



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

ISSN 1830-0766

JELLENZŐKÉNTES ÉVES JELENTÉS 2007

A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA EURÓPÁBAN



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

JELLENZŐK ÉVETES RÖKÖRÖK A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA EURÓPÁBAN

Jogi megjegyzés

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) e jelentését szerzői jog védi. Az EMCDDA nem vállal felelősséget vagy kötelezettséget az ebben a dokumentumban szereplő adatok felhasználásából eredő következményekért. A kiadvány tartalma nem feltétlenül tükrözi az EMCDDA partnereinek, az Európai Unió tagállamainak vagy az Európai Unió, 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>) keresztül érhetők el.

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

A szolgáltatás ingyenesen hívható telefonszáma (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Egyes mobiltelefon-szolgáltatók nem engednek hozzáférést a 00 800-as telefonszámokhoz, vagy kiszámlázzák ezeket a hívásokat.

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

A katalógusadatok a kiadvány végén találhatóak.

Luxembourg: Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, 2007

ISBN 978-92-9168-293-5

© Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, 2007

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.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Tartalom

Előszó	5
Köszönetnyilvánítás	7
Bevezető megjegyzés	9
Kommentár – Európai kábítószerhelyzet	11
1. fejezet	
Politikák és jogszabályok	18
2. fejezet	
Európai válaszok a kábítószer-problémákra – áttekintés	28
3. fejezet	
Kannabisz	37
4. fejezet	
Amfetaminok, ecstasy és LSD	48
5. fejezet	
Kokain és crack kokain	57
6. fejezet	
Opioidhasználat és intravénás kábítószer-használat	63
7. fejezet	
Tendenciák az új és újonnan megjelenő kábítószeres terén, az új kábítószeres elleni fellépés	72
8. fejezet	
A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek és a kábítószerrel összefüggő halálos esetek	77
Hivatkozások	89



Előszó

Ez a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 12. éves jelentése, amely a korábbi jelentésekhez hasonlóan összefoglaló, friss áttekintést ad az európai kábítószer-használat jelenlegi helyzetéről. A jelentés emellett azt is bemutatja, hogy Európában sikerült módszertani szempontból megbízható, fenntartható és átfogó információs rendszert bevezetni a kábítószer-használat megfigyelésére.

A jelentés két alapvető kérdéssel foglalkozik: mit tudunk az európai kábítószer-használatról és az általa okozott problémákról, illetve mit tudunk meg a kábítószerrel összefüggő problémák hatékony megválaszolásáról. Ezek fontos kérdések, mivel a politikusok – politikai meggyőződésüktől vagy ideológiai álláspontjuktól függetlenül – immár Európa-szerte felismerték, hogy a kábítószeres problémája olyan összetett kérdéskör, amelyre nem lehet egyszerű megoldást találni. Azt is belátták, hogy az előrevezető úthoz elemezni kell mind a probléma nagyságáról és jellegéről, mind a különböző beavatkozási stratégiák költségeiről és hasznairól rendelkezésre álló tényeket. A jelentés e tekintetben azt is bizonyítja, hogy Európa elkötelezetten kiáll a kiegyensúlyozott, bizonyítékokon alapuló politikai döntéshozatal és a folyamatos, kitartó erőfeszítések mellett, és nem próbálja gyors megoldásokkal elintézni a problémát. Ennek eredményeként Európa büszkén állíthatja, hogy erre a nehéz és gyakran érzelmi töltésű kérdésre ésszerű, egyben humánus választ tud adni.

Ebben a jelentésben azzal is foglalkozunk, hogy milyen előrehaladást sikerült elérni az európai kábítószer-problémára adott válaszok terén. Ez a kérdés az idén különösen aktuális, mivel európai és nemzetközi szinten egyaránt hamarosan foglalkozni fogunk az e téren elért fejleményekkel. 2008-ban az Európai Bizottság megkezdi a jelenlegi európai kábítószerügyi cselekvési tervek hatásának értékelésére vonatkozó feladatát, az Egyesült Nemzetek Kábítószerügyi Bizottsága (CND) pedig az Egyesült Nemzetek Közgyűlésének 1998-as különleges ülészakán kitűzött célok elérésében megtett előrehaladást fogja megvitatni.

A kábítószerhelyzet Európában továbbra is komoly kihívást jelent az egészségügyi és szociálpolitika,

valamint a bűnüldözés számára. Ahhoz sem kell sokáig keresni, hogy különösen aggályos területeket találjunk. Mindezek ellenére határozott meggyőződésünk, hogy ha valahol előrehaladást értünk el, azt is fontos elismerni. Egyre több európai tagállamban fogadnak el gondosan megtervezett stratégiai módszereket a kábítószer-probléma kezelésére. A megelőzési, kezelési és ártalomcsökkentési tevékenységekre fordított beruházások ugyancsak látványosan megugrottak, a keresletcsökkentés terén pedig jobb együttműködést és fokozott figyelmet tapasztalhatunk. A kábítószer-használat általában véve továbbra is történetileg magas szinten áll, de a legtöbb területen stabilizálódott, és bizonyos jelek helyenként még némi óvatos optimizmusra is okot adnak. Az Európai Unió és tagállamai jelentős támogatásban részesítik a nemzetközi programokat, és globális összefüggésekben nézve még azt is elégedetten állapíthatjuk meg, hogy az európai helyzet számos fontos területen viszonylag pozitívnak tűnik.

Megfigyelőközpontként ügynökségünk tényekkel és számadatokkal dolgozik. Kötelezettséget vállaltunk arra, hogy tudományos szigorral, tárgyilagosan, előítéletektől és előzetes álláspontoktól mentesen értelmezzük a rendelkezésre álló információkat. Ez a szerepünk, és az igazgatótanács elnökeként, illetve igazgatóként ebből nem is engedünk, hiszen joggal lehetünk büszkéek az elért magas színvonalra. Ugyanakkor, miközben a tudományos szigor munkánk elengedhetetlen része, soha nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy a jelentéseinkben szereplő számok mögött valódi emberek vannak, akiknek a kábítószer-problémák komolyan érintik, olykor romba is döntik az életét. A kezelési igényekről, a kábítószerrel összefüggő halálesetekről és a bűnöző viselkedésről szóló száraz statisztikai adatok gyászoló családokat, elveszített lehetőségeket, veszélyes környékeken felnövő gyermekeket rejtenek. A kábítószer-problémára vonatkozó hatékony válaszok kidolgozása érdekében higgadtan kell viszonyulnunk az adatainkhoz, de eközben soha nem válhatunk közömbössé a témával szemben.

Marcel Reimen
az EMCDDA igazgatótanácsának elnöke

Wolfgang Götz
az EMCDDA igazgatója



Köszönetnyilvánítás

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

- a Reitox nemzeti fókuszpontok vezetői és munkatársai;
- a jelentéshez szükséges nyers adatokat összegyűjtő szolgálatok minden tagállamban;
- az EMCDDA igazgatóságának és tudományos bizottságának tagjai;
- az Európai Parlament, az Európai Unió Tanácsa – különösen a kábítószerrel foglalkozó horizontális munkacsoport – és az Európai Bizottság;
- az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC), az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) és az Europol;
- az Európa Tanács Pompidou-csoportja, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, a WHO Európai Regionális Irodája, az Interpol, a Vámügyi Világszervezet, az ESPAD projekt és a Svéd Alkohol- és Kábítószerügyi Információs Tanács (CAN), valamint az Európai AIDS Járványtani Megfigyelőközpont (EuroHIV);
- az Európai Unió Testületeinek Fordítóközpontja és az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala;
- Prepress Projects Ltd.

Reitox nemzeti fókuszpontok

A Reitox a kábítószerrel és kábítószer-függőséggel foglalkozó európai információs hálózat. A hálózat az EU-tagállamokban, Norvégiában, a tagjelölt országokban, illetve az Európai Bizottságnál működő nemzeti fókuszpontokból áll. A kormányaik fennhatósága alatt dolgozó fókuszpontok azok a nemzeti hatóságok, amelyek információt szolgáltatnak az EMCDDA részére.

A nemzeti fókuszpontok elérhetősége az alábbi helyen található: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



Bevezető megjegyzés

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 2005. 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 online változata 23 nyelven érhető el a <http://annualreport.emcdda.europa.eu> címen

A 2007. évi statisztikai közlöny (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) tartalmazza a jelentésben található statisztikai elemzések alapjául szolgáló forrástáblázatok teljes sorozatát. Mindezt a használt módszerek leírása és több mint 100 statisztikai ábra egészíti ki.

Az országprofilok (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) magas színvonalú grafikus áttekintést adnak az egyes országok kábítószerhelyzetének legfontosabb jellemzőiről.

A jelentést három mélyreható áttekintés egészíti ki, amelyek a következő témákat járják körül:

- kábítószeres és járművezetés;
- kábítószer-használat a kiskorúak körében;
- a kokain és a crack kokain mint egyre fontosabb közegészségügyi kérdés.

A választott témakörök kizárólag angol nyelven, nyomtatott és elektronikus (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) formában érhetők el.

A Reitox fókuszpontok országjelentései részletes leírást és elemzést adnak az egyes országok kábítószerhelyzetéről, melyek az EMCDDA honlapján érhetők el (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



Kommentár – Európai kábítószerhelyzet

Európa egyre fontosabb szerepet játszik a kábítószer-problémák csökkentését célzó globális fellépések támogatásában

A kábítószer-használatában tapasztalt tendenciák éppúgy nem veszik figyelembe a földrajzi vagy országhatárokat, ahogy a kábítószer-termelés és -kereskedelem résztvevői sem. Éppen ezért fontos felismernünk, hogy az európai kábítószer-probléma mindig egy nagyobb világjelenség része, így a kábítószer-használat európai mintái kölcsönösen befolyásolják egymást a probléma máshol előforduló megjelenési formáival. Az EU jelenlegi kábítószerügyi cselekvési terve ezt felismerve nagyobb fokú európai koordinációra szólít fel nemzetközi ügyekben, és nyomatékosítja, hogy a kábítószer-keresletet és -kínálatot csökkentő programokat a szomszédos, illetve a termelő országokban egyaránt támogatni kell. Mára jelentős méreteket öltött a nemzetközi fellépésekre fordított európai befektetés: az Európai Bizottság nemrég végzett ellenőrzése azt mutatta, hogy az Európai Közösség jelenleg legalább 750 millió EUR nagyságrendben finanszírozza a harmadik országokban folyó kereslet- és kínálatcsökkentő intézkedéseket. Az EU emellett most már az Egyesült Nemzetek Kábítószerügyi és Büntetőügyi Hivatala (UNODC) munkájának is a legfőbb nemzetközi támogatója.

A pénzügyi támogatás mellett az is bebizonyosodott, hogy az európai országok komolyan veszik nemzetközi szinten tett kötelezettségvállalásaikat, miszerint megfelelő válaszokat dolgoznak ki a kábítószer-problémákra. A nemzetközi közösség 2008-ban fogja értékelni az Egyesült Nemzetek 1998. évi, a kábítószeres világszintű problémájáról rendezett különleges ülésén kitűzött célok tekintetében elért globális előrehaladást. A nemzetközi szinten rendelkezésre álló adatok kiegészítése érdekében az EMCDDA az európai helyzetről szóló, részletesebb értékeléssel fogja támogatni a felülvizsgálat folyamatát. Amint az e jelentésben bemutatott adatokból kitűnik, az elmúlt 10 év folyamán az EU tagállamai egyre szélesebb hatókörű országos és EU-szintű koordinációs mechanizmusokat fejlesztettek ki, rendszerint különböző stratégiák és cselekvési tervek mentén. Ezenkívül óriási fejlődést sikerült elérniük a kábítószerhelyzetről rendelkezésre álló információk terén, egyidejűleg fokozott mértékben járultak hozzá mind a kínálati, mind a keresleti oldalt megcélzó beavatkozásokhoz. Miközben be kell látnunk, hogy a kábítószeres használata változatlanul komoly közegészségügyi és szociálpolitikai problémát jelent Európában, az is fontos, hogy ezeket a pozitív fejleményeket elismerjük.

Európa helye a globális összefüggéseken belül

A kábítószer-használat világszintű probléma, ezért az európai kábítószer-probléma relatív nagyságába hasznos

betekintést kaphatunk, ha az európai adatokat más országokéval vetjük össze. Ez azért nem könnyű feladat, mert viszonylag összehasonlítható, szilárd információk csak a világ néhány részéről állnak rendelkezésre. Az elmúlt évi kábítószer-használat becsült előfordulása szempontjából az USA, Kanada és Ausztrália szolgálhat hasznos összehasonlítási alappal. Az UNODC becslései szerint az opioidhasználat előfordulása ezekben az országokban nagyjából hasonló az Európai Unióban mért előforduláshoz, 0,4–0,6% között van, ezen belül Kanadában valamivel alacsonyabb, az USA-ban valamivel magasabb. A becsült kannabiszhasználat az átlagot tekintve az Európai Unióban lényegesen alacsonyabb, mint az USA-ban, Kanadában vagy Ausztráliában. Ami a serkentőszereket illeti, az ecstasyhasználat szintje világszerte elég hasonló, bár Ausztráliából magas előfordulást jelentettek, az amfetamin előfordulási aránya pedig Ausztráliában és az USA-ban magasabb, mint Európában és Kanadában. A kokainhasználat előfordulási aránya az USA-ban és Kanadában magasabb, mint az Európai Unióban és Ausztráliában. Összehasonlítható adatok hiányában a kábítószer-használat egészségügyi hatásai nehezen értékelhetők az egyes országok viszonylatában, ugyanakkor a 2005-ben újonnan diagnosztizált, intravénás kábítószer-használattal összefüggő HIV-fertőzések becsült arányainak óvatos összehasonlítása azt jelzi, hogy Ausztráliában, Kanadában és az Európai Unióban egy millió lakosra 10-nél kevesebb eset jutott, az USA-ban pedig körülbelül 36.

Az összetett helyzet számszerűsítése: értelmes célok kitűzése, hasznos összefoglaló mérések kidolgozása

Valamennyi európai drogstratégiának az a célkitűzése, hogy csökkentse a kábítószer-használatot és a kábítószeres által okozott károkat, mind az ezeket használók, mind a környezetüket jelentő közösségek szempontjából. Ezt a politikai célkitűzést kimondani könnyű, ugyanakkor be kell látni, hogy a kábítószer-használat sokoldalú, összetett jelenség, és ezt az alapvető tényét az e területen folyó politikák hatásainak értékelésére irányuló próbálkozásoknak is tükrözniük kell. A jelentés egyik pozitív megállapítása, hogy az európai drogpolitikák egyre inkább felismerik, hogy nagyobb hangsúlyt kell helyezni a konkrét tevékenységekre és értelmes célokra kell kidolgozni. Ezt tükrözi az az Európában általánosan megfigyelhető folyamat, hogy a nemzeti drogstratégiákat egyre gyakrabban konkrétabb, időben behatárolt cselekvési tervekkel egészítik ki, európai szinten pedig az EU jelenlegi kábítószerügyi cselekvési tervét évente felülvizsgálják, és a mutatókat a teljesítményük értékelése után adott esetben kihagyják vagy módosítják.

Az intézkedések értékelése szempontjából egyértelműen hasznos az egy-egy témára jobban összpontosító hozzáállás, ugyanakkor az sem árt, ha vannak olyan összefoglaló mérések, amelyek lehetővé teszik a komplex kérdések könnyebb leírását. Bár az ilyen skálák és mérések kialakítása nem egyszerű feladat, a közelmúltban ígéretes fejleményeket láthattunk ezen a téren. Ebben a jelentésben a kábítószerre fordított európai közkiadások adatairól új elemzést mutatunk be. Az adatok ugyan nem teljesek, de azt jól illusztrálják, hogy Európa évről évre tetemes összegeket költ a kábítószer-kereslet és -kínálat csökkentésére – a teljes összeg valahol 13 és 36 milliárd euró között lehet. Ehhez azt is figyelembe kell venni, hogy a fenti számok nem tartalmazzák a kábítószer-használattal járó szociális költségeket.

Ebből a szempontból hasznos előrelépést jelenthet az olyan indexek kidolgozása, amelyek a tiltott kábítószeres használatának különböző költségeit és ártalmait próbálják leképezni, amilyen például az Egyesült Királyságban nemrég kifejlesztett, „kábítószer okozta ártalom index”. Az UNODC által a közelmúltban előterjesztett tiltott kábítószer indexben (IDI) szintén az ártalom az egyik kulcsfogalom. Ezek a szemléletmódok a politikai elemzés szempontjából a jövőben hasznosnak bizonyulhatnak, de ez függ az összetett mérés alapjául szolgáló adatok minőségétől, valamint attól, hogy ezek az adatok mennyiben tudják körüljárni a célul kitűzött fogalmat.

Az ártalomcsökkentés ma már kifejezetten része az európai szemléletnek

Az európai országok között még mindig komoly különbségek vannak a kábítószer-problémák országos mértéke és jellege, illetve az ezekre adott válaszok skálája és felépítése terén. Ennek ellenére határozott egyetértés mutatkozik az általánosabb elvek tekintetében, miszerint a helyes drogpolitika kiegyensúlyozott, átfogó és bizonyítékokon alapul. A keresletcsökkentés területén a megelőzési, kezelési és szociális rehabilitációs intézkedések szükségességét senki nem vitatja, az ártalomcsökkentés kérdése ezzel szemben sokkal ellentmondásosabb múltra tekint vissza. Ez mára kezd megváltozni, és úgy tűnik, hogy a keresletcsökkentő intézkedéscsomag keretében az ártalomcsökkentés immár határozottabban része az európai hozzáállásnak. Ennek egyértelmű megnyilvánulása az a tény, hogy ma már gyakorlatilag az összes EU-tagállamban megtalálhatók mind az opioidhelyettesítő kezelések, mind a tű- és fecskendőcsere-programok, noha a szolgáltatás színvonalá meglehetősen változatos. Ugyanerre a következtetésre jutott az Európai Bizottság egy nemrég készített jelentése is, amely megállapította, hogy a 2003. június 18-i tanácsi ajánlásnak is szerepe volt abban, hogy ösztönözze a tagállamokat az ártalomcsökkentő tevékenységek kialakítására és kiterjesztésére.

Helyzetkép a börtönökből: a kábítószer-használóknak szóló szolgáltatások továbbra sem elég fejlettek

A tanácsi ajánlás végrehajtásában elért előrehaladás felülvizsgálatának egyik fontos megállapítása az volt, hogy az e területen tett előrelépések ellenére a börtönökben

rendszerint a szolgáltatások valamennyi típusa fejletlen. Bár néhány tagállamban már bevezettek olyan rendszereket, amelyek a büntető szankciók alternatívájaként a kezelés felé terelik a kábítószer-problémákkal küzdő elkövetőket, az ilyen személyek továbbra is a börtönpopuláció jelentős hányadát képezik, gyakorlatilag minden országban. Az EMCDDA jelenleg az Egészségügyi Világszervezettel (WHO) közösen dolgozik egy adatbázis létrehozásán a börtönök egészségügyi mutatóinak gyűjtésére. Az általános elv, miszerint a börtönben lévőknek ugyanolyan egészségügyi ellátási lehetőségekhez kellene hozzájutniuk, mint a közösség más tagjainak, sok területen nem érvényesül a kábítószer-problémákkal küzdő személyek esetében. A gond nemcsak az, hogy a börtönbe kerülők közül sokan kábítószer-problémákkal küzdenek, hanem az is, hogy a vizsgálatok szerint a kábítószer-használat a börtönben gyakran folytatódik. A kábítószer-használóknak szóló szolgáltatások hiánya a börtönökben azért nagyon aggasztó, mert nem elég, hogy elveszítjük egy beavatkozási lehetőséget a későbbi kábítószer-használat visszaszorítására, de még a máshol elért egészségügyi eredményeket is alááshatja a szolgáltatások hiánya ebben a közegben.

A működőképes megoldások felismerése, a tapasztalatok megosztása

A keresletcsökkentő tevékenységek különböző típusairól folyó vitában a hangsúly egyre inkább az olyan beavatkozások meghatározására kerül, amelyek bizonyítottan hatékonyak, és nem járnak nem kívánt negatív következményekkel. Mivel rossz kivitelezés esetén egyik beavatkozás esetében sem valószínű, hogy hatékony lesz, sőt, a hatása akár az ellenkezőjére is fordulhat, a munka másik célja a helyes gyakorlatok és a minőség-ellenőrzési intézkedések meghatározása. Az EMCDDA-ról szóló új rendelet hangsúlyozza a helyes gyakorlat felismerésének és terjesztésének fontosságát. Ezen a téren a fő nehézséget az jelenti, hogy a keresletcsökkentő beavatkozásokat valós körülmények között kell alkalmazni. A legtöbb orvosi beavatkozás esetében „gold standard”-nek minősülő, hiteles kontrollcsoportos vizsgálatokat gyakran nehéz megtervezni, vagy egyszerűen nem kivitelezhetőek. A hatékonyságot igazoló bizonyítékok értékelésének és a minőség-ellenőrzési szabványok meghatározásának összetett problémájával a jelentés 2. fejezete foglalkozik.

Kannabisz: a népszerűsége talán már tetőzött, a közegészségügyi kérdések ismertsége egyre nő

Élete folyamán az összes felnőtt közel egynegyede próbálta már a kannabiszt, és minden hetedik az elmúlt évben is használta, ami által Európában ez lett a leggyakrabban fogyasztott tiltott kábítószer. A fiatalok és a nagyon fiatalok körében ez még sokkal inkább érvényes, mint az általános népességben. A fizikailag és társadalmilag egyaránt fejlődésben lévő személyek esetében a kábítószer-használat külön problémát jelent, amivel a kiskorúak körében előforduló kábítószer-használatról szóló, a jelentéshez tartozó

Körkép – becslések az európai kábítószer-használatról

(Meg kell jegyeznünk, hogy a becslések a felnőtt népességre vonatkoznak, és ezek az elérhető legfrissebb becslések. Az összes adatot és a teljes módszertani megjegyzéseket lásd a 2007. évi statisztikai közlönyben)

Kannabisz

Életprevalencia: legalább 70 millió, avagy minden ötödik európai felnőtt

Elmúlt évi használat: kb. 23 millió európai felnőtt, avagy a szert kipróbálók egyharmada

Használat az elmúlt 30 napban: több mint 13 millió európai

Az elmúlt évi használat országok közötti különbségei: 1,0–11,2%

Kokain

Életprevalencia: legalább 12 millió, avagy az európai felnőttek 4%-a

Elmúlt évi használat: 4,5 millió európai felnőtt, avagy a szert kipróbálók egyharmada

Használat az elmúlt 30 napban: kb. 2 millió

Az elmúlt évi használat országok közötti különbségei: 0,1–3%

Ecstasy

Életprevalencia: kb. 9,5 millió európai felnőtt (az európai felnőttek 3%-a)

Elmúlt évi használat: 3 millió, avagy a szert kipróbálók egyharmada

Használat az elmúlt 30 napban: több mint 1 millió

Az elmúlt évi használat országok közötti különbségei: 0,2–3,5%

Amfetaminok

Életprevalencia: közel 11 millió, avagy az európai felnőttek 3,5%-a

Elmúlt évi használat: 2 millió, a szert kipróbálók egyötöde

Használat az elmúlt 30 napban: kevesebb mint 1 millió

Az elmúlt évi használat országok közötti különbségei: 0,0–1,3%

Opioidok

Problémás opioidhasználat: 1000 főre jutó egy–nyolc eset a felnőtt népességben (15–64 évesek).

Több mint 7500 akut kábítószeres haláleset, amelyek kb. 70%-ában opioidokat találtak (2004-es adat).

Az összes kábítószer-kezelési igény kb. 50%-ában szerepel fő kábítószerként.

2005-ben több mint 585 000 opioidhasználó részesült helyettesítő kezelésben.

Európa-szerte megfigyelhető az az általános tendencia, hogy kis mennyiségű kannabisz birtoklása és használata esetén a büntetőjogi válaszok helyett inkább a megelőzésre és a kezelésre helyezik a hangsúlyt. A 2000–2005 közötti időszakban a kannabisszal összefüggő bejelentett bűncselekmények száma ennek ellenére jelentősen (36%-kal) nőtt, és a legtöbb országban a kannabisz szerepel a leggyakrabban a kábítószer-használatért vagy -birtoklásért tett feljelentésekben. Ez a helyzet mintha kezdene megváltozni, mivel az országok többsége most a kannabisszal összefüggő bejelentett bűncselekmények számának kismértékű csökkenéséről számolt be, ami talán azt jelzi, hogy a bűnüldöző hatóságok már kevésbé tekintik célpontnak a kannabiszhasználatot.

Az e témában folytatott nyilvános és médiaviták ellenére nehéz közvetlen vagy egyszerű összefüggést találni a bűnüldözési politika és a kannabiszhasználat általános előfordulása között. Az időzítésben és a probléma nagyságában voltak ugyan különbségek az országok között, de a kannabiszhasználat egész Európában jelentősen emelkedett az 1990-es években, 2000 után pedig ezt egy valamivel stabilabb, de továbbra is általánosan növekvő tendencia követte. Ennek nyomán az európai helyzet mára egységesebb lett, mint valaha. Ráadásul a legfrissebb adatok azt jelzik, hogy – főleg a magas előfordulási arányokkal rendelkező országokban – a kannabiszhasználat kezd stabilizálódni, vagy akár már csökken is. Az adatok ugyan még mindig viszonylag bizonytalanok, de vannak arra utaló bizonyítékok, hogy egyes országokban a kábítószer népszerűsége a fiatalabb korcsoportok körében csökkenőben van. Bár az országos tendenciák változóak, némi óvatos optimizmussal elképzelhető, hogy a kannabiszhasználatnak az 1990-es évek óta észlelt kiszélesedése Európában mára már talán elérte a csúcspontját.

Amennyiben Európa a stabilabb kannabiszhasználat korszakába lép, az is egyértelmű, hogy a jelenlegi előfordulási szintek történetileg nézve nagyon magasak, és bár a kannabiszhasználónak csak viszonylag kis része használja rendszeresen és intenzíven ezt a kábítószer, e személyek száma azonban így is tekintélyes. A kutatásokból származó bizonyítékok és klinikai tapasztalatok gyarapodásának köszönhetően ma már jobban ismerjük a kannabisszal összefüggő problémákkal küzdő személyek igényeit, de továbbra sem kellően tisztázott, hogy az általában vett kannabiszhasználónál milyen mértékben alakulnak ki a kábítószer-használattal kapcsolatos problémák. Az EMCDDA által összeállított kezelési adatok azt mutatják, hogy a kannabisz miatti új kezelési igények bejelentett száma 1999 óta közel háromszorosára nőtt, bár ez a tendencia most már stabilizálódni látszik. A tendencia értelmezése több okból is bonyolult, például azért, mert egyrészt mind a kannabiszproblémákra biztosított szolgáltatások száma, mind az ilyen problémák ismertsége nőtt, másrészt pedig a beutalások egy jelentős része irányított, és vagy a büntetőbíróaságtól, vagy más, szociális hivataloktól érkezik. Emellett a kezelőszolgálatokkal kapcsolatba kerülő kannabiszhasználók igényei is változatosnak tűnnek, akárcsak a problémákra adott

kiválasztott témakör részletesen foglalkozik. Az európai közegészségügyi és kábítószer-ellenőrzési politikáknak a kannabiszhasználat elterjedtsége folytán most többek között azzal az összetett feladattal kell szembenézniük, hogy megismerjék a kannabiszhasználat korai elkezdéséből eredő hatásokat és a potenciálisan alkalmas válaszokat.

válaszok, amelyek között a rövid, prevenció-központú beavatkozások éppúgy megtalálhatóak, mint a kötöttebb formájú kezelési módszerek.

Az európai kannabiszhelyzetet a piaci tényezők is bonyolítják, és a problémát csak tovább kuszálja az EU-ban előforduló különböző kannabisztermékek relatív részesedéséről és elérhetőségéről szóló, megbízható adatok hiánya. A nagyjából Észak-Afrikában termelt kannabiszgyanta számára továbbra is Európa a fő globális piac. A növényi kannabisz Európában szintén kapható, bár a gyantából lefoglalt mennyiség több mint tízszerese a kannabisznövény mennyiségének. Ez a helyzet mindazonáltal változhat: 2005-ben a kannabiszgyanta lefoglalásai valamelyest csökkentek, a növényi kannabisz lefoglalásai viszont kitartóan nőttek, akárcsak a lefoglalt élő kannabisznövények száma. 2005-ben az európai országok fele számolt be valamilyen mértékű belföldi kannabisztermelésről. A házilag termelt kannabisz egyes formái viszonylag erősek lehetnek, de a belföldi termelésnek a kábítószer-ellenőrzési tevékenység szempontjából is vannak következményei.

A kannabiszhasználat az európai kábítószerügyi, közegészségügyi és szociálpolitika számára összetett kérdések egész sorát veti fel. Pozitív fejleményként említhetjük, hogy a tagállamok már kezdik jobban megismerni a kábítószer széles körű használatának kihatásait, ezáltal jobban tudnak érdemi vitát folytatni, és kevésbé hajlanak a probléma jelentőségének alul-, illetve túlbecsülésére.

Kokain: a becsült használat ismét emelkedett

Az EMCDDA ebben a jelentésben felülvizsgálta a kokainhasználatról szóló becslését, és a 2006-os éves jelentésben szereplő 3,5 millióhoz képest 4,5 millióra tette azoknak az európai lakosoknak a számát, akik az elmúlt évben kokaint használtak. A használat átfogó emelkedését mutató új adatok egyúttal a tavalyi jelentés szerinti összképet, a helyzet stabilizálódását is kétségbe vonják. Az új adatok szerint a kokain európai szinten a kannabisz mögött megerősítette második helyezését a leggyakrabban használt tiltott kábítószer sorában, és minden mérés alapján megelőzi mind az ecstasyt, mind az amfetamint (a kokain elmúlt havi becsült használatát most már több mint kétszerese az ecstasynak). Bár a közelmúltbeli növekedés nyomán egyre több ország számol be jelentős kokainhasználó populációról, az országok között változatlanul nagy különbségek vannak, a legtöbb kelet-európai országból például alacsony szintű kokainhasználatot jelentettek.

Az előfordulási arányok növekedését jelezték a Spanyolországból és az Egyesült Királyságból – Európán belül a legmagasabb előfordulási arányokkal rendelkező országokból – származó új adatok is, bár a növekedés egyik esetben sem volt drámai mértékű. A fiatal felnőttek körében mért elmúlt évi előfordulási arány mindkét országban hasonló vagy magasabb, mint az USA-ban. Aggodalomra ad okot, hogy a kokainhasználat a fiatalok körében mindkét országban viszonylag magas (a 15–16 évesek kb. 4–6%-a). Spanyolországban az elemzések szerint

a közelmúltbeli növekedés élén a 15–24 éves korcsoport állt. Ehhez azt is fontos hozzátenni, hogy mindeközben ennél jóval alacsonyabbra teszik azok számát, akik a kokain miatt komoly problémákkal szembesülnek. Bár a problémás kokainhasználatról csak három ország esetében vannak becslések (Spanyolország, Olaszország, Egyesült Királyság), a számok a felnőtt lakosság 0,3–0,6%-a között mozognak. A crack kokain használata Európában továbbra is ritka, ahol azonban mégis előfordul, ott súlyos, helyi jellegű problémákat okoz.

Más mutatókból is felfelé ívelő tendencia rajzolódik ki, ami tovább erősíti a kokain növekvő jelentőségét Európa drogproblémáinak sorában. A lefoglalások száma és mennyisége egyaránt emelkedett, talán az európai piacra irányuló nagyobb mennyiségeket tükrözve, de valószínűleg inkább az intenzívebb tiltó fellépések nyomán. Európában egyre gyakoribbak a kokainkereskedelem elleni összehangolt fellépések, Portugáliában pedig egy új kormányközi munkacsoport is létre fog jönni, ami az ország által a kokainlefoglalásban betöltött növekvő szerep fényében helyénvalónak tűnik. Bár a rekordmagyságú lefoglalások láthatólag nem befolyásolták a továbbra is csökkenő ártendenciát, a tisztasági szintekre lehetett némi hatásuk.

A megemelkedett kokainfogyasztás egyelőre csak kismértékben hatott az egészségügyi mutatókra, de ez most megváltozhat. Európában évente körülbelül 400, kokainnal összefüggő halálesetet jelentenek be, és fennáll az a gyanú, hogy emellett az esetek nagy részében feltáratlanok maradnak azok a szív-érrendszeri eredetű halálesetek, amelyekben a kokain súlyosító tényezőként volt jelen. A kokainproblémák miatti kezelési igények száma nő. 2005-ben a kezelést kérő kliensek körülbelül 13%-ánál szerepelt a kokain elsőszámú kábítószerként, a kezelésre első alkalommal jelentkező kliensek között pedig még magasabb volt az arány (22%). Az új kezelési igények bejelentett száma az elmúlt öt évben nagyjából megháromszorozódott, így most meghaladja a 33 000-t. Emellett a kokaint másodlagos kábítószerként az esetek körülbelül 15%-ában nevezték meg, és az is egyre inkább köztudott, hogy néhány országban az egyidejű kokainhasználat tovább nehezíti az opioidproblémák kezelését. Mindazonáltal a kokain miatti kezelési igények száma összességében alacsonyabb, mint a kannabiszhoz kapcsolódóké, és lényegesen alacsonyabb az opioidproblémák miatti igények számánál.

HIV: az összesített értékelés pozitív, de az új fertőzések nyomatékosítják a további erőfeszítések szükségességét

Az 1990-es években az intravénás kábítószer-használók körében jelentkező széles körű HIV-járvány, illetve annak veszélye ösztönzőleg hatott az e csoportnak szóló szolgáltatások fejlesztésére. A szolgáltatások bővülésével az Európában korábban látott HIV-járványt nagyrészt sikerült elkerülni, bár néhány országban – konkrétan a balti államokban – megfigyeltek helyi jellegű problémákat, és a korábbi járvány által érintett országok némelyikében

az intravénás használók között elég magas maradt a HIV előfordulási aránya. Miközben az intravénás kábítószer-használat már ritkábban játszik szerepet a HIV-fertőzés átadásában, az EMCDDA összességében úgy becsülte, hogy 2005-ben körülbelül 3500 újonnan diagnosztizált HIV-fertőzött esetében volt felelős tényező az Európai Unióban. A múltban tapasztalt szintekhez képest ez a szám alacsonynak tűnhet, de még így is komoly közegészségügyi problémát jelent.

A legfrissebb adatok elemzése azt mutatja, hogy az injekciózással összefüggő új fertőzések aránya a legtöbb országban alacsony, és az EU régióinak többségében 2001 és 2005 között csökkent a HIV előfordulási aránya az intravénás használók körében. Ennek következtében az intravénás kábítószer-használatból eredő fertőzés terhe valószínűleg csökkenni fog, különösen az eddig magas előfordulási arányokkal rendelkező területeken. Észországban, Lettországban és Litvániában továbbra is aggasztó a helyzet, de a friss adatok többsége itt is az új fertőzések számának relatív csökkenésére enged következtetni.

Ezzel az értékeléssel kapcsolatban ugyanakkor fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az adatok néhány fontos területen bizonytalanok, és az elmúlt öt év időbeli tendenciáinak vizsgálata néhány területen vagy mintában az országok kb. egyharmadánál növekedést mutatott. Emellett néhány országban vagy az új fertőzések viszonylag magas szintje

ad okot az aggodalomra, vagy az, hogy az előfordulás az utóbbi időben kissé emelkedett, bár az általános előfordulási arányok alacsonyak maradtak. Mivel a közelmúltban már bebizonyosodott, hogy a HIV-problémák milyen gyorsan el tudnak terjedni a sérülékeny populációkban, ez is nyomatékosítja, hogy folytatni kell a kockázatnak kitett személyeknek szóló, célzott szolgáltatások fejlesztését.

A hepatitis C továbbra is Európa titkos járványa

Az EMCDDA becslései szerint Európában mintegy 200 000 olyan HIV-fertőzött él, akik aktív vagy egykori intravénás kábítószer-használók. Miközben az már kellőképpen köztudott, hogy az injekciózás a HIV-fertőzés kockázatával jár, arra is fontos felhívni a figyelmet, hogy a valamikori intravénás használók közül becslések szerint 1 millióan fertőzöttek a hepatitis C vírussal (HCV) – és köztük jelentős azoknak az aránya, akik már nem használnak kábítószer-t.

A hepatitis C súlyos egészségügyi következményekkel járhat, a rákot és a halált is beleértve, a HCV-fertőzött személyek igényeinek kielégítése pedig várhatóan egyre nagyobb terhet fog jelenteni az egészségügyi költségvetések számára. Az intravénás kábítószer-használó populációk körében a HCV-ráták Európa-szerte magasak, és a vizsgálatok szerint a fiatal intravénás használók továbbra is megkapják ezt a betegséget, rendszerint még a kábítószer-használói pályafutásuk elején, ami behatárolja a beavatkozás

Afganisztán – van hatása az alternatív fejlesztésnek?

Az európai heroinhasználat általában véve stabil vagy javuló helyzetének fenntarthatóságát teszi kétségessé a növekvő afganisztáni ópiumtermelés. A 2006-ra vonatkozó becslések azt jelzik, hogy a megművelt terület jelentős növelése folytán a termelés 43%-kal nőtt.

Az opioidfoglalások és a felszámolt laboratóriumok alapján arra lehet következtetni, hogy az Afganisztánban előállított ópiumot egyre gyakrabban még az országban belül morfinná vagy heroinná alakítják át, mielőtt exportra kerülne (CND, 2007). A heroin ezután két fő kereskedelmi útvonalon keresztül lép be Európába: a régi balkáni útvonalon, amely a heroincsempészet szempontjából még mindig a legfontosabb, valamint az újabban felfedezett „selyemúton” (lásd a 6. fejezetet).

Az Afganisztánon belüli regionális különbségek arra mutatnak, hogy a gazdasági növekedés képes csökkenteni a máktermesztést, ugyanakkor azt is bebizonyították, hogy a politikai biztonság hiánya, a korrupció és az infrastrukturális problémák hogyan tudják ezt aláásni. A termesztés csökkentése gyorsan megvalósítható, a visszaállítása azonban ugyanilyen gyors. Az ország keleti részén lévő Nangarhar tartományban például az ópiummák termesztése 2004/05-ben 96%-kal esett vissza, de sok más körzethez hasonlóan azóta itt is visszaállt a korábbi szintre, részben a sűrűn lakott, más, értékes növénykultúrákra vagy nem gazdálkodásból származó bevételi lehetőségekre áttérni nem képes területek gazdasági igényeitől vezérelve (Mansfield, személyes közlés és 2007).

A keleti régió más részein ezzel szemben a termesztés mértéke valószínűleg elenyésző marad, és még a déli Kandahar és Helmand tartományban is a termesztés csökkenésére lehet számítani a tartományi központhoz közel eső területeken. Úgy tűnik, hogy ezt az erősebb kormányzati ellenőrzés és a mezőgazdasági termelés nagyobb fokú diverzifikálása segíti, és ezek a tényezők lehetővé tették a viszonylag értékes növénykultúrák telepítését, egyszersmind a közlekedési és forgalmazási infrastruktúra bevezetését. Az ország északi és északkeleti részén a máktermesztést a növekvő bérszintek és a csökkenő ópiumárak mellett az is gátolja, hogy a nagy értékű zöldségfélék némelyike valójában nagyobb bevételt hoz, mint a mák. Ezeken a területeken a növénykultúrák diverzifikálását a kábítószer-ellenes fellépés és a nagyobb arányú kormányzati részvétel egyaránt segítette, és elvezetett ahhoz az általános benyomáshoz, hogy az ópiumot tiltó intézkedéseket tényleg végrehajjták.

A növekvő munkaerőköltségek és a csökkenő árak azt jelentik, hogy az ópiummák ma már nem támadhatatlan, és egyes területeken az alternatív termékekből nagyobb jövedelemre lehet szert tenni, különösen ott, ahol nem gazdálkodásból származó bevételi lehetőségek is vannak. Ezek a legális kereseti lehetőségek azonban nem mindenki előtt állnak nyitva, és a gazdálkodók lehetőségeit sok helyen behatárolják a magas közlekedési költségek, a rossz utak és a biztonság hiányából eredő problémák. A korrupció és a bizonytalanság csökkenti a törvényes árukereskedelmet és hátráltatja a gazdasági növekedést és a növénytermesztés diverzifikálásának serkentésére irányuló erőfeszítéseket ezeken a vidékeken, még a tartományi központokhoz viszonylag közel eső területeken is.

lehetőségeit. A hepatitis B-től eltérően, amelynél kezdenek látszani a beavatkozások eredményei, a HCV-adatokból nem rajzolódik ki egyértelmű tendencia, bár az országok közötti különbségekből esetleg lehet következtetni arra, hogy milyen fellépések bizonyulnak hatékonyak ezen a téren.

A heroinhasználat ugyan stabil, de a szintetikus opioidokkal összefüggő, növekvő problémák aggodalomra adnak okot

A becslések szerint a potenciális globális herointermelés – főként Afganisztánban – 2006-ban ismét nőtt, és meghaladta a 600 tonnát. Ez Európa szempontjából azt a kérdést veti fel, hogy milyen hatással lesz ez a növekedés a kábítószer-problémára. A herointermelés növekedése egyelőre nem mutatkozott meg egyértelműen a heroinhasználat legtöbb mutatójában, amelyek egy ideje stabilak. A kábítószer miatti kezelések és a kábítószer-túladagolások adataiból származó bizonyítékok azt mutatják, hogy az európai heroinhasználó populáció öregedése folytatódik, noha a kelet-európai országokban kevésbé egyértelmű a kép. A problémás kábítószer-használat átfogó becslései összességében szintén stabil helyzetre utalnak. Mindezek ellenére a kábítószer árának csökkenése és a kezelésre jelentkező fiatal heroinhasználók számának növekedése néhány országban további óvatosságra int.

Bár jelenleg nincs teljesen egyértelmű bizonyíték arra, hogy a heroinhasználat kezdene népszerűvé válni a fiatalok körében, különféle jelentésekből származó jelek arra utalnak, hogy a szintetikus opioidok használata Európa egyes részein egyre nagyobb problémát jelent, és néhány országban a szintetikus opioidok talán a heroin helyét is kezdik átvenni. Ausztriában a kezelésre jelentkező kliensek egyre nagyobb arányát teszik ki azok a 25 évnél fiatalabb személyek, akik a törvényes felhasználástól eltérített opioidok használatából eredő problémák miatt kérnek segítséget. Belgium hasonlóképpen a metadon tiltott használatának növekedéséről számolt be, Dániában pedig a metadon gyakori szereplője a kábítószerrel összefüggő halálesetekről szóló jelentéseknek. A buprenorfint, amelyről néhányan úgy tartják, hogy a tiltott piac szempontjából kevésbé vonzó,

a jelentések szerint szintén egyre nagyobb arányban használják és injekciózzák Csehországban, Finnországban talán már át is vette a heroin helyét, és a franciaországi megfigyelések is aggasztónak találták e kábítószer tiltott használatát – az intravénás használatot is beleértve – olyan fiatalok körében, akik a heroin helyett eleve buprenorfinnal kezdték az opioidok használatát.

Kezd megállni a kábítószer-túladagolások halálesetek számának csökkenése

Az EMCDDA rendszeresen beszámol az Európában történt, kábítószer-használattal összefüggő akut halálesetekről, amelyek túlnyomórészt túladagolások halálesetek, általában heroin vagy más opioidok jelenlétével, bár az esetek többségében többféle anyag fogyasztására derül fény. A túladagolások halálesetek a fiatal felnőttek körében az elkerülhető halálozás egyik jelentős okának minősülnek.

2000 óta az EU sok országából a kábítószerrel összefüggő halálesetek számának csökkenését jelentették, ami talán a szolgáltatásnyújtás bővülését vagy az intravénás heroinhasználók számának változásait tükrözte. Ez a tendencia azonban 2004-ben és 2005-ben nem folytatódott. Különösen az a tény ad okot aggodalomra, hogy néhány országban az elhunytak között nőtt a fiatalok aránya. A kábítószerrel összefüggő halálesetek számának visszaszorítása fontos közegészségügyi cél, de ehhez a csökkenő tendencia megtorpanása mögött rejlő okokat is fel kell deríteni.

A kábítószer-problémákkal küzdő személyek számára a túladagolások halál nem az egyetlen egészségügyi kockázat. A vizsgálatok tanúsága szerint a problémás kábítószer-használók körében a túlzott halandóság minden okból jelentős: az általános lakosság esetében elvárható halálozásnak több mint tízszerese. Éppen ezért átfogóbb, a csoport fizikai és mentális egészségügyi igényeivel egyaránt foglalkozó szemléletet kell kidolgozni ahhoz, hogy a krónikus kábítószer-használattal együtt járó megbetegedési és halálozási arányt jelentősen csökkenteni tudjuk.



1. fejezet

Politikák és jogszabályok

Ez a fejezet az EU egészében, illetve az egyes tagállamokban érvényben lévő drogpolitikákat, valamint a politikai döntéshozatal e két szintje közötti viszonyt írja le. Az EMCDDA részéről a beszámolási időszak során előterjesztett adatgyűjtési gyakorlat lehetővé teszi a jelenlegi nemzeti drogstratégiák és intézményi keretek áttekintését egész Európában. A kábítószeres társadalmi költségeinek becslését a kábítószerrel kapcsolatos közkiadásokról szóló rész tárgyalja. A tagállamok által bejelentett nemzeti közkiadásokról szóló adatok alapján készült egy közelítő becslés az európai kormányzatok által a kábítószer-jelenségre elköltött teljes összegről. A kínálatcsökkentésre és a droguesztikkel szembeni jogi hozzáállásra koncentráló jogszabályi változásokat a nemzeti törvények közelmúltbeli módosításairól szóló rész írja le. A kábítószer-törvényekkel szembeni bűncselekményekről és az opioidokkal és kannabisszal összefüggő bűncselekményekben megfigyelt tendenciákról szóló legfrissebb statisztikákat a kábítószerrel összefüggő bűncselekményekről szóló rész tekinti át. A fejezet a kábítószerrel kapcsolatos európai kutatásokról szóló résszel zárul.

Nemzeti kábítószer-stratégiák

Általános helyzetkép és az új fejlemények

2007 elején Olaszország, Málta és Ausztria kivételével valamennyi EU-tagállam rendelkezett nemzeti drogstratégiával, amihez esetenként cselekvési terv is tartozott. Európában ekkor összesen több mint 35 különböző nemzeti kábítószerügyi tervezési dokumentum volt hatályban. Ezek változó hosszúságú időtartamra szóltak; volt, amelyik csak két évre (cseh cselekvési terv), de volt olyan is, amelyik tíz évnél is hosszabb időre (holland nemzeti drogstratégia).

Az elmúlt évek egyik figyelemreméltó fejleménye, hogy az egyetlen nemzeti tervezési dokumentum helyett egyre gyakrabban két, egymást kiegészítő eszközt fogadnak el: egy stratégiai keretet és egy cselekvési tervet. Ezt a – rövid, közép- és hosszú távú célkitűzések jobb fogalmi meghatározását lehetővé tevő – szemléletet mára az EU tagállamainak közel felében használják, az EU-hoz 2004-ben és 2007-ben csatlakozott országokban pedig még gyakoribb: a 12 ország közül nyolc rendelkezik külön drogstratégiával és cselekvési tervvel.

A drogstratégia cselekvési tervekkel való ötvözésének politikája megkönnyíti a célkitűzések, az intézkedések,

a felelőségek és a határidők pontosabb meghatározását. Néhány ország, például Ciprus, Lettország és Románia a részletes végrehajtási folyamatot is beépítette drogstratégiájába és cselekvési tervébe. Ez a más tagállamokban (pl. Spanyolország, Írország, az Egyesült Királyság) egy ideje már érvényben lévő szemlélet egyre elterjedtebbé válik, és az EU jelenlegi kábítószerügyi cselekvési tervében is alkalmazzák.

2006-ban négy tagállamban (Görögország, Lengyelország, Portugália, Svédország) és Törökországban, illetve az Egyesült Királyságon belül Észak-Írországban fogadtak el új kábítószer-stratégiákat vagy cselekvési terveket. Egyik országban sem ez volt az első ilyen dokumentum, és az országjelentés minden esetben meg is említette, hogy az új drogpolitikai dokumentum összeállításakor a korábbiak révén szerzett tapasztalatokra támaszkodtak. 2007-ben várhatóan két tagállam – Málta és Ausztria –, valamint Norvégia fog új drogstratégiát elfogadni, Csehország, Észtország, Franciaország és Magyarország pedig új cselekvési tervet hajt végre.

Tartalom

A kábítószer-használat csökkentése általában, és különösen a problémás kábítószer-használat csökkentése mindegyik EU-tagállam, tagjelölt ország és Norvégia nemzeti drogstratégiájában és cselekvési tervében fő célkitűzésként szerepel. A kábítószer-használatból eredő egyéni és kollektív ártalom megelőzése és csökkentése szintén közös vonás minden ország dokumentumaiban. Az is általánosan jellemző, hogy „átfogó” szemléletet fogalmaznak meg, ezáltal a kábítószer-kínálat csökkentésére irányuló beavatkozásokat összekapcsolják a kereslet visszaszorítását célzó intézkedésekkel. Ugyancsak nagyon elterjedt a „kiegyensúlyozott” szemlélet, amelynek jegyében a kínálatcsökkentés és a keresletcsökkentés egyszerre kap prioritást. Mindezek az EU drogstratégiájában is megtalálhatók.

A nemzeti drogstratégiákban szereplő pszichoaktív anyagok skáláját tekintve az európai országok között számottevő különbségeket lehet felfedezni. Ez jól megfigyelhető a 2006-ban elfogadott új dokumentumoknál. Ezek közül kettő (Lengyelország, Portugália) főként a tiltott kábítószerrel foglalkozik, bár a drogstratégia valamelyest kapcsolódik az alkoholt/dohányzást megcélzó stratégiákhoz, kettő (Görögország, az Egyesült Királyságon belül Észak-Írország) egyszerre tárgyalja a tiltott kábítószereseket és az alkoholt,

Az EMCDDA-ról szóló új rendelet

Az Európai Parlament és az Európai Unió Tanácsa 2006. december 12-én aláírta az EMCDDA-ról szóló átdolgozott rendeletet, amely 2007 januárjában lépett hatályba.

Az új rendelet hangsúlyozza a kulcsfontosságú mutatók fontosságát, és megjegyzi, hogy ezek végrehajtása előfeltétele annak, hogy a Megfigyelőközpont teljesítse feladatait. Ugyancsak hangsúlyozza egy olyan tájékoztatói rendszer kidolgozásának szükségességét, amely fogékony az új és újonnan megjelenő tendenciákra.

Az új dokumentum kibővíti az EMCDDA megbízásának hatókörét. Külön említi a megengedett és a tiltott pszichoaktív anyagok együttes használatáról és a tagállamokban meglévő legjobb gyakorlatokról szóló adatközlést. Az EMCDDA olyan eszközöket alakíthat ki, amelyek megkönnyítik a nemzeti drogpolitikák nyomon követését és értékelését a tagállamok számára, valamint ugyanezt uniós szinten az Európai Bizottság

számára. Mindezen új elemek segítségével az ügynökség teljesebb képet tud majd adni a kábítószer-jelenségről.

Az új rendelet nagyobb hangsúlyt helyez a partnerügynökségekkel – különösen az Európával az új pszichoaktív anyagok nyomon követése terén, valamint más partnerekkel, például a WHO-val, az ENSZ-szel vagy az érintett statisztikai hivatalokkal – való együttműködésre a maximális hatékonyság elérése érdekében. Az új rendelet megnevezi azokat az országokat, amelyeknek az EMCDDA az Európai Bizottság felkérésére és az igazgatóság jóváhagyásával átadhatja szakértelmét.

Az új dokumentum a nemzeti fókuszpontok Reitox-hálózatának szerepét is pontosabban meghatározza. Az átdolgozás során a rendeletet a tudományos bizottság tekintetében is módosították. Az ügynökség munkáját ennek köszönhetően egy kiváló tudóskból álló, összetartó, független testület fogja segíteni. Amellett, hogy segít biztosítani az EMCDDA munkájának színvonalát, a tágabb tudományos és kutatói közösség felé is összeköttetést nyújt.

egy pedig (Törökország) valamennyi addiktív anyaggal foglalkozik. Megemlítendő még Svédország, ahol egyidejűleg két, egymáshoz kapcsolódó cselekvési tervet fogadtak el, egyet az alkoholra, egyet a tiltott kábítószerekre. A legális és a tiltott kábítószerekre vonatkozó politikák integrációja felé való elmozdulás több országban évek óta észlelhető (pl. Németország, Franciaország) ⁽¹⁾. A jövő drogstatégiáinak alkalmazási köre és azok más közegészségügyi stratégiákkal való esetleges összevonása valószínűleg az elkövetkező években is fontos téma marad.

