



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

ISSN 1830-0766

JELENTÉS 2009 ÉVES KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA

A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA EURÓPÁBAN



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA EURÓPÁBAN

Jogi megjegyzés

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) e jelentése szerzői jogi oltalom alatt áll. Az EMCDDA nem vállal felelősséget vagy kötelezettséget az ebben a dokumentumban szereplő adatok felhasználásából eredő következményekért. A kiadvány tartalma nem feltétlenül tükrözi az EMCDDA partnereinek, az Európai Unió tagállamainak vagy az Európai Unió, illetve az Európai Községek bármely intézményének vagy ügynökségének 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 szolgáltatás segít választ találni az Európai Unióval kapcsolatos kérdéseire.

Ingyenesen hívható telefonszáma (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Egyes mobiltelefon-szolgáltatók nem engednek hozzáférést a 00 800-as telefonszámokhoz, illetve az ilyen hívásokért díjat számolhatnak fel.

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 találhatók.

Luxembourg: Az Európai Unió Kiadóhivatala, 2009

ISBN 978-92-9168-390-1

© Kábítószer és Unió Kiadóhivatala, 2009

A sokszorosítás a forrás feltüntetésével engedélyezett.

Printed in Luxembourg

FEHÉR, KLÓRMENTES PAPIRRA NYOMTATVA



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

Cais do Sodré, 1249-289 Lisszabon, Portugália
Tel.: (351) 211 21 02 00 • Fax: (351) 218 13 17 11
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Tartalom

Előszó	5
Köszönetnyilvánítás	7
Bevezető megjegyzés	9
Kommentár: Mozgó célpontra lövünk – az állandó változásban lévő drogproblémára nehéz pragmatikus politikai választ adni	11
1. fejezet: Politikák és jogszabályok Nemzetközi és uniós politikai fejlemények • Nemzeti stratégiák • Közkiadások • Nemzeti jogszabályok • Kutatások	19
2. fejezet: Európai válaszok a kábítószer-problémákra – áttekintés Megelőzés • Kezelés • Ártalomcsökkentés • Társadalmi reintegráció • A kábítószer-törvények végrehajtása és a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények • Egészségügyi és szociális válaszok a börtönökben	28
3. fejezet: Kannabisz Kínálat és hozzáférhetőség • Előfordulás és használati minták • Kezelés	41
4. fejezet: Amfetaminok, ecstasy és hallucinogén anyagok Kínálat és hozzáférhetőség • Előfordulás és használati minták • Rekreatív színtér • Kezelés	53
5. fejezet: Kokain és crack kokain Kínálat és hozzáférhetőség • Előfordulás és használati minták • Egészségügyi következmények • Problémás használat és kezelési igény • Kezelés és ártalomcsökkentés	65
6. fejezet: Opioidhasználat és intravénás kábítószer-használat Kínálat és hozzáférhetőség • Problémás opioidhasználat • Intravénás kábitószer-használat • Kezelés	77
7. fejezet: A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek és a kábítószerrel összefüggő halálesetek Fertőző betegségek • A fertőző betegségekre adott válaszok • Halálesetek és halandóság • A halálozás csökkentése	87
8. fejezet: Új kábítószeres és újonnan megjelenő tendenciák Uniósi fellépés az új kábítószeres ellen • A „Spice” és a hozzá kapcsolódó szintetikus kannabinoidok • Internetes üzletek • A szerek nyomon követése	100
Hivatkozások	106



Előszó

Ez a jelentés időszerű, részletes értékelést nyújt az európai kábítószerhelyezetről. Hálásak vagyunk munkatársainknak, akik sokat dolgoztak az elkészítésén. El kell ismernünk azonban, hogy a dokumentum erőssége nemcsak az itt, Lisszabonban elvégzett munkánkból ered, hanem legalább annyira a jól működő, átfogó információs rendszer létrehozására irányuló, tagállamokon belüli erőfeszítésekből is. E megfigyelőrendszer létezése meggyőződésünk szerint egyrésztől hozzájárul ahhoz, hogy érett, tájékozott vita folyhasson a kábítószer-problémáról, másrésztől jobb, hatékonyabb stratégiákat eredményez.

Az ilyen stratégiákra mind nagyobb szükség van, hiszen ezen a területen egyre komolyabb kihívásokkal kell szembenézni. A jelentésben végighúzódnó témák egyike a kábítószer-probléma dinamikus jellege, amely miatt gondoskodnunk kell arról, hogy jövőképünk lépést tartson a folyamatosan változó körülményekkel, amelyekkel mi is szembesülünk.

Az EMCDDA az idén ünnepelte az információgyűjtés és az európai kábítószerhelyezetről szóló beszámoló 15. évét. Az esemény tiszteletére konferenciát tartottunk „Az európai információs igények felismerése a hatékony drogpolitika érdekében” címmel. A konferencia alkalmat adott az Európa különböző részeiről érkező kutatóknak, szakembereknek és politikai döntéshozóknak, hogy Lisszabonban velünk együtt felmérjék és értékeljék a kábítószer-területén rendelkezésünkre álló ismeretanyagot, és meghatározzák a jelenlegi és jövőbeni információs szükségleteket.

A konferencián bebizonyosodott, hogy Európa immár a kábítószer-használat és a kábítószerrel kapcsolatos válaszok tanulmányozásának és megértésének tekintélyes „laboratóriumává” nőtte ki magát, ami lehetőséget ad számunkra a kollektív tanulásra és az ismeretek megosztására. Sehol máshol nem létezik olyan különböző kultúrájú országokból álló csoport, amelynek tagjai tanúbizonyságot tesznek közös elhatározásukról ennek az összetett társadalmi problémának a jobb megértésére és megválaszolására. Ez látható a transzverzális kábítószerügyi megfigyelőrendszer kifejlesztéséből, amely 30 országot fog át, összesen több mint félmilliárd fős népességgel. Ugyanez nyilvánul meg az EU kábítószer-ellenes stratégiájában és cselekvési tervében, azaz a rendelkezésre álló információk számbavételére és kollektív gyakorlati fellépésre alakítására irányuló eszközökben is. Most különösen fontos ez, mivel tagállamainknak nehéz döntéseket kell meghozniuk a finanszírozási prioritásokkal kapcsolatban, ezért még inkább törekszenek arra, hogy a lehető legnagyobb hasznot hozzák ki az eddigi befektetésekből. Bízunk benne, hogy mostani jelentésünk hozzájárul ehhez a folyamathoz. Vállaljuk emellett, hogy a kábítószer-területén hatékonynak bizonyuló gyakorlatok azonosítása egyre fontosabb része lesz az EMCDDA jövőbeni tevékenységeinek.

területén hatékonynak bizonyuló gyakorlatok azonosítása egyre fontosabb része lesz az EMCDDA jövőbeni tevékenységeinek.

A konferencián több olyan fontos kérdés is napvilágra került, amelyek az itt bemutatott elemzésben is tükröződnek. Információs rendszereink részéről jobb teljesítményre van szükség az új tendenciák azonosítása, nyomon követése és az ezekről szóló jelentéstétel terén. Ennek eléréséhez azonban létfontosságú, hogy jelentéseink pontosak, megalapozottak és borúlátástól mentesek legyenek. Azt is kiemeltük, hogy a kínálati oldal és a keresleti oldal kérdéseiről szóló elemzésünket egyesítenünk kell. Az idejében jobban előtérbe helyezzük a kínálati oldal mutatóinak és a kábítószerpiacnak az elemzését. Körültekintően járunk el e tekintetben, mivel eddig elégtelen erőfeszítések történtek az erre a területre vonatkozó európai adatkészlet minőségének, megbízhatóságának és összehasonlíthatóságának javítására. Ez immár széles körben elismert tény, ezért nemzeti és európai partnereinkkel együtt elkötelezetten dolgozunk e kérdés megoldásán.

Az idejében többek között azt állapítja meg, hogy az európai kábítószerhelyzet értékeléséhez egyidejűleg a nemzeti jellegzetességeket, a szubregionális sajátosságokat és – egyre nagyobb mértékben – a közös európai vagy akár globális tendenciákat is meg kell ismerni. Ami a jövőt illeti, jobban körül kell járnunk ezt az összetett kapcsolatot, mivel ez nemcsak a kábítószer-problémák növekedését ösztönző vagy gátló tényezők megértéséhez fog hozzásegíteni, de a megfelelő beavatkozások kidolgozásában is utat mutat.

Befejezésül meg kell jegyeznünk, hogy az Európai Unió és az ENSZ 2008 végén és 2009 elején szinte egyszerre újították meg kábítószer-ellenes dokumentumaikat. Az EU új kábítószer-ellenes cselekvési terve és az ENSZ új politikai nyilatkozata és cselekvési terve egyaránt azt tükrözi, hogy a kábítószer-használat és az általa okozott ártalom visszaszorításához nemzetközi kötelezettségvállalásra van szükség. E célkitűzések megvalósítása komoly kihívás, és ennek csak akkor tudunk megfelelni, ha a tervezett intézkedéseket sikerül széles körben végrehajtani. Ebben a folyamatban kulcsfontosságú szerepe van a megfigyelésnek és az értékelésnek, mivel ezek segítségével tudjuk megfelelő mederben tartani a stratégiáinkat, egyszersmind folyamatosan mérni az elért előrehaladást.

Marcel Reimen

Az EMCDDA igazgatóságának 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 mindegyik tagállamban;
- az EMCDDA igazgatóságának és tudományos bizottságának tagjai;
- az Európai Parlament, az Európai Unió Tanácsa – különösen a kábítószerekkel 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 Bünyldözési Hivatala, a WHO Európai Regionális Irodája, az Interpol, a Vámigazgatások Világszervezete, az ESPAD projekt és a Svéd Alkohol- és Kábítószerügyi Információs Tanács (CAN);
- az Európai Unió Szerveinek Fordítóközpontja és az Európai Unió Kiadóhivatala.

Reitox nemzeti fókuszpontok

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

A nemzeti fókuszpontok elérhetősége az alábbi helyen található:

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



Bevezető megjegyzés

Ez az éves jelentés az EU-tagállamok, a tagjelölt országok – Horvátország és Törökország –, valamint Norvégia részéről az EMCDDA számára országjelentés formájában rendelkezésre bocsátott információkon alapul. Az itt közölt statisztikai adatok a 2007. 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.

A kábítószeres EMCDDA felé bejelentett kiskereskedelmi ára a felhasználóknak felszámított árat tükrözi. A tisztaságról, illetve az erősségről szóló jelentések a legtöbb ország esetében az összes lefoglalt kábítószerből vett mintán alapulnak, ezért a bejelentett adatokat általában nem lehet a kábítószerpiac egy konkrét szintjére vonatkoztatni. A tisztaságot vagy erősséget és a kiskereskedelmi árakat illetően az összes elemzés a bejelentett átlagon vagy a leggyakoribb értéken, illetve ezek hiányában a középértéken alapul.

A kábítószer-használat előfordulásáról szóló, az átlagpopuláción végzett felméréseken alapuló jelentések többnyire az ország 15–64 év közötti népességére vonatkoznak. A következő országok használnak ettől eltérő felső vagy alsó korhatárt: Bulgária (18–60), Cseh Köztársaság (18), Dánia (16), Németország (18), Magyarország (18–59), Málta (18), Svédország (16) és az Egyesült Királyság (16–59). Az Egyesült Királyság előfordulási adatai Angliára és Walesre vonatkoznak.

A kezelési igényekről szóló jelentésekben az „új kliensek” azok, akik életükben először jelentkeztek kezelésre, az „összes kliens” pedig a kezelésre jelentkezők mindegyikét jelenti. Az adatok nem tartalmazzák az adott év elején folyamatos kezelés alatt álló klienseket. Amikor a kezelési igények arányát egy elsődleges kábítószerre nézve adták meg, a nevező az elsődleges kábítószer valamennyi ismert esetének száma.

A tendenciák elemzése kizárólag a megadott időszakban zajló változások leírásához elegendő adatot szolgáltatató országokon alapul. A kábítószer-piaci adatok tendenciáinak elemzésében a hiányzó 2007-es értékeket 2006-os számadatok helyettesíthetik; más tendenciák elemzésében a hiányzó adatok interpolálhatók. Az ártendenciákat az országos szintű inflációnak megfelelően igazították ki.

A különféle beavatkozások Európán belüli hozzáférhetőségéről és biztosításáról szóló információk általában a nemzeti szakértők kérdőívek segítségével összegyűjtött, tájékozott megítélésén alapulnak.

A kábítószer-törvények megsértésére vonatkozó „feljelentések” kifejezés a különböző országokban eltérő fogalmakat jelölhet.

Az éves jelentés 23 nyelven tölthető le a következő címen: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>

A 2009. évi statisztikai közlöny (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) tartalmazza a jelentésben található statisztikai elemzések alapjául szolgáló forrástáblázatok teljes sorozatát. Mindezt az alkalmazott módszerek részletesebb leírása és körülbelül 100 statisztikai ábra egészíti ki.

Az országos áttekintések (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) összefoglalást adnak az egyes országok kábítószerhelyzetének legfontosabb jellemzőiről.

A Reitox fókuszpontok országjelentései részletes leírást és elemzést adnak az egyes országok kábítószerhelyzetéről; ezek az EMCDDA honlapján érhetők el (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



Kommentár

Mozgó célpontra lövünk – az állandó változásban lévő drogproblémára nehéz pragmatikus politikai választ adni

A politikai konszenzus célirányosabb kábítószer-ellenes cselekvési tervet tesz lehetővé

Ez a jelentés a kábítószer-ellenes politika szempontjából fontos időszakról számol be, akár Európát, akár az Európán kívüli területeket tekintjük. Az Európai Unióban elvégeztük a 2005–2008-as kábítószer-ellenes cselekvési terv – 1990 óta az ötödik ilyen terv – értékelését, majd pedig összeállítottuk és elindítottuk az utódját, a 2009–2012 közötti időszakra vonatkozó tervet. Bár a figyelem sokszor a tagállamok drogpolitikái közötti különbségek felé fordul, történelmi szemszögből most szembevetnénk nagy az egyetértés az európai szintű tárgyalásokon. A tagállamoknak még mindig meglehetnek a maguk különálló politikai szempontjai, bizonyos mértékig az eltérő nemzeti realitásokat tükrözve, mindazonáltal úgy tűnik, hogy számos területen egyre érettebb, egyre inkább konszenzusra törekvő vita folyik. Ez tette lehetővé, hogy az EU számára egy új, pragmatikus, összeszedett és célzott cselekvési terv születhessen. Ez a szemlélet konkrétan is megnyilvánul az olyan gyakorlati területekre fordított figyelemben, mint a kábítószerrel összefüggő halálesetek megelőzése, a börtönökben végzett munka, valamint a kezelések és egyéb szolgáltatások színvonalának javítása.

Nemzetközi szinten a nyilvánosság és a szakma részéről egyaránt komoly érdeklődést váltottak ki az ENSZ új, a világszintű kábítószer-probléma leküzdésére irányuló politikai nyilatkozatához és cselekvési tervéhez vezető tárgyalások, amelyekre a közgyűlés 1998. évi rendkívüli ülészakán (Special Session of the General Assembly, UNGASS) elfogadott célok felülvizsgálata nyomán került sor. Ebben a vitában Európa határozottan kiállt a kiegyensúlyozott, tudományosan megalapozott és humánus kábítószer-ellenes politikákért. Ez is hozzájárult ahhoz, hogy a végleges megállapodásban sikerült megőrizni az eredeti, 1998-as UNGASS-dokumentumok legfontosabb progresszív elemeit. Bár az ENSZ-tárgyalások olykor magas hőfokon zajlottak, és időnként erősen körbeábrándított politikai és ideológiai álláspontokat tükröztek, voltak arra utaló jelek is, hogy talán kezd teret nyerni egy pragmatikusabb, ésszerű

hozzáállás a tekintetben, hogy mi minősül hatékony fellépésnek. Az Egyesült Államok például enyhített a steril intravénás eszközök biztosításához való viszonyulásán, hogy csökkentse a vérrrel terjedő betegségek kockázatát, reagálva a hatékonyságra vonatkozóan e téren meglévő, immár jelentős tényanyagra. Emellett közelmúltbeli politikai nyilatkozataiban az Egyesült Államok általában véve is közeledni látszott az európai modellhez. Az UNGASS-ülés nyomán arról is határozott konszenzus alakult ki, hogy a kábítószer-jelenség esetében hatékony globális megfigyelésre van szükség, különösen a fejlődő és az átalakulóban lévő országokban tapasztalt, továbbra is fokozódó problémák miatt. Bírálatt érte az UNGASS cselekvési tervek végrehajtásának értékelésére kidolgozott mechanizmust, meghíúsulásával azonban fontos munkaterületek, különösen a keresletcsökkentő intézkedésekkel kapcsolatos területek kimaradnak a meglévő globális beszámolási keretből. Ez a kérdés várhatóan a Kábítószerügyi Bizottság következő ülésének egyik fontos témája lesz.

A bűnüldözési gyakorlat szembesítése a konkurens politikai célkitűzésekkel

A kábítószer-törvények végrehajtása fontos helyen szerepel az idei éves jelentésben, az egyik kiemelt téma pedig a kábítószer-bűnüldözéssel vádoltak elítélésével és az őket érő egyéb következményekkel foglalkozik. A kábítószer-törvényeket sértő cselekmények száma az európai bejelentések szerint továbbra is emelkedik. Bár az adatok nem könnyen értelmezhetőek, ez az észrevétel kérdéseket vet fel azzal kapcsolatban, hogy a bűnüldözési gyakorlat mennyire tud lépést tartani az erre a területre vonatkozó politikai célkitűzésekkel.

Általánosságban véve az európai politikai vita abba az irányba mozdult el, hogy a kábítószer használat helyett inkább a kínálatukkal foglalkozó, korlátozó tevékenységeket kell előtérbe helyezni. Ezt tükrözi, hogy néhány országban megemelték a kínálattal összefüggő bűncselekményekre vonatkozó törvényi büntetéseket, vagy minimális büntetési tételeket vezettek be. Egyelőre nehéz felmérni, hogy a hangsúly ilyen fajta áthelyezését

a szerhasználókról a kábítószeres szállítóira milyen mértékben sikerült átültetni a rendőri gyakorlatba. A kábítószeres kínálatával kapcsolatos bűncselekmények száma csak néhány országban haladja meg a kábítószeres birtoklásával kapcsolatos bűncselekmények számát. A kínálattal összefüggő bűncselekmények száma összességében emelkedett; a kábítószeres használatával vagy birtoklásával kapcsolatos bűncselekmények száma viszont szintén emelkedett, ráadásul még nagyobb mértékben. Ami a kínálattal összefüggő bűncselekményeket illeti, Európa egészét is nézve vegyesebb lett a kép, mivel az adatközlő országok feléből a számok csökkenését jelentették a középtávú adat tekintetében.

A kábítószer-bűncselekményekre vonatkozó európai ítélkezési gyakorlat alapos felülvizsgálata – ezt a jelentést kiegészítve – azt járja körül, hogy mi történik a kábítószer-törvényeket megsértő személyekkel. A szabadságvesztéssel járó büntetések a kínálattal összefüggő bűncselekmények esetében gyakoriak, de rendszerint a büntetési tételek skálájának alsó tartományában, átlagosan hároméves vagy rövidebb időtartammal. Elképzelhető, hogy ez egyszerűen azt a tényt tükrözi, hogy a terheltek közül sokan az ellátási lánc alsó végén állnak, például utcai kereskedők vagy kábítószerfüggők, akik szokásuk fenntartása érdekében árusítják a kábítószer-t. Ennek a megállapításnak a minimális ítéletekről szóló útmutatások kidolgozására nézve is vannak következményei, ha ezek vissza kívánják riasztani a magas szintű, professzionális bűnözőket a kábítószer-ellátásban való részvételtől.

A legtöbb országban kábítószer használatáért vagy birtoklásáért ritkán szabnak ki szabadságvesztéssel járó büntetést. Ennek megfelelően a bíróság elé kerülőknek egy kis százaléka részesül azonnali börtönbüntetésben, feltehetőleg súlyosbító körülmények miatt. Ez azt jelenti, hogy egyre nagyobb számban kerülnek olyan kábítószer-használók kapcsolatba a büntetőjogi rendszerrel, akik csak közizgatási büntetésben vagy enyhébb büntetésben részesülnek. Az ilyenfajta eljárás potenciális visszatartó hatását félretéve felmerül a kérdés, hogy ez a kapcsolatfelvétel a kábítószer-használók egyes csoportjaival mennyiben jelent elmulasztott lehetőséget az egyéb keresletcsökkentő tevékenységek szempontjából. Néhány országban innovatív módszereket dolgoztak ki ezen a területen, de ezek összességében még mindig ritkák.

Mivel a kábítószer-bűncselekményekkel vádoltak valószínűleg vegyes csoportot képeznek, a szükségletek értékelése különösen fontos kérdés ahhoz, hogy fejleszteni lehessen a szolgáltatásokat ezen a területen.

Az egészségügyi vonatkozású beavatkozások esetében ezek jelentenek a folytonosságot a megelőző, oktató és ártalomcsökkentő módszerek, és a rövid beavatkozások, illetve indokolt esetben a speciális kezelésre és a szociális támogató szolgálatokhoz való beutalás között. Egy megfelelő beutalási utakat biztosító, működőképes modell kidolgozása feltehetőleg szervezeti kihívást jelent. Portugália kicsit másképp kezelte ezt a problémát. A kábítószeres használatát most már nem esik büntetőjogi szankciók alá, a kábítószeres birtoklásán ért személyeket pedig közvetlenül egy speciális törvényszék elé – ismert nevén a „kábitószerrel való visszaélésről lebeszélő bizottság” elé – utalják a szükségletek felmérése céljából. A törvényszék bíráskodhat ugyan, de fő célja nem a büntetés. Ez a rendszer immár nyolc éve működik. Úgy tűnik, a rendelkezésre álló adatok nem támasztják alá a kezdeti aggályokat, miszerint ez a hozzáállás a kábítószer-turizmus megnövekedéséhez vagy magasabb használati szintekhez fog vezetni.

Kezelés és egészségügyi beavatkozások: az egyenmódszerektől a célzott intézkedések eszköztáráig

Az európai kábítószer-használóknak szóló szolgáltatások egyre differenciáltabbak, és egy integrált ellátási csomag részét képezik. Ez fogalmilag és a gyakorlatban is megnyilvánul. Az ártalomcsökkentő és a kezelő beavatkozások például egyre inkább összekapcsolódnak, és ugyanazon szolgáltatók kínálják őket. A társadalmi reintegráció fontosságának széles körű elismertsége ellenére ez továbbra is kevésbé fejlett terület, és a kábítószer-használók még mindig komoly nehézségekbe ütköznek az állás- és lakáskeresésben, valamint a nem kábítószerhez kapcsolódó elfoglaltságok kialakításában.

Bár Európán belül történt előrehaladás a kábítószer-használók kezelése terén, ez egyáltalán nem egyenletes, sem a szerek, sem pedig a földrajzi lefedettség tekintetében. A legnagyobb előrelépések az opioidhelyettesítő kezelés terén történtek, itt ugyanis a kezelt populáció immár 650 000 körül mozog, és tovább növekszik. Ehhez a létszámhoz azonban Kelet-Európa egészében véve csak kis részben járul hozzá, ami azt jelzi, hogy néhány országban a szolgáltatások kibővítésére van szükség. Több ország tapasztalata alapján azt a következtetést lehet levonni, hogy a háziorvosok bevonása hozzájárulhat a szolgáltatásnyújtás kiterjesztéséhez. A speciális központokkal együttműködő közös praxisok nemcsak a háziorvosoknak nyújtanak támaszt, de a kezelés színvonaláról is gondoskodnak.

Bár a legtöbb országban elvileg megvan a lehetőség arra, hogy a kliens börtönkörnyezetben kezdje meg vagy folytassa a helyettesítő kezelést, a gyakorlatban ez sokszor nehézkes. Tekintettel az európai börtönökben lévő kábítószer-használók számára, sürgősen szükség van a kezelési lehetőségek minden típusának kibővítésére ebben a közegben. Ezt a tényt az EU cselekvési terve is elismeri, de a legtöbb országban jelenleg elhanyagolt területnek számít.

Az opioidoktól eltérő kábítószeres esetében Európán belül kevésbé fejlett a szolgáltatások hozzáférhetősége, ahogy a hatékony ellátás mibenlétéről sem olyan általános az egyetértés. Ezt a problémát azonban egyre szélesebb körben felismerik, így most már az európai kutatási projektek és kísérleti programok növekvő számban foglalkoznak a serkentőszerek és a kannabisz használóinak kezelési szükségleteivel. Emellett az idegtudomány fejlődésének köszönhetően nemcsak a függőség biológiai mechanizmusait ismertük meg jobban, de néhány innovatív módszer is kialakulóban van. Erre példa a kokainvakcina, amelyet most egy széles körű kísérletben tesztelnek Európában. Az információs technológia fejlődése szintén ösztönzőleg hatott az innovációra, életre hívta például az internetalapú kezelési programokat és a szöveges üzenetek használatát.

Újabb bizonyítékok támasztják alá, hogy Európa a csökkenő kannabiszhasználat korszakába lép

A kannabiszhasználat népszerűsége az 1990-es években drámai mértékben megnőtt, olyannyira, hogy ma már az összes európai felnőtt közel egynegyede vallja, hogy életében legalább egyszer használta ezt a kábítószeret. A helyzet ezt követően stabilizálódni kezdett, a legfrissebb adatok pedig a tavalyi jelentés elemzését támasztják alá, miszerint a kábítószer használata összességében csökken. Különösen érdekesek az alkohollal és más kábítószerekkel kapcsolatos európai iskolai felmérési projektekből (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) származó legfrissebb eredmények, amelyek a kábítószerhasználat időbeli tendenciáiba adnak betekintést az iskolások körében. Az itt talált minták a későbbiekben valószínűleg továbböröklődnek az idősebb korcsoportokba. Érdekes módon, ahogyan korábban eltérő időbeli mintákat lehetett tapasztalni a kannabiszhasználat felívelő tendenciáiban, most ez a minta fordított irányban megismétlődni látszik. Az Egyesült Királyság például, ahol az első között érzékelték rekordmagasságú előfordulási arányokat, most az első között jelentette be a használat visszaesését. Ez a minta most már a legtöbb nyugat-európai országban érzékelhető. Kelet-Európában a használat szintje az országok többségében egészen

a közelmúltig tovább emelkedett. A fiatalok populációjában azonban még ezekben az országokban is a stabilizáció jelei mutatkoztak, és ha a máshol látott minta megismétlődik, ezt követően visszaesésre lehet számítani.

Nyilvánvaló, hogy fontos megérteni az adott kábítószer, például a kannabisz népszerűségét befolyásoló tényezőket. Egyszerű ok-okozati magyarázatokba azonban csak óvatosan szabad bocsátkozni. A nemzeti és az uniós politika szerepet játszott a tendenciák alakításában, de a használat csökkenését az USA-ban és Ausztráliában is érzékelték, ami azt jelzi, hogy általánosabb társadalmi-kulturális tényezők is fontosak lehetnek. Az európai összképtől eltérően az országok egy kis csoportjában – főként Európa északi vagy déli részén – a kannabiszhasználat egy ideje alacsony szintű és állandó. Az ezekben az országokban működő védőtényezők megismerése szintén nagyon érdekes lenne, de az elemzésnek ez esetben is teljes mértékben figyelembe kell vennie a kulturális, társadalmi és történelmi tényezőket, továbbá mérlegelnie kell a drogpolitikák és a szociálpolitikák hatását.

Az összesített használati szintekre vonatkozó adatokkal szemben a problémás kannabiszhasználat európai mintáiról szóló közelmúltbeli elemzés vegyesebb, kevésbé biztató képet mutat. Ebben az az ellentmondás, hogy jelenleg nincsenek jó méréseink a függő vagy problémás használat megállapítására, és bár történt némi előrehaladás ebbe az irányba, egyelőre közvetettebb mérésekre kell támaszkodnunk. A kannabisz miatti új kezelési igények száma sok évig tartó, egyenletes emelkedés után most már talán stabilizálódik. Az azonban továbbra sem tisztázott, hogy ez mennyiben tükrözi a használati mintákat, illetve a szolgáltatási kapacitást. A problémás kannabiszhasználat legjobb viselkedési mutatóját jelenleg a kábítószer napi szintű használóinak becsült számából következtetik ki. A napi használat tendenciáit nehéz felmérni, mindenesetre a rendelkezésre álló adatok semmilyen átfogó visszaesést nem jeleznek. Az EMCDDA becslései szerint a fiatal felnőttek 2–2,5%-a használ kannabiszt napi vagy közel napi szinten, de a fiatal férfiak között ez az arány sokkal magasabb. Ez meglehetősen nagy veszélyeztetett populációt jelent, ami nyomtatékosítja, hogy jobban meg kell ismernünk e csoport szolgáltatási szükségleteit.

A heroin és a kokain: a probléma enyhülésére nem utalnak határozott jelek

Kevés jel mutat arra, hogy a heroin és a kokain használatát tekintve javulna a helyzet, márpedig továbbra is ez a két anyag játssza a központi szerepet az európai

kábítószer-problémában. Erről a területről többek között azért nehéz világos képet nyerni, mert ezt a különböző mutatókból származó információk összeegyeztetésének nehézségei is bonyolítják. Ez a probléma különösen a kokain esetében szembetűnő, ahol a termelés becsült visszaesésével egyidejűleg az Európai Unióban lefoglalt kábítószer mennyisége a legfrissebb adatok szerint szintén csökkent, és ezzel együtt a legtöbb országban az utcai szinten kapható kábítószer tisztasága. Az Egyesült Királyságban, ebben a nagy kokainpiaccal rendelkező országban, a tisztaság jelentős mértékben visszaesett a közelmúltban. Ezek az adatok utalhatnak a kokain csökkenő hozzáférhetőségére, más információk azonban megkérdőjelezzik ezt a következtetést. A kábítószer-lefoglalások száma továbbra is emelkedik, az árak esnek, és bizonyos jelek arra utalnak, hogy a kereskedők új, Kelet-Európán keresztül vezető kereskedelmi útvonalakat kezdenek használni, ami akadályozhatta a korlátozásra tett erőfeszítéseket. A kokainhasználat Európában változatlanul a nyugati országokban koncentrálódik, ahol általában stabil vagy tovább növekvő tendenciát mutat. A tények azonban azt jelzik, hogy a kábítószer továbbterjedt más országokba. A kokainhoz kapcsolódó kezelés iránt szintén nő a kereslet. A rendelkezésre álló bizonyítékok alapján azt a következtetést lehet levonni, hogy a jelenlegi fogyasztási szintek a megalapozott térségekben magasak maradnak, nem csökkennek, máshol pedig tovább emelkednek; vannak azonban arra utaló jelek, hogy a szállítók néhány fontosabb piacon esetleg nehézségekbe ütközhetnek a fogyasztói kereslet kielégítésében. Érdekes lesz megfigyelni, hogy az elkövetkezőkben érkezik-e valamilyen konkrétabb bizonyíték a kábítószer hozzáférhetőségének csökkenésére vonatkozóan, miután a közelmúltbeli jelentések a globális kokaintermelés visszaeséséről számoltak be.

Európán belül még mindig a heroin tehető felelőssé a kábítószer-fogyasztással összefüggő betegségek és halálozások legnagyobb hányadáért. A kábítószer használata az 1990-es évek közepe-vége óta általában véve csökkenőben van, de ma már nem ilyen egyértelmű a helyzet, sőt, néhány területen kifejezetten aggályos. Az új kezelési igények száma egy határozott visszaesést követően 2002 óta ismét nő, és az országok most már jelentős számban számolnak be arról, hogy az opioid kábítószerekkel összefüggő kezelési igények száma és aránya egyaránt emelkedik. A többnyire a heroinhasználatnak tulajdonítható, kábítószerrel összefüggő halálesetekre vonatkozó adatok szintén nem jelzik, hogy visszatért volna a 2004 előtt megfigyelt csökkenő tendencia. A kábítószer-törvényeket megsértő

Körkép – becslések az európai kábítószer-használatról

Az alábbiakban bemutatott becslések a felnőtt (15–64 éves) lakosságra vonatkoznak, és a rendelkezésre álló legfrissebb adatokon alapulnak. A teljes adatsort és a módszertanra vonatkozó információkat lásd a jelentéshez tartozó statisztikai közlönyben.

Kannabisz

Életprevalencia:

legalább 74 millió (az európai felnőttek 22%-a)

Elmúlt évi használat: kb. 22,5 millió európai felnőtt, avagy a szert kipróbálók egyharmada

Elmúlt havi használat: körülbelül 12 millió európai lakos

Az elmúlt évi használat országok közötti különbségei: összességében a 0,4–14,6% tartományban

Kokain

Életprevalencia: kb. 13 millió (az európai felnőttek 3,9%-a)

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

Elmúlt havi használat: kb. 1,5 millió

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

Ecstasy

Életprevalencia: kb. 10 millió (az európai felnőttek 3,1%-a)

Elmúlt évi használat: kb. 2,5 millió, avagy a szert kipróbálók egynegyede

Elmúlt havi használat: kevesebb mint 1 millió

Az elmúlt évi használat országok közötti különbségei: összességében a 0,1–3,5% tartományban

Amfetaminok

Életprevalencia: kb. 12 millió (az európai felnőttek 3,5%-a)

Elmúlt évi használat: kb. 2 millió, avagy a szert kipróbálók egyhatoda

Elmúlt havi használat: kevesebb, mint 1 millió

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

Opioidok

Problémás opioidhasználók:

becslések szerint 1,2–1,5 millió európai lakos

A kábítószer okozta halálesetek a 15–39 éves európaiak körében történt összes haláleset 4%-át jelentették; opioidokat az esetek kb. háromnegyedében találtak.

Az összes kábítószer-kezelési igény több mint 50%-ában szerepelt fő kábítószerként.

2007-ben körülbelül 650 000 opioidhasználó részesült helyettesítő kezelésben.

bűncselekmények és a lefoglalások számára vonatkozó adatok ugyancsak emelkedést mutatnak. Aggasztó fejlemény, hogy néhány országból azt jelezték,

a heroinproblémákat egyes fiatalok körében is észlelték, ami azt jelzi, hogy a kábítószer új populációkban is elterjedhet. Összességében kiábrándítónak kell tekintenünk, hogy a heroinnal kapcsolatos problémák csökkenő tendenciájáról szóló, pozitív elemzés már nem felel meg a valóságnak. Bár egyelőre nincs bizonyíték arra, hogy visszatérne a heroinhasználat korábban tapasztalt, járványszerű terjedése, ennek a kábítószernek a használatából jelentős egészségügyi és társadalmi problémák erednek. A helyzet esetleges romlására utaló jelek mindenképpen komoly aggodalomra adnak okot, különösen most, amikor Európában gazdasági szempontból is nehéz korszakba lépünk.

A politoxikománia és a velejáró alkoholproblémák az európai kábítószer-probléma meghatározó elemeivé léptek elő

A drogprevenció terén régóta elfogadott tény, hogy a szerhasználati problémákat a legjobb holisztikusan, az egészséges életmóddal és a tájékozott választásokkal összekapcsolva kezelni. Ezzel szemben a kábítószer-használatról szóló párbeszéd gyakrabban szerspecifikus. Nehéz nem arra a következtetésre jutni, hogy ez az egydimenziós megközelítés egyre kevesebbet segít a szerhasználat kialakuló európai mintáinak megértésében. A kábítószereket használó személyek fogyasztásukban szinte soha nem szorítkoznak egyetlen anyagra. Európában manapság a politoxikománia számít a normának, és a legtöbb elének kerülő problémáért a különböző szerek egyidejű használata tehető felelőssé, vagy legalábbis még komplikáltabbá teszi azokat. Ez átfogóbb, integrált, több anyagra kiterjedő hozzáállás kidolgozását teszi szükségessé, hogy jobban meg lehessen ismerni a helyzetet, és megfelelő válaszokat lehessen tervezni és értékelni. Ez a kábítószerpiacra ugyanígy érvényes. Egyetlen kábítószer kínálatának csökkentésére irányuló fellépések nyilvánvalóan értelmetlenné válnak, ha ezzel pusztán kaput nyitunk egy másik szer használatához, amely esetleg még ártalmasabb.

Az idei éves jelentéshez tartozik egy kiemelt téma a politoxikomániáról, amely azt járja körül, hogy a többféle szer használata milyen hatással van a kábítószer-használók különböző csoportjaira. Az eredmények nyugtalanítóak. A fiatalok körében a többféle szer használata növelheti az akut problémák kockázatát, és előrevetíti a krónikus kábítószer-fogyasztó szokás kialakulását az élet későbbi szakaszában. Az idősebb, rendszeres kábítószer-használók között a politoxikomániának fontos szerepe van a kábítószer-túladagolásokban, bonyolultabbá teszi a kábítószer-fogyasztók kezelését, és együtt jár az erőszakkal és

a bűncselekményekkel. A fogyasztók számára hozzáférhető kábítószerek választéka szintén egyre bővül Európában. Az aktuális jelentésben szó esik: a kannabiszpiacot megcélzó, nagyrészt ellenőrizetlen anyagok szélesedő skálájáról; a szintetikus kábítószerek előállításában zajló innovációról; valamint a receptre kapható gyógyszerekkel való visszaélések miatti növekvő aggodalmakról. Emellett azt is felismerték, hogy az európai szerhasználat problémájában meghatározó tényező az egyidejű alkoholfogyasztás. Ez szintén minden korcsoportban megfigyelhető. Az iskolás gyermekek körében a legfrissebb adatok határozott összefüggést mutatnak a túlzott alkoholfogyasztás és a kábítószer-használat között. A túlzott alkoholfogyasztás a rekreációs kábítószer-használattal is együtt jár, növelve a negatív következmények veszélyét a fiatal felnőttek körében. A krónikus kábítószer-használó populáción belül az alkohollal való visszaélés olyan gyakori, hogy gyakran említést sem nyer, pedig az egyidejű alkoholfüggőség kezelésének szükségessége a kábítószer-fogyasztókat kezelő központok számára egyre fontosabb kérdés. Az alkoholproblémák különösen ártalmasak lehetnek az opioid kábítószerektől függők esetében, mivel náluk a májműködés a hepatitiszfertőzés miatt eleve rosszabb lehet, és nagyobb a túladagolás kockázata.

Az innováció és a prekursorok hozzáférhetősége: egymással kölcsönhatásban lévő tényezők, amelyek egyre nagyobb hatással vannak a szintetikus kábítószerek piacára

Az EMCDDA a szintetikus kábítószerek európai hozzáférhetősége és használata terén egyre összetettebb és változékonyabb helyzetet tapasztal. Az illegális piac és annak szállítói a termelési folyamatok, az új termékek és forgalmazási lehetőségek terén nagyfokú innovációt tanúsítanak, és folyamatosan bizonyítják, hogy gyorsan tudnak alkalmazkodni az ellenőrző intézkedésekhez. Aggasztó fejlemény emellett, hogy a tiltott kábítószerek „legális alternatíváinak” forgalmazása egyre kifinomultabbá válik.

A piac változékonyságát jól példázzák az ecstasy hozzáférhetőségében látott közelmúltbeli fejlemények. 2007-ig az Európában elemzett ecstasyletabletták többsége 3,4-metiléndioxi-metamfetamint (MDMA) vagy más ecstasyszerű anyagot tartalmazott. A korai előrejelző rendszerből származó első adatok azonban 2009 elejétől arra utalnak, hogy ez néhány tagállamban, például Dániában és Hollandiában, kezd megváltozni. Ezekben az országokban az elemzett tabletták akár felére is igaz volt, hogy nem tartalmazott sem MDMA-t, sem annak bármelyik

analógját. A tabletták helyett 1-(3-klorofenil)piperazint (mCPP) tartalmaztak, önmagában vagy egy másik pszichoaktív anyaggal együtt. Bár az mCPP nem szerepel az ENSZ-egyezményekben, néhány EU-tagállamban ellenőrző intézkedések vonatkoznak rá. A jelenlegi piaci változás okai nem teljesen világosak, de az egyik lehetséges magyarázat a 3,4-metilén-dioxifenilpropán-2-on (PMK), az MDMA szintetizálásához szükséges fő prekursor hiánya lehet. Egyelőre nem lehet megmondani, hogy ez a fejlemény csak ideiglenes eltérést vagy jelentősebb átmenetet jelent az ecstasypiacon. Az EU korai előrejelző rendszere 2005 óta figyeli az mCPP-t, az EMCDDA és az Europol pedig szoros figyelemmel kíséri a fejleményeket ezen a téren, és 2010-ben jelentést fog készíteni a piacról.

Az ecstasypiacon zajló változások azt jelezhetik, hogy egyre sikeresebbek a prekursor vegyi anyagok eltérítésének megelőzésére tett erőfeszítések, és ezek az erőfeszítések más anyagok hozzáférhetőségére és használatára is hatással lehetnek. Vannak például arra utaló jelek, hogy Észak-Európa egyes részein a metamfetamin kiszoríthatja az amfetamint. A piaci tényezők és a prekursor vegyi anyagok itt is fontosnak látszanak, mivel úgy tűnik, hogy a metamfetamintermelő helyszínek jelenleg Litvániában találhatók, amelynek földrajzi helyzete megkönnyíti a prekursorok – ez esetben az 1-fenil-2-propanon (BMK) – behozatalát az Európai Uniótól kívülről. A skandináv országokban fennálló helyzet tovább fokozza az azzal kapcsolatos aggodalmakat, hogy a metamfetamin használata esetleg a Cseh Köztársaságon kívül is elterjed. Ez utóbbi országban a metamfetamin-problémák régóta jelen vannak, de a termelés rendszerint kisüzemi méretekben folyik, személyes vagy helyi fogyasztásra. Most már több közép-európai országból is jeleztek valamilyen mértékű metamfetamin-használatot, és az Europol jelentései szerint Európa más részein néhány nagyobb termelési helyszínt is felfedeztek és felszámoltak. Arra utaló bizonyítékok is vannak, hogy a metamfetamin használata az Európai Unióval határos országok némelyikében is gyorsan terjed. A kábítószernek eddig nem sikerült bejutnia a serkentőszerek nagyobb nyugat-európai piacára, ahol még mindig a kokain- vagy amfetaminhasználat az uralkodó. Mindazonáltal, tekintettel arra, hogy a metamfetamin viszonylag könnyen előállítható, ugyanakkor igen negatív közegészségügyi hatásai lehetnek, nem lehetünk nyugodtak ebben a kérdésben. A problémák potenciális kialakulásának gyorsaságát jól szemlélteti Szlovákia, amely friss esettanulmányában bemutatja, hogy a metamfetamin használata egy országon belül milyen jelentős mértékben el tud terjedni.

