

Hírlevél 2007/2.

- **EDDRA HÍREK**
- **A TDI-ADATGYŰJTŐ RENDSZEREK INTÉZMÉNYI LEFEDETTSÉGE EURÓPÁBAN**
- **KORAI JELZŐRENDSZER HÍREK**

EDDRA HÍREK AZ ADATBÁZIS ÁTALAKÍTÁSA

Az európai prevenció, kezelési és ártalomcsökkentési programokat tartalmazó EDDRA (Kábítószer-kereslet Csökkentését Célzó Intézkedések Információs Rendszere) több mint 10 éves működése után az EMCDDA szakemberei úgy döntöttek, hogy átalakítják az adatbázist. Ennek több oka is van, egyrészt a feltöltött programok nagy száma (melyek közül sok már elavult, vagy nem is működik), másrészt pedig mostanra jött létre az a technikai, informatikai háttér, amely lehetővé teszi az új kérdőív használatát és a programok egyszerűbb feltöltését. Az EMCDDA adatfeldolgozási rendszerébe (FONTE) ágyazva az adatbázis új külsőt kap, és a kereső funkciót is fejleszteni fogják.

A korábban feltöltött programokat az EMCDDA munkatársai és a tagállamok EDDRA menedzserei újra áttekintik (nagy hangsúlyt fektetve az értékelés jellemzőire) és az új kérdőívhez igazítják. A megújult EDDRA adatbázis előreláthatólag 2007 novemberétől lesz elérhető.

Az átalakítás folyamata alatt az új kérdőívet használva az EMCDDA várja további programok adatlapjait is. Ahhoz, hogy egy program az adatbázisba kerülhessen a következő feltételeknek kell megfelelnie:

- 1) Az elméleti háttér világosan kapcsolódik a célokhoz;
- 2) Az egyértelmű evaluációs indikátorok kapcsolódnak a célokhoz és a kiinduló állapothoz;
- 3) Az evaluációs terv egyértelmű leírása;
- 4) A program legalább egy éve fut (és értékelték).

Amennyiben bármilyen kérdése van az EDDRA adatbázissal, vagy kérdőívvel kapcsolatban kérjük, vegye fel a kapcsolatot Nádas Eszter EDDRA menedzserrel (nadase@oek.antsz.hu).

ÖSSZEFOGLALÓ A TDI-ADATGYŰJTŐ RENDSZEREK INTÉZMÉNYI LEFEDETTSÉGÉRŐL

2007. február 5-én az EMCDDA a TDI-adatgyűjtő rendszerek intézményi lefedettségének hiányosságairól tartott konferenciát Lisszabonban, ahol a tagállamok képviselői megvitatták, hogy miért nem valósult meg a 100%-os lefedettség a kezelőhelyek vonatkozásában és ennek elérésére új projektet dolgoztak ki.

A nemzeti TDI-adatgyűjtési rendszerek megbízható működéséhez pontosan ismerni kell azon ellátóhelyek számát, amelyek az adatszolgáltatói körbe tartoznak. Ha egyes egységek kimaradnak az adatgyűjtési rendszerből, akkor a náluk megjelenő kezelési igény is „elvész”, azaz a nemzeti statisztika nem a valós kezelési igény-adatokat fogja tartalmazni. Gyakori, hogy magánintézmények nem jelentenek az adott országban működő nemzeti adatgyűjtő központ felé. Az is előfordulhat – bár általában kevesebb problémát jelent –, hogy olyan ellátó-egységek is jelentenek kezelési igényt, amelyek valójában nem nyújtanak a TDI-