A nemzeti drogstatégiák és cselekvési tervek rendszerint a megelőzés, a kezelés és a rehabilitáció, illetve az ártalomcsökkentés és a kínálatcsökkentés területén megvalósítandó beavatkozásokat tartalmaznak. A különböző beavatkozások mértéke és az ezeknek tulajdonított jelentőség viszont országonként változó ⁽²⁾. Ez egyrészt a kábítószer-probléma nagyságának és jellegzetességeinek különbözőségével, másrészt az európai szociál- és közegészségügyi politikák sokféleségével magyarázható. A pénzügyi erőforrások, a közvélemény és a politikai kultúra szintén fontos tényezők, és az is kimutatható, hogy a bizonyos hasonló vonásokkal rendelkező országok hasonló drogpolitikát is fogadnak el (Kouvonen és mások, 2006).

Értékelés

Voltaképpen előnynek kell tekinteni, hogy az EU-ban igen sokféle, közös célkitűzésekkel rendelkező drogpolitika van érvényben, mivel ez lehetővé teszi a különféle szemléleti típusok összehasonlító elemzését. A nemzeti drogstatégiák és cselekvési tervek értékelése ezért nemcsak az országos szinten tett erőfeszítések felmérése szempontjából fontos, hanem a drogstatégiák átfogó hatékonyságának jobb megismeréséhez is jelentősen hozzájárul. Az EU és tagállamai már komoly erőforrásokat fektettek ebbe a területbe.

Az értékelést szinte minden ország nemzeti drogstégiájában megemlíti a célok között. A kormányzatok tudni szeretnék, hogy a politikájukat végrehajjták-e, és ezzel el lehet-e érni a várt eredményeket. Két tagállamban (Belgium, Szlovénia) az értékelés hatóköre néhány kiválasztott projektre korlátozódott. A többi ország nagy részében, illetve az EU szintjén szisztematikusan figyelik a nemzeti drogstégiában meghatározott intézkedések végrehajtását. Ez lehetővé teszi az előrehaladás vizsgálatát, ennek eredményei pedig felhasználhatók a meglévő drogstégiák vagy cselekvési tervek javítása, megújítása érdekében.

A folyamatra, a kimenetelre, az eredményre és a hatásra egyaránt kiterjedő globális értékelések Európában ritkábban fordulnak elő. Néhány ország (Észtország, Görögország, Spanyolország, Lengyelország, Svédország) arról számolt be, hogy terveik között szerepel a végrehajtás menetéről szóló jelentéseken és más rendelkezésre álló epidemiológiai és kriminológiai adatokon alapuló, belső értékelések bevezetése. Egyes esetekben (Luxemburg, Portugália) ezt a fajta értékelést egy külső szerv fogja elvégezni.

Összességében tehát elmondható, hogy a nemzeti drogstégiák és cselekvési tervek végrehajtásában elért előrehaladásról szóló beszámoló Európában kezd általánossá válni. A következő lépés – az eredmény- és hatásértékelések készítése – még mindig a kezdeti szakaszban jár, melyre példaként szolgál az EU 2005–08-as kábítószerügyi cselekvési tervéről készített hatásértékelés, amelyhez az Európai Bizottság már megrendelt egy vizsgálatot a módszertan kialakítása céljából. Ezenkívül a nemzeti drogstégiák hatásának vagy a teljes kábítószerhelyzetnek a mérésére szolgáló indexek kidolgozása terén is érzékelhető némi aktivitás. Ezen a területen az Egyesült Királyság és az ENSZ Kábítószerügyi

⁽¹⁾ Lásd a 2006-os kiválasztott témakört: „Európai kábítószer-politikák: kiterjeszteni a tiltott kábítószerekre túl?”.

⁽²⁾ Lásd a 2. fejezetet.

és Bűnüldözési Hivatala (UNODC) egyaránt jelentős erőfeszítéseket tett már.

Drogpolitikai indexek

Az Egyesült Királyságban a „kábitószer okozta ártalom index” (DHI) a tiltott kábítószeres problémás használatából származó károk társadalmi költségeit hivatott felmérni. A mutató az ártalom négy típusát méri: az egészségügyi hatásokat, a közönségnek okozott károkat, a kábítószerrel összefüggő belföldi bűncselekményeket és a kábítószerrel összefüggő, kereskedelmi jellegű bűncselekményeket. Nem célja ugyanakkor, hogy az ország kábítószerhelyzetéről teljes körű összefoglalást adjon, mivel a mutatók azokra korlátozódnak, amelyekhez már vannak szilárd adatok, az eredményül kapott számadatokat és tendenciákat pedig viszonyítási alapként kívánják felhasználni a jövőbeli fejlődés méréséhez (MacDonald és mások, 2005). Az UNODC tiltott kábítószer indexe (IDI) a kábítószer-jelenség három dimenzióját ötvözi: a kábítószer-termelést, a kábítószer-kereskedelmet és a kábítószerrel való visszaélést. Az eredmény egy összefoglaló pontszám, az „egy főre jutó ártalom/kockázat tényező” alapján, amely az összes kábítószer-probléma nagyságát hivatott leképezni egy adott országban (UNODC, 2005).

A két eszköz fogalmi meghatározása érdekes módszertani fejleményekkel járt, és betekintést adott az átfogó indexeknek a drogstratégiák értékeléséhez és a kábítószerhelyzet átfogó megfigyeléséhez való használatába. Első közelítésben azt lehet megállapítani, hogy az ilyen eszközök hasznosak tudnak lenni az országos helyzet időbeli figyelemmel kíséréséhez, de a tényleges folyamatok megértéséhez az eredményeket el kell helyezni a kontextusban az indexbe tartozó egyéni mutatók elemzésével. Az átfogó index használata országok közötti összehasonlításban nehezebb lehet, mivel a meglévő adatkészletek korlátozottak, a kontextustól (pl. földrajzi helyzettől) függő változók pedig kimaradnak az elemzésből.

Koordinációs mechanizmusok

Bár most már majdnem minden EU-tagállamban és Norvégiában is vannak hivatalos kábítószerügyi koordinációs mechanizmusok, a meglévő rendszerek igen sokszínűek, tükrözve az országok politikai berendezkedésének különbségeit. Mindazonáltal ezen a téren is megfigyelhető néhány közös vonás.

A legtöbb országban nemzeti szinten és regionális vagy helyi szinten egyaránt működnek kábítószerügyi koordinációs mechanizmusok. Nemzeti szinten rendszerint van egy kábítószerrel foglalkozó minisztériumközi bizottság, amelyet gyakran egy nemzeti kábítószerügyi koordinációs hivatal és/vagy nemzeti kábítószerügyi koordinátor egészít ki; ez utóbbi felel a napi szintű koordinációs tevékenységekért. Az országok többségében regionális vagy helyi szinten is vannak kábítószerügyi koordinációs hivatalok és/vagy kábítószerügyi koordinátorok.

Az európai országok között különbségek figyelhetők meg a tekintetben, hogy a nemzeti szinten működő koordinációs mechanizmusok hogyan kapcsolódnak össze a regionális vagy helyi szintűekkel. Néhány országban, különösen a szövetségi berendezkedésű államokban (pl. Belgium, Németország) a különféle, függetlenül eljáró koordinációs szervek közötti együttműködést vertikális koordinációs rendszerek teszik lehetővé. Más országokban (pl. Finnország, Portugália) a regionális vagy helyi szintű koordináció a nemzeti koordinációs szervek közvetlen felügyelete alatt áll.

Az EU-ban működő kábítószerügyi koordinációs mechanizmusok összehasonlító elemzését megnehezíti a meglévő rendszerek sokfélesége. Az EMCDDA megbízásából készített vizsgálat ugyanakkor azt mutatta, hogy a koordinációs rendszerek a „végrehajtási minőségre” koncentrálva is értékelhetők (ez a fogalom a koordinációs eredmények előállítására való képességüket hivatott vizsgálni) (Kenis, 2006). Ezt a módszert tovább fogják fejleszteni, hogy fel lehessen használni a nemzeti kábítószerügyi koordinációs mechanizmusok értékelésében.

A kábítószerrel összefüggő közkiadások

A kábítószer-problémára fordított közkiadás az európai országok beszámolója szerint 200 000 EUR és 2290 millió EUR között mozgott ⁽³⁾. A nagy különbségek részben a tagállamok eltérő méretének tudhatók be, részben pedig a bejelentett kiadástípusok és az adatok teljessége terén mutatkozó különbségeknek. A legtöbb ország csak a nemzeti drogpolitikai programok végrehajtására fordított kiadásokat jelentette be, nem részletezve a kínálat- és keresletcsökkentés területén felmerülő egyéb kiadásokat. Ráadásul a kábítószer-jelenségre fordított állami kiadások fő területei közül sem mindig szerepelt mindegyik: az „egészségügyi és szociális gondozási” tevékenységekről (kezelés, ártalomcsökkentés, egészségügyi kutatás, oktatási, prevenciós és szociális tevékenységek) a 23 ország közül csak 15 szolgáltatott részletes információkkal, a „bűnüldözési” kiadásokról (a rendőrség, a hadsereg, a bíróságok, börtönök, a vám- és pénzügyőrség tevékenysége) pedig csak 14 ország számolt be. Az egyéb területekhez tartozó kiadásokról (pl. adminisztráció, koordináció, monitoring és nemzetközi együttműködés) még ritkábban érkezett információ (hét ország), akárcsak a regionális és települési költségvetésekről (hat ország).

Hat ország szolgáltatott részletes információt a kábítószeres kezeléséhez kapcsolódó kiadásokról (1. táblázat). Ezekben az országokban a kábítószerrel összefüggő közkiadások az adott év teljes általános kormányzati kiadásainak 0,11–0,96%-át (medián: 0,32%), illetve az ország bruttó hazai termékének (GDP) 0,05–0,46%-át (medián: 0,15%) tették ki. A teljes kiadás 24–77%-a tartozott a „bűnüldözési” tevékenységekhez, a fennmaradó részt pedig az „egészségügyi és szociális gondozási” tevékenységekre fordították.

⁽³⁾ A kábítószerrel összefüggő 2005-ös közkiadások átfogó számadatait az EU-tagállamok és Norvégia esetében az országok saját nemzeti fókuszpontjai határozták meg.

A kábítószer-használat költségei

A kábítószer-használat költségeiről szóló tanulmányok a drogpolitikák fejlesztéséhez és irányításához fontos információforrással szolgálhatnak.

A kábítószerrel összefüggő költségek két fő kategóriába sorolhatók: vannak közvetlen, illetve közvetett költségek. A közvetlen költségek közé tartoznak mindazok, amelyeket ki kell fizetni – ennek tipikus példái a prevencióra, a kezelésre, az ártalomcsökkentésre és a bűnüldözésre fordított kiadások. A közvetett költségek a kábítószer-használat miatt nem teljesített termelő szolgáltatások értékének felelnek meg, és jellemzően a kábítószerrel összefüggő megbetegedés és halálozás miatt kieső termelékenységet jelentik. A kábítószerrel összefüggő költségek közé tartozhatnak még a fájdalom és a szenvedés nem kézzelfogható költségei, rendszerint az életminőség mérésének formájában, de ezt a költségkategóriát gyakran kihagyják, mivel nehéz pontosan átszámítani monetáris kifejezésekre.

A költségek vizsgálatát számos különböző szempontból el lehet végezni, különféle költségek, például a társadalom egésze, a kormány, a befizető harmadik felek, illetve a kábítószer-használók és családjuk költségeinek bevonásával.

A társadalom szempontjából

A kábítószerrel összefüggő társadalmi költségek mindazok a társadalomra háruló költségek, amelyeket közvetlenül vagy közvetve a kábítószer-használat okoz. Az eredmény – monetáris szempontból kifejezve – a kábítószer-használat által a társadalomra helyezett teljes becsült teher (Single és mások, 2001).

A kábítószer-használat társadalmi költségeinek meghatározása több előnnyel is jár. Először is megmutatja, hogy a társadalom mennyit költ a kábítószerrel összefüggő kérdésekre, ezáltal burkoltan azt is, hogy mennyit lehetne megtakarítani a kábítószer-használat teljes eltörlésével. Másodsor pedig meghatározza a különböző költségelemeket és a társadalom egyes szektorai részéről kapott hozzájárulás mértékét. Ezek az információk segíthetnek a finanszírozási prioritások kialakításában, mivel megmutatják az esetleg gazdaságtalanul működő területeket és a megtakarítási lehetőségeket.

Az európai országok összesítve 8,1 milliárd EUR kábítószerrel összefüggő közkiadásról számoltak be. Ez a szám valószínűleg alacsonyabb a kábítószerrel összefüggő közkiadások valódi mértékénél, mivel a költségek egy jelentős része bejelentetlen marad. Az 1. táblázatban szereplő hat ország az EU-tagállamok és Norvégia által bejelentett teljes közkiadások 76%-áért felel. A hat ország által közölt adatok alapján a kábítószerrel összefüggő teljes közkiadás az európai országokra nézve számítások szerint valahol 13 milliárd és 36 milliárd EUR között lehet ⁽⁴⁾. Ezek a számok az EU (25 ország) 2005. évi GDP-jének 0,12–0,33%-át jelentik.

Az EU szintjén az Európai Bizottság az új 2007–13-as költségvetés keretében jelentős finanszírozást fog biztosítani

A közkiadások szempontjából

A „közkiadás” kifejezés az állam kormánya (azaz a központi, regionális, helyi kormányzat) által az egyes funkcióinak (azaz az egészségügyi ellátás, az igazságügy, a közrend, az oktatás, a szociális szolgáltatások) végrehajtása érdekében megvásárolt áruk és szolgáltatások értékét jelenti. Az állam közkiadásainak elemzése hasznos információkat kínál arról, hogy kormánya mennyire képes hatékonyan és eredményesen gazdálkodni.

A kábítószerrel összefüggő közkiadások becslése nem azonos a társadalmi költségek kiszámításával. A közkiadások a társadalmi költségnek csak egy részét jelentik, többnyire közvetlen költségek formájában. A közvetett költségek kifejezetten ki vannak zárva, ahogyan a magánszektorba tartozó érintettek költségei is (pl. magán egészségbiztosító társaságok). A kifejezetten „kábítószerrel összefüggőnek” címzett közvetlen közkiadásokat alapvetően úgy lehet felgöngyölíteni, ha kimerítően átvizsgáljuk a hivatalos pénzügyi beszámoló dokumentumokat (pl. költségvetések vagy év végi jelentések). A becsléseket bonyolítja, ha a kábítószerrel összefüggő kiadások nem címzettek, hanem beépülnek a nagyobb célokat kitűző programokba (pl. a rendőrség teljes működési költségvetése). Ebben az esetben a nem címzett, közvetlen, kábítószerrel összefüggő kiadásokat modellező módszerrel kell kiszámítani.

A társadalmi költségek kiszámításának fő célja, hogy a drogp problémák által a társadalomra helyezett terhet szembeállítsa a társadalom e problémák kezelésére (az esetleges közvetett hatásokat is beleértve) szánt költségeivel. Ez végső soron a hatékonyság és az eredményesség kérdéséhez vezet el, ahhoz, hogy a kormányok ésszerűen, a megfelelő problémákra fordítják-e a pénzt. Néhány szerző (Reuter, 2006) azonban azt is felvetette, hogy a politika szempontjából a közkiadások jelentősége nagyobb, mint a társadalmi költségeké. A kábítószerügyi költségvetés segítségével be lehet mutatni, hogy az adott kormány milyen politikát folytat a kábítószer-használat és a kapcsolódó problémák visszaszorítására, ami az első lépés afelé, hogy dönteni lehessen az ilyen politika szintjének és tartalmának alkalmasságáról.

a kábítószerkérdés kezelésére. Tárgyalások folynak egy új, 2,1 milliárd eurós finanszírozási eszközről a drogmegelőzés és tájékoztatás szolgálatában, melynek elfogadása 2007 végére meg is történhet, ami által transznacionális projektekre 3 milliárd EUR válik elérhetővé az idén. Az egyéb új pénzügyi eszközök – ilyen a bűnmegelőzés és a bűnözés elleni harc programja, a 2007–13-as közegészségügyi program és a 2007–13-as 7. KTF keretprogram – szintén kínálnak finanszírozási lehetőséget a kábítószerrel összefüggő különböző részein dolgozó szervezetek számára. Emellett az EB és a tagállamok 2005-höz hasonlóan 750 milliárd EUR-t meghaladó mértékben nyújtottak társfinanszírozást a harmadik országokban folyó, kábítószerrel összefüggő segítségnyújtási projektekhez.

⁽⁴⁾ A hat ország közül négy (Magyarország, Hollandia, Finnország és Svédország) szolgált részletes, modellekkel szemléltetett közelítéssel a számadatokhoz. A teljes általános kormányzati kiadás megoszlásának első és harmadik kvartilisa (0,08%, illetve 0,37%), valamint a hat kiválasztott ország által állami kiadásként elkölthető GDP-százalék első és harmadik kvartilisa (0,18%, illetve 0,69%) értékét alkalmazva a többi országra megkapjuk azt az intervallumot, amelyen belül az átfogó, teljes összesített kiadás mozoghat.

1. táblázat: A teljes adatokkal rendelkező kiválasztott országok összehasonlítása és további részletek a kábítószerekkel összefüggő közkiadásai összetételéről

Ország	Bejelentett kiadás összesen			Az alábbiak részaránya a teljes kiadáson belül	
	összeg (millió EUR)	a teljes közkiadás arányában ⁽¹⁾ (%)	a GDP arányában ⁽²⁾ (%)	egészségügy és szociális gondozás ⁽³⁾ (%)	bűnüldözés ⁽⁴⁾ (%)
Belgium ⁽⁵⁾	185,9	0,14	0,07	43	54
Magyarország	43,5	0,11	0,05	23	77
Hollandia	2185,5	0,96	0,43	25	75
Finnország	272,0	0,36	0,18	76	24
Svédország (2002)	1200,0	0,80	0,46	60	40
Egyesült Királyság	2290,0	0,29	0,13	51	49

⁽¹⁾ Teljes általános kormányzati kiadás az adott évben (forrás: Eurostat).

⁽²⁾ Bruttó hazai termék az adott évben (forrás: Eurostat).

⁽³⁾ Az egészségügyi és szociális gondozási kiadásokba beletartozik a kezelés, az ártalomcsökkentés, az egészségügyi kutatás, az oktatási, megelőzési és szociális beavatkozások. Finnország esetében a „szerrel való visszaélés” mellett a feltüntetett összeg az anyagi kárt, a megfigyelést és a kutatást is tartalmazza.

⁽⁴⁾ A bűnüldözési kiadásokba beletartoznak a rendőrségre, katonaságra, bíróságokra, börtönökre, vám- és pénzügyőrségre fordított kiadások.

⁽⁵⁾ Belgium a „rendfenntartási tevékenységekre” bejelentett teljes kiadások 3%-át is idesorolta.

Forrás: Nemzeti fókuszpontok, Eurostat.

Az EU 2005–08-as kábítószerügyi cselekvési tervére reagálva az EMCDDA most egy olyan módszertan kidolgozására törekszik, amely a tagállamok, tagjelölt országok és Norvégia számára lehetővé tenné a kábítószerekkel összefüggő közkiadásokról szóló, szabványosított adatok összeállítását. Ennek segítségével az EMCDDA becslést tudna készíteni egyrészt a kábítószerekre szánt teljes közkiadások összegéről, másrészt ennek a különböző tevékenységek közötti megoszlásáról.

EU-s jogi és szakpolitikai fejlemények

AZ Európai Bizottság 2006 végén mutatta be az EU kábítószerügyi cselekvési tervének (2005–08) végrehajtásában elért előrehaladásról szóló első jelentését ⁽⁵⁾. Ebben értékelték, hogy milyen mértékben sikerült megvalósítani a 2006-ra tervezett tevékenységeket, és mennyiben teljesültek a terv 2006-ra szóló célkitűzései. Az EMCDDA ehhez a gyakorlathoz egy sor jelentés elkészítésével járult hozzá. 2007-ben hasonló gyakorlatra kerül sor, az EU kábítószerügyi cselekvési tervéről készítendő záró hatásértékelést megelőzően, amelyet az Európai Bizottság 2008-ban fog bemutatni.

2006 júniusában az Európai Bizottság a kábítószerügyi cselekvési tervben előírtaknak megfelelően zöld könyvet adott ki a civil társadalom drogpolitikában betöltött szerepéről az Európai Unióban ⁽⁶⁾. A zöld könyv azt próbálta körüljárni, hogyan lehet a legjobban megszervezni a folyamatos párbeszédet a kábítószerek területén működő

civil társadalmi szervezetekkel. Az érintettek észrevételeit is kikérték a szervezett párbeszéd két lehetséges formájáról: ezek egyike a kábítószerekről rendezendő civil társadalmi fórum, amely platformot adna a rendszeres informális konzultációhoz, a másik pedig a meglévő hálózatok tematikus összekapcsolása.

A civil társadalom bevonása az EU-s drogpolitikába szintén a fő célkitűzések között szerepel az egyedi drogprevenciós és tájékoztató programban (2007–13) ⁽⁷⁾, amelyet az Európai Bizottság az alapjogokról és a jog érvényesüléséről szóló általános program keretében javasolt. A kábítószerprogram általános célkitűzése, hogy a kábítószer-használat hatásairól szóló tájékoztatás javítása, illetve a kábítószer-használat, a függőség és a kábítószerekkel összefüggő ártalmak

Jelentések a kábítószer-használat társadalmi költségeiről

A kábítószer-használat társadalmi költségéről csak néhány ország közölt adatokat. Finnországban (2004-ből származó adatok) a kábítószerek használatával – a gyógyszerekkel való visszaélést is ideértve – összefüggő közvetett költségeket 400–800 millió EUR közé tették, amelyből 306–701 millió EUR közötti összeg a korai halál miatt elvesztett életék költsége, 61–102 millió EUR pedig a termelésiekiesés. A tiltott kábítószer-használat társadalmi költségét Franciaországban 2003-ban 907 millió EUR-ra, Luxemburgban 2004-ben 29,7 millió EUR-ra becsülték.

⁽⁵⁾ http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf

⁽⁶⁾ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf

⁽⁷⁾ COM (2006) 230 végleges.

megelőzése és visszaszorítása révén hozzájáruljon a szabadságon, a biztonságon és a jog érvényesülésén alapuló európai térség megvalósításához. A program teljes költségvetése a 2007–13-as időszakra 21 millió EUR. A kábítószerprogramot az Európai Parlament és a Tanács még mindig tárgyalja, mivel együtdöntési eljárással kell elfogadni.

Új nemzeti jogszabályok

Kínálatcsökkentés

Az elmúlt évben a tagállamok számos jogszabályi változást vezettek be a keresletcsökkentés terén, de 2006 során több országban olyan intézkedések is indultak, amelyek a kábítószer-kereskedelemmel és a kínálatcsökkentéshez fűződő kérdésekkel foglalkozó jogi keretet próbálták javítani.

Írországból az érdemi változások közé sorolandó a 2006-os büntetőjogi törvény bevezetése, amely új bűncselekményként határozta meg a bebörtönzöttek kábítószerrel való ellátását, rendelkezett az antiszociális magatartás kezeléséről és a minimum 10 év kötelező büntetési tétel kiszabásának szigorítását javasolta a 13 000 EUR vagy azt meghaladó utcai értékű kábítószer kereskedelméért. Bünteti a (törvényben meghatározott) „bűnszervezetben” való részvételt vagy annak segítségét, ezenkívül létrehozta a kábítószer-bűncselekmények elkövetőinek nyilvántartását is, amely a kábítószer-kereskedelem miatt elítélt személyeket a börtönből való szabadulás után kötelezi a rendőrségi lakcímbeljelentésre. Magyarországon ezzel szemben eljárási változásokat vezettek be: ennek értelmében az Országos Rendőr-főkapitányság egyetlen átfogó törvényben kívánta kodifikálni az összes, kábítószerrel és prekursorokkal kapcsolatos rendőri tevékenységet, ezzel segítve a kábítószerrel összefüggő bűncselekmények elleni küzdelmet.

A kábítószer-kereskedelem elleni küzdelmet szolgáló egyes eszközök használatára szintén eljárásokat alakítottak ki vagy továbbfejlesztették a meglévőket. Észtországban a kábítószerokról és pszichotróp anyagokról szóló törvényt és a kapcsolódó törvényeket 2005. májusban módosították a felügyelet hatáskörének kibővítése érdekében. Romániában egy 2006. júniusban végrehajtott törvény bevezette az európai elfogatóparancsot, és a használatára vonatkozó eljárásokat, valamint az igazságügyi együttműködés, a felügyelet és a határokon átnyúló jogi ügyek folytatásának és átadásának javítását célzó intézkedéseket határozott meg. Bulgáriában a 2005. októberben bevezetett új büntetőeljárás törvénykönyv szabályozza a nyomon követett szállítást, a bizalmas tranzakciókat és a rejtett nyomozásokat. Ugyancsak rendelkezik a kábítószeres ügyek tanúinak ideiglenes védelméről és – bizonyos körülmények között – a tanúk személyazonosságának védelméről is, továbbá különleges szabályokat ír elő az ilyen tanúk kihallgatására és a beépített rendőrtisztek igénybevételére.

Más országokban az ügyészeknek is hasonló eszközök állnak rendelkezésére. Csehországban a kábítószeres

bűncselekmények esetében a vád gyakran hivatkozik a büntetőeljárás törvénykönyvre, amely lehetővé teszi a tanúk személyazonosságának védelmét és a személyek felügyeletét. A tanúk védelméről szóló törvényt Cipruson is széles körben használják a kábítószeres ügyekben.

A kokainkereskedelemben észlelt közelmúltbeli növekedés a Karib-térségre irányította a figyelmet. Hollandiában 2003 eleje óta működik egy speciális, börtönleátsítménnyel is rendelkező bíróság a Schiphol repülőtéren. 2005 eleje óta a Karib-szigetek fontosabb országaiból érkező repülőjáratokat 100%-osan ellenőrzik. 2004-ben havonta átlagosan 290 drogfutárt tartóztattak le. Ez a szám 2006 elejére havi 80-ra csökkent. Franciaországban egy 2005. októberben hatályba lépett törvény megerősíti a karib-tengeri régióval való együttműködést, hogy ezáltal elvágják a légi és tengeri úton folytatott tiltott kábítószer-kereskedelmet.

A drogtesztek szabályozása

Több ország számolt be olyan jogszabályok bevezetéséről, amelyek különböző helyzetekben megengedik, meghatározzák vagy szabályozzák a drogtesztek elvégzését járművezetőknél, letartóztatottakon, bebörtönzötteken vagy alkalmazottakon.

A járművezetők véletlenszerű közúti ellenőrzését – helyszíni gyorsvizsgálattal – már engedélyezik Litvániában a biztonságos közúti közlekedés 2005–10-es országos programját jóváhagyó határozat értelmében, Luxemburgban pedig a forgalmi ellenőrzésről szóló törvényt módosító 2004-es törvénytervezet szerint. Lettországon a módosított büntetőjogi törvény bünteti azokat a járművezetőket, akik véltőlleg mámoros állapotban vezetnek, és nem vetik alá magukat a tesztnél, a teszt egy éven belüli ismételt megtagadása esetén a börtönbüntetés kiszabásának lehetőségével. Ugyancsak Lettországon a „rendőrségről” szóló módosított törvény immár kimondja, hogy a személyeket át lehet szállítani egy egészségügyi intézménybe annak megállapítása céljából, hogy fogyasztottak-e alkoholt, pszichotróp vagy toxikus anyagokat, és hivatkozik az eljárást részletező kormányrendeletre. A járművezetők drogtesztjére vonatkozó eljárásokat bővebben a kábítószerokról és járművezetéséről szóló, 2007-es kiválasztott téma járja körül.

A letartóztatottak bizonyos csoportjait most már Skóciában is alá lehet vetni drogtesztnél, összhangban az angliai és walesi helyzettel. Írországon az igazságügyi, esélyegyenlőségi és törvényi reform minisztériuma által 2005. júniusban kiadott új börtönszabályzat-tervezet pedig bevezette a bebörtönzöttek kötelező drogtesztjének lehetőségét. Az eljárásról kimondják, hogy a megfelelő rend, biztonság és egészség megőrzését szolgálja, végrehajtása pedig vizeletből, nyálból és/vagy hajból vett minta alapján történik.

Norvégiában már nem érvényes a korábbi helyzet, miszerint a munkahelyen lehet drogtesztet végezni, amennyiben az alkalmazott vagy állásra pályázó személy ehhez beleegyezését adja. A munkakörnyezetről szóló, 2005. évi törvény 9–4. paragrafusának hatálybalépése óta

a munkáltató csak a törvényi és rendeleti úton meghatározott körülmények között követelheti meg egy alkalmazottól vagy állásra jelentkezőtől a drogteszt elvégzését, illetve ha az adott munka végzése mámoros állapotban különösen nagy kockázatokkal jár, vagy ha a munkáltató úgy ítéli meg, hogy a teszt elvégzésére az alkalmazottak vagy egy harmadik fél életének és egészségének védelme érdekében van szükség. A munkahelyi drogtesztéről szóló új finn kormányrendelet összefoglaló jegyzékét közöl a beleegyezéssel kapcsolatos rendelkezésekről, valamint a tesztet végző laboratóriumokra, a mintavételre és a teszteredményekre vonatkozó minőségi követelményekről.

Csehországban a rendőrség, a büntőszemélyzet vagy a munkáltatók által végzett drogteszteket most a „dohánytermékek, az alkohol és az egyéb addiktív anyagok által okozott ártalmakkal szembeni védelmet szolgáló intézkedésekről” szóló 379/2005 koll. törvény határozza meg. A szakértői vizsgálat akkor kötelező, ha ésszerűen feltételezhető, hogy az anyagok használata révén a személy olyan állapotba kerül, hogy önmagára vagy másokra veszélyt jelenthet. A törvény azt is szabályozza, hogy a rendőrség, a büntőszemélyzet vagy a munkáltatók milyen esetekben szondáztathatnak, illetve mikor vehetnek nyálmintát. Az orvosi vizsgálatot – szondával és a biológiai anyagok mintáinak vizsgálatával – csak megfelelő szakmai és működési képességgel rendelkező egészségügyi létesítményekben lehet elvégezni.

Kábítószerekkel összefüggő bűncselekmények

A kábítószerekkel összefüggő bűncselekmények megelőzésének szükségessége kiemelt helyet foglal el az európai politikai napirendben, amit az is jelez, hogy a jelenlegi EU-s drogstratégia ezt a célkitűzést a lakosság egésze számára biztosítani kívánt magas szintű biztonság eléréséhez szükséges fő cselekvési területek között nevezi meg.

Az EU 2005–08-as kábítószerügyi cselekvési tervében beütemezett feladatok között szerepel a „kábítószerekkel összefüggő bűncselekmények” közös fogalom meghatározásának az EMCDDA által végzett vizsgálatokon alapuló európai bizottsági javaslat alapján történő elfogadása. A tudományterületek és a szakértők álláspontja megoszlik abban a tekintetben, hogy mit értünk „kábítószerekkel összefüggő bűncselekmények” alatt, négy átfogó kategória mindenestre ide sorolható: a *pszichofarmakológiai bűncselekmények* (pszichoaktív anyag befolyása alatt elkövetett bűncselekmények), a *gazdasági kényszerből elkövetett bűncselekmények* (a kábítószer-használat fenntartásához szükséges pénz/javak/kábítószer megszerzésére irányuló bűncselekmények), a *szervezett bűnözés* (a tiltott kábítószerpiac működésén

belül elkövetett bűncselekmények) és a *kábítószer-törvények megsértése* (beleértve a használatot, a birtoklást, a kezelést, kereskedést stb.) (lásd még EMCDDA, 2007a).

A kábítószerekkel összefüggő bűncselekmények felsorolt tényezői közül az első három alkalmazása a gyakorlatban olykor nehézkes lehet, adatok pedig csak ritkán, szórványosan állnak rendelkezésre. A kábítószer-törvények megsértésére vonatkozó „feljelentések”⁽⁸⁾ adatai az ebben a jelentésben elemzett európai országok mindegyikében rutinszerűen rendelkezésre állnak. Ezek az adatok azonban a nemzeti jogszabályok közötti különbségeket, illetve ezek alkalmazásának és végrehajtásának eltérő módjait is tükrözik, nem beszélve a büntetőbírók részéről a konkrét bűncselekményekhez rendelt prioritások és források közötti eltérésekről. Emellett eltérések tapasztalhatók a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekményekre vonatkozó országos információs rendszerek között, különösen a bejelentési és nyilvántartási gyakorlatok terén, azaz hogy mit, mikor és hogyan vesznek nyilvántartásba. Ennek következtében az országok közötti összehasonlítás nem egyszerű feladat, ezért érdemesebb az abszolút számok helyett a tendenciákat összevetni, és az európai átlagos tendenciák elemzésekor figyelembe venni az ország lakosságának nagyságát. Az EU szintjén a kábítószer-törvény megsértése miatti „feljelentés”⁽⁸⁾ összességében átlagosan 47%-kal nőtt 2000 és 2005 között (1. ábra). Az adatok mindegyik jelentésteveő országban emelkedő tendenciát mutatnak, Lettország, Portugália és Szlovénia kivételével, amelyek az ötéves időszakra nézve általános visszaesérről számoltak be⁽⁹⁾.

A használatához, illetve a kereskedelemhez kapcsolódó büntető cselekmények aránya változó, de a legtöbb európai ország arról számolt be, hogy a bűncselekmények többsége a kábítószer-használatához vagy a használati célú birtokláshoz kapcsolódott; ezen belül a legmagasabb arányt, 91%-ot 2005-ben Spanyolországból jelentették⁽¹⁰⁾. Csehországban, Luxemburgban, Hollandiában, Törökországban és Norvégiában viszont a kezeléshez és kereskedelemhez kapcsolódó cselekmények domináltak a kábítószer-törvények megsértései között, és arányuk a kábítószer-törvények megsértése tekintetében 2005-ben bejelentett esetek összesített számán belül akár a 92%-ot (Csehország) is elérte.

A legtöbb európai országban a kábítószer-törvényeket sértő bejelentett bűncselekményekben tiltott kábítószerként leggyakrabban a kannabisz van jelen⁽¹¹⁾. Ahol ez a helyzet áll fenn, ott a kannabisszal kapcsolatos bűncselekmények 2005-ben a kábítószerekkel kapcsolatos összes törvénytörés 42–74%-át tették ki. Csehországban első helyen a metamfetaminnal kapcsolatos bűncselekmények álltak, arányuk a kábítószer-törvényeket sértő összes bűncselekményen belül 53% volt, Luxemburgban

⁽⁸⁾ A kábítószerekkel kapcsolatos törvénytörések esetében a „feljelentés” kifejezés azért szerepel idézőjelben, mert a különböző országokban eltérő fogalmakat takar (a kábítószer-törvény megsértésével gyanúsított elkövető rendőrségi feljelentése, a kábítószerekkel kapcsolatos törvénytörés miatti vádemelés stb.). Az egyes országokra vonatkozó pontos fogalom meghatározást lásd a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekményekről szóló módszertani megjegyzéseknél a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹⁾ Lásd a DLO-1. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁰⁾ Lásd a DLO-2. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹¹⁾ Lásd a DLO-3. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

pedig a legtöbb bejelentésben a kokain szerepelt (a kábítószer törvényeket sértő bűncselekmények 35%-ában).

A 2000–05 közötti öt éves időszakban a kábítószer törvényeket sértő, kannabisszal kapcsolatos bűncselekményekre vonatkozó „feljelentések” száma stagnált vagy növekedett a jelentéstevő országok többségében, ami az EU szintjén 36%-os növekedést eredményezett (1. ábra). Csökkenő tendenciákról számoltak be viszont Csehországból (2002–05) és Szlovéniából (2001–05).

Luxemburg és Hollandia kivételével mindegyik jelentéstevő országban a kannabisz szerepel a leggyakrabban a használat/használati célú birtoklás jellegű bűncselekményekben. Eközben a kannabiszt érintő, használattal összefüggő bűncselekmények aránya 2000 óta több országban is csökkent (Görögország, Olaszország, Ciprus, Ausztria, Szlovénia és Törökország), és a legutóbbi olyan évet tekintve, amelyről vannak adatok (2004–05), ezt a jelentéstevő országok többségéről is el lehet mondani, ami talán azt jelzi, hogy a bűnüldöző hatóságok a többi kábítószerhez képest kevésbé tekintik célpontnak a kannabiszhasználókat ezekben az országokban ⁽¹²⁾.

A kokainnal kapcsolatos bűncselekmények száma a 2000–05 közötti időszakban mindegyik európai országban nőtt, Németország kivételével, ahol a számok viszonylag állandók maradtak. Az EU átlaga ugyanebben az időszakban 62%-kal emelkedett (1. ábra).

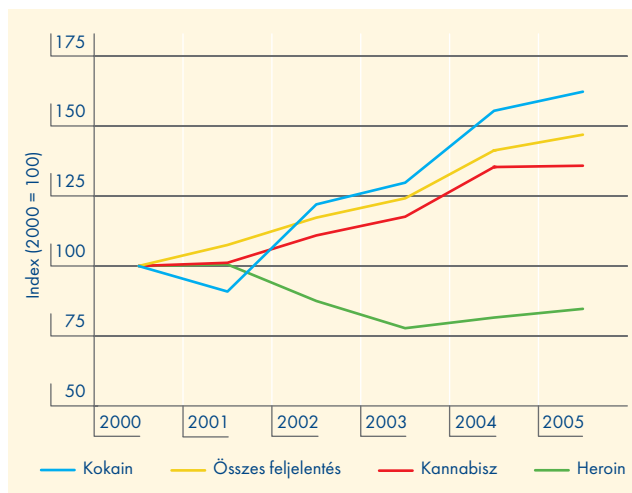
A kábítószer törvényeket sértő, heroinnal kapcsolatos bűncselekmények 2000 és 2005 közötti „feljelentéseit” tekintve a kannabiszhoz vagy a kokainhoz képest eltérő a kép: az Európai Unióban összességében átlagosan 15%-os visszaesést lehetett tapasztalni, ami elsősorban 2001 és 2003 közé datálható. Ugyanakkor az országokénti tendenciák ugyanebben az időszakban nem voltak ilyen egységesek, és az országok egyharmadából emelkedésről számoltak be ⁽¹³⁾.

A kábítószer-probléma kutatása

Finanszírozás

A kábítószerrel kapcsolatos kutatást Európában a nemzeti fókuszpontok beszámolóí szerint a nemzeti és európai szintű állami alapokból finanszírozzák. Több tagállamból jelentették, hogy a kábítószerrel foglalkozó kutatást az általános nemzeti kutatási alapról (Németország, Hollandia, Finnország, az Egyesült Királyság), az egészségügyi minisztérium kutatási alapjából (Olaszország) vagy a nemzeti kábítószerügyi koordinációs szerv felügyelete alá tartozó alapokból (Franciaország, Svédország) finanszírozzák. Romániában a kutatás finanszírozása nemzetközi szervezeteken, például a Globális Alapon keresztül történik.

1. ábra: A kábítószer törvények megsértéséről szóló feljelentések indexált tendenciái az EU-tagállamokban, 2000–2005



Megjegyzés: A tendenciák az EU tagállamaiban működő összes bűnüldözési hivatal által közölt, a kábítószer törvények megsértésére (bűncselekménynek minősülő vagy sem) vonatkozó feljelentések országos számára vonatkozóan elérhető legfrissebb információkat jelenítik meg. Minden adatsor indexálásánál a 2000. évet tekintettük 100-nak, és az átfogó EU-s tendencia kialakítása érdekében az értékeket az országok népességméretének megfelelően súlyoztuk.

Mivel a meghatározások és a vizsgált egységek országonként erősen különböznek, a „kábítószer törvények megsértésére vonatkozó feljelentések” kifejezést használtuk. Bővebb információért lásd a „A kábítószer törvények megsértései: módszerek és meghatározások” című részt a 2007. évi statisztikai közlönyben.

A tendenciák kiszámításából kimaradtak azok az országok, amelyek két vagy több egymást követő évben nem közltek adatot: az átfogó tendencia 24 ország adatain, a heroinnal kapcsolatos tendencia 14 ország adatain, a kokainé 14, a kannabiszé pedig 15 ország adatain alapul.

További információért lásd a DLO-6. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok; a népességi adatok esetében: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>.

Kutatási tevékenység

Amennyiben a szakértői társértékeléssel készült tudományos publikációkat tekintjük a tudományos tevékenység mércéjének, a 2005 és 2006 során megjelent és az országjelentésekben idézett ilyen publikációk alapján a tematikus kutatási prioritások terén országonként változó mintát figyelhetünk meg.

A kutatáson belül láthatólag fontos téma az addikció kezelése: a tanulmányok többsége a helyettesítő kezelés különféle szempontjait vizsgálja. A megelőzéssel foglalkozó kutatás sokkal kisebb arányt képvisel az országjelentésekben idézett tudományos szakirodalmon belül. Az EMCDDA öt legfontosabb mutatója közül a fertőző betegségekről szóló publikációk száma a legmagasabb, ezután következnek a kábítószer-használat fiatalok körében való előfordulásáról szóló publikációk.

Az országjelentésekben idézett tudományos publikációk országonként változóak. A kezeléssel kapcsolatos kutatásra, különösen a hepatitisz C pozitív kábítószer-használók

⁽¹²⁾ Érdemes megjegyezni, hogy néhány olyan országban, ahol a kannabiszt érintő, használattal összefüggő bűncselekmények aránya csökkent, az ugyanerre a kategóriára vonatkozó abszolút számok emelkedtek.

⁽¹³⁾ Az a tény, hogy az európai átlag nem tükrözi a jelentéstevő országok felénél megállapított növekedést a heroinnal kapcsolatos bűncselekményekben, főként abból ered, hogy az európai átlagban nem szerepelnek azok az országok, amelyeknél két egymást követő év adatai hiányoznak, de az is hozzájárul, hogy az európai átlag figyelembe veszi az országos népesség nagyságát (ezáltal egyes országok adataihoz több súlyt rendel).

kezelésére különösen gyakran hivatkoztak a német jelentésben, a holland jelentésben pedig az új kezelési módszertanok kaptak hangsúlyt. Az Egyesült Királyság által közölt kutatási tanulmányok főleg a problémás kábítószer-használattal, a bűnözéssel és a piaci kérdésekkel foglalkoznak. A kevés, ideggyógyászati kutatásra utaló hivatkozás elsősorban a holland jelentésben található, de a francia MILDT is finanszírozott egy kutatási projektsorozatot ezen a területen.

A közelmúltban indult kutatási programok tanúsága szerint a tagállamokban hasonlóak a nemzeti szintű kutatási prioritások. Németországban jelenleg a nemzeti kutatási támogatást, az alapkutatást is beleértve, a kezelési szolgálatok optimalizálására fordítják, hogy megfeleljenek a kezelés iránti igényeknek. Hollandia 2006-ban indította el a „Kockázatos magatartás és függőség” című kutatási programot. Az Egyesült Királyságban a közelmúltban a kezelési rendszerek minőségével és a nagyon fiatal problémás kábítószer-használókkal foglalkozó vizsgálatok indultak. Az új tagállamokban a központi kérdés jellemzően a megfigyelő rendszerek tudományos alapjainak kiépítése, például ifjúsági felmérések révén.

EU-s kutatás

A kábítószerrel összefüggő kutatásra adott EU-s finanszírozást a kutatási keretprogramokon keresztül

biztosítják, amelyek közül a legutóbbi, a 7. kutatási keretprogram (2007–13) 2006 végén indult. Az EU 5. kutatási keretprogramjába (1998–2002) tartozó „Életminőség” témakörből nőttek ki a 2005/2006-os eredményeikről beszámoló kutatási projektek. Ezek közé tartozik a „kábítószerfüggő elkövetők kvázi-kötelező kezelése Európában” (QCT), „Az európai kokain- és crackhasználók támogatás iránti igényei” (COCINEU) és „A kettős diagnózist és az addikcióból való optimális felépülést szolgáló integrált szolgálatok” (ISADORA).

Kábítószeres és járművezetés, az EMCDDA 2007-es kiválasztott témaköreiben

A pszichoaktív anyagok olyan mértékben csorbíthatják a személy autóvezetési képességét, hogy ezáltal megnő a balesetek és a sérülések kockázata. A kábítószeresről és a járművezetésről szóló kiválasztott témakör az erről a témáról készült különböző típusú vizsgálatok eredményeit tekinti át, középpontban a kannabisszal és a benzodiazepinokkal, valamint az ezzel a problémás viselkedéssel szemben képviselt prevenció és jogi állásponttal.

Ez a kiválasztott témakör nyomtatott formában és az interneten (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) csak angolul érhető el.



2. fejezet

Európai válaszok a kábítószer-problémákra – áttekintés

Az EU 2005–08-as kábítószerügyi cselekvési terve kifejezetten felszólítja a tagállamokat a megelőzés, a kezelés, az ártalomcsökkentés és a társadalmi visszailleszkedés könnyen hozzáférhető, hatékony, sokoldalú módszereinek biztosítására. Ez a fejezet az európai kábítószer-problémának ezen oldalait vizsgálja meg részletesebben.

A megelőzési stratégiák különböző csoportokra irányulhatnak – ez lehet akár a teljes népesség, akár konkrét kockázati csoportok –, és az alkalmazott módszerek is ennek megfelelően változnak. A kábítószer-használók és kábítószerfüggők számára ugyancsak elérhető a kezelési és ártalomcsökkentő intézkedések, és az országok jelentős részében ezek hatékonyságát az eredmények vizsgálata segítségével értékelik. Az ártalomcsökkentő intézkedések célja a kábítószerrel összefüggő halálesetek megelőzése és a kábítószerrel összefüggő ártalom, például a HIV- vagy a hepatitis C-fertőzések csökkentése. A heroinfüggőséget többnyire helyettesítő terápiával kezelik, a kannabisz-, amfetamin- és kokainfüggőségre pedig speciális programokat dolgoztak ki. Sikeres kezelés esetén a következő lépés a társadalmi visszailleszkedés. Amint azt a következőkben bemutatjuk, a kábítószer-használók közül sokan szegényes körülmények között élnek, így a társadalmi visszailleszkedést célzó stratégiáknak gyakran komoly problémákat kell leküzdeniük.

A beavatkozások mindegyik típusát különböző országokból vett példákkal szemléltetjük, hatékonyságukat – vagy ennek ellenkezőjét – pedig kutatási eredményekre támaszkodva tárgyaljuk.

Megelőzés

Az egyéni megelőzési stratégiák hatásai általában nem mérhetők a kábítószer-használatnak a népesség szintjén vett előfordulásában bekövetkező változásokkal. Ugyanakkor minden megelőzési stratégiát össze lehet vetni az összegyűjtött tényanyaggal annak eldöntésére, hogy az adott beavatkozást a bizonyítékok alátámasztják-e. Ehhez ismeretanyag kell a prevenció beavatkozások tartalmáról, tárgyköréről és számáról.

Az elérhető információk javítása: felügyelet, minőség-ellenőrzés és értékelés

A tagállamok egyre inkább nyomon követik a megelőzési intézkedéseket, és ennek eredményeként adatokkal tudnak

szolgálni a beavatkozások tartalmáról és elérhetőségéről. Németország, Hollandia és Norvégia kibővítette a tájékoztatás hatókörét. Görögország, Ciprus, Litvánia és Olaszország nyomon követi az iskolai megelőzést, Görögországban, Lengyelországban, Svédországban és Finnországban a közösségi megelőzési szolgálatokat vizsgálják, Franciaország pedig központosított rendszert hozott létre a drogprevenció monitorozására. Néhány országban (Csehország, Spanyolországban belül a galíciai autonóm régió, Magyarország és Norvégia) a beavatkozásokra irányuló pályázatok elbírálásánál megvizsgálják a vonatkozó bizonyítékokat is, és akkreditációs rendszerek bevezetését mérlegelik. Portugáliában, Finnországban és Romániában minőségi minimumfeltételek vonatkoznak a megelőzési programokra.

A Magyarországról és Hollandiából származó információk arra utalnak, hogy a megelőzést monitorozó rendszerek és minőségi kritériumok megléte a projektek esetében jobb beszámolóhoz és értékeléshez vezet, és emeli a beavatkozások színvonalát.

A legtöbb megelőzési programról nem készül értékelés. Ahol mégis sor kerül az értékelésre, ezt rendszerint inkább a „beavatkozás hatóköre és fogadtatása” szempontjából végzik el, kevésbé vizsgálják azt, hogy „mennyiben teljesültek a célkitűzések” (görög országjelentés).

Az elmúlt néhány évben a megelőzés hatékonyságáról Németország (Bühler és Kröger, 2006) és az Egyesült Királyság (Canning és mások, 2004; Jones és mások, 2006), illetve az Egészségügyi Világszervezet (WHO) (Hawks és mások, 2002) készített értékelést. Ezek segítik a prevenció stratégiákban követendő helyes gyakorlat meghatározását. A legfrissebb és legátfogóbb vizsgálat (Bühler és Kröger, 2006) 49 magas színvonalú áttekintésről, például összefoglalókról és metaelemzésekről készített értékelést az anyagokkal való visszaélés témakörében, és ezekből vont le következtetést a drogprevenció hatékony stratégiáit illetően. Az alábbi bekezdésekben a megelőzési stratégia különböző típusainak hatékonyságát járjuk körül az említett vizsgálat és más tanulmányok alapján.

Tömegkommunikációs kampányok

Hawks és mások (2002), összhangban a HDA (2004) tanulmánnyal azt állapították meg, hogy a tömegkommunikáció önmagában – különösen más, ezt ellensúlyozó befolyások jelenlétében – nem bizonyult hatékony módszernek a pszichoaktív anyagok különböző

Bizonyítékokon alapuló gyakorlat

Bizonyítékokon alapuló gyakorlatnak nevezzük azokat a beavatkozásokat (pl. a kábítószer miatti kezelést), amelyekről tudományos vizsgálatok (pl. kutatási tanulmányok) alapján következetesen bebizonyították, hogy a klienseknél a kívánt eredményt érik el (pl. a kábítószer-használat csökkenése). Annak eldöntéséhez, hogy egy beavatkozás bizonyítékokon alapulónak tekinthető-e, általában a hatásosság és a hatékonyság kritériumát hívják segítségül (Brown és mások, 2000; Flay és mások, 2005).

A hatásosság azt méri, hogy egy adott beavatkozás mennyire működik jól ideális körülmények között. A hatásosságot ideális esetben egy kontrollcsoportos kísérlettel határozzák meg, amelynek néhány résztvevője a tesztelni kívánt beavatkozásban részesül, a kontrollcsoport pedig egy másik beavatkozásban vagy esetleg nem részesül semmilyen beavatkozásban. Ennél is jobb a randomizált kontrollcsoportos kísérlet, amikor a résztvevőket véletlenszerűen osztják be a két beavatkozás valamelyikének tesztcsoportjába (Cochrane Collaboration, 2007). Általános az a nézet, hogy csak randomizált kontrollcsoportos kísérletek vagy a lehetőleg folyamatértékeléssel kombinált kontrollcsoportos kísérletek útján lehet megállapítani egy beavatkozás hatásosságát, és ezáltal alapot adni a jövőbeli gyakorlathoz és politikához.

Sajnos azonban nem mindig kivitelezhető a résztvevők véletlenszerű beosztása a beavatkozás tesztcsoportjába vagy a kontrollcsoportba.

A hatékonyság azt méri, hogy egy beavatkozás mennyire működik jól rendes körülmények között. A kontrollcsoportos kísérletekben ígéretesnek látszó beavatkozásokat gyakran a közösségben is végrehajtják, hogy megvizsgálják, mennyire

működőképesek szokásos körülmények között. A hatékonysági vizsgálatok, például a nemzeti kezelési eredményvizsgálatok elsősorban azt vizsgálják, hogy a beavatkozás hogyan hat az egészségre vagy más lényeges kimenő tényezőkre, és ebből próbálják megállapítani, hogy mi működik.

A bizonyítékok megállapításának folyamatát azonban nehezíti az a tény, hogy eltérő nézetek alakultak ki arról, hogyan kellene megítélni a hatásosságot vagy hatékonyságot vizsgáló kutatási tanulmányokat, és a kutatási módszerek mely típusa (minőségi vagy mennyiségi) lenne a legmegfelelőbb a működőképes megoldásokról szóló bizonyítékok megkeresésére. Ennek megfelelően a működőképes megoldásokról szóló megállapítások is különbözőek lehetnek. Továbbra is eldöntendő kérdés, hogy a döntéshozatali folyamatban hogyan kell értékelni és súlyozni a bizonyítékok különböző forrásait. Ez még nehezebb az olyan beavatkozások esetében, amelyeknél még nem állapították meg a háttérül szolgáló bizonyítékokat, de a tapasztalatok alapján hatékonyak lehetnek.

A fenti nehézségek ellenére továbbra is az a vezérelv, hogy a bizonyítékok javíthatnak az egészségügyi gyakorlaton és politikán, ezért támogatni kell a bizonyítékokon alapuló gyakorlatok megvitatását, a bizonyítékok értékelésére szolgáló világos kritériumokkal együtt.

