években Európában nőtt a tényeken alapuló prevenció programok megvalósítása iránti érdeklődés, amit jegyzékek összeállítása, képzési kezdeményezések létrehozása és minőségi szabványok megfogalmazása is alátámaszt. 2018-ban a 30 EMCDDA-ország több mint egyharmadában álltak rendelkezésre, illetve voltak kidolgozás alatt jegyzékek. A jegyzékek adatbejegyzési és minősítési kritériumokat tartalmaznak a programok hatékonyságára vonatkozóan. Az „Xchange” elnevezésű európai jegyzék a nemzeti jegyzékekhez kapcsolódik, és mintegy 20 kézikönyvalapú drogprevenció programot foglal magában, amelyeket szigorúan értékelték, és amelyek eredményeit minősítették. Emellett tartalmazza a szakemberek megvalósítási tapasztalatait olyan kérdésekkel kapcsolatban, mint a megvalósítás szervezési és kulturális akadályai (munkaerő-felvétel, időzítés, adaptációs nehézségek), és kitér arra, hogy miként sikerült ezeket leküzdeni.

A prevenció megközelítések sikeres bevezetéséhez nélkülözhetetlen a szakmai képzés. A prevenciótudomány területén azonban korlátozottak a formális képzési lehetőségei. A nemzetközi tényeken alapuló standardokra épülő egységes prevenció tanterv (Universal Prevention Curriculum) elnevezésű új kezdeményezést nemrégiben európai hallgatók igényeihez igazították, egyrészt egy kilenches egyetemi tanterv, másrészt egy tömörített, regionális vagy helyi döntéshozóknak és véleményformálóknak szóló, 3–5 napos kurzus formájában (UPC-Adapt). A rövidebb változatot 2018-ban az uniós tagállamok egyharmadában alkalmazták.

Környezeti prevenció: többemű szórakozóhelyi programok

Több ország számolt be a környezeti prevencióra irányuló megközelítések szórakozóhelyeken való fokozott alkalmazásáról, elsősorban Európa északi felén. A legtöbb környezeti megközelítés elsődlegesen az alkoholra irányul, de az alkohol és más kábítószeres problémás használatának közös (kontextuális) kockázati tényezői révén ezek a megközelítések más szerek prevenciója szempontjából is hasznosak lehetnek. Ezek megvalósulása azonban továbbra is korlátozott. Az egyik figyelemreméltó megközelítést a szórakozóhelyeken működő több elemből álló fellépések jelentik, amelyek ötvözik a felszolgáló személyzet képzését, a belépés ellenőrzését, a felügyeletet és a közösségi mozgósítást. Vannak arra utaló bizonyítékok, hogy ez a megközelítés hatékony lehet az alkohollal és a kábítószerrel összefüggő ártalmak csökkentése tekintetében. Példa erre a svédországi STAD projekt, amely immár hat másik uniós országban is bevezetésre kerül. 2016-ban azonban csupán 2 ország (Finnország és az Egyesült Királyság) számolt be arról, hogy több elemből álló fellépéseket alkalmaznak széles körben.

M-health: a fellépésekhez való hozzáférés kiterjesztése

A kábítószer elleni fellépések széles köre egyre inkább online is elérhető, többek között okostelefonokon használható mobil egészségügyi alkalmazásokon keresztül (m-health). Az internetes alapú és mobilos egészségügyi beavatkozásoknál megvan a lehetőség arra, hogy a prevenció és kezelési programok hatókörét és földrajzi lefedettségét kiterjesszék azokra is, akik másképp esetleg nem jutnak el a drogfogyasztókat kezelő szolgáltatókhoz. Az okostelefonon elérhető fellépések a kábítószerrel foglalkozó szakemberek számára biztosított e-oktatási eszközöktől a drogprevenció, az ártalomcsökkentés, valamint a közösségimédia-platformokon belüli digitális ismeretterjesztésen át a páciensek nyomon követéséig, felügyeletéig és kezeléséig terjedhetnek.

Egy közelmúltbeli EMCDDA-tanulmány több mint 60, online app store-okban elérhető, kábítószerrel foglalkozó mobilos egészségügyi alkalmazást azonosított, amelyek közel fele Európából származik. A legtöbb alkalmazás kábítószerrel kapcsolatos információkkal szolgált, valamilyen formájú fellépéssel párosulva. Az európai mobilos egészségügyi fellépések célja elsődlegesen a bulikba járók és a fiatalok körében történő ártalomcsökkentés. Az alkalmazásokban használt technikák többek között a bevett internetalapú kezelési módszerek, köztük fogyasztási naplók, személyre szabott visszajelzés a kábítószer-használat csökkentése

ÁBRA 3.2

terén az egyén által kitűzött célokhoz képest, valamint a kezelést végző szakemberekkel titkosított üzenetküldés révén folytatott interakció. Néhány alkalmazás hatékony prevenció technikákat is alkalmaz, ezek közé tartoznak a társadalmi normákkal kapcsolatos módszerek, valamint a kortársak kábítószer-használatáról szóló téves elképzelések visszaszorítása. Az ezen a területen történő jövőbeni fejlesztések szempontjából kihívást jelent, hogy hiányoznak a kábítószerrel kapcsolatos mobilos egészségügyi alkalmazásokra vonatkozó minőségi szabványok, adatvédelmi aggályok merülnek fel és szűkösen áll rendelkezésre ismeretanyag. Ennek ellenére valószínűsíthető, hogy az mobilos egészségügyi alkalmazások Európa-szerte a kábítószerrel kapcsolatos fellépések fontos eszközeivé fognak válni a felhasználók és a szakemberek számára.

A kábítószer-használók kezelése: közösségi alapú szolgáltatások

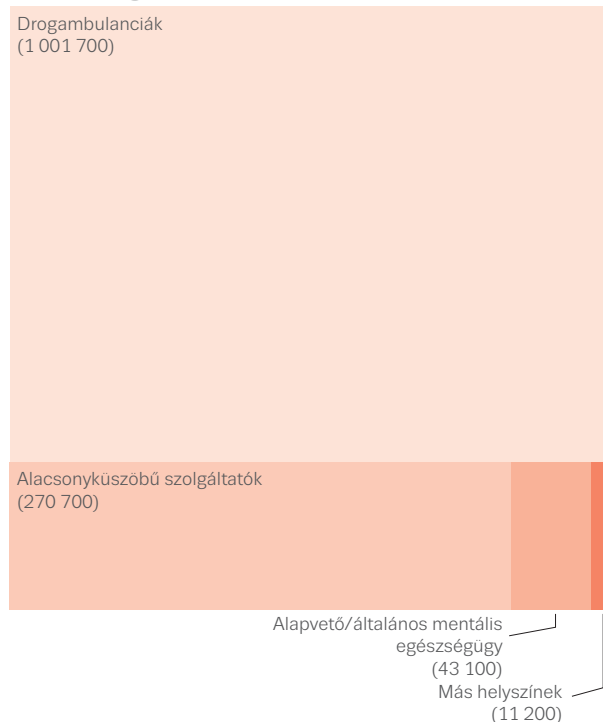
A kábítószer-használók kezelése az elsődleges beavatkozás az olyan személyek esetében, akik a kábítószer-használatukkal összefüggésben problémákat, például függőséget észlelnek, ezért kiemelt szakpolitikai cél a megfelelő kezelési szolgálatokhoz való kellő hozzáférés biztosítása.

Európában a kábítószer-használók kezelése többnyire járóbeteg-ellátás keretében zajlik, és a kezelt kábítószer-használók számát tekintve az erre szakosodott járóbeteg-kezelő központok minősülnek a legnagyobb szolgálatónak (3.2. ábra). Az elsődleges egészségügyi és általános mentális egészségügyi ellátóhelyek után a második legnagyobb szolgálatók 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 Szlovéniában a járóbeteg-ellátó mentális egészségügyi központok játszanak szerepet a kezelés biztosításában.

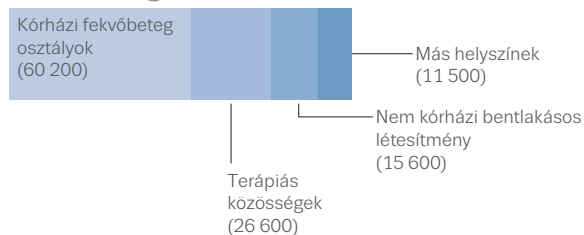
Az európai drogfogyasztók kezelésének kisebb része fekvőbeteg-ellátásban, főként kórházi fekvőbeteg-ellátóknál (pl. pszichiátriai osztályokon), emellett terápiás közösségekben és speciális bentlakásos kezelőhelyeken zajlik. Az országos ellátórendszereken belül a fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátás relatív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

Kezelésben részesülő drogfogyasztók száma Európában 2016-ban, a kezelés helyszíne szerint

Járóbeteg-ellátás



Fekvőbeteg-ellátás



Börtönök



A kábítószer-használók kezelése: bekerülési módok és kliensutak

Az Európai Unióban 2016 folyamán becslések szerint 1,3 millió ember részesült kábítószer-használat miatti kezelésben (Norvégiával és Törökországgal együtt 1,5 millió). A kábítószer-használók speciális kezeléséhez vezető leggyakoribb út még mindig az önkéntes jelentkezés. Ez a fajta beutalás, amelybe a családtagok vagy barátok általi elirányítás is beletartozik, a 2016-ban Európában kezelésre jelentkező kábítószer-használók közel felénél működött (48%). A kliensek mintegy egynegyedét (26%-át) egészségügyi, oktatási és szociális szolgálatok – köztük más, kábítószer-használókat kezelő ellátóhelyek – utalták be, 16%-ot pedig a büntető igazságszolgáltatási rendszer. Számos ország alkalmaz olyan programokat, amelyeknek az

ÁBRA 3.3

a célja, hogy a kábítószer-bűncselekményt elkövetőket a büntető igazságszolgáltatási rendszerből a kábítószer-használók kezelésére szolgáló programok felé tereljék. Idetartozhat a kezelésben való részvételt elrendelő bírósági végzés vagy a kezeléshez kötött felfüggesztett büntetés; néhány országban a büntető igazságszolgáltatási eljárás korábbi szakaszaiban is van lehetőség az elterelésre.

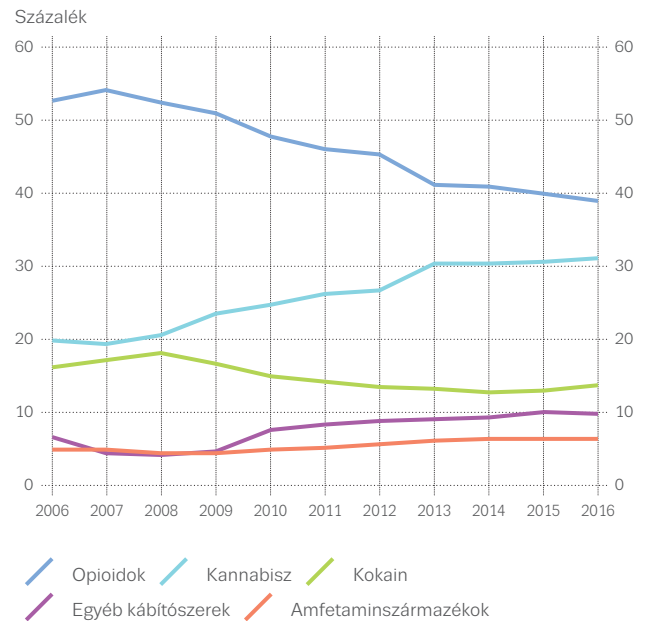
A kezelésre való beutalás gyakorlata országonként és elsődleges kábítószerként jelentős különbségeket mutat. A büntető igazságszolgáltatási rendszer különösen fontos szerepet játszik a kannabiszhasználók kezelésre való beutalásában. Összességében Európában a kannabiszhasználó kliensek 26%-át a büntető igazságszolgáltatás utalja be kezelésre. Az arány azonban országonként nagyon eltérő. 2016-ban azokban az országokban, ahol 100-nál több új kannabiszhasználó klienst kezeltek, a bíróságok, a pártfogó felügyelet vagy a rendőrség által beutaltak aránya Hollandiában 2% volt, míg Magyarországon és Romániában meghaladta a 80%-ot.

A kliensek kezelésben töltött betegútjára gyakran jellemző a különböző szolgálatok igénybevétele, a kezelés többszöri megkezdése és a változó hosszúságú tartózkodás. A kezelés alatt álló kábítószer-fogyasztók legnagyobb csoportját az opioidhasználók jelentik, és a rendelkezésre álló erőforrások legnagyobb részét is az ő kezelésükre fordítják, főleg helyettesítő kezelés formájában. A betegutakba betekintést adnak a kilenc európai országból 2016-ban kapott kezelési adatok elemzésének eredményei. A megadott évben ezekben az országokban kezelésre jelentkező 370 000 kliens nem egészen 20%-a akkor kezdte meg élete első kezelését; körülbelül 27% visszatért a kezelésre, miután egy korábbi évben már kezelték; több mint felük pedig több mint 1 éve folyamatos kezelés alatt állt. A folyamatos kezelés alatt álló kliensek többsége a 30-as éveik végén járó férfi volt, akit több mint 3 éve kezeltek és valamely opioid, különösen a heroin használatához kötődő problémákkal küzdött.

Opioidhelyettesítő kezelés: eltérő nemzeti gyakorlatok

Az opioidfüggőségre a gyakran pszichoszociális gondozással kombinált helyettesítő kezelés a leggyakoribb kezelési forma. A rendelkezésre álló bizonyítékok alátámasztják ezt a módszert, amely a kezelésben való részvétel, a visszaélésmentes opioidhasználat, a bevallott kockázati magatartás, a kábítószerrel összefüggő ártalmak és halálozás szempontjából kedvezőnek bizonyult. A kezelésbe belépők második és harmadik legnagyobb csoportját a kannabisz- és a kokainhasználók alkotják (3.3. ábra). Ezeknél a klienseknél a jellemző kezelési módot a pszichoszociális beavatkozások jelentik.