Az internet és a marketing: a „Spice” csak ízelítő volt az elkövetkezőkből?

A mai életnek kevés olyan területe van, amelyet nem alakított át az információs technológia fejlődése, így az internet most már nemcsak az információk korlátlan forrását jelenti, hanem az áruk és szolgáltatások cseréjének nagyszabású virtuális piacát is. Nem meglepő tehát, hogy már ez a médium is kihat a kábítószeres területére. Az EMCDDA idén indította első felülvizsgálatát az internetes kezelési módszerekről, és egyelőre úgy tűnik, hogy a megelőző, kezelő és ártalomcsökkentő beavatkozások némely formái esetében a webalapú módszerek komoly lehetőséget jelentenek. Kevésbé pozitív viszont, hogy ennek a virtuális, globális jelenségnek a szabályozásában akadnak nyilvánvaló nehézségek, és az internet a pszichoaktív anyagok használatának népszerűsítésére is használható. Az alkohol és a gyógyszerek online forgalmazása által felvetett aggályokhoz most már az ellenőrzött pszichoaktív anyagok állítólagosan „legális” alternatívái széles körének megjelenése is társul.

Az EMCDDA jelenleg rendszeresen figyeli az online kiskereskedők által kínált pszichoaktív anyagokat. Ez a piac az elmúlt néhány évben kibővült, és most már növényi alapú termékek, különösen herbálkeverékek, valamint szintetikus vegyületeket tartalmazó áruk széles körét magában foglalja. Az internetes piacon felbukkanó új anyagok között a világ néhány részén hagyományosan használt kábítószeres éppúgy akadnak, mint laboratóriumokban, kísérleti úton szintetizált vegyi anyagok, amelyeket embereken még nem teszteltek. Az innovációk közé tartozik még a külön márkák kifejlesztése és a vonzó csomagolás alkalmazása. Ennek egyik figyelemre méltó példáját jelentik a „Spice” megnevezéssel forgalmazott herbálkeverékek.

A „Spice”-ből számos márkát találtak, különböző csomagolással és az összetevők különböző felsorolásával. Az igazságügyi szakértői elemzés azonban többnyire nem tudta kimutatni a címkén megnevezett növényi alapú anyagokat, helyettük viszont néhány mintában szintetikus kannabinoidokat talált, amelyeket a keverékhez adtak. Ezek az anyagok nem szerepeltek a felsorolt összetevők között, ilyenformán a fogyasztók tudtukon kívül fogyasztják el őket. A keverékekben talált kannabinoidok viszonylag kevésbé ismert kutatás alatt álló vegyületek, némelyik rendkívül erős, az emberekre gyakorolt hatásairól viszont keveset tudunk.

Nem újdonság, hogy a kábítószer-ellenőrzést szabályozatlan helyettesítők forgalomba hozatalával próbálják megkerülni. Újdonság viszont az anyagok éppen

most felfedezés alatt lévő széles köre, a szándékosan félrevezető módon címkézett termékek agresszív marketingje, az internet bővülő használata és az a gyorsaság, ahogyan a piac az ellenőrző intézkedésekre reagál. A „Spice” egyúttal figyelmeztetésül is szolgál arra nézve, hogy milyen problémákra lehet számítani. A gyakran az európai joghatóságon kívül tevékenykedő, jól képzett vegyészek arra való képessége, hogy olcsón végezzenek szerves szintézist, potenciálisan jelentős

számú pszichoaktív anyagot tehet hozzáférhetővé. Ezzel egészen új, sok analógból álló kémiai csoportok kerülhetnek be a képbe, amelyeket esetleg nehéz felderíteni, így komoly nehézséget jelenthetnek az egyes vegyületeken alapuló ellenőrzési politika számára. Ráadásul, mivel ezen anyagok némelyikének törvényes felhasználása is létezik, illetve feltételezetten törvényes célokra is értékesíthető, a kábítószer-ellenőrzés és a kereskedelmi szabályozás közé eshetnek.

1. fejezet

Politikák és jogszabályok

Bevezetés

Az elmúlt évben két új európai és nemzetközi drogpolitikai dokumentumot dolgoztak ki. Az Európai Unió 2008. decemberben mutatta be új kábítószer-ellenes cselekvési tervét (2009–12), néhány hónappal később pedig az Egyesült Nemzetek is megjelentette új politikai nyilatkozatát és cselekvési tervét a világ kábítószer-problémájának leküzdésére. Az új drogpolitikai dokumentumok tartalmát és a civil társadalmat képviselő szervezetek ezek létrehozásában betöltött szerepét ebben a fejezetben tárgyaljuk.

A nemzetközi politikai viták keretében sor került a kábítószer-kereskedelemről szóló megbeszélésekre, továbbá áttekintették a kábítószer-kereskedelemért Európában kiszabható minimális büntetési tétel terén elért friss jogi fejleményeket. Az ártalomcsökkentés is kiemelt helyet kapott a szakpolitikai vitában, és a terület két fontos beavatkozásának – a tű- és fecskendőcsere-programok és a helyettesítő kezelés – jogállását szintén ez a fejezet tárgyalja.

A tárgyalt témák közé tartozik még a nemzeti drogstratégiák és cselekvési tervek közelmúltbeli elfogadása és értékelése, a kábítószerrel összefüggő közkiadásokra vonatkozó új adatok és tendenciák, valamint a kábítószerrel foglalkozó európai kutatások fejleményei.

Nemzetközi és uniós politikai fejlemények

Az ENSZ új politikai nyilatkozata és cselekvési terve

Az ENSZ Kábítószerügyi Bizottságának (CND) ez évi ülészsaka során tartott, magas szintű politikai találkozón új ENSZ politikai nyilatkozatot és cselekvési tervet ⁽¹⁾ fogadtak el. Ezzel egy egyéves folyamat zárult le, amely része volt a huszadik ENSZ-közgyűlés világsszintű kábítószer-problémáról szóló rendkívüli ülészsaka (UNGASS) alkalmával 1998-ban elfogadott célok elérésében tett előrehaladás tízéves felülvizsgálatának.

Az Európai Unió és tagállamai vezető szerepet játszottak az UNGASS felülvizsgálatában. A felülvizsgálati folyamat során az ENSZ drogpolitikájáról kialakult európai álláspontot az Európai Unió Tanácsa által megfogalmazott közös állásfoglalási dokumentumban nyilvánították ki. A dokumentum hangsúlyozta a közegészségügy fontosságát mint a nemzetközi kábítószer-ellenőrzési rendszer első alapelvét, továbbá nyomatékosította, hogy az ENSZ szervei (az INCB, UNODC, UNAIDS, WHO) között a kábítószer-területén az egész rendszerre kiterjedő koherenciára lenne szükség. Felszólított továbbá arra, hogy a különféle fő elemeket és prioritásokat szerepeltessék az ENSZ új politikai nyilatkozatában. Ezek közé tartozott, hogy átfogó, integrált, kiegyensúlyozott drogpolitikára van szükség, amelyben nagyobb hangsúlyt kap a keresletcsökkentés, és az ártalomcsökkentésnek is helye van. Az EU szorgalmazta, hogy a nemzetközi emberi jogi egyezmények, köztük az egészséghez való jog tiszteletben tartása legyen az új drogpolitika egyik meghatározó eleme, és a kábítószer-ellenes politika kidolgozása tudományos bizonyítékokon alapuljon. Az EU emellett azzal érvelt, hogy a kábítószer-termelés elleni küzdelem érdekében az alternatív fejlesztéshez adott támogatást nem kellene a tiltott növények termesztésének csökkentésétől függővé tenni.

Az új ENSZ-dokumentum tartalmában hasonlít az UNGASS eredeti, 1998-ban elfogadott nyilatkozataihoz és cselekvési terveihez. Az Európai Unió által előterjesztett elemek közül sokat tartalmaz, amint ez látható a cselekvési tervből is, amely áttekinti a kábítószer-ellenes politika jelenlegi problémáit, és felsorolja azokat az intézkedéseket, amelyek végrehajtására az ENSZ-tagállamok kötelezettséget vállaltak a következő évtizedre. A kábítószer iránti kereslet csökkentése címszó alatt felsorolt főbb intézkedések és célok a következők: az emberi jogok fokozottabb tiszteletben tartása, a szolgáltatások jobb hozzáférhetősége és a kiszolgáltatott csoportok határozottabb előtérbe helyezése. A dokumentum ezenkívül a drogpolitikák jobb egyensúlyára – a kábítószer iránti kereslet csökkentése javára –, valamint nyomon követő és minőségbiztosítási mechanizmusokra szólít fel. Az ENSZ-dokumentum

⁽¹⁾ Politikai nyilatkozat és cselekvési terv a nemzetközi együttműködésről a világsszintű kábítószer-probléma leküzdésére irányuló integrált, kiegyensúlyozott stratégia érdekében.

A globális illegális kábítószerpiac

A globális illegális kábítószerpiacról szóló, az Európai Bizottság által finanszírozott új vizsgálat eredményeit a Kábítószerügyi Bizottság 2009-es bécsi ülésén mutatták be ⁽¹⁾. A vizsgálat nem talált bizonyítékot arra, hogy a globális kábítószer-probléma 1998 és 2007 között csökkent volna. Néhány nemzet esetében a probléma enyhült, másoknál viszont rosszabbodott, helyenként jelentős mértékben.

A vizsgálat szerint az illegális kábítószerpiacok nem vertikálisan integráltak, illetve nem uralják őket a nagyobb kereskedők vagy kartellek. Miközben a tiltott kábítószeres értékesítésből becslések szerint több mint százmilliárd euró bevétel keletkezik, a kábítószer-kereskedelemben részt vevők túlnyomó többsége szerény jövedelemre tesz szert. Néhányan hatalmas vagyonokat keresnek, de ez csak a teljes bevétel töredékét jelenti.

A vizsgálat a nemzeti drogpolitikák konvergenciájáról számolt be, amelynek keretében egyre nagyobb hangsúlyt kap a keresletcsökkentés, és kezd szélesebb körben is elfogadottá válni az ártalomcsökkentés. Az árusítókkal és a kereskedőkkel szembeni politikát szigorították.

A kábítószer-tilalom végrehajtása a vizsgálat szerint jelentős nem kívánt kárt okozott, amelynek jó része előre megjósolható lett volna (pl. a termelés és a kereskedelem földrajzi áthelyeződése).

⁽¹⁾ Európai Bizottság, „Report on global illicit drug markets, 2009” (elérhető: http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm).

ugyanakkor nem ismeri el kifejezetten az ártalomcsökkentés pozitív szerepét, miközben ezt a megközelítést Európában tudományos felügyelet mellett gyakorolják.

Az EU kábítószer-ellenes cselekvési tervei

Az Európai Bizottság 2008. szeptemberben tette közzé végső értékelését az EU 2005–08-ra szóló kábítószer-ellenes cselekvési tervéről ⁽²⁾. Az értékelésben áttekintették az intézkedések végrehajtását és a cselekvési tervben kitűzött célok elérését. Megvizsgálták továbbá a cselekvési terv hatását az EU-tagállamok nemzeti drogpolitikáira, valamint áttekintették az európai kábítószerhelyzetben megfigyelt közelmúltbeli tendenciákat.

Az értékelés azt állapította meg, hogy bár az intézkedések közül nem mindegyiket hajtották végre teljes mértékben, és nem sikerült minden célt elérni, a cselekvési tervben megnevezett területek közül szinte mindegyiken történt előrehaladás. Emellett a kábítószer-ellenes politika területén az európai országok közötti növekvő konvergencia jelének tekintették, hogy a legtöbb nemzeti

drogpolitikai dokumentum tartalmaz olyan célkitűzéseket, amelyek az EU cselekvési tervében szereplőket tükrözik. Az elmúlt években az európai kábítószerhelyzet relatív stabilizálódását is megfigyelték, de nem volt megállapítható, hogy ehhez a tendenciához mennyiben járult hozzá az EU cselekvési terve.

Összességében az EU cselekvési tervéről – néhány operatív hiányosság ellenére – úgy ítélték meg, hogy három különálló területen rendelkezik hozzáadott értékkel: abban, hogy a tagállamok és az uniós intézmények a terv folytán közös célkitűzések elérésére vállalnak kötelezettséget; hogy keretet biztosít a koordinációhoz és egy koherens megközelítés kialakításához a kábítószeres területén; valamint hogy szakpolitikai modellként szolgál nemzetközi szinten.

A kábítószer-ellenes cselekvési terv végső értékelése szolgált alapul jogutódja, az EU kábítószer-ellenes cselekvési tervének (2009–12) összeállításához, amelyet az Európai Tanács 2008. decemberben hagyott jóvá ⁽³⁾. Ez a kábítószer-ellenes cselekvési terv – 1990 óta az ötödik – a második olyan terv, amely az EU jelenlegi (2005–12) kábítószer-ellenes stratégiájának keretében készül. Átfogó célja a kábítószer-használat elterjedtségének jelentős mértékű csökkentése a lakosság körében, valamint a tiltott kábítószeres használata és kereskedelme által okozott társadalmi kár és egészségkárosodás csökkentése.

Az EU új cselekvési terve öt fő prioritást határoz meg, az intézkedési területeknek megfelelően: a koordináció és az együttműködés javítása, a lakosság figyelmének felkeltése; a kábítószeres iránti kereslet csökkentése; a kábítószer-kínálat csökkentése; a nemzetközi együttműködés fejlesztése; valamint a probléma jobb megértésére irányuló erőfeszítés. Az új terv elődjéhez képest koncentráltabb, a célkitűzések száma körülbelül a felére csökkent (24), de a fellépések száma is kevesebb (72). Olyan célkitűzéseket és fellépéseket is tartalmaz, amelyek az előző cselekvési tervben még nem jelentek meg ⁽⁴⁾. A jelenlegi kábítószer-ellenes cselekvési terv és stratégia végső értékelését 2012-ben egy külső, független értékelő fogja elvégezni, amit egy mérlegelési időszak követ majd, az EU következő drogpolitikai dokumentumainak előkészítése érdekében.

A civil társadalom és a drogpolitika kialakítása

A nem kormányzati szervezetek (NGO-k) bevonása az EU és az ENSZ új drogpolitikai dokumentumainak elkészítésébe fontos előrelépés a civil társadalom e politikai területen való részvételében. Az Európai Bizottság kábítószeresekkel

⁽²⁾ 13407/08 ADD3 Cordroque 69 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407-ad03.en08.pdf>).

⁽³⁾ HL C 326., 2008.12.20., 7. o.

⁽⁴⁾ Lásd „Az EU kábítószer-ellenes cselekvési terve (2009–12): újdonságok”, 21. o.

Az EU kábítószer-ellenes cselekvési terve (2009–12): újdonságok

Az EU új kábítószer-ellenes cselekvési tervében több figyelmet kap a civil társadalom részvétele a drogpolitikában. A cselekvési terv az „Európai Kábítószerügyi Szövetség” létrehozásával ösztönözi kívánja az európai civil társadalom kötelezettségvállalását a kábítószer-probléma iránt, valamint a fellépését vele szemben. A cselekvési terv a tagállamokat is arra hívja fel, hogy a civil társadalom minden lehetséges szinten vonják be a drogpolitikába.

Megerősítették a megelőzés, a kezelés, az ártalomcsökkentés és a rehabilitáció terén zajló beavatkozások minőségének fontosságát azáltal, hogy a fellépések keretében az iránymutatások, bevált gyakorlatok és minőségi normák összeállítására és cseréjére, valamint a területre vonatkozó uniós minőségi minimumszabályok vagy teljesítménymérő referenciaértékek kidolgozására szólítanak fel. A börtönkörnyezet szintén több figyelmet kapott a kábítószer iránti kereslet csökkentése címszó alatt; ennek keretében arra szólítják fel a tagállamokat, hogy a börtönben lévő kábítószer-használók számára biztosítsanak a börtönön kívül hozzáférhető szolgáltatásokkal azonos minőségű szolgáltatásokat, vezessék be a börtönből való szabadulás utáni utógondozást, továbbá javítsák a kábítószer-problémák megfigyelését és a kábítószerrel kapcsolatos szolgáltatásokat ebben a környezetben.

A kínálatcsökkentéssel kapcsolatos fellépések többsége a tagállamok közötti bűnüldözési és igazságügyi együttműködés javítására irányul, gyakran az uniós szervek, projektek és eszközök fokozott igénybevétele révén. A kábítószer-prekurzorok Európán belüli, illetve Európán keresztlili elterjedésének és kereskedelmének visszaszorításával hét különböző fellépés foglalkozik, általában operatív szempontból.

A nemzetközi együttműködés terén nagyobb hangsúlyt helyeznek az alternatív fejlesztésre, így az ilyen programok fokozott pénzügyi és politikai támogatására három fellépés szólít fel. Törekcszenek továbbá a kínálat és a kereslet csökkentésére egyenlő figyelmet fordító megközelítés jobb érvényesítésére a külpolitikai megállapodásokban és programokban.

Az információ, kutatás és értékelés címszó alatt egy új fellépés szólít fel a kulcsmutatók és stratégiák kidolgozására a kábítószerrel kapcsolatos bűnözésre, az illegális termesztésre, a kábítószerpiacokra és a kínálatcsökkentő beavatkozásokra vonatkozó adatok összegyűjtéséhez. Nagyobb hangsúlyt helyeznek emellett a kutatások megerősítésére a kábítószerterületén, valamint a drogpolitikai értékelések kidolgozására úgy nemzeti, mint uniós szinten.

megtárgyalta a következő cselekvési terv lehetséges tartalmát és a vele szemben támasztott igényeket (Európai Bizottság, 2008a). A fórumban részt vevő 26 NGO azt javasolta, hogy az EU kábítószer-ellenes politikájában kapjanak központi helyet a közegészségügyi és emberi jogi alapelvek, és hangsúlyozzák a megbélyegzés elkerülését és a megkülönböztetésmentességet. Azt kérték ezenkívül, hogy fordítsanak több figyelmet a kiszolgáltatott csoportokra, a politoxikomániára, a mentálhigiéniai kérdésekre, a börtönökben uralkodó helyzetre és a kábítószerrel összefüggő halálesetek megelőzésére. A fórum által megnevezett prioritások közé tartozott a kormányok és a civil társadalom közötti megerősített együttműködés, a minőségi standardok kidolgozása a kábítószerrel iránti kereslet csökkentésében, a jobb adatgyűjtési mechanizmusok és az alternatív fejlesztés támogatása a harmadik országokban.

Az NGO-k hozzájárulását az 1998-as UNGASS alkalmával kijelölt célok elérésében tett előrehaladáshoz a Bécsi Kábítószerügyi NGO Bizottság tekintette át, az Európai Bizottság és az EU több tagállamának pénzügyi támogatásával. A „Túl a 2008. éven” folyamat kilenc regionális konzultáción alapult, amelyek betetőzését egy 2008. júliusi bécsi fórum jelentette. A fórumon elfogadott záró nyilatkozatban és három határozatban az NGO-k sokoldalú tevékenységeire és a drogpolitikában betöltött, növekvő szerepükre hívták fel a figyelmet ⁽⁵⁾. Az NGO-k arra kérték a kormányokat és nemzetközi szervezeteket, hogy konzultáljanak velük rendszeresen, és biztosítsanak számukra több támogatást. A tagállamokhoz és nemzetközi szervezetekhez intézett számos és sokféle felhívás között számos témát el lehetett különíteni, köztük a következőket: egy átfogó, kiegyensúlyozott drogpolitika, amely az emberi jogokon, közegészségügyi és tudományos bizonyítékokon alapul; fokozott ellenőrzési és értékelési kapacitás; a legjobb gyakorlatok, és különösen a kábítószer mint fájdalomcsillapító gyógyszerek hatékony kezelésére, hozzáférhetőségére és megfelelő biztosítására vonatkozó irányadó ENSZ-elvek kidolgozása és terjesztése; alternatív szankciók és intézkedések a kábítószer-bűnözésre; valamint a kábítószerfüggő vagy kábítószer-bűnözés miatt őrizetben lévő fogva tartottak emberi jogainak tiszteletben tartása.

Nemzeti kábítószer-ellenes stratégiák és cselekvési tervek

Új fejlemények

A kábítószer-ellenes stratégiák és cselekvési tervek most már a nemzeti drogpolitika alapvető eszközeinek

foglalkozó civil társadalmi fóruma 2008. májusban megvitatta az EU kábítószer-ellenes cselekvési tervéről (2005–08) szóló értékelés első eredményeit, és

⁽⁵⁾ http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56

számítanak Európában. Egy kivételével az EMCDDA által figyelt 30 ország mindegyikében elfogadtak már ilyen dokumentumot, amelyet rendszeres időközönként megújítanak.

2008-ban Görögország, Franciaország és az Egyesült Királyság fogadott el új drogpolitikai dokumentumokat ⁽⁶⁾. Görögország cselekvési tervet (2008–12) fogadott el már meglévő drogstratégiájának kiegészítésére. Az új terv céljai között szerepel a drogfogyasztók kezelésének javítása. Az új francia cselekvési terv (2008–11) a tiltott kábítószerekre, az alkoholra és a dohányzásra terjed ki. A terv egyik fő prioritása, hogy visszaríasszák a fiatalokat a kábítószerek használatának megkezdésétől, azáltal hogy megerősítik a kábítószer-használat tiltását, illetve tájékoztatják a fiatalokat és szüleiket a kábítószer-használattal járó kockázatokról. Az Egyesült Királyság által elfogadott új drogstratégia (2008–18) és a hozzá tartozó cselekvési terv (2008–11) célja, hogy korlátozza a tiltott kábítószerek kínálatát és visszaszorítsa az irántuk való keresletet, mindeközben különös figyelmet fordítva a családvédelemre és a közösségek megerősítésére.

Tíz másik uniós tagállamban 2008-ban járt le a nemzeti drogpolitikai dokumentumok érvényessége. Spanyolország 2009. februárban fogadott el új drogstratégiát, nyolc másik országban (Bulgária, Írország, Olaszország, Litvánia, Ciprus, Portugália, Románia, Szlovákia) pedig 2009 első felében zajlott az új drogstratégiák és cselekvési programok véglegesítése és elfogadása; Lettország egy egyéves cselekvési tervvel bővítette ki 2005–08-ra szóló programját. Hollandia szintén 2009-re tervezi 1995-ös drogpolitikai fehér könyvének lecserélését, de több másik országban is várható, hogy a szakpolitikai dokumentumaik közül legalább egy lejár az idén (Cseh Köztársaság, Luxemburg, Magyarország, Szlovénia, Horvátország, Törökország).

Értékelés

Az európai országok körülbelül kétharmadából jelezték, hogy a nemzeti drogpolitikai dokumentumokban kijelölt intézkedések végrehajtásáról folyamatos vagy éves felülvizsgálat készül. A legtöbb esetben a drogpolitikában érintett szolgáltatóktól és minisztériumoktól összegyűjtött adatokon alapuló helyzetjelentést nyújtanak be a kormánynak vagy a parlamentnek. Az országok többsége ezért már most megkezdte az EU kábítószer-ellenes cselekvési tervében (2009–12) szereplő 70. fellépés végrehajtását, amely a nemzeti kábítószer-ellenes politika rendszeres vagy folyamatos értékelésére és finomítására szólítja fel a tagállamokat.

A nemzeti drogstratégiák és cselekvési tervek végső értékeléséről hasonlóképpen lehet vélekedni, tekintve, hogy 20-nál is több ország jelezte, hogy most készítének vagy nemrég készítették ilyen értékelést. A záró jelentés egyes esetekben a végrehajtás éves felülvizsgálatának összefoglalása, de az is előfordul, hogy ennek keretében tesznek kísérletet a végrehajtási folyamatnak, a politika hatékonyságának, illetve hatásának jobb megismerésére. Az értékeléssel szemben behatóbb módszert választó országok közül kettő (Luxemburg, Ciprus) döntött úgy, hogy az országon kívüli, külső értékelőkkel dolgozik.

A drogpolitikai értékelések számára komoly nehézséget jelent az a törekvés, hogy a drogstratégiák vagy cselekvési tervek eredményeit összekapcsolják a kábítószerhelyzetben történt változásokkal. Az ilyen problémák közé tartozik, hogy fellépések egész sorának hatásait kell elemezni, ugyanakkor csak korlátozottan ismerhető meg a fő környezeti elemek befolyása – amilyen például a kábítószerpiac vagy a kábítószer-használati tendenciák és a fiatalok körében uralkodó életstílusok. A drogstratégiák vagy cselekvési tervek és a kábítószerhelyzetre vonatkozó mutatók közötti összefüggések megállapítására mindazonáltal néhány országban kísérletet tettek. Ez a jövőben valószínűleg még gyakoribbá válik, mivel az EU új kábítószer-ellenes cselekvési terve (2009–12) a kábítószer-ellenes politika eredményességének és hatásának mérésére szolgáló eszközök kifejlesztésére szólít fel. Az EMCDDA-nál is folyamatban van az iránymutatások kidolgozása, hogy segítsék a tagállamokat a drogpolitikai dokumentumaik eredményeinek felmérésében és értelmezésében.

Közkiadások

A politikai döntéshozóknak részletes, megbízható információkra van szükségük a kábítószerekkel összefüggő közkiadásokról, hogy értékelni tudják a források tényleges elosztását ezen a területen és végső soron a kábítószer-ellenes politika költség–haszon vonatkozásait. Az állam által a tiltott kábítószerek használatára válaszul bevetett források gazdasági szempontból való felbecsülése ezért lényeges lépés a kábítószer-használat átfogóbb hatásának megismerése felé.

A közkiadásokra vonatkozó becslések kormányzati költségvetéseken és elszámolási dokumentumokon alapulnak. A nemzeti kábítószer-ellenes politika végrehajtásából eredő teljes kiadásokat azonban nehéz felbecsülni, mivel ehhez a különböző kormányzati szinteken (pl. helyi, regionális, országos) végrehajtott

⁽⁶⁾ A „nemzeti drogpolitikai dokumentum” kifejezés azokat a valamely kormány által jóváhagyott hivatalos dokumentumokat jelöli, amelyek általános elveket és konkrét beavatkozásokat vagy célkitűzéseket határoznak meg a kábítószerek terén, ha hivatalos formában drogstratégia, cselekvési terv, program vagy más politikai dokumentum formájában jelennek meg.

tevékenységekre vonatkozó számadatokat kellene összegyűjteni, amelyek finanszírozása olykor eltérő költségvetési tétel alatt történik, és gyakran nem is nevezik meg őket külön a kábítószerrel kapcsolatos kiadásként.

Európában a kábítószerrel összefüggő közkiadásokat a 2005. év esetében 34 milliárd euróra becsülték (EMCDDA, 2008a). Mivel a bejelentés szintje jelentősen alatta marad a tényleges kiadásoknak, ezt a becslést nem lehet aktualizálni. Az adatgyűjtés nehézségeit ezen a területen jól szemlélteti az a tény, hogy a 2007-ről adatot közlő 23 ország közül csak a Cseh Köztársaság tudott az összes kormányzati szintre vonatkozó bontást adni a kiadásokról. A legtöbb ország a központi kormányzati kiadásokról tudott adatokkal szolgálni, de hét ország a regionális vagy helyi kormányzat kiadásairól (Belgium, Dánia, Észtország, Ausztria, Finnország, Horvátország), illetve a szociális biztonsági alapokból származó kiadásokról (Németország) is beszámolt.

Címkézett és nem címkézett kiadások

A címkézett kiadások az állam kormánya általi tervezett, kábítószerrel összefüggő közkiadásokat jelentik. Ez az adott állam önkéntes kötelezettségvállalását tükrözi a kábítószerrel területén, és az állami költségvetések részletes felülvizsgálatával nyomon követhető vissza. A 2007-ről adatot közlő 23 ország közül 16 csak a címkézett kiadásokat jelentette be. A megnevezett címkézett kiadások nagyobb része sok esetben (pl. Észtország, Franciaország, Lengyelország, Románia) a nemzeti kábítószer-ellenes politikai dokumentumok végrehajtásával kapcsolatban merült fel.

A nemzeti költségvetésekben nem minden, kábítószerrel összefüggő kiadás szerepel ilyen megnevezéssel. A legtöbb országban a kábítószerrel összefüggő tevékenységek némelyikére fordított összegek más programokba és beavatkozásokba ágyazódnak be (pl. a rendőri műveletek átfogó költségvetésébe vagy a legális és tiltott szerekkel egyszerre foglalkozó beavatkozásokba). Ezekben az esetekben az ilyen „nem címkézett kiadást” költségmodellezési módszerrel kell megbecsülni. A korábbi vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy a nem címkézett kiadások legtöbb esetben a kábítószer-problémára fordított nemzeti kiadások nagyobbik részét jelentik.

A kábítószerrel összefüggő közkiadások a kormányzati funkciók osztályozási rendszere (COFOG) szerint kategorizálhatók (EMCDDA, 2008e). Három ország nyújtott be a COFOG első szintje szerint osztályozott, címkézett kiadásokat (Luxemburg, Finnország, az Egyesült

Királyság csak Angliára nézve), de közülük csak az Egyesült Királyság szerepeltetett az „általános közszolgáltatásokra”, „oktatásra” és „szociális védelemre” vonatkozó számadatokat⁽⁷⁾. Ebben a három országban az „egészségügy” kapta a teljes kiadások legnagyobb részét, ezután következett a „közrend és biztonság” (1. táblázat). Ezzel szemben a nem címkézett kiadásokra vonatkozó COFOG-adatokat közlő országok esetében a nagyobbik részt a „közrend és biztonság” tételre fordították, utána következett az „egészségügy”. Ez összhangban van a korábbi jelentések megállapításaival (lásd EMCDDA, 2008e), amelyek azt jelezték, hogy miközben a címkézett kiadásokból esetleg nagyobb rész jut az „egészségügyi” beavatkozásokra, a kábítószerrel összefüggő közkiadásokból az oroszánrészt mégis a „közrend és biztonság” jellegű tevékenységek kapják.

Tendenciák

A legtöbb, következetes információkkal rendelkező ország esetében állandó áron véve 2007-ben nőttek a címkézett kiadások a 2005-öshöz képest. A növekedés mértéke a 14–23% (Cseh Köztársaság, Írország, Litvánia, Luxemburg, Horvátország) és a 72% (Ciprus, Finnország) között mozgott. Az Egyesült Királyságban a címkézett kiadások ebben az időszakban egy szinten maradtak.

Nemzeti jogszabályok

Az Európai Unió kábítószer-ellenes politikával szembeni kiegyensúlyozott megközelítésében egyforma súllyal szerepel a kábítószerrel iránti kereslet és a kínálat csökkentése. Az elmúlt tíz év folyamán elfogadott nemzeti jogszabályok vizsgálata azt mutatja, hogy az EU tagállamai ezzel a politikai kötelezettségvállalással összhangban, aktívan folytatták a jogalkotást. Az országok bizonyos ártalomcsökkentő tevékenységekhez megteremtették a jogszabályi kereteket, ugyanakkor növelték a kábítószer-kereskedelemtől kiszabható büntetéseket. Ezek a folyamatok féldőben két uniós eszközből nyertek újabb lendületet. Az Európai Tanács 2003-ban ajánlást adott ki a kábítószerrel összefüggő ártalom megelőzéséről és csökkentéséről, amelyben cselekvésre szólított fel, többek között a megfelelő helyettesítő kezelés biztosítására és az intravénás eszközök terjesztéséhez és cseréjéhez való hozzáférésre⁽⁸⁾. A 2004. október 25-i 2004/757/IB tanácsi kerethatározat a tiltott kábítószerrel kereskedelme esetén szigorúbb büntetésekre szólított fel. Ebben a részben az ártalomcsökkentő tevékenységek szabályozása és a kereskedők büntetése terén az elmúlt

⁽⁷⁾ A COFOG-osztályozásnak három hierarchikus szintje van. Az első szinten a kormányzati kiadásokat tíz funkcióra bontják.

⁽⁸⁾ A Tanács 2003. június 18-i ajánlása (HL L 165., 2003.7.3., 31. o.).

1. táblázat: A kábítószerrel összefüggő címkézett és nem címkézett közkiadások 2007-ben, a COFOG (kormányzati funkciók osztályozási rendszere) szerint bejelentő tagállamok esetében

COFOG-kategória	Luxemburg millió EUR (%)		Finnország ⁽¹⁾ millió EUR (%)		Egyesült Királyság millió EUR (%)
	Címkézett	Nem címkézett ⁽²⁾	Címkézett	Nem címkézett	Címkézett
Általános közszolgáltatások	-	-	-	-	50,4 (3,6)
Körend és biztonság	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	-	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Egészségügy	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Oktatás	-	-	-	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Szociális védelem	-	-	-	-	10,5 (0,8)

⁽¹⁾ 2006-ból származó adatok.
⁽²⁾ A nem címkézett kiadások becsléséhez használt modellezési eljárásokat részletesen Luxemburg mutatta be.
Forrás: Reitox országjelentések (2008).

tíz évben zajló tendenciákat mutatjuk be. Kiténik belőle, hogy az ezeken a területeken folyó nemzeti szintű tevékenység az EU szintjén megállapodásokban tükröződött, noha néhány ország élt azzal a joggal, hogy az ezekben a megállapodásokban rögzített minimumszabályokhoz képest továbblépjen.

Opioidhelyettesítő kezelés

1998 óta 18 országból mintegy 45 olyan jogi szövegről számoltak be, amely a helyettesítő kezelési programok jogi kereteinek megteremtéséhez vagy módosításához kapcsolódott. E szövegek közül sokat a programok létrehozásának vagy részletes szabályozásának szenteltek: Írországból (1998), Lengyelországból (1999), Németországból (2000), a Cseh Köztársaságból és Portugáliából (2001), Görögországból és Luxemburgból (2002), Belgiumból és Franciaországból (2004), Lettországból (2005), továbbá Ausztriából és Litvániából (2007).

Miközben az európai országok az elfogadott törvényekben és rendeletekben az opioidhelyettesítő kezelés számos különböző vonatkozásával foglalkoztak, egészen 2004-ig megfigyelhető volt az a tendencia, hogy az engedélyezett anyagokat is meghatározták. Ebben az időszakban a szövegek körülbelül egynegyede olyan anyagok használatát engedélyezte vagy szabályozta, mint a metadon és a buprenorfin. Ezzel szemben a 2002 óta bejelentett dokumentumok a programokhoz való hozzáférést határozták vagy könnyítették meg. Az opioidot helyettesítő anyagok felírását egyes esetekben törvényi úton a terápiás központokban dolgozó orvosok számára tartották fenn, bár gyakran más orvosoknak is engedélyezik a felírást ⁽⁹⁾. A gyógyszer kiadására

engedéllyel rendelkező helyek körét általában szintén jogszabály határozza meg, többnyire a gyógyszerárakra vagy a kezelési központokra szorítkozva, de néhány országban az orvosoknak is megengedik a gyógyszerkiadást.

Tű- és fecskendőcsere-programok

A tű- és fecskendőcsere-programok működhetnek helyi, regionális vagy országos szinten, esetenként az ezek engedélyezésére szolgáló konkrét nemzeti jogi kerettel, de általában ilyen keret nélkül. Az elmúlt tíz év első felében az Európában bejelentett törvények többnyire arra irányultak, hogy jogalapot biztosítsanak az ilyen beavatkozásokhoz (Szlovénia 1999-ben, Lengyelország 2001-ben, Finnország 2003-ban), illetve hogy meghatározzák vagy megkönnyítsék a tű- és fecskendőcsere-programokhoz való hozzáférési jogokat (Belgium és Franciaország 1998-ban, Finnország 2003-ban). A jogalkotáson belül a hangsúly hamar átkerült e programok szabályozására, így Belgium, Portugália és Luxemburg – 2000-ben, 2001-ben, illetve 2003-ban – konkrét, részletes törvényeket vagy rendeleteket fogadott el, amelyek szabályozták, hogy ki működtetheti az ilyen rendszereket, és hogy engedélyezett-e az automaták használata. Portugáliában a szabályozási keretet 2007-ben kibővítették, hogy a börtönökben folytatott tű- és fecskendőcsere-programokra is vonatkozzon.

Egyes országokban jogszabályokat fogadtak el azon aggályok orvoslására, miszerint a tű- és fecskendőcsere-programok potenciálisan ütközhetnek a kábítószer-használat „elősegítésének” vagy az arra való „felbujtásnak” a kriminalizálására irányuló jogi

⁽⁹⁾ Lásd a 11. ábrát, 84. o.

rendelkezésekkel. Belgiumban és Németországban ezt a problémát egy záradékkal oldották meg a törvényben, amely kifejezetten felment bizonyos programokat az ilyen vádak alól, bár a kiadott fecskendők száma korlátozás alá eshet. Néhány országban útmutatókat adnak ki a rendőrségnek a tű- és fecskendőelosztó helyek környékén alkalmazandó helyes bűnüldözési gyakorlatról. A steril tűk vagy fecskendők rendőri elkobzását összességében az Európai Unió egész területén ritkának jelentették.

A kereskedelemért kiszabott büntetések

Az elmúlt tíz év folyamán az EU tagállamai külön-külön és együttesen is jelezték, hogy a kábítószer-kereskedelem bűncselekményeit szigorúbban kellene büntetni, még ha magukat a bűncselekményeket a közel harminc ország jogszabályai eltérően is határozzák meg.

A „kereskedelem” bűncselekményébe beletartozhat a terjesztési vagy ellátási szándékkal történő, illetve a „haszonszerzési cél” vagy a „kereskedelmi jelleg” fogalmát kimerítő előállítás vagy termesztés, behozatal és kivitel, szállítás, felkínálás, eladás és/vagy birtoklás.

Az 1999–2004 közötti időszakban hat ország fogadott el törvényt az egyes, kábítószer-kereskedelemnek minősülő bűncselekmények után kiszabható büntetések emeléséről. Írország 1999-ben új bűncselekményt vezetett be, a nagy mennyiségű (12 700 eurónál nagyobb értékű) kábítószer ellátási szándékkal történő birtoklását, amely kötelezően legalább tíz év szabadságvesztést von maga után. Az Egyesült Királyság 2000-ben vezette be a legalább hét évnapi szabadságvesztést az A osztályba tartozó kábítószeres kereskedelméért való harmadik elítélés esetén, Görögország pedig 2001-ben szigorította meg a kereskedőkre kiszabható ítéletekről szóló jogszabályt, korlátozva a feltételes szabadlábra helyezéshez való jogukat. Az ésszerű büntető törvénykönyv 2002-es és 2004-es módosításai a csekély mennyiségekkel kereskedők esetében háromról öt évre, nagy mennyiségnél ötől tíz évre növelték a kiszabható büntetés maximumát. Dániában a kereskedésért kiszabható büntetést hatról tíz évre emelték fel, a nagy mennyiséggel vagy különösen veszélyes anyagokkal való kereskedelem esetén pedig tízről 16 évre. Litvániában szintén 2004-ben emelték meg a kereskedelem alpbűncselekményéért kiszabható, legfeljebb két éves büntetést kettőtől nyolc évig terjedőre, nagy mennyiség esetén pedig a kettő–nyolc évről nyolctól tíz évig terjedőre.

2004. októberben a Tanács 2004/757/IB kerethatározata rögzítette a bűncselekményekre és a kereskedésért kiszabható büntetésekre vonatkozó

minimumszabályokat. Azóta további négy országban fogadtak el törvényeket annak érdekében, hogy a kereskedelem alpbűncselekményére vonatkozó büntetéseket összhangba hozzák a határozattal. Hollandia 2006-ban négyről hat évre emelte a nagy mennyiségű kábítószer kereskedelméért kiszabható büntetés maximumát, Lengyelország pedig legfeljebb öt évről legfeljebb nyolc évre emelte a nagy mennyiség birtoklásáért és kiskorúaknak való átadásáért kiszabható büntetést, hat hónapban rögzítve a minimálisan letöltendő időszakot. Szlovákiában a kereskedelemért kiszabható alpbüntetést kettő–nyolc évről négy–tíz évre emelték, míg a nagyobb mennyiségek esetén tízről 15 vagy akár 20 évre emelkedett a büntetési maximum. Végezetül Ausztriában a kábítószeres másoknak való átadásáért, illetve bizonyos narkotikus növények termesztéséért kiszabható büntetés felső határát 2007-ben emelték fel hatról 12 hónapnyi szabadságvesztésre. A súlyosabb bűncselekmények büntetési tételei nem változtak, viszont a nagy mennyiség meghatározását a küszöbérték 25-szöröséről a 15-szörösére vitték le.

Kábítószerrel kapcsolatos kutatások

Az egyes európai országokban a kábítószer-problémáról folytatott kutatásról az EMCDDA által 2008-ban kiadott kiemelt témák egyike számolt be⁽¹⁰⁾. Az idén a legfrissebb Reitox-jelentésekben szereplő, nemzeti kutatásokra vonatkozó utalásokat elemzik, hogy betekintést nyerjenek az európai országokban a közelmúltban elvégzett kutatásokba. Ebben a részben ugyancsak beszámolunk a kábítószerrel kapcsolatban az EU-ban folyó kutatásokról szóló tanulmányról, amelyet az Európai Bizottság idén adott ki.

A kábítószerrel szóló európai jogi adatbázis

Az Európai jogi adatbázis a kábítószerrel (ELDD) az EMCDDA online információs adatbázisa a kábítószerrel kapcsolatos európai jogszabályokról a tagállamok és Norvégia esetében. Az ELDD a jogi szövegeket eredeti formátumukban közli, emellett ismerteti az egyes országok kábítószer-törvényeit és bizonyos témákról részletesen beszámol. A tematikus összefoglalókban röviden bemutatja az egyes kérdésekre vonatkozó jogi álláspontot, például az illegális kábítószer-kereskedelem, a helyettesítő kezelés, illetve a tű- és fecskendőcsere-programok kérdésében⁽¹⁾.

⁽¹⁾ ELDD tematikus összefoglalók: <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>

⁽¹⁰⁾ A kábítószerrel kapcsolatos uniós és országos szintű kutatásokról bővebb információ itt található: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>

A tagállamokban folyó kutatási projektek

Az európai országok a legfrissebb Reitox-jelentésekben több mint 350, 2007-ben és 2008-ban elvégzett vagy publikált kutatási projektről tettek említést. A legnagyobb számú – 80-nál is több – kutatási projektet az Egyesült Királyságból jelezték, utána következett Németország és Hollandia, mindkettő 30-at meghaladó számú projekttel, majd a Cseh Köztársaság, Írország és Finnország, 20 fölötti számmal.