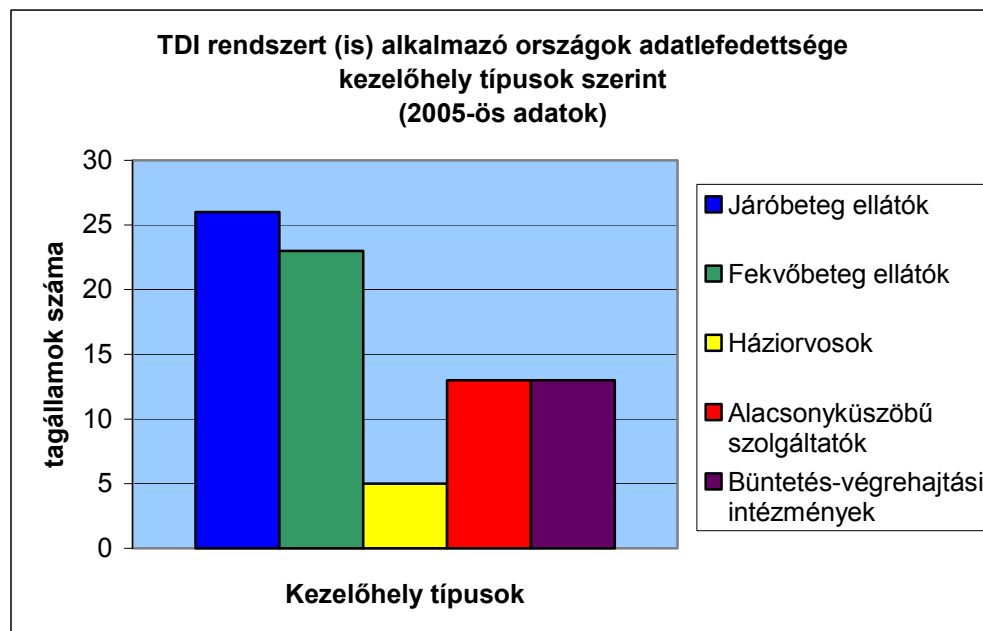
protokoll szerinti kezelést. További bizonytalansági tényezőt jelenthet, hogy több országban is önkéntes a TDI-adatszolgáltatás, ezért az ismert ellátók egy része nem szolgáltat adatot a nemzeti statisztikához. Másutt ez nem merül fel, mert jogszabály írja elő a jelentési kötelezettséget minden érintett ellátó számára (pl. Magyarországon).

A fentiekből adódóan a munkaértekezlet célja elsősorban az volt, hogy áttekintse az egyes tagállamokból származó kezelési igény-adatok összehasonlíthatóságának mértékét, különös tekintettel

- az adatszolgáltatásban résztvevő kezelőhelyek típusára,
- az adatszolgáltatásban résztvevő kezelőhelyek számarányára az összes kezelőhelyhez viszonyítva, továbbá
- az egyes kezelőhelyekről jelentett kliensek számarányára a teljes kezelési igényt jelentő kliens-számon belül.

Az EMCDDA áttekintette az egyes tagállamokból származó adatokat a jelentő kezelőhely-típusok szerint (járóbeteg-ellátók, fekvőbeteg-intézmények, alacsonyküszöbű szolgáltatók, házi orvosok és büntetés-végrehajtási intézményekben működő kezelőhelyek). Az EU-ban összesen 5.388 kezelőhely adatai kerülnek abba az adatbázisba, amelyből az EMCDDA az éves statisztikákat és az egyéb kimutatásokat készíti. Számos tagállam (Dánia, Lengyelország, Luxembourg, Magyarország, Málta, Portugália és Szlovákia) a kezelőhelyek közel 100%-áról jelent adatot. Több országban azonban nincs megbízható adat az összes kezelőhely számáról (pl. Németországban, Spanyolországban), azaz nem tudni, hogy az adatokat közlő ellátók az összes ellátóhely hány százalékát képviselik.

Az ellátóhely-típusok között a legmegbízhatóbb információk a járóbeteg-, és a fekvőbeteg-ellátókról állnak rendelkezésre, ahogy az alábbi ábrán is látható. Az alacsonyküszöbű szolgáltatókról mindössze a Cseh Köztársaság, Görögország és Írország, a házi orvosi ellátásokra vonatkozóan két ország (Ausztria, Nagy Britannia), a büntetés-végrehajtási intézményekben működő ellátóhelyekről pedig Ausztria, Spanyolország, Svédország, Szlovákia jelentett teljesen TDI kompatibilis adatokat.



Az ábra tartalmazza azokat az országokat is, melyek adatgyűjtési rendszere még nem teljesen kompatibilis a TDI rendszerrel, de minden évben folytatnak adatgyűjtést. (forrás: EMCDDA)

A TDI-adatgyűjtő rendszert használó kezelőhelyek intézményi lefedettségét vizsgáló projekt az adatok összehasonlíthatóságának növelése érdekében áttekinti a projektben résztvevő nyolc tagország (Lengyelország, Magyarország, Málta, Németország, Norvégia, Portugália, Svájc, Svédország) adatszolgáltatási rendszerét, az adatszolgáltatási rendszer működését meghatározó kulcs-információkat (pl. jogi háttér, jelentési rendszer megbízhatósága, egyes rendszerek összevetése). A projekt célja, hogy ajánlásokat fogalmazzon meg a tagországok

számára a jelentési rendszer lefedettségének javítására. Ezzel a projekt ahhoz is hozzájárulhat, hogy az egyes tagországok ellátórendszerei, azok szervezési elvei is összehasonlíthatóak legyenek, valamint, hogy hosszabb távon az egyes rendszerek különböző kihívásokra adott válaszainak hatékonyságát is párhuzamba lehessen állítani. ■

KORAI JELZŐRENDSZER (EWS) HÍREK

AZ EURÓPAI UNIÓ TANÁCSÁNAK „2005/387/IB HATÁROZATA AZ ÚJ PSZICHOAKTÍV ANYAGOKRA VONATKOZÓ INFORMÁCIÓCSERÉRŐL, KOCKÁZATÉRTÉKELÉSRŐL ÉS ELLENŐRZÉSÉRŐL” VÉGREHAJTÁSA ÉS NÉHÁNY ELÉRT EREDMÉNYE

A 2006. év folyamán összesen 7 új pszichoaktív szer első megjelenését jelentették hivatalosan is a Korai Jelzőrendszer (EWS) hálózatán keresztül az EMCDDA valamint az Europol felé. Bár a jelentett szerek kémiai összetétele változatosabb az előző évben találtakéhoz képest (némelyikük olyan kémiai csoporthoz tartozik, melyeket eddig soha nem jelentettek a Korai Jelzőrendszeren keresztül), mind a hét új vegyületet hozzáadták az EMCDDA és az Europol által monitorozott vegyületek listájához, valamint az EMCDDA új kábítószerekről készült adatbázisához.

A hét újonnan jelentett szer közül három az ún. piperazinok csoportjába tartozik. Ebben a kémiai csoportban található többek között a benzilpiperazin (BZP), 1-(3-klórfenil)-piperazin (mCPP), m-triflourmetilfenilpiperazin (TFMPP). A különböző piperazinok megjelenése és terjedése új jelenségnek számít, mivel a Korai Jelzőrendszer 1997-es fennállása óta, az ezen keresztül jelentett pszichotróp anyagok nagy többsége hagyományosan két kémiai csoportba, a feniletilaminok és a triptaminok csoportjába tartozott (a feniletilaminok körébe tartozik, pl. az amfetamin, a meszkalin, az MDMA stb., a triptaminok közé pedig pl. az LSD és a pszilocibin).

A piperazinok sokszor különböző kombinációkban jelennek meg a piacon. Néhány keverék, jelen esetben főleg a BZP-nek a TFMPP-vel való vegyítése, valószínűleg az MDMA hatását másolando jöttek létre.

Új pszichoaktív szerek, melyeket először 2006-ban jelentettek

szer megnevezése (angolul)	szer megnevezése (magyarul)	jelentő ország
pFPP (p-Fluorophenylpiperazine)	1-(4-fluorfenil)piperazin	Egyesült Királyság
pCPP (1-4-chlorophenyl)piperazine)	1-(4-klórfenil)piperazin	Franciaország
DBZP (1,4-dibenzilpiperazine)	1,4-dibenzilpiperazin	Egyesült Királyság
2,4-DMA (2,4-dimethoxy-alpha-methylbenzeneethanamine)	2,4-dimetoxiamfetamin	Finnország
2,5-DMA (2,5-dimethoxy-alpha-methylbenzeneethanamine)	2,5-dimetoxiamfetamin	
2-aminoindan (1H-Inden-2-amine, 2,3-dihydro)	2-aminoindán	Finnország
1-aminoindan (1H-Inden-1-amine, 2,3-dihydro)	1-aminoindán	
Bromo-Dragonfly (Bromo-benzodifuranyl-isopropylamine)	béta-(8-bróm-benzo[1,2-b;4,5-b']difurán-4-il)-izopropilamin	Svédország
DOI (4-iodo-2,5-dimethoxyamphetamine)	4-jód-2,5-dimetoxiamfetamin	Svédország