



Kábítószer és Kábítószer-függőség  
Európai Megfigyelőközpontja

ISSN 1830-0766

# JELLENZÉS ÉVÉSENTESE 2005

A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA EURÓPÁBAN





Kábítószer és Kábítószer-függőség  
Európai Megfigyelőközpontja

# JELLENZÉS ÉVTEKES 2005

A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA EURÓPÁBAN

## Jogi megjegyzés

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) ezen jelentését szerzői jog védi. Az EMCDDA nem vállal felelősséget vagy kötelezettséget az ebben a dokumentumban lévő adatok felhasználásából eredő következményekért. A kiadvány tartalma nem feltétlenül tükrözi az EMCDDA partnereinek, az Európai Unió tagállamainak vagy az Európai Unió, illetve az Európai Közösségek bármely intézményének vagy hivatalának hivatalos véleményét.

Az interneten nagy mennyiségű kiegészítő információ áll rendelkezésre az Európai Unióval kapcsolatosan. Ezek az Európa szerveren (<http://europa.eu.int>) keresztül érhetők el.

A „Europe Direct” szolgálat segít választ találni az Európai Unióval kapcsolatos kérdésekre.

Ingyenesen hívható telefonszám (\*):

**00 800 6 7 8 9 10 11**

(\*) Egyes mobiltelefonszolgáltatóknál nem engedélyezett a hozzáférés a 00 800-as számokhoz, illetve kiszámlázzák ezeket a hívásokat.

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

A katalógusadatok a kiadvány végén találhatóak.

Luxembourg: Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, 2005

ISBN 92-9168-237-3

© Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, 2005

Sokszorosítás a forrás feltüntetésével engedélyezett.

*Printed in Belgium*

FEHÉR, KLÓRMENTES PAPIRRA NYOMTATVA



Kábítószer és Kábítószer-függőség  
Európai Megfigyelőközpontja

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisbon, Portugal

Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

## Tartalom

Előszó	5
Köszönetnyilvánítás	7
Bevezetés	9
Kommentár – az európai kábítószer-tendenciák meghatározása	11
1. fejezet	
<b>Új fejlemények a politika és a jogszabályok terén</b>	<b>18</b>
2. fejezet	
<b>Az iskolák, a fiatalok és a kábítószer</b>	<b>27</b>
3. fejezet	
<b>Kannabisz</b>	<b>36</b>
4. fejezet	
<b>Amfetamin típusú serkentők, LSD és egyéb szintetikus kábítószer</b>	<b>45</b>
5. fejezet	
<b>A kokain és a krekk (crack)</b>	<b>56</b>
6. fejezet	
<b>A heroin- és az injekciós kábítószer-használat</b>	<b>63</b>
7. fejezet	
<b>A bűnözéssel és a börtönnel összefüggő kérdések</b>	<b>84</b>
Hivatkozások	89



## Előszó

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának (KKEM) (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) idei éves jelentését olyan on-line elemek egészítik ki, melyek magukban foglalják új, immár második éve megjelenő statisztikai értesítőnk is, mely ma már több mint 200, mennyiségi adatokkal szolgáló, az európai kábítószerhelyzetet részletesen bemutató forrástáblázatot tartalmaz.

Az EMCDDA már több mint tíz éve dolgozik az Európai Unió tagállamaival az európai kábítószer-jelenség átfogó képének kialakításán. Az idei éves jelentésben található elemzés alapjául szolgáló, jelenleg rendelkezésre álló adatok mennyisége és minősége nem csupán az információt biztosító tudományos munkacsoportok technikai eredményeit tükrözik, hanem azt a tényt is, hogy Európa-szerte a szakpolitika-formálók elkötelezett támogatói az adatgyűjtési folyamatnak, és készek arra forrásokat biztosítani. Ez konkrét példája annak, hogy milyen haszonnal járhat az európai szintű együttműködés. A tagállamok nem csupán a helyi kábítószer-problémák tekintetében különböznek egymástól, hanem abban is, hogy milyen válaszokat adnak erre a kihívásra. A különbségek ellenére mára már kialakult egy Európa-szerte érvényesnek tekinthető, közös megközelítés is a kábítószer-kérdéssel kapcsolatban. Jelenleg teljes egyetértés uralkodik abban a tekintetben, hogy az intézkedéseket a helyzet elmélyült ismeretére kell alapozni, továbbá hogy szükség van a működő megoldásokról való ismeretek megosztására és – amikor csak lehetséges – az együttes fellépésre a közös eredmények érdekében. Ezek a törekvések a kábítószerrel kapcsolatos új, európai stratégia és cselekvési terv részét képezik, és egyben ezen jelentés kulcsfontosságú témáit is alkotják.

Éves jelentésünk számos fontos kérdésre hívja fel a figyelmet, melyek azzal kapcsolatosak, hogy a kábítószer-használat milyen hatással van a polgárokra és azokra a közösségekre, amelyekben a polgárok élnek. Olyan, újonnan megjelent problémákat taglalunk, mint a serkentőszerek – különösen a kokain – Európa egyes

részeiben tapasztalt növekvő mértékű használata, vagy a kábítószeret kipróbáló európai fiatalok folyamatosan növekvő száma. Nyilvánvaló, hogy az európai kábítószer-használat problémájára adott válasz még korántsem kielégítő. Ugyanakkor jelentésünkben néhány pozitív fejleményre is rámutathatunk; ezek közé sorolhatjuk a kábítószer-problémával küzdők számára létrehozott szolgálatok általános bővülését, és a kábítószer-jelenség néhány legkárosabb aspektusa tekintetében észlelt stabilizálódásra, sőt csökkenő tendenciára utaló jeleket is. Így módon e jelentés mellett, hogy felhívja a figyelmet néhány megoldásra váró, kulcsfontosságú problémára, egyben arra is némi fényt vet, miként lehetne előrelépni az európai kábítószer-probléma hatékony kezelése terén.

Örömmel szolgál, hogy idén ismét növekedett az Európai Unió új tagállamai által rendelkezésünkre bocsátott adatok mennyisége. Amellett, hogy beszámolunk a kibővített Unióban tapasztalt helyzetről, lehetőség szerint közöljük a Bulgáriából, Romániából és Törökországból érkezett adatokat is, illetve ismertetünk néhány, nemzetközi fejleménnyel kapcsolatos elemzést is. A kábítószer-probléma globális természete megköveteli, hogy Európára vonatkozó elemzésünket tágabb összefüggésbe helyezzük. Jelenlegi legsürgetőbb problémáink nagy része elválaszthatatlan a kábítószer-használat és a kábítószer-kereskedelem jelenségétől. A kábítószer-használat hatással van a globális egészségügyi helyzetre és fejlődésre, a bűnözésre és a személyi biztonságra, továbbá a nemzetközi biztonságra. Jelentésünk főként az európai helyzetet állítja középpontba, ugyanakkor nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a tényt sem, hogy globális problémával állunk szemben.

### **Marcel Reimen**

Az EMCDDA igazgatási tanácsának elnöke

### **Wolfgang Götz**

Az EMCDDA ügyvezető igazgatója





## Köszönetnyilvánítás

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

- a Reitox nemzeti fókuszpontok vezetői és munkatársai;
- a jelentéshez szükséges nyersadatokat összegyűjtő szolgálatok minden tagállamban;
- az EMCDDA igazgatási tanácsának és Tudományos Bizottságának tagjai és az EMCDDA/Reitox hálózat technikai munkacsoportjainak résztvevői;
- az Európai Parlament, az Európai Unió Tanácsa – különösen a kábítószerrel foglalkozó horizontális munkacsoport – és az Európai Bizottság;
- a Svéd Alkohol- és Kábítószerügyi Információs Tanács (CAN), az Európa Tanács Pompidou-csoportja, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, az Egészségügyi Világszervezet, az Europol, az Interpol és az AIDS Járványtanát Monitorizáló Európai Központ;
- az Európai Unió Szerveinek Fordítóközpontja és az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala;
- Prepress Projects Ltd.

### Reitox nemzeti fókuszpontok

A Reitox a kábítószerrel és kábítószer-függőséggel kapcsolatos európai információs hálózat. A hálózatot az Európai Unió tagállamaiban, Norvégiában, a tagjelölt országokban és az Európai Bizottságban működő nemzeti fókuszpontok alkotják. A kormányaik felügyelete mellett működő fókuszpontok azok a nemzeti hatóságok, amelyek az EMCDDA-t ellátják a kábítószerrel kapcsolatos információkkal.

A nemzeti fókuszpontokkal való kapcsolatfelvételhez szükséges adatok megtalálhatók az alábbi címen:

<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1596>



## Bevezetés

Ez az éves jelentés az Európai Unió tagállamai, a tagjelölt országok és Norvégia (amely 2001 óta vesz részt az EMCDDA munkájában) részéről az EMCDDA számára országjelentés formájában rendelkezésre bocsátott információkon alapul. Az itt közölt statisztikai adatok a 2003. évre (illetve az utolsó rendelkezésre álló évre) vonatkoznak. A jelentésben szereplő ábrák és táblázatok olykor csak az EU-országok egy alcsoportjára vonatkoznak; a kiválasztás ilyen esetben a tárgyalt időszakra vonatkozó adatok elérhetősége alapján történik.

Az éves jelentés on-line változata 22 nyelven érhető el a <http://annualreport.emcdda.eu.int> címen.

A 2005. évi statisztikai értesítő (<http://stats05.emcdda.eu.int>) tartalmazza az éves jelentésben megjelenő statisztikai elemzés alapjául szolgáló forrástáblázatok teljes sorozatát. Itt további, az alkalmazott módszertannal kapcsolatos tájékoztatás, illetve több mint 100 statisztikai grafikon is található.

Az országok szerinti adat-profilok (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) a kábítószerhelyzet kulcsfontosságú aspektusainak magas szintű grafikus összefoglalását adják országok szerinti bontásban.

Ezt a jelentést három részletes áttekintés követi, melyek az alábbi témákat tárgyalják:

- kábítószerrel összefüggő közrendzavarás: tendenciák a politika és a megelőző intézkedések terén;
- a börtönbüntetés alternatívái: a bűnelkövető problematikus kábítószer-használók kezelése az EU-ban; és,
- buprenorfin: gyógykezelés, visszaélés és felírási gyakorlatok.

A kiválasztott témák csak angol nyelven, nyomtatott és on-line (<http://issues05.emcdda.eu.int>) formában állnak rendelkezésre.

A Reitox fókuszpontok által kiadott országjelentések a kábítószerrel kapcsolatos problémák részletes leírását és elemzését adják országok szerinti bontásban, és megtalálhatók az EMCDDA weblapján (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).



## Kommentár – az európai kábítószer-tendenciák meghatározása

### Az európai összkép

Ebben a részben az európai kábítószerhelyzet főbb fejleményeiről és tendenciáiról adunk áttekintést. Ezt a különféle forrásokból szerzett információk összeillesztésével alakítottuk ki, egyaránt figyelembe véve a jelenleg rendelkezésre álló ténybázis erősségeit és gyengeségeit. Az ez évi kommentár értékelést közöl arról, hogy a 2005-ről rendelkezésre álló új adatok hogyan járulnak hozzá az európai kábítószerhelyzet közép- és hosszú távú tendenciáinak megértéséhez.

### A polidroghasználat a kábítószer-használattal járó problémák megértését és kezelését egyaránt bonyolultabbá teszi

A jelentésben nagyrészt azt az elemzési módszert követtük, hogy a leginkább használt anyagok mindegyikét külön-külön megvizsgáljuk. Ez az anyagspecifikus szemlélet fogalmilag könnyen értelmezhető, ezenkívül az az előnye is megvan, hogy a kábítószer-használat legtöbb mutatója szintén az egyes anyagokra jellemző viselkedési méréseken alapul. E megközelítés hátránya viszont az, hogy nem tükrözi azt a tényt, hogy az európai kábítószer-problémákon belül a polidroghasználat (többféle kábítószer használata) jelentős tényező. A kábítószer-használat közegészségügyi hatásának elemzésekor figyelembe kell venni a pszichoaktív anyagok egymással kölcsönösen összefüggő fogyasztásának összetett képét, amibe az alkohol és a dohány is beletartozik. A kannabiszt például Európában gyakran dohánnyal keverve szívják el, ami kihatással van mind az ezzel a viselkedéssel összekapcsolható ártalmakra, mind a drogprevenációs tevékenységek lehetséges módozataira. A kábítószerrel összefüggő halálesetek toxikológiai elemzése sokszor több anyag jelenlétét mutatja ki, az egyidejű alkoholfogyasztásról pedig köztudott, hogy növeli az akár a heroin, akár a kokain használatával járó kockázatot. Félrevezető lehet továbbá az egy anyagra érvényesülő tendenciák középpontba helyezése, ha eközben a különböző kábítószerfajták kölcsönös egymásra gyakorolt hatását figyelmen kívül hagyjuk; ebben a jelentésben például szerepel néhány arra utaló bizonyíték, hogy a szintetikus opiátok elérhetősége növekszik, ami a heroinhasználat tendenciáinak mindenfajta elemzésében fontos szempont. Hasonlóképpen érdemes megfontolni a különböző serkentő kábítószerfajták használatában mutatkozó tendenciák lehetséges átfedéseit, és az elemzésekben

mindenkor figyelembe venni, hogy az észlelt változások milyen mértékben tudhatók be a fogyasztási mintákban bekövetkezett eltolódásoknak.

Összefoglalva, az európai kezelési központokba kábítószer-probléma miatt jelentkezők többsége több anyagot használ. A kábítószer-használat ezen kulcsfontosságú aspektusáról jobb beszámolási módszereket kell kidolgozni, és további ismereteket kell szerezni arról, hogy a polidroghasználat milyen hatással lesz a beavatkozások hatékonyságára.

### A fiatalok és a kábítószer – a kannabisz használata nő, ezen belül azonban eltérő minták vannak kialakulásában

A kábítószer-használat Európában továbbra is jellemzően a fiatalok, különösen a fiatal férfiak körében előforduló jelenség. A népesség körében és az iskolákban végzett felmérésekből származó adatok hasznos betekintést nyújtanak az európai kábítószer-használat mintáinak alakulásába az 1990-es évektől. Az ideai éves jelentésben szereplő adatok az alkoholról és egyéb kábítószerokről szóló európai iskolai felmérési projekt (ESPAD) vizsgálatából származnak, amely hasznos adatforrás az iskoláskorú népesség körében észlelt kábítószer-használat nyomon követéséhez és az időbeli tendenciák feltárásához.

Az összes rendelkezésre álló adat összesítéséből kiderül, hogy a kannabiszhasználat országoként jelentős eltéréseket mutat. Bár az 1990-es évek közepe óta a növekedés volt a meghatározó európai tendencia, néhány országban valamivel stabilabb minta figyelhető meg. Például az Egyesült Királyságban, ahol annak ellenére, hogy az 1990-es évek óta kiugróan magas volt a kannabiszhasználat aránya, ez az arány ebben az időszakban mégis végig stabil maradt. Ezenkívül számos, alacsony előfordulást mutató országban nem történt nagyobb változás a kannabiszhasználat mértékében, így északon Svédországban és Finnországban, délen pedig Görögországban és Máltán. Az ESPAD felmérés a kannabiszhasználatban bekövetkezett legjelentősebb növekedést 1999 óta az új tagállamokban tapasztalta. Az iskolai adatok és az általános népességi felmérés eredményeinek elemzése arra utal, hogy Csehország, Spanyolország és Franciaország a legtöbb mérőszám tekintetében felzárkózott az Egyesült Királysághoz, így jelenleg a felsoroltak alkotják a magas előfordulási rátájú országok csoportját.

Európában növekvő aggodalom övezi a kannabiszhasználat negatív hatásait, bár csak szórványos információ áll rendelkezésre arról, hogy e kábítószer használata milyen mértékű közegészségügyi problémákat okoz. A kábítószer miatti kezelési igényekről Európán belül rendelkezésre álló adatok szerint a kannabiszt csak az opiátok előzik meg, bár a kannabisz még így is csak az összes kezelési igény 12%-áért felelős, az összképet pedig az országok egy viszonylag kisszámú csoportjának helyzete befolyásolja. A kannabiszhasználat és a közegészségügyi vonatkozások valószínűsíthető összefüggésének megértéséhez feltétlenül szükség lenne a rendszeres és intenzív kannabiszhasználatról szóló adatokra, azonban ez az információ jelenleg korlátozott. Bár a rendelkezésre álló adatok azt valószínűsítik, hogy Európában összesen mintegy hárommillió, zömében fiatal férfi használja napi szinten a kannabiszt, az nem ismert, hogy ez a csoport milyen mértékű problémákkal küzd a kábítószer-használat következtében.

### **Mi a helyzet a problémás kábítószer-használattal – csökken-e az új heroinhasználók és az injekciós kábítószer-használók száma?**

A kábítószer-használat nyomon követésében az egyik legnagyobb módszertani kihívást azon emberek számának felbecsülése jelenti, akik a kábítószereket krónikus, különösen pszitító módon használják. Az ilyen típusú droghasználat becslésére fejlesztették ki az EMCDDA problémás kábítószer-használati mutatót, amely az EU legtöbb országában elsősorban az opiáthasználatot, illetve az injekciós használatot tükrözi. A jelenlegi becslések 1,2 és 2,1 millió közé teszik a problematikus kábítószer-használók számát az EU-ban, ezen belül a valószínűsíthetően közelmúltbeli injekciós használók száma 850 000–1,3 millió. A problémás kábítószer-használat előfordulására vonatkozó időbeli becslések szórványosak, ami megnehezíti a hosszú távú tendenciák meghatározását. Az EU-15 tagállamaiban azonban a mutatók nagy vonalakban azt jelzik, hogy a heroinhasználatba bevont személyek számának a legtöbb tagállamban tapasztalt gyors növekedése valamikor az 1990-es évek elején tetőzött, azóta pedig viszonylag stabil helyzet alakult ki. Ugyan több országból 1999 óta továbbra is emelkedést jelentettek, a közelmúlt tapasztalatai alapján ez egyáltalán nem volt általános, az előfordulásra vonatkozó becslésekből nem áll össze egy következetes kép az EU egészére nézve. Külön említést érdemelnek az új tagállamok, mivel ezekben láthatólag később jelentkezett a heroinprobléma, és helyzetük is képlékenyebb.

A problémás kábítószer-használat értékeléséhez további hasznos információforrásul szolgálnak a kábítószerrel

összefüggő halálesetek, illetve a kezelési igények számadatai. A kábítószerrel összefüggő (leggyakrabban opiáttúladagolás miatt bekövetkező) halálesetek elemzése azt mutatja, hogy az áldozatok öregedő népességet alkotnak, a nyilvántartott halálesetek száma a 25 évesnél fiatalabb kábítószer-használók körében ugyanis 1996 óta csökkent. Fontos kitétel viszont, hogy az új EU-tagállamokból rendelkezésre álló – korlátozott – adatok szerint a halálesetekben belül a 25 év alattiak aránya egészen a közelmúltig emelkedő tendenciát mutatott, bár mára bizonyos mértékű stabilizálódás figyelhető meg. Összességében úgy tűnik, hogy bár a kábítószerrel összefüggő halálesetek száma az EU-ban továbbra is történelmileg magas szinten áll, de valószínűleg már elérte tetőpontját.

A legtöbb országban változatlanul a heroin az első számú kábítószer, amely miatt a páciensek kezelésre jelentkeznek. Néhány országban az újonnan kezelt páciensek körében történetileg visszakövethetők a heroinhasználat tendenciái, és az abszolút számok 1996 óta kismértékű csökkenést mutatnak. Ehhez hasonlóan némely országban az opiáthasználók populációjának öregedését jelző tendenciáról számoltak be, bár ez a megfigyelés sem mindegyik ország esetében érvényesül, sőt, néhány új tagállamban – ismét csak korlátozott adatok alapján – az első alkalommal kezelésre jelentkező opiáthasználók viszonylag fiatalok. Néhány európai országban, konkrétan az EU-15 tagállamaiban, a kezelést kérő új opiáthasználók körében egy ideje csökken az injekciós használat, Európa egészét tekintve pedig az opiáthasználat miatt kezelésre jelentkező új páciensek kevesebb mint fele számolt be injekciós használatról. Ez a tendencia megint csak nem igaz az új tagállamokra, ahol a szolgálatokhoz eljutó heroinhasználók körében változatlanul az injekciózás az első számú beadási mód.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy nem kaptunk egyértelmű választ a kérdésre, hogy valóban csökkenőben van-e Európában a heroinhasználat, illetve az injekciózás. A mai kép sok tekintetben – a heroinhasználatba és az injekciózásba újonnan bekerülők számát nézve – pozitívabbnak tűnik annál, amit az 1990-es évek elején az EU-15 tagállamaiban tapasztaltak. A tények azt mutatják, hogy sok országban viszonylag stabil helyzet alakult ki, öregedő népességre utaló jelekkel, ami talán az előfordulási gyakoriság csökkenését tükrözi. Az új tagállamok némelyikében viszont, ahol a heroinproblémák elterjedése nem olyan régen ment végbe, az injekciózás továbbra is az opiátok beadásának első számú módja, a heroinhasználat jelenlegi tendenciái pedig a rendelkezésre álló adatok alapján nehezen értelmezhetők.

## A kokain és más serkentőszerek használata – elégedettségre semmi ok

Európa továbbra is a serkentő hatású kábítószeresek fontos piaca, és a mutatók alapján az amfetamin, az extasy és a kokain használatának tendenciái Európa egészét tekintve még mindig felfelé ívelnek. Az extasy több tekintetben megelőzte az amfetaminokat, így a kannabisz mögött Európa második leggyakrabban használt kábítószerévé lépett elő. Az Egyesült Királyságban viszont, amely az 1990-es évek óta minden tekintetben az extasy- és amfetaminhasználat legmagasabb előfordulási arányait mutatja, a nemrégiben végzett általános és iskolai népességi felmérés adatai mindkét kábítószer használatában egyaránt visszaesést jeleztek; viszonylag nagyarányú csökkenést az amfetaminok és valamivel visszafogottabbat az extasy esetében. Ezzel együtt az Egyesült Királyságban más országokkal összehasonlítva még így is magasak az előfordulási arányok, bár már kevésbé markáns különbséggel, mivel jó néhány ország hasonló használati arányokról számolt be, hasonlóan a kannabisz kapcsán fentebb vázoltakhoz.

A kokainhasználat előfordulásában Európán belül nagy eltéréseket találunk, de az általános tendencia itt is felfelé mutat. A felmérések adatai azt jelzik, hogy a kokainhasználat az 1990-es évek vége felé jelentősen nőtt, különösen Spanyolországban és az Egyesült Királyságban, és a közelmúltban újabb, bár ezúttal kissé mérsékelt növekedésekre került sor. A közelmúltbeli kokainhasználatot kapcsolatos, fiatal felnőttekre vonatkozó becslések már mindkét országban meghaladják az extasy és az amfetamin becsült használatát.

A serkentőszerek használatának közegészségügyi hatásait Európában nehéz számszerűsíteni, a tények azonban arra utalnak, hogy a jelenlegi fogyasztási mintákkal kapcsolatban nincs okunk az elégedettségre. A kokainnal összefüggő kezelési igények szaporodnak. Bár az országok között e tekintetben jelentős eltéréseket tapasztalhatunk, a kokain Európa-szerte az összes kezelési igény körülbelül 10%-áért felel. A krek kokain, a kokain egészségügyi és egyéb problémákkal különösen összefüggésbe hozható formájának használata Európában korlátozott maradt. A krek használatáról szóló jelentések általában néhány nagyobb városra korlátozódnak, de az e drogot használó közösségeken belül az ebből eredő ártalom jelentős lehet. A serkentőszerekkel összefüggő halálesetek számának értékelését Európában számos gyakorlati és módszertani kérdés nehezíti. Bár az opiátokkal összefüggő halálesetekkel összehasonlítva a serkentőszerekkel összefüggő halálesetek száma viszonylag alacsony, ez a szám növekedhet, és a jelentésekben valószínűleg alulreprezentált. A jelenleg rendelkezésre álló adatok ugyan nagyon korlátozottak, de számos ország jelezte, hogy a kokain az összes,

kábítószerrel összefüggő haláleset körülbelül 10%-ában játszott meghatározó szerepet. Az extasyval összefüggő halálozás továbbra is ritka az EU legtöbb országában, bár a beszámolási eljárásokon még lehetne javítani.

## A világszintű tendenciát cáfolva Európában nincs jelentős metamfetaminproblémára utaló jel

A metamfetamin egy, az egészségügyi és társadalmi problémákkal különösen összefüggésbe hozható kábítószerként ismeretes. A metamfetaminproblémák növekedése világszerte jelentős aggodalomra ad okot, a használati ráták pedig magasak vagy növekedni látszanak az USA-ban, Ausztráliában, Afrika egyes részein és Délkelet-Ázsia nagy részében. Európában a metamfetamin használata mostanáig a Cseh Köztársaságra korlátozódott, ahol az ezzel a kábítószerrel összefüggő problémák hosszú múltra tekintenek vissza. Európa más részeiből csak elszórtan jelentették a metamfetamin elérhetőségét; néhány lefoglalásról, illetve esetenként a Cseh Köztársaságból a vele szomszédos országokba érkező behozatalról számoltak be. Tekintve azonban, hogy sok európai ország szoros kapcsolatban áll a világ azon részeivel, ahol a metamfetaminprobléma jelen van, és figyelembe véve a serkentőszerek európai piacának növekedését, a metamfetaminhasználat elterjedésének lehetőségét nem hagyhatjuk figyelmen kívül, ezért a probléma folyamatos nyomon követése javasolt.

## A kábítószer-problémákkal küzdő személyeket célzó szolgáltatások kibővítése és továbbfejlesztése

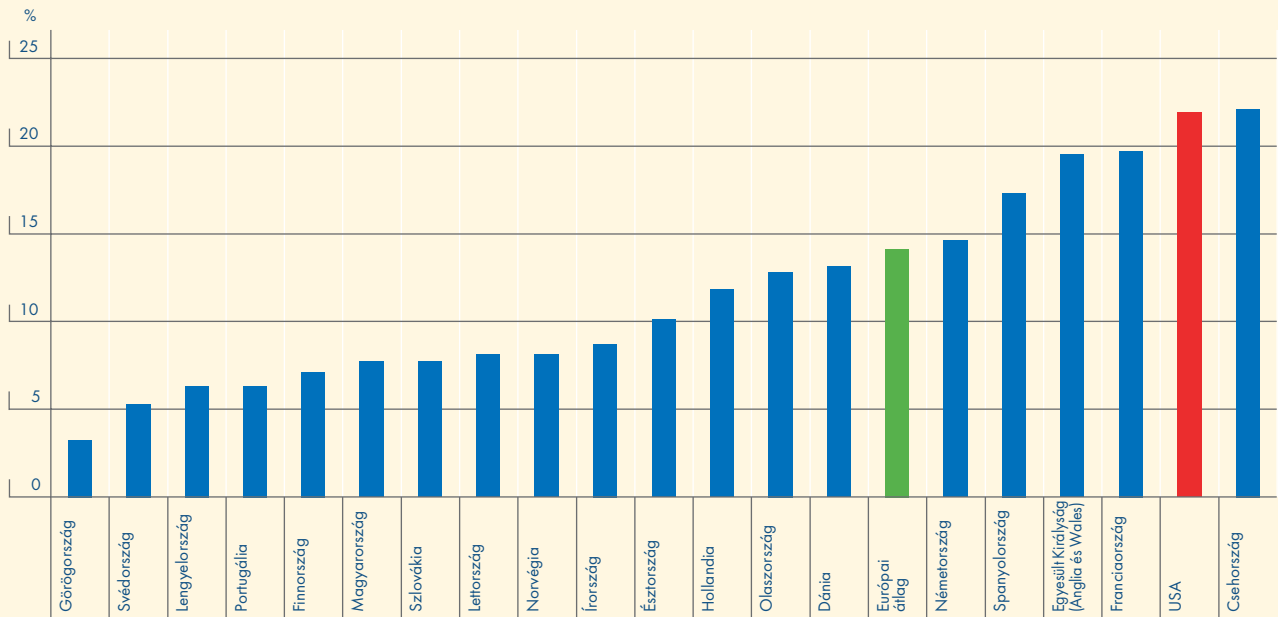
A kábítószer-problémákkal küzdő személyek számára elérhető szolgáltatások pozitív változást idézhetnek elő mind a kábítószer-használó egyének, mind az őket körülvevő közösség életében. Ezt a tényt számos nemzeti drogpolitika elismeri, és a kábítószer-problémákkal küzdő személyeknek nyújtott szolgáltatások kibővítése az EU régi és új kábítószerügyi cselekvési tervében egyaránt kötelezettségvállalásként jelenik meg. Bár a kábítószer-problémákkal küzdő európai személyek ellátottságának mértékét nehéz teljes mértékben feltérképezni, számos mutató határozottan arra utal, hogy mind a kezelési szolgáltatások, mind az ártalomcsökkentést biztosító szolgáltatások jelentős fejlődésen mentek keresztül. Ezen belül a különböző szolgáltatástípusok jellege és köre országonként igen változatos. Az opiát kábítószeres helyettesítő kezelése a szolgáltatás egyik olyan területe, amely az elmúlt évtizedben egyértelműen elterjedtté vált, különösen azokban az országokban, ahol az injekciós heroinhasználat szintje viszonylag magas. Európán belül a helyettesítő kezelés nem egészen 80%-át metadonnal végzik, az erre szakosodott szolgáltatóknál nyújtott helyettesítő kezelésben pedig ugyanez az arány 90% feletti, de a buprenorfin is egyre népszerűbb gyógyszer-

### A kábítószer-használat Európában még mindig alacsonyabb, mint az USA-ban – de az előfordulás becslései néhány területen már hasonlóságokat mutatnak

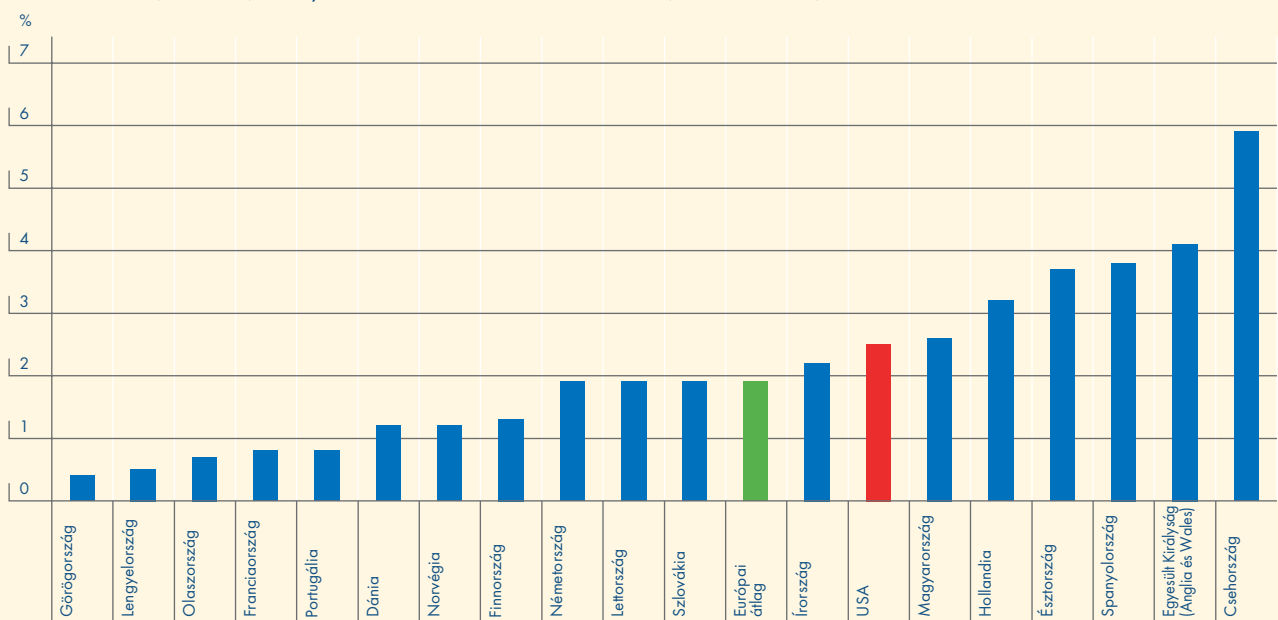
A kábítószer-használat szintje az USA-ban mindig is lényegesen magasabb volt, mint Európa országaiban. Ez nagyjából igaz, de a közelmúltbeli használat (elmúlt évi prevalencia) adatainak összehasonlítása azt jelzi, hogy a kannabisz-, extasy- és kokainhasználat szintje a fiatal felnőttek körében néhány európai országban már hasonló az USA-ban mért szintekhez (lásd az ábrát). A fiatal felnőttek körében előforduló extasyhasználat terén pedig az amerikai becslések el is maradnak több európai ország értékeitől, ami valószínűleg tükrözi Európa kiemelt szerepét a kábítószer használatának történeti fejlődésében. Összességében azonban az EU népességi átlaga minden mérésben alacsonyabb maradt az USA átlagánál. A széles körű kábítószer-használat sok európai országban az USA-nál később jelentkezett; valószínűleg ezt tükrözik az USA magasabb életprevalencia-becslései (Lásd az 1., 2. és 3. ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben), amelyeket bizonyos mértékben a használati szintek időbeli összesített mutatóinak is tekinthetünk.

### A kannabisz-, extasy- és kokainhasználat életprevalenciája és elmúlt évi prevalenciája a fiatal felnőttek körében (15–34 évesek) Európában és az USA-ban

Közelmúltbeli (elmúlt év) kannabiszhasználat a fiatal felnőttek körében (15–34 évesek)

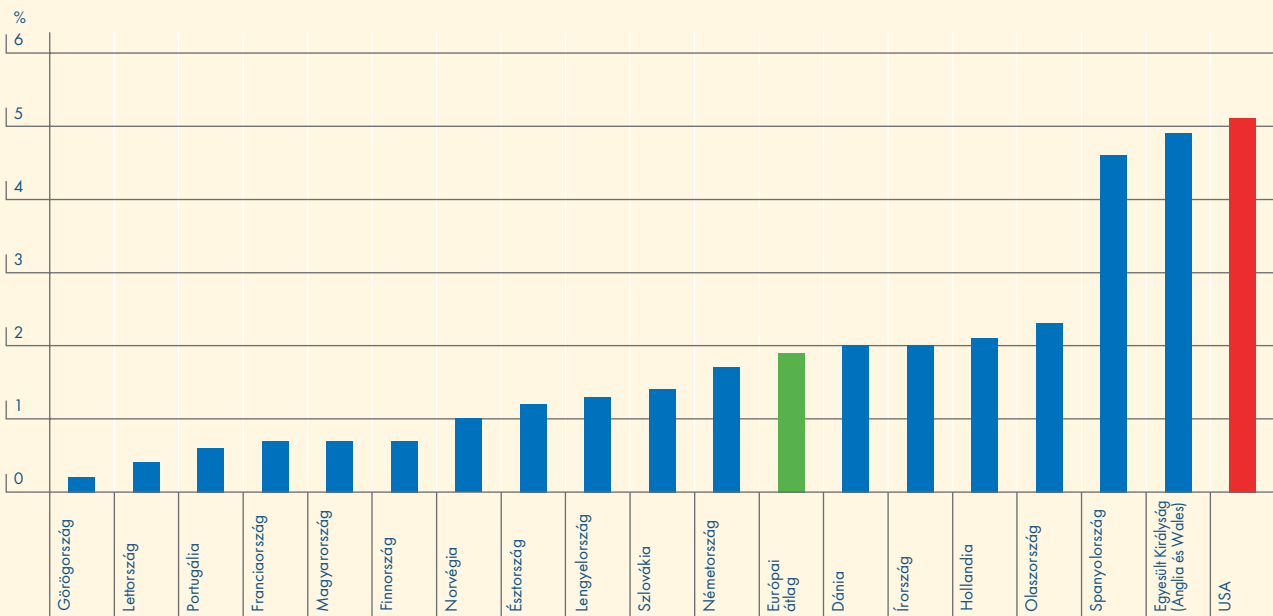


Közelmúltbeli (elmúlt év) extasyhasználat a fiatal felnőttek körében (15–34 évesek)





Közelmúltbeli (elmúlt év) kokainhasználat a fiatal felnőttek körében (15–34 évesek)



Megjegyzés: Az Egyesült Államokban a felmérést 2003-ban végezték, az életkortartomány 16 évtől 34 évig terjed, eredeti adatokból újrászámolva. Az európai országokban a legtöbb felmérést (19-ből 17-et) 2001 és 2004 között végezték, és a standard életkortartomány 15 évtől 34 évig terjed (egyes országokban az alsó határ 16 vagy 18 év is lehet). Az Európai átlagos előfordulási arányt a 15–34 éves nemzeti lakosság számával súlyozott nemzeti előfordulási arányok átlagának számolták (2001, Eurostat-adat).

Források: USA: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug use and Health (Kábítószer-használattal és egészségüggyel kapcsolatos nemzeti felmérés), 2003 ([www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)) és (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Európa: GPS-11 táblázat az EMCDDA 2005-ös statisztikai értesítőjében. A Reitox országjelentések alapján (2004).

alternatíva, melyet Európán belül a helyettesítő kezelések körülbelül 20%-ában használnak. (E kábítószer használatáról bővebb információkért l. az e jelentéshez tartozó „kiválasztott témák” részben a „Buprenorfin: gyógykezelés, visszaélés és felirási gyakorlatok” részt.) A jelenlegi becslések szerint Európában 500 000 fölél tehetó a kábítószer-helyettesítő kezelésben részt vevő személyek száma, ami azt jelenti, hogy az opiátproblémákkal küzdők egynegyede-fele részesülhet helyettesítő kezelésben.

Az opiátproblémákkal küzdő személyek számára a helyettesítő kezelés nem az egyetlen választási lehetőség, de az egyéb terápiás megközelítésekről nem áll rendelkezésre elegendő információ ahhoz, hogy ezekről a szolgáltatásokról megbízható EU-szintű becsléseket közölhessünk. A problémás opiáthasználók ellátásában alkalmazott különböző modellek kidolgozása terén jelentős előrehaladás történt, és e terület hatékonyságát is már viszonylag szilárd bizonyítékok alapján ítéelhetjük meg. Ugyanez nem mondható el a többi kábítószer-típusok használóiról, akik egyre nagyobb számban vannak jelen az európai kezelési központokban. Például a serkentőszeres vagy a kannabisz miatt segítségre szorulóknak számára legmegfelelőbb terápiás lehetőségekről sokkal kevésbé sikerült konszenzust kialakítani, pedig a páciensek

e csoportjait célzó hatékony kezelési lehetőségek kidolgozása valószínűleg egyre sürgetőbb feladattá válik.

### Kábítószer-használat, HIV-fertözés és AIDS – a beavatkozások egyre szélesebb körben állnak rendelkezésre, így az átfogó tendenciákat is befolyásolhatják

A kezelési szolgáltatások kibővítése nem az egyedüli olyan terület, ahol a problémás kábítószer-használóknak nyújtott szolgáltatások javultak. A tű- és fecskendőcsere-programok, amelyek keretében az injekciós kábítószer-használókat steril felszereléssel látják el, mára már gyakorlatilag az EU minden tagállamában megtalálhatók, és a legtöbb országban a középtávú tendencia e tevékenységek skálájának és földrajzi hatókörének növekedése volt. Néhány tagállamban a gyógyszerárak is fontos szerepet töltenek be az ilyen típusú programok lefedettségének kiterjesztésében. Az erre szakosodott programokat gyakran beépítik a kábítószer-problémával küzdőknek szánt tágabb szolgáltatásokba, különösen az alacsony küszöbű szervezetekbe, és így sokszor úgy is tekintik, mint az aktív kábítószer-használókkal való kapcsolatfelvétel eszközt és a kezeléshez és más szolgáltatásokhoz esetleg elvezető utat.

Az AIDS injekciós kábítószer-használat miatti előfordulása összességében egy ideje visszaesést mutat. Ezáltal az AIDS európai terjedésében az injekciós kábítószer-használatot megelőzve a heteroszexuális kapcsolat vált a legfőbb kockázati tényezővé. Ez talán az 1996 óta egyre inkább elérhető, igen aktív antiretrovirális kezelésnek (HAART), a kezelési és ártalomcsökkentési szolgáltatások gyarapodásának és a leginkább érintett országokban az injekciós kábítószer-használók csökkenő számának tudható be. A WHO becslései alapján a legtöbb európai országban a rászorulók több mint 75%-a hozzájut a HAART kezeléshez. A becslések szerint ugyanakkor több balti országban gyenge a lefedettség, és valószínűleg ez tükröződik az injekciós kábítószer-használók között újonnan diagnosztizált AIDS-es esetek számának növekedésében, legalábbis néhány országban e térségen belül. Az új HIV-fertőzések arányai egy időben drámaian megnöttek a balti országokban, de a legutóbbi arányok ugyanennyire drámai visszaesést mutattak, valószínűleg a legnagyobb kockázatnak kitett népesség telítődése következtében; emellett néhány területen a szolgáltatások nagyobb területi lefedettségének is lehetett némi hatása, bár ez vitatott.

Az EU más új tagállamai többségében a HIV előfordulási arányai viszonylag alacsonyak maradtak, akárcsak az EU-15 számos tagállamában. A legtöbb olyan EU-országban, ahol az injekciós kábítószer-használók körében a HIV történetileg magas előfordulási rátáit jegyezték fel, utóbb jelentős visszaesést, majd stabilizálódást tapasztaltak. Ez nem jelenti azt, hogy ezek a problémák eltűntek volna: az országos szintű tendenciák értelmezését megnehezítő módszertani nehézségek ellenére néhány frissebb tanulmány új fertőzésekről számolt be az injekciós kábítószer-használók bizonyos alcsoportjaiban, ami nyomatékosítja az éberség fenntartásának szükségességét.

### **Teljes körű jelentések a kábítószeres birtoklásáért vagy használatáért kiszabható jogi szankciókról**

A kábítószeres és a bűnözés közötti kapcsolat legtöbb aspektusáról európai szinten nagyjából hiányoznak az összehasonlítható adatok. Ez alól leginkább a kábítószerrel kapcsolatos törvénysértések képeznek kivételt, amelyek a kábítószeres felügyeletéről szóló törvény elleni bűncselekményként kerülnek nyilvántartásba. Bár az országok közötti összehasonlításokkal óvatosan kell bánni, úgy tűnik, hogy az 1990-es évek vége és 2003 között az EU sok országában nőtt a kábítószerrel kapcsolatos törvénysértések száma. Különösen markáns

növekedést tapasztaltak az új tagállamok némelyikében. A legtöbb tagállamban a jelentések többsége a kábítószeres birtoklásáról vagy használatáról számol be. A tagállamok többségében a bűncselekmények túlnyomó része a kannabisszal kapcsolatos; az ilyen bűncselekmények aránya 1998 óta a legtöbb országban vagy nőtt, vagy állandósult. Ezzel szemben a heroinnal kapcsolatos bűncselekmények aránya sok országban visszaesett.

Számos országban egyre nagyobb aggodalommal figyelik a kábítószer-használat tágabban vett hatását a közösségekre. A leggyakrabban felmerülő témák többek között a közbiztonsággal és a fiatalok kábítószeresekhez való kitettségével kapcsolatosak, és a „Kábítószerrel összefüggő közrendzavarás” cím alá csoportosíthatók – ezt a kérdést az éves jelentéshez tartozó „kiválasztott témák” rész részletesen tárgyalja, a büntetőjogi vonalat pedig a kábítószer-problémákkal küzdő személyeknek a szabadságvesztéstől a kezelés felé történő elterelését célzó stratégiák áttekintésének szentelt kiválasztott téma viszi tovább („Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU”, „A börtönbüntetés alternatívái: a bűnelkövető problémás kábítószer-használók kezelése az EU-ban”).

### **Fejlemények a drogpolitikában – néhány közös elem, nemzeti különbségekkel**

Amint e jelentésből egyértelműen kiderül, a tagállamok között Európa-szerte nagy különbségek mutatkoznak mind a felmerülő drogpolyák, mind pedig a politikák, illetve a beavatkozások mértéke és jellege terén. Ennek ellenére a kábítószeresekkel kapcsolatos helyzet a legtöbb országban hasonlóságokat is mutat. Politikai szinten a tagállamok általános politikai elkötelezettségüket fejezték ki egy kiegyensúlyozott, a tényeken alapuló válasz kidolgozása mellett, összhangban a nemzetközi kötelezettségvállalásokkal. Ennek jegyében egyrészt elismerik, hogy a drogpolitika továbbra is nemzeti hatáskör, másrészt viszont számítanak a fokozott európai szintű együttműködésből származó lehetséges előnyökre. Ezek a szándékok fejeződnek ki az EU kábítószer-stratégiájában és cselekvési tervében. Bár az EU 2000–2004-re szóló kábítószer-stratégiája és cselekvési terve nem váltotta valóra a nagyra törő célok mindegyikét, mégis arról tanúskodik, hogy jelentősen javult a tagállamok, az EU intézményei és a szakértői szervezetek együttműködése a kábítószeres elleni küzdelemben tett lépések és eredmények koordinálása és mérése tekintetében. Az EU 2005–12-re szóló új kábítószer-stratégiája ezt a folyamatot kívánja előmozdítani.



## 1. fejezet

# Új fejlemények a politika és a jogszabályok terén

### Bevezetés

A kábítószeres terén bekövetkezett politikai fejlemények tekintetében az EU tagállamai között óhatatlanul nagy eltérések mutatkoznak, ami a nemzeti és európai szintű módszerek sokféleségét tükrözi. Ez azonban nem zárja ki az olyan közös sajátosságok meglétét, amelyeket érdemes elemezni.

A tárgyalási időszak során e jellemzők közül kiemelkedik a kábítószerügyi stratégiák értékelésének módja a különböző tagállamokban. A nemzeti kábítószer-stratégia végrehajtását az EU számos országában értékelik. Bár hatásait a kábítószer-politika egészére még nem lehet meghatározni, az értékelés máris ígéretes eredményekkel járt: jobban megismertük a sikereket és a kudarccokat, és egyes esetekben az értékelés eredményeképpen forrásokat csoportosítottak át, hogy lehetővé tegyék a megvalósulatlan stratégiai célkitűzések elérését. Emellett az EU Stratégia és Cselekvési Terv 2000–04 értékelése jelenti az első eredményt abban a fontos folyamatban, amelynek keretében a tagállamok, az EU intézményei és a szakmai ügynökségek közösen a kábítószeres terén elért haladás felmérésén dolgoztak. A tárgyalási időszak során bekövetkezett egyéb politikai fejlemények között szerepel a kábítószer-használatért kiroható büntetések csökkentése, illetve a kábítószer-kereskedelmért és a kábítószerrel összefüggő, kiskorúakat veszélyeztető bűncselekményekért kiszabható büntetések szigorítása néhány tagállamban.

### A kábítószer-politika stratégiai megközelítése az Európai Unióban

Az Európai Tanács által 2004 decemberében elfogadott EU-kábítószer-stratégia 2005–12 figyelembe veszi a korábbi időszak (2000–04) során elért haladás végső értékelésének eredményeit. Célja, hogy miközben tiszteletben tartja a Szerződésben előírt szubszidiaritás és arányosság elvét, növelje a nemzeti stratégiák értékét. A kábítószeres terén két általános célt tűz ki az EU számára:

- az egészségvédelem, a jólét és a társadalmi kohézió magas szintjének elérése – a tagállamok által a kábítószer-használat és -függőség, illetve a kábítószer

okozta egészségügyi és társadalmi ártalmak megelőzése és csökkentése érdekében hozott intézkedések kiegészítésével;

- a lakosság magas szintű biztonságának garantálása – a kábítószer-termelés, -kínálat és a határokon átnyúló droghandellem ellen tett intézkedések és a kábítószerrel összefüggő bűncselekmények elleni megelőző tevékenységek fokozásával, a tagállamok közötti hatékony együttműködéssel.

Ez a két cél tartalmazza az EU 2000–2004. évi kábítószer-stratégiájában meghatározott hat prioritást. Az új stratégia ismét a kereslet és a kínálat csökkentését egyaránt célzó intézkedésekből álló integrált, multidiszciplináris és kiegyensúlyozott megközelítést tükrözi. Középpontjában az említett két politikai terület, két egymáshoz kapcsolódó motívum – a „nemzetközi együttműködés” és a „tájékoztatás, kutatás és értékelés” –, valamint a „koordináció” áll.

Az Európai Bizottság 2005 februárjában az Európai Parlament és az Európai Tanács elé terjesztette az EU 2005–2008 közötti időszakra szóló kábítószerrel kapcsolatos cselekvési tervéről szóló közleményét. A cselekvési terv összeállítása során konzultáltak az EMCDDA-val és az Europollal. A Bizottság kikérte a civil társadalom véleményét is. A cselekvési tervet – amely figyelembe veszi az előző terv értékelésének eredményeit is – úgy építették fel, hogy minden intézkedés esetében egyértelműen megnevezze az érintett szereplőket, és megjelölje az értékelés eszközeit, a mutatókat és a célok elérésére kiírt határidőket. Ez meg fogja könnyíteni az intézkedések nyomon követő monitorozását, és hatékonyabb iránymutatást biztosít a terv végrehajtását illetően. A Bizottság a cselekvési terv előrehaladásáról éves áttekintést, majd hatásmértést fog készíteni, mielőtt a 2009–2012 közötti időszakra szóló tervre javaslatot tenne.

Az EU által kitűzött irányt követve a legtöbb tagállamban nemzeti kábítószer-stratégiákat fogadtak el. A jelentésben tárgyalni 29 ország közül 26 nemzeti terv, stratégia vagy más hasonló dokumentum alapján folytatja nemzeti kábítószer-politikáját. Ami a többi országot illeti, Olaszországban a Kábítószer-ellenes Tevékenységeket

Koordináló Nemzeti Bizottság 2003 márciusában jóváhagyta a nemzeti tervet, amelyet jelenleg a régiók és autonóm tartományok szintjén mérlegelnek; Málta és Ausztria pedig jelezte, hogy a nemzeti kábítószer-stratégia megfogalmazására és elfogadására irányuló eljárások e jelentés megírásának idején folyamatban voltak <sup>(1)</sup>.

Hét EU-országban fogadtak el új nemzeti kábítószer-stratégiát (l. az 1. táblázatot). Az EU drogellenes szemléletével összhangban láthatólag valamennyi tagállam nemzeti kábítószer-stratégiájában érvényesül az elv, hogy a kábítószer-politikáknak globálisnak és multidiszciplinárisnak kell lenniük. Ezzel együtt az egyes országok nemzeti stratégiáiban tartalmi szempontból alapvető különbségek mutatkozhatnak például a beavatkozások végrehajtása terén, amely az alkalmazott terminológia egyezése ellenére eltérő lehet; a stratégiák értékelésének szerepét tekintve, amely a fontostól a marginálisig terjedhet; és még akár egyébként fontos politikai módszerek elfogadása terén is, mint például az ártalomcsökkentés. A megvizsgált 26 politikai vagy stratégiai dokumentumban <sup>(2)</sup> éppen ez, az ártalomcsökkentés kérdése osztja meg leginkább a véleményeket: 12 dokumentumban hangsúlyos helyen szerepel, kilencben az egyéb kérdések között tárgyalják, míg ötben egyáltalán nem említik.