Az eszmecsere és a bizonyítékokon alapuló gyakorlatok terjesztésének előmozdítása érdekében az EMCDDA online portált hoz létre, amely áttekintést fog adni a különböző beavatkozások hatékonyságára vonatkozó legfrissebb bizonyítékokról, valamint a beavatkozások színvonalának emelésére rendelkezésre álló eszközökről és az EU tagállamaiban végrehajtott konkrét, legjobb gyakorlatnak minősülő példákra. A Cochrane Együttműködés a portál egyik fontos információforrása lesz.

típusú használatának visszaszorítására. Hatékonyak találták viszont a tájékoztatás és a politikai kezdeményezések támogatottságának növelése szempontjából. Más bizonyítékok ezzel szemben arra utalnak, hogy a tömegkommunikációs kampányok járhatnak pozitív hatásokkal, amennyiben ezeket más stratégiák erősítésére, támogató eszközként használják (Bühler és Kröger, 2006).

A kokaint megcélzó skóciai „Know the score” kampányról készült értékelésben Binnie és mások (2006) azt állapították meg, hogy a droghasználók 30%-a kisebb valószínűséggel fordult a kokainhoz, miután látta a reklámokat, 56% viszont úgy nyilatkozott, hogy a kampány nem változtatott kokainhasználati szándékán, 11% pedig azt állította, hogy nagyobb valószínűséggel fogja használni a szert. Az amerikai kormány kannabiszkampányának nemrég lezajlott újbóli értékelése ráadásul azt erősítette meg, hogy miközben a kampány (a pozitív visszajelzések és a célcsoportonkénti differenciáltság ellenére) nem változtatott a drogot nem használó fiatalok kannabiszhasználatával szembeni attitűdjén, a kampánynak való kitettség azzal a kedvezőtlen hatással járt, hogy a fiatalok megfigyelhették mások marihuánahasználatát (GAO, 2006).

Néhány elszigetelt esetben ugyanakkor az ismeretek növeléséről (ami a legtöbb tömegkommunikációs

kampány célja) sikerült áthelyezni a hangsúlyt a társadalmi-érzelmi információk átadására (törekedve például a kannabiszhasználatról kialakult percepciók megváltoztatására). Hollandiában az egyik kampány például azt az üzenetet közvetítette, hogy „Nem vagy hülye, ha nem szívsz kannabiszt – a fiatalok 80%-a szintén nem szív”⁽¹⁴⁾. Az Írországból indított nemzeti drogmegelőzési kampány egyes elemei pedig a kannabiszt övező mítoszok némelyikét próbálták eloszlatni, például azt, hogy ez „szerves” és „természetes” anyag.

A legális anyagokat megcélzó környezeti stratégiák

Egy anyag árának és/vagy fogyasztására kiszabott törvényes korhatárnak a felemelése bizonyítottan hatékony a használat visszaszorításában, de csak a legális anyagok, például a dohánytermékek vagy az alkohol esetében alkalmazható (Bühler és Kröger, 2006). Az ilyen környezeti stratégiák mostanáig inkább skandináv vagy amerikai jelenségnek számítottak – a középpontban főleg az alkohollal –, és ígéretes eredményeket mutattak fel (Lohrmann és mások 2005; Stafström és mások, 2006). Egyre gyakrabban jelentkeznek olyan átfogó közösségi módszerek, amelyek a tiltott anyagokhoz hasonlóan kezelik az alkoholt és a dohányzást. Belgium, Bulgária,

⁽¹⁴⁾ Lásd: <http://www.drugsinfo.nl>.

Dánia, Litvánia, Luxemburg, Hollandia, Lengyelország, Szlovákia és Norvégia már beszámolt ilyen közösségi stratégiák létezéséről, illetve az alkohol és a dohánytermékek elérhetőségét szabályozó további adók vagy törvények ügyében folyó vitákról. Az ilyen stratégiák a fiatalok körében próbálják csökkenteni a fogyasztást, hogy alkoholmentes övezeteket hozzanak létre, illetve növeljék az éjszakai élet biztonságosságát. Ami az iskolákat illeti, a közelmúltban Európában (Kuntsche és Jordan, 2006) és máshol (Aveyard és mások, 2004) készült tanulmányok megerősítik, hogy a normatív légkör és az informális hálózatok határozottan befolyásolják a legális kábítószeres és a kannabisz iránti fogyasztói magatartást. Az iskolai normák bevezetése egyre gyakrabban merül fel Németországban, Írországon és Olaszországban ⁽¹⁵⁾.

Egyetemes megelőzés

A társadalmi befolyás vagy az életrevalóság kompetenciájának modelljén alapuló interaktív programok hatékonynak bizonyultak az iskolákban, az elszigetelt egyéni intézkedésekről (például pusztai információközlés, az érzelmekre ható oktatás vagy más, nem interaktív intézkedések) viszont negatív értékelések érkeztek (Bühler és Kröger, 2006). Az iskolai megelőzés szervezési okokból rendszerint a helyi hatóságok felelőssége, különösen a skandináv országokban, Franciaországban és Lengyelországban.

Néhány észrevételben utaltak arra, hogy a kiegészítő általános egészségügyi/életvezetési programok nagyobb változást idéznek elő, mint a pusztai készségeken alapuló oktatási programok, ami azt jelzi, hogy a beavatkozásokat legjobb egy jól megalapozott egészségügyi tantervbe beépíteni (Hawks és mások, 2002). Úgy tűnik, hogy ezt szinte mindegyik tagállamban sikerült elérni. Emellett több tagállamban (pl. Olaszország, Litvánia, Hollandia, Szlovákia, Egyesült Királyság) a drogprevenációt a közegészségügyi megelőzés keretében együtt kezelik más egészségügyi és társadalmi vonatkozásokkal, például az erőszakkal, a mentálhigiénés problémákkal, a társadalmi kirekesztéssel, a rossz tanulmányi eredményekkel, illetve a dohányzással és alkoholfogyasztással, ami által nagyobb hangsúly kerül a sérülékeny csoportok speciális igényeinek kielégítésére.

A modellprogramok végrehajtásának elmaradását gyakran indokolják azzal, hogy nem lehetett volna hozzáigazítani őket a helyi körülményekhez, és nem az adott közösség igényeivel foglalkoznak (Ives, 2006). Ez ellen szól viszont a szabványosított prevenció programok azon előnye, hogy a protokollok világos irányutatót adnak a stabil szolgáltatási infrastruktúra és a tanárképzési rendszerek létrehozásához, ami még egymástól nagyon eltérő iskolai és közösségi körülmények esetén is megkönnyíti a közös végrehajtási előírások betartását.

A megelőzési programok tartalmát tekintve sok tagállamban (Bulgária, Olaszország, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Ausztria, Románia) a tudatosság növelése, a tájékoztatás és az elszigetelt események (például szakértői látogatások) szervezése áll a középpontban ⁽¹⁶⁾, annak ellenére, hogy a bizonyítékok tanúsága szerint más módszerek hatékonyabbak lehetnek.

Elterjedtek ezenkívül a társadalmi befolyásra épülő iskolai programok, különösen az Egyesült Királyságban és a szabványosított programokkal rendelkező országokban, amilyen Németország, Görögország, Spanyolország, Írország, Norvégia és hamarosan Dánia is.

Az egyetemes közösségi megelőzést illetően 12 tagállam számolt be arról, hogy a legtöbb vagy akár az összes településen elérhető a kábítószerügyi programok, tíz országban pedig ezek politikai prioritásnak is minősülnek. Az ilyen programok elsősorban tájékoztató események formájában öltöttek testet, ritkább esetekben alternatív szabadidős elfoglaltságot kínálnak. Az egyetemes családi megelőzés legtöbbször szülői esetekben vagy tájékoztató rendezvényekből áll, de elvétve a szülőknek szóló intenzív képzést is jelenthet.

Célzott megelőzés

A tagállamok egyre több figyelmet szentelnek a sérülékeny közösségek egészségét célba vevő megelőzési stratégiáknak ⁽¹⁷⁾. Ez azt jelenti, hogy az ilyen közösségeket azonosítani kell, ami történhet például szabványos felmérési eszközök segítségével, amilyen az Egyesült Királyságban használt „halmozottan hátrányos helyzet index”, vagy társadalmi-gazdasági mutatókkal, például a lakhatási vagy oktatási modellekkel (iskolai lemaradásokkal küzdő tanulók száma, segélyben részesülő tanulók száma).

A célközösségek meghatározása után (Franciaországban elismert kategória például az „érzékeny városi övezetek” vagy az iskolák esetében az „oktatási szempontból kiemelt övezetek”) a kiegészítő támogatásokat ezekre a hátrányos helyzetű csoportokra lehet fordítani. Írországon, Cipruson és az Egyesült Királyságban a célzott megelőzési projektek máris leginkább ezekre a területekre irányulnak, Portugália pedig most vezet be ilyen stratégiát. A szolgáltatási típusok skáláján a tanácsadó szolgálatok (Észtország, Görögország, Franciaország és Szlovákia) ugyanúgy megtalálhatók, mint a megkereső projektek (Luxemburg, Ausztria), amelyek néha kifejezetten az etnikai csoportokat veszik célba. Néhány új tagállam pedig (Bulgária, Magyarország, Litvánia, Lengyelország és Románia) jelentésében sokat foglalkozott a sérülékeny családokat célba vevő beavatkozásokkal. A hangsúly a legtöbb tagállamban a családon belüli szerhasználaton van, de néhány országban (Görögország, Litvánia, Magyarország, Egyesült Királyság) átfogóbb megközelítéssel az összes hátrányos társadalmi helyzetű családdal foglalkoznak.

⁽¹⁵⁾ Lásd még <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19197>.

⁽¹⁶⁾ Az SQ 22 és 25 adatai.

⁽¹⁷⁾ A célzott megelőzésről, különösen a kockázati csoportokról és tényezőkről szóló bővebb információért lásd a korábbi éves jelentéseket és a kiskorúak körében előforduló kábítószer-használatról szóló, 2007-es kiválasztott témakört.

Bár az egyetemes megelőzésben is használják, a kortárs csoportos módszerekről egyre gyakrabban a célzott megelőzés esetében számolnak be (Írország, Hollandia, Ausztria, Lengyelország és Norvégia). Parkin és McKeganey (2000) a kortárs csoportos módszerekről készült áttekintésében arra jutott, hogy az ilyen rendszerek a legnagyobb hatással magukra a kortárs oktatókra vannak, és nem annyira a célcsoportra. Úgy tűnik, hogy ezek a módszerek az ismeretek és attitűdök megváltoztatása terén hatékonyabbak, mint a viselkedés megváltoztatásában. A kortárs projektekről ritkán készül bármilyen értékelés, de ha mégis (pl. a norvégiai Free Style projekt), ez jellemzően csak a fiatal csoportvezetők iskolai bevonásában elért sikereket, illetve a kortárs segítők ismereteinek vagy attitűdjének megerősítését értékeli.

A célzott megelőzés növekvő népszerűsége ellenére óvatosságra van szükség, különösen a kockázatnak kitett fiatalok kortárs segítő programokba történő bevonásakor (Cho és mások, 2005; Dishion és Dodge, 2005), mivel a sérülékeny csoportok körében előfordulhat, hogy a rossz példa „ragadóssá válik”. Ezek a beavatkozás által előidézett, nem kívánt hatások fokozott szerhasználathoz vagy kockázati viselkedéshez vezethetnek. Az ilyen nemkívánatos eredmény azonban nemcsak a célzott megelőzés sajátja: a tömegkommunikációs tájékoztatás és az egyéni prevenciók események esetében ugyancsak megfigyelhető (lásd fent).

Kezelési és ártalomcsökkentési válaszok

A kezelési rendszerek aktuális fejleményei

A kábítószer-használók kezelése leggyakrabban a járóbeteg-ellátás keretében történik, a háziorvosi praxis is beleértve. A járóbeteg-gondozó hálózatok kibővítése az utóbbi években is folytatódott, és több országban – köztük Bulgáriában, Észtországban, Finnországban, Görögországban, Litvániában és Romániában – további földrajzi terjeszkedés történt; a fekvőbeteg-ellátó létesítmények száma ezzel szemben az országok többségében nem változott.

A kábítószer miatti kezelésre szakosodott létesítmények országos földrajzi lefedettsége nagyon szórványos többek között Lettországon, Magyarországon, Szlovákiában és Romániában. Bár a szolgáltatói hálózatot a közelmúltban kibővítették, a helyettesítő kezeléshez továbbra is várólista van érvényben Görögországban, Magyarországon és Lengyelországban.

A bentlakásos létesítményekben végzett kezelés, amely korábban sok európai országban a heroinhasználat kezelésének általános módja volt, manapság viszonylag háttérbe szorult, így az opioidhasználókat többnyire a járóbeteg-ellátásban kezelik. A bentlakásos intézmények ugyanakkor nagyobb jelentőségre tettek szert az idős, illetve kábítószer-régóta használó, összetett kezelési igényekkel rendelkező személyek kezelésében, a komoly

szomatikus és pszichológiai komorbiditás egyidejű jelenléte folytán. A fekvőbeteg-gondozó létesítmények filozófiája és működésmódja az igények változására reagálva jelentős átalakuláson ment keresztül az évek során. Gyakoribb lett az egy helyszínen biztosított kezelés és orvosi ellátás, a pszichiátriai kezelést, a hatékony antiretrovirális gyógykezelést és a májbetegségek kezelését is beleértve, továbbá növekedett a kliensek stabilizálása érdekében alkalmazott kábítószer-fenntartó kezelés igénybevétele.

A járóbeteg-kezelésre járó kábítószer-használók jellemzői

A kezelés iránti igények mutatójának adatai segítségével meg lehet határozni a kezelési központokat felkereső páciensek – és bizonyos mértékben minden kábítószer-használó – társadalmi-gazdasági helyzetének jellemzőit⁽¹⁸⁾. Mivel a legtöbb országban a járóbeteg-kezelés könnyebben hozzáférhető és kevésbé szelektív, célszerű a kliensek e csoportjából kiindulva kivetíteni az adatokat a kábítószer-használó populáció egészére.

2005-ben 29 európai ország közül 20-ból tettek jelentést a járóbeteg-kezelő központokat felkereső 3 150 000 kliensről. Az adatok 4000-nél is több kezelési egységből származtak. A járóbeteg-kezelés klienseinek körülbelül felét (53%) elsősorban opioidhasználat miatt kezelték, a másik felét más kábítószer, köztük különösen a kannabisz (22%) és a kokain (16%) elsődleges használata miatt. Országonként változik, hogy melyik kábítószeret fogyasztják a leggyakrabban elsődleges kábítószerként.

A járóbeteg-kezelés klienseinek kb. 80%-a férfi, átlagéletkoruk 30 év körül van (a kezelésre újonnan jelentkezők körében 28 év), életkörülményeik pedig az azonos korú általános népességhez képest általában szegényesek. A járóbeteg-kezelés klienseinek kb. 60%-a nem szerzett az alapfokú meghaladó iskolai végzettséget, a kliensek nagyjából egytizede pedig még az általános iskolát sem végezte el. A kliensek körülbelül fele rendszeres alkalmazásban állt a járóbeteg-kezelés megkezdése előtt, másik fele munkanélküli volt. A járóbeteg-kezelés klienseinek többsége (85%) stabil lakóhellyel rendelkezik: közülük 40% a szüleivel él, 19% egyedül. A kábítószer miatti járóbeteg-kezelés klienseinek jelentős hányada (15%) gyermekekkel él – egyedül vagy partnerével együtt –, ami a kábítószer-használók életét nehezítő tényező, a gyermekek szempontjából pedig kockázati tényező.

A kábítószer miatti kezelésben részt vevő kliensek társadalmi-gazdasági helyzetéről szóló információt néhány országban az elsődlegesen használt anyagok szerinti bontásban közölt országos információk is kiegészítik. Németországban például a heroinhasználók 67%-a munkanélküli vagy gazdaságilag inaktív, szemben a kokainhasználó kliensek 53%-ával, illetve a kannabiszhasználó kliensek 35%-ával, az opioidhasználó kliensek 74%-a pedig csak korlátozott iskolai végzettséggel rendelkezik, ami a kokainhasználó kliensek 63%-áról mondható el (Sonntag és mások, 2006).

⁽¹⁸⁾ Az ebben a részben idézett számadatokról bővebb információért lásd a 2007. évi statisztikai közlönyben található TDI táblázatokat és grafikonokat.

Új fejlemények

A kábítószer-használók speciális csoportjaira, például a kábítószer-használó nőkre, az utcai hajléktalan intravénás használókra, a szexmunkásokra, illetve a fiatal és a nagyon fiatal kábítószer-használókra (lásd a kiskorúak körében előforduló kábítószer-használatról szóló 2007-es kiválasztott témakört) szakosodott létesítményeket sok országban újonnan hozták létre. Más országokban a gyógyszeres kezelési lehetőségeket bővítették ki egyes használói csoportok igényeihez igazodva, hogy így növeljék a kezelés hatókörét. Máltán például most engedélyezték a buprenorfinnal végzett fenntartó kezelést ⁽¹⁹⁾.

A kábítószer-használók különböző csoportjainak kezelése

A tagállamok egyre inkább elismerik a problémás kannabisz- és kokainhasználók számára nyújtott megfelelő kezelési szolgáltatások fontosságát. A kannabisz esetében a kezelési, tanácsadási és megelőzési programok gyakran összekapcsolódnak, hogy ezáltal nagyszámú használóhoz tudjanak eljutni. Új kommunikációs stratégiákat vezetnek be, például az internet igénybevételével, az olyan kannabiszhasználók elérése érdekében, akiknek a kábítószer-használata a kipróbálási és a problémás szint közé tehető. Folyamatban van a kifejezetten a kannabiszhasználatra vonatkozó kezelési szolgáltatások és programok kidolgozása, amelyek Európában eddig nem voltak széles körben elérhetőek (lásd a 3. fejezetet).

Emellett a kokain miatti kezelés iránt jelentős igényekkel szembesülő tagállamok most kezdik elrendelni az ez irányú kutatásokat. A kérdést ugyanakkor nehezíti az a tény, hogy a kokainpor használói és a crack kokaint használók rendszerint egymástól meglehetősen távol eső társadalmi csoportokhoz tartoznak (lásd az 5. fejezetet). A pszichostimulánsok használóinak nagy többségét azonban, az amfetaminhasználókat is beleértve, jelenleg egyedi szolgáltatások hiányában hagyományos, opioidközpontú kezelési szolgálatok kezelik, noha a személyzet és az orvosok képzése iránti igényt már Európa-szerte felismerték.

A heroinfüggőség kezelése

Az 1980-as évek második felében, a heroinhasználatra válaszul kialakult politikai jóváhagyás nyomán a legtöbb országban a helyettesítő kezelés vált az opioidfüggőség kezelésének meghatározó módjává (2. ábra).

A helyettesítésre használt fő kábítószer a metadon és a buprenorfin. A gyógyszeres kezelést ideális esetben pszichológiai tanácsadással és társadalmi támogatással kell ötvözni. A helyettesítő kezelés általában a kábítószer miatti kezelésre szakosodott egységekben, járóbeteg-ellátásban történik, de az orvosok egyre gyakrabban végzik magánpraxis keretében is. Néhány országban, például Németországban, Franciaországban és Egyesült Királyságban a háziorvosok komoly részt vállalnak a kábítószer-használók kezeléséből. Más országokban

A helyettesítő kezelés jogi keretei

2006-ban felmérést végeztek a speciális jogi tudósítói hálózatok körében, hogy bővebb információt kérjenek a helyettesítő kezelésre való felvétel feltételeire vonatkozó törvényekről és hivatalos rendelkezésekről, valamint a gyógyszerfelírási és -kiadási gyakorlatról. 17 országból érkeztek eredmények, amelyek hasznos kiegészítésként szolgáltak a kábítószeréről szóló európai jogi adatbázis 2003-as jelentéséhez ⁽¹⁾.

A jogi keret hatóköre tagállamonként változik. Néhány országban, pl. Belgiumban, a helyettesítő kezelésre külön parlamenti törvény vonatkozik, más országokban, pl. Cipruson, a végrehajtása az ellenőrzött anyagokról szóló törvények értelmezésének függvénye. Választani kell a keret szigorúsága és a rugalmasság között.

A helyettesítő kezelésben használható anyagokat rendszeres esetben törvényi úton jelölik ki. Legtöbbször csak metadont és buprenorfinat vagy csak metadont lehet felírni, bár néhány országban más kábítószerket, például a morfint vagy a kodeint is engedélyezik. Az országos felvételi kritériumokat hasonlóképpen szinte minden országban törvényben, illetve miniszteri rendeletben vagy iránymutatásban határozzák meg. A legáltalánosabb kritérium a függőség diagnosztizálása és az alsó korhatár, de a korábbi sikertelen kábítószermentes kezeléseket is szokták feltételül szabni. Néhány ország törvényben szankcionálta a kezelés szabályainak megsértését, mások viszont ezt a kérdést meghagyták az egyes kezelési központok hatáskörében.

A törvények általában azt is meghatározzák, hogy ki írhat fel gyógyszert. Ez többnyire a kezelést végző központok orvosaira korlátozódik, de néhány országban bármelyik orvos, vagy bizonyos képesítéssel vagy akkreditációval rendelkező orvosok írhatnak fel. A gyakorlatban nemigen fordul elő, hogy a kezelési központokon kívül dolgozó orvosok kezdenék meg a helyettesítő kezelést ⁽²⁾. A maximális adagolást ritkán határozzák meg törvényben. A receptek másolásának megelőzése érdekében a legtöbb országban speciális receptnyomtatványokat használnak, de sok országban központi nyilvántartás is van, és néhány helyen külön igazolványt adnak ki. A gyógyszerek kiadására engedéllyel rendelkező helyek körét általában szintén jogszabály határozza meg, többnyire a gyógyszertárakra vagy a kezelési központokra szorítkozva, de néhány országban az orvosoknak is megengedik a gyógyszerkiadást. Az adagok hazavitelének rendszeréről pedig a legtöbb országban törvény vagy iránymutatás rendelkezik, vagy mindezek nélkül egyszerűen megengedik, helyenként viszont kifejezetten tiltják.

⁽¹⁾ Bővebb részletek: <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>.

⁽²⁾ Lásd a HSR-6. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

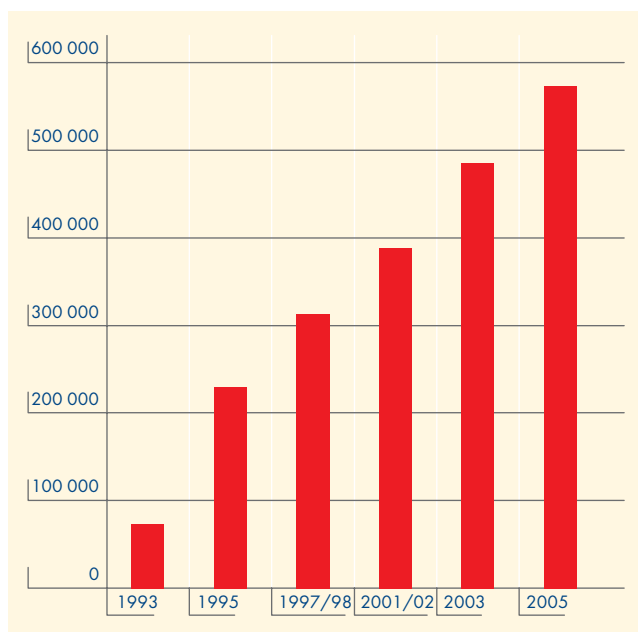
a közösségi orvosok részvétele még mindig korlátozott vagy jogi okokból, vagy az addikció kezelése iránti érdeklődés hiányából eredően ⁽²⁰⁾. A minőség-ellenőrzés kérdése is sok országban terítékre került, ami a szabályozás szigorítását, nagyobb képzési követelmények vagy magasabb szintű felügyelet és ellenőrzés bevezetését eredményezte ⁽²¹⁾.

⁽¹⁹⁾ Lásd: „A helyettesítő kezelés elrendelésének gyakorlata Európában”, 66. o.

⁽²⁰⁾ Lásd: „A helyettesítő kezelés jogi keretei” és <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>.

⁽²¹⁾ Lásd még a 67. oldalt.

2. ábra: Az opioidhelyettesítő kezelés becsült elérhetősége az EU-15 tagállamaiban, 1993–2005



Megjegyzés: További információért lásd a HSR-7 és HSR-8. táblázatot és a HSR-1. és HSR-5. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.
 Forrás: Nemzeti fókuszpontok és jelentések; a források részletes felsorolásáért lásd a HSR-5. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Az opioidfüggőség kezelését részletesebben a 6. fejezet tárgyalja.

Ártalomcsökkentési válaszok

A fertőző betegségek megelőzése és a kábítószerrel összefüggő halálos esetek számának csökkentése az EU kábítószerre adott válaszában központi célja, a jelenlegi cselekvési terv pedig az egészségügyi ártalmak megelőzése és visszaszorítása érdekében a szolgáltatások és létesítmények jobb elérhetőségét és hozzáférhetőségét tűzte ki célul.

Az Európai Bizottság 2007. áprilisban jelentést nyújtott be a Tanácsnak és az Európai Parlamentnek a kábítószer-függőséggel járó egészségügyi ártalmak megelőzéséről és csökkentéséről szóló, 2003. június 18-i tanácsi ajánlás végrehajtásáról⁽²²⁾. A jelentés megállapítja, hogy az ártalomcsökkentés valamennyi tagállamban nemzeti szinten rögzített közegészségügyi célkitűzés. A Bizottság jelentésének alátámasztásul összeállított háttér-dokumentáció átfogó képet ad az európai ártalomcsökkentési politikákról és beavatkozásokról. Alapjában elsősorban a politikai döntéshozók, a Reitox-szakértők és a helyi polgári szervezetek által közölt információk szolgáltak. A háttér-dokumentáció egy részletes országonkénti helyzetképet is tartalmaz⁽²³⁾.

A tanácsi ajánlás nyomán több ország is összehangolta politikáját az európai stratégiával, nagyobb hangsúlyt helyezve az ártalomcsökkentési szolgáltatások kibővítésére. Úgy tűnik, hogy az ajánlás az EU-hoz 2004-ben csatlakozott országok körében különösen nagy hatást ért el.

Társadalmi visszailleszkedés

A kétes lakáskörülmények, a rendszertelen foglalkoztatás és a börtönviselt múlt a társadalmi kirekesztés olyan mutatói, amelyek számos kábítószer-használó életére jellemzőek. Sok európai országban minden eddigénél magasabb azoknak a problémás kábítószer-használóknak a száma, akiket sikerül elérni, megtartani a kezelésben és kábítószer-helyettesítő kezelésnek alávetni, aminek következtében jelentősen megnőtt az igény a lakhatási, oktatási, foglalkoztatási és jogi segítségnyújtás iránt. Az ellátórendszerek ezért kénytelenek új válaszokat találni az új, gyakran többszörös igényekkel jelentkező kliéntípusokhoz. A társadalmi visszailleszkedés mára a kezelés hosszú távú sikerességének fontos meghatározójává vált.

A visszailleszkedés területe néhány országban kiemelt politikai figyelemben és beruházásokban részesül, és a kábítószer-fenntartó kezelésre vonatkozó szabályok sok országban előírják, hogy a kliensek számára szociális gondozási és reintegrációs szolgáltatásokat kell biztosítani. Az ír drogstratégia féлдős értékelése például javasolta a rehabilitáció bevezetését a stratégia ötödik pilléréként, Dániában pedig a foglalkoztatási és szociális minisztérium új programokat indított a sérülékeny csoportok számára („közös felelősség”). Ugyancsak itt kell megemlíteni a norvég kormány stratégiáját a hajléktalanság megelőzésére és leküzdésére, amely mérhető célokat tűzött ki, köztük a kilakoltatások csökkentését és az állandó lakáshoz jutás növelését, hogy az ideiglenes lakóhely legyen a kivétel. Szintén Norvégiában a szegénység elleni küzdelemre irányuló cselekvési terv része egy olyan támogatási rendszer, amelynek keretében 2006-ban 6,5 millió EUR-t osztottak szét a hajléktalanok, alkohol- és kábítószer-használók részére bentlakásos utókövető szolgáltatásokat nyújtó létesítményeknek. Görögország, Franciaország, Olaszország, Litvánia, Ausztria, Portugália és Szlovákia pedig részt vett a Bizottság EQUAL kezdeményezésében a foglalkoztatás és a társadalmi integráció területén⁽²⁴⁾.

Az EU is ösztönözte a „nyílt koordinációs módszer” (OMC) elnevezésű keret létrehozását, amelyen belül a tagállamok a politikai eszmecserék és a kölcsönös tanulás folyamata révén koordinálják a szegénység és a társadalmi kirekesztés elleni küzdelmet szolgáló politikáikat.

A reintegrációs intézkedések tükrözik az Európán belül eltérő nemzeti társadalmi-kulturális és gazdasági realitásokat, de a célkitűzések, célcsoportok és feltételek tekintetében is akadnak köztük különbözőségek. A kifejezetten

⁽²²⁾ A Tanács 2003. június 18-i ajánlása a kábítószer-függőséggel járó egészségügyi ártalmak megelőzéséről és csökkentéséről; *Hivatalos Lap L 165.*, 2003.0703., 31. o.

⁽²³⁾ Mindkét dokumentum megtalálható az interneten: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1.

⁽²⁴⁾ http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm

utagyerekeknek szóló társadalmi visszailleszkedési projekteket az országok közül például csak Bulgária és Románia említette meg.

A programok és intézkedések sok országban nem kifejezetten a kábítószer-használókat veszik célba, hanem az általában vett sérülékeny társadalmi csoportokat, végrehajtásuk pedig jellemzően helyi vagy regionális szinten történik. Így a vallón kormány által 2006-ban létrehozott „plans de prévention de proximité” (PPP) helyileg foglalkozik a szegénységgel és az addikcióval mint összefonódó kérdésekkel, Dániában pedig a szociális szolgáltatásokról szóló törvény arra kötelezi a települési önkormányzatokat, hogy valamennyi kábítószer-használóra kiterjedő szociális cselekvési tervet készítsenek. A lengyelországi helyi önkormányzatoknak szintén törvényi kötelességük a kábítószer-használók szociális reintegrálása, és Hollandiában a legtöbb új, a társadalmi visszailleszkedést segítő szolgáltatást a települési önkormányzatok indítják. Ezzel kapcsolatban végeztek még megemlíthető Németország, ahol a menedékről, az iskoláztatásról és a lakhatásról a szövetségi tartományok vagy a települések szintjén gondoskodnak, ugyanakkor a kábítószer-használók szakmai beilleszkedését a fogyatékkal élő személyeknek szóló szövetségi programok támogatják.

A lakhatási segítségnyújtás skáláján a sürgősségi nappali menedékhelyektől, az ifjúsági szállóktól és a rövid távú lakóotthonoktól a „félutas” lakásokig, a támogatott

lakhatásig és a lakásbérleti támogatásokig sok megoldás megtalálható. A támogatott lakhatás, illetve pénzügyi gazdálkodás területén folytatódik az új, innovatív módszerek keresése, hogy el lehessen kerülni a kliensek „bezárását” a szolgáltatóktól való tartós függőségbe. Dániában például a reintegrációs lakásokban élő kliensek részére lakhatási képzést biztosítanak, hogy jobban el tudják kerülni az eljövendő problémákat, ha saját lakásukról kell gondoskodniuk; az Egyesült Királyságban pedig a bevásárlás, főzés és a háztartási kassza kezelése területén adnak tanácsokat a klienseknek.

Miközben az új képzési lehetőségek kialakítása és az oktatáshoz való hozzáférés a beszámolók szerint sok országban általános, ezek a csoportok a fizetett munkahely megszerzésében nagyobb nehézségekbe ütköznek. Ez viszont a célcsoport számára különösen fontos lenne, mivel nemcsak gazdasági stabilitást nyújtana, de a munka révén önbecsüléshez, társadalmi státushoz és rendszeres életritmushoz is jutnának. A kliensek fizetett munkához juttatása terén az új módszerek között említendő a magánvállalkozásokkal közös partnerségek létrehozása, a mentori rendszerek, valamint a különböző ösztönzők, például a gyakornokok bééréhez adott támogatás vagy vállalkozásindítási hitelek biztosítása. A kábítószer-kezelési létesítmények sok országban saját társadalmi-gazdasági vállalkozást indítottak, ahol klienseik fizetett munkahelyhez jutnak. Más kezdeményezéseknél a foglalkoztatási helyzet javítására helyezik a hangsúlyt, és a személyek profilját,

Nemzeti kezelési eredményvizsgálatok

Három tagállam (Írország, Olaszország, Egyesült Királyság) végzett nemzeti kezelési eredményvizsgálatot annak érdekében, hogy a problémás kábítószer-használók közül kiválasztott kohorsz hosszabb távú nyomon követésével különböző kezelési módok és körülmények mellett vizsgálja meg a kezelések kimenetelét. A vizsgálatoknak fontos jellemzője volt, hogy a kezelési eredményeket a meglévő szolgáltatóknál, mindennapos klinikai körülmények között mérték fel. A vizsgált kezelési módok között általában szerepelt a metadonfenntartás, a metadoncsökkentés, a detoxikálás és a kábítószermentes beavatkozások, amilyen például a terápiás közösség és a tanácsadás. Az eredmények mérésére használt fontosabb változók közé tartozott a kábítószer-használat, a testi és lelki egészség, a kezelésben maradás és a bűnöző viselkedés.

Olaszországban a Vedette-vizsgálat (1998–2001) az ország állami kezelési központjaiban nyújtott kezelés hatékonyságát kívánta értékelni. A heroinhasználók körében a fő kimeneti változó a kezelésben maradás és a halandóság volt. Az Egyesült Királyságban eddig három kezelési eredményvizsgálatot indítottak. Az első az 1995 és 2000 között a Nemzeti Addikciós Központ által Angliában és Walesben végzett országos kezelési eredmény vizsgálat volt (NTORS). Ennek során a bentlakásos vagy közösségi kezelési programok kezelési eredményeit vizsgálták. Volt néhány pozitív megállapítás, például a tiltott kábítószer-használatról való tartózkodás magasabb aránya, a kábítószer-használat gyakoriságának csökkenése, a bűnözés visszaesése és a jobb egészségi állapot. Az ötéves időszak folyamán mért hosszabb távú eredmények

némelyike azonban kevésbé volt kielégítő – például a crack használatában elért korai javulás négy-öt év elteltével részben visszafordult, és sok kábítószer-használó kezdett el keményen inni (Gossop és mások, 2001).

Az NTORS vizsgálatot aktualizálja a manchesteri egyetemen végzett „drogkezelési eredmények kutatóvizsgálata” (DTORS). A 2006-ban kezdődött vizsgálat kezdetben 12 hónapig fogja nyomon követni a kábítószer-használókat Anglia egész területéről. Célja a kábítószer miatti kezelések hatásának értékelése az eredmények széles körének mérései alapján, középpontban annak elemzésével, hogy milyen kezelési utak vezetnek a legjobb eredményekhez a kábítószer-használók konkrét alcsoportjai esetében. Skóciában a glasgow-i egyetemen végzett, kábítószerügyi eredményesség kutatóvizsgálata (DORIS) 2001-ben kezdődött. Ez a vizsgálat a kábítószerügyi hivataloknál biztosított drogkezelő szolgáltatások hatékonyságát vizsgálja, a börtönökben nyújtott szolgáltatásokat is beleértve. A kábítószer-használókat legfeljebb 33 hónapig követték nyomon.

Írországban a maynooth-i ír állami egyetem által végzett kutató eredményvizsgálata (ROSIE) 2003-ban kezdődött, és a drogkezelések hatékonyságát a kezelésre felvett opioidhasználók nyomon követésén keresztül értékeltte egy hároméves időszakban, a megfigyelt változások dokumentálásával (Cox és mások, 2006). Az egyéves utókövetésnél a vizsgálat a kábítószer-használat és a bűnözői tevékenység jelentős csökkenését állapította meg, továbbá alacsony halálozási arányt talált és néhány pozitív fejlemény a résztvevők testi és lelki egészségügyi panaszai terén is volt.

elvárásait és készségeit próbálják jobban összeegyeztetni a munka világának valóságával. A bécsi állásbörze például a kliensek, a kábítószerügyi hivatalok és az állami foglalkoztatási szolgálatok között közvetít, és a munkahelyi sikerességi ráták növelése érdekében egyedi tanácsadást nyújt, de azoknak a klienseknek is segít megoldást találni, akik számára a munkahelyi reintegráció már nem járható út.

Különösen nagy kihívást jelent a súlyos szomatikus és mentális megbetegedésekkel küzdő, marginalizálódott, öregedő heroinhasználók csoportja. Belgiumban a pszichiátriai problémákkal küzdő kábítószer-használók gondozása a pszichiátriai klinikák vagy általános kórházak szerhasználatra szakosodott osztályain vagy más pszichiátriai gondozóközpontokban történik. Dánia arról számolt be, hogy a pszichiátriai problémákkal küzdő kábítószer-használókat pszichiátriai gondozóközpontokban gondozzák, és vannak alternatív gondozóotthonok is, amelyek szállást adnak az idősebb kábítószer-használóknak, akik a kábítószer-használat, a demencia vagy a problémás

viselkedés miatt nem tudják ellátni magukat. Hollandiában 2007-ben új törvényt fogadtak el a szociális támogatásról, amely a kábítószer-függőséget ugyanaz alá a szabályozás alá sorolja, mint a (más) krónikus pszichiátriai problémákat. Ugyanakkor egy nagy, 120 fős, pszichiátriai problémákkal küzdő, hajléktalan kábítószer-használó elhelyezésére alkalmas központi lakóotthon terve helyi szinten kifogásokba ütközött. A mentálhigiénés problémákkal élő személyek esetében a társadalmi visszailleszkedés folyamatának köztudottan fontos eleme a támogató hálózat és a kapcsolattartó személyek megtalálásához nyújtott szakszerű segítség.

Néhány országban (pl. Bulgária, Csehország, Görögország, Szlovénia) szervezett reintegrációs programokat csak a sikeresen teljesített, absztinencián alapuló drogelvonási kezelés utókövetése formájában biztosítanak, és a kábítószer-helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek számára egyelőre nem állnak rendelkezésre külön reintegrációs intézkedések.



3. fejezet

Kannabisz

Bevezetés: az európai kannabiszhasználatban tapasztalható változások

A kannabisz a legáltalánosabban használt tiltott kábítószer a világon, amely Európában az 1960-as évek óta (amikor használata a terjedőben lévő ifjúsági ellenkultúra szinonimájává vált) központi helyen szerepel a kábítószerrel folytatott vitákban. Bármennyire ismerős kábítószerrel van tehát szó, a kannabiszhasználat európai mintájának megértése bonyolult feladat. Az összkép egyik fontos eleme az európai piacon mára hozzáférhetővé vált kannabisztermékek sokfélesége. A kannabisz Európában történelmileg három fő formában fordul elő: kannabiszgyanta, kannabisznövény, illetve a ritkább kannabiszolaj formájában. A kábítószer megszokott alkalmazási módja sokak számára a dohánnyal kevert kannabiszgyanta elszívása, noha a világ más részein ez a használati minta viszonylag kevésbé általános. Miközben a kannabiszgyanta számára továbbra is Európa számít a domináns globális piacnak, a növényi kannabisztermékek is kezdenek egyre általánosabbá válni, és néhány piacon már ezek a meghatározóak. Az utóbbi években ez az összkép még bonyolultabbá vált az Európán belül előállított kannabisz növekvő hozzáférhetősége folytán. E termékeket egyes esetekben szabályozott körülmények között termesztik, és viszonylag erősek is lehetnek. Ez a fajta kannabisz saját maga is külön termékévé vált sok országban, ami tovább nehezíti a kannabiszfogyasztás változó mintáinak közegészségügyi hatásmérését.

Kínálat és elérhetőség

Termelés és kereskedelem

Mivel a kannabisz különféle közegekben termesztendő, és a világ sok részén szabadban is nő, nagyon nehéz meggyőző becsléseket készíteni a világszintű termelésről. Többéves felfelé ívelő tendenciát követően – figyelembe véve a kannabisztermelés növekvő változatosságáról szóló információkat – az UNODC a 2004-es 45 000 tonnáról 2005-ben 42 000 tonnára csökkentette a kannabisznövény globális termeléséről szóló becslését, ami főként a kannabisz kiirtására irányuló, fokozott erőfeszítések nyomán csökkenő észak-amerikai becsléseknek köszönhető. Aktuális becslések szerint az összes kannabisz körülbelül felét termelik az amerikai kontinenseken (46%), ezután következik Afrika (26%), majd pedig Ázsia (22%) (UNODC, 2007).

A lefoglalások és egyéb piaci adatok értelmezése

Egy ország kábítószer-lefoglalásait rendszerint a kábítószerkínálat és elérhetősége közvetett mutatójának szokás tartani, noha ezek a bűnüldözési erőforrásokat, prioritásokat és stratégiákat éppúgy tükrözhetik, mint a kereskedők sérülékenységét az országos és nemzetközi kínálatcsökkentési fellépésekkel szemben, vagy a beszámolási gyakorlatokat. A lefoglalt mennyiségeket tekintve éves szinten nagy ingadozások lehetnek, például olyankor, ha az egyik évre jut néhány nagyon nagy lefoglalás. A lefoglalások száma emiatt sokszor inkább a tendenciákat jelzi. A lefoglalások számának jelentős részét minden ország esetében a kis mennyiségű kiskereskedői (utcai) szintű lefoglalások teszik ki. A lefoglalt kábítószer származásából és célállomásából – amennyiben ismert – következtetni lehet a kereskedelmi útvonalakra és a termelői területekre. A legtöbb tagállam jelentésében a kábítószerkiskereskedelmi szinten mért árról és tisztaságáról/erősségéről is beszámol, az országok közötti pontos összehasonlítást azonban megnehezítik a különféle forrásokból származó, nem mindig összemérhető adatok.

Annak érdekében, hogy az európai kábítószer-lefoglalásokat tágabb összefüggésekben lehessen értelmezni, ebben a jelentésben a globális helyzetről is összefoglaló képet adunk. Az Egyesült Nemzetek Kábítószerügyi és Büntetőügyi Hivatala éves jelentést készített a nemzetközi kábítószerhelyzetről, így az itt közölt világszintű becslések fő forrásaként ezt a jelentést használtuk. Felhívjuk az olvasók figyelmét arra, hogy az ilyen fajta információ összeállítása nem egyszerű feladat, és a világ sok részén fejletlen információs rendszerek működnek. A közölt adatokat ezért a jelenleg elérhető információforrásokból készített, lehetőleg legjobb közelítéseknek kell tekinteni.

A kannabiszgyanta szempontjából változatlanul Marokkó a fő nemzetközi termelő, és bár a friss felmérések alapján a kannabiszszal beültetett terület 2004 és 2005 között nagyjából 40%-kal csökkent, becslések szerint még mindig ez az ország állítja elő az Európában elfogyasztott kannabiszgyanta mintegy 70%-át. A teljes beültetett területre vonatkozó becslések alapján Marokkó potenciális termelése 2005-ben 1066 tonnát volt, a marokkói kannabisz legnagyobb részét pedig az európai és észak-amerikai piacokra szánják (CND, 2007; UNODC és Marokkó kormánya, 2007). A kannabiszgyantát az Ibériai-félszigeten keresztül csempézik be Európába. Bár az európai piac szempontjából Marokkó messze a legnagyobb gyantatermelő, beszámolók szerint más országokból

(Moldova és India) származó gyantához is hozzá lehet jutni, különösen a közép-európai országokban.

Ha a kannabiszgyanta Európában viszonylag egységes termék is, ugyanez korántsem mondható el a növényi kannabiszról. A 2005-ben bejelentett lefoglalások származási helyei között Albánia, Hollandia, a volt Jugoszlávia országai, Angola és Dél-Afrika egyaránt megtalálható. Bár a kannabisznövény belföldi termelését nehéz szisztematikusan nyomon követni, 2005-ben a jelentéstevő országok fele tett róla említést. Az Európában termesztett kannabisz egy része szabad téren nő, és az importált kannabisznövénytől gyakorlatilag megkülönböztethetetlenek tekinthető. Úgy tűnik azonban, hogy az intenzív körülmények között termesztett, viszonylag nagy erősségű kannabisz sok országban kezd a piac fontos és potenciálisan növekvő részévé válni, a kannabisz otthoni termesztéséhez szükséges kellékek pedig az interneten, illetve egyes országokban erre specializálódott beszállítókon keresztül ma már széles körben elérhetők. Az a tény, hogy a kábítószernek ezt a formáját zárt helyiségekben, gyakran a megcélzott piac közvetlen közelségében termesztik, azt jelentheti, hogy ritkábban sikerül lefoglalni, és ezáltal a rendelkezésre álló adatokban is kevésbé mutatkozik meg.

Lefoglalások

2005-ben a kannabiszgyanta világszintű lefoglalásai összesen 1302 tonnát, a kannabisznövényei pedig 4644 tonnát tettek ki, ami a 2004-es számokhoz képest mindkét esetben csökkenést jelent. A lefoglalt kannabiszgyanta nagyobb része Nyugat- és Közép-Európában (70%) került elő, míg a kannabisznövényből lefoglalt mennyiségek elsősorban Észak-Amerikában (64%) koncentrálták (UNODC, 2007).

Európában 2005-ben a becslések szerint 303 000 alkalommal foglaltak le kannabiszgyantát, összesen 909 tonna mennyiségben⁽²⁵⁾; ezen belül az összes lefoglalás körülbelül feléért és a teljes lefoglalt mennyiség nagyjából háromnegyedéért Spanyolország felelt⁽²⁶⁾. A bejelentett gyantalefoglalások számának kismértékű emelkedése révén 2005-ben is folytatódott a 2000 óta észlelt, felfelé tartó tendencia. Ugyanez nem vonatkozik a lefoglalt gyanta mennyiségére, amely a 2000 és 2004 közötti növekedés után 2005-ben visszaesett.

A kannabiszgyanta és a kannabisznövény egymáshoz viszonyított helyzetét jól szemlélteti az a tény, hogy 2005-ben csak körülbelül feleannyi alkalommal (152 000) foglaltak le kannabisznövényt, és mennyisége (66 tonna) a gyantából lefoglalt mennyiség egytizedét sem érte el. A kannabisznövény lefoglalásainak száma Európában az elmúlt öt évben kitartóan emelkedett, ugyanakkor a lefoglalt mennyiséget tekintve kevésbé egyértelmű a kép: a mennyiségek 2001 és 2004 között észlelt csökkenése után 2005-ben mintha növekedés történt volna. E téren szükségszerűen csak előzetes következtetéseket tudunk

A személyes használatra szánt kannabisz jogállása

Bár a kannabiszszal szemben képviselt jogi hozzáállás tagállamonként különböző⁽¹⁾, Európa-szerte megfigyelhető egy általános tendencia, miszerint a kis mennyiségű, személyes használatra szánt kannabisz használata és birtoklása esetén – súlyosbító körülmények nélkül – a bűncselekmény miatti elítélés helyett inkább alternatív intézkedéseket dolgoznak ki. A kannabiszt most már gyakran vagy a törvényben, ügyészségi irányelvben, vagy a bírói gyakorlatban különböztetik meg a többi tiltott anyagtól. A legtöbb európai országban a fogva tartással járó büntetések helyett gyakoribbak lettek a bírságok, figyelmeztetések, a büntetés feltételes elengedése, a büntetés alóli felmentés és a tanácsadás. A tendenciára a közelmúlt számos különböző intézkedésében példát találhatunk: idetartozik a fogva tartással járó büntetések megszüntetése 2001-ben Luxemburgban és 2003-ban Belgiumban, illetve a fogva tartással járó büntetések mérséklése 2003-ban Görögországban és 2004-ben az Egyesült Királyságban. A rendőrségnek vagy az ügyészségnek szóló irányelveket adtak ki: Belgiumban 2003-ban és 2005-ben, Franciaországban 2005-ben, az Egyesült Királyságban 2004-ben és 2006-ban. Csehország 2006-ban majdnem külön kategóriákat hozott létre a nem gyógyszer jellegű kábítószerre, de a büntetőtörvénykönyv tervezetét ehhez nem kapcsolódó okok miatt elutasították. Európában a kannabiszszal összefüggő bejelentett bűncselekmények száma mindezek ellenére tovább emelkedik (lásd az 1. fejezetet).

A kannabiszkérdés továbbra is vitatott, a különböző közegészségügyi és büntetőjogi válaszok relatív költségeiről és hasznairól pedig kifejezetten megoszlanak a vélemények. Ezt az a tény is tükrözi, hogy nem minden intézkedés halad a büntetések enyhítése irányába, sőt, néhány országban szigorították is a büntetéseket, vagy most folyik a jelenlegi helyzet felülvizsgálata. Dániában az ügyészeket 2004-ben irányelvben szólították fel arra, hogy a figyelmeztetések helyett inkább bírságot szabjanak ki, Olaszországban pedig 2006-ban megszüntették a nem gyógyszer jellegű kábítószerrel közölte jogi különbségtételt, ezzel is akadályozva a „könnyű” és a „kemény” drogok közötti fogalmi különbségtételt. Más országok felülvizsgálják a kannabiszra adott jelenlegi válaszait: Hollandia például 2005-ben külön kannabisz-stratégiát adott ki, Németország pedig értékelést készített a kannabisz egyszerű birtoklásáért kiszabott büntetések végrehajtásáról.

A kannabiszpolitika továbbra is olyan kérdés, amely körül komoly viták és egymással ellentétes álláspontok alakulnak ki. Ez a közelmúltban készült Eurobarometer felmérés (2006) megállapításaiból is kiténik. Az európai polgárokat arról kérdezték, hogy egyetértenek-e azzal az állítással, miszerint a kannabisz személyes fogyasztását egész Európában legalizálni kellene. A megkérdezettek kicsit több mint kétharmada (68%) nem értett egyet az állítással, viszont körülbelül egynegyede (26%) egyetértett. Bár a mintán belül változó volt az aránya, akik helyeselték a tilalom fenntartását, minden országban ez volt a többségi álláspont.

(1) A téma részletesebb tárgyalását lásd az ELDD áttekintésében: <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nodeid=5036>.

(25) Az e rész alapjául szolgáló adatok az európai kábítószer-lefoglalásokról megtalálhatók a SZR-1., SZR-2., SZR-3. és SZR-4. táblázatban a 2007. évi statisztikai közlönyben.

(26) Ezt majd össze kell vetni a hiányzó 2005-ös adatokkal, amikor már rendelkezésre állnak. A becslések céljából a hiányzó 2005-ös adatokat a 2004-esekkel helyettesítették.

levonni, mivel a növényi kannabisz lefoglalásainak számát és mennyiségét tekintve egyaránt az élen álló Egyesült Királyság 2005-ről még nem közölt adatokat.

2005-ben az Európában történt, 13 500-ra becsült lefoglalás körülbelül 24 millió kannabisznövény (legnagyobb részben törökországi), illetve 13,6 tonnányi kannabisznövény (legnagyobb részben spanyolországi) lefoglalásához vezetett. A kannabisznövények európai lefoglalásainak száma összességében 2000 óta folyamatosan emelkedő tendenciát mutat. Az EU tagállamait tekintve a lefoglalt kannabisznövények száma 2001-ben tetőzött, majd 2003-ban ismét növekedett, miközben Törökországban a 2001–03 közötti növekedést követően a lefoglalt kannabisznövények száma 2004-ben csökkent, 2005-ben pedig újból nőtt.

Ár és erősség

A kannabiszgyanta és a kannabisznövény átlagos vagy jellemző kiskereskedelmi ára 2005-ben országonként és országokon belül is változó volt. Az országok többsége a kannabisztermékek esetében 4–10 euró közötti grammonkénti árról számolt be⁽²⁷⁾. A bejelentett átlagos vagy jellemző árak ugyanakkor mindkét fajta kannabisz esetében a grammonkénti 2 euró és a 15 euró fölötti ár között mozogtak. A kannabiszgyantának az infláció mértékének megfelelően kiigazított átlagos ára a 2000–05 közötti időszak során valamennyi jelentéstevő országban csökkent, kivéve Lengyelországot, ahol az árszint változatlan maradt. A kannabisznövénynek az infláció mértékének megfelelően kiigazított átlagos ára ugyanebben az időszakban ugyancsak csökkent vagy stabil maradt az összes jelentéstevő országban, Szlovénia kivételével⁽²⁸⁾.

A kannabisztermékek erősségét az elsődleges hatóanyag, a Δ^9 -tetrahidrokannabinol (THC) tartalma határozza meg (EMCDDA, 2004). 2005-ben a jelentések szerint a kannabiszgyanta átlagos vagy jellemző THC-tartalma kiskereskedelmi szinten kevesebb, mint 1% és 17% között mozgott. A változatosság ilyen nagy foka elég nehezen magyarázható, tekintettel az európai gyanta nagy részének közös forrására. A kannabisznövény erőssége az 1%-nál kevesebb és a 15%-ot valamivel meghaladó érték közötti tartományban volt. A rendelkezésre álló adatokban nem lehet megkülönböztetni a belföldön termelt és az importált kannabisznövényt; mindazonáltal Hollandia 17,7%-ra tudta becsülni a helyben előállított kannabisznövény erősségét⁽²⁹⁾.