A kábítószerhelyzetre adott válaszokkal foglalkozó kutatás a friss tanulmányok több mint egyharmadát tette ki, a másik egyharmaduk a kábítószer-használat prevalenciájára, incidenciájára és mintáira helyezte a hangsúlyt, a kutatások egyötöde pedig a kábítószer-használat következményeivel foglalkozott. A kutatási területek közül láthatólag lényegesen kevesebb figyelem övezte a következőket: meghatározó, kockázati és védő tényezők, a kábítószer mechanizmusai és hatásai, kínálat és piacok, módszertani kérdések.

Bár az elemzés hatóköre korlátozott volt, az eredményei alátámasztották az EU új cselekvési tervében szereplő felhívást, miszerint fokozni kell a kutatási erőfeszítéseket a kiemelt területek közül azokon, amelyek jelenleg alulreprezentáltak, különösen a kábítószer-kínálat területén.

A kábítószerrel foglalkozó európai uniós kutatások elemzése

A kábítószer-kínálat is azon területek közé tartozik, amelyek az Európai Bizottság számára „Az Európai Unióban folytatott, tiltott kábítószerrel foglalkozó kutatások összehasonlító elemzése” címmel készített tanulmány szerint nem kapnak kellő figyelmet a jelenlegi kutatásban. A jelentés a prevenciót, a jogi kereteket és a tilalmat említi még az aránytalanul kevés kutatásban tárgyalt területek között, ugyanakkor az epidemiológiai témákkal foglalkozó kutatásokat gyakoribbnak találták ⁽¹¹⁾. A tanulmány azt állapította meg, hogy bár a tagállamok széles körű szakértelemmel rendelkeznek, javítani kellene az adatok országok közötti összehasonlíthatóságát és a kutatások láthatóságát.

Az európai kutatási tevékenységekben való részvételt országonként igen változónak találták, azzal a megállapítással, hogy a nemzetközi együttműködés jelentős része informális alapon zajlik. A tanulmány ugyanakkor hangsúlyozta, hogy a kábítószerrel kapcsolatos kutatást elősegíthetnék a kutatók európai és nemzetközi hálózatai. A kutatási kapacitás, az általános színvonal és a finanszírozás EU-szerte igen eltérő, de a kapacitás növelésére és a finanszírozásra nagy szükség lenne, hogy az EU kábítószer-ellenes cselekvési tervéhez kapcsolódó politikai területekből szélesebb kört lehessen felölelni.

⁽¹¹⁾ Lásd: http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm



2. fejezet

Európai válaszok a kábítószer-problémákra – áttekintés

Bevezetés

Ebben a fejezetben a kábítószer-problémákra adott európai válaszokat tekintjük át, lehetőség szerint a tendenciák, a fejlemények és a minőségi kérdések kiemelésével. Elsőként a prevenciós intézkedéseket tárgyaljuk, ezután következnek a kezelés, az ártalomcsökkentés és a társadalmi reintegráció területén zajló beavatkozások. Ezek az intézkedések együttesen a kábítószer iránti kereslet csökkentésére szolgáló, átfogó rendszert alkotnak. Kiegészítik egymást, és esetenként ugyanazok az intézmények biztosítják őket, több intézkedést összekapcsolva. Ez a kezelési és ártalomcsökkentő intézkedésekre például egyre inkább igaz.

A kábítószer-törvények végrehajtása keretében kidolgozott válaszokkal ugyancsak egy új részben foglalkozunk, ahol a kábítószer-törvényeket megsértő bűncselekményekre vonatkozó legfrissebb adatok is szerepelnek. A fejezet a börtönökben lévő kábítószer-használók szükségleteiről és az e konkrét körülmények között alkalmazott válaszokról rendelkezésre álló adatok áttekintésével zárul.

Megelőzés

A drogprevenció különböző szintekre vagy stratégiákra osztható, amelyek skálája a társadalom egészének kezelésétől (környezeti megelőzés) a veszélyeztetett egyének kezeléséig (javallott megelőzés) terjed. Az eltérő stratégiák ideális esetben nem versengenek, hanem kiegészítik egymást. Az alábbi áttekintés a közelmúlt fejleményeit és a megelőzés területén végzett kontrollcsoportos kísérletek újonnan bejelentett eredményeit helyezi a középpontba.

Egyetemes megelőzés

Az egyetemes megelőzés a teljes népességgel foglalkozik. Célja, hogy a kábítószer-használat megkezdésének elkerüléséhez szükséges információk és készségek átadásával visszatartsa a fiatalokat a kábítószer-használat elkezdésétől és a kábítószerrel összefüggő problémáktól, illetve késleltesse ezek megjelenését. Az Európában végzett prevenciós intézkedéseket a tagállamok többsége – most

először – immár szisztematikusan nyomon követi.

A legfrissebb jelentések azt erősítik meg, hogy ezen országok mindegyikében a kábítószerrekről szóló információk – például egyszeri előadások formájában történő – átadására irányuló beavatkozások jelentik a fő módszert az iskolai és a közösségben folytatott egyetemes megelőzésben. Ennek a beavatkozás-típusnak a hatékonyságát azonban a rendelkezésre álló bizonyítékok nem támasztják alá. Más országokból (Cseh Köztársaság, Ciprus, Ausztria, Lengyelország, Szlovénia, Szlovákia) viszont már szilárdabb tudományos alapokra épülő beavatkozásokról is beszámoltak, például szabványosított protokollok szerint zajló prevenciós programokról.

A bizonyítottan hatékony prevenciós programok korlátozott számával Európában az EU-Dap tanulmány foglalkozott (www.eudap.net). A hét európai országban 7000, 12–14 év közötti diák bevonásával végzett vizsgálat egy programot értékel, amely az átfogó társadalmi befolyás szemléleten alapul, az életvezetési készségeket ötvözve a normatív oktatással és a szerekre vonatkozó ismeretek elsajátításával. A programról két év elteltével azt állapították meg, hogy hatékonyan csökkentette a rendszeres lerészegedést és a kannabisz gyakori használatát.

Az EU-Dap eredményeit befolyásolja a nem: a program teljes hatékonysága kizárólag a fiúknál elért hatásának volt köszönhető. Nem derült ki egyértelműen, hogy ezt a lányok kevésbé veszélyeztetett helyzete okozta-e, vagy ők nem reagáltak a programra. Egy életvezetési programmal végzett dán kontrollcsoportos vizsgálatban szintén nemről függő hatások mutatkoztak. A lányoknál jelentkezett a legnagyobb hatás a zaklatás, a heti és a havi alkoholfogyasztás terén, a fiúknál pedig az egy alkalommal elfogyasztott, ötnél több ital előfordulása és a kannabisz kipróbálása terén mérték a legnagyobb hatást.

Prágában egy kontrollcsoportos kísérlet során egy oktatási elemből, kortárs módszerből, életvezetési képzésből és szülői programból álló, közösségi jellegű programot hasonlítottak össze az iskolákban alkalmazott szabványos „prevenciós minimumprogrammal” (Miovský és mások, 2007). A közösségi program hatékonyabban csökkentette az alkoholfogyasztást, és a szerhasználattal szembeni

attitűdökre is hatással volt a 13–15 éves tanulók körében, különösen egyes veszélyeztetett gyerekcsoportokban, az egyszülős családokból származó gyerekeket is ideértve. Ezért azt jelezték, hogy a program alkalmas a célzott megelőzésben való használatra.

Célzott és javallott megelőzés

A célzott és a javallott megelőzés egyaránt abból a felismerésből indul ki, hogy a problémás kábítószer-használat korlátozott társadalmi és személyes lehetőségekkel rendelkező, kiszolgáltatott csoportoknál vagy egyéneknél koncentrálódik (EMCDDA, 2008c). A célzott megelőzés keretében azoknál a konkrét csoportoknál, családoknál vagy közösségeknél avatkoznak be, ahol a társadalmi kötelékek és az erőforrások gyengesége miatt nagyobb a valószínűsége a kábítószer-használat megkezdésének, illetve a függőség kialakulásának. Az e megközelítés alapjául szolgáló bizonyítékokat az EMCDDA legjobb gyakorlatok portáljának egyik új szakasza mutatja be ⁽¹²⁾. A javallott megelőzés célja, hogy azonosítsa az olyan viselkedési vagy pszichológiai problémákkal rendelkező egyéneket, akiknél előre jelezhetik a problémás szerhasználat kialakulását az életút későbbi szakaszában, és speciális beavatkozásokkal, egyénileg segítse őket.

Az etnikai csoportokra irányuló célzott megelőzésről Belgiumból és Luxemburgból közöltek új információkat. Fiatalkorú elkövetők esetében a büntető igazságszolgáltatással való kapcsolatba kerülés utáni, szisztematikus beavatkozási protokollok a jelentések szerint csak Ausztriában, Németországban, Katalóniában (Spanyolország) és Luxemburgban léteznek, más országokból pedig általános vagy szórványos beavatkozásokat jelentettek. 2008 óta a FRED-et ⁽¹³⁾, ezt a fiatalkorú elkövetőkre kidolgozott, szisztematikus beavatkozási protokollt uniós támogatással tíz tagállamban hajtják végre. A FRED-ről készült új, 140 németországi intézményben elvégzett értékelés azt mutatta, hogy a résztvevők körében korlátozott mértékű volt az újbóli elkövetővé válás és a kábítószer-fogyasztás.

Új javallott megelőzési projektekről csak Németországból, Hollandiából, Szlovákiából és Svédországból számoltak be, de ezek Európa-szerte továbbra is ritkák, annak ellenére, hogy az információk szerint hatékonyak (EMCDDA, 2009b). A javallott prevenciók projektek jelenlegi európai példái közé tartozik a szülői készségfejlesztés oregoni modellje (Parental Management Training – Oregon model), amelyet Hollandiában és Norvégiában vezettek be bomlasztó viselkedési zavarokkal rendelkező 4–12 éves gyermekek szülei

részére. Hasonlóképpen, a svéd települések közel 30%-ában alkalmazott „Komet för föräldrar” módszer az olyan gyermekek szüleivel foglalkozik, akiknél egyszerre mutatkoznak külsőleg megnyilvánuló viselkedési problémák és a pozitív társas kapcsolatok kialakításainak nehézségei. Egy 159 család bevonásával végzett, randomizált kontrollcsoportos vizsgálat a részt vevő szülők körében a szülői készségek jelentős javulását, gyermekeiknél a viselkedési problémák csökkenését mutatta.

Az egyes anyagokat megcélzó tömegtájékoztatási kampányok

Európa több országában is egyes anyagokat megcélzó tömegtájékoztatási kampányokat dolgoztak ki a kannabiszhasználat ellen (Dánia, Írország, Franciaország, Hollandia, Egyesült Királyság), illetve újabban a kokainhasználat ellen (Írország, Spanyolország, Egyesült Királyság).

Ezek a kampányok szinte minden esetben az adott kábítószer használatának veszélyeire hívják fel a figyelmet, és némelyikük kifejezetten sokkolni próbálja a közönséget. Ettől eltérő módszert csak két kampánynál lehetett tapasztalni. Az Egyesült Királyság és Kolumbia közös kampánya, a „Shared responsibility” a szerhasználóknak a kokaintermeléssel járó környezeti és társadalmi károkról való felelősségével foglalkozik. A 2006-os holland kannabisz kampány a figyelmeztetések és a használat bemutatása helyett a normatív meggyőződéseket vette célba, pozitív szerepmódként beállított fiatalok igaz történeteivel. A kampány értékelésekor azt állapították meg, hogy erősödtek a kannabiszszívással szembeni negatív társadalmi normák, ugyanakkor nem érte negatív hatás a használati szándékot és a normatív meggyőződéseket (Wammes és mások, 2007).

A kábítószer-használat veszélyeit kiemelő tömegtájékoztatási kampányok esetében csak ritkán készül értékelés a viselkedés, az attitűdök vagy a kábítószeres használatára való szándék terén elért változásokról. Ráadásul már a rossz hatékonyságukkal és az esetleges káros hatásokkal kapcsolatos aggályok is felmerültek. A kannabiszról szóló amerikai országos kampány alapos értékelése például nem mutatott ki átfogó hatásokat. Voltak ugyanakkor arra utaló bizonyítékok, hogy a kampány a kannabisznak kedvező, nem kívánt hatásokkal járt, így például olyan személyek, akik korábban nem érdeklődtek a kábítószer iránt, használati szándékuknak adtak hangot (Hornik és mások, 2008). Hasonló problémákról számoltak be a kokaint megcélzó skót „Know the score” kampány értékelésében (EMCDDA, 2007a).

A fiatalok döntéshozatala komplex folyamat, amelyre a kortárs csoporttal való párbeszéd és a társadalmi normák érzékelése nagy hatással van. Úgy tűnik, a tömegkommunikációnak eddig nem sikerült érdemben igazodnia ehhez az összetettséghez.

⁽¹²⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention>

⁽¹³⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english

Kezelés

2007-ben a jelentések szerint körülbelül 400 000 kábítószer-használó kezdte meg a kezelést ⁽¹⁴⁾. A kezelést megkezdők kevesebb mint felénél volt ez az első alkalom. Összességében a kezelési igények túlnyomó többsége (86%) a járóbeteg-kezelő központokhoz érkezett. Ez az arány az elmúlt években különféle okokból növekedett, többek között a jobb hozzáférhetőség és a specializálódott járóbeteg-kezelések diverzifikációja miatt.

Európában a kábítószer-problémák kezelésére használt fő kezelési módokat a pszichoszociális beavatkozások, az opioidhelyettesítés és a detoxikálás jelentik. A pszichoszociális beavatkozások támogatást nyújtanak a szerhasználóknak, amikor megpróbálják kezelni és leküzdeni drogproblémáikat. Az ilyen beavatkozások közé tartozik a konzultáció, a motiváció erősítése, a kognitív pszichoterápia, az esetenedzselés, a csoport- és családterápia, valamint a visszaesés megelőzése. A közösségi járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás alapját a pszichoszociális beavatkozások képezik, és ezek rendszeres esetben az opioidhelyettesítő kezelést is kiegészítik. A kábítószer-től való detoxikálás egy rövid távú, orvosi felügyelet mellett zajló beavatkozás, amelynek célja a krónikus kábítószer-használattal járó elvonási tünetek enyhítése. Ezt általában fekvőbeteg-ellátásban végzik. A különböző kezelési módok relatív elterjedtségét az egyes országokban számos tényező befolyásolja, köztük a nemzeti egészségügyi ellátórendszer szervezeti felépítése.

Járóbeteg-kezelés

A kezelést történetileg nagyrészt bentlakásos formában biztosították, és a kliensek többsége heroinhasználó volt. Ez a helyzet az 1980-as és 1990-es években változott meg a járóbeteg-kezelés gyors kibővülésével, illetve a kezelést kérő kannabisz- és kokainhasználók számának közelmúltbeli növekedésével. Emellett egyre gyakoribbak lettek a legális vagy receptre kapható gyógyszerekkel kapcsolatos problémák.

2007-ben továbbra is az opioidok, ezen belül főként a heroin volt a legtöbbször megnevezett kábítószer a járóbeteg-ellátásban kezelésre jelentkező szerhasználók körében: a kliensek 54%-a nevezte meg elsődleges kábítószerként; a második helyen a kannabisz (21%), utána pedig a kokain (18%) következett. Sok országból jelezték az opioidoktól eltérő kábítószerek miatt kezelésre jelentkező kliensek arányának növekedését, különösen az új kliensek körében (lásd a 3. és 5. fejezetet).

A járóbeteg-ellátásban kezelésre jelentkező kábítószer-használók túlnyomórészt fiatal férfiak, 31 éves átlagéletkorral, és a férfiak száma közel négyszerese a nőkének (3,7:1). A kezelt kliensek életkor és nem szerinti profilja az elsődleges kábítószer-től függően változó. A kannabiszhasználó kliensek átlagosan sokkal fiatalabbak (25), mint az opioid- (32) és a kokainhasználó (33) kliensek. Az elsődleges kábítószer-től függetlenül megfigyelhető, hogy az első alkalommal kezelésre jelentkező kliensek átlagéletkora nagyjából két évvel alacsonyabb az összes kliensénél. Az átlagosnál magasabb férfi-nő arányról számoltak be a kokain- (5,1:1) és a kannabiszhasználó (5,5:1) kliensek esetében ⁽¹⁵⁾.

A járóbeteg-kezelést megkezdő kliensek beutalásának leggyakoribb módja az, amikor saját maguk jelentkeznek, ami az összes kliens körülbelül egyharmadát jelenti; a kliensek nagyjából egynegyedét a büntető igazságszolgáltatás utalja be, fennmaradó részük pedig szociális és egészségügyi szolgálatok vagy informális hálózatok, köztük a család vagy a barátok révén kerül be a rendszerbe. A kórházakból és más orvosi forrásokból történő beutalás ritka, Finnország kivételével, ahol a kliensek 25%-a így érkezik. Magyarország szintén kivétel, itt ugyanis a kliensek több mint 70%-át a büntető igazságszolgáltatás utalja be ⁽¹⁶⁾. Érdemes megjegyezni, hogy a magyar büntető törvénykönyv azt írja elő, hogy „csekély mennyiség birtoklásáért nem büntethető az a kábítószerfüggő személy, aki igazolja, hogy kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben vett részt”.

A járóbeteg-ellátásban nyújtott pszichoszociális kezelést többnyire állami intézmények (16 országban) vagy nem kormányzati szervezetek (tíz országban) nyújtják. A nemzeti szakértők szerint ez a kezeléstípus tíz országban az igénylők többsége számára hozzáférhető, további 13 országban pedig szinte mindannyian hozzájuthatnak. Négy országban (Bulgária, Észtország, Románia, Törökország) viszont a járóbeteg-rendszerű pszichoszociális kezelés becslések szerint az aktívan igénylők kevesebb mint fele számára hozzáférhető (lásd az 1A. ábrát). Ezek az arányok az egyes országokon belül jelentős eltéréseket takarhatnak, és a kannabisz- vagy kokainhasználókra specializálódott kezelési programok hozzáférhetőségében is lehetnek különbségek.

Opioidhelyettesítő kezelés

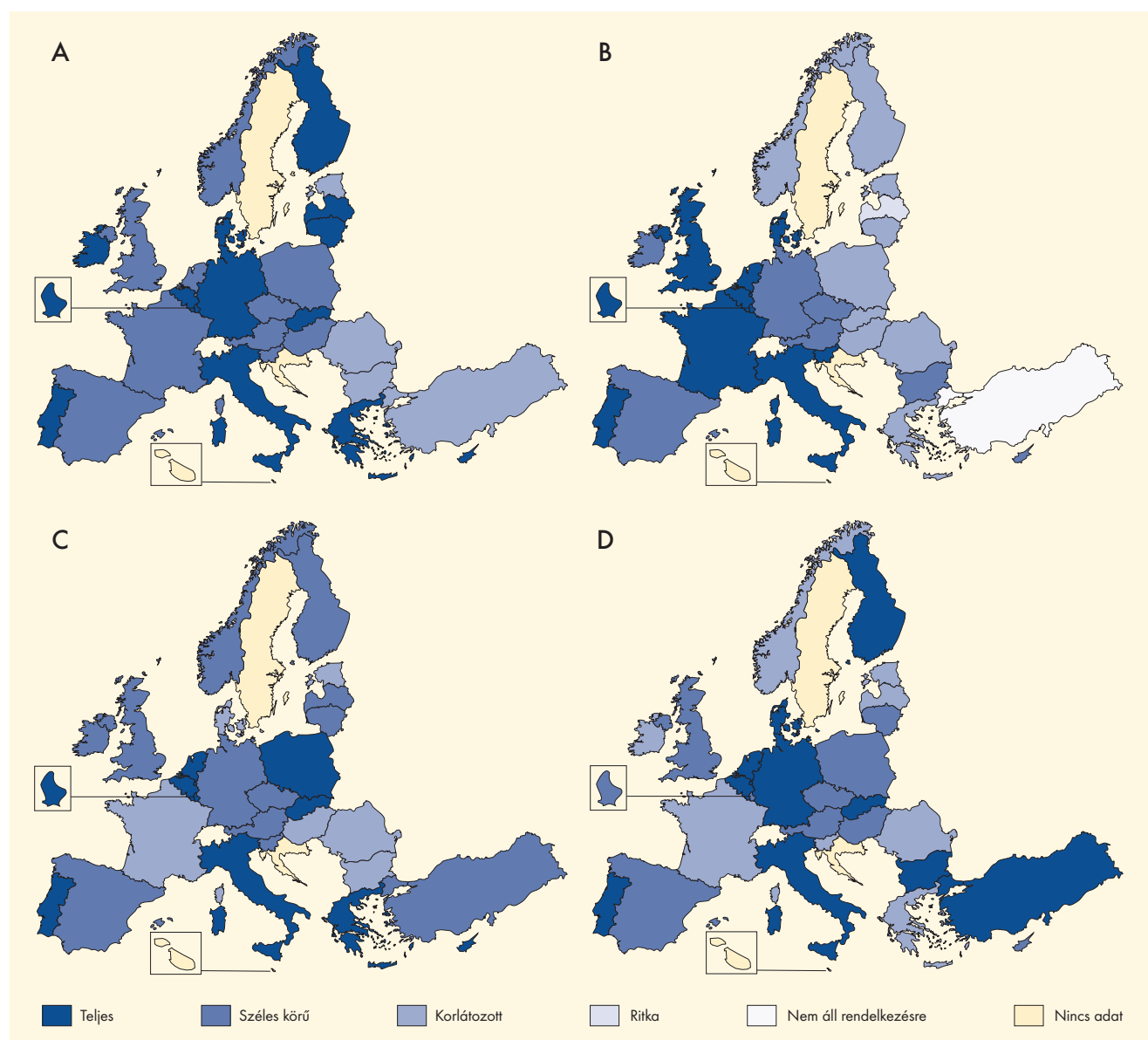
Az opioidhasználók számára Európában a pszichoszociális gondozással kombinált helyettesítő

⁽¹⁴⁾ A kezelésiigény-indikátorhoz 23 országból érkeztek adatok a járóbeteg-ellátó központokról, ami a legtöbb országban az ilyen egységek több mint 70%-át lefedte, továbbá 20 országból a fekvőbeteg-ellátó központokról, ami az országok többségében az egységek 50%-át meghaladó lefedettséget jelentett.

⁽¹⁵⁾ Ld. a TDI-10. és a TDI-21. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁶⁾ Ld. a TDI-16 (ii. rész). táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

1. ábra: A kezelési módok hozzáférhetősége az igényekhez viszonyítva, a nemzeti szakértők megítélése szerint: (A) pszichoszociális járóbeteg-kezelés, (B) helyettesítő kezelés, (C) pszichoszociális fekvőbeteg-kezelés, (D) detoxikálás



Megjegyzés: A hozzáférhetőséget azoknak a kezelésre szoruló kábítószer-használóknak a becsült arányában határozták meg, akik hozzájuthatnak: szinte mindenki (teljes), a többség, de nem mindenki (széles körű), nem kevés, de nem is a többség (korlátozott), csak néhányan (ritka), nem áll rendelkezésre.

Az információgyűjtés strukturált kérdőív segítségével történt.

Forrás:

Reitox nemzeti fókuszpontok.

kezelés a leggyakoribb opció. Ezt általában járóbeteg-kezelés formájában biztosítják, bár néhány országban fekvőbeteg-ellátásban is elérhető. Ausztriában például a hosszú távú fekvőbeteg-kezelés alatt álló kliensek 65%-ának lassan felszabaduló morfint írnak fel. A helyettesítő kezelést börtönökben is egyre gyakrabban biztosítják ⁽¹⁷⁾.

Miután 2007-ben Cipruson is bevezették a magas dózisú buprenorfinkezelést, az opioidhelyettesítő kezelés immár valamennyi EU-tagállamban, Horvátországban és

Norvégiában egyaránt elérhető ⁽¹⁸⁾. Törökországban a helyettesítő kezelést még nem vezették be, bár a kezelési központokról szóló 2004-es rendelet értelmében már engedélyezett. 16 országban elsősorban az erre szakosodott állami járóbeteg-ellátó szolgálatok biztosítják a helyettesítő kezelést. A rendelőkben dolgozó háziorvosok azonban – gyakran a speciális központokkal közös praxisban – egyre nagyobb szerepet játszanak e kezeléstípus biztosításában, sőt, néhány országban már ők számítanak a fő szolgáltatóknak (Belgium vallón régiója,

⁽¹⁷⁾ Ld. „A kábítószer-használók támogatása a börtönökben”, 39. o.

⁽¹⁸⁾ Ld. a HSR-1. és a HSR-2. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

a Cseh Köztársaság, Németország, Franciaország, Luxemburg, Ausztria, Norvégia) (lásd a 6. fejezetet).

2007-ben Európában becslések szerint több mint 650 000 opioidhasználó részesült helyettesítő kezelésben ⁽¹⁹⁾. A nemzeti szakértők szerint ez a kezeléstípus kilenc országban már szinte valamennyi opioidhasználó számára, további hétben pedig a szerhasználók többsége számára hozzáférhető. Tíz országban viszont a helyettesítő kezelés a becslések szerint csak az opioidhasználók kisebb része számára érhető el (Észtország, Görögország, Lettország, Litvánia, Magyarország, Lengyelország, Románia, Szlovákia, Finnország, Norvégia). A helyettesítő kezelés hozzáférhetőségéről szóló adatok regionális választóvonalat jeleznek, mivel a jelentések szerint a kezelés hozzáférhetősége Európa keleti vagy északi részein rosszabb (1B. ábra).

Fekvőbeteg-kezelés

A fekvőbeteg- vagy bentlakásos kezeléshez a klienseknek heteket vagy hónapokat kell az intézményben tölteniük. Ezek a programok általában gyógyszermentes módszert alkalmaznak (helyettesítő kezelés nélkül), hogy lehetővé tegyék a klienseknek a kábítószer-használattól való tartózkodást. A kliensek szállást kapnak, egyénileg felépített pszichoszociális kezelésben részesülnek, és részt vesznek a társadalmi rehabilitációjukat célzó tevékenységekben. Ebben a közegben gyakran terápiás közösségi módszert alkalmaznak. A fekvőbeteg-kezelést pszichiátriai kórházak is nyújthatják, mégpedig a komorbid pszichiátriai betegségekkel rendelkező kliensek számára.

2007-ben a jelentések szerint a fekvőbeteg-ellátásban körülbelül 40 000 fő kezdte meg a kezelést, azaz a kezelésre jelentkező kábítószer-használók közül minden tizedik. Elsődleges kábítószerként több mint a felük (56%) az opioidokat említette; a többi kliens körében leggyakrabban a kannabiszt (14%), a kokaintól eltérő serkentőszereket (14%) és a kokaint (7%) nevezték meg fő kábítószerként.

A fekvőbeteg-kezelést megkezdő kábítószer-használók átlagéletkora 30 év, de az opioid- és kokainhasználó kliensek átlagban idősebbek (31), mint a kokaintól eltérő serkentőszerek (28) és a kannabisz (26) használata miatt kezeltek. A fekvőbeteg-kezelés alatt álló kliensek többsége férfi, a férfiak és a nők összesített aránya 3,6:1.

A kokaintól eltérő serkentőszerek elsődleges használói körében ez az arány alacsonyabb (2,2:1), a kokain- (5,1:1) és a kannabiszhasználók (8:1) között magasabb. A legtöbb olyan országban, ahol az összehasonlításra

lehetőség nyílik, a járó betegekhez képest a kezelést fekvő betegként megkezdő kliensek között magasabb azoknak az aránya, akik nem rendelkeznek munkaviszonnyal és bizonytalanok a lakáskörülményeik ⁽²⁰⁾.

A fekvőbeteg-kezelést elsősorban nem kormányzati szervezetek (12 országban) és állami intézmények (11 országban) biztosítják. Dániában és Luxemburgban magánintézmények töltik be ezt a szerepet, tíz országban pedig a második legfontosabb szolgáltatóként vannak jelen. A nemzeti szakértők becslései szerint a fekvőbeteg-ellátásban nyújtott pszichoszociális kezeléshez 12 országban az igénylők többsége, további kilenc országban pedig szinte valamennyi igénylő hozzájut. Hat országban viszont (Bulgária, Dánia, Észtország, Franciaország, Magyarország, Románia) ezt a kezelési módot az aktívan igénylők kevesebb mint fele számára találták hozzáférhetőnek (lásd az 1C. ábrát).

Detoxikálás

A detoxikálás általában a hosszú távú, absztinencián alapuló bentlakásos kezelés megkezdésének előfeltétele. Ez sok esetben – de nem kizárólag – kórházakban, speciális kezelési központokban, illetve belgyógyászati vagy pszichiátriai osztállyal rendelkező bentlakásos létesítményekben, fekvő betegeken végzett beavatkozást jelent.

A detoxikálás esetében 21 országban az állami intézmények a fő szolgáltatók. Belgiumban (Flandria) és Hollandiában a nem kormányzati szervezetek minősülnek a legnagyobb szolgáltatóknak, Luxemburgban és Bulgáriában pedig a magánszektor dominál. A nemzeti szakértők becslései szerint a detoxikálás kilenc országban az ezt igénylők többsége, további tízben pedig szinte mindegyikük számára elérhető. Nyolc országban (Észtország, Írország, Görögország, Franciaország, Lettország, Románia, Szlovénia, Norvégia) a detoxikálás becslések szerint az aktívan igénylők kevesebb mint fele számára hozzáférhető (lásd az 1D. ábrát).

Minőségbiztosítás

Európában az egészségügyi tervezők és szakpolitikusok egyre határozottabban keresik a kezelésekre magas színvonalát biztosító mechanizmusokat. A kezelésekre biztosításának és a források elosztásának mérlegelésekor jellemzően előnyben részesítik a „bizonyítékokon alapuló” beavatkozásokat.

Az iránymutatások kezdenek fontos eszközzé válni a kezelésekre minőségbiztosításában. A kezelési iránymutatások közé tartoznak a tudományos

⁽¹⁹⁾ Ld. a HSR-3. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁰⁾ Ld. a TDI-10., TDI-13., TDI-15. és TDI-21. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

bizonyítékokon, szakértői véleményeken, a szolgáltatások felhasználóinak preferenciáin és a nemzeti egészségügyi ellátórendszereken alapuló ajánlások. Ezek összeállításának célja, hogy segítsék a megfelelő kezelési beavatkozások megválasztását és alkalmazását. 27 adatközlő ország közül 20-ban egy erre felhatalmazott intézmény állította össze a nemzeti kezelési iránymutatásokat.

A meglévő iránymutatások különösen a gyógyszeres kezelésekre vonatkoznak. A helyettesítő kezelésre vonatkozó nemzeti iránymutatásokról 18 országból számoltak be, a detoxikálásról szóló iránymutatásokat pedig 11 országból jelentettek. Ezen országok nagyjából egyharmada azonban nem számolt be arról, hogy az iránymutatások betartása feltétele lenne a kezelő létesítmények működtetésének vagy támogatáshoz jutásának.

A pszichoszociális kezelésre és a társadalmi reintegrációra vonatkozó nemzeti iránymutatások kevésbé elterjedtek. Csak hét tagállam (Bulgária, Cseh Köztársaság, Németország, Dánia, Hollandia, Szlovénia, Egyesült Királyság) számolt be a pszichoszociális beavatkozásokra vonatkozó iránymutatásokról, a társadalmi reintegrációra vonatkozókról pedig mindössze öt (Cseh Köztársaság, Németország, Portugália, Szlovénia, Egyesült Királyság). Az, hogy ilyen ritkák a nemzeti iránymutatások, valószínűleg a rendelkezésre álló korlátozott bizonyítékoknak tulajdonítható, ami azt mutatja, hogy ezeken a területeken több, sok helyszínen zajló, randomizált kontrollcsoportos vizsgálatra lenne szükség.

A magas színvonalú szolgáltatások biztosításának fontos része a személyzet folyamatos képzése. Az Európai Unióban gyakoriak a kifejezetten az addikció kezelésében dolgozó személyzetnek szóló képzések és a kábítószeres miatti kezelésekként foglalkozó, orvosoknak tartott továbbképzések. A legtöbb ország más szakemberek, például az ápolók, szociális munkások és pszichológusok számára is hasonló képzési lehetőségeket biztosít.

Az összes kezeléstípusra vonatkozó, rendszeres eredményértékelésről csak néhány ország számolt be. Öt tagállamban értékeli a helyettesítő és detoxikáló kezelést, a pszichoszociális kezelési beavatkozások eredményét viszont csak Dánia, Németország és az Egyesült Királyság értékeli rendszeresen. Néhány országból a kezelések eredményeinek egyszeri vagy rendszertelen értékeléséről számoltak be.

Ártalomcsökkentés

A kábítószerrel összefüggő ártalom megelőzése és csökkentése valamennyi tagállamban szerepel a közegészségügyi célkitűzések között, és az EU

kábítószer-ellenes stratégiájának is része (Európai Bizottság, 2007). A fő beavatkozások közé tartoznak ezen a téren az opioidhelyettesítő kezelés és a tű- és fecskendőcsere-programok, amelyek a túladagolások haláleseteket és a fertőző betegségek terjedését próbálják megelőzni. Ezek az intézkedések a jelentések szerint Törökország kivételével mindegyik országban elérhetőek. Bár a szolgáltatási kört és szinteket tekintve jelentős különbségek vannak (lásd a 6. és 7. fejezetet), az általános európai tendencia az ártalomcsökkentő intézkedések növekedése és megszilárdulása.

Az országok többségében az egészségügyi és szociális szolgáltatások egész körét biztosítják, beleértve az egyéni kockázatértékelést és tanácsadást, a biztonságosabb használatról szóló képzést, a fertőző betegségek tesztelését és a konzultációt, a védőoltást és a vírusos hepatitisz kezelését. Ezeket a szolgáltatásokat gyakran alacsonyküszöbű létesítmények nyújtják. Az ártalomcsökkentő válaszokra fordított figyelem túlmutat

A legjobb gyakorlatok portálja: új modul a kezelésről

Az egyetemes és célzott megelőzésről szóló modulok 2008-as bevezetését követően az EMCDDA a legjobb gyakorlatok portálján egy új modul keretében foglalkozik a kábítószer-fogyasztók kezelésével. A modul összefoglaló formában ismerteti az opioidokkal, serkentőszerekkel és kannabisszal kapcsolatos problémák gyógyszeres és pszichoszociális kezelésének hatásosságáról szóló megállapításokat, a legfrissebb szakirodalom alapján. A portálon folyó munkát a kezelés minőségéről és a bevált gyakorlatok cseréjéről szóló, az Európai Bizottság által támogatott vizsgálat is segítette (Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság, 2008b).

A kezelésről szóló modul a különböző beavatkozások hatásosságát összehasonlító tanulmányok megállapításait mutatja be. A hatásosságot ideális esetben kontrollcsoportos kísérletek vagy randomizált kontrollcsoportos kísérletek elvégzésével határozzák meg, ahol a beavatkozásokat a konkrét eredmények méréseivel hasonlítják össze. Ezen a területen a tényanyag nagy része az Egyesült Államokban végzett vizsgálatokból származik. Európában most kezdenek gyakoribbá válni az ilyen vizsgálatok, amelyek keretében úttörő kezdeményezések is indultak az opioidhelyettesítő kezelésben használható új hatóanyagok terén.

Az új modulban szerepelnek még más információforrásokhoz vezető linkek, már értékelt beavatkozások, egy glosszár, valamint egy rövid szinopszis a jelenlegi tényanyag hiányosságairól. A portál a jövőben újabb témákkal fog bővülni.

Az EMCDDA legjobb gyakorlatok portálja:
<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment>

a HIV/AIDS járványos terjedésén, így a problémás kábítószer-használók egészségügyi és szociális szükségleteiről tágabb értelemben gondoskodnak, különös tekintettel a társadalomból kirekesztettekre.

Az elmúlt években megfigyelhető egyfajta professzionalizálódás, és a magas minőségi színvonal biztosítására is jobban ügyelnek. Angliában például 2006/2007-ben megvizsgálták az ártalomcsökkentő szolgáltatásokat, hogy azonosítsák a fejlesztésre szoruló területeket. A minőség azzal is biztosítható, ha a finanszírozási szerződésekben előírják bizonyos szabályok betartását, amint azt a Cseh Köztársaságból és Észtországból jelentették.

A minőségbiztosítás 14 országban a nemzeti intézmények felelőssége, ezzel szemben a szövetségi rendszerű országokban előfordul, hogy a nemzeti alatti szinten működő hivatalok a felelősek. Az útmutatást alátámaszthatják a költséghatékonyságról szóló kutatási eredmények, mint például az Egyesült Királyság tű- és fecskendőcsere-programokhoz kiadott útmutatása esetében (NICE, 2009). A szolgáltatási színvonal fejlesztése és javítása érdekében törekszenek a kliensek bevonására és a személyzet visszajelzéseire is. A legjobb gyakorlatok és az új kutatási eredmények szakemberek körében történő terjesztésére szolgáló mechanizmusok közé tartoznak az országos tudásplatformok, amilyen a Hollandiában működő „resultaten scoren” (pontosítási eredmények), valamint a nemzetközi figyelemfelhívó események, például a hepatitis C-ről tartott (21). A speciális alacsonyküszöbű ártalomcsökkentő ügynökségek részére a Társadalmi Befogadással és Egészségügygel Foglalkozó Európai Hálózat (European Network of Social Inclusion and Health) az EMCDDA-val együttműködésben egy adatgyűjtési protokollt is összeállított (Hedrich és mások, 2008a), az európai egészségügyi indikátorok kidolgozására és bevezetésére irányuló, uniós támogatású projektek részeként.

Társadalmi reintegráció

A társadalmi reintegráció az átfogó drogstratégiák elismert, szerves része. A reintegrációra a kábítószer-használat bármelyik szakaszában, különböző körülmények között kerülhet sor; a folyamatba beletartozik a kapacitásépítés, a társas készségek fejlesztése, a foglalkoztatás megkönnyítésére és támogatására irányuló intézkedések és a lakhatás megoldása vagy javítása. A reintegrációs programok a gyakorlatban pályaválasztási tanácsadást, munkahelyi kihelyezést és

lakhatási támogatást egyaránt kínálhatnak. A börtönökben zajló beavatkozások, amelyek a visszaesésre és az újbóli elkövetővé válásra hatnak ki, összekapcsolhatják a fogva tartottakat a közösségi lakhatási és szociális támogató szolgálatokkal, előkészítve ezzel a szabadulásukat (Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság, 2008a). Általában véve, a társadalmi reintegrációs intézkedések eredményei gyakran az egészségügyi és szociális ellátó intézmények közötti hatékony együttműködéstől függenek.

A hajléktalanság a bizonytalan lakáskörülményekkel együtt a kábítószer-használókat sújtó társadalmi kirekesztés egyik legsúlyosabb formája, amely a 2007-ben kezelésre jelentkezők körülbelül 10%-át érintette (22). A kábítószer-használók egyes csoportjai esetében ez a szám valószínűleg sokkal magasabb.

Minden tagállamból jelezték olyan lakhatási rendszerek meglétét, amelyek alkalmasak kábítószer-használók elszállásolására. Arról viszont ritkán érkezett információ, hogy a kábítószer-használók lakhatási igényeit mennyiben sikerült kielégíteni. Szlovákiában például a pénzügyi erőforrások korlátozottsága miatt a rehabilitációs szolgáltatások lakhatási kapacitása gyakran jócskán elmarad a kereslettől.

Támogatott szálláshelyekről sok országból beszámoltak (pl. a Cseh Köztársaság, Németország, Írország, Hollandia, Finnország, Svédország, az Egyesült Királyság). Ezek az ideiglenes lakhatási rendszerek általában „szállás és reggeli” típusú elhelyezést vagy kisméretű, bútorozott lakásokat jelentenek, rövid távú bérletre; ezeket gyakran a bentlakásos kezelésből való elbocsátáskor biztosítják, hogy az egyén számára lehetővé tegyék a független életet. Írországból például a szerhasználók felelőssége a bérleti díj kifizetése és bizonyos háztartási szolgáltatások, ugyanakkor a szociális munkások segítik őket a bérbevételnél és az oktatáshoz, képzéshez vagy foglalkoztatáshoz való hozzáférésben.

Mivel a kezelésre jelentkező szerhasználók 45%-a legfeljebb alapfokú iskolai végzettséggel rendelkezik, és a kezelést megkezdő szerhasználók körülbelül 40%-a munkanélküli (23), a kábítószer-használók álláskeresésének és szakképzésének támogatása meghatározó eleme a társadalmi reintegrációnak. A legtöbb tagállam beszámolt valamilyen programról ezen a téren. Magyarországon, a Cseh Köztársaságban, Litvániában, Szlovéniában és Szlovákiában a kábítószer-használók munkaerő-piaci reintegrációját a munkaerő-piaci megkülönböztetés elleni uniós kezdeményezés (EQUAL) keretében támogatott projektek segítették. E projektek

(21) <http://www.hepatitiscfachtag.org/>

(22) Ld. a TDI-15. (ii. rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

(23) Ld. a TDI-12. és a TDI-13. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

többnyire abban segítik a kezelt, már stabilizálódott klienseket, hogy a képességeiknek megfelelő munkahelyet találjanak. E módszer hasznosságát egy skót tanulmány eredményei támasztják alá, amely azt állapította meg, hogy azok a felépülőben lévő kábítószer-használók, akik foglalkoztatási jellegű támogatásban részesültek, háromszor nagyobb valószínűséggel találtak fizetett foglalkoztatást (McIntosh és mások, 2008).

A kábítószer-törvények végrehajtása és a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények

A kábítószer-ekről szóló jogszabályok végrehajtásában különféle, a kormányzat különböző ágaihoz tartozó (pl. rendőrség, igazságszolgáltatás, egészségügy) hatóságok vesznek részt. A „kábítószer-törvények végrehajtása” a gyakorlatban rendszerint a rendőrség és más, rendőrséghez hasonló intézmények (pl. vámszervek) által végrehajtott tevékenységek sorát jelenti, a kábítószer-használatra és a kábítószer-piacra vonatkozó törvények betartása érdekében. Idetartozó terület a kábítószer-használata és birtoklása, kereskedelme és előállítás, valamint a vegyi anyagok eltérítése és a pénzmosás.