## A kábítószer-stratégiák értékelésének első eredményei

Az EU kábítószer-stratégiáját (2000–04) a tárgyalat időszak során értékelték. A 2004. október 25–26-án ülésező Bel- és Igazságügyi Tanács megvizsgálta a Bizottság jelentését a végleges értékelésről <sup>(3)</sup>. A jelentés azt kívánta felmérni, hogy a cselekvési terv milyen mértékben érte el a kábítószer-stratégia célkitűzéseit, valamint értékelt a kábítószer-stratégia, illetve a cselekvési terv hatásait a kábítószerhelyzetre az EU-ban. Hozzájárult ezenkívül az új kábítószer-stratégia jóváhagyását <sup>(4)</sup> eredményező vitához. Az értékelési feladat végrehajtásában a Bizottságot egy (a Bizottság, az elnökséget 2003–2004-ben betöltő négy tagállam, az EMCDDA és az Europol képviselőiből létrejött) irányítóbizottság támogatta. E feladat során komoly akadályt jelentett a pontos és számszerűsíthető operatív célkitűzések hiánya.

A végleges értékelésről szóló közlemény és mellékletei <sup>(5)</sup> kiemelték a kábítószeres területén országos és EU-szinten elért főbb eredményeket, illetve a további fejlesztésre szoruló területeket. Ebben hangsúlyozták, hogy előrehaladás történt a kábítószerrel összefüggő egészségügyi problémák előfordulásának (a humán immundeficiencia vírus [HIV] fertőzést és a hepatitisz is

1. táblázat: Új nemzeti kábítószer-ellenes stratégiák

Ország	Cím	Ütemezés vagy az elfogadás ideje	Célkitűzések	Számszerűsíthető célok	Teljesítménymutatók	A végrehajtásért felel	Költségvetés a végrehajtásra
Észtország	Nemzeti stratégia a kábítószer-függőség megelőzésére	2004–12	✓	✓	✓	n. a.	n. a.
Észtország	A stratégia célközpontú cselekvési terve	2004–08	✓	✓	✓	✓	✓
Franciaország	Cselekvési terv a tiltott kábítószerekkel, dohánnyal és alkohollal szemben	2004–08	✓	✓	✓	n. a.	✓
Ciprus	Nemzeti kábítószerügyi stratégia	2004–08	✓	n. a.	n. a.	n. a.	✓ <sup>(3)</sup>
Litvánia <sup>(1)</sup>	A kábítószer-függőség megelőzését szolgáló nemzeti program stratégiája	2004–08	✓	n. a.	✓	✓	✓
Luxemburg	A kábítószerekre és kábítószer-függőségre vonatkozó stratégia és cselekvési terv	2005–09	✓	✓ <sup>(2)</sup>	✓	✓	✓
Szlovénia <sup>(1)</sup>	Állásfoglalás a kábítószerekre vonatkozó nemzeti programról	2004–09	✓	n. a.	n. a.	✓	✓
Finnország	Kábítószer-politikai cselekvési program	2004–07	✓	n. a.	n. a.	✓	n. a.

NB: n. a. = nem áll rendelkezésre információ (= nincs adat).

<sup>(1)</sup> A nemzeti fókuszpontok munkatársaitól kapott adatok.

<sup>(2)</sup> A luxemburgi stratégiában a kínálat csökkentésére vonatkozóan számszerűsíthető cél nem áll rendelkezésre.

<sup>(3)</sup> A ciprusi stratégiában megjegyzik, hogy a stratégia célkitűzésének teljesítése érdekében pénzügyi és emberi erőforrásokat bocsátanak rendelkezésre – ennek számszerű részletezése nem szerepel a szövegben.

<sup>(1)</sup> Bővebb információért és meghatározásokért lásd az EMCDDA weboldalát ([www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360](http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360)).

<sup>(2)</sup> Erről a kérdésről Málta, Szlovákia és Törökország tekintetében nem áll rendelkezésre információ.

<sup>(3)</sup> COM (2004) 707 végleges.

<sup>(4)</sup> Európai Tanács (2004. december 16–17.) – Következtetések.

<sup>(5)</sup> Ezek között található az EMCDDA–Europol statisztikai pillanatképek (1999–2004) (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

beleértve) és a kábítószerrel összefüggő halálesetek számának (az EU kábítószer-stratégiájának 2. célja) csökkentése, és különösen a gyógykezelés hozzáférhetőségének javítása (3. cél) terén. Az 1. célt – a kábítószer-használat csökkentését – illetően nem volt jelentős előrehaladás; hasonlóképpen nem csökkent a kábítószeres hozzáférhetősége se (4. cél). Ennek ellenére a 4. és 5. cél együttesen katalizátorként működve számos EU-szintű kezdeményezést idézett elő, amelyek megerősítették a kábítószer-kereskedelem és -kínálat elleni bűnüldözési intézkedéseket. A terv időszakában több kezdeményezés indult a pénzmosás felszámolása (6.1. cél) és az előanyagok eltérítésének megelőzése (6.2. cél) érdekében, különösen az előanyagok kereskedelmének ellenőrzéséről szóló közösségi jogszabályok módosítása révén.

A közlemény szintén hangsúlyozta a további kutatás szükségességét, például a kábítószer-fogyasztás és -függőség háttérében húzódó orvosi biológiai, pszichoszociális és egyéb tényezők terén, különös tekintettel azokra a területekre, amelyekről még mindig nagyon kevés információ áll rendelkezésünkre (ide tartozik pl. a kannabisz vagy a szintetikus drogok hosszú távú fogyasztása). Kiemelték az EU kábítószer-politikájának megfogalmazása során a civil társadalommal folytatott rendszeres konzultáció fontosságát. A Bizottság ezenkívül javasolta az EU-stratégia ötről nyolc évre történő meghosszabbítását, hogy két cselekvési terv időszakra terjedjen, és ezáltal lehetővé váljon a kezdeményezések teljes körű végrehajtása és végső finomítása a stratégiai célkitűzéseknek való megfelelés érdekében.

A tárgyalt időszakban országos szinten számos említésre méltó értékelési gyakorlat zajlott le. Különösen nagy figyelmet érdemelnek azok az értékelések, amelyeket a nemzeti kábítószer-stratégia jegyében „szervezettebb” megoldást alkalmazó tagállamok hajtottak végre. Ennek elemei a célkitűzések hivatalos dokumentálása, a célok meghatározása és számszerűsítése, a végrehajtásért felelős hatóság megnevezése és a célok elérésére kitűzött határidő rögzítése. Ez a megoldás megkönnyíti az országok számára a teljesített feladatokról szóló jelentés elkészítését és a problematikus területek azonosítását, így pontosan ott tudnak fellépni, ahol arra szükség van.

Ilyen megoldásra találhatunk példát Csehország, Írország, Luxemburg, Lengyelország és Portugália stratégiáiban, ahol a nemzeti kábítószer-stratégiák értékelése nyilvánvalóvá tette – vagy teheti – a teljesített intézkedéseket és a még intézkedésre váró, befejezetlen feladatokat. A portugál nemzeti kábítószer-stratégia 2004-es értékelése jó példa arra, hogy a szervezett megoldás miként könnyítheti meg az előrehaladás

értékelését. A külső értékelők arra a következtetésre jutottak, hogy a portugál cselekvési terv harminc fő célkitűzése közül jó néhány területen történt előrehaladás: nyolcat teljes mértékben, tizet részlegesen sikerült megvalósítani, a többi célkitűzés esetében azonban az információ hiánya megnehezítette az értékelést, ötről pedig megállapították, hogy nem teljesült. Németországban egy irányító bizottságot hoztak létre (Kábítószer-függőséggel Foglalkozó Nemzeti Tanács) a 2003-as cselekvési terv végrehajtásának irányítására és a végeredmény monitorozására.

A nemzeti kábítószer-stratégia elfogadása, illetve az előző stratégia sikerességének értékelése néhány országban a kábítószerrel összefüggő költségvetés növekedéséhez vezetett. Görögországban például az egészségügyi szolgáltatásokra fordított kiadások tartós emelkedést mutattak; Magyarországon forrásokat mozgósítottak a stratégia teljesítetlen elemeinek finanszírozására; Luxemburgban pedig az egészségügyi minisztérium kábítószerrel összefüggő költségvetését emelték az 1999-es 1 millió euro körüli összegről közel 6 millió euróra 2004-re. A kábítószerkérdésre fordított közkiadások ezzel együtt a teljes közkiadásnak csak töredékét képviselik minden tagállamban (0,1% és 0,3% között). Ez részben meg is magyarázhatja azt a megfigyelést, hogy az EU területén belül a gazdasági növekedés és az általános költségvetés ezzel járó módosításai, illetve a kábítószerkérdésre fordított közkiadások szintjének változása között nem fedezhető fel közvetlen összefüggés.

A közkiadás túlnyomó részét sok tagállamban változatlanul a kínálatcsökkentésre fordított kiadások teszik ki (becslések szerint a kábítószerrel összefüggő teljes kiadás 68–75%-át) <sup>(6)</sup>. Néhány országban viszont, így Máltán és Luxemburgban a keresletcsökkentésre fordított kiadások egyértelműen meghaladták a kínálatcsökkentés költségeit (a keresletcsökkentésre fordított kiadások a kábítószerrel összefüggő teljes kiadás 66%-át, illetve 59%-át jelentették). Azonban nem derül ki egyértelműen, hogy a költségvetés felosztásának jelentett különbségei a politikai prioritások terén fennálló alapvető különbséget jeleznek-e, vagy az adatgyűjtés egyoldalúságát tükrözik.

Továbbra is probléma az információ elérhetőségének hiánya a kábítószerkérdésre fordított közvetlen állami kiadásokról. Bizonyos jelek azonban arra utalnak, hogy a terület iránti növekvő tudományos érdeklődés mellett <sup>(7)</sup> a politikai elkötelezettség is egyre erősödik a kábítószerrel összefüggő közkiadások azonosítása és meghatározása irányában, hogy a kábítószer-problémára fordított nemzeti kiadást főelemként lehessen feltüntetni a költség-haszon értékelésekben. Az EMCDDA a Reitox hálózattal és az Európai Bizottsággal közösen most olyan módszertanon dolgozik, amelynek segítségével következetes és hiteles

<sup>(6)</sup> L. a „Közkiadások a kábítószeres iránti kereslet csökkentése terén” című kiválasztott témát az EMCDDA 2003-as éves jelentésében (<http://ar2003.emcdda.eu.int/en/page077-en.html>).

<sup>(7)</sup> Belgiában, Spanyolországban, Franciaországban, Luxemburgban, Hollandiában, Finnországban, Svédországban és az Egyesült Királyságban – a részletes hivatkozásokat l. az EMCDDA weboldalán (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

becslések készíthetők a kábítószerrel összefüggő közkiadásokról az EU-n belül, amint azt az EU 2005-ös cselekvési terve elő is írja.

Az első nemzeti és európai szintű értékelési folyamat értékes visszacsatolási mechanizmust jelent. Általa a döntéshozók tájékozódhatnak a döntések végrehajtásának mértékéről és az ezzel járó költségekről, továbbá lehetővé teszi számukra, hogy fokozzák az erőfeszítéseket azokon a területeken, amelyeken problémák merültek fel, illetve ahol az értékelés kedvezőtlen megállapításokkal zárult. Bár nyilvánvaló bizonyíték még nem áll rendelkezésre a nemzeti stratégiáknak a kábítószerhelyzet egészére gyakorolt hatásáról (EMCDDA, 2004a), pozitív jelnek tekinthetjük a „pontszámolásos” módszert, amely remélhetőleg általános európai tendenciává válik majd az egyes nemzeti kábítószer-stratégiák részletes értékelése formájában.

## Viták a nemzeti parlamentekben és a médiában

A kábítószer-jelenséggel kapcsolatos társadalmi aggályokat a média, illetve parlamenti viták is híven tükrözik. A tárgyalt időszak során a parlamenti vitákra vonatkozóan a Reitox-országjelentésekben szereplő adatok tárgya leggyakrabban az „ártalomcsökkentés”, illetve más, ebbe a kategóriába sorolható intézkedések, a „kannabiszhasználat” és a „kábítószerrel összefüggő bűnözés és a drogtörvények kapcsolódó módosításai” voltak.

A helyettesítő terápiák és az ártalomcsökkentő intézkedések előnyei és hátrányai a kábítószermentes megoldásokkal összehasonlítva élénk parlamenti vitát keltek Csehországban, Észtországban, Franciaországban, Írországban és Norvégiában. Svédországban többek között heves politikai viták tárgyát képezte a túcseriprogram véglegesítésére vonatkozó javaslat – noha a feltételeit szigorúan korlátozták volna –, Norvégiában pedig a „belövőszobák” ideiglenes létesítése (l. a nemzeti törvényekről és a közrend megzavarásáról szóló kiválasztott témát).

A vitákban fontos téma maradt a kannabisz, különösen Németországban, ahol a központi kérdés a fiatalok kannabiszfogyasztása volt; ezenkívül Luxemburgban és Portugáliában felmerült az a javaslat, hogy a kannabisz legyen orvos által rendelhető. Belgiumban, Csehországban, Németországban, Cipruson, Luxemburgban és Ausztriában a média rendszeresen

beszámolt a kannabiszfogyasztásról, illetve a drogfogyasztásról általában az iskolákban és a fiatalok körében. Hollandiában a kannabiszültetvények („nederwiet”) tetrahidro-kannabinol (THC)-koncentrációjának növekedéséről szóló beszámolók és az ezáltal hatékonyabb kannabisz lehetséges egészségügyi következményei vonták magukra a sajtó figyelmét. Lengyelországban is az összes anyag közül a kannabisz szerepelt a legtöbbet a médiában, a kb. 2500 kábítószerre vonatkozó híradás közül 865 erre vonatkozott. A legalizálására irányuló törvénytervezeteket terjesztettek elő Belgiumban, Dániában és néhány hollandiai városi tanácsban (a „hátsó ajtó probléma” megoldása érdekében <sup>(8)</sup>), a legtöbb parlamenti képviselő és miniszter részéről heves nyilvános tiltakozást idézve elő.

A kábítószer-törvények várható módosítása Franciaországban és Olaszországban is a média figyelmének középpontjába került, és politikai vitát gerjesztett. Franciaországban abból a megfontolásból vetették el a kábítószer-használatért kiróható börtönbüntetést bírságra módosító javaslatot, hogy egy ilyen módosítást esetleg „olyan jelzésként lehetne értelmezni, hogy a kábítószer nem nagyon veszélyes”, ami „ismét a használat növekedését, illetve fiatalabb korban való elkezdését okozhatná” <sup>(9)</sup>. Olaszországban az 1990-es törvény módosításáról folyó heves parlamenti vitától visszhangzott a média, míg Csehországban a média és a politika figyelmét a kábítószer-birtoklás büntetésének differenciálttá tétele vonta magára.

A média által közvetített üzenetek elemzése céljából eseti kutatásokat végeztek Csehországban, Görögországban, Luxemburgban, Lengyelországban és Portugáliában; Belgiumban <sup>(10)</sup>, Lengyelországban és az Egyesült Királyságban <sup>(11)</sup> pedig különösen a fiatalokat célzó országos médiakampányokat dolgoztak ki.

## Új fejlemények az EU programjaiban és a jogalkotásban

A tárgyalt időszak során a kábítószerrel kapcsolatos fontos EU-kezdeményezések történtek a közegészségügy, a kábítószer-kereskedelem és az előanyagok és szintetikus kábítószer felügyelete terén.

### Közegészségügy

A drogmegelőzés európai szinten szerepel a közegészségügyi program <sup>(12)</sup> egészséget meghatározó tényezői között. A program 2004-es munkatervének

<sup>(8)</sup> A kávézók legfeljebb 500 g kannabiszt tarthatnak raktáron eladásra, de ezt csak az illegális piacokon keresztül tudják beszerezni. Ez az úgynevezett „hátsó ajtó probléma”.

<sup>(9)</sup> MILDT (2004), 43. o., a francia országjelentés idézi.

<sup>(10)</sup> www.partywise.be

<sup>(11)</sup> A „Talk to Frank” (Beszélj Frankkel!) kampány a kannabiszhasználattal járó kockázatokról (<http://www.talktofrank.com/>).

<sup>(12)</sup> Az Európai Parlament és a Tanács 2002. szeptember 23-i 1786/2002/EK határozata a közegészségügyre vonatkozó közösségi cselekvési program (2003–2008) elfogadásáról – Bizottsági közlemények, Hivatalos Lap L 271., 2002.10.9., 1–12. o.

### Fenntartható egészségügyi megfigyelőrendszer létrehozása

Egy fenntartható egészségügyi megfigyelőrendszer létrehozása és működtetése a közegészségügyi program (2003–08) kulcsfontosságú célkitűzéseinek egyike. Az Európai Közösség egészségügyi mutatókészletének egységesítése érdekében a Bizottság konzultációkat folytatott a tagállamokkal és nemzetközi szervekkel. Ebben a kontextusban az alapmutatók listájának tervezetében helyet kapott a „kábítószerrel összefüggő halálesetek” és a „pszichotróp kábítószeres fogyasztása”, ezáltal erősítve a strukturális kapcsolódásokat az EMCDDA-val mint potenciális adatszolgáltatóval.

középpontjában a 2003. június 18-i tanácsi ajánlás és az EU-szintű tevékenységek számbavételét szolgáló megfelelő alap kidolgozása állt, az EMCDDA bevonásával. A Bizottság arra buzdította az érintetteket, hogy nyújtsanak be javaslatokat az életmód felőli megközelítésben minden potenciálisan függőséget okozó anyaggal való visszaélés kezelésére, különösen a szórakozóhelyeken (pl. klubok, bárók) és a börtönökben. Kiváltképp nagy érdeklődéssel várta a kommunikációban a legjobb gyakorlat fejlesztésére és a modern technikák alkalmazására, továbbá az ismeretterjesztés javítására kidolgozott javaslatokat. A Bizottság 2004-ben négy projektet választott ki, ezek a kockázatvállaló magatartás megelőzését, a doping orvosi biológiai mellékhatásaira vonatkozó nemzetközi ismeretek harmonizálását, a kábítószer-fogyasztásra adott válaszokról meglévő tudás átadását, valamint a legális és tiltott kábítószerekről szóló webes információforrás új tagállamokra való kiterjesztését tűzték ki célul.

### Kábítószer-kereskedelem

A kábítószer-kereskedelemmel szemben 2004-ben az EU szintjén számos eszközt fogadtak el. A 2004. október 25-i 2004/757/IB tanácsi kerethatározat rendelkezéseket határozott meg a tiltott kábítószer-kereskedelem elleni büntetőjogi törvények és a kiróható büntetések kötelező alkotóelemeiről<sup>(13)</sup>, és az ilyen bűncselekményekért a tagállamokban kiírandó minimumbüntetés létrehozásával a kábítószer-kereskedelem visszaszorításának az egyik első számú eszköze lett.

A Tanács 2004. decemberében megállapodásra jutott az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információcseréről, kockázatfelmérésről és ezek ellenőrzéséről szóló határozatról. Ez a határozat keretet biztosít az új pszichotróp anyagokra vonatkozó hatékony információcseréhez, és előír egy mechanizmust ezek EU-szintű ellenőrzésére.

A Tanács 2004. március 30-án elfogadott egy ajánlást a lefoglalt kábítószerekből való mintavételre vonatkozó iránymutatásokról. Az ajánlás azt javasolja, hogy – ahol ezt még nem tették meg – a tagállamok vezessenek be a nemzetközileg elfogadott iránymutatásoknak megfelelő mintavételi rendszert. A Tanács emellett elfogadott egy kannabiszról szóló állásfoglalást és egy helyzetjelentést a kábítószerek keresletének és kínálatának csökkentésére és a szintetikus kábítószerek kínálatára irányuló végrehajtási tervekről.

2004. február 11-én az Európai Parlament és a Tanács elfogadta a kábítószer-előanyagokról szóló 273/2004 rendeletet<sup>(14)</sup>. Ez harmonizált intézkedéseket állapít meg egyes, a narkotikumok vagy pszichotróp anyagok tiltott előállításában gyakran használt anyagok Közösségen belüli ellenőrzésére és monitorozására nézve, az ilyen anyagok eltérítésének megelőzése érdekében. A tagállamoknak iránymutatásokat ad olyan intézkedések elfogadásához, amelyek ahhoz szükségesek, hogy illetékes hatóságok képesek legyenek ellenőrzési és monitorozási feladataik végrehajtására, továbbá tájékoztat az ilyen gyanús tranzakciók felismerésének és bejelentésének módjairól. 2004. december 22-én a Tanács elfogadta a 111/2005 rendeletet a Közösség és a harmadik országok közötti kábítószerelőanyag-kereskedelem monitorozására vonatkozó szabályokról.

A Tanács 2002. novemberi állásfoglalásának nyomán az Európai Bizottság 2004. novemberében tanulmányt nyújtott be a Tanács kábítószerekkel foglalkozó horizontális munkacsoportja (HDG) részére a szintetikus kábítószerek felügyeletének általános és sürgősségi listás megoldásáról. 2004. áprilisában ezenkívül javaslatokat is tett a HDG-nek a szintetikus drogok EU-n belüli terjesztési hálózatainak feltérképezésére kialakított módszerek lehetséges javításáról.

## Új nemzeti törvények

### A fiatalok

A tárgyalt időszak során több tagállam nemzeti jogában történt módosítások között található olyan intézkedések, amelyeknek az a célja, hogy megóvják a fiatalokat a bűnözőktől, illetve választ adjanak arra a lehetséges helyzetre, amikor a fiataloknak esetleg kedvük támad kipróbálni a kábítószereket.

A védelem közvetlen vagy általánosabb megoldások segítségével biztosítható. Magyarországon a 2003. márciusi törvény célja, hogy megvédje a 18 év alattiakat a narkotikumokkal való visszaéléssel szemben, és a kiskorúakat érintő bűncselekményekért a felnőtteket szigorúbban bünteti. Észtországban a 2004. elején bevezetett módosítások a legtöbb kábítószerrel összefüggő

<sup>(13)</sup> HLL 335., 2004.11.11., 8. o.; l. még az EMCDDA 2004-es éves jelentését (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

<sup>(14)</sup> HLL 47., 2004.2.18., 1. o.



bűncselekmény esetében szigorúbb büntetéseket írnak elő, ideértve kiskorúak törvénytelen kábítószer-fogyasztásra készítésének bűncselekményét.

Dániában a bódulatkeltő anyagokról szóló törvényt 2004 júliusában módosították; a kábítószeres terjesztése éttermekben, diszkókban vagy hasonló, gyermekek vagy fiatalok által látogatott helyeken mostantól jelentősen súlyosbító körülménynek számít. Az ilyen bűncselekmények minden esetben szabadságvesztéssel büntetendők, és a tervek szerint az ezekért kiszabott átlagos börtönbüntetéseket egyharmaddal fel fogják emelni. Spanyolországban 2004. október óta hasonlóképpen súlyosbító körülménynek tekintik az iskolák közelében folytatott kereskedelmet, továbbá a kábítószer-kereskedelem bűncselekményekben közreműködő „fiatal” elkövetők korhatárát 16-ról 18 évre emelték. Angliában és Walesben a *Kannabisz bűnüldözési útmutató* (ACPO, 2003) megjelentetése iránymutatás az új jogszabályokhoz, amely tanácsot ad az olyan személyekkel való bánásmóddhoz, akiket iskolák, ifjúsági klubok és játszótérek területén vagy környezetében kannabisz birtoklásán érnek.

Lettországban a fiatalok kábítószer-fogyasztásának problémáját kezelő intézkedések között 2003 decemberében két kormányrendeletet is elfogadtak. Az egyik a kábítószerrel visszaélő gyermekek (szülői beleegyezéssel) kötelező intézményi gyógykezelésére vonatkozó eljárásokat ismertette, a másik pedig az olyan esetekben meghozandó intézkedésekről rendelkezik, amikor egy iskola területén kábítószerrel vagy más bódulatkeltő anyagot találnak. Angliában és Walesben a kannabisz-bűncselekményekért letartóztatott 18 év alattiak továbbra is megrovásban vagy utolsó figyelmeztetésben részesülnek, de a rendőrség vádat is emelhet ellenük, a bűncselekmény súlyosságának függvényében. Az utolsó figyelmeztetés után a fiatalok elkövetőt egy ifjúságvédelmi bizottság (YOT) elé állítják, amely intézkedik a gyógykezeléséről vagy más támogatásról.

Csehországban a 2004-ben hatályba lépett fiatalokakra vonatkozó igazságszolgáltatási törvény, amelynek elsőbbsége van az általános törvényekhez képest, módosította a büntető törvénykönyv hatálya alá tartozó bűncselekményekben részt vevő fiatalokra vonatkozó feltételeket. A büntetőintézkedéseket csak a szükséges esetekben kell kiszabni, a nevelő célzatú intézkedések között pedig megtalálható a kábítószer-használat tilalma vagy a kötelező gyógykezelés. A fogva tartással nem járó büntetések maximumát a felnőttekre kiszabható mérték felében állapították meg. Lengyelországban egy 2003. januári miniszteri rendelet rendelkezik a nevelési és megelőzési tevékenységek konkrét formáiról a kábítószer által veszélyeztetett gyermekek és fiatalok körében.

Az iskoláknak nevelési és megelőzési stratégiákat kell bevezetniük.

Az Európai Kábítószerügyi Jogi Adatbázis (European Legal Database on Drugs, ELDD) 2003 októberében összehasonlító tanulmányt tett közzé a kábítószerre és a fiatalokra vonatkozó törvényekről<sup>(15)</sup>, amely utóbb a Bizottság által 2004 októberében az EU 2000–2004 közötti cselekvési tervéről kiadott értékeléshez<sup>(16)</sup> felhasznált dokumentum alapjául szolgált. Az értékelés azt állapította meg, hogy (a 15-ből) 11 tagállam által elfogadott összesen 22 törvény a cselekvési tervben a fiatalokra vonatkozóan felvetett kérdésekre reagál. A törvények többsége alternatívát próbál biztosítani a börtönbüntetéshez képest, hat országban pedig olyan törvényeket fogadtak el, amelyek a kábítószer-használat előfordulásának csökkentésére irányulnak, különösen a fiatalok körében. Összességében azonban úgy tűnik, hogy az eltelt öt év során a jogszabályokban viszonylag kevés figyelmet fordítottak a cselekvési terv említett pontjaira. A fiatalok kábítószer-használatát elkövető célzó intézkedések beható elemzését lásd a börtönbüntetés alternatíváiról szóló kiválasztott témánál.

### Ártalomcsökkentés

Az ártalomcsökkentés kérdéséről 2003 és 2004 folyamán számos törvényt fogadtak el.

Franciaországban a 2004 augusztusában elfogadott törvény ötéves közegészségügyi politikai tervet ír elő, amely a kábítószer-használókat érintő ártalomcsökkentési politikát beépíti a közegészségügyi szabályozásba, hivatalosan meghatározva és állami hatáskörbe vonva az ártalomcsökkentést.

Finnországban a fertőző betegségekről szóló törvényt módosító kormányrendelet kimondta, hogy az egészségügyi központokban dolgozó, fertőző betegségekkel foglalkozó szakértőknek megelőző tevékenységet is kell folytatniuk, ideértve az intravénás kábítószer-használóknak nyújtott egészségügyi tanácsadást és szükség esetén tű- és fecskendőcsere-programok végrehajtását. Luxemburgban a 2003. decemberi nagyhercegi rendelet a kábítószer-használók részére tű átadására felhatalmazott létesítmények és szakemberek meghatározásával szabályozza a nemzeti tűelosztási programot. Ez a rendelet a steril tű birtoklását és az ellátást explicit jogszabályi úton engedélyező tendencia folytatásának tekinthető<sup>(17)</sup>; ezt támogatta az EU most lezáruló 2000–2004-es cselekvési terve is, amely a körmelegítés biztosításának fejlesztését szorgalmazta. További jogi információk az ELDD e témáról készített áttekintésében találhatóak: „A tű- és fecskendőcsere-programok jogi kerete”<sup>(18)</sup>.

<sup>(15)</sup> *Young people and drugs: a legal overview (A fiatalok és a kábítószer: jogi áttekintés)* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

<sup>(16)</sup> *Drug law and young people 2000–2004 (A kábítószer-törvény és a fiatalok, 2000–2004)* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

<sup>(17)</sup> 1999 óta hét ország alkotott jogszabályt: Belgium, Franciaország, Luxemburg, Lengyelország, Portugália, Szlovénia és Finnország.

<sup>(18)</sup> <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

Az Egyesült Királyságban 2003 augusztusában módosították a kábítószerrel való visszaélésekről szóló törvényt, amely az orvosok, gyógyszerészek és kábítószeresekkel foglalkozó szociális munkások számára lehetővé teszi, hogy az ellenőrzött drogokat recept nélkül beszerző kábítószer-használókat legalísiman ellássák orvosi tamponnal, steril vízzel, bizonyos keverőedényekkel (például kanalakkal, tégelyekkel, csészékkel és tálakkal) és citromsavval. A norvég parlament 2004. júniusban három évre elfogadta a kábítószer-injekciózó szobák kísérleti rendszeréről szóló ideiglenes törvényt. A törvény a „belövőszobát” használóknak mentességet garantál egy adag kábítószer birtoklásáért és használatáért kiszabható büntetés alól, és lehetővé teszi egy kijelölt „belövőszoba” 2005. februári megnyitását.

Csehországban számos civil szervezet (NGO) nyújt tablettatesztelő szolgáltatást az ismeretlen vagy nem kívánt anyagok elfogyasztásával járó kockázat csökkentésére, bár az ilyen rendszerek törvényessége erősen vitatott. Büntetőperre 2003-ban nem került sor; az eddigi egyetlen, rendőrség által vádemelésre javasolt (2002-es) esetet az államügyész elutasította. A legfőbb ügyészség azóta iránymutatást adott ki e tárgyban.

E jogszabályi fejleményekkel összhangban az EU új stratégiája és cselekvési terve az ártalomcsökkentő szolgáltatásokat a tűcseréhez való fokozott hozzáférés iránti igényre adott általánosan érvényes válasznak ismeri el – a kábítószerrel összefüggő egyéni és társadalmi egészségügyi kockázatok csökkentése érdekében.

## Büntetések

A tárgyalta időszak során több ország módosította a kábítószerügyi jogszabályaiban a különböző, a fent tárgyalattól eltérő és kifejezetten a fiatalokat érintő büncselekmények esetén kiszabható büntetések mértékét. Tavaly jelentették például, hogy Belgium és az Egyesült Királyság eredményesen csökkentette a nem problematikus kannabiszbirtoklásért kiróható büntetést. Belgiumban egy 2005. februárban kiadott új irányelv tisztázta a csökkentett büntetéstétel alóli kivételeket, és teljes bünvádi eljárást írt elő a „közrend megzavarásával” járó esetekre. Ez lehet kannabiszbirtoklás olyan helyeken, ahol iskolás gyermekek csoportosan előfordulhatnak, vagy azok közelében (pl. iskolák, parkok, buszmegállók), és ide tartozik a „kivívó” birtoklás közterületen vagy középületben. Dániában a bódulateltető anyagokról szóló törvény 2004. májusi módosítása az államügyész körlevelével együtt kimondta, hogy a saját használatra szánt kábítószer birtoklása a korábban kiadott figyelmeztetéstől eltérően ezentúl bírsággal büntetendő.

Ezek a fejlemények a használók és kereskedők lehetséges büntetései terén az elmúlt néhány évben végbement

változások mintáját követik, amiről az EMCDDA is beszámolt<sup>(19)</sup>. Belgium 2003-ban például új büncselekmény-kategóriát hozott létre, amely lehetővé teszi, hogy a nem problematikus kannabiszfogyasztók esetében ne emeljenek vádat; Görögország öt évről egy évre csökkentette a kábítószer-használatért kiszabható legmagasabb büntetést; Magyarország pedig törölte büntető törvénykönyvéből a kábítószer-használat büncselekményét. Észtország 2002-ben megszüntette a kis mennyiségű kábítószer ismétlődő használatának vagy használati célú birtoklásának büncselekményét (a hozzá tartozó, maximum három évig terjedő börtönbüntetéssel együtt), Litvánia viszont felvette a büntető törvénykönyvébe a kábítószer-birtoklás büncselekményét, és lehetséges büntetéseként legfeljebb két éves szabadságvesztést írt elő. Luxemburg 2001-ben dekriminalizálta a kannabiszhasználatot, és a más súlyosbító körülményeket nem tartalmazó egyszerű kábítószer-használat esetében a hozzá tartozó börtönbüntetést eltörölte, Finnország pedig törvénybe iktatta a kábítószer-használat büncselekményét, amely kisebb maximális börtönbüntetéssel és gyorsított ügyési büntetőeljárással jár. Portugália 2000-ben közigazgatási szankciókat léptetett életbe a kábítószer-használatért, miközben Lengyelország ugyanebben az évben megszüntette a birtoklás büncselekménye esetén korábban meglévő mentesség lehetőségét. Ebből a mintából azonban nem következik, hogy enyhülnének akár a kábítószeres társadalomra gyakorolt hatásai feletti felügyelet – amint ezt a közrend megzavarásáról szóló kiválasztott témánál bemutatjuk –, akár a fiatalok környezetében történő kábítószer-birtoklásra vonatkozó korlátozások, l. fent.

A kábítószer-kereskedelemmel gyanúsított személyek esetében az általános tendencia a lehetséges büntetési tételek szigorítása. Dániában a kereskedés büncselekményéért kiszabható legmagasabb büntetés mértékét 2004. márciusban több mint 50%-kal emelték. Észtország 2004. elején a legtöbb kábítószerrel összefüggő büncselekmény tekintetében szigorúbb büntetéseket vezetett be, különösen súlyosbító körülmények esetén. Az Egyesült Királyságban a C osztályba tartozó drogok forgalmazásáért kiszabható legmagasabb börtönbüntetés öt évről 14 évre emelkedett. Az utóbbi években emellett kiemelt hangsúlyt helyeztek a kifejezetten fiatalok sérelmére elkövetett terjesztői büncselekmények büntetésére (l. fent) és általában a drogkereskedelem büncselekményére (Görögországban 2001 óta, Litvániában 2000-től, Írországból 1999-től). A kábítószer-kereskedelemért kiróható büntetéseknek ez az egyhangú szigorítása tükröződik a tiltott kábítószer-kereskedelem elleni büntetőjogi törvények és a kiróható büntetések kötelező alkotóelemeinek megállapításáról szóló 2004. októberi európai kerethatározatban is.

<sup>(19)</sup> További részletekért l. az EMCDDA tematikus anyagát: Illicit drug use in the EU: legislative approaches (*Tiltott kábítószer-használat az EU-ban: jogszabályi megközelítések*) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

## Kábítószer a munkahelyen

Két ország számolt be a kábítószer munkahelyi előfordulásával kapcsolatos jogszabályi intézkedésekről. Finnországban a személyes adatok munkahelyi védelméről szóló törvény (759/2004) célja, hogy szabályozza és fokozza az alkalmazottak személyes adatai védelmének jogát a munkahelyi drogteszt vonatkozásában. A törvény kötelezi a munkáltatót és az alkalmazottakat egy kábítószer-ellenes program összeállítására, amelyben felsorolják a megelőzési terveket, a gyógykezelési lehetőségeket és a kábítószerteresztet igénylő munkaköröket. A felvételi eljárás során a drogtesztéről szóló igazolást a munkaadó csak a sikeres jelöltől kérheti. A munkaadónak akkor van joga felhasználni az igazoláson szereplő információt, ha a munkakör pontosságát, megbízhatóságát, önálló döntést vagy éberséget követel, és ha a munkavégzés kábítószer hatása alatt, illetve a kábítószer-függőség veszélyt jelenthet az emberi életre vagy egészségre, vagy jelentős kárt okozhat. A munkaviszony során az alkalmazottnak csak akkor kell ilyen igazolást bemutatnia, ha alapos gyanú merül fel, hogy kábítószerfüggő, illetve munkáját kábítószer hatása alatt végzi.

Írországban a munkahelyi biztonságról, egészségről és jólétről szóló törvénytervezet 2004 júniusában hirdették

ki. Ennek egyik szakasza előírja, hogy az alkalmazottnak biztosítaniuk kell, hogy a munkavégzés idején nem állnak semmilyen bódulateltő anyag hatása alatt olyan mértékben, amely veszélyeztetné saját vagy bárki más biztonságát, egészségét vagy jólétét a munkahelyen. A tervezet előírja azt is, hogy ha a munkaadó ezt ésszerű okokból megköveteli, az alkalmazott köteles alávetni magát bármilyen megfelelő, indokolt és arányos vizsgálatnak, amelyet illetékes személy végez el.

A megelőzés sajátos környezetekben, így például a munkahelyeken kiemelt hangsúlyt kap az EU új cselekvési tervében. A célzott megelőzésre helyezett kiemelt hangsúly ellensúly lehet a kábítószer-használókra kirótt büntetések súlyosságának csökkenése felé mutató általános tendenciával szemben, ami talán a kábítószer-használat EU-n belüli előfordulása és gyakorisága miatti aggodalom eredménye. Ennek a tapasztalt jelenségnek a valódi méretéről azonban nincsenek egyértelmű adataink, és a tényleges befolyásoltságon kívül bármilyen más okból elvégzett drogteszt bizonyos nemzeti és nemzetközi jogszabályok értelmében bonyolult személyes adatvédelmi jogi kérdéseket vetne fel. Eközben tovább folyik a tesztkészletek pontosságát és felhasználóbarát tulajdonságait javítani szándékozó magánberuházás.

### **Kábítószerrel összefüggő közrendzavarás: tendenciák a politika és az intézkedések terén, az EMCDDA 2005-ös éves jelentésében: kiválasztott témák**

A drogpolitikáról folyó vitán belül a közrend megzavarása mind országos, mind európai szinten egyre nagyobb figyelmet kap. A „kábítószerrel összefüggő közrendzavarás” kifejezéshez tartozó viselkedések és tevékenységek régóta léteznek a tagállamokban, tagjelölt országokban és Norvégiában. Nem új jelenséggel van tehát dolgunk, inkább csak egy új tendenciával a drogpolitikán belül – legalábbis néhány tagállamban –, amely arra irányul, hogy egy gyűjtőfogalomhoz sorolják és összevessék ezeket a jelenségeket, előfordulásuk csökkentését pedig a nemzeti drogstratégia egyik célkitűzésévé emeljék.

Mennyiben közös ez a tendencia az európai országokban? Létezik-e a fogalomnak kölcsönösen elfogadott meghatározása? Hogyan lehet értékelni a

jelenségek jellegét és mértékét? Milyen politikák irányulnak a kábítószerrel összefüggő közrendzavarás csökkentésére – függetlenül attól, hogy külön és kifejezetten erre tervezték-e –, és milyen típusú beavatkozásokat hajtanak végre? Van-e már bármilyen elérhető értékelési eredmény? Kialakultak-e a beavatkozás minőségi szabványai? Többek között ezek azok az alapkérdések, amelyekkel ez a kiválasztott téma foglalkozni kíván.

A kábítószerrel összefüggő közrendzavarásnak az európai politikai vitában játszott szerepéről adott időszzerű áttekintéssel az EMCDDA a jelenség természetéről és a drogpolitika e területén kialakuló tendenciákról és intézkedésekről kívánja tájékoztatni a politikai döntéshozókat és a nyilvánosságot.

Ez a kiválasztott téma nyomtatott formában és az interneten csak angolul érhető el (Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures, EMCDDA annual report 2005: selected issues) (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



## 2. fejezet

### Az iskolák, a fiatalok és a kábítószer

A fiatalok alkohol- és kábítószer-fogyasztására vonatkozó összehasonlítható adatok többsége a 15–16 éves diákokon végzett felmérésekből származik. Az európai iskolai felmérési projekt az alkoholoról és más kábítószerekről (ESPAD) 1995-ben, 1999-ben és legutóbb 2003-ban végzett felméréseket. A 2003-as felmérés (Hibell és mások, 2004) az EU 22 tagállamáról, valamint Norvégiáról és három tagjelölt országról nyújt adatokat (Bulgária, Románia és Törökország). A diákok kábítószer-használatáról más iskolai felmérésekből (pl. Hollandiából, Svédországból és Norvégiából) és az iskoláskorú

gyermekek egészségügyi viselkedéséről (HBSC) szóló felmérésekből is érkeznek adatok, nagyon hasonló eredményekkel.

### A kábítószer-használat előfordulása és mintái

#### Kannabisz

A legutóbbi, 2003-as ESPAD felmérés adataiból kitűnik, hogy a kannabiszhasználat életprevalenciája a

#### Az európai iskolai felmérés projekt az alkoholoról és más kábítószerekről (ESPAD): a fiatalok drog- és alkoholfogyasztási tendenciái megértésének egyre fontosabb forrása

Az ESPAD fontos információforrássul szolgál az európai diákok kábítószer- és alkoholfogyasztásáról, és az időbeli tendenciák rögzítésének is felbecsülhetetlen eszköze. Az ESPAD felméréseit 1995-ben, 1999-ben és 2003-ban végezték. A 15–16 éves diákok országosan reprezentatív mintáin alkalmazott szabványosított módszerek és eszközök segítségével színvonalas és összehasonlítható adatkészlet jött létre. Az ESPAD-ban való részvétel minden felméréssel egyre nőtt, EU-tagállamok és nem tagországok egyaránt részt vesznek a vizsgálatokban. 1995-ben összesen 26 európai ország vett részt a felmérésekben (az EU-hoz 2004-ben csatlakozott 10 országot is beleértve). Ez a szám 1999-re 30-ra emelkedett, a 2003-as felmérés pedig már nem kevesebb, mint 35 országot fogott át, köztük 23 EU-tagállamot (az EU-hoz 2004-ben csatlakozott 10 országot is beleértve), három tagjelölt országot (Bulgária, Románia és Törökország) és Norvégiát. Spanyolország nem vett részt a vizsgálatban, de a 2003-as ESPAD-jelentés a spanyol iskolai felmérés (PNSD) országos adatait is tartalmazza.

Az ESPAD iskolai felmérés összehasonlíthatóságát a célkorcsoport és az adatgyűjtési módszer és időzítés szabványosítása, a véletlenszerű mintavétel alkalmazása, a szilárdan felépített kérdőív és az anonimitás garantálása biztosítja.

A felmérés kérdéseinek középpontjában az alkoholfogyasztás (életprevalencia, 12 hónapos és

30 napos prevalencia, átlagos fogyasztás, lerészegedés) és a tiltott kábítószerek használata állt (életprevalencia, 12 hónapos és 30 napos prevalencia, annak felmérését is beleértve, hogy a kábítószer-használat ezeken az időtartamokon belül milyen gyakori volt).

Az EU-tagállamokban, tagjelölt országokban és Norvégiában elvégzett 2003-as felmérés főbb megállapításai közé tartoznak a következők:

- A kannabisz messze a legáltalánosabban használt tiltott kábítószer.
- Az extasy a második leggyakrabban használt tiltott kábítószer, de a kipróbálása viszonylag alacsony mértékű.
- Az amfetaminok, LSD és más hallucinogének kipróbálása alacsony mértékű.
- Bár használatának előfordulása viszonylag alacsony, a varázsgomba az EU tagállamai közül 12-ben a legáltalánosabban használt hallucinogén.
- A diákok által használt más anyagok közé tartoznak az orvosi rendelvény nélkül kapható nyugtató- és csillapítószer (legmagasabb bejelentett országos szintjük 17%) és az inhalálószer (országos maximum 18%).
- A lerészegedés (meghatározása egymás után öt vagy több ital elfogyasztása) 30 napos prevalenciája jelentős eltéréseket mutat az országok között.

Az ESPAD-ról és az új jelentés elérhetőségéről szóló információk megtalálhatók az ESPAD weboldalán ([www.ESPAD.org](http://www.ESPAD.org)).

15–16 éves diákok között Csehországban volt a legmagasabb (44%) (1. ábra). Az életprevalencia becslésének legalacsonyabb (10% alatti) értékei Görögországra, Ciprusra, Svédországra, Norvégiára, Romániára és Törökországra vonatkoznak. 25% feletti az arány többek között Németországban, Olaszországban, Hollandiában, Szlovákiában és Szlovéniában (27% és 28%), míg az életprevalencia legmagasabb becsült értékeit – 32% és 40% között – Belgiumból, Franciaországból, Írországból és az Egyesült Királyságból jelentették. A legtöbb országban 1995 óta folyamatosan nőtt azon diákok száma, akik már kipróbálták a kábítószerrel (20). Az országok között azonban szembetűnő különbségek mutatkoznak.

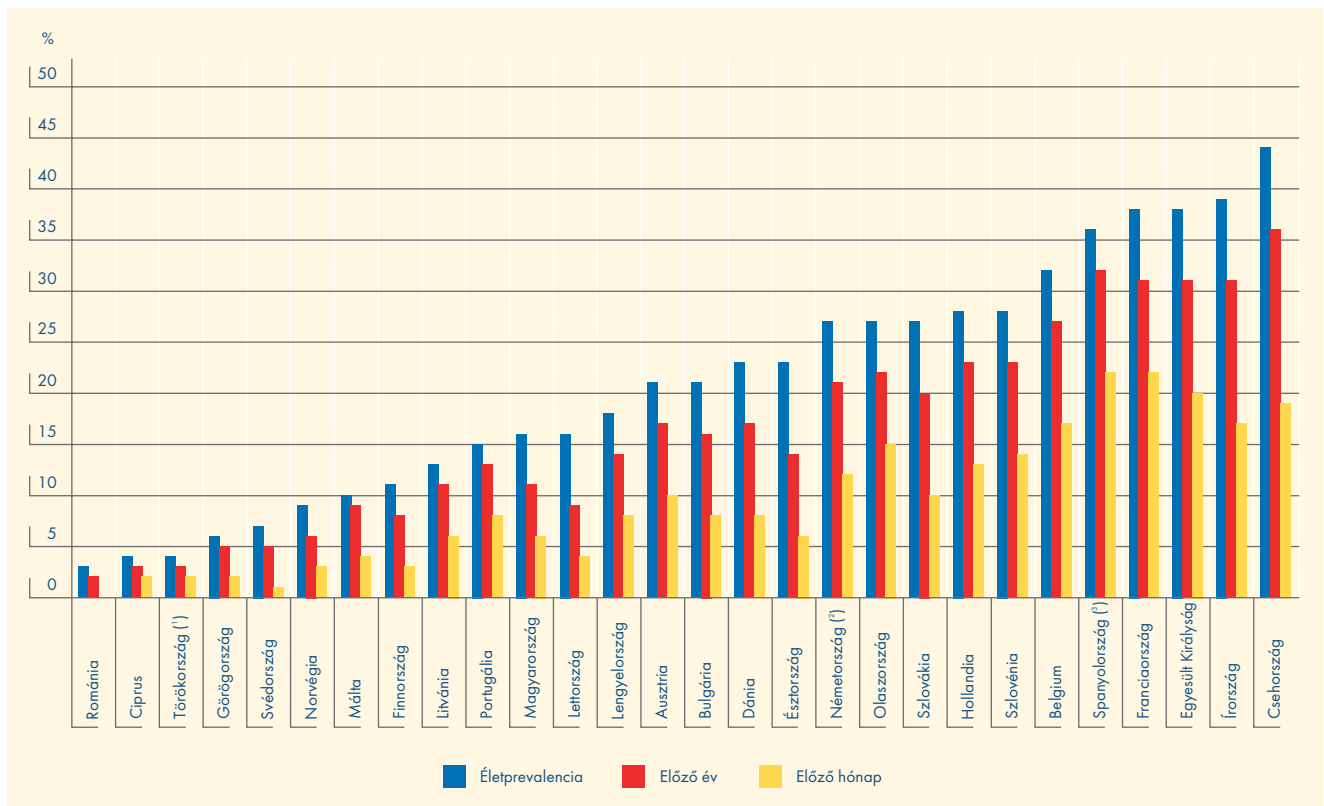
A 15–16 éves diákokon végzett 2003-as ESPAD felmérések új adatai szerint a kábítószerhasználat életprevalencia-értéke 3% és 44% között változik. 2% és 36% között van azoknak a diákoknak a száma, akik bevallásuk szerint az elmúlt 12 hónapban használták a kábítószerrel, míg az előző hónapban történt használatról néhány országban 0%, máshol viszont 19% számolt be (21)

(1. ábra). A különböző előfordulási arányok között is felfedezhetők relatív eltérések. Az életprevalencia például Csehországban a legmagasabb, ugyanakkor a jelenlegi (múlt havi) használat Spanyolországban és Franciaországban a legmagasabb (22%).

A kábítószerhasználat előfordulása szinte valamennyi országban magasabb a férfiaknál, mint a nők között. A nemek közötti különbségek hangsúlyosabbak azon diákok esetében, akik saját bevallásuk szerint életük során negyven vagy több alkalommal fogyasztottak kábítószerrel (22).

Az idősebb (17–18 éves) diákok körében 11 tagállamban és Bulgáriában végeztek országos szintű iskolai felmérést. A kábítószerhasználat életprevalenciája ebben a korcsoportban a Cipruson feljegyzett 2% alatti értéktől a Csehországban mért 56%-ig változott, a jelenlegi (múlt havi) kábítószerhasználat a szintén Cipruson mért 1% alatti aránytól Franciaország közel 30%-os értékéig terjedt. Ciprus kivételével a felméréseket elvégző mindegyik országban magasabb prevalenciabecslések születtek az

1. ábra: A kábítószerhasználat életprevalenciája, előző évi és előző havi prevalenciája a 15–16 éves diákok körében, 2003



(1) A török számadatok a hat különböző régió mindegyikében egy nagyváros adatain alapulnak (Adana, Ankara, Diyarbakir, Isztambul, Izmir és Samsun).  
 (2) A német adatok csak hat régió adatain alapulnak (Bavaria, Brandenburg, Berlin, Hesse, Mecklenburg-Nyugat-Pomeránia és Thüringia).  
 (3) Spanyolország nem vett részt az ESPAD felmérésben. Az itt szereplő adatok egy 2002. november–decemberben elvégzett spanyol felmérésen alapulnak. Ebben a kábítószer előfordulására vonatkozó kérdések az ESPAD kérdéseivel összehasonlíthatók voltak, de a módszer más aspektusai miatt a spanyol adatok nem szigorúan összevethetőek.  
 Forrás: Hibell és mások, 2004.

(20) L. az EYE-1 (ii. rész) és EYE-1 (ix. rész) ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

(21) A diákok körében előforduló kábítószerhasználat részletesebb bemutatását l. a 3. fejezetben.

(22) L. az EYE-1 (iii. rész) ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

idősebb diákok között, mint a 15–16 éves korcsoportban <sup>(23)</sup>.

Csehországban 1999 és 2003 között 5%-kal nőtt azon diákok száma, akik elmondásuk szerint 13 évesen vagy fiatalabb korban próbálták ki a kannabiszt. Kis növekedésről (1–3%) még tizenhárom EU-ország számolt be <sup>(24)</sup>. Csökkenést (1%) csak Hollandiából és az Egyesült Királyságból jelentettek.

Egy nemrégiben készült Eurobarometer (2004) vizsgálat <sup>(25)</sup> szerint a 2002-es 46%-ról 2004-re 50%-ra nőtt azoknak a 15–24 év közötti fiataloknak a száma, akik úgy nyilatkoztak, hogy megkínálták őket kannabisszal. Ugyanebben az időszakban 65%-ról 68%-ra emelkedett azoknak a száma is, akik ismertek olyan személyt, aki már használt kannabiszt.

Az ESPAD felmérések azt mutatják, hogy szoros kapcsolat áll fenn a diákok kannabisszal kapcsolatos felfogása – mind a használattal járó kockázatokat, mind a kábítószer hozzáférhetőségét illetően – és a kannabiszhasználat életprevalencia-értéke között. A kockázat és a prevalencia között fordított az arány <sup>(26)</sup>, azaz a kockázat magas szintűként érzékelésével alacsony prevalencia jár együtt, és fordítva; viszont a hozzáférhetőség érzékelése egyenes arányban áll a használat életprevalenciájával <sup>(27)</sup>.