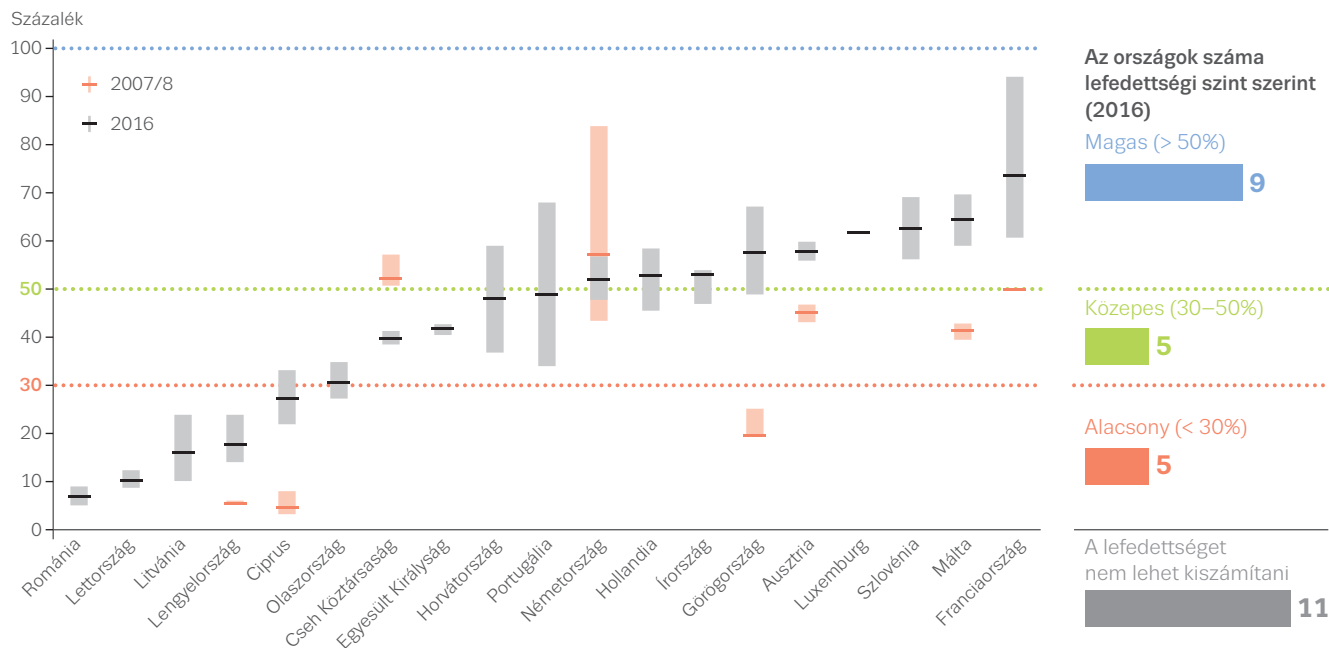
A kezelésre jelentkező kábítószer-használó kliensek százalékos arányának alakulása az elsődleges kábítószer szerint



Az Európai Unióban 2016-ban becslések szerint 628 000 opioidhasználó részesült helyettesítő kezelésben (Norvégiával együtt 636 000). A tendencia azt mutatja, hogy a kliensek száma 2010-ig összességében emelkedett, ekkor tetőzött, majd 2016-ra 10%-kal csökkent. 2010 és 2016 között 12 országban figyeltek meg csökkenést, ezen belül a legnagyobb (25%-ot meghaladó) arányú csökkenésről Spanyolország, Hollandia és Portugália számolt be. Ezt a visszaesést a kereslethez vagy a szolgáltatáshoz kapcsolódó tényezők indokolhatják, beleértve a krónikus opioidhasználók öregedő populációjának csökkenését vagy egyes országokban a kezelési célok módosulását. Más országok a kezelés jobb lefedettségére törekedve tovább bővítették a szolgáltatást: 2010 és 2016 között 16 ország számolt be a helyettesítő kezelésben részesülők számának növekedéséről, köztük Lettország (173%), Románia (167%) és Görögország (57%).

ÁBRA 3.4

Az opioidhelyettesítő kezelés lefedettsége (a beavatkozásban részesülő, nagy kockázatú opioidhasználók becsült százalékos aránya) 2016-ban vagy a legutóbbi évben és 2007/2008-ban



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

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 (3.4. ábra). Azokban az országokban, ahol összehasonlítás céljára rendelkezésre állnak 2007-es vagy 2008-as adatok, általában véve a lefedettség növekedése volt megfigyelhető. A kezelés szintje azonban egyes országokban továbbra is alacsony.

Opioidhelyettesítő gyógyszerként leggyakrabban metadont írnak fel, ezt Európában a helyettesítő kezelésben részesülők közel kétharmada kapja (63%). A kliensek további 35%-át buprenorfin alapú gyógyszerekkel kezelik, amely 8 országban az első számú helyettesítő gyógyszernek számít (3.5. ábra). Más anyagokat, például lassan felszabaduló morfint vagy diacetil-morfint (heroin) ritkábban írnak fel, a becslések szerint Európában ezeket a helyettesítő kezelésben részesülők 2%-a kapja. Európában a helyettesítő kezelésben részesülők többsége 35 évnél idősebb, és több mint 2 éve áll kezelés alatt. Az opioidhasználók minden európai országban igénybe vehetnek alternatív kezelési lehetőségeket is. Abban a 13 országban, amelyről rendelkezésre állnak adatok, az összes, kezelés alatt álló opioidhasználó 3–28%-a részesül opioidhelyettesítést nem alkalmazó beavatkozásokban.

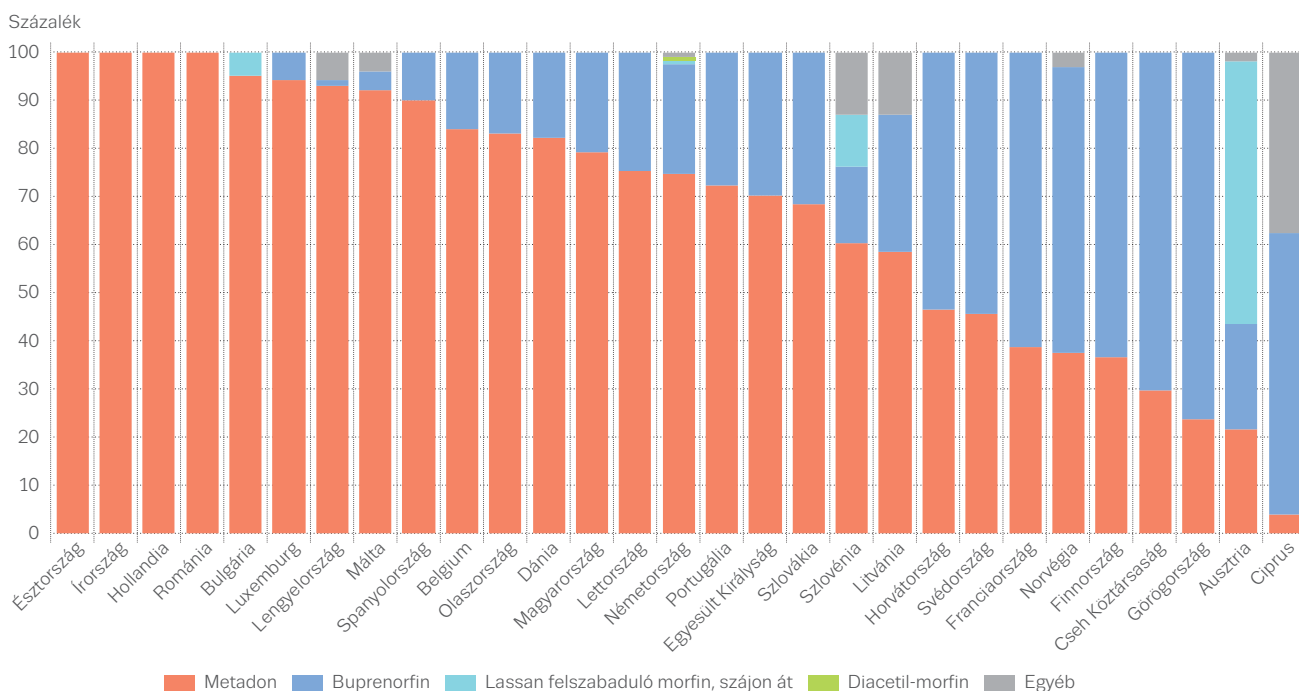
A kezelések eredménye: a minőségi szabványok szerepe

Fontos a kezelési eredmények nyomon követése, hogy javítani lehessen a kliensek kezelés során bejárt útján, és a szolgáltatások jobban igazodjanak az érzékelt szükségletekhez. Az eredmények nyomon követésének kialakítását azonban gátolja, hogy nincs megegyezés a kezelés céljairól és ezek megfelelő méréséről. Az EMCDDA egyik közelmúltbeli áttekintése hangsúlyozta a mért eredmények jelentős különbözőségét, nyolc különböző terület meghatározásával: „kábitószer-használat”, „bűnözés”, „egészségügy”, „kezeléssel kapcsolatos” eredmények, „társadalmi működés”, „ártalmak”, „halálozás”, valamint „gazdasági becslések”.

A minőségi szabványok alkalmazása az iránymutatásokban szereplő gyakorlatok vonatkozásában a fellépések és ajánlások megfelelő végrehajtásának biztosításának egy másik módja. Miközben a szabványok alkalmazásával történő végrehajtás rendszerint helyi szinten történik, nemzetközi szabványok is léteznek és használatosak a fellépések általános elveiről való konszenzus kialakítása érdekében. Így például az Európai Unió Tanácsa által elfogadott, a kábítószer-kereslet csökkentése területén alkalmazandó, minőségre vonatkozó európai minimumelőírások általános elveket határoznak meg, amelyeket nemzeti szinten különbözőképpen ültetnek át.

ÁBRA 3.5

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



Megjegyzés: Az Egyesült Királyságra vonatkozó adatok Angliára, Walesre és Észak-Írországra terjednek ki.

OPIOIDHELYETTESÍTÖ KEZELÉS ALATT ÁLLÓ KLIENSEK

Népesség

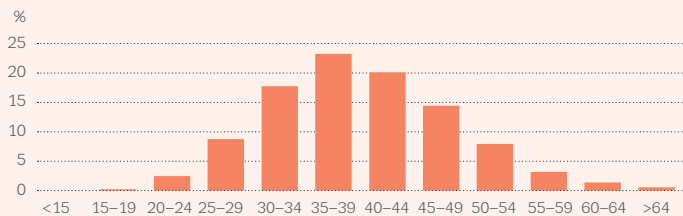
628 000 EU

636 000 EU + Norvégia

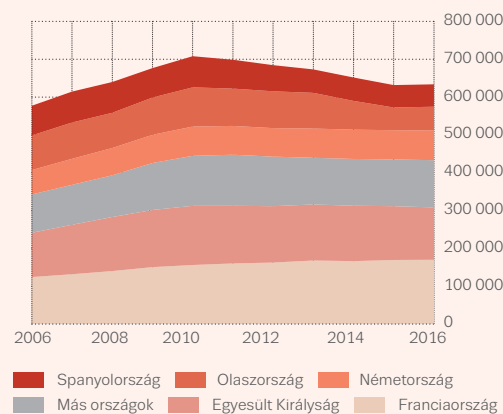
26% 74%



Életkor szerinti megoszlás



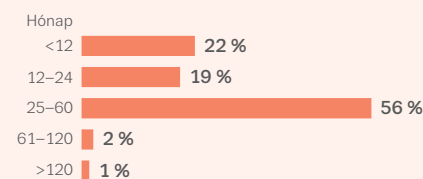
A helyettesítö kezelések számának alakulása



Gyógyszerezés típusa



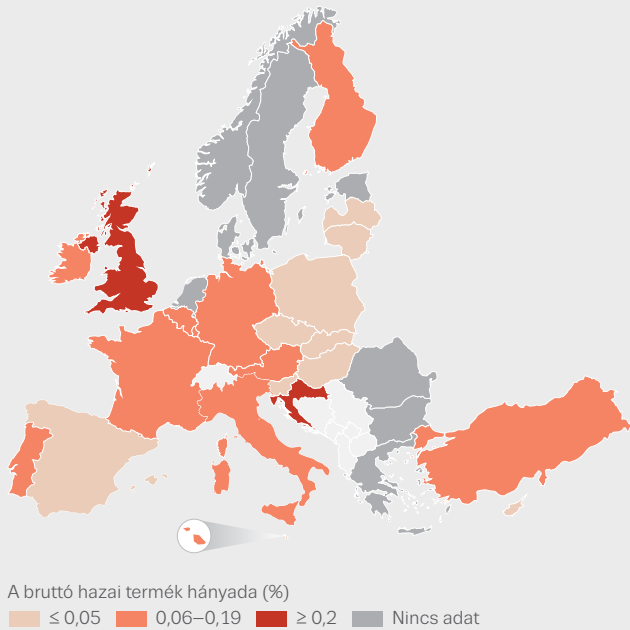
A kezelés időtartama



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.

ÁBRA 3.6

A legfrissebb becslések a kábítószerrel összefüggő közkiadásokról (a GDP %-a)



Reagálás a kábítószer-problémákra: kiadások és költségek

A kábítószerrel összefüggő intézkedések költségeinek megismerése a szakpolitikák kialakításának és értékelésének egyaránt fontos aspektusa. Ugyanakkor Európában a kábítószerrel összefüggő közkiadásokról helyi és országos szinten rendelkezésre álló információ továbbra is ritka és sokféle. Az elmúlt évtizedben 22 ország készített teljes körű becslést a kábítószerrel összefüggő közkiadásokról (3.6. ábra). A becslések 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.

A teljes drogellenes költségvetésen belül a keresletcsökkentésre irányuló kezdeményezésekre fordított hányad országonként nagyon eltérően alakul: az EMCDDA felé az elmúlt évtizedben jelentett becslések szerint a kábítószerrel összefüggő közkiadások 21% és 75% közötti részét tette ki. A keresletcsökkentést célzó fellépésekre fordított becsült kiadások nagy részét a kábítószer-használók kezelése és más egészségügyi költségek teszik ki. Miközben az országonkénti különbségek részben a szakpolitikák és az ellátások eltérő megválasztásából, valamint a kábítószerrel kapcsolatos problémák, illetve a közszolgáltatások szerveződése közötti különbségekből adódnak, az

eredményekre jelentős hatással vannak az eltérő becslési módszertanok is.

Kábítószerrel összefüggő akut ártalmak: a heroin és a kokain dominál

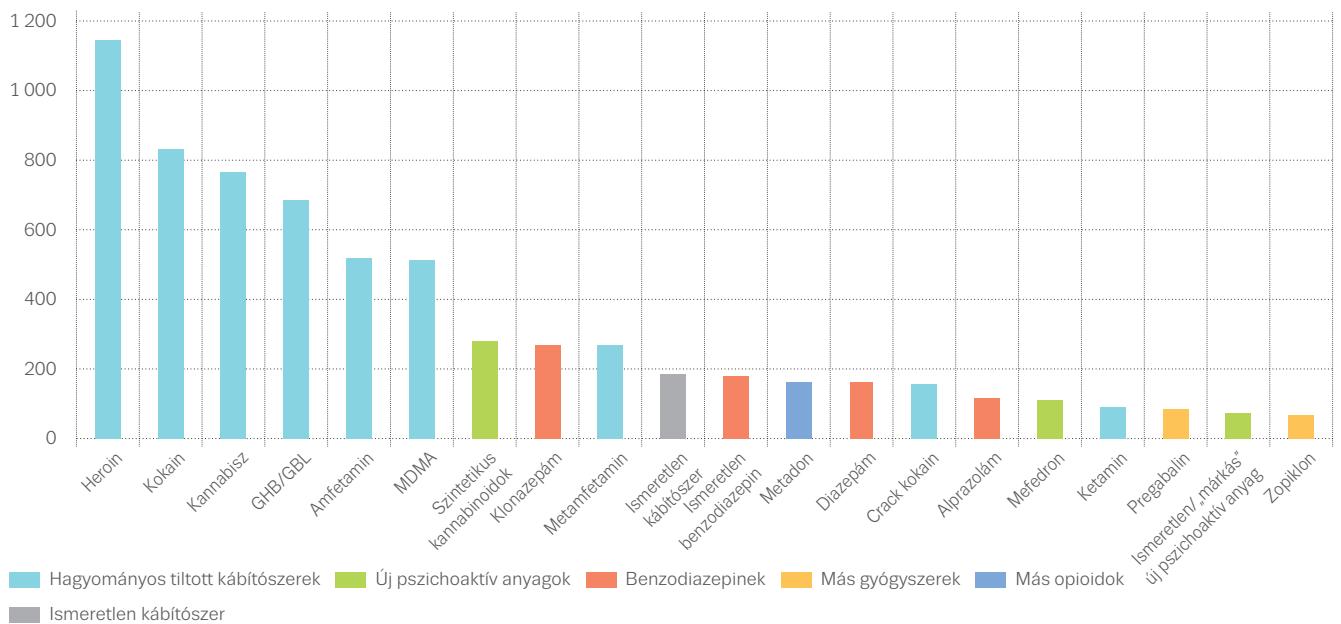
A kórházak sürgősségi ellátásra vonatkozó adatok betekintést nyújtanak a kábítószerrel összefüggő akut ártalmak körébe, és így jobban megérthetjük, milyen közegészségügyi hatással jár Európában a kábítószeres használat. A kábítószerrel összefüggő akut sürgősségi eseteket csak néhány ország követi nyomon nemzeti szinten. Közülük Litvánia és az Egyesült Királyság a heroinnal összefüggő sürgősségi esetek számának növekedéséről számolt be. Ezzel szemben a Cseh Köztársaság és Dánia csökkenő tendenciát jelentett a heroinnal összefüggő sürgősségi esetek tekintetében. Spanyolországban 2015-ben a kábítószerrel összefüggő bejelentett sürgősségi esetek közel fele kokainhoz kapcsolódott, és ez az arány egy csökkenést követően stabilizálódik. A kannabisszal kapcsolatos sürgősségi esetek aránya viszont tovább nőtt. Szlovénia szintén növekvő tendenciáról számolt be 2016-ban a kokainhoz, amfetaminszármazékokhoz és GHB-hoz kapcsolódó sürgősségi esetek számát illetően. 2016-ban a hollandiai kontrollrégiók 272 sürgősségi esetet jelentettek egy, a központi idegrendszerre ható új stimulánshoz, a 4-fluoramfetaminhoz (4-FA) kapcsolódóan. Ezeknek az eseteknek a többsége szórakozóhelyeken belüli elsősegélynyújtó helyeken jelentkezett, míg a mentőszolgálathoz beérkező, kábítószerrel kapcsolatos hívások közel egyharmada GHB használatával állt összefüggésben.

A European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus) 13 európai országban 19 (megfigyelt) kórházban követi nyomon a kábítószerrel összefüggő akut mérgezéses eseteket. 2016-ban a projekt keretében 4874 esetet jegyeztek fel; a többségében (77%-ban) férfi érintettek medián életkora 32 év volt. A kórházba kerülő személyek közel háromnegyedét mentők szállították be. Többségüket (78%-ukat) 12 órán belül elbocsátották a kórházból. Kis hányadukat intenzív ellátásban részesítették (6%) vagy pszichiátriai klinikán helyezték el (4%). Összesen 22 halálesetet jegyeztek fel, ebből 13 opioidokhoz kapcsolódott.

ÁBRA 3.7

A megfigyelt kórházaknál a sürgősségi betegmegjelenések esetében regisztrált 20 legfontosabb kábítószer 2016-ban

Kimutatott kábítószer



Megjegyzés: 13 európai ország 19 megfigyelt kórházából, 4874 sürgősségi betegmegjelenésből származó eredmények.
 Forrás: European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN plus).

Betegmegjelenésenként átlagosan 1,5 kábítószerrel számoltak be (összesen 7423). A leggyakrabban érintett kábítószer a heroin, a kokain, a kannabisz, a GHB/GBL, az amfetaminszármazékok és az MDMA voltak (3.7. ábra). Az esetek egyötöde (21%) vényköteles vagy orvosi rendelvény nélkül is kiadható gyógyszerekkel (leggyakrabban opioidokkal és benzodiazepinokkal) való visszaéléshez kapcsolódott; az esetek 7%-ában álltak a háttérben új pszichoaktív anyagok (szemben a 2015. évi 9%-kal, illetve a 2014. évi 6%-kal). A szintetikus katinonokkal összefüggő betegmegjelenések száma jelentős mértékben – a 2014-es 400-zal szemben 2016-ban 160-ra – csökkent, miközben a szintetikus kannabinoidokkal kapcsolatos esetek száma 28-ról 282-re emelkedett. A szintetikus kannabinoidokkal összefüggő betegmegjelenések számának emelkedése főként a londoni és a lengyel ellátóhelyekből adódott.

A különböző helyeken felmerült sürgősségi esetek háttérében álló kábítószer tekintetében tapasztalható különbségek a kórházak vonzáskörzetei, illetve a helyi használati mintázatok közötti eltéréseket tükrözhetik. Dublinban (Írország) és Oslóban (Norvégia) például a heroinhoz kapcsolódó sürgősségi esetek voltak a leggyakoribbak, Londonban (Egyesült Királyság) ezzel szemben a GHB/GBL, a kokain és az MDMA dominált a betegmegjelenéseknél.

Új kábítószer: magas hatóanyag-tartalom és jelentős ártalmak

Az új pszichoaktív anyagok, köztük a szintetikus opioidok, a szintetikus kannabinoidok és a szintetikus katinonok különféle súlyos ártalmakat okoznak Európában, és kihívást jelentenek a drogpolitika számára. A szintetikus opioidok és a szintetikus kannabinoidok különös aggályokat jelentő szercsoportok.

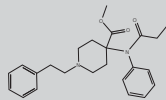
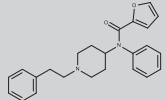
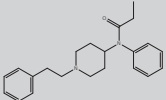
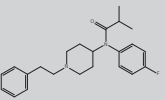
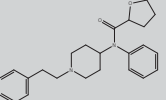
Az új opioidok kis szerepet játszanak ugyan az európai kábítószerpiacon, de súlyos veszélyt jelentenek az egyének egészségére és a közegészségre. Különösen aggodalmat keltők az EMCDDA által megfigyelt új opioidok többségét kitevő fentanilszármazékok. Ezek az anyagok különösen magas hatóanyag-tartalommal rendelkezhetnek, így csekély mennyiségben is életveszélyes mérgezést okozhatnak, gyorsan fellépő és súlyos légzési elégtelenség nyomán. Emiatt különösen veszélyesek, főleg a gyanútlan

szerhasználókra nézve, akik azt hiszik, hogy heroint, más tiltott kábítószer vagy fájdalomcsillapítót vásároltak. Ilyen körülmények között indokolt lehet a naloxon nevű opioid-ellenszer hozzáférhetőségének felmérése. A túladagolás akut veszélye mellett úgy tűnik, hogy a fentanilszármazékok használata esetén nagy a rászakás és a függőség kialakulásának veszélye, ami súlyosbíthatja a nagy kockázatú opioidhasználattal általában együtt járó közegészségügyi és szociális problémákat.

Együttes vizsgálatok és kockázatértékelés

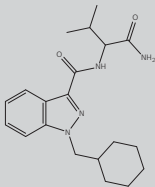
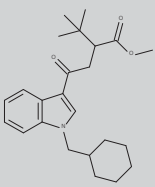
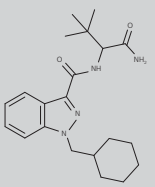
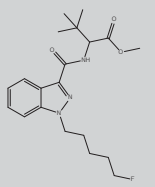
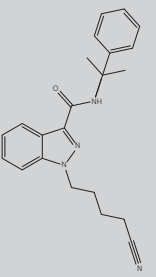
Az EMCDDA és az Europol által 2016-ban az akrilolil-fentanilra és a furanilfentanilra vonatkozóan végzett két együttes vizsgálat nyomán 2017-ben további öt fentanilszármazék vizsgálatára került sor, miután az uniós korai előrejelző rendszeren keresztül halálesetekről érkeztek bejelentések. Ezek az anyagok (4-fluorizobutir-fentanil, tetrahydrofuranil-fentanil, karfentanil, metoxiacetilfentanil, ciklopropilfentanil) több mint 160 halálesettel hozhatók összefüggésbe, amelyek közül sok közvetlenül ezeknek az anyagoknak volt betudható. Összességében a hét anyag közül ötöt 2017-ben az EMCDDA is hivatalos kockázatértékelésnek vetett alá (1. táblázat); a fennmaradó két anyag értékelésére 2018-ban kerül sor. Uniós szinten eddig az akrilolil-fentanilt és a furanilfentanilt vonták ellenőrzési intézkedések alá, az európai közegészségügy tekintetében fennálló kockázataik miatt.

1. táblázat: Öt fentanilszármazék kockázatértékelésének fő megállapításai

Közönséges név	Karfentanil	Furanilfentanil	Akrilolil-fentanil	4F-iBF (4-fluorizobutir-fentanil)	THF-F (tetrahydrofuranil-fentanil)
Kémiai szerkezet					
Az uniós korai előrejelző rendszer felé történő hivatalos bejelentés	2013. február 12.	2015. november 3.	2016. július 7.	2016. augusztus 26.	2016. december 23.
Halálesetek száma	61	23	47	20	14
A kapcsolódó halálesetek helye szerinti országok száma	8	6	3	2	1
A bűnüldöző hatóságok általi lefoglalások száma	801	143	162	24	53
Azon országok száma, ahol lefoglalták (EU, Törökország és Norvégia)	7	14	5	4	1

Szintén 2017-ben négy szintetikus kannabinoidot is kivizsgáltak, ami kockázatértékelésekhez vezetett (2. táblázat). Az anyagok (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA) több mint 80 halálesettel álltak összefüggésben. Ezek az MDMB-CHMICA-t követték, az első olyan kannabinoidot, amelyről az EMCDDA kockázatértékelést készített. Ezek az anyagok súlyos toxicitást okozhatnak, többek között magas hatóanyag-tartalmuk és a rossz előállítási körülmények miatt. A bizonyítékok arra utalnak, hogy a termelők a „füstölőkeverékek” előállításakor hozzáadott hatóanyag mennyiségét becsléssel állapítják meg. A durva előállítási technikák miatt az sem biztosított, hogy az anyag egyenletesen oszlik el a termékben. Ennek következtében egyes termékek mérgező mennyiségben tartalmazhatják a hatóanyagot, ami a mérgezés fokozott veszélyéhez vezet.

2. táblázat: Öt szintetikus kannabinoid kockázatértékelésének fő megállapításai

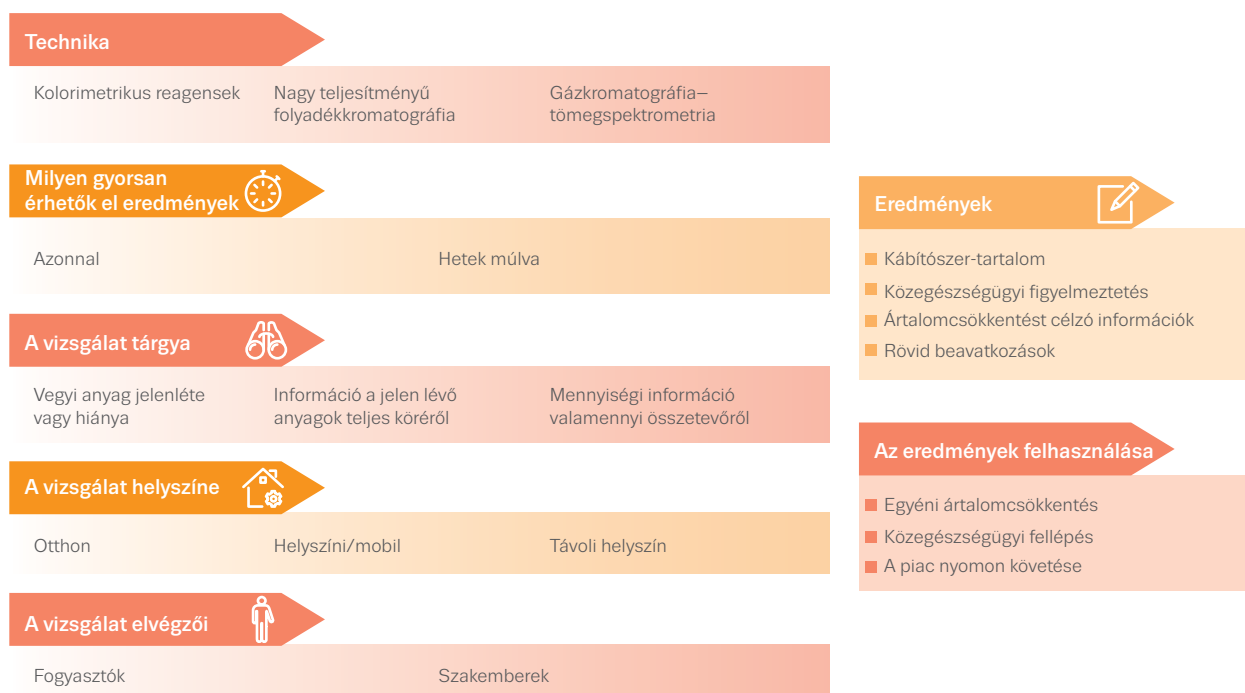
Közönséges név	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA	CUMYL-4CN-BINACA
Kémiai szerkezet					
Az uniós korai előrejelző rendszer felé történő hivatalos bejelentés	2014. április 10.	2014. szeptember 12.	2014. szeptember 24.	2015. január 8.	2016. március 4.
Halálesetek száma	31	29	13	28	11
A kapcsolódó halálesetek helye szerinti országok száma	6	6	3	2	2
A bűnüldöző hatóságok általi lefoglalások száma	6422	>3600	3794	1986	2461
Azon országok száma, ahol lefoglalták (EU, Törökország és Norvégia)	26	25	19	27	12

Az új opioidok súlyos veszélyt jelentenek az egyén egészségére és a közegészségre



ÁBRA 3.8

Példák a kábítószer-ellenőrző technikákra, ezek alkalmazása



Kábítószer-ellenőrző szolgáltatások: hozzáférés Európában

A kábítószer-ellenőrző szolgáltatások lehetővé teszik a szerhasználók számára, hogy kábítószerük elemzését kérjék, és ezáltal tájékozódjanak a minta tartalmáról. A kábítószer-ellenőrző szolgáltatások céljai a kábítószer-használóknak szóló tanácsadás és információszolgáltatás révén történő ártalomcsökkentéstől az aktuális és újonnan észlelt kábítószer-tendenciák nyomon követéséig terjednek. Egyes országokban a kábítószer-ellenőrző szolgáltatások a nemzeti korai előrejelző rendszerek szerves részét képezik, nevezetesen az új pszichoaktív szerek azonosításának és nyomon követésének a támogatásával.

A kábítószer-ellenőrzés 10 uniós tagállamban áll rendelkezésre. A szolgáltatások számos tekintetben különböznek egymástól, ideértve a helyszínt, a módszereket, az eredmények elérhetőségének az idejét, valamint az eredmények közlésének módját és célját (3.8. ábra). Az ellenőrzési szolgáltatások végezhetőek állandó laboratóriumokban, vagy – például zenei fesztiválokon vagy klubokban – mobil laboratóriumokban. Az alkalmazott módszerek a valamely konkrét kábítószer jelenlétét vagy hiányát kimutató, önálló vizsgálatot lehetővé tévő szettekeltől a több anyag azonosítására és számszerűsítésére képes kifinomult berendezésekig terjednek. Az eredmények kiadásának ideje szintén eltérő lehet, néhány másodperctől néhány napig terjedhet.

A kábítószer-ellenőrző szolgáltatások esetében fontos az eredmények közlése, és a megállapításokat gyakran tanácsadás vagy rövid beavatkozások kísérik. A közlési módok közé tartoznak a közegészségügyi és a fogyasztói figyelmeztetések, a táncos rendezvényeken felállított tájékoztató táblák, az eredmények interneten történő közzététele, illetve az eredmények közvetlenül az egyének számára történő kiadása.

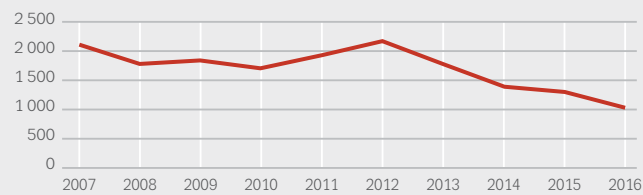
Kábítószerrel összefüggő krónikus ártalmak: a HIV-fertőzések csökkenőben, de a késői diagnózisok kockázata továbbra is fennáll

A kábítószer-használók, különösen az intravénás szerhasználók a használathoz szükséges eszközök megosztása és a védekezés nélküli szexuális élet miatt ki vannak téve a fertőző betegségek veszélyének. A kábítószeres intravénás használata kockázatos magatartásként továbbra is meghatározó szerepet játszik a vér útján terjedő fertőző betegségek átadásában, például a hepatitis C vírus (HCV) és egyes országokban a humán immundeficiencia-vírus (HIV) terjedésében. Az Európai Unióban 2016-ban 1027 új HIV-diagnózist jelentettek be intravénás kábítószer-használat révén megfertőződött személyeknél (3.9. ábra), ez 5%-a azoknak a HIV-diagnózisoknak, ahol ismert az átadás módja. Ez az arány az utóbbi évtizedben alacsony és stabil maradt. Az intravénás kábítószer-fogyasztók körében észlelt új HIV-fertőzések száma az európai országok többségében csökkent, 2007 és

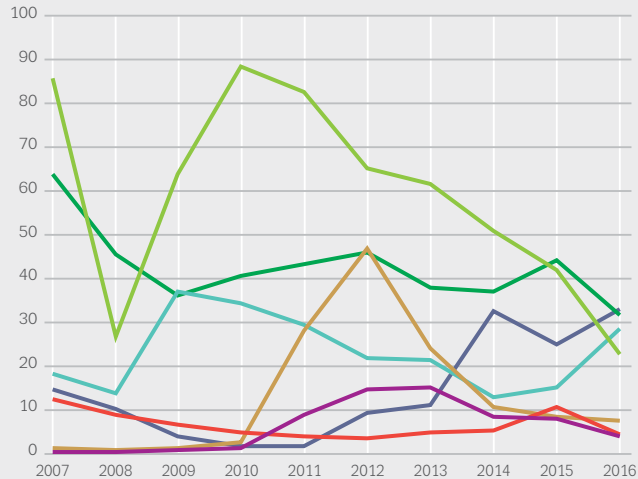
ÁBRA 3.9

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

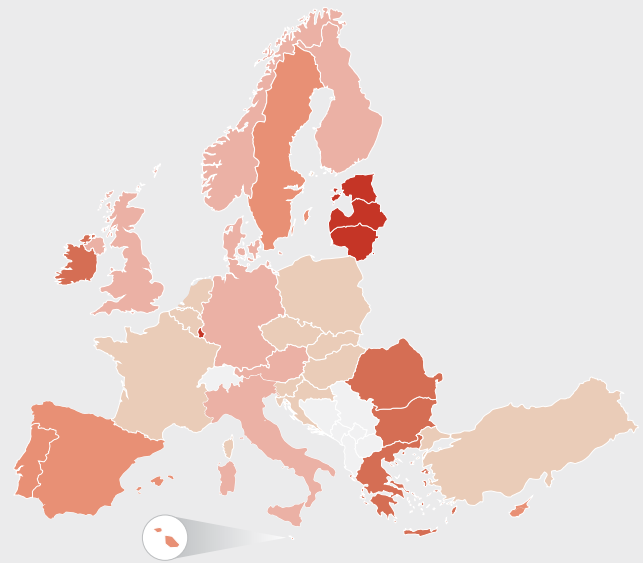
Esetszám az Európai Unióban



Egymillió lakosra jutó esetszám



Luxemburg Lettország Litvánia Észtország
 Görögország Írország Románia



Egymillió lakosra jutó esetszám

<1 1,0–2 2,1–3 3,1–8 >8

Forrás: ECDC. 2016-ra vonatkozó adatok.

2016 között összességében 51%-kal. Néhány országban azonban az intravénás kábítószer-használat továbbra is fontos átadási mód: az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) adatai szerint 2016-ban az újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések több mint egynegyede intravénás kábítószer-használat miatt alakult ki Litvániában (47%), Luxemburgban (29%) és Lettországban (27%). Romániában és Görögországban az intravénás kábítószer-használatra visszavezethető új HIV-fertőzések száma 2016-ban tovább csökkent ugyan, de még mindig meghaladja a 2012-es járványok előtt jelentett szinteket.

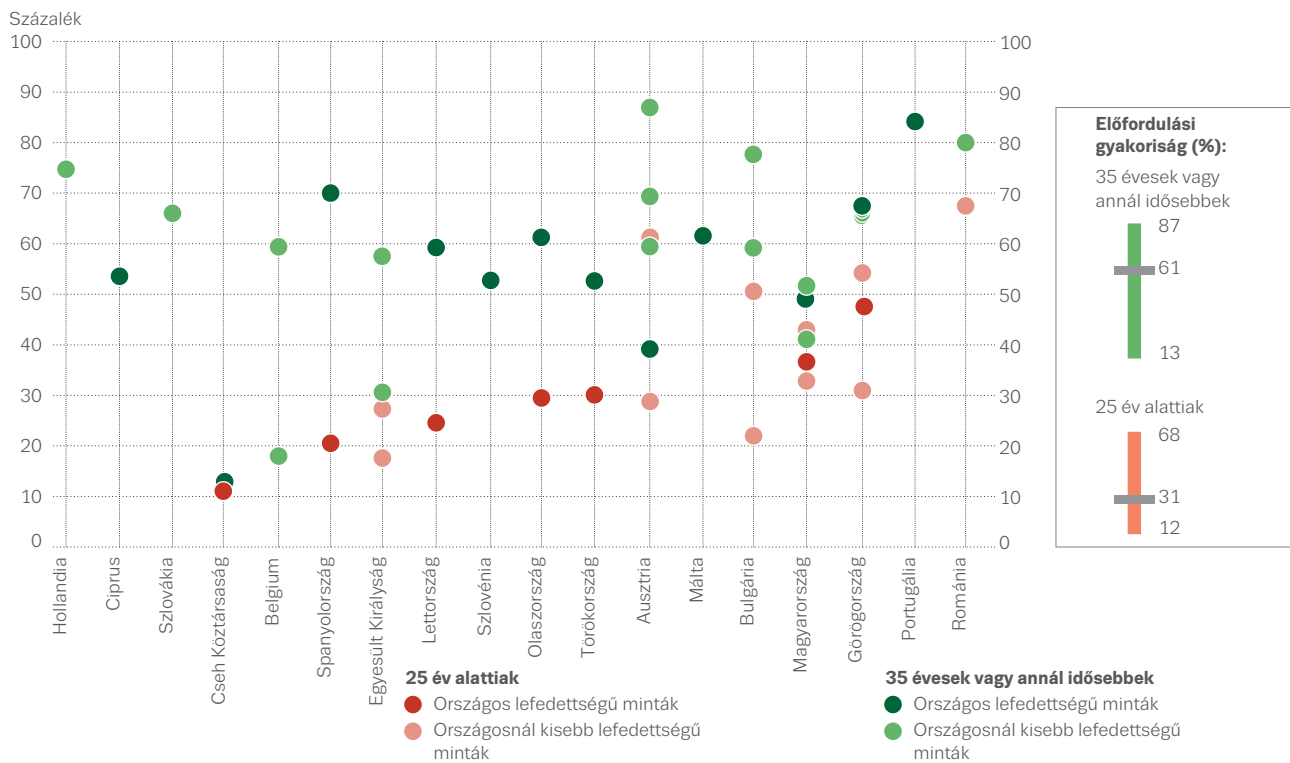
A legtöbb ország az intravénás kábítószer-használattal összefüggő HIV-fertőzések számának 2015 és 2016 közötti csökkenéséről számolt be, köztük Írország és az Egyesült Királyság is, amelyek 2015-ben emelkedést jelentettek. Írországban és az Egyesült Királyságban ez részben helyileg észlelt járványokhoz kapcsolódott. A 2014-ben Luxemburgban jelentett járvány 2016-ban is tartott; a járványkitörésben közrejátszott a stimulánsok intravénás használatának növekedése, valamint a szerhasználói marginalizáltság magas szintje. Litvánia az új HIV-fertőzések számának erőteljes növekedéséről számolt be az intravénás kábítószer-fogyasztók körében; az esetek száma 2016-ban közel kétszeresére, 44-ről 83-ra emelkedett. A stimuláns

kábítószerrel szexuális kontextusban („slamming”) való injektlása emellett a más férfiakkal szexuális kapcsolatot létesítő férfiak kis csoportjai körében a fertőzések átadásának fokozott veszélyével is együtt jár.

Az Európai Unióban 2016-ban az olyan újonnan jelentett AIDS-esetek közül, ahol ismert volt az átadás módja, 13%-ot tulajdonítottak az intravénás kábítószer-használatnak. Az injektláshoz kapcsolódó 422 értesítés kevesebb mint egynegyede az egy évtizeddel korábban jelentett számnak.

ÁBRA 3.10

A hepatitis C fertőzés előfordulási gyakorisága az intravénás kábítószer-használók körében, életkor szerint, 2015–2016



Megjegyzés: A tiznél kisebb minták nincsenek megjelenítve. Az országok sorrendje a 25 év alattiakra vonatkozó adatokat követi.

Ahol rendelkezésre állt a vonatkozó információ, az Európai Unióban 2016-ban az intravénás kábítószer-használatnak tulajdonított új HIV-esetek felét későn diagnosztizálták – azaz csak akkor, amikor a vírus már elkezdte károsítani az immunrendszert. Görögországban és Romániában az intravénás szerhasználathoz kapcsolódó új HIV-megbetegedések körülbelül kétharmadát diagnosztizálták későn. A késői HIV-diagnózisból kifolyólag késedelmesen kezdődik meg az antiretrovirális terápia, és magasabb a morbiditási és a halálozási arány. Az a HIV szűrését és kezelését előíró stratégia, amelynek értelmében az antiretrovirális kezelést a HIV-diagnózis után rögtön megkezdik, csökkenti a terjedés valószínűségét, ezért különösen fontos az olyan csoportoknál, ahol nagyobb arányú a kockázati magatartás, például az intravénás kábítószer-fogyasztók körében. Korai diagnózis és az antiretrovirális kezelés megkezdése esetén a fertőzötték várható élettartama normális lehet.

A HCV prevalenciája: országokénti különbségek

A vírushepatitis, különösen a hepatitis C vírus (HCV) által okozott fertőzés Európa-szerte nagy arányban fordul elő az intravénás kábítószer-használók körében. 100 HCV-vel fertőzött 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 országos mintáiban a HCV-antitest jelenlegi vagy korábbi fertőzésre utaló prevalenciája 2015–2016-ban 15% és 82% között változott, de az országos adatokkal rendelkező 13 ország közül 6-ból 50%-ot meghaladó arányokat jelentettek. A 2010–2016 közötti időszak tendenciáihhoz szükséges országos adatokkal rendelkező országok közül 4-ből jelentették a HCV csökkenő előfordulását az intravénás kábítószer-használók körében, 2 másikban viszont növekedést figyeltek meg.

A HCV gyakrabban fordul elő az idősebb intravénás kábítószer-fogyasztók körében, mint a fiatalabbaknál, ami kihangsúlyozza a kockázatnak az évek során történő halmozódását, valamint a fertőzés által az idősebb csoportok körében okozott jelentős terhet (3.10. ábra).

A hepatitis B vírus (HBV) a kábítószer-használók körében ritkább, mint a HCV-fertőzés. E vírus esetében a HBV felszíni antigén jelenléte aktuális fertőzés tünete, amely lehet akut vagy krónikus. Az országos adatokkal rendelkező 7 országban

az intravénás kábítószer-használók körében 1,5% és 11% közé becsülték az aktuális HBV-fertőzöttség arányát.

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

A fertőző betegségek megelőzése: hatékony intézkedések

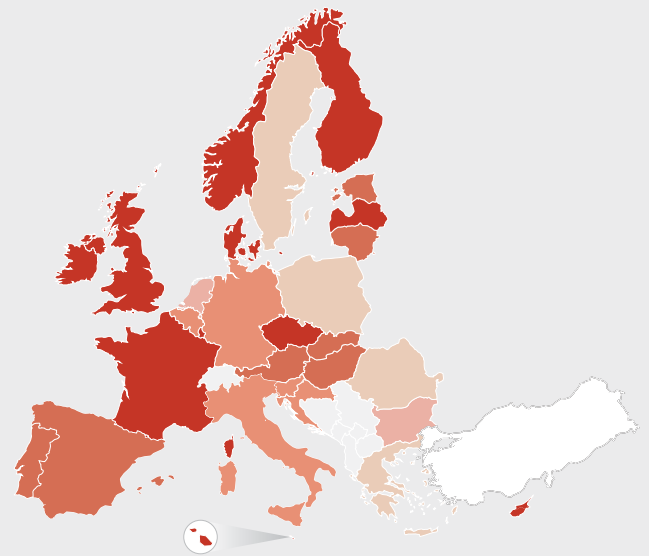
Az intravénás kábítószer-használók körében a kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek csökkentése érdekében javasolt intézkedések közé tartozik az opioidhelyettesítő kezelés, a steril injektláló eszközök biztosítása, a védőoltás, a fertőző betegségek szűrése, a hepatitis és a HIV kezelése, valamint a biztonságosabb intravénás szerhasználati magatartás előmozdítására és a kockázatos szexuális magatartás csökkentésére összpontosító egészségvédelmi fellépések.

Az intravénás opioidhasználók esetében a helyettesítő kezelésben való részvétel jelentősen csökkenti a fertőzés kockázatát, és néhány elemzés arra utal, hogy a jelentős 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 injektláló eszközöket az erre kijelölt helyszíneken. Az országok között azonban jelentős különbségek vannak a fecskendőkiosztó helyszínek földrajzi eloszlása tekintetében (lásd a 3.11. ábrát). Emellett eltérések mutatkoznak az országok között a tekintetben is, hogy a beavatkozás mennyire fedi le a célcsoportot (3.12. ábra). A speciális programokon keresztül biztosított fecskendőkre vonatkozó információk 25 országból állnak rendelkezésre, amelyek együttesen több mint 54 millió fecskendő kiosztásáról számoltak be a rendelkezésre álló legaktuálisabb adatok évében (2015/16-ban). 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.

Az európai országok arról is beszámolnak, hogy a kábítószerrel foglalkozó szakosodott szervek a fecskendő és a tű mellett más eszközöket is a használók rendelkezésére bocsátanak. Az országok több mint fele jelentette például, hogy a biztonságos használatról írásbeli

ÁBRA 3.11

A tű- és fecskendőcsere programok földrajzi elérhetősége az Európai Unióban, Norvégiában és Törökországban



Az 1 vagy több létesítménnyel rendelkező területi egységek százalékos arány:

0	<20	20–39	40–59	60–79	>80
---	-----	-------	-------	-------	-----

Megjegyzés: Az Eurostat NUTS-3 területi egységei alapján. A Spanyolországra, Németországra és Olaszországra vonatkozó értékek szakértői becsléseken alapulnak. A földrajzi elérhetőség nem feltétlenül tükrözi a célcsoport fellépés által elért részének arányát.

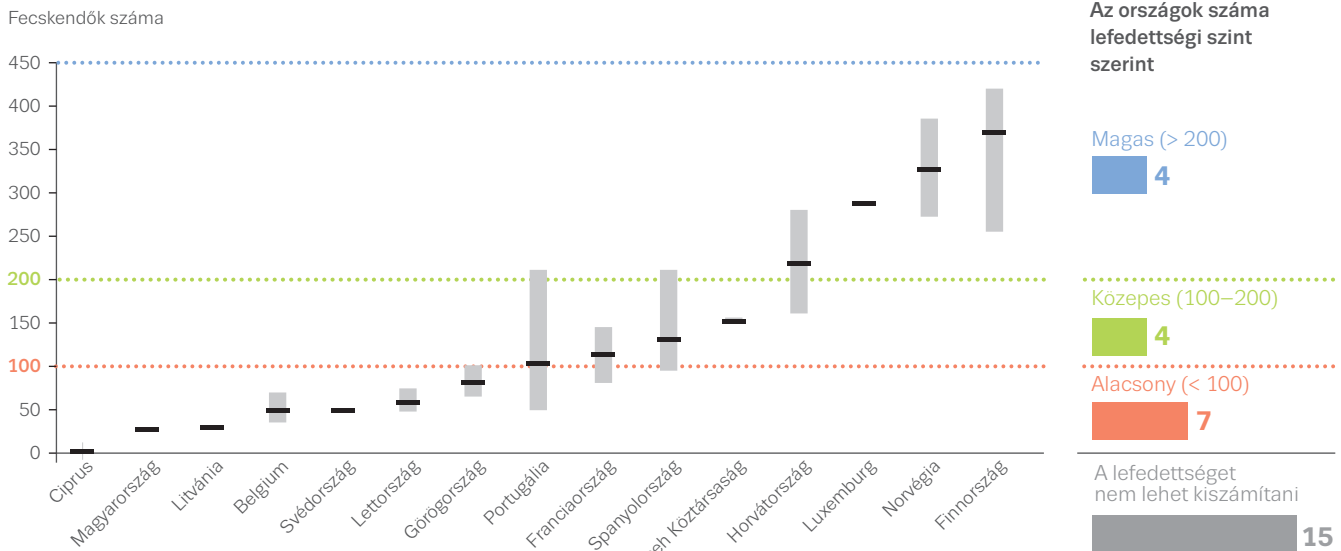
információkkal szolgálnak, illetve óvszereket, fertőtlenítő tampon és citromsavat biztosítanak. Nyolc ország számolt be arról, hogy fóliát vagy csöveket bocsátanak rendelkezésre, hogy az injektlálás helyett lehetővé tegyék a kábítószeres inhalálását és inkább azt ösztönözzék, míg a Cseh Köztársaságban zselatinkapszulákat osztanak a metamfetamin (pervitin) szájon át történő fogyasztásának ösztönzése céljából.

A HCV felszámolása: a szűréshez és a kezeléshez való hozzáférés

A keresletcsökkentésre irányuló fellépésekre vonatkozó uniós minimálisan meghatározott minőségi szabványok szorgalmazzák a vér útján terjedő fertőző betegségek önkéntes szűrésének biztosítását a közösségi hivataloknál, a kockázatos magatartásformákról szóló tanácsadás és a betegség kezeléséhez nyújtott segítség mellett. A szerhasználók megbélyegzése és marginalizálódása azonban akadályt állít a szűrésen és kezelésen való részvétel elé. E kihívások leküzdéséhez innovatív módszerekre, különös tekintettel a képzett közösségi gondozók által nyújtott tanácsadás és szűrés szélesebb körű alkalmazására van szükség. Ezenkívül a fertőző betegségek szűrésének kiterjesztését olyan intézkedéseknek kell kísérniük, amelyek garantálják, hogy megfelelő kezelés álljon rendelkezésre a fertőzések ellen.

ÁBRA 3.12

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



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

Az európai szakértői iránymutatások a HCV-kezelés haladéktalan mérlegelését javasolják azon személyek körében, akik esetében magas a vírus továbbadásának kockázata – közéjük tartoznak az aktív intravénás kábítószer-használók és a fogvatartottak.

Az újabb hatékony, a betegek által jobban tolerált, közvetlenül ható antivirális hatóanyagokat alkalmazó interferonmentes gyógyszeres kezelési rendszerek az esetek 95%-ában gyógyuláshoz vezethetnek. A kezeléshez való, korlátozás nélküli hozzáférés a gyógyszerek magas költsége miatt továbbra is ritka. 2017 októberére az európai országok fele szakpolitikai dokumentumban rögzítette a hepatitis megelőzésére és ellátására vonatkozó elveit. Ugyanakkor 9 ország klinikai iránymutatásaiban szerepelt olyan kritérium, amely a kábítószer-használók esetében korlátozza a HCV-kezeléshez való hozzáférést (például előírja, hogy 3–12 hónapja tartózkodniuk kell a kábítószer-használatól).

Börtönökben megvalósított fellépések: az elérhetőség országoként eltérő

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

a HCV intravénás kábítószer-használók körén belüli előfordulási gyakoriságára vonatkozó, 17 európai országból származó, 2006 és 2017 közötti adatok elemzéséből kitűnt, hogy ezek a fertőzések a legtöbb országban lényegesen nagyobb arányban fordultak elő olyan személyeknél, akik ültek börtönben: a HIV esetében 17 ország közül 10-ben, a HCV esetében pedig a 17 közül 14-ben.

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 tünetekkel rendelkező személyek vizsgálatára korlátozódik. A hepatitis C kezelésének biztosításáról csak 11 ország számolt be. A hepatitis B elleni oltási programok a jelentések szerint 16 országban működnek. A tiszta injektláló eszközök biztosítása kevésbé elterjedt: 5 ország jelentette, hogy léteznek túcsere programok a börtönökben, és közülük csak három számolt be a fellépés tényleges végrehajtásáról.

A börtönben végzett egészségügyi beavatkozások végrehajtásának két fontos elve az egyenértékűség a közösségi ellátással és az ellátás folyamatossága a szabadulás után. 28 országban van mód opioidhelyettesítő kezelésre a börtönökben, bár ennek lefedettsége a legtöbb országban alacsony. A fogvatartottak számára kínált fellépések közé tartozik a detoxifikáció, az egyéni és csoportos tanácsadás, valamint a terápiás közösségekben vagy külön fekvőbeteg-osztályokon történő kezelés. Szinte valamennyi ország beszámolt arról, hogy ezek közül a kezelési formák közül legalább egyet biztosít. A legtöbb európai ország partnerségeket alakított 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 országban 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 az opioidhasználók körében –, és ezeknek a képzés és felvilágosítás mellett a szabaduláskor biztosított naloxon is részét képezte.

Túladagolás miatti halálozások: emelkedés a magas kockázatú szerhasználók körében

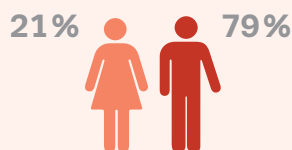
Az európai felnőttek körében a kábítószer-használat az elkerülhető halálozás egyik elismert oka. A magas kockázatú kábítószer-használók kohorszaival foglalkozó vizsgálatok többnyire évi 1–2%-os teljes halálozási rátát mutatnak. Európában az opioidhasználók esetében összességében ötször-tízszer akkora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

öngyilkosság. Általános a rossz egészségi állapot, amire jellemző a halmozott, egymással összefüggő betegségek jelenléte. Gyakoriak a krónikus tüdő- és májbetegségek, valamint a szív- és érrendszeri problémák, és az idősebb, krónikus szerhasználók körében ezek okozzák a megnövekedett halálozási arányt.

Európában a kábítószer-használók körében továbbra is a kábítószer-túladagolás a fő halálozási ok, és a túladagolásban meghalt személyek több mint háromnegyede férfi (79%). A túladagolások adatait – különösen az európai összesítést – óvatosan kell értelmezni. Ennek okai közé tartozik, hogy egyes országokban szisztematikusan alacsonyabb számot jelentenek a ténylegesnél, a nyilvántartási folyamatok pedig késedelmet okoznak a bejelentésben. Ezért az éves becslések ideiglenes minimumértéknek számítanak.

KÁBÍTÓSZER OKOZTA HALÁLESETEK

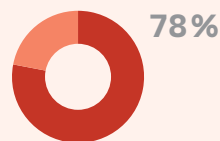
Jellemzők



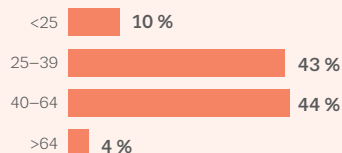
Átlagéletkor a halálozásokor

39
év

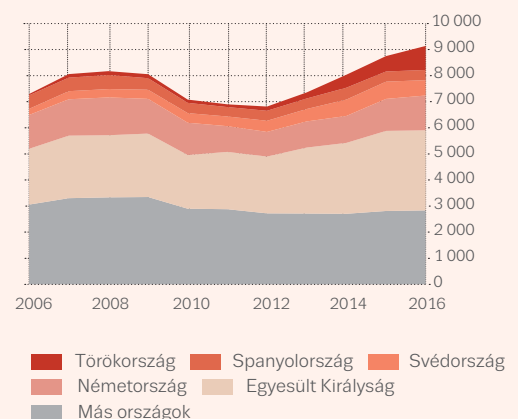
Olyan halálozások, ahol opioidok voltak jelen



Életkor a halálozásokor



A túladagolások halálozások számának alakulása



Halálozások száma

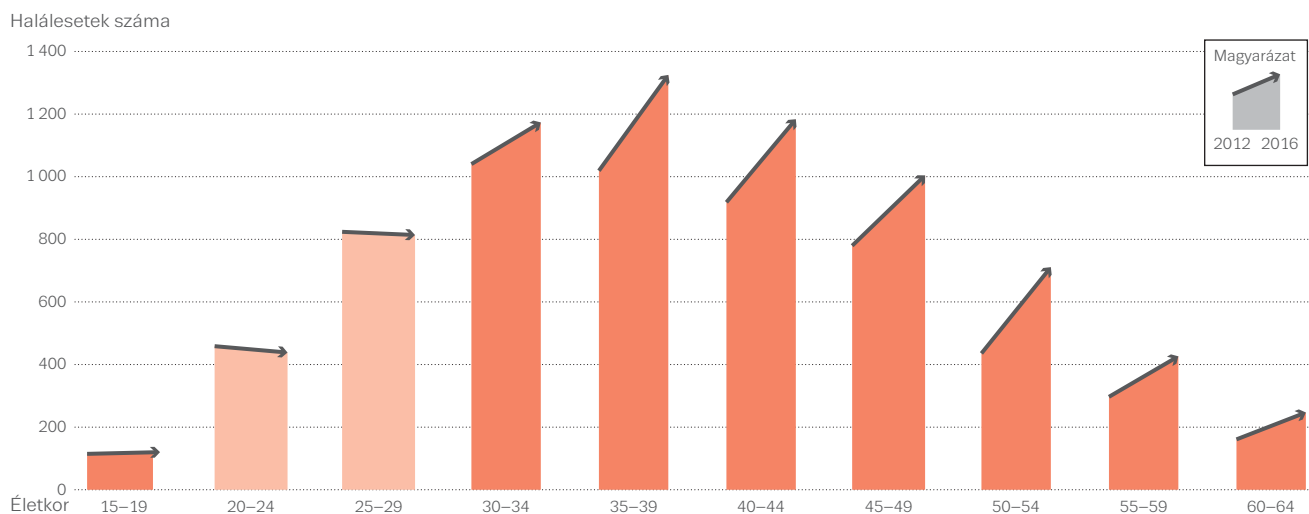
7 929 EU

9 138 EU + 2

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

ÁBRA 3.13

A 2012-ben és 2016-ban vagy a legutóbbi évben bejelentett, kábítószer okozta halálesetek száma az Európai Unióban, korszák szerint



Az Európai Unióban 2016-ban a becslések szerint legalább 7929 túladagolásos haláleset történt, minden esetben egy vagy több tiltott kábítószer jelenlétével. Norvégiát és Törökországot is beleszámítva 9138 becsült halálesetre emelkedik ez a szám, ami a felülvizsgált 2015-ös adathoz, a 8749-hez képest 4%-os növekedést mutat; az Unión belül a helyzet 2015-höz képest összességében változatlan. A korábbi évekhez hasonlóan az európai összesítés mintegy felét az Egyesült Királyság (34%) és Németország (15%) jelentette együttesen. Ez részben az említett országokban élő veszélyeztetett populációk méretével függ össze, de azzal is, hogy néhány másik országban a ténylegesnél alacsonyabb a bejelentett szám. Ha a viszonylag megbízható jelentéstételi rendszerekkel és 2016-ra vonatkozó adatokkal rendelkező országokra összpontosítunk, Észtországban és Németországban a túladagolás miatti halálesetek számának növekedése volt megfigyelhető. Hollandia esetében egyelőre nem világos, hogy a túladagolás miatt bekövetkezett, bejelentett halálesetek számának jelentős növekedése (2014-hez képest +91%) a kábítószer miatti elhalálozások számának tényleges emelkedését jelenti-e, vagy más okokra, például a nyilvántartásban történt változásra vezethető vissza. Az Egyesült Királyságban 2015-ben növekedést jelentettek: 2014-hez képest 13%-kal, 2013-hoz képest pedig 21%-kal több haláleset történt. Az ideiglenes adatok

alapján ez a növekedés 2016-ban is folytatódott. A Svédországban néhány éve megfigyelhető emelkedő tendencia 2016-ban megfordult. Törökország továbbra is jelentős növekedésekről számol be: a 2016-os számok közel kétszeresei a 2014-esnek, de ennek hátterében nagyrészt az adatgyűjtés és a jelentéstétel javulása állhat.

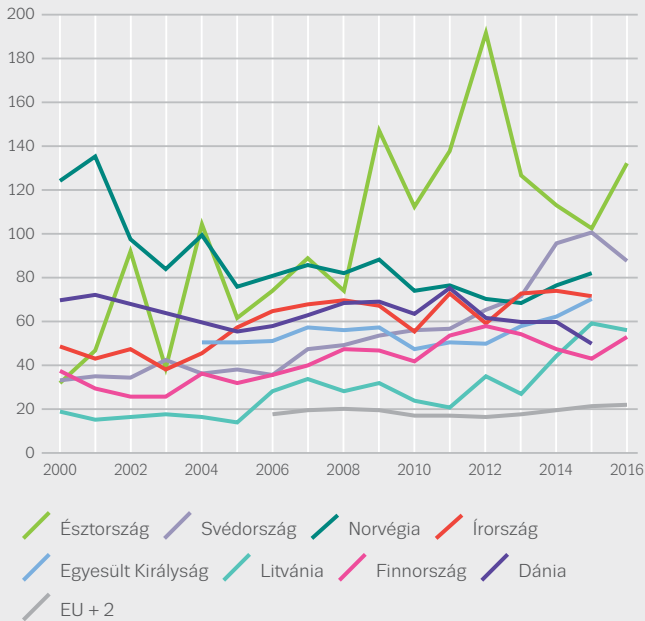
Az idősebb korcsoportokon belül jelentett, túladagolás miatti halálesetek számának emelkedő tendenciája a kábítószer-túladagolás miatti elhalálozás veszélyének leginkább kitett európai opioidhasználó népesség öregedését tükrözi. Az Európai Unióban 2012 és 2016 között a túladagolás miatti halálesetek száma valamennyi 30 év feletti korcsoportban emelkedett (3.13. ábra). Az 50 év feletti korcsoportokban összességében 55%-kal nőtt az elhalálozások száma, szemben a 30 és 49 év közöttiek körében megfigyelt 25%-os növekedéssel. A fiatalabb korcsoportokban bekövetkező, túladagolás miatti elhalálozások száma az Európai Unióban összességében stagnált. A Törökország által 2016-ban jelentett, halálos kimenetelű túladagolások elemzésekor az Európai Unión belülihez képest fiatalabb profil rajzolódik ki: az átlagéletkor 31 év (szemben az uniós 39 évvel), és az esetek egyharmada 25 év alattiakat érint.

**A magas kockázatú
kábítószer-használók körében
továbbra is a kábítószer-
túladagolás a fő halálozási ok**

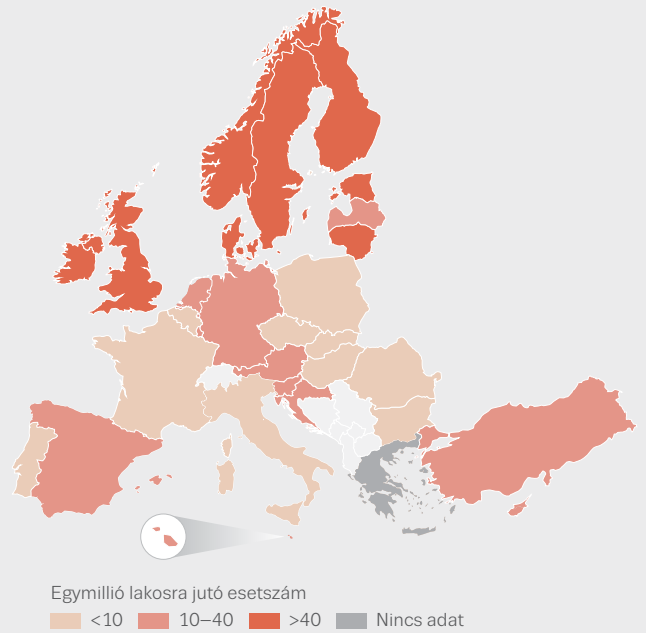
ÁBRA 3.14

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

Egymillió lakosra jutó esetszám



Megjegyzés: Tendenciák a 2016-ban vagy 2015-ben a legmagasabb értékeket közlő 8 országban és az összesített európai tendenciára. Az EU + 2 az uniós tagállamokat, Törökországot és Norvégiát jelenti.



Kábítószer miatti halálozások: Észak-Európából jelentették a legmagasabb arányokat

A túladagolásnak tulajdonítható halálozási rátát Európában 2016-ban 21,8 halálozást/egymillió lakosra becsülték a 15–64 éves népességben. Az arány a férfiak körében (34,7 eset/egymillió férfi) közel négyszerese a nőknél mértnek (8,9 eset/egymillió nő). A túladagolás miatti halálozási ráta a férfiak körében a 35–39 év közötti korcsoportban a legmagasabb, aránya 57,4 halálozást/egymillió férfi, a nőknél pedig a 40–44 év közöttiek esetében, aránya 12,4 halálozást/egymillió nő. Az elhalálozáskori átlagéletkor azonban a férfiak és a nők esetében egyaránt 39 év. Az országos halálozási ráták és tendenciák nagyon különbözőek (3.14. ábra), és ezeket olyan tényezők befolyásolják, mint a kábítószer-használat előfordulási gyakorisága és mintái, illetve a túladagolások 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 halálozást meghaladó arányt, a legmagasabbat Észtországból (132 eset/1 millió lakos), Svédországból (88 eset/1 millió lakos), Norvégiából (81 eset/1 millió lakos), Írországból (70 eset/1 millió lakos) és az Egyesült Királyságból (70 eset/1 millió lakos) (3.14. ábra).

Halálos kimenetelű túladagolások: túlsúlyban az opioiddal összefüggő halálesetek

Az Európában bejelentett halálos kimenetelű túladagolások többségében a heroin vagy metabolitjai vannak jelen, gyakran más anyagokkal együtt. A legfrissebb adatok a heroinhoz köthető halálesetek számának növekedését mutatják Európában, különösen az Egyesült Királyságban, ahol a túladagolás miatti halálesetek nagy része (87%-a) valamilyen formájú opioiddal állt összefüggésben. Angliában és Walesben a heroint vagy a morfint a 2015-ben nyilvántartásba vett halálesetek közül 1177 esetben említették, ami az előző évhez képest 18%-os növekedést, 2013-hoz képest pedig 44%-os növekedést jelent. Skóciában (Egyesült Királyság) szintén emelkedett a heroinhoz vagy morfinhoz köthető elhalálozások száma: 2016-ban 473 ilyen halálesetet jegyeztek fel, ami 37%-os emelkedést jelent az előző évhez képest. Franciaországban 2015-ben a túladagolás miatti halálesetek 30%-ában heroin állt a háttérben, szemben a 2012. évi 15%-kal. A toxikológiai jelentésekben rendszeresen szerepelnek más opioidok is. Néhány országban a túladagolások halálesetek jelentős része köthető ezekhez az anyagokhoz – elsősorban a metadonhoz, de a buprenorfinhoz (Finnország), a fentanilhoz és származékaihoz (különösen Észtországbán) és a tramadolhoz is.

A stimulánsok, úgymint a kokain, az amfetaminszármazékok, az MDMA és a katinonok Európában kevesebb túladagolások

halálesetben játszottak szerepet, bár a jelentőségük országonként változó. Az Egyesült Királyságban (Anglia és Wales) a kokainhoz kapcsolható halálesetek száma a 2013-as 169-ről 2015-re 340-re nőtt, bár ezek közül sokról azt feltételezik, hogy herointúladagolás volt olyan személyeknél, akik cracket is használtak. Törökországban 2016-ban a stimulánsoknak tulajdonított halálesetek között 100 kokainhoz köthető eset, valamint 98 amfetaminszármazékokhoz és 252 MDMA-hoz kapcsolódó eset szerepelt. Törökország emellett a szintetikus kannabinoidokkal összefüggő halálesetek számának nagymértékű emelkedését jelentette: számuk a 2015-ös 137-ről 2016-ban 373-ra nőtt. Az Egyesült Királyságban az új pszichoaktív anyagokhoz kapcsolódó halálesetek száma továbbra is viszonylag alacsony, de 2010 óta emelkedett, különösen Skóciában.

Túladagolások és kábítószerrel összefüggő halálesetek: megelőző intézkedések

Európában jelentős közegészségügyi kihívást jelent a túladagoláshoz köthető morbiditási és halálozási arány csökkentése. Az e területen alkalmazott széles körű közegészségügyi válaszlépések a veszélyeztetettség csökkentésére irányulnak a szerhasználók körében, különösen azzal, hogy felszámolják az akadályokat és elérhetővé teszik a szolgáltatásokat, valamint lehetővé teszik a szerhasználók számára, hogy kevesebb kockázatot

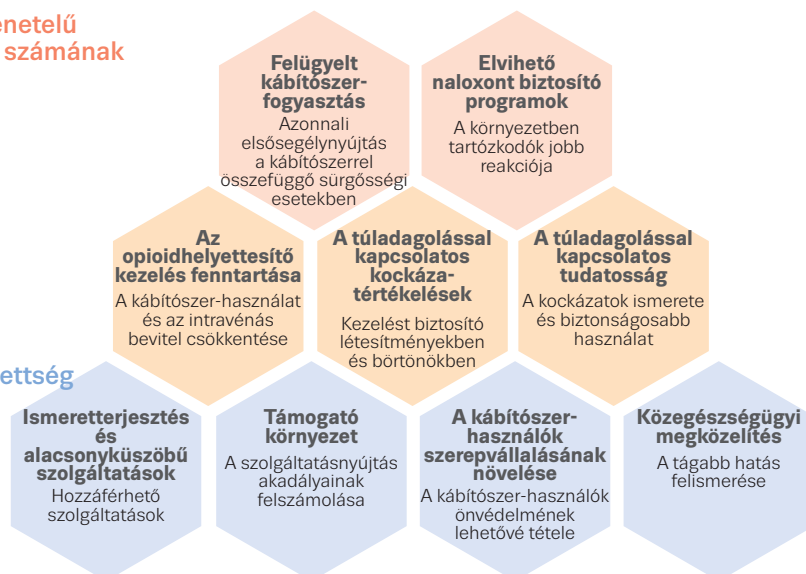
ÁBRA 3.15

Az opioiddal összefüggő halálesetek csökkentésének fő megközelítései

A halálos kimenetelű túladagolások számának csökkentése

A túladagolás kockázatának csökkentése

A veszélyeztetettség csökkentése



vállaljanak (3.15. ábra). A túladagolások esetek előfordulásának 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 megnövekedik a kockázat, így a börtönből való szabadulásra, valamint a kezelésből való elbocsátásra vagy lemorzsolódásra. Az olyan intézkedések, mint a felügyelt kábítószer-használatot lehetővé tévő létesítmények vagy a naloxon elvitelre történő kiadását biztosító programok kimondottan célzott választ intézkedések, amelyek célja a túladagolás túlélésének valószínűségét növelni.

A felügyelt kábítószer-használatot lehetővé tévő 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. Ezek a létesítmények jellemzően számos különféle orvosi és szociális szolgáltatásokhoz biztosítanak hozzáférést, a kábítószer-használók kezelésére való beutalás mellett, és képesek a szerhasználók nehezen elérhető csoportjainak megszólítására. Egyes létesítmények nagyszámú olyan fogyasztást felügyelnek, amelyekre egyébként az utcán vagy más kockázatos körülmények között kerülne sor. Előnyeiket egyre több bizonyíték támasztja alá, többek közt a kockázatos magatartás, a túladagolások halálesetek és a továbbfertőzések csökkenése, valamint a szerhasználók kezeléshez és más egészségügyi és szociális szolgáltatáshoz való fokozott hozzáférése. Ezek a létesítmények egyidejűleg elősegíthetik a köztéri kábítószer-használat visszaszorítását és a városi kábítószerpiacok körüli területek élıhetőségének javítását. Ilyen létesítmény 6 uniós országban és Norvégiában jelenleg 56 városban működik; számuk összesen 78. Németországban, ahol az 1990-es évek eleje óta működnek ilyen létesítmények, nemrégiben felülvizsgálták a jogszabályi rendelkezéseket annak érdekében, hogy lehetővé tegyék a létesítmények számára az alacsonyabb kockázatú szerhasználati módok, köztük a szippantás, az elszívás és az inhalálás felügyeletét.