A kábítószer-törvények végrehajtása központi eleme a kábítószer-ekre adott európai válasznak, és a kábítószer-problémára fordított forrásokból is nagymértékben – adott esetben a legnagyobb mértékben – részesedik.

A kábítószer-ekkel összefüggő európai közkiadások megoszlásának összehasonlítására tett közelmúltbeli kísérlet azt jelezte, hogy a kábítószerrel összefüggő „közrend és biztonság” (rendőrség, bíróságok és börtönök) kategóriába tartozó kormányzati kiadások a kábítószer-használattal járó egészségügyi problémák kezelésére fordított összeg közel háromszorosát jelenthetik. A „közrendre és biztonságra” szánt pénz jelentős részét valószínűleg a rendőri erők kapják (EMCDDA, 2008e).

A kábítószer-törvények végrehajtására irányuló erőfeszítések jellege és intenzitása változó lehet a nemzeti jogszabálytól és alkalmazásától, valamint az érintett intézmény forrásaitól és prioritásaitól függően, amibe az általános bűnüldöző hatóságok és a speciális egységek („drogkommandók”) egyaránt beletartoznak.

A bűnüldözés néhány más területétől eltérően, ahol a rendőrtisztek jellemzően a törvény megszegésére reagálnak, amiről gyakran a lakosság bejelentéseiből értesülnek, a kábítószer-törvények végrehajtásával járó munka nagyobb része proaktívnak mondható, mivel többnyire a kábítószer-törvényeket végrehajtó intézmények kezdeményezésére történik. Ez abból ered, hogy

a kábítószer-bűncselekmények közül sok „megegyezésen alapuló bűncselekménynek” tekinthető, ahol az egymással együttműködő személyek titokban vesznek részt egy törvénytelen tevékenységben, amelyről a rendőrség mindaddig nem értesül, amíg véletlenül (pl. járőrözés során) vagy aktív nyomozással fel nem fedezi.

Ennek következtében a kábítószer-törvények végrehajtása számos olyan tevékenységet tartalmaz, amelyek gyakran az emberi úton és elektronikus eszközökkel történő információgyűjtésre, -feldolgozásra és -megosztásra támaszkodnak, ideértve a számítógépes adatbázisokat és az erre kijelölt kommunikációs csatornákat is. Ez különösen igaz a kábítószer-kínálat csökkentésére irányuló tevékenységeknél⁽²⁴⁾, amelyek esetében a bűnüldözés meghatározó szerepet játszik, és magában foglalja az informátorok kezelését, fedett műveletek (beépített munka) végzését és az elektronikus megfigyelést, beleértve az üzenetek elfogását.

A nyomon követett kábítószer-szállítások és a kábítószer-értékesítési helyek felszámolására vagy megszüntetésére irányuló célzott műveletek az európai bűnüldöző hatóságok operatív taktikai fogásai közé tartoznak. A stratégiai fontosságú helyszíneken, például kikötőkön, repülőtereken és szárazföldi határokon áthaladó személyek és járművek ellenőrzése és átkutatása általánosabb taktika, amely más célokat is szolgál, például a bevándorlás felügyeletét.

Sok országban a bűnüldöző intézményeknek, különösen a vámhatóságoknak az ellenőrzött vegyi anyagokról szóló törvények betartatása is feladata. Ebbe beletartozik a behozatali és kiviteli kérelmek feldolgozása, valamint a gyanús tranzakciók azonosítása és vizsgálata. Azokban az országokban, ahol szintetikus kábítószer-eket állítanak elő, a törvényellenesen működő titkos droglaboratóriumok felszámolása is a bűnüldöző szervek feladatai közé tartozhat.

A kábítószer-törvények megsértése

Európában a kábítószer-bűnözésről szóló adatként rutinszerűen kizárólag a kábítószer-törvényeket megsértő bűncselekményekre vonatkozó első, többnyire a rendőrségtől származó jelentések állnak rendelkezésre⁽²⁵⁾. A jelentések rendszerint olyan bűncselekményekre vonatkoznak, mint a kábítószer előállítása, kereskedelme és eladása, valamint a kábítószer-használat és a használati célú birtoklás.

A kábítószer-törvények megsértéséről szóló adatok a kábítószer-használat és a kábítószer-kereskedelem közvetett indikátorainak, illetve a bűnüldözési tevékenység

⁽²⁴⁾ A kábítószer-kínálat csökkentésének meghatározását ld. az EMCDDA 2008-as éves jelentésében, a 28. oldalon lévő keretes írásban.

⁽²⁵⁾ A kábítószer-ek és a bűncselekmények közötti összefüggést az EMCDDA (2007b) tárgyalja.

közvetlenebb indikátorainak tekinthetők. Ezek azonban csak azokat a kábítószerrel összefüggő tevékenységeket tartalmazzák, amelyekről a bűnüldöző szervek tudomást szereznek, és emellett a jogszabályok, prioritások és források terén az országok között fennálló különbségeket is tükrözhetik. Ráadásul a nemzeti információs rendszerek is különbözhetnek egymástól, különösen a nyilvántartási és bejelentési gyakorlatokat tekintve. Mindezek miatt az országok között nehéz érvényes összehasonlítást tenni, ezért az abszolút számok helyett helyénvalóbb a tendenciákat összevetni.

21 tagállam adatai alapján, amelyek az Európai Unió 15–64 év közötti lakosságának 85%-át képviselik, a kábítószer-törvényeket megsértő bejelentett bűncselekmények száma 2002 és 2007 között becslések szerint 29%-kal emelkedett. Az adatok valamennyi adatközlő országban emelkedő tendenciát mutatnak, Bulgária, a Cseh Köztársaság, Görögország, Luxemburg, Magyarország és Szlovénia kivételével, ahol vagy stabil, vagy összességében csökkenő tendenciát figyeltek meg az időszak folyamán ⁽²⁶⁾.

A használat és a kínálattal összefüggő bűncselekmények

A használat és a kínálattal (eladás, kereskedelem, termelés) összefüggő bűncselekmények arányában nem történt érdemi változás az előző évekhez képest. A legtöbb európai országban továbbra is a kábítószer-használat vagy használati célú birtoklással kapcsolatos bűncselekmények alkotják a kábítószer-bűncselekmények többségét, ami 2007-ben az összes bűncselekmény akár 91%-át (Spanyolország) is jelenthette ⁽²⁷⁾. Ugyanakkor a kínálattal összefüggő bűncselekmények vannak többségben a Cseh Köztársaságban (87%) és Hollandiában (69%) (2. ábra). A Cseh Köztársaságban a csekély mennyiségű kábítószer birtoklása ellátási szándék hiányában figyelmeztetéssel vagy bírsággal büntethető, míg Hollandiában a kábítószer-használattal összefüggő bűncselekmények ügyében általában nem emelnek vádat ⁽²⁸⁾.

2002 és 2007 között a használattal összefüggő, kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények száma a legtöbb adatközlő országban emelkedett, csak Bulgária, Görögország, Hollandia és Szlovénia számolt be csökkenésről az időszak folyamán ⁽²⁹⁾. A használattal összefüggő, kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények

száma az Európai Unióban összességében becslések szerint 32%-kal nőtt 2002 és 2007 között.

A kábítószer-kínálatával összefüggő bűncselekmények száma ugyancsak emelkedett a 2002–2007 közötti időszakban, de sokkal lassabb ütemben, az Európai Unió egészében körülbelül 14%-kal. Ebből az időszakból nyolc ország jelentett általános csökkenést a kínálattal kapcsolatos bűncselekmények terén, nyolc pedig növekedést ⁽³⁰⁾.

Az egyes kábítószerenkénti tendenciák

A kábítószer-törvényeket megsértő, bejelentett bűncselekményekben Európában továbbra is a kannabisz szerepel a leggyakrabban említett tiltott kábítószerként ⁽³¹⁾. Az európai országok többségében a kannabisszal kapcsolatos bűncselekmények a kábítószer-törvényeket megsértő összes, 2007-ben bejelentett bűncselekmény 55–85%-át jelentették. A más kábítószerhez kapcsolódó bűncselekmények száma csak két országban volt magasabb a kannabiszhoz kapcsolódóknál: Litvániában a heroin (26%) és a Cseh Köztársaságban a metamfetamin (59%) esetében. Lettországon kívül a kábítószer-törvényeket megsértő bűncselekmények száma egyenesen oszlott meg a kannabisz, a heroin és az ecstasy között.

A 2002–2007 közötti öt éves időszakban a kannabiszt érintő, kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények száma a legtöbb adatközlő országban emelkedett vagy

Az EMCDDA 2009-es kiemelt témája az ítélkezési statisztikákról

Az EMCDDA 2009-ben új kiemelt témát adott közre az ítélkezési statisztikákról, amelyben a kábítószer-törvényeket megsértő bűncselekmények következményeit vizsgálja az európai országokban. A jelentés a rendőrségtől, ügyészségektől és bíróságoktól származó országos statisztikákat veszi alapul, és ezeket vizsgálja meg a bűncselekmény típusa (birtoklás, kereskedelem) és a jogkövetkezmény típusa szerint (bírság, szabadságvesztés, kezelés). A fő kérdés, hogy az egyes országokban mi a legvalószínűbb kimenetele annak, ha valaki kábítószer birtoklásában vagy ellátásában megvalósuló bűncselekményen érnek.

Ez a kiemelt téma nyomtatott formában és az interneten csak angolul érhető el (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/sentencing>).

⁽²⁶⁾ Ld. a DLO-1. ábrát és a DLO-1. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁷⁾ Ld. a DLO-2. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁸⁾ Ld. a Cseh Köztársaságról és a Hollandiáról szóló országos áttekintést az EMCDDA weboldalán (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

⁽²⁹⁾ Ld. a DLO-1. ábrát és a DLO-4. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽³⁰⁾ Ld. a DLO-1. ábrát és a DLO-5. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽³¹⁾ Ld. a DLO-3. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

stagnált, ami az Európai Unióban 23%-os becsült növekedést eredményezett. Csökkenő tendenciákról számoltak be Bulgáriából, a Cseh Köztársaságból és Szlovéniából ⁽³²⁾.

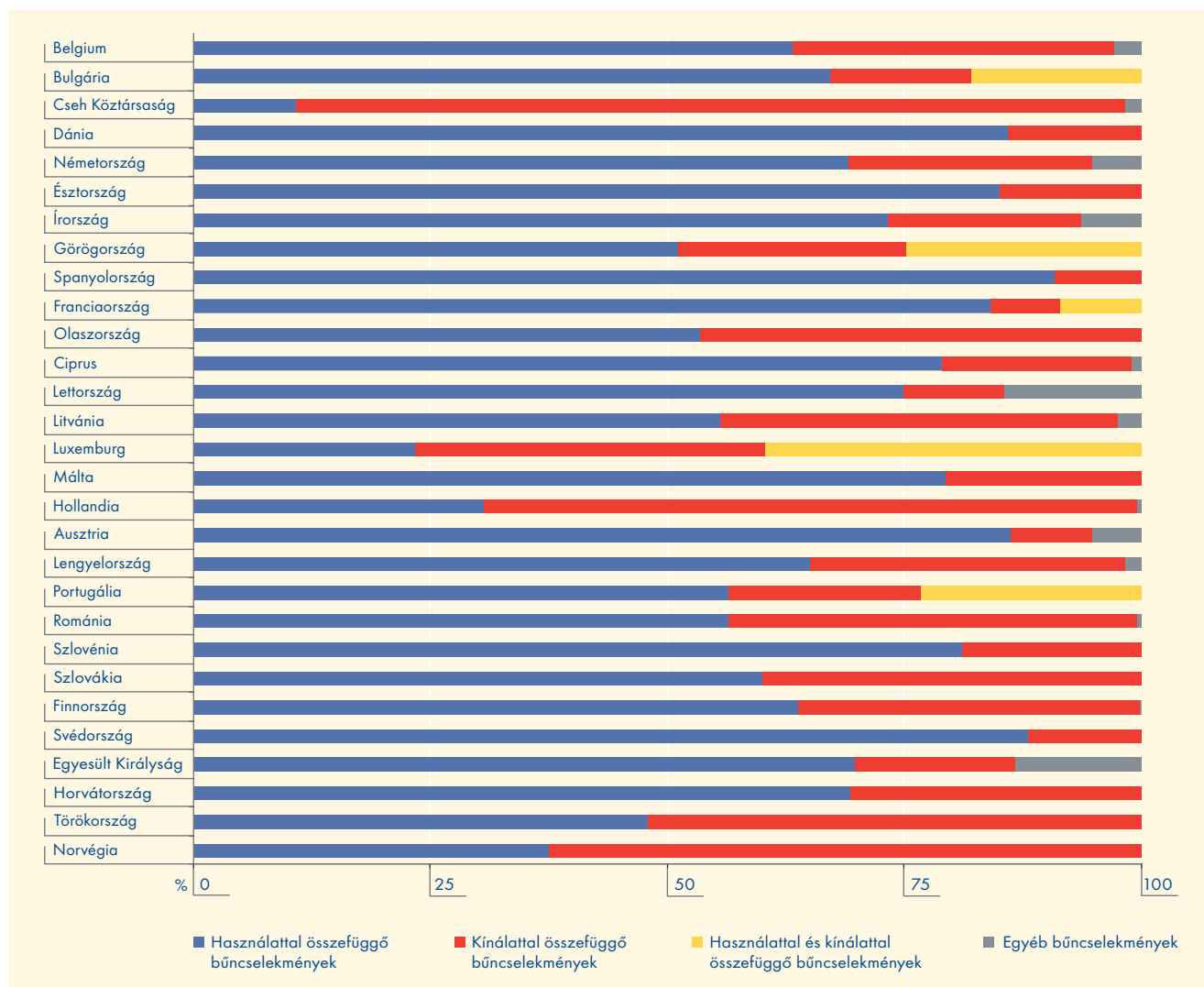
A kokainnal összefüggő bűncselekmények száma a 2002–2007 közötti időszakban Bulgária és Németország kivételével mindegyik adatközlő országban nőtt. Az Európai Unióban a kokainnal kapcsolatos bűncselekmények száma összességében körülbelül 59%-kal emelkedett ugyanebben az időszakban ⁽³³⁾.

Úgy tűnik, az Európai Unióban mára véget ért a heroinnal kapcsolatos bűncselekmények korábbi jelentésekben tárgyalt csökkenése, és a 2002–2007-es időszakban

körülbelül 7%-os növekedést figyeltek meg. Az országos tendenciák azonban eltérőek voltak, és az emelkedő tendencia főként az elmúlt két év folyamán Belgiumban, Görögországban, Spanyolországban, Franciaországban, Lengyelországban és Portugáliában észlelt növekedésnek, valamint a Németországban és Ausztriában tapasztalt stabilizálódásnak tulajdonítható ⁽³⁴⁾.

Az amfetaminokkal kapcsolatos, bejelentett bűncselekmények száma az Európai Unióban továbbra is emelkedő tendenciát mutat, 2002 és 2007 között 59%-os becsült növekedéssel. Az ecstasyval összefüggő bűncselekmények száma ezzel szemben a becslések szerint 22%-kal csökkent ugyanebben az időszakban ⁽³⁵⁾.

2. ábra: Bűncselekménytípusok a kábítószer-törvényeket megsértő bűncselekményekről szóló európai jelentésekben



Megjegyzés: További információért ld. a DLO-2. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

⁽³²⁾ Ld. a DLO-3. ábrát és a DLO-6. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽³³⁾ Ld. a DLO-3. ábrát és a DLO-8. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽³⁴⁾ Ld. a DLO-3. ábrát és a DLO-7. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽³⁵⁾ Ld. a DLO-3. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

Egészségügyi és szociális válaszok a börtönökben

Egy adott napot tekintve több mint 600 000 ember van börtönben az Európai Unióban ⁽³⁶⁾, ami azt jelenti, hogy a népességben 100 000 főre átlagosan 120 fogva tartott jut. Az országos népességen belül a bebörtönzöttek aránya 100 000 főre jutó 65–320 fő között mozog, de a közép- és kelet-európai tagállamok többsége az átlagosnál magasabb arányokról számolt be. Ezzel együtt mind az országos számadatok, mind az uniós átlag lényegesen alatta maradnak az Oroszországból (629) és az USA-ból (756) közölt arányoknak ⁽³⁷⁾.

A kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmény miatt elítélt fogva tartottak a bebörtönzött népesség 10–30%-át képezik az EU országainak többségében. Nem ismert viszont azoknak az aránya, akiket a kábítószer-függőség támogatása céljából elküldtek, vagyon elleni bűncselekmény miatt vagy más kábítószer-bűnözés miatt ítélték el. Bár a teljes számuk továbbra is alacsony, az elítélt fogva tartottak körében több közép- és kelet-európai tagállamban emelkedett a kábítószer-bűncselekmények elkövetőinek aránya az elmúlt években.

Kábítószer-használat a börtönpopulációkban

A börtönökben előforduló kábítószer-használatról szóló vizsgálatokban alkalmazott definíciók, kutatási kérdések és módszerek szabványosítása még mindig várat magára (Vandam, 2009; Egészségügyi és Fogasztóvédelmi Főigazgatóság, 2008a), noha a meglévő tanulmányok azt mutatják, hogy a kábítószer-használat továbbra is nagyobb arányban fordul elő a fogva tartottak között, mint az átlagos népességben. A 2002-től kezdve, többnyire Nyugat-Európában elvégzett különféle vizsgálatokból származó adatok azt mutatják, hogy a megkérdezettek egyharmada-fele számolt be valamilyen tiltott kábítószer rendszeres használatáról a bebörtönzését megelőzően. A tanulmányok azt is jelzik, hogy a kábítószer-használat legártalmasabb formái koncentráltan fordulhatnak elő a bebörtönzöttek körében: a megvizsgált személyek egyötöde és egyharmada között volt azoknak az aránya, akik saját bevallásuk szerint használtak már kábítószer intravénásan ⁽³⁸⁾.

A börtönbe bekerülve a legtöbb szerhasználó csökkenti vagy abbahagyja a drogfogyasztást, többnyire az anyag beszerzésével járó nehézségek miatt. Az európai

börtönszakértők és a politikai döntéshozók azonban egyaránt elismerik azt a tényt, hogy a tiltott kábítószeresek – a kínálat csökkentésére tett mindenfajta intézkedések ellenére – a legtöbb börtönbe valahogyan bejutnak. A 2002 óta elvégzett vizsgálatok azt mutatják, hogy a fogva tartottak 1–50% közötti arányban számoltak be kábítószer-használatról a börtönön belül, és a 27%-ot is elérte azoknak az aránya, akik rendszeres használatról nyilatkoztak börtönbüntetésük idején ⁽³⁹⁾. Egy 1457 fogva tartott bevonásával, hat német börtönben végzett vizsgálat azt állapította meg, hogy 22%-uk használt intravénás kábítószer a börtönben, de négy másik ország vizsgálatai is 10%-os vagy ezt meghaladó arányt jeleztek ⁽⁴⁰⁾. Úgy tűnik, hogy az őrizetben lévő intravénás kábítószer-használók gyakrabban osztják meg egymással a felszereléseiket, mint a börtönön kívüli szerhasználók. Ez kérdéseket vet fel a fertőző betegségeknek a börtönpopulációban való potenciális terjedésével kapcsolatban.

Egészségügyi ellátás az európai börtönökben

A bebörtönzöttek ugyanolyan szintű orvosi ellátásra jogosultak, mint a közösségben élő személyek, így a börtönökben működő egészségügyi szolgálatoknak alkalmasnak kell lenniük arra, hogy a kábítószer-használattal összefüggő problémákra a börtönön kívülihez hasonló feltételekkel nyújtsanak kezelést (CPT, 2006; WHO, 2007). Az egyenlőség általános elvét az Európai Unióban a kábítószer-függőséggel járó egészségügyi ártalom megelőzéséről és csökkentéséről szóló, 2003. június 18-i tanácsi ajánlás ⁽⁴¹⁾ ismeri el, végrehajtására pedig az EU új kábítószer-ellenes cselekvési terve szólít fel.

A bebörtönzötteknek nyújtott egészségügyi szolgáltatások a nemzeti politikai döntéshozók részéről most már több figyelemben részesülnek, és vannak arra utaló jelek is, hogy az EU-tagállamok javítják a bebörtönzötteknek nyújtott szolgáltatásokat. Most már például sok országból számoltak be arról, hogy a börtönökre vonatkozóan léteznek nemzeti egészségügyi politikák és programok. Mindezek ellenére még sok a tennivaló annak érdekében, hogy a bebörtönzöttek a börtönön kívülvel összemérhető szintű és minőségű egészségügyi ellátáshoz juthassanak. A börtönöknek emellett a kábítószer-használók sajátos egészségügyi igényei által jelentett kihívásokkal is szembe kell nézniük: idetartoznak például a vérrel terjedő betegségek és a komorbid pszichiátriai problémák.

⁽³⁶⁾ Az európai börtönökre vonatkozó adatok az Európa Tanácsnál érhetők el, az alábbi címen: http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_1/List_Space_1.asp

⁽³⁷⁾ Forrás: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> az Oroszországra és az Amerikai Egyesült Államokra vonatkozó számadatok esetében.

⁽³⁸⁾ Ld. a DUP-105. és a DUP-2. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽³⁹⁾ Ld. a DUP-3. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴⁰⁾ Ld. a DUP-4. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴¹⁾ HL L 165., 2003.7.3., 31. o.

A kábítószer-használók támogatása a börtönökben

Az európai országokban a bebörtönzötteknek nyújtott szolgáltatások a következőket jelentik: tájékoztatás a kábítószerokról és az egészségről; fertőző betegségek szűrése és védőoltások; kábítószer-függőség kezelése, a detoxikálást is beleértve; helyettesítő kezelés és gyógyszermentes módszerek; felkészítés a szabadlábra helyezésre. A szolgáltatások bebörtönzöttekre való kiterjesztésének folytatását szemléltető példák közé tartozik a helyettesítő kezelés bevezetése a börtönökben a Cseh Köztársaságban, Lengyelországban és Svédországban, egy gyógyszermentes kezelési program Cipruson és a dán „kezelési garancia” kiterjesztése a börtönökre (ennek értelmében a kéréstől számított két héten belül kezelést biztosítanak a drogfogyasztóknak).

A helyettesítő kezelés folytatását börtönbe kerülés esetén 26 országban hivatalos rendeletek hagyják jóvá, de közülük ötben ezt nem alkalmazzák, az ilyen fajta kezelés börtönbeli megkezdését pedig 21 országban hagyják jóvá. A szakértők megítélése szerint azonban e beavatkozás biztosításában vannak különbségek. A helyettesítő kezelés kilenc országban szinte minden börtönben elérhető, további négyben pedig a börtönök több mint felében. A Cseh Köztársaságban, Franciaországban, Németországban és az Egyesült Királyságban a helyettesítő kezelést becslések szerint a börtönök kevesebb mint felében biztosítják, Magyarországon, Lengyelországban, Finnországban és Svédországban pedig csak néhány börtönben. Végezetül kilenc országban (Bulgária, Észtország, Görögország, Ciprus, Litvánia, Lettország, Szlovákia, Románia, Törökország) egyáltalán nem hozzáférhető ez a kezeléstípus a börtönökben, bár Bulgáriában és Romániában zajlanak az előkészületek a bevezetésére, és Lettországon is tárgyalnak a szükséges jogi változtatásokról.

A helyettesítő kezelés korlátozott hozzáférhetőségét a közösségben általában tükrözi e kezeléstípus hiánya vagy nagyfokú korlátozottsága a börtönökben ⁽⁴²⁾. A tagállamok jelentései alapján a helyettesítő kezelés börtönben történő igénybevételeben tapasztalt akadályok közé tartozik még a megkezdésére vonatkozó szabályozási keret hiánya (Finnország) és a kezelés

díjkötelessége (Belgium franciaajkú közössége).

A helyettesítő kezelés biztosítása gyakran a helyi feltételektől is függ, és olykor a börtönorvos egyéni kezdeményezésére támaszkodik.

Az egyéb prevenciós és ártalomcsökkentő intézkedések börtönökben való hozzáférhetőségéről és szintjéről szóló szakértői értékelések 26 uniós ország, Norvégia és Törökország esetében állnak rendelkezésre. A fertőző betegségekről tartott egyéni konzultáció és a kábítószerrel összefüggő kockázati magatartás felmérése a jelentések szerint 26 ország börtöneiben létezik. A hepatitis C szűrése a börtönbe kerüléskor 22 országban hozzáférhető, de Magyarországon, Lengyelországban és Törökországban nem; Magyarországon viszont az összes bebörtönzött több mint 14%-ánál elvégezték a HCV-szűrést egy 2007-ben indult, azóta is folyamatban lévő kampány első kilenc hónapjában. Az egyéb beavatkozások közé tartoznak még a kifejezetten börtönökben folyó, hepatitis B elleni oltási programok, a börtönök személyzetének szóló egészségtámogató képzés a kábítószerokról, tanácsadás és képzés a biztonságosabb használatról – és a jelentések szerint tizenhárom országban ezek mindegyike rendelkezésre áll, bár a lefedettségük változó szintű.

Hasonló a helyzet a túladagolás megelőzésére szolgáló intézkedések biztosításának mértékével. Miközben a túladagolás kockázatáról szóló, szabadlábra helyezés előtti konzultáció 18 országban érhető el, becslések szerint az elmúlt 12 hónapban csak nyolc olyan ország volt, ahol ezt nem csak néhány főnek biztosították. A kábítószerrel összefüggő halálesetekről és vészhelyzetekről szóló, kifejezetten a börtönkörnyezetre kidolgozott tájékoztató anyagok csak hét országban érhetők el ⁽⁴³⁾.

A börtönökben működő tű- és fecskendőcsere-programokról Németországból, Spanyolországból, Luxemburgból, Portugáliából és Romániából számoltak be, de az Egyesült Királyságban is tervezik az elindítását (Skóciában). A jelentések szerint a tű- és fecskendőcsere-programok sikeres bevezetését a börtönökben akadályozhatja a börtönszemélyzet ellenállása és a titoktartás hiánya.

⁽⁴²⁾ Ld. a HSR-2. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴³⁾ Ld. a HSR-7. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

3. fejezet

Kannabisz

Bevezetés

A kannabisz használata Európában komoly átalakuláson ment keresztül az elmúlt évtizedben, akárcsak az arról folyó vita, hogy mi lenne a megfelelő válasz e kábítószer elterjedt használatára. Az 1990-es évek elején és közepén néhány országban kiemelkedően magas volt a prevalencia, miközben az európai norma olyan használati szinteket mutatott, amelyek a mai fogalmaink szerint alacsonyak voltak. Az 1990-es évek folyamán és a 2000-es évek elején a legtöbb országban nőtt a kannabiszhasználat, ennek folytán mára kevésbé változatos az európai összkép, bár az országok között továbbra is vannak lényeges különbségek. Ráadásul az elmúlt néhány évben egyre jobban sikerült megismerni a kábítószer hosszú távú, elterjedt használatának közegészségügyi hatásait, és a kannabisszal összefüggő problémák miatti kezelési igények bejelentett szintje is emelkedett. Elképzelhető, hogy Európában most új korszak kezdődik, mivel az átlagpopuláció felméréseiből és az iskolai felmérésekből származó adatok a helyzet stabilizálódására, sőt, akár a fogyasztás csökkenésére is utalnak. Történeti szempontból nézve azonban továbbra is magasak a használati szintek, és a kábítószerekről folyó európai vita egyik legfontosabb megoldatlan kérdése még mindig az, hogy mi lenne hatékony válasz a kannabiszhasználatra.

Kínálat és hozzáférhetőség

Termelés és kereskedelem

A kannabisz sokféle környezetben termeszthető, sőt a világ számos táján a szabadban is nő. A jelenlegi becslések szerint 172 országban és területen termesztnek kannabiszt (UNODC, 2009) ⁽⁴⁴⁾. Ezek a tények együttesen azt jelentik, hogy nehéz pontos becslést készíteni a kannabisz világszintű termeléséről. Az UNODC (2009) a marihuána globális termelését 2008-ban 13 300 tonna és 66 100 tonna közé becsülte.

A kannabisztermesztés Európában elterjedt, és feltehetőleg egyre növekvő jelenség (Korf, 2008). 2007-ben 19 európai ország tett említést a vadkender házilag termesztéséről, ugyanakkor a jelenség mértéke igen változatosnak tűnik. Mindazonáltal az Európában felhasznált kannabisz jelentős része valószínűleg régió belüli kereskedelem eredménye.

A marihuánát importálják is Európába, többnyire Afrikából (pl. Nigériából, Marokkóból, Ghánából, Dél-Afrikából), ritkábban Délnyugat-Ázsiából (Pakisztán) és Amerikából (Jamaica) (INCB, 2009a).

A kannabiszgyanta (hasis) globális termelését 2008-ban 2200 tonna és 9900 tonna közé becsülték (UNODC, 2009); a fő termelő továbbra is Marokkó volt. A kannabiszgyantát termelő területek mérete 2003 és 2005 között 134 000 hektárról 76 400 hektárra csökkent (UNODC és Marokkó kormánya, 2007). Hasistermelést más országokból is jelentettek, köztük Afganisztánból és Pakisztánból (UNODC, 2009). A Marokkóban termelt kannabiszgyantát jellemzően az Ibériai-félszigeten és Hollandián keresztül csempézik be Európába, majd továbbosztják más európai országokba.

Lefoglalások

2007-ben becslések szerint 5600 tonna marihuánát és 1300 tonna hasist foglaltak le világszerte, ami az előző évhez képest körülbelül 10%-os összesített növekedést jelent. A lefoglalt marihuána nagy részéért (66%) továbbra is Észak-Amerika felelt, míg a hasisból lefoglalt mennyiség változatlanul Nyugat- és Közép-Európában (66%) koncentrálódott (UNODC, 2009).

Európában 2007 folyamán becslések szerint 241 000 alkalommal foglaltak le marihuánát, összesen 96 tonna mennyiségben ⁽⁴⁵⁾. A lefoglalások száma 2002 és 2007 között több mint duplájára emelkedett. Az időszak első két évében felére csökkent a lefoglalt marihuána mennyisége, utána viszont növekedésnek indult, bár jóval alatta maradt a 2002-ben lefoglalt 130 tonnának. A legnagyobb számú marihuánalefoglalást az Egyesült Királyságból jelentették,

⁽⁴⁴⁾ A kábítószer kínálatáról és hozzáférhetőségéről szóló adatok forrására vonatkozó információkat lásd a 43. oldalon.

⁽⁴⁵⁾ Az európai kábítószer-lefoglalásokról ebben a fejezetben említett adatok megtalálhatók a SZR-1 – SZR-6. táblázatban a 2009. évi statisztikai közlönyben.

2. táblázat: A marihuána és a hasis termelése, lefoglalásai, ára és erőssége

	Hasis	Marihuána
Becsült globális termelés (tonna)	2 200–9 900	13 300–66 100
Globális lefoglalt mennyiség (tonna)	1 300	5 600
Lefoglalt mennyiség (tonna) Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)	853 (859)	70 (96)
Lefoglalások száma Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)	324 000 (325 000)	227 000 (241 000)
Átlagos kiskereskedelmi ár (EUR/gramm) Tartomány (Interkvartilis tartomány) ⁽¹⁾	3–11 (5–9)	1–12 (4–9)
Az átlagos erősség (THC-tartalom) tartománya	2–13%	1–10%

(¹) A bejelentett átlagárak középső felének tartománya.
Megjegyzés: Minden adat 2007-re vonatkozik, a globális termelés becslései kivételével, amelyek 2008-ról szólnak.
Forrás: UNODC World drugs report (2009) a globális értékek esetében, Reitox nemzeti fókuszpontok az európai adatok esetében.

ami 2005-ben és 2006-ban az összmennyiség körülbelül felét jelentette. 2007-ben Törökországból (25,5 tonna) és Belgiumból (12,8 tonna) jelentettek rekordnagyságú lefoglalásokat.

A hasislefoglalások Európában mind a lefoglalások száma, mind a mennyisége terén meghaladták a marihuána lefoglalásait ⁽⁴⁶⁾. 2007-ben 325 000 hasislefoglalás történt, ezek eredményeként a kábítószerből 859 tonnát koboztak el, ami közel kilencszerese a marihuánából lefoglalt mennyiségnek. 2002 és 2007 között a hasislefoglalások száma emelkedett, bár a lefoglalt mennyiség ugyanebben az időszakban ingadozó volt. A hasislefoglalások teljes számának valamivel több mint a felét, illetve a 2007-ben lefoglalt mennyiség körülbelül háromnegyedét Spanyolországból jelentették, de rekordmennyiségű hasist foglaltak le Belgiumban (59 tonna), Portugáliában (43 tonna) és Törökországban (6 tonna) is.

A marihuánalefoglalások 2002 óta folyamatosan növekedtek, így 2007-re az esetek becsült száma elérte a 15 000-et. A lefoglalt mennyiséget az egyes országok vagy a növények számának, vagy a becsült tömegüknek a megadásával jelentették be. A lefoglalt növények száma 2,4 millió volt; az elmúlt két évben ez a szám viszonylag stabilnak mutatkozott, de a 2002-es 1,5 millió körülihez képest növekedést jelent. A lefoglalt növények tömege jelentősen megnőtt az időszak folyamán, így 2007-re 27 tonnát ért el, amelyből 25 tonnát Spanyolország jelentett be.

Erősség és ár

A kannabisztermékek erősségét az elsődleges hatóanyag, a Δ^9 -tetrahidrokannabinol (THC) tartalmuk határozza meg. A kannabisz erőssége országonként és az egyes országokon belül, illetve a különböző kannabisztermékeket tekintve nagyon változó. A kannabisz erősségéről megadott információ többnyire a lefoglalt kannabiszból vett minta igazságügyi szakértői elemzésén alapul. Nem lehet tudni azonban, hogy az elemzett minták mennyiben tükrözik a piac egészét, ezért az erősségre vonatkozó adatok értelmezésekor óvatosnak kell lenni. 2007-ben a hasisminták THC-tartalmának bejelentett országos átlaga 2,9–13,3% között volt. A marihuána átlagos erőssége – a hollandiai házi termesztési sinsemillát („nederwiet”, holland fű) kizárva – 1,2% és 10,2% között mozgott. A 2002–2007 közötti időszakban a hasis és a marihuána bejelentett átlagos erőssége stabil volt vagy csökkent a 16 európai ország többségében, ahol ezt az elemzést el lehetett végezni. Portugáliában és Luxemburgban viszont a hasis átlagos THC-tartalmában felfelé mutató tendenciát tapasztaltak. A marihuána erősségének növekedését öt másik országban figyelték meg. A helyileg termesztett marihuána erősségére vonatkozó információ többéves viszonylatban csak Hollandiából áll rendelkezésre, ahol a nederwiet átlagos erősségében a közelmúltban csökkenést tapasztaltak: a 2004-es 20,3%-os csúcshoz képest 2006-ban 16,0%-ra csökkent, és 2007-ben is ezen a szinten maradt ⁽⁴⁷⁾.

A hasis átlagos kiskereskedelmi ára 2007-ben grammonként 3–11 euró között mozgott a 18 adatközlő országban, de az országok feléből 5–9 euró közötti

⁽⁴⁶⁾ A szállítmányok méretének és a szállítási távolságnak a különbségei, valamint a nemzetközi határok átlépésének szükségessége miatt a hasis esetében nagyobb lehet a lefoglalás veszélye, mint a házilag termesztett marihuánánál.

⁽⁴⁷⁾ Az erősségre és az árra vonatkozó adatokat ld. a PPP-1. és a PPP-5. táblázatban a 2009. évi statisztikai közlönyben.

A kábítószerkínálata és elérhetősége: adatok és források

Az illegális kábítószerpiacok és -kereskedelem bemutatásához szükséges szisztematikus, rutinszerű információk még mindig csak korlátozottan állnak rendelkezésre. A heroin, a kokain és a kannabisz termelésére vonatkozó becslések terepmunkán (helyszíni mintavételen) alapuló növénytermesztési becslésekre és légi vagy műholdas felmérésekre épülnek. Ezeknek a becsléseknek határt szab például a terméshozamok ingadozása vagy a növényi kultúrák megfigyelésének nehézsége, például a kannabisz esetében, amely zárt helyen is termesztendő, illetve nem korlátozódik bizonyos földrajzi területekre.

A kábítószerkínálatait sokszor a kábítószerkínálatának, kereskedelmi útvonalainak és hozzáférhetőségének közvetett mutatójának tekintik. Valójában azonban ezek közvetlenebbül mutatják a bűnüldözési tevékenységeket (pl. prioritásokat, forrásokat, stratégiákat), ugyanakkor a bejelentési gyakorlatokat és a kereskedők kitettségét is tükrözik. A kábítószerkiskereskedelmi piacainak megismeréséhez a tiltott kábítószerkínálat tisztaságáról vagy erősségéről és kiskereskedelmi áraitól szóló adatokat is ki lehet elemezni. Az ilyen típusú adatok elérhetősége azonban esetenként korlátozott, és a megbízhatóságuk, illetve összehasonlíthatóságuk is megkérdőjelezhető. A bűnüldöző hatóságoktól származó operatív információ hozzájárulhat a teljesebb kép kialakításához.

Európában az EMCDDA gyűjti össze a kábítószerleforgalomszámokra, a tisztaságra és a kiskereskedelmi árakra vonatkozó országos adatokat. A kábítószerkínálatáról szóló többi adat az UNODC információs rendszereiből és elemzéseiből származik, kiegészítve az Europoltól származó további információkkal. A kábítószerprekursorokról szóló információt az Európai Bizottságtól kapják, amely adatokat gyűjt az ilyen anyagok leforgalásáról az EU-ban, valamint az INCB-től, amely aktívan részt vesz a tiltott kábítószer előállításához használt prekursor vegyi anyagok eltérítésének megelőzésére irányuló nemzetközi kezdeményezésekben.

Bár az ebben a jelentésben bemutatott becslések és adatok a lehető legjobb közelítést jelentik, körültekintően kell őket értelmezni, mivel a világ számos részén még mindig nincsenek kifinomult információs rendszerek a kábítószerkínálat felmérésére.

értékeket jelentettek. A marihuána átlagos kiskereskedelmi ára az információt közlő 17 országban grammonként 1–12 euró között volt, de az országok körülbelül feléből 4 és 9 euró közé eső árat jelentettek. A 2002–2007 közötti időszakra vonatkozó adatokkal rendelkező 11 országban a hasis (inflációnak megfelelően korrigált) átlagos kiskereskedelmi ára csökkent. A marihuánáról rendelkezésre álló adatok ugyanebben az időszokban stabilabb helyzetet mutatnak.

Előfordulás és használati minták

Kannabiszhasználat az átlagos népesség körében

Konzervatív becslések szerint a kannabiszt körülbelül 74 millió európai használta életében legalább egyszer (életprevalencia), ami a 15–64 éves korosztály több mint egyötödét jelenti (az adatok összefoglalását lásd a 3. táblázatban). Az országok között komoly különbségek vannak, 1,5% és 38,6% között változó országos előfordulási számadatokkal, mindazonáltal a legtöbb országból 10–30% közötti becsült prevalenciát jelentettek.

Sok országból jelentették a kannabiszhasználat viszonylag magas éves és havi prevalenciáját. A becslések szerint az elmúlt évben körülbelül 22,5 millió európai használt kannabiszt, avagy átlagosan az összes 15–64 év közötti lakos 6,8%-a. Az előző havi prevalencia becslései a rendszeresebb szerhasználókat tartalmazzák, bár ez nem feltétlenül jelent intenzív használatot. Becslések szerint körülbelül 12 millió európai, azaz a teljes 15–64 év közötti lakosság átlagosan kb. 3,6%-a használta a kábítószer az előző hónapban.

Kannabiszhasználat a fiatal felnőttek körében

A kannabiszhasználat nagyrészt a fiatalok (15–34 évesek) körében koncentrálódik, ezen belül az elmúlt évi használat legmagasabb szintjeit általában a 15–24 évesek köréből jelentik. Ez szinte valamennyi európai országra igaz, Portugália kivételével ⁽⁴⁸⁾.

A populációs felmérések adatai azt mutatják, hogy a fiatal európai felnőttek (15–34 évesek) átlagosan 31,1%-a próbálta már a kannabiszt, 12,5%-uk használta az elmúlt évben és 6,8%-uk használta az előző hónapban. A becslések szerint a 15–24 éves korcsoportban még ennél is magasabb azoknak az aránya, akik az elmúlt évben (15,9%) vagy az elmúlt hónapban (8,3%) kannabiszt használtak. A kannabiszhasználat előfordulására vonatkozó országos becslések országonként igen változatosak a prevalencia összes mérését tekintve, és a skála felső végén található országok által bejelentett érték a legalacsonyabb prevalenciájú országokénak akár tízszerese is lehet.

A kannabiszhasználat a férfiak körében általában gyakoribb, mint a nőknél (lásd EMCDDA, 2006a), bár az országok között komoly különbségek figyelhetők meg. Az elmúlt évi kannabiszhasználatról nyilatkozó férfiak és nők aránya például a portugáliai 6,4:1 (férfi–nő) és az ausztriai 1,4:1 között mozgott.