A kannabiszhasználat tekintetében az átlagosnál magasabb becsült prevalenciával rendelkező országokban élő fiatalok feltehetőleg fokozottan hajlanak arra, hogy a kannabiszhasználatot „normális” dolognak tekintsék. A kannabisz becsült életprevalenciájára vonatkozóan viszonylag magas értékeket közlő országok többsége ugyancsak magas értékekről számol be az előző harminc napban történt lerészegedés (a meghatározása egymás után öt vagy több ital elfogyasztása) tekintetében is <sup>(28)</sup>, ami arra enged következtetni, hogy a két viselkedés egyazon életforma része lehet. Ez alól kivételt jelent Franciaország, Olaszország és Bulgária, ahol a kannabiszhasználat viszonylag gyakori, de a lerészegedés viszonylag ritka.

## Egyéb kábítószer

A 2003-as ESPAD felmérésben 14 EU-s és tagjelölt országból jelentettek az amfetaminhasználatnál magasabb extasyhasználatot <sup>(29)</sup>. Az extasyhasználat életprevalenciája Dániában, Görögországban, Cipruson, Litvániában, Máltán, Finnországban, Svédországban,

Norvégiában, Romániában és Törökországban volt a legalacsonyabb (2% vagy kevesebb). Magasabb, 3–4% közötti prevalenciaértékeket jelentettek Belgiumból, Németországból, Franciaországból, Olaszországból, Lettországból, Ausztriából, Lengyelországból, Portugáliából, Szlovéniából, Szlovákiából és Bulgáriából. Az extasyhasználat legmagasabb életprevalencia-értékeit Csehországban (8%), illetve Észtországban, Spanyolországban, Írországon, Hollandiában és az Egyesült Királyságban jegyezték fel (utóbbiak mindegyikében 5%).

A különböző időszakokra vonatkozó előfordulási arányokat tekintve megfigyelték, hogy az extasyhasználat legmagasabb életprevalenciája 2003-ban 8% volt, szemben az előző 12 hónap alatti használat (közelmúltbeli használat) 5%-os, illetve a múlt hónapban történt használat (jelenlegi használat) 2%-os értékével.

Az egymást követő felmérések alapján a 15–16 éves diákok extasyhasználatának életprevalenciája általában emelkedett az 1995 és 2003 közötti időszakban, a legnagyobb mértékben Csehországban, illetve a legtöbb új tagállamban <sup>(30)</sup>. Az 1999-es ESPAD felmérésből kapott életprevalencia-adatok azonban néhány országban ingadozást mutatnak. Az extasyhasználat Egyesült Királyságban mért csökkenése 1999 előtt történt, és részben feltehetőleg annak tulajdonítható, hogy az 1990-es évek végén bekövetkezett extasyval összefüggő haláleseteket a média széles körben bemutatta.

## Pszilocin és pszilocibin – varázsgomba

Az úgynevezett „varázsgomba” pszichoaktív összetevői, a pszilocin és a pszilocibin szerepelnek az 1971. évi ENSZ-egyezmény 1. jegyzékében, ezáltal valamennyi tagállamban ellenőrzés alá tartoznak. A varázsgomba jogi státusa, illetve a termesztésére és fogyasztására vonatkozó jogi korlátozások végrehajtásának mértéke azonban tagállamonként változik, azaz a gomba lehet ellenőrzött, nem ellenőrzött vagy ellenőrzött, ha „feldolgozott állapotban” van, ami jogilag nem egészen egyértelmű.

Az ESPAD felmérés először 2003-ban számolt be a varázsgomba fogyasztásáról. A varázsgomba használatának becsült prevalenciája a 15–16 éves diákok körében a részt vevő országok többségében meghaladta az LSD vagy más hallucinogén drogok értékét, vagy megegyezett azok előfordulásával <sup>(31)</sup>. Ezen túlmenően az

<sup>(23)</sup> L. az EYE-1 és EYE-3 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(24)</sup> L. az EYE-1 (vii. rész) ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(25)</sup> 2004-ben egy második Eurobarometer vizsgálat (Eurobarometer, 2004) is készült, A fiatalok és a kábítószer címmel. Ebben a nem valószínűségi mintán alapuló mintában a korábbi 2002-es felmérésben részt vevő 15 tagállamból összesen 7659, 15–24 év közötti fiatal vizsgáltak.

<sup>(26)</sup> L. az EYE-1 (v. rész) ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(27)</sup> L. az EYE-1 (vi. rész) ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(28)</sup> L. az EYE-1 (viii. rész) ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(29)</sup> L. az EYE-2 (iv. rész) ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(30)</sup> L. az EYE-2 (i. rész) ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(31)</sup> L. az EYE-2 (v. rész) ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

extasyhasználatával szembeállítva a varázsgomba életprevalenciája magasabb volt Belgiumban, Németországban és Franciaországban, és ugyanazon a szinten állt Csehországban, Dániában, Olaszországban, Hollandiában és Lengyelországban. A varázsgomba használatának életprevalenciája Cipruson, Finnországban és Romániában nulla volt, Németországban, Írországban és az Egyesült Királyságban elérte a 4%-ot, Belgiumban, Franciaországban és Hollandiában pedig az 5%-ot is. A legmagasabb prevalenciát Csehországban mérték (8%). A varázsgomba tekintetében a tendenciák megállapításához szükséges adatok nem állnak rendelkezésre.

## Új fejlemények a megelőzésben

Az egyének értékrendjét és viselkedését befolyásolja, hogy saját szociális közegükben mit fognak fel normálisként, és ez a fiatalokra különösképpen igaz. Ha a kannabisz kipróbálását „normális”, társadalmilag elfogadható tevékenységnek látják (alacsony kockázatot és könnyű hozzáférhetőséget társítanak hozzá), ez döntően befolyásolhatja értékítéletüket és viselkedésüket a kannabiszt illetően (Botvin, 2000). A megelőzésben tehát a kihívás az, hogy a fiatalokat olyan szociális és kognitív stratégiákkal lássuk el, amelyek segítségével e hatásokat kezelni tudják. Ezért a preventív politikák hatékonyságát nem lehet a fiatalok kábítószer-használatára vonatkozó adatok, különösen a kipróbálás becslése alapján reálisan értékelni, mivel ezek társadalmi normákat tükröznek, nem pedig valódi viselkedési problémát.

A megelőzést ehelyett egy sor egyértelmű kritérium szerint kell értékelni: alaposan körülírt célkitűzések, a nemzeti stratégiákban a nemzetközi tudásbázis alapján meghatározott célcsoportok és intézkedések; minőség-ellenőrzési intézkedések; célzott megelőző intézkedések és családi alapú megelőzés kidolgozása; olyan legális drogokra vonatkozó szabályozói intézkedések alapján, amelyek célja bizonyos fogyasztói magatartások elnézését vagy jóváhagyását előidéző társadalmi normák befolyásolása.

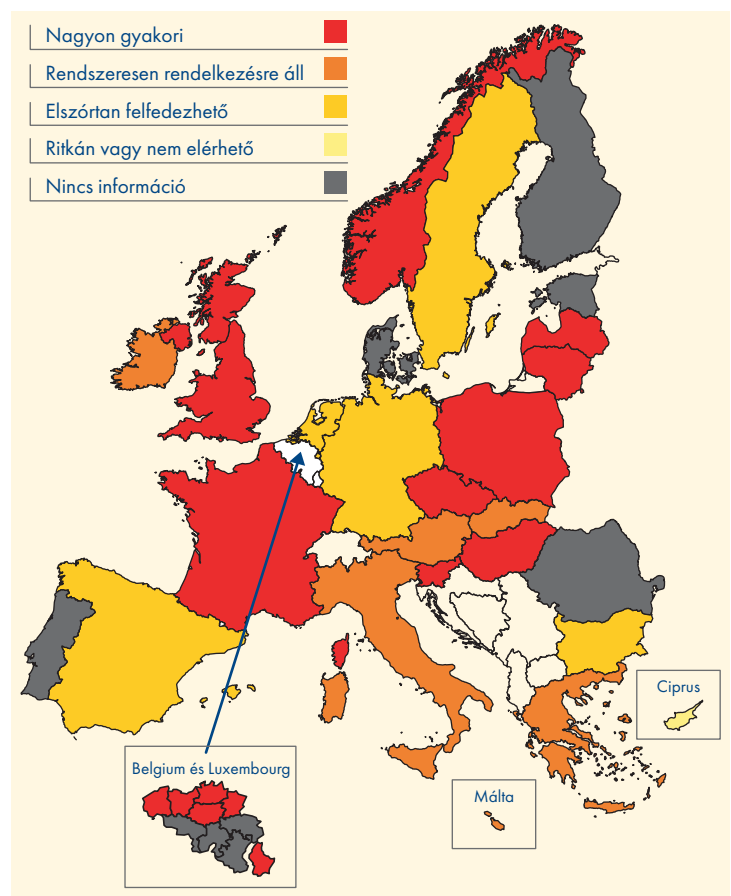
A preventív stratégiák értékelését illetően Franciaország és Olaszország új nemzeti stratégiái fontos előrehaladást jelentenek a korábbi politikájukhoz képest, mivel a megelőzés szerepe pontosabb meghatározást nyert, akárcsak a szervezett programok jelentősége és a kiemelt intézkedési területek. Szinte valamennyi tagállamban nyilvánvaló tendencia az elmozdulás az inkább stratégiai megoldások felé, és a tervezés egész folyamata során egyre jobban számolnak a sebezhető csoportokkal.

## Normatív és strukturális intézkedések

A legális drogokkal kapcsolatos ellenőrző intézkedések segítenek megteremteni a normatív alapokat, amelyekre az

egyéb preventív intézkedések épülhetnek. A dohány- és alkoholfogyasztást támogató és azok magatartási hatásait elnéző társadalmi normák jól ismert kockázati tényezők a tiltott kábítószeres és azok használata iránti együttérző magatartás szempontjából is (Becoña, 2002). A közhiedelemmel szemben a társadalmi normákat erősebben befolyásolják az ellenőrzési politikák, mint a tömegtájékoztatási kampányok vagy nevelési megoldások (Hawks és mások, 2002; Canning és mások, 2004). Az Eurostat (2002) összehasonlítást végzett a dohány-ellenőrzési intézkedések és a gyermekek/serdülők dohányzási mutatói között az EU tagállamaiban, és összefüggést fedezett fel a dohányzást ellenőrző politikák szigorúsága (a reklámozás tilalma, a vásárlási korhatár, korlátozások stb.) és a dohányzási szokások között. A serdülőknél a dohányzók aránya magasabb volt a viszonylag megengedő politikájú országokban (pl. Dánia, Németország és az Egyesült Királyság), mint a szigorúbb ellenőrzésű országokban (pl. Franciaország, Svédország és Norvégia). Ismert, hogy a megelőző célú beavatkozások hatása korlátozott, ha a társadalmi normák és politikák szembeszegülnek velük, vagy nem támogatják

2. ábra: Az iskolai politikák kidolgozása



Megjegyzés: Német ajkú lakosság Belgiumban = szórványosan megtalálható.  
Források: Reitox nemzeti fókuszpontok.



őket. Az EU és a WHO kezdeményezései (Aspect Consortium, 2004) már megerősödtek ezen a területen, és fokozatosan a tagállamok is egyre inkább összekapcsolják a dohányzást szabályozó politikáikat a drogmegelőzéssel.

### Iskolai megelőzés

Az iskolát valamennyi tagállamban az egyetemes megelőzés legfontosabb helyszínének tekintik, ezért érzékelhetően nőtt is az iskolai megelőzésre helyezett hangsúly a nemzeti stratégiákon belül és e módszer szervezett végrehajtásában. Ezt tükrözi az iskolai drogpolitikák bővülése (2. ábra) és az iskolák számára kidolgozott konkrét modulokból álló drogmegelőzési programok, illetve a tanárképzés javulása.

A korábbinál több ország vezetett be szervezettebb drogmegelőzési programot (Dániában elindult az első iskolai jellegű életvezetési ismereti program), néhányan pedig kibővítették a meglévőt (Németország), vagy most tervezik a bevezetését (Franciaország és Olaszország, nemzeti stratégiájukban). 2003-ban a lengyel iskolák közül például 60%-ban hajtottak végre preventív programokat.

Görögország különösen jó példával szolgál a preventív politikák terén a hagyományos, tájékoztatáson alapuló és individualisztikus (tanácsadó) módszertől való elmozdulásra egy valódi közegészségügyi stratégia végrehajtása felé, amely programalapú megoldások révén maximálisra tudja növelni hatókörét. Görögországban az iskolai megelőzési programok száma 2000 és 2003 között több mint kétszeresére nőtt, a családi alapú programok pedig ugyanebben az időszakban megháromszorozódtak. Málta és az Egyesült Királyság szintén növelte a programalapú megoldások szerepét a preventív politikában: a kidolgozott modellprogrammal (Blueprint Programme) azt próbálja meghatározni, hogy a hatékony drogmegelőzésre irányuló nemzetközi kutatás hogyan ültethető át az angol iskolarendszerbe; alapjául pedig az a bizonyított tény szolgál, hogy a kábítószerre vonatkozó iskolai oktatás szülői részvétellel, médiakampányokkal, helyi egészségügyi kezdeményezésekkel és közösségi partnerségekkel kombinálva hatékonyabb, mint az iskolai beavatkozások egyedül. Erre a programra a következő öt évre hatmillió fontot (8,5 millió euro) irányoztak elő<sup>(32)</sup>.

### Monitorozás és minőség-ellenőrzés

A megelőzés minőségének ellenőrzéséhez és javításához nagy szükség van arra, hogy előzetesen értelmes áttekintést nyerjünk a meglévő tevékenységekről és azok tartalmáról. A tagállamok ennek megfelelően egyre nagyobb jelentőséget

tulajdonítanak a preventív programok monitorozásának; ezt példázza Németország<sup>(33)</sup> és Norvégia<sup>(34)</sup> új rendszere, illetve a magyar „Fény és árnyék” kutatási projekt, amely az iskolai preventív programok tartalmáról, célkitűzéseiről, módszertanáról, célcsoportjairól és hatóköréről gyűjtött információt. Csehországban szintén folyik a monitorozás, akárcsak Flandriában, a Ginger révén. Spanyolország sajnálatos módon abbahagyta az IDEA Prevención programot, amely a megelőzés területén hosszú évekig a legkidolgozottabb monitorozási és minőségi rendszer volt Európában.

A megelőzésre vonatkozó információs rendszerek a nem kellően hatékony gyakorlatok és programelemek előfordulásának monitorozásában is segítenek. Például sok tagállamban még mindig gyakoriak a szakértők vagy rendőrtisztek által tartott egyszeri tanórák vagy előadások, noha a kutatások a beavatkozás e típusáról már egybehangzóan megállapították, hogy legjobb esetben is hatástalan, vagy kifejezetten ártalmas (Canning és mások, 2004).

A preventív programok tartalmának felülvizsgálatára és a hatékonyságról szerzett információ alapján annak konkrét célcsoportokra való irányítására csak a megelőzési tevékenységek szisztematikus nyilvántartásával van lehetőség. Elengedhetetlenül fontosak a preventív programok végrehajtására vonatkozó iránymutatások vagy szabványok, különösen az olyan országokban, ahol a megelőzés erősen decentralizált.

### A programok és tevékenységek tartalma

A programalapú megoldások számának növekedése és a fokozottan szabványosított információgyűjtés lehetővé tette a preventív politikák tartalmának és irányainak áttekintését és összehasonlítását az EU szintjén. Az információ általában nemzeti szakértőktől vagy szakértői csoportoktól érkezik, amelyeknek megbízható rálátásuk van országuk helyzetére, ezáltal szabványosított osztályozást tudnak összeállítani; vagy a monitorozott programalapú beavatkozásokra vonatkozó számszerűsített adatokból származik, amelyek néhány tagállamban, pl. Görögországban és Magyarországon rendelkezésre állnak.

A legtöbb tagállam például a preventív megoldás részeként az iskolákban bevezette a személyes és társas készségek képzését. Az ebbe tartozó témák között szerepel a döntéshozatal, a problémamegoldás, a célok kitűzése és az öntudatosság, az empátia kifejezése és közlése. Ez a bizonyítottan hatékony technika, amelyet társadalmi tanulási elméletekből vezettek le<sup>(35)</sup>, mára a

<sup>(32)</sup> [www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint](http://www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint)

<sup>(33)</sup> PrevNet ([www.prevnet.de](http://www.prevnet.de)).

<sup>(34)</sup> [www.forebyggingstiltak.no](http://www.forebyggingstiltak.no)

<sup>(35)</sup> A viselkedést úgy tekintjük, ami „más fontos személyek” szerepmódojai, normái és viselkedése társas elsajátításának eredményeképpen alakul ki (Bandura, 1977). A kábítószer-használattal szembeni negatív viselkedés és a hatékony önvédelem tanulható, illetve kondicionálható. Ez a koncepció a kortárs segítő modellek és a konkrét életvezetési készségi modell alapja.

legtöbb tagállamban fontos módszertanná vált, még azokban az országokban is, ahol programalapú megoldások nem léteznek (Franciaország, Luxemburg és Svédország) (2. táblázat). Észtország is beszámolt egy társas készségeket tanító könyv széles körű használatáról.

A tájékoztatás számos tagállamban továbbra is központi szerepet játszik a drogmegelőzésben (l. 2. táblázat). Csak

lassan ismerik el az információközlés korlátozott értékét a kábítószer-használat megelőzésében (l. például a svéd országjelentést). A kizárólag egészségügyi oktatáson alapuló megoldások szintén csak a kognitív folyamatok befolyásolására korlátozódnak, és gyakran hiányoznak belőlük a magatartási és társas interakciós képzések konkrét elemei. Ezek a megoldások a hatékony drogmegelőzésről szerzett jelenlegi ismereteink ellenére még mindig elterjedtek egyes országokban.

**2. táblázat: Az iskolai megelőzés Európában**

	Minőségi szabványok/iránymutatások (1)			Személyes szociális készségek	Célkitűzések	
	Hatályos	Kötelező	A finanszírozás előfeltétele		Elsődleges	Másodlagos
Belgium fl.	Igen	Igen	Igen	Nagyon gyakori	Életvezetési készségek	Tájékoztatás
Belgium fr.	Igen	Igen	Igen	n. a.	Védő környezet	Oktatási kapcsolat
Csehország	Tervezik		Igen	Nagyon gyakori	Önbecsülés	Védő környezet
Dánia	Nem			Nem	Tájékoztatás	
Németország	Nem			Nagyon gyakori	Életvezetési készségek	Tájékoztatás
Észtország	Nem			Elszór	n. a.	
Görögország	Igen	Igen	Igen	Nagyon gyakori	Életvezetési készségek	Oktatási kapcsolat
Spanyolország	Tervezik	Igen	Igen	Nagyon gyakori	Életvezetési készségek	Önbecsülés
Franciaország	Igen			Ritka	Tájékoztatás	Életvezetési készségek
Írország	Igen	Igen		Nagyon gyakori	Életvezetési készségek	Önbecsülés
Olaszország	Igen			Rendszeres	Tájékoztatás	Életvezetési készségek
Ciprus	Tervezik	Igen	Igen	Elszór	Védő környezet	Életvezetési készségek
Lettország	Tervezik			Elszór	Tájékoztatás	Életvezetési készségek
Litvánia	Nem			Rendszeres	Tájékoztatás	
Luxemburg	Igen		Igen	Rendszeres	Oktatási kapcsolat	Életvezetési készségek
Magyarország	Tervezik			Rendszeres	Tájékoztatás	Életvezetési készségek
Málta	Nem			Nagyon gyakori	Tájékoztatás	Életvezetési készségek
Hollandia	Igen			Nincs	Tájékoztatás	
Ausztria	Igen		Nem	Elszór	Életvezetési készségek	Védő környezet
Lengyelország	Nem			Rendszeres	Életvezetési készségek	Tájékoztatás
Portugália	Igen	Igen	Igen	Elszór	Tájékoztatás	Életvezetési készségek
Szlovénia	Tervezik			Elszór	Tájékoztatás	Életvezetési készségek
Szlovákia	Nem			Ritka		
Finnország	n. a.			n. a.	Jóléti szolgálatok biztosítása	Tájékoztatás
Svédország	Nem			Rendszeres	Védő környezet	Társadalmi integráció
Egyesült Királyság	Igen			Nagyon gyakori	Tájékoztatás	Életvezetési készségek
Norvégia	Nem			Rendszeres	Tájékoztatás	Önbecsülés
Bulgária	n. a.			Elszór	Tájékoztatás	Védő környezet
Románia	n. a.			Elszór		

NB: n. a. = nem áll rendelkezésre információ.

(1) Emlékeztetnünk kell arra, hogy a „minőségi szabványok/iránymutatások”-nak nincs közös európai definíciója, illetve, hogy a részletesség mértéke változhat, ami befolyásolhatja az összehasonlíthatóságot.

A drogmegelőzéssel kapcsolatos ilyen megoldások fennmaradásának két magyarázata van. Az egyik az az ösztönös és hagyományos feltételezés, hogy a kábítószerokról és a használatukkal járó kockázatokról szóló információ átadása elrettentő példaként hat. A második magyarázat az ártalomcsökkentési mozgalmak által inspirált, egészen friss tendenciát tükrözi, amely azon a meggyőződésen alapul, hogy a viselkedési módszernél fontosabbak a kognitív készségek a fiatalok tanításában az átgondolt döntések és választások meghozatalára életük során. E technika támogatói úgy vélik, hogy a drogmegelőzés magatartás felőli megközelítése – például az életvezetési készségek javítása – lekezelő, és egyszersmind démonizálja a kábítószer-használatot (Ashton, 2003; Quensel, 2004); ehelyett a legjobb módszer a szükséges kognitív eszközökkel, vagyis információkkal ellátni a fiatalokat. Az eltérő hagyományok ellenére mindkét módszer úgy tekint a az egészség-magatartásra és ezen belül a kábítószer-használatra különösen, mintha az személyes racionális választás tárgya lenne, miközben az egészségtudományok terén teljes a konszenzus, hogy a társadalmi tényezők (szomszédság, kortárs csoport, normák) és a személyes tényezők (temperamentum, iskolázottság és érzelmi készségek) nagyobb szerepet játszanak az egészség-magatartás és a kábítószer-használói viselkedés alakításában, mint a pusztán ismeretek.

A kábítószer-használat normálisként és a kortárs csoport által szociálisan elfogadott tevékenységként való téves felfogása a legfontosabb olyan kognitív elem, amit a megelőzés befolyásolni tud. A kannabiszhasználat fiatal felnőtteknél mért 30%-os életprevalenciája valójában azt jelenti, hogy e populáció kétharmada soha életében nem használt kannabisz, és ez az igazán „normális” oldal. A fiatalok normatív hiedelmeit megszólító módszereket azonban (Reis és mások, 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers és mások, 2002) – bizonyított előnyeik ellenére – Európában ritkán alkalmazzák.

### Célzott megelőzés

A nemzeti kábítószer-stratégiák és cselekvési tervek egyre gyakrabban és egyre kifejezettebben említik a sebezhető csoportokat, akiket fokozottan célba kell venni a prevenció intézkedésekkel. Ez a hangsúly különösen erős az új tagállamokban: Észtországban (utcagyerekek, kisegítő iskolák), Magyarországon, Cipruson, Máltán, Lengyelországban (rosszul működő családokból származó elhanyagolt gyermekek és fiatalok) és Szlovéniában.

Mivel a célzott megelőzés sebezhető célcsoportjai gyakran már tekintélyes tapasztalatokra tettek szert a legális és tiltott kábítószer terén, a legtöbb célzott megelőző beavatkozás a személyre szabott információk közlésére, az egyéni tanácsadásra és kreatív vagy sportjellegű alternatívák felkínálására korlátozódik. Szem

előtt kellene tartani azonban, hogy az egyetemes megelőzés átfogó társadalmi befolyásolási programjaiban használt technikák ugyanannyira hatékonyak, ha nem hatékonyabbak, mint a célzott megelőzés. A normatív struktúra megváltozása (pl. ha valaki megtudja, hogy a legtöbb társa helyteleníti a használatot), a magabiztosságot fejlesztő képzés, a motiváció és a célok kitűzése, csakúgy, mint a mítoszok helyreigazítása, igen hatékony módszerek bizonyultak a sebezhető fiataloknál (Sussman és mások, 2004), mégis ezeket csak ritkán használják a célzott megelőzés keretében az EU-ban. A rekreációs körülmények között használt intervenciók technikák azonban (l. „Megelőzés rekreációs körülmények között”, 49. o.) többnyire a célzott információátadás formáját öltik.

### Célzott megelőzés az iskolákban

Az iskolákban a célzott megelőzésen belül a fő hangsúly a válságintervencióra és a problematikus tanulók korai felismerésére esik. A cél az, hogy iskolai szinten találjanak megoldást, a tanulók lemorzsolódását vagy kicsapását megelőzendő, ami helyzetüket csak tovább súlyosbíthatná. Programalapú megoldásokat kínálnak Németországban, Írországon, Luxemburgban és Ausztriában (Leppin, 2004), Lengyelországban és Finnországban pedig tanárképző kurzusokat vagy iránymutatásokat biztosítanak a problematikus tanulók felismeréséről, a kábítószer-használatot is beleértve, illetve a megfelelő lépések megtételéről. A hagyományos egyéni megoldások között találjuk az iskolapszichológusi szolgálatot (mint Franciaországban és Cipruson), amely (ön)beutaló alapján vehető igénybe. Írország új intenzív oktatási jóléti szolgálatot hozott létre, amely az iskolákkal és családokkal közösen azon dolgozik az oktatás szempontjából hátrányos helyzetű térségekben, hogy biztosítsa a gyermekek rendszeres iskolalátogatását.

### Célzott közösségi megoldások

A célzott közösség alapú megoldások legnagyobbbrészt az utcán élő sebezhető fiatalokat veszik célba. A skandináv országokban a „Nightwalkers” módszer jegyében szülőkből alakult csoportok járőröznek az utcákon. Ausztria súlyos befektetések árán törekszik a drogmegelőzés, a szociális oktatás és a szociális munka struktúrái közötti egyensúly javítására kurzusok, minőségi iránymutatások és közös szemináriumok segítségével, pl. az ifjúsági szociális munkások számára, rekreációs körülmények között. Ennek egyik célja az is, hogy az ifjúsági szociális munka struktúráit fel lehessen használni a professzionális drogmegelőzési beavatkozásokhoz. Norvégia ugyanezen logika mentén ösztönzi az iskolák, gyermekvédelmi szolgálatok és szociális szolgálatok közötti együttműködést és az interdiszciplináris erőfeszítések fokozását. Ezekben a projekteknél Norvégiában, de Németországban és Hollandiában is, a RAR (gyors értékelés és válasz) módszereket<sup>(36)</sup>

<sup>(36)</sup> Egészségügyi Világszervezet: *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people* (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).

használják; ez az interjúkkal (kérdőívek, fókuszcsoportok) és/vagy a problematikus terület megfigyelésével kombinált gyors információgyűjtés (statisztikai anyag) módszere.

A magas kockázatú környékekre összpontosító beavatkozásoknak mára kialakult hagyománya van Írországból, az Egyesült Királyságból és – kisebb mértékben – Hollandiából és Portugáliából. Németország (Stöver és Kolte, 2003, a német országjelentés idézi) és Franciaország most ugyancsak javasolt intézkedéseket e téren. Ezekben az országokban új fejleménynek tekinthető, hogy a drogmegelőzést konkrét, szociális kritériumok alapján meghatározott földrajzi területre irányítják.

A tagállamok a célzott prevenciók politikák célcsoportjának meghatározásakor szintén egyre inkább figyelembe vesznek bizonyos etnikai csoportokat (pl. Írországból, Luxemburgból, Magyarországból). Az etnikai hovatartozás fontos szempont például Magyarországon, ahol a roma népesség társadalmi és kulturális sajátosságai és hátrányos életkörülményei következtében fokozottan ki van téve a kábítószerrel összefüggő problémák kockázatának. Itt a kortársképzést, az önszorgító csoportokat, a felügyeletet, a különféle prevenciók programokat és a romák számára nyújtott alacsony küszöbű (könnyen hozzáférhető) szolgáltatásokat civil szervezetek (NGO-k) biztosítják.

### **Sebezhető családok**

A hatékonyságát bizonyító adatok hiánya ellenére (Mendes és mások, 2001) változatlanul sok tagállamban (Németország, Franciaország, Ciprus és Finnország) népszerű az egyetemes, családi alapú megelőzés, főként a szülőknek szervezett esti események, előadások, szemináriumok és műhelyek formájában. Görögországban, Spanyolországban, Írországból és Norvégiából azonban érdekes fejlemények történtek a családokkal közösen végzett célzott megelőzés területén, olyan innovatív koncepciók bevezetése révén, amelyek a kábítószer-problémával küzdő családokon/szülőknél túllépve felismerik a kábítószer-használatban szerepet játszó társadalmi, gazdasági és kulturális tényezőket. Hollandiában a bevándorló szülőket célzó drogmegelőzési projektek értékelése azt a következtetést vonta le, hogy a bevándorlásügyi hálózatokon keresztül biztosított, a nőket és a férfiakat külön kezelő szabványosított beavatkozás járható, új útnak tűnik (Terweij és Van Wamel, 2004). Norvégiában az eredetileg

a súlyos magatartási problémákkal küzdő gyermekek családjának kifejlesztett képzési módszert, a szülői irányítási tréninget (PMTO, Oregon modell) három településen vezették be és értékelték. Két másik országban az iowai családteremtő programot (ISFP) hajtották végre. Ez a veszélyeztetett családoknak készült intenzív családi intervenció program a diákoknak (10–14 éveseknek) szánt tanítási módszereket kombinálja a szülőknek szóló oktatási programmal, így a család hozzáértésének növelésén és a szorosabb családi kötelékek keresztül közelíti a drogmegelőzést (Kumpfer és mások, 2003).

### **A javasolt megelőzés iránti igény**

A javasolt megelőzés középpontjában a kábítószer-problémák szempontjából magas kockázati tényezőjűként azonosított személyek állnak, például a koncentrációhiány/hiperaktivitás rendellenességben (ADHD) szenvedők. Az ADHD-val küzdő fiatalokra irányuló drogmegelőzési intézkedésekről azonban kizárólag Németországból és Svédországból számoltak be. Németországban az ADHD előfordulására vonatkozó jelenlegi becslések alapján a 6–18 év közötti lakosságon belül 2–6%-ra tehető az érintettek száma, ami azt jelenti, hogy a gyermekek és fiatalok körében az egyik leggyakoribb krónikus kórképről van szó. Svédországban az ilyen gyermekek esetében alkalmazott megelőzési stratégia kognitív és társadalmi képzést egyaránt tartalmaz, módszertanát pedig a prevenciók szakemberek képzése révén terjesztik. Mivel az elsődleges egészségügyi ellátórendszer szinte minden iskoláskor alatti gyermeket elér, és a legtöbben járnak általános iskolába, a veszélyeztetett gyermekek többsége a szisztematikus szűrés és az ezt követő egyéni beavatkozások segítségével azonosítható.

Az olasz cselekvési terv határozott hangsúlyt helyez a gyermekeknél és serdülőknél előforduló pszichopatológiai állapotokra és súlyos magatartási problémákra, amelyek korai felismerés esetén előre jelzik a kábítószer-használatot és a kábítószerrel való visszaélést. A felismert problémák között szerepelnek magatartási problémák; a hiperaktivitás és figyelemhiány; kedélyhullámmal kísért szorongás; bulimia és lelki eredetű elhízás; személyiségzavarok; interperszonális kommunikációs problémák; poszttraumás stressz-szindróma; valamint pánikrohamok. Válaszként a terv az egyetemes és a célzott megelőzést egyaránt előírja.



## 3. fejezet

# Kannabisz

### Előfordulás és használati módok

A kannabisz Európában messze a legáltalánosabban használt illegális anyag. A legutóbbi lakossági felmérések azt jelzik, hogy a felnőttek (15–64 évesek) 3–31%-a életében már legalább egyszer kipróbálta ezt az anyagot (életprevalencia). Az életprevalencia legalacsonyabb arányait Máltán (3,5%), Portugáliában (7,6%) és Lengyelországban (7,7%), míg a legmagasabb értékeket Franciaországban (26,2%), az Egyesült Királyságban (30,8%) és Dániában (31,3%) találták. A legtöbb országban (az információt közlő 23 országból 15-ben) az életprevalencia 10% és 25% között van.

A felnőttek közül 1% és 11% közötti arányban vallották be, hogy használtak kannabiszt az előző 12 hónapban, ezen belül a használat gyakorisága Máltán, Görögországban és Svédországban volt a legalacsonyabb, és Csehországban, Franciaországban, Spanyolországban és az Egyesült Királyságban a legmagasabb. A legtöbb ország (14) a közelmúltbeli használat 3–7% közötti gyakorisági arányát jelezte.

Az EU egészén belül a kannabiszt használó felnőttek (15–64 évesek) összlétszámát a rendelkezésre álló országos becslésekből számíthatjuk ki. Ennek gyakorlata arra utal, hogy az EU összlakosságának körülbelül 20%-a, azaz összesen több mint 62 millió ember már kipróbálta a kannabiszt. Ez a szám a felnőttek kb. 6%-a, vagy több mint 20 millió, ha a közelmúltbeli kannabiszhasználatot vesszük figyelembe (előző évi prevalencia).

Összehasonlításképpen: az Egyesült Államok 2003-as országos kábítószer-használati és egészségügyi felmérése (SAMHSA, 2003) azt mutatta, hogy a felnőttek (meghatározása a 12 évesek és idősebbek) 40,6%-a már legalább egyszer kipróbálta a kannabiszt vagy a marihuánát, 10,6% pedig elmondása szerint az előző 12 hónapban is használta. A 18–25 év közöttieknél ez az adat 53,9% (életprevalencia), 28,5% (előző 12 hónap), illetve 17% volt (előző hónap) <sup>(37)</sup>.

A többi kábítószerhez hasonlóan a fiatal felnőttek itt is magasabb használati arányokról számolnak be. A 15–34 év közötti fiatal európaiak 11–44%-a nyilatkozik úgy, hogy már próbálta a kannabiszt, ezen belül a legalacsonyabb előfordulási arányokat Görögországban,

### A lakosság kábítószer-használatának felbecsülése

A kábítószer-használatot az általános népességben felmérések útján értékelik, amelyek becslésekkel szolgálnak a populáció azon hányadáról, akik egy megadott időtartamon belül használtak kábítószer: egész életük során (kipróbálás), az előző 12 hónapban (közelmúltbeli használat) vagy az előző 30 napban (jelenlegi használat) <sup>(1)</sup>.

Az EMCDDA kidolgozta azon közös alapelemek sorát („Európai modellkérdőív”, EMQ), amelyek az EU legtöbb tagállamának országos felméréseiben szerepelnek, vagy azokkal összeegyeztethetők. Az EMQ szerepel az EMCDDA weboldalán megtalálható jelentésben <sup>(2)</sup>. A „kipróbálás” a felnőttekre jellemző jelenlegi helyzet mutatójaként korlátozott értékű információ (ugyanakkor az iskoláskorú gyermekeknél fontos mutató lehet), de más mérésekkel együtt betekintést adhat a használatformák egyes aspektusaiba (a használat folytatása vagy abbahagyása) és a droghasználat terjedésének generációs dinamikájába. Az „előző 12 havi használat” a közelmúltbeli kábítószer-használatot jelzi, noha ez a használat gyakran csak alkalmi; az „előző 30 napban” történt használat pedig a legutóbbi használatról ad képet, amelyben benne lesznek a rendszeres kábítószer-használók.

<sup>(1)</sup> Bővebb információkért a lakossági felmérések módszertanáról és az egyes országos felmérésekben használt módszertanról l. a 2005. évi statisztikai értesítőt.

<sup>(2)</sup> A kábítószer-használatról az általános népességen végzett felmérések kézikönyve ([www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380](http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380)).

Portugáliában és Lengyelországban, a legmagasabbakat pedig Franciaországban (39,9%), az Egyesült Királyságban (43,4%) és Dániában (44,6%) találták. Közelmúltbeli használatról a fiatal felnőttek 3–22%-a számolt be, a legkisebb arányban Görögországban, Svédországban, Lengyelországban és Portugáliában, a legmagasabban pedig az Egyesült Királyságban (19,5%), Franciaországban (19,7%) és Csehországban (22,1%); a közelmúltbeli előfordulás aránya 11 országot tekintve 7–15% között mozog.

<sup>(37)</sup> Megjegyezzük, hogy az amerikai felmérés kortartományja (12 évesek és idősebbek) szélesebb, mint az EMCDDA által az EU felméréseirez bejelentett (15–64 év). Másrészt a fiatal felnőttekre vonatkozó sáv (18–25 évesek) szűkebb annál, amit a legtöbb EU-felmérés használ (15–24 évesek).

A 15–24 év közötti európaiak közül 9–45% állítja, hogy kipróbálta a kannabiszt; arányuk a legtöbb országban a szűkebb 20–35% közötti tartományba esik.

A közelmúltbeli használatról (előző 12 hónap) 4–32% számolt be; e tekintetben az országok többsége a 9–21% közötti sávba tartozik <sup>(38)</sup>.

Más tiltott drogokhoz hasonlóan a kannabiszhasználat aránya is jelentősen magasabb a férfiaknál, mint a nőknél, bár a különbség mértéke országonként változik. Az életprevalencia-érték tekintetében a férfiak és nők aránya 1,25:1 és 4:1 között van (1 nőhöz képest 1,25–4 férfi próbálta ki), a jelenlegi használat aránya pedig körülbelül 2:1 és 6:1 között változik. A felmérésekből az is kitűnik, hogy a kannabiszhasználat gyakoribb a városi, illetve a sűrűn lakott területeken. Az említett országok közötti különbségek tehát részben az urbanizáció eltérő szintjeit is tükröztetik, bár vannak arra utaló jelek, hogy a rekreációs drogfogyasztás a városokból kezd átterjedni a vidéki területekre.

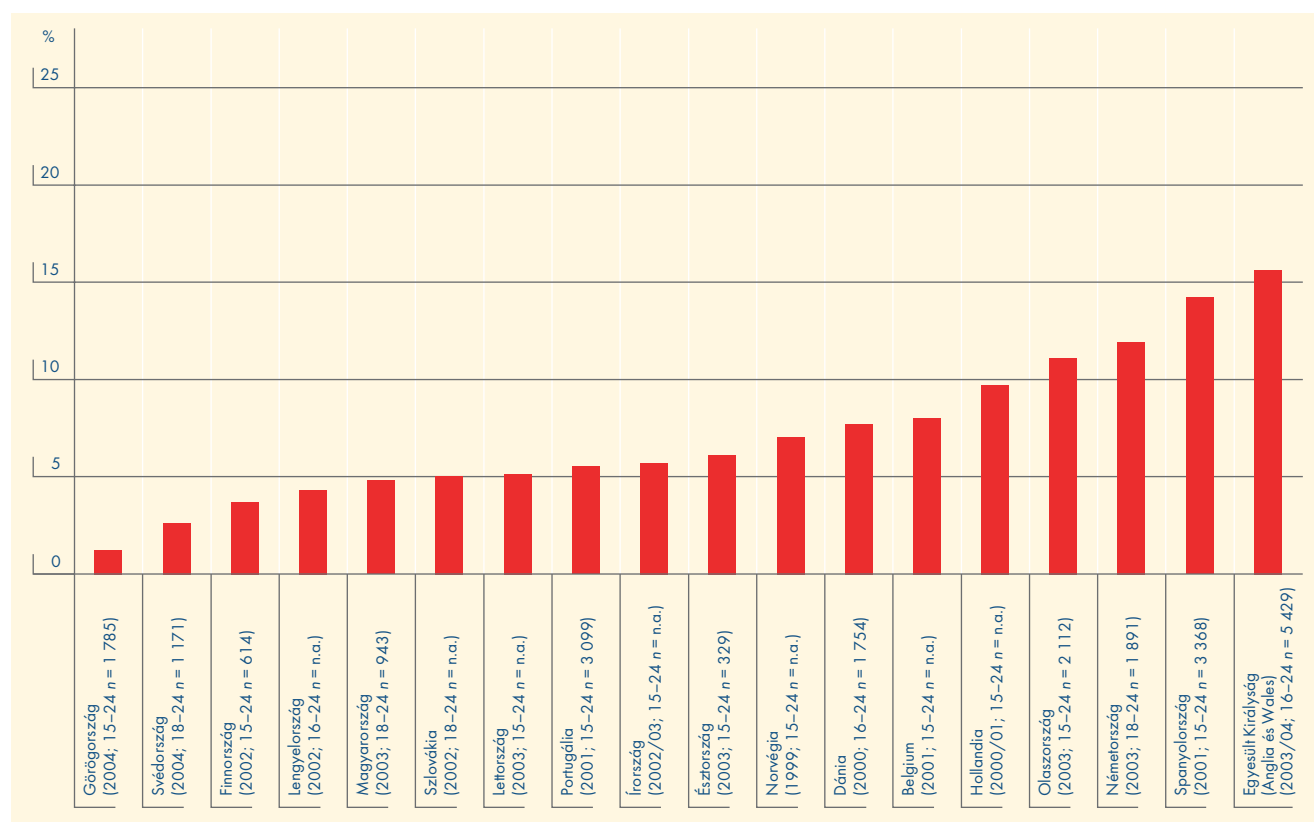
A tény, hogy a közelmúltbeli használat, illetve a jelenlegi használat értékei lényegesen alacsonyabbak az

életprevalencia-aránynál, azt jelzi, hogy a kannabiszhasználat inkább alkalmi, vagy egy idő után abbamarad. A legtöbb EU-országban a kannabiszt valaha kipróbáló felnőttek 20–40%-a nyilatkozott úgy, hogy az előző 12 hónapban, és körülbelül 10–20%-uk az előző 30 napban használta („folytatási arány”).

A legfrissebb felmérések szerint a múlt havi használati arányok az összes felnőtt 0,5–9%-ára (ezen belül sok ország a 2–4% közötti sávban van), a fiatal felnőttek 1,5–13%-ára (ezen belül sok ország a 3–8% közötti sávban) és a 15–24 évesek 1,2–16%-ára vonatkoztak (ezen belül sok ország az 5–10% közötti sávba tartozik) (3. ábra). Nagyon durva becsléssel élve azt mondhatjuk, hogy minden 10–20 fiatal európai közül 1 jelenlegi kannabiszhasználó. A legalacsonyabb jelenlegi prevalenciaértéket Máltán, Görögországban, Svédországban, Lengyelországban és Finnországban jegyezték fel, míg a legmagasabbat az Egyesült Királyságban és Spanyolországban.

A 2004-es éves jelentésben (EMCDDA, 2004a) az előző 30 napi kannabiszhasználat gyakoriságáról közölt adatok

**3. ábra:** A közelmúltbeli (előző hónap) kannabiszhasználat a fiatal felnőttek (15–24 évesek) körében, országos felmérések alapján



Megjegyzés: Az adatok az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származnak.

Egyes országok fiatal felnőttek esetében az EMCDDA által használt standard életkortartománytól enyhén eltérő életkortartományt használnak. Az életkortartománybeli különbségek kismértékben felelhetnek az országok közötti különbségekért.

Forrás: Reitox-országjelentések (2004), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek. L. még a GPS-0 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

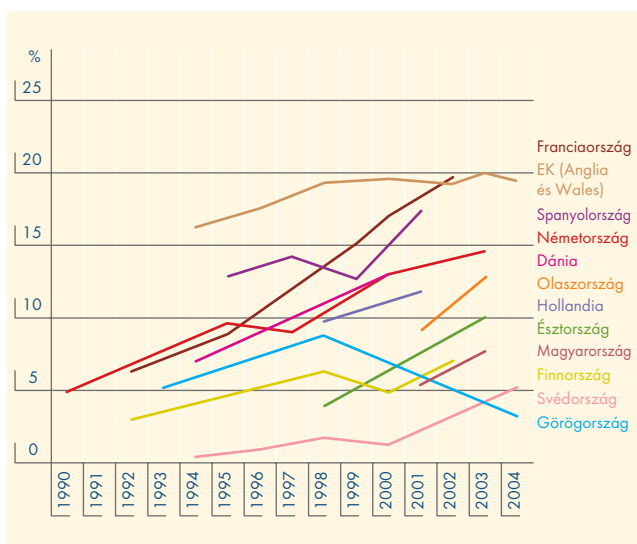
<sup>(38)</sup> L. a GPS-2 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

arra utaltak, hogy az előző hónapban kannabiszt használóknak, többségében a fiatal férfiaknak, körülbelül egynegyede (19–33%-a) napi vagy majdnem napi gyakorisággal használta<sup>(39)</sup>. Becslések szerint a 15–34 éves európaiak között 0,9–3,7% a napi kannabiszhasználók aránya, ami azt jelenti, hogy Európában nagyjából 3 millió fő használja mindennap vagy majdnem mindennap az anyagot.

## Tendenciák

A hosszú távú, következetes felmérések hiánya a legtöbb EU-ország esetében korlátozza a kábítószer-használat tendenciáinak megbízható felismerését. Egymást követő felmérések sok országban készülnek, ezek azonban szigorú értelemben véve nem sorozatok: a harmonizáció terén tett előrehaladás ellenére a módszerek és a minták nagysága felmérésenként változik, gyakoriságuk pedig nem mindig rendszeres. Ráadásul a felméréseket a különböző országok nem ugyanabban az évben végzik,

**4. ábra:** A közelmúltbeli (előző év) kannabiszhasználat tendenciái a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében, országos felmérések alapján<sup>(1)</sup>



(<sup>1</sup>) A minta méretét (válaszadók) a 15–34 éves korcsoportban az egyes országokban és években a 2005. évi statisztikai értesítőben a GPS-4 táblázat mutatja be.

Megjegyzés: Az adatok az egyes országokban rendelkezésre álló országos felmérésekből származnak. Minden felmérés számadatai és módszertana megtekinthető a GPS-4 táblázatban a 2005. évi statisztikai értesítőben.

A fiatal felnőttek esetében az EMCDDA a 15–34 év közötti tartományt használja (Dániában és az Egyesült Királyságban az alsó határ 16 év, Németországban, Észtországban [1998] és Magyarországon 18 év). Franciaországban az életkortartomány 1992-ben 25–34 év volt, 1995-ben pedig 18–39 év.

Forrás: Reitox-országjelentések (2004), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek. L. még a GPS-0 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

ami megnehezíti az európai tendenciák meghatározását. Az országos felméréseket ideális esetben minden tagállamban egyszerre kellene elvégezni, mivel ez egyszerűsítene az eredmények országos szintű (időbeli) és európai szintű (országok közötti) összehasonlítását, elősegítve a kábítószerrel kapcsolatos európai cselekvési terv eredményeinek értékelését.

A rendelkezésre álló különböző típusú (országos vagy helyi háztartások felmérése, behívásos vagy iskolai) felmérésekből nyert eredményekből kiderül, hogy a kannabiszhasználat az 1990-es évek során határozottan növekedett az EU szinte valamennyi országában, különösen a fiatalok körében, és néhány országban a kannabiszhasználat az előző években is tovább nőtt (4. ábra). Az Egyesült Királyságban, amely egészen 2000-ig a legmagasabb számadatokat produkálta, a fiatal felnőttek kannabiszhasználatára 1998 és 2003/04 között viszonylag stabil maradt, és más országok (Franciaország és Spanyolország<sup>(40)</sup>) is kezdtek hozzá felzárkózni. Görögországban az 1998 és 2004 közötti időszakban csökkenésről számoltak be.

Az új tagállamokban a főként iskolai felmérésekből rendelkezésre álló bizonyítékok arra mutatnak, hogy a kannabiszhasználat jelentősen nőtt az elmúlt években. Ez többnyire az 1990-es évek közepén következett be, és a városi területekre, a férfiakra és a fiatal felnőttekre koncentrált. Észtországban és Magyarországon felnőtteken végzett egymást követő felmérések tették lehetővé a közelmúlt tendenciáinak meghatározását (4. ábra).

Az 1995-ös, 1999-es és 2003-as ESPAD iskolai felmérések (Hibell és mások, 2004) eredményeinek összehasonlítása azt mutatja, hogy szinte valamennyi, a felmérésben részt vevő tagállamban és tagjelölt országban a kannabiszhasználat életprevalenciája a 15–16 éves diákoknál 2%-kal vagy többel nőtt (5. ábra). Az előfordulás 1995 óta a becslések szerint ezen országok több mint felében megduplázódott, vagy akár meg is háromszorozódott. A legmagasabb relatív növekedés főként a kelet-európai tagállamokban következett be, ahol 1995-ben a kannabisz tekintetében 10% alatti életprevalenciát jelentettek. A kannabiszhasználat életprevalenciájában folyamatos és észrevehető mértékű csökkenést az ESPAD által vizsgált országok egyikében sem figyeltek meg a három felmérés során.

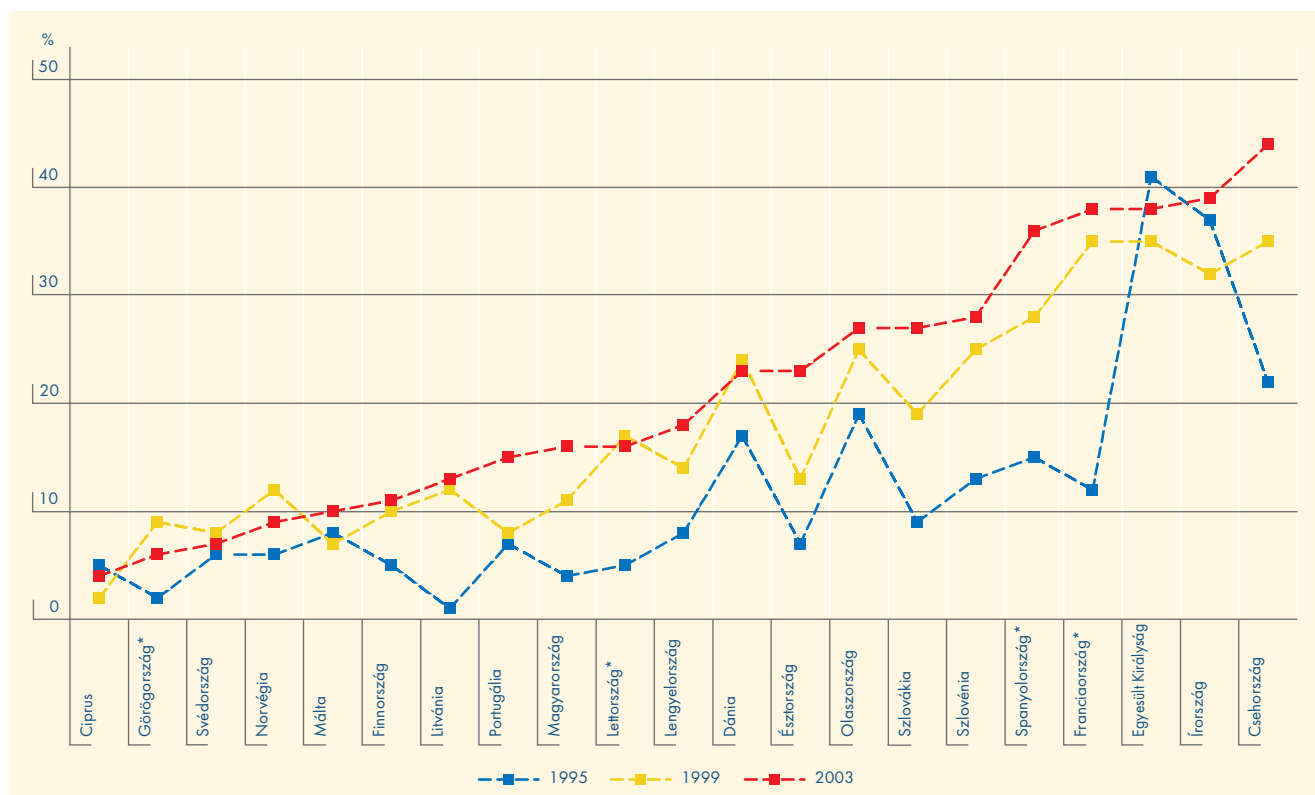
Az iskolai felmérésekből kiderül, hogy az EU-tagállamok a rekreációs és alkalmi kannabiszhasználat tekintetében három különálló csoportra oszthatók. Az első csoport országaiban (ide sorolható Írország és az Egyesült Királyság) az életprevalencia magas (körülbelül 38–39%),

(<sup>39</sup>) L. a 2004-es éves jelentést (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Az információ az „elmúlt 30 napból 20 vagy több napon történt használatra” vonatkozik, amit a „minden- vagy majdnem mindennapi használat” kifejezés is jelöl.