A kannabiszhasználat előfordulása és mintái

Az általános népesség körében

A legfrissebb felmérési adatok megerősítik az eddig kialakult képet, miszerint Európában a kannabisz a leggyakrabban használt tiltott anyag. A kábítószer használata az 1990-es

Felmérések – fontos eszköz az európai kábítószer-használat mintáinak és tendenciáinak megismeréséhez

Az általános népességben vagy az iskolai populációban előforduló kábítószer-használatot felmérések segítségével értékeljük, amelyek becsléseket adnak azoknak az embereknek az arányára nézve, akik meghatározott időszakon belül – életük folyamán, az elmúlt évben vagy az elmúlt hónapban – bevallottan használtak kábítószer.

Az EMCDDA a nemzeti szakértőkkel együttműködve kidolgozta a felnőttek felméréseiben használható közös alapelemek sorát („Európai mintakérdőív”, EMQ), és ezt a legtöbb EU-tagállamban be is vezették. Az EMQ-ra vonatkozóan a „Kézikönyv a kábítószer-használatról az általános népességben” (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>) ad részletes tájékoztatást. Az országok között a módszertant és az adatgyűjtés évét tekintve azonban még mindig vannak különbségek, ezért az országok közötti kis különbségek értelmezésekor óvatosan kell eljárni⁽¹⁾.

Mivel a felmérések sokba kerülnek, éves adatgyűjtést kevés ország végez. Ebben a jelentésben a közölt adatok mindig a legfrissebb rendelkezésre álló felmérésen alapulnak, amely többnyire valamikor 2003 és 2006 között készült.

A felmérési adatok bemutatásához a kábítószer-használat időbeli előfordulását általában háromféleképpen mérik. A legtagabb a kipróbálás avagy életprevalencia. Ezt általában a nagyon fiatal csoportokról, például iskoláskorú gyermekekről szóló jelentésekben használják, mivel a felnőttek körében fennálló helyzetet nem teljesen tükrözi, bár a használati és megjelenési mintákba betekintést adhat. Ebben a jelentésben a hangsúly az elmúlt évi és az elmúlt havi használatról szóló beszámolókon van, mivel ezek mérése jobban visszaadja a jelenlegi helyzetet, és az utóbbi gyakran használják a rendszeres használat megközelítő mérésére. Fontos a rendszeres használók vagy a kábítószer-használat során problémákat tapasztaló személyek világos meghatározása, és ezen a téren sikerült is némi előrehaladást elérni a használat intenzívebb formáinak mérésére szolgáló skálák kidolgozásával, amelyeket lehetőség szerint szerepeltetünk (lásd a pszichometriai skálák kidolgozásáról szóló rovatot, p. 42).

(1) Az EMCDDA standard kortartományai: az összes felnőtt (15–64 évesek) és a fiatal felnőttek (15–34 évesek). Néhány ország esetében az adatok ettől valamelyest eltérő kortartományokra vonatkozhatnak (pl. 16–64, 18–64, 16–59 évesek). A lakossági felmérések módszertanára és az egyes országos felmérésekben alkalmazott módszertanra vonatkozó bővebb információért lásd a 2007. évi statisztikai közlönyt.

évek során gyakorlatilag minden országban nőtt, különösen a fiatalok körében. A frissebb adatok némelyike azonban azt sugallja, hogy a növekvő tendencia kezd megállapodni, bár történelmi szempontból magas szinten. Fontos másodlagos kérdés még a tendenciák feltérképezése a kábítószer intenzív, hosszú ideig használók körében.

(27) Lásd a PPP-1. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

(28) 19 ország esetében készült elemzés mind a kannabiszgyanta, mind a kannabisznövény árára vonatkozó adatokról (ahol az adatok legalább három egymást követő évben rendelkezésre álltak).

(29) A kannabisz erősségéről szóló adatok megtalálhatók a PPP-2. és PPP-5. táblázatban a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Erre vonatkozóan nem túl jók az adatok, de vannak olyan aggályok, hogy a fiatalok körében több az ilyen kannabiszhasználó, és ez a tény részben tükröződhet is a kannabisz miatti kezelési igények egyes országokban megfigyelhető növekedésében.

Konzervatív becslések szerint az európai felnőttek közül már több mint 70 millióan használtak kannabiszt életükben legalább egyszer (életprevalencia), ami átlagban véve az összes 15–64 év közötti lakos közel egynegyedét (22%) jelenti ⁽³⁰⁾. Az országos adatok 2% és 37% között mozognak, ezen belül Bulgáriában, Máltán és Romániában a legalacsonyabbak, és Dániában (36,5%), Franciaországban (30,6%), az Egyesült Királyságban (29,8%) és Olaszországban (29,3%) a legmagasabbak ⁽³¹⁾. A széles skála ellenére az információkat közlő 26 európai ország közül 12 a 10–25% közötti tartományba eső életprevalenciáról számolt be ⁽³²⁾.

Ha az egész élet helyett csak az elmúlt évet tekintjük, a bevallott kannabiszhasználat szintje csökkent, de még így is tekintélyes maradt. A becslések szerint az elmúlt évben több mint 23 millió európai felnőtt használt kannabiszt, ami a 15–64 évesek átlag 7%-ának felel meg. Az országos adatok 1% és 11,2% között vannak, a legalacsonyabb előfordulást Bulgáriából, Görögországból és Máltáról jelentették, a legmagasabb értékeket pedig Olaszországból (11,2%), Spanyolországból (11,2%), Csehországból (9,3%) és az Egyesült Királyságból (8,7%). Újfént igaz, hogy a széles skála ellenére az információkat közlő 25 ország közül 13 a 4% és 9% közötti tartományba eső becsült múlt évi előfordulásról számolt be (3. ábra).

Az előző havi használat előfordulásának becslései a rendszeresebb kannabiszhasználókat tartalmazzák, bár ez nem jelent feltétlenül intenzív használatot. A becslések szerint 13,4 millió európai felnőtt, azaz a teljes 15–64 év közötti lakosság átlagosan kb. 4%-a használta a kábítószerrel a megelőző hónapban. Az országos adatok 0,5% és 8,7% között változnak. A legalacsonyabb számokat Bulgáriából, Máltáról, Litvániából és Svédországból, a legmagasabbakat pedig Spanyolországból (8,7%), Olaszországból (5,8%), az Egyesült Királyságból (5,2%) és Franciaországból (4,8%) jelentették. Az információkat közlő 26 ország közül 13 számadatai tartoztak a 2–6% közötti tartományba ⁽³³⁾.

Kannabiszhasználat a fiatal felnőttek körében

A kannabiszhasználat a fiatalok körében aránytalanul magas: a vizsgált országtól függően az európai fiatalok (15–34 évesek) 3–49,5%-a nyilatkozott úgy, hogy próbálta már a kannabiszt, 3–20%-a számolt be az elmúlt egy évben történt használatáról, 1,5–15,5%-uk

pedig az elmúlt havi használatról. A kipróbálást tekintve a legmagasabb számokat Dániából, Franciaországból, az Egyesült Királyságból és Spanyolországból jelentették, az elmúlt évi használat szintje pedig Spanyolországban, Csehországban, Franciaországban és Olaszországban volt a legmagasabb. A fiatal felnőttek átlagosan 30%-a számolt be a kipróbálásról, 13%-a az elmúlt évi és több mint 7%-a az elmúlt havi használatról. Összehasonlításképpen: a 35–64 éves felnőttek körében az elmúlt évi és az elmúlt havi használat aránya becslések szerint 3%, illetve 1,6% volt ⁽³⁴⁾.

Ha a figyelmet a 15–24 éves korcsoportba tartozó fiatalokra korlátozzuk, a kipróbálási szintű használat becslései 3–44% között mozognak (a legtöbb országból a 20–40% közötti tartományba eső értékeket jelentettek), 4%-tól 28%-ig terjedő elmúlt évi használat (a legtöbb országban 10–25%), illetve 1% és 19% közötti múlt havi használat (a legtöbb országban 5–12%). A korcsoportba tartozó férfiak körében a becsült előfordulás ennél is magasabb. A fiatal férfiak 11–51%-a számolt be a kipróbálásról (a legtöbb országban 25–45%), 5–35%-a az elmúlt évi használatról (a legtöbb országban 15–30%) és 1,7–23,7%-a az elmúlt havi használatról (a legtöbb országban 6–20%) ⁽³⁵⁾.

A kannabiszhasználat mintái

Amint a fentiekben említettük, a kannabisz használata, a tiltott kábítószeres többségéhez hasonlóan, lényegesen gyakoribb a fiatalok körében, bár még ezen belül is jelentős országonkénti különbségeket tapasztalhatunk. Emellett a használat aránya a férfiaknál sokkal magasabb, mint a nőknél, de ez a különbség a fiatalok esetében már egyre kevésbé hangsúlyos. Általában véve a férfi/nő arány a használatról készült friss felmérések közül többen is emelkedett, ugyanakkor ezen a téren is számottevő országonkénti különbségeket lehet megfigyelni: az elmúlt havi kannabiszhasználatban a nemek aránya az olaszországi 1,5 és a litvániában mért 1,14 között mozgott (lásd a nemekről és a kábítószeresekről szóló 2006-os kiválasztott témakört).

A kannabiszhasználat sokaknál egy rövid kísérletező időszak után véget is ér, a használati ráták pedig az egyének életkorának növekedésével általában csökkennek. Mindazonáltal a kannabiszhasználók karrierjét nem könnyű nyomon követni a rendelkezésre álló adatokban, illetve azonosítani az idő múlásával a fogyasztási mintákban bekövetkezett változásokat. A kérdésbe némi betekintést adhat, ha a bevallott kipróbálási szintet összevetjük a fogyasztásról készült aktuálisabb felmérésekkel. Ez az elemzés azt mutatja, hogy azok közül a felnőttek közül (15–64 évesek), akik már kipróbálták a kannabiszt, 32% használta az elmúlt év során, és 18% az elmúlt hónapban.

⁽³⁰⁾ Az átlagos arányt az országos előfordulási rátáknak az egyes országok megfelelő korcsoportba tartozó populációjára szerinte súlyozott átlagaként számították ki. A teljes számokat az egyes országok érintett populációjának körében mért előfordulás beszorzásával kapták meg, az információval nem rendelkező országok esetében pedig az átlagos előfordulást számították be. Az itt szereplő számok valószínűleg a minimumot jelentik, mivel feltételezhető a valószínűleg valamivel alacsonyabb mértékű bevallás.

⁽³¹⁾ Az Egyesült Királyság ebben a szövegben szereplő számadatai gyakorlati okokból a 2006-os brit bűnügyi felmérésen alapulnak (Anglia és Wales). Ezt egészítik ki a Skócia és Észak-Írország vonatkozó becslések, illetve az Egyesült Királyságra vonatkozó kombinált becslés (amelyet a 2007. évi statisztikai közlöny is bemutat).

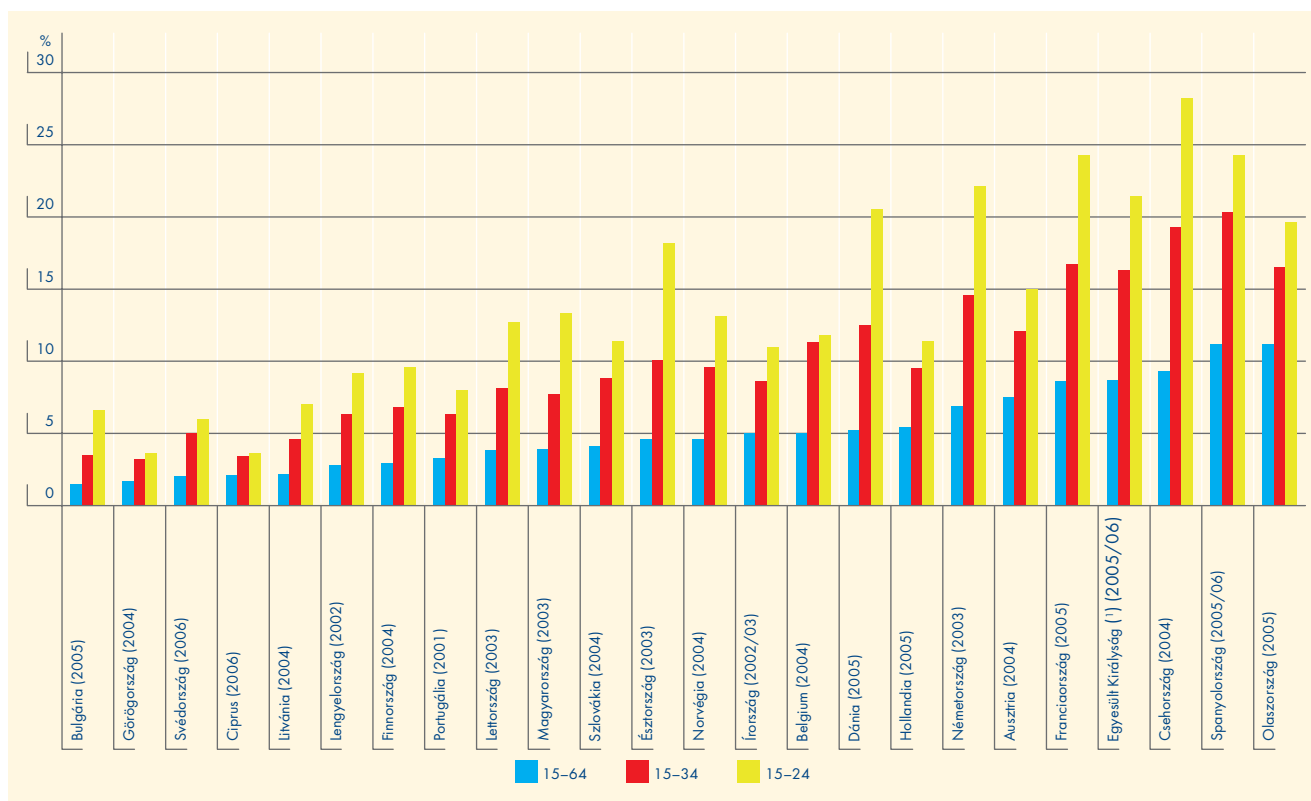
⁽³²⁾ Lásd a GPS-8. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽³³⁾ Lásd a GPS-12. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽³⁴⁾ Lásd a GPS-9., GPS-11. és GPS-13. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽³⁵⁾ Lásd a GPS-17., GPS-18 és GPS-19. táblázatot és a GPS-1., GPS-3., GPS-7 és GPS-12. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

3. ábra: A kannabiszhasználat elmúlt évi előfordulása az összes felnőtt (15–64 évesek) és a fiatal felnőttek (15–34 és 15–24 évesek) körében



(¹) Anglia és Wales.

Megjegyzés: Az adatok a bejelentés idején az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származnak. Az országok sorrendje az átfogó (összes felnőtt) előfordulást tükrözi. További információért lásd a GPS-10., GPS-11. és GPS-18. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox-országjelentések (2006), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

Ezek az arányok, az ún. „folytatási arányok” országonként igen változóak, mivel alakulásukat számos tényező befolyásolja, köztük a kannabiszhasználat történelmi fejlődése az adott országban, valamint az új esetek száma. A rendszeres, hosszú távú fogyasztási minták felé továbblépő kannabiszhasználók arányának megismerése mindazonáltal valószínűleg fontos lenne az anyag használatában rejlő potenciális közegészségügyi kockázat megértéséhez. A kábítószer rendszeresen vagy intenzíven használók számának esetleges növekedésével kapcsolatos aggályok ellenére (³⁶) az alapos vizsgálathoz jelenleg csak nagyon kevés információ áll rendelkezésre erről a kérdéstről. Az EMCDDA több tagállammal szoros együttműködésben most dolgozza ki a kérdés jobb módszertani megközelítését. Az EMCDDA 2004-es, korlátozott adatokon alapuló durva becslése szerint az európai felnőttek körülbelül 1%-a, azaz nagyjából 3 millió ember lehet „napi vagy közel napi

szintű” kannabiszhasználó. A tervek szerint ezt a becslést a közeljövőben aktualizálják. Több országból jelentették a rendszeres vagy intenzív kannabiszhasználat növekedését, de csak Spanyolország között összehasonlítható adatokat a „napi használatról” (³⁷), amely az 1997-es 0,7%-ról 2006-ra 2%-ra nőtt.

Ezen a területen a másik fontos információs szükséglet a használat abbahagyásához köthető tényezők jobb megismerése lenne. Amint a fentiekben már említettük, akik elkezdik használni a kannabiszt, többnyire egy idő után abba is hagyják. Az abbahagyáshoz kapcsolódó tényezők megismerése nyilvánvalóan fontos az erre a területre irányuló beavatkozások megtervezéséhez. Valamennyi információ már van erről a területről: a 2005-ös francia lakossági felmérés például megállapította, hogy azok között, akik valamikor már használtak kannabiszt, de az elmúlt évben

(³⁶) Az „intenzív kannabiszhasználatnak” egyelőre nincs általánosan elfogadott definíciója. Annyit mindenesetre kijelenthetünk, hogy ez az összefoglaló kifejezés a kannabisz bizonyos gyakorisági küszöböt meghaladó használatát jelöli. Nem szükségszerűen feltételezi a „függőség/visszaélés” vagy más problémák fennállását, de úgy vélik, hogy fokozza a negatív következmények, köztük a függőség kockázatát. Az ebben a fejezetben szereplő számadatok a „mindennapos vagy közel mindennapos” használatra vonatkoznak (definíció szerint az elmúlt 30 napból 20 vagy annál több napon történt használat). Ezt a fajta, az európai mintakérdőívben eredeztethető behatárolást gyakran használják a tanulmányokban. A folyamatban lévő (országos és EMCDDA) módszertani tanulmányok meg fogják könnyíteni az intenzív/gyakori használat és a problémák közötti összefüggés jobb megismerését (lásd a pszichometriai skálák kidolgozásáról szóló rovatot, 42. o.).

(³⁷) 1997 (0,7%), 1999 (0,8%), 2001 (1,5%), 2003 (1,5%), 2005/06 (2%). Ez a mérés (az elmúlt 30 napból 30 napon történt használat) eltér a „napi vagy közel napi” használat korábban alkalmazott mérésétől (az elmúlt 30 napból 20 vagy annál több napon történt használat), amely magasabb becsléseket eredményez. Franciaországban „rendszeres fogyasztónak” definíció szerint az minősül, aki az elmúlt 30 napon 10 vagy több alkalommal használta a kábítószer (a felnőtt férfiak 4,3%-a, a felnőtt nők 1,3%-a). Az Egyesült Királyságban „gyakori használatnak” a havi egynél több használat minősül az elmúlt év során, ami nem összevethető az ebben a szakaszban használt mértékegységekkel.

Pszichometriai skálák kidolgozása az intenzív, függő és problémás kábítószerhasználók azonosítására a felmérési adatokban

A kábítószer-használatról szóló, felmérésekből kapott leírások a különböző időintervallumokon belüli, saját bevallás szerinti viselkedésen alapulnak. A napi szintű használatot korábban nem mérték rendszeresen, részben azért, mert a kábítószerhasználat előfordulása a legtöbb országban alacsony volt. Ugyanakkor, ha a figyelmünket az elmúlt havi használatra korlátozzuk, ez nem teszi lehetővé az intenzív használók számának pontos becslését. Mivel azonban a kábítószerhasználat Európa-szerte nőtt, és a kábítószerproblémák is egyre több aggodalomra adnak okot, ezt a hozzáállást felül kellett vizsgálni. Ma már valójában majdnem mindegyik EU-ország gyűjt adatokat arról, hogy a megkérdezett az interjú megelőző egy hónapban hány napon használta a kábítószer. Ezen információk alapján úgy becsülhető, hogy a kábítószer körülbelül 3 millióan használják naponta vagy majdnem minden nap.

Az EMCDDA a nemzeti szakértőkkel közösen dolgozik azon, hogy az ilyen fajta intenzív használat jobban megjelenjen a lakossági felmérések adataiban. Ez azonban még mindig csak egy pontatlan eszköz annak mérésére, hogy a kábítószerhasználat miatt kik szenvednek problémáktól vagy függőségtől. Ez az információ elengedhetetlen a kábítószerfogyasztás közegészségügyi hatásának megértéséhez, és aktuálisan az EMCDDA szakértői felmérési csoportja számára is kulcsfontosságú kérdés.

A problémákkal szembesülő személyek jobb felismerése érdekében a lakossági felmérésekben használható, a „kábítószer-használat intenzív formáinak” megfigyeléséhez szükséges módszertani és fogalmi keret fejlesztésén most dolgoznak. Néhány ország már elkezdte mérni a „függőséget” vagy a „problémás kábítószerhasználatot” az általános népességben. Úttörő jelentőségű projektek vannak folyamatban Franciaországban, Németországban, Hollandiában, Lengyelországban, Portugáliában, az Egyesült Királyságban és legújabban Spanyolországban is.

A munka fontosságát jól példázzák a kísérleti CAST-skálát (kábítószerrel való visszaélés szűrővizsgálata) tartalmazó, 2005-ös francia felmérésből származó tapasztalatok, amelyek előzetes elemzése szerint az elmúlt évi kábítószerhasználók körében 16%-ra, a napi szintű használók között pedig 58%-ra tehető azok aránya, akiket a problémás használat fenyeget.

nem, a többség (80%) számára a kábítószer mellőzésének fő oka az volt, hogy egyszerűen már nem érdekelték őket a kábítószeres – annak ellenére, hogy a legtöbb felnőtt (közel 60%) úgy vélekedett, hogy a kábítószerhez könnyen hozzá tudna jutni, ha akarna.

A kábítószerhasználat tendenciái a felnőttek körében

A kábítószer-használat tendenciáinak nyomán követését Európában megnehezíti, hogy nincsenek megbízható idősoros adatok. Az 1990-es évektől kezdve azonban az országok egyre nagyobb számban indítottak el felméréseket,

és ezek némelyike mára értékes bepillantást ad az időbeli tendenciákba.

A felmérésekből kapott idősorok rávilágíthatnak a kábítószerhasználat európai alakulására. Ezekből megállapítható, hogy az országok között jelentős időbeli különbségek vannak, és a kábítószer használatát tekintve a népszerűség több hullámát lehetett megfigyelni azóta, hogy az 1960-as években népszerűvé vált (38). Ennek egyik példaként említhetjük a svédországi adatokat (2005-ös Reitox-országjelentés), ahol az 1970-es években a sorkatonák és a diákok körében viszonylag magas kipróbálási szintről számoltak be, amit az 1980-as években jelentős visszaesés követett, majd az 1990-es évek folyamán történt újabb fellendülés nyomán a hetvenes évekhez hasonló szintet érték el, az utóbbi években pedig újabb komoly visszaesés következett be. A finn adatokban hasonló folyamatok figyelhetők meg, a kábítószer-használat nagyarányú, hullámszerű térnyerésével, először az 1960-as, majd az 1990-es években.

A felmérések tényanyagából megállapítható, hogy a kábítószerhasználat az 1990-es években az EU szinte minden országában jelentősen nőtt. Ez a növekedés sok országban egészen a közelmúltig folytatódott, bár néhány országban ma már a stabilizálódás jelei mutatkoznak, különösen a magas előfordulási arányokkal rendelkezőnek tekinthető csoportok körében. Példa erre az Egyesült Királyság, amely a kábítószer-használati tendenciák tekintetében gyakran az „előfutár” szerepében jelenik meg. Az 1990-es évek elején az Egyesült Királyság kiemelkedően magas előfordulási arányokkal rendelkezett, és a mérések többségében ez az ország számolt be a legmagasabb előfordulási rátákról Európában. A fiatal felnőttek (16–34 évesek) körében mért elmúlt évi előfordulás szintje azonban 1998-tól kezdve stabilizálódott, 2003 és 2006 között pedig már csökkent is (20,0%-ról 16,3%-ra). Érdekes módon a legfiatalabb korcsoportban (16–24 évesek) 1998-tól kezdve egyenesen csökkenést figyeltek meg, ami azt jelzi, hogy a kábítószerhasználat a fiatalok körében veszített a népszerűségéből (39).

A kitarító növekedés időszaka után az utóbbi években (2002, 2003, illetve 2005) a kábítószerhasználat mértéke Franciaországban, Spanyolországban és Olaszországban is kezdte megközelíteni az Egyesült Királyságban mért előfordulási szinteket. Ugyanakkor itt is mutatkoznak a helyzet stabilizálódására utaló jelek: Franciaország 2005-ben a használat csökkenéséről számolt be, és bár Spanyolország 2006-ig enyhe növekedést jelentett, a legfrissebb adatokban bizonyos jelek összességében arra utalnak, hogy a tendencia kezd kiegyenlítődni. Csehországban, ahol magasak az előfordulási arányok, a rendelkezésre álló adatokon belül nehéz értékelni a tendenciákat, a fiatal felnőttekre vonatkozó adatok viszont azt jelzik, hogy az előfordulási szintek talán valamelyest csökkentek.

A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében mért elmúlt évi előfordulást tekintve közepes vagy alacsony értékeket mutató országok közül Dánia és Hollandia legfrissebb adatai enyhe

(38) Lásd még a 4. ábrát a 2004-es éves jelentésben.

(39) Lásd a GPS-10. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

csökkenést mutatnak, Észtorszában, Németországban, Magyarországon, Szlovákiában és Norvégiában ezzel szemben a használat szintje még mindig növekedni látszik ⁽⁴⁰⁾. A növekedések többsége azonban kismértékű, és a frissebb becslésekben általában kevésbé kifejezett.

Finnország és Svédország továbbra is az alacsony kannabiszhasználati szintekről beszámoló országok közé tartozik, és az előfordulási arányok növekedése ellenére sem tűnik úgy, hogy megközelítené a magas előfordulási arányokkal rendelkező országokat. Svédországban a fiatal felnőttek körében mért elmúlt évi előfordulás terén 2000 és 2004 között megfigyelt növekedés (1,3%-ról 5,3%-ra) ugyan nem csekély, mégis nehezen értelmezhető, mivel a felmérés lebonyolításában módszertani változások történtek, a 2004-es, 2005-ös és 2006-os felmérések becsült előfordulási adatai pedig stabil helyzetet mutatnak.

A diákok körében

A kannabiszhasználat mintáiba és tendenciáiba hasznos betekintést adhatnak ezenkívül az iskolai felmérések adatai is, amelyek alapján a kannabiszhasználat szintje sok EU-s országban emelkedett az 1990-es évek végén és a 2000-es évek elején.

Az iskolai felmérések adataiból kirajzolódó kép összességében a felnőtt felmérések megállapításait tükrözi. A kannabiszhasználat kipróbálási szintű előfordulásának legmagasabb arányait a 15–16 éves diákok körében Európán belül Belgium, Csehország, Írország, Spanyolország, Franciaország és az Egyesült Királyság 30% és 44% közötti arányokról számolt be, Németországból, Olaszországból, Hollandiából, Szlovéniából és Szlovákiából pedig 25% fölötti arányokat jelentettek. Ezzel szemben Görögország, Ciprus, Románia, Svédország, Törökország és Norvégia kivétel nélkül 10% alatti kipróbálási szintű, becsült előfordulásról számolt be.

A felmérés első három fordulójából (1996–2003) származó ESPAD-adatok (*Európai iskolai projekt az alkohollal és más kábítószerrel kapcsolatosan*) elemzése jelentős földrajzi különbségeket tárt fel a kannabiszhasználat kipróbálási szintű előfordulásában a 15–16 éves diákok körében. Az országok földrajzilag három csoportba sorolhatók. Írországban és az Egyesült Királyságban, ahol a kannabiszhasználat hosszú múltra tekint vissza, a kipróbálási szintű előfordulás magas, de az elmúlt évtizedben stabil maradt. A kelet- és közép-európai tagállamokban, illetve Dániában, Spanyolországban, Franciaországban, Olaszországban és Portugáliában a kannabiszhasználat kipróbálási szintű előfordulása 1995 és 2003 között jelentősen emelkedett. A tagállamok harmadik csoportjában (északon Finnország és Svédország, délen Görögország, Ciprus és Málta), valamint Norvégiában a diákok körében becsült kipróbálási szintű előfordulás viszonylag alacsony szinten maradt (kb. 10%

vagy ez alatt). Az ESPAD-vizsgálat következő fordulójából származó adatok jövőre várhatók.

2005-ben csak négy ország (Olaszország, Lengyelország, Svédország, Egyesült Királyság) közölt országos iskolai felmérésekből származó új adatokat, Belgium pedig a flandriai régióban készített felmérésről számolt be. Svédországban a helyzet stabilnak tűnt, a másik négy felmérés enyhe visszaeséseket állapított meg.

Kannabisz: a gyógykezelési igényekkel kapcsolatos adatok ⁽⁴¹⁾

A gyógykezelés iránti igény átfogó mintái

A 2005-ben bejelentett körülbelül 326 000 gyógykezelési igény közül (21 országból állnak rendelkezésre adatok) a kannabiszt az esetek kb. 20%-ában nevezték meg a kezelés megkezdésének első számú okaként, amivel a heroin után a második leggyakrabban megnevezett kábítószer. Az elsődleges kannabiszhasználat miatti kezelés iránt a legnagyobb igény rendszerint a járóbeteg-ellátásban jelentkezik ⁽⁴²⁾.

A kábítószer-klinikák klienseiről gyakran közlik, hogy a kezelésre okot adó elsődleges kábítószer mellett még más kábítószereket is problémásan használnak. Ez a kannabiszhasználóknál ritkábban fordul elő: ezek a kliensek a jelentések szerint leggyakrabban csak egy anyagot (kannabiszt) használnak. Vannak azért néhányan, akik más kábítószerekkel, leggyakrabban alkohollal (37%) és amfetaminokkal vagy ecstasyval (28%) együtt is használják a kannabiszt. A jelentések szerint a kezelt személyek az alkohol (38%) után második helyen a kannabiszt említik a leggyakrabban másodlagos anyagként ⁽⁴³⁾.

A gyógykezelés iránti igény növekedése

A kábítószer-elvonó kezelés iránti, körülbelül 130 000 új igényből a kannabiszhasználó kliensek a kezelésre újonnan jelentkező összes kliens 29%-át képviselték, ezzel szorosan felzárkózva a heroin miatti új kezelési igények arányához (35%; 22 országból vannak adatok) ⁽⁴⁴⁾. Bár az adatok elérhetőségével kapcsolatos problémák következtében nehéz pontos megállapításokat tenni a tendenciákról, a kannabisz miatti kezelési igények terén a fő tendenciák felismerhetők. A bejelentett kannabisz miatti összes és az új kezelési igények száma 1999 és 2005 között hozzávetőleg megháromszorozódott. Ugyanakkor a felfelé ívelő tendencia a legfrissebb adatok szerint stabilizálódni látszik. Az új kliensek között az elsődleges kannabiszhasználat miatt kezelést kérők bejelentett aránya (Litvánia kivételével) minden országban magasabb, mint ugyanez az arány az összes kliens körében ⁽⁴⁵⁾.

⁽⁴⁰⁾ Lásd a GPS-4. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴¹⁾ Az általános megoszlás és a tendenciák elemzése az összes kezelési központban kezelésre jelentkező kliensek adatain alapul. A kliensek profiljának és a kábítószer-használati mintának az elemzése főként a járóbeteg-gondozó központok adatain alapul.

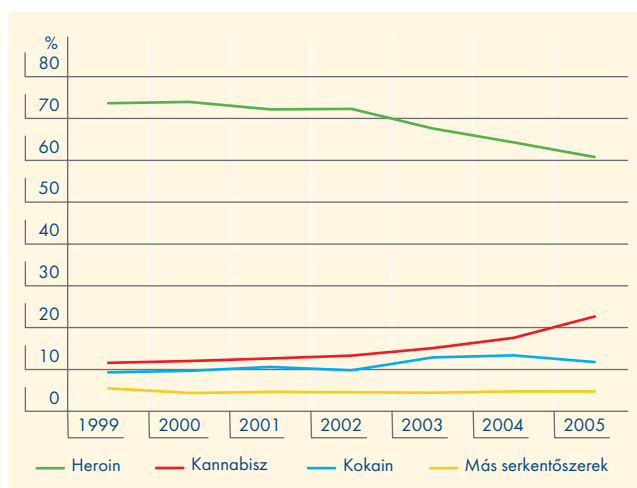
⁽⁴²⁾ Lásd a TDI-2. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴³⁾ Lásd a TDI-22. és a TDI-23. (i. rész) és (iv. rész) táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴⁴⁾ Lásd a TDI-2. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴⁵⁾ Lásd a TDI-3. (iii. rész) és a TDI-5. (ii. rész) táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

4. ábra: A használati mintákban észlelt tendenciák a kezelőszolgálatoknál (1999–2005) – az elsődleges kábítószer, amely miatt a kliens kezelést kér, az összes kezelési igény százalékában



Megjegyzés: 21 EU-tagállam adatai alapján: Bulgária, Csehország, Dánia, Németország, Görögország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Olaszország, Ciprus, Litvánia, Luxemburg, Magyarország, Málta, Hollandia, Románia, Szlovénia, Szlovákia, Finnország, Svédország és az Egyesült Királyság.

A hiányzó adatokat mindegyik ország esetében interpolálták, az egyes évekről rendelkezésre álló adatokban megfigyelt átlagos EU-s tendencia megőrzésével.

Bővebb információért és a részletes megjegyzésekért lásd a TDI-3. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

Az 1999–2005 közötti időszakban az elsődleges kannabiszhasználat miatt kezelést kérő kliensek aránya valamennyi adatközlő országban emelkedett (4. ábra). Az egyes országokat tekintve azonban érdekes különbségek figyelhetők meg: Bulgáriában, Litvániában, Lengyelországban és Romániában a kannabiszt az összes, kezelésre jelentkező kliens kevesebb mint 5%-a említi, ezzel szemben Magyarországon és Franciaországban több mint 30%-uk. A többi ország közül 12 esetében a kannabiszhasználó kliensek aránya 5% és 20% között mozog, hét országban pedig 21–29% között van. Az új kezelési igényeket tekintve az országok között hasonlóan nagy különbségek figyelhetők meg: Bulgáriában, Litvániában, Luxemburgban, Lengyelországban és Romániában az új kliensek kevesebb mint 10%-a hivatkozik a kannabiszra, míg Dániában, Németországban, Franciaországban és Magyarországon több mint 50%-uk⁽⁴⁶⁾.

Úgy tűnik, hogy a kannabisz miatti kezelési igények növekedésére nem lehet egyszerű magyarázatot adni. Továbbra sem világos, hogy a kezelési igények növekedése mennyiben tulajdonítható az intenzív kannabiszhasználat és a kapcsolódó problémák népességen belüli gyakoribb előfordulásának, illetve a veszélyek fokozott felismerésének. Ehhez egyéb tényezők is hozzájárulhattak, például a kannabisz miatti kezelési igények jellemző gyűjtőhelyeül szolgáló, kannabiszhasználó klienseket fogadó járóbeteg-gondozó központok jobb lefedettsége az

adatokban, vagy esetleg a problémás kannabiszhasználat gyakoribb diagnosztizálása és bejelentése. Két másik lehetséges ok közrejátszásával is számolni kell: az egyik a kezelési kínálat sokszínűvé válása – például Franciaországban a kannabisz kezelő központok 2004. végi megnyitásával –, a másik pedig a büntetőjogi rendszerből induló beutalások számának növekedése. Az előbbi esetében a kannabiszkezelés iránti igény növekedésére válaszul sok országban külön programokat indítottak a serdülők, illetve a fiatalok számára, a kannabiszhasználókat jobban megcélzó kezelési kínálat – ezáltal a kereslet növekedése a kínálat növekedéséhez vezetett, ami viszont újfént felerősíthette az igényt. Az utóbbival kapcsolatban pedig meg kell jegyezni, hogy a büntetőjogi rendszerből érkező beutalások gyakran a kannabiszhasználattal összefüggő bűncselekményekhez kapcsolódnak. A kutatási eredmények szerint a büntetőjogi rendszer által kezelésre beutalt személyek többsége a kannabiszt elsődleges kábítószerként használja, azaz ilyen körülmények között a büntetőjogi rendszerből érkező beutalások számának emelkedése biztosan hozzájárul a kannabisz miatti kezelési igény fokozódásához.

A kliensek jellemzése

Bármilyen tényekkel is magyarázzuk a kannabisz miatti kezelési igények növekedését, mindenképpen érdekes azok jellemzése, akik végül kezelést kérnek, noha nem állíthatjuk, hogy a kannabiszhasználó populációnak ez a kis töredéke reprezentatív lenne. Az elsődleges kannabiszhasználat miatt járóbeteg-gondozásra jelentkező személyek profilját vizsgálva a leggyakrabban fiatal férfiakat látunk, akik még tanulnak, azaz nem dolgoznak, de nem is munkanélküliek, illetve a szüleikkel élnek, nem pedig saját külön lakásban⁽⁴⁷⁾. A többi kábítószerklienssel összehasonlítva az elsődleges kannabiszhasználat miatt kezelésre jelentkezők között a legmagasabb a férfiak aránya, és itt a legalacsonyabb az életkor (az átlagéletkor 24,5 év). A kezelésre első alkalommal jelentkezők életkora még az összes kannabiszhasználó kliensénél is alacsonyabb (az átlag 23,8 év); ennek megfelelően a 15–19 évesek 67%-a, illetve a 15 évnél fiatalabbak 80%-a új jelentkező a kannabiszhasználó kliensek között. Mindazonáltal az utóbbi három évben az új kannabiszhasználó kliensek életkorának emelkedésére utaló jelekről számoltak be⁽⁴⁸⁾. A kannabiszhasználó kliensek összességében három csoportra oszthatók: az alkalmi használókra (34%), a heti több alkalommal használókra (27%) és a napi szintű használókra (39%).

Valószínű, hogy a kábítószer-kezelések szerinti használatát tekintve a kannabiszhasználó kliensek körében meglévő különbségek a kezelésre való beutalás eltérő módjaiból erednek, és azon is el lehet tünődni, hogy a büntetőjogi rendszerből érkező beutalások növekedése esetleg a kezelés megkezdésekor alacsony fogyasztási szintről beszámoló személyek némelyikéhez kötődik. A kannabiszhasználat gyakoriságát tekintve is vannak különbségek az egyes

⁽⁴⁶⁾ Lásd a TDI-5. (ii. rész) és a TDI-4. (ii. rész) táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴⁷⁾ Lásd a TDI-13., TDI-14. és a TDI-21. (i. rész) és (ii. rész) táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴⁸⁾ Lásd a TDI-10. (i. rész), (ii. rész) és (ix. rész) táblázatot a 2007., 2006. és 2005. évi statisztikai közlönyben.

országok között: az országok felében a kliensek több mint 30%-a napi szintű kannabiszhasználó volt, a másik felében ezek aránya nem érte el a 30%-ot. A kezelés alatt álló kliensek között Hollandiában, Dániában és Spanyolországban a legmagasabb a rendszeres használók aránya, az alkalmi használóké pedig ugyanebben a csoportban Magyarországon, Németországban és Olaszországban a legmagasabb ⁽⁴⁹⁾. Ráadásul – amint ezt alább tárgyaljuk – az intenzív kannabiszhasználatra adott válaszokban a kezelés helyett olykor inkább a megelőzésen van a hangsúly, és a nemzeti gyakorlat ilyenfajta különbségei általában véve érinthetik a bejelentés átfogó szintjeit. Ez részben megmagyarázhatja, hogy a magas előfordulási arányokkal rendelkező országok némelyike miért számol be a kannabisz miatt kezelték viszonylag alacsony számáról.

A kannabiszproblémákra adott válaszok

A kannabisz miatti kezelésre vonatkozó adatokat azzal együtt kell vizsgálni, hogy Európában mi minősül kannabisz miatti kezelésnek, ami jelenleg intézkedések széles skáláját jelenti, a rövid beavatkozásoktól egészen a bentlakásos formában zajló kezelésektől. A programok némelyikében ugyanakkora hangsúlyt helyeznek a megelőzésre és az ártalomcsökkentésre, mint a drogproblémák kezelésére.

A veszélyeztetettek felismerését és a korai beavatkozást mindegyik drogprogram fontos elemként ismeri el, a tanári személyzet pedig az elsők között figyelhet fel a kannabiszhasználatra a tanulók körében. Németországban, Olaszországban és Lengyelországban már készült olyan, tanároknak szóló program, amely segít a kannabiszhasználatra adott válaszban és szükség esetén a szakértői segítség felkeresésében.

Nincs olyan szilárd tényanyag, amely információt adna a kannabiszhasználat kezelésének gyakorlatáról, az e területen készült kutatási tanulmányok pedig behatároltak, és zömében amerikai és ausztrál tapasztalatokon alapulnak. Európában a kannabiszproblémával szemben legáltalánosabban alkalmazott szemléletek közé szokták sorolni a rövid távú járóbeteg-szolgáltatásokat, a tanácsadást, az iskolai programokat és a megkereső prevenció tevékenységeket. Úgy tűnik, hogy a beavatkozások rendszerint a motivációs interjú és a kognitív viselkedési elemek kombinációját alkalmazzák, rövid beavatkozásokon alapulnak. Bár nincs határozott megállapodás arról, hogy mi minősül hatékony gyakorlatnak, néhány tanulmány arra utal, hogy ez a fajta megközelítés hasznosnak bizonyulhat. Az e területen indított európai kezdeményezések egyike az INCANT-projekt, amelynek keretében Belgium, Franciaország, Németország, Hollandia és Svájc közösen próbálta felmérni a többdimenziós családterápia (MDFT) hasznát a kannabiszhasználóknál. Miután a kísérleti szakaszról pozitív értékelés született (Rigter, 2005), a projektet sok helyszínen zajló, randomizált ellenőrzött kísérlettel bővítették ki, hogy az MDFT-t összehasonlítsák a kannabiszproblémák hagyományos kezeléseivel.

Csak 13 tagállam számolt be arról, hogy a problémás kannabiszhasználók számára speciális kezelő létesítmények állnak rendelkezésre, ami azt jelenti, hogy e legtöbb kannabiszhasználót általános drogprogramok vagy átfogó egészségügyi vagy ifjúsági szolgáltatások keretében látják el. Felmerült az az aggodalom, hogy a fiatal kannabiszhasználókat talán nem helyes az általános drogszolgálatoknál kezelni, amennyiben ez azt eredményezi, hogy a kliensek más kábítószeres idősebb, problémás használói közé keverednek. Ugyan nem egyértelmű, hogy ez mekkora problémát jelent, de a terület szolgáltatásainak megtervezése szempontjából ez is fontos kérdés marad.

Franciaország példát mutatott a kannabiszhasználókra specializálódott szolgáltatásra, amikor 2005-ben 250 kannabiszkonzultációs központot hozott létre. Ezek a központok jelenlegi becslések szerint havi 2900 klienst fogadnak. A kliensek kb. egyharmada (31%) saját maga jelentkezik vagy egy harmadik személy utalja be (31%), és alig több mint egyharmaduk (38%) érkezik bírósági döntés alapján. A kannabiszhasználóknak szóló külön kezelési programok példái között említhetjük még a svédországi Mária Ifjúsági Központot, amely a fiatal, problémás kannabiszhasználóknak nyújt tanácsadó programot és támogató összejeveleteket. Németországban a drezdai kutató rendelőintézet 2006. januártól serdülőknek szóló, modulokból álló terápiát dolgozott ki a kannabiszszal összefüggő rendellenességekre (Candis).

Kvázi-kötelező beavatkozások

Annak ellenére, hogy a büntetőjogi rendszerrel kapcsolatba kerülő kannabiszhasználókat általánosan próbálják a büntetés helyett a kezelési és tanácsadó szolgálatok felé terelni, az ilyen mechanizmusok elérhetőségét és felépítését tekintve Európa-szerte komoly különbségek vannak, és csak néhány ország (Németország, Franciaország, Luxemburg, Ausztria, Svédország) számolt be arról, hogy strukturált programokat vagy szolgáltatásokat kínál.

A bírósági szolgálatoktól beutalt kannabiszhasználók számára nem a kezelési beavatkozás az egyetlen említésre méltó választípus. Az alkalmi használóknak néhány országban intenzív tanfolyamokat is kínálnak, például Németország, Ausztria és Luxemburg olyan kurzusokról számolt be, amelyek a kannabiszhasználók meggyőződését és használati mintáit próbálják megváltoztatni ⁽⁵⁰⁾.

Új kommunikációs stratégiák a kannabiszhasználók megkeresésére

Európában számos innovatív program indult annak érdekében, hogy új kommunikációs eszközöket találjon a kannabiszhasználók megszólítására. Néhány országban (Németország, Egyesült Királyság) webes alapú rövid beavatkozásokat dolgoztak ki, amelyek a kannabiszfogyasztók számára lehetővé teszik saját jelenlegi fogyasztásuk és önazonosságuk problémáik felmérését. A módszer egyik példája a német „quit

⁽⁴⁹⁾ Lásd a TDI-18. (iii. rész) és (iv. rész) táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁵⁰⁾ <http://www.projekt-fred.de>

the shit” („szállj le a szerről”) ⁽⁵¹⁾ program, amely a kábítószerhasználat felhagyására kívánó használóknak nyújt támogatást. Egy értékelő vizsgálat azt állapította meg, hogy a szolgáltatást igénybe vevők alacsonyabb kábítószerhasználatról számoltak be, mind az elfogyasztott mennyiséget, mind a fogyasztás napjainak számát tekintve.

Dániában a SMASH egy fiatal kábítószerhasználóknak szóló, anonim támogató és tanácsadó projekt, amelynek célja a káros hatások csökkentése, a tájékoztatás és a kábítószerhasználat abbahagyásához nyújtott támogatás ⁽⁵²⁾.

Kábítószer-használat a kiskorúak körében – az EMCDDA 2007-es kiválasztott témaköreiben

A nagyon fiatal európaiak (15 év alattiak) kábítószer-használatáról szóló kiválasztott témakör azt állapította meg, hogy a kábítószer-használat előfordulása ebben a korcsoportban alacsony, és többnyire kipróbálási szintű használatot jelent. A nagyon fiatalok körében ritka a kábítószeres rendszeres használata, és ez gyakran a népesség fokozottan problémás szegmensét érinti.

A 15 év alattiak körében a kábítószer-használatra adott elsődleges válasz középpontjában túlnyomórészt a megelőzési

A projekt keretében két sms-csomagra lehet előfizetni. Az első (hashfacts – tények a hasisról) tényszerű információkat közöl a kábítószerhasználatról, a második pedig támogatást és ösztönzést kínál mindazoknak, akik megpróbálnak leszokni a kábítószer-fogyasztásról. A fiatalok a szöveges üzeneteken keresztül személyre szóló segítséget is kaphatnak a kábítószerhasználat abbahagyásához vagy csökkentéséhez. Írországban is működik egy hasonló szolgálat, bár annál inkább az ismeretterjesztésen van a hangsúly.

vagy a korai beavatkozási stratégiák állnak. A kiválasztott témakör becslései szerint ugyanakkor Európában mintegy 4000 nagyon fiatal személy részesül kábítószer miatti kezelésben. A fiatalok igényeire szabott drogkezelés csak kivételes esetekben fordul elő, de az ilyen programok szükségességét már a legtöbb európai országban felismerték.

A kiválasztott témakör azt is megvizsgálja, hogy a legális és tiltott pszichoaktív anyagok fiatalkori fogyasztása és a későbbi szerfüggőség közötti kapcsolat felismerése mennyiben épült be az európai közegészségügyi politikákba.

Ez a kiválasztott témakör nyomtatott formában és az interneten (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) csak angolul érhető el.

⁽⁵¹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁵²⁾ <http://www.smash.name>



4. fejezet

Amfetaminok, ecstasy és LSD

Sok európai országban valamilyen szintetikusan előállított kábítószer áll a második helyen a legáltalánosabban használt illegális anyagok sorában, noha európai méretekben nézve kokaint többen használnak. Ezen anyagok használata a népesség egészében jellemzően alacsony, a fiatalabb korcsoportokban viszont jóval magasabb előfordulási arányokat találunk, és ezek bizonyos társadalmi körülmények között vagy kulturális csoportok körében különösen magasak lehetnek. Világszinten nézve az amfetaminok (amfetamin és metamfetamin) és az ecstasy a leggyakrabban előforduló tiltott szintetikus kábítószer közé tartoznak.

Az amfetamin és a metamfetamin a központi idegrendszer serkentőszerei. A két kábítószer közül Európában egyértelműen az amfetamin az általánosabban elérhető, a jelentős metamfetaminhasználat – úgy tűnik – egyelőre Csehországra és Szlovákiára korlátozódik.

Amfetamin és metamfetamin: különbségek és hasonlóságok

A tiltott kábítószer piacán az amfetaminok csoportjának fő képviselői az amfetamin és a metamfetamin (és ezek sói) – két, közeli rokonságban álló szintetikus anyag, a fenetilamin család tagjai. Mindkét anyag a központi idegrendszer serkentőszere, ugyanazzal a hatásmechanizmussal, ugyanolyan magatartási hatásokkal, toleranciával, elvonási és tartós használattal járó (krónikus) hatásokkal. Az amfetamin nem olyan erős, mint a metamfetamin, de ellenőrizetlen helyzetekben a hatásai között alig lehet különbséget tenni.

Az amfetamin és metamfetamin termékek többnyire por alakúak, de a „jég” („kristály”), a metamfetamin kristályos hidrokloridsója szintén használatos. Az amfetamint vagy metamfetamint tartalmazó tablettákat olykor az MDMA és a többi ecstashtabletta logóihoz hasonlókkal látják el.

Tekintettel az elérhető fizikai megjelenési formájukra, az amfetamint és a metamfetamint lenyelve, szippantva, belélegezve és – ritkábban – injekcióban egyaránt be lehet juttatni a szervezetbe. Az amfetaminszulfát sójától eltérően, a metamfetamin-hidroklorid, különösen kristályos alakjában kellően illékony ahhoz, hogy el lehessen szívni.

Forrás: EMCDDA drogprofilok (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=25328>).

Az ecstasy megnevezés az amfetaminokkal kémiai rokon, de hatásukat tekintve némileg eltérő szintetikus anyagokat jelöl. Az ecstasycsoport legismertebb tagja a 3,4-metiléndioxi-metamfetamin (MDMA), de az ecstashtablettákban olykor más rokon analógok is megtalálhatók (MDA, MDEA). Az ecstasyhasználat előfordulása az EU-ban az 1990-es évek óta emelkedik.

Történetileg a hallucinogén kábítószeresek közül a lizergénsav-dietilamid (LSD) volt messze a legismertebb, de ennek általános fogyasztási szintjei viszonylag alacsonyak maradtak, és elég hosszú ideje nagyjából stabilizálódtak. A közelmúltban egyes jelek a természetben előforduló hallucinogén anyagok, különösen a hallucinogén gombák elérhetőségének és használatának növekedésére utalnak.

Kínálat és elérhetőség ⁽⁵³⁾

Amfetamin

A globális amfetamintermelést 2005-ben 88 tonnára becsülték (UNODC, 2007). Bár a tiltott előállítás már a világ más részeire is kiterjedt, elsősorban továbbra is Nyugat- és Közép-Európában koncentrálódik. 2005-ben tiltott amfetamint előállító laboratóriumokat számoltak fel Belgiumban, Bulgáriában, Németországban, Észtországban, Litvániában, Hollandiában és Lengyelországban. Az Európában lefoglalt amfetamin nagy része a jelentések szerint Belgiumból, Hollandiából és Lengyelországból, illetve kisebb mértékben Észtországból és Litvániából származott.

Az egész világot tekintve 2005-ben összesen 12,9 tonnát foglaltak le, legnagyobb részben két régióban: Nyugat- és Közép-Európában, illetve Kelet- és Délkelet-Ázsiában.

2005-ben becslések szerint 40 300 amfetaminlefoglalás történt Európában, és ezek összesen 6,6 tonnát tettek ki. 2004-ig mindig az Egyesült Királyságban történt a legtöbb lefoglalás, és Európán belül itt foglalták le a legnagyobb mennyiségű amfetamint. Bár volt némi ingadozás, az EU szintjén 2000 óta mind az amfetaminlefoglalások összesített száma, mind a lefoglalt mennyiség nőtt ⁽⁵⁴⁾. 2005-ben viszont a jelentéstevő országok többsége csökkenő tendenciát tapasztalt az amfetaminlefoglalások számát tekintve. Ezt majd meg kell erősíteni az Egyesült Királyság hiányzó 2005-ös adataival, amikor már rendelkezésre állnak.

⁽⁵³⁾ Lásd „A lefoglalások és egyéb piaci adatok értelmezése”, 37. o. Az amfetamin, extasy és LSD lefoglalásaira és lefoglalt mennyiségeire vonatkozó 2005-ös adatok nem minden ország esetében állnak rendelkezésre. Bővebb információkért lásd a 2007. évi statisztikai közlöny táblázatait a lefoglalásokról.

⁽⁵⁴⁾ Lásd a SZR-11. és a SZR-12. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Nemzetközi fellépés a kábítószer-prekursorok gyártása és eltérítése ellen

A tiltott kábítószer előállításához felhasznált prekursor vegyi anyagok eltérítésének megelőzése érdekében már több nemzetközi kezdeményezés indult: a Kohézió projekt középpontjában a (kokain előállításához használt) kálium-permanganát és a (heroin előállításához használt) ecetsavanhidrid áll, a Prizma projekt pedig a szintetikus kábítószer prekursoraival foglalkozik⁽¹⁾. Az alábbi adatok kivétel nélkül az INCB prekursorokról szóló jelentéséből származnak (INCB, 2007b).

2005-ben a kálium-permanganát globális lefoglalásaiból minden korábbinál nagyobb mennyiséget jelentettek be az INCB-nek: 16 ország összesen 183 tonnát foglalt le, szinte teljes egészében Európán kívül.

Ecetsavanhidridből 2005-ben 22 400 litert foglaltak le világszerte, de Európa ennek is csak egy töredékéért felelt.

Efedrinből és pszeudoefedrinből, a metamfetamin fő prekursoraiból 2005-ben 41 tonna lefoglalását jelentették be az INCB-nek, legnagyobb részét Kínából. Az EU-tagállamok (főként Görögország, Bulgária, Románia és Csehország) és az Orosz Föderáció által lefoglalt mennyiség összesen 1,7 tonna volt.

A metamfetamin és az amfetamin tiltott előállításához használt 1-fenil-2-propanon (P-2-P) globális lefoglalásai összesen 2900 litert tettek ki 2005-ben, amihez az európai országok (főleg Németország és Hollandia) 1700 literrel járultak hozzá.

Az MDMA gyártásához használt 3,4-metilén-dioxifenil-propán-2-on (3,4-MDP-2-P) globális lefoglalásaiból Európa részesedése 2005-ben 38%-ra esett vissza, így a bejelentések szerint 5100 liter lett (nagy részét Franciaországban és Hollandiában). A 3,4-MDP-2-P más régiókban lefoglalt mennyiségeinek növekedése arra utal, hogy az MDMA tiltott előállítása Európán kívül terjed.

⁽¹⁾ Mindegyik anyag szerepel az 1988. évi ENSZ-egyezmény I. táblázatában.

2005-ben az amfetamin átlagos vagy jellemző kiskereskedelmi ára 7 euró/gramm és 37,5 euró/gramm között mozgott, de a legtöbb európai ország a grammonkénti 10–20 eurós tartományba eső árákról számolt be⁽⁵⁵⁾. A 2000–2005 közötti időszakban az amfetamin infláció mértékének megfelelően kiigazított középára az elegendő adatot közlő 17 ország többségében csökkent.

Az amfetamin átlagos vagy jellemző kiskereskedelmi tisztasága 2005-ben változatos képet mutatott, de a legtöbb európai ország 15% és 50% közötti tisztaságról számolt be⁽⁵⁶⁾.

Metamfetamin

A metamfetamin becsült globális termelése 2005-ben 278 tonna volt. Leginkább Kelet- és Délkelet-Ázsiában, illetve Észak-Amerikában állítják elő. Európában a metamfetamin előállítása továbbra is nagyjából Csehországra korlátozódik („pervitin” helyi megnevezéssel), de Litvániából, Moldovából és Szlovákiából is jelentettek termelést (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

2005-ben a világszerte lefoglalt metamfetamin mennyisége becslések szerint 17,1 tonnára emelkedett, ennek több mint felét Kelet- és Délkelet-Ázsiából (Kína, Thaiföld), egyharmadát pedig Észak-Amerikából jelentették. Ugyanebben az évben 15 európai országból becslések szerint 2200 lefoglalást jelentettek, összesen körülbelül 104 kg metamfetamin mennyiségben⁽⁵⁷⁾. A legtöbb lefoglalásért és a legnagyobb lefoglalt metamfetaminmennyiségért Norvégia és Svédország felelt.

A metamfetamin átlagos vagy jellemző kiskereskedelmi ára (amelyről csak néhány ország tett jelentést) 2005-ben a grammonkénti 5 és 35 euró között mozgott. A legtöbb ország a metamfetamin esetében 30–65% közötti átlagos vagy jellemző kiskereskedelmi tisztaságról számolt be⁽⁵⁸⁾.

Ecstasy

Az ecstasy becsült globális termelése 2005-ben 113 tonna volt (UNODC, 2007). Változatlanul Európa az ecstasy termelésének fő központja, bár ennek viszonylagos jelentősége, úgy tűnik, csökkenőben van, mivel az ecstasy gyártása kezd elterjedni a világ más területein is, elsősorban Észak-Amerikában, Kelet- és Délkelet-Ázsiában, valamint Óceániában (CND, 2006; UNODC, 2006). Európán belül az ecstasyt elsősorban Hollandiában (bár onnan a termelés visszaesésére utaló jelekről számoltak be), másodsorban Belgiumban állítják elő. Az Európában lefoglalt ecstasy a jelentések szerint elsősorban ebből a két országból, illetve kisebb mértékben Lengyelországból és az Egyesült Királyságból származik.

A 2005-ben globálisan lefoglalt (becsült) 5,3 tonna ecstasy tekintélyes részét Nyugat- és Közép-Európában (38%), 27%-át Óceániában, 20%-át Észak-Amerikában találták meg.

2005-ben a becslések szerinti 26 500 lefoglalás körülbelül 16,3 millió ecstashtabletta elkobzásához vezetett Európában⁽⁵⁹⁾. Az ecstaszból a legnagyobb mennyiséget továbbra is az Egyesült Királyság, Belgium, Hollandia és Németország foglalta le. A 2001-es tetőzés után az európai ecstasylefoglalások 2003 óta megint emelkednek. A teljes lefoglalt ecstasymennyiség 2000 és 2004 között évi 20 millió tableta körül mozgott. 2005-ben azonban a rendelkezésre

⁽⁵⁵⁾ Lásd a PPP-4. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁵⁶⁾ Lásd a PPP-8. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben. Meg kell jegyezni, hogy az amfetamin közölt átlagos tisztasági fokai az elemzett minták tisztaságát tekintve nagyfokú változatosságot takarhatnak.

⁽⁵⁷⁾ Az Egyesült Királyság esetében a 2005-ös adatok hiányában a becslésekhez a 2004-es adatokat vették figyelembe. Lásd a SZR-17. és a SZR-18. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁵⁸⁾ Lásd a PPP-4. és a PPP-8. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁵⁹⁾ Lásd a SZR-13. és a SZR-14. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

álló adatok szerint az ecstasyből lefoglalt mennyiség az országok többségében csökkent. Ezt majd meg kell erősíteni az Egyesült Királyság hiányzó 2005-ös adataival, amikor már rendelkezésre állnak.

2005-ben az ecstasystabletták átlagos vagy jellemző kiskereskedelmi ára a nem egészen 3 euró és a 15 euró között mozgott⁽⁶⁰⁾. A 2000–2005-ös időszakban az ecstasy infláció mértékének megfelelően kiigazított kiskereskedelmi átlagára az elegendő adatot közlő 21 ország többségében csökkent.

Európában az ecstasystabletták többsége 2005-ben továbbra is általában MDMA-t vagy más ecstasyszerű anyagot (MDEA, MDA) tartalmazott egyetlen pszichoaktív anyagként. Tíz tagállamban az ilyen tabletták tették ki az összes elemzett tablettá több mint 80%-át. Ez alól voltak kivételek: Szlovéniában az MDMA-t/MDEA-t/MDA-t gyakrabban kombinálták amfetammal és/vagy metamfetammal, Lengyelországban pedig az elemzett tabletták gyakrabban tartalmaztak amfetamint vagy metamfetamint kizárólagos pszichoaktív anyagként. Az ecstasystabletták MDMA-tartalma mintánként nagyon változó (még az azonos logójú tablettáknál is), országokon belül és országok között egyaránt. 2005-ben az ecstasy tablettánkénti átlagos vagy jellemző MDMA-tartalma 2–130 mg között volt a jelentéستهvő országokban, de az országok többségében a tabletták átlagosan 30–80 mg MDMA-t tartalmaztak.

LSD

Sok évig tartó, folyamatos visszaesést követően 2003 óta az LSD-lefoglalások száma és a lefoglalt LSD-mennyiség is növekedésnek indult⁽⁶¹⁾. Bár az LSD gyártása és kereskedelme a többi szintetikus kábítószerénél sokkal kisebb mértékű, 2005-ben a becslések szerint Európában 800 lefoglalással 850 000 egységnyi LSD-t koboztak el; ezen belül a teljes lefoglalt mennyiség körülbelül 75%-áért Hollandia felelt. Egy egység LSD a felhasználóknak átlagosan vagy jellemzően 4–30 euróba került⁽⁶²⁾.

Előfordulás és használati minták az általános népesség, illetve a fiatalok körében

A közelmúltbeli használatot tekintve ma 17 európai országban az ecstasy számít a legáltalánosabban használt szintetikus kábítószernek, kilenc országban pedig az amfetaminok⁽⁶³⁾. A kipróbálási szintű előfordulás az amfetaminok esetében jellemzően nagyobb, azt tükrözve, hogy az ecstasy később lépett be a tiltott kábítószeres európai piacára. Az iskolai felmérésekből származó adatok azt jelzik, hogy a diákok körében az ecstasy, az amfetamin

és más, a kannabisztól eltérő, szintetikus drogok használata néhány fős csoportokra korlátozódik. Például azoknak a diákoknak a körében, akik már próbálták az ecstasyt, a kokain és a hallucinogén kábítószeres előfordulási aránya is több mint hússzorosa volt az általános diákpulációban mért aránynak⁽⁶⁴⁾, és körülbelül ötször olyan magas, mint azoknál, akik már használtak kannabiszt.

Az amfetaminok vagy az ecstasy használata az EU tagállamai közül csak néhányban tűnik viszonylag magasnak: Csehországban, Észtországban és az Egyesült Királyságban, illetve – kisebb mértékben – Lettországban és Hollandiában.

Amfetaminok

A felnőtt lakosság körében végzett frissebb felmérések azt mutatták, hogy az amfetaminhasználat életprevalenciája Európában az összes felnőtt (15–64 évesek) 0,1%-a és 3,6%-a között mozog, Dánia (6,9%) és az Egyesült Királyság (Anglia és Wales) kivételével, ahol eléri a 11,5%-ot (ami a magas múltbeli használatot tükrözi, a jelenlegi használat ugyanis már jobban összhangban van a többi országgal). A legmagasabb szám adatokkal rendelkező országok sorában a fentiek után Norvégia (3,6%), Németország és Spanyolország (3,4%) következik. Átlagosan az európai felnőttek közel 3,5%-a használt már legalább egyszer amfetamint⁽⁶⁵⁾. Az elmúlt évi használat lényegesen alacsonyabb: átlagosan 0,7% (a 0–1,3% közötti tartományban). Az általános lakossági felmérések adatai arra utalnak, hogy az amfetamint durván 11 millió európai próbálta, és az előző egy évben nagyjából 2 millióan használták.

A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az amfetaminhasználat kipróbálásáról 0,2–16,8% számolt be, de ha az Egyesült Királyság (Anglia és Wales) (16,8%) és Dánia (12,7%) adatait külön vennénk, a fenti tartomány 0,2–5,9%-ra szűkülne⁽⁶⁶⁾. Az előfordulási arány az adatközlő országok felében 4% alatt marad, a legmagasabb arányokat az Egyesült Királyság és Dánia után Norvégiából (5,9%), Németországból (5,4%) és Lettországból (5,3%) jelentették. A fiatal európai felnőttek átlagosan 5,1%-a próbálta már az amfetaminokat⁽⁶⁷⁾. Az elmúlt évi használat ebben a korcsoportban 0,1% és 2,9% között mozog, a legmagasabb előfordulási arányokat Észtországból (2,9%), az Egyesült Királyságból (2,6%) és Lettországból (2,4%) jelentették (5. ábra). Figyelemre méltó, hogy az elmúlt évi használatot tekintve az Egyesült Királyságból és Dániából kapott adatok jobban összhangban vannak a többi országéval. Becslések szerint az elmúlt évben az európai fiatalok átlagosan 1,5%-a használt amfetaminokat.

A problémás amfetaminhasználatról (definíció szerint ez az intravénás vagy tartós/rendszeres használatot jelenti) csak

⁽⁶⁰⁾ Lásd a PPP-4. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶¹⁾ Lásd a PPP-15. és a SZR-16. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶²⁾ Lásd a PPP-4. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶³⁾ Az „amfetaminhasználatról” szóló felmérési adatok gyakran nem tesznek különbséget az amfetamin és a metamfetamin között, ez azonban jellemzően az amfetamin (szulfát vagy dexamfetamin) használatát jelenti, mivel a metamfetamin használata ritka.

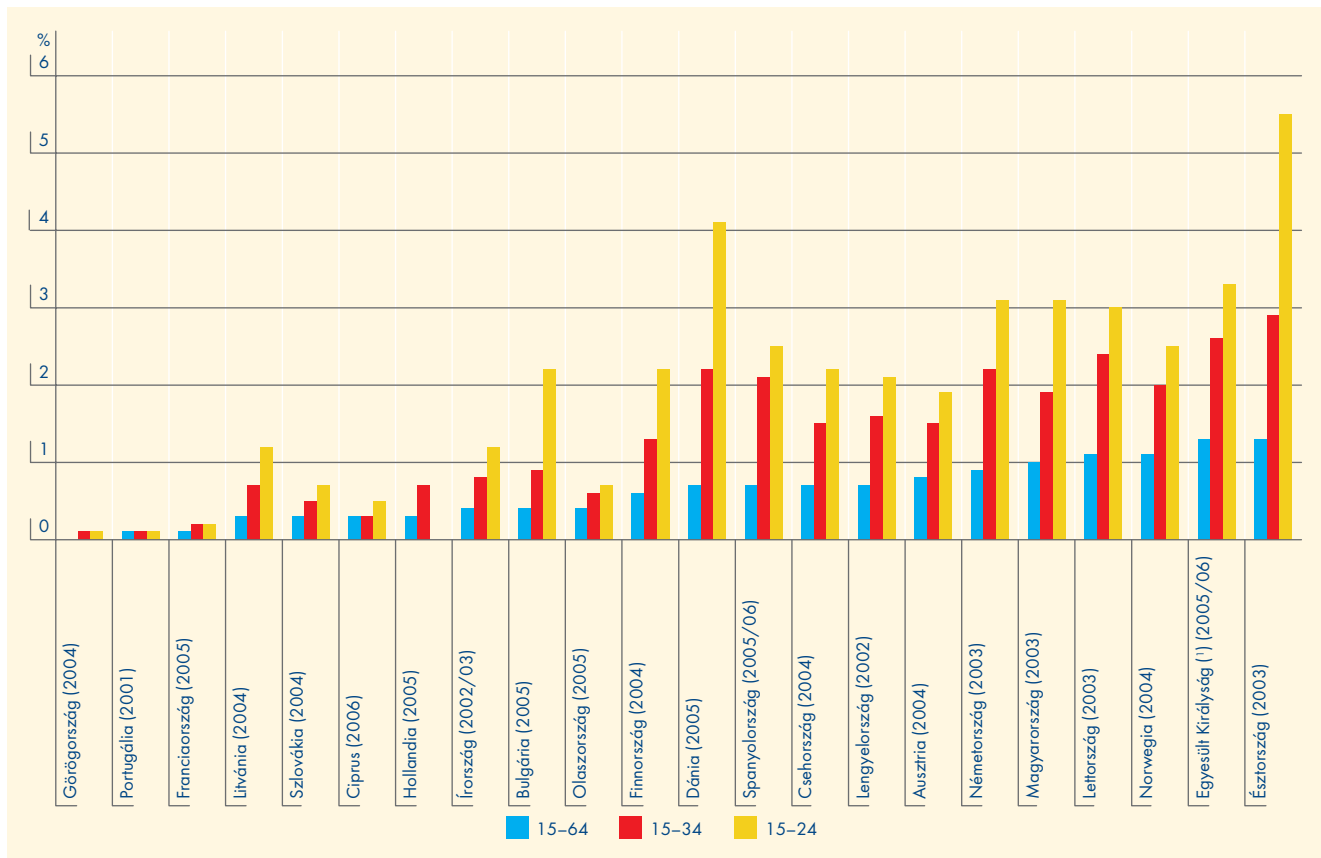
⁽⁶⁴⁾ Lásd az EYE-1. (iv. rész) ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶⁵⁾ A számítási módszert lásd a 30. lábjegyzetben.

⁽⁶⁶⁾ Lásd a GPS-9. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶⁷⁾ Lásd a GPS-18. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

5. ábra: Az amfetaminok használatának elmúlt évi előfordulása az összes felnőtt (15–64 évesek) és a fiatal felnőttek (15–34 és 15–24 évesek) körében



(*) Anglia és Wales.

Megjegyzés: Az adatok a bejelentés idején az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származnak. Az országok sorrendje az átfogó (összes felnőtt) előfordulást tükrözi. További információért lásd a GPS-10., GPS-11. és GPS-18. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox-országjelentések (2006), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

Finnország tudott friss becsléssel szolgálni: eszerint 2002-ben a problémás amfetaminhasználók száma 10 900 és 18 500 közé volt tehető (a 15–64 évesek körében 3,1–5,3 eset/1000 fő), ami körülbelül háromszorosa a problémás opioidhasználóknak.

Metamfetamin

A metamfetamin európai használata nemzetközi összehasonlításban visszafogottnak tűnik ahhoz képest, hogy máshol az elmúlt években e kábítószer használatának növekedését tapasztalták. Ugyanakkor az európai országokat is érinti e kábítószer használatának növekedési potenciálja a tagállamokban, ami óvintézkedéseket váltott ki. Az Egyesült Királyságban például úgy határoztak, hogy a metamfetamint átsorolják a legártalmasabb kábítószer közé (A osztály).

A metamfetamin használata történetileg nézve Európán belül Csehországban és valamelyest Szlovákiában koncentrálódik. A problémás metamfetaminhasználatról két ország közölt friss becsléseket (Csehország, Szlovákia). A metamfetaminhasználók számát Csehországban 2005-ben 18 400–24 000 főre becsülték (a 15–64 évesek

körében 2,5–3,2 eset/1000 fő), ami a problémás opioidhasználóknak közel kétszerese, Szlovákiában pedig 6000–14 000 metamfetaminhasználót becsülték (a 15–64 évesek körében 1,5–3,7 eset/1000 fő), azaz az opioidhasználók becsült számánál valamivel kevesebbet. Szlovákiában a metamfetamin lett a leggyakrabban említett elsőszámú kábítószer azok körében, akik első alkalommal kérnek kezelést, és most már Magyarországról is jelentettek nagymértékű metamfetaminhasználatot a populáció egyes al csoportjai körében.

Európa más részeiről nem számoltak be jelentős mértékű metamfetaminhasználatról. Két fontos dologra azonban fel kell hívni a figyelmet: a legtöbb felmérés nem teszi lehetővé a metamfetamin és az amfetamin használatának megkülönböztetését, és az is előfordult már, hogy az ecstasiként árult tablettákban metamfetamint találtak, amelynek jelenlétéről ilyenformán esetleg a fogyasztó sem tudott⁽⁶⁸⁾.

Ecstasy

Az ecstasyt az összes európai felnőtt 0,3–7,2%-a próbálta. Az országok fele 2,5%-os vagy annál alacsonyabb

⁽⁶⁸⁾ Lásd: „Amfetamin és metamfetamin: különbségek és hasonlóságok”, 48. o.

előfordulási arányokat közölt, a legmagasabb előfordulást pedig az Egyesült Királyságból (7,2%) és Csehországból (7,1%), Spanyolországból (4,4%) és Hollandiából (4,3%) jelentették. Az ecstasy elmúlt évi használata a felnőttek 0,2–3,5%-ánál fordult elő, ezen belül a legmagasabb arányokat Csehországból (3,5%), Észtországból (1,7%) és az Egyesült Királyságból (1,6%) jelentették, ugyanakkor az országok fele 0,5%-os vagy ennél alacsonyabb előfordulási arányt közölt. Becslések szerint az ecstasyt közel 9,5 millió európai próbálta (átlagosan 3%), és közel 3 millióan használták az elmúlt évben.

A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az ecstasy életprevalenciája 0,5% és 14,6% között mozog. A legmagasabb számokat Csehországból (14,6%), az Egyesült Királyságból (13,3%) és Hollandiából (8,1%) jelentették⁽⁶⁹⁾. A fiatal európai felnőttek közül átlagosan több mint 5% próbálta már az ecstasyt.

A 15–24 éves korcsoportban az ecstasy életprevalenciája 0,4% és 18,7% között mozog. A legmagasabb számokat Csehországból (18,7%), az Egyesült Királyságból (10,4%), és Magyarországról (7,9%) jelentették⁽⁷⁰⁾. Az elmúlt évi használat 0,3% és 12% között volt, itt Csehország (12,0%) és Észtország (6,1%) számolt be a legnagyobb arányokról (6. ábra).

A 15–24 éves korcsoportban az ecstasy életprevalenciája a férfiak körében magasabb (0,3–23,2%), mint a nőknél (0,3–13,9%). A friss iskolai felmérések szerint az ecstasy életprevalenciájában észlelt növekedés a fiú és a lány diákok körében nagyjából párhuzamosan ment végbe, ugyanakkor az életkor növekedésével a nemek közötti különbség is egyre nagyobb. A fiatalok körében az életkor kis növekedése az előfordulási szintekben olykor nagy megugrásokkal is együtt járhat: 16 ország adatai mutatják például, hogy a 17–18 éves diákok körében az ecstasyhasználat kipróbálási szintű előfordulása a legtöbb esetben lényegesen magasabb, mint a fiatalabb diákoknál⁽⁷¹⁾.

LSD

Az LSD-használat előfordulása az élet folyamán a felnőttek körében 0,2% és 5,5% között alakult, ezen belül az országok kétharmada 0,4% és 1,7% közötti előfordulási arányt jelentett. A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az LSD-használat életprevalenciája 0,3% és 7,6% között volt, a 15–24 éves korcsoportban pedig 0 és 4,2% között mozgott. E kábítószer elmúlt évi használatának előfordulása alacsony, a 15–24 éves korcsoportban csak hét országban haladja meg az 1%-ot (Bulgária, Csehország, Észtország, Olaszország, Lettország, Magyarország, Lengyelország).

Tendenciák

Az amfetamin és az ecstasy fogyasztásában Európa-szerte egyre határozottabb stabilizálódás, sőt, helyenként csökkenés is tapasztalható. Az amfetaminfogyasztás a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében 1996 óta jelentősen csökkent az Egyesült Királyságban (Anglia és Wales), és kisebb mértékben Dániában és Csehországban, más országokban pedig nagyjából stabilnak tűnik az előfordulása, bár néhány kismértékű növekedésről is beszámoltak⁽⁷²⁾.

A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében előforduló ecstasyhasználatot tekintve zavarosabb a kép⁽⁷³⁾. Az 1990-es években lezajlott általános növekedés után az elmúlt években több ország, köztük két, magas előfordulási arányokkal rendelkező ország – Spanyolország és az Egyesült Királyság – is egyfajta stabilizálódásról vagy akár enyhe csökkenésről számolt be. Néhány országban az előfordulás visszaesését észlelték a 15–24 éves korcsoportban, de ugyanez nem mutatkozott meg a 15–34 évesek körében⁽⁷⁴⁾, ami a drog népszerűségének hanyatlására utal a fiatalabb korosztályoknál. Egyes országokban (Spanyolország, Dánia, Egyesült Királyság) az adatok alapján felmerül az a kérdés, hogy a kokain kezd-e az amfetaminok és az ecstasy helyébe lépni mint választott serkentőszer⁽⁷⁵⁾.

A 2006-ban bejelentett, újonnan hozzáférhetővé vált országos vagy regionális iskolai felmérésekben (Olaszország, Lengyelország, Svédország, Belgiumon belül Flandria) az amfetaminok és az ecstasy kipróbálási szintű használatát tekintve nem tapasztaltak változást, illetve olykor még némi visszaesést is regisztráltak⁽⁷⁶⁾.

Rekreációs körülmények

A rekreációs körülmények között, például táncos eseményeken történő kábítószer-használat tanulmányozása hasznos betekintést adhat a serkentő kábítószeres rendszeres, intenzív használóinak viselkedésébe. E körülmények között jellemzően magasak a kábítószer-használat arányai, ugyanakkor ez nem általánosítható az egész népességre. A kiválasztott zenés-táncos szórakozóhelyeken felmért emberekről szóló vizsgálatok például az ecstasyhasználat magas szintjéről és ennél alacsonyabb, de szintén nagyarányú amfetaminhasználatról számolnak be⁽⁷⁷⁾.

Az Egyesült Királyságban a zenés szórakozóhelyek rendszeres látogatóiból álló olvasóközönséggel rendelkező Mixmag zenei magazin által elkészített éves olvasói felmérés arról adott hírt, hogy az erős ecstasyhasználóknak

⁽⁶⁹⁾ Lásd a GPS-9. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷⁰⁾ Lásd a GPS-17. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷¹⁾ Lásd az EYE-1. (ii. rész) ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷²⁾ Lásd a GPS-8. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

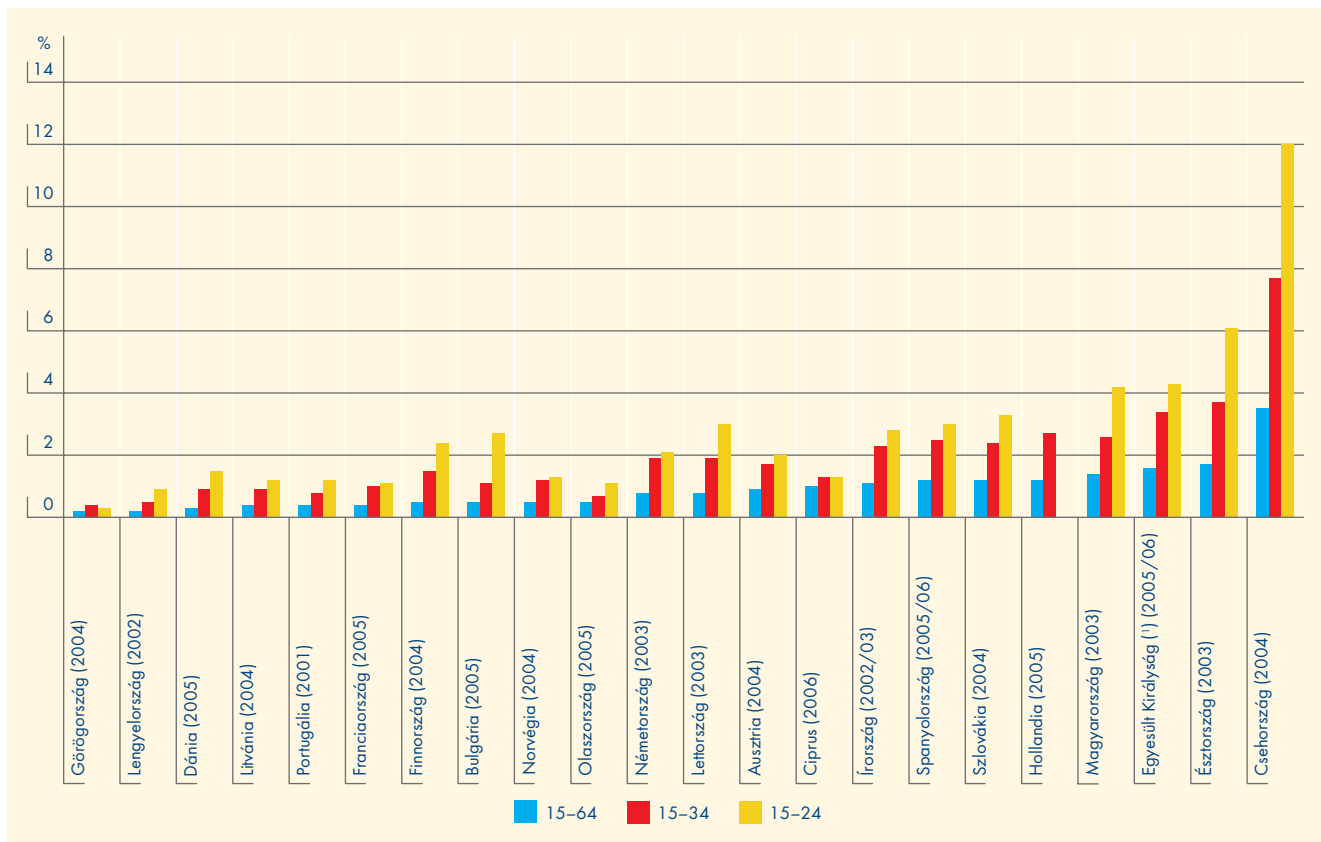
⁽⁷³⁾ Lásd a GPS-21. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷⁴⁾ Lásd a GPS-4. és a GPS-15. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷⁵⁾ Lásd a GPS-20. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷⁶⁾ Lásd az EYE-4. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷⁷⁾ Lásd a rekreációs körülmények közötti kábítószer-használatról szóló, 2006-os kiválasztott témakört.

6. ábra: Az ecstasyhasználat elmúlt évi előfordulása az összes felnőtt (15–64 évesek) és a fiatal felnőttek (15–34 és 15–24 évesek) körében

⁽¹⁾ Anglia és Wales.

Megjegyzés: Az adatok a bejelentés idején az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származnak. Az országok sorrendje az átfogó (összes felnőtt) előfordulást tükrözi. További információért lásd a GPS-10., GPS-11. és GPS-18. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox-országjelentések (2006), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

definiált személyek (az egy alkalommal általában négynél több tablettát fogyasztók) aránya 1999 és 2003 között több mint duplájára, 16%-ról 36%-ra nőtt (McCambrige és mások, 2005). Bár a minta reprezentativitása megkérdőjelezhető, a felmérés alátámasztja azt az általános aggodalmat, hogy egyes használói csoportokban nőtt az elfogyasztott ecstashtabletták mennyisége. Az Egyesült Királyságban készült internetes felmérés (Scholey és mások, 2004) ugyancsak egyre erősebb ecstasyhasználatról és polidroghasználatról számolt be a tapasztalt ecstasyhasználók körében. Érdeemes megjegyezni viszont, hogy amszterdami jelentések szerint az elmúlt évi és az elmúlt havi ecstasyhasználat 1998 és 2003 között 20%-kal csökkent, és ugyanebben az időszakban az egyes alkalmakkor elfogyasztott ecstasy átlagos mennyisége is csökkent (2005-ös Reitox-országjelentések). Az amszterdami szórakozóhelyek látogatói körében készített 2005-ös felmérés szerint a kiruccanás alkalmával csak 3%-uk használt ecstasyt.

Bár a kábítószeres és az alkohol egyidejű használatáról továbbra is korlátozottak az adatok, egyre inkább aggasztó jelenség a rekreációs, zenés-táncos körülmények között,

gyakran az egészségre veszélyes mennyiségben, illetve serkentő kábítószerrel együtt történő alkoholfogyasztás.

A gyógykezelési igényekre vonatkozó adatok

Az amfetaminok és az ecstasy használatához kapcsolódó kezelési igények száma viszonylag alacsony. Általában elmondható, hogy az adatokkal rendelkező 21 ország többségében a kábítószer-használat e formája csak ritkán szolgál elsődleges indokul a kábítószer miatti kezelés igénybevételére ⁽⁷⁸⁾. Az ilyen kezelési igények a legtöbb esetben elsődleges amfetaminhasználatra vonatkoznak, és csak nagyon kis részük kapcsolódik az ecstasyhoz ⁽⁷⁹⁾.

Néhány országban a kábítószeres kliensek között nem elhanyagolható arányban vannak jelen az amfetamin- és ecstaszyhasználók. Ezek az országok három csoportba sorolhatók: Csehország és Szlovákia az amfetaminok elsődleges használatával kapcsolatos kezelési igények jelentős arányáról számolt be (az összes kliens 58%-a, illetve 24%-a), többnyire az elsődleges metamfetaminproblémához kapcsolódva; Svédország, Finnország és Lettország

⁽⁷⁸⁾ Lásd a TDI-2. (ii. rész) ábrát és a TDI-5. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷⁹⁾ Lásd a TDI-1 13. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

jelentése szerint a kezelésre jelentkező összes kliens körülbelül egyharmada elsődleges amfetaminhasználat miatt jelentkezik; Írországból, Hollandiából, az Egyesült Királyságból és Franciaországból pedig a kezelést megkezdő páciensek 1–5%-a elsődleges ecstasyhasználat miatt jelentkezik⁽⁸⁰⁾.

Az elsődleges amfetamin- és ecstasyhasználat miatt kezelésre jelentkező új kliensek aránya Görögország és Svédország kivételével minden országban meghaladja az említett kábítószerrel kezelt összes kliens arányát⁽⁸¹⁾. Bár több magyarázat is elképzelhető, ez összhangban van a tendenciákra vonatkozó adatokkal: 1999-től 2005-ig az elsődleges amfetamin- és ecstasyhasználat miatti első kezelési igények száma több mint 3000-ról, 6500-ról 10 000-re nőtt⁽⁸²⁾.

A kokaintól eltérő serkentőszerek használata miatt kezelésre jelentkező kliensek átlagosan 27 évesek (az első alkalommal kezelteteket tekintve 26 évesek), és átlagosan 19 éves korukban használták először a kábítószerrel⁽⁸³⁾. Az ecstasyhasználók kliensek a kannabiszhasználók mellett a kábítószerrel kezelésre jelentkezők legfiatalabb csoportját képezik. Hollandiában az ecstasy miatt kezelt kliensek körében jelentették a nők legmagasabb arányát a kezelésben részt vevő populációban. A nők aránya az amfetamin miatt kezelt kliensek körében magasabb, mint más kábítószerrel használóknál, és ezen belül a legfiatalabb korcsoportban tapasztalták a női járóbeteg kliensek legmagasabb arányát⁽⁸⁴⁾.

Az amfetaminokat használó kliensek a kábítószerrel rendszerint más anyagokkal, főként kannabisszal és alkohollal együtt fogyasztják, és néhány országban az intravénás használatról szóló beszámolók is gyakoriak⁽⁸⁵⁾. Csehországból érdekes földrajzi változatosságról számoltak be: a használók száma a fővároson kívül nagyobb, hasonlóan az USA-ból származó jelentésekhez, amelyek szerint a nagyvárosi területeken kívül magasabb a metamfetamin- és amfetaminhasználat miatti beutalási arány (Dasis, 2006).

A rekreációs körülmények közötti kábítószer-használatra adott válaszok

Drogprevenációs tevékenységek

A prevencióval szembeni hozzáállásban általában véve megfigyelhető az a változás, hogy egyre inkább elismerik, hogy az életmódbeli tényezők milyen meghatározó szerepet játszanak a kábítószer-használattal kapcsolatos attitűd kialakításában, és ezzel párhuzamosan felismerték annak

fontosságát, hogy megkérdőjelezzék azt a meggyőződést, miszerint a kábítószer-fogyasztás normális vagy elfogadható viselkedés. Ez a fajta hozzáállás különösen a kábítószer-szedéssel kulturálisan összekapcsolódó körülmények között végzett prevenciók munka szempontjából fontos. A kábítószer-használat magas előfordulási aránya egyes rekreációs helyszíneken – klubokban, bárókban, táncos rendezvényeken – azt jelenti, hogy ezek a helyszínek megfelelő célpontot biztosítanak a kábítószer iránti keresletet csökkentő kezdeményezések számára. A rekreációs körülmények közötti prevenciók tevékenységei továbbfejlesztése az EU kábítószerügyi cselekvési tervében (2005–08) is szerepel.

Az egyik módszer olyan tájékoztató anyagok összeállítása, amelyek prevenciók és olykor ártalomcsökkentési üzenetet is hordoznak a rekreációs helyszíneken. Ezeket az anyagokat általában felhasználóbarát, a célcsoport ifjúsági kultúráját tükröző stílusban állítják össze, és időnként mobil megkereső csoportok közreműködésével terjesztik. Annak érdekében, hogy a fiatalokkal párbeszédet tudjanak kezdeni, a megkereső csoportok rendszerint nem elítélően állnak hozzájuk, és bár kimondják, hogy a legbiztonságosabb megoldás a kábítószerrel teljes mellőzése, esetenként ártalomcsökkentési tanácsadással is szolgálhatnak (Belgium, Csehország, Portugália, Ausztria).

Az egyének tájékoztatására és a kábítószer-fogyasztásról való lebeszélésére irányuló válaszok mellett egyre több tagállamban dolgoznak ki módszereket a rekreációs helyszínek jobb szabályozására. A módszerek némelyike, köztük a kifejezetten drogmentes események szervezése azt a közkeletű meggyőződést próbálta megváltoztatni, hogy a kábítószer megkönnyíti a kapcsolódást. Egyre több országban látható (Belgium, Dánia, Írország, Olaszország, Litvánia, Hollandia, Svédország, Egyesült Királyság, Norvégia), hogy a települési önkormányzatok igyekeznek szorosabb kapcsolatba kerülni a szórakoztatóiparral, és különféle módszereket dolgoznak ki a kábítószerrel hozzáférhetőségének korlátozása és a zenés-táncos és egyéb szórakozóhelyeken előforduló egészségügyi kockázatok csökkentése érdekében. Például az Egyesült Királyságban kidolgozott biztonságos partikalauzhoz⁽⁸⁶⁾ hasonló útmutatókat most már több országban is készítenek.

Az ecstasy, az amfetamin és a pszichotróp anyagok használatára adott válaszok közül a leggyakoribbak közé tartoznak a célzott nyilvános tájékoztató kampányok, illetve az egyre nagyobb szerephez jutó internetes oldalak. A megelőzési stratégiák az internet segítségével alacsony

⁽⁸⁰⁾ Lásd a TDI-5. (ii. rész) táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸¹⁾ Lásd a TDI-4. (ii. rész) és TDI-5. (ii. rész) táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸²⁾ Lásd a TDI-1. (ii. rész) ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸³⁾ Lásd a TDI-10., TDI-11. és TDI-102–TDI-109. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸⁴⁾ Lásd a TDI-21. és TDI-25. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸⁵⁾ Lásd a TDI-4., TDI-5. (ii. rész), TDI-24., TDI-116. és TDI-117. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸⁶⁾ Lásd a rekreációs körülmények közötti kábítószer-használatról szóló, 2006-os kiválasztott témakört.

küszöbű elérhetőséget nyújtanak azoknak a fiataloknak, akik ecstasyt, amfetamint vagy más pszichotróp anyagokat fogyasztanak vagy esetleg még csak érdeklődnek ezek iránt. Az internetes oldalakon keresztül biztosított tájékoztatás és megelőzés sok tagállamban azt a célt is szolgálja, hogy segítsen a fiataloknak kritikusabban látni saját fogyasztói viselkedésüket. Ezek a honlapok tanácsokat adnak, például a „bölcös” szórakozás, a biztonságos szex, a közúti kockázatok, az egészséges diéták, a partiturizmus és a jogi kérdések témakörében (Belgium) ⁽⁸⁷⁾.

Gyógykezelés

Az ecstasy, az amfetamin és más pszichotróp kábítószeresek használói számára a kezelési szolgáltatásokat általában a problémás kábítószer-használókat kezelő központok, illetve a kokain és más serkentőszerek használóira specializálódott kezelő szolgálatok révén biztosítják. Az EU-ban működő, kábítószer miatti kezelést nyújtó szolgálatokról szóló bővebb információért lásd a 2. fejezetet és az 5. fejezetet.

⁽⁸⁷⁾ Ezek némelyikének linkje itt megtalálható: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>.



5. fejezet

Kokain és crack kokain

A kokainfogyasztás növekedése folytán a kábítószer használata az európai drogpolitika egyik fontos ügyévé vált. A kérdés fontosságát felismerve a kokainhasználat mintáival a kokainról szóló 2007-es kiválasztott témakör részletesen foglalkozik.

Kínálat és elérhetőség ⁽⁸⁸⁾

Termelés és kereskedelem

A kannabisz után a kokain a második legtöbbet forgalmazott tiltott kábítószer a világon. A kokain globális lefoglalásai 2005-ben tovább nőttek, így mára elérték az összesen 756 tonnát. Kábítószerből a legnagyobb mennyiséget Dél-Amerikában, utána pedig Észak-Amerikában foglalták le.

A tiltott koka legnagyobb forrása a világon továbbra is Kolumbia, nyomában Peruval és Bolíviával (UNODC, 2007). Az Európában lefoglalt kokain legnagyobb része Dél-Amerikából érkezik, vagy közvetlenül, vagy Közép-Amerikán, a Karib-térségen és Nyugat-Afrikán keresztül.

A fő európai belépési hely változatlanul az Ibériai-félsziget, ezen belül Portugália láthatólag egyre fontosabb szerepet tölt be. A kokaint közvetlenül is importálják a többi országba, közülük továbbra is Hollandia a fő belépési pont. A kábítószer elosztása szempontjából Spanyolország és Hollandia egyaránt fontos terjesztési központnak számít. Több más ország, köztük Belgium, Németország, Franciaország és az Egyesült Királyság is beszámolt Európán kívülről érkező, import szállítmányokról, és az elosztásban is elképzelhető az alternatív útvonalak kialakulása: például Kelet- és Közép-Európán keresztül fokozott aktivitást jeleztek, és mind az EU-t, mind a szomszédos országokat másodlagos tranzitállomásként említik.

Lefoglalások

2005-ben Európában becslések szerint 70 000 kokainlefoglalás történt, összesen 107 tonnányi mennyiségben. A legtöbb kokainlefoglalást továbbra is a nyugat-európai országokból jelentették, különösen

Spanyolországból, amely az Európában történt kokainlefoglalások számának és mennyiségének körülbelül feléért felelt ⁽⁸⁹⁾. A 2000–2005 közötti időszakban a kokainlefoglalások száma és mennyisége európai szinten összességében nőtt ⁽⁹⁰⁾. Ez elsősorban a Spanyolországban és Portugáliában észlelt jelentős növekedéseknek tulajdonítható: Portugália 2005-ben Hollandiát megelőzve Spanyolország után a második helyre lépett elő a legnagyobb kokainlefoglalásokkal rendelkező országok sorában.

Ár és tisztaság

2005-ben a kokain átlagos vagy jellemző kiskereskedelmi ára Európán belül nagy különbségeket mutatva a grammonkénti 45 EUR és 120 EUR között mozgott, de a legtöbb országból 50–80 EUR/gramm közötti árat jelentettek ⁽⁹¹⁾. A kokain infláció mértékének megfelelően kiigazított középára a 2000–2005 közötti időszak során összességében lefelé mutató tendenciát jelzett az elegendő adatot közlő 19 ország többségében.

A kokain átlagos vagy jellemző tisztasága felhasználói szinten 2005-ben 20% és 78% között mozgott, de az országok többsége a 30–60% közötti tartományba eső értékeket jelentett ⁽⁹²⁾. A 2000–2005-ös időszakról rendelkezésre álló adatok összességében a kokain átlagos tisztaságának visszaesését jelzik a 21 jelentéstevő ország többségében.

A kokainhasználat előfordulása és mintái

A kokain mára a kannabisz után a második legáltalánosabban használt tiltott kábítószerrel lépett elő sok EU-tagállamban, illetve az EU egészében. Az EU-ban és Norvégiában készített közelmúltbeli lakossági felmérések alapján úgy becsülik, hogy több mint 12 millió európai használta már legalább egy alkalommal a kokaint (életprevalencia), ami az összes felnőtt közel 4%-át jelenti ⁽⁹³⁾. A bejelentett kipróbálásra vonatkozó országos adatok 0,2% és 7,3% között vannak, ezen belül három ország közül 5%-ot meghaladó értékeket (Spanyolország, Olaszország, Egyesült Királyság) ⁽⁹⁴⁾.

⁽⁸⁸⁾ Lásd „A lefoglalások és egyéb piaci adatok értelmezése”, 37. o.

⁽⁸⁹⁾ Ezt majd össze kell vetni a hiányzó 2005-ös adatokkal, amikor már rendelkezésre állnak. A becslések céljából a hiányzó 2005-ös adatokat a 2004-esekkel helyettesítették.

⁽⁹⁰⁾ Lásd a SZR-9. és a SZR-10. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹¹⁾ Lásd a PPP-3. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹²⁾ Lásd a PPP-7. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹³⁾ A számítási módszert lásd a 30. lábjegyzetben.

⁽⁹⁴⁾ Lásd a GPS-8. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Az elmúlt évi kokainhasználatról legalább 4,5 millió európai számolt be (átlagosan 1,3%). Az elmúlt évi kokainhasználat a görögországi 0,1% és a Spanyolországban mért 3,0% között mozog, de Olaszország és az Egyesült Királyság is 2% feletti előfordulási arányokat közölt ⁽⁹⁵⁾. A felmérések alapján úgy becsülhető, hogy az elmúlt hónapban 2 millió európai (átlagosan 0,6%) használt kokaint ⁽⁹⁶⁾.

A többi tiltott kábítószerhez hasonlóan a kokainhasználat is a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében koncentrálódik. A fiatal európai felnőttek közül körülbelül 7,5 millióan használtak már kokaint életük során legalább egyszer (átlagosan 5,3%), ezen belül öt ország számolt be 5%-os vagy ennél magasabb előfordulási arányról (Németország, Olaszország, Dánia, Spanyolország, Egyesült Királyság) ⁽⁹⁷⁾. A rövidebb referencia-időszakokra vonatkoztatott kokainhasználat ⁽⁹⁸⁾ becslései azt jelzik, hogy az elmúlt évben kokaint használó 3,5 millió (2,4%) fiatal felnőtt közül 1,5 millió (1%) az elmúlt hónapban is használta a kábítószer.

A diákok körében a kokainhasználat előfordulási aránya összességében jóval alacsonyabb, mint a kannabiszhasználaté. A legtöbb országban a 15–16 éves diákok körében a kokain kipróbálási szintű előfordulása legfeljebb 2%, csak Spanyolországban és az Egyesült Királyságban éri el a 6%-ot ⁽⁹⁹⁾. A 17–18 éves diákokról 16 országból rendelkezésre álló adatok az idősebb korcsoportban a kokainhasználat kipróbálásának lényegesen magasabb becsült előfordulását mutatják Spanyolországban, ennek ellenére a benyújtott előzetes országadatok aktuálisan visszacsúszást tükröznek ⁽¹⁰⁰⁾. A többi 15 ország többségében az előfordulás magasabb ugyan az idősebb diákok körében, de a különbség kevésbé szembetűnő. Meg kell jegyezni viszont, hogy az elmúlt évi és az elmúlt havi kokainhasználat előfordulásának szintje jóval alacsonyabb.

Bár a kokainhasználat nem korlátozódik egyes társadalmi csoportokra, a társadalmilag integrált fiatal felnőttek körében, rekreációs körülmények között magasabb szinteket érhet el az általános lakossági felmérésekben tapasztaltaknál. A több európai országban, különböző zenés-táncos szórakozóhelyeken végzett felmérések 10% és 75% közötti kipróbálási arányt mutattak a kokainhasználat esetében ⁽¹⁰¹⁾.

A kokainhasználati minták a különböző használói csoportokban igen eltérőek. A társadalmilag integrált kokainhasználók körében az anyagot általában szippantják. Sokan emellett más anyagokat, például alkoholt, dohányt, kannabiszt és a kokaintól eltérő serkentőszereket is használnak ⁽¹⁰²⁾, és ez a fajta polidrogfogyasztás fokozott egészségügyi kockázatokat eredményezhet.

A crack használata Európában összességében ritka, leginkább egyes városok marginalizálódott, kirekesztett részpopulációiban koncentrálódik. A kokainszívók mindazonáltal a kezelési igények tekintélyes hányadát képviselik, még ha kisebbségben is vannak. Azok között, akik más kábítószerrel nem használnak intravénásan, a kokain injekciós beadása nem tűnik gyakorinak, még a kezelésben részt vevő klienseknél sem (lásd alább). Ugyanakkor egyre több jelentés érkezik olyan intravénás heroinhasználókról, akik kokaint is injekciónak, illetve a kokain és heroin keverékét adják be.

A problémás kokainhasználatra vonatkozó becslések ⁽¹⁰³⁾ csak három ország esetében állnak rendelkezésre (Spanyolország, Olaszország, Egyesült Királyság). Az ezekben az országokban kapott becslések az 1000 felnőtt (15–64 éves) lakosra jutó problémás kokainhasználók számát 3–6 főre teszik ⁽¹⁰⁴⁾.

A kokainhasználat tendenciái

A legfrissebb adatok nem igazolják fiatal felnőttek körében a kokainhasználat stabilizálódására utaló, a 2006-os éves jelentésben említett jeleket. A 15–34 éves korcsoportban az elmúlt évi kokainhasználat előfordulásának növekedését tapasztalták mindegyik, friss felmérési adatokat közlő országban, bár Spanyolországban és az Egyesült Királyságban (Anglia és Wales), azaz a legmagasabb előfordulási arányokkal rendelkező tagállamokban elképzelhető egyfajta kiegyenlítődés. Olaszországból és Dániából ugyancsak jelentős növekedésről számoltak be (7. ábra).

A hosszabb idősorokkal és felbecsülhető előfordulási rátákkal rendelkező országok adatainak elemzése segítségével a népesség alcsoportjaiban zajló tendenciák is tetten érhetők. Az előfordulás Spanyolországban és az Egyesült Királyságban a férfiak körében általában nagyobb mértékben növekedett, mint a nőknél. Spanyolországban az elmúlt évi kokainhasználat 2001 óta észlelt növekedése annak tulajdonítható, hogy a 15–24 éves korcsoportban – és nem a 15–34 éves korcsoport egészében – a használat szintje emelkedett.

Néhány európai ország esetében felvetődött, hogy a kokain mintha más serkentőszerek helyét is átvinné ⁽¹⁰⁵⁾. A zenés-táncos szórakozóhelyeket látogató fiatalok körében végzett felmérések adataival azonban óvatosan kell bánni, tekintettel a minta erősen megválogatott jellegére. Mindazonáltal egyfajta betekintést adhatnak a rendszeres

⁽⁹⁵⁾ Lásd a GPS-10. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹⁶⁾ Lásd a GPS-12. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹⁷⁾ Lásd a GPS-9. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹⁸⁾ Lásd a GPS-11. és GPS-13. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹⁹⁾ Lásd az EYE-3. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁰⁰⁾ Lásd az EYE-2. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁰¹⁾ Lásd a rekreációs körülmények közötti kábítószer-használatról szóló, 2006-os kiválasztott témakört.

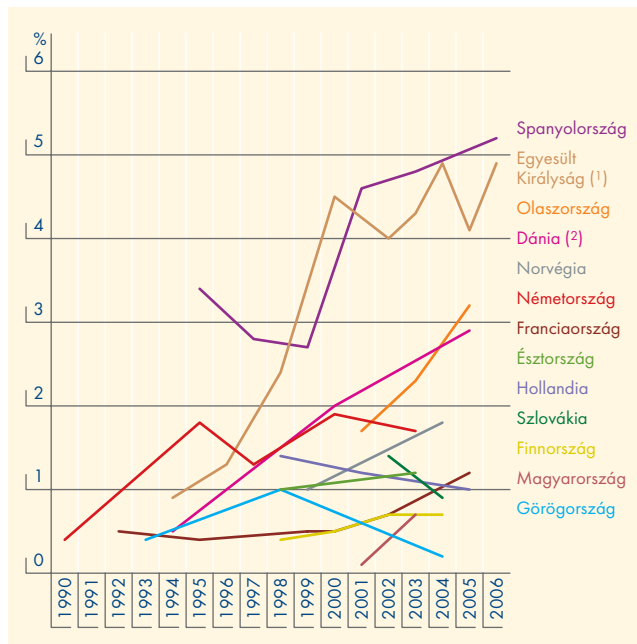
⁽¹⁰²⁾ Lásd a 15. ábrát a 2006-os éves jelentésben.

⁽¹⁰³⁾ Ez definíció szerint a tartós és/vagy rendszeres és/vagy intravénás kokainhasználatot jelenti.

⁽¹⁰⁴⁾ Lásd a PDU-2. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben és a kokainról szóló, 2007-es kiválasztott témakört.

⁽¹⁰⁵⁾ Lásd e jelentés 4. fejezetét.

7. ábra: A kokainhasználat elmúlt évi előfordulásának tendenciái a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében



(1) Anglia és Wales.

(2) Dániában az 1994-re vonatkozó érték a „kemény drogoknak” felel meg.

Megjegyzés: Az adatok a bejelentés idején az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származnak. További információért lásd a GPS-4. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox-országjelentések (2006), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

drogfogyasztók viselkedésébe, a Hollandiában végzett vizsgálatok pedig azt jelezték, hogy néhány településen a szórakozóhelyek látogatói körében a kokain már átvette a vezetést az ecstasytól mint a leggyakrabban használt serkentőszertől, és az elfogadottsága egyes csoportokban egyre nő.

Kokain: a gyógykezelési igényekre vonatkozó adatok

Európában az opioidok és a kannabisz után a kokain a leggyakrabban megnevezett kábítószer a drog miatt gyógykezelésre jelentkezők beszámolójában. 2005-ben a kokain mint elsődleges kábítószer miatt hozzávetőlegesen 48 000 kezelési igényt jelentettek be, ami az EU egészét tekintve a bejelentett gyógykezelési igények körülbelül 13%-át jelenti⁽¹⁰⁶⁾; rajtuk kívül az összes járóbeteg kliens kb. 15%-a nevezte meg a kokaint másodiklag kábítószerként⁽¹⁰⁷⁾. Ez az összefoglaló számadat ugyanakkor az országok között nagy különbségeket takar: a legtöbb országban a gyógykezelés kliensei között a kokainhasználók százalékos aránya viszonylag alacsony, ezzel szemben

Hollandia (35%) és Spanyolország (2004-ben 42%) jelentése szerint a kokainhasználók nagy arányban fordulnak elő a kezelésre járó kliensek között. A kezelésre újonnan jelentkezők között magasabb a kokainhasználók kliensek aránya: az összes új kezelési igényt tekintve összességében körülbelül 22%-ról (33 000 személy, 22 ország alapján) költöztek, hogy kapcsolódik a kokainhoz.

A kokainhasználat miatt kezelést kérő kliensek számában tovább folytatódott a korábbi években megfigyelt növekvő tendencia. 1999 és 2005 között a kokainhasználat miatt kezelést igénylő új kliensek aránya az összes új kábítószer-használó kliens 11%-áról 24%-ára nőtt, a bejelentett esetek száma pedig 13 000-ról 33 000-re emelkedett⁽¹⁰⁸⁾. A kábítószer-kezelési igények alakulását a kokainról szóló 2007-es kiválasztott témakör részletesebben elemzi.

Az elsődleges kokainhasználat miatt kezelésre jelentkező kábítószer-használókra vonatkozó európai adatok többnyire a kokainporhoz kapcsolódnak (85%), csak 15%-uk köthető a crack kokainhoz, a kokainfüggőség kezelése pedig a jelentések szerint szinte kizárólag a járóbeteg-ellátó központokban történik (94%)⁽¹⁰⁹⁾. Meg kell jegyezni azonban, hogy a fekvőbeteg-ellátó központokban és a háziorvosi praxisban nyújtott kokainelvonó kezelés iránti igényekről nincsenek teljes körű adatok.

A járóbeteg-ellátó központokban jelentkező kokainhasználók kliensek a jelentések szerint az opioidhasználók után a kábítószer-használó kliensek második legidősebb csoportját alkotják, 31 éves átlagéletkorral⁽¹¹⁰⁾. A kliensek túlnyomórészt férfiak: a kábítószer-használó kliensek típusait tekintve itt méri az egyik legmagasabb férfi–nő arányt (az összes kliens esetében egy nőre majdnem öt férfi jut, az új klienseket nézve pedig hat)⁽¹¹¹⁾. A járóbeteg-kezelésen részt vevő kokainhasználók többsége 15–24 éves kora között kezdte használni a kábítószer⁽¹¹²⁾.

A kokainfüggőség kezelése

A problémás kokain- és crackhasználók részére biztosított speciális válaszok Európában egyelőre korlátozottak, a bejelentett, kokain miatti kezelések többségéért pedig – amint már a fentiekben megjegyeztük – jelenleg Spanyolország és Hollandia felelős. A jelentős kokainhasználó populációval rendelkező országok azonban egyre nagyobb érdeklődést mutatnak a speciális szolgáltatások iránt. Nem meglepő, hogy az alacsony előfordulási arányokkal rendelkező országokból egyáltalán nem számoltak be arról, hogy a kokainfüggőséget kezelő szolgáltatások külön politikai prioritásnak minősüljenek. Az opioidkezeléssel ellentétben, amelynek célcsoportja viszonylag homogén, a kokain miatti kezelésnek Európában azzal is meg kell küzdenie, hogy a beavatkozásokkal

⁽¹⁰⁶⁾ Lásd a TDI-2. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁰⁷⁾ Lásd a TDI-22. (i. rész) táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁰⁸⁾ Lásd a TDI-1. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁰⁹⁾ Lásd a TDI-24. és TDI-115. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹¹⁰⁾ Lásd a TDI-10. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹¹¹⁾ Lásd a TDI-21. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹¹²⁾ Lásd a TDI-11. (i. rész)–(iv. rész) táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

a használók szélesebb körét kell megcélozni. Az elsődleges kokainhasználók körében – a járóbeteg kliensek elmondása szerint – a fő beadási mód a szippantás, ezt követi az elszívás vagy a belelegzés, és a kliensek közül csak viszonylag kevesen (10%-nál kevesebben) adják be intravénásan a kábítószeret. A kezelésre újonnan jelentkező kliensek között az intravénás használók aránya még alacsonyabb (5%)⁽¹¹³⁾. A kokainhasználók kliensek kb. 16%-a nyilatkozott úgy, hogy a kokaint opioidokkal együtt használja, és néhány országban sok, opioidproblémákkal kezelt kliensnél tapasztaltak – legalábbis alkalmi – kokainhasználatot.

A kezelőszolgálatoknak ezért rendszerint három, jól körülírható populációról kell gondoskodniuk: az első csoportba tartoznak a társadalmilag integráltabb kokainhasználók, akiknél esetenként a rendszeres „rekreációs” polidroghasználat is előfordul, az alkoholt is beleértve; a második csoport tagjai az opioidproblémákkal is küzdő kokainhasználók; a harmadik csoport pedig a kifejezetten marginalizálódott, problémás crack kokain használókból áll.

A három csoport igényei valószínűleg különbözőek, és ez a szolgáltatók részéről is eltérő hozzáállást kíván. Európában a bejelentett, kokain miatti kezelések többsége járóbeteg-gondozó intézményeknél zajlik, amelyek sok esetben az opioidhasználók igényeire koncentrálnak. Kérdés, hogy az ilyen szolgáltatások mennyiben jelentenek vonzó alternatívát a viszonylag jól integrált kokainhasználók számára, akik a kábítószer rekreációs használata folytán váltak problémássá. E csoport egy része valószínűleg inkább vagy az általános egészségügyi szolgáltatók, például a háziorvosok vagy tanácsadók révén, vagy – ha megteheti – speciális magánklinikákon keresztül kér segítséget.

Az opioidfüggőség kezelésével ellentétben a kokainhasználók kezelésére csak korlátozott mértékben van gyógyszeres lehetőség, bár a kapcsolódó tünetek enyhítésében a gyógyszerek is segíthetnek. Jelenleg nincs olyan gyógyszerhatóanyag, amely segítené a kokainhasználókat a kokainmegvonás elérésében vagy kezelésében, de a jövőben elképzelhetők ilyen alternatívák. Európában ezért a pszichoszociális beavatkozások biztosítására helyezik a hangsúlyt, amelyek többnyire a kognitív viselkedési megközelítéseken alapulnak. A kokain miatti kezelési lehetőségek részletes, alapos áttekintése megtalálható a kokainról szóló 2007-es kiválasztott témakörben és az EMCDDA egyik szakirodalmi összefoglalójában (EMCDDA, 2007b).

A crackkokain-problémák alacsony európai előfordulása és földrajzilag erősen behatárolt jellege miatt a kábítószer-használók e csoportjának igényeire adott válaszok terén még kevesebb a tapasztalat. A crack kokain problémák terén szerzett amerikai tapasztalatok alapján nagy mennyiségű szakirodalom áll rendelkezésre, de egyelőre nem világos, hogy ez az európai közegre mennyiben alkalmazható közvetlenül. Az Egyesült Királyság,

amely más európai országokhoz képest a problémás crackhasználat viszonylag magas előfordulásáról számolt be, szakembereknek szóló útmutatót készített, amelyben azt javasolja, hogy a crack miatti kezelést az absztinenciát és az ártalomcsökkentő intézkedéseket egyaránt tartalmazó, strukturált kezelési program keretében kellene biztosítani (NTA, 2002). Az Egyesült Királyságban nyújtott szolgáltatásokról készült közelmúltbeli értékelés a bentlakásos intézményekben kezelt crackkokain-használók kliensek köréből is pozitív eredményekről számolt be (Weaver, 2007).

Kockázat és ártalomcsökkentés

A rekreációs kokainhasználókat nemcsak a kábítószer-függőség kialakulásának veszélye fenyegeti, hanem a kokainhasználat kölcsönhatása is, más kábítószerekkel vagy az egyidejűleg meglévő szív- és érrendszeri problémákkal. A legtöbb európai ország arról számolt be, hogy a kokainhasználók különféle információforrásokon, például weboldalon, segélyvonalakon és más médiumokon keresztül tájékozódhatnak a kokainról és a használatával járó kockázatokról. Érdemes megjegyezni, hogy a Drogsegélyvonalak Európai Alapítványa 2005 és 2006 folyamán a kokainnal kapcsolatos hívások számának növekedését tapasztalta⁽¹¹⁴⁾.

A kokainhasználat a kockázatos szexuális aktivitással, illetve a szexiparban való részvétellel is összekapcsolódhat. A vizsgálatok szerint a crack kokaint használó nők különösen sérülékenyek lehetnek, és pénzért vagy kábítószerért kockázatos szexuális magatartásokra is vállalkozhatnak, ezért néhány országban az ártalomcsökkentő és megkereső programok külön foglalkoznak a szexmunkásokkal, törekedve mind a szexuális, mind a kábítószer-fogyasztási kockázati viselkedés kezelésére.

Bár a crackkokain-használók száma alacsony, a problémák szempontjából különösen nagy veszélyeknek vannak kitéve, és gyakran nehéz őket bevonni a kezelésbe vagy más szolgáltatásokba. Néhány olyan városban, ahol a crackkokain-probléma komoly méreteket ölt, az ártalomcsökkentő programok megkeresés, válságkezelés, az akut orvosi problémák kezelése, illetve a szervezett szolgáltatókhoz való beutalás révén próbáltak beavatkozni. Bécsben például a járóbeteg-ellátó szolgáltatókon keresztül olyan helyiségeket biztosítanak, ahol a gyakran szorongástól szenvedő kokain- és crackhasználók biztonságban lehetnek, alapvető egészségügyi ellátást, illetve az egyéb szolgáltatókhoz szóló beutalót is kaphatnak. Azokban az országokban, ahol az intravénás kábítószer-használóknak a fogyasztáshoz helyiségeket biztosítanak, ezt a fajta szolgáltatást olykor a crackkokain-használókra is kiterjesztik. Németországban például Frankfurtban és Hamburgban is külön létesítmények fogadják a crackszívókat.

Az intravénáskokain-használóknak szóló ártalomcsökkentő módszerek általában nem különböznek a többi intravénás

⁽¹¹³⁾ Lásd a TDI-17. (ii. rész) és (vi. rész) és a TDI-1 10. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹¹⁴⁾ <http://www.fesat.org/>

használó részére biztosítottaktól (lásd a 8. fejezetet), bár néhány vizsgálat azt jelezte, hogy a serkentőszerek használói többet injekciónak, ezáltal potenciálisan nagyobb

kockázatnak vannak kitéve. A crack kokain injekciózása emellett külön kockázatokkal jár, ha nincs megfelelően elkészítve.

Egyre fontosabb közegészségügyi kérdés a kokain és a crack kokain – az EMCDDA 2007-es kiválasztott témaköreiben

Az elmúlt években több jel is utalt arra, hogy a kokainhasználat egyre nagyobb problémát jelent Európában. Ez a kiválasztott témakör azt mutatja be, hogy – néhány európai országban – a kokain használata, a kokain miatti kezelési igények és a kábítószer lefoglalásai egyaránt határozottan nőttek. Ezzel párhuzamosan azt is vizsgálták, hogy a kokainhasználat mennyiben képes nagyarányú közegészségügyi hatást

elérni. Külön figyelmet fordítottak a kokain egészségügyi következményeire, amelyeket a meglévő bejelentési rendszerekben sokszor nem ismernek fel kellőképpen. A kiválasztott témakör részletesen foglalkozik a kokaintól és a crack kokaintól való függőség hatékony kezelésével kapcsolatos kihívásokkal, amely különösen nehéz feladatnak bizonyult, nem utolsósorban a kokainhasználók típusainak sokfélesége és igényeik különbözősége okán.

Ez a kiválasztott témakör nyomtatott formában és az interneten (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) csak angolul érhető el.



6. fejezet

Opioidhasználat és intravénás kábítószer-használat

A heroinkínálat és elérhetősége ⁽¹¹⁵⁾

Az importált heroint Európában hagyományosan két formában használják: az egyik az általában elérhető barna heroin (a heroin bázikus formája), többnyire Afganisztánból, a másik a kevésbé általános és drágább fehér heroin (só forma), amely jellemzően Délkelet-Ázsiából származik – bár a kábítószernek ez a formája egyre ritkábban fordul elő. Kis mennyiségben Európán belül is készítenek opioid kábítószereket, de ez 2005-ben főleg házi mákkészítmények (pl. mákszalma, mákkoncentrátum az őrölt mákgubókból vagy mákszárakból) szerény keretek között történő előállítására korlátozódott, néhány kelet-európai országban (Lettország, Litvánia, Lengyelország).

Termelés és kereskedelem

Az Európában fogyasztott heroint elsősorban Afganisztánban állítják elő, amely a tiltott ópium-előállítás tekintetében változatlanul világszerte, másodsorban pedig Mianmarban. 2006-ban becslések szerint körülbelül 66 10 tonnát állítottak elő, ennek 92%-át Afganisztánban. Ez a 2005-ös becsléshez képest 43%-os növekedést jelent, ami a megművelt földterület jelentős növeléséből ered. A globális potenciális herointermelést 2006-ban 606 tonnára becsülték, a 2005-ös 472 tonnához képest tehát ez is nőtt (UNODC, 2007). Az opioidlefogalások és a felszámolt laboratóriumok alapján arra lehet következtetni, hogy az Afganisztánban előállított ópiumot egyre gyakrabban morfinná vagy heroinná alakítják, még mielőtt exportra kerülne (CND, 2007).

A heroin Európába két fő kereskedelmi útvonalon keresztül lép be. A történetileg fontos, egyben a legrövidebb 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, Olaszországon, Szerbián, Montenegrón és Bosznia-Hercegovinán keresztül, valamint egy északi ágra Bulgárián, Románián, Magyarországon, Ausztrián, Németországon és Hollandián át; ez utóbbi a többi nyugat-európai ország felé tölti be a másodlagos elosztó központ szerepét. Az 1990-es évek közepe óta a heroint egyre inkább a „Selyemúton” csempézik be Európába, a közép-ázsiai köztársaságokon, a Kaszpi-tengeren és az Orosz

Föderáción, Fehéroroszországon vagy Ukrajnán keresztül Észtországba, Lettországba, az északi országok némelyikébe, Németországba és Bulgáriába. Bár ezek az útvonalak a legfontosabbak, az Arab-félsziget országai (Omán, Egyesült Arab Emírségek) ugyancsak tranzitországgá váltak a Délnyugat- és Délkelet-Ázsiából érkező heroinszállítmányok számára (INCB, 2006), amelyek egy részét ezután Kelet-Afrikán (Etiópia, Kenya, Mauritius) keresztül, illetve olykor Nyugat-Afrikán (Nigéria) keresztül csempézik tovább, és innen szállítják át Európa és kisebb mértékben Észak-Amerika tiltott piacaira (INCB, 2007a). Egyes jelentések szerint a Délnyugat-Ázsiából származó heroint Dél- és Kelet-Ázsia országain (India, Banglades, Srí Lanka, Kína) keresztül is szokták Európába csempézn.

Lefoglalások

2005-ben a világon összesen 342 tonna ópiumot, 32 tonna morfin és 58 tonna heroint foglaltak le. A világszerte lefoglalt heroinból a legnagyobb mennyiségért (54%) változatlanul Ázsia (Kína, Afganisztán, Irán, Pakisztán) felelt, Európával a második helyen (38%) (UNODC, 2007).

2005-ben az EU-tagállamokban, a tagjelölt országokban és Norvégiában becslések szerint 52 000 lefoglalással körülbelül 16,8 tonnányi heroint foglaltak le. A legnagyobb számú lefoglalást változatlanul az Egyesült Királyság mondhatta magáénak (a 2004-es adatok alapján), nyomában Spanyolországgal, Németországgal és Görögországgal, a legnagyobb – a 2005-ben lefoglalt össz mennyiség közel felét kitevő – mennyiséget pedig Törökországnak sikerült lefoglalnia (a sorban az Egyesült Királyság, Olaszország és Hollandia követte) ⁽¹¹⁶⁾. A heroinlefogalások 2000 és 2003 között általánosan csökkenő tendenciát mutattak, de a rendelkezésre álló adatok alapján azóta folyamatosan nőttek. A 2000–2005-ös időszakban az EU-tagállamokban lefoglalt heroin össz mennyisége egy enyhén csökkenő tendencián belül ingadozó volt, ezzel szemben ugyanebben az időszakban Törökországból nagyarányú növekedést jelentettek ⁽¹¹⁷⁾.

Ár és tisztaság

Az ár és a tisztaság tendenciáinak feltárását akadályozza a következetes adatok hiánya, ezért a becslések csak az országok szűkebb körén alapulnak ⁽¹¹⁸⁾. A legtöbb

⁽¹¹⁵⁾ Lásd „A lefogalások és egyéb piaci adatok értelmezése”, 37. o.

⁽¹¹⁶⁾ Ezt majd össze kell vetni a hiányzó 2005-ös adatokkal, amikor már rendelkezésre állnak. A becslések céljából a hiányzó 2005-ös adatokat a 2004-esekkel helyettesítették.

⁽¹¹⁷⁾ Lásd a SZR-7. és SZR-8. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹¹⁸⁾ Lásd a PPP-2. és PPP-6. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

ország azt jelentette, hogy a barna heroin átlagos vagy jellemző utcai ára a 35–80 EUR/gramm tartományban volt. 2000 és 2005 között a heroin infláció mértékének megfelelően kiigazított átlagára az összehasonlítható adatokkal rendelkező 18 ország többségében csökkenni látszott. A jelentések szerint a barna heroin átlagos körén alapulnak. A legtöbb ország azt jelentette, hogy a barna heroin átlagos vagy jellemző tisztasága utcai szinten nagyon változó volt: a legtöbb ország 15% és 50% közötti értékeket közölt, a fehér heroinnál pedig – ahol kapható – jellemzően magasabb (30–70%) értékeket adtak meg. A herointermékek átlagos tisztasága a 18 jelentéstevő ország többségében 2000 óta ingadozott.

A problémás opioidhasználat becsült előfordulása

Az e részben szereplő adatok az EMCDDA problémás kábítószer-használat (PDU) mutatójából származnak, amely főként az intravénás kábítószer-használatra és az opioidok használatára vonatkozó becsléseket tartalmazza, bár néhány országban az amfetaminhasználók is fontos összetevői⁽¹¹⁹⁾. A problémás opioidhasználók számát nehéz felbecsülni, és már az is körültekintő elemzést kíván, hogy a rendelkezésre álló adatforrásokból az előfordulásra vonatkozó becsléseket tudjunk előállítani. Ráadásul a vizsgálatok többnyire behatárolt földrajzi területet vesznek alapul, például egy várost vagy egy kerületet, ami az országos becslések elkészítéséhez szükséges statisztikai következtetéseket különösen bonyolulttá teszi.

A becsléseket tovább nehezíti, hogy a problémás kábítószer-használati minták Európán belül egyre változatosabbak. Így például a polidroghasználat a legtöbb országban egyre növekvő jelentőséggel bír, néhány olyan országból pedig, ahol a múltban az opioidproblémák (szinte kizárólag a heroinproblémák) voltak meghatározóak, most más kábítószer, például a kokain irányába történt elmozdulást jelentettek.

A problémás opioidhasználat előfordulására vonatkozó országos becslések a közelmúltban a 15–64 éves népességen belül 1 000 főre durván egy–hat esetet jeleztek. Összehasonlításképpen, a teljes PDU-előfordulást 1 000 főre egy–nyolc eset között becsülték. A megfelelően dokumentált becslések közül a legalacsonyabbak némelyike az EU új országaiból érkezett, bár ez nem mondható el Máltáról, ahonnan viszonylag magas előfordulásról számoltak be (5,8–6,7 eset/1 000 fő a 15–64 éves korcsoportban) (8. ábra).

A rendelkezésre álló korlátozott adatok alapján a problémás opioidhasználat előfordulási arányát a 15–64 éves népességen belül 1 000 főre jutó négy–öt esetre lehet levezetni. Ez konkrét számokra lefordítva mintegy 1,5 millió (1,3–1,7 millió) problémás opioidhasználót jelent az

EU-ban és Norvégiában. Ezek azonban messze nem szilárd becslések, ehhez az adatok minél szélesebb körére lenne szükség.

A problémás opioidhasználatban megfigyelhető időbeli tendenciák

A problémás opioidhasználat időbeli tendenciáinak értékelése a megbízható történeti adatok hiánya miatt összetett kérdés, ezért a tendenciák értelmezésével is óvatosan kell bánni. Néhány ország jelentései arra utalnak, hogy a problémás opioidhasználat az elmúlt években összességében mintha valamelyest stabilizálódott volna. A 2001 és 2005 közötti időszak tekintetében a problémás opioidhasználatra vonatkozó ismételt becslések adatai csak nyolc országból állnak rendelkezésre, ezek viszont viszonylag stabil képet mutatnak, csak egy országban (Ausztria) tapasztalható egyértelmű növekedés⁽¹²⁰⁾.

Annak ellenére, hogy az opioidhasználat előfordulása az összesített tendenciákat nézve általában viszonylag stabilnak tűnik, egyes jelek a heroinlefoglalások növekedésére utalnak (lásd fent), ami összefügghet a heroin jobb elérhetőségével az európai piacon, és egyre gyakrabban érkeznek jelentések a törvényes céloktól eltérített opioidok használatáról is. Olaszországban a heroinhasználat előfordulására vonatkozó becslések a kezelési igények adatai alapján – egy időszakos visszaesés után – 1998 óta emelkedést mutatnak, 2005-ben évi kb. 30 000 új heroinhasználó megjelenésével. Ausztriában ugyancsak nőtt a 25 év alattiak aránya a helyettesítő kezelésre jelentkező új kliensek között, ami arra utal, hogy egyre több fiatal tapasztal problémákat a receptre felírt opioidok eltérítésével és ellenőrizetlen használatával összefüggésben. A visszaesés időszakát követően Csehország hasonlóképpen az eltérített anyagot (ebben az esetben a buprenorfin) intravénásan használók számának növekedéséről számolt be, a Belgiumból kapott adatok pedig arra utalnak, hogy a metadon tiltott felhasználásában is növekedés történt. Franciaországban az alacsonyküszöbű szolgálatoknál nemrég végzett ellenőrzés aggályokat vetett fel a buprenorfin tiltott felhasználásával kapcsolatban, az intravénás használatot is beleértve, valamint az olyan fiatalok körében előforduló használattal kapcsolatban, akiknél a heroin helyett eleve buprenorfinnal kezdődött a problémás kábítószer-használat. Ezenkívül aggályosnak találták a fiatal, marginalizálódott intravénás használók új alcsoportjainak megjelenését is. Finnországban szintén úgy tűnik, hogy az opioidkezelésre újonnan jelentkezők körében a heroint nagyrészt felváltotta a buprenorfin, és ez az anyag túladagolások halálesetek kapcsán is egyre gyakrabban került be a jelentésekbe.

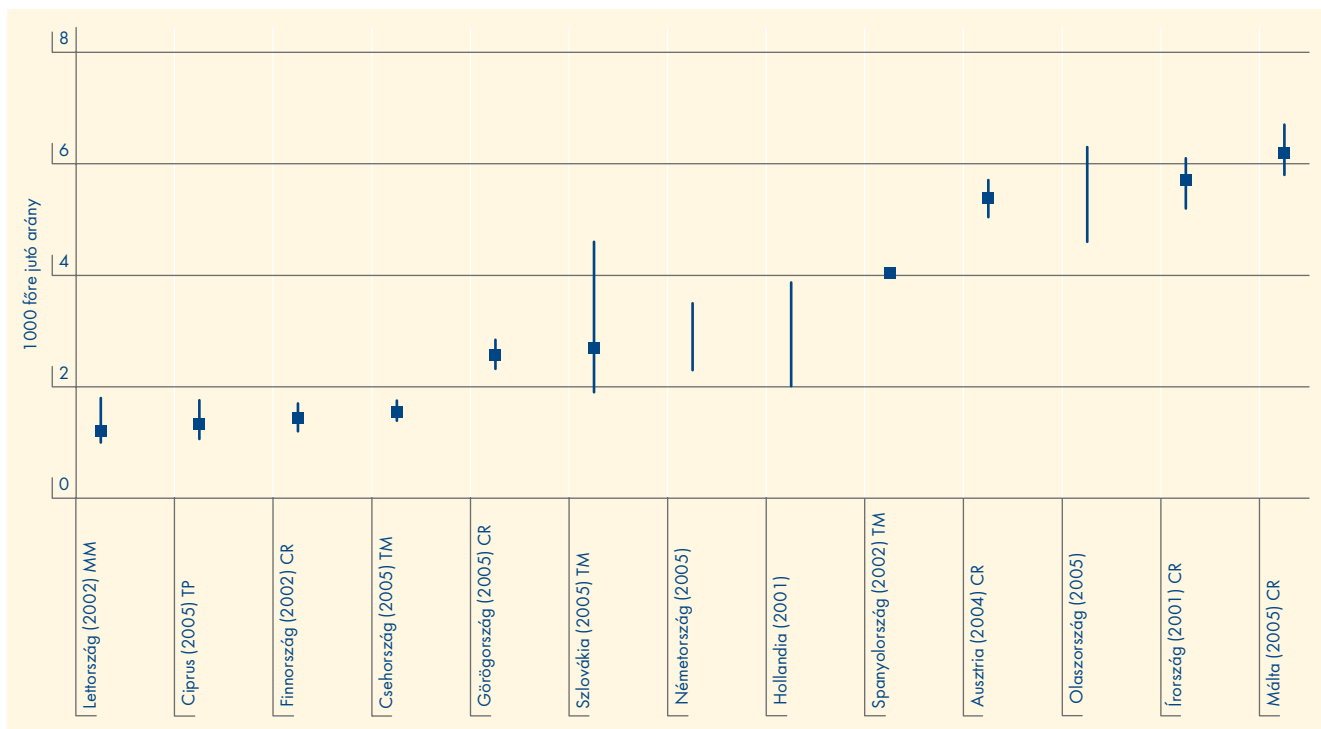
Intravénás kábítószer-használat

Az intravénás kábítószer-használókat (IDU-k) komolyan fenyegetik a kábítószer-használatból eredő

⁽¹¹⁹⁾ Bár az EMCDDA által a PDU-hoz rendelt szakmai definíció szerint ez az „intravénás kábítószer-használatot vagy a heroin, kokain és/vagy amfetaminok tartós/rendszeres használatát” jelenti, a problémás kábítószer-használatra vonatkozó becslések elsősorban mindig a heroinhasználatot tükrözték. Abból a néhány országból, ahonnan problémás amfetaminhasználatot jelentettek, jól dokumentált becslések állnak rendelkezésre. A problémás kokainhasználatról ritkán készülnek becslések, a PDU-mutató pedig e kábítószer tekintetében valószínűleg kevésbé megbízható, a néhány, magas előfordulással rendelkező ország esetét kivéve.

⁽¹²⁰⁾ Lásd a PDU-4. (ii. rész) ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

8. ábra: Becslések a problémás opioidhasználat előfordulásáról (a 15–64 éves népességben 1000 főre jutó arány), 2001–2005



Megjegyzés: A szimbólum egy becült pontot jelöl, a sáv pedig egy bizonytalansági intervallumot, amely lehet egy 95%-os bizonyossági intervallum, vagy egy érzékenységi elemzésen alapuló intervallum (részletes információért lásd a PDU-3. táblázatot). A célcsoportok a különböző módszerektől és adatforrásoktól függően kissé változhatnak, ezért csak óvatos összehasonlításokat szabad végezni. Ahol nincs feltüntetve a módszer, a megadott vonal egy intervallumot jelöl az összes meglévő becslés legalacsonyabb alsó határa és legmagasabb felső határa között. Becslési módszerek: CR = fogás-visszafogás eljárás [Capture-recapture]; TM = kezelési multiplikátor; TP = csonkolt Poisson-eloszlás; MM = halálzási multiplikátor. Bővebb információért lásd a PDU-1., PDU-2. és PDU-3. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Nemzeti fókuszpontok.

egészségügyi problémák, például a vérrel terjedő fertőzések (pl. HIV/AIDS, hepatitisz), illetve a kábítószer-túladagolás. Az intravénás kábítószer-használat közegészségügyi jelentősége ellenére jelenleg kevés ország tud becsléseket készíteni ennek mértékéről (9. ábra), ezért az európai egészségügyi megfigyelő rendszerek fejlődése szempontjából különösen fontos kihívást jelent e speciális populáció jobb megfigyelése.

Az intravénás kábítószer-használat előfordulásának közvetett becslései

Az intravénás kábítószer-használatról rendelkezésre álló becslések többsége vagy a halálos túladagolási arányokból, vagy a fertőző betegségekre (pl. a HIV-fertőzésre) vonatkozó adatokból származik. Az országok között nagy különbségek vannak: a 2001–2005 közötti időszakban az országos becslések a 15–64 éves népességben 1000 főre jutó 0,5–6 esetet adtak meg. Kivétel ez alól Észtország, ahonnan ennél jóval magasabb becült számot, 1000 főre 15 esetet jelentettek. A többi adatközlő ország közül a legmagasabb becslések Csehországból, Szlovákiából, Finnországból és az Egyesült Királyságból érkeztek, a 15–64 éves népességben 1000 főre jutó négy-öt esettel, a legalacsonyabb számokat pedig Ciprus, Magyarország és Hollandia közölte, ahol 1000 főre egynél kevesebb eset jutott.

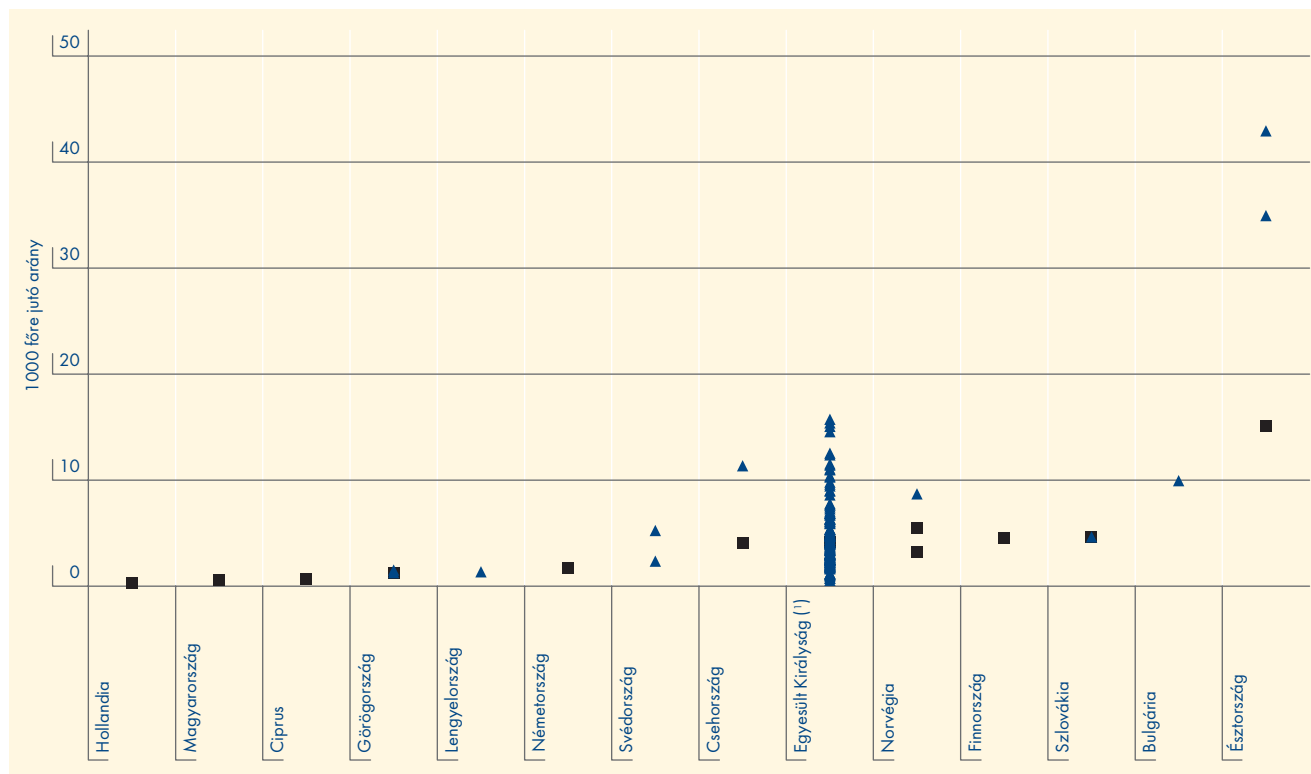
A rendelkezésre álló korlátozott adatokból levont statisztikai következtetéssel óvatosan kell bánni, ez mindenesetre azt

jelzi, hogy a felnőtt népességben belül 1000 főre átlagosan három-négy intravénás kábítószer-használó jut (jelenlegi intravénás használók). Ez azt jelentené, hogy az EU-ban és Norvégiában ma nagyjából 1,1 millió (0,9–1,3 millió) intravénás kábítószer-használó él. Elsősorban intravénás opioidhasználókról van szó, bár esetükben más kábítószeres intravénás használata is előfordulhat, és néhány országból (Csehország, Szlovákia, Finnország, Svédország) az amfetamin vagy metamfetamin széles körű intravénás használatával összefüggő problémákról is beszámoltak.

Az intravénás kábítószer-használat tendenciái a kezelési igények adatai alapján

Az adatok hiánya miatt nehéz következtetni az intravénás használat tendenciáira, bár a kezelésre jelentkező kábítószer-használók adatai némi betekintést adhatnak ebbe a viselkedési formába. Az opioidhasználók körében felmerülő kezelési igények például valamelyest leképezik a tágabb populáció használati mintáit is. Az intravénás kábítószer-használók aránya az elsődlegesen heroint használó, kezelésre jelentkező személyek körében (2001–2005) az intravénás kábítószer-használat szintjét tekintve markáns országonkénti különbségeket mutat. Ezek az adatok összességében arra utalnak, hogy az intravénás használat mintha veszítene népszerűségéből. Visszaesést figyeltek meg Dániában, Görögországban, Írországon, Magyarországon, az Egyesült Királyságon

9. ábra: Országos és országosnál kisebb vizsgálatokból származó becslések az intravénás kábítószer-használat előfordulásáról (a 15–64 éves népességben 1000 főre jutó arány), 2001–2005



(*) 2004/05-re vonatkozó angliai regionális becslések.

Megjegyzés: Fekete négyzet = országos lefedettségű minták; kék háromszög = országosnál kisebb lefedettségű minták.

Az országosnál kisebb előfordulási becslések mintája nagymértékben függ a vizsgálatok elérhetőségétől és országon belüli elhelyezkedésétől. A célcsoportok a különböző módszerek és adatforrások függvényében kissé változhatnak, ezért csak óvatos összehasonlításokat szabad végezni. További részletekért lásd a PDU-1., PDU-2. és PDU-3. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Nemzeti fókuszpontok.

és Törökországban. Néhány országban (Spanyolország, Hollandia, Portugália) a kezelt heroinhasználók között most viszonylag kicsi az intravénás használók aránya. Ez azonban nincs mindenhol így: az új tagállamok közül sokban továbbra is az intravénás használat tűnik egyeduralgónak a heroin beadásában. Hozzá kell tenni, hogy a nem heroint használóknál az intravénás használat eltérő tendenciákat mutathat.

Az opioidfüggőség kezelése

Fenntartó kezelés

A herointól vagy más opioidoktól való függőség kezelésére szolgáló kábítószer-helyettesítő kezelések hatékonyságát mára már viszonylag szilárd, a kezelési eredmények vizsgálataiból és ellenőrzött kísérletekből származó adatokkal alátámasztott bizonyítékok igazolják (áttekintésért ld. Gossop, 2006). Pozitív hatásokat sikerült kimutatni a tiltott kábítószerek használatának, az egészségre veszélyes magatartási formáknak és a bűnözésnek a visszaszorítása, valamint a jobb társadalmi működés terén is. A helyettesítő kezelést biztosító programokban a gyógyszerfelírás mellett rendszerint más beavatkozások is helyet kapnak a viselkedés megváltoztatásának támogatása érdekében. Ezen a területen

általánosan elfogadott az a nézet, hogy a programokat érdemes beépíteni az orvosi ellátás és a szociális gondozás tágabb keretébe.

A helyettesítő kezelés elrendelésének gyakorlata Európában

Az elmúlt tizenöt évben a heroinflüggségre biztosított kezelés nagymértékben elterjedt az EU-ban. A rendelkezésre álló adatok alapján ez elsősorban annak köszönhető, hogy az EU-15 tagállamaiban a helyettesítő kezelés biztosítása 1993 óta több mint hétszeresére nőtt.

Öt ország kivételével (Csehország, Franciaország, Lettország, Finnország, Svédország) a helyettesítés céljára legáltalánosabban használt gyógyszer a metadon, amelyet az összes helyettesítő kezelés körülbelül 72%-ában használnak⁽¹²¹⁾. A metadonkezelés általában erre szakosodott járóbeteg-gondozó központokra épül, de néhány országban házi orvosi praxis, illetve – ha a beteget már stabilizálták – közösségi gondozás keretében is végezhető. A metadon felírásának gyakorlata is változó: helyenként csak speciális központoktól lehet hozzájutni, és a fogyasztását is felügyelik, néhány országban viszont, például az Egyesült Királyságban ebben fontos szerepet

(121) Lásd a HSR-7., HSR-9. és HSR-11. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Minőségbiztosítás és helyettesítő kezelés

A szolgáltatások hatékonysága mindig függ a biztosított gondozás minőségétől. Felmerültek olyan aggályok, hogy a helyettesítő kezelési programok némelyike alacsony színvonalú, túl nagy hangsúlyt helyez a gyógyszerfelírásra, és nem fordít kellő figyelmet arra, hogy egy szélesebb körű szociális és orvosi támogatási csomagot biztosítson. A kritikák között felvetették még a megfelelő klinikai megfigyelés hiányát, a rossz gyógyszerfelírási gyakorlatokat, amelyek folytán a kábítószerket eltérítik a tiltott piacra, valamint hogy az alacsony adagolású kezelési programok nincsenek összhangban a hatékonyságról szóló klinikai bizonyítékokkal (Loth és mások, 2007; Schifano és mások, 2006; Strang és mások, 2005).

A felsorolt aggályokat sok országban komolyan vették, így Dánia, Németország és az Egyesült Királyság például mind arról számoltak be, hogy a gondozás színvonalának javítása érdekében felülvizsgálat folyik. Dánia emellett nemrég fejezett be egy hároméves projektet, amelyben a szélesebb körű pszichoszociális támogatás hatásait dokumentálta a helyettesítő kezelésben, és minőségbiztosítási folyamatokat tesztelt.

Németországban a közelmúltban két tanulmány vizsgálta a helyettesítő kezelés gyakorlatát és a gondozás javításának lehetőségeit (COBRA), részletesen feltárva a minőségbiztosítás kérdéseit, ami a gyakorló orvosoknak szóló új kézikönyv (ASTO) kiadását eredményezte. Az Egyesült Királyságban nemrég Angliában tartottak ellenőrzést, hogy elemezzék a gyógyszerfelírási és klinikai gyakorlatokat, és értékeljék, hogy mennyiben vannak összhangban a meglévő klinikai iránymutatásokkal.

A helyettesítő kezelés minőségének biztosításához fontos tényező a nemzeti klinikai iránymutatások, standardok és kezelési protokollok hozzáférhetősége. A jelentések szerint a nemzeti klinikai iránymutatások és kezelési protokollok előkészítése vagy felülvizsgálata Dániában, Írországon, Magyarországon, Portugáliában, az Egyesült Királyságban és Norvégiában folyamatban van, Szlovákia pedig 2004-ben adott ki útmutatót a metadonkezelésről. Hollandiában a helyettesítő kezelés ma már egyre gyakrabban orvosi kezelési standardok szerint történik, és a kezelés első szakaszában felügyelik a metadon beadását. Ausztriában a helyettesítő kezelés javítása érdekében 2005-ben két rendelettervezet született a gyógyszeresen támogatott kezelés kereteiről, a felügyelet melletti fogyasztásról szóló intézkedésekkel, valamint az ezen a területen dolgozó orvosokra vonatkozó szabállyal.

A helyettesítő kezelési programokban részt vevő kliensekkel foglalkozó országos megfigyelőrendszer a szolgáltatások minőségének és hozzáférhetőségének értékeléséhez is hasznos információkat nyújt. Ilyen rendszerek létezéséről most 17 tagállamból számoltak be, a helyettesítő kezelés országos nyilvántartásának előkészítése Belgiumban és Luxemburgban folyamatban van, Csehországban pedig a meglévő nyilvántartást terjesztik ki valamennyi egészségügyi központra.

játszanak a gyógyszertárak, és a gyógyszer receptre is ki lehet váltani.

Az elmúlt években az EU-ban mindenhol nagy volt az érdeklődés a kábítószer-függőség kezelésére alkalmas gyógyszerhatóanyagok iránt, és különösen a buprenorfin használata vált elterjedtebbé. 2005-ben Szlovénia, 2006 májusában pedig Málta is csatlakozott azon európai országok táborához, amelyek a buprenorfinfenntartó kezelést az erre szakosodott egységekben engedélyezik⁽¹²²⁾, így ez a kezelési lehetőség már csak Bulgáriában, Magyarországon, Lengyelországban és Romániában nem elérhető.

A buprenorfin használata iránti érdeklődés egyik oka, hogy ez a közösségi gyakorlatban való használatra a metadonnal elvileg alkalmasabb gyógyszerelési lehetőséget jelent. Ez azonban összetett kérdés, részletesen a buprenorfinról szóló 2005-ös kiválasztott témakör tárgyalja. A legtöbb országban a buprenorfin csak képzett, akkreditált orvosok írhatják fel, és a nemzetközi egyezmények (a pszichotróp anyagokról szóló 1988. évi ENSZ-egyezmény III. jegyzéke) szerinti ellenőrzött státusának megfelelő szabályozás vonatkozik rá.

A buprenorfin nyelv alá helyezendő tabletták formájában forgalmazzák, és bár ezáltal nem tűnik kifejezetten vonzó anyagnak az intravénás használat szempontjából, érkeztek bejelentések arról, hogy a tablettákat feloldva injekcióban adják be. A buprenorfinnal való visszaélés lehetőségét az is alátámasztja, hogy néhány ország már beszámolt a tiltott piacra való eltérítéséről. A buprenorfin tiltott felhasználásának megakadályozása érdekében a kábítószerhez új összetételt fejlesztettek ki, amelyben naloxonnal kombinálták. Ez a gyógyszerforma a Suboxone, amely 2006-ban európai forgalomba hozatali engedélyt kapott.

2007. januárban Hollandia az opioidfüggőség egyik lehetséges kezelési módjaként bevezette a heroinnal támogatott kezelést, egyúttal a kezelést nyújtó helyek számát kb. 1000-re növelte, és ezzel az Egyesült Királyság mellett a másik olyan európai ország lett, ahol ez a lehetőség elérhető. Európában a kliensek közül összességében csak nagyon kevesen kapnak heroint, és ezt a kezelést általában azoknak a kifejezetten krónikus eseteknek tartják fenn, akiknél a többi terápiás lehetőség sikertelennek bizonyult. A heroin mint helyettesítő hatóanyag hatékonyságát kísérleti vizsgálatokban Spanyolországban (March és mások, 2006) és Németországban (Naber és Haasen, 2006) egyaránt tanulmányozták. Mindkét vizsgálat pozitív kezelési eredményekről számolt be, és jelezték, hogy ez a módszer megfelelő kezelési módot jelenthet azoknak a súlyos problémákkal küzdő, társadalmilag kirekesztett opioidhasználóknak a kezelésére, akik a többi kezelési lehetőségre rosszul reagáltak. A korábbi munkákkal együtt ezek a heroin felírására vonatkozó vizsgálatok is ösztönzőleg hatottak az arról folyó vitára, hogy szükséges-e szélesebb körben hozzáférhetővé tenni ezt a kezelési lehetőséget.

Kezelési adatok

Az EMCDDA az Európában végzett kezelésekre leírása érdekében kétfajta információt gyűjt. A kezelési igények mutatója az Európa különböző részein kezelésre jelentkező kliensek jellemzőinek megfigyelésén alapul. A tagállamoktól

⁽¹²²⁾ Lásd a HSR-1. ábrát és a HSR-8. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

A gyógyszerek európai forgalomba hozatali engedélyének megadására szolgáló eljárás

A gyógyszerek európai forgalomba hozatali engedélyének megadása iránti kérelmek tudományos értékeléséért az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) felel. A központosított eljárás révén engedélyezett gyógyszerekre egységes forgalomba hozatali engedélyt adnak ki, amely az Európai Unió összes tagállamában érvényes.

Az engedélyezett gyógyszereknek mindig figyelik a biztonságosságát is. Ez az EU nemzeti gyógyszerügynökségeinek hálózatán keresztül történik, szoros együttműködésben az egészségügyi szakemberekkel és magukkal a gyógyszeripari cégekkel.

Az EMA európai nyilvános értékelő jelentést (EPAR) tesz közzé minden olyan, központilag engedélyezett termékrel, amelyre forgalomba hozatali engedélyt adnak ki. Az EPAR-okat az EMA weboldalán (<http://www.ema.europa.eu/>) teszik közzé, és a nyilvánosságnak szóló összefoglalót az EU valamennyi hivatalos nyelvén hozzáférhetővé teszik. Az EMA az EMCDDA-val és az Europollal is együttműködik, a tanácsi határozat keretében támogatva az új kábítószerrel jelentette fenyegetések észlelésére irányuló munkát (lásd a 7. fejezetet).

ezenkívül a szolgáltatások általános felépítését és elérhetőségét bemutató adatokat is bekérik.

A kezelési igények mutatójából származó adatok

Az Európán belül kábítószer miatti kezelésre jelentkező kliensek megfigyeléséből származó adatok nemcsak a használati minták és tendenciák terén adnak rálátást a tágabb epidemiológiai helyzetre, de egyúttal a különböző kezelési formák iránti relatív keresletet és a kezelésekre elérhetőségét is bemutatják. Ez megnehezítheti a rendelkezésre álló információk értelmezését, mivel az egy bizonyos drogprobléma miatt kezelt személyek számának növekedése azt is jelezheti, hogy megnőtt a kereslet a szolgáltatások iránt, vagy hogy egy bizonyos szolgáltatástípusnak javult az elérhetősége. Az ilyen fajta adatok elemzésének megkönnyítése érdekében különbséget teszünk az új kezelési igények és az összes kezelési igény között, azt feltételezve, hogy az új kezelési igények jobban tükrözik a kábítószer-szedés átfogó mintáit, az összes kezelési igény pedig jobban tükrözi a kezelési szektor egészével szembeni keresletet.

A kezelési igény mutatóból (TDI) származó információk nem fedik le a kábítószer miatti kezelésben részt vevő összes személyt, akiknek a száma jóval nagyobb. Csak a tárgyévben kezelést kérő kliensek kerülnek be a nyilvántartásba, de 2007-ben már elindult egy kísérleti projekt azzal a céllal, hogy az európai adatgyűjtést kiterjessze a folyamatos kezelésben részt vevő kliensekre ⁽¹²³⁾,

és a jelentésekben értékelje az országos rendszerek lefedettségét.

Sok országban a kliensek továbbra is az opioidok, ezen belül is elsősorban a heroin miatt kérnek kezelést. A kezelési igény mutató alapján 2005-ben bejelentett összesen 326 000 kezelési igényből az opioidok az esetek körülbelül 40%-ában szerepeltek elsődleges kábítószerként, és ezeknek a klienseknek nagyjából 46%-a nyilatkozta azt, hogy a kábítószerrel intravénásan használja ⁽¹²⁴⁾.

Néhány ország a herointól eltérő opioidokkal kapcsolatos kezelési igények jelentős arányáról számolt be. Finnországban a kábítószer-használó kliensek 41%-a más opioidokat, különösen a buprenorfint nevezte meg elsődlegesen használt kábítószerként, Franciaországban pedig az összes kliens 7,5%-áról jelentették, hogy buprenorfint használ. Az Egyesült Királyságban és Hollandiában a kliensek körülbelül 4%-át jelentették elsődleges metadonhasználónak. Spanyolországban, Lettországon és Svédországon a kliensek 5–7%-a között van azoknak az aránya, akik a herointól és a metadontól eltérő, nem meghatározott opioidok elsődleges használata miatt jelentkeznek kezelésre ⁽¹²⁵⁾. Magyarországon, ahol a házilag készített ópiumos máktermékek régi hagyománya van, a kezelési igények nagyjából 4%-a kapcsolódik az ópiumhoz.

A legtöbb opioidhasználóról a járóbeteg-gondozó egységek számolnak be, de Svédországban például az opioidhasználó kliensek 71%-át a fekvőbeteg-gondozó központok jelentik be, ami azt mutatja, hogy ebben az országban másképp épülnek fel a szolgálatok. Az opioidhasználó kliensek tekintetében az Egyesült Királyság is a fekvőbeteg-kezelés iránti igények alacsony arányáról (3%) számolt be ⁽¹²⁶⁾. Abban a néhány országban, amelyek az alacsonyküszöbű hivataloknál jelentkező kezelési igényekről is közöltek adatokat, a kliensek jelentős hányada elsődleges opioidhasználat miatt kért kezelést ⁽¹²⁷⁾.

A nem opioidhasználó kliensek részéről jelentkező kezelési igények relatív aránya egyre magasabb a TDI adatkészletében, és ezzel párhuzamosan sok országban számszerűleg is csökken az opioidhasználat miatt kezelést kérő kliensek száma, ennek köszönhetően az elsődleges heroinhasználat miatt bejelentett kezelési igények abszolút száma az 1999-es 80 000-ről 2005-re 51 000-re esett vissza ⁽¹²⁸⁾.

A kábítószer-helyettesítő kezelés szintje

Az EU-tagállamokban és Norvégiában 2005-ben a kábítószer-helyettesítő kezelések becsült száma legalább 585 000 volt. A becslés a legtöbb országban a kezelések megfigyelésén alapul, így átfogó képet ad a szolgáltatás elérhetőségéről. Ezek a számok mindazonáltal valószínűleg csak becsült minimumnak tekinthetők, mivel egyes kezelési formák esetében a valósánál alacsonyabb lehet a bejelentett

⁽¹²³⁾ Lásd: <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1420> (jelentés a 2006-os ülésről).

⁽¹²⁴⁾ Körülbelül 20 országból állnak rendelkezésre adatok. Lásd a TDI-2. ábrát és a TDI-5. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²⁵⁾ Lásd a TDI-114. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²⁶⁾ Lásd a TDI-24. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²⁷⁾ Lásd a TDI-119. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²⁸⁾ Lásd a TDI-1. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

kezelések száma, például a háziorvosi praxisban vagy a börtönökben nyújtott kezelésnél.

A kezelt kliensek túlnyomó többségét (97%) az EU-15 tagállamaiból jelentik, és a TDI adatkészletében szereplő összes kezelési igény többségét (80%) is ezek az országok adják. Ez több mint hétszeres növekedést jelent 1993 óta, amikor a helyettesítő kezelések számát kb. 73 000-re becsülték (Farrell, 1995). 2003 és 2005 között az adatok a kliensek számának kb. 15%-os növekedését mutatják az EU-ban és Norvégiában, nagyrészt a Németországban (becsült növekedés: 8300 eset), Franciaországban (5706), Olaszországban (6234), Portugáliában (4168) és az Egyesült Királyságban (41 500) mért növekedésből eredően ⁽¹²⁹⁾. 2005-ben a helyettesítő kezelésre járó kliensek számának stabilizálódását jelentették Hollandiából (122 eset/100 000 lakos) és Luxemburgból (355 eset/100 000 lakos).

2003 és 2005 között a legnagyobb mértékű relatív növekedést az új tagállamok némelyikében (de nem csak ezekben) figyelték meg: a jelentős (40% feletti) növekedést bejelentő országok közé tartozott Bulgária, Észtország, Görögország, Litvánia, Románia és Norvégia. Ez a fajta növekedés a felsorolt országok közül sok helyen egybeesett a helyettesítő kezelés földrajzi elérhetőségének kibővülésével. A helyettesítő kezelés szolgáltatása nem mindegyik új tagállamban bővült: Magyarország, Lengyelország és Szlovákia viszonylag stabil helyzetről tett jelentést, Lettországban pedig a magas küszöbű metadonprogram klienseinek száma 67-ről 50-re csökkent. Két, hagyományosan magas szintű szolgáltatással rendelkező országban, Spanyolországban és Máltán a kezelési szolgáltatás a közelmúltban visszaesett, ami ezekben az országokban feltehetőleg a kereslet általános szintjét tükrözi.

Az ismételt kezelési igények, a fenntartó szintek és a problémás opioidhasználat előfordulása között bonyolult kölcsönhatások működnek. A kliensek ismételt kezelési igényeinek szintjét és a kábítószer-fenntartó programokon részt vevő kliensek számát az opioidhasználat esetszámának és előfordulásának, valamint a kezelési szolgáltatás szervezésének és típusának történeti fejlődése határozza meg. Néhány ország esetében az opioidhasználat előfordulásának becsült szintje segítségével ki lehet számítani a fenntartó kezelésben részt vevő klienseknek a problémás opioidhasználókön belüli arányát.

Azokra az EU-országokra nézve, amelyeknél a 2005-ös évről rendelkezésre álltak a problémás opioidhasználat becslései, kiszámították a helyettesítő kezelés mértékét a problémás opioidhasználók körében (10. ábra). Az eredmények jelentős országok közötti különbségeket mutatnak: az arányok az opiáthasználók kevesebb mint 10%-a (Szlovákia) és kb. 50%-a (Olaszország) között mozognak. Ugyanakkor az adatok arra utalnak, hogy minden országban indokolt a kezelési lehetőségek

elérhetőségének felülvizsgálata, hogy biztosítani lehessen, hogy a becsült igények kielégítésére megfelelő szolgáltatások állnak rendelkezésre.

Bár a balti államokban és a közép-európai országokban a helyettesítő kezelés terén a közelmúltban történt némi növekedés, a kezelés elérhetősége – Szlovénia kivételével – továbbra is csekély az ezekben a tagállamokban élő opioidhasználók becsült számához képest. Egy észtországi becslés szerint a négy nagyobb városi központban csak a heroinhasználók 5%-a vesz részt a helyettesítő programokban, országos szinten pedig arányuk mindössze 1%.

Opioidkezelési igények

Az elsődleges opioidhasználat miatti kezelési igények aránya valamelyest tükrözi a tiltott opioidok mint (további) kezelést igénylő kábítószer relatív előfordulását, noha ezt az arányt a kezelőszolgálatok szerveződése és a bejelentési rendszer egyaránt befolyásolja.

Az opioidhasználat miatt kezelést kérő kliensek aránya országonként változik. A legújabbban rendelkezésre álló adatok alapján az opioidhasználók 12 országban az összes kezelési igény 40–70%-át, hét országban kevesebb mint 40%-át, hat országban viszont több mint 70%-át teszik ki ⁽¹³⁰⁾.

Az összes kábítószer-kezelési igényen belül a heroin miatti igények aránya az 1999-es 74%-ról 2005-re 61%-ra esett vissza. Csökkenésről csak Bulgária és az Egyesült Királyság nem számolt be ⁽¹³¹⁾.

Az opioidok miatti új kezelési igények abszolút számokban vett csökkenését – ami főleg a heroinhasználatból ered – az új heroinhasználó kliensek számának alakulása is megerősíti: Bulgária és Görögország kivételével mindegyik ország arról számolt be, hogy az utóbbi hét évben csökkent az elsődleges heroinhasználat miatti új igények aránya az új kábítószeres kliensek körében. 1999 és 2005 között az új heroinhasználó kliensek százalékaránya az összes új kábítószer-használó klienshez képest 70%-ról 37%-ra esett vissza.

A kezelést igénylő kliensek

Az opioidproblémák miatt kezelést kérő kliensek jellemzően viszonylag idősek a más kábítószerrel való problémák miatt segítséget kérőkhöz hasonlóan ⁽¹³²⁾, és általában rosszabb szociális körülményekről számolnak be. Az opioidhasználó kliensek körében rendszerint magas a munkanélküliség, alacsony az iskolai végzettség és a hajléktalanok aránya 10–18% között van.

A legtöbb kliens (60%) elmondása szerint 20 éves kora előtt kezdett opioidokat használni, az opioidok első használata 25 éves kor után kifejezetten ritkán fordult elő ⁽¹³³⁾. Az első opioidhasználat és a kábítószer miatti kezelés első felkeresése között átlagosan 7–8 év telt el: az

⁽¹²⁹⁾ Lásd a HSR-7. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

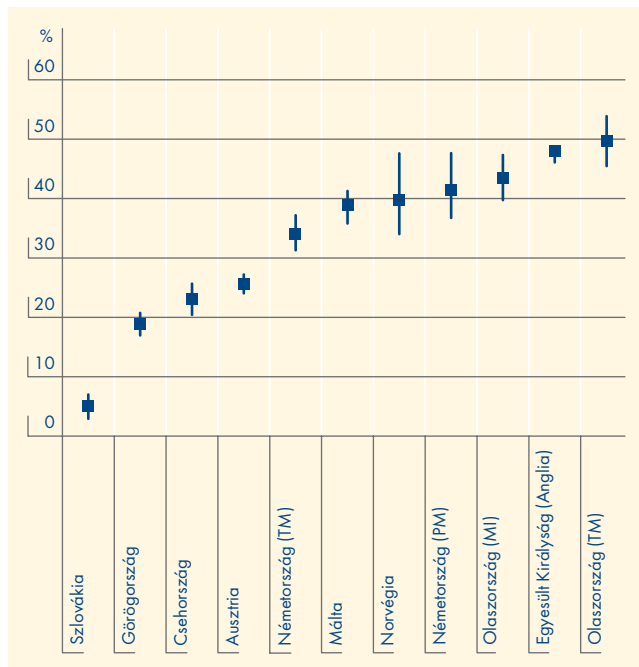
⁽¹³⁰⁾ Lásd a TDI-5. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³¹⁾ Lásd a TDI-3. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³²⁾ Lásd a TDI-10. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³³⁾ Lásd a TDI-11., TDI-107. és a TDI-109. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

10. ábra: Az opioidfenntartó kezelésben részt vevő kliensek száma a problémás opioidhasználók becsült számának százalékában, 2005



Megjegyzés: Ilyen információ csak kilenc országról áll rendelkezésre. A szimbólum egy becsült pontot jelöl, a sáv a becslési eljárásokból eredő bizonytalansági intervallumot jelöli. Az opioidhasználók számát különféle módszerekkel becsülik meg: TM = kezelési multiplikátor; PM = rendőrségi multiplikátor; MI = többváltozós mutató. Ahol nincs feltüntetve a módszer, a megadott vonal egy intervallumot jelöl az összes meglévő becslés legalacsonyabb alsó határa és legmagasabb felső határa között. Bővebb információért lásd a HSR-3. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Nemzeti fókuszpontok.

opioidhasználat elkezdésekor az átlagéletkor 22 év volt, az első kezelési igény felmerülésekor pedig 29–30 év. A fekvőbeteg-kezelés iránti igényekkel jellemzően valamivel idősebb korban jelentkeztek, mint a járóbeteg-kezelésre, és az adatok tanúsága szerint a kezelés első felkeresése és az ezt követő kezelések között elég rövid idő telik el.

A járóbeteg-kezelés opioidhasználó kliensei között a férfiak aránya a nőkéhez képest háromszoros, a fekvő beteg klienseknél négyszeres, ugyanakkor az országok között vannak különbségek, például a dél-európai országokban a kezelt népességben belül jellemzően magasabb a férfiak aránya.

Ha Európa egészét nézzük, azok közül az opioidhasználó kliensek közül, akiknél a beadás módja ismert, átlagosan 58% használja intravénásan az anyagot (a kezelésre újonnan jelentkezők körében ez az arány 53%). Az intravénás használók aránya Romániában, Csehországban és Finnországban a legmagasabb, Hollandiában, Dániában és Spanyolországban a legalacsonyabb ⁽¹³⁴⁾.

Az opioidhasználó kliensek többsége polidroghasználó, és az opioidokat más, másodlagos anyagokkal, főleg más opioidokkal (35%), kokainnal (23%) és kannabisszal (17%) együtt használja ⁽¹³⁵⁾.

Néhány országból arról számoltak be, hogy az opioidhasználók körében nagy arányban tapasztalható az opioidfüggőség és más pszichiátriai rendellenességek egyidejű előfordulása. A klinikai vizsgálatok sok esetben ugyanerre a megállapításra jutottak, jelezve, hogy az opioidhasználók között viszonylag gyakori a major depresszió, az antiszociális és a borderline személyiségzavar (Mateu és mások, 2005).

⁽¹³⁴⁾ Lásd a TDI-4. és TDI-5. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³⁵⁾ Lásd a TDI-23. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.



7. fejezet

Tendenciák az új és újonnan megjelenő kábítószeres terén, az új kábítószeres elleni fellépés

Az újonnan megjelenő kábítószeres tendenciái gyakran utánozzák, kiterjesztik vagy felváltják a korábban népszerű kábítószeres használatának tendenciáit, egyben kérdéseket vetnek fel azzal kapcsolatban, hogy miért is fogyasztják a pszichoaktív anyagokat. A kábítószer- és alkoholfogyasztásban újonnan megjelenő tendenciákat ezért nemcsak a kormányok politikájának változásaihoz viszonyítva kell értelmezni, hanem egymáshoz képest, illetve az aktuális divatokkal és a szabadidős tevékenységek társadalmi-kulturális változásaival összefüggésben is.

Az információs technológia és a kommunikációs média, különösen az internet fejlődése olyan csatornákat kínál, amelyek megkönnyítik az új tendenciák elterjedését, és lehetőséget adnak a különféle vélemények kifejtésére a kábítószer-használatról és a kapcsolódó kockázatokról.

A kábítószer-használat új vagy változó mintái rendszerint helyi vagy városi szinten jelennek meg, a tagállamok közül viszont csak nagyon kevésnek van olyan megfigyelő rendszere, amely jelezni tudná az új vagy újonnan megjelenő pszichoaktív anyagok használatából eredő halálos és nem halálos mérgezések mértékét. Ebben az elkerülhetetlenül hiányos áttekintésben az Európában újonnan megjelenő kábítószeres tendenciáiról összegyűjtött információkat a különféle források széles köréből származó információk háromszögletesi módszerrel értékeli.

Ez a fejezet az olyan pszichoaktív anyagok tiltott használatának közelmúltbeli fejleményeit tekinti át, amelyekkel a fontosabb kábítószerügyi mutatók nem foglalkoznak rutinszerűen, amelyek potenciális veszélyeit a politikusok csak mostanában ismerték fel, illetve amelyek most hívták fel magukra a tömegtájékoztató figyelmét.

Új pszichoaktív anyagok: a piperazinok

Az utóbbi években az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatban a legfontosabb fejlemény a különféle új piperazinszármazékok elterjedése volt, amelyek közül több is 2004 és 2006 között jelent meg Európában.

A szintetikus anyagoknak ez a csoportja a piperazin anyavegyületből származik, és BZP-t (1-benzilpiperazin) és mCPP-t (1-(3-klorofenil)piperazin) tartalmaz. Ez a két anyag széles körben elérhető a vegyipari beszállítóktól és az internetről, a tiltott előállítás így főleg tabletták vagy kapszulák előállítására korlátozódik.

BZP

A vizsgálatokban a BZP fiziológiai és szubjektív hatásait az amfetaminével hasonlították össze, és azt állapították meg, hogy a BZP erőssége a dexamfetaminének körülbelül az egytizede.

Az elmúlt években a BZP-t tartalmazó termékek körül agresszív marketingkampány indult: a különböző kiskereskedők a nyomtatott sajtóban, internetes oldalakon, kijelölt boltokban, illetve klubok és fesztiválok standjainál próbálták eladni az ecstasy legális alternatívájaként, és olykor „ecstasy”-ként is forgalmazhatják. A BZP-t különféle kombinációkban árulják más piperazinokkal, és némelyik összetételről, különösen a TFMPP-vel⁽¹³⁶⁾ kombinált BZP-ről úgy vélik, hogy az ecstasy hatásait utánozza. E termékek címkéjén rendszerint fel van tüntetve, hogy piperazint tartalmaznak, de gyakran helytelenül „természetes”-nek vagy „növényi”-nek állítják be őket.

A kábítószer-használatban újonnan megjelenő tendenciákról az EU szintjén összegyűjtött tényanyag azt jelzi, hogy ezek esetenként a törvényes piacokon mutatózó fogyasztói tendenciákkal párhuzamosan alakulnak: például a BZP-hez hasonló, teljes mértékben szintetikus anyagok „természetes” vagy „növényi” megjelöléssel történő eladása a fogyasztók részéről a természetes termékek iránt mutatott, szélesebb körű érdeklődésre alapoz. A BZP-ről kialakuló biztonságos benyomást tovább erősíti az a tény, hogy a termékeket gyakran kijelölt kiskereskedőknél vagy speciális üzletekben árulják, nem az utcán.

A BZP-t eddig 14 EU-tagállamban (Belgium, Dánia, Németország, Görögország, Franciaország, Írország, Málta, Hollandia, Ausztria, Portugália, Spanyolország, Svédország, Finnország, Egyesült Királyság) és Norvégiában észlelték.

Vannak bizonyítékok arra, hogy a BZP egészségügyi kockázatokkal jár, amelyek biztonsági mozgásteret rekreációs használat esetén elég szűknek tűnik. Az Egyesült Királyságból olyan esetekről számoltak be, amikor BZP-mérgezést klinikai körülmények között figyeltek meg, toxikológiailag igazolva, hogy a BZP volt az egyetlen elfogyasztott pszichoaktív anyag, a használók viszont súlyos, olykor sürgősségi orvosi ellátással végződő mellékhatásoktól szenvedtek. Közvetlenül a BZP-nek tulajdonítható haláleset egyelőre nem történt. 2007. márciusban az EU a BZP használatával kapcsolatos aggodalmakra reagálva hivatalos kockázatértékelést kért

⁽¹³⁶⁾ 1-(3-trifluorometilfenil)piperazin.

az ezzel az anyaggal járó egészségügyi és társadalmi kockázatokról⁽¹³⁷⁾.

mCPP

Az mCPP a leírások szerint az ecstasyéhoz (MDMA) hasonló serkentő és hallucinogén hatásokat idéz elő. Az mCPP-t tartalmazó tabletták gyakran külső megjelenésükben is hasonlítanak az ecstasyra, és szinte minden esetben ecstasyként is árulják őket, de a két kábítószer néha kombinálva is megtalálható. Az mCPP hozzáadásával feltételezhetően az MDMA hatásait próbálják felerősíteni vagy javítani.

Az mCPP-vel 2004 óta 26 tagállamban (Ciprus kivételével mindegyikben) és Norvégiában is találkozott. Ebben a tekintetben az európai korai figyelmeztető rendszer 1997-es elindulása óta az mCPP lett a legszélesebb körben azonosított új pszichotróp anyag az EU-ban.

Az Európai Unióban eddig nem jelentettek be az mCPP-hez kapcsolódó súlyos mérgezést vagy halálesetet. Kevés a bizonyíték arra, hogy az akut toxicitás szempontjából különösen veszélyes anyag lenne, ugyanakkor a krónikus (tartós használatból eredő) toxicitásról még nem bizonyosodtak meg.

GHB

A GHB⁽¹³⁸⁾ nyílt internetes forgalmazását sikerült visszaszorítani azóta, hogy az anyagot 2001. márciusban felvették a pszichotróp anyagokról szóló ENSZ-egyezmény IV. jegyzékébe, és ezáltal valamennyi EU-s ország köteles azt a pszichotróp anyagokkal foglalkozó jogszabályai szerint ellenőrizni. A GHB-t gyógyászati

Kábítószerrel elősegített szexuális zaklatás

Az 1980-as évek óta mind a médiában, mind a szakirodalomban egyre több szó esik a szexuális zaklatás olyan eseteiről, amikor az áldozat italába titokban kábítószer kevernek, hogy ezáltal cselekvőképtelenné tegyék. Az ilyen típusú bűncselekményekről azonban közismerten nehéz igazságügyi bizonyítékot szerezni. Az igazságügyi szakértői vizsgálatok azt igazolták, hogy az állítólagos szexuális zaklatás eseteiben gyakran mutatnak ki magas alkoholkoncentrációt és receptre kapható benzodiazepin kábítószeret (a francia esetek több mint 80%-ában, a brit esetek 30%-ában), az olyan kábítószeres esetében viszont, mint a ketamin, a kimutatás szűk határai korlátokat szabnak a bizonyítékok megállapításának, ha az állítólagos bűncselekményt nem jelentik be elég gyorsan. A 2000 óta (az Egyesült Királyságban, Franciaországban, az Egyesült Államokban és Ausztráliában) végzett vizsgálatokból elérhető igazságügyi bizonyítékok azt jelzik, hogy a kábítószeres titkolt beadása szexuális zaklatás céljából ritkának tűnik, ugyanakkor a tényleges előfordulása a bizonyítottnál magasabb lehet, a késői vagy elmaradt bejelentések folytán.

céllal Franciaországban és Németországban altatáshoz, Ausztriában és Olaszországban az alkoholmegvonás kezeléséhez használták. 2005. júniusban az EMEA emberi felhasználásra szánt gyógyszerek bizottsága (CHMP) javasolta a forgalomba hozatali engedély kiadását a Xyrem nevű gyógyszerre (hatóanyaga a GHB), cataplexiával járó narcolepsia kezelésére felnőtt betegeknél (EMEA, 2005)⁽¹³⁹⁾.

A GHB könnyen előállítható a prekursoraiból, a gamma-butirolaktonból (GBL) és az 1,4-butándiolból (1,4-BD), amelyek az iparban széles körben használt, kereskedelmi forgalomban elérhető oldószerek. Néhány ország, felismerve az említett prekursoranyagokkal való visszaélés lehetőségét, úgy döntött, hogy az egyiket vagy mindkettőt a kábítószeres ellenőrzéséről szóló vagy ezzel egyenértékű jogszabály alá vonja (Olaszország, Lettország, Svédország). Mivel a GBL-t a legtöbb tagállamban nem ellenőrzik, és az ezt forgalmazó online vegyipari beszállítókon keresztül könnyen hozzá lehet jutni, néhány GHB-használó láthatólag átállt a GBL fogyasztására. Az Egyesült Királyságban, Németországban és Hollandiában lévő székhellyel működő online GHB- és kábítószerforumok tartalmi elemzése alapján arra lehet következtetni, hogy a felhasználók vegyipari beszállítóktól szerzik be a GBL-t, akik azt különféle törvényes célokra forgalmazzák.

Előfordulás és használati minták

Valamennyi rendelkezésre álló információforrás azt mutatja, hogy a GHB használatának általános előfordulása alacsony, a jelentős mértékű használat csak néhány elkülönült részpopulációra korlátozódik. Az Egyesült Királyságban végzett internetes felmérés azt állapította meg, hogy a GHB-t gyakrabban használják otthon (67%), de kevésbé használatos az éjszakai életben (26%) (Sumnall és mások, 2007). Egy 2005-ben, Amszterdamban készített felmérés során a szórakozóhelyek látogatói közül 408 főt kérdeztek meg: ez alapján a GHB becsült életprevalenciája lényegesen magasabb a melegbárok és a divatos kávézók vendégkörében (17,5%, illetve 19%), mint az általános vagy diákokra specializálódott szórakozóhelyek és kávézók látogatói között (5,7%, illetve 2,7%) (Nabben és mások, 2006).

Tendenciák

Információk hiányában a GHB használatának tendenciái nehezen értékelhetők, ugyanakkor az elérhető bizonyítékok arra utalnak, hogy a GHB használata továbbra is néhány kis részpopulációra korlátozódik. Belgiumban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban a zenés-táncos helyszíneken végzett felmérésekből származó adatok azt jelzik, hogy a GHB használata 2000–2003 körül tetőzött, ezt követően hanyatlásnak indult. Nem egyértelmű viszont, hogy ez a megállapítás mennyiben érvényes más alcsoportokra is. Itt jegyezzük meg, hogy Finnországban

⁽¹³⁷⁾ Lásd: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>.

⁽¹³⁸⁾ A GHB kifejezésbe a GBL vagy az 1,4-BD esetleges használata is beleértendő.

⁽¹³⁹⁾ Lásd: „A gyógyszerek európai forgalomba hozatali engedélyének megadására szolgáló eljárás”, 68. o.

Az internet mint információforrás a kábítószeres terén újonnan megjelenő tendenciák esetében

2004-ben az EU-ban megkérdezett fiatalok több mint egyharmada nyilatkozott úgy, hogy az interneten keresne, ha többet akarna tudni a drogokról (Eurobarometer, 2004). Ha a fiatalok tényleg online keresik a kábítószeres terén szóló információt, az a kérdés is felmerül, hogy mennyire lesz tárgyilagos és pontos az ott talált információ.

A kábítószer-használattal kapcsolatos kérdésekkel számtalan oldal foglalkozik, ezek némelyikét a kormányzat szponzorálja, másokat lobbicsoportok, fogyasztói vagy tanácsadó hálózatok működtetnek. Amellett, hogy az internet a kábítószeres terén szóló információk forrása, az interneten egyfajta piac is kialakult úgy a legális, mint a tiltott drogok, illetve ezek törvényes alternatívái. Az internetben rejlő marketinglehetőségek kihasználásával, a felhasználói igényekre és a változó jogi és piaci helyzetre gyorsan reagáló online marketingstratégiákkal az online kábítószer-kereskedők egyre inkább képesek elterjeszteni az új kábítószerhasználati gyakorlatokat vagy az új termékeket.

Az E-POD (Európai Kábítószerügyi Kilitások) projekt keretében az EMCDDA is kezdi felmérni annak módjait, hogy a kábítószeres terén újonnan megjelenő tendenciákról az interneten tájékozódjon. Az EU szintjén is történnék fejlesztések annak érdekében, hogy a közegészségügyi kérdésekről megbízható információt nyújtsanak: az új EU-s közegészségügyi portál az európai közegészségügyi források széles köréhez nyitja meg az utat, köztük a kábítószeres terén szóló információkhoz is (¹).

(¹) <http://ec.europa.eu/health-eu>

a telefonos drogsegélyszolgálatok 2005-ben számoltak be első alkalommal a GBL-lel kapcsolatos hívásokról (FESAT, 2005).

Egészségügyi kockázatok

A GHB használatához kapcsolódó fő egészségügyi veszélyt az eszméletvesztés magas kockázata jelenti, különösen ha a kábítószer alkohollal vagy más, nyugtató hatású kábítószerrel együtt fogyasztják. A GHB-használat más problémákat is okozhat, köztük kómát, a testhőmérséklet csökkenését, hypotóniát, hallucinációkat, émelygést, hányást, bradycardiát és légzésdepressziót. Tartós használat után a GHB-től való fizikai függést is megfigyeltek, az oldószerek vagy nehézfém-szennyeződések potenciális jelenléte pedig további egészségügyi kockázatokat jelenthet.

1993 óta öt tagállam és Norvégia jelentett be a GHB-val összefüggő haláleseteket az EMCDDA-nak: Dánia és Olaszország (egy-egy eset), Finnország és Norvégia (három-három eset), valamint Svédország és az Egyesült Királyság (nagyjából 40, GHB-val összefüggő haláleset).

Amszterdamban a GHB használatának tulajdonítható, nem halálos kimenetelű sürgősségi esetek bejelentett száma 2005-ben 76 volt, ezzel meghaladva a hallucinogén

gombák (70 eset), az ecstasy (63 eset), az amfetamin (három eset) és az LSD (egy eset) használatához kapcsolható sürgősségi esetek számát. Más anyagokkal összehasonlítva a GHB-s eseteknél nagy arányban (84%) volt szükség kórházba szállításra is. A hollandiai Méreganyagok Országos Tájékoztató Központjához érkező, GHB-val kapcsolatos információkérések száma 2004-hez képest 2005-ben 27%-kal nőtt (a beérkezett 1383 megkeresésből 241 volt ilyen).

Kockázatcsökkentés

A GHB használatára leggyakrabban az éjszakai szórakozóhelyeket megcélzó országos vagy közösségi projektek adnak választ, rendszerint a klubok személyzetének biztosított képzés és a GHB kockázatairól szóló ismeretterjesztés formájában (Németország, Franciaország, Hollandia, Ausztria, Egyesült Királyság). A GHB-ről szóló ismeretterjesztés központi eleme az éjszakai életben szükséges elővigyázatosságra való figyelemfelhívás, valamint az italok „megspékelésének” elkerülésére és az esetleges túladagolás esetén szükséges teendőkre vonatkozó tanácsadás. A drog- és alkoholproblémákkal foglalkozó, elsősegélyt nyújtó csoportokat egyre gyakrabban vetik be nagyszabású eseményeken, a GHB-val vagy más kábítószerrel összefüggő incidensek megválaszolására.

Ketamin

A ketamin folyamatos megfigyelés alatt áll, amióta 2000-ben az EU-ban első alkalommal merültek fel aggályok a ketaminnal való visszaéléssel kapcsolatban (EMCDDA, 2002). A ketaminra országos szinten az ellenőrzött kábítószeres terén szóló jogszabályok vonatkoznak (nem az orvosi rendeletek) az EU tagállamainak közel felében, Svédországban és az Egyesült Királyságban pedig a ketamint 2005-ben, illetve 2006-ban felvették a narkotikus anyagok jegyzékébe. A WHO által a közelmúltban elvégzett kritikai felülvizsgálat arra a megállapításra jutott, hogy a megfelelő helyettesítő anyag hiánya miatt a nemzetközi ellenőrzések megnehezítenék az anyag elérhetőségét a világ távoli területein emberi

Új pszichoaktív anyagok

Az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információcseréről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről szóló, 2005. május 10-i 2005/387/IB tanácsi határozat létrehoz egy mechanizmust a potenciálisan közegészségügyi vagy társadalmi fenyegetést jelentő, új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információk gyors cseréjére. Az EMCDDA és az Europol, szoros együttműködésben a hozzájuk tartozó hálózatokkal – a Reitox nemzeti fókuszpontokkal, illetve az Europol nemzeti egységeivel – központi szerepet kap az új pszichoaktív anyagok felderítésére szolgáló korai előrejelző rendszer bevezetésében (¹).

(¹) <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>

gyógyászati célú felhasználásra, illetve állatgyógyászati felhasználásra (WHO, 2006). A felülvizsgálatot követően 2007. márciusban az ENSZ Kábítószerügyi Bizottságának a ketaminnal való visszaélés és a ketamin eltérítése által jelentett fenyegetésről szóló határozattervezete szorgalmazta, hogy a tagállamok mérlegeljék egy óvintézkedési rendszer bevezetését a kormányzati hivatalaiknál, ezzel segítve a ketamin eltérítésének időben történő felismerését.

A ketamin használatáról kevés epidemiológiai adat áll rendelkezésre, bár az Egyesült Királyságban egy nemrég készült iskolai felmérés 0,5% alatti életprevalencia-arányokról számolt be. A zenés-táncos szórakozóhelyeken végzett felmérésekből szintén van néhány adat: a különböző vizsgálatok alapján ebben a nagykockázatú csoportban a ketamin használatának előfordulási arányai a cseh felmérés során tapasztalt 7% és egy magyar mintában megfigyelt 21% között mozogtak.



8. fejezet

A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek és a kábítószerrel összefüggő halálozások

A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek

Az EMCDDA és az európai AIDS Járványtanát Monitorizáló Központ (EuroHIV, 2006) által kapott adatok azt mutatják, hogy 2005 végén a HIV terjedése az intravénás kábítószer-használók (IDU-k) körében az Európai Unió országainak többségében alacsony szinten állt. Ez legalábbis részben a megelőzés, a kezelés és az ártalomcsökkentő intézkedések, köztük a helyettesítő kezelés és a tű- és fecskendőcsere-programok jobb hozzáférhetőségéből ered, bár más tényezők, például az intravénás kábítószer-használat sok országban megfigyelhető visszaesése is fontos szerepet játszhatott benne. Ugyanakkor a HIV-fertőzés intravénás kábítószer-használókhoz kapcsolódó terjedése valószínűleg az EU több országában és régiójában is viszonylag nagy arányban folytatódott 2005-ben⁽¹⁴⁰⁾, ami újfent nyomatékosítja a helyi megelőzési gyakorlat hatókörének és hatékonyságának fontosságát.

Európában a kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek felügyelete az intravénás kábítószer-használók körében jelenleg a HIV/AIDS és a vírusos hepatitis (B és C) terjedésével foglalkozik elsősorban. Két, egymást kiegészítő rendszerből áll, az esetbejelentésből (más néven „értesítések”: az újonnan bejelentett esetek abszolút száma) és a „szérumbeli előfordulás megfigyeléséből” („örökös felügyelet”: a pozitív tesztek százalékos aránya az intravénás kábítószer-használók mintáiban) (11. ábra)⁽¹⁴¹⁾. A hiba lehetősége mindkét rendszerben megvan, az adatok elérhetőségét tekintve pedig akadnak különbségek az országok között. Összességében viszont, bár mindkét rendszer adatait óvatosan kell értelmezni, a kettő együtt viszonylag teljes képet ad a közelmúlt epidemiológiai fejleményeiről.

A HIV megjelenésének és előfordulásának mutatói

A HIV-fertőzött esetek bejelentése

Az intravénás kábítószer-használók körében az új fertőzések esetszámának (megjelenésének) egyik fontos mutatóját az újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések esetbejelentései adják. Ezen adatok értelmezésekor több szempontot is szem előtt

kell tartani: a fertőzött intravénás kábítószer-használókat esetleg nem diagnosztizálják, ha nem kerülnek kapcsolatba az egészségügyi szolgálatokkal; az új fertőzések nem feltétlenül az intravénás kábítószer-használatnak tulajdoníthatók; a felismert esetek számát befolyásolhatják a tesztek elvégzésében és a bejelentési arányban jelentkező, országok közötti, illetve időbeli különbségek.

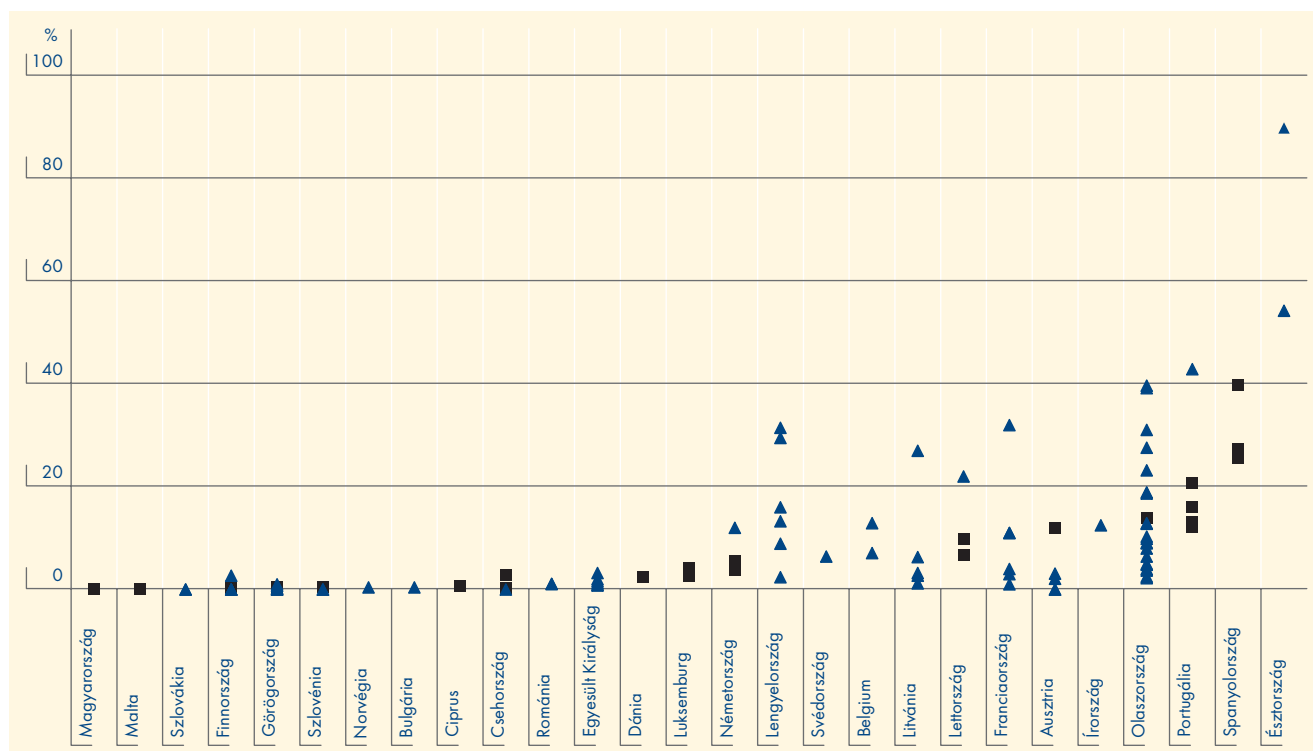
A rendelkezésre álló adatok azt jelzik, hogy 2005-ben az intravénás kábítószer-használókkal összefüggő új fertőzések aránya a legtöbb országban alacsony volt. Ezzel az elemzéssel ugyanakkor óvatosan kell bánni, mivel több, magas előfordulási aránnyal rendelkező országból még nincsenek meg a friss esetbejelentési adatok (Észtország, Spanyolország, Olaszország, Ausztria). 19 tagállamban, amelyek többségében soha nem tapasztaltak nagyarányú HIV-járványt az intravénás kábítószer-használók körében, az intravénás kábítószer-használókkal összefüggő, bejelentett esetek száma 2005-ben nem érte el az öt fő/1 millió lakos szintet. Magasabb értékeket jelentettek Írországból és Luxemburgból, 1 millió lakosra jutó 16, illetve 15 új esettel. Portugáliában, ahonnan a legmagasabb rátát jelentették a kifejezetten az intravénás kábítószer-használókra jellemző adatokkal rendelkező országok közül (2005-ben az általános népességben 1 millió főre 85 új eset jutott), a 2000 és 2003 között észlelt visszaesést követően a jelenlegi helyzet stabilizálódni látszik⁽¹⁴²⁾. Lettországon, Litvániában és feltehetőleg Észtországban is, az intravénás kábítószer-használókkal összefüggő, bejelentett új fertőzések száma a járvány 2001–2002-es tetőzése óta határozottan visszaesett, bár a többi országgal összehasonlítva a számok még mindig magasak. Lettországon a 2001-es 283 új eset/1 millió fős ráta 2005-ben 49 új eset/1 millió főre csökkent. Litvániában 2002-ben figyelték meg a tetőzést azt követően, hogy a bebörtönzöttek körében járvány tört ki, ezután viszont az esetszám 2005-re 25 új eset/1 millió lakosra csökkent. Bár a HIV-fertőzés Észtországban is erősen visszaesett, az új HIV-fertőzéseket tekintve az EU-n belül még mindig ez az ország számol be a legmagasabb arányról. Miközben külön az intravénás kábítószer-használókra jellemző adatok Észtországban nem állnak rendelkezésre, valószínűsíthető, hogy ebben az országban továbbra is az intravénás kábítószer-használat a HIV átadásának fő útja.

⁽¹⁴⁰⁾ Lásd az INF-2. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴¹⁾ Ezen a területen az előfordulási vizsgálatok némelyike szűk körű: ebben a részben csak a több mint 50 fős mintákról és a statisztikailag jelentős ($p < 0,05$) időbeli tendenciákról számolunk be.

⁽¹⁴²⁾ Portugáliában a 2004-es (HIV-esetek) és 2005-ös (AIDS-esetek) növekedés a szakemberek részéről tanúsított fokozott figyelemnek és bejelentési hajlandóságnak tulajdonítható, a HIV bejelentésének kötelezővé tételéről folytatott 2005-ös tárgyalásokat követően.

11. ábra: Országos és országosnál kisebb vizsgálatokból származó becslések a HIV előfordulásáról az intravénás kábítószer-használók körében, 2004/05



Megjegyzés: Fekete négyzet = országos lefedettségű minták; kék háromszög = országosnál kisebb (akár helyi vagy regionális) lefedettségű minták.

A Spanyolországra és Svédországra vonatkozó becslések 2006-os adatokat tartalmaznak. Az Írországra vonatkozó adatok 2003-ból, a Szlovákiára vonatkozó adatok 2003/04-ből származnak.

Az országokat az előfordulás szerinti növekvő sorrendben soroltuk fel, az országos adatok átlaga vagy ezek hiányában az országosnál kisebb körű adatok átlaga alapján.

Az országok közötti összehasonlításokat a körülmények és a vizsgálati módszerek különböző típusai miatt óvatosan kell értelmezni. Az országos mintavételi stratégiák változóak – további információért lásd az INF-3. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben. A jelentésben szereplő minták minden esetben 50 főnél nagyobbak.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok. Az elsődleges forrásokért, a vizsgálat részleteiért és a 2004 előtti adatokért lásd az INF-8. i. rész és ii. rész táblázatát és az INF-0. i. rész táblázatát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

A HIV előfordulása a fiatal és az új intravénás kábítószer-használók körében

A rendelkezésre álló esetbejelentési adatokból levont következtetéseket azzal is alátámaszthatjuk, ha elemezzük a HIV-fertőzés szintjeit az új intravénás kábítószer-használók (két évnél rövidebb ideje injekciózók) és a fiatal (25 év alatti) intravénás kábítószer-használók közül kiválasztott mintákban. Mivel ezekben a csoportokban a fertőzés feltehetőleg nemrég keletkezett, az adatok a HIV új megjelenéseiről közelítő mutatóval szolgálnak. Ezekben az alcsoportokban (amelyek megtalálhatók az alább bemutatott előfordulási vizsgálatokban) a HIV-fertőzés magas szintje (2004–05-ben 5% fölötti) alátámasztja az intravénás kábítószer-használók körében észlelt, nagyarányú közelmúltbeli megjelenésre utaló jeleket Portugáliában (országos adatok), Litvániában és Észtországban (regionális vagy városi szintű adatok), és arra utal, hogy Lengyelországban is ez volt a helyzet a három adatközlő város egyikében⁽¹⁴³⁾. Nem szabad megfeledkezni arról, hogy általában kicsi részmintákról van szó, és a fiatal, illetve új intravénás kábítószer-használók körében a HIV szérumbeli előfordulására vonatkozó adatok néhány országból nem állnak rendelkezésre.

A HIV előfordulásában megfigyelt tendenciák

A HIV előfordulásainak növekedése az intravénás kábítószer-használók ismételt mintáiban ugyancsak a terjedő fertőzés jele lehet, noha a fertőzött intravénás kábítószer-használók halálozásának csökkenése vagy a nem fertőzött intravénás kábítószer-használók csökkenő száma ezt az összefüggést alaposan meg tudja zavarni. Az EU-ról rendelkezésre álló idősoros többsége stabil előfordulást mutat, ami azt jelzi, hogy a fertőzött intravénás kábítószer-használók körében ugyanolyan számban halnak meg, mint ahányan újonnan megfertőződnek a HIV-vírussal. Mindazonáltal néhány idősoros vizsgálatban 2001 óta az előfordulás földrajzilag szórványos növekedését észlelték kilenc országban, de ezt gyakran más régiók stabil vagy csökkenő tendenciái ellensúlyozták, így az átfogó tendenciák nehezen érthetőek tetten. Ezen országok között ismét szerepel Lettország (országos növekedés) és Litvánia (egy városban mért növekedés), de Ausztria (országos növekedés), az Egyesült Királyság (Angliában és Walesben növekedett, de továbbra is alacsony szinten áll), valamint néhány olyan ország is, ahol az előfordulás még így is nagyon alacsony (1% alatti). A HIV előfordulásának ezek a helyi vagy

⁽¹⁴³⁾ Lásd az INF-9. és INF-10. táblázatát a 2007. évi statisztikai közlönyben. Az éves jelentésben csak az 50 fős vagy ennél nagyobb mintákról számolunk be.

országos szintű növekedései összességében azt jelzik, hogy az intravénás kábítószer-használóknak szóló prevenció intézkedések terén elégedettségre egyelőre nincs okunk.

A fentiekkel ellentétben csökkenő előfordulást jelentettek Görögországból (országos szinten, illetve egy régióban), Spanyolországból (országos szinten, illetve egy régióban) és Finnországból (országos szinten). Emellett 2001 óta tartóan alacsony előfordulást (1% alatti, valamennyi elérhető adatot tekintve) jelentenek négy országból, amelyek mindegyike új tagállam: Bulgáriából (Szófia, de az előfordulás növekszik), Magyarországról (országos), Szlovéniából (két város, de növekszik) és Szlovákiából (két város).

Összességében a 2001–2005-ben 22 EU-tagállamra és Norvégiára kiterjedő, intravénás kábítószer-használói mintákban végzett, ismételt HIV előfordulási mérések több mint kilencven idősora alapján több régióban észleltek csökkenő tendenciát, mint növekvőt. Az adatok azt jelzik, hogy – különösen azokon a területeken, ahol az előfordulás magas volt – az intravénás kábítószer-használók fertőzésének terhe már valószínűleg csökken, és talán a prevenció és ártalomcsökkentési politikák hatásai is kezdenek érződni⁽¹⁴⁴⁾.

EU-s becslés

A rendelkezésre álló esetbejelentési és sérumbeli előfordulási adatokból, valamint az intravénás kábítószer-használók és a problémás kábítószer-használók becsült számából (lásd a 6. fejezetet) úgy becsülhető, hogy az EU-ban mintegy 100 000–200 000 olyan HIV-fertőzött ember él, aki élete folyamán valamikor intravénás kábítószer-használó volt. Az intravénás kábítószer-használók körében újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések számát jelenleg évi kb. 3500-ra teszik az EU-ban.

AIDS-es esetek és a HAART elérhetősége

Mivel az 1996 óta elérhető hatékony antiretrovirális gyógykezelés (HAART) hatékonyan megakadályozza az AIDS kialakulását a HIV-fertőzésből, az AIDS-es esetek adatai kevésbé használhatók fel a HIV átadásának mutatójaként. A WHO becslései szerint a HAART lefedtségének mértéke az EU-tagállamokban, a tagjelölt országokban és Norvégiában jó volt, ezek az országok mind legalább 75%-os lefedettségről számoltak be⁽¹⁴⁵⁾, bár az intravénás kábítószer-használókra vonatkozóan nincs külön adat. Az AIDS-es esetek megjelenésére vonatkozó adat továbbra is fontos, mivel ez jelzi a tüneti betegség szintjét, valamint a HAART bevezetését és hozzáférhetőségét.

Továbbra is Portugáliában a legmagasabb az AIDS intravénás kábítószer-használattal összefüggő esetszáma, ráadásul ez volt az egyetlen ország, amely a közelmúltban is növekedést észlelt, így 2005-ben becslések szerint

1 millió lakosra 36 új eset jutott, míg 2004-ben csak 30. Ezenkívül az összesített AIDS-es halálozás (ami minden valószínűség szerint nagymértékben összefügg az intravénás kábítószer-használattal) sem csökkent 1997 és 2002 között, ami arra utal, hogy a HAART hozzáférhetősége ebben az időszakban alacsony lehetett⁽¹⁴⁶⁾. A balti országok közül Lettországból tapasztalták az AIDS-es esetek megjelenésének csökkenését, 2005-ben 1 millió lakosra jutó 23 esettel, a 2004-es 26 eset/1 millió fős csúcs után. Észtország 2005-ben nem közölt külön az intravénás kábítószer-használókra vonatkozó adatot, viszont 2003 és 2004 között növekedésről számolt be (az 1 millió lakosra jutó 4-ről 13-ra nőtt az esetek száma)⁽¹⁴⁷⁾.

Hepatitis B- és C-fertőzések

Miközben a HIV-fertőzés az intravénás kábítószer-használók körében az EU-n belül főként néhány, magas előfordulási aránnyal rendelkező országban koncentrálódik, a vírusos hepatitis, és különösen a hepatitis C vírus (HCV) által okozott fertőzés eloszlása sokkal egyenletesebb, előfordulása pedig nagyobb arányú.

A 2004–2005-ben megvizsgált, intravénás kábítószer-használóktól származó mintákban a HCV-antitest 60% fölötti szintjéről 17 ország (a 28 ország közül 6 nem közölt adatot) 60 vizsgálatában számoltak be⁽¹⁴⁸⁾. Ezekben a mintákban a fiatal (25 év alatti) intravénás kábítószer-használók körében hét országban találtak magas előfordulást (legalább egy mintában 40% fölötti), az új intravénás kábítószer-használók között pedig – akiről sok országban nincsenek adatok – Lengyelországban és az Egyesült Királyságban⁽¹⁴⁹⁾. Csak öt ország tudósított olyan vizsgálatokról, ahol az előfordulási arány 25% alatt maradt.

A rendelkezésre álló adatokból, valamint az intravénás kábítószer-használók és a problémás kábítószer-használók becsült számából (lásd a 6. fejezetet) kiszámítható, hogy az EU-ban körülbelül 1 millió olyan, HCV-fertőzést hordozó ember él, aki élete folyamán valamikor intravénás kábítószer-használó volt.

A HBV (hepatitis B vírus) fertőzés markereinek előfordulása még a HCV markerekénél is változatosabb, feltehetőleg a védőoltás eltérő mértékéből eredően. A rendelkezésre álló legteljesebb adatkészletek a hepatitis B-vírusmag-antitestre (anti-HBc) vonatkoznak, amely jelzi a fertőzés történetét. 2004–2005-ben hat országból jelentettek 40% feletti előfordulást.

A bejelentett hepatitis B- és C-esetek időbeli tendenciái nem egyformán alakulnak. A hepatitis B esetében az intravénás használók aránya az összes bejelentett esethez képest általában véve csökkenni látszik, ami talán az oltási programok fokozódó hatásának köszönhető. A hepatitis C-fertőzés

⁽¹⁴⁴⁾ Lásd az INF-8., INF-9. és az INF-10. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴⁵⁾ Lásd az INF-14. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴⁶⁾ Portugál Nemzeti Koordináció a HIV/AIDS-fertőzés ügyében, Egészségügyi Minisztérium, 2006.

⁽¹⁴⁷⁾ Lásd az INF-1. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben. Az utolsó két évről vonatkozó adatok a bejelentési késelemnek megfelelően kiigazított becslések, ezért idővel változhatnak (forrás: EuroHIV).

⁽¹⁴⁸⁾ Lásd az INF-11., INF-12. és INF-13. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben. Az éves jelentésben csak az 50 fős vagy ennél nagyobb mintákról számoltunk be.

⁽¹⁴⁹⁾ Lásd az INF-6. (vii. rész) ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

A börtönök egészségügyi helyzetének javítása a közegészségügynek is használ

Az elmúlt két évtizedben a közegészségügy számára a legnagyobb kihívást a következők jelentették: a fertőző betegségek, például a TBC újbóli feltámadása; a HIV/AIDS megjelenése és gyors terjedése, valamint a pszichotróp anyagok problémás használatának láthatólag ellenőrizhetetlen, általánosan járványos terjedése. A felsoroltak a népesség sérülékenyebb rétegeit aránytalanul nagy mértékben sújtják. A börtönök populációja körében különösen a drogproblémák fordulnak elő gyakran, a fertőző betegségek szintje pedig viszonylag magas. Ráadásul a kábítószer-használat sokszor folytatódik, sőt, olykor éppen a börtönben kezdődik, és ilyen körülmények között általánosak lehetnek a veszélyes viselkedési formák. A börtönök ezért magukban rejtik annak a lehetőségét, hogy az életveszélyes betegségek fertőzései megnövekedett mértékben legyenek jelen, ugyanakkor a beavatkozásra is lehetőséget adhatnak egy különösen fontos célcsoportnál.

Néhány kivétellel (Franciaország, Egyesült Királyság – Anglia és Wales –, Norvégia) a börtönegészségügy általában az igazságügyi vagy a biztonsági rendszer szerves része, nem pedig az egészségügyi rendszeré, ami azzal a kockázattal jár, hogy a börtönöket egészségügyi szempontból elvágják az általános közegészségügytől, egyben felveti az ott biztosított egészségügyi szolgáltatások függetlenségének, minőségének, hozzáférhetőségének és színvonalának kérdését.

A fogvatartottak rossz egészségi állapota az általában vett közegészségre is kihathat, amikor a kábítószer-használók szabadulásuk után újból felveszik a kapcsolatot családjukkal és a közösség más tagjaival. A súlyos fertőző betegségek, például a HIV-fertőzés és a tuberkulózis felfedezése és megfelelő kezelése, valamint az ártalomcsökkentő intézkedések jelentősen hozzájárulhatnak azoknak a közösségeknek az egészségi állapotához, ahonnan a fogvatartottak érkeztek, és ahová vissza fognak térni. A kábítószerfüggők számára a börtönökben indított kezelési programok olyan lehetőséget nyújthatnak, amely nemcsak az egyén egészsége szempontjából lehet előnyös, de a jövőbeli törvénysértések valószínűségét is csökkenti.

A börtönök egészségügyi helyzetének és az erre adott válaszoknak a jobb megismerése érdekében az Európai Bizottság közegészségügyi programja támogatja az „Egészség a börtönökben” projektet (Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodája), amely egy adatbázist kíván létrehozni a börtönök fontos egészségügyi mutatóinak és az egészséget meghatározó egyéb tényezőknek az összegyűjtésére. Az EMCDDA a WHO Európával és a Börtönbeli Droghasználat és Fertőzések Megelőzésének Európai Hálózatával (ENDIPP) együtt közreműködik az adatbázis közös fejlesztésében ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ <http://data.euro.who.int/hip/>

bejelentett esetein belül nem figyelhető meg az intravénás kábítószer-használók arányára érvényes általános tendencia ⁽¹⁵⁰⁾. Ez az arány mindazonáltal országonként erősen eltérő, jelezve, hogy a hepatitisz C átadásában vannak

különbségek. A fertőzési rátákban látható, országok közötti különbségekért felelős tényezők megismerése valószínűleg fontos lépés lenne a jobb megelőzési és ártalomcsökkentési stratégiák kidolgozása felé ezen a területen.

A fertőző betegségek megelőzése

Az elmúlt évtizedben az EU szintjén egyetértés alakult ki arról, hogy milyen fő elemekre van szükség az intravénás kábítószer-használók körében terjedő fertőző betegségekre adandó hatékony válaszhoz. Európában jelenleg már hagyományai vannak a több összetevőből álló prevenciók válaszoknak, amelyek a következőkből állhatnak: hozzáférés a kábítószer miatti megfelelő kezeléshez, különösen a helyettesítő kezeléshez; tű- és fecskendőcsere-programok; tájékoztatás és prevenciók anyagok terjesztése; a kockázatcsökkentés módjairól szóló oktatás, a kortárs segítőket is beleértve; önkéntes tanácsadás és a fertőző betegségek szűrése; védőoltás és a fertőző betegségek kezelése.

Függetlenül attól, hogy a felsorolt elemek egyensúlyban vannak-e a különböző nemzeti politikákban, arról teljes az egyetértés, hogy az összehangolt, átfogó közegészségügyi stratégia létfontosságú ahhoz, hogy a kábítószer-használók körében csökkenteni lehessen a fertőző betegségek terjedését.

A nem diagnosztizált HIV-fertőzés problémájának kezelése érdekében új iránymutatás jelent meg az idén (WHO/UNAIDS, 2007). Ebben az egészségügyi szolgáltatóknak kezdeményezőbb hozzáállást javasolnak a HIV-szűrésre és tanácsadásra való beutalásban, különösen a legnagyobb kockázatnak kitett populációkkal, például az intravénás kábítószer-használókkal foglalkozó létesítményekben, hogy az önkéntes HIV-szűrésen minél többen vegyenek részt. Az EMCDDA munkája ezen a téren azt az üzenetet közvetíti, hogy a rendszeres önkéntes orvosi vizsgálat, beleértve a HIV- és más fertőzések szűrését és a kapcsolódó tanácsadást, az intravénás kábítószer-használók számára különösen indokolt szolgáltatás.

A hepatitisz A és B megelőzésében fontos szerepe van a védőoltásnak. Néhány országban a népesség egésze számára biztosítják a hepatitisz B-védőoltást, mások az oltási program a veszélyeztetettnek tekinthető csoportokra irányul. Norvégiában azután gyorsították meg a hepatitisz A- és B-védőoltás programját, miután a fertőző májgyulladások járványszerű kitérései nyomán kiderült, hogy az intravénás kábítószer-használat a kisebb településeken is elterjedt.

A hepatitisz C-fertőzés nagyarányú előfordulása az intravénás használók körében nyomatékosítja, hogy hatékonyabb válaszokat kell kidolgozni erre a betegségre, mivel itt a védőoltás lehetősége nem áll fenn. Több országban külön programok foglalkoznak a hepatitisz C megelőzésével, és érdekes munka folyik ezen a téren: ilyen például az Oslóban 2003 óta tartó „stop hepC” kampány, amellyel a kábítószer-használókat igyekeznek még az injekciózás

⁽¹⁵⁰⁾ Lásd az INF-8. és INF-11. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

megkezdése előtt vagy legalábbis „kezdő” intravénás használóként elérni.

A kábítószer-kezelési és ártalomcsökkentő szolgáltatások szintén ki kell dolgozniuk a megfelelő válaszokat a klienseik szexuális viselkedésében rejlő kockázatokra. Az intravénás használat mellett a kábítószer-használók szexuális magatartásuk révén is a HIV-fertőzés fokozott veszélyének lehetnek kitéve – vagy a döntéshozatali képességük csökkenése, illetve egyes drogoknak a nagy kockázatú szexuális viselkedésekkel való összekapcsolódása miatt, vagy azért, mert érintettek a szexiparban vagy a szex–drog csereüzletekben. A kábítószer-használó nők különösen sérülékenyek lehetnek, ámbar a kábítószer-használat és a kockázatos szexuális magatartás közötti kölcsönhatás olykor a más férfiakkal szexuális kapcsolatba kerülő férfiak egyes csoportjainál is aggályosnak mutatkozik. A HIV-fertőzés mellett a kábítószer-használók más szexuálisan terjedő betegségek (STD-k) veszélyének is jobban ki vannak téve, a kezelést végző szolgálatok pedig fontos szerepet tölthetnek be a fel nem ismert STD-k diagnosztizálásában. Egy friss máltai tanulmány például arról számolt be, hogy a nők körében fel nem ismert humán papilloma vírus fertőzéseket szűrtek ki az egyik járóbeteg-kezelő egységénél.

Tű- és fecskendőcsere-programok

Az EU-ban mára általánossá vált, hogy a tű- és fecskendőcsere- vagy -osztó programokat beépítik a kábítószerügyi hivatalok szolgáltatásaiba, és a kockázatokról szóló oktatási és tanácsadó szolgáltatásokkal együtt a kábítószer-használóknak kezelésre szóló beutalást is kínálnak. A tű- és fecskendőcsere-programokat (NSP-k) négy EU-országból három, valamint Norvégia is kiemelt fontosságú intézkedésként nevezték meg annak érdekében, hogy az intravénás kábítószer-használók körében megállítsák a fertőző betegségek terjedését⁽¹⁵¹⁾. A tiszta tűk és fecskendők biztosításáról valamennyi ország beszámolt, Ciprus kivételével, ahol egy szakértői csoport 2006-ban javasolta ezt az intézkedést az injekciózással összefüggő fertőzések esetleges növekedésének féken tartására. A szolgáltatók körében kezd általánossá válni, hogy a tiszta fecskendőkkel együtt egyéb steril felszereléseket is osztanak, például alkoholos párnát és száraz törlőkendőt, vizet, szűrőt és főzőedényt. Bár a tű- és fecskendőcsere-programokon keresztül terjesztett steril injekciós felszerelés ügye általában már nem számít vitatott kérdésnek, nem minden ország tulajdonít egyformán nagy jelentőséget ezeknek a programoknak, és egyes országokban többé-kevésbé elegendőnek tartják a gyógyszerári értékesítést.

A steril injekciós kellékek biztosításának jellege és hatóköre országonként változik. A fecskendőosztó állomások általában az erre szakosodott kábítószerügyi hivataloknál találhatóak, de ezt a szolgáltatástípust három ország kivételével mindenhol mobil szolgáltatások is kiegészítik, hogy a periférián lévő környékek

intravénás kábítószer-használóit is el tudják érni. A tű- és fecskendőcsere-programokat tíz országban fecskendőkiadó automaták is kiegészítik⁽¹⁵²⁾, de a forgalomról csak elszórtan vannak adatok, és a szolgáltatástípus hatékonyságát sem vizsgálták. Spanyolország és Németország után a tű- és fecskendőcsere most már Luxemburgban is elérhető, bár a szolgáltatás Németországban mindössze egy berlini börtönre korlátozódik.

A közösségi gyógyszerárak széles körű elérhetősége azt jelenti, hogy a gyógyszerárakon keresztül működtetett fecskendőcsere-rendszerek érdemben javíthatnának a fecskendők földrajzi hozzáférhetőségén, ezáltal jól kiegészítenék a szakirányú ügynökségek szolgáltatásait. Skóciában például 2004 folyamán a 116 gyógyszerár részvételével létrehozott hálózat segítségével 1,7 millió fecskendőt osztottak szét, Portugáliában pedig több mint 1300 gyógyszerár működött közre a programban, és 1,4 millió fecskendőt osztottak szét⁽¹⁵³⁾. Hivatalosan szervezett gyógyszerári fecskendőcsere- vagy -terjesztő programról nyolc európai országból számoltak be (Belgium, Dánia, Spanyolország, Franciaország, Hollandia, Portugália, Szlovénia, Egyesült Királyság).

Azokban az országokban, ahol a kábítószer-használók számára a gyógyszerárak az injekciós felszerelés beszerzésének általános forrását jelentik, ezek fontosabb szerepet is vállalhatnak a kábítószer-használóknak szóló egyéb egészségtámogató intézkedésekben, beleértve a fertőző betegségek szexuális és az injekciózással összefüggő kockázatairól szóló ismeretterjesztést, a szűrő és tanácsadó szolgáltatásokat és a kezelésre való beutalást. Jelenleg csak Franciaországból, Portugáliából és az Egyesült Királyságból számoltak be olyan irányú munkáról, hogy a gyógyszerészeket motiválják a fecskendőprogramokban való részvételre, és támogassák a programban résztvevőket.

Az országok között nagy különbségek vannak a tű- és fecskendőcsere-programok földrajzi hatókörét és az ezeken keresztül biztosított injekciós felszereléseket tekintve, ugyanakkor egyre több országban működik az egész országra kiterjedő hálózat a programokból. A tű- és fecskendőcsere-programok jó országos lefedettségét jelentették a következő országokból: Luxemburgból és Máltáról, mint két kis országból; Olaszországból, ahol az összes helyi egészségügyi körzet kb. 70%-ában rendszeresen vagy gyakran hajtanak végre tű- és fecskendőcsere-programokat; Csehországból, ahol a programok mind a 77 körzetben és Prágában, a fővárosban is elérhetőek, valamint Finnországból, ahol a települési önkormányzatokat jogszabály kötelezi a fertőző betegségek megelőzéséhez szükséges szolgáltatások, köztük a tű- és fecskendőcsere-programok biztosítására. Portugáliában becslések szerint a gyógyszerári és a megkereső rendszerben működő tű- és fecskendőcsere-programok a terület körülbelül felét fedik le, Dániában pedig 13 megye közül tízben működik tű- és fecskendőcsere-program. A jelentős intravénás kábítószer-használó populációval rendelkező

⁽¹⁵¹⁾ Lásd a 11. ábrát a 2006-os éves jelentésben.

⁽¹⁵²⁾ Lásd a HSR-2. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁵³⁾ Lásd a HSR-4. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

osztrák városok mindegyikében van legalább egy tű- és fecskendőlerakat. Bulgáriában a szolgáltatások tíz olyan városban érhetőek el, ahol a problémás kábítószer-használat előfordulása viszonylag magas. Észtországban egy 2005-ös becslés szerint az intravénás kábítószer-használók 37%-a állt kapcsolatban tű- és fecskendőcsere-programokkal, Szlovákiában és Romániában viszont ennél jóval alacsonyabba tették a célcsoport körében elért lefedettséget (20%, illetve 10–15%).

2003 és 2005 között az erre szakosodott tű- és fecskendőcsere-programokon keresztül kicserélt vagy szétosztott fecskendők összesített számáról több ország tett jelentést (Bulgária, Csehország, Észtország, Magyarország, Ausztria, Szlovákia, Finnország) ⁽¹⁵⁴⁾.

A tű- és fecskendőcsere-programokat biztosító szakirányú ügynökségek más fontos közegészségügyi szerepeket is betölthetnek, például a kliensek körében felmérhetik és javíthatják a kockázatos magatartásra vonatkozó ismereteket, motiválhatják őket a szűréseken és védőoltásokon való megjelenésre, valamint elvezethetik őket az elsődleges egészségügyi ellátáshoz és a kábítószer miatti kezeléshez. Bár nem lehet pontosan tudni, hogy ezek az ügynökségek milyen mértékben teljesítik ezeket a feladatokat, a szolgáltatástípus fejlesztésének szükségességét egy Angliában elvégzett friss országos ellenőrzés eredményei megerősítették. Az ellenőrzésről szóló jelentés megállapította, hogy a kliensek viszonylag kevésbé voltak tisztában a fertőző betegségekkel, ezért az ügynökségeknek kezdeményezőbbben kellene fellépni, amikor tanácsadást, szűrést és védőoltást kínálnak.

A kábítószerrel összefüggő halálesetek és halálozási arány

A kábítószerrel összefüggő halálesetek

Az EMCDDA definíciója szerint a „kábítószerrel összefüggő halálesetek” kifejezés azokat a haláleseteket jelenti, amelyeket közvetlenül egy vagy több kábítószer fogyasztása okoz. A kábítószerrel összefüggő halálesetek általában röviddel az anyag(ok) fogyasztása után következnek be. Ezeket a haláleseteket más szóval „túladagolásnak”, „mérgezésnek”, „kábítószer okozta halálesetnek” és „kábítószerrel összefüggő akut halálesetnek” is nevezik ⁽¹⁵⁵⁾. A kábítószerrel összefüggő halálesetek száma egy közösségben a túladagolással összekapcsolható kábítószerrel (különösen az opioidokat) használó személyek számától függ. A további fontos tényezők közé tartozik még az intravénás használók aránya,

a polidroghasználat előfordulása, a kezelőszolgálatok és a sürgősségi szolgálatok elérhetősége és politikája.

Az európai adatok összehasonlíthatósága az utóbbi években ugyan valamelyest javult, de az országok beszámolóinak minőségében megmutatózó különbségek miatt a közvetlen összehasonlításokkal továbbra is óvatosan kell bánni. A kábítószerrel összefüggő halálesetek mértéke kifejezhető a bejelentett esetek számával, a népességen belüli aránnyal vagy a százalékos halálozási aránnyal. Bár a bejelentések minőségét tekintve akadnak különbségek az országok között, ha a módszereken időközben nem változtatnak, meg lehet figyelni a túladagolások esetek számának és jellegének alakulását.

1990 és 2004 között az EU tagállamaiból bejelentett esetek száma az évi 6500 és a több mint 9000 között volt, ami a megadott időszakban összesen 122 000-nél is több esetet jelent. Ezeket a számokat becslött minimumnak kell tekinteni ⁽¹⁵⁶⁾.

A népesség kábítószerrel összefüggő halálozási arányai országonként igen különbözőek, az egymillió lakosra jutó 3–5-től ⁽¹⁵⁷⁾ egészen az 50-nél is több halálesetig terjedő tartományban (átlagosan 18,3); az egymillió lakosra jutó esetek száma 11 európai országban haladta meg a 20-at. A 15–39 éves férfiak körében a halálozási arányok jellemzően háromszor magasabbak (átlagosan 61 haláleset/1 millió lakos). A kábítószerrel összefüggő halálesetek 2004–2005-ben a 15–39 éves európaiak körében az összes haláleset 4%-át tették ki, de kilenc országban ez az arány 7% fölött volt ⁽¹⁵⁸⁾.

A túladagolások esetek mellett a kábítószer-használók halálának közvetett oka is lehet a kábítószer-használat. Így például az intravénás kábítószer-használattal összefüggő AIDS-es halálesetek száma 2003-ban közel 1400 volt (EuroHIV, 2006) ⁽¹⁵⁹⁾, noha feltehetőleg ez a becslés is alacsonyabb a tényleges számoknál. A kábítószer-használattal közvetett kapcsolatban lévő egyéb okoknak tulajdonítható haláleseteket (pl. hepatitisz, erőszakos cselekmények, öngyilkosság vagy baleset) nehezebb megítélni. Becslések szerint a fiatal felnőttek körében – legalábbis néhány európai városban – a halálozás 10–20%-a tulajdonítható közvetlenül vagy közvetve az opioidok használatának (Bargagli és mások, 2006) (lásd alább). Ehhez még hozzá kellene adni a kábítószer-használat más formáival (pl. a kokainnal) összefüggő halálozást, amely viszont még nehezebben számszerűsíthető.

A problémás kábítószer-használatból eredő halálozás mértékének országos vagy európai szintű összesítéséhez

⁽¹⁵⁴⁾ Lásd a HSR-3. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁵⁵⁾ Az esetek országos szinten használt meghatározásai többnyire megegyeznek az EMCDDA definíciójával, vagy nagyon hasonlóak ahhoz, bár néhány országban továbbra is belefoglalják a pszichoaktív gyógyszereknek tulajdonítható vagy nem túladagolások haláleseteket, általában korlátozott arányként (lásd a 2007. évi statisztikai közlöny, „Kábítószerrel összefüggő halálesetek – összefoglaló: fogalom meghatározások és módszertani kérdések” című módszertani megjegyzését és a „DRD Standard Protokoll, 3.1. változatot”).

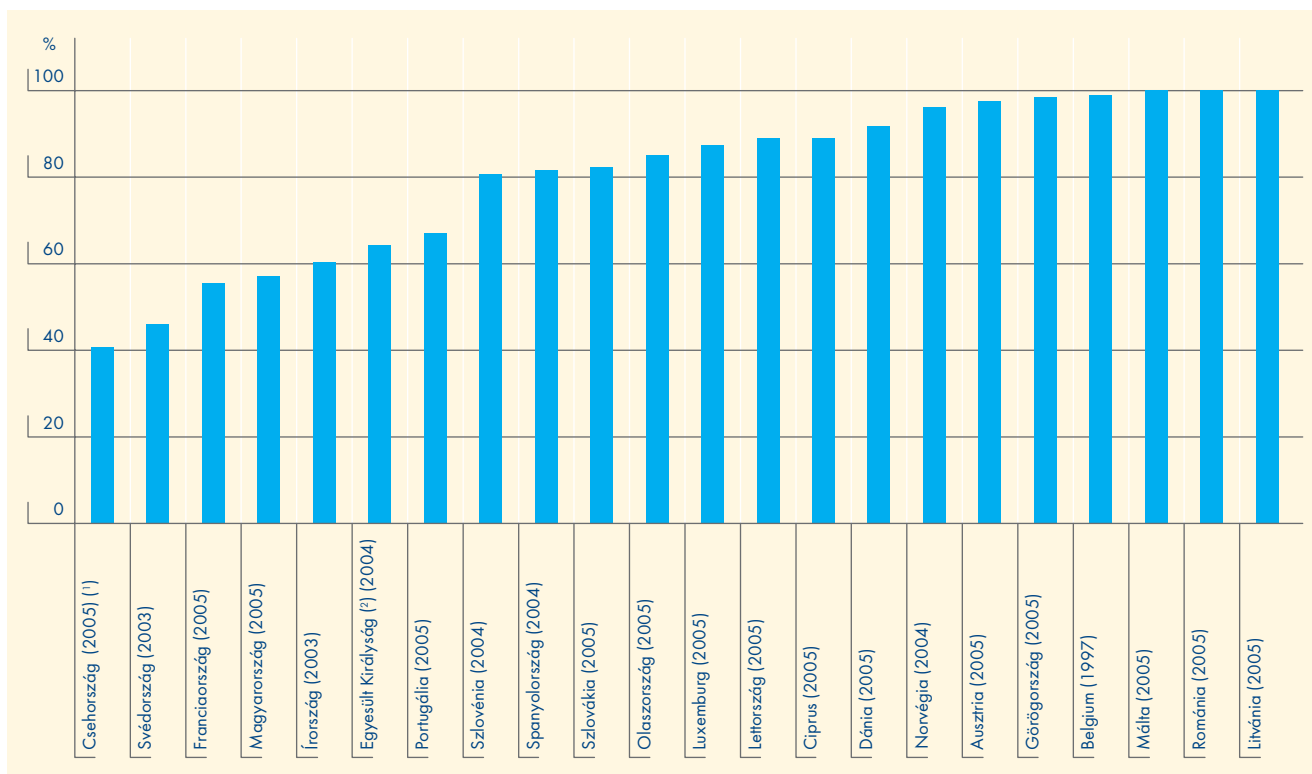
⁽¹⁵⁶⁾ Lásd a DRD-2. (i. rész), DRD-3. és DRD-4. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁵⁷⁾ Franciaországban a ráta 2005-ben 0,9/1 millió lakos volt, amiről feltételezhető ugyan, hogy a valószínűleg alacsonyabb bejelentett számokat takar, ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy ennek nagyjából tízszerese volt 1994-ben, amikor a túladagolások halálesetek száma csökkenésnek indult.

⁽¹⁵⁸⁾ Lásd a DRD-5. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁵⁹⁾ Lásd: EuroHIV (2006). Meg kell jegyezni, hogy a számadat a WHO Európa nyugati és középső területére (beleértve néhány nem EU-s országot is) vonatkozik, valamint Észtország, Lettország és Litvánia (keleti terület) esetében az összes halálesetre.

12. ábra: Az opioidok jelenlétét mutató, kábítószerrel összefüggő akut halálos esetek aránya



⁽¹⁾ Csehország esetében a nemzeti definíció helyett az EMCDDA „D válogatás” definícióját használtuk a kábítószerrel összefüggő akut halálos esetek meghatározására.

Az országos definícióba beletartozik a pszichoaktív gyógyszerekkel történt mérgezés is, amely az esetek többségéért felel (156 eset a 218-ból).

⁽²⁾ A Nemzeti Statisztikai Hivatal meghatározása.

Megjegyzés: Néhány országnál a „nemzeti definíciók” korlátozott számban tartalmaznak a kábítószer-használattal közvetlenül összefüggő halálos eseteket is. 2005-ös vagy legutolsó elérhető adatok. Bővebb információért lásd a DRD-1. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox-országjelentések (2006), az adatok az országos halotti nyilvántartásokból vagy speciális nyilvántartásokból származnak.

előbbre kellene lépni az adatgyűjtésben és -elemzésben. A holland országjelentésben már be is számoltak arról, hogy erre országos méretekben tettek kísérletet: egy helyi vizsgálatból kapott adatok extrapolálásával megbecsülték a problémás kábítószer-használatból – közvetlenül és közvetve – eredő halálos arányt, figyelembe véve a regionális különbségeket. A módszertanon ugyan még finomítani kell, mindenesetre ezzel a fajta vizsgálattal nemcsak a kábítószer-használattal közvetlenül összefüggő halálos mértékét lehet felmérni, de arra is lehetőség nyílik, hogy a túladagolások halálos esetek valószínűsége alacsonyabb bejelentésének problémáját leküzdjük.

Az opioidokkal összefüggő akut halálos esetek

Heroin okozta halálos esetek ⁽¹⁶⁰⁾

Az opioidok túladagolása az egyik vezető halálos ok az európai fiatalok és különösen a városi területen élő fiatal férfiak körében. Az opioidok az EU-ban bejelentett, tiltott anyagok okozta „kábítószerrel összefüggő akut halálos esetek” többségében jelen vannak, és ezek 46–100%-áért tehetőek felelőssé (12. ábra), főként a heroin vagy metabolitjai. Az opioidok okozta halálos esetek Európában legtöbbször a heroinhoz köthetők, de gyakran más anyagok

esetleges szerepét is felismerik, különösen az alkoholt, a benzodiazepineket vagy más opioidokat, illetve egyes országokban a kokaint. A kábítószeres halálos esetekben szerepet játszó anyagokról szóló önkéntes adatgyűjtés, amelyben 2006-ban kilenc ország vett részt ⁽¹⁶¹⁾, megerősítette, hogy az opioid-túladagolásokban rendszerint (az esetek 60–90%-ában) egynél több kábítószer említendő, ezért ezeket „polidrog halálos eseteknek” is lehetne tekinteni.

Az opioid-túladagolások halálos esetek többségének férfiak az alanyai (59–100%), a nők aránya Csehországban, Lengyelországban és Szlovákiában a legmagasabb, Olaszországban, Litvániában és Luxemburgban a legalacsonyabb. A túladagolás miatt elhunytak többsége a 20 és 40 év közötti kortartományba tartozik, átlagéletkoruk a legtöbb országban a harmincas évek közepére tehető ⁽¹⁶²⁾. A túladagolások halálos esetek áldozatainak átlagéletkora Bulgáriában, Észtországban, Lettországban és Romániában a legalacsonyabb, Lengyelországban, Finnországban és az Egyesült Királyságban a legmagasabb. A 15 évesnél fiatalabbak körében csak nagyon kevés túladagolások halálos esetet jelentettek, bár elképzelhető, hogy ebben a korcsoportban a kábítószerrel összefüggő halálos esetekből a ténylegesnél kevesebb kerül bejelentésre. A 65 év feletti

⁽¹⁶⁰⁾ Mivel az EMCDDA-hoz bejelentett esetek többsége opioid-túladagolás, az opioidok okozta esetek leírására a kábítószerrel összefüggő akut halálos esetek általános jellemzőit használják.

⁽¹⁶¹⁾ Csehország, Dánia, Németország, Lettország, Málta, Hollandia, Ausztria, Portugália és az Egyesült Királyság.

⁽¹⁶²⁾ Lásd a DRD-1. (i. rész) táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

köréből ugyan feljegyeztek néhány, kábítószerrel összefüggő halálesetet, de csak hét országból jelentették azt, hogy az esetek 5%-nál nagyobb része esik ebbe a korcsoportba. Az EU-hoz 2004-ben csatlakozott tagállamok közül sokban a halálozáskor feljegyzett, viszonylag alacsony átlagéletkor és a 25 évesnél fiatalabbak nagy aránya a túladagolások esetek között azt jelezheti, hogy ezekben az országokban fiatalabb a heroinhasználó populáció ⁽¹⁶³⁾.

A túladagolás halálos áldozatainak életkora sok tagállamban emelkedik, ami arra utal, hogy a heroinhasználat előfordulása a fiatalok körében kezd visszaszorulni. Ez a tendencia az EU-15 tagállamaiban általános, bár Ausztriában és Luxemburgban az elmúlt években csökkenést tapasztáltak. A többi tagállamban a tendencia kevésbé egyértelmű, a számadatok értelmezését pedig az esetek kis száma is nehezíti ⁽¹⁶⁴⁾.

Metadon és buprenorfin okozta halálesetek

Bár a kutatások igazolták, hogy a helyettesítő kezelés csökkenti a halálos túladagolás kockázatát, minden évben beszámolnak néhány olyan halálesetről, amely a helyettesítő gyógyszerekkel való visszaéléssel hozható összefüggésbe. A metadonnal és a buprenorfinnal összefüggő halálesetek számának és a halál körülményeinek figyelemmel kísérése fontos információkkal szolgálhat a helyettesítő programok minőségbiztosítása és a prevenció és ártalomcsökkentő kezdeményezések tájékoztatása szempontjából.

A metadon jelenlétéről a kábítószerrel összefüggő halálesetek egy jelentős részében számos ország beszámolt, bár nem mindig világos, hogy a metadon milyen szerepet játszott a halálesetben, és olykor más anyagok is jelen vannak. Dánia jelentése szerint a kábítószerrel összefüggő halálesetek 43%-ában (2005-ben 206 esetből 89-ben) volt a mérgezés oka a metadon (egymagában vagy más szerrel kombinálva); Németország azt jelentette, hogy 2005-ben (1 477 eset közül) 255 esetet tulajdonítottak „helyettesítő anyagnak” (75 esetet egymagában, 180-at más narkotikumokkal kombinálva), szemben a 2004-es 345 esettel; az Egyesült Királyság 280 olyan esetről számolt be (1972 eset közül, a drogstratégia meghatározása szerint), ahol a metadont „említik” (2004); Norvégiában pedig a boncolás 55 esetben mutatta ki a metadon nyomait. Spanyolország azt jelentette (Reitox-országjelentések, 2005), hogy egymagában a metadonhoz köthető halálos túladagolás csak néhány volt (az összes eset 2%-a), más szerekkel kombinálva viszont a metadon az opioidok okozta halálesetekben (42%) és a kokain miatti halálesetekben (20%) rendszeresen jelen volt. Más országok nem számoltak be a metadon miatti halálesetekről, vagy csak nagyon kis számokat közöltek.

Úgy tűnik, hogy buprenorfinmérgezés miatti halálesetek ritkán fordulnak elő, ami e kábítószer agonista–antagonista gyógyszerjellemeinek tulajdonítható. Mindazonáltal az európai országokból néhány halálesetről beszámoltak. A 2006-os és a 2005-ös országjelentésekben csak

Franciaország és Finnország tett említést ezzel az anyaggal összefüggő halálesetekről. Finnországban a buprenorfin 2005-ben 83 esetben mutatták ki (2004-ben 73 eset), rendszerint benzodiazepinokkal, nyugtatókkal vagy alkohollal kombinálva, illetve intravénásan. Franciaországból 2005-ben mindössze két, buprenorfinnal összefüggő halálos túladagolást jelentettek (2004-ben négyet). Ebben a két országban elsősorban a buprenorfinnal használják az opioidhelyettesítő kezelésben, de Franciaországban a becslések szerint mintegy 70 000–85 000 ember szedi ezt az anyagot, lényegesen többen, mint Finnországban. Franciaország és Finnország mellett 2004-ben még három ország számolt be olyan halálesetekről, amelyeknél megemlítették a buprenorfinnal (országokonként két-három esetről). Az Egyesült Királyságban 1980 és 2002 között végzett, a halálesetekben a buprenorfin említéseit kutató, teljes körű vizsgálatban összesen 43 esetet találtak, gyakran benzodiazepinokkal vagy más opioidokkal kombinálva (Schifano és mások, 2005).

A nem opioid kábítószerekkel összefüggő akut halálesetek

Az ecstasyval és az amfetaminokkal összefüggő halálesetek

Az ecstasyval összefüggő halálesetek nem gyakoriak, viszont komoly aggodalmat keltettek, amikor pár évvel ezelőtt az első tudósítások napvilágot láttak, mivel társadalmilag integrált fiatalok körében következnek be, gyakran váratlanul. A 2006-os Reitox-országjelentésekből elérhető, korlátozott információk azt jelzik, hogy az ecstasyval összefüggő halálesetek száma az előző években bejelentetthez hasonlóan alakul. Európa egészségét tekintve 78, ecstasyval összefüggő halálesetre történt utalás ⁽¹⁶⁵⁾.

Az amfetamin miatti halálesetek bejelentése szintén nem gyakori, bár Csehországban 2004-ben 16, 2005-ben 14 halálesetet tulajdonítottak a pervitinnek (metamfetamin), összhangban a problémás pervitinhasználók becsült számának és a kezelési igények növekedésével. Finnországból 65, amfetaminokkal kapcsolatos haláleset jelentettek, de nem határozták meg a kábítószer szerepét ezekben az esetekben.

A kokainnal összefüggő halálesetek

A kokain miatti túladagolások halálesetek nehezebben ismerhetők fel, mint az opioidok által okozott esetek, és ezeket gyakran inkább több ok egyidejű jelenlétének tulajdonítják, nem pedig magának a kokainmérgezésnek ⁽¹⁶⁶⁾. A vizsgálatok azt állapították meg, hogy a kokainnal összefüggő halálesetek többsége a kábítószer krónikus használatához kapcsolódik, és gyakran a hosszú távú kokainhasználat által előidézett szív- és érrendszeri és neurológiai problémák következménye, különösen az erre hajlamosító állapotokkal vagy kockázati tényezőkkel élő kokainhasználók esetében. Európában a kokainnal összefüggő haláleseteknél általában más anyagok jelenlété is megemlíti (köztük az alkoholt és az opioidokat), ami

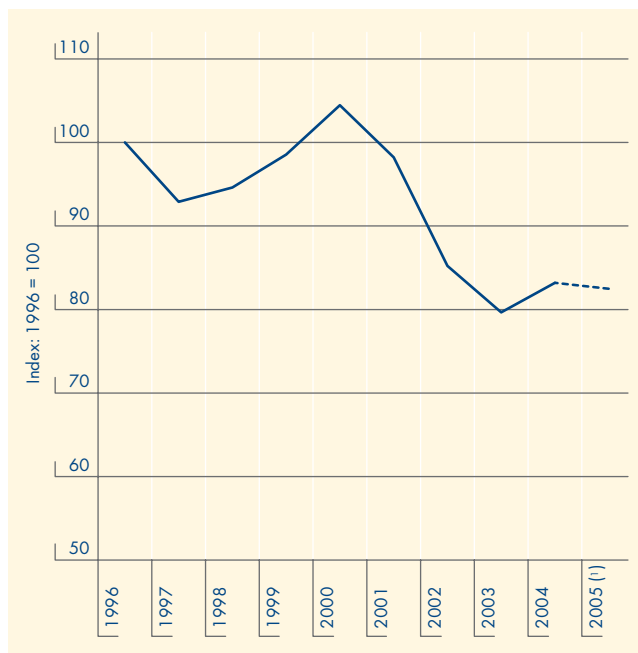
⁽¹⁶³⁾ Lásd a DRD-2. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁶⁴⁾ Lásd a DRD-3. és DRD-4. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁶⁵⁾ Az ecstasyra és a kokainra utaló számok országtól függően 2004-re vagy 2005-re vonatkoznak.

⁽¹⁶⁶⁾ Az ezzel a kábítószerrel összefüggő halálesetekről szóló részletesebb beszámolóért lásd a kokainról szóló 2007-es kiválasztott témakört.

13. ábra: A kábítószerrel összefüggő akut halálos esetek átfogó tendenciája, 1996–2005, az összes, adatokkal rendelkező tagállam esetében



(1) 2005 esetében a számadat ideiglenes, a 2004-es és a 2005-ös adatok összehasonlításán alapul, csak azoknál az országoknál, amelyeknél mindkét évről van adat.

Megjegyzés: Az indexált változás kiszámítása a megadott évről és az azt megelőző évről adatokkal rendelkező országok alapján történt. A halálos esetek országokénti számát és a módszertani megjegyzéseket lásd a DRD-2. táblázatban a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox-országjelentések (2006), az adatok az országos halotti nyilvántartásokból vagy speciális (igazságügyi orvostani vagy rendőrségi) nyilvántartásokból származnak.

azt tükrözi, hogy a kokaint sokszor más anyagokkal együtt használják.

Az adatszolgáltató országok körében a 2006-os és a 2005-ös országjelentésekben egyaránt 400-nál több kokain miatti halálos esetet ismertek fel. Ez egyértelműen arra mutat, hogy a kokainhasználat egészségügyi következményeit és a használattal összefüggő halálozást tovább kell vizsgálni.

A kábítószer-használattal összefüggő akut halálos esetek alakulása

A kábítószerrel összefüggő halálos esetek országokénti alakulása némi betekintést adhat az egyes országokban mind a problémás kábítószer-használati minták alakulásába, mind a válaszok terén történt fejleményekbe. Az EU-ról rendelkezésre álló adatokból kirajzolódik néhány általános tendencia a kábítószerrel összefüggő halálozásban. Hosszabb távon nézve, az EU-15 tagállamaiban és Norvégiában az 1980-as évek során és az 1990-es évek elején a kábítószerrel összefüggő halálos esetek határozott növekedése volt tapasztalható, ami feltehetőleg

a heroinhasználat és az injekciózás terjedésével párhuzamosan következett be ⁽¹⁶⁷⁾. Az 1990 és 2000 közötti időszakban a kábítószerrel összefüggő halálos esetek száma tovább nőtt, bár ekkor már lassabb ütemben.

2000 óta azonban az EU sok országából a kábítószerrel összefüggő halálos esetek számának csökkenéséről számoltak be, feltehetőleg a kezelés jobb elérhetőségének és az ártalomcsökkentő intézkedéseknek köszönhetően, bár az injekciózás háttérbe szorulása vagy a heroin elérhetőségének csökkenése ugyancsak fontos tényezőként lehetett jelen. Európai szinten nézve a kábítószerrel összefüggő halálos esetek száma 2001-ben 6%-kal, 2002-ben 14%-kal, 2003-ban pedig 5%-kal csökkent (13. ábra). A 2004-es jelentések és a 2005-re vonatkozó ideiglenes adatok ezzel szemben azt jelzik, hogy a kábítószerrel összefüggő halálos esetek csökkenése 2003 után nem folytatódott.

Néhány országban a kábítószerrel összefüggő halálos esetekről szóló jelentésekből aggasztó tendencia kezd kirajzolódni. A kábítószerrel összefüggő halálos esetek számában 1999–2001 között tapasztalt kifejezett csúcs után, amit két-három évig tartó, határozott visszaesés követett, 2004-ben és 2005-ben ismét a bejelentett halálos esetek számának növekedését észlelték ⁽¹⁶⁸⁾. Ez a minta általában jellemző az utóbbi években a kábítószerrel összefüggő halálos esetek terén Görögországban, Írországban, Portugáliában, Finnországban és Norvégiában, illetve – kisebb mértékben – Hollandiában, Ausztriában és az Egyesült Királyságban megfigyelhető tendenciákra. Olaszországban a kábítószerrel összefüggő halálos esetek számának sokéves csökkenése után az elmúlt két évben némi növekedést észleltek ⁽¹⁶⁹⁾. A közelmúltban tapasztalt növekedés magyarázatául számos lehetséges ok felmerült, köztük az opioidhasználók polidroghasználata vagy a heroin elérhetőségének esetleges növekedése.

A kábítószerrel összefüggő halálos esetek számát tekintve az EU-15 tagállamai és a 2004 óta csatlakozott országok tendenciáiban határozott eltérés figyelhető meg. Az EU-15 tagállamaiban 1996 óta általános csökkenést lehetett megfigyelni, ami a fiatal intravénás opioidhasználók számának hosszú távú csökkenésére utal. A közelmúltbeli tendenciák viszont ezekben az országokban vegyesek. Az új tagállamokban 2002-ig meredek emelkedést figyeltek meg, 2003–2004-ben pedig csökkenést.

A kábítószerrel összefüggő halálos esetek számában a 30 évesnél fiatalabb kábítószer-használók arányának növekedését tapasztalták Görögországban, és a 25 évesnél fiatalabbak arányának növekedését Észtországban, Luxemburgban és Ausztriában, illetve kisebb mértékben Lettországban és Hollandiában, bár a legtöbb országban a fiatal kábítószer-használók egyre csökkenő arányban vannak jelen a túladagolások között ⁽¹⁷⁰⁾.

A kábítószerrel összefüggő halálozásban nemek szerinti különbségek is megfigyelhetők ⁽¹⁷¹⁾. Bővebb részletekért lásd

⁽¹⁶⁷⁾ Lásd a DRD-8. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁶⁸⁾ Lásd a DRD-2. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁶⁹⁾ Lásd a DRD-11. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁷⁰⁾ Lásd a DRD-9. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁷¹⁾ Lásd a DRD-6. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben.

a nemekről és a kábítószerekről szóló, 2006-os kiválasztott témakört.

Összesített halálzási arány a problémás kábítószer-használók körében

A problémás kábítószer-használók körében mért összesített halálzási arányról (a kábítószeres közvetlen és közvetett következményeként) szóló információk többnyire az opioidhasználókra vonatkoznak, ezzel szemben a kábítószer-használat más formáival összefüggő halálzási arányról általában alig van adat, pedig közegészségügyi szempontból ez is egyre fontosabb, például a rendszeres, de társadalmilag integrált kokainhasználók esetében.

Az opioidhasználók körében, különböző európai helyszíneken végzett kutatóvizsgálatok azt állapították meg, hogy ebben a csoportban az általános népességhez viszonyítva magas a halandóság. Az EMCDDA egyik projektje keretében indult kapcsolódó vizsgálat nyolc európai helyszínen mutatta ki, hogy a kezelésbe bevont opioidhasználók halandósága azonos korú társaikhoz képest nagyon magas (lásd EMCDDA, 2006). Egy Csehországban végzett mortalitásvizsgálathoz azt állapította meg, hogy a serkentőszeres használóknak halálzási aránya 4–6-szor, az opioidhasználóké pedig 9–12-szer nagyobb az általános népességénél (Reitox-országjelentések, 2005). Egy heroin-, kokain- vagy crackhasználat miatt letartóztatottakat nyomon követő francia kohorszvizsgálat azt állapította meg, hogy a férfiak halálzási aránya ötször, a nőké 9,5-szer nagyobb az általános népességénél, viszont csökkenő tendenciát mutat (Reitox-országjelentések, 2005). A kábítószer-használók körében mért halálzási arányokról a több európai országban (Bulgária, Spanyolország, Málta, Ausztria, Lengyelország, Románia, Svédország, Egyesült Királyság, Norvégia) folyó kohorszvizsgálatokból bővebb információkhoz fogunk jutni.

A közelmúltban Hollandiában és Norvégiában végzett vizsgálatok nem találtak összefüggést az életkor és a túladagolási halál kockázata között (Cruts és mások, megjelenés előtt; Ødegård és mások, 2006, a norvég országjelentés idézi), viszont az opioidhasználók öregedésével a krónikus állapotokból eredő halálesetek folyamatosan hozzáadódhatnak a külső okokból, például öngyilkosság vagy erőszakos cselekmények miatt bekövetkező halálzási arányhoz. A kábítószer-használók rossz életkörülményei és mentális egészségügyi problémái ugyancsak jelentős mértékben hozzájárulhatnak e csoport magas halálzási arányához.

A kábítószer-használók körében készült vizsgálatok némelyike az öngyilkosságot nevezi meg a kábítószer-túladagolási halálesetek egyik okaként. 2005-ben Skóciában az ismert öngyilkosságok és a meghatározatlan szándékú halálesetek együttesen a kábítószerrel összefüggő összes haláleset 30%-át tették ki. 2003-ban a kábítószerekkel összefüggő összes haláleset 13%-a volt öngyilkosság (Scottish Executive, 2005). Az anyaggal való visszaélés problémái feltételezhetően többféleképpen is hozzájárulnak az öngyilkossági

Komorbiditás és az ISADORA-projekt

A pszichiátriai rendellenességek gyakran együtt járnak a problémás kábítószer-használattal. Bár a komorbiditásról európai szinten nem folyik hivatalos adatgyűjtés, több európai országban végzett helyi kutatásokból arra lehet következtetni, hogy a drogkezeléseken részt vevő kliensek 30–90%-a rendelkezhet pszichiátriai társbetegségekkel. A kábítószerfüggők körében leggyakrabban diagnosztizált rendellenességek közé tartoznak a személyiségzavarok, a depresszió, az antiszociális személyiség, a szorongás, a hangulat- és érzékszervi zavarok. Ugyancsak itt említendő a skizofrénia, illetve az öngyilkossági hajlam. A komorbiditást gyakoribbnak érezték a heroinhasználók körében, különösen azoknál, akik hosszú ideig használták a kábítószer-t, többször megszakították a metadonkezelést, illetve akiknek a társadalmi és lakáskörülményei leromlottak. A kábítószer-függőség hasonlóképpen gyakori a súlyos mentális betegségekben szenvedők körében.

Az európai ISADORA-projektet („Integrált szolgáltatások a kettős diagnózis és a függőségből való optimális felépülés céljából”) hároméves kutatási időszak után 2005-ben fejezték be (1). A komorbiditás fő intézményi és egyéni kockázati tényezőinek meghatározására irányuló projekt Európa-szerte hét helyszínen zajlott, 352 páciens bevonásával, akiket az akut pszichiátriai osztályokról toboroztak. Az eredmények szerint a rossz prognózis és a kaotikus kettős diagnózis miatti utak nem kizárólag a kliensek sajátosságaihoz erednek, hanem a szolgáltatásnyújtás széttagoltságából is, ami sokszor a gondozás rosszul működő osztályokra bontásához vezet. Az ISADORA-projekt eredményei közé tartozik az átfogó kettős diagnózis képzési kézikönyv összeállítása.

(1) <http://isadora.advsh.net/>

viselkedéshez. Közösek a kockázati tényezők, és az anyaggal való visszaélés gyakrabban fordul elő a veszélyes viselkedésekre hajlamos embereknél.

A kábítószerrel összefüggő halálzási arány csökkentése

A kábítószer-túladagolás mint közegészségügyi kérdés viszonylagos fontosságának felismerése nyomán egyre több figyelmet kaptak a túladagolás megelőzését célzó intézkedések. Bár a kezelésben és más szolgáltatásokban való részvétel csökkentheti a kábítószerrel összefüggő halálesetek számát, még mindig sok lehetőség lenne olyan beavatkozások kidolgozására, amelyek kifejezetten a túladagolás kockázatait veszik célba, ráadásul a túladagolás megelőzése terén Európában továbbra sem sikerült egységes szemléletet kialakítani.

A tagállamok, különösen azok, ahol a heroin járványos terjedése régebbre tehető, az elmúlt években növelték a drogkezelések elérhetőségét, és mára egyre nagyobb számban érnek el a nehezen megközelíthető, problémás kábítószer-használókhoz (lásd még a 2. fejezetet és a 6. fejezetet). A kezelés jobb hozzáférhetősége és

a módszerek nagyobb választéka, a helyettesítő kezelést is beleértve, javítja a kezelésben való megtartási arányokat, ami jelentősen hozzájárul a kábítószerrel összefüggő halálesetek és halálozás csökkentéséhez. Több országban alacsonyabbra tették a kábítószer-fenntartó kezelés hozzáférési küszöbét, és a filozófia is egyértelműen abba az irányba változik, hogy elősegítsék a metadonfenntartó kezelés megkezdését és az újbóli felvételt (mivel ezek az intézkedések bizonyítottan növelik a túlélést). Ráadásul a magas küszöbű programokról készült vizsgálatok azt jelzik, hogy a szigorú belépési feltételek és kezelési szabályok több fegyelmi elbocsátáshoz vezetnek, ami növeli az elbocsátottak halálának veszélyét a kezelésben maradókhoz képest (Fugelstad és mások, 2007). Olaszországban most végeznek longitudinális vizsgálatot a heroinfüggőség kezeléseinek hatékonyságáról, amely a kezelésben megtartás és a halálozás közötti kapcsolatot is meg fogja vizsgálni (Bargagli és mások, 2006).

Azok, akiktől megvonták az opioid kábítószerüket, a börtön vagy a kezelés elhagyása utáni első pár héten fokozottan ki vannak téve a túladagolás veszélyének, ha visszatérnek a kábítószer-használathoz, mivel korábbi toleranciaszintjük lecsökken. Ezért fontos ártalomcsökkentő intézkedés az ilyen körülmények közül távozókat tájékoztatni a kábítószer-használat újakezdésével járó veszélyekről, és megbeszélni velük a kockázatcsökkentő stratégiákat. Itt fontos szerepet játszhat a gondozás folytatása szociális támogatással és kezelési szolgáltatásokkal, különösen a börtönből szabadulók esetében.

A túladagolás megelőzését szolgáló módszerek közé tartozik még: a kábítószer-használók megtanítása arra, hogy hogyan tudják regenerálni szervezetüket és hogyan tudnak jobban reagálni a vészhelyzetekre, továbbá a rendőrséggel, a mentőszolgálattal és magukkal a kábítószer-használókkal való együttműködés annak érdekében, hogy bátorítsák a sürgősségi orvosi szolgálat kihívását a túladagolási esemény korai szakaszában. A kutatások szerint az egyéb kábítószeres, különösen az alkohol és a nyugtatószerek egyidejű használata növelheti a halálos kimenetelű opioid-túladagolás kockázatát, ezért a szolgálatoknak kiemelt helyen kell foglalkozniuk a polidroghasználattal. Néhány kísérletben azt a lehetőséget vizsgálták, hogy a kábítószer-használóknak opioid antagonistákat adnak: ennek egyik példája egy skóciai kísérleti program volt, amelyben a kábítószer-használók, családjuk és barátaik között Naloxone-t osztottak szét. Ez a módszer Európában egyelőre nem terjedt el széles körben, de rejthet magában

lehetőségeket. Gyakoribb, bár nem általános módszer az opioid antagonisták elérhetősége a mentőállomásokon, kezelő létesítményekben vagy más olyan helyszíneken, ahol az opioidtúladagolással valószínűsíthetően találkozhatnak. Tekintettel e kábítószeres hatékonyságára gyors beadás esetén, egyértelmű, hogy a túladagolást megelőző intézkedések bármely felülvizsgálata keretében meg kell vizsgálni ennek a választípusnak az elérhetőségét.

A módszerek közül némi ellentmondást szült a drogfogyasztó helyiségek biztosítása: itt a kábítószer-használók egy kijelölt helyszínen fogyaszthatják a kábítószerüket, ahol orvosi és egyéb szolgáltatások is rendelkezésre állhatnak. A drogfogyasztó helyiségeket az INCB nemrég megjelent éves jelentéseiben bírálta, az EU néhány tagállama ellenben a kifejezetten problémás kábítószer-használatra adott válasza hasznos elemének tekinti ezeket. A drogfogyasztó helyiségek mellett szól többek között, hogy a túladagolást megelőző intézkedésként szolgálhatnak, csökkenthetik az injekciózással járó egyéb kockázatokat, lehetőséget adnak az ismeretterjesztésre, valamint elvezethetnek az elsődleges egészségügyi ellátáshoz, a kezeléshez és más drogszolgálatokhoz. A fogyasztóhelyiségeket ezenkívül időnként úgy is tekintik, mint a kábítószer-használat által okozott közrendzavarás korlátozásának lehetőségét. Az EU-ban és Norvégiában immár 70-nél is több fogyasztóhelyiség működik: Hollandiában kb. 40, Németországban 25, Spanyolországban hat, Luxemburgban és Norvégiában pedig egy-egy.

A tájékoztató, oktató és kommunikációs (IEC) technikák Európa-szerte helyet kapnak a kábítószerrel összefüggő halálozás csökkentését célzó kezdeményezésekben. Számos ország beszámolt arról, hogy a kábítószer-használók, társaik és családjuk, illetve a rendőrség köreiből külön e célra összeállított tájékoztató anyagokat osztanak szét. A kábítószerügyi hivatalok személyzetének vagy maguknak a kábítószer-használóknak szóló elsősegély-tanfolyamok mellett azonban a túladagolás kockázatértékelése és a kockázatkezelési tanácsadás is kezd egyre általánosabbá válni Európában, és szerepel például a Romániából, Hollandiából és Máltáról kapott jelentésekben. 2005-ben Skóciában cselekvési tervet indítottak a kábítószerrel összefüggő halálesetek csökkentésére, amelynek keretében egy DVD-t adnak ki a túladagolás ismertetésére, megvizsgálják a segítségkérésben előforduló késedelem okait, továbbá országos fórumot nyitnak a tendenciák vizsgálata és a további intézkedéseket kívánó területek meghatározása érdekében.



Hivatkozások

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. és mások (2004), „The influence of school culture on smoking among pupils”, *Social science and medicine* 58, 1767–80. o.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. és mások (2006), „VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population”, *Substance use misuse* 41, 1861–79. o.
- Binnie, I., Kinver, A. és Lam, P. (2006), „Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation”, Scottish Executive, Edinburgh (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. és mások (2000), „Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science”, *Addictive behaviours* 25, 955–64. o.
- Bühler, A. és Kröger, C. (2006), „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs”, *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Vol. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Canning, U., Millward, L., Raj T. és Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- Cho, H., Hallfors, D.D. és Sanchez, V. (2005), „Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth”, *Journal of abnormal child psychology* 33, 363–74. o.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Narkotikus Kábítószerek Bizottsága, az ENSZ Gazdasági és Szociális Tanácsa, Bécs.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Narkotikus Kábítószerek Bizottsága, az ENSZ Gazdasági és Szociális Tanácsa, Bécs.
- Cochrane Collaboration (2007), *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P. és Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, National Advisory Committee on Drugs, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. és Van Laar, M. (megjelenés előtt), „Estimating the total mortality among problem drug users”, *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006), „Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004”, *The DASIS Report*, 27. szám.
- Dishion, T.J. és Dodge, K.A. (2005), „Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change”, *Journal of abnormal child psychology* 33, 395–400. o.
- ECDC (2007), „HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic”, Technical report, (http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf).
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, A Kábítószér és Kábítószér-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2004), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights No. 6, A Kábítószér és Kábítószér-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2005), *Éves jelentés, 2005: kábítószér-probléma Európában*, A Kábítószér és Kábítószér-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2006), *Éves jelentés, 2006: kábítószér-probléma Európában*, A Kábítószér és Kábítószér-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2007a), *A kábítószerek és a bűnözés – összetett kapcsolat*, Célpontban a kábítószér, 16. szám, A Kábítószér és Kábítószér-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, A Kábítószér és Kábítószér-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>).
- EMA (2005), „Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion”, dok. hiv. [emea/chmp/195488/2005](http://www.emea.eu.int) (<http://www.emea.eu.int>).
- Eurobarometer (2004), „Young people and drugs”, *Flash Eurobarometer* 158 (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf).
- Eurobarometer (2006), „Public opinion in the European Union”, *Eurobarometer* 66 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf).
- EuroHIV (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005*, No. 73, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

- Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, Európai Bizottság, Luxembourg.
- FESAT (2005), „Monitoring project: changes during the second half of 2005” (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. és mások (2005), „Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination”, *Prevention science* 6, 151–75. o.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M. és Thiblin, I. (2007), „Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings”, *Addiction* 102, 406–12. o.
- GAO (2006), „ONDCP media campaign, contractor’s national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use”, Technical report, Washington, DC, Government Accountability Office.
- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- Gossop, M., Marsden, J. és Stewart, D. (2001), „NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake”, National Addiction Centre, London.
- 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.
- HDA (2004), „The effectiveness of public health campaigns”, Briefing 7, Health Development Agency, London (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Egyesült Nemzetek Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Testülete, New York.
- INCB (2007a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, Egyesült Nemzetek Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Testülete, New York.
- INCB (2007b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, Egyesült Nemzetek Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Testülete, New York.
- Ives, R. (2006), „Real life is messy”, *Drugs: education, prevention and policy* 13, 389–91. o.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., et al (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>)
- Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination*, EMCDDA, Lisszabon (kiadatlan).
- Kouvonen, P., Skretting, A. és Rosenqvist, P. (szerk.) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Helsinki.
- Kuntsche, E. és Jordan, M. (2006), „Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors”, *Drug and alcohol dependence* 84, 167–74. o.
- Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R. és Younoszai, T.M. (2005), „Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use”, *Journal of drug education* 35, 233–53. o.
- London Drug Policy Forum (1996), „Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues” (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G.M., Hart, H. és van de Wijngaart, G. (2007), „Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation”, *Journal of advanced nursing*, 57, 422–31. o.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. és mások (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Home Office, London.
- Mansfield, D. (2007), „Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season”, Jelentés az Egyesült Királyság kormányának az afganisztáni kábítószerrel foglalkozó tárcaközi egysége részére.
- March J. C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. et al (2006), ‘Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction’, *Journal of substance abuse treatment* 31, pp. 203–211.
- Mateu, G., Astals, M. és Torrens, M. (2005), ‘Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento’, in: Miranda, J.J.F. és Melich, M.T. (szerk.), *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, 111–21. o.
- McCambridge, J., Mitcheson, L., Winstock, A. és Hunt, N. (2005), „Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom”, *Addiction* 100, 1140–9. o.
- Nabben, T., Benschop, A. és Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amszterdam.
- Naber, D., and Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).
- NTA (2002), Research into practice No. 1(b) Commissioners’ briefing – commissioning cocaine/crack dependence. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.

- Parkin, S. és McKeganey, N. (2000), „The rise and rise of peer education approaches”, *Drugs: education, prevention and policy* 7, 293–310. o.
- Reitox-országjelentések (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Reuter, P. (2006), „What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures”, *Addiction*, 101, 315–22. o.
- Rigter, H. (2005), „Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights”, in *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin, 117–24. o.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* (www.samhsa.gov) és (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F. és mások (2005), „Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980–2002”, *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, 343–48. o.
- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. és mások (2006), „Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for improvement”, *European addiction research* 12, 121–27. o.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. és mások (2004), „Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study”, *Addictive behaviours* 29, 743–52. o.
- Scottish Executive (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Scottish Executive, Edinburgh.
- Single, E., Collins, D., Easton, B. és mások (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.
- Sonntag, D., Bauer, C. és Hellwich, W.K. (2006), „Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen”, *Sucht* 52, S7–43. o.
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. és mások (2006), „A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project”, *Addiction* 101, 813–23. o.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. és mások (2005), „The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales”, *British journal of general practice* 55, 444–51. o.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. és Beynon, C. (2007), „Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)”, kiadatlan tanulmány, Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool, Egyesült Királyság
- UNODC (2005), *2005 World drug report*, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.
- UNODC (2006), *2006 World drug report*, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.
- UNODC (2007), *2007 World drug report*, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.
- UNODC és Marokkó kormánya (2007), *Morocco Cannabis survey 2006*, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.
- Weaver, T. (2007), „Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services”, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- WHO (2006), „Critical review of ketamine 2006”, 34. ECDD 2006/4.3 (www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf).
- WHO/UNAIDS (2007), „Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities”, Egészségügyi Világszervezet, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).
- Wikstrom, M., Holmgren P. és Ahlner, J. (2004), „A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden”, *Journal of analytical toxicology* 28, 67–70. o.

Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja

Éves jelentés, 2007: A kábítószer-probléma Európában

Luxembourg: Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala

2006 – 91 oldal – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-293-5

Hogyan juthat hozzá az EU hivatalos kiadványaihoz?

A Kiadóhivatal gondozásában megjelent kiadványok megvásárolhatók az EU-Könyvesboltban (EU Bookshop), azaz megrendelhetők a <http://bookshop.europa.eu/> címen, megjelölve az Ön által kiválasztott értékesítési pontot.

A (352) 29 29-42758-as számra küldött faxban kérheti a nemzetközi értékesítési hálózathoz tartozó boltok listáját.

Az EMCDDA-ról

A Kábítószer és a 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 információforrást jelentenek széles célközönség számára, beleértve a szakpolitika-formálókát és tanácsadókat, szakembereket és a kábítószeres területen dolgozó kutatókat, valamint – tágabb értelemben – a médiát és az általános nyilvánosságot.

Az éves jelentés az EMCDDA éves áttekintését tartalmazza az Európai Unióban tapasztalható kábítószer-jelenséggel kapcsolatosan, egyben nélkülözhetetlen referencia azoknak, akik a kábítószerekkel kapcsolatos legfrissebb európai eredmények iránt érdeklődnek.