⁽⁴⁸⁾ Ld. a GPS-1. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

3. táblázat: A kannabiszhasználat előfordulása az átlagos népességben – az adatok összefoglalása

Korcsoport	A használat időszaka		
	Élete folyamán	Az elmúlt évben	Az elmúlt hónapban
15–64 évesek			
A szerhasználók becsült száma Európában	74 millió	22,5 millió	12 millió
Európai átlag	22,1%	6,8%	3,6%
Tartomány	1,5–38,6%	0,4–14,6%	0,1–7,2%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (1,5%) Málta (3,5%) Bulgária (5,6%) Ciprus (6,6%)	Románia (0,4%) Málta (0,8%) Görögország (1,7%) Bulgária (1,9%)	Románia (0,1%) Málta (0,5%) Svédország (0,6%) Litvánia (0,7%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Dánia (38,6%) Olaszország (31,2%) Franciaország (30,6%) Egyesült Királyság (30,0%)	Olaszország (14,6%) Spanyolország (10,1%) Cseh Köztársaság (9,3%) Franciaország (8,6%)	Olaszország (7,2%) Spanyolország (7,1%) Franciaország, Cseh Köztársaság (4,8%)
15–34 évesek			
A szerhasználók becsült száma Európában	41,5 millió	17 millió	9 millió
Európai átlag	31,1%	12,5%	6,8%
Tartomány	2,9–48,0%	0,9–20,9%	0,3–13,4%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (2,9%) Málta (4,8%) Ciprus (9,9%) Görögország (10,8%)	Románia (0,9%) Málta (1,9%) Görögország (3,2%) Ciprus (3,4%)	Románia (0,3%) Svédország (1,3%) Görögország, Litvánia (1,5%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Dánia (48,0%) Franciaország (43,6%) Egyesült Királyság (40,1%) Cseh Köztársaság (38,3%)	Olaszország (20,9%) Cseh Köztársaság (19,3%) Spanyolország (18,8%) Franciaország (16,7%)	Spanyolország (13,4%) Olaszország (10,4%) Cseh Köztársaság, Franciaország (9,8%)
15–24 évesek			
A szerhasználók becsült száma Európában	19 millió	10 millió	5 millió
Európai átlag	30,5%	15,8%	8,3%
Tartomány	3,7–43,9%	1,5–28,2%	0,5–16,9%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (3,7%) Málta (4,9%) Ciprus (6,9%) Görögország (9,0%)	Románia (1,5%) Görögország, Ciprus (3,6%) Svédország (6,0%) Portugália (6,6%)	Románia (0,5%) Görögország (1,2%) Svédország (1,6%) Ciprus, Litvánia (2,0%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Cseh Köztársaság (43,9%) Franciaország (42,0%) Dánia (41,1%) Németország (39,0%)	Cseh Köztársaság (28,2%) Spanyolország (24,1%) Olaszország (22,6%) Franciaország (21,7%)	Spanyolország (16,9%) Cseh Köztársaság (15,4%) Franciaország (12,7%) Olaszország (11,5%)

Az európai előfordulásra vonatkozó becslések a 2001 és 2008 között (többnyire 2004–2008 között) elvégzett legfrissebb országos felmérésekből kapott súlyozott átlagokon alapulnak, ezért ezeket nem lehet egy konkrét évhez kapcsolni. Az Európára vonatkozó átlagos előfordulást az egyes országokban az adott korcsoportba tartozó népességnek megfelelően súlyozott átlaggal számították ki. Azokban az országokban, ahonnan semmilyen információ nem állt rendelkezésre, az átlagos uniós előfordulással számoltak. Az alapul vett populációk: 15–64 (334 millió), 15–34 (133 millió) és 15–24 (63 millió). Az itt összefoglalt adatok az „Átlagpopuláción végzett felmérések” részben találhatóak a 2009. évi statisztikai közlönyben.

Kannabiszhasználat a diákok körében

Az ESPAD felmérés ⁽⁴⁹⁾ összehasonlítható adatokat közöl a 15–16 éves európai diákok körében előforduló alkohol- és kábítószer-használatról (Hibell és mások, 2009).

A felmérést 2007-ben 25 EU-tagállamban, valamint Norvégiában és Horvátországban végezték el. Néhány ország (pl. Spanyolország, Svédország, az Egyesült Királyság) saját iskolai felmérését végzi el, amelyek az

⁽⁴⁹⁾ Ld. a populációs felmérésekről szóló keretes írást, 45. o.

Populációs felmérések: fontos eszköz az európai kábítószer-használat mintáinak és tendenciáinak megismeréséhez

A kábítószer-használatot az átlagos népesség vagy az iskolai populáció körében reprezentatív felmérésekkel lehet mérni, amelyek becslésekkel szolgálnak azoknak az egyéneknek az arányairól, akik meghatározott időszakokon belül saját bevallásuk szerint használták az adott kábítószerket. A felmérések hasznos kísérőinformációkat is adhatnak a használati mintákról, a használók szocio-demográfiai jellemzőiről, az észlelt kockázatokról és a hozzáférhetőségről.

Az EMCDDA a nemzeti szakértőkkel szoros együttműködésben kidolgozta a felnőttek felméréseiben használható alapelemek készletét (az „európai mintakérdőív”). Ezt a protokollt most már az EU legtöbb tagállamában bevezették. Az alkalmazott módszertant és az adatgyűjtés évét tekintve azonban még mindig vannak különbségek, ami azt jelenti, hogy a kis különbségek – különösen az országok közötti különbségek – értelmezésekor óvatosan kell eljárni.

A felmérések lebonyolítása költséges, ezért csak kevés európai ország gyűjti össze az információkat minden évben, viszont két–négyéves időközönként sok ország elvégzi az adatgyűjtést. Ebben a jelentésben a közölt adatok mindegyik ország esetében a legfrissebb rendelkezésre álló felmérésen alapulnak, amelyet a legtöbb esetben a 2004 és 2007 közötti időszakban készítettek.

A felmérési adatok bejelentésére használt három szabványos időmeghatározás közül az életprevalencia (az adott kábítószer használata az egyén életének bármely pontján) a legtagabb. Ez a felnőttek körében nem tükrözi a kábítószer-használat jelenlegi helyzetét, viszont a használati minták és az incidencia megismeréséhez hasznos lehet. A felnőttek esetében az EMCDDA-nál használt standard korcsoport a 15–64 éveseké (összes felnőtt) és a 15–34 éveseké (fiatal felnőttek), a hangsúly pedig az elmúlt év és az elmúlt hónap időszakán van (a kábítószer használata az elmúlt 12 hónap, illetve a felmérést megelőző harminc nap folyamán) (1). A diákok esetében az életprevalencia és az éves prevalencia hasonló, mivel a tiltott kábítószeresek használata 15 éves kor alatt ritka.

Az alkohol- és egyéb kábítószer-fogyasztással foglalkozó európai iskolai projekt (ESPAD) szabványos módszereket és eszközöket használ a kábítószer- és alkoholfogyasztás felmérésére a 15–16 éves diákok közül kiválasztott reprezentatív minták körében. A felméréseket 1995-ben, 1999-ben, 2003-ban és 2007-ben végezték. Az adatgyűjtés 2007-ben 35 országban történt, köztük 25 EU-tagállamban, Norvégiában és Horvátországban (2).

(1) Bővebb információért ld.: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>

(2) A 2007-es ESPAD-felmérés főbb megállapításainak összefoglalója 23 nyelven érhető el (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). A teljes jelentés megtalálható az interneten, az ESPAD weboldalon (<http://www.espad.org>).

ESPAD és a HBSC (egészséges viselkedés az iskoláskorú gyermekeknél) felmérésekéhez hasonló adatokkal szolgálnak, többek között a kannabiszhasználatról.

A 2007-es ESPAD-adatokból kitűnt, hogy a kannabiszhasználat életprevalenciája a 15–16 éves diákok körében a Cseh Köztársaságban a legmagasabb (45%) (50), de Észtországból, Franciaországból, Hollandiából, Szlovákiából és az Egyesült Királyságból is 26–32% közötti prevalenciaszinteket jelentettek. A kannabiszhasználat esetében 15 országból jelentettek 13% és 25% közötti életprevalenciát. A legalacsonyabb (10% alatti) szintekről Görögországból, Ciprusról, Romániából, Finnországból, Svédországból és Norvégiából számoltak be. A kannabiszhasználat életprevalenciája a diákok körében összességében csekély nemek szerinti változatosságot mutat.

A 15–16 éves európai lakosok körében a kannabiszhasználat legmagasabb havi prevalenciáját Spanyolországból (20%) és a Cseh Köztársaságból (18%) jelentették (51).

Nemzetközi összehasonlítások

Az európai számadatokat a világ más részeiről származókkal is össze lehet hasonlítani. Az Egyesült Államokban például a kábítószer-használatról és az egészségről készült országos felmérés (SAMSHA, 2007) a kannabiszhasználat életprevalenciáját a fiatal felnőttek (15–34 évesek, az EMCDDA-nál átszámítva) körében 49%-ra, az éves prevalenciát 21%-ra becsülte. Ugyanebben a korcsoportban a kannabiszhasználat életprevalenciája 58%, éves prevalenciája 28% volt Kanadában (2004), Ausztráliában (2007) pedig 47%, illetve 16% volt ez az arány. Ezek a számok kivétel nélkül meghaladják a megfelelő európai átlagokat, azaz a 31,1%-ot, illetve a 12,5%-ot.

A diákok körében csak Spanyolország és a Cseh Köztársaság számolt be a kannabiszhasználat olyan szintű életprevalenciájáról, amely összemérhető az Egyesült Államokból és Ausztráliából jelzettekkel.

A kannabiszhasználat tendenciái

Az EMCDDA-val közölt országos felmérési adatok azt mutatják, hogy az 1990-es években a kannabiszhasználat az EU szinte minden országában jelentősen nőtt, különösen a fiatalok (3. ábra) és a diákok körében. Az ezredfordulóra a legtöbb európai országban tekintélyes méreteket öltött annak a fiatal népességnek az aránya, akik korábban vagy aktuálisan is használták a kábítószer; ezt szemlélteti az a tény, hogy 1998 és 2003 között

(50) Ld. az EYE-1 (ii. rész) ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

(51) Ld. az EYE-1 (i. rész) ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

a kannabiszhasználat életprevalenciája a 15–34 évesek körében hét országban 30% körüli szintre emelkedett, további kettőben pedig a 40%-ot is meghaladta. Az éves prevalencia megfelelő szintjei ebben a korcsoportban hét országban 15–20%-ot értek el, a havi prevalencia pedig hat országban emelkedett 8–15% közötti magasságba.

A kannabiszhasználat az Egyesült Királyságban különösen érdekesen alakult. Az ország az 1990-es évek elején és közepén erősen kilógott az európai összképből, mivel innen jelentették a legmagasabb becsült prevalenciákat. A helyzet fokozatosan megváltozott, ahogy a többi országban is emelkedni kezdett a használat szintje. Az Egyesült Királyságban viszont körülbelül 2003 óta egyenletesen csökken a kannabiszhasználat, különösen a 16–24 éves korcsoportban ⁽⁵²⁾, ami generációs eltolódásra utal. Most már máshol is csökkenő vagy stabilizálódó tendenciát lehet megfigyelni, mind az iskolai, mind pedig az átlagpopuláción végzett felmérések némelyikének adataiban. Abból a 11 országból, ahol a fiatal felnőttek körében 2002 és 2007 között mért éves prevalencia alakulását elemezni lehet, négyből jelentettek a kiinduló érték legalább 15%-ának megfelelő csökkenést, további négyben pedig

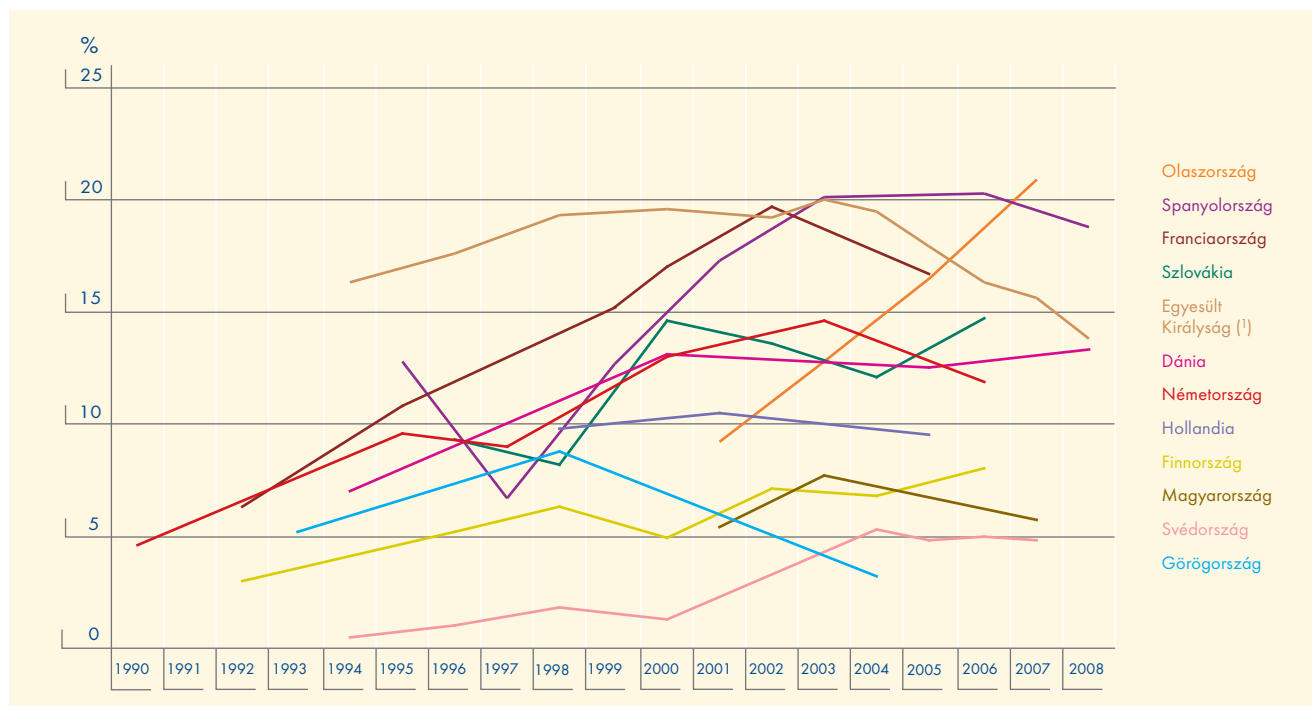
stabilnak tűnik a helyzet ⁽⁵³⁾. Három országban mértek legalább 15%-os emelkedést a prevalenciában, bár ezt a felfelé ívelő tendenciát más adatok kérdésessé teszik.

A diákok körében mért tendenciák

1995 és 2003 között a felnőttekhez hasonlóan a diákok körében is tapasztalták a kannabiszhasználat növekedését több európai országban, de ez a közelmúltban általában megállt vagy csökkent. Az EMCDDA által megfigyelt, a 2007-es ESPAD iskolai felmérésben részt vevő országok közül csak kettő (Litvánia, Szlovákia) számolt be a kannabiszhasználat életprevalenciájának három százalékpontot meghaladó növekedéséről 2003 óta, ezzel egyenértékű csökkenésről viszont kilenc országból tudósítottak ugyanebben az időszakban ⁽⁵⁴⁾. Az Egyesült Államokból és Ausztráliából származó iskolai felmérési adatok szintén csökkenő tendenciát jeleznek, amit először 1999-ben Ausztráliában figyeltek meg ⁽⁵⁵⁾.

A diákok körében előforduló kannabiszhasználat időbeli tendenciáit tekintve 1995 és 2007 között Európa-szerte különböző mintákat figyeltek meg (4. ábra). Hét országból, többnyire Európa északi és déli részéről

3. ábra: A kannabiszhasználat éves prevalenciájának tendenciái a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében



⁽¹⁾ Anglia és Wales.

Megjegyzés: További információért ld. a GPS-4. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox országjelentések (2008), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

⁽⁵²⁾ Ld. a GPS-10. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁵³⁾ Ahol a pontos évekről nem állt rendelkezésre információ, az előző vagy a következő évre vonatkozó információt használták.

⁽⁵⁴⁾ Az ESPAD a három százalékpontot meghaladó növekedést vagy csökkenést tekint a változás jelének.

⁽⁵⁵⁾ Ld. az EYE-1 (xii. rész) ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

(Görögország, Ciprus, Málta, Románia, Finnország, Svédország, Norvégia) a kannabiszhasználat összességében stabil és alacsony életprevalenciáját jelezték az egész időszak folyamán. A legtöbb nyugati országban, valamint Horvátországban és Szlovéniában, ahol a kannabiszhasználat életprevalenciája 2003-ig magas vagy határozottan növekvő volt, 2007-ben csökkenést vagy stabilizálódást figyeltek meg. E 11 ország közül kilencből jeleztek három százalékpontot meghaladó csökkenést, kettőből stagnálást. Ettől kissé eltérően alakult a helyzet Közép- és Kelet-Európa nagy részén, ahol az 1995 és 2003 között megfigyelt növekvő tendencia most kezd kiegyenlítődni. Ebben a régióban hat országból jelentettek stabil helyzetet, kettőből pedig három százalékpontot meghaladó növekedést ⁽⁵⁶⁾.

Néhány európai országban a kannabiszhasználat életprevalenciájának 1995 és 2003 közötti növekedése a diákok körében együtt járt a cigarettázás életprevalenciájának növekedésével. 2003 óta sok országban mindkét tendencia megfordult, ami arra utal, hogy a fiatalok körében a dohányzás és a kannabiszfogyasztás között összefüggés lehet ⁽⁵⁷⁾.

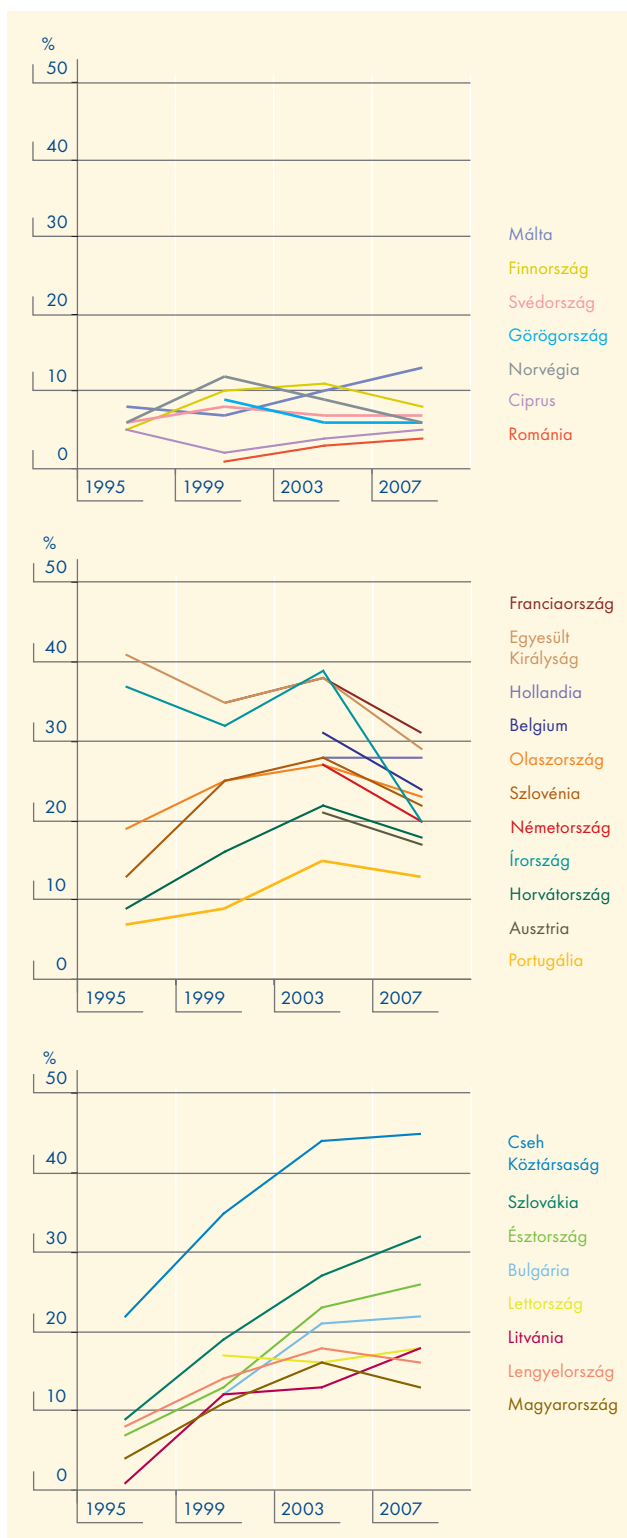
A kannabiszhasználat mintái

A rendelkezésre álló adatok a kannabiszhasználat változatos mintáira utalnak. Azok közül a 15–64 évesek közül, akik használtak már kannabiszt, az elmúlt évben csak 30% használta ⁽⁵⁸⁾. Azok közül viszont, akik az elmúlt évben használták a kábítószer, átlagosan 50% az elmúlt hónapban is használta, és a frissebb kutatások szerint e szer ismételt használata hosszú időn át stabil lehet, még a fiatal szerhasználók körében is (Perkonigg, 2008).

Az intenzív és hosszú távú használati minták előfordulásának felbecsülése fontos közegészségügyi kérdés, mivel ez összefügg a negatív következményekkel, így például a légzőszervi problémákkal, a teljesítményromlással vagy a függőséggel (Hall és Solowij, 1998). A napi vagy majdnem napi szintű használat (az elmúlt 30 napból 20 vagy több napon) jelenleg az intenzív használat legjobb rendelkezésre álló, összehasonlítható mutatója.

A kannabiszhasználatnak erről a formájáról Európában 2007/2008-ban, az EMCDDA által koordinált „terepkísérlet” keretében gyűjtöttek adatokat, a nemzeti szakértőkkel és 13 ország Reitox fókuszpontjaival együttműködésben; a 13 ország az EU felnőtt népességének (15–64 évesek) 77%-át fedte le. Ezen adatok alapján úgy becsülték, hogy az összes európai felnőtt több mint 1%-a, körülbelül 4 millió ember használ

4. ábra: A kannabiszhasználat életprevalenciájában megfigyelt tendenciák különböző mintái a 15–16 éves diákok körében



Forrás: ESPAD.

kannabiszt naponta vagy majdnem minden nap.
E kannabiszhasználók többsége, körülbelül 3 millió fő

⁽⁵⁶⁾ Ld. az EYE-1 (xiii. rész) ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁵⁷⁾ Ld. a politoxikomániáról szóló kiemelt témát.

⁽⁵⁸⁾ Ld. a GPS-2. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

15 és 34 év közötti, ami ebben a korcsoportban a teljes európai népesség nagyjából 2–2,5%-át jelenti ⁽⁵⁹⁾.

Az intenzív kannabiszhasználat tendenciáit a szűkösen rendelkezésre álló adatok miatt nehéz felmérni.

A közelmúlt tendenciáiról adatokat közlő hét ország közül négy (Spanyolország, Franciaország, Olaszország, Portugália) számolt be növekedésről a napi szintű kannabiszhasználatban, egy jelentett stagnálást (Írország), csökkenést pedig csak kettőből jeleztek (Görögország, Hollandia) ⁽⁶⁰⁾. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy az intenzív kannabiszhasználók számát tekintve az elmúlt évtizedben átfogó növekedés történt Európában.

A kannabiszfüggőségről egyre inkább elismerik, hogy a kábítószer rendszeres használatának egyik következménye lehet, bár a súlyossága és a következményei talán kevésbé tűnnek komolynak, mint ami a többi pszichoaktív anyag némelyikével (pl. a heroin vagy a kokain) jellemzően együtt jár. A kannabiszt rendszeresen használó populáció viszonylag magasabb aránya miatt azonban a kannabiszhasználat intenzív formáinak közegészségügyi hatásai összességében mégis jelentősek lehetnek. A szerhasználók, különösen erős használat esetén, anélkül is tapasztalhatnak problémákat, hogy feltétlenül eleget tennének a függőség klinikai kritériumainak.

A vizsgálatok azt mutatják, hogy a kannabiszfüggőség nem alakul ki olyan hirtelen, mint más kábítószerknél (pl. a kokainnál), és azok körében, akik életükben legalább egyszer használtak már kannabiszt, a függőség kialakulása talán a 10%-ot sem haladja meg (Wagner és Anthony, 2002). Az Egyesült Államokból származó, az átlagpopulációra vonatkozó felmérési adatokban a függőséget a napi szintű szerhasználók 20–30%-ánál fedezték fel ⁽⁶¹⁾. Más tanulmányok azt jelezték, hogy a kannabiszfüggőség az idő múlásával viszonylag állandó lehet (Swift és mások, 2000). Mindazonáltal azoknak a függő kannabiszhasználóknak, akik leállnak a szer használatával, valószínűleg több mint a fele kezelés nélkül meg tudja ezt tenni (Cunningham, 2000; Ellinstad és mások, 2006).

A diákok körében előforduló minták

A 2007-es ESPAD-felmérésből az is kiderült, hogy a kannabiszhasználat életprevalenciája összefügg az

alacsonyabb kockázatra és a kábítószer jobb hozzáférhetőségére vonatkozó percepciókkal ⁽⁶²⁾.

A diákok átlagpopulációihoz viszonyítva a kannabiszhasználók nagyobb valószínűséggel fogyasztottak alkoholt, dohánytermékeket és más tiltott kábítószereket ⁽⁶³⁾.

Az ESPAD-vizsgálatból származó új adatok a kannabiszhasználat intenzívebb formáira is rávilágítottak. Tíz európai országban a 15–16 éves fiú diákok 5–12%-a számolt be arról, hogy már legalább 40 alkalommal használt kannabiszt. Ez az arány legalább kétszerese volt a lány diákok körében mértnek, ezzel alátámasztva más olyan adatokat, amelyek azt mutatták, hogy az intenzív használati minták a fiatal férfiak körében gyakrabban fordulnak elő. A használat korai megkezdése együtt jár a kábítószer-fogyasztás intenzívebb, illetve problémás formáinak későbbi kialakulásával. A gyakori használatot tekintve viszonylag magas arányokkal rendelkező tíz ország többségében a diákok 5–9%-a nyilatkozott úgy, hogy 13 évesen vagy ennél is fiatalabb korban kezdték használni a kannabiszt ⁽⁶⁴⁾.

Kezelés

Kezelés iránti igény

A kannabisz 2007-ben az összes kezelésre jelentkező (73 000 kliens) körülbelül 20%-ánál szerepelt elsődleges kábítószerként, ezáltal a heroin után ez volt a második leggyakrabban megnevezett kábítószer. Az országok között ugyanakkor komoly különbségek vannak: Bulgária, Litvánia és Szlovénia a klienseik kevesebb mint 5%-át jelentette elsődleges kannabiszhasználónak, míg Dánia, Franciaország, Magyarország, Hollandia és Törökország több mint 30%-ot. Ezek a különbségek a kannabiszhasználat prevalenciájával, a kezelési igényekkel, a kezelés biztosításával és szervezeti formájával, illetve a beutalás terén uralkodó gyakorlatokkal magyarázhatók. Ha a kannabiszhasználó kliensek legnagyobb arányával rendelkező két országot tekintjük, Franciaországban a konzultációs központok a fiatal kábítószer-használókat célozzák meg, Magyarországon pedig a kannabiszhasználó elkövetőknek a kezelést a büntetés alternatívájaként kínálják fel.

⁽⁵⁹⁾ Az európai átlagok az adatokkal rendelkező országokra vonatkozó (népesség szerint) súlyozott átlagon alapuló becslések; az adatokkal nem rendelkező országok esetében ezekkel számoltak. Az így kapott számadatok: az összes felnőtt (15–64 évesek) 1,2%-a és a fiatal felnőttek (15–34 évesek) 2,3%-a. Ld. a GPS-7. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶⁰⁾ Ld. a GPS-7. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶¹⁾ Az országos népesség felmérési adatainak elemzése az Egyesült Államokra nézve, 2000 és 2006 között. Az NSDUH online elemzési eszköze: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, a hozzáférés 2008. február 25-én történt, az elemzéshez a MJDAY30A és a DEPNDMRJ változókat használták.

⁽⁶²⁾ Ld. az EYE-1 (v. rész) és (vi. rész) ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶³⁾ Ld. a politoxikomániáról szóló kiemelt témát.

⁽⁶⁴⁾ Ld. az EYE-1 (iii. rész) és (vii. rész) ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

Rövid skálák a kannabiszhasználat problémás formáinak felmérésére az átlagpopuláción végzett felmérésekben

A tények azt mutatják, hogy a kannabiszfüggőség az átlagos népességben ugyanolyan megbízhatóan mérhető, mint a kezelt szerhasználók mintáiban, a megvonási tünetek mérését is beleértve (Mennes és mások, 2009). Az EMCDDA ezért sok országgal együttműködve módszereket dolgoz ki a kannabiszhasználat intenzívebb és jelentősen hosszú távú formáinak megfigyelésére.

Az elmúlt években különféle módszereket teszteltek a kábítószer-használat, főként a kannabiszhasználat intenzív és problémás formáinak felbecsülésére az átlagpopuláción végzett felmérések keretében. Német szakértők az e téren folyó munka és a vonatkozó szakirodalom áttekintése után négy olyan, a kannabiszra vonatkozó rövid skálát találtak, amelyeket már kipróbáltak az európai átlagpopuláció mintáiban. Ezek a következők voltak: a függőség súlyosságát mérő skála (Severity of Dependence Scale – SDS), a marihuána problémás használata (Problematic Use of Marijuana – PUM) teszt, a kannabisszal való visszaélést szűrő teszt (Cannabis Abuse Screening Test – CAST) és a kannabiszhasználatból eredő problémákat azonosító teszt (Cannabis Use Disorders Identification Test – CUDIT) (Piontek és mások, 2008). Ezek a skálák négy-tíz elemet tartalmaztak, pszichometriai tulajdonságaikat pedig (pl. az arra való képességüket, hogy következetesen, a kannabiszfüggőségről vagy a problémákról alkotott koncepcióval összhangban megkülönböztessék a problémás eseteket a nem problémás esetektől) általában véve nagyon jónak találták.

Mindazonáltal maradtak még nehézségek ezen a területen, mivel nem született megállapodás arról, hogy melyik fogalmat (pl. függőség, visszaélés, ártalmas használat, a használathoz kapcsolódó problémák) vagy fogalomkört kellene felmérni a kannabiszhasználat problémás formáinak megítéléséhez. A becslés körül is akadnak nehézségek, mivel az alacsony előfordulással rendelkező jelenségek sok „álpozitív” esetet idézhetnek elő, ezáltal a problémás kannabiszhasználat túlbecsüléséhez vezethetnek a népesség egészében. A jelenleg folyamatban vagy tervben lévő további megerősítő vizsgálatok hozzásegíthetnek e nehézségek leküzdéséhez.

A büntető igazságszolgáltatás mindkét országban jelentős szerepet játszik a kezelésre való beutalásban, de a tagállamok összességében arról számoltak be, hogy Európában a kezelést megkezdő kannabiszhasználók többsége saját kezdeményezéséből jelentkezik.

A járóbeteg-ellátó központoknál kannabiszhasználat miatt jelentkező kliensek gyakran más kábítószeres

használatáról is beszámolnak. Egy 14 országban elvégzett adatgyűjtés alapján 85%-uk fogyaszt más kábítószer, többnyire alkoholt (65%) vagy kokaint (13%), illetve egy részük alkoholt és kokaint is használ (12%) ⁽⁶⁵⁾.

A kábítószer miatti új kezelési igények alakulása

Az adatokkal rendelkező 19 országban az első alkalommal kezelésre jelentkezők körében 2002 és 2007 között 19 000-ről 34 000-re (25%-ról 31%-ra) emelkedett az elsődleges kannabiszhasználók száma, illetve aránya ⁽⁶⁶⁾. Úgy tűnik azonban, hogy ez a tendencia 2006 és 2007 között megszakadt, így most az országok többségéből az új kannabiszhasználó kliensek csökkenő vagy stabil arányát jelentették. Ez összefügghet a kannabiszhasználat közelmúltbeli tendenciáival, de a bejelentés terén követett gyakorlatok változását, a szolgáltatási kapacitás telítettségét vagy más szolgáltatások (pl. egészségügyi alapellátás, mentálhigiéniai gondozás) igénybevételét is tükrözheti.

A kliensek jellemzése

A járóbeteg-ellátásban kezelésre jelentkező kannabiszhasználók többnyire fiatal férfiak; a nemek arányát tekintve minden nőre 5,5 férfi kliens jut, az átlagéletkor pedig 25 év ⁽⁶⁷⁾. A járóbeteg-kezelésre első alkalommal jelentkező kábítószer-használók körében elsődleges kannabiszhasználatról a 15–19 évesek 67%-a ⁽⁶⁸⁾, a 15 évesnél fiatalabbak 78%-a számolt be.

Összességében a járóbeteg-kezelést megkezdő elsődleges kannabiszhasználók 24%-a alkalmi szerhasználó, akiket gyakran a büntető igazságszolgáltatás utal be; 12% hetente vagy ritkábban használja a kannabiszt; körülbelül 18% heti 2–6 alkalommal használja; 47% számít mindennapi használónak, egyben ők jelentik a legproblémásabb csoportot. Az országok között jelentős különbségeket lehet megfigyelni. Magyarországon, Romániában és Horvátországban a kannabisz miatt kezelt kliensek többsége alkalmi szerhasználó, ezzel szemben Belgiumban, Dániában, Spanyolországban, Franciaországban, Máltán és Hollandiában a többség napi szintű szerhasználó ⁽⁶⁹⁾. Az erre szakosodott konzultációs központok kliensei körében elvégzett francia tanulmány azt állapította meg, hogy a napi szintű kannabiszhasználók 63%-a függő (Obradovic, 2008).

A kannabiszhasználó kliensek közül sokan még tanulnak és stabil körülmények között laknak (EMCDDA, 2008a). Franciaországban azonban a kannabiszhasználó kliensek

⁽⁶⁵⁾ Ld. a politoxikomániáról szóló kiemelt témát.

⁽⁶⁶⁾ Ld. a TDI-1. és a TDI-2. ábrát és a TDI-3. (iv. rész) és a TDI-5. (ii. rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶⁷⁾ Ld. a TDI-21. (ii. rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶⁸⁾ Ld. a TDI-10 (iv. rész) és (vi. rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶⁹⁾ Ld. a TDI-18. (i. rész) és a TDI-111. (viii. rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

34%-a szakiskolába járt, szemben az átlagos népesség 6,8%-ával (Obradovic, 2008), ami alacsonyabb szintű iskolázottságot tükröz.

A kannabiszhasználat és a komorbid pszichiátriai betegségek közötti kapcsolat továbbra is tisztázatlan, összetett kérdés (EMCDDA, 2008a). A vizsgálatok azonban azt állapították meg, hogy a mentálhigiéniai problémákkal, különösen a skizofróniával rendelkező emberek esetében nagyobb a veszélye az intenzív kannabiszhasználat kialakulásának (Henquet és mások, 2005). Arra pedig egyértelmű bizonyítékok vannak, hogy a kannabiszhasználat hátrányosan hathat a már meglévő mentálhigiéniai problémákkal élőkre (ACMD, 2008). Az is viszonylag gyakori lehet, hogy a kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó szolgálatokhoz olyan tizenéveseket utalnak be kannabiszproblémák miatt, akiknél mentálhigiéniai problémák vannak a háttérben (Schroder és mások, 2008). Ez abból eredhet, hogy problémáikra az általános mentálhigiéniai ellátó intézményeknél nem keresnek vagy nem találnak megfelelő kezelést (Zachrisson és mások, 2006).

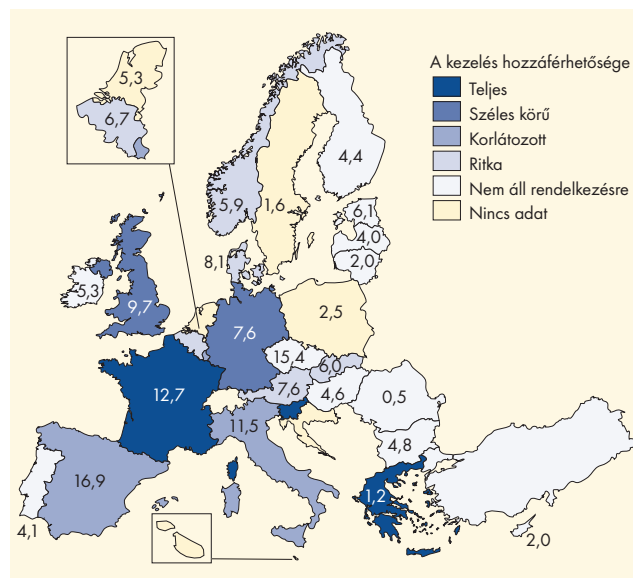
Kezelési szolgáltatások

A kannabiszhasználóknak szóló speciális kezelési programok a csoport igényeihez igazított szolgáltatásokat tudnak biztosítani, egyúttal csökkenthetik annak veszélyét, hogy a fiatalok egy társaságba keverednek az idősebb és problémásabb kábítószer-használókkal. Az EMCDDA 2008-ban információt gyűjtött az ilyen programok európai hozzáférhetőségéről. A nemzeti szakértők elmondása szerint a 25 adatközlő ország közül 13-ban létezett ilyen program (5. ábra). A szolgáltatások hozzáférhetősége országonként változó volt. Becslések szerint Franciaországban, Görögországban és Szlovéniában szinte mindenki részesült a speciális kezelésben az erre jelentkezők közül; Németországban és az Egyesült Királyságban a jelentkezők több mint fele; a maradék nyolc országban viszont csak töredékük. A 12 ország közül, ahonnan azt jelentették, hogy nincsenek külön programok a kannabiszhasználók részére, Bulgária, a Cseh Köztársaság, Észtország, Ciprus, Románia és Törökország a következő három évben tervezi ezek létrehozását.

A kannabiszhasználóknak szóló kezelési programok Európában

Görögországban az OKANA serdülőkkel foglalkozó részlegei kínálnak korai intervenciók programot a kísérletező vagy alkalmi kannabiszhasználók részére, az intenzívebb, illetve problémás szerhasználóknak pedig

5. ábra: A kannabiszhasználóknak szóló speciális kezelési programok hozzáférhetősége és a kannabiszhasználat havi prevalenciája (%) a 15–24 évesek körében



Megjegyzés: A hozzáférhetőséget azoknak a kezelésre szoruló kannabiszhasználóknak a becült arányában határozták meg, akik hozzáférhetők: szinte mindenki (teljes), a többség, de nem mindenki (széles körű), nem kevés, de nem is a többség (korlátozott), csak néhányan (ritka), nem áll rendelkezésre.

A speciális kezelési programok hozzáférhetőségére vonatkozó adatokat a nemzeti szakértők közölték, az alapján, hogy a kezelési kapacitás milyen mértékben illeszkedik az aktívan kezelést kérő kannabiszhasználók részéről mutatózók kereslethez. A speciális programok a problémás kannabiszhasználóknak strukturált kezelést, a hozzátartozóknak támogatást, a nem problémás kannabiszhasználóknak vagy a fiatal elkövetőknek konzultációt biztosíthatnak. Hollandiában a jelentések szerint léteznek ilyen programok, de a hozzáférhetőségük nem ismert. A kannabiszhasználat havi prevalenciája a 15–24 évesek körében azoknak a fiataloknak az arányát jelzi, akik kapcsolatba kerülhetnek az ilyen programokkal. Ez nem tükrözi a kezelési igényeket vagy a problémás kannabiszhasználat szintjét az adott országban.

A prevalenciára vonatkozó további információért ld. a GPS-16. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

strukturáltabb kezelést biztosítanak. A kezelés többnyire szervezett családterápián alapul.

Franciaországban – az ország különböző pontjain – körülbelül 275, erre kijelölt konzultációs központ nyújt prevenciós tájékoztatást, rövid beavatkozásokat és támogatást a fiatal kábítószer-használóknak (többnyire kannabiszhasználóknak), a fiatalokorú elkövetőknek és hozzátartozóiknak. Ha problémás kábítószer-használatot (pl. függőséget) vagy súlyos komorbid betegséget diagnosztizálnak, a klienseket speciális szolgálatokhoz utalják be.

Ausztriában számos konzultációs központ (pl. a ChEck itl, a B.I.T., a Clean Bregenz) alkalmaz egyedi koncepciókat a fiatal kannabiszhasználók esetében, amelyek célja, hogy

elkülönítsék őket a központ többi látogatójától – többnyire az opioidhasználóktól –, és a hozzátartozóikat vagy barátait is bevonják a konzultáció vagy a kezelés folyamatába.

Németországban a „Quit the shit”⁽⁷⁰⁾ nevű, kannabiszról leszoktató internetes programot hét szövetségi államban 12 drogonkonzultációs intézmény vette át. A FRED (lásd a 2. fejezetet) motivációs interjúkon alapuló konzultációt kínál a büntető igazságszolgáltatáson keresztül beutaltak számára. A CANDIS nevű, a kannabisszal kapcsolatos rendellenességekkel küzdő pácienseknek szóló program a motiváció erősítésén, kognitív pszichoterápián és pszichoszociális problémamegoldáson alapul; ezt jelenleg Drezdában alkalmazzák. A program értékelése pozitív eredményeket mutatott, így arról, hogy máshol is bevezetik-e, egy most folyó, tíz másik központban végzett utókövetéses vizsgálat megállapításai alapján döntenek.

Belgium, Németország, Franciaország, Hollandia és Svájc egy INCANT néven folyó, nemzetközi vizsgálat keretében közösen tanulmányozza a problémás kannabiszhasználat átfogó családi kezelésének hatékonyságát.

A tudományos szakirodalom azt jelzi, hogy a kannabiszhasználat kezelésére többféle pszichoterápia, például a motivációs és a kognitív pszichoterápia is hatásos lehet, de eddig egyiket sem találták hatékonyabbnak a többinél (Nordstrom és Levin, 2007). A problémás kannabiszhasználók némelyikénél a rövid beavatkozások is hasznosak lehetnek, amelyeket például a fiatalkorúakkal foglalkozó szociális szolgálatok, a háziorvosok vagy az iskolák biztosítanak.

A közelmúltban egy 326 fiatal intenzív kannabiszhasználó bevonásával végzett, randomizált kontrollcsoportos vizsgálat azt állapította meg, hogy a vagy három, vagy hat hónapos utókövetésnél a kannabiszhasználat abbahagyását tekintve nem volt különbség azok között, akikkel motivációs interjút készítettek, illetve akik pusztán tanácsadásban vagy felvilágosításban részesültek a kábítószer-használatról (McCambridge és mások, 2008). Három hónap elteltével azonban a kannabiszhasználat abbahagyásával kapcsolatban felismerhetőek voltak a terapeuták egyéni hatásai és a terapeuta-beavatkozás kölcsönhatás működése. Ezek a megállapítások jól szemléltetik a fiatal kannabiszhasználóknak szóló beavatkozások szolgáltatói

számára nyújtott képzés fontosságát, különösen a speciális szolgálatokon kívül dolgozók esetében.

Internetalapú kezelés

A kábítószer-fogyasztók internetalapú kezelése 2004 óta létezik az Európai Unió területén, de ez a szolgáltatás továbbra is korlátozott. Egy közelmúltbeli tanulmány e beavatkozástípus jelenlegi fejlettségi fokát vizsgálta meg az Európai Unióban (EMCDDA, 2009a). Az internetalapú kezelés úgy definiálható, mint „egy kifejezetten kábítószer-fogyasztók kezelésére kidolgozott vagy átalakított, strukturált és időrendhez kötött beavatkozás, amelyet a világhálón keresztül kínálnak és bonyolítanak le”. A kannabiszhasználattal összefüggő rendellenességek kezelésére szolgáló beavatkozásokat Németországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban találtak, de Hollandiában más, kokainhasználóknak és a „partidrogok” (pl. ecstasy) használóinak szóló kezelések is működnek.