(<sup>40</sup>) A jelentésben való szerepeltetéshez túl későn érkezett az információ, miszerint Spanyolországban a 2003-as felmérés a fiatal felnőttek körében 20,1%-os életprevalenciát állapított meg.



**5. ábra:** A kannabiszhasználat életprevalenciája a 15–16 éves diákok körében az ESPAD felmérés 1995-ös, 1999-es és 2003-as fordulójában közöltek alapján



Megjegyzés: A csillaggal jelölt országok 1995-ben nem voltak szigorú értelemben összemérhetők az ESPAD felméréseivel. Spanyolország nem vett részt az ESPAD felmérésben. Az itt szereplő adatok az 1996-ban, 1998-ban és 2002-ben elvégzett spanyol felméréssorozaton alapulnak. Ebben a kábítószer előfordulására vonatkozó kérdések az ESPAD kérdéseivel összehasonlíthatók voltak, de a módszer más aspektusai miatt a spanyol adatok nem szigorúan összevethetők.

Forrás: Hibell és mások, 2004.

de az elmúlt nyolc év során nem változott. Ezekben az országokban a kannabiszhasználat hosszú múltra tekint vissza, magas előfordulási arányai pedig az 1980-as és 1990-es években alakultak ki. A második országcsoportban a diákok általi kannabiszhasználat életprevalenciája jelentősen emelkedett az időszakban (akár 26 százalékponttal is). Ebben a csoportban találjuk az összes új kelet-európai tagállamot, továbbá Dániát, Spanyolországot, Franciaországot, Olaszországot és Portugáliát. A harmadik csoportban a diákok becsült életprevalenciája viszonylag alacsony szinten maradt (kb. 10% vagy kevesebb). E csoportban Európa északi és déli részéről egyaránt találunk országokat (Finnország, Svédország és Norvégia, valamint Görögország, Ciprus és Málta).

A felnőtteknél kevésbé egyértelmű a kép, mivel egyrészt kevesebb információ áll rendelkezésre, az elérhető adatok viszont sokkal inkább heterogének; de összességében hasonló összkép figyelhető meg: a közelmúltbeli (előző év) kannabiszhasználat magas, de stabil az Egyesült Királyságban, néhány országban az elmúlt években jelentős növekedésnek indult (pl. Dánia, Németország,

Észtország, Spanyolország és Franciaország), míg más országokban alacsonyabb becsült prevalenciát és kevésbé tiszta tendenciákat mutat (pl. Görögország, Finnország és Svédország). A következő 2–3 év új iskolai és felnőtteken végzendő felmérései jobban meg fogják világítani a kábítószer-tendenciák alakulásának bonyolult kérdését.

## A kannabiszhasználat megelőzése

A fiatalok kannabiszfogyasztásának feltűnő növekedése miatti aggodalmak egyes országokban vitákat idéztek elő arról, hogy hasznos ellenőrző intézkedés lenne-e a kábítószereszek használata. Néhány ország már tett lépéseket ebbe az irányba, de a drogtesztelési intézkedések egyelőre nem általánosak. Csehországban a média hírt adott vizeletvizsgálatok és kábítószer-kereső kutyák használatáról az iskolákban. Bár ezeknek az intézkedéseknek van némi támogatottsága, egy szakértői csoport azt állapította meg, hogy az ilyen módszereket egy hatékony, korai megelőző stratégiában semmiképpen nem szabad megengedni. Az Egyesült Királyságban az iskolákra vonatkozóan újonnan bevezetett iránymutatások

számos fontos kérdést vetnek fel, amelyeket a drogtesztprogram bevezetése előtt feltétlenül mérlegelni kell. Ezek között szerepel a megfelelő szülői beleegyezés biztosítása (illetve a tanulók beleegyezése, ha őket ítélik illetékesnek), az a kérdés, hogy a tesztelés összhangban van-e az iskola nevelői kötelességével, valamint a megfelelő támogató szolgálatok hozzáférhetőségének vagy egyéb szempontjainak figyelembevétele. Az iskola kábítószer-politikájába bele kell foglalni minden olyan döntést, amely a tanulókon elvégzendő kábítószeresztre vonatkozik. Az EMCDDA weboldalán olvasható egy rövid jelentés az iskolai drogtesztekről az EU-ban <sup>(41)</sup>.

A kannabisz szinte kivétel nélkül mindig szerepel az egyetemes (nem célzott) drogmegelőzési programokban. Az a tény, hogy a média figyelmet fordít a fiatalok fokozódó kannabiszfogyasztására, és ezáltal burkoltan azt állítja, hogy a kannabisz használata egyre inkább „normálisnak” számít, kiemeli annak szükségességét, hogy a fiatalok normatív hiedelmeivel is foglalkoznunk kell. A kannabiszhasználat fiatalok általi növekvő elfogadottsága okozta aggodalom vezetett azon prevenciók programok bevezetéséhez, amelyek a normális vagy elfogadható viselkedésről alkotott elképzeléseiket veszik célba. Ezt a kérdést részletesebben a 2. fejezet tárgyalja. Sok beavatkozás médiakampányokon, szórólapokon vagy weboldalakon keresztül elsősorban információt nyújt a kannabiszról. A célzott megelőzésnek is van azonban néhány érdekes példája, amelyek megtalálhatók az EMCDDA által kiértékelt megelőzési projektek adatbázisában, az EDDRA-ban <sup>(42)</sup>. Ezek a rendszerek többnyire azokra a fiatal kannabiszfogyasztókra irányulnak, akik kábítószer-bűncselekményt követtek el, és részükre kínálnak tanácsadást, személyes kompetenciaképzést és több szervezet részéről támogatást. Az ilyen rendszerek példája a FRED (Németország), az MSF-Solidarité Jeunes (Luxemburg), az Ausweg (Ausztria) és az Egyesült Királyságban működő ifjúságvédelmi csoportok (YOT-ok).

A fiatalok kannabiszhasználatának magas előfordulási aránya arra utal, hogy a droghasználat gyakran központi kérdés az iskoláskorú gyermekekkel dolgozók számára. Az egyik, ígéretesnek látszó célzott iskolai prevenciók megoldás a Németországban és Ausztriában bevezetett „Lépésről lépésre” program. Ez a program a tanárokat segíti a tanulók drogfogyasztásának és problematikus viselkedésének felismerésében és kezelésében <sup>(43)</sup>.

A kannabiszra adott válaszokkal foglalkozók számára az egyik különösen nehéz kérdés az, hogy hol kell meghúzni a határt a megelőzési és a gyógykezelési nézőpont között. A kannabiszhasználatot társadalmi, kortárs és személyes tényezők befolyásolják, és ezek a tényezők fontos szerepet játszanak az egyén kábítószer-problémájának hosszú távú kialakulása kockázatában; így tehát a megelőző munka gyakran inkább ezekre a területekre, mint magára a kábítószerre összpontosít (Morral és mások, 2002). Például az osztrák Ausweg projekt értékelése során megállapították, hogy a kannabisz-bűncselekményekért első alkalommal feljelentett fiatalok a feltételezettnél ritkábban tanúsítottak személyiségi hiányosságokat, ami jelzi, hogy a helyzeti, társadalmi és kortárs befolyás fontosságát a droghasználat szempontjából többre kell értékelni, mint az egyéni pszichológiai problémákét (Rhodes és mások, 2003; Butters, 2004). Számos projekt azonban a kannabiszt helyezi a középpontba, és a drogfogyasztásuk csökkentésében nyújt tanácsadást a fiataloknak. Ennek egyik németországi példája a „Quit the Shit” weboldal ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)), amely egy innovatív, honlapalapú tanácsadó program kannabiszhasználók részére.

## Gyógykezelési igényekkel kapcsolatos adatok

Az összes bejelentett körülbelül 480 000 gyógykezelési igény közül első számú kábítószerként az esetek körülbelül 12%-ában a kannabiszt nevezik meg, amivel az a heroin után a második helyet foglalja el. Az 1996–2003 közötti nyolcéves időszak során a kábítószer-problémák miatt gyógykezelt összes új beteg között a kannabisz miatt kezelésért folyamodók aránya sok országban legalább kétszeresére nőtt <sup>(44)</sup>, és a betegek száma is ugyanilyen arányban emelkedett. Ezt az elemzést azonban óvatosan kell kezelni, mivel arra a korlátozott számú országra alapul, amelyek biztosítani tudják az időbeli tendenciák összehasonlításához szükséges adatokat.

Összességében a kannabisz a heroin mögött a második leggyakrabban említett kábítószer a gyógykezelésre első alkalommal jelentkező páciensekről szóló jelentésekben <sup>(45)</sup>. Az országok között jelentősek a különbségek, így Bulgáriában és Lengyelországban az összes páciens 2–3%-a említi meg a kannabiszt, míg Dániában, Németországban, Magyarországon és Finnországban az összes páciens több mint 20%-a <sup>(46)</sup>.

<sup>(41)</sup> <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

<sup>(42)</sup> <http://eddra.emcdda.eu.int>

<sup>(43)</sup> Bővebb információért l. az EDDRA weboldalát: Step by Step ([http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=36](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36)) és Early detection and intervention with regard to problematic drug use and addiction ([http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=2088](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088)).

<sup>(44)</sup> L. a TDI-2 (i. rész) és TDI-3 (iii. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(45)</sup> L. még a kannabiszkezelés iránti igényről szóló kiválasztott témát az EMCDDA 2004-es éves jelentésében (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Az adatok elemzésekor a teljes eloszlás és a tendenciák vizsgálatához az összes kezelést nyújtó központban jelentkező páciens figyelembe vettük, a páciensek profilja és a használati minták pedig a járóbeteg-ellátó központok adatain alapulnak.

<sup>(46)</sup> L. a TDI-2 (ii. rész) és TDI-5 (ii. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

### A gyógykezelési igényekre vonatkozó mutató

A kábítószer-problémára gyógykezelést kereső személyek száma hasznos betekintést nyújt a problematikus kábítószer-használat általános tendenciáinak alakulásába, és segítségével az európai kezelőlétesítmények szervezetéről és felvevőképességéről is átfogó képet nyerhetünk. Az EMCDDA gyógykezelési igény mutatója (TDI) <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup> egységes struktúrát biztosít a kábítószer miatt gyógykezelést nyújtó létesítményekbe utalt páciensek számának és jellemzőinek bejelentéséhez. Bár a TDI-adatok elvileg meglehetősen szilárd és hasznos áttekintést adnak az erre szakosodott kábítószeres szolgáltatókhoz utalt páciensek jellemzőiről, bizonyos technikai okok miatt óvatosan kell eljárni, ha a megállapításokat a teljes szolgáltatási skála klientúrájára szeretnénk kivetíteni. Mivel az adatszolgáltató országok száma évről évre változik, az európai szinten meghatározott tendenciák értelmezésekor szintén körültekintően kell eljárni. Azt is figyelembe kell venni, hogy az adatok lefedettsége országonként változhat (a lefedett egységek adatai megtalálhatók a statisztikai értesítőben), és a gyógykezelési igényekre vonatkozó adatok részben a kábítószer miatti gyógykezelés elérhetőségét is tükrözik az adott országokban.

A gyógykezelési igények adatainak értelmezését és összehasonlítását megkönnyítendő, a következő pontokat kell szem előtt tartani:

- A kábítószer-használat miatt első alkalommal gyógykezelésbe lépő páciensek „új páciensek” megnevezés alatt szerepelnek. Ezt a csoportot az elemzés szempontjából fontosabbnak tekintjük a

kábítószer-használat tendenciáinak mutatójaként. Elemzések készültek az összes páciensről is. Ez a csoport magában foglalja az új pácienseket, illetve azokat, akik az előző évben megszakított vagy befejezett gyógykezelést követően a tárgyalt évben visszatértek a gyógykezelésbe. Nem rögzítették viszont azon páciensek adatait, akik a tárgyalt időszak során az előző években megkezdett gyógykezelést folytatták, megszakítás nélkül.

- Két adattípust gyűjtenek: összefoglaló adatokat a gyógykezelési központok valamennyi típusáról, valamint részletes adatokat a gyógykezelési központok típusai szerint (járóbeteg-ellátó központok, fekvőbeteg-ellátó központok, alacsony küszöbű szervezetek, házi orvosok, kezelőegységek a börtönökben, más típusú központok). A legtöbb ország esetében azonban a járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátó központoktól eltérő központtípusokról csak szórványos információ áll rendelkezésre. Emiatt az elemzés gyakran a járóbeteg-ellátó központokra korlátozódik, mivel ezekről van a legtöbb adat.
- A TDI-adatok értelmezését a 2004-es Reitox-országjelentésekből kivont kvalitatív és a kontextusra jellemző információk is könnyítik.

<sup>(1)</sup> További részletekért l. az EMCDDA weboldalát a gyógykezelési igényekről (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) és innen továbblépve a közös Pompidou-csoport-EMCDDA gyógykezelési igény mutató protokoll 2.0. változatát.

<sup>(2)</sup> Az egyes országok adataforrásait részletesen l. a TDI-1 táblázatban a 2005. évi statisztikai értesítőben.

Az összes országot tekintve, ahonnan adatokkal rendelkezünk, a kannabiszhasználat miatt gyógykezelésre jelentkező páciensek aránya általában magasabb az új páciensek között, mint az összes páciens között; ez alól csak néhány kivétel van, ahol az arányok nagyjából megegyeznek <sup>(47)</sup>. Ezzel együtt az 1996–2003 közötti nyolc éves időszakban a kannabiszfogyasztó páciensek aránya az összes, bármilyen kábítószer-fogyasztás miatt gyógykezelésre jelentkező páciens között 9,4%-ról 21,9%-ra emelkedett <sup>(48)</sup>. Ezzel az elemzéssel azonban óvatosan kell bánni, mivel ez arra a korlátozott számú országra alapul, amelyek biztosítani tudják az időbeli tendenciák összehasonlításához szükséges adatokat.

A gyógykezelésben részesülő drogfogyasztók között a férfiak száma messze meghaladja a nőkéét. A legnagyobb különbséget az arányok között a kannabiszhasználat miatt gyógykezelésre jelentkező új pácienseknél találjuk (4,8 az 1-hez). A férfi-nő arány Németországban, Cipruson, Magyarországon és Szlovákiában magasabb,

Csehországban, Szlovéniában, Finnországban és Svédországban alacsonyabb. Ezek az országok közötti különbségek kulturális tényezőket vagy a kezelőszolgálatok szervezetében lévő esetleges különbségeket is tükrözhetnek <sup>(49)</sup>.

A kannabiszprobléma miatt kezelt személyek általában viszonylag fiatalok; szinte valamennyi, a gyógykezelésre újonnan jelentkező kannabiszfogyasztó páciens 30 év alatti. A speciális kábítószer miatti gyógykezelésben részt vevő tizenévesek esetében gyakoribb az elsődleges kannabiszprobléma diagnózisa, mint a többi korcsoport pácienseinél: a 15 évnél fiatalabbak között a gyógykezelési igények 65%-ánál a kannabisz az ok, a 15–19 évesek körében pedig 59% ez az arány <sup>(50)</sup>.

Az új páciensek kannabiszhasználatának gyakoriságában határozott különbségek vannak az országok között. A napi kannabiszhasználók aránya az új páciensek között Dániában és Hollandiában a legmagasabb, az alkalmi

<sup>(47)</sup> L. a TDI-4 (ii. rész) és TDI-5 (ii. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(48)</sup> L. a TDI-3 (iii. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(49)</sup> L. a TDI-22 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(50)</sup> L. a TDI-10 (ii. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

használókat, illetve a gyógykezelést megelőző hónapban kannabisz egyáltalán nem fogyasztókat a legnagyobb arányban Németországban és Görögországban jegyezték fel<sup>(51)</sup>, ami valószínűleg a gyógykezelésre való beutalás különbségeit tükrözi. Németországban az új kannabispáciensek körülbelül egyharmada alkalmilag használta, illetve a gyógykezelést megelőző hónapban egyáltalán nem használta a kábítószer, máshol viszont ez a csoport mindössze a páciensek 11%-át jelenti, szemben a körülbelül 60% napi fogyasztóval.

## Lefoglalások és piaci információk

### Termelés és kereskedelem

2003-ban a kannabisz változatlanul világszerte a legáltalánosabban termelt és forgalmazott kábítószer volt. A termelés teljes becslését azonban megnehezíti a kannabisz termelésének globális elterjedtsége és ellenőrzésének nehézségei (UNODC, 2003a).

A kannabiszgyanta nagyarányú termelése néhány országban, köztük különösen Marokkóban koncentrálódik, ezzel szemben a kereskedelem igen sok országra kiterjed (CND, 2004, 2005). A marokkói kannabisztermelésről az UNODC és a marokkói kormány (2003) által készített felmérés alapján úgy becsülték, hogy a Rif régió 2003-ban a kannabiszgyanta világszintű termelésének körülbelül 40%-áért felelt (INCB, 2005). Az EU-ban elfogyasztott kannabiszgyanta legnagyobb része Marokkóból származik, és főként az Ibériai-félszigeten keresztül érkezik Európába, bár az EU-országokba való továbbszállítás szempontjából Hollandia is fontos másodlagos elosztóközpont (Bovenkerk és Hogewind, 2002). Az EU-ban 2003-ban lefoglalt kannabiszgyanta forrásországaként említették még többek között Albániát, Afganisztánt, Iránt, Pakisztánt, Nepált és Indiát (Reitox-országjelentések, 2004; INCB, 2005).

A növényi kannabisz termelése továbbra is az egész világon elterjedt, a potenciális termelést legalább 40 000 tonnára becsülik (CND, 2005). Az EU-ban 2003-ban lefoglalt növényi kannabisz származási országai nagy változatosságot mutattak, így szerepelt közöttük Hollandia és Albánia, de afrikai országok (Malawi, Dél-Afrika, Nigéria) és az Egyesült Államok is (Reitox-országjelentések, 2004). Emellett az EU-tagállamok többségében van néhány helyi (szabad földi vagy fedett) ültetvény, ahol kannabisztermékek előállításuk folyik (Reitox-országjelentések, 2004).

### A lefoglalások és piaci adatok értelmezése

Az egy országban történt kábítószer-lefoglalások számát a kábítószerkínálat és elérhetősége szempontjából közvetett mutatónak tekintik, bár ugyancsak tükrözi a bűnüldöző szervek erőforrásait, prioritásait és stratégiáit, valamint a kereskedők sebezhetőségét a nemzeti és nemzetközi készletcsökkentő stratégiákkal szemben. A lefoglalt mennyiségek egyik évről a másikra nagyfokú ingadozást mutathatnak, ha például az adott évben a lefoglalások némelyike nagyon nagy. Emiatt a lefoglalások számát sok országra nézve meg kell vizsgálni, hogy tisztább mutatót kapjunk a tendenciáról. A lefoglalások száma minden országban nagy arányban tartalmaz kiskereskedelmi szinten történt kis lefoglalásokat. A lefoglalt kábítószerkínálat származása és rendelkezési helye jelezheti a kereskedelmi útvonalakat és termelőterületeket, ez az információ azonban nem mindig ismert. A kiskereskedelmi szinten eladott kábítószer tisztaságáról és áráról a legtöbb tagállam beszámol. Az adatok azonban számos különböző, nem mindig összehasonlítható vagy megbízható forrásból származnak, ami megnehezíti az országok közötti pontos összehasonlítást.

### Lefoglalások

2003-ban világszinten összesen 1347 tonna kannabiszgyantát és 5821 tonna kannabisznövényt foglaltak le. A lefoglalt kannabiszgyanta nagyobb része Nyugat- és Közép-Európában (70%), illetve Délnyugat-Ázsiában és a Közel- és Közép-Keleten (21%) került elő, míg a kannabisznövényből lefoglalt mennyiségek elsősorban az amerikai kontinensen (68%) és Afrikában (26%) koncentrálódtak (CND, 2005). A lefoglalások számát tekintve a kannabisz az EU valamennyi országában a vezető helyen állt, Észtország és Lettország kivételével, ahol 2003-ban az amfetaminlefogalások száma magasabb volt. A mennyiség tekintetében szintén általában a kannabiszból foglaltak le a legtöbbet az EU-ban, bár néhány országban ezt 2003-ban más drogokból lefoglalt mennyiségek megelőzték: az amfetamin Észtországban és Luxemburgban, a heroin Magyarországon és a kokain Lengyelországban. Történetileg nézve az EU-n belül a legtöbb kannabiszlefogalás az Egyesült Királysághoz fűződött, mögötte pedig Spanyolország és Franciaország következett, ami valószínűleg most sincs másként<sup>(52)</sup>. Ha azonban a mennyiséget nézzük, az elmúlt öt évben az EU-ban lefoglalt teljes mennyiség több mint fele

<sup>(51)</sup> L. a TDI-18 (iv. rész) táblázatát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(52)</sup> Ezt a hiányzó 2003-as adatokkal összevetve ellenőrizni kell, amint azok elérhetővé válnak. A 2003-as kannabiszlefogalások számáról Olaszország, Ciprus, Hollandia és Románia tekintetében nem voltak adatok; a 2003-ban történt kannabiszlefogalások számát és a lefoglalt kannabisz mennyiségét egyaránt megjelölő adatok Írországról és az Egyesült Királyságról nem álltak rendelkezésre.

Spanyolországban volt található. A kannabiszlefoglalások száma <sup>(53)</sup> az EU szintjén 1998 óta többé-kevésbé emelkedő tendenciát mutatott, bár néhány ország adatainak részleges közlése ezt az állítást kétségessé teszi, a lefoglalt mennyiségek pedig 2000 óta emelkedni látszanak <sup>(54)</sup>.

### Ár és hatás

A kannabiszgyanta kiskereskedelmi ára 2003-ban az EU-ban a spanyolországi grammonkénti 1,4 euro és a norvégiai grammonkénti 21,5 euro között volt, míg

a kannabisznövény ára a spanyolországi grammonkénti 1,1 euro és a Lettországban mért grammonkénti 12 euro között változott <sup>(55)</sup>.

A kannabisztermékek hatását az elsődleges hatóanyag, a tetrahidro-kannabinol (THC) mennyisége határozza meg. Az adatokkal rendelkező országokban 2003-ban a kannabiszgyanta átlagos THC-tartalma kiskereskedelmi szinten 1%-nál kevesebbtől (Lengyelország) 25%-ig (Szlovákia) változott, míg a kannabisznövény hatása 1% (Magyarország, Finnország) és 20% (házi termesztésű, Hollandiában) között mozgott <sup>(56)</sup>.

---

<sup>(53)</sup> L. a SZR-1 (i. rész) táblázat a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(54)</sup> L. a SZR-2 (i. rész) táblázat a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(55)</sup> L. a PPP-1 (i. rész) táblázat a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(56)</sup> L. a PPP-5 (i. rész) táblázat a 2005. évi statisztikai értesítőben.



## 4. fejezet

# Amfetamin típusú serkentők, LSD és egyéb szintetikus kábítószer

A használat előfordulását tekintve szinte minden országban valamilyen szintetikus kábítószer áll a második helyen a jelentések szerint a legáltalánosabban használt kábítószer között. Ezen anyagok teljes használati arányai a népesség egészében jellemzően alacsonyak, a fiatalabb korcsoportokban viszont jóval magasabb előfordulási arányokat találunk, amelyek bizonyos társadalmi körülmények között és/vagy egyes szubkulturális csoportok körében különösen magasak lehetnek.

Az Európában használt szintetikus kábítószer között serkentőszer és hallucinogén egyaránt előfordulnak. Utóbbiak közül messze a legismertebb a lizergénsav-dietilamid (LSD), ugyanakkor ennek általános fogyasztási szintje viszonylag alacsonyak, és elég hosszú ideje nagyjából stabilizálódtak. Egyes jelek arra mutatnak, hogy élénkül az érdeklődés a természetben előforduló hallucinogén anyagok iránt; ezeket a jelentésben később tárgyaljuk.

Az amfetamin típusú serkentőszer (ATS) megnevezés az amfetaminokra és a kábítószer extasy-csoportjára együttesen utal. Az amfetamin számos, a központi idegrendszert serkentő, kémiaileg rokon kábítószer megnevezésére használt gyűjtőnév, amelyek közül az európai tiltott kábítószerpiacot tekintve az amfetamin és a metamfetamin a két legfontosabb. Ezek közül egyértelműen az amfetamin a legáltalánosabban elérhető, bár globálisan nézve a metamfetamin használatának szintje emelkedik. Európában a jelentős metamfetaminhasználat egyelőre Csehországra korlátozódik, bár a máshonnan érkező szórványos jelentések felhívják a figyelmet az ellenőrzés fontosságára, mivel ehhez a kábítószerhez egy sor súlyos egészségügyi probléma kapcsolható.

A kábítószer extasy-csoportjának legismertebb tagja a 3,4-metiléndioxi-metamfetamin (MDMA), de az extasytablettákban olykor más rokon analógok is megtalálhatók. Ezek a kábítószer, amelyeket néha entaktogénnek is neveznek (jelentése: „megérint belül”), olyan szintetikus anyagokat tartalmaznak, amelyek kémiaileg rokonai az amfetaminoknak, de hatásuk némileg különbözik, mivel jellemzően a hallucinogén anyagoknál előforduló hatásokat ötvözik.

## Előfordulás és használatformák

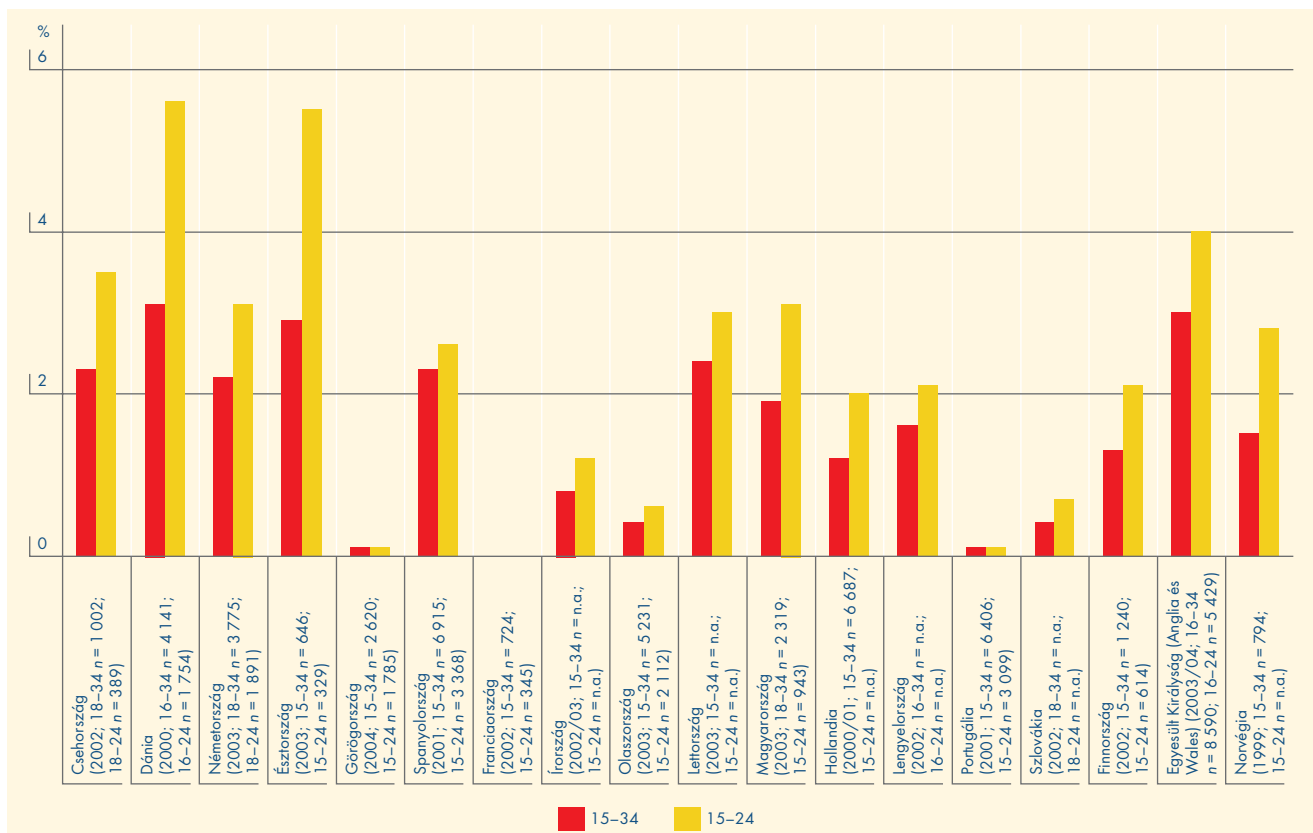
A lakossági felmérések hagyományosan azt mutatják, hogy a kannabisz után az amfetaminok a legelterjedtebben használt tiltott anyagok, azonban használatuk átfogó előfordulása egyértelműen sokkal alacsonyabb a kannabiszénál. Ez a minta most több országban láthatólag változóban van; az extasy használata utolérte az amfetaminokét, és a kannabisz után a második helyre került mind a legutóbbi általános lakossági felmérések, mind az iskolai felmérések alapján. Például a 2003-as ESPAD iskolai felmérésekben (Hibell és mások, 2004) azt állapították meg, hogy az extasyhasználat becslült életprevalenciája az EU, Norvégia és a tagjelölt országok köréből 14 országban meghaladta az amfetaminét<sup>(57)</sup>. Érdemes azonban emlékeztetni arra, hogy az extasy csak az 1990-es években vált népszerűvé, szemben az amfetaminnal, amely hosszabb múltra tekint vissza. Ezt tükrözik felnőtteken nemrégiben végzett felmérések, amelyek szerint az amfetamin életprevalenciája 11 országban, az extasyé 10 országban volt magasabb, ezzel szemben a közelmúltbeli (előző 12 hónap) extasyhasználat 15 országban volt magasabb, az amfetamin használata pedig csak ötben (két országból megegyező számokat jelentettek).

A közelmúltban végzett vizsgálatok szerint az amfetaminhasználat előfordulási gyakorisága a felnőtt népességben (15–64 évesek) 0,1% és 6% között mozog az Európai Unió tagállamaiban, az Egyesült Királyság kivételével, ahol eléri a 12%-ot. A közelmúltbeli használat egyértelműen alacsonyabb, 0% és 1,5% közötti, a skála felső végén Dániával, Észtországgal és az Egyesült Királysággal.

A lakossági vizsgálatokon belül a fiatal felnőttek (15–34 évesek) csoportját tekintve hasonló a kép, itt az amfetamin életprevalenciája 0,1% és 10% között van, csak az Egyesült Királyságból jelentettek rendkívül magas, 18,4%-os arányt. A közelmúltbeli használat 0% és 3% között mozog, ismét Dániával, Észtországgal és az Egyesült Királysággal a skála felső részén (6. ábra). Bár az életprevalencia-adatok az Egyesült Királyságban lényegesen magasabbak a többi országénál, a közelmúltbeli amfetaminhasználat előfordulása (előző

<sup>(57)</sup> L. az EYE-2 (iv. rész) ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

**6. ábra:** A közelmúltbeli (előző év) amfetaminhasználat kiválasztott korú fiatal felnőttek – 15–34 és 15–24 évesek – körében, lakossági felmérések alapján



Megjegyzés: Az adatok az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származnak (l. a GPS-4 táblázatban a 15–34 éves korcsoportot). Egyes országok fiatal felnőttek esetében az EMCDDA által használt standard életkortartománytól enyhén eltérő életkortartományt használnak. Az életkortartománybeli különbségek kismértékben felelhetnek az országok közötti különbségekért.

Forrás: Reitox-országjelentések (2004), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek. L. még a GPS-0 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

12 havi használat) nagyon hasonló a többi országból jelentett arányhoz, és összességében továbbra is csökken.

A 15–16 éves diákok amfetaminhasználatáról új adatok jelentek meg a 2003-as ESPAD felmérésekben<sup>(58)</sup>. Az amfetaminhasználat életprevalenciája 1%-nál kevesebbtől 7%-ig terjed; a legmagasabb országos becslések a kábítószer közelmúltbeli és jelenlegi használatát (előző 30 nap) 4%-ra, illetve 3%-ra teszik.

Az extasyt a felnőtt lakosság 0,2–6,5%-a próbálta ki, ezen belül a legtöbb országban ez az érték az 1–4% közötti tartományba esik. Közelmúltbeli használatot a felnőttek 0–2,5%-ánál jelentettek, a legmagasabb előfordulási adatok Csehországot, Spanyolországot és az Egyesült Királyságot jellemezték.

A fiatal felnőttek (15–34 évesek) 0,6–13,6%-a számolt be az extasy használatában szerzett tapasztalatról. A közelmúltbeli használatról (előző 12 havi előfordulás) 0,4–6%-uk számolt be; a legmagasabb előfordulási arányokat Csehországban, Észtországban,

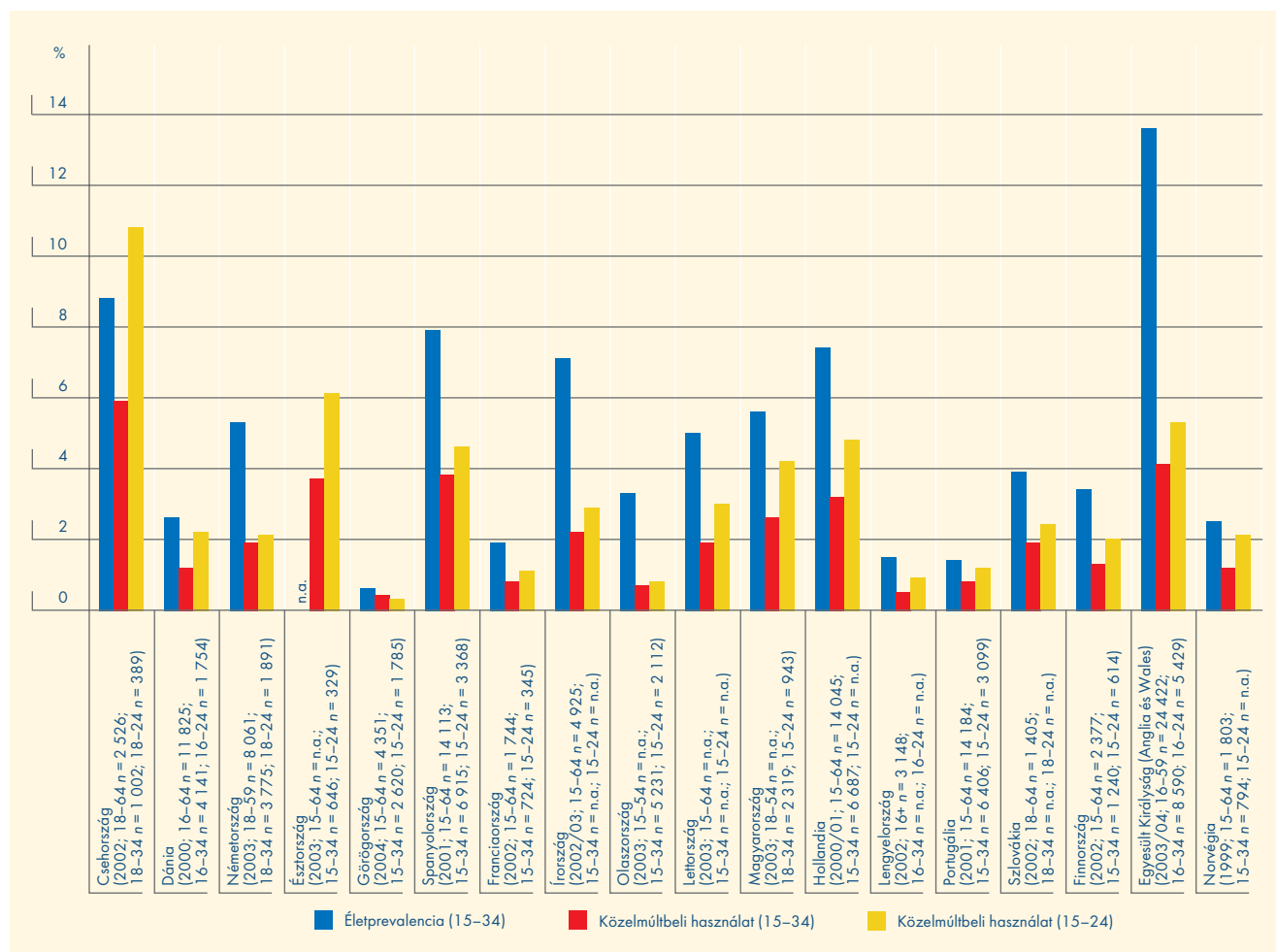
Spanyolországban és az Egyesült Királyságban regisztrálták (7. ábra).

Mivel az extasy fogyasztása elsősorban az ifjúságra jellemző jelenség, érdemes elemezni a 15–24 évesek, illetve a 15–16 éves diákok körében észlelt előfordulási arányokat. A 15–24 éves korcsoportban az életprevalencia-arányok 0,4% és 13% között vannak, míg a közelmúltbeli használat számadatai 0,3%-tól 11%-ig változnak. Ezen túlmenően, mivel a kábítószer-használat aránya ebben a korcsoportban a férfiaknál magasabb, mint a nőknél, a legtöbb országból a 15–24 éves fiúk körében 4–16% közötti életprevalenciát és 2–8% közötti közelmúltbeli használatot jelentenek. A jelenlegi használatról (előző 30 nap) pedig – ami magában foglalná a rendszeres használatot – hét ország tett jelentést, 2–5% közötti arányban, ami azt jelenti, hogy a 15–24 éves férfiaknál 20–50 fő közül egy az extasyt rendszeresen fogyasztja. Ezek az értékek valószínűleg magasabbak a városi területeken, és különösen a diszkókat, klubokat vagy táncos rendezvényeket

<sup>(58)</sup> L. a 2003-as ESPAD iskolai felmérés eredményeinek részletes elemzését a 2. fejezetben.



**7. ábra:** Életprevalencia és közelmúltbeli (előző év) extasyhasználat kiválasztott korú fiatal felnőttek – 15–34 és 15–24 évesek – körében, lakossági felmérések alapján



Megjegyzés: Az adatok az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származnak (l. a 2005. évi statisztikai értesítőben az életprevalencia tekintetében a GPS-2 táblázatot és a 15–34 éves korcsoportban előforduló közelmúltbeli használat tekintetében a GPS-4 táblázatot). Egyes országok fiatal felnőttek esetében az EMCDDA által használt standard életkortartománytól enyhén eltérő életkortartományt használnak. Az életkortartománybeli különbségek kismértékben felelhetnek az országok közötti különbségekért.

Forrás: Reitox-országjelentések (2004), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek. L. még a GPS-0 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

rendszeresen látogató fiataloknál (Butler és Montgomery, 2004).

A 15–16 évesek extasyhasználatára vonatkozó becslések a 15–24 éveseknél tapasztalt arányoknál jóval alacsonyabbak. A felmérésben vizsgált diákoknál az extasy életprevalenciája 0% és 8% között volt, alacsonyabb közelmúltbeli (0–4%) és jelenlegi használat mellett (0–3%). A jelenlegi használat becsült aránya a legtöbb országban 1–2% között változik, kevés különbséggel a két nem tekintetében (Hibell és mások, 2004).

Az összehasonlítás kedvéért: a kábítószer-használatról és az egészségről az Egyesült Államokban végzett 2003-as országos felmérés (SAMHSA, 2003) szerint a felnőttek

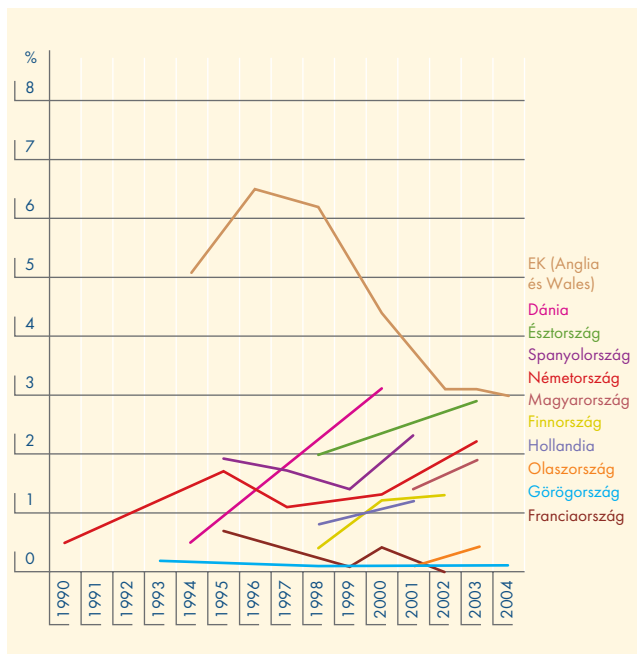
(ez a 12 éves és idősebb személyeket jelenti) 4,6%-a számolt be az extasyval szerzett tapasztalatról, és 0,9%-nál fordult elő közelmúltbeli használat. A 18–25 éves korcsoportból ugyanezen felmérés keretében 14,8% számolt be a kipróbálásról, 3,7% a közelmúltbeli használatról és 0,7% a jelenlegi használatról (előző hónap) <sup>(59)</sup>.

### Tendenciák

Az egymást követő vizsgálatokból származó adatokkal rendelkező országok túlnyomó többségében a lakossági felmérések az amfetamin (8. ábra) és az extasy (9. ábra) közelmúltbeli használatának növekedését jelzik a fiatal felnőtteknél. Az extasy tekintetében Németország és Görögország a kivétel, ahol az előfordulási szintek nem

<sup>(59)</sup> Meg kell jegyeznünk, hogy az amerikai felmérésben használt kortartomány (12 évesek és idősebbek) szélesebb, mint az EMCDDA által az EU felméréseikhez bejelentett (15–64 év). Ezzel szemben a fiatal felnőttekre vonatkozó sáv (18–25 évesek) szűkebb annál, amit az EU felméréseinek többsége alapul vesz (15–24 évesek).

**8. ábra:** A közelmúltbeli (előző év) amfetaminhasználat tendenciái fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében, lakossági felmérések alapján <sup>(1)</sup>

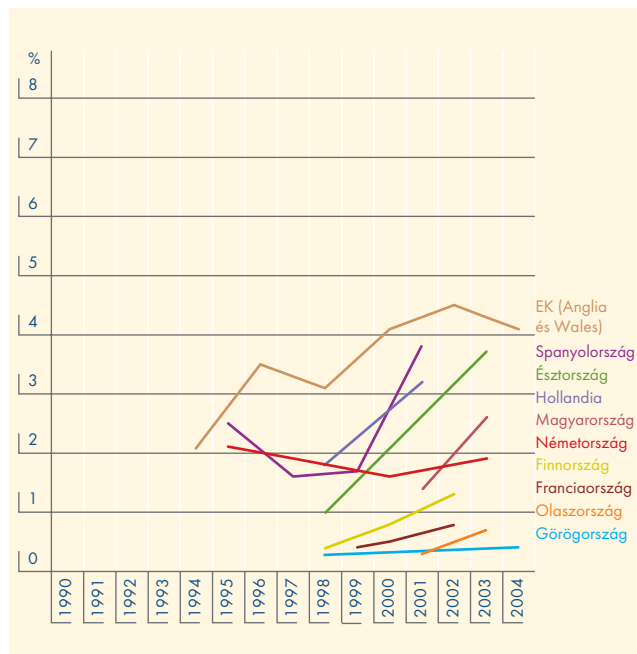


<sup>(1)</sup> A minta méretét (válaszadók) a 15–34 éves korcsoportban az egyes országokban és években a 2005. évi statisztikai értesítőben a GPS-4 táblázat mutatja be.  
 Megjegyzés: Az adatok az egyes országokban rendelkezésre álló országos felmérésekből származnak. Minden felmérés számadatai és módszertana megtekinthető a GPS-4 táblázatban a 2005. évi statisztikai értesítőben.  
 A fiatal felnőttek esetében az EMCDDA a 15–34 év közötti tartományt használja (Dániában és az Egyesült Királyságban az alsó határ 16 év, Németországban, Észtországban [1998] és Magyarországon 18 év). Franciaországban az életkortartomány 1995-ben pedig 18–39 év.  
 Forrás: Reitox-országjelentések (2004), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek. L. még a GPS-0 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

emelkedtek, illetve az Egyesült Királyság, ahol e drogok használatának terjedése az elmúlt években (2002/03) megállt, azonban viszonylag magas szinten (9. ábra).

A fent említettek szerint az extasy használata már sok országban meghaladja az amfetaminét, ami azonban távolról sem jelent visszaesést az amfetamin használatában. A sorozatos felmérésekkel gyűjtött adatokkal rendelkező országok többségében az amfetaminhasználat (közelmúltbeli használat a fiatal felnőttek között) valójában nőtt. Említésre méltó kivétel ez alól az Egyesült Királyság, ahol 1998 óta jelentős csökkenést figyeltek meg az amfetaminhasználatban. Ez arra is magyarázatot adhat, hogy miért olyan kiugróan magas az életprevalencia a közelmúltbeli használat szerényebb szintjeihez viszonyítva. Feltételezhető ugyanakkor, hogy az amfetaminhasználat visszaesését a kokain- és extasyfogyasztás növekedése valamilyen mértékben kompenzálta (l. a 8. és 9. ábrát).

**9. ábra:** A közelmúltbeli (előző év) extasyhasználat tendenciái a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében, lakossági felmérések alapján <sup>(1)</sup>



<sup>(1)</sup> A minta méretét (válaszadók) a 15–34 éves korcsoportban az egyes országokban és években a 2005. évi statisztikai értesítőben a GPS-4 táblázat mutatja be.  
 Megjegyzés: Az adatok az egyes országokban rendelkezésre álló országos felmérésekből származnak. Minden felmérés számadatai és módszertana megtekinthető a GPS-4 táblázatban a 2005. évi statisztikai értesítőben.  
 A fiatal felnőttek esetében az EMCDDA a 15–34 év közötti tartományt használja (Dániában és az Egyesült Királyságban az alsó határ 16 év, Németországban, Észtországban [1998] és Magyarországon 18 év).  
 Forrás: Reitox-országjelentések (2004), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek. L. még a GPS-0 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

## Kezelési igényekkel kapcsolatos adatok

Az ATS használata csak elvétve fordul elő a kábítószer miatti gyógykezelés elsődleges indokaként. Néhány kivétel azért akad: Csehországban, Finnországban és Svédországban az ATS, konkrétan az extasynál nagyobb arányban az amfetaminok az összes elsődleges gyógykezelési igény 18–50%-áért felelnek. Csehországban a bejelentett gyógykezelési igények több mint 50%-a elsődleges metamfetaminproblémára vonatkozik. Ezt tükrözik az új gyógykezelési igények is, ebből a szempontból Szlovákiát is beleértve <sup>(60)</sup>. Ezenkívül az újonnan gyógykezelésre jelentkező és adatokat közlő európai páciensek közül 11% említi az ATS-eket másodlagos kábítószerként <sup>(61)</sup>.

A 2002-es és 2003-as adatok összehasonlításából kiderül, hogy az ATS-használók számának növekvő tendenciája folytatódott (+ 3,5%); 1996 és 2003 között az

<sup>(60)</sup> L. a TDI-4 (ii. rész) és TDI-5 (ii. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(61)</sup> L. a TDI-24 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

ATS miatt gyógykezelésre jelentkező páciensek száma 12 EU-országban 2204-ről 5070-re emelkedett.

Az ATS miatt járóbetegközpontokban gyógykezelésre jelentkező új páciensek közül 78,5% amfetaminokat, 21,4% MDMA-t (extasyt) használ (62). Az extasy miatt jelentkező páciensek aránya Magyarországon, Hollandiában és az Egyesült Királyságban a legmagasabb.

A gyógykezelésre jelentkező ATS-használók közel egyharmada a 15–19 évesek, másik harmada a 20–24 évesek közül kerül ki (63). Az ATS-páciensek nagy többsége 15 és 19 éves kor között használja először a kábítószer (64).

A gyógykezelésben részt vevő ATS-páciensek között egyenlő számban képviseltetik magukat az alkalmi és a mindennapi használók. Azokban az országokban, ahol az amfetaminhasználó páciensek aránya magasabb, a legtöbb páciens heti 2–6 alkalommal használja a kábítószer (65).

Az amfetamin és az extasy beadása elsősorban szájon át történik (58,2%); a páciensek 15%-a azonban injekcióval használja a drogot; néhány országban az ATS-páciensek között 60% fölött van az amfetamint jelenleg injekcióban használók aránya (Csehország és Finnország) (66).

## Az extasyval összefüggő halálesetek

Az opiátokkal összefüggő halálesetekkel összehasonlítva az extasyhoz köthető halálesetek viszonylag ritkák, de néhány országban nem elhanyagolható számban fordulnak elő, ellenőrzésükön pedig még lehet fejleszteni. Az „extasyval összefüggő haláleset” megnevezés jelentheti azt, hogy az extasy szerepelt a halotti bizonyítványon, illetve hogy a toxikológiai vizsgálat kimutatta a jelenlétét (sok esetben más kábítószerekkel együtt) (67).

Bár a jelentéstétel nem harmonizált, a 2004-es Reitox-országjelentésekből kapott adatok azt jelzik, hogy az EU legtöbb országában ritkák az extasyval kapcsolatba hozható halálesetek, különösen az olyanok, ahol kizárólag az extasy lenne okolható. 2003-ban számos országból jelentettek az extasyval összefüggő haláleseteket: Ausztriából (1, kizárólag az extasyval összefüggő haláleset), Csehországból (1, feltehetőleg MDMA-túladagolás miatt bekövetkezett haláleset), Franciaországból (8, az extasyval összekapcsolható eset), Németországból (2, kizárólag az extasyval összefüggő

haláleset és 8 olyan, ahol az extasy más drogokkal kombinálva fordult elő – 2002-ben ugyanez az adat 8, illetve 11 volt), Portugáliából (a kábítószerekkel összefüggő halálesetek 2%-ában észlelték) és az Egyesült Királyságból (az extasyt 2000-ben 49, 2001-ben 76, 2002-ben pedig 75 halotti bizonyítványon „emlétték”). Hollandia hét, akut pszichostimuláns mérgezésnek tulajdonítható halálesetről számolt be, az érintett anyag megnevezése nélkül.

Az extasyval kapcsolatos sürgősségi kórházi ellátásról kevés ország közöl adatokat. Amszterdamban az extasynak tulajdonítható, nem halálos kimenetelű sürgősségi esetek száma (holland országjelentés) 1995 és 2003 között állandó maradt (akárcsak az amfetaminokhoz köthető eseteké), növekedett viszont a hallucinogén gomba és a gamma-hidroxi-butirát (GHB) okozta sürgősségi esetek száma. Dániában (országjelentés) a serkentőszerek által okozott mérgezés miatti kórházi felvételek száma az 1999-es 112 esetről 2003-ban 292 esetre emelkedett; ezekből a kórházi esetekből az extasyhasználathoz köthetők száma 1999-től 2000-ig határozottan emelkedett, anélkül azonban, hogy ezt egyértelmű ilyen irányú tendencia követte volna, míg az amfetaminhasználattal összefüggő kórházi felvételek száma az egész időszakban egyenesen emelkedést mutatott.