Emellett a 16 tartomány közül kettő engedélyezte, hogy helyettesítő kezelésben részt vevő emberek is igénybe vehessék őket.

| Naloxon: elviteli lehetőséget biztosító programok

A naloxon egy opioid-antagonista gyógyszer, amellyel visszafordítható az opioidtúladagolás. Kórházak sürgősségi osztályain alkalmazzák, valamint a mentősök és más szolgálatok kábítószer-használókkal rendszeresen kapcsolatba kerülő munkatársai használják. Az utóbbi években szélesebb körben indultak programok, amelyek keretében elvitelre adnak naloxont, hozzáférhetővé téve a gyógyszert az opioidhasználóknak, partnereiknek, társaiknak és családtagjaiknak, akik képzésben is részesülnek a túladagolás tüneteinek felismerésével és a teendőkkel kapcsolatban. 2017-ben 10 európai országban tizenhat olyan program működött, amelynek keretében elvitelre biztosítottak naloxont. A naloxonviteli lehetőséget biztosító programok hatékonyságával kapcsolatos egyik [szisztematikus áttekintés](#) bizonyítékokat talált arra, hogy ha oktatási és képzési fellépésekkel együtt biztosítják, csökkenti a túladagolással összefüggő halálozás arányát. Különösen hasznos lehet ez a megoldás néhány olyan populációban, ahol nagy a túladagolás kockázata, például a börtönből nemrég szabadult fogvatartottak körében. A naloxonviteli lehetőséget biztosító programokba Észtországban, Franciaországban és az Egyesült Királyságban vonták be a fogvatartottakat, Norvégiában pedig a tervek szerint 2018-ban indul útjára a börtönökön belüli naloxonosztás.

A drogfogyasztókat kezelő és az egészségügyi szolgáltatók által biztosított naloxonszettek vagy intravénásan alkalmazható generikus naloxont tartalmaznak ampullákban (0,4 vagy 1 mg/1 ml), vagy a gyógyszerrel előre megtöltött fecskendőket foglalnak magukban. Franciaországban 2017 júliusában kapott forgalombahozatali engedélyt egy 2016 óta kísérleti jelleggel alkalmazott koncentráltabb, orron át beadható naloxonkészítmény (0,9 mg/0,1 ml), ami elősegíti a szélesebb körű használatot. 2017 novemberében az Európai Bizottság jóváhagyta egy orrspray forgalmazását az Európai Unióban, Norvégiában, Izlandon és Liechtensteinben. A spray 1,8 mg naloxont tartalmaz 0,1 ml oldatban.

A túladagolással kapcsolatos morbiditási és halálozási arány csökkentése jelentős közegészségügyi kihívást jelent

BŐVEBB INFORMÁCIÓK

Az EMCDDA kiadványai

2018

Country Drug Reports 2018.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical report.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs (update).

2017

Health and social responses to drug problems: a European guide.

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.

Report of the risk assessment on acryloylfentanyl, Risk assessments.

Report of the risk assessment on furanfentanyl, Risk assessments.

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

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.

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

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

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

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Az EMCDDA és az ECDC közös kiadványai

2017

Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings.

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

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

Valamennyi kiadvány elérhető a

www.emcdda.europa.eu/publications weboldalon.

Melléklet

Országos becsült adatok a kábítószer-használat prevalenciájáról, többek között a problémás opioidhasználatról, a helyettesítő kezeléssel, a kezelésben részesülők teljes számáról, a kezelésre való jelentkezésről, az intravénás kábítószer-használatról, a kábítószer okozta halálesetekről, a kábítószerrel összefüggő fertőző betegségekről, a kiosztott fecskendőkről és a lefoglalásokról. Az adatok az EMCDDA **2018-as statisztikai közlönyéből** származnak, ahol megjegyzések és metaadatok is találhatóak. Fel van tüntetve, hogy az adatok melyik évre vonatkoznak.

A1. TÁBLÁZAT

OPIOIDOK

Ország	Becsült problémás opioidhasználat		Az év során kezelésre jelentkezők						Helyettesítő kezelés alatt álló kliensek
			Opioidhasználó kliensek a kezelésre jelentkezők %-ában			Intravénás használat az opioidhasználó kliensek %-ában (fő fogyasztási mód)			
			Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	Korábban kezelt jelentkezők	Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	Korábban kezelt jelentkezők	
A becslés éve	1000 főre jutó eset-szám	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	szám	
Belgium	–	–	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bulgária	–	–	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
Cseh Köztársaság	2016	1,7–1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Dánia	–	–	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Németország	2015	2,6–3,0	31,9 (27 702)	13,5 (3 614)	40,1 (24 088)	31,3 (9 956)	29,6 (1 546)	31,6 (8 410)	78 500
Észtország	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 248
Írország	2014	6,1–7,0	46,9 (4 202)	26,9 (947)	60,5 (3 070)	34,2 (1 375)	24,6 (229)	37,4 (1 100)	10 087
Görögország	2016	2,1–2,9	66,4 (2 833)	48,1 (833)	78,8 (1 986)	29,3 (824)	28 (232)	29,8 (589)	9 851
Spanyolország	2015	1,6–3,0	25,7 (12 146)	11,5 (2 727)	42,2 (8 239)	12,7 (1 456)	7,1 (191)	14,4 (1 146)	59 264
Franciaország	2015	4,4–6,9	26,1 (12 111)	12,3 (1 830)	44,6 (7 640)	17,6 (1 830)	11,5 (193)	20,1 (1 325)	169 750
Horvátország	2015	2,5–4,0	–	22,1 (170)	–	–	37,7 (61)	–	4 256
Olaszország	2015	4,6–5,9	48,5 (23 556)	33,3 (7 190)	60,7 (16 366)	47,5 (9 654)	35,6 (2 103)	52,3 (7 551)	62 868
Ciprus	2016	1,5–2,2	24,3 (212)	10,7 (49)	44,3 (132)	53,8 (112)	54,2 (26)	55,8 (72)	229
Lettország	2016	4,1–5,9	50,6 (445)	29,4 (136)	74,3 (309)	91,7 (399)	85,6 (113)	94,4 (286)	647
Litvánia	2016	2,7–6,5	86,4 (2 059)	53,4 (175)	92,1 (1 877)	85 (1 746)	83,4 (146)	83,9 (146)	1 231
Luxemburg	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Magyarország	2010–11	0,4–0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Málta	2016	5,1–6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
Hollandia	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Ausztria	2015	5,3–5,6	51,3 (1 884)	32,1 (515)	66 (1 369)	36,7 (502)	22 (78)	41,9 (424)	18 222
Lengyelország	2014	0,4–0,7	17,3 (1 151)	6,3 (192)	27,8 (951)	57,9 (658)	30,4 (58)	63,7 (598)	2 564
Portugália	2015	3,8–7,6	43,5 (1 198)	26,5 (459)	72,1 (739)	17,8 (194)	15,4 (61)	19,1 (133)	16 368
Románia	2016	1,1–1,8	27,2 (963)	12,9 (312)	58,7 (650)	88,9 (855)	80,8 (252)	92,9 (603)	1 480
Szlovénia	2016	3,2–3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Szlovákia	–	–	28,6 (869)	13,5 (181)	42,1 (672)	71,4 (609)	42,5 (76)	79,5 (527)	642
Finnország	2012	3,8–4,5	47,8 (317)	27,2 (67)	60 (250)	73,2 (230)	68,2 (45)	74,6 (185)	3 329
Svédország (*)	–	–	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	–	–	–	4 136
Egyesült Királyság	2010–11	7,9–8,4	49,6 (57 673)	22,4 (8 591)	63 (48 936)	31,1 (12 428)	16,4 (827)	33,2 (11 555)	138 422
Törökország	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	–
Norvégia (?)	2013	2,0–4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	–	–	–	7 554
Európai Unió	–	–	36,1 (167 443)	17,9 (31 520)	49,1 (130 977)	33,8 (46 440)	26,2 (6 709)	35,3 (37 608)	628 289
EU, Törökország és Norvégia	–	–	36,8 (176 549)	19,2 (35 490)	49,5 (136 113)	33,3 (48 434)	24,9 (7 270)	35,2 (39 041)	635 843

A kezelésre jelentkezők adatai 2016-ra, illetve a legutóbbi olyan évre vonatkoznak, amelyről vannak adatok: Cseh Köztársaság – 2014; Dánia, Spanyolország, Hollandia és Törökország – 2015.

A helyettesítő kezelés alatt álló kliensek adatai 2016-ra, illetve a legutóbbi olyan évre vonatkoznak, amelyről vannak adatok: Dánia, Spanyolország, Magyarország, Lengyelország és Finnország – 2015; Hollandia – 2014; Törökország – 2011. A Svédországra vonatkozó számadat nem foglal magában minden klienst.

(*) A kezelésre jelentkező kliensekre vonatkozó adatok csak a kórházi ápolásra és a speciális járóbeteg-ellátó létesítményekre terjednek ki.

(?) Az opioidokhoz köthető problémák miatt kezelés alatt álló kliensek százalékos aránya a minimumértéket jelenti, és nem tartalmazza a polioxiomáknént 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	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bulgária	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
Cseh Köztársaság	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dánia (*)	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Németország (†)	2015	3,8	1,2	3	6,7 (5 855)	6,4 (1 713)	6,9 (4 142)	14,3 (2 376)	7 (301)	16,9 (2 075)
Észtország	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Írország	2015	7,8	2,9	3	12,2 (1 096)	16,1 (565)	9,9 (502)	1,3 (14)	0,2 (1)	2,2 (11)
Görögország (‡)	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
Spanyolország	2015	9,1	3,0	3	36,6 (17 327)	35,5 (8 445)	37,1 (7 248)	1 (167)	0,4 (30)	1,6 (116)
Franciaország	2014	5,4	2,4	4	6,7 (3 108)	5,9 (878)	8,3 (1 418)	8,5 (243)	2,6 (21)	13,7 (178)
Horvátország	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Olaszország	2017	6,8	1,9	3	29,2 (14 197)	34,3 (7 417)	25,1 (6 780)	2,9 (394)	2,2 (154)	3,7 (240)
Ciprus	2016	1,4	0,4	3	12,7 (111)	11,8 (54)	16,4 (49)	2,8 (3)	0 (0)	6,1 (3)
Lettország	2015	1,5	1,2	2	0,7 (6)	1,1 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litvánia	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Luxemburg	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Magyarország (‡)	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Málta	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Hollandia	2016	5,9	3,7	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	8,5 (311)	11,2 (180)	6,3 (131)	6,5 (19)	1,7 (3)	13,6 (16)
Lengyelország	2014	1,3	0,4	4	2,3 (155)	2,4 (73)	2,3 (77)	0,7 (1)	0 (0)	1,3 (1)
Portugália	2016	1,2	0,3	2	13,3 (366)	15,7 (272)	9,2 (94)	4,3 (14)	3,8 (9)	5,9 (5)
Románia	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Szlovénia	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Szlovákia	2015	0,7	0,3	2	1,2 (36)	2,1 (28)	0,4 (7)	9,7 (3)	8,3 (2)	14,3 (1)
Finnország	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	– (0)	– (0)	– (0)
Svédország (1,3)	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Egyesült Királyság (1,4)	2016	9,7	4,0	2	15,5 (18 008)	19,5 (7 492)	13,5 (10 490)	1,4 (174)	0,5 (28)	2,1 (141)
Törökország	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norvégia (†)	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
Európai Unió	–	5,1	1,9	–	14,5 (67 113)	17,1 (30 195)	12,8 (34 253)	5,3 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)
EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	–	14 (67 377)	16,4 (30 319)	12,5 (34 393)	5,2 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)

Az iskolások körében való előfordulási gyakoriságra vonatkozó becslések a 2015-ös ESPAD felmérésből származnak, kivéve Belgiumot (2016; csak Flandria), Spanyolországot (2016), Németországot (2011), Olaszországot (2016), Luxemburgot (2010; 15 évesek), Svédországot (2016) és az Egyesült Királyságot (2014; csak Anglia, 15 évesek). Az adatgyűjtési eljárások bizonytalansága miatt a lettországi adatok nem feltétlenül összehasonlíthatóak.

A kezelésre jelentkezők adatai 2016-ra, illetve a legutóbbi évre vonatkoznak: Cseh Köztársaság – 2014; Dánia, Spanyolország, Hollandia és Törökország – 2015.

(*) Korsáv a normál népességben becsült előfordulási gyakorisághoz: 16–64, 16–34.

(†) Korsáv a normál népességben becsült előfordulási gyakorisághoz: 18–64, 18–34.

(‡) A kezelésre jelentkező kliensekre vonatkozó adatok csak a kórházi ápolásra és a speciális járóbeteg-ellátó létesítményekre terjednek ki.

(§) A normál népességre vonatkozó becsült előfordulás csak Angliára és Walesre vonatkozik.

A3. TÁBLÁZAT

AMFETAMINSZÁRMAZÉKOK

Ország	Becsült előfordulás				Az év során kezelésre jelentkezők					
	Normál népesség			Iskolai népesség	Amfetaminszármazékokat használó kliensek a kezelésre jelentkezők %-ában			Intravénás használat az amfetaminszármazékokat használó kliensek %-ában (fő beviteli mód)		
	A felmérés éve	Életprevalencia, felnőttek (15–64)	Előző 12 hónap, fiatal felnőttek (15–34)	Életprevalencia, diákok (15–16)	Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	Korábban kezelt jelentkezők	Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	Korábban kezelt jelentkezők
	%	%	%	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)
Belgium	2013	–	0,5	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)
Bulgária	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)
Cseh Köztársaság	2016	3,0	1,7	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Dánia (¹)	2017	7,0	1,4	1	6,4 (275)	6,5 (131)	6,5 (139)	1,6 (4)	0,8 (1)	2,4 (3)
Németország (²)	2015	3,6	1,9	4	16,9 (14 714)	19,4 (5 210)	15,8 (9 504)	2,1 (706)	1,6 (189)	2,4 (517)
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	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)
Görögország	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)
Spanyolország	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)
Franciaország	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)
Horvátország	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–
Olaszország	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)
Ciprus	2016	0,5	0,1	3	5,1 (44)	3,9 (18)	6,7 (20)	4,5 (2)	0 (0)	5 (1)
Lettország	2015	1,9	0,7	3	15,8 (139)	19,2 (89)	12 (50)	63,6 (77)	57,7 (45)	74,4 (32)
Litvánia	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)
Luxemburg	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–
Magyarország (³)	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)
Málta	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)
Hollandia	2016	5,3	3,6	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)	7,3 (117)	4,1 (86)	3,8 (7)	3,7 (4)	3,9 (3)
Lengyelország	2014	1,7	0,4	4	27,7 (1 841)	29,9 (915)	26 (889)	3,9 (70)	1,8 (16)	5,8 (51)
Portugália	2016	0,4	0,0	1	0,2 (5)	0,3 (5)	–	0 (0)	0 (0)	–
Románia	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Szlovénia	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)
Szlovákia	2015	1,4	0,8	1	40,5 (1 231)	44,2 (592)	36,3 (579)	30,1 (350)	27,6 (157)	33,3 (182)
Finnország	2014	3,4	2,4	1	20,4 (135)	25,2 (62)	17,5 (73)	70,8 (92)	49,2 (29)	88,7 (63)
Svédország (¹,³)	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–
Egyesült Királyság (¹,⁴)	2016	9,2	0,7	1	2,4 (2 828)	3 (1 144)	2,2 (1 679)	20 (353)	14,6 (99)	23,3 (253)
Törökország	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norvégia (¹)	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–
Európai Unió	–	3,6	1,0	–	7,4 (34 270)	8,3 (14 576)	7,2 (19 304)	15,1 (7 303)	16,7 (3 179)	14,1 (4 088)
EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	–	7,3 (35 222)	8,1 (14 963)	7,2 (19 869)	15,1 (7 304)	16,6 (3 180)	14 (4 088)

Az iskolások körében való előfordulási gyakoriságra vonatkozó becslések a 2015-ös ESPAD felmérésből származnak, kivéve Belgiumot (2016; csak Flandria), Spanyolországot (2016), Németországot (2011), Olaszországot (2016), Luxemburgot (2010; 15 évesek), Svédországot (2016) és az Egyesült Királyságot (2014; csak Anglia, 15 évesek). Az adatgyűjtési eljárások bizonytalansága miatt a lettországi adatok nem feltétlenül összehasonlíthatóak.

A kezelésre jelentkezők adatai 2016-ra, illetve a legutóbbi évre vonatkoznak: Cseh Köztársaság – 2014; Dánia, Spanyolország, Hollandia és Törökország – 2015.

A németországi, svédországi és norvégiai adatok a „kokaintól eltérő stimulánsok” használóira vonatkoznak.

(¹) Korsáv a normál népességben becsült előfordulási gyakorisághoz: 16–64, 16–34.

(²) Korsáv a normál népességben becsült előfordulási gyakorisághoz: 18–64, 18–34.

(³) A kezelésre jelentkező kliensekre vonatkozó adatok csak a kórházi ápolásra és a speciális járóbeteg-ellátó létesítményekre terjednek ki.

(⁴) A normál népességre vonatkozó becslés előfordulás csak Angliára és Walesre vonatkozik.

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 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bulgária	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
Cseh Köztársaság	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Dánia (¹)	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Németország (²)	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Észtország	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Írország	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Görögország (²)	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Spanyolország	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
Franciaország	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Horvátország	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Olaszország	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Ciprus	2016	1,1	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)	0,3 (1)
Lettország	2015	2,4	0,8	3	0,1 (1)	0,2 (1)	0 (0)
Litvánia	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Luxemburg	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Magyarország (²)	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Málta	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Hollandia	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Ausztria	2015	2,9	1,1	2	0,9 (34)	1,4 (22)	0,6 (12)
Lengyelország	2014	1,6	0,9	3	0,3 (17)	0,2 (5)	0,4 (12)
Portugália	2016	0,7	0,2	2	0,2 (6)	0,3 (5)	0,1 (1)
Románia	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Szlovénia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Szlovákia	2015	3,1	1,2	3	0,2 (6)	0,4 (5)	0,1 (1)
Finnország	2014	3,0	2,5	1	0,3 (2)	0,8 (2)	0 (0)
Svédország (¹)	2013	–	1,0	1	–	–	–
Egyesült Királyság (¹,³)	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Törökország	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norvégia (¹)	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
Európai Unió	–	4,1	1,8	–	0,3 (1 442)	0,5 (951)	0,2 (424)
EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	–	0,3 (1 548)	0,6 (1 028)	0,2 (453)

Az iskolások körében való előfordulási gyakoriságra vonatkozó becslések a 2015-ös ESPAD felmérésből származnak, kivéve Belgiumot (2016; csak Flandria), Spanyolországot (2016), Németországot (2011), Olaszországot (2016), Luxemburgot (2010; 15 évesek), Svédországot (2016) és az Egyesült Királyságot (2014; csak Anglia, 15 évesek). Az adatgyűjtési eljárások bizonytalansága miatt a lettországi adatok nem feltétlenül összehasonlíthatóak.

A kezelésre jelentkezők adatai 2016-ra, illetve a legutóbbi évre vonatkoznak: Cseh Köztársaság – 2014; Dánia, Spanyolország, Hollandia és Törökország – 2015.

(¹) Korsáv a normál népességben becslés előfordulási gyakorisághoz: 16–64, 16–34.

(²) Korsáv a normál népességben becslés előfordulási gyakorisághoz: 18–64, 18–34.

(³) A normál népességre vonatkozó becslés előfordulás csak Angliára és Walesre vonatkozik.

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	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bulgária	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
Cseh Köztársaság	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Dánia (¹)	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Németország (²)	2015	27,2	13,3	19	39,5 (34 292)	56,2 (15 097)	32 (19 195)
Észtország	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Írország	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Görögország (²)	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
Spanyolország	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
Franciaország	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Horvátország	2015	19,4	16,0	21	-	59,5 (458)	-
Olaszország	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Ciprus	2016	12,1	4,3	7	57,5 (501)	73 (333)	32,2 (96)
Lettország	2015	9,8	10,0	17	22,1 (194)	34,1 (158)	8,7 (36)
Litvánia	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Luxemburg	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Magyarország (²)	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Málta	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Hollandia	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Ausztria	2015	23,6	14,1	20	30,9 (1 136)	45,8 (734)	19,4 (402)
Lengyelország	2014	16,2	9,8	24	30 (1 995)	38 (1 164)	22,8 (780)
Portugália	2016	11,0	8,0	15	38,7 (1 066)	53,5 (925)	13,8 (141)
Románia	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Szlovénia	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Szlovákia	2015	15,8	9,3	26	24,3 (739)	35,9 (481)	15 (239)
Finnország	2014	21,7	13,5	8	19,8 (131)	35,4 (87)	10,6 (44)
Svédország (¹-³)	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Egyesült Királyság (¹,⁴)	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Törökország	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norvégia (¹)	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
Európai Unió	–	26,3	14,1	–	32,1 (148 793)	46,3 (81 720)	20,9 (55 625)
EU, Törökország és Norvégia	–	–	–	–	31,5 (151 106)	45,1 (83 157)	20,5 (56 501)

Az iskolások körében való előfordulási gyakoriságra vonatkozó becslések a 2015-ös ESPAD felmérésből származnak, kivéve Belgiumot (2016; csak Flandria), Spanyolországot (2016), Németországot (2011), Olaszországot (2016), Luxemburgot (2010; 15 évesek), Svédországot (2016) és az Egyesült Királyságot (2014; csak Anglia, 15 évesek). Az adatgyűjtési eljárások bizonytalansága miatt a lettországi adatok nem feltétlenül összehasonlíthatóak.

A kezelésre jelentkezők adatai 2016-ra, illetve a legutóbbi évre vonatkoznak: Cseh Köztársaság – 2014; Dánia, Spanyolország, Hollandia és Törökország – 2015.

(¹) Korszak a normál népességben becsült előfordulási gyakorisághoz: 16–64, 16–34.

(²) Korszak a normál népességben becsült előfordulási gyakorisághoz: 18–64, 18–34.

(³) A kezelésre jelentkező kliensekre vonatkozó adatok csak a kórházi ápolásra és a speciális járóbeteg-ellátó létesítményekre terjednek ki.

(⁴) A normál népességre vonatkozó becsült előfordulás csak Angliára és Walesre vonatkozik.

A6. TÁBLÁZAT

EGYÉB INDIKÁTOROK

Ország	Kábítószer okozta halálesetek (15–64 évesek)	Intravénás kábítószer-használattal összefüggő HIV-diagnózisok (ECDC)	Becsült intravénás kábítószer-használat		A speciális programokban kiosztott fecskendők
	egymillió lakosra jutó esetszám (szám)	egymillió lakosra jutó esetszám (szám)	a becslés éve	1000 lakosra jutó esetszám	szám
Belgium	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bulgária	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
Cseh Köztársaság	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Dánia	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Németország	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Észtország	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Írország ⁽¹⁾	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Görögország	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
Spanyolország ⁽²⁾	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
Franciaország ⁽¹⁾	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Horvátország	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Olaszország	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Ciprus	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Lettország	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Litvánia	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Luxemburg	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Magyarország	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Málta	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Hollandia	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Ausztria	28 (163)	1,7 (15)	–	–	6 205 356
Lengyelország	9 (237)	0,8 (30)	–	–	53 028
Portugália	4 (26)	2,9 (30)	2015	1,0–4,5	1 350 258
Románia ⁽³⁾	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Szlovénia	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Szlovákia	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Finnország	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Svédország	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Egyesült Királyság ⁽⁴⁾	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Törökország	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Norvégia	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
Európai Unió	22,4 (7 443)	2,0 (1 027)	–	–	–
EU, Törökország és Norvégia	21,8 (8 500)	1,8 (1 043)	–	–	–

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

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

(²) A speciális programokban kiosztott fecskendők száma 2015-re vonatkozik.

(³) Kábítószer okozta halálesetek: a nemzeti szint alatti lefedettség.

(⁴) A fecskendőkre vonatkozó adatok az Egyesült Királyságból: Anglia – nincs adat; Skócia – 4 742 060 és Wales – 3 100 009 (mindkettő 2016-os adat); Észak-Írország: 309 570 (2015).

A7. TÁBLÁZAT

LEFOGLALÁSOK

Ország	Heroin		Kokain		Amfetaminszármazékok		MDMA	
	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma
	kg	szám	kg	szám	kg	szám	tablett (kg)	szám
Belgium	99	2 098	30 295	4 369	43	2 833	179 393 (29)	1 692
Bulgária	582	30	84	19	94	30	283 (181)	16
Cseh Köztársaság	19	73	40	131	94	1 403	47 256 (3)	255
Dánia	16	568	119	4 115	387	2 445	13 810 (7)	1 104
Németország	330	3 061	1 871	3 592	1 533	13 680	2 218 050 (0)	4 015
Észtország	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449
Írország	–	758	–	364	–	63	– (–)	204
Görögország	219	2 306	166	526	3	132	9 522 (2)	74
Spanyolország	253	7 205	15 629	41 531	520	5 004	394 211 (–)	3 486
Franciaország	1 080	4 312	8 532	9 480	352	1 152	1 236 649 (–)	3 461
Horvátország	120	148	13	400	23	772	– (10)	847
Olaszország	497	2 436	4 136	7 101	15	244	12 587 (10)	378
Ciprus	3	6	182	111	0,3	54	1 248 (0,4)	19
Lettország	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180
Litvánia	28	296	3	67	10	253	– (8)	101
Luxemburg	3	132	2	207	0,5	6	17 639 (–)	20
Magyarország	2	34	25	229	25	840	79 702 (2)	461
Málta	0,3	46	21	202	0,4	28	3 739 (–)	73
Hollandia	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Ausztria	69	677	86	1 316	92	1 162	29 485 (6)	754
Lengyelország	9		449		961	–	149 921 (0,3)	–
Portugália	57	774	1 047	1 127	7	64	124 813 (3)	279
Románia	4	342	2 321	138	2	112	14 871 (0,2)	355
Szlovénia	7	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Szlovákia	0,06	48	1	36	5	762	8 705 (0,02)	84
Finnország	0,3	146	19	263	192	1 814	127 680 (–)	745
Svédország	34	599	106	2 939	450	5 365	80 559 (15)	1 848
Egyesült Királyság	844	11 075	5 697	18 875	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Törökország	5 585	8 179	845	1 476	3 631	4 048	3 783 737 (–)	5 259
Norvégia	13	998	104	1 233	465	6 051	38 353 (12)	1 030
Európai Unió	4 275	37 548	70 883	97 520	6 221	43 405	5 305 409 (295)	24 383
EU, Törökország és Norvégia	9 874	46 725	71 832	100 229	10 317	53 504	9 127 499 (306)	30 672

Az amfetaminszármazékokba az amfetamin és a metamfetamin tartozik bele. Valamennyi adat 2016-ra vagy a legutolsó évre vonatkozik.

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	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bulgária	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
Cseh Köztársaság	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Dánia	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Németország	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Észtország	548	22	46	575	- (79)	28
Írország	-	192	-	1 049	- (-)	182
Görögország	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
Spanyolország	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
Franciaország	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Horvátország	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Olaszország	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Ciprus	2	20	171	753	311 (-)	37
Lettország	3	96	44	872	- (50)	22
Litvánia	551	54	68	654	- (-)	0
Luxemburg	1	173	21	875	359 (-)	16
Magyarország	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Málta	109	193	12	146	88 (-)	6
Hollandia	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Ausztria	166	2 598	913	14 030	24 166 (-)	508
Lengyelország	33		2 569		108 516 (-)	-
Portugália	7 068	4 676	264	620	4 634 (-)	231
Románia	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Szlovénia	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Szlovákia	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Finnország	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Svédország	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Egyesült Királyság	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Törökország	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Norvégia	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
Európai Unió	424 186	316 546	123 947	420 092	3 268 037 (29 723)	22 049
EU, Törökország és Norvégia	463 258	332 117	235 365	454 471	3 268 037 (29 771)	25 583

Valamennyi adat 2016-ra vagy a legutolsó évre vonatkozik.

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

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

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

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).

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 [Statisztikai közlöny](#) és a [30 országos kábítószer-jelentéssel](#) együttesen alkotja a [2018. 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 kábítószeresekről és kábítószer-függőségről, illetve ezek következményeiről szóló, tudományosan megalapozott információk gyűjtését, elemzését és terjesztését, így a célközönsége számára tényeken alapuló, európai szintű helyzetképet tud adni a kábítószeres jelenségről.

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