Az internetalapú kezeléseket a kezelés vagy a megelőzés terén működő szervezetek dolgozzák ki, azzal a céllal, hogy a szerhasználókat segítsék szerhasználatuk felmérésében, egyúttal támogassák az ilyen viselkedésformák megváltoztatására irányuló törekvéseiket. A beavatkozások keretében tájékoztatást, tudásteszteket vagy játékokat biztosítanak a kábítószeres és a kábítószer-függőség témájában, illetve tesztelni lehet az egyén saját kábítószer-fogyasztását. Közös vonásuk a strukturált kezelési beavatkozás hozzáférhetősége, amely vagy egy előre összeállított önszorgító programot jelent, a tanácsadókkal való kapcsolat nélkül, vagy egy szervezett programot megadott időpontokban való kapcsolatfelvétellel. Ez utóbbi történhet kétszemélyes csevegés vagy üzenőfal segítségével. Helyenként a többi szerhasználóval való kapcsolatfelvételre is lehetőség van egy fórum révén, ezáltal virtuális önszorgító csoportok jönnek létre.

Az ilyen típusú beavatkozások hatásosságáról még mindig nem állnak rendelkezésre bizonyítékok, de az első randomizált kontrollcsoportos kísérletek megállapításai azt jelzik, hogy kedvezőek lehetnek. Németországban a kannabiszhasználóknak szóló „Quit the shit” beavatkozás eredményeinek előzetes értékelése szerint a résztvevők 32%-a absztinenciáról számolt be a program teljesítése után, és különösen azokat sikerült elérni, akik első alkalommal kértek kezelést. Az ilyen beavatkozások az alacsony hozzáférési küszöb miatt esetleg olyan személyeket is elérhetnek, akik más szolgáltatásokat nem akarnak igénybe venni. Ugyanakkor olyan súlyos problémákkal is szembetalálkozhatnak – kábítószer-függőséggel vagy más mentálhigiénés problémákkal –, amelyek meghaladják az internetalapú kezelés lehetőségeit.

⁽⁷⁰⁾ Ld. „Internetalapú kezelés”.

4. fejezet

Amfetaminok, ecstasy és hallucinogén anyagok

Bevezetés

Az amfetaminok (gyűjtőnév, amelybe az amfetamin és a metamfetamin egyaránt beleértendő) és az ecstasy Európában a legelterjedtebb tiltott kábítószeresek közé tartoznak. Abszolút számokban nézve a kokainhasználat talán nagyobb arányú, de földrajzi koncentrációja miatt sok országban a kannabisz után az ecstasy vagy az amfetaminok számítanak a második leggyakrabban használt kábítószernek. Ráadásul néhány országban az amfetaminok használata a kábítószer-probléma fontos részét képezi, és a kezelésre szoruló jelentős hányadért felel.

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 a Cseh Köztársaságra és Szlovákiára korlátozódik.

Az ecstasy megnevezés az amfetaminokkal kémiai rokon, de hatásukat tekintve némileg eltérő szintetikus anyagokat jelöli. Az ecstasycsoport legismertebb tagja a 3,4-metiléndioxi-metamfetamin (MDMA), de az ecstasylettékben olykor más rokon analógok is megtalálhatók (MDA, MDEA). Az ecstaszyhasználat az 1980-as évek vége előtt Európában gyakorlatilag ismeretlen volt, az 1990-es években azonban gyorsan megemelkedett. E kábítószer népszerűsége történetileg a zenés-táncos szórakozóhelyekhez köthető, és a szintetikus kábítószeres használata általában véve bizonyos kulturális alcsoportokhoz, illetve társadalmi közeghez kapcsolódik.

A szintetikus hallucinogén kábítószeresek közül Európában a legismertebb a lizergénsav-dietilamid (LSD), amelynek fogyasztása alacsony szintű, és elég hosszú ideje nagyjából állandó. Úgy tűnik, hogy az elmúlt években a fiatalok körében egyre nagyobb lett az érdeklődés a természetben előforduló hallucinogén anyagok, például a hallucinogén gombákban található anyagok iránt.

Kínálat és hozzáférhetőség

A szintetikus kábítószeresek prekurzorai

A bűnüldözési erőfeszítések keretében a tiltott kábítószeres előállításához szükséges prekurzor vegyi anyagokkal is

foglalkoznak, és ezen a téren a nemzetközi együttműködés különösen hasznos. A Prizma projekt a szintetikus kábítószeres tiltott előállításában használt prekurzor vegyi anyagok eltérítésének ⁽⁷¹⁾ megelőzésére indított nemzetközi kezdeményezés, amelynek eszköze a legális kereskedelmi célú export előtti értesítések rendszere és gyanús ügyletek esetén a leállított szállítmányokról és a lefoglalásokról szóló jelentések. Az e téren folyó tevékenységekről a Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szervhez érkeznek a jelentések (INCB, 2009b).

Az INCB 2007-ben a metamfetamin két fő prekurzorának világszintű lefoglalásaiban jelentős emelkedésről számolt be: az efedrinből 22 tonnát (szemben a 2006-os 10,2 tonnával), a pseudo-efedrinből 25 tonnát foglaltak le (szemben a 2006-os 0,6 tonnával). Az EU tagállamai (főként Svédország és Bulgária) 0,6 tonna efedrinfogásért feleltek – ez a 2006-ban lefoglalt mennyiség több mint kétszerese –, valamint 7 tonnánál is több pseudo-efedrinért, szinte teljes egészében Franciaországban.

Ezzel szemben az amfetamin és a metamfetamin előállításához egyaránt használható 1-fenil-2-propanon (P2P, BMK) globális lefoglalásai 2007-ben meredeken visszaestek, 834 literre (szemben a 2006-os 2600 literrel). Az EU-ban a P2P lefoglalásai 582 litert tettek ki, szemben a 2006-ban lefoglalt 2005 literrel.

Az MDMA gyártásához használt 3,4-metiléndioxifenilpropán-2-on (3,4-MDP-2-P) globális lefoglalásai 2007-ben tovább csökkentek, 2300 literre, ami a 2006-os 8800 literhez képest jelentős visszaesés. Az MDMA szintetizálásában a 3,4-MDP-2-P helyettesítésére használt szafrol világszintű lefoglalásai viszont a 2007-ben elkobzott 46 000 literrel jócskán megugrottak (2006-ban 62 liter volt), bár ebből mindössze 8 litert foglaltak le az EU-ban.

Amfetamin

A globális amfetamintermelés továbbra is Európában koncentrálódik, amely a 2007-ben bejelentett összes amfetaminlaboratórium 81%-áért felelt (UNODC, 2009), de a világ más részein, konkrétan Észak-Amerikában is

⁽⁷¹⁾ Ld. „Mit nevezünk kábítószer-prekurzornak?”, 55. o.

4. táblázat: Az amfetamin, metamfetamin, ecstasy és LSD termelése, lefoglalásai, ára és tisztasága

	Amfetamin	Metamfetamin	Ecstasy	LSD
Becsült globális termelés (tonna)	230–640 ⁽¹⁾		72–137	n.a.
Globális lefoglalt mennyiség (tonna)	23,6	18,2	7,9	0,9
Lefoglalt mennyiség Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)	7,9 tonna (8,1 tonna)	340 kilogramm (340 kilogramm)	Tabletta 21 millió (22 millió)	Egység 68 000 (68 000)
Lefoglalások száma Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Átlagos kiskereskedelmi ár (EUR) Tartomány (Interkvartilis tartomány) ⁽²⁾	Gram 5–30 (12–23)	Gram 8–51	Tabletta 3–19 (4–8)	Dávka 4–30 (7–12)
Az átlagos tisztaság tartománya	4–40 %	3–66 %	21–90 mg	—

⁽¹⁾ Az amfetamin és a metamfetamin globális termeléséről csak összesített becslések állnak rendelkezésre.

⁽²⁾ A bejelentett átlagárak középső felének tartománya.

Megjegyzés: Mindegyik adat 2007-re vonatkozik; n.a.: nincs adat.

Forrás: UNODC World drug report (2009) a globális értékek esetében, Reitox nemzeti fókuszpontok az európai adatok esetében.

megtalálható ⁽⁷²⁾. Az amfetaminok globális lefoglalásai 2007-ben közel 24 tonnát tettek ki, amelynek körülbelül kétharmadát a Közel-Keleten kobozták el, az Európa délkeleti részén előállított „Captagon” tablettákhoz ⁽⁷³⁾ kapcsolódva (lásd a 4. táblázatot). Nyugat- és Közép-Európa a globális lefoglalások 36%-áért felelt, ami tükrözi Európának e kábítószer fő termelőjeként és fogyasztójaként betöltött szerepét (CND, 2008; UNODC, 2009).

Az Európában lefoglalt amfetamin nagy részét – fontossági sorrendben – Hollandiában, Lengyelországban és Belgiumban, illetve kisebb mértékben Észtországban és Litvániában állítják elő. 2007-ben az Európai Unióban 29 olyan telephelyet fedeztek fel és jelentettek az Europolnak, amely amfetaminok előállításában, tablettázásában vagy tárolásában vett részt.

Európában 2007 folyamán becslések szerint 40 000 lefoglalással összesen 8,1 tonna amfetaminport foglaltak le ⁽⁷⁴⁾. A 2002–2007 közötti időszakban a lefoglalások száma folyamatosan nőtt, a lefoglalt amfetamin mennyisége viszont ingadozott, bár általában véve emelkedő tendenciát mutatott, és 2007-ben új csúcst ért el ⁽⁷⁵⁾.

Az Európában lefoglalt amfetaminminták tisztasága 2007-ben rendkívül változatos volt, olyannyira, hogy az

átlagos értékekről csak nagyon óvatosan lehet nyilatkozni. Mindazonáltal a minták átlagos tisztasága a Dániában, Németországban és Franciaországban mért 10% alatti értékektől a Hollandiában, Lengyelországban és némely balti és skandináv államokban tapasztalt 30% fölötti értékekig terjedt. Az elmúlt öt évben az amfetamin tisztasága a tendenciák elemzéséhez elegendő adattal rendelkező 20 ország többségében stagnált vagy visszaesett.

2007-ben az amfetamin átlagos kiskereskedelmi ára a 17 adatközlő ország felében a grammonkénti 10 EUR és 20 euró között mozgott. A 11 ország közül, ahol össze lehetett hasonlítani a 2007-es és a 2006-os adatokat, Spanyolország, Franciaország és Ausztria jelezte a kiskereskedelmi ár növekedését, a többiből viszont stabil vagy csökkenő árakat jelentettek.

Metamfetamin

A metamfetamin előállítása Kelet- és Délkelet-Ázsiában, illetve Észak-Amerikában koncentrálódik, de Latin-Amerikából és Óceániából is egyre több jelentés érkezik kapcsolódó tevékenységekről. 2007-ben 18,2 tonna metamfetamint foglaltak le, ami megfelel a 2004 óta stabil tendencia folytatásának. A kábítószer legnagyobb részét

⁽⁷²⁾ A kábítószer kínálatáról és hozzáférhetőségéről szóló adatok forrására vonatkozó információkat lásd a 43. oldalon.

⁽⁷³⁾ A Captagon a fenetillin, egy szintetikus központi idegrendszeri serkentőszer egyik bejegyzett márkanéve, bár az ezzel a logóval a tiltott piacon eladott tablettákról általában kiderül, hogy koffeinnel kevert amfetamint tartalmaznak.

⁽⁷⁴⁾ Ez egyelőre csak előzetes elemzés, mivel az Egyesült Királyságra vonatkozó adatok 2007-ből még nem elérhetők.

⁽⁷⁵⁾ Az európai kábítószer-lefoglalásokról ebben a fejezetben említett adatok megtalálhatók a SZR-11–SZR-18. táblázatban a 2009. évi statisztikai közlönyben.

Mit nevezünk kábítószer-prekurzornak?

A kábítószeres területén a „prekurzor” kifejezés az olyan anyagokat jelenti, amelyeknek vannak legális alkalmazásai, ugyanakkor kábítószeres illegális előállítására is használhatók. Ezeket az anyagokat másként, például „alapvető vegyi anyagoknak” (essential chemicals) is szokták nevezni.

A „prekurzorok” nemzetközi ellenőrzéséhez a jogalapot a kábítószeres és pszichotróp anyagok tiltott forgalmazása elleni 1988. évi ENSZ-egyezmény 12. cikke biztosítja. Az egyezmény két táblázatban 23, „kábítószeres vagy pszichotróp anyagok gyártásában gyakran használt anyagot” sorol fel, amelyek tiltott célokra való eltérítését meg kell akadályozni.

A 12. cikket először átültették az ilyen anyagok tiltott célokra való eltérítését megakadályozó, 1990-ben elfogadott európai jogszabályba (3677/90/EGK), majd a későbbiekben elfogadott rendeletekbe, hogy szabályozzák az EU-n belüli (273/2004/EK), illetve az EU és nem uniós országok közötti (111/2005/EK) kereskedelmüket, továbbá engedélyezési eljárásokat és az ellenőrzésre vonatkozó szabályokat állapítsanak meg (1277/2005/EK).

Az uniós rendeletekben az 1. kategória többnyire olyan anyagokat tartalmaz, amelyek a szintetikus kábítószeres előállításához elengedhetetlenül szükségesek, amilyen például az efedrin és a pszeudefedrin (a metamfetaminhoz); a 3,4-metilén-dioxifenilpropán-2-on (PMK), az izoszafrol és szafrol (az ecstasyhoz); és az 1-fenil-2-propanon (P2P, BMK) (az amfetaminhoz és a metamfetaminhoz). A 2. kategóriába fontos reagensek tartoznak, mint a kálium-permanganát és az ecetsavanhidrid, amelyek a kokain, illetve a heroin előállításához széles körben használatosak. A 3. kategóriában gyakoribb reagenseket sorolnak fel, köztük a sósavat és a kénsavat (a heroinhoz és a kokainhoz), illetve olyan oldószereket, mint az aceton (a kokainhoz és az MDMA-hoz) és a toluol (a metamfetaminhoz és az MDMA-hoz).

Kelet- és Délkelet-Ázsiában (56%) foglalták le, kisebb részét Észak-Amerikában; Európa a lefoglalásokhoz mindössze 2%-ban járult hozzá (UNODC, 2009).

A metamfetamin tiltott előállítása Európában is előfordul, bár nagy részben a Cseh Köztársaságra korlátozódik, ahol 2007-ben több mint 390 kisüzemi „konyhalaboratóriumot” fedeztek fel. A kábítószeres a jelentések szerint Szlovákiában és Litvániában is termelik.

Európában 2007-ben közel 4500 metamfetaminlefoglalást jelentettek, ami mennyiségileg hozzávetőlegesen 340 kg-ot tett ki. A lefoglalások legnagyobb részéért Norvégia felelt, mind a lefoglalások számát, mind az elkobzott metamfetamin mennyiségét tekintve. 2005 és 2007 között

a metamfetamin európai lefoglalásainak száma és mennyisége egyaránt nőtt, noha más kábítószeresekhez képest továbbra is alacsony maradt.

Ecstasy

A globális ecstasytermelést az UNODC (2009) 2007-ben 72 és 137 tonna közé becsülte. Úgy tűnik, hogy a termelés földrajzilag vegyesebb lett, és az előállítás közelebb került az észak-amerikai, kelet- és délkelet-ázsiai, illetve óceániai fogyasztói piacokhoz. Ennek ellenére továbbra is Európa az ecstasytermelés fő helyszíne, ezen belül a gyártás elsősorban Hollandiában, Belgiumban, illetve kisebb mértékben Németországban, az Egyesült Királyságban és Lengyelországban koncentrálódik.

A globális ecstasylefoglalások 2007-ben elérték a 7,9 tonnát, és a régiók többségéből növekedést jelentettek. Nyugat- és Közép-Európához kötődött a globális lefoglalások 36%-a, Délkelet-Európához pedig a 2%-a (UNODC, 2009). Európából 2007-ben összességében több mint 24 000 lefoglalást jelentettek, ami becslések szerint 22 millió ecstasytabletta lefoglalását eredményezte. A legnagyobb lefoglalt mennyiséget Hollandiából jelentették, amely 8,4 millió tablettával megduplázta a 2006-ban bejelentett mennyiséget. Ezt nagyságrendben csak két másik európai ország tudta megközelíteni, Franciaország és Németország, ahonnan körülbelül egy-egy millió tablettát lefoglalását jelentették. Az Egyesült Királyság 2006-ban szintén hatmilliónál is több tablettát lefoglalásáról számolt be, a 2007-es adatok viszont innen még nem állnak rendelkezésre.

A 2002–2007 közötti időszakot tekintve az Európában bejelentett ecstasylefoglalások száma 2003-ban hirtelen visszaesett, de azóta évről évre enyhén nő. Ugyanebben az időszakban a lefoglalt mennyiség 2005-ben alacsony szintre esett vissza, azóta azonban ismét emelkedett, és úgy tűnik, most már a 2002-es szinthez közelít.

A metamfetamin európai termelése: az EMCDDA és az Europol közös kiadványa

Az EMCDDA és az Europol 2009-ben közös kiadványsorozatot indított az európai kábítószer-kínálatról. A sorozat első jelentése összefoglaló áttekintést nyújt a metamfetamin európai előállításával és kereskedelmével kapcsolatos kérdésekről, és bemutatja az erre adott európai és nemzetközi szintű válaszokat (1).

A sorozat a későbbiekben más szintetikus kábítószeres, köztük az amfetamin és az ecstasy európai kínálatáról szóló jelentésekkel fog bővülni.

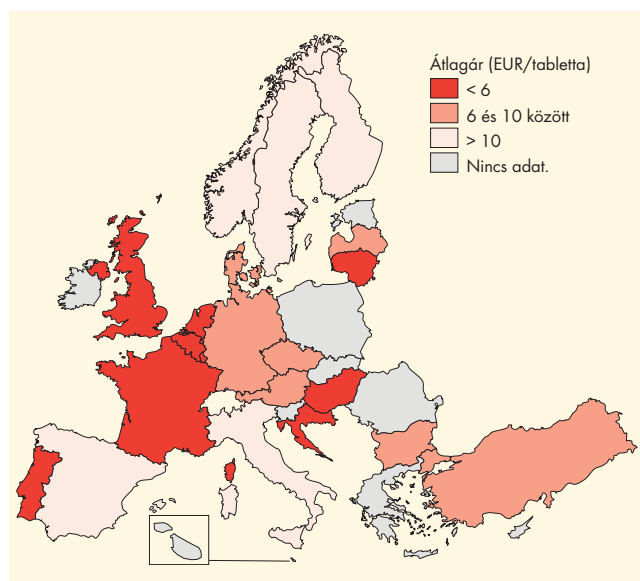
(1) Elérhető: <http://emcdda.europa.eu/publications/>

Európában a 2007-ben elemzett ecstasyletabletták többsége egyedüli pszichoaktív anyagként MDMA-t vagy más ecstasyszerű anyagot (MDEA, MDA) tartalmazott – 17 országból jelentették, hogy ez volt a helyzet az összes elemzett tablettá több mint 70%-ában. Az MDMA-t vagy analógjait tartalmazó ecstasyletabletták ennél alacsonyabb arányáról Bulgária (47%), Ciprus (44%) és Ausztria (61%) számolt be. Luxemburgban az elemzett tabletták legnagyobb része (83%) nem tartalmazott ellenőrzött anyagot, és Cipruson is ez volt a helyzet (53%). Törökországban csak az elemzett tabletták 23%-ában találtak MDMA-hoz hasonló anyagokat.

A 2007-ben vizsgált ecstasyletabletták jellemző MDMA-tartalma 19–75 mg között volt a 11 adatközlő országban. Emellett néhány országból (Bulgária, Franciaország, Hollandia, Szlovákia, Norvégia) nagydózisú, 130 mg-ot meghaladó MDMA-tartalmú ecstasyletablettákat is jelentettek. Az ecstasyletabletták tisztaságában nem figyelhető meg egyértelmű tendencia.

Az ecstasy mára lényegesen olcsóbb lett, mint az 1990-es években, amikor először vált széles körben hozzáférhetővé. Bár egyes jelentésekben még 2 eurónál kevesebért árusított tablettákról is említést tesznek, a legtöbb országból most tablettánként 4–10 euró közötti átlagos kiskereskedelmi árat jelentettek (6. ábra). A 2002–2007-ről rendelkezésre álló adatok azt mutatják, hogy az inflációnak megfelelően kiigazított kiskereskedelmi ár csökkenése folytatódott.

6. ábra: Az ecstasyletabletták kiskereskedelmi ára



Megjegyzés: A kizárólag minimum és maximum érték közötti országokat akkor szerepeltettük, ha az említett értékek a fenti tartományok valamelyikébe esnek. Ld. a PPP-4. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

Hallucinogén anyagok

Az LSD használatát és kereskedelmét Európában még mindig marginálisnak tekintik. A rendelkezésre álló adatok a 2002–2007 közötti időszakban lefoglalt mennyiségeket tekintve csökkenő tendenciát mutatnak, miközben a lefoglalások száma 2003 és 2007 között valamelyest emelkedett. Az LSD (inflációnak megfelelően kiigazított) kiskereskedelmi árai 2003 óta enyhén csökkentek, így 2007-ben az átlagos ár az 5–12 euró tartományban mozgott a jelentéstevő országok többségében.

A 2007-ben kábítószer-lefoglalásokat bejelentő 28 ország közül 11 tett említést hallucinogén gombákról, amelyek sok országban vadon is teremnek, és az interneten keresztül rendelhetők. A hat ország közül, ahonnan a lefoglalásokat, a használat prevalenciáját vagy a hallucinogén gombák hozzáférhetőségét tekintve valamilyen tendenciáról tudtak beszámolni, ötben csökkenő volt ez a tendencia. Egy ország (Franciaország) tudósított a használat előfordulásának és a lefoglalásoknak a növekedéséről, amit a gombák és a gombatermesztő készletek internetes hozzáférhetőségének tulajdonítottak.

Előfordulás és használati minták

Az átlagos népesség körében az amfetaminok vagy az ecstasy használatának viszonylag magas szintjét az EU néhány tagállamból jelentették (Cseh Köztársaság, Észtország, Egyesült Királyság). Néhány országban az amfetamin vagy metamfetamin intravénás használata felel a problémás kábítószer-használók és a kábítószer-problémák miatt segítséget kérők összesített számának egy jelentős hányadáért. Ezekkel a krónikus szerhasználói populációkkal ellentétben a szintetikus kábítószeres – különösen az ecstasy – használata és az éjszakai klubok és táncrendezvények között létezik egy általánosabb összefüggés: ez azt jelenti, hogy lényegesen magasabb használati arányokat jelentenek a fiatalok köréből, és bizonyos közegekben, illetve a népesség egyes alcsoportjaiban kiugróan magas használati szinteket figyelnek meg. A hallucinogén kábítószeres, mint például a lizergénsav-dietilamid (LSD) és a hallucinogén gombák összesített fogyasztási szintjei általában alacsonyak, és az elmúlt években nagyjából állandóak voltak.

Amfetaminok

A közelmúltbeli populációs felmérések azt mutatják, hogy az amfetaminok használatának ⁽⁷⁶⁾ életprevalenciája Európán belül országonként változik, és aránya a majdnem nullától az összes felnőtt (15–64 évesek) 11,7%-áig terjed. Becslések szerint az összes európai

⁽⁷⁶⁾ Az „amfetaminhasználatról” szóló felmérési adatok gyakran nem tesznek különbséget az amfetamin és a metamfetamin között, bár ez jellemzően az amfetamin (szulfát vagy dexamfetamin) használatát jelenti, mivel a metamfetamin használata Európában ritka.

felnőtt közül átlagosan 3,5% használt amfetamint életében legalább egyszer. A kábítószer elmúlt évi használata ennél jóval alacsonyabb, európai átlagban 0,5%. Ezek a becslések azt mutatják, hogy az amfetamint körülbelül 12 millió európai próbálta már, és nagyjából 2 millióan használták az elmúlt év folyamán (az adatok összefoglalását lásd az 5. táblázatban).

A fiatal felnőttek körében (15–34 évesek) az amfetaminhasználat életprevalenciáját tekintve az országok között nagy különbségek vannak: az arány 0,1% és 15,3% között mozog, a súlyozott európai átlag 5% körül alakul. Az amfetaminok elmúlt évi használata ebben a korcsoportban 0,1–3,1% között van, de az országok többségéből a 0,5–2,0% közötti tartományba eső becsült prevalenciát jelentettek. Becslések szerint az elmúlt év folyamán az európai fiatalok átlagosan 1,1%-a használt amfetaminokat.

A 15–16 éves diákok körében az amfetaminok használatának életprevalenciája 1–8% között mozog a 2007-ben megvizsgált 26 EU-tagállamban, Norvégiában és Horvátországban, noha az 5%-ot meghaladó prevalenciaszinteket csak Bulgáriából, Lettországból (mindkét helyen 6%) és Ausztriából (8%) jelentettek ⁽⁷⁷⁾.

Problémás amfetaminhasználat

Az EMCDDA problémás kábítószer-használatra vonatkozó mutatója alkalmazható az amfetaminok esetében, amely a kábítószer intravénás vagy tartós és/vagy rendszeres használatát határozza meg problémásként. A problémás amfetaminhasználókról csak Finnország közölt friss országos becslést: 2005-ben 12 000 és 22 000 közé tette a számukat ⁽⁷⁸⁾, ami az országban élő problémás

5. táblázat: Az amfetaminhasználat előfordulása az átlagos népességben – az adatok összefoglalása

Korcsoport	A használat időszaka	
	Élete folyamán	Az elmúlt évben
15–64 évesek		
A szerhasználók becsült száma Európában	12 millió	2 millió
Európai átlag	3,5%	0,5%
Tartomány	0,0–11,7%	0,0–1,3%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (0,0%) Görögország (0,1%) Málta (0,4%) Ciprus (0,8%)	Görögország, Málta, Románia (0,0%) Franciaország (0,1%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Egyesült Királyság (11,7%) Dánia (6,3%) Spanyolország (3,8%) Norvégia (3,6%)	Észtország (1,3%) Dánia (1,2%) Norvégia (1,1%) Egyesült Királyság (1,0%)
15–34 évesek		
A szerhasználók becsült száma Európában	7 millió	1,5 millió
Európai átlag	5,0%	1,1%
Tartomány	0,1–15,3%	0,1–3,1%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (0,1%) Görögország (0,2%) Málta (0,7%) Ciprus (0,8%)	Görögország, Románia (0,1%) Franciaország (0,2%) Ciprus (0,3%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Egyesült Királyság (15,3%) Dánia (10,5%) Lettország (6,1%) Norvégia (5,9%)	Dánia (3,1%) Észtország (2,9%) Norvégia (2,0%) Lettország (1,9%)
Az európai előfordulásra vonatkozó becslések a 2001 és 2008 között (többnyire 2004–2008 között) elvégzett legfrissebb országos felmérésekből kapott súlyozott átlagokon alapulnak, ezért ezeket nem lehet egy konkrét évhez kapcsolni. Az Európára vonatkozó átlagos előfordulást az egyes országokban az adott korcsoportba tartozó népességnek megfelelően súlyozott átlaggal számították ki. Azokban az országokban, ahonnan semmilyen információ nem állt rendelkezésre, az átlagos uniós előfordulással számoltak. Az alapul vett populációk: 15–64 (334 millió) és 15–34 (133 millió). Az itt összefoglalt adatok az „Átlagpopuláción végzett felmérések” részben található a 2009. évi statisztikai közlönyben.		

⁽⁷⁷⁾ Az összes ESPAD-ország és Spanyolország adatai. Ld. az EYE-2. (vi. rész) ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷⁸⁾ Ez 3,4–6,3 eset/1000 főnek felel meg a 15–64 éves korcsoportban, az eredeti 15–54 éves minta átszámításával, feltételezve, hogy az 55–64 éves korcsoportba egyetlen eset sem tartozik.

opiooidhasználók becsült számának körülbelül a négyszerese.

Az amfetamin mint elsődleges kábítószer használatával kapcsolatban bejelentett kezelési igények száma a legtöbb európai országban viszonylag alacsony, de az összes bejelentett kezelési igényhez képest arányuk Svédországban (34%), Finnországban (23%), Lettországon (16%) és Magyarországon (11%) számottevő.

Négy másik ország (Belgium, Dánia, Németország, Hollandia) számolt be az amfetamin elsődleges kábítószerként megnevező kliensek 6–10% közötti arányáról a kezelésre jelentkezők között, mindenhol máshol 3% alatt volt ez az arány ⁽⁷⁹⁾.

Az amfetaminhasználók összesített száma és arányuk a kezelést megkezdő új kliensek körében 2002 és 2007 között nagyjából állandó volt. Számottevő emelkedést csak Dániából, Lettországból és Hollandiából jelentettek, Svédországban és Finnországban viszont csökkent az új amfetaminhasználó kliensek aránya ⁽⁸⁰⁾. A tendenciára vonatkozó adatok vizsgálatakor azonban figyelembe kell venni a módszertani korlátokat, tekintettel az országos megfigyelőrendszerek némelyikében történt közelmúltbeli változásokra (pl. Lettország).

A kezelésre jelentkező amfetaminhasználók átlagéletkora 29 év. A nők aránya magasabb, mint más kábítószeres esetében, így a férfi–nő arány körülbelül 2:1. A kezelés alatt álló amfetaminhasználók gyakran számolnak be más kábítószerek, főként a kannabisz és az alkohol, illetve olykor az opiooidok fogyasztásáról ⁽⁸¹⁾. Azokban az országokban, ahol az elsődleges amfetaminhasználók a kezelésre jelentkezők között nagy arányban vannak jelen, az intravénás a leggyakoribb beadási mód (63–83%).

Problémás metamfetaminhasználat

Ellentétben a világ más részeivel, ahol a metamfetamin használata az elmúlt években emelkedett, Európában a használat szintjei korlátozottnak tűnnek. E kábítószer használata történetileg nézve Európán belül a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában koncentrálódik. 2007-ben a Cseh Köztársaságban a problémás metamfetaminhasználók számát körülbelül 20 400–21 400 főre becsülték (2,8–2,9 eset/1000 fő a 15–64 éves korcsoportban), ami a problémás opiooidhasználók becsült számának kétszerese; Szlovákiában a számukat hozzávetőlegesen 5800–15 700-ra becsülték (1,5–4,0 eset/1000 fő

a 15–64 éves korcsoportban), ami nagyjából 20%-kal marad el a problémás opiooidhasználók becsült számától.

Mindkét országban magas volt azoknak az aránya, akik a kezelésre jelentkezve a metamfetamin jelölték meg elsődleges kábítószerként: a Cseh Köztársaságban 61%, Szlovákiában 26%. A metamfetaminhasználattal összefüggő kezelési igények 2002 és 2007 között mindkét országban nőttek ⁽⁸²⁾.

A kezelés alatt álló metamfetaminhasználók által leggyakrabban megnevezett beadási mód az intravénás (a Cseh Köztársaságban 82%, Szlovákiában 41%). Emellett más kábítószerek, főként kannabisz, alkohol és opiooidok használatáról is gyakran beszámolnak. Szlovákiában ugrásszerűen megnőtt azoknak az opiooidhelyettesítő kezelésben részesülő klienseknek a száma, akik metamfetaminhasználatról számoltak be.

A kezelésre jelentkező metamfetaminhasználók a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában viszonylag fiatalok, átlagosan 24–25 évesek, és túlnyomórészt férfiak. A nők ugyanakkor nagyobb arányban képviseltetik magukat a metamfetaminhasználattal összefüggő problémák miatt kezelték között, mint a többi kábítószer esetében.

Ecstasy

A becslések szerint körülbelül 10 millió európai felnőtt próbálta már az ecstasyt (átlagosan 3,1%), és körülbelül 2,5 millióan (0,8%) használták az elmúlt évben (az adatok összefoglalását lásd a 6. táblázatban). Az országok között jelentős különbségek vannak: a frissebb felmérések szerint az összes felnőtt (15–64 évesek) 0,3–7,5%-a próbálta már a kábítószert, de a legtöbb ország esetében az 1–5% közötti tartományba esik a becsült életprevalencia. A kábítószer elmúlt évi használata Európa-szerte 0,1% és 3,5% között mozgott. Akárcsak a többi tiltott kábítószer esetében, a bejelentett használat a férfiak körében minden szempontból sokkal gyakoribb, mint a nőknél.

Az ecstasyfogyasztás a fiatal felnőttek körében (15–34 évesek) elterjedtebb, ahol az életprevalencia becslései országos szinten 0,6% és 14,6% között mozogtak, a kábítószer elmúlt évi használatáról pedig a korcsoport 0,2–7,7%-a számolt be. Becslések szerint 7,5 millió európai fiatal (5,6%) próbálta már az ecstasyt, és közülük körülbelül 2 millióan (1,6%) használták az elmúlt évben. A becsült előfordulás még magasabb, ha a fiatalabb korszakra korlátozzuk a figyelmet: a 15–24 éves korcsoportban 0,4–18,7% között van az életprevalencia, bár a legtöbb ország a 2,1–6,8% közötti tartományba eső

⁽⁷⁹⁾ Ld. a TDI-5. (ii. rész) táblázatát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸⁰⁾ Ld. a TDI-1. ábrát és a TDI-36. táblázatát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸¹⁾ Ld. a TDI-37. táblázatát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸²⁾ Ld. a TDI-5. (ii. rész) táblázatát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

becsléseket jelentett be. Az ecstasy elmúlt évi használatát ebben a korcsoportban az országok többségében 1,0–3,9% közé becsülték, bár a legalacsonyabb, 0,3%-os országos becslés és a legmagasabb, 12%-os között tekintélyes különbség van ⁽⁸³⁾.

A 15–16 éves diákok körében az ecstasyhasználat életprevalenciája a 2007-ben vizsgált 28 ország többségében 1–5% között mozog. Magasabb előfordulásról csak négy ország számolt be: Bulgária, Észtország, Szlovákia (mindegyikben 6%) és Lettország (7%).

A 2007-ben kezelésre jelentkező ecstasyhasználók száma továbbra is elhanyagolható. Az országok kétharmadában a kábítószer-használó kliensek kevesebb mint 1%-a említette meg az ecstasyt; a többi országban 1–5% között volt az arányuk. Az ecstasyhasználó kliensek 24 éves

átlagéletkorukkal a kezelésre jelentkezők közül a legfiatalabbak csoportjába tartoznak, és gyakran más anyagok, köztük a kannabisz, a kokain, az alkohol és az amfetaminok egyidejű használatáról is beszámolnak ⁽⁸⁴⁾.

LSD és hallucinogén gombák

Az LSD életprevalenciája a felnőtt (15–64 éves) népességben a közel nulla és 5,2% között mozog. A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében a becsült életprevalencia valamivel magasabb (0–6,6%), bár az elmúlt évi használatot tekintve, illetve a 15–24 évesek köréből sokkal alacsonyabb előfordulási tartományokat jelentettek ⁽⁸⁵⁾. Ezzel szemben a néhány, összehasonlítható adatokat közlő országban az LSD használatát gyakran meghaladja a hallucinogén gombáké, amelyek esetében az életprevalencia a fiatal felnőttek körében 0,3–8,3%

6. táblázat: Az ecstasyhasználat előfordulása az átlagos népességben – az adatok összefoglalása

Korcsoport	A használat időszaka	
	Élete folyamán	Az elmúlt évben
15–64 évesek		
A szerhasználók becsült száma Európában	10 millió	2,5 millió
Európai átlag	3,1%	0,8%
Tartomány	0,3–7,5%	0,1–3,5%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (0,3%) Görögország (0,4%) Málta (0,7%) Litvánia (1,0%)	Románia (0,1%) Görögország, Málta (0,2%) Lengyelország (0,3%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Egyesült Királyság (7,5%) Cseh Köztársaság (7,1%) Írország (5,4%) Lettország (4,7%)	Cseh Köztársaság (3,5%) Észtország (1,7%) Szlovákia (1,6%) Egyesült Királyság, Lettország (1,5%)
15–34 évesek		
A szerhasználók becsült száma Európában	7,5 millió	2 millió
Európai átlag	5,6%	1,6%
Tartomány	0,6–14,6%	0,2–7,7%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Görögország, Románia (0,6%) Málta (1,4%) Litvánia, Lengyelország (2,1%)	Románia (0,2%) Görögország (0,4%) Lengyelország (0,7%) Olaszország, Litvánia, Portugália (0,9%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Cseh Köztársaság (14,6%) Egyesült Királyság (12,7%) Írország (9,0%) Lettország (8,5%)	Cseh Köztársaság (7,7%) Észtország (3,7%) Egyesült Királyság (3,1%) Lettország, Szlovákia, Hollandia (2,7%)

Az európai előfordulásra vonatkozó becslések a 2001 és 2008 között (többnyire 2004–2008 között) elvégzett legfrissebb országos felmérésekből kapott súlyozott átlagokon alapulnak, ezért ezeket nem lehet egy konkrét évhez kapcsolni. Az Európára vonatkozó átlagos előfordulást az egyes országokban az adott korcsoportba tartozó népességnek megfelelően súlyozott átlaggal számították ki. Azokban az országokban, ahonnan semmilyen információ nem állt rendelkezésre, az átlagos uniós előfordulással számoltak. Az alapul vett populációk: 15–64 (334 millió) és 15–34 (133 millió). Az itt összefoglalt adatok az „Átlagpopuláción végzett felmérések” részben találhatók a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸³⁾ Ld. a GPS-9. (ii. rész) ábrát és a GPS-17. és GPS-18. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸⁴⁾ Ld. a TDI-5. és a TDI-37 (i. rész), (ii. rész) és (iii. rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸⁵⁾ Ld. a GPS-8. (i. rész), GPS-9., GPS-11. és GPS-17. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

közötti, az elmúlt évi használat becsült előfordulása pedig 0,2–2,8% között volt.

A 15–16 éves diákok körében a hallucinogén gombák használatának becsült prevalenciája az ilyen anyagokról adatokat közlő 26 ország közül tízben haladta meg az LSD-ét és más hallucinogén anyagokét. A legtöbb országból a hallucinogén gombák használatának 1–4% közötti életprevalenciáját jelentették, ennél magasabb szintről csak Szlovákiából (5%) és a Cseh Köztársaságból (7%) tudósítottak ⁽⁸⁶⁾.

Az amfetaminok és az ecstasy használatának alakulása

A legfrissebb adatok is alátámasztják az amfetamin és az ecstasy európai fogyasztásának stabilizálódó, sőt olykor csökkenő tendenciáit, amelyekről az előző jelentésekben már szó esett. Az 1990-es években tapasztalt általános növekedés után a populációs felmérések most átfogó stabilizálódást vagy akár enyhe csökkenést is mutatnak a két kábítószer népszerűségében, bár ez a minta nem minden országra igaz.

Az Egyesült Királyságban az elmúlt évi amfetaminhasználat a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében jelentősen, az 1998-as 6,2%-ról 2008-ra 1,8%-ra esett vissza. Dániában az amfetamin használata az 1994-es 0,5%-ról 2000-re 3,1%-ra emelkedett, és 2008-ban is hasonló szintet ért el ⁽⁸⁷⁾. A hasonlóan hosszú időszakra kiterjedő ismételt felmérésekről beszámoló országok (Németország, Görögország, Spanyolország, Franciaország, Hollandia, Szlovákia, Finnország) körében

jobbára stabil tendenciákat lehetett megfigyelni (7. ábra). A 2002–2007 közötti öt éves időszakban a 15–34 éves korcsoport amfetaminhasználatának éves prevalenciájáról elegendő adattal rendelkező 11 ország közül négyből jelentették a kiinduló érték legalább 15%-os csökkenését, háromból stabilizálódást és négyből növekedést.

A fiatal felnőttek (15–34 évesek) ecstasyhasználatát tekintve összetettebb a kép. Néhány európai országban a használat általános, az 1980-as évek végén és az 1990-es évek elején észlelt növekedése után, ami Németországban, Spanyolországban és az Egyesült Királyságban az 1990-es évek közepére hasonló szinteket eredményezett az ecstasyhasználat terén, az éves prevalencia a becsült európai átlag szintjére, 1,6%-ra csökkent. A frissebb felmérési adatokkal rendelkező országok közül az Egyesült Királyságban továbbra is magasabb a prevalencia a többi országhoz képest ⁽⁸⁸⁾. A 2002–2007 közötti öt éves időszak során az ecstasyhasználat éves prevalenciája a fiatal felnőttek körében az elegendő információt közlő 11 ország közül háromban legalább a kiinduló érték 15%-ával csökkent, négyben egy szinten maradt, négyben pedig emelkedett.

Elképzelhető, hogy néhány országban és a kábítószer-használó populáció egyes részeinél a kokain váltja fel az amfetamint és az ecstasyt. Ezt a feltételezést szemléltetheti az Egyesült Királyság és bizonyos mértékben más országok (pl. Dánia, Spanyolország) példája, ahol egyszerre észlelték a kokainfogyasztás növekedését és az amfetaminfogyasztás csökkenését (EMCDDA, 2008b).

Az ESPAD és más, 2007-ben lebonyolított iskolai felmérések összességében csekély változást jeleznek az amfetamin és az ecstasy kipróbálásának mértékében a 15–16 éves diákok körében. Ha a 2003 és 2007 közötti, legalább két százalékpontos különbségeket vesszük figyelembe, az amfetaminhasználat életprevalenciája kilenc országban nőtt. Az ecstasyhasználat ugyanezen mérés szerint hét országban emelkedett. Az amfetaminhasználat életprevalenciájának csökkenését csak Észtországban figyelték meg, az ecstasyhasználat visszaeséséről pedig a Cseh Köztársaság, Portugália és Horvátország számolt be.

Amfetaminok és ecstasy rekreációs körülmények között: a használatuk és a beavatkozások

A kábítószer és az alkohol használata olykor együtt jár bizonyos rekreációs helyszínekkel, ahol a fiatalok összegyűlnek (pl. táncos események, zenei fesztiválok).

Az EMCDDA kiemelt témája a politoxikomániáról

Az EMCDDA a 2009-es éves jelentéssel együtt teszi közzé a politoxikomániáról szóló kiemelt témát. A dokumentum a kábítószer-használatnak erről a nagyon gyakori formájáról ad áttekintést, a jelenséget olyan adatokkal szemlélítve, amelyek segítségével jobban megismerhetjük a politoxikománia előfordulását és sajátosságait a különböző populációkban (iskoláskorú gyermekek, felnőttek, problémás kábítószer-használók). Bemutatja ezenkívül a jelenséggel foglalkozó meglévő beavatkozásokat a kezelés és az ártalomcsökkentés területén. A jelentés röviden áttekinti a leggyakoribb kábítószer-keverékek némelyikével együtt járó kockázatokat, és külön tárgyalja a politoxikománia jövőbeni megfigyelését.