## Megelőzés

A mobil prevenciók projektek igazodnak a „rave”-kultúra töredezettségéhez, hogy így a fiatal rekreációs kábítószer-használók célcsoportját még el tudják érni, például az összes „helyszíne” kihelyezett kapcsolattartók segítségével. Azon országok közül, ahol korábban a tablettatesztelés működött, Németországban és Portugáliában megszüntették ezt a gyakorlatot. Hollandiában a tablettatesztelést kizárólag laboratóriumokban végzik, Franciaországban pedig javasolták a helyszíni tablettatesztelés megszüntetését. E változások oka többek között az volt, hogy Nyugat-Európában ritkábban fordultak elő hamisított tabletták, ugyanakkor a gyakorlat törvényessége változatlanul vitatott. Csehországban azonban a tablettatesztelési projektek folytatódtak, bár a médiában rendszeres vita tárgyát képezték.

### Megelőzés rekreációs körülmények között

Az új tagállamok egyre gyakrabban számolnak be rekreációs körülmények között folytatott célzott megelőzési projektekről; különösen Csehország, Ciprus (mobil

(62) L. a TDI-23 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

(63) L. a TDI-11 (i. rész) és TDI-11 (v. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

(64) L. a TDI-10 (i. rész) és TDI-10 (v. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

(65) L. a TDI-18 (iii. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

(66) L. a TDI-17 (iii. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

(67) Az extasyval összefüggő haláleseteket részletesebben az EMCDDA 2004-es éves jelentése tárgyalja

(<http://ar2004.emcdda.eu.int/hu/page038-hu.html>).

információs egységek az éjszakai élet találkozóhelyein), Magyarország (három szervezet), Lengyelország és Szlovénia.

A beavatkozások tartalma jellemzően nem változik, és a legtöbb tagállamban igen hasonló formákat ölt, például drogellenes diszkók, művészeti vagy színházi előadások, médiaanyagok (filmek, rajzfilmek stb.), szemináriumok, mozgó kiállítások és utazási élmények formájában nyilvánul meg (luxemburgi országjelentés).

A strukturális megoldások továbbra is fontosak. Olaszországban, Hollandiában és Skandináviában a hálózatba szervezést tekintik a drogmegelőzés előfeltételének, az éjszakai kultúra befolyásolásának céljával. Ennek érdekében a prevenció szakemberek felveszik a kapcsolatot a rekreációs kábítószer-használat jellemző helyszíneinek tulajdonosaival (a hollandiai „kávézókat” is ideértve), illetve az éjszakai élet más résztvevőivel, így a bárók biztonsági őreivel és alkalmazottaival. Svédországban az ilyen beavatkozásokat próbálják Stockholmon túl más nagyvárosokra is kiterjeszteni. Hollandiában a hasonló rendszerekről készült tanulmány ezzel kapcsolatban azt a következtetést vonta le, hogy „a partik látogatói és szervezői a vártnál sokkal felelősségteljesebb magatartást tanúsítanak az illegális kábítószerekkel szemben” (Pijlman és mások, 2003). Az ilyen jellegű integrált módszerek azzal az előnnyel is járnak, hogy elvonják a nyilvánosság figyelmét a nagyobb partikon folyó illegális drogfogyasztással járó epizódokról és sürgős orvosi esetekről, és ezek helyett a klubhálózat általános kockázatait próbálják tudatosítani a lakosságban. Ebbe a kategóriába tartoznak a biztonságosabb éjszakai életéről szóló útmutatók, amelyek azonban még Európában nem terjedtek el igazán (Calafat és mások, 2003).

A honlapokon nyújtott egyéni on-line tanácsadást viszonylag új módszerként vezették be Ausztriában és Németországban (www.drugcom.de). Ausztriában ugyanezen elv alapján e-mailben is kérhető tanács az új bécsi drogsegélyközponttól, ahol a minőségi szabványokat is kidolgozták (FSW, 2004). A legtöbb drogmegelőzési weboldal azonban többnyire egyszerűen szakértői tanácsokat nyújt, és nem kínál vitafórumot, mivel az ilyen, fogyasztók által vezetett, kölcsönös tanácsadást végző közösség hatékonyságára nincs alapos bizonyíték (Eysenbach és mások, 2004).

## Lefoglalások és piaci információk <sup>(68)</sup>

Az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala (UNODC, 2003a) szerint az ATS-ek (a kémiai rokon amfetamint, metamfetamint és az extasyt magában foglaló szintetikus kábítószerek) termelését nehéz mennyiségi értelemben megállapítani, mivel „készen elérhető vegyszerekből készülnek, könnyen elrejtethők laboratóriumokban”. Becslés szerint viszont a globális éves ATS-termelés körülbelül 520 tonna (UNODC, 2003b). Az ATS globális lefoglalása 2000-ben tetőzött 46 tonnánál, majd rövid visszaesést követően 2003-ban ismét 34 tonnára emelkedett (CND, 2004, 2005).

### Amfetamin

A megszüntetett laboratóriumok száma alapján a globális amfetamintermelés változatlanul Európában koncentrálódik. Amfetamin-laboratóriumokat 2003-ban az EU nyolc országában fedeztek fel (Belgium, Németország, Észtország, Litvánia, Luxemburg, Hollandia, Lengyelország, Egyesült Királyság). A 2003 folyamán az Európai Unióban lefoglalt amfetamin forrásországai főleg Hollandia, valamint kisebb mértékben Lengyelország és Belgium voltak. Rajtuk kívül érkezett még jelentős Észtországban és Litvániában előállított, majd a skandináv országokba szállított amfetaminról is. Az amfetaminkereskedelem továbbra is főként régiókon belül zajlik (Reitox-országjelentések, 2004; CND, 2005).

Az amfetaminlefoglalások nagy része is Európában történt. Nyugat- és Közép-Európában a 2003 folyamán világszerte lefoglalt teljes amfetaminmennyiség 82%-át, Kelet- és Délkelet-Európában 13%-át, a Közel- és Közép-Kelet országaiiban pedig 3%-át találták (CND, 2005). Az elmúlt öt év során a legtöbb amfetamint az Európai Unión belül az Egyesült Királyság foglalta le <sup>(69)</sup>. Az Európai Unió szintjén a korábbi növekedés az amfetaminlefoglalások számában <sup>(70)</sup> 1998-ban, mennyiségében <sup>(71)</sup> pedig 1997-ben tetőzött. A lefoglalások száma 2001-ben és 2002-ben ismét nőtt, de az elérhető adatokkal rendelkező országokban tapasztalt tendenciák alapján ez a növekedés 2003-ban talán megállt vagy csökkent. A lefoglalt mennyiségek szintén ingadoztak, de összességében úgy tűnik, hogy 2002 óta újra nőni kezdtek <sup>(72)</sup>.

Az átlagos felhasználói amfetaminárak 2003-ban a Belgiumban, Észtországban, Görögországban, Lettorságban, Magyarországon, Hollandiában és

<sup>(68)</sup> L. „A lefoglalások és piaci adatok értelmezése”, 42. o.

<sup>(69)</sup> Ezt a hiányzó 2003-as adatokkal összevetve ellenőrizni kell, amint azok elérhetővé válnak. A 2003-as amfetaminlefoglalások számáról Olaszország, Ciprus, Hollandia és Románia tekintetében nincsenek adatok; a 2003. évi amfetaminlefoglalások számát és a lefoglalt amfetamin mennyiségét egyaránt megjelölő adatok Írországról és az Egyesült Királyságról nem álltak rendelkezésre.

<sup>(70)</sup> L. a SZR-7 (i. rész) táblázatát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(71)</sup> L. a SZR-8 (i. rész) táblázatát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(72)</sup> Ezt a hiányzó 2003-as adatokkal összevetve ellenőrizni kell, amint azok elérhetővé válnak, különös tekintettel az Egyesült Királyság adataira.

Szlovákiában regisztrált 10 euro/gramm alatti ártól a norvégiai 37,5 euro/gramm értékig változtak <sup>(73)</sup>. Az amfetamin átlagos eladási tisztasága 7,5% (Németország) és 50% (Norvégia) között mozgott <sup>(74)</sup>.

### Metamfetamin

Globális szinten, a termelt és forgalmazott mennyiség tekintetében a legfontosabb ATS a metamfetamin. 2003-ban a legnagyobb mennyiségeket változatlanul Kelet- és Délkelet-Ázsiában (Kínában, Mianmarban, a Fülöp-szigeteken és Thaiföldön) termelték és foglalták le, őket Észak-Amerika (az Egyesült Államok) követi (CND, 2005). Az európai metamfetamintermelés sokkal kisebb mértékű. 2003-ban titkos metamfetamin-laboratóriumokat fedeztek fel és jelentettek Csehországból, Németországból, Litvániából és Szlovákiából (Reitox-országjelentések, 2004; CND, 2005). Csehországban az 1980-as évek elejétől számolnak be metamfetamintermelésről (UNODC, 2003a); ennek legnagyobb része a helyi fogyasztást szolgálja, bár valamennyit Németországba és Ausztriába is csempésznek (cseh országjelentés, 2004). 2003-ban a cseh hatóságok arról számoltak be, hogy az efedrin (a metamfetamin előanyaga) feketepiaci hiánya következtében nőtt a márkás gyógyszerkészítményekből előállított „pervitin” (helyi metamfetamin) termelése. Bár az EMCDDA nem gyűjt szisztematikusan adatokat a metamfetaminlefoglalásokról, Csehország, Németország, Litvánia és Norvégia mégis beszámolt ilyen, 2003-ban történt lefoglalásokról. Rajtuk kívül Dánia jelentette még a metamfetamin egyre általánosabb jelenlétét a tiltott drogok piacán, Lettország pedig a 2003-ban lefoglalt efedrin (0,8 tonna) mennyiségének növekedéséről számolt be (2002-vel összehasonlítva) (Reitox-országjelentések, 2004).

2003-ban a „pervitin” kiskereskedelmi ára Csehországban 16 és 63 euro/gramm között volt <sup>(75)</sup>, a tisztaság pedig 50–75% között változott <sup>(76)</sup>.

### Extasy

Globális értelemben változatlanul Európa az extasy termelésének fő központja, bár ennek viszonylagos jelentősége, úgy tűnik, csökkenőben van, mivel az extasy gyártása elterjedőben van a világ más területein is, elsősorban Észak-Amerikában, valamint Kelet- és Délkelet-Ázsiában (CND, 2005; INCB, 2005). A leleplezett extasylaboratóriumok száma 2003-ban világszerte

csökkent (CND, 2005); az EU-ban ilyen laboratóriumokat a jelentések szerint Belgiumban, Észtsországnban, Litvániában és Hollandiában találtak (Reitox-országjelentések, 2004; CND, 2005). Az Európai Unióban lefoglalt extasy a jelentések szerint elsősorban Hollandiából, kisebb mértékben Belgiumból származik, bár Észtsországn és az Egyesült Királyságn is szerepel számos jelentésben a forrásországok között (Reitox-országjelentések, 2003).

Az extasykereskedelem még mindig erősen Nyugat-Európában koncentrálódik, bár akárcsak a termelés, az elmúlt néhány évben ez is az egész világn elterjedt (UNODC, 2003a). A 2003-ban lefoglalt mennyiségekből Nyugat- és Közép-Európában 58%-ot, Óceániában pedig 23%-ot találtak (CND, 2005). 2002-ben Hollandia először előzte meg az Egyesült Királyságn az EU-n belül lefoglalt legtöbb extasy tekintetében <sup>(77)</sup>.

Az extasylefoglalások száma <sup>(78)</sup> az EU szintjén az 1998–2001 közötti időszakban rohamosan nőtt. 2002 óta azonban a lefoglalások száma csökkent, és – az adatokat szolgáltató országokban tapasztalható tendenciák alapján – ez a visszaesés valószínűleg 2003-ban is folytatódott. A lefoglalt extasy mennyisége <sup>(79)</sup> 1998-tól 2000-ig meredeken, majd azóta lassabb ütemben emelkedett. 2003-ban azonban a lefoglalt mennyiség szinte valamennyi adatszolgáltató országban csökkent. Az extasylefoglalások 2003-as látszólagos visszaesését (a számuk és mennyiségük terén egyaránt) az EU szintjén azonban meg kell erősíteni az egyelőre hiányzó 2003-as adatokkal – különösen az Egyesült Királyságn adataival –, amint azok elérhetővé válnak.

2003-ban az extasytabletták átlagos utcai eladási ára a nem egészen 5 eurótól (Magyarország, Hollandia) a 20–30 euróig terjedt (Görögország, Olaszország) <sup>(80)</sup>.

2003-ban a legtöbb tiltott kábítószerként árult tablettá elemzésekor pszichoaktív anyagként kizárólag extasyt (MDMA, a hatóanyag) és extasyserű anyagokat (MDEA, MDA) találtak. Dániában, Spanyolországban, Magyarországn, Hollandiában, Szlovákiában és Norvégiában az elemzett ilyen tabletták több mint 95%-a tartalmazta ezeket az anyagokat. Két ország viszont, Észtsországn és Litvánia nagyobb arányban (94%, illetve 76%) számolt be arról, hogy az elemzett tabletták kizárólagos pszichoaktív anyagként amfetamint vagy

<sup>(73)</sup> L. a PPP-4 (i. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(74)</sup> L. a PPP-8 (i. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(75)</sup> L. a PPP-4 (i. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(76)</sup> L. a PPP-8 (i. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(77)</sup> Ezt a hiányzó 2003-as adatokkal összevetve ellenőrizni kell, amint azok elérhetővé válnak. A 2003-as extasylefoglalásokról Olaszország, Ciprus, Hollandia és Románia tekintetében nincsenek adatok; Írországról és az Egyesült Királyságról sem a 2003-ban történt extasylefoglalások számáról, sem a lefoglalt mennyiségről nem voltak adatok.

<sup>(78)</sup> L. a SZR-9 (iv. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(79)</sup> L. a SZR-10 (i. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(80)</sup> L. a PPP-4 (i. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

metamfetamint tartalmaztak. Az extasytabletták MDMA-tartalma nagyon változik mintánként (még az azonos logójú tablettáknál is), országokon belül és országok között egyaránt. 2003-ban a tablettánkénti átlagos hatóanyag-tartalom (MDMA) 54 és 78 mg között volt <sup>(81)</sup>. 2003-ban az extasyként árult tablettákban talált más pszichoaktív anyagok között szerepelt az MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA és 1-PEA (Reitox-országjelentések, 2004).

## LSD

Az LSD gyártása és kereskedelme sokkal kisebb mértékű, mint az ATS-é. 2000-ig az Európai Unióban az Egyesült Királyság foglalta le a legtöbb LSD-t, ám azóta a legnagyobb számú lefoglalást már Németország <sup>(82)</sup> könyvelheti el <sup>(83)</sup>. Az 1998–2002 közötti időszakban az EU szintjén mind az LSD-lefoglalások száma <sup>(84)</sup>, mind pedig a lefoglalt mennyiség <sup>(85)</sup> folyamatosan csökkent, eltekintve egy stagnáló időszaktól 2000-ben. 2003-ban viszont, kilenc év óta először, az LSD-lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiségek egyaránt nőttek. Rendkívül nagy mennyiségeket foglaltak le Spanyolországban, Franciaországban és Lengyelországban. Ez jelezheti az LSD-kereskedelem (és feltehetőleg a -használat) feléledését az EU-ban. Az Európai Unióban 2003-ban egy egységnyi LSD átlagos felhasználói vételára az egyesült királyságbeli 4 euro és az Olaszországi 25 euro ártartományban mozgott <sup>(86)</sup>.

## A korai figyelmeztetési rendszerrel kapcsolatos információk

Az EU új szintetikus kábítószerekről szóló 1997-es együttes fellépése <sup>(87)</sup> keretében létrejött európai Korai Figyelmeztetési Rendszer (EWS) fő célja az új szintetikus kábítószerekre vonatkozó információ gyors összegyűjtése, elemzése és cseréje, amint ezek megjelennek az európai droppiacon. Az EWS a Reitox hálózaton keresztül tartozik az EMCDDA égisze alá, és szoros együttműködést folytat az Europollal, amely országos egységeinek hálózata (ENU-k) révén fontos bűnüldözési információkkal látja el.

2004-ben a tagállamok hat új szintetikus kábítószerrel értesítették az EMCDDA-t, ezzel a megfigyelt anyagok száma 25 fölé emelkedett. Ezek között vannak szubsztituált gyűrűs fenetilaminok (főként a 2C csoportból, valamint a TMA-2, 4-MTA, PMMA stb.), triptaminok (mint a DMT, AMT, DIPT és különböző származékok) és piperazinok (BZP, mCPP). Információt gyűjtöttek és cseréltek ezeken kívül különféle egyéb anyagokról is, például néhány katinonról (mint a szubsztituált pirrolidinek). Nem kérték viszont az Európai Bizottságtól és az Európai Tanácstól az új anyagok kockázatfelmérésének szentesítését, mivel az egyéni/közegészségügyi vagy társadalmi kockázatokról nem volt elég bizonyíték.

Az EWS továbbra is megfigyeli a ketamint és a GHB-t, amelyek kockázatfelmérését 2000-ben végezték el. Bár bizonyos jelek arra utalnak, hogy e két anyag rekreációs körülmények között történő fogyasztása jelentős mértékben terjedhet, a rendelkezésre álló bizonyíték egyelőre nem elegendő az előfordulás számszerűsítéséhez vagy EU-szintű tendenciák meghatározásához.

A jelentések szerint ketamint azonosítottak Belgiumban, Dániában, Görögországban, Franciaországban, Magyarországon, Hollandiában, Svédországban, az Egyesült Királyságban és Norvégiában. Legtöbbször fehér por formájában foglalták le, de Franciaországból és az Egyesült Királyságból folyadék formájában lefoglalt/beszerzett ketaminról is érkezett jelentés. Testfolyadékban és mintákban a legnagyobb számban Svédországban és Norvégiában észlelték (51, illetve 30), de egyik országban sem jeleztek különbséget orvosi és az illegális használat között.

A GHB azonosításáról és előanyagainak – GBL és 1,4-BD (kereskedelmi forgalomban széles körben hozzáférhető vegyi anyagok) – lefoglalásáról Belgium, Csehország, Dánia, Észtország, Franciaország, Hollandia, Finnország, Svédország, az Egyesült Királyság és Norvégia tett jelentést. A GHB-t por és folyadék alakban egyaránt sikerült lefoglalni.

2004 utolsó két hónapja során Belgiumból, Franciaországból, Olaszországból és Hollandiából

<sup>(81)</sup> Ehhez a tartományhoz csak néhány ország, konkrétan Dánia, Németország, Franciaország, Luxemburg és Hollandia adatai szolgálnak alapul.

<sup>(82)</sup> Az éves változások túlmagyarázásának veszélyét elkerülendő, fel kell hívunk a figyelmet az LSD-lefoglalások kis számára.

<sup>(83)</sup> Ezt a hiányzó 2003-as adatokkal összevetve ellenőrizni kell, amint azok elérhetővé válnak. A 2003-as LSD-lefoglalásokról Olaszország, Ciprus, Hollandia és Lengyelország tekintetében nem voltak adatok; a 2003-ban történt LSD-lefoglalások számát és a lefoglalt LSD mennyiségét egyaránt megjelölő adatok Írországról, Máltáról, Szlovéniáról, az Egyesült Királyságról, Bulgáriáról és Romániáról nem álltak rendelkezésre.

<sup>(84)</sup> L. a SZR-11 (i. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(85)</sup> L. a SZR-12 (i. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(86)</sup> L. a PPP-4 (i. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(87)</sup> Az 1997-es együttes fellépés az új szintetikus kábítószerekre vonatkozó információcseréről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről (HL L 167., 1997.6.25.) a következő módon határozza meg az új szintetikus kábítószereket: „azok a szintetikus kábítószerek, amelyek jelenleg nem szerepelnek az Egyesült Nemzetek Szervezetének pszichotróp anyagokról szóló, 1971. évi egyezményének jegyzékeiben, és amelyek hasonló fenyegetést jelentenek az közegészségügyre, mint a fenti egyezmény I. és II. jegyzékében szereplő anyagok, és korlátozott gyógyászati értékkel bírnak”. Ez az előanyagoktól különböző végtermékekre vonatkozik.

számos olyan esetet jelentettek, amikor viszonylag nagy adag atropinnal<sup>(88)</sup> hamisított kokain okozott mérgezést. Amint a kombinált kokain/atropin mérgezés kockázata nyilvánvalóvá vált, az EMCDDA figyelmeztetést küldött az EWS-partnerek részére, amelyben javasolta a hálózataik és különösen az érintett egészségügyi hatóságok tájékoztatását a kokain-/atropinmérgezés jeleiről, hogy a tüneteket még a korai szakaszban diagnosztizálni tudják. Ennek folyományaként sok tagállam korai figyelmeztetésben hívta fel hálózatai vagy egészségügyi hatóságai figyelmét a veszélyre.

2005 májusában az EWS-t megerősítette az 1997-es együttes fellépést felváltó tanácsi határozat (2005/387/IB). A Tanács határozata a fellépés hatókörét valamennyi új pszichoaktív anyagra kiterjesztette (a kábítószerekre és a szintetikus drogokra egyaránt). Ezen túlmenően a mechanizmus lehetővé teszi a gyógyszerkészítmények felvételét az új pszichoaktív anyagokról folytatott információcserébe.

## Nemzetközi fellépés a szintetikus kábítószer előállításának és kereskedelme ellen

Az EU-ban és a nemzetközi együttműködésben egyre inkább felismerik az ellenőrzött anyagok előállításához szükséges előanyagok monitorozásának és ellenőrzésének fontosságát. A heroin, kokain, extasy és hasonló kábítószer előállításához szükséges vegyi anyagokkal kapcsolatos éberség fokozásával lehetőség nyílik az ellátást megszakító vagy akadályozó intézkedésekre. Ezen a területen jelenleg három nagyszabású nemzetközi program működik: a kokain előállításában használt kálium-permanganáttal foglalkozó „Purple” művelet; a heroin előállításában használt előanyag, az ecetsavanhidrid nemzetközi kereskedelmét nyomon követő „Topáz” művelet; valamint a „Prizma projekt”, amelynek fő célja a nyomozást az amfetamin típusú serkentőszer előanyagaként használt anyagoknak a belépési kikötőkben vagy tiltott kábítószert előállító laboratóriumokban való lefoglalásáig elvezetni. E műveletek keretében az INCB-nek az elmúlt két év során összesen 20 227 tranzakciót jelentettek, és vannak arra utaló jelek, hogy ezek a fellépések a kábítószer-termelésre is hatással voltak.

A Prizma projekt különösen fontos a szintetikus kábítószer EU-n belüli termelése szempontjából. Ez a terület nagy kihívást jelent, mivel az ATS termeléséhez felhasználható vegyi anyagok sokaságában számos olyan anyag akad, amelyek törvényes kereskedelmi tevékenységekhez szükségesek, vagy ezek melléktermékei.

A Prizma projekt érdeklődési körébe tartozik még az extasy előállításában használt szafrol nemzetközi kereskedelmének monitorozása; a pszeudoefedrin tartalmazó gyógyszerkészítmények eltérítésének megakadályozása; valamint az 1-fenil-2-propanon tiltott előállításában részt vevő laboratóriumok felderítése. Az e területen végzett munka nehézségei ellenére a Prizma projekt ösztönözni látszik a nemzetközi együttműködést, ami sikeres tiltó intézkedéseket eredményez. Ennek egy példája az INCB (2005) legutóbbi jelentésében ismertetett együttműködés Kína és Lengyelország között, aminek segítségével fényt derítettek az 1-fenil-2-propanon Lengyelországba irányuló nagyarányú csempészetére.

## A szintetikus kábítószer előállítása és kereskedelme elleni európai intézkedések

A szintetikus kábítószer ellátása terén hozandó intézkedésekről szóló végrehajtási tervnek megfelelően a Bizottság az Europollal együttműködve 2003 decemberében jelentést készített a terjesztési hálózatok feltérképezésére irányuló főbb többoldalú projektek jelenlegi helyzetéről és az EU szintjén, a tagállamokban és a tagjelölt országokban e téren szerzett tapasztalatokról. A jelentés kiemelte azokat a fő elemeket, amelyek az ilyen projektekben elengedhetetlenül fontosnak tűnnek a műveleti előnyök megvalósításához. Azt is megállapította, hogy „a szintetikus drogokkal kapcsolatos különféle területekről származó információk és hírszerzés integrált stratégián belüli összevonása előnyökkel járhat”.

Az Europol 2004 decemberében a CASE és a GENESIS projekt összevonásával létrehozta a Synergy projektet, amely egy húsz tagállam és egyes harmadik országok, az EILCS (Europol Illicit Laboratory Comparison System) és az EELS (Europol Ecstasy Logo System) támogatásával létrejövő elemzési akta (AWF). A projekt továbbra is támogatja az „Átfogó cselekvés a szintetikus drogok ellen Európában” (Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe, CASE) projektet, az amfetamin-profilozással foglalkozó svéd kezdeményezést, valamint a hat tagállam szakértőit összefogó EJUP (European Joint Unit on Precursors) egységet.

Az AWF összetevő biztosítja a szintetikus drogokkal és előanyagokkal kapcsolatos magas szintű bűnügyi hírszerzés adatainak összegyűjtését és elemzését. Kiemelt figyelmet fordítanak a bűnözőcsoportokra és/vagy a meghatározó működési módokra.

Az EILCS összegyűjti a szintetikus kábítószereket előállító laboratóriumokról és a hozzájuk tartozó vegyi személtérakó helyekről szerzett fényképeket és műszaki információkat, és így lehetőséget teremt a lefoglalt felszerelések, anyagok és vegyi anyagok közötti

<sup>(88)</sup> Az atropin egy anticholinergikus hatóanyag, amely az *Atropa belladonna* természetesen előforduló alkaloidja. A súlyos mérgezés halálos lehet.

összefüggések felderítésére, az információcsere kezdeményezésére, a nyomozás támogatására, a bizonyítékszerzési célú igazságügyi szakértői vizsgálatokra, illetve a bűnsegéd és társult bűnözőcsoportok azonosítására és leleplezésére. Az Europol az EILCS-en keresztül európai fókuszpontként tevékenykedik a Prizma projekt – Berendezések ágában, amely az ENSZ INCB – a tablettázógépek és a szintetikus drogok előállításában használt más felszerelések felkutatásának – világméretű nyomozástámogató programja.

Az EELS a jelentős lefoglalások esetében a működési módról fényképi és alapvető igazságügyi információt állít össze, amivel lehetővé teszi a lefoglalások közötti, illetve az azokból vett minták közötti egyezések azonosítását, a bűnüldözési információcsere, további nyomozás és bizonyítékszerzési célú igazságügyi profilkészítés kezdeményezését, és a bűnözőcsoportok leleplezését. A szintetikus drogok előállításához használt felszerelések katalógusát (Europol Synthetic Drug Production Equipment Catalogue) és az Europol Ecstasy Logo katalógusát rendszeresen frissítik és közzéteszik.





## 5. fejezet

### A kokain és a krekk (crack)

#### A kokainhasználat előfordulása és használatának formái

A legfrissebb országos felmérések alapján a felnőtt lakosság 0,5–6%-a vallotta, hogy életében már legalább egy alkalommal kipróbálta a kokaint (életprevalencia), az élen Olaszországgal (4,6%), Spanyolorzággal (4,9%) és az Egyesült Királysággal (6,8%). Közelmúltbeli kokainfogyasztásról (előző 12 hónap) a felnőttek kevesebb mint 1%-a számolt be; a legtöbb országban ez az adat 0,3% és 1% között volt. Spanyolországban és az Egyesült Királyságban a közelmúltbeli előfordulási arányok meghaladták a 2%-ot.

Bár a kokain előfordulási adatai egyértelműen alacsonyabbak, mint a kannabiszra vonatkozó összehasonlítható adatok, a fiatal felnőttek közötti használat szintje sokkal nagyobb lehet, mint a népesség átlaga. A fiatal felnőttek (15–34 évesek) között az előfordulás 1% és 11,6% között mozog, a legmagasabb szinteket ismét Spanyolországban (7,7%) és az Egyesült Királyságban (11,6%) mérték. A közelmúltbeli használat 0,2% és 4,6% között mozog, 2% felett van Dániában, Írországban, Olaszországban és Hollandiában; Spanyolországban és az Egyesült Királyságban pedig meghaladja a 4%-ot.

A kokainhasználat a férfiak között gyakoribb. Például a Dániában, Németországban, Spanyolországban, Olaszországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban készült felmérések a 15–34 éves férfiaknál 5–13% közötti életprevalenciát találtak. A közelmúltbeli használat hat országban 3% fölött volt, közülük Spanyolország és az Egyesült Királyság 6–7%-os arányokról számolt be (10. ábra).

A népességben a kokain használata a fiatal felnőttkori kísérleti időszakot követően vagy megszakad, vagy alkalmasszerűen, azaz főleg hétféteken és kikapcsolódási

körülmények között (bárokban és diszkókban) fordul elő. Néhány országban azonban a rendszeres használat bizonyos formái sem elhanyagolhatóak.

Spanyolországban, Olaszországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban a fiatal férfiak (15–34 évesek) 1,5–4%-a számolt be jelenlegi használatról (előző 30 nap). A városi területeken a kokainhasználat aránya valószínűleg lényegesen magasabb.

Egy nemrégiben több város részvételével elvégzett vizsgálat kimutatta, hogy a társadalmilag integráltak nevezhető fogyasztók (diszkókban, klubokban vagy magánkapcsolatok segítségével toborzott) túlnyomó többsége (95%) szippantotta a kokaint; csak töredékük próbálta elszívni vagy fecskendezni az anyagot (Prinzleve és mások, 2004).

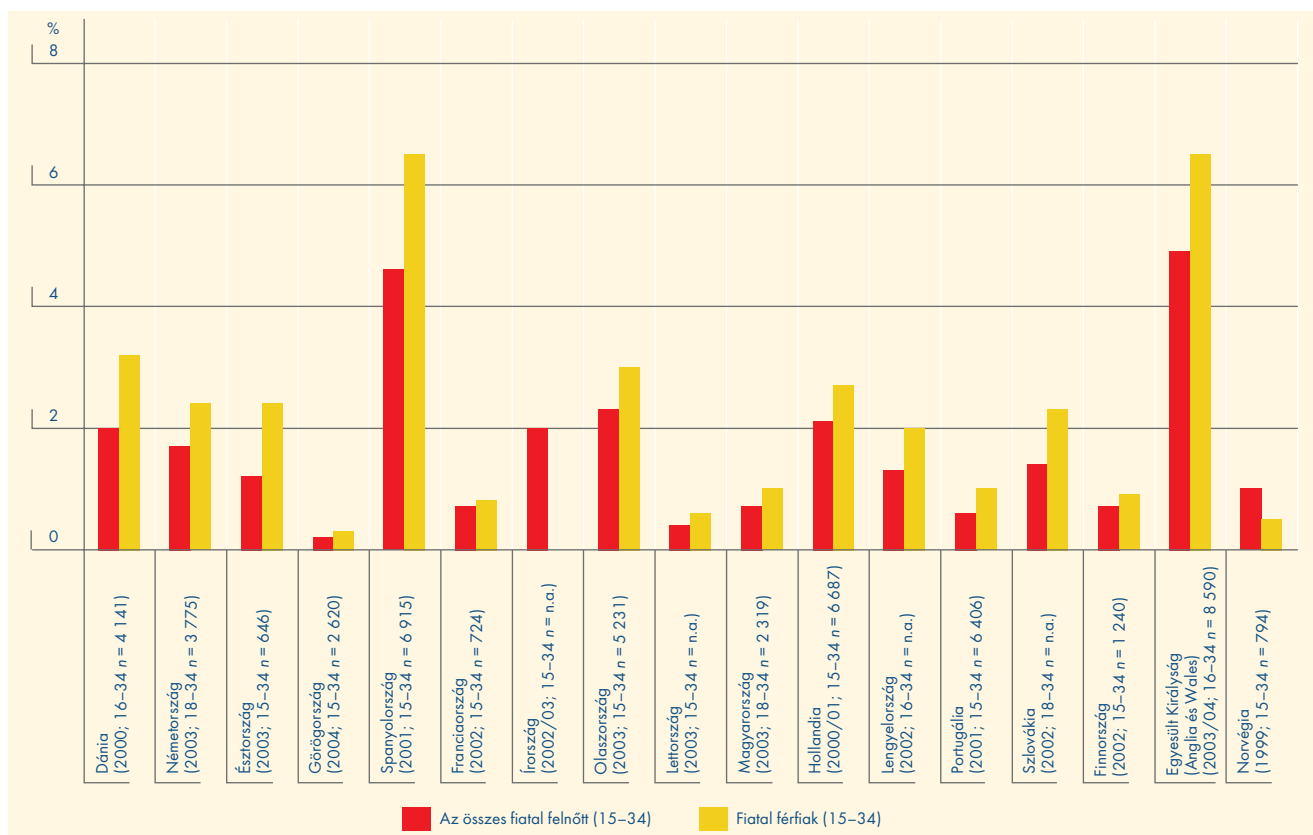
A közelmúltbeli kokainfogyasztás (múlt évi előfordulás) nagyon durva becslésével, az összes felnőtt közül átlagosan 1%-os előfordulással számolva egész Európára 3–3,5 millió főt kapunk. A jelenlegi használat arányaival számolva durván 1,5 millió fogyasztóról van szó<sup>(89)</sup>.

Európán kívüli összehasonlítási pontként az Egyesült Államokban 2003-ban egy egészségügyi és kábítószerhasználatra vonatkozó országos felmérésben (SAMHSA, 2003) a felnőttek (12 évesek és idősebbek) 14,7%-a vallotta be, hogy életében már használt kokaint, és 2,5%, hogy az előző 12 hónapban használt kokaint<sup>(90)</sup>. A 18–25 éveseknél az előfordulási arány 15% (életprevalencia), 6,6% (előző 12 hónap), illetve 2,2% (előző hónap) volt. A 18–25 év közötti férfiaknál ez 17,4%, 8,2%, illetve 2,9% volt. A kokainhasználat életprevalenciája összességében a lakosság egészét tekintve az Egyesült Államokban magasabb, mint a magas előfordulási arányokkal rendelkező európai országokban. Ez a különbség azonban a használatra vonatkozó frissebb felmérések eredményei tükrében már nem olyan nyilvánvaló, hiszen néhány európai országból az amerikai adatokat meghaladó becslésekről számoltak be.

<sup>(89)</sup> Ezek a nagyon durva becslések egyszerűen az országos előfordulási arányok tartományának középső részén szereplő előfordulási arányokon alapulnak (l. a GPS-1 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben). Meg kell jegyeznünk, hogy számos nagy népességű országban (Németország, Spanyolország, Olaszország, Hollandia és az Egyesült Királyság) viszonylag magasak az előfordulási arányok, sok esetben magasabbak a számításhoz használt tartományánál.

<sup>(90)</sup> Meg kell jegyeznünk, hogy az amerikai felmérésben használt kortartomány (12 évesek és idősebbek) szélesebb, mint az EMCDDA által az EU felméréseihez bejelentett (15–64 év). Ezzel szemben a fiatal felnőttekre vonatkozó sáv (18–25 évesek) szűkebb annál, amit az EU felméréseinek többsége alapul vesz (15–24 évesek).

10. ábra: A közelmúltbeli (előző év) kokainhasználat az összes fiatal felnőtt, illetve a fiatal férfiak körében, országos felmérések alapján



Megjegyzés: Az adatok az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származnak (I. a GPS-4 táblázatban a 2005. évi statisztikai értesítőben).

Egyes országok fiatal felnőttek esetében az EMCDDA által használt standard életkortartománytól enyhén eltérő életkortartományt használnak. Az életkortartománybeli különbségek kismértékben felelhetnek az országok közötti különbségekért.

Forrás: Reitox-országjelentések (2004), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek. L. még a GPS-0 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

## Tendenciák a kokainhasználatban

A kokainhasználat lakossági vizsgálatokon alapuló egyértelmű európai tendenciáit továbbra is nehéz meghatározni (lásd a kannabisz tendenciáiról szóló szakaszt). A kokainfogyasztás európai növekedéséről azonban számos forrásból érkeztek figyelmeztetések, így a helyi felmérésekből, táncos helyszíneken végzett célzott vizsgálatokból, a lefoglalások mutatóinak növekedéséről és a problémákkal (halálozások, sürgősségi esetek) kapcsolatos mutatók bizonyos mértékű növekedéséről szóló jelentésekből.

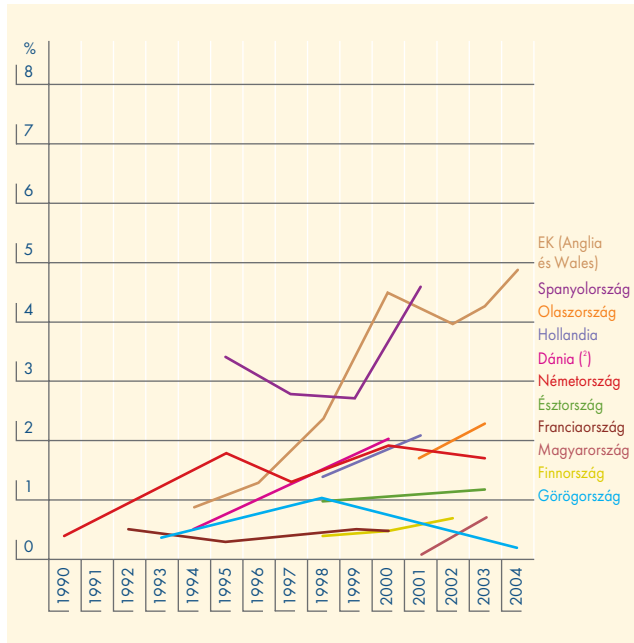
A fiatalok közelmúltbeli kokainhasználatára 1996-tól 2000-ig jelentősen nőtt az Egyesült Királyságban – azóta viszont viszonylag állandó maradt, bár az elmúlt években enyhe növekedést figyeltek meg –, illetve Spanyolországban<sup>(91)</sup> 1999-től 2001-ig. Kevésbé markáns növekedést észleltek Dániában, Olaszországban, Magyarországon, Hollandiában és Ausztriában (a helyi felmérések szerint), továbbá Németországban, némi ingadozásokkal az 1990-es évek során (11. ábra).

## A kokainnal összefüggő halálozások

A kokainhasználat egészségügyi kockázataival kapcsolatban egyre növekvő aggályok merültek fel, különösen a néhány országban megfigyelhető, növekvő tendenciát mutató rekreációs kokainhasználat miatt, ami különösen a fiatalok csoportjai által látogatott helyszíneken (diszkókban, klubokban) jellemző. Bár a kokainnal összefüggő halálozások pontos számát nehéz felbecsülni, ez a mérőszám a fokozott kockázat hasznos mutatója lehetne, illetve segítené felismerni a kockázatos használatformákat. Ugyan Európában ritkának tűnnek az olyan akut halálozások, amikor a kokain opiátok nélkül van jelen, valószínűsíthető, hogy a jelenlegi statisztika nem tartja nyilván megfelelően a kokainnal összefüggő halálozásokat. A kokain okozta halálozásokról európai szinten korlátozott információ áll rendelkezésre, és a jelentések formája is különböző. A kokainfogyasztás az opiáthasználók között gyakori, ezért az opiát túladagolások toxikológiai elemzése gyakran kimutatja a kokaint is, az egyéb anyagokon, pl. alkoholon és benzodiazepineken kívül.

<sup>(91)</sup> A jelentésben való szerepeltetéshez túl későn érkezett az az információ, amely stabilizálódásra utal a 2003-as felmérésekben (az előző évi előfordulás a fiatal felnőttek körében 4,8%, szemben a 2001-es 4,6%-kal).

**11. ábra:** A közelmúltbeli (előző év) kokainhasználat tendenciái fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében, lakossági felmérések alapján <sup>(1)</sup>



<sup>(1)</sup> A minta méretét (válaszadók) a 15–34 éves korcsoportban az egyes országokban és években a 2005. évi statisztikai értesítőben a GPS-4 táblázat mutatja be.

<sup>(2)</sup> Dániában az 1994-es érték a „kemény drogoknak” felel meg.  
Megjegyzés: Az adatok az egyes országokban rendelkezésre álló országos felmérésekből származnak. Minden felmérés számadatai és módszertana megtekinthető a GPS-4 táblázatban a 2005. évi statisztikai értesítőben.

A fiatal felnőttek esetében az EMCDDA a 15–34 év közötti tartományt használja (Dániában és az Egyesült Királyságban az alsó határ 16 év, Németországban, Észtországban [1998] és Magyarországon 18 év). Franciaországban az életkortartomány 1992-ben 25–34 év volt, 1995-ben pedig 18–39 év.

Forrás: Reitox-országjelentések (2004), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek. L. még a GPS-0 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

Kokain okozta halálozásokról 2003-ban számos ország tett jelentést (Reitox-országjelentések): Németország (25 esetben a kokain egymagában, 93 esetben más drogokkal kombináltan volt jelen; 2002-ben a megfelelő számadat 47, illetve 84), Franciaország (10 halálozást kizárólag a kokain miatt, egy esetben pedig egy gyógyszerrel együtt), Görögország (két kokain okozta eset), Magyarország (négy kokaintúladozós halálozást), Hollandia (17 halálozást a kokain miatt 2003-ban, az 1994-es két esettől a 2002-es 37 esetig növekvő tendenciával), Ausztria (a kábítószerrel összefüggő halálozások 30%-ában találtak kokaint, de egymagában csak három esetben, illetve egy esetben gázzal együtt), Portugália (a kábítószerrel összefüggő halálozások 37%-ában találtak kokaint) és az Egyesült Királyság (a kokain „emléke” a halotti bizonyítványokon a 2000-es

85-ről 2001-re 115-re, 2002-re pedig 171-re emelkedett, az 1993–2001 közötti időszakban összesen nyolcszoros növekedés következtében). A 2003-as Reitox-országjelentésben Spanyolország arról számolt be, hogy 2001-ben a kokain az összes kábítószerrel összefüggő halálozást 54%-ában volt jelen; 39 esetben (az összes kábítószerrel összefüggő halálozást 8%-a) a halál opiátok nélkül következett be, ezek közül 21-et kizárólag a kokain okozott, ötöt pedig a kokain és az alkohol együttesen.

A rendelkezésre álló információk korlátozottsága ellenére úgy tűnik, hogy a kokain a kábítószerrel összefüggő halálozások 1–15%-ában játszott meghatározó szerepet azokban az országokban, amelyek a halált okozó kábítószer típusa szerint differenciált adatokat tudtak közölni; számos ország (Németország, Spanyolország, Franciaország és Magyarország) a kábítószerrel összefüggő halálozások arányát körülbelül 8–12%-ban jelölte meg. Bár ezeket az eredményeket nagyon nehéz Európa egészére kivetíteni, ez évi több száz, kokainnal összefüggő halálozást jelenthet az EU szintjén. Igaz, hogy a számadatok jóval alacsonyabbak az opiátok okozta halálozások számánál, a kokainnal összefüggő halálozások ezzel együtt komoly és feltehetőleg növekvő problémát jelent; abban a néhány országban, ahol a tendenciákat meg lehet becsülni, általában növekedést mutat.

A kokain fontos közrejátszó lehet a szív- és érrendszeri problémák (ritmuszavar, szívizominfarktus, agyvérzés; l. Ghuran és Nolan, 2000) miatti halálozásokban, különösen az erre fogékony használók körében, és sok ilyen eset észrevétlen maradhat.

## Kezelési igényekkel kapcsolatos adatok <sup>(92)</sup>

Az opiátok és a kannabisz mögött a kokain a harmadik leggyakrabban megnevezett fő kábítószer a drog miatt gyógykezelésre jelentkezők beszámolójában, és az EU egészét tekintve az összes gyógykezelési igény körülbelül 10%-áért felel. Ez az átfogó szám azonban nagy változatosságot rejt az egyes országok szintjén: a legtöbb országban a kokain miatti gyógykezelési igények száma viszonylag alacsony, de Spanyolországban és Hollandiában a kokainhasználat miatt gyógykezelésre jelentkezők aránya 26%, illetve 38% <sup>(93)</sup>. A legtöbb országban az elsődlegesen kokainhasználat miatt gyógykezelést kérő új páciensek aránya magasabb, mint az összes pácienshez képest képviselt arányuk <sup>(94)</sup>. A kokaint másodlagos drokként a járóbeteg-ellátó központokban gyógykezelésre jelentkező új páciensek 13%-a nevezte meg <sup>(95)</sup>.

<sup>(92)</sup> Az adatok elemzésekor a teljes eloszlás és a tendenciák vizsgálatához az összes kezelést nyújtó központban jelentkező páciens figyelembe vettük, a páciensek profilja és a használati minták pedig a járóbeteg-ellátó központok adatain alapulnak.

<sup>(93)</sup> L. a TDI-5 (ii. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben. Spanyolország adatai 2002-re vonatkoznak.

<sup>(94)</sup> L. a TDI-4 (ii. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(95)</sup> L. a TDI-24 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

Sok ország számolt be a kokainhasználat növekedéséről a gyógykezelésre jelentkező páciensek között; a kokainhasználat miatt gyógykezelésre jelentkező új páciensek aránya 1996–2003 között 4,8%-ról 9,3%-ra nőtt, az elsődleges kokainhasználat miatt gyógykezelést igénylő új páciensek száma pedig 2535-ről 6123-ra emelkedett. Hollandiában 2003-ban első ízben, a kokainhasználat miatt gyógykezelésre jelentkező új páciensek száma meghaladta az opiáthasználat miatt gyógykezelést igénylőkéét. A Londonban összegyűjtött gyógykezelési adatok elemzése alapján az 1995–96 és 2000–01 közötti időszakban a kokaint fogyasztó páciensek száma több mint kétszeresére nőtt (GLADA, 2004), igaz, a kiinduló érték alacsony volt (735-ről 1917-re).

Ezeket az adatokat valószínűleg befolyásolja a krekk kokain (szívható kokainbázis) egyelőre kicsi, de növekvő problémája, amelyről Hollandiából és az Egyesült Királyságból egyaránt érkeztek jelzések, mivel ezekben az országokban a krekk-kokain-páciensek számának növekedését észlelték az elmúlt évek során. Bár a problematikus használók száma alacsony, a fogyasztók láthatólag néhány nagyobb városi területen koncentrálnak, így legjobban a városi alapú megfigyelési jelentésekből tűnnek ki.

A krekk kokain használói általában a kokainport használókétól eltérő társadalmi háttérrel rendelkeznek. A krekk kokain fogyasztói esetében valószínűbb a hátrányos társadalmi helyzet, és bizonyos jelek arra utalnak, hogy az etnikai kisebbségi populációk különösen sebezhetőek: Londonban a gyógykezelésre jelentkező feketék kétharmada elsődleges krekk-kokain-használó (GLADA, 2004), Hollandiában pedig a krekk kokain miatt kezelt páciensek 30%-a nem holland származású. A krekk kokain okozta aggodalmak ellenére emlékeztetnünk kell arra, hogy – bár a kábítószer kifejezett kárt okoz a használónak és az őt körülvevő közösségnek egyaránt – ez a probléma továbbra is erősen Európára lokalizálódik. Meg kell jegyezni, hogy a krekk-kokain-pácienseket ezen belül is túlnyomó részben két országból jelentették (Hollandia és az Egyesült Királyság).

Összességében nézve az Európában felmerülő, kokain miatti gyógykezelési igények többsége nem köthető a krekk kokainhoz. Az új kokainos páciensek 70%-a kokain-hidrokloridot (kokainport) használ (legtöbbször szippantják a kábítószer), és a maradék 30% használja a krekk kokaint. Az új kokainpáciensek nagyjából 5%-a befecskendezi a kokaint.

Az elsődleges kokainhasználat miatt gyógykezelést igénylő új páciensek többsége férfi (a férfiak és nők

aránya 3,7:1). A nemek megoszlásában az országok között különbségek mutatkoznak<sup>(96)</sup>. Olaszországban egy serkentőszerek, főként kokain használata miatt gyógykezelést kérő pácienseken végzett vizsgálat azt mutatta ki, hogy a fogyasztók között a nők közel ugyanolyan arányban vannak jelen, mint a férfiak, a kokain és más serkentőszerek miatt gyógykezelést kérők között viszont a nemek aránya erősen eltolódik a férfiak javára (Macchia és mások, 2004).

A kokaint elsődleges droként használó új páciensek az átlagot tekintve idősebbek a többi drogfogyasztónál (az átlagéletkor 30 év, ezen belül a többség 20–34 év közötti); a páciensek kisebb, de nem jelentéktelen hányada a beszámolóik szerint a 35–39 éves korcsoportba tartozik<sup>(97)</sup>.

A kokaint gyakran más kiegészítő kábítószerrel, sokszor kannabisszal (40%) vagy alkohollal (37%) kombináltan használják. A kábítószeret injektálók között végzett helyi vizsgálat azt mutatta, hogy egyes területeken kezd népszerűvé válni a heroin és kokain egy injekcióban beadott kombinációja (ezt a kábítószeret injektálók olykor a „speedballing” néven említik). Ha ez így is van, a legtöbb ország átfogó gyógykezelési igényekről jelentett adataiból ez nem tűnik ki, ezek szerint ugyanis csak a páciensek kis része számolt be a kokain és a heroin kombinált használatáról. Ez azonban nem mondható el mindegyik országról; így például Hollandiában a kokainhasználókra vonatkozó gyógykezelési igények adatainak elemzése arra utal, hogy sok kokainfogyasztó valójában polidrogfogyasztó, és hogy a legnagyobb csoport a kokaint és heroint egyaránt használókból áll (Mol és mások, 2002).

## A problematikus kokainhasználat gyógykezelése

A problematikus kokainhasználók gyógykezelésére – az opiáthasználat miatt szenvedőkkel ellentétben – nincs általánosan elfogadott és elterjedt farmakológiai kezelés. A tünetek szisztematikus enyhítését szolgáló gyógyszereket olykor felírhatnak a kokainhasználók részére, de ezek általában rövid távúak, és csak a kokainhasználattal összefüggő problémák, például a feszültség vagy az alvászavar csökkentésére irányulnak. Hosszabb távú gyógykezelésre a kokainhasználóknak rendszerint az általános kábítószer-kezelőszolgálatok keretében nyílik lehetőségük. Összességében azonban a kokainproblémákkal küzdő fogyasztók gyógykezelési lehetőségei fejletlennek tűnnek (Haasen, 2003). Ez talán kezd megváltozni, mivel néhány országban új gyógykezelési módokat dolgoznak ki a kokainproblémával

<sup>(96)</sup> L. a TDI-22 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben és *A férfiak és nők közötti különbségek a kábítószer-használati formákban* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

<sup>(97)</sup> L. a TDI-10 (i. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

küzdő páciensek célzott gyógykezelésére; erre példa az Angliában jelenleg fejlesztés alatt álló, kifejezetten a krekk kokain használatára specializálódott szolgálatok létrehozása (NTA, 2003).

A kokainproblémák gyógykezeléséről szóló szakirodalom többsége amerikai tanulmányokból származik, ezért az európai viszonyokat nem feltétlenül tükrözi. A problematikus kokainhasználat gyógykezelésének értékelése sajnálatos módon az EU-ban még mindig ritka, részben egyszerűen abból a tényből eredően, hogy a kezelőszolgálatok történetileg nézve viszonylag ritkán találkoztak kokainproblémákkal. A kokain miatti gyógykezelés szakirodalmának egy rendszerezett európai áttekintése (Rigter és mások, 2004) megjegyezte, hogy a problematikus kokainhasználók között a gyógykezelés betartása általánosan alacsony szintű, és nagyarányú a visszaesés. Egyes bizonyítékok azt igazolják, hogy a pszichoterápia segíthet a fogyasztás csökkentésében, az akupunktúra hatékonyságát viszont a kokainproblémák kezelésében nem sikerült határozott bizonyítékokkal alátámasztani. Ezeket a megállapításokat azonban a terület terápiás beavatkozásaira nézve irányadó szilárd európai bizonyítékbázis hiányával együtt kell figyelembe venni. Például az sem derült még ki egyértelműen, hogy a kifejezetten a kokainra irányuló beavatkozások hatékonyabbak-e, mint a problematikus kokainhasználók bevonása egy nem drogspecifikus általános gyógykezelési programba. Nyitott kérdés továbbá, hogy ki lehet-e fejleszteni egy olyan farmakológiai kezelést a problematikus kokainhasználók számára, amely a „standard kezelési lehetőséget” jelentené, ahogyan a metadon és buprenorfin standard módszerré vált a problematikus opiáthasználat kezelésében. Meg kell jegyezni, hogy jelentős különbség van az opiát kábítószer, illetve a serkentőszer és a kokain testi hatásmechanizmusai között, ami azt jelenti, hogy a kábítószer okozta problémákra adható terápiás válasz is valószínűleg igen eltérő lehet. Az Egyesült Államokban jelenleg olyan beavatkozások kifejlesztésén dolgoznak, amelyek ideiglenesen blokkolnák a kokainhasználat hatását a fogyasztóra; egyelőre érdeklődve várjuk, hogy az említett munka nyomán születnek-e új kezelési lehetőségek a jövőben.

## Az egészségügyi ártalmak csökkentése

Az elmúlt néhány évben a kokain és krekk kokain használatával járó egészségügyi ártalmak megelőzésére és csökkentésére irányuló intézkedések gyors fejlődést mutattak, és új, kifejezetten a kokainra és a krekkre vonatkozó információk váltak elérhetővé, különösen az interneten keresztül. Belgiumban, Franciaországban és Portugáliában a telefonos segélyvonalakon minden

korábbinál több információkérés futott be a kokainról és a krekk kokainról, bár ezek a hívások százalékban még mindig messze elmaradtak a legális drogokra és a kannabiszra vonatkozó kérdésektől. Szaporodik a kábítószerekkel foglalkozó szolgálatok munkatársai részére nyújtott továbbképzések száma a kokain és krekk kokain használatából eredő problémák megfelelő kezeléséről sok olyan helyszínen, ahol ez a jelenség viszonylag újnak számít (a hétvégi forgatag Dublinban vagy a technoelet Bécsben).

A központi nagyvárosokban a kokain és krekk kokain használói szaktanácsadáshoz és gyógykezelési ajánlatokhoz juthatnak, például: Frankfurtban (Suchthilfzentrum Bleichstrasse: [www.drogenberatung-ij.de](http://www.drogenberatung-ij.de)), Barcelonában (Hospital Vall d'Hebron: [www.vhebron.es](http://www.vhebron.es)), Bécsben (ChEck iT!: [www.checkyourdrugs.at](http://www.checkyourdrugs.at)) és Londonban ([www.cracklondon.org.uk](http://www.cracklondon.org.uk)).

## Lefoglalások és piaci információk <sup>(98)</sup>

### Termelés és kereskedelem

A tiltott koka legnagyobb forrása a világon Kolumbia, nyomában Peruval és Bolíviával. A világszintű kokaintermelés 2003-ban 655 tonnára rúgott, amihez Kolumbia 67%-ban, Peru 24%-ban, Bolívia pedig 9%-ban járult hozzá (CND, 2005). Az Európában lefoglalt kokain legnagyobb része közvetlenül Dél-Amerikából (Kolumbiából) vagy Közép-Amerikán és a karibi térségen keresztül érkezik. 2003-ban az EU-ba importált kokain fő tranzitországai között volt Brazília, Venezuela, továbbá Argentína, Costa Rica és Curaçao (Reitox-országjelentések, 2004; CND, 2005). A tranzitterületek között szerepelt még Dél- és Nyugat-Afrika (INCB, 2005). Az Európai Unióban a fő belépési helyek változatlanul Spanyolország, Hollandia és Portugália (Reitox-országjelentések, 2004; CND, 2005; INCB, 2005).

### Lefoglalások

A lefoglalások adatai alapján a kokain a harmadik legintenzívebben értékesített kábítószer a világon, a kannabisznövény és a kannabiszgyanta után. A lefoglalt mennyiség tekintetében – 2003-ban világszinten 490,5 tonna – a legnagyobb kokainkereskedelem változatlanul az amerikai kontinenseken (82%) és Európában folyt. Utóbbi felelős a világszerte lefoglalt kokainmennyiség 17%-áért, ami az előző évhez képest növekedést jelent (CND, 2005). Európán belül a legtöbb kokainlefoglalás a nyugati államokban történik. Spanyolország az utóbbi öt évben

<sup>(98)</sup> L. „A lefoglalások és a piaci adatok értelmezése”, 42. o.

rende az Európai Unió legnagyobb mennyiségeket lefoglaló országa volt. 2003-ban Spanyolországra jutott az egész Európai Unió területén történt lefoglalásoknak, illetve a lefoglalt mennyiségnek több mint a fele <sup>(99)</sup>.

Az 1998–2002 közötti időszak alatt a kokainlefoglalások száma <sup>(100)</sup> Németország és Portugália kivételével minden országban emelkedett. Ugyanezen időszak alatt az EU-ban lefoglalt kokain mennyisége <sup>(101)</sup> ingadozott, de növekvő tendenciával. Az adatokat szolgáltató országok tendenciái alapján azonban a kokainlefoglalások száma az EU szintjén 2003-ban csökkenni látszott (konkrétan Spanyolországban), miközben a lefoglalt kokainmennyiségek jelentősen nőttek (különösen Spanyolországban és Hollandiában). Úgy tűnik, hogy 2003-ban kiemelkedően nagy mennyiségű kokainfogások történtek az EU-ban.

Bár az Európai Unió néhány országa beszámolt krek lefoglalásáról, ezek néha nem különböztethetők meg a kokainlefoglalásoktól. Ezért a kokainlefoglalások fent említett trendje esetleg a krekre is vonatkozik.

### Ár és tisztaság

A kokain átlagos kiskereskedelmi ára <sup>(102)</sup> 2003-ban nagy különbségeket mutatott az Európai Unióban; a Spanyolországban regisztrált 34 euro/gramm és a Norvégiában tapasztalható 175 euro/gramm között mozgott.

A heroinhoz képest a felhasználói kokain átlagos tisztasági foka nagy; 2003-ban a Csehországban és Németországban tapasztalható 32%-tól a Lengyelországban tapasztalt 83%-ig változik <sup>(103)</sup>.

<sup>(99)</sup> Ezt a hiányzó 2003-as adatokkal összevetve ellenőrizni kell, amint azok elérhetővé válnak. A 2003-as kokainlefoglalásokról Olaszország, Ciprus, Hollandia és Románia tekintetében nincsenek adatok; a 2003-ban történt kokainlefoglalások számát és mennyiségét egyaránt megjelölő adatok Írországról és az Egyesült Királyságról nem álltak rendelkezésre.

<sup>(100)</sup> L. a SZR-5 (i. rész) táblázatát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(101)</sup> L. a SZR-6 (i. rész) táblázatát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(102)</sup> L. a PPP-3 (i. rész) táblázatát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(103)</sup> L. a PPP-7 (i. rész) táblázatát a 2005. évi statisztikai értesítőben. Meg kell jegyeznünk, hogy a kokain átlagos tisztaságára vonatkozó 2003-as becslések Csehországban és Lengyelországban kisszámú mintán alapulnak ( $n = 5$ , illetve 6).





## 6. fejezet

### A heroin- és az injekciós kábítószer-használat

Európában a heroin rendszeres és tartós használata, a kábítószer-injekciózás, valamint néhány országban a serkentőszerek intenzív használata felelős a kábítószerrel összefüggő egészségi és társadalmi problémák jelentős hányadáért. Bár az ilyen viselkedés az egyének kis számára jellemző a népesség egészéhez viszonyítva, a problematikus kábítószer-használat ártalmi jelentőségek. A probléma mértékének megértéséhez és a tendenciák időbeli változásának figyelemmel kíséréséhez az EMCDDA együttműködik a tagállamokkal a „problematikus kábítószer-használat” fogalmának új meghatározásában, valamint a mértékének és hatásának mérésére irányuló stratégiák kidolgozásában.

#### Problematikus kábítószer-használat

A problematikus kábítószer-használat operatív meghatározása: „injekciózott kábítószer használata, vagy opiátok, kokain és/vagy amfetaminok hosszú távú, illetve rendszeres használata”<sup>(104)</sup>. A definíciók változatossága és a módszertani bizonytalanság azt jelenti, hogy ezen a területen nehéz megbízható becsléseket kapni, és óvatosan kell bánni az országok vagy az időpontok közötti különbségek értelmezésével.

A problematikus kábítószer-használat több fontos csoportra bontható. Általában különbséget lehet tenni az EU-országok többségében a problematikus kábítószer-használatért leginkább felelős heroinhasználat, illetve a serkentőszerek problematikus használata között, amely utóbbi leginkább Finnországban és Svédországban van jelen, ahol a problematikus kábítószer-használók többsége elsősorban amfetaminhasználó. Ehhez hasonlóan Csehországban a problematikus kábítószer-használók tekintélyes részét hagyományosan a metamfetaminhasználók alkotják.

A problematikus kábítószer-használat egyre sokrétűbb. A polidroghasználó problémája például egyre jelentősebbé válik a legtöbb országban, miközben néhány országban, ahol hagyományosan az opiátproblémák domináltak, most más kábítószeres irányába történő változásról számolnak be. Spanyolországban a problematikus opiáthasználat becslései csökkenést mutatnak, ugyanakkor növekedés tapasztalható

a kokainnal kapcsolatos kábítószer-problémák terén, viszont a problematikus kábítószer-használat megbízható időbeli irányzatairól, amelyek a problematikus kokainhasználatot is magukban foglalják, nincsenek adatok. Németország és Hollandia a problematikus kábítószer-használó népességben belül a krek használóinak növekvő arányáról számol be, noha eközben a problematikus kábítószer-használók teljes becsült száma Hollandiában változatlan.

#### Előfordulás

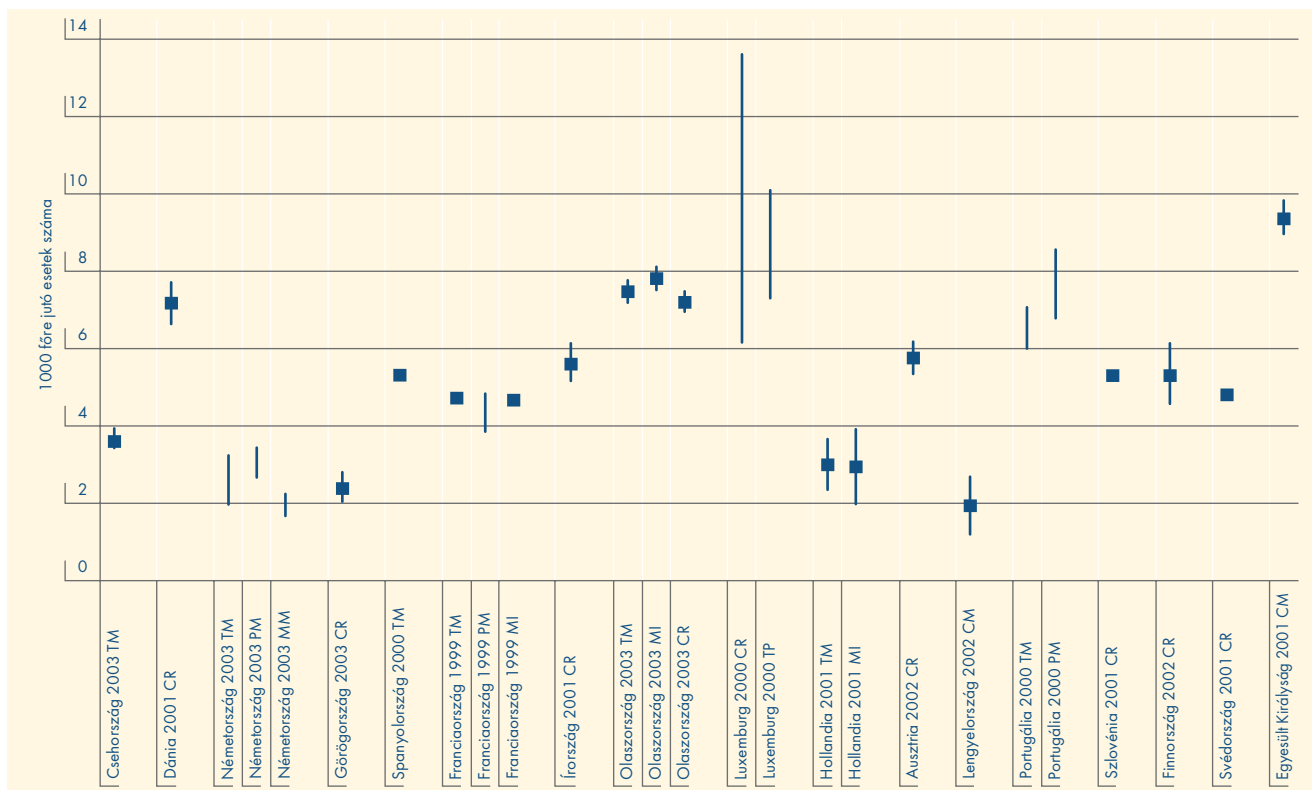
A problematikus kábítószer-használat becsült előfordulása az 1999–2003 közötti időszakban a 15–64 éves népességben 1000 főre vetítve 2 és 10 eset közötti (a becslések középértékének alapján), vagy a felnőtt népesség közel 1%-át jelenti<sup>(105)</sup>. Az előfordulási arányok nagy változatosságot mutatnak az egyes országok között, bár amikor egy országon belül különböző módszereket használtak, nagyjából következetes eredmények születtek. A becslések nagyobb arányú előfordulást jeleznek Dánia, Írország, Olaszország, Luxemburg, Ausztria, Portugália, Spanyolország és az Egyesült Királyság esetében (6–10 eset jut 1000 főre, a 15–64 év közötti lakosságból), és kis arányokról számol be Németország, Görögország, Hollandia és Lengyelország (kevesebb mint 4 eset jut 1000 főre, a 15–64 év közötti lakosságból) (12. ábra). Az EU új tagállamai és a tagjelölt országok közül csak Csehország, Lengyelország és Szlovénia rendelkezik jól dokumentált becslésekkel, ezek szerint ők az alsó vagy a középmézőnyben foglalnak helyet a 15–64 éves népesség 1000 tagjára jutó 3,6%-os, 1,9%-os és 5,3%-os értékekkel. A problematikus kábítószer-használat gyakoriságának súlyozott átlaga az EU-ban valószínűleg négy és hét eset között van a 15–64 éves népesség 1000 egyedére vetítve, ami összesen 1,2–2,1 millió problematikus kábítószer-használót jelent EU-szinten, akik közül 850 000 és 1,3 millió közötti a gyakori injekciós használók száma. Ezek a becslések azonban durvák, és finomításra szorulnak, amint egyre több adat áll rendelkezésre az új tagállamok részéről.

A helyi és regionális becslések alapján feltételezhető, hogy a problematikus kábítószer-használat terén a városok és régiók között nagy különbségek mutatkozhatnak. A helyi előfordulásra vonatkozóan a legmagasabb becslések az

<sup>(104)</sup> Bővebb részletekért l. a problémás kábítószer-használatra vonatkozó módszertani megjegyzéseket a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(105)</sup> L. a PDU-1 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

**12. ábra:** Becslések a problematikus kábítószer-használat előfordulásáról az 1999–2003 közötti időszakban (1 000 főre jutó esetek száma a 15–64 éves populációban)



Megjegyzés: CR = Fogás-visszafogás eljárás (*capture-recapture*); TM = Kezelési multiplikátor; PM = Rendőrségi multiplikátor; MI = Többváltozós indikátor; TP = csonkolt Poisson-eloszlás; CM = Kombinált módszerek. További részletekért l. a PDU-1, PDU-2 és PDU-3 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben. A szimbólum egy pont becslést jelöl, a sáv pedig egy bizonytalansági intervallumot, amely lehet egy 95%-os bizonyosság intervallum vagy egy érzékenységi elemzésen alapuló intervallum (l. a PDU-3 táblázatot). A célcsoportok a különböző módszerektől és adatforrásoktól függően kissé változhatnak, ezért csak óvatos összehasonlításokat szabad végezni. A spanyol becslés nem tartalmazza a problematikus kokainhasználatot; magasabb becslés található a PDU-2 és PDU-3 táblázatban, amely ezt a csoportot is figyelembe veszi, de nem feltétlenül megbízható.

Forrás: Nemzeti fókuszpontok. L. még EMCDDA (2003).

1999–2003 közötti időszakban Írországból, Portugáliából és az Egyesült Királyságból érkeztek, ezek között az 1000 főre jutó esetek száma elérte a 16-ot (Dublin), 17-et (Beja), 24-et (Aveiro) és 25-öt (London részei), sőt egészen 29-re (Dundee) és 34-re emelkedett (Glasgow) (13. ábra). A földrajzi változatosság azonban még a helyi szinten belül is nagy, így London egy másik részében az előfordulást mindössze 6/1000 főre becsülték. Ez azt jelzi, hogy hozzáférhető és megbízható helyi előfordulási becslésekre szükség lenne sok más országban is, ahol a kábítószer helyi vagy regionális előfordulása különösen magas (vagy alacsony) lehet, de mérések hiányában ez nem derül ki.

Bár jelentős fejlődés ment végbe a becslési módszerek terén, a megbízható és következetes történelmi adatok hiánya megnehezíti a problematikus kábítószer-használat irányzatainak felmérését. Néhány országban a becslésekben történt változásokról szóló beszámolók, amelyeket egyéb mutatók is alátámasztanak, azt sejtetik, hogy az 1990-es évek közepe óta emelkedett a problematikus kábítószer-használat (EMCDDA, 2004a);

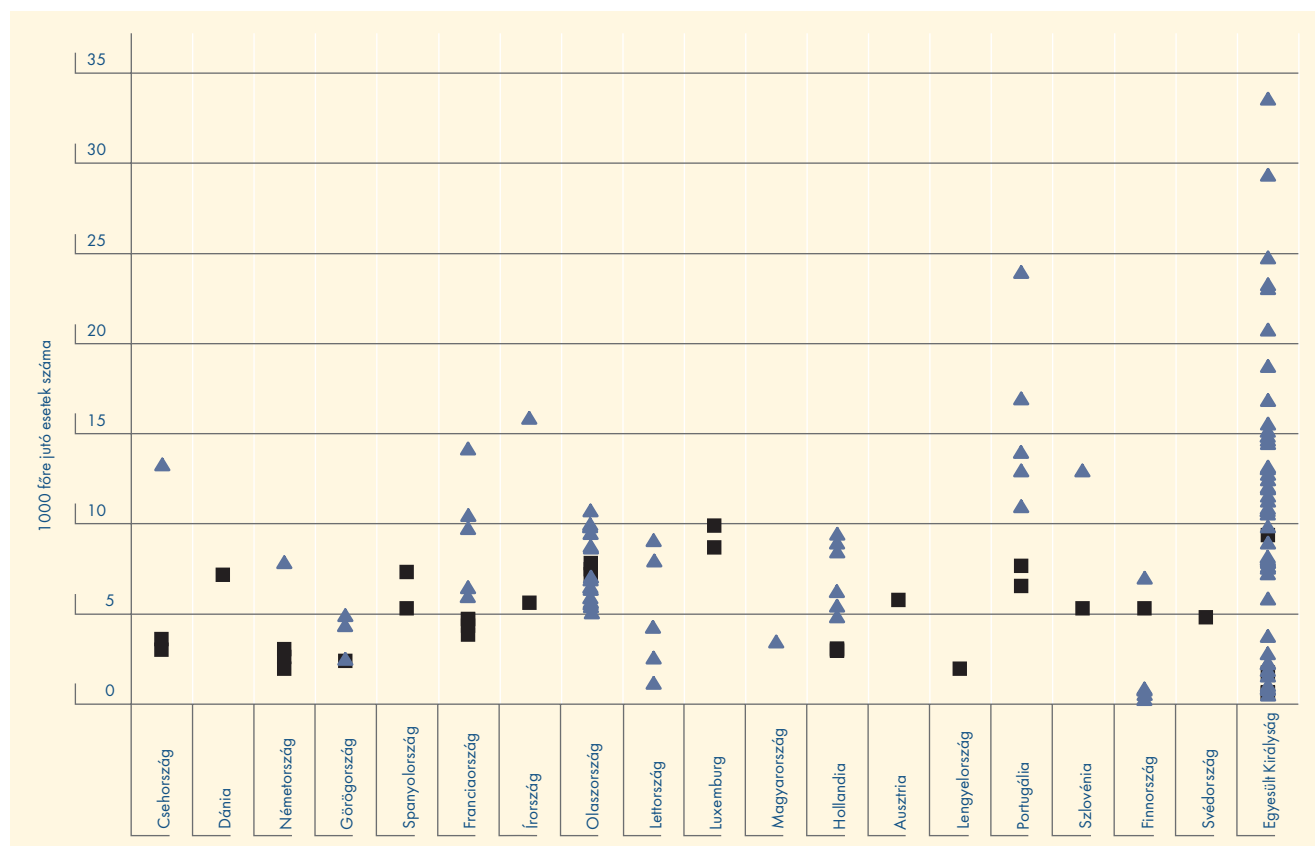
néhány országban viszont ez a legutóbbi években stabilizálódni látszott. Az 1999–2003 közötti időszakra 16 országból állnak rendelkezésre a becslések (Dániát és Svédországot is számolva, amelyek csak az 1998–2001 közötti időszakra rendelkeznek adatokkal, illetve az Egyesült Királyságot, ahol az adatok az 1996–2001 közötti időszakból valók). A 16 ország közül hat számolt be a problematikus kábítószer-használat becsült gyakoriságának növekedéséről (Dánia, Finnország, Norvégia, Ausztria, Svédország és az Egyesült Királyság), öt jelentett stabil előfordulást vagy csökkenést (Csehország, Írország, Németország, Görögország és Szlovénia), további öt pedig az alkalmazott becslési módszertől függően különböző tendenciákról tett jelentést, ami talán részben a problematikus kábítószer-használók különböző célcsoportjaira vonatkozik (Spanyolország, Olaszország, Luxemburg, Hollandia és Portugália) <sup>(106)</sup>.

### Kábítószer-injektálás

Az injekciós kábítószer-használók esetében a káros következmények veszélye nagyon nagy, ezért fontos

<sup>(106)</sup> L. a PDU-4 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

**13. ábra:** Országos és helyi becslések a problematikus kábítószer-használat előfordulásáról az 1999–2003-as időszakban (1000 főre jutó esetek száma a 15–64 éves populációban)



Megjegyzés: Fekete négyzet = minták országos lefedettséggel; kék háromszög = minták helyi/regionális lefedettséggel.

A célcsoportok a különböző módszerektől és adatforrásoktól függően kissé változhatnak, ezért csak óvatos összehasonlításokat szabad végezni. További részletekért l. a PDU-1, PDU-2 és PDU-3 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben. A helyi előfordulás becslésének mintája nagymértékben függ a vizsgálatok elérhetőségétől és helyszínétől; ha azonban rendelkezésre állnak, a helyi becslések utalhatnak az országos átlagtól eltérő előfordulásra egyes városokban vagy régiókban.

Forrás: Nemzeti fókuszpontok. L. még EMCDDA (2003).

a kábítószer-injektálást külön, a problematikus kábítószer-használat alapkategóriájaként kezelni.

Közegészségügyi jelentősége ellenére az injekciós kábítószer-használókról csak néhány ország közöl országos vagy helyi becsléseket. A rendelkezésre álló országos becslések szerint a 15–64 éves népesség 1000 egyedére vonatkoztatva az injekciós kábítószer-használók száma egy és hat közé tehető, ami arra mutat, hogy az országok között jelentős különbségek vannak az injekciós kábítószer-használat előfordulása tekintetében<sup>(107)</sup>. Az injekciós kábítószer-használatról a legmagasabb országos becslést Luxemburg közölte, a 15–64 éves lakosság 1000 egyedére hat főt, a legalacsonyabbat pedig Görögország, ahol 1000 főre mindössze egy eset jut. Bár az injekciós kábítószer-használat előfordulása a becslések szerint ritka, 1999 után Norvégiából bizonyos jelek alapján növekedéséről számoltak be, míg

Portugáliában a különböző becslési módszerek eltérő tendenciákat jeleznek<sup>(108)</sup>.

A gyógykezelés alatt álló injekciós heroinhasználók hányadának elemzése markáns különbségeket mutat az országok között a jelenlegi injekciós kábítószer-használat előfordulásában, valamint különféle időbeli tendenciák tekintetében<sup>(109)</sup>. Néhány országban (Spanyolország, Hollandia és Portugália) a heroinhasználók viszonylag kis hányada injekciózik, miközben más országokban a bevett módszer még mindig a heroin injekciózása. Az Európai Unió néhány régi tagállamában, ahonnan adatok állnak rendelkezésre (Dánia, Spanyolország, Franciaország, Görögország, Olaszország és az Egyesült Királyság), a kezelés alatt álló heroinhasználók injekciós kábítószer-használata csökkent. Ugyanakkor az új tagállamokban – legalábbis ahol rendelkezésre állnak adatok – szinte minden kezelés alatt álló heroinhasználó injekciót használ.

<sup>(107)</sup> L. a PDU-2 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(108)</sup> L. a PDU-5 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(109)</sup> L. a PDU-3 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

## Gyógykezelési igényekkel kapcsolatos adatok

Az összes kezelési igényből 60%-ot tekintenek opiát miatti kezelésnek, noha sok esetben az elsődleges drogot nem tartják nyilván; az opiátok miatt kezelt pácienseknek pedig több mint a fele (54%) ismertén injekciós használó, illetve 10%-nak az injekciózási helyzete nem ismert. Az opiátokat emellett az új páciensek körülbelül 10%-a nevezte meg másodlagos kábítószerként<sup>(110)</sup>.

Sok országban változatlanul az opiátok (főként a heroin) miatt kerülnek a kliensek gyógykezelésre, de az országok között érdemi különbségeket lehet felfedezni. Az Európai Unió tagállamai és a tagjelölt országok három nagy csoportra oszthatók abban a tekintetben, hogy a kezelés alatt lévő népességen belül milyen arányban fordulnak elő a heroinproblémával küzdők:

- 40% alatt – Csehország, Hollandia, Lengyelország, Finnország, Svédország;
- 50–70% – Dánia, Németország, Spanyolország, Írország, Ciprus, Lettország, Románia, Szlovákia;
- 70% fölött – Bulgária, Franciaország, Görögország, Olaszország, Litvánia, Luxemburg, Málta, Szlovénia, Egyesült Királyság<sup>(111)</sup>.

A jelentések szerint növekszik a sok évig gyógykezelésre járó opiátpáciensek száma, csökken viszont az opiátok miatti új gyógykezelési igények előfordulása (Reitox-országjelentések, 2004; Drug Misuse Research Division, 2004). Néhány ország esetében 1996-tól 2003-ig nyomon lehet követni a heroinhasználatot a gyógykezelésre jelentkező új páciensek között, és ezek az adatok a gyógykezelést kérők összlétszámát tekintve általános csökkenést jeleznek.

Határozottabban csökkent az opiátkezelés relatív hozzájárulása az újonnan kezelést kérő populációhoz, aminek oka az elsősorban más drogokkal kapcsolatos problémák miatt kezelésre jelentkező páciensek számának növekedésében keresendő. Ez viszont visszavezethető például arra, hogy egyes opiáthasználók heroinról kokainra váltanak (Ouwehand és mások, 2004), a gyógykezelési rendszerek nagyobb differenciáltságára, ami által más problematikus kábítószer-használók számára is hozzáférhetővé váltak, vagy arra, hogy kevesebb használóból lesz új problematikus használó (holland országjelentés).

Az utóbbi évtizedben e tendencia alakulásában országok közötti különbségeket is fel lehetett fedezni, így határozottan csökkent a heroinhasználó páciensek száma Dániában, Németországban, Hollandiában, Szlovákiában és Finnországban, valamelyest nőtt viszont Bulgáriában és az Egyesült Királyságban<sup>(112)</sup>.

A járóbeteg-ellátó központokat felkereső új páciensek adatainak elemzése lehetővé teszi az opiáthasználók profiljának részletesebb leírását. Az elsősorban opiáthasználat miatt gyógykezelést kérő új pácienseknél a férfiak és a nők aránya 2,8:1; a nemek aránya azonban országonként erősen változhat, 5:1 és 2:1 között mozog, Ciprus kivételével, ahol a férfi-nő arány szélsőségesen magas (11:1), illetve Svédországot leszámítva, ahol a különbség nagyon alacsony (0,9:1), ráadásul az opiáthasználók között a nők száma meghaladja a férfiakét<sup>(113)</sup>.

A legtöbb opiáthasználó 20 és 34 év közötti, a 30–39 éves korcsoportban pedig a páciensek több mint fele az opiáthasználat miatt jelentkezik gyógykezelésre. A jelentések egy öregedő opiáthasználó betegkörről számolnak be; Hollandiában például az új opiáthasználó páciensek körülbelül 40%-a idősebb 40 évesnél. Kivételt jelent Románia és Szlovénia, ahol az opiáthasználók között egy nagyon fiatal populációt is találtak (15–19 évesek)<sup>(114)</sup>.

Az opiátok miatt kezelt páciensek többsége elmondása szerint első alkalommal 15–24 éves kora között használt opiátokat, ezen belül a páciensek körülbelül 50%-a 20 éves kora előtt használta először a kábítószer<sup>(115)</sup>. Az első használat életkorának és az első gyógykezelés életkorának összevetéséből kiderül, hogy általában körülbelül 5–10 év telik el az első használat és az első gyógykezelési igény között. A fiatal korban kezdődő opiáthasználat gyakran magatartási problémákkal, illetve szociálisan hátrányos helyzettel jár együtt (az Egyesült Királyság országjelentése).

A legtöbb országban az opiát miatt kezelt páciensek 60–90%-a naponta fogyasztja a kábítószer<sup>(116)</sup>, néhányan viszont az előző hónapban nem használták, illetve csak alkalmilag használták; ennek az lehet a magyarázata, hogy egyes páciensek a gyógykezelés megkezdése előtt felhagynak a kábítószer-használattal<sup>(116)</sup>.

A páciensek negyven százaléka injekcióban adja be a kábítószer<sup>(116)</sup>, másik 40%-a elszívja vagy belélegzi. A használati módok terén különbségek vannak a régi és az

<sup>(110)</sup> L. a TDI-24 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(111)</sup> L. a TDI-5 (ii. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(112)</sup> L. a TDI-3 (i. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(113)</sup> L. a TDI-22 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(114)</sup> L. a TDI-10 (iii. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

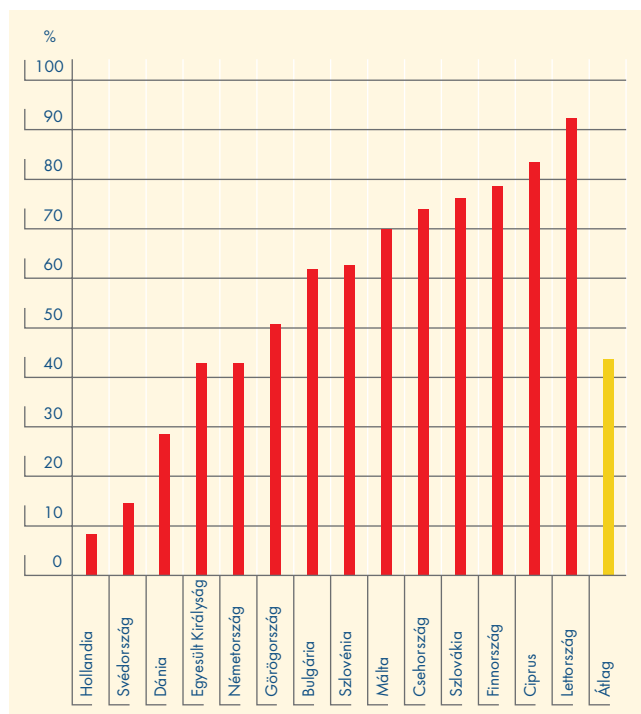
<sup>(115)</sup> L. a TDI-11 (ii. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(116)</sup> L. a TDI-18 (i. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben. Csak Németország számolt be arról, hogy az új páciensek 70%-a csak alkalmilag használ, illetve az előző hónapban egyáltalán nem használt opiátokat.

új tagállamok között<sup>(117)</sup> (14. ábra): az új tagállamokban 60%-nál nagyobb arányban fordulnak elő az injekciós opiáthasználók, míg a régiekben ez az arány 60% alatt marad (Finnország kivételével, ahol a páciensek között 78,4% az injekciós opiáthasználók aránya). Az opiáthasználók között az injekciós fogyasztók aránya Hollandiában a legalacsonyabb (8,3%)<sup>(118)</sup>.

Az új páciensek közül sokan az opiátok mellett más drogot is használnak, gyakran kannabiszt (47%) vagy alkoholt (24%). Ezen a téren is határozott országokénti különbségek vannak: Csehországban és Szlovákiában a páciensek közel fele az opiátokat a kokaintól eltérő serkentőszerekkel együtt használja; Görögországban és Máltán a páciensek 18%-a, illetve 29%-a az opiátok mellett másodlagos kábítószerként kokaint használ; Finnországban az opiáthasználók (főleg buprenorfinhasználók) közül 37% számolt be másodlagos kábítószerként hipnotikumok és nyugtatók (főként benzodiazepinek) használatáról<sup>(119)</sup>.

**14. ábra:** Új injekciós opiáthasználó járó beteg páciensek az összes új opiáthasználó számának arányában, országok szerint, 2003



Megjegyzés: Csak azokról az országokról készült jelentés, ahol voltak elsődleges droként opiátot használó páciensek és/vagy az adatközlő országokról.

Forrás: Reitox-országjelentések (2004).

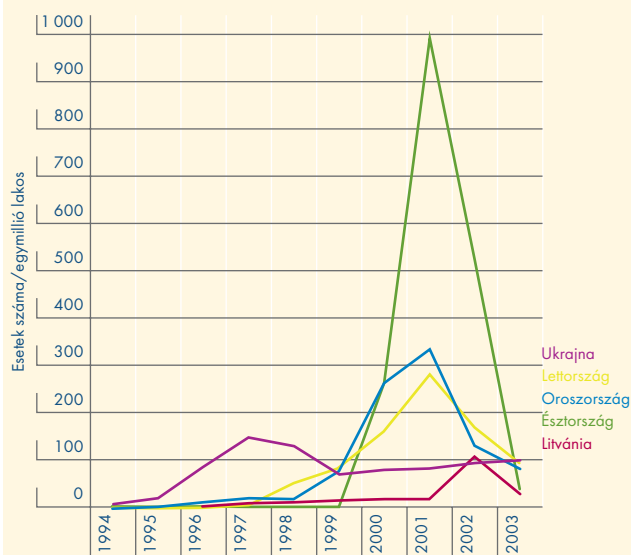
## A kábítószerhez kapcsolódó fertőző betegségek

### A HIV és az AIDS Kelet-Európában

A humán immundeficiencia vírusa (HIV) nemrégiben masszív járványszerű elterjedést mutatott az injekciós kábítószer-használóknál Oroszországban és Ukrajnában, valamint a balti régió EU-tagállamaiban. Észtországban és az Orosz Föderációban az intravénás kábítószer-használattal összefüggésbe hozható, újonnan diagnosztizált fertőzések száma 2001-ben tetőzött, egymilliő lakosra jutó 991, illetve 333 esettel. Ukrajnában azonban a csúcst korábban, 1997-ben érték el, amikor az injekciós kábítószer-használók közötti széles körű fertőzés következtében 146 eset/millió fő arányt jegyeztek fel; ezt követően az injekciós kábítószer-használókkal összefüggő, újonnan diagnosztizált HIV-fertőzés gyakorisága visszaesett, de a közelmúltban ismét emelkedett.

Az AIDS injekciós kábítószer-használóknál tapasztalt előfordulása Lettországban és Ukrajnában gyorsan nő, ami arra utal, hogy az antivíruskezelés elérhetősége és felvételképessége valószínűleg elégtelen (l. „A hatékony antiretrovirális gyógykezelés a WHO európai régiójában”, 69. o.).

Injekciós kábítószer-használóknál újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések az EU kiválasztott országaiiban, Oroszországban és Ukrajnában, a jelentés éve szerint



Forrás: Az AIDS Járványtanát Monitorizáló Európai Központ (EuroHIV) (2004).

<sup>(117)</sup> Csak azon országok esetében, amelyek adatai rendelkezésre állnak.

<sup>(118)</sup> L. a TDI-17 (i. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(119)</sup> L. a TDI-25 (ii. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben. L. még a buprenorfinról szóló kiválasztott témát. Minden páciens legfeljebb négy másodlagosan használt kábítószerrel nevezhető meg.

## HIV és AIDS

### A bejelentett HIV-fertőzések alakulása az utóbbi időben

A HIV erősen járványos terjedését figyelték meg a balti régió új tagállamainak injekciós kábítószer-használói között, amit Kelet-Európában tömeges járvány előzött meg (EuroHIV, 2004) (l. „A HIV és az AIDS Kelet-Európában” rovatot). Az újonnan diagnosztizált esetek száma Észtországban és Lettországon 2001-ben, Litvániában 2002-ben tetőzött, ezután viszont az arányok nemrégiben radikálisan csökkentek. Ez a HIV-járvány injekciós kábítószer-használók közötti terjedésének jellemző mintája. Azért keletkezik, mert rövid idő alatt a legnagyobb veszélynek kitett injekciós kábítószer-használók magjának minden tagja megfertőződik, ezután az újabb fogékony injekciós kábítószer-használók hiányában visszaesik, ezt követően pedig a nagy kockázatnak kitett új injekciós kábítószer-használók „toborzásának” arányától függően szinten stabilizálódik. Nem zárható ki azonban a viselkedés megváltozásának járulékos hatása, ami – ha érvényesül – részben a specifikus beavatkozások eredménye is lehet (l. „A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek megelőzése”, 71. o.).

A 15 tagú Európai Unió országaiban az újonnan diagnosztizált HIV-esetek száma az elmúlt években viszonylag alacsony maradt, Portugália kivételével. Az összehasonlítás azonban az EU szintjén nem teljes, mivel az AIDS által leginkább érintett egyes országokról a HIV-esetéről beszámoló adatok továbbra sem állnak rendelkezésre (Spanyolország és Olaszország), illetve csak most kezdenek elérhetővé válni (Franciaország). Portugáliában nagyon magas arányt, egymillió főre 88 esetet mutattak ki, de ez erős csökkenésnek számít 2000 óta (akkor az arány 245/1 millió fő volt). A csökkenés ilyen mértékét fenntartásokkal kell értelmezni, mivel Portugáliában csak 2000-ben vezették be az európai adatbejelentési rendszert.

### A HIV szérumbeli előfordulása

Az injekciós kábítószer-használók szérumbeli előfordulási adatai (a fertőzöttek százalékos aránya az injekciós kábítószer-használók mintáiban) fontos kiegészítést jelentenek a HIV-esetéről beszámoló adatok mellett. Az ismételt szérumbeli előfordulási vizsgálatok és a diagnosztikai tesztekkel kapott adatok rutin monitorozása igazolhatja az esetek bejelentései alapján kirajzolódó tendenciákat, és konkrét régiók vagy körülmények tekintetében részletesebb információt nyújthat.

Az előfordulási adatok azonban források sokaságából származnak, amelyek összehasonlítása gyakran nehéz, ezért körültekintő értelmezést kívánnak.

A HIV-esetek bejelentésében tapasztalható növekedéseket a rendelkezésre álló szérumbeli előfordulási adatok többnyire megerősítik; Lettországon például a vizsgált injekciós kábítószer-használók országos gyógykezelési mintáiban az előfordulás az 1997-es 1,5%-ról (5/336) 2001-re 14%-ra (302/2203) nőtt, majd 2003-ban ismét 7%-ra (65/987) esett vissza. Ausztriában, ahol az injekciós kábítószer-használók HIV-esetbejelentési adatai nem elérhetők, a kábítószerrel (közvetlenül) összefüggő halálesetek országos mintái némi növekedésre utalnak, 2003-ban 7%-ra (11/163) az 1998-as 1%-hoz képest (1/117), de a kis számok miatt a tendencia statisztikailag nem jelentős.

2002-ben és 2003-ban a HIV előfordulása az injekciós kábítószer-használók között – többnyire a kábítószer miatt kezelteknél – nagy változatosságot mutatott az országokban és között, a bulgáriai 0%-tól, Magyarországon, Szlovénián és Szlovákián keresztül egészen a legmagasabb 37,5%-os értékig (54/144) egy olaszországi városban (2003, Bolzano – a kezelt, illetve fogva tartott használók) <sup>(120)</sup>. Az országos mintákban a legmagasabb előfordulási arányokat (2002–03-ban 10% fölött) Olaszországban, Lettországon és Portugáliában találták <sup>(121)</sup>; Spanyolországban a 2001-re vonatkozó adatok igen magas előfordulást jeleznek, frissebb adatok viszont nem állnak rendelkezésre <sup>(122)</sup>. A regionális és helyi mintákban a legmagasabb előfordulási arányokat (2002–2003 között 20% felett) Spanyolországból, Olaszországból, Lettországból és Lengyelországból jelentették <sup>(123)</sup>, bár néhány országról és területről, ahol korábban magas előfordulási arányok voltak, nem közöltek frissebb adatokat. Lettországon és Lengyelországban a helyi vizsgálatok a fiatal injekciós kábítószer-használók között észlelt igen magas előfordulás alapján nemrégiben történt HIV-fertőzést feltételeznek <sup>(124)</sup>. A lengyel vizsgálat esetében ezt a friss terjedést megerősíti a 127 új injekciós használóból álló mintában mért 23%-os előfordulás <sup>(125)</sup>.

Az előfordulás időbeli tendenciái szintén eltérnek országonként. Bár a balti régióban a közelmúltban megfigyeltek néhány kitörést, a HIV szérumbeli előfordulása az injekciós kábítószer-használóktól vett mintákban az 1990-es évek közepe óta csökkenést mutat néhány leginkább érintett országban (Spanyolország, Franciaország és Olaszország), amit az utóbbi években jellemző stabilizálódás követett <sup>(126)</sup>. Ha azonban a

<sup>(120)</sup> L. az INF-3 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(121)</sup> A Portugáliára és Olaszországra vonatkozó adatok nem korlátozódnak az injekciós kábítószer-használókra, és ezért alábecsülhetik a körükben mérhető előfordulást.

<sup>(122)</sup> L. az INF-1 és INF-8 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(123)</sup> L. az INF-8 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(124)</sup> 25 évesnél fiatalabb injekciós kábítószer-használók: Lengyelországban 55 fiatal injekciós kábítószer-használó közül 33% fertőzött, Lettországon 107 fiatal injekciós kábítószer-használó közül 20% fertőzött.

<sup>(125)</sup> L. az INF-10 táblázatot és az INF-4 és INF-5 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(126)</sup> L. az INF-16 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

### A hatékony antiretrovirális gyógykezelés a WHO európai régiójában

A hatékony antiretrovirális gyógykezelés (HAART) tekintetében meglévő lefedettségről készült WHO-becslés szerint az EU-ban és Közép-Európa legnagyobb részében a gyógykezelésre szoruló személyek több mint 75%-ának van hozzáférése a HAART-hoz.

A balti államok között azonban a lefedettséget Észtország és Litvánia esetében „gyengének” (25–50%), Lettország esetében pedig „nagyon gyengének” (25% alatt) becsülték. A lefedettség a becslések szerint a legtöbb kelet-európai országban „nagyon gyenge”.

A lefedettség kimondottan injekciós kábítószer-használatra vonatkozó becslései nem állnak rendelkezésre, de a vizsgálatok azt támasztották alá, hogy az injekciós kábítószer-használók gyakran nagyobb kockázatnak vannak kitéve a HAART kezeléshez való elégtelen hozzáférés tekintetében, mint a más úton megfertőződött személyek.

Forrás: WHO Európai Regionális Iroda, Health for All adatbázis ([www.euro.who.int/hfad](http://www.euro.who.int/hfad)) (betekintés ideje: 2005. március 8.).

szérumbeli előfordulás magas és stabil, a fertőzés valószínűleg folytatódik. Az új injekciós kábítószer-használókra vonatkozó adatok határozottan a fertőzés folytatódására, sőt fokozódására utalnak Spanyolországban 1999 és 2000 között. Néhány országban (Franciaország 2001–03, Portugália 1999–2000) az új fiatal injekciós kábítószer-használókra vonatkozó helyi és regionális adatok valamilyen mértékű (fokozott) fertőzésre utaltak, de a minták mérete túl kicsi ahhoz, hogy a tendencia statisztikailag jelentős legyen<sup>(127)</sup>. Meg kell jegyezni viszont, hogy a HIV előfordulása az injekciós kábítószer-használók körében 2002–03 során számos országban nagyon alacsony maradt. A HIV előfordulása 1% alatt maradt Csehországban, Görögországban (országos adat), Magyarországon, Szlovéniában, Szlovákiában, Finnországban, Romániában (csak 2001-re vonatkozó adatok), Bulgáriában és Norvégiában (Oslóra vonatkozó adatok). Ezen országok némelyikében (pl. Magyarországon) a HIV és a hepatitis C vírus (HCV) előfordulása egyaránt az egyik legalacsonyabb az EU-n belül, ami kis injekciós kockázatszintre utal (l. a „Hepatitis B és C” szakaszt alább).

### AIDS-es esetek

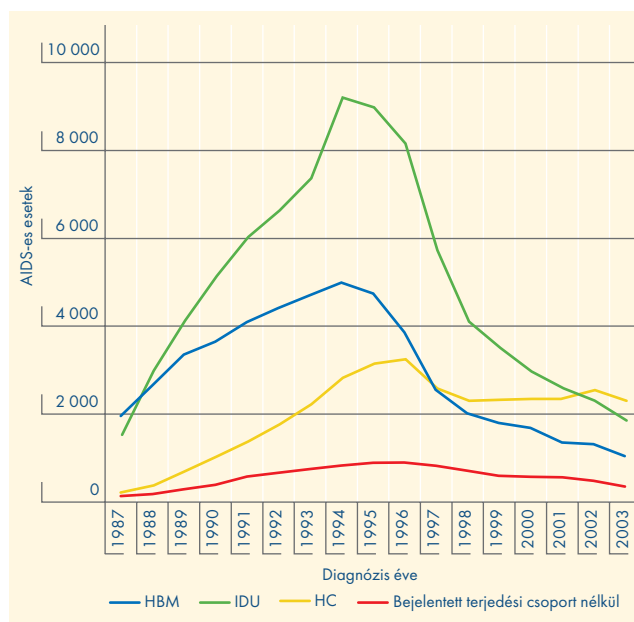
Lettországban az AIDS injekciós kábítószer-használatához kapcsolódó előfordulása az 1997-es 0 esetről 2002-ben és 2003-ban a becsült 19 eset/egymillió lakos gyakoriságra emelkedett<sup>(128)</sup>. Az EU-n belül a legmagasabb arányt azonban még így is Portugáliában mérték, egymillió lakosra 33 esettel, bár ez a szám 1999

óta csökken. Az AIDS injekciós kábítószer-használat miatti előfordulása az EU-n belül az 1990-es évek elején tetőzött, azóta csökken. A leginkább érintett ország korábban Spanyolország volt, ahol a csúcspont 1994-ben az egymillió lakosra jutó 124 eset volt, 2003-ra azonban ez a gyakoriság körülbelül 16 eset/millió lakosra csökkent.

Az AIDS előfordulásában az 1990-es évek végétől megfigyelhető csökkenés a rendkívül aktív antiretrovirális terápia (HAART) 1996-os bevezetésének eredménye, amely a HIV-fertőzöttekben megakadályozza az AIDS kialakulását (l. a HAART-ról szóló rovatot). Az injekciós kábítószer-használók esetében a HIV-megelőző intézkedések szintén fontos szerepet játszhattak, és néhány országban az injekciós használók számának csökkenése is közrejátszhatott (l. „Kábítószer-injektálás”, 64. o.).

Az éves előfordulási adatok azt mutatják, hogy míg az új AIDS-es esetek legnagyobb részét egészen 2002-ig az intravénás droghasználatnak kellett tulajdonítani, ezt a fertőzési módot ezt követően megelőzte a heteroszexuális nemi kapcsolat, ami a HIV járványtanában az elmúlt években bekövetkezett változásokat jelzi (15. ábra). Meg kell azonban jegyezni, hogy a fertőzési módok az egyes országokban nagymértékben különbözhetnek<sup>(129)</sup>.

15. ábra: AIDS-es esetek a fertőzési csoport és a diagnózis éve szerint (1987–2003), a bejelentési késedelmekre kiigazítva, EU



Megjegyzés: A három fő fertőzött csoportra vonatkozó adatok és a bejelentett terjedési csoport nélküli esetek adatai. HBM – homoszexuális és biszexuális férfiak; IDU – injekciós kábítószer-használók; HC – heteroszexuális kapcsolatok. Az országok közül kimaradt Franciaország, Hollandia (a rendelkezésre álló adatok nem fedik le az egész időszakot) és Ciprus (nem áll rendelkezésre adat).

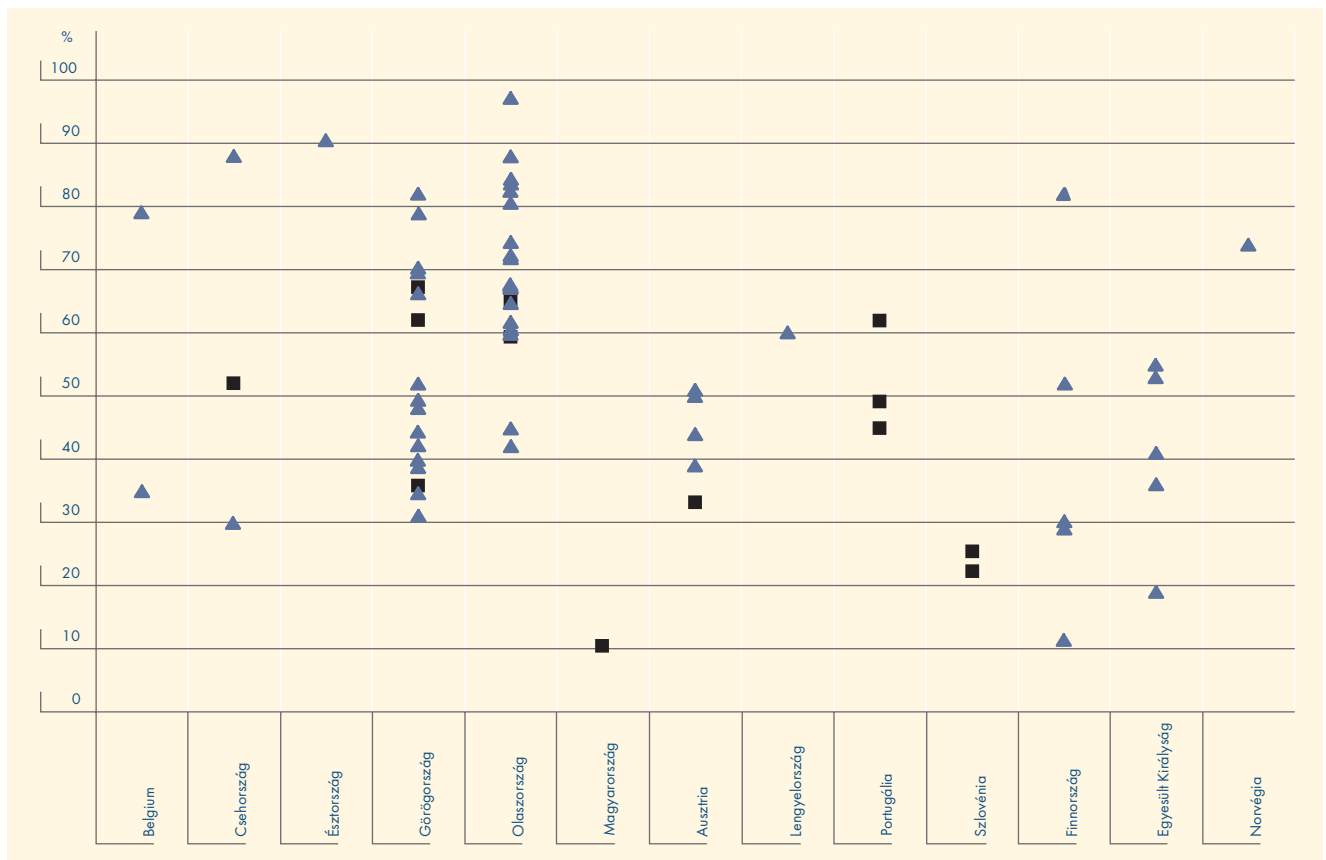
Forrás: EuroHIV; 2003. december 31-ig bejelentett adatok.

<sup>(127)</sup> L. az INF-26 és INF-27 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(128)</sup> L. az INF-1 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(129)</sup> L. az INF-2 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

16. ábra: Országos és helyi becslések a HCV előfordulásáról az injekciós kábítószer-használók körében, 2002–2003



Megjegyzés: Fekete négyzet = minták országos lefedettséggel; kék háromszög = minták helyi/regionális lefedettséggel.

Az országok közötti eltéréseket a különböző körülmények és/vagy vizsgálati módszerek miatt csak óvatosan szabad elemezni; az országos mintavételi stratégiák változóak.

A spanyol és portugál adatok, illetve Csehország adatainak egy része nem injekciós kábítószer-használókat is tartalmaz, ezért esetleg alábecsüli az injekciós kábítószer-használók közötti előfordulást (a nem injekciós kábítószer-használók hányada a mintákban nem ismert).

Portugália, Szlovénia és Szlovákia adatai a gyógykezelésben lévő injekciós kábítószer-használók közötti előfordulásra korlátozódnak, és esetleg nem reprezentatívak a gyógykezelésben részt nem vevő injekciós kábítószer-használók közötti előfordulásra vonatkozóan.

Forrás: Reitox országos fókuszpontok (2004). Az elsődleges forrásokat, a tanulmány részleteit és a 2002 előtti adatokat illetően l. az INF-11 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

## Hepatitis B és C

A hepatitis C vírus (HCV)-ellenanyag előfordulása az injekciós kábítószer-használók között általában rendkívül magas, bár az országok között és az országokon belül egyaránt igen nagy változatosságot mutat<sup>(130)</sup>. Az injekciós kábítószer-használók mintáiban 2002–03-ban 60% fölötti előfordulási arányt jelentettek Belgiumból, Észtországból, Görögországból, Olaszországból, Lengyelországból, Portugáliából és Norvégiából, míg 40% alatti előfordulási arányokról számoltak be Belgiumból, Csehországból, Görögországból, Magyarországról, Ausztriából, Szlovéniából, Szlovákiából, Finnországból és az Egyesült Királyságból vett mintákban (16. ábra)<sup>(131)</sup>.

A fiatal (25 év alatti) injekciós kábítószer-használókra vonatkozó előfordulási adatok csak néhány országból

állnak rendelkezésre, és némely esetben a minták is túl kicsik. A rendelkezésre álló adatok alapján 2002–03-ban a fiatal injekciós kábítószer-használók körében a legmagasabb előfordulási rátákat (40% fölött) a görögországi, ausztriai és lengyelországi mintákban találták, a legalacsonyabb előfordulást (20% alatt) pedig Magyarország, Szlovénia, Finnország és az Egyesült Királyság mintáiban<sup>(132)</sup>. A HCV új (két évnél rövidebb ideje injekciózó) injekciós kábítószer-használók közötti előfordulására vonatkozó adatok még ennél is korlátozottabbak, de annyi a 2002–03-ról elérhető információkból kiderül, hogy a legmagasabb előfordulási arányt (40% fölötti) a mintákban Belgiumban és Lengyelországban, a legalacsonyabb előfordulást (20% alatt) pedig Csehország, Görögország és Szlovénia mintáiban találták<sup>(133)</sup>. Az 1992–2003 közötti időszakban

<sup>(130)</sup> L. az INF-2 és INF-11 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(131)</sup> L. még az INF-21 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben és Mathet és mások, 2005.

<sup>(132)</sup> L. az INF-12 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

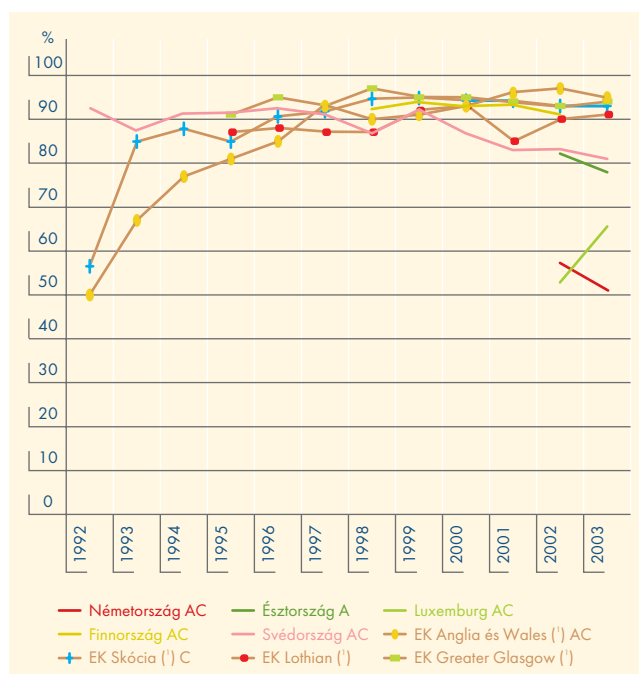
<sup>(133)</sup> L. az INF-13 táblázatot és az INF-7 és INF-8 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.



a hepatitis C bejelentési adatai arra utalnak, hogy az adatszolgáltató országokban a bejelentett hepatitis C-esetek túlnyomó többsége az injekciós kábítószer-használóknak tulajdonítható (a bejelentések többnyire az akut fertőzés diagnosztizált eseteire korlátozódnak) (17. ábra).

A hepatitis B vírus (HBV) markereinek előfordulása szintén igen változatos az országok között és az országokon belül<sup>(134)</sup>. A legteljesebb adatok a HBV-ellenanyagra vonatkoznak, amely jelzi a fertőzés történetét, illetve – a negatívként tesztelt személyeknél – a védőoltás lehetőségét. 2002–03-ban az injekciós kábítószer-használók mintáiban 60% feletti előfordulást jelentettek Belgiumból, Észtországból és Olaszországból, ugyanakkor 30% alatti prevalenciáról számoltak be Belgiumból, Spanyolországból, Olaszországból, Ausztriából, Portugáliából, Szlovéniából, Szlovákiából és az Egyesült Királyságból<sup>(135)</sup>. A hepatitis B bejelentési adatai az 1992–2003 közötti időszakból, az adatszolgáltató országokban, az injekciós kábítószer-használók arányának növekedésére utalnak<sup>(136)</sup>.

**17. ábra:** Bejelentett hepatitis C-esetek, az injekciós kábítószer-használóként bejelentett esetek százaléka, 1992–2003



(1) Az adatok nem az országos szintre vonatkoznak.  
Megjegyzés: A: akut esetek; AK: akut és krónikus esetek; K: krónikus esetek.  
Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

A skandináv régióban a bejelentett akut hepatitis B-esetek túlnyomó többsége az injekciós kábítószer-használóknál fordul elő, és a hepatitis B kitörései több országban is egybeestek az injekciós kábítószer-használat növekedésével (Blystad és mások, 2005).

Az egyéb, kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek rövid áttekintését lásd a 2004-es éves jelentésben (<http://ar2004.emcdda.eu.int/hu/page074-hu.html>).

### A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek megelőzése

Bár a tagállamok változatos, saját egyéni droghelyzetüket és politikai kontextusukat tükröző nemzeti politikáik szerint járnak el e téren, az injekciós kábítószer-használók körében terjedő HIV és más fertőző betegségek hatékony leküzdéséhez szükséges fő elemek tekintetében egyre inkább európai szintű konszenzus látszik kialakulni<sup>(137)</sup>. A megfelelő válaszok között szerepel a drogkezelések hozzáférhetőségének javítása (WHO, 2005), az alacsony küszöbű szolgáltatások fejlesztése, valamint a steril felszerelés és oktatási programok biztosítása, noha azt meg kell jegyezni, hogy a szolgáltatások felsorolt elemei eltérő hangsúlyt kapnak az egyes tagállamokban. Különösen fontos, hogy megfelelő mértékben elérhetővé váljon az orális helyettesítő kezelés az injekciós opiáthasználók számára, mivel ez jelentősen csökkenti a HIV terjedése szempontjából nagy kockázatú, kábítószerrel összefüggő viselkedést (Gowing és mások, 2005; Sullivan és mások, 2005).

### A tű és fecskendő hozzáférhetősége

A tű- és fecskendőprogramokat az 1980-as évek közepén indították el az Európai Unióban, az injekciós kábítószer-használókat fenyegető HIV-járványra adott azonnali válaszként, és a programok az 1990-es években gyorsan elterjedté váltak (18. ábra). Az államilag finanszírozott programok 1993-ra az EU jelenlegi 25 tagállamának már több mint a felében és Norvégiában működtek. A tű- és fecskendőprogramok ma Bulgáriában, Romániában és Norvégiában, valamint az összes tagállamban rendelkezésre állnak, Ciprus kivételével, ahol viszont a steril felszerelés ingyen kapható a gyógyszerárakban, és mérlegelik egy hivatalos tű- és fecskendőprogram elindítását<sup>(138)</sup>. Mihelyt az ilyen programokat bevezetik egy országban, a tű- és fecskendőprogramban részt vevő helyszínek földrajzi elterjedése folyamatosan nő. Sok országban mára sikerült teljes földrajzi lefedettséget elérni, amiben számos tagállamban a gyógyszerárak is

<sup>(134)</sup> L. az INF-3, INF-14 és INF-15 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

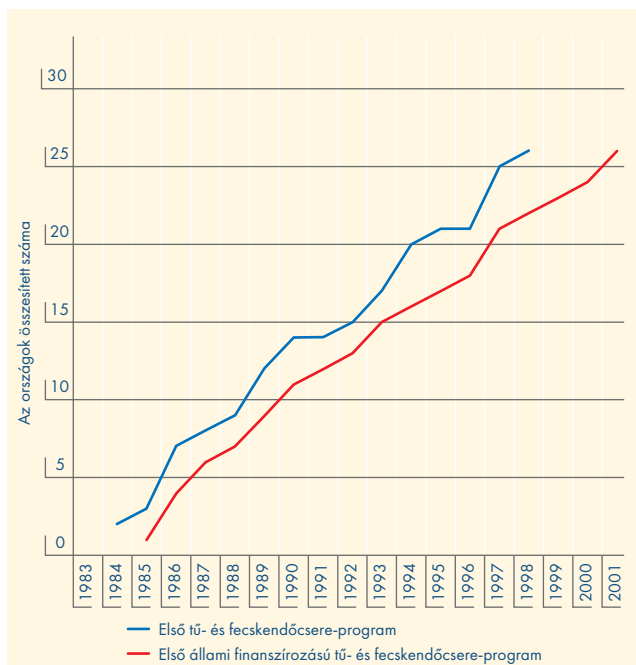
<sup>(135)</sup> L. az INF-9, INF-10, INF-22 és INF-23 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(136)</sup> L. az INF-14 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(137)</sup> Az európai kormányok képviselői a közelmúltban két konferencián erősítették meg partnerségüket a HIV/AIDS elleni harcban, és intézkedéseket határoztak meg az e területen adott válaszaik támogatására (dublini nyilatkozat, 2004. február, és vilniusi nyilatkozat, 2004. szeptember). A HIV/AIDS-re vonatkozó összes kulcsfontosságú EU-dokumentum megtalálható az Európai Bizottság közegészségügyi weboldalán ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_threats/com/aids/keydocs\\_aids\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm)).

<sup>(138)</sup> L. a NSP-2 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

**18. ábra:** Tű- és fecskendőcsere-programok bevezetése az EU 23 országában, Norvégiában és Bulgáriában



Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2004.

kulcsfontosságú partnerként működnek közre. Svédországban azonban az ország déli részén 1986-ban elindított két program más területeken nem folytatódott, Görögországban pedig a tű- és fecskendőprogramok száma korlátozott, és csak Athénban elérhető (139).

Az EU országokban és Norvégiában a tű- és fecskendőprogramok általában szervesen beépülnek az alacsony küszöbű drogtanácsadó ügynökségek munkájába (l. „A szolgálatok hozzáférhetőségének növelése” rovatot), a terepmunkába és a hajléktalanellátásba. Mivel a könnyen hozzáférhető ügynökségek sikeresnek bizonyultak az aktív kábítószer-használók elérésében, ezek fontos kiindulópontként szolgálhatnak a kapcsolattartás, megelőzés, oktatás és tanácsadás, illetve a gyógykezelésre beutalás számára. Azt is egyre nagyobb mértékben felismerik, hogy az alacsony küszöbű szolgáltatások létfontosságú platformot kínálnak a közösség azon tagjainak alapvető egészségügyi ellátásához, a fertőző betegségekre való szűréséhez, védőoltásához és antivirális kezeléséhez, akiknek a hivatalos egészségügyi ellátásban való részvétele különféle okok miatt nehéz.

A tű- és fecskendőcsere-programokat az EU 16 tagállama és Norvégia a fertőző betegségek kábítószer-használók körében történő terjedése megelőzésének elsődleges eszközeként jellemzi, további hat tagállamban megszokott módszernek minősítik, és az EU országainak

### A szolgáltatások hozzáférhetőségének növelése

Az „alacsony küszöbű” kifejezés olyan megvalósítási körülményeket jellemez, amelyek a kábítószer-használó számára megkönnyítik a hozzáférést a szociális és egészségügyi szolgáltatásokhoz. Ahhoz, hogy a hozzáférési küszöböt csökkentsék, az ilyen szervezeteknek megfelelő helyszínekre kell települniük, a pácienseik szükségleteihez igazított nyitvatartási idővel, a késő esti vagy éjszakai nyitva tartást is beleértve. Az alacsony küszöbű szervezetek gyakran a terepre kihelyezett szociális munkásokon keresztül nyújtják szolgáltatásaikat. A szervezetek szolgáltatásainak igénybevétele kevés adminisztrációval jár, gyakran ingyenes, és nem szabja feltételül a drogoktól való mentességet a páciens részéről. Az ilyen szervezetek azokat a jelenlegi kábítószer-használókat is célozhatják, akik korábban semmilyen egészségügyi vagy szociális szolgálattal nem álltak kapcsolatban, illetve elveszítették ezekkel a kapcsolatot. Szolgáltatásaik a használók „nehezen elérhető” csoportjait és a kifejezetten magas kockázatú csoportokat, illetve a kísérleti használókat veszik célba (például azáltal, hogy a klubokban, diszkóknak és más „parti”-körülmények között kínálják a szolgáltatásokat). Az alacsony küszöbű szolgáltatási forma az utcai szervezetekben, nyitott nappali segítőközpontokban és a terepen működő egészségügyi ellátóállomásokon, illetve a sürgősségi menedékhelyeken is alkalmazható. A könnyű hozzáférhetőségnek köszönhetően az ellátás átfogó rendszerén belül ezek a szervezetek fontos szerepet játszanak a kábítószer-használók „rejtettebb” vagy „nehezen elérhető” csoportjainak elérésében. Emellett, hogy a használókat megpróbálják rávenni, illetve beutalni a megfelelő gyógykezelésekre, sokszor „túlélésközpontú” szolgáltatásokat is nyújtanak, ideértve az ételmiszert, ruházatot, menedéket, steril injekciós felszerelést és orvosi ellátást. Alapvető fontosságú helyszínt jelentenek az egészség megőrzését célzó üzenetek, illetve a biztonságos használatához szükséges ismeretek és készségek terjesztéséhez azok körében, akik kísérleti jelleggel, függőként vagy problematikus módon drogokat használnak. Emellett egyre gyakrabban gyógykezelési szolgáltatásokat is nyújtanak.

kétharmadában a kábítószer-használók körében terjedő fertőző betegségekre adott kiemelt politikai válasznak tekintik (140).

### A tű- és fecskendőcsere-programok hatékonyságának bizonyítékai

A tű- és fecskendőprogramok hatékonyságát a HIV/AIDS előfordulásának csökkentésében az injekciós kábítószer-használók körében az 1980-as évek óta vizsgálják (141). A WHO által 2004-ben közreadott szakirodalmi áttekintés

(139) L. „A tű és fecskendő elérhetősége” táblázat a 2005. évi statisztikai értesítőben.

(140) L. az EMCDDA weboldalán a fertőző betegségekre adott nemzeti válaszok áttekintését (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

(141) L. a legfontosabb áttekintéseket az EMCDDA weboldalán (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

arra a következtetésre jutott, hogy meggyőző bizonyítékok vannak arra, hogy a steril injekciós felszerelések hozzáférhetőségének javítása és használatának gyakoribbá tétele az injekciós kábítószer-használók körében jelentősen csökkenti a HIV-fertőzést, ugyanakkor nagyobb arányú nem kívánt negatív következményre nincs bizonyíték (WHO, 2004). Az áttekintés azonban arra is rávilágított, hogy az injekciós kábítószer-használók HIV-fertőzésének ellenőrzése érdekében a tű- és fecskendőprogramokat kiegészítő intézkedésekkel kell támogatni. A tű- és fecskendőprogramok költséghatékonyságát megvizsgálva de Wit és Bos (2004) arra következtet, hogy a tű- és fecskendőprogramok költséghatékonynak bizonyultak a HIV terjedésének megelőzésében, és a HIV csökkentésén kívül további érdemleges előnyökkel járnak, így például kapcsolatot teremtenek a kábítószer-használók nehezen elérhető populációja és az egészségügyi és szociális szolgálatok között.

### A hepatitis megelőzése

A kábítószer-injektálás nagy kockázatot jelent a HBV- és HCV-fertőzés veszélye miatt, és a kábítószer-használók 50–80%-a az injekciós használat megkezdésétől számított öt éven belül megfertőződik, ami krónikus fertőzésekhez vezethet, amelyek károsítják, majd végül elpusztítják a májat (EMCDDA, 2004b). Míg a hepatitis C ellen jelenleg nem áll rendelkezésre vakcina, a hepatitis B védőoltás segítségével hatékonyan megelőzhető<sup>(142)</sup>.

Az elmúlt évtizedben számos tagállam felvette vagy visszavette országos immunizációs programjába a hepatitis B-t, így az oltás ma már az EU legtöbb országában része a gyermekek kötelező rutin oltásprogramjának. A WHO ajánlását eddig csak Dánia, Hollandia, Svédország, az Egyesült Királyság és Norvégia nem követte<sup>(143)</sup>.

Bár még el kell telnie néhány évtizednek, amíg végül nem lesz már jelentős kockázatnak kitett csoport, az EU legtöbb országában és Norvégiában már folyik a kábítószer-használóknak szánt célzott oltási programok végrehajtása. A célpopulációk elérése érdekében az oltást a kábítószer-használók számára könnyen elérhető kapcsolattartási pontokon, illetve egyre gyakrabban a börtönökben is hozzáférhetővé teszik<sup>(144)</sup>.

A hepatitis B-immunizációs kampányokat gyakran összekötik a hepatitis A elleni oltással és a hepatitis C-tanácsadással, -vizsgálattal és gyógykezelésre utalással. Noha hepatitis C-kezelést valamennyi országban nyújtanak, a gyakorlatban a hozzáférés a kábítószer-használók számára nehézségeket okozhat. Mivel a hepatitis C-gyógykezelés biztosításának irányításában fontos eszköznek tekintik a hivatalos orvosi iránymutatásokat, az EMCDDA ezeket 2003–04-ben elemzésnek vetette alá<sup>(145)</sup>. A legtöbb iránymutatás akkor javasolja a kábítószer-használók gyógykezelését, ha már leszoktak a drogról, illetve egy ideje szilárdan átálltak az orális helyettesítő kezelésre, ami három hónap és két év között lehet. Minél frissebb útmutatókról van szó, annál valószínűbb, hogy figyelembe veszik azokat a kutatásokat is, amelyek kimutatták a hepatológusokból és kábítószer-használati szakértőkből álló csoportok általi multidiszciplináris gyógykezelési módszer előnyeit a kábítószer-használók szempontjából. A nemzeti útmutatók közelmúltbeli bővülése várhatóan javítani fogja a gyógykezelési lehetőségeket, és fokozza azok eredményességét a kábítószer-használók számára.

## Kábítószerrel összefüggő halálesetek

### Heroin okozta halálesetek

Ebben a szakaszban a „kábítószerrel összefüggő halálesetek” kifejezés azokat a haláleseteket jelenti, amelyeket közvetlenül egy vagy több kábítószer fogyasztása okoz, és általában rövidebb idővel az anyag vagy anyagok fogyasztása után következnek be. Ezeket a haláleseteket „túladagolásnak”, „mérgezésnek” vagy „kábítószer okozta halálesetnek” nevezik<sup>(146)</sup>.

Az opiátok az EU-ban bejelentett, tiltott anyagok okozta „kábítószerrel összefüggő halálesetek” többségében jelen vannak, de számos esetben a toxikológiai vizsgálat más anyagok, különösen alkohol, benzodiazepinek és – néhány országban – kokain jelenlétét is kimutatja<sup>(147)</sup>.

1990 és 2002 között az EU országai évi 7000–9000 túladagolási halálesetet jelentettek be<sup>(148)</sup>, ami erre az időszakra nézve összesen több mint 100 000 halálesetet jelent. Ezek a számok minimális becslésnek tekinthetők,

<sup>(142)</sup> A hepatitisre vonatkozó bővebb információkért l. az EMCDDA weboldalát (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

<sup>(143)</sup> A 14. Globális Tanácsadó Csoport jelentése: Bővített program az immunizációról, 1991. október 14–18., Antalya, Törökország, az Egészségügyi Világszervezet 1992-ben fogadta el.

<sup>(144)</sup> L. a hepatitis B-vakcinázási táblázatot (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

<sup>(145)</sup> Szakértői tanulmány a hepatitis C-kezelés iránymutatásairól az injekciós kábítószer-használók számára (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

<sup>(146)</sup> Ez az EMCDDA nemzeti szakértőkből álló csoportja által elfogadott definíció: a módszertani megjegyzéseket l. „A kábítószerrel összefüggő haláleset EMCDDA-definícióját” a 2005. évi statisztikai értesítőben és DRD Standard protokoll, 3.0 változat (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). A legtöbb ország rendelkezik saját esetmeghatározással, amelyek jelenleg megegyeznek vagy nagyjából megegyeznek az EMCDDA definícióival, bár néhány ország a pszichoaktív gyógyszerek miatt, illetve a nem túladagolás miatt bekövetkezett haláleseteket is beszámítja, általában korlátozott mértékben (l. a „A kábítószerrel összefüggő halálesetek nemzeti meghatározásai” a 2005. évi statisztikai értesítőben).

<sup>(147)</sup> L. a DRD-1 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(148)</sup> L. a DRD-2 és a DRD-3 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

mivel valószínű, hogy sok országban nem minden esetet jelentenek.

Az opiátok túladagolása az egyik vezető halálozási ok az európai fiatalok között, különösen a városi területen élő fiatal férfiak körében (EMCDDA, 2004c). A túladagolás jelenleg az EU egészét tekintve az opiáthasználók körében szintén az első számú halálok; 2001-ben például az EU-15 tagállamai 8347 kábítószerrel összefüggő halálesetről számoltak be, szemben az injekciós kábítószer-használókról bejelentett 1633 AIDS-es halálesettel (EuroHIV, 2004) <sup>(149)</sup>, habár a HIV-fertőzés költségeit és lehetséges hosszú távú problémáit nem szabad alábecsülni.

A túladagoló kábítószer-használók többsége férfi, az esetek 60–100%-ában, de a legtöbb országban a férfiak aránya 75 és 90% közötti tartományban van. A túladagolások áldozatok többnyire húszas-harmincas éveikben járnak, átlagéletkoruk a harmincas évek közepére tehető (a sáv 22–45 év). A legalacsonyabb átlagéletkorokat több új tagállamban tapasztalták (Észtország, Lettország, Litvánia és Románia), közülük sokban ugyanis viszonylag nagy arányban fordulnak elő a 25 évesnél fiatalabb túladagolások áldozatok, ami ezen országok fiatalabb heroinhasználó populációját tükrözheti <sup>(150)</sup>.

### Metadon okozta halálesetek

A 2004-es Reitox-országjelentésekben számos ország a kábítószerrel összefüggő halálesetek jelentős részében a metadon jelenlétéről számolt be. Az információkat a nemzeti terminológiának megfelelően közlik, és sok esetben nehéz pontosan felmérni, hogy a metadon milyen szerepet játszott a halálesetekben; néhány esetben valódi metadonmérgezésről van szó, míg más esetekben az anyag jelenlétét csupán megemlítik. Dánia jelentése szerint a metadon a mérgezés okozta halálesetek 49%-ában volt jelen (198 esetből 97-ben, amelyek közül 64 esetben csak a metadon játszott szerepet). Németország azt jelentette, hogy az esetek 23%-át „helyettesítő anyagnak” tulajdonították, amelyből 3%-ban az anyag egymagában (55 eset), 20%-ban pedig (354 eset) alkohollal és narkotikus kábítószerekkel együtt volt jelen, míg 2002-ben ez a szám összesen 30% volt (7% egymagában, 23% kombinációban). Az Egyesült Királyság 418 olyan esetről számolt be, ahol a metadont „említik”, bár ez nem feltétlenül jelent okozati összefüggést. Más országok ennél ritkábban számolnak be a metadon jelenlétéről a kábítószerrel összefüggő halálesetekben, példa erre Franciaország (nyolc eset egymagában vagy kombinált használatban), Ausztria (a halálesetek 10%-ában találtak metadont), Portugália (az esetek 3%-ában fedezték fel) és

Szlovénia (négy metadon okozta haláleset). A 2003-as Reitox-országjelentésekben Írország és Norvégia szintén jelentős számban tudósított a metadon jelenlétével összefüggő esetekről.

Mint minden opiátféle, a metadon is potenciálisan toxikus anyag, azonban a kutatások azt mutatják, hogy a program résztvevőinél a helyettesítő kezelés csökkenti a túladagolások halálozás veszélyét. Számos tanulmány jelezte, hogy azok a halálesetek, amelyekben metadon jelenléte merül fel, valószínűleg inkább a tiltott, mintsem az orvos által felírt metadonhasználat eredményei. Mások azt találták, hogy nagyobb veszélyt jelent a metadonfenntartó kezelés első fázisa. Ezek az eredmények a helyettesítési programok jó minőségsszabványai biztosításának szükségességét jelzik.

### Fentanil és buprenorfin okozta halálesetek

Az elmúlt években a balti országokból jelentettek néhány olyan halálesetet, amelyekben a toxikológiai vizsgálat fentanilt talált, gyakran heroin kíséretében. Svédország országjelentésében 2003-ban 13, fentanillal összefüggő halálesetről tett jelentést az injekciós kábítószer-használók körében, míg a korábbi években ez csak elvétve fordult elő. Bővebb információért a buprenorfin szerepéről a kábítószerrel összefüggő halálesetekben lásd a buprenorfinról szóló kiválasztott témát.

### Az akut kábítószer-használattal összefüggő halálesetek alakulása

A kábítószerrel összefüggő halálozás tendenciái országonként <sup>(151)</sup>, sőt akár régióról régióra is változnak, a heroin járványos terjedésének folyamatában, használatának előfordulásában, a kockázati magatartásokban (pl. az injekciós használók aránya, polidroghasználat), a kábítószer-használóknak szánt kezelés és támogató szolgáltatások biztosításában és talán a heroin elérhetősége és jellemzői terén is meglévő különbségek következtében. A sürgősségi orvosi szolgálatok szervezetének és politikájának különbségei szintén fontos szerepet játszhatnak.

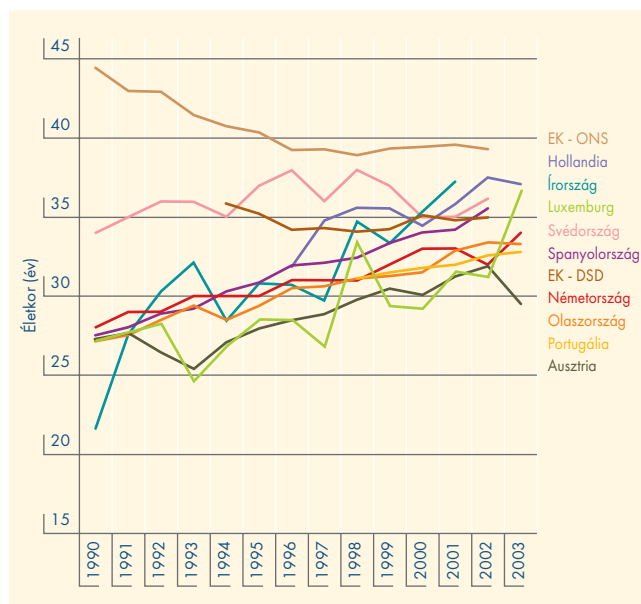
Mindezeket a korlátokat szem előtt tartva, néhány általános tendencia azért megfigyelhető az EU-n belül, különös tekintettel az EU-15 tagállamaira, amelyekről hosszabb és szisztematikusabb adatsorok állnak rendelkezésre. Általános, markáns emelkedés volt tapasztalható a kábítószerrel összefüggő halálozásban az 1980-as évek során és az 1990-es évek elején. Az 1990 és 2000 közötti időszakban néhány országban tapasztalható csökkenés ellenére az összesített növekedési irányzat folytatódott, bár kisebb ütemben. 2000-ben

<sup>(149)</sup> Az AIDS-es haláleseteknél megadott szám Európa nyugati területére vonatkozik (a WHO csoportosítása), és több nem EU-tag ország haláleseteit is tartalmazza, pl. Svájc, Izland és Izrael.

<sup>(150)</sup> L. a DRD-2 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(151)</sup> L. a DRD-7 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

**19. ábra:** Tendenciák az akut kábítószerrel összefüggő halálesetek áldozatai átlagéletkorának alakulásában az EU-15 néhány tagállamában, 1990–2001/03



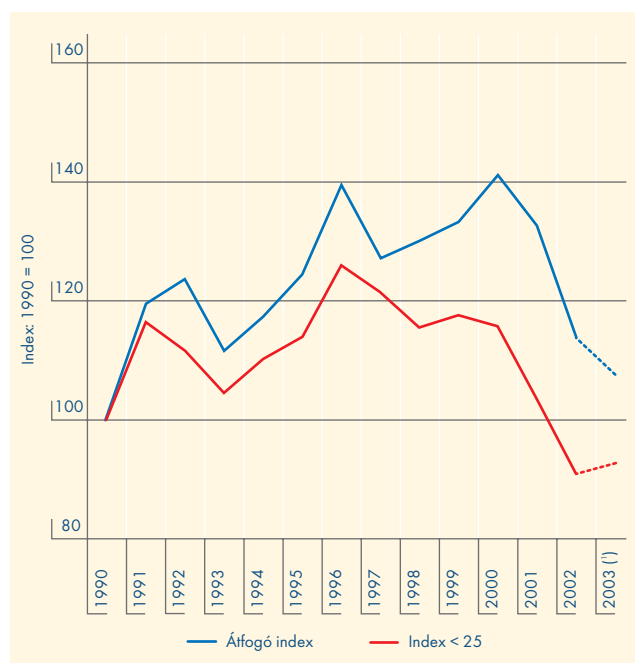
Megjegyzés: Az ábra azokat az országokat mutatja, amelyek a jelentési időszak legtöbb évére vonatkozóan megadták az áldozatok átlagos életkorát. Az információ a 2005. évi statisztikai értesítőben a DRD-6 táblázatban bemutatott „nemzeti definíciókon” alapul. Angliában és Walesben a „kábítószer-stratégiai definíciót” (DSD) használják. ONS = Office of national statistics.

Forrás: Reitox-országjelentések (2004), az adatok az országos halotti nyilvántartásokból vagy speciális (igazságügyi orvostani vagy rendőrségi) nyilvántartásokból származnak.

8930 halálesetet jelentettek, szemben az 1990-es 6426 esettel (40%-os növekedés) <sup>(152)</sup>. Az Európai Unió legtöbb tagállamában a túladagolós áldozatok egyre idősebbek, ami „öregedő kohorsz hatást” sejtet; ez kapcsolódhat a fiatal kábítószerfüggők toborzásában tapasztalható visszaeséshez (19. ábra).

2000 óta azonban az EU sok országából a kábítószerrel összefüggő halálesetek számának csökkenéséről számoltak be. Az EU-15 tagállamaiban és Norvégiában az összesített szám a 2000-es 8930-ról 2001-re 8394-re esett vissza (6%-os csökkenés), majd 2002-ben tovább csökkent 7122 esetre <sup>(153)</sup> (további 15%-os csökkenés). 2003-ról csak 10 ország közölt adatokat, ezért az EU-ban érvényesülő tendenciákról csak óvatos következtetéseket vonhatunk le. A 10 ország adatai alapján azonban 2003-ban 5%-os csökkenést lehet megfigyelni, ami csak egyharmada a 2002-ben észlelt csökkenésnek. A 2003-ra vonatkozóan adatot szolgáltató 10 ország közül három növekedést jelentett, egyben nem történt változás, hatból pedig csökkenésről számoltak be; ezek közül a görögországit (22%) és az olaszországit (17%) lehetett jelentősnek tekinteni <sup>(154)</sup>. Ezek a fejlemények komoly

**20. ábra:** A kábítószer-használattal összefüggő akut halálesetek általános alakulása az EU-15 tagállamaiban és a kábítószerrel összefüggő halálesetek 25 év alatti áldozatai arányának alakulása, 1990–2003



(<sup>1</sup>) A 2003-as számadat ideiglenes, mivel 2003-ra vonatkozóan csak tíz ország szolgáltatott adatokat. A 2003-as számadat azon országok adatain alapul, amelyek 2002-re és 2003-ra egyaránt szolgáltatott adatokat.

Megjegyzés: Index: 1990 = 100. Az esetek számát évente és országonként a DRD-2 (i. és v. rész) táblázat mutatja be a 2005. évi statisztikai értesítőben. Belgium nem szolgáltatott adatot 1998–2001-ről, Írország pedig 2002-ről. Az emiatt szükségessé váló korrekciókat az EMCDDA (2001)-ben meghatározott számítási módszer segítségével végezték el.

Forrás: Reitox-országjelentések (2004), az adatok az országos halotti nyilvántartásokból vagy speciális (igazságügyi orvostani vagy rendőrségi) nyilvántartásokból származnak, a 2005. évi statisztikai értesítőben a DRD-6 táblázatban megadott nemzeti definíciók alapján.

aggodalomra adnak okot, mivel előfordulhat, hogy a kábítószerrel összefüggő halálesetek 2000 és 2002 között történt csökkenéséért (közel 20%-os csökkenés) felelős tényezők 2003-ban megszűntek; ez különösen azért fontos, mert a kábítószerrel összefüggő halálesetek még mindig történetileg magas, körülbelül az 1990-es évekkel megegyező szinten állnak (20. ábra).

A 25 évesnél fiatalabbnál a kábítószerrel összefüggő halálesetek száma 1996 óta viszonylag folyamatosan csökkent, ami a fiatal injekciós kábítószer-használók számának csökkenésére utalhat (19. és 20. ábra), Franciaország, Svédország és Norvégia kivételével az EU-15 legtöbb tagállamában tapasztalható csökkenő vagy stabil tendencia eredményeként. Számos új tagállamban viszont a 25 évesnél fiatalabb áldozatok arányának egyértelmű növekedését figyelték meg az

<sup>(152)</sup> L. a DRD-8 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(153)</sup> Ebben nem szerepelnek Belgium és Írország 2002-re vonatkozó adatai (Írországban 2001-ben 88 eset fordult elő).

<sup>(154)</sup> Egy egyszerű statisztikai Poisson-modell alapján. A Norvégiából származó rendőrségi adatok szintén egyértelmű csökkenést jeleznek 2003-ban.

1990-es évek közepétől 2000–02-ig, ami a fiatal használók toborzásának fokozódására utal<sup>(155)</sup>. Ezenkívül az EU-15 szintjén 2000 óta megfigyelt csökkenés elsősorban a férfiaknál ment végbe (21,9%-os csökkenés). A nők esetében ennél sokkal visszafogottabb csökkenést tapasztaltak (14,5%), 2003-ban pedig, a férfiakkal ellentétben, a nőknél a tendencia feltehetően megfordult<sup>(156)</sup>.

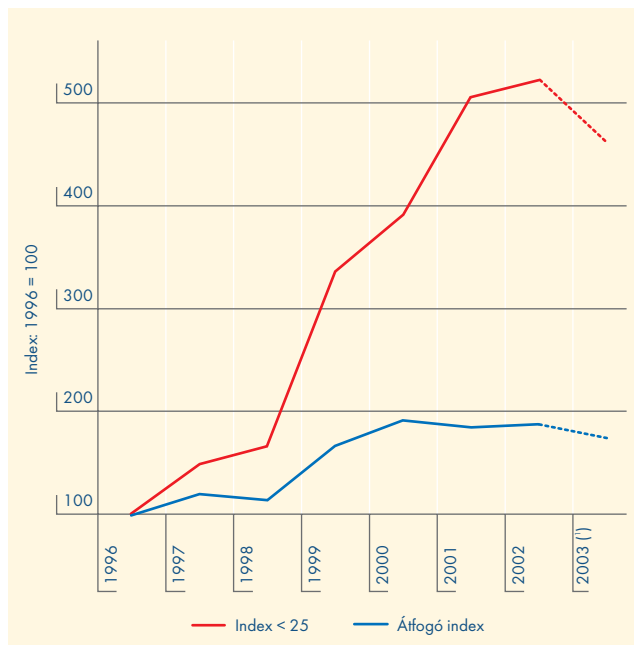
Az új tagállamokra jellemző tendenciákat a rendelkezésre álló információ korlátozottsága miatt nehéz pontosan meghatározni. Bár az egyes országok között fel lehet fedezni különbségeket, a rendelkezésre álló információ azt jelzi, hogy a kábítószerrel összefüggő halálesetek száma az 1990-es évek közepén indult határozottabb növekedésnek. Ezt támasztja alá a 25 évesnél fiatalabb áldozatok arányának növekedése is, ami a legtöbb adatszolgáltató országban az 1990-es évek közepe és 1999–2000 között ment végbe<sup>(157)</sup>. Az adatokat szolgáltató új tagállamokban 1996-tól az egészen közelmúltig a 25 évesnél fiatalabb áldozatok száma sokkal nagyobb mértékben nőtt, mint az összes áldozaté (21. ábra), ami igazolja a közelmúltban lezajlott járványszerű terjedés elméletét. A tiltott anyagok miatti halálozás 2000 óta stabilizálódott vagy csökkent Bulgáriában, Csehországban<sup>(158)</sup>, Lettországban (2003-ban) és Magyarországon. Az elmúlt években a helyzet összességében bizonyos mértékben stabilizálódni látszik, de ezzel a megállapítással óvatosan kell bánni, mivel a jelentéstétel minősége és hatóköre sok országban még mindig korlátozott. A heroinhasználat feltételezhető növekedését, ami az 1990-es években az új tagállamok közül sokban valószínűleg lezajlott, a legutóbbi években kiegyenlíthette a kezelési szolgáltatások biztosításának növelése vagy más tényezők, mégis nehéz megjósolni az ezután várható tendenciákat (21. ábra).

Azt a következtetést lehet levonni, hogy bár 2000 és 2002 között történtek pozitív fejlemények, valószínűleg olyan tényezőknek köszönhetően, mint például az opiátok injekciós használatának csökkenése számos országban, a kezelés szélesebb körű biztosítása, valamint az opiáthasználók számának lehetséges stabilizálódása vagy csökkenése, a jelenlegi számadatok hosszabb távú nézőpontból továbbra is magasak, és bizonyos jelek arra utalnak, hogy a javulás talán nem fog folytatódni.

### Összesített halálozás az opiáthasználók között

Az opiáthasználók átlagos halálozása hússzor nagyobb, vagy még annál is magasabb, mint az azonos korú általános népesség halálozása. Ez a fokozott mortalitás

**21. ábra:** A kábítószer-használattal összefüggő akut halálesetek átfogó alakulása az új tagállamokban és a tagjelölt országokban és a 25 év alatti áldozatok arányának alakulása, 1996–2003



(\*) A 2003-ra vonatkozó számadat ideiglenes.  
 Megjegyzés: Adatszolgáltató országok: Bulgária, Csehország, Észtország, Lettország, Litvánia, Magyarország, Málta és Szlovénia.  
 Index: 1996 = 100. Az esetek számát évente és országonként a DRD-2 (ii. rész) táblázat mutatja be a 2005. évi statisztikai értesítőben. Fontos szem előtt tartani, hogy az index kiszámítása korlátozott számú ország adatai alapján történt. Szintén meg kell jegyezni, hogy a 25 évesnél fiatalabb áldozatok tekintélyes részét Csehország és Észtország adja.  
 Észtország nem szolgáltatott adatot 1996-ról és 2003-ról, Magyarország 2002-ről és Csehország 1996–2000-ról. A számítási módszert részletesen l. EMCDDA (2001).  
 Forrás: Reitox-országjelentések (2004), az adatok az országos halotti nyilvántartásokból vagy speciális (igazságügyi orvostani vagy rendőrségi) nyilvántartásokból származnak, a 2005. évi statisztikai értesítőben a DRD-6 táblázatban megadott nemzeti definíciók alapján.

különösen magas az injekciós használóknál. Az opiátfüggőség alacsony előfordulása ellenére ez a tény komoly hatással van a fiatal európai felnőttek halálozására (Bargagli és mások, 2004).

Az opiáthasználók között a halál oka a túladagoláson kívül lehet az AIDS és más fertőző betegségek, illetve külső halálokok (balesetek, erőszak, öngyilkosság stb.). Azokban a kohorszokban, ahol a HIV-fertőzés előfordulása alacsony, a fő halál oka a túladagolás. Az AIDS-es halálesetek száma az elmúlt években jelentősen csökkent, még a nagy arányban HIV-fertőzött kohorszok körében is, ami annak köszönhető, hogy a HAART kezelés 1995 óta jobban elérhető (az összesített európai számadatokat l. fent)<sup>(159)</sup>.

<sup>(155)</sup> L. a DRD-9 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(156)</sup> L. a DRD-6 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(157)</sup> L. a DRD-9 ábrát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(158)</sup> Csak az EMCDDA „D válogatás”-ába tartozó eseteket tekintve, amely a tiltott drogokat tartalmazza. A nemzeti meghatározás sok pszichoaktív gyógyszerből eredő esetet is magában foglal (75%).

<sup>(159)</sup> A kábítószer-használók mortalitása az EU-ban: az új kohorszvizsgálatok végrehajtásának koordinációja, a meglévő kohorszok nyomon követése és elemzése, továbbá új módszerek és eredmények kidolgozása. EMCDDA-jelentés CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

Az opiáthasználók öregedésével a mortalitás fokozottan emelkedik, mivel a krónikus állapotokból (mint például a májzsugor, rák, légzőszervi megbetegedések, endocarditis, AIDS) eredő halálozások összeadódnak túladagolással és külső okokból – mint például az öngyilkosság vagy az erőszak miatt – bekövetkező elhalálozással (holland országjelentés).

A fentiekén kívül a kábítószer-használók magas mortalitásához az életkörülmények és más, az önmagában vett kábítószer-használattól eltérő tényezők (hajléktalanság, mentális betegségek, erőszak, alultápláltság stb.) is jelentős mértékben hozzájárulhatnak. Az e téren végzett tanulmányokból kiderül, hogy a pszichiátriai betegek halálozása négyszer nagyobb, mint az általános népességé (Korkeila, 2000), a hajléktalanok pedig az általános népességének három-négyszerese (Hwang, 2001).

### A kábítószerrel összefüggő halálozás csökkentése

#### Válaszpolitikák

A kábítószerrel összefüggő halálozás jelentős csökkentésére irányuló, 2000–04 közötti, EU-szintű politikai célt általánosan elfogadták a tagállamok. Az EU-15 tagállamai közül nyolc (Németország, Görögország, Spanyolország, Írország, Luxemburg, Portugália, Finnország és az Egyesült Királyság), továbbá négy új EU-ország (Ciprus, Lettország, Litvánia és Lengyelország) nemzeti stratégiai dokumentumaiba is beépítette a kábítószerrel összefüggő halálozás csökkentését<sup>(160)</sup>. Az a tény azonban, hogy több új tagállamban még mindig hiányoznak a megbízható információk a kábítószerrel összefüggő halálozások számáról, jelentősen akadályozza a megfelelő válaszpolitika kidolgozását.

Az új EU kábítószer-stratégia (2005–12) nagy hangsúlyt helyez a hozzáférés javítására azon szolgáltatások köréhez, amelyek csökkenthetik a kábítószer-függőséggel összefüggő morbiditást és mortalitást, és az e cél felé tett előrehaladás egyik fő mutatójaként az első négyéves cselekvési tervben (2005–08) a kábítószerrel összefüggő halálozások számát választották ki<sup>(161)</sup>.

#### Beavatkozások

A kábítószerrel összefüggő halálozásra gyakorolt hatását tekintve fontos beavatkozás a megfelelő gyógykezelés biztosítása, különös tekintettel a helyettesítő kezelésre (WHO, 1998; ACMD, 2000; Brugal és mások, 2005). A helyettesítő kezelés gyorsan tért hódított Európában az 1980-as évek során, illetve az 1990-es években még inkább, különösen az injekciós heroinhasználat magas előfordulásával rendelkező EU-tagállamokban. Jelenleg az

EU-ban több mint félmillió heroinhasználó – ami a heroinhasználók becsült célcsoportjának egynegyedét felélt jelenti – vesz részt helyettesítő kezelési programokban.

Azokban az országokban, ahol a problematikus kábítószer-használó populáció több mint fele helyettesítő kezeléssel vesz részt, valószínűsíthető az injekciós kábítószer-használat szintjének és az ehhez kapcsolódó kockázatos viselkedési formáknak a csökkenése, a túladagolással járó halálozások ebből következő csökkenésével.

Az Európai Tanács 2003-ban számos intézkedést ajánlott az EU-tagállamoknak a kábítószerrel összefüggő halálozások számának csökkentésére<sup>(162)</sup>. A kábítószer-függőség gyógykezelésének biztosítása mellett idetartozik a túladagolás veszélyeiről és annak gyógykezeléséről szóló információs és oktatási anyagok hatékonyabb terjesztése a kábítószer-használók, illetve társaik és családjuk körében; valamint a szolgálatok számára nem elérhető használókkal terepmunka révén való kapcsolatfelvételt célzó proaktív megelőző stratégiák és könnyen elérhető, vonzóbb drogszolgálatok. Az ajánlás végrehajtásának mértékét és az általa elért hatásokat a Bizottság folyamatosan értékeli, az erről szóló jelentés pedig 2006-ban várható.

A túladagolással járó áldozatok demográfiai profilja azt jelzi, hogy leginkább a kezeletlen idősebb heroinhasználókat fenyegeti a kábítószer-túladagolás okozta halál. E kiemelt csoport elérésében hatékony konkrét intézkedés a felügyelet alatt álló kábítószer-fogyasztási létesítmények létrehozása<sup>(163)</sup>. Ilyen szolgáltatások jelenleg 15 német és 15 holland városban, valamint Madridban, Barcelonában és Bilbaóban (Spanyolország), illetve Oslóban (Norvégia) működnek.

### Az opiáthasználat kezelése

Némileg leegyszerűsítve, a problematikus opiáthasználat kezelésére rendelkezésre álló lehetőségeket három átfogó kategóriába sorolhatjuk: ezek a gyógyszeresen támogatott kezelés (MAT), a gyógyszermentes kezelés és az elvonásos gyógykezelés (ez utóbbit itt részleteiben nem tárgyaljuk). Az opiátproblémák sikeres gyógykezelésének azonban csak egy aspektusa a függőség és az elvonás kérdéseinek kezelése. A hosszú távú pozitív eredmény érdekében valószínűleg ugyanennyire fontos az egyén társadalomba való visszatérésének elősegítése, például munkahely és a biztonságos lakáskörülmények megtalálása, illetve a visszaesés elkerüléséhez szükséges szociális és életvezetési készségek kialakítása révén. Számos tanulmány megállapította már, hogy az

<sup>(160)</sup> L. az összefoglaló táblázatot: Stratégiák és válogatott intézkedések a kábítószerrel összefüggő halálozás csökkentésére (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10697>).

<sup>(161)</sup> L. az EU kábítószerügyi stratégiáját, 2005–2012 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

<sup>(162)</sup> <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegalextextdetail&id=2603&lang=en&T=2>

<sup>(163)</sup> Európai jelentés a kábítószer-fogyasztó helyiségekről (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

opiátproblémával küzdő páciensek gyakran többször lépnek be a kezelésbe, mivel a terápiás célokat, különösen az absztinenciát nem feltétlenül sikerül az egyén első kezelési kapcsolatában elérni, de ez sokszor ismételt terápiás beavatkozásokkal elérhető.

### Gyógyszeresen támogatott kezelés

A gyógyszeresen támogatott kezelésbe beletartozik egyrészt az agonistákkal (metadon, buprenorfin, dihidrokodein, heroin, lassan felszabaduló morfin),

másrészt – bár sokkal kevésbé elterjedt – az antagonistákkal végzett kezelés (ilyen például a naltrexon).

A metadon szinte valamennyi tagállamban kapható (l. 3. táblázat), és változatlanul a leggyakrabban felírt helyettesítő anyag Európában. A gyógykezelési lehetőségek azonban az elmúlt évek folyamán bővültek. A buprenorfin ma már a 26 adatszolgáltató ország közül 18-ban kapható. Az egyéb agonistákkal, illetve antagonistákkal (naltrexon, naloxon vagy klonidin) végzett gyógykezelés kevésbé gyakori az EU területén. Az ellenőrzött heroinfelírás bevezetésének vizsgálata jelenleg Belgiumban is folyik,

**3. táblázat: A gyógyszeresen támogatott gyógykezelésekben alkalmazott anyagok Európában (a kísérleteket beleértve)**

Ország	Metadon	Buprenorfin	Dihidrokodein	Lassan felszabaduló morfin	Heroin	Naltrexon/naloxon	Klonidin
Belgium	X	X	X			X	X
Csehország	X	X					
Dánia	X	X					
Németország	X	X	X		X	X	
Észtország	X	X					
Görögország	X	X				X	
Spanyolország	X	X			X		
Franciaország	X	X		X			
Írország	X						
Olaszország	X	X				X	X
Ciprus							
Lettország	X						
Litvánia	X	X				X	
Luxemburg	X	X		X			
Magyarország	X						
Málta	X		X			X	X
Hollandia	X	X			X	X	X
Ausztria	X	X	X	X			
Lengyelország	X						
Portugália	X	X				X	X
Szlovénia	X						
Finnország	X	X					
Svédország	X	X					
Egyesült Királyság	X	X	X		X	X	X
Bulgária	X			X			
Románia	X						
Norvégia	X	X					

NB: Szlovákiáról és Törökországról nem áll rendelkezésre információ.

Forrás: Standard táblázat a kábítószerrel összefüggő kezelések elérhetőségéről.



Ausztria pedig szakértői véleményt kapott a krónikus opiátfüggők heroinnal támogatott kezeléséről, a meglévő nemzetközi programok eredményei alapján.

A legfrissebb szám adatok azt mutatják, hogy 2003-ban több mint 450 000 páciens állt helyettesítő kezelés alatt az erre szakosodott egységekben az EU-ban (4. táblázat),

akiknek több mint 90%-a metadonkezelést kapott. Rajtuk kívül további páciensek részesültek más anyagokkal (pl. dihidrokodein, lassan felszabaduló morfin vagy heroin) végzett helyettesítő kezelésben, illetve voltak, akik más körülmények között, például házi orvosuknál kaptak helyettesítő kezelést. Sajnos a helyettesítő kezelés e vonatkozásairól jelenleg sok tagállamból nem állnak

**4. táblázat: Helyettesítő kezelésben részesülő páciensek becsült száma Európában, 2003-ban**

Ország	Az erre szakosodott egységekben metadonkezelésben részesülő páciensek száma	Az erre szakosodott egységekben buprenorfinkezelésben részesülő páciensek száma	Az erre szakosodott egységekben helyettesítő kezelésben részesülő páciensek száma összesen
Belgium	1 922	48	1970
Csehország	368	204	572
Dánia	4 971	484	5 455
Németország	65 000	9 000	74 000
Észtország	60	13	73
Görögország	2 018	275	2 293
Spanyolország	88 678	36	88 714
Franciaország	15 000	13 000	28 000
Írország <sup>(1)</sup>	5 561	0	5 561
Olaszország	79 065	7 113	86 178
Ciprus	0	0	0
Lettország	67	0	67
Litvánia	332	n. a.	332
Luxemburg	133	10	143
Magyarország	750	0	750
Málta	698	0	698
Hollandia	12 000	n. a.	12 000
Ausztria <sup>(2)</sup>	1 796	1 667	6 413 <sup>(3)</sup>
Lengyelország	865	0	865
Portugália	9 765	2 743	12 508
Szlovénia	1 909	0	1 909
Finnország	170	430	600
Svédország	800	1 300	2 100
Egyesült Királyság	128 000	n. a.	128 000
Bulgária	380	0	380
Románia	400	0	400
Norvégia	1 947	484	2 431
Összesen <sup>(4)</sup>	422 655	36 807	462 412 <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Ez az esetek számát jelenti, nem pedig az adott évben kezelt személyekét.

<sup>(2)</sup> Ausztriában a páciensek körülbelül 46%-a nem metadonnal vagy buprenorfinnal végzett helyettesítő kezelésben részesül, ezért a végösszeghez ezt a hányadot is hozzáadtuk, hogy az összesítés helyes legyen. Az arányok szerinti bontás az első kezeléseken alapul.

<sup>(3)</sup> Az összesítésben kapott magasabb értéket az Ausztriában nem metadonnal vagy buprenorfinnal (túlnyomórészt lassan felszabaduló morfinnal) végzett helyettesítő kezelésben részesülő páciensek becsült 2950 fős száma okozza.

<sup>(4)</sup> n. a. = nincs adat. Az összesítések kiszámításakor a „nincs adat” bejegyzéseket 0-nak vettük, így tehát az itt megjelenő szám adatok minimumértékek.

NB: Szlovákiára és Törökországra vonatkozóan nem áll rendelkezésre információ.

Forrás: Standard táblázat a kábítószerrel összefüggő kezelések elérhetőségéről.

rendelkezésre megbízható adatok, következképpen az EU egészére vonatkozó összesített számadatokat nem lehet meghatározni.

Néhány ország azonban megbízható adatokat vagy becsléseket közölt a házi orvosoknál helyettesítő kezelésben részesülő páciensek számáról, ami fontos adalék az EU-n belül helyettesítő kezelésben részt vevő páciensek teljes számának becsléséhez. 2003-ban a házi orvosok által metadonkezelésben részesülő páciensek száma Franciaországban 8500 fő, Írországon 2682 fő, Luxemburgban 851 fő, Hollandiában pedig 930 fő volt. Rajtuk kívül Csehországban és Franciaországban 1200, illetve 70 000 páciens kapott buprenorfinkezelést házi orvosától. Becslések szerint ebben az öt országban összesen 81 743 páciens részesült helyettesítő kezelésben házi orvosánál. Figyelembe véve, hogy a szakosodott egységekben a helyettesítő kezelésben több mint 450 000 páciens vesz részt, a helyettesítő kezelésben részesülő páciensek teljes száma biztosan meghaladja a félmilliót, és körülbelül 530 000 főt tesz ki. Mivel azonban az információ nem teljes, ezt az 530 000 fős adatot csak minimumbecslésnek tekinthetjük a helyettesítő kezelésben részesülő kábítószer-használók számáról.

A helyettesítő kezelések elérhetőségének mértéke jelentős eltéréseket mutat az EU-15 országai, illetve az új tagállamok és tagjelölt országok között. Bár az új tagállamok az összlakosság több mint 20%-át jelentik, a helyettesítő kezelésben részesülő páciensek számának csak 1,3%-át teszik ki az új tagállamok és a tagjelölt országok lakosai (nem beleértve Törökországot, ahonnan a helyettesítő kezelésről nem állnak rendelkezésre adatok). Az új tagállamok közül csak két, Csehország és Szlovénia közölt becsléseket a problematikus kábítószer-használat előfordulásáról, és mindkét országra igaz, hogy a helyettesítő kezelés a problematikus kábítószer-használók kisebb része számára elérhető (16%, illetve 26%), mint az EU-15 átlagában (35%). Noha a problematikus kábítószer-használat előfordulásáról a többi új tagállamban és tagjelölt országban nincsenek becslések, a helyettesítő kezelés szintje egyértelműen elmarad az EU-15 tagállamokétól. Figyelembe véve a fertőző betegségek terjedésének magas kockázatát az országok némelyikében, valamint a gyógyszeresen támogatott kezelés megelőző szerepét ennek korlátok közé szorításában (l. pl. UNODC, 2002), a helyzet aggodalomra ad okot.

Az elmúlt években a gyógyszeresen támogatott kezelésen belül két különálló tendencia van kialakulóban. Az első a helyettesítő kezelés fokozott elérhetőségének tendenciáját viszi tovább, bár a növekedés egyre kevésbé határozott. Másrészt a gyógykezelésben adott anyagok terén is differenciálódás zajlott le; például a buprenorfin

használatáról 2003-ban már 14 ország számolt be, az 1999/2000-es hattal szemben.

A harmadik, ámbár kevésbé elkülönülő irányzat a házi orvosok részvételének növelése a gyógyszeresen támogatott kezelés biztosításában. A házi orvosok bevonásáról 2000/2001-ben mindössze három tagállam számolt be (Belgium, Franciaország, Egyesült Királyság) (Solberg és mások, 2002), ma viszont már az EU-15 tagállamai közül 10-ben (Belgium, Németország, Franciaország, Írország, Olaszország, Luxemburg, Hollandia, Ausztria, Svédország és az Egyesült Királyság), valamint az új tagállamok közül háromban megtörtént (Csehország, Málta és Szlovénia).

### Gyógyszermentes gyógykezelés

A gyógyszermentes gyógykezelés a kábítószerektől való hosszú távú tartózkodás elérése érdekében alkalmazott pszicho-szociális és oktatási technikákat jelenti. A gyógyszermentes gyógykezelés hagyományosan rehabilitációs otthonokban és hosszú távon történt, pl. terápiás közösségekben. Manapság is sokszor közösségi alapú.

A gyógyszeresen támogatott gyógykezeléstől eltérően – amelyről számos tagállamban központi nyilvántartást vezetnek –, a gyógyszermentes gyógykezelésre vonatkozó nyilvántartás ritka, és csak elvétve fordul elő megbízható, egyértelmű, számszerűsített adat erről a kezelési módról. Bár a gyógyszeresen támogatott kezeléssel pontosan nem összehasonlítható, a tagállamoktól érkező jelentések azt jelzik, hogy a tagállamok többségében, illetve EU-szintű összesítésben is a gyógyszeresen támogatott kezelés a problematikus opiáthasználók kezelésének elsődleges formája. Ugyanakkor néhány ország (Észtország, Ciprus, Litvánia, Lengyelország és Finnország) a gyógyszermentes kezelés preferenciájáról számolt be a gyógyszeresen támogatott kezeléssel szemben. A gyógyszeresen támogatott kezelés és a gyógyszermentes kezelés szintje több országban, nevezetesen Görögországban, Spanyolországban és Norvégiában, hasonlóan tűnik.

### Új fejlemények a minőségbiztosításban

Több országban (Németország, Ausztria és Portugália) kézikönyveket adtak ki a kábítószer-kezelésben részt vevő orvosi személyzet részére. Az Egyesült Királyság kormányzati drogstratégiájának keretében tett erőfeszítések azt igazolják, hogy a költségvetésre, szervezésre, monitorozásra és munkatársakra fordított befektetések segítségével a várólisták lerövidíthetők, így több problematikus kábítószer-használó juthat be és maradhat benn a kezelésben. Angliában 2003–04-ben 41%-kal több problematikus kábítószer-használó állt kapcsolatban a kábítószeres gyógykezelést biztosító

szolgáltatokkal, mint 1998–99-ben, és a várakozási idő 2001 óta kétharmadával csökkent. 2003–04-ben a páciensek 72%-a vagy sikeresen befejezte a szervezett kezelést, vagy kezelésben maradt, szemben a 2002–03-as 57%-kal (NTA, 2004).

A gyógyszermentes kezelés megvalósításának körülményei igen változatosak. Az országok egyik csoportjában (Németország, Görögország, Spanyolország, Franciaország, Ciprus, Luxemburg, Hollandia, Lengyelország, Szlovénia, az Egyesült Királyság) a problematikus opiáthasználók gyógyszermentes kezelése elsősorban járóbeteg-ellátásban történik, míg az országok kisebb része elsősorban a fekvőbeteg-gyógykezelésről számolt be (Írország, Olaszország, Ausztria), más országok esetében pedig nem volt egyértelmű dominancia (Svédország, Norvégia).

### Szociális visszailleszkedés

A szociális visszailleszkedés meghatározása „bármilyen, a volt vagy jelenlegi problematikus kábítószer-használó közösségi beilleszkedését célzó szociális beavatkozás”. Három „pilléren” alapul: (1) lakhatás, (2) oktatás és (3) foglalkoztatás (a szakképzést is ideértve). Más intézkedések, például a tanácsadás és a szabadidős tevékenységek szintén alkalmazhatók.

A szociális visszailleszkedés kevésbé régi alapokkal rendelkező válasz a problematikus kábítószer-használatra, mint a kezelés, ennek megfelelően a megfigyelés és jelentéskészítés ezen a területen szórványosabb. Néhány ország a szociális visszailleszkedés terén tett erőfeszítéseiről minőségi értékelést is készített; jó lefedettségről azonban sehonnan nem számoltak be. A jelentést tevő országok (Észtország, Írország, Málta, Hollandia, Románia, Svédország és Norvégia) egyöntetűen hiányosságokat találtak szociális visszailleszkedési szolgáltatásaik és/vagy programjaik terén. Ez alól az egyetlen kivétel Görögország, ahol egyrészt a szociális visszailleszkedési programok elterjedtsége viszonylag nagy, másrészt az általuk elért páciensek számáról is megbízható adatok állnak rendelkezésre.

### Lefoglalások és piaci információk <sup>(164)</sup>

#### Az opiátok termelése, kereskedelme és lefoglalásai

Afganisztán egyértelműen világelső a tiltott ópium előállítás terén, különösen a művelés alatt álló teljes terület 2004-es újabb növekedését is figyelembe véve. A tiltott ópium globális termelése 2004-ben körülbelül 4850 tonnára rúgott (2003-ban 4766 tonna), amelyhez

Afganisztán 87%-ban, Mianmar pedig 8%-ban járult hozzá. A világ ópiumtermelése az elmúlt öt év folyamán stabil maradt, 2001 kivételével, amikor az ópiummák termesztésének Afganisztánban a talibán rezsim által foganatosított betiltása drámai, azonban rövid életű csökkenést eredményezett. A globális potenciális herointermelést 2004-ben 485 tonnára becsülték (2003-ban 477 tonna) (CND, 2005).

Az Európai Unióban fogyasztott heroin termelése elsősorban (növekvő mértékben) Afganisztánban történik, illetve az ópium kereskedelmi útvonalai mentén, konkrétan Törökországban (UNODC, 2003a; INCB, 2005), és két fő kereskedelmi útvonalon éri el Európát. A történetileg fontos balkáni útvonal változatlanul kulcsszerepet tölt be a heroincsempészetben. A Pakisztánon, Iránon és Törökországon való átszállítást követően az útvonal elágazik egy déli ágra Görögországon, Macedónia Volt Jugoszláv Köztársaságon, Albánián, Olaszország egy részén, Szerbián, Montenegrón és Bosznia-Hercegovinán keresztül, valamint egy északi ágra Bulgárián, Románián, Magyarországon és Ausztrián át. Az INCB (2005) jelentése szerint 2003-ban a balkáni útvonal északi ága vált a heroinkereselem fő útvonalává. Az 1990-es évek közepe óta a heroint egyre inkább a „selyemúton” csempészik be Európába Közép-Ázsián, a Kaszpi-tengeren és az Orosz Föderáción, Fehéroroszországon vagy Ukrajnán keresztül (Reitox-országjelentések, 2004; UNODC, 2003a; CND, 2005; INCB, 2005). Bár ezek az útvonalak a legfontosabbak, 2003-ban Kelet- és Nyugat-Afrika, illetve az amerikai kontinens több országából is jelentették Európába szánt heroinszállítmányok lefoglalását (CND, 2005; INCB, 2005).

Az importált heroinon kívül néhány opiát kábítószert az Európai Unióban készítenek. Ez főleg házi mákkészítményekre (pl. mákszalma, mákkoncentrátum az őrölt mákfejekből vagy mákszárakból) korlátozódik számos keleti EU-országban, pl. Észtországban, Lettországban és Litvániában (Reitox-országjelentések, 2004). Ezek a termékek 2003-ban a jelek szerint különösen Észtországban váltak ismét népszerűvé.

Volumen tekintetében 2003-ban a világszerte lefoglalt heroin legnagyobb részét változatlanul Ázsia (56%) és Európa (34%) könyvelte el. Európa részesedése növekedést mutat, különösen a kelet- és délkelet-európai országokban megszorodott heroinlefoglalások miatt (CND, 2005). 1998 óta a legnagyobb számú és mennyiségű heroinlefoglalások az Európai Unió országai közül az Egyesült Királyságban voltak, akit a lefoglalások számát tekintve Spanyolország, az elkobzott mennyiség szerint pedig Olaszország követ a sorban <sup>(165)</sup>. 2002-ben az Egyesült Királyságban volt az Európai Unió összes

<sup>(164)</sup> L. „A lefoglalások és piaci adatok értelmezése”, 42. o.

<sup>(165)</sup> De ezt a hiányzó 2003-as adatokkal összevetve ellenőrizni kell, amint azok elérhetővé válnak. A 2003-as heroinlefoglalások számára Olaszország, Ciprus, Hollandia és Románia tekintetében nem volt adat; a 2003-ban történt heroinlefoglalások számát és a lefoglalt heroin mennyiségét egyaránt megjelölő adatok Írországról és az Egyesült Királyságról nem álltak rendelkezésre.

heroinlefoglalásának körülbelül 30%-a, mind a lefoglalások számát, mind a lefoglalt mennyiséget tekintve.

Az Európai Unióban lefoglalt heroin mennyisége <sup>(166)</sup> az elmúlt öt évben általánosságban véve nőtt, ezen belül 2000–02 között stabilan magas volt, míg a lefoglalások száma ugyanebben az időszakban összességében csökkent. Az adatokat szolgáltató országokban megfigyelhető tendenciák alapján az Európai Unióban a heroinlefoglalások száma és ezek mennyisége 2003 óta csökkenést mutat <sup>(167)</sup>.

Fentanil és metilfentanil – a heroinnál csaknem 100-szor hatásosabb szintetikus opiátok – lefoglalásairól Észtország 2003-ban ismét beszámolt, míg Lettország 2003-ban első 3-metilfentanil-lefoglalását jelentette, Ausztriában pedig 2004 januárjában foglaltak le először fentanilt. Észtországban a helyi piacon elérhető heroin rossz minőségét 2002 óta e két, „fehér kínai”, „fehér perzsa” vagy „szintetikus heroin” néven forgalmazott szintetikus opiát megjelenése kompenzálja (Reitox-országjelentések, 2004).

Bár az EMCDDA egyelőre nem végez szisztematikus adatgyűjtést a benzodiazepinek lefoglalásairól –

amelyeket a heroinhasználók általában helyettesítőként alkalmaznak –, Spanyolország, Litvánia, Svédország és Norvégia 2003-ban ilyen lefoglalásokról is beszámolt (különösen a Rohypnoléről).

### A heroin ára és tisztasága

Európában a heroin két formában fordul elő: az általánosan elérhető barna heroin (a heroin bázikus formája), valamint a kevésbé általános és drágább fehér heroin (só forma), amely tipikusan Délkelet-Ázsiából származik. Az Európai Unióban 2003-ban a barna heroin átlagos utcai ára a jelentések szerint a belgiumi 27 euro/gramm és a svédországi 144 euro/gramm között változott, miközben a fehér heroin ára 25 euro/gramm (Szlovákia) és 216 euro/gramm (Svédország) között mozgott <sup>(168)</sup>. Ez az árkülönbség valószínűleg az eladott kábítószer tisztaságát tükrözi.

2003-ban a barna heroin átlagos tisztasága az utcai szinten az ausztriai 6%-tól a máltai 40%-ig változott az EU-n belül. A fehér heroin tisztaságáról csak néhány ország közölt adatokat <sup>(169)</sup>; ezek alapján átlagosan a finnországi 6% és a norvégiai 70% között volt <sup>(170)</sup>.

### Buprenorfin: gyógykezelés, visszaélés és felírási gyakorlatok, az EMCDDA 2005-ös éves jelentésében: kiválasztott témák

Az elmúlt tíz évben a buprenorfin mint a metadon alternatívája az opiátfüggőség gyógykezelésére egyre inkább elérhetővé vált Európában. Az eleinte fájdalomcsillapítóként kifejlesztett buprenorfin az 1970-es évek végétől javasolják az opiátfüggőség gyógykezelésére. A kiválasztott témában bemutatásra kerül a buprenorfin bevezetése az opiátkezelésben az EU-15 tagállamaiban, valamint elterjedése ezekben az országokban és az új tagállamokban.

A buprenorfin hatékonyság és költség szempontjából összehasonlítják a metadonnal. Bemutatják a buprenorfinkezelés biztosítását Európában, és összehasonlítják azokat a tagállamokat, ahol az opiátfüggőség kezelésében elsődlegesen használt anyag a buprenorfin, illetve azokat, ahol a gyógyszeresen támogatott kezelést főként metadonnal végzik. Többek között azt állapítják meg, hogy ma az EU-n belül a gyógyszeresen támogatott kezelésben részesülő páciensek körülbelül 20%-a kap buprenorfin, ugyanakkor e páciensek nagy része egy országban (Franciaország) található. A buprenorfin általánosságban már sok

országban elterjedt, de a páciensek tényleges száma a tagállamok többségében továbbra is korlátozott.

A buprenorfin a lehetséges visszaélés szempontjából is megvizsgálják. Az első jelzések azt mutatják, hogy a buprenorfinnal való visszaélés csak néhány országban fordul elő, máshol ismeretlen. Beszámolnak a buprenorfinnal való visszaéléssel kapcsolatos bizonyítékokról meghatározott populációkban vagy korcsoportokban, illetve a buprenorfinnal visszaélők különálló csoportjainak azonosítására tett kísérletekről. Bár a buprenorfinnal való visszaélés miatti halálesetek nagyon ritkák, a tudományos szakirodalom és az európai országok némelyike beszámolt néhány halálesetről. A buprenorfinnal való visszaéléssel összefüggő halálesetek bejelentéseit összehasonlítják a metadonnal való visszaélés eseteivel.

A kiválasztott téma következtetéseket von le a buprenorfin és a metadon relatív érdemeiről az opiátfüggőség kezelésében. A buprenorfin e szerint a gyógyszeresen támogatott kezelés könnyebb és szélesebb körben való hozzáférhetőségének lehetőségét nyújtja.

Ez a kiválasztott téma nyomtatott formában és az interneten csak angolul érhető el. Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices, EMCDDA annual report 2005: selected issues (<http://issues05.emcdda.eu.int>).

<sup>(166)</sup> L. a SZR-4 (i. rész) táblázatát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(167)</sup> L. a SZR-3 (i. rész) táblázatát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(168)</sup> L. a PPP-2 (i. rész) táblázatát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(169)</sup> L. a PPP-6 (i. rész) táblázatát a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(170)</sup> Norvégia esetében kis mintáról van szó ( $n = 8$ ).



## 7. fejezet

# A bűnözéssel és a börtönnel összefüggő kérdések

### Kábítószerrel kapcsolatos bűnözés

A kábítószerrel kapcsolatos bűnözés azokat a bűncselekményeket jelenti, amelyeket kábítószeres befolyásoltság alatt vagy a kábítószer-használat finanszírozása céljából követnek el; amelyek a tiltott drogok piacának működésével összefüggésben fordulnak elő, illetve amelyek a kábítószerre vonatkozó jogszabályok megsértésének minősülnek. Az EU-n belül rutinszerűen csak az utolsó kategóriáról, azaz a kábítószerrel kapcsolatos törvénytörésekről folyik adatgyűjtés.

A kábítószerrel kapcsolatos törvénytörésekről szóló „jelentések”<sup>(171)</sup> nemcsak a nemzeti jogalkotás különbségeit tükrözik, hanem a különféle jogalkalmazási és bűnüldözési utak különbözőségeit is, valamint az igazságszolgáltatás szervei által a különböző bűncselekményekhez rendelt prioritások és források különbségeit. Ezenkívül a kábítószer-törvények elleni bűncselekményekkel kapcsolatos információs rendszerek jelentősen különböznek az országok között, különösen a jelentési és nyilvántartási gyakorlatban, azaz hogy mit, mikor és hogyan rögzítenek. Ezek a különbségek megnehezítik az EU-országok közötti összehasonlításokat.

Az 1998 és 2003 közötti időszakban a kábítószer-bűncselekményekről szóló „jelentések” száma az Európai Unió legtöbb tagállamában nőtt. A növekedés különösen jelentős (kétszeres vagy többszörös) volt Észtországban és Lengyelországban. A bűncselekményekről szóló „jelentések” száma azonban 2003-ban csökkent Belgiumban, Spanyolországban, Olaszországban (2001 óta), Magyarországon, Máltán, Ausztriában és Szlovéniában (2002 óta)<sup>(172)</sup>.

Az Európai Unió legtöbb tagállamában a legtöbb bejelentett kábítószer-bűncselekmény a kábítószer-használattal vagy a használati célú birtoklással kapcsolatos<sup>(173)</sup>, amely az összes kábítószer-bűncselekmény Lengyelországban tapasztalt 39%-ától az

### A kábítószer-használat és a bűnözés: néhány adat

Egy 2004-ben Csehországban elvégzett felmérés során a regionális főkapitányságoknál dolgozó rendőrök becsülésükben azt állították, hogy a közönséges lopások körülbelül 40%-át és a rablások körülbelül 30%-át kábítószeres vásárlása érdekében követték el. Ugyanebben az országban a nyilvántartott bűncselekményekre vonatkozó rutinadatok azt mutatták, hogy 2003-ban az összes bűncselekmény 0,7%-át követték el narkotikus vagy pszichotróp anyagok befolyása alatt (az alkohol kizárásával) (cseh országjelentés).

Finnországban 2000–03 során a tiltott kábítószeres hatása alatt elkövetett emberölések és testi sértések aránya sokkal alacsonyabb volt, mint az alkohol befolyása alatt elkövetetteké (az emberöléseknél 6% a 64%-kal szemben, a testi sértéseknél 2%, szemben a 71%-kal) (Lehti és Kivivuori; a finn országjelentés idézi). Bár a kábítószeres jelenléte a rablásos bűncselekményekben az elmúlt évtizedben növekedni látszott, az alkohol még mindig lényegesen gyakoribban fordul elő (a rablások 43%-ában fordul elő az alkohol, 9%-ában vannak jelen kábítószeresek).

Németországban a „közvetlen gazdasági kényszer okozta bűncselekmények” – olyan bűncselekmények, amelyeket narkotikus kábítószeres, helyettesítő vagy alternatív kábítószeres megszerzése céljából követnek el – száma 2003-ban 2568 esetre csökkent; ezek 70%-a vényhamisítással vagy vénynyomtatványlopással volt kapcsolatos (BKA, 2004).

Lettországon belül a belügyminisztériumtól származó rutinadatokból kitűnt, hogy 2003-ban az összes felderített bűncselekmény 2,8%-át (2002-ben 3,1%-át) követték el narkotikumok befolyása alatt álló személyek (Lettország országjelentése).

<sup>(171)</sup> A kábítószer-bűncselekményekről szóló „jelentések” azért kerültek idézőjelbe, mert különböző országokban különféle fogalmakat írnak le (kábítószer-bűncselekménnyel gyanúsítottakról szóló rendőrségi jelentések, kábítószer-bűncselekmények vádjai stb.). Az egyes országokban használatos pontos definíció tekintetében l. a kábítószer-bűncselekményekről szóló „jelentések” definícióival kapcsolatos módszertani jegyzeteket a 2005. évi statisztikai értesítőben. (2001-ig az éves jelentésekben a „letartóztatások” kifejezés volt használatban.)

<sup>(172)</sup> L. a DLO-1 (i. rész) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben. A kábítószer-bűncselekményekről szóló „jelentések” adatai 2003-ban Dánia, Németország, Írország, Lettország, Szlovákia és az Egyesült Királyság tekintetében nem álltak rendelkezésre.

<sup>(173)</sup> L. a DLO-2 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

Ausztriában és az Egyesült Királyságban tapasztalt 87%-ig terjed. Csehországban és Luxemburgban a bejelentett kábítószer-bűncselekmények 91, illetve 46%-a a kábítószer-eladással vagy kábítószer-kereskedelemmel kapcsolatos, miközben Olaszországban és Spanyolországban – ahol a kábítószer-használat és a használati célú birtoklás nem számít bűncselekménynek – minden kábítószer-bűncselekmény az eladással és a kereskedelemmel kapcsolatos. Végül Portugáliában<sup>(174)</sup> és Norvégiában<sup>(175)</sup> a bűncselekmények 59%-a a kábítószer-használattal vagy kábítószer-eladással és a kábítószer-kereskedelemmel egyaránt kapcsolatos.

Minden olyan országban, ahol rendelkezésre állnak a kapcsolódó adatok – Portugália kivételével – növekedett a kábítószer-használat vagy használati célú birtoklás aránya a kábítószer-bűncselekményeken belül az elmúlt öt éves időszakban, 1998 és 2003 között<sup>(176)</sup>. A növekedés üteme általában lassú volt, azonban markánsabb tendenciákról adtak hírt Belgiumban, Luxemburgban és Szlovéniában, valamint 2001-ig Írországban. Portugáliában a használattal összefüggő bűncselekmények aránya csökkenésnek indult 2000-ben, egy évvel azelőtt, hogy a kábítószer-használat és kábítószer-birtoklás tette már nem minősült bűncselekménynek (2001 júliusában)<sup>(177)</sup>. 2003-ban Csehországból, Luxemburgból, Ausztriából és Szlovéniából is csökkenést jelentettek.

A legtöbb tagállamban a kábítószer-törvény elleni bűncselekményekben leggyakrabban előforduló tiltott kábítószer továbbra is a kannabisz<sup>(178)</sup>. Azokban az országokban, ahol ez a helyzet, a kannabisszal kapcsolatos bűncselekmények aránya 2003-ban az összes kábítószer-bűncselekmény 39%-ától (Olaszország) 87%-áig (Franciaország) terjedt. Hollandiában a „kemény drogokkal” kapcsolatos bűncselekmények<sup>(179)</sup> a meghatározóak (58%), míg Csehországban a kábítószerrel kapcsolatos törvénysértések többsége amfetaminokra vonatkozott (48%). A kábítószer-törvény elleni bűncselekmények között valamely meghatározott kábítószer relatív hányada több tényezőtől függ, többek között a bűnüldöző hatóságok

működési prioritásaitól, valamint az explicit vagy implicit stratégiai döntésektől a kábítószer-bűncselekmények különböző formáinak differenciált megcélzásával.

1998 óta a kannabisszal kapcsolatos kábítószer-bűncselekmények<sup>(180)</sup> aránya növekedett Németországban, Spanyolországban, Franciaországban, Írországban, Litvániában, Luxemburgban, Máltán és Portugáliában, miközben stabil maradt Belgiumban, Csehországban, Hollandiában, Szlovéniában, Svédországban és az Egyesült Királyságban, illetve csökkent Olaszországban és Ausztriában<sup>(181)</sup>.

Ugyanezen időszak alatt a heroinnal kapcsolatos bűncselekmények aránya az Európai Unió minden olyan tagállamában csökkent, ahol adat állt rendelkezésre, kivéve Ausztriában és az Egyesült Királyságban, ahol növekedett<sup>(182)</sup>. Ellenkező irányzat figyelhető meg a kokainnal kapcsolatos bűncselekményeknél, amelyek aránya a kábítószer-bűncselekmények között 1998 óta növekedett minden adatszolgáltató országban, kivéve Németországot, ahonnan csökkenő tendenciáról számoltak be<sup>(183)</sup>.

## A kábítószer-használók és a börtön

### Kábítószer-használók a börtönökben

Az elítéltek közötti kábítószer-használat típusairól és formáiról ritka és szórványos az országos rutininformáció. Az Európai Unióban hozzáférhető adatok nagy része helyi szinten végzett „ad hoc” tanulmányokból származik, amelyeket különböző méretű mintákon végeztek, ami nagyon megnehezíti az eredmények (és a tendenciák) extrapolálását.

Az általános népességgel összehasonlítva, az elítéltpopulációban a kábítószer-használók túlreprezentáltak. A legtöbb EU-s vizsgálatban az elítéltek között a kábítószer-használat 50%-ot meghaladó életprevalenciáját jelentették; de ez az adat széles sávban mozog, 22%-tól 86%-ig a különböző elítéltpopulációk,

<sup>(174)</sup> Portugáliában a többi kábítószerrel kapcsolatos törvénysértés a „kábítószer-terjesztés/kereskedelem”-hez tartozik, mivel a kábítószer-használat/használati célú birtoklás cselekményét 2001 júliusában dekriminalizálták.

<sup>(175)</sup> Norvégiában nem tesznek különbséget a fogyasztás nélkül történő „kábítószer-terjesztés/kábítószer-kereskedelem” és a „kábítószer-használat/terjesztés és -kereskedelem” között. Ilyenformán a többi kábítószerrel kapcsolatos törvénysértés kizárólag a „kábítószer-használathoz” kapcsolódik.

<sup>(176)</sup> L. a DLO-4 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(177)</sup> A kábítószer-használat és a fogyasztásra szánt mennyiség birtoklásának dekriminalizálásáról szóló törvényt 2000 novemberében fogadták el, és 2001. júliusban lépett hatályba.

<sup>(178)</sup> L. a DLO-3 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(179)</sup> Hollandiában a „kemény drogok” a definíció szerint azok a kábítószeresek, amelyek elfogadhatatlan közegészségügyi kockázatot jelentenek, úgymint a heroin, a kokain, az extasy és az LSD.

<sup>(180)</sup> Az időszak adatait a következő országok részletezték a kábítószer, illetve a kábítószerrel összefüggő bűncselekmény eloszlása szerint: Belgium, Csehország, Németország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Olaszország, Litvánia, Luxemburg, Málta, Hollandia (csak a „könnyű drogok”/kannabisz és a „kemény drogok”), Ausztria, Portugália, Szlovénia, Svédország és az Egyesült Királyság.

<sup>(181)</sup> L. a DLO-5 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(182)</sup> L. a DLO-6 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(183)</sup> L. a DLO-7 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

javítóintézetek és országok között<sup>(184)</sup>. Az Európai Unióban a bebörtönzést megelőző rendszeres kábítószer-használat vagy kábítószer-függőség előfordulása 8%-tól 73%-ig terjed<sup>(185)</sup>.

A kábítószer-használók többsége csökkenti vagy abbahagyja a kábítószer-használatot a börtönben. Sok elítélt azonban a bebörtönzését követően is folytatja a kábítószer-használatot, sőt, néhányan éppen a börtönben kezdenek el kábítószerrel használni (és/vagy injekciózni). A rendelkezésre álló tanulmányok azt mutatják, hogy az elítéltek 8–60%-a számol be kábítószer-használatról a börtönben töltött idő alatt, és 10–42% számol be rendszeres kábítószer-használatról<sup>(186)</sup>.

A elítélteknél az injekciós kábítószer-használat általánosan 15% és 50% között mozog; azonban néhány tanulmány 1%-os, mások pedig 69%-os értékekről is beszámolnak. Ahol összehasonlítható adatok állnak rendelkezésre (Ausztria 1999, Anglia és Wales 1997–98), azok azt mutatják, hogy a fiatal bűnözők kisebb valószínűséggel használnak injekciós módszereket, mint a felnőttek, az elítéltek közül a nők pedig nagyobb valószínűséggel, mint a férfiak<sup>(187)</sup>. Az Európai Unióban készült több tanulmány alapján Bird és Rotily (2002) kimutatta, hogy a felnőtt férfi elítéltek körülbelül egyharmada kábítószer-injekciózó. A Reitox fókuszpontok által szolgáltatott adatok tanúsága szerint az elítéltek 0,2–34%-a<sup>(188)</sup> injekciós kábítószerrel a börtönbüntetés ideje alatt. Ez felveti a steril injekcióhoz való hozzáférés és a higiénikus megosztási gyakorlatok kérdéskörét az elítéltekkel kapcsolatban, valamint a fertőző betegségek potenciális terjedésének problémáját.

### A fogva tartott kábítószer-használók segítése és gyógykezelése

Valamennyi tagállamban és tagjelölt országban működik valamilyen rendszer annak biztosítására, hogy a fogva tartott kábítószer-használók segítséghez jussanak, bár a szolgáltatások köre és hozzáférhetősége terén jelentős különbségek mutatkoznak. Említésre méltó tendencia, hogy egyre inkább elismerést nyer az a tény, miszerint az elítéltek az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés tekintetében a lakosság többi részével megegyező jogokkal rendelkeznek, a kábítószer-használók segítségét és gyógykezelését is ideértve (WHO Európai Regionális Iroda, 2002; ír, litván és finn országjelentések). Az elítéltek számára elérhetővé kell tenni többek között a következő szolgáltatásokat: prevencióstratégiák, a gyógyszermentes programokat is beleértve, detoxikáló kezelések, metadon és más helyettesítő kezelések, tanácsadás és oktatás.

Az országok azonban a megfelelő segítségnyújtás terén különféle problémákról számoltak be. Észtországban például a szolgáltatások hozzáférhetősége bizonytalan; Lettorszában nincsenek külön a kábítószer-használók számára hozzáférhető szolgáltatások; Lengyelországban a kezeléshez hosszú várólista van; Svédország túlszűfolt börtönökről és a börtönök csökkentett személyzeti szintjéről számolt be; Romániában pedig a megfelelő jogszabályok hiányoznak. Cipruson hoztak néhány prevencióstratégiaintézkedést, ugyanakkor nincs integrált támogatási program a fogva tartott kábítószer-használók részére.

Az oktatási és képzési tevékenységek általános prevencióstratégiának minősülnek. A legtöbb tagállamban és tagjelölt országban ilyen tevékenységeket a fogva tartott kábítószer-használók és a börtön személyzete körében egyaránt végeznek. Ilyen tevékenységekről számolt be többek között Észtország, Spanyolország, Ciprus, Magyarország, Románia és Szlovénia (Reitox-országjelentések).

A megelőzés másik eleme a gyógyszermentes egységek létrehozása a börtönökön belül. A részvétel önkéntes alapon történik, a fogva tartott kábítószer-használóknak általában írásban kell nyilatkoznia arról, hogy elfogad bizonyos feltételeket, például a rendszeres vizeletvizsgálatot. Ilyen egységek az EU-15 valamennyi tagállamában léteznek. Az „új” tagállamok közül a legtöbb országban létrehoztak gyógyszermentes egységeket. Egy osztrák börtönben létrehozott gyógyszermentes zóna értékelése azt mutatta ki, hogy a gyógyszermentes zónából szabadult személyeket lényegesen ritkábban ítélték el újra, mint a börtön hagyományos egységeiből szabadulókat (35%, szemben a 62%-kal).

A börtönökben a gyógykezelés legelterjedtebb módja a gyógyszermentes kezelés, amely valamennyi tagállamban rendelkezésre áll (Ciprus és Lettország kivételével), bár elérhetősége nem egyforma. A közösségen belüli kezelőközpontok sok országban támogatást és gyógykezelést, illetve utógondozást is nyújtanak, pl. Belgiumban, Csehországban, Görögországban, Luxemburgban és az Egyesült Királyságban.

A legtöbb országban a helyettesítő fenntartó kezelés elérhetősége a börtönben nem azonos a börtönön kívüli elérhetőségével. A fenntartó kezelés csak Spanyolországban elterjedt, itt az összes elítélt 18%-a, illetve a fogva tartott problematikus kábítószer-használók 82%-a részesül ebben a kezelésben. Luxemburg szintén nagy lefedettséggel rendelkezik e téren. A gyógyszeresen támogatott kezelések elérhetőségének jelentős

<sup>(184)</sup> L. a DUP-1 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(185)</sup> L. a DUP-5 (melléklet) táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(186)</sup> L. a DUP-3 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(187)</sup> L. a DUP-2 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.

<sup>(188)</sup> L. a DUP-4 táblázatot a 2005. évi statisztikai értesítőben.



növekedéséről többek között Franciaország számolt be, főként buprenorfinnal, illetve Írország (Reitox-országjelentések). Hollandiában a gyógyszeresen támogatott kezelésben csak azok a rövid ideig fogva tartottak részesülhetnek, akik már a bebörtönzésüket megelőzően metadont használtak, Lengyelországban pedig az első metadonkezelést nyújtó programot 14 pácienssel egy vizsgálati fogházban vezették be.

### Új fejlemények a fertőző betegségek megelőzése terén a börtönökben

Észtországban 2003-ban javult a helyzet a HIV terjedésének megelőzése tekintetében. Az elsődleges

HIV-tesztek száma a 2002-eshez képest 2,6-szorosára emelkedett, ugyanakkor a pozitív tesztek száma csak kismértékben nőtt. A teszt előtti és utáni tanácsadási szolgáltatások szintén fejlődtek, mind mennyiségi, mind minőségi értelemben. Romániában a HIV/AIDS fogva tartottak és elítéltek közötti terjedésének megelőzését célzó programokat dolgoztak ki, néhány nemzetközi civil szervezettel (NGO-k) együttműködésben.

Egyedül Spanyolországban hajtanak végre módszeres tű- és fecskendőcsere-programokat a börtönökben. 2003-ban e programok keretében összesen 18 260 tűt osztottak szét. Hasonló programok bevezetése a többi tagállamban és a tagjelölt országokban nem várható.

### A börtönbüntetés alternatívái: a bűnelkövető problematikus kábítószer-használók kezelése az EU-ban, az EMCDDA 2005-ös éves jelentésében: kiválasztott témák

A börtön a problematikus kábítószer-használók számára kifejezetten ártalmas környezetet jelent, és általános a politikai konszenzus az elvről, hogy a börtönbüntetést a gyógykezeléssel kell felváltani. A kábítószer-használó bűnelkövetőknek felkínálható alternatívák szankciók széles körét jelenthetik, amelyek segítségével azok a kábítószer-használók, akik a nemzeti jog szerint rendszerint börtönbüntetéssel büntetendő bűncselekményt követtek el, késleltethetők, elkerülhetők, kiválthatják vagy kiegészíthetik a börtönbüntetést. A kiválasztott téma középpontjában azok az intézkedések állnak, amelyek rendelkeznek egy kábítószerrel összefüggő komponenssel.

1960 óta az ENSZ és az EU megállapodásai, stratégiái és cselekvési tervei számtalan alkalommal hangsúlyozták és megerősítették azt az elvet, hogy a kábítószerrel összefüggő bűncselekményekért az elítélés és büntetés helyett gyógykezelést, oktatást és rehabilitációt kell biztosítani. Ezt az EU tagállamai nemzeti jogukba is átültették, és büntetőjogi igazságügyi rendszereiket, valamint az egészségügyi és szociális ellátórendszereiket ehhez az elvhez igazították. A fiatal kábítószer-használókat különösen fenyegeti az a veszély, hogy a kábítószeres és a bűnözés ördögi körébe kerülnek, ezért a fiatalokú elkövetők esetében kifejezetten az a szándék, hogy kerülni kell a börtönbüntetést.

A börtönbüntetés alternatíváját jelentő intézkedések végrehajtása azonban bizonyos problémákba ütközik az érintett különböző közigazgatási rendszerek és azok eltérő működési elvei folytán. Történtek erőfeszítések az igazságügyi, illetve a szociális és egészségügyi rendszerek közötti rés áthidalására, különféle koordinációs szerkezetek és kezdeményezések révén, azaz a

rendőrség, a bíróságok és a börtönök, illetve a kábítószeres gyógykezelést nyújtó szolgálatok együttműködésével. Sok esetben helyi szintű informális együttműködési mechanizmusok jöttek létre a szilárdabb intézményesített formák előfutáráiként.

Az elmúlt évtizedben az EU-15 tagállamaiban egyre gyakrabban folyomadtak a börtönbüntetés alternatíváihoz, bár némelyikben ez a tendencia stagnált, míg az „új” tagállamokban később kezdtek meg az alternatívákra vonatkozó jogalkotást és azok bevezetését. A problematikus kábítószer-használó bűnelkövetők gyógykezelését általában az általános ellátórendszeren keresztül biztosítják. A legtöbb országban a gyógykezelést rendszerint bentlakásos rendszerben biztosítják, de lehetőség van a járóbeteg-ellátó programokban való részvételre is.

A gyógykezelésről mint a börtönbüntetés alternatívájáról született európai értékelő tanulmányok ritkák, és nem mindig zárulnak egyértelmű megállapításokkal. A kezeléssel kapcsolatban végzett más kutatásokkal összhangban azonban a siker egyik fő mutatója a kezelésben maradás, és a börtönbüntetés alternatíváinak éppen a kiesési (lemorzsolódási) ráta az egyik legnagyobb problémája. A bizonyítékok arra utalnak, hogy a kezelés sikerességének a kezelés minősége a záloga, nem pedig a páciens kezeléshez vezető útja. A kezelés mint a börtön alternatívája láthatólag akkor működik a legjobban, ha a kábítószerfüggőket motiválják a kezelésre, ha az ellátó létesítmények helyes klinikai szabványokat követnek, továbbá kellő számú és felkészültségű alkalmazottal rendelkeznek.

Ez a kiválasztott téma nyomtatott formában és az interneten csak angolul érhető el. Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU, EMCDDA annual report 2005: selected issues (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



## Hivatkozások

- ACMD (2000), *Reducing drug-related deaths. A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, London.
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, London.
- Ashton, M. (2003), The American STAR comes to England, *Drug and Alcohol Findings* 8, 21–6. o.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, Luxembourg ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/tobacco\\_fr\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf)).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bargagli, A. M. és mások (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6. Europad konferencia, Párizs.
- Becoña, E. (2002), *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- Bird, S. és Rotily, M. (2002), Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons, *Howard Journal* 41(2).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A. és Aavitsland, P. (2005), Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities, *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G. J. (2000), Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors, *Addictive Behaviours* 25, 887–97. o.
- Bovenkerk, F. és Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., és mások (2005), Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and Aids in a cohort of heroin users in Spain, *Addiction*, megjelenés előtt.
- Butler, G. K. L. és Montgomery, A. M. J. (2004), Impulsivity, risk taking and recreational 'ecstasy' (MDMA) use, *Drug and Alcohol Dependence* 76, 55–62. o.
- Butters, J. E. (2004), The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11, 381–90. o.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., és mások (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca ([www.irefrea.org](http://www.irefrea.org)).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. és Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Narkotikus Kábítószerbizottsága, az ENSZ Gazdasági és Szociális Tanácsa, Bécs.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Narkotikus Kábítószerbizottsága, az ENSZ Gazdasági és Szociális Tanácsa, Bécs.
- Cuijpers, P., és mások (2002), The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project, *Addiction* 97, 67–73. o.
- Cunningham, J. A. (2001), Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study, *Journal of Studies on Alcohol* 62, 228–33. o.
- De Wit, A. és Bos, J. (2004) Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature, In *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon, 329–43. o.
- Drug Misuse Research Division (2004), Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002, *Occasional Paper No. 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- EMCDDA (2001), Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths, project CT.99.RTX.04, co-ordinated by the Trimbos Institute, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2003), National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000, CT.00.RTX.23, coordinated by the Institut für Therapieforchung, München, a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- EMCDDA (2004a), *Éves jelentés, 2004: a kábítószer-probléma az Európai Unióban és Norvégiában*, a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2004b), Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options, *EMCDDA Monographs 7*, a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).
- EMCDDA (2004c), *Drugs in Focus 13. Overdose – a major cause of avoidable death among young people*, a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- Eurobarometer (2004), *Young people and drugs, Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, Sajtó- és Kommunikációs Főigazgatóság, Európai Bizottság, Brüsszel.
- EuroHIV (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003*, No. 70, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002*, az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, Luxembourg, 58. o.

- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., és mások (2004), Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions, *BMJ* 328, 1166. o.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Bécs.
- Ghuran, A. és Nolan, J. (2000), Recreational drug misuse: issues for the cardiologist, *Heart* 83, 627–33. o.
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, London ([http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs\\_and\\_alcohol/docs/coc\\_strategy\\_evidence.pdf](http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf)).
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. és Ali, R. (2005), Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (review), *The Cochrane Library*, 2005, Issue 2 ([www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com)).
- Haasen, C. (2003), előadás az EMCDDA „Conference on treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000–2004” konferenciáján, 2003. november.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., és mások (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, Egészségügyi Világszervezet, Genf.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., és mások (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, a Svéd Alkohol- és Kábítószerügyi Információs Tanács (CAN) és az Európa Tanács, Pempidou-csoport.
- Hwang, S. (2001), Mental illness and mortality among homeless people, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, 81–2. o.
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, Egyesült Nemzetek Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Testülete: New York.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES: Helsinki.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. és Whiteside, H. O. (2003), Family-based interventions for substance use and misuse prevention, *Substance Use and Misuse* 38, 1759–87. o.
- Leppin, A. (2004), Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung ‘Qualität schulischer Suchtprävention’ am 20.04.04 in Kärnten (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C. és Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Milánó.
- Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P., és mások (2005), Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences, *Epidemiology and Infection* 133, 127–36. o.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A., és mások (2001), *The challenge of prevention of drug use*, IREFREA España, Palma de Mallorca ([www.irefrea.org](http://www.irefrea.org)).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. I. és De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaine hulpvraag in de ambulante verslavingszorg 1994–2000*, IVZ, Houten.
- Morral, A. R., McCaffrey, D. F. és Paddock, S. M. (2002), Reassessing the marijuana gateway effect, *Addiction* 97, 1493–504. o.
- National Treatment Agency (NTA) (2003), New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers, 2003. június 13-i sajtóközlemény (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), 54 per cent more drug misusers get treatment in England, 2004. szeptember 30-i sajtóközlemény (<http://www.nta.nhs.uk>).
- Ouweland, A., Van Alem, V., Mol, A. és Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. és Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en Veiligheid: Feiten en Fictie over Alcohol, Drugs en Gezondheidsverstoringen*, Trimbos-instituut, Utrecht.
- Prinzleve M., Haasen C., Zurhold H., és mások (2004), Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups, *European Addiction Research* 10, 147–55. o.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. és Baer, J. (2000), Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education, *Journal of Drug Education* 30, 399–421. o.
- Reitox-országjelentések (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., és mások (2003), Risk factors associated with drug use: the importance of ‘risk environment’, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, 303–29. o.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. és Van Laar, M. (2004), *Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies*, 2004, Trimbos Institute/National Drug Monitor (NDM), Utrecht.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, 2003 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Solberg, U., Burkhart, G. és Nilson, M. (2002), An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway, *International Journal of Drug Policy* 13, 477–84. o.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J. és Fiellin, D. A. (2005), Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users, *Addiction* 100, 150–8. o.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., és mások (2004), The motivation, skills and decision-making model of ‘drug abuse’ prevention, *Substance Use and Misuse* 39, 1971–2016. o.
- Taylor, B. J. (2000), Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial, *Prevention Science* 1, 183–97. o.
- Terweij, M. és Van Wamel, A. (2004), *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Utrecht.
- UNODC (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.
- UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.
- UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.
- UNODC és Marokkó kormánya (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.
- WHO (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, World Health Organization, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Genf.
- WHO (2004), Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users, *Evidence for action technical papers*, WHO, Genf.
- WHO (2005), Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users, *Evidence for action technical papers*, végleges változat, 2005. március, WHO, Genf.
- WHO Regional Office for Europe (2002), *Prisons, Drugs and Society, a Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, WHO Európai Regionális Iroda, Genf.

Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja

**Éves jelentés, 2005: A kábítószer-probléma Európában**

Luxembourg: Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala  
2005 — 90 oldal — 21 x 29,7 cm  
ISBN 92-9168-237-3



## ÉRTÉKESÍTÉS ÉS ELŐFIZETÉSEK

A Kiadóhivatal gondozásában megjelent, térítés ellenében kapható kiadványokat a világ minden pontján megtalálható értékesítési irodáinkban kérheti.

### ***Mi a teendő, ha szeretnék egy kiadványhoz hozzájutni?***

Miután megtekintette értékesítési irodáink listáját, kérjük, válassza ki az Önnek megfelelőt, és a rendeléshez lépjen kapcsolatba velük.

### ***Hogyan juthatok hozzá az értékesítési irodák listájához?***

- letöltheti azt a Kiadóhivatal honlapjáról: <http://publications.eu.int/>
- kérését faxon is leadhatja a (352) 2929-42758-as számon, és mi elküldjük Önnek a kért listát.

## Az EMCDDA-ról

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) egyike az Európai Unió decentralizált hivatalainak. 1993-ban alapították, Lisszabonban található, és a kábítószerekkel és kábítószer-függőséggel kapcsolatos átfogó információk központi forrása Európában.

Az EMCDDA objektív, megbízható és összehasonlítható információt gyűjt, elemez és terjeszt a kábítószerekről és a kábítószer-függőségről. Ennek során az európai szintű kábítószer-jelenség bizonyítékalapú képét vázolja fel a célközönségnek.

A központ kiadványai elsődleges tájékoztató pontot jelentenek széles célközönség számára, beleértve a szakpolitika-formálókat és tanácsadókat, szakembereket és a kábítószeres területen dolgozó kutatókat, valamint – tágabb értelemben – a médiát és az általános nyilvánosságot.

A jelentés az EMCDDA éves áttekintését tartalmazza az Európai Unióban tapasztalható kábítószer-jelenség vonatkozásában, egyben nélkülözhetetlen referencia azoknak, akik a kábítószerekkel kapcsolatos legfrissebb európai eredmények iránt érdeklődnek.