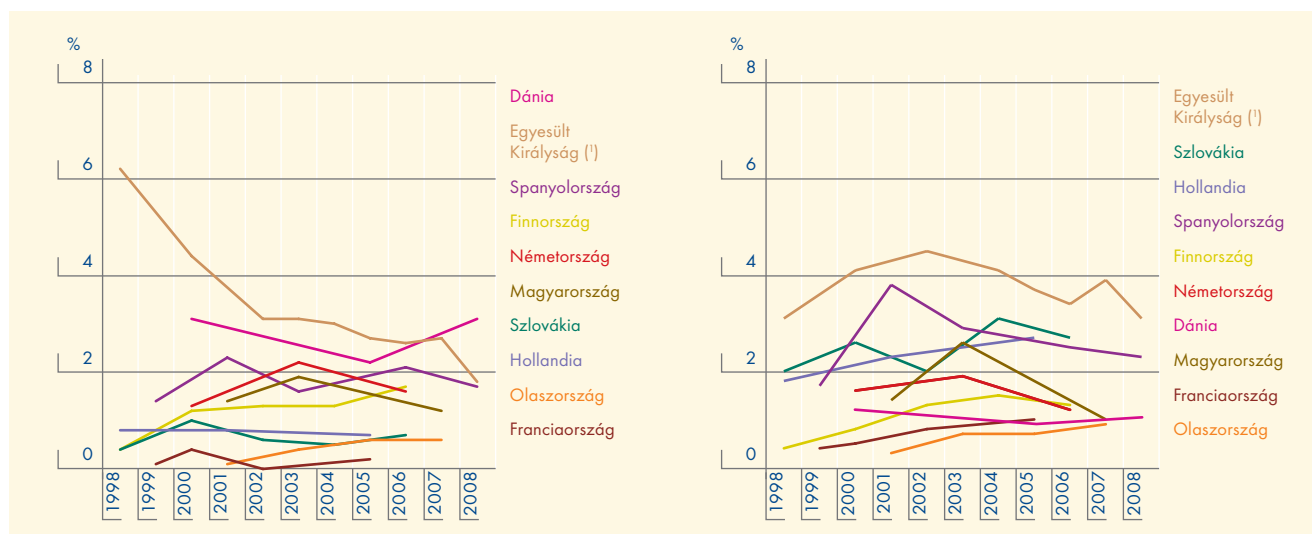
Ez a kiemelt téma nyomtatott formában és az interneten csak angolul érhető el (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>).

⁽⁸⁶⁾ Az ESPAD adatai az összes országról, Spanyolország kivételével. Ld. az EYE-2. (v. rész) ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸⁷⁾ Dániában 1994-ben az információ a „kemény drogokra” vonatkozott, amiről úgy tekintették, hogy többnyire amfetaminokat jelent.

⁽⁸⁸⁾ Ld. a GPS-21. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

7. ábra: Az amfetaminok (balra) és az ecstasy (jobbra) használatának éves prevalenciájában megfigyelt tendenciák a fiatal felnőttek körében (15–34 évesek)



(¹) Anglia és Wales.

Megjegyzés: Csak azoknak az országoknak az adatai szerepelnek, ahol az 1998–2008 közötti időszakban legalább három felmérés készült. További információért ld. a GPS-8. és a GPS-21. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox országjelentések (2008), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

Az ilyen körülmények között előforduló kábítószer-használattal foglalkozó vizsgálatok betekintést adhatnak az amfetamin és ecstasy, illetve más kábítószer, például a ketamin és a GHB használóinak viselkedésébe. A becsült kábítószer-használat ilyen körülmények között jellemzően magas, de nem általánosítható a népesség egészére, és a kábítószer-használat rendszerint a hétvégéken, illetve a szabadság idején fordul elő (EMCDDA, 2006b).

A rekreációs körülmények között elvégzett 2007-es vizsgálatokból származó előfordulási adatok öt országról állnak rendelkezésre (Belgium, Cseh Köztársaság, Lettország, Litvánia, Ausztria). A becsült életprevalencia az ecstasyhasználat esetében 15–71% között, az amfetaminoknál 17–68% között mozgott. A vizsgálatok közül négy a hallucinogén gombák használatának életprevalenciájáról is beszámolt, 4–64% közötti arányokkal. Ezeken a helyszíneken az ecstasy vagy az amfetaminok rendszeres használata is előfordul, de ez általában sokkal alacsonyabb.

A 2007/2008-as brit bűnügyi felmérés betekintést adhat abba, hogy ezeknek a kábítószereknek a használata milyen mértékben koncentrálódik a szórakozóhelyeket látogató fiatal populáció körében. A 16–24 évesek közül azok, akik elmondásuk szerint az elmúlt egy hónapban négy vagy több alkalommal jártak éjszakai klubokban, több mint háromszor akkora valószínűséggel használtak ecstasyt (8%) az elmúlt évben, mint azok, akik nem látogatják az éjszakai klubokat (2,3%) (Hoare és Flatley, 2008).

Az éjszakai klubokat látogató és kábítószereket használó emberek egészsége és biztonsága egyre aggályosabb közegészségügyi kérdés. Az útmutatók – amilyen például az Egyesült Királyságban kidolgozott „Safer dancing” („Biztonságosabb tánc”) útmutató – fontos eszközzé léptek elő ezen a téren. Ugyanakkor, bár most már 12 országból jelentették ilyen útmutatók elkészítését az éjszakai élet helyszínei részére, csak Hollandia, Szlovénia, Svédország és az Egyesült Királyság számolt be arról, hogy ezeket figyelik és betartják.

A biztonságos szórakozásra vonatkozó útmutatók célja, hogy csökkentsék a kábítószerrel összefüggő problémák megjelenésének lehetőségét, amibe beletartozik az ingyenes hidegvíz hozzáférhetősége, az elsősegély azonnali rendelkezésre állása, valamint a megkereső prevenciós munka. A beavatkozások végrehajtásához kellően nagy célközönséggel rendelkező éjszakai klubok esetében az ilyen intézkedések meglétéről a nemzeti szakértők számoltak be. Ebből összességében az derült ki, hogy az európai éjszakai életben korlátozottan állnak rendelkezésre az olyan egyszerű intézkedések, amelyekkel meg lehetne előzni az egészségügyi kockázatokat, illetve a kábítószer-használatot. A megkereső prevenciós munka csak Litvániában és Szlovéniában volt jelen az érintett éjszakai klubok többségében, 18 országban pedig a klubok kisebb részében működött, hat országban viszont egyáltalán nem létezett. Öt ország számolt be az elsősegély azonnali elérhetőségéről az érintett éjszakai klubok többségében (Luxemburg, Portugália, Szlovénia, az Egyesült Királyság, Norvégia); 15 országban ez csak

a klubok kisebb hányadában volt meg, Görögországban és Svédországban pedig nem volt elérhető. Az ingyenes hidegvíz 11 országban az érintett klubok többségében, kilenc országban a klubok kisebb részében állt rendelkezésre. Ez az intézkedés Görögországban, Cipruson és Romániában nem volt elérhető.

Kezelés

Az amfetaminok használói általában járóbeteg-ellátásban részesülnek kezelésben, amelyből előfordul kifejezetten erre a fajta kábítószer-problémára szakosodott kezelés is, azokban az országokban, ahol az amfetaminok használata történelmileg magas szintű. A leginkább problémás amfetaminhasználók kezelése fekvőbeteg-ellátó szolgálatoknál vagy pszichiátriai klinikákon, illetve kórházakban is biztosítható.

Kifejezetten a problémás amfetaminhasználóknak szóló speciális kezelési programokról kilenc ország számolt be (Németország, Észtország, Spanyolország, Olaszország, Ausztria, Portugália, Szlovénia, Szlovákia, az Egyesült Királyság). A programok hozzáférhetősége országonként változó volt. Az országok közül csak három (Portugália, Szlovénia és az Egyesült Királyság) számolt be arról, hogy a speciális programok az aktívan kezelést kérő amfetaminhasználók többsége számára elérhetőek. A többi hat országban a nemzeti szakértők úgy becsülték, hogy az amfetaminokra specializálódott kezelés az ezt kérő szerhasználók kevesebb mint fele számára áll rendelkezésre. Az e kábítószerek használóinak szóló külön programok tartalma gyakran nem megfelelően dokumentált.

A pszichostimulánsoktól, például az amfetaminoktól való függőség kezelésére általában nincsenek szilárd tényeken alapuló, bizonyítottan hatékony terápiás lehetőségek. Ígéretes eredményekről számoltak be az absztinencia kezelésére vagy az amfetaminfüggőséggel járó sóvárgás enyhítésére szolgáló, mindezidáig hiányzó gyógyszerhatóanyagokkal foglalkozó közelmúltbeli kutatásokból. Egy a metilfenidát és az aripirazol használatáról szóló finn vizsgálat kedvező kezdeti eredményekről számolt be: a metilfenidáttal kezelték körében kevesebb volt az amfetaminra pozitív vizeletminta, mint az aripirazollal vagy placebóval kezeltéknél (Tiihonen és mások, 2007). Egy nemrég készült szakirodalmi áttekintés pedig mind a metilfenidát, mind a dexamfetamin esetében kedvező eredményeket mutatott a metamfetaminfüggőség kezelésében (Elkashif és mások, 2008).

A dexamfetamin a kifejezetten problémás amfetaminhasználók számára Angliában és Walesben régóta elérhető, sőt, bármilyen orvos felírhatja. Ugyanakkor erről az egyesült királysági gyakorlatról csak korlátozott információ áll rendelkezésre. A gyógyszerügyi szolgáltatásokról több mint tíz évvel ezelőtt elvégzett felmérés becslései szerint ebben a kezelésben 900–1000 kliens részesült (Strang és Sheridan, 1997). A legtöbb receptet kórházakban vagy klinikákon dolgozó orvosok állították ki, akik szinte minden esetben a nemzeti egészségügyi szolgálatnál (NHS) dolgoztak. Egy 2000-ben, az NHS 265 speciális szolgálatának megkérdezésével végzett felmérés azt mutatta, hogy a dexamfetamin felírása a vizsgált szolgálatok körülbelül egyharmadánál volt elérhető (Rosenberg és mások, 2002). Az Egyesült Királyságnak a kábítószer-függőség klinikai kezelésére vonatkozó útmutatója azonban a bizonyított hatékonyság hiánya miatt ellenjavalltnak tekinti a dexamfetamin felírását (NTA, 2007).

A pszichoszociális beavatkozások közül egyelőre egyik sem bizonyult különösebben hatékonynak a tekintetben, hogy segítené a pszichostimulánsok használóit az absztinencia fenntartásában. A szakirodalom szerint a serkentőszerek használóinak kezelésében eddig a legnagyobb hatást kognitív pszichoterápiával, például a visszaesés megelőzésével érték el. Más beavatkozástípusok hatékonysága nem elég megalapozott. A szakirodalmat különösen az akadályozza, hogy ritkák az elsődleges amfetaminhasználók körében végzett, jól felépített vizsgálatok, különös tekintettel a kezeléseik eredményeirel szóló tanulmányokra (Baker és mások, 2004). Emellett a közelmúltban készült Cochrane-áttekintés a pszichostimulánsoktól való függőséggel foglalkozó pszichoszociális beavatkozásokról azt állapította meg, hogy következetesen pozitív viselkedési eredményeket (kezelésben maradás, a kábítószer-fogyasztás csökkentése) kizárólag azoknál a pszichoszociális beavatkozásoknál figyeltek meg, amelyek elemei között a viselkedésben elért változások jutalmazása is szerepelt („contingency management”). Ezt a módszert azonban Európában csak ritkán használják, noha volt néhány kísérleti projekt e téren (lásd az 5. fejezetet).

Az amfetaminok használatával összefüggő problémákkal küzdő kliensek, különösen az intravénás szerhasználók pszichoszociális és gyógyszeres kezelése terén további kutatásokra van szükség. A jelenlegi kezelési gyakorlatokat és a kezelés európai lefedettségét ezenkívül jobban kell dokumentálni, és a bevált gyakorlatok megosztásával kapcsolatban is sok még a tennivaló. Az erre szakosodott programok hiánya esetleg visszatartatja

az amfetamin- vagy metamfetaminhasználókat attól, hogy kezelést kérjenek, különösen a használat korai szakaszában. Az ilyen programok elérhetősége emellett ahhoz is hozzájárulhatna, hogy a kezelésbe minél több szerhasználót tudjanak bevonni, ahogyan Németországban és Franciaországban a problémás kannabiszhasználóknál tapasztalták, amikor ezek az

országok kiterjesztették a kijelölt kezelési programok elérhetőségét. Az ilyen intézkedések különösen azokban az országokban lennének hasznosak, ahol a közelmúltban növekedést érzékeltek a problémás amfetamin- és metamfetaminhasználók, különösen az intravénás szerhasználók számában (Talu és mások, 2009).

5. fejezet

Kokain és crack kokain

Bevezetés

Az elmúlt évtized folyamán az Európai Unióban a kokainhasználat és a kokainlefoglalások általános növekedését figyelték meg, bár ez nagyrészt a nyugati tagállamokra korlátozódott, és az egyes országok között is nagy különbségek vannak. A rendelkezésre álló adatok a kokainhasználók között is kifejezett sokszínűséget mutatnak, mind a használati mintákat, mind a szocio-demográfiai szempontokat tekintve. A legnagyobb csoportot azok jelentik, akik egy vagy néhány alkalommal próbálják ki a szert. Külön csoportot képeznek a társadalmilag integrált rendszeres szerhasználók, akik közé néhány országban viszonylag jelentős számú fiatal tartozik. Néhányan közülük idővel fokozzák a kokainhasználatot, vagy hosszú ideig használják, ami krónikus egészségügyi és szociális problémákhoz vezethet, és kezelést tehet szükségessé. A szerhasználók harmadik csoportjába tartoznak a társadalomból kirekesztett csoportok tagjai, köztük a jelenlegi és korábbi opioidhasználók. Ők a legtöbb esetben intenzív kokainhasználatot folytatnak, esetleg cracket használnak vagy intravénásan használják a kábítószer, ami állandósíthatja vagy súlyosbíthatja a meglévő egészségügyi és szociális problémákat, és megnehezítheti az opioidproblémáik kezelését. A kokainhasználók körében előforduló profilok sokfélesége miatt különösen sok kihívást rejt magában a kábítószer-használat prevalenciájának, egészségügyi és szociális következményeinek felmérése és a szükséges válaszok kidolgozása.

Kínálat és hozzáférhetőség

Termelés és kereskedelem

A kokain forrása, a kokacserje termesztése változatlanul az Andok régiójának néhány országában koncentrálódik ⁽⁸⁹⁾. Az UNODC (2009) a 2008. évre vonatkozóan úgy becsülte, hogy a kokacserje teljes termesztése átszámítva 845 tonna tiszta kokain-hidroklorid potenciális előállítását jelentette, amelynek 51%-ért

Kolumbia, 36%-ért Peru, 13%-ért Bolívia felelt.

A globális kokaintermelés 2008-ban becslések szerint 15%-kal esett vissza, főként a csökkenő kolumbiai kokaintermelésnek köszönhetően: a 2007-es 600 tonnáról 2008-ra 430 tonnára csökkent. Peruban és Bolíviában ezzel szemben tovább folytatódott a termelés enyhe emelkedése.

A kokalevelek kokain-hidrokloriddá alakításának folyamata nagyrészt továbbra is Kolumbiában, Peruban és Bolíviában zajlik, bár más dél-amerikai országokban is előfordulhat. Kolumbia fontosságát a kokaintermelésben a felszámolt laboratóriumokra és a lefoglalt kálium-permanganátra (a kokain-hidroklorid elegyítéséhez használt kémiai reagens) vonatkozó információk is alátámasztják. 2007-ben Kolumbiában 2471 kokainlaboratóriumot számoltak fel (a világon összesen felszámolt laboratóriumok 78%-a) és összesen 144 tonna kálium-permanganátot foglaltak le (a globális lefoglalások 94%-a) (INCB, 2009a).

A rendelkezésre álló információk arra utalnak, hogy a kokaint továbbra is különféle útvonalakon hozzák be Európába (EMCDDA, 2008d). A kokainszállítmányok dél- és közép-amerikai országokon haladnak át, például Argentínán, Brazilián, Ecuadoron, Mexikón és Venezuelán, mielőtt Európába érnek. A karibi országokat is gyakran igénybe veszik az Európába tartó kábítószer átszállításában. Ezek az útvonalak a kokaint kereskedelmi repülőjáratokon vagy hajón csempézik be. Az utóbbi években egy Nyugat-Afrikán áthaladó alternatív útvonalat is felfedeztek. A kokaint onnan gyakran halászhajókkal és vitorlásokkal szállítják tovább Európába, de légi, illetve Észak-Afrikán áthaladó szárazföldi szállításokról is érkezett jelentés (Europol, 2007).

Az elmúlt években más tranzitországok is szóba kerültek. Közéjük tartozik Dél-Afrika, Oroszország, de a közép- és kelet-európai országok is, ahol a kokainlefoglalások száma a 2002-es becsült 412 esetről 2007-re 1065-re nőtt. Európán belül a kokainszállítmányok fontos tranzitországaiként Belgiumot, Spanyolországot, Franciaországot, Olaszországot, Hollandiát, Portugáliát és az Egyesült Királyságot nevezték meg.

⁽⁸⁹⁾ A kábítószer kínálatáról és hozzáférhetőségéről szóló adatok forrására vonatkozó információkat lásd a 43. oldalon.

7. táblázat: A kokain és a crack kokain termelése, lefoglalásai, ára és tisztasága

	Kokain	Crack ⁽¹⁾
Becsült globális termelés (tonna)	845	n.a.
Globális lefoglalt mennyiség (tonna)	710 ⁽²⁾	0,8
Lefoglalt mennyiség (tonna) Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Lefoglalások száma Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)	91 400 (92 000)	9 500 (9 500)
Átlagos kiskereskedelmi ár (EUR/gramm) Tartomány (Interkvartilis tartomány) ⁽³⁾	44–88 (58–67)	20–112
Az átlagos tisztaság tartománya (%)	22–57	35–98
⁽¹⁾ Az adatközlő országok szűk köre miatt az adatokat csak óvatosan szabad értelmezni. ⁽²⁾ Az UNODC becslései szerint ez a szám 412 tonna tiszta kokainnak felel meg. ⁽³⁾ A bejelentett átlagárak középső felének tartománya. Megjegyzés: Minden adat 2007-re vonatkozik, a globális termelési kivételével, amelyek 2008-ról szólnak; n.a.: nincs adat. Forrás: UNODC World drugs report (2009) a globális értékek esetében, Reitox nemzeti fókuszpontok az európai adatok esetében.		

Lefoglalások

A marihuána és a hasis után a kokain a legtöbbet forgalmazott kábítószer a világon. 2007-ben a kokain globális lefoglalásai lényegében nem változtak, 710 tonnán maradtak. A lefoglalt mennyiség legnagyobb részéért, globálisan nézve a 45%-áért változatlanul Dél-Amerika felelt, utána következett Észak-Amerika 28%-kal, majd Nyugat- és Közép-Európa 11%-kal (UNODC, 2009).

Európában a kokainlefoglalások száma az elmúlt 20 évben folyamatosan emelkedett, ami 2003 óta még fokozódott. A kokainlefoglalások száma 2007-ben 92 000 esetre nőtt, bár eközben a lefoglalt össz mennyiség 77 tonnára esett vissza, a 2006-os 121 tonnáról. A lefoglalt kokain teljes mennyiségében tapasztalt csökkenés nagyrészt Portugáliának, kisebb mértékben Spanyolországnak és Franciaországnak tulajdonítható, ahonnan 2007-ben az előző évhez képest kisebb mennyiségek lefoglalását jelentették ⁽⁹⁰⁾. 2007-ben Európán belül továbbra is Spanyolországból számoltak be a legnagyobb mennyiségű kokain lefoglalásáról és a kábítószer lefoglalásainak legmagasabb számáról – az összes lefoglalás körülbelül feléről.

Tisztaság és ár

A kokain átlagos tisztasága Európában 2007-ben 22% és 57% között mozgott ⁽⁹¹⁾. Az időbeli tendenciák elemzéséhez elegendő adattal rendelkező országok többségéből a kokain tisztaságának csökkenését jelentették a 2002–2007 közötti időszakban, Spanyolország és Portugália kivételével.

A kokain átlagos kiskereskedelmi ára 2007-ben grammonként 44–88 euró között volt a 19 adatközlő országban, de az országok körülbelül feléből grammonként 58–67 euró közötti átlagárakat jelentettek. Az összehasonlításhoz elegendő adatot közlő országok esetében az utcán eladott kokain 2002 és 2007 között olcsóbb lett.

Előfordulás és használati minták

Kokainhasználat az átlagos népesség körében

A kokain összességében a kannabisz után még mindig a második legtöbbet használt tiltott kábítószer Európában, bár a használat mértékét tekintve az országok között komoly különbségek vannak. Becslések szerint körülbelül 13 millió európai használta már életében legalább egyszer; ez átlagosan az összes 15–64 év közötti felnőtt 3,9%-a (az adatok összefoglalását lásd a 8. táblázatban). Az országos számadatok 0,1% és 8,3% között mozognak, de a 23 ország közül 12 – köztük a közép- és kelet-európai országok többsége – az összes felnőtt körében nagyon alacsony életprevalenciáról számolt be (0,5–2%)

Becslések szerint körülbelül 4 millió európai használta a kábítószer az elmúlt évben (átlagosan 1,2%), noha az országok között e tekintetben is vannak különbségek. A közelmúltban készült országos felmérések a használat éves prevalenciáját 0 és 3,1% közé teszik, bár a használati szintek 24 ország közül 18-ban nem haladják

⁽⁹⁰⁾ Ld. a SZR-9. és a SZR-10. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹¹⁾ A tisztaságra és az árra vonatkozó adatokért ld. a PPP-3. és a PPP-7. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

A nyílt tengeren zajló kábítószer-kereskedelem elleni törvények

A tengereken zajló kábítószer-kereskedelem felszámolásának sikere az államok közötti együttműködésen múlik, ezt pedig két nemzetközi egyezmény segíti elő.

Az 1982. évi nemzetközi tengerjogi egyezmény 108. cikke értelmében, amennyiben egy állam egy, a lobogója alatt hajózó hajót ⁽¹⁾ kábítószer-kereskedelemben való részvétellel gyanúsít, kérheti más államok segítségét az ilyen kereskedelem felszámolása érdekében.

A kábítószer-kereskedelem elleni 1988-as ENSZ-egyezmény 17. cikke további együttműködést irányoz elő. Az egyezmény létrehoz egy mechanizmust, amely lehetővé teszi, hogy amennyiben bármely állam alapos okkal feltételezi, hogy egy másik országban lajstromba vett hajó kábítószer-kereskedelemben vesz részt, engedélyt kérhessen a lobogó szerinti államtól, hogy a hajó fedélzetére lépjen, a hajót átvizsgálja és lefoglalja az esetleges kábítószer-kereskedelemből, majd eljárást indítson az elkövetőkkel szemben. Ezek az intézkedések a felségvizeken kívül bárhol foganatosíthatók.

Kapcsolattartóként az illetékes nemzeti hatóságokat jelölték ki, akik állandó ügyeletben vannak, hogy a lehető leggyorsabban reagálhassanak az ilyen megkeresésekre. A megkereséseket a megkeresett fél teljesítheti, részben teljesítheti vagy megtagadhatja. Az intézkedést csak hadihajók vagy katonai légi járművek, illetőleg olyan más hajók és légi járművek hajthatják végre, amelyek jól látható, azonosítható jelzésük szerint kormányzati szolgálatot teljesítenek, és erre fel vannak hatalmazva.

A tényleges fedélzetre lépést és az ezt követő intézkedéseket a megkereső állam bűnüldöző tisztjeinek csapata, a bűnüldöző osztag (LEDET) hajtja végre. Amikor a fellépést olyan kormányközi ügynökségek koordinálják, mint a MAOC-N (Tengerészeti Elemzési és Műveleti Központ), a LEDET különítményt esetenként egy másik ország hadihajója szállítja a helyszínre. Ilyen esetben az azonosítási követelmény teljesítése érdekében a fedélzetre szállási művelet során használt helikopterek és kisebb hajók ideiglenesen a LEDET államának lobogóját viselik, a hadihajó államának lobogója helyett.

⁽¹⁾ Egy hajó és a legénysége felett a joghatóságot az az állam gyakorolja, amelyben a hajót lajstromba vették (a „lobogó szerinti állam”).

meg az 1%-ot. A kokainhasználat becsült havi prevalenciája Európában a felnőtt népesség körülbelül 0,4%-át jelenti avagy 1,5 millió főt. Ezek azonban valószínűleg konzervatív becslések.

Összességében úgy tűnik, hogy a kokainhasználat néhány országban koncentrálódik, konkrétan Dániában, Spanyolországban, Olaszországban, Írországon és az Egyesült Királyságban, miközben a kábítószer használata Európa többi részén viszonylag alacsony szintű. Azokban

A csökkenő európai kokainárak megértése

A kokain inflációnak megfelelően kiigazított ára 2000 óta Európa-szerte csökken, miközben a szer iránt megnőtt a kereslet, ami jól látszik a kokainhasználatnak az átlagos népességben és a problémás kábítószer-használók körében való előfordulásából. Ezt a – várakozásoknak ellentmondó – megállapítást számos tényező magyarázhatja. Kulcsfontosságú tényező az Európába érkező kokainkínálat növekedése, amit a lefoglalások mennyisége is tükröz. Az európai piacra irányuló mennyiség megnövelésében a dél-amerikai kokainkereskedőket az a szándék is vezetheti, hogy az Egyesült Államok piacához képest alternatívát akarnak találni. További „húzófaktor” lehet a kokain iránti európai kereslet növekedése. Az európai kokainfogyasztás mennyiségének növekedése, illetve az USA-dollárhoz képest viszonylag erős európai valuta együttesen kompenzálhatta az árak csökkenését és az esetleges alacsonyabb haszonkulcsot.

A kokain árát ugyanakkor más tényezők is befolyásolhatták. A technológiai fejlesztések és az új kereskedelmi útvonalak használata – ilyen például a nyugat-afrikai útvonal, ahol a kábítószer-kereskedőket kevésbé ellenőrzik, a kereskedők viszont olcsón dolgoznak – a szállítási költségek visszaeséséhez és a kereskedelem kockázatainak csökkenéséhez vezethettek. A kokainpiacon belüli megnövekedett verseny (Desroches, 2007) szintén hatással lehetett a kábítószer európai árára.

Ezen a téren az elemzés az adatok hiánya miatt szükségszerűen spekulatív, ez is nyomatékossítja annak fontosságát, hogy jobban megismerjük az európai kábítószerpiacot befolyásoló tényezőket. Az EMCDDA továbbra is elkötelezetten dolgozik azon, hogy javítsa az e területen zajló együttműködést és kutatást.

az országokban, ahol a tiltott serkentőszerek piacát az amfetaminok uralják, a becsült kokainhasználat szinte minden esetben alacsony. Ezzel szemben a legtöbb olyan országból, ahol a kokain az elsőszámú tiltott serkentőszert, alacsony szintű amfetaminhasználatot jelentettek.

Úgy tűnik, hogy azok közül, akik életükben legalább egyszer kipróbálják a kokaint, csak egy kis résznél alakulnak ki intenzív használati minták. Az átlagos népességen végzett felmérésekből kapott adatok a kokainhasználók körében magas abbahagyási rátákat mutatnak. A 2% fölötti életprevalenciával rendelkező országokban azoknak a felnőtteknek a legnagyobb része (80–95%), akik használtak már kokaint, az elmúlt hónapban nem használták ⁽⁹²⁾.

Kokainhasználat a fiatal felnőttek körében

Európában becslések szerint 7,5 millió fiatal felnőtt (15–34 évesek) avagy átlagosan 5,6% használt már kokaint életében legalább egyszer. Az országos adatok

⁽⁹²⁾ Ld. a GPS-16. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

0,1% és 12,0% között mozognak. Az elmúlt évi kokainhasználat európai átlagát ebben a korcsoportban 2,2%-ra (3 millió fő), az elmúlt havi használatát 0,8%-ra becsülik (1 millió fő).

A használat különösen a fiatal férfiak (15–34 évesek) körében gyakori, Dániából, Spanyolországból, Írországból, Olaszországból és az Egyesült Királyságból a kokainhasználat 4,2–7,7% közötti éves prevalenciáját jelentették ⁽⁹³⁾. A kokainhasználat éves prevalenciáját tekintve a legtöbb országban legalább 2:1 volt a férfiak és a nők aránya.

A 15–24 évesek körében a kokainhasználat éves prevalenciáját 2,2%-ra becsülték, ami 1,5 millió európai szerhasználónak felel meg. A kannabisz- vagy az ecstasyhasználat becsült prevalenciáival ellentétben, amelyek a 15–24 éves korcsoportban a legmagasabbak, a közelmúltbeli (elmúlt évi és elmúlt havi) kokainhasználat mérései a 15–34 és a 15–24 éves korcsoportokban hasonlóan alakulnak ⁽⁹⁴⁾.

A kokainhasználat az alkoholfogyasztással és bizonyos életstílusokkal is összekapcsolható. A 2007/2008-as brit bűnügyi felmérésből származó adatok elemzése például azt állapította meg, hogy azok közül a 16–24 évesek közül, akik az elmúlt hónapban kilenc vagy több alkalommal jártak kocsmában, 13,5% nyilatkozott elmúlt évi kokainhasználatról, míg a kocsmába nem járók közül csak 1,7%. Az éjszakai klubok látogatása szintén összekapcsolódott a nagyobb mértékű kokainhasználattal, mivel azok közül a 16–24 évesek közül, akik az elmúlt hónapban legalább négy alkalommal jártak ilyen szórakozóhelyen, közel 10% számolt be a kokain elmúlt évi használatáról, szemben a szórakozóhelyeket nem látogatók körében mért 3,3%-kal. A felmérés emellett a crack használatának alacsony szintjeiről tudósított, még a kokainhasználók körében is, ami megerősíti a más vizsgálatokból származó megállapításokat, miszerint a két szer használóinak eltérő a profilja (Hoare és Flatley, 2008). A rekreációs körülmények között végzett vizsgálatok szintén a kokainhasználat magasabb prevalenciáját mutatták, mint az átlagos népességben (EMCDDA, 2007). Egy közelmúltbeli internetes felmérés, amelyet a Cseh Köztársaságban az elektronikus zene rajongóinak körében végeztek el, arról számolt be, hogy a válaszadók 30,9%-a használt kokaint.

Az EU 27 tagállamában elvégzett 2008-as Eurobarometer-felmérés azt mutatja, hogy a 15–25 évesek 85%-a érzelmi úgy, hogy a kokainhasználat komoly veszélyt jelent az egészségre. Más szerek használatához

a válaszadók sokkal kisebb része rendelt hasonló szintű egészségügyi kockázatot: a kannabiszhoz 40%, a dohányzáshoz 28%, az alkoholhoz pedig 24%. Csak a heroin esetében volt magasabb azoknak a válaszadónak az aránya, akik nagynak ítélték a kockázatot. Az országok között e téren nem voltak nagy különbségek, és a válaszadók 95%-a úgy vélekedett, hogy a kokainnak továbbra is tiltott szernek kell maradnia (Európai Bizottság, 2008b).

Kokainhasználat a diákok körében

A kokainhasználat becsült prevalenciája a diákok körében sokkal alacsonyabb, mint a kannabiszhasználaté. Az ESPAD-felmérésben részt vevő 15–16 éves diákoknál a kokainhasználat életprevalenciája a 28 ország felében 1–2% között volt. A maradék országok többségéből 3–4% közötti prevalenciaszinteket jelentettek, Franciaországból, Olaszországból, az Egyesült Királyságból pedig 5%-ot. A kokainhasználat életprevalenciája a férfiak körében magasabb, mint a nőknél; a legmagasabb szintet (6%) Franciaország és Olaszország közölte ⁽⁹⁵⁾.

Nemzetközi összehasonlítások

A kokainhasználat becsült éves prevalenciája az Európai Unióban élő fiatal felnőttek körében összességében alacsonyabb, mint az Ausztráliában és az Egyesült Államokban élő társaiknál. Két országból, Spanyolországból és az Egyesült Királyságból (Anglia és Wales) azonban Ausztráliánál magasabb számokat jelentettek, az Egyesült Államokénál pedig csak Spanyolország közölt magasabb becslést (8. ábra).

A kokainhasználat tendenciái

Ha egyszerűen akarunk fogalmazni, az európai kokainhasználat különböző minták szerint alakult. A kokainhasználat legmagasabb előfordulási arányával rendelkező két országban (Spanyolország és az Egyesült Királyság) a kábítószer használata az 1990-es évek végén drámai mértékben megemelkedett, majd egy valamivel stabilabb, de továbbra is emelkedő tendencia állt be. Az országok második csoportjában – ide tartozik Dánia, Írország és Olaszország – a prevalencia növekedése kevésbé volt markáns, és valamivel később ment végbe. A használat szintjei mindazonáltal ebben a három országban a többi európai országhoz képest magasak. Európa más részein nehezebben értelmezhető a kép: az előfordulási szintek összességében alacsonyak, de néhány

⁽⁹³⁾ Ld. a GPS-13. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹⁴⁾ Ld. a GPS-15. ábrát és a GPS-14., GPS-15. és GPS-16. táblázatot az összes évre vonatkozóan; a legfrissebb adatok tekintetében ld. a GPS-17., GPS-18. és GPS-19. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹⁵⁾ Ld. az EYE-12. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

8. táblázat: A kokainhasználat előfordulása az átlagos népességben – az adatok összefoglalása

Korcsoport	A használat időszaka		
	Élete folyamán	Az elmúlt évben	Az elmúlt hónapban
15–64 évesek			
A szerhasználók becsült száma Európában	13 millió	4 millió	1,5 millió
Európai átlag	3,9%	1,2%	0,4%
Tartomány	0,1–8,3%	0,0–3,1%	0,0–1,1%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (0,1%) Litvánia, Málta (0,4%) Görögország (0,7%)	Románia (0,0%) Görögország (0,1%) Cseh Köztársaság, Magyarország, Lengyelország (0,2%)	Cseh Köztársaság, Görögország, Észtország, Románia (0,0%) Málta, Litvánia, Lengyelország, Finnország (0,1%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Spanyolország (8,3%) Egyesült Királyság (7,6%) Olaszország (6,8%) Írország (5,3%)	Spanyolország (3,1%) Egyesült Királyság (2,3%) Olaszország (2,2%) Írország (1,7%)	Spanyolország (1,1%) Egyesült Királyság (1,0%) Olaszország (0,8%) Írország (0,5%)
15–34 évesek			
A szerhasználók becsült száma Európában	7,5 millió	3 millió	1 millió
Európai átlag	5,6%	2,2%	0,8%
Tartomány	0,1–12,0%	0,1–5,5%	0,0–2,1%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (0,1%) Litvánia (0,7%) Málta (0,9%) Görögország (1,0%)	Románia (0,1%) Görögország (0,2%) Lengyelország (0,3%) Magyarország, Cseh Köztársaság (0,4%)	Észtország, Románia (0,0%) Cseh Köztársaság, Görögország, Lengyelország (0,1%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Egyesült Királyság (12,0%) Spanyolország (11,8%) Dánia (9,5%) Írország (8,2%)	Spanyolország (5,5%) Egyesült Királyság (4,5%) Dánia (3,4%) Írország, Olaszország (3,1%)	Egyesült Királyság (2,1%) Spanyolország (1,9%) Olaszország (1,2%) Írország (1,0%)
15–24 évesek			
A szerhasználók becsült száma Európában	3 millió	1,5 millió	0,6 millió
Európai átlag	4,4%	2,2%	0,9%
Tartomány	0,1–9,9%	0,1–5,6%	0,0–2,5%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (0,1%) Görögország (0,6%) Litvánia (0,7%) Málta, Lengyelország (1,1%)	Románia (0,1%) Görögország (0,2%) Lengyelország (0,3%) Cseh Köztársaság (0,4%)	Észtország, Románia (0,0%) Görögország (0,1%) Cseh Köztársaság, Lengyelország, Portugália (0,2%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Egyesült Királyság (9,9%) Spanyolország (9,3%) Dánia (9,2%) Írország (7,0%)	Dánia (5,6%) Spanyolország (5,4%) Egyesült Királyság (5,0%) Írország (3,8%)	Egyesült Királyság (2,5%) Spanyolország (1,7%) Olaszország (1,2%) Írország (1,1%)

Az európai előfordulásra vonatkozó becslések a 2001 és 2008 között (jóbbnyire 2004–2008 között) elvégzett legfrissebb országos felmérésekből kapott súlyozott átlagokon alapulnak, ezért ezeket nem lehet egy konkrét évhez kapcsolni. Az Európára vonatkozó átlagos előfordulást az egyes országokban az adott korcsoportba tartozó népességnek megfelelően súlyozott átlaggal számították ki. Azokban az országokban, ahonnan semmilyen információ nem állt rendelkezésre, az átlagos uniós előfordulással számoltak. Az alapul vett populációk: 15–64 (334 millió), 15–34 (133 millió) és 15–24 (63 millió). Az itt összefoglalt adatok az „Átlagpopuláción végzett felmérések” részben találhatóak a 2009. évi statisztikai közlönyben.

országban kis növekedések, illetve kis csökkenések is megfigyelhetők. Az a 11 országot tekintve, amelyek esetében lehetőség van a 2002-től 2007-ig tartó

tendencia elemzésére, az éves prevalencia a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében a kiinduló érték legalább 15%-ával nőtt öt országban (Írország,

Olaszország, Lettország, Portugália, Egyesült Királyság) ^(%), csökkent két országban (Magyarország, Lengyelország) és stagnált négy országban (Németország, Spanyolország, Szlovákia, Finnország) (9. ábra).

A 2007-ben végzett ESPAD iskolai felmérések szerint a 15–16 éves diákok körében a kokainhasználat életprevalenciája Franciaországban, Cipruson, Máltán, Szlovéniában és Szlovákiában nőtt legalább két százalékponttal 2003 óta. A spanyol iskolai felmérés 2004 és 2007 között két százalékpontos csökkenésről számolt be.

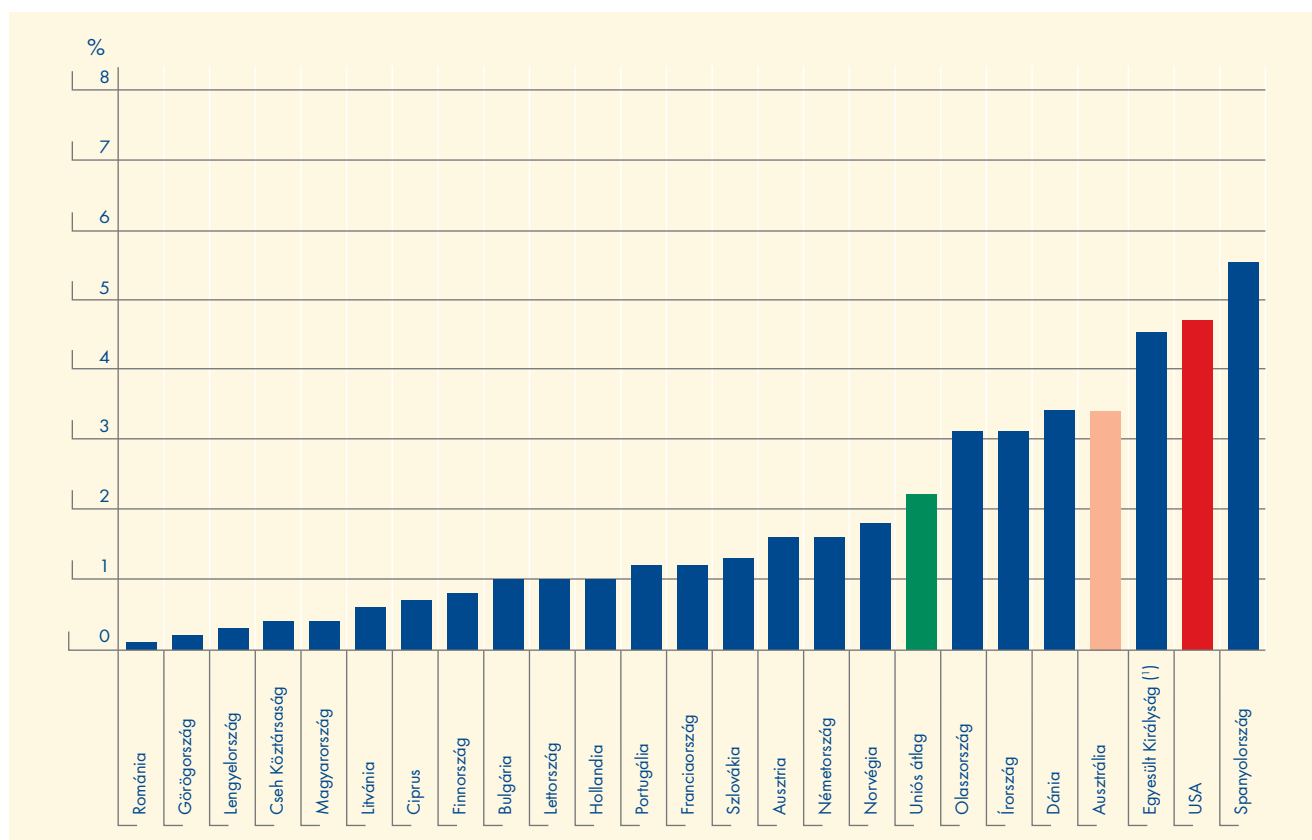
A kokainhasználat egészségügyi következményei

A kokainhasználat egészségügyi következményeinek mértékét valószínűleg alábecsülik. Ez részben a hosszú

távú kokainhasználatból eredő jellemző kórképek gyakran tisztázatlan vagy krónikus voltának, részben a betegség és a kábítószer használata közötti ok-okozati összefüggés megállapításában rejlő nehézségeknek tulajdonítható.

A rendszeres kokainhasználat – a szippantásos használatot is beleértve – szív-érrendszeri, idegrendszeri és pszichiátriai problémák járhatnak együtt, valamint nő a balesetek és az erőszakos cselekmények kockázata. Az egyéb szerek, köztük az alkohol egyidejű használata ugyancsak fokozhatja a kokainnal összefüggő problémák némelyikét (lásd EMCDDA, 2007a). Az Egyesült Államokban egy vizsgálat úgy becsülte, hogy a rendszeres kokainhasználók esetében a nem halálos miokardiális infarktus kockázata hétszer akkora, mint a kokaint nem használóknál (Qureshi és mások, 2001). Összességében úgy becsülték, hogy a 18–45 évesek körében a nem halálos kimenetelű miokardiális infarktusok egynegyede a „rendszeres kokainhasználatnak” volt tulajdonítható.

8. ábra: A kokainhasználat éves prevalenciája a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében Európában, Ausztráliában és az USA-ban



⁽¹⁾ Anglia és Wales.

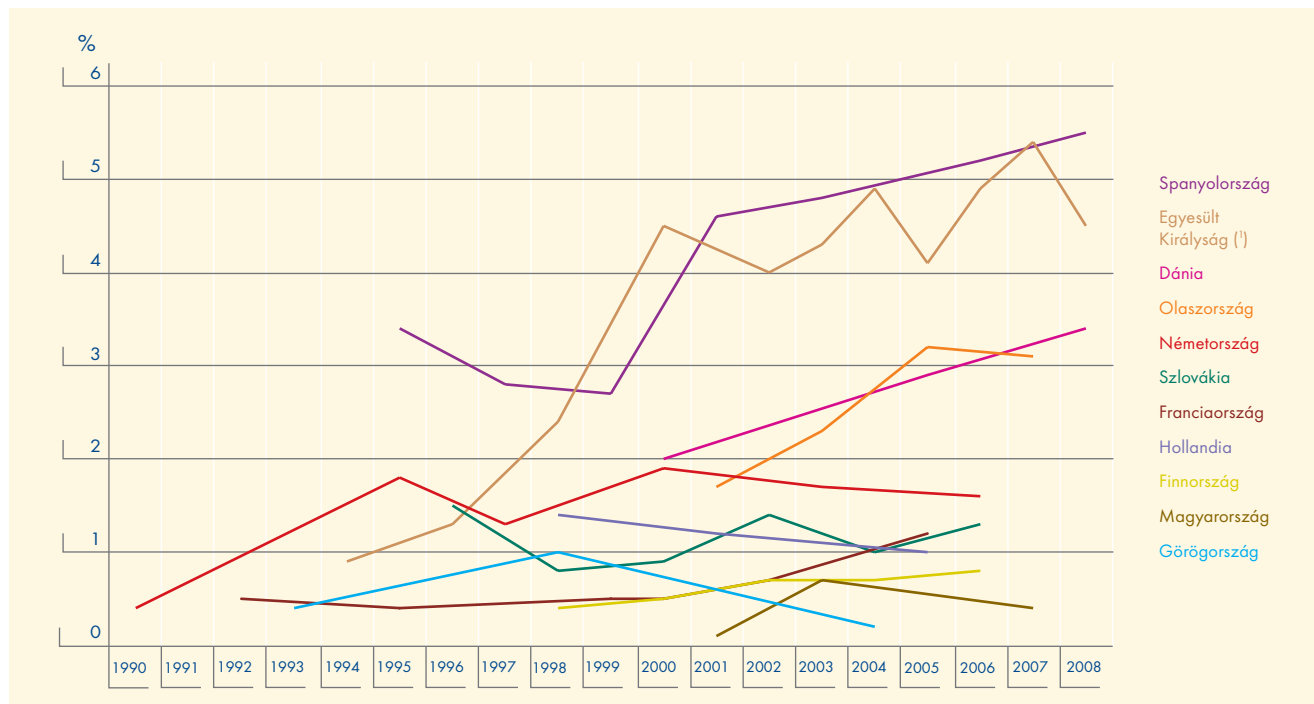
Megjegyzés: Az adatok mindegyik ország esetében a legutolsó rendelkezésre álló felmérésből származnak. Az előfordulási arány európai átlagát az ország 15–34 éves népességének (2006, az Eurostat-tól átvéve) megfelelően súlyozott országos előfordulási arány átlagaként számították ki. Az amerikai és az ausztrál adatokat az eredeti felmérési eredményekből átszámították a 15–34 éves korszavra. További információért ld. a GPS-20. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

SAMHSA (USA), Office of Applied Studies (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). National survey on drug use and health, 2007.

Australian Institute of Health and Welfare 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics sorozat 22. szám. Kat. sz. PHE 107. Canberra: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

^(%) Dániában szintén növekedést figyeltek meg, de más időbeli keretek között.

9. ábra: A kokainhasználat éves prevalenciájának tendenciái a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében

(¹) Anglia és Wales

Megjegyzés: További információkért ld. a GPS-14. (ii.rész) ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox országjelentések (2008), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

A közelmúltbeli jelentések alapján úgy tűnik, hogy a kokainhasználat magas prevalenciájával rendelkező országokban a kábítószerrel összefüggő kórházi sürgősségi esetek többségében ennek a kábítószernek is szerepe van. Az amerikai Kábítószerrel Való Visszaélésre Figyelmeztető Hálózat (Drug Abuse Warning Network – DAWN) úgy becsülte, hogy a kokain – egymagában vagy más kábítószerekkel együtt – 2006-ban a kábítószerrel összefüggő sürgősségi eseteknél tízből hat alkalommal jelen volt. Spanyolországban a pszichoaktív anyagok nem orvosi felhasználásához kapcsolódó kórházi sürgősségi esetek országos bejelentőrendszere azt állapította meg, hogy 2006-ban a kokain volt a leggyakrabban bejelentett anyag (59%), utána következett a kannabisz (31%), a nyugtatók (28%) és a heroin (22%), de az alkohol is gyakran jelen volt a felsorolt anyagok mellett. Egy barcelonai kórház sürgősségi osztályán a kokainhasználattal közvetlenül összefüggő problémák miatt érkező páciensei körében végzett felmérés szerint a főbb panaszok közé tartozott a szorongás vagy nyugtalanság (48%) és a mellkasi fájdalom vagy remegés (25%).

Az intravénás kokainhasználat és a crackhasználat jár a legnagyobb egészségügyi kockázatokkal (ideértve a szív-érrendszeri és mentálhigiéniai problémákat, az egészségi állapot megromlását). Ezeket a társadalmi

marginalizálódás és további konkrét problémák, például az injekciózással járó veszélyek általában tovább súlyosbítják. Úgy tűnik, hogy az opioidok és a kokain egyidejű használata összefügg az opioidtúladagolás magasabb kockázatával (EMCDDA, 2007a).

Az egyén szempontjából a függőség a kokainhasználat egyik negatív következménye. Az Egyesült Államokban végzett vizsgálat azt mutatta, hogy a használat első évében a kokainhasználók körülbelül 5%-a válhat függővé, bár a függőség kialakulása hosszú távon is csak a szerhasználók körülbelül 20%-ánál következett be (Wagner és Anthony, 2002). Egy másik vizsgálat szerint a függővé válók közül majdnem 40% anélkül épül fel, hogy alkohol vagy kábítószer miatti kezelésben részesülne (Cunningham, 2000). Bizonyított továbbá, hogy a kokainhasználók közül sokan uralni tudják a kábítószerhasználatukat azáltal, hogy szabályokat állítanak fel, például a mennyiségre, a gyakoriságra vagy a használat körülményeire vonatkozóan (Decorte, 2000).

A problémás kokainhasználat és a kezelés iránti igény

A problémás kokainhasználat (intravénás vagy tartós/ rendszeres használat) országos becslései csak Spanyolország és Olaszország esetében állnak

rendelkezésre, az Egyesült Királyságról pedig regionális és a crack kokainra vonatkozó ⁽⁹⁷⁾ becslések vannak. Olaszországban 2007-ben 3,8–4,7 közé becsülték az 1000 felnőttre jutó problémás kokainhasználók arányát. A legfrissebb spanyolországi adatok alapján 2002-ben a felnőtt népességben (15–64 évesek) 1000 főre 4,5–6 problémás kokainhasználó jutott. A problémás kokainhasználókra vonatkozó becslések valószínűleg alábecsülik a kezelésre vagy rövid beavatkozásra szoruló populáció tényleges nagyságát, mivel a társadalmilag integrált problémás kokainhasználók alulreprezentáltak lehetnek a felhasznált adatforrásokban.

A kokaint, főként a kokainport 2007-ben az összes kezelésre jelentkező kliens körülbelül 17%-a nevezte meg a kábítószer miatti kezelés megkezdésének első számú okaként, ami 25 európai országban nagyjából 61 000 bejelentett esetnek felel meg. A kezelésre első alkalommal jelentkezők körében magasabb volt azoknak az aránya, akik a kokaint nevezték meg elsődleges kábítószerként (22%).

Az országok között a kokainhasználó kliensek arányát tekintve – mind az összes kliens, mind az új kliensek körében – nagy különbségek vannak. A legmagasabb arányt Spanyolországból jelentették az összes kliens (45%) és az új kliensek körében (60%), utána Hollandia (32%, illetve 29%) és Olaszország (23%, illetve 26%) következett. Belgiumban, Írországból, Cipruson, Luxemburgban és az Egyesült Királyságban a kokainhasználó kliensek képezték az összes kábítószer-fogyasztó kliens 11–13%-át, illetve az új kliensek 11–19%-át; Európa más részein a kokain a kezelt kliensek kevesebb mint 10%-ánál volt jelen, de hét országból 1%-nál is kevesebbet jelentettek ⁽⁹⁸⁾.

Az elsődleges kokainhasználat miatt kezelésre jelentkező kliensek száma Európában sok éve emelkedik, bár ezt a tendenciát néhány ország erősen befolyásolja. 2002 és 2007 között az új kliensek körében a legnagyobb aránybeli növekedést Spanyolországból, Írországból és Olaszországból jelentették. Az időbeli tendenciák elemzéséhez elegendő adattal rendelkező országokban a kokaint elsődleges kábítószerként megnevező, kezelésre jelentkező összes kliens száma arányaiban 13%-ról 19%-ra nőtt (18 ország adatai alapján) ⁽⁹⁹⁾. A kezeléseket új kliensek esetében 17%-ról 25%-ra nőtt az arány (19 ország adatai alapján). A kokainhasználó kliensek legmagasabb arányával rendelkező országok közül Spanyolországból és Olaszországból 2005 óta stabil helyzetet jelentenek, Hollandiában pedig

csökkenőben van azoknak az új klienseknek az aránya, akik a kokain miatt jelentkeznek kezelésre. Más országokban viszont most emelkedik ez az arány, például Dániában, Írországból, Görögországból és Portugáliában ⁽¹⁰⁰⁾.

A crack kokain használata Európában

A kokainhoz Európában két formában lehet hozzájutni: kokainporként (kokain-hidroklorid, hidroklorid só) és a ritkábban használt crack kokain (szabad bázis) formájában. A cracket jellemzően elszívják; közismert hatása, hogy intenzív flash-élményt vált ki, amely problémás használati minták kialakulásához vezethet. Általában kokain-hidrokloridból állítják elő, a kiskereskedelméhez és a felhasználásához közeli helyszíneken.

A crack használata az 1980-as évek közepén kezdett elterjedni az Egyesült Államokban, főként a nagyvárosok rosszabb helyzetben lévő belvárosi területein, aránytalanul nagy mértékben érintve az etnikai kisebbségeket. Voltak olyan félelmek, hogy Európában hasonló jelenség mehet végbe, de eddig nem észlelték a crack súlyos, járványos terjedését.

A crack kokaint mindazonáltal néhány európai városban használják, bár a jelenség mértékét nehéz pontosan meghatározni. A londoni (GLADA, 2004) és a dublini (Connolly és mások, 2008) helyzetről szóló jelentések azt is jelzik, hogy elképzelhető a használat növekedése. A crackhasználatot Londonban a helyi kábítószer-problémák egyik fontos elemének tartják, az 1990-es évek közepe óta megfigyelhető növekedését pedig főként az opioidhasználó populáció növekedésének tulajdonítják, akik cracket is használnak.

A crackkel kapcsolatos kezelési igények többségét és a kábítószer lefoglalásainak legnagyobb részét az Egyesült Királyságból jelentik. Egy vizsgálat 2006–2007-ben a felnőtt népességen belül 1000 lakosra jutó 5,2–5,6 főre tette a problémás crackhasználók számát Angliában. Más európai országok nagyvárosaiból is komolyabb méretű crackproblémákat jelentettek.

A crackhasználat főként a marginalizálódott, hátrányos helyzetű csoportokban fordul elő, így például a szexmunkások és a problémás opioidhasználók körében, emellett néhány országból azt jelentették, hogy jellemzően az etnikai kisebbségek használják a cracket (pl. Franciaország, Hollandia, Egyesült Királyság). A társadalmilag integrált egyének körében – a kokainpor rendszeres használóit is beleértve – a crackhasználat rendkívül ritka (Prinzleve és mások, 2004). Ettől függetlenül a crackhasználat bizonyos csoportokban és városokban megfigyelhető állandó jelenléte nyomatékossítja annak veszélyét, hogy nagyobb populációkra is áttérjedhet.

⁽⁹⁷⁾ Ld. „A crack kokain használata Európában”.

⁽⁹⁸⁾ Ld. a TDI-2. ábrát és a TDI-5. (i. rész) és (ii. rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben; a spanyolországi adatok 2006-ra vonatkoznak.

⁽⁹⁹⁾ Ebbe csak az opioidok, a kannabisz, a kokain és más serkentőszerek elsődleges használatáról nyilatkozó kliensek tartoznak bele.

⁽¹⁰⁰⁾ Ld. a TDI-1. és TDI-3. ábrát és a TDI-3. (ii. rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

A kezelt kliensek jellemzői

Szinte minden kokainhasználó kliensről a járóbeteg-kezelő központok tudósítottak, bár néhány kokainhasználó kliens magánklinikákon is kezelhetnek, amelyek a jelenlegi megfigyelési rendszerben szinte egyáltalán nem képviseltetik magukat.

A férfi–nő arány a kokainhasználó kliensek esetében az egyik legmagasabb (öt férfi jut egy nőre), és a kliensek átlagéletkora is a legmagasabbak közé tartozik (kb. 32 év) a kezelések kliensei között. Ez különösen igaz néhány olyan országra, ahol az elsődleges kokainhasználó kliensek száma nagy, főként Olaszországra, ahol a nemek aránya 8:1, az átlagéletkor pedig 35 év. A kokainhasználó kliensek közel fele 20 éves kora előtt kezdi használni a kábítószer, 88%-uk 30 éves kora előtt. Spanyolországból, Olaszországból és Hollandiából hosszú átfutási időket jelentettek (9–12 év) az első kokainhasználat és az első kezelés megkezdése között ⁽¹⁰¹⁾.

A kokainhasználó kliensek többsége szippantja (55%) vagy elszívja (32%) a kábítószer, intravénás használatról kevesebb mint 7%-uk nyilatkozott ⁽¹⁰²⁾. 2006-ban egy 14 országban elvégzett elemzés azt mutatta, hogy a kokainhasználó kliensek körülbelül 63%-a többféle szert fogyaszt párhuzamosan. 42%-uk alkoholt is fogyaszt, 28%-uk kannabiszt, 16%-uk pedig heroint használ. A kokaint gyakran említik másodlagos kábítószerként is, különösen az elsődleges heroinproblémával rendelkező kliensek körében (28%) ⁽¹⁰³⁾.

2007-ben a jelentések szerint körülbelül 8000 kliens jelentkezett járóbeteg-kezelésre a crack kokain elsődleges használata miatt, ami az összes kokainhasználó kliens 15%-át és a járóbeteg-kezelésben részt vevő összes kliens 2,7%-át jelentette. A legtöbb crackhasználó kliensről (kb. 6500) az Egyesült Királyságból számoltak be, ahol a kezelt kokainhasználó kliensek 45%-át tették ki. Az elsődleges crackhasználó kliensek közel egynegyede (22%) heroint is használ; e kliensek körében nagyarányú a munkanélküliség és a hajléktalanság ⁽¹⁰⁴⁾.

A kezelések alapján összességében a kokainhasználó kliensek között két fő csoportot lehet megkülönböztetni: a kokainport használó, társadalmilag integráltabb személyeket, és a kliensek marginalizálódott csoportját, akik a kokaint, illetve gyakran a crack kokaint opioidokkal kombinálva használják. Az első csoport jellemzően szippantja a kábítószer, és esetenként más szerekkel, például alkohollal vagy kannabisszal fogyasztja együtt, de

opioidokkal nem. E csoport néhány tagját a büntető igazságszolgáltatás utalja be kezelésre. A második csoport tagjai gyakran intravénásan használják a kábítószer, kokaint és opioidokat egyaránt használnak, időnként cracket szívnak, egészségi állapotuk és szociális körülményeik bizonytalanok. Idetartoznak azok az egykori heroinhasználók is, akik kokainhasználat miatt jelentkeznek újra kezelésre.

Kezelés és ártalomcsökkentés

Kezelés

Európában a kábítószer-használókat kezelő állami létesítmények többnyire az opioidhasználók igényeihez igazodnak, ezért a kokainhasználók kezelésére szakosodott intézmények ritkák és gyakran magán fenntartásúak. Néhány országban (pl. Írország, Olaszország, Spanyolország) azonban külön stratégiákat vagy kezelési programokat vezettek be a kokainhasználók részére, és Franciaországban is folyamatban van az ilyen programok kidolgozása.

A kokainhasználók, illetve problémáik és igényeik sokfélesége bonyolultabbá teszi a kezelési szolgáltatások megszervezését és biztosítását a kezelésre szorulóknak számára. A kokainhasználók egyes populációi nehezen megközelíthetők, ezért őket nehéz bevonni a kezelésbe. A perifériára szorult intravénás kokainhasználók és a crackhasználók például gyakran nem keresnek önkéntesen kezelést. Írországban emiatt megkereső munkát és más beavatkozásokat ajánlanak annak érdekében, hogy be lehessen vonni a kezelésbe azokat a szerhasználókat, akiket egyébként nem lehet elérni (Connolly és mások, 2008). Bizonyos csoportok számára a megkereső kezelési programok is kedvezőek lehetnek. Ezt példázza egy holland vizsgálat, amely a marginalizálódott crackhasználókat vette célba. A kezelési program kliensei körében magas fokú engedelmességet és a kezeléssel való elégedettséget ért el. A jelentés szerint a kezelt kliensek egészségügyi és életkörülményeiben, családi és társadalmi kapcsolataiban, illetve pszichiátriai állapotában egyaránt javulás következett be (Henskens és mások, 2008).

A társadalmilag integrált kokainhasználóknak szintén nehézséget okozhat a kezelésbe való bekerülés. Előfordulhat, hogy úgy érzik, nem foglalkoznak megfelelően az igényeikkel az olyan kezelési szolgálatoknál, ahol a kliensek köre elsősorban

⁽¹⁰¹⁾ Ld. a TDI-10., TDI-11. (iii. rész), TDI-21. és a TDI-103. (ii. rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁰²⁾ Ld. a TDI-17. (iv. rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁰³⁾ Ld. a politoxikomániáról szóló kiemelt témát.

⁽¹⁰⁴⁾ Ld. „A crack kokain használata Európában” (72. o.) és a TDI-7. és TDI-115. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

opiooidhasználókból áll. Néhány országból beszámoltak az ilyen problémák leküzdésére tett intézkedésekről. Olaszországban például a 2007-ben indult „Progetto nazionale cocaina” program nyújt szakirányú szolgáltatásokat, a társadalmilag integráltabb kokainhasználókhoz és családjukhoz jobban igazodó nyitva tartással (pl. munkaidő után). Hasonló módszerről számoltak be Írországból is, ahol külön programokat dolgoztak ki, hogy a kokainpor használói számára vonzóvá tegyék a kezelést.

Az is fontos, hogy a problémás kokain- és crackhasználókat kezelésben lehessen tartani, mivel az intenzív kokainhasználat viselkedési, társadalmi és pszichológiai funkciózavarokkal jár együtt (pl. impulzív és agresszív viselkedéssel), és néhány csoport esetében kaotikus életvitelt, továbbá a mentális és fizikai állapot súlyos leromlását vonja maga után. A szakértők emiatt arról számoltak be, hogy a terápiás ülések rendszeres látogatásának és az értelmes terápiás párbeszédnek a fenntartása nehézséget okoz (Connolly és mások, 2008). A kokainhasználat megszakíthatja a más kábítószerektől való függőség kezelését, és veszélyeztetheti a sikeresen elért absztinenciát a herointól. Németországban például a párhuzamos kokainhasználatot döntő tényezőnek találták az opiooidhelyettesítő kezelésből lemorzsolódók esetében.

A szerhasználók kezelés alá vonása és megtartása egyébként is nehéz egy olyan közegben, ahol nem áll rendelkezésre konkrét, bizonyítottan hatékony pszichoszociális beavatkozás és hatékony gyógyszeres kezelés, amely segítené a szerhasználókat az absztinencia fenntartásában vagy a szerhasználat csökkentésében a kezelés időszaka alatt.

Ezeket a nehézségeket speciális kezelési programok, valamint a kokain- és crackhasználattal járó problémákhoz igazodó képzések kidolgozásával lehet megoldani. A kezelő személyzet részére biztosított, kifejezetten a kokainról szóló képzési programról Írországból, Olaszországból és az Egyesült Királyságból számoltak be. Ezenkívül 11 tagállamból – köztük az összes olyan országból, ahol a kokainhasználat és a kezelési igények szintje magas – jelentették, hogy a hagyományos kezelési szolgáltatások mellett külön kezelési programok állnak rendelkezésre a kokaint vagy crack kokaint használók számára. Miközben azonban Olaszország, Portugália, Szlovénia és az Egyesült Királyság nemzeti szakértőinek becslései szerint ezek a programok a kezelésre szorulóknak többsége számára hozzáférhetőek, Dánia, Németország, Írország, Ausztria, Hollandia, Franciaország és Spanyolország szakértői úgy becsülték, hogy csak kisebb részük számára érhetőek el.

Volt egy időszak, amikor szinte minden kutatás az Egyesült Államokból származott, most viszont már Európában is számos vizsgálatban tanulmányozzák a kokainfüggőség kezelését. Az Egyesült Királyságban egy klinikai kísérlet keretében a viselkedésben elért változások jutalmazásának módszerével („contingency management”) együtt folytatott kognitív pszichoterápia hatékonyságát vizsgálják (lásd EMCDDA, 2008b) elsődleges kokainhasználóknál. A közelmúltban készült Cochrane-áttekintés szerint eddig ez a kombináció hozta a legjobb eredményeket a serkentőszerektől való függőség kezelésében (Knapp és mások, 2007). Egy másik, szintén az Egyesült Királyságban folyó klinikai kísérlet a modafinil hatékonyságát vizsgálja a viselkedésben elért változásokat utalványokkal jutalmazó kezeléssel együtt, mégpedig opiooidhelyettesítő kezelésben részesülő és crack kokaint használó páciensek körében. A modafinilról már számos kísérletben megállapították, hogy a serkentőszerektől való függőség esetén helyettesítő hatóanyagként terápiás hatásai lehetnek.

Hollandiában jelenleg öt klinikai kísérletben vizsgálják a kokainfüggőség kezelésére szolgáló különféle gyógyszerhatóanyagokat, köztük a dexamfetamint és a modafinilt. Egy másik holland klinikai kísérlet a közösség megerősítésének módszerét ötvözte a viselkedésben elért változásokat jutalmazó kezeléssel, opiooidhelyettesítő kezelés alatt álló, kokainfüggő klienseknél. Az eredmények a standard kezeléssel összehasonlítva a kokainfogyasztás jelentős csökkenését mutatták.

A TA-CD kokainvakcina hatásosságát egy sok helyszínen zajló, közös spanyol–olasz tanulmány vizsgálta. A vakcinával kapcsolatban eddig ez volt a legnagyobb kísérlet, több száz önkéntes részvételével. A TA-CD vakcináról szóló, az USA-ban végzett kezdeti biztonságossági vizsgálatok a kokain szubjektív hatásainak és használatának csökkenését, valamint a kezelés jobb fenntartását mutatták.

Ártalomcsökkentés

A problémás crack- és kokainhasználóknak szóló ártalomcsökkentő beavatkozások sok tagállamban új tevékenységi területnek számítanak. Ezen a téren a beavatkozások korlátozottságának egyik oka az lehet, különösen a crackhasználók esetében, hogy az ebben dolgozók nem ismerik eléggé ezt a kábítószer, a célcsoportot és a szükségleteiket.

A tagállamok az intravénás kokainhasználóknak rendszerint ugyanazokat a szolgáltatásokat és létesítményeket biztosítják, mint az opiooidhasználóknak, beleértve a biztonságosabb használatról szóló

ajánlásokat, képzést a biztonságosabb injektáláshoz, illetve tű- és fecskendőcsere-programokat. A kokain intravénás használata azonban együtt járhat a felszerelések megosztásának megnövekedett veszélyével és a gyakori injekciózással, ami a vénák szétduzzadásához és ezáltal a kockázatosabb testrészekben való injekciózáshoz vezethet (pl. a láb, kéz, lábfej, ágyék). A biztonságosabb használatról szóló ajánlásokat ezért ezekhez a konkrét veszélyekhez kell igazítani. Néhány országban (pl. Belgium, Franciaország) egyes

alacsonyküszöbű ügynökségeknél tiszta crackpipákat is biztosítanak.

A kokainhasználókat rekreációs körülmények között megkereső ártalomcsökkentő beavatkozások elsősorban a tudatosításra helyezik a hangsúlyt. A programok keretében a fiatalok részére tanácsadást és tájékoztatást biztosítanak az alkohol- és kábítószer-fogyasztással járó általános kockázatokról, aminek általában a kokainhasználattal összefüggő veszélyekről szóló felvilágosítás is része.

6. fejezet

Opiumhasználat és intravénás kábítószer-használat

Bevezetés

A heroin használata, különösen az intravénás használat Európában az 1970-es évek óta szorosan összekapcsolódik a problémás kábítószer-használattal. Az Európai Unióban még ma is ez a kábítószer tehető felelőssé a kábítószer-használattal összefüggő megbetegedések és halálozások legnagyobb részéért. Az elmúlt tíz évben a heroinhasználat és a kapcsolódó problémák csökkenését lehetett megfigyelni, bár a frissebb adatok arra utalnak, hogy ez a tendencia néhány országban megfordulhatott. Emellett a szintetikus opioidok, például a fentanil használatáról és a serkentő kábítószer, így a kokain vagy az amfetaminok intravénás használatáról szóló jelentések azt tükrözik, hogy a problémás kábítószer-használat Európában egyre inkább sokoldalú jelenség.

Kínálat és hozzáférhetőség

Az importált heroint a tiltott kábítószer európai piacain hagyományosan két formában kínálják: az egyik az általánosan elérhető nyers heroin (a heroin bázikus formája), amely többnyire Afganisztánból származik, a másik a fehér heroin (só forma), amely jellemzően Délkelet-Ázsiából származik, bár ez a forma lényegesen ritkábban fordul elő ⁽¹⁰⁵⁾. Emellett Európán belül is készítenek opioid kábítószeret, főleg házi mákkeszítményeket (pl. mákszalma, mákkoncentrátum az őrölt mákgubókból vagy mákszárakból), bizonyos kelet-európai országokban (Lettország, Litvánia).

Termelés és kereskedelem

Az Európában fogyasztott heroin elsősorban Afganisztánból származik, amely a tiltott ópium-előállítás legnagyobb részéért felel. A termelő országok közé tartozik még Mianmar, ahonnan főként a kelet- és dél-ázsiai piacokat látják el, Pakisztán, Laosz, illetve Mexikó és Kolumbia, amelyeket az Egyesült Államok legnagyobb heroinbeszállítóinak szokás tekinteni (UNODC, 2009). A globális ópiumtermelés becslések szerint egy 2007-es csúcstól visszaesett, ami főként annak köszönhető,

hogy az afgán termelés 2008-ban 8890 tonnáról kb. 8000 tonnára csökkent. A globális potenciális herointermelés a legfrissebb becslés szerint 2007-ben 735 tonna volt (UNODC, 2009). Az elmúlt néhány évben Afganisztánban felszámolt laboratóriumok számának növekedése arra utal, hogy az ópiumot egyre gyakrabban még az országon belül átalakítják morfinná vagy heroinná. A szomszédos országokban (Pakisztán, Irán) történt nagy ópium- és morfinlefoglasok azonban azt jelzik, hogy Afganisztánon kívül is komoly feldolgozás zajlik (CND, 2008; UNODC, 2009).

A heroin Európát többnyire két fő kereskedelmi útvonalon keresztül éri el: a történetileg fontos balkáni útvonalon és annak elágazásain, a Pakisztánon, Iránon és

9. táblázat: A heroin termelése, lefoglalásai, ára és tisztasága

Termelés és lefoglalások	Heroin
Becsült globális potenciális termelés (tonna) ⁽¹⁾	735
Globális lefoglalt mennyiség Heroin (tonna) Morfin (tonna)	65 27
Lefoglalt mennyiség (tonna) Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)	8,8 (22)
Lefoglalások száma Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)	56 000 (58 000)
Ár és tisztaság Európában	Nyers heroin
Átlagos kiskereskedelmi ár (EUR/gramm) Tartomány (Interkvartilis tartomány) ⁽²⁾	14–119 (35–77)
Átlagos tisztaság (%) Tartomány (Interkvartilis tartomány) ⁽²⁾	9–50 (16–27)

⁽¹⁾ Az UNODC számadata az illegális ópiumtermelés globális eredményére vonatkozó becslésen alapul (2008-ban 8870 tonna (UNODC, 2009).

⁽²⁾ A bejelentett átlagos ár vagy tisztaság középső felének tartománya. Az adatok 2007-re vonatkoznak, a becslés globális potenciális termelés kivételével.

Forrás: UNODC World drug report (2009) a globális értékek esetében, Reitox nemzeti fókuszpontok az európai adatok esetében.

⁽¹⁰⁵⁾ A kábítószer kínálatáról és hozzáférhetőségéről szóló adatok forrására vonatkozó információkat lásd a 43. oldalon.

Törökországon való tranzitot követően, ahol a legnagyobb mennyiséget szokták lefoglalni, valamint az „észak felé vezető úton”, Közép-Ázsián és az Orosz Föderáción keresztül, ahonnan a heroint Lengyelországba például közvetlenül vonattal viszik (INCB, 2009a), Norvégiába pedig Litvánián keresztül. A délnyugat-ázsiai heroin esetében másodlagos kereskedelmi útvonalokról számoltak be, például Afganisztánból és Pakisztánból légi úton szállítják, a közel-keleti és kelet-afrikai országokon keresztül az illegális európai piacokra (INCB, 2009a; WCO, 2008). A Délnyugat-Ázsiából származó heroint Pakisztánból induló légi járatokon közvetlenül is csempészik Európába (az Egyesült Királyságba). Az Európai Unión belül másodlagos elosztó központként Hollandia és kisebb mértékben Belgium játszik fontos szerepet (Europol, 2008).

Lefoglalások

Az ópium világszinten bejelentett lefoglalásai 2007-ben jelentősen emelkedtek, 510 tonnára, amelynek 84%-át Irán felelt. A morfinból bejelentett globális lefoglalások meredeken visszaestek, 27 tonnára, a globális heroinlefogalás pedig kismértékben, 65 tonnára nőtt. A legnagyobb heroinlefogalásokat Iránból jelentették (a világ összesített lefoglalásainak 25%-át), utána következett Törökország és Afganisztán (UNODC, 2009).

Európában becslések szerint 58 000 lefoglalással körülbelül 22 tonna heroint foglaltak le 2007-ben. A legnagyobb számú lefoglalást változatlanul az Egyesült Királyságból jelentették, a legnagyobb lefoglalt mennyiséget pedig ismét Törökországból, ahol 2007-ben 13,2 tonnát sikerült lefoglalni ⁽¹⁰⁶⁾. A 2002 és 2007 közötti évekre vonatkozó, 25 adatközlő országból származó adatok azt jelzik, hogy az első évben történt visszaesés után a lefoglalások száma 2003 óta folyamatosan emelkedett. A Törökországban lefoglalt heroin mennyiségében mutatkozó általános tendencia eltér az Európai Unióban megfigyelttől. Miközben Törökország arról számolt be, hogy a 2002 és 2007 között lefoglalt heroin mennyisége ötszörösére nőtt, az Európai Unióban lefoglalt mennyiség összességében csökkenő tendenciát mutatott ebben az időszakban, bár 2006 és 2007 között növekedett.

A (heroin illegális előállításához használt) ecetsavanhidrid globális lefoglalásai 2007-ben 56 300 literre emelkedtek, amelynek közel felét Oroszországban (25 000 liter) találták, kisebb részét Törökországban (13 300 liter) és Szlovéniában (6500 liter) (INCB, 2009b). Az INCB becslései szerint az afgán heroingyártó laboratóriumokban

felhasznált ecetsavanhidrid „közel 80%-át” Kelet- és Délkelet-Európán keresztül csempészik be, ezért szorgalmazta az Európai Bizottságnál és a tagállamoknál, hogy akadályozzák meg az ecetsavanhidrid eltérítését a belső piacról.

Tisztaság és ár

A nyers heroin átlagos tisztasága 2007-ben a legtöbb jelentéstevő országban 15–30% között mozgott, ugyanakkor 15% alatti értékeket jelentettek Franciaországból (12%) és Ausztriából (9%), míg az Egyesült Királyságból (50%) és Norvégiából (35%) magasabbakat. A fehér heroin jellemző tisztasága a néhány, adatokat közlő európai országban általában magasabb volt (30–50%) ⁽¹⁰⁷⁾.

A nyers heroin kiskereskedelmi ára a skandináv országokban továbbra is magasabb volt, mint Európa többi részén: Svédországból grammonkénti 119 eurós, Dániából 96 eurós átlagárát jelentettek. Tíz másik országban grammonként 30–80 euró között volt a nyers heroin kiskereskedelmi ára, Törökországból viszont 15 eurós grammonkénti átlagárát közölték. A 2002–2007 közötti időszakban az időbeli tendenciákról is beszámoló 12 ország közül hétben csökkent a nyers heroin kiskereskedelmi ára, ötben emelkedett. A fehér heroin kiskereskedelmi árát csak néhány európai ország adta meg, ahol grammonként 31–151 EUR között mozgott.

A problémás opioidhasználat becsült előfordulása

Az e részben szereplő adatok az EMCDDA problémás kábítószer-használat (PDU) indikátorából származnak, amely főként az injekciós kábítószer-használatot és az opioidok használatát tartalmazza, bár néhány országban az amfetamin- vagy kokainhasználat is fontos összetevő. Érdemes megjegyezni, hogy sok országból azt jelentették, hogy a „problémás opioidhasználókat” többféle szer párhuzamos használóiként lehetne jellemezni, akik opioidokat is használnak. Tekintettel az ilyen fajta kábítószer-használat viszonylag alacsony előfordulási arányára és rejtőzködő jellegére, statisztikai extrapolálásra van szükség ahhoz, hogy a rendelkezésre álló adatforrásokból az előfordulásra vonatkozó becsléseket nyerjünk.

A problémás opioidhasználat európai országokban való előfordulására vonatkozó becslések a 2002–2007 közötti időszakban a 15–64 év közötti népességben belül 1000

⁽¹⁰⁶⁾ Ld. a SZR-7. és az SZR-8. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben. Meg kell jegyezni, hogy ahol a 2007-es adatok hiányoznak, az európai összmennyiségek becsléséhez a megfelelő 2006-os adatokat használták fel. Ez egyelőre csak előzetes elemzés, mivel az Egyesült Királyságra vonatkozó adatok 2007-ből még nem elérhetők.

⁽¹⁰⁷⁾ A tisztaságra és az árra vonatkozó adatokat ld. a PPP-2. és a PPP-6. táblázatban a 2009. évi statisztikai közlönyben.

Heroinárak a különböző piaci szinteken

A kábítószerárak megfigyelése fontos eszköz a kábítószerpiacok megértéséhez. Az EMCDDA a kiskereskedelmi árakról gyűjt adatokat, általában euró/grammban, adagban vagy tablettában kifejezve. Ezen információk alapján meg lehet becsülni, hogy egy európai országban egy szerhasználó jellemzően mennyit fizet egy adott kábítószerért. Az árak időbeli változásai a kábítószer iránti kereslet vagy kínálat esetleges változásaira utalhatnak. A nagykereskedelmi árakra, azaz a kábítószer-kereskedők által a kábítószer fogyasztása szerinti piacon a nagy terjesztőknek fizetett árakra vonatkozó információ szintén hasznos mutató, mivel betekintést adhat a piaci profitokba.

2007-re vonatkozóan csak néhány országról állnak rendelkezésre összehasonlítható adatok a nagy- és kiskereskedelmi árakról is (Cseh Köztársaság, Németország, Spanyolország, Románia, Egyesült Királyság). A felsorolt országokban a heroin bejelentett nagykereskedelmi ára a 12,5–35,8 EUR/gramm tartományban, az átlagos kiskereskedelmi ár pedig 36–62,7 euró között mozgott, ahol ez az adat rendelkezésre állt. A legalacsonyabb árakat Romániából, a legmagasabbakat Spanyolországból jelentették, a piac nagy- és kiskereskedelmi szintjén egyaránt. A kiskereskedelmi és a nagykereskedelmi ár közötti arányt tekintve szintén nagy különbségek voltak: a Cseh Köztársaságban 1,6:1, míg az Egyesült Királyságban 2,8:1 volt az arány. A kábítószer tisztaságának esetleges – akár az egyes országok, akár a piaci szintek közötti, illetve időbeli – különbségei miatt az összehasonlításokkal óvatosan kell bánni. A terület elemzése ennek ellenére informatív lehet, különösen az időbeli tendenciák tekintetében, mivel fontos piaci változásokra hívhatja fel a figyelmet.

főre jutó durván egy–hat eset között mozognak; a problémás opioidhasználat összesített előfordulását kevesebb mint három–tíz eset/1000 főre becsülik. A problémás opioidhasználatra vonatkozó, jól dokumentált becslések közül a legalacsonyabbakat a Cseh Köztársaságból, Lettországból, Lengyelországból és Finnországból jelentették (bár a Cseh Köztársaságban és Finnországban egyaránt magas a problémás amfetaminhasználók száma), a legmagasabb becsléseket pedig Máltáról, Olaszországból, Ausztriából és Spanyolországból közölték (10. ábra).

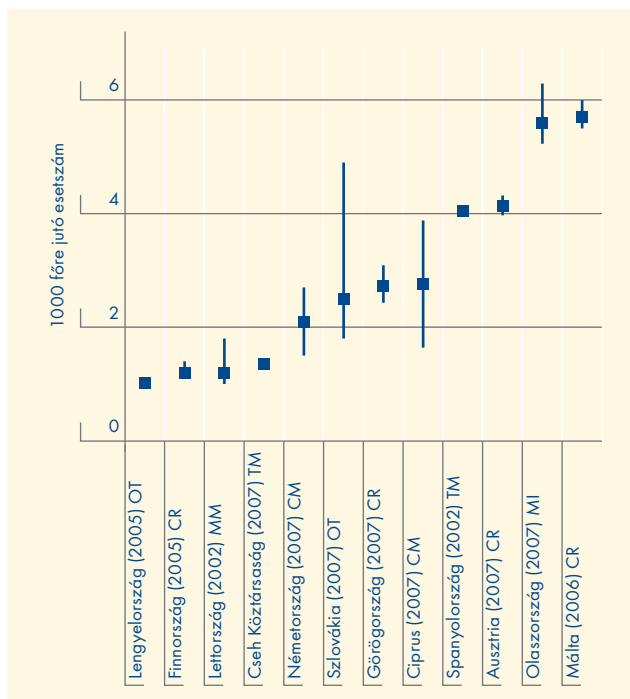
A problémás opioidhasználat átlagos prevalenciáját az adatközlő országokban 1000 főre jutó 3,6–4,6 esetre becsülik a 15–64 éves népességen belül. Amennyiben feltételezzük, hogy ez az EU egészét tükrözi, akkor arra következtethetünk, hogy 2007-ben az EU-ban és Norvégiában mintegy 1,4 millió (1,2–1,5 millió)

problémás opioidhasználó élt ⁽¹⁰⁸⁾. Ebben a becslésben alulreprezentáltak lehetnek a börtönben lévő problémás opioidhasználók, különösen a hosszabb szabadságvesztésre ítélték.

A kezelés alatt álló opioidhasználók

A kezelésre jelentkező kliensek továbbra is az opioidokat, főként a heroint nevezik meg elsődleges kábítószerként. Az ilyen kábítószerrel összefüggő problémák miatt kezelésre jelentkező szerhasználók arányában Európán belül komoly különbségek vannak: Bulgáriában és Szlovéniában az opioidhasználó kliensek a kezelésre

10. ábra: Becslések a problémás opioidhasználat éves prevalenciájáról (a 15–64 éves népességben 1000 főre jutó esetek száma)



Megjegyzés: A szimbólum egy becsült pontot jelent, a sáv pedig egy bizonytalansági intervallumot: egy 95%-os konfidencia-intervallumot vagy egy érzékenységi elemzésen alapuló. A célcsoportok a különböző módszerektől és adatforrásoktól függően kissé változhatnak, ezért csak óvatos összehasonlításokat szabad végezni. A szabványostól eltérő korcsoportokat a Finnországból (15–54), Máltáról (12–64) és Lengyelországból (minden korosztály) származó vizsgálatokban használtak. Az arányt mindhárom esetben hozzáigazították a 15–64 éves népességhez, azt feltételezve, hogy a kábítószer-használat a többi korcsoportban elhanyagolható mértékű. Németország és Ciprus esetében az intervallum az összes létező becslés legalacsonyabb és legmagasabb határát jelöli, a becsült pont pedig a középpontok egyszerű átlaga. A becslési módszereket rövidítés jelöli: CR = fogás-visszafogás eljárás; TM = kezelési multiplikátor; MI = többváltozós indikátor; MM = halálózási multiplikátor; CM = kombinált módszerek; OT = egyéb módszerek. További részletekért ld. a PDU-1. (ii. rész) ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben. Reitox nemzeti fókuszpontok.

Forrás:

⁽¹⁰⁸⁾ Ezt a becslést az új adatok alapján 1,5-ről 1,4 millióra igazították ki. Tekintettel a nagy konfidencia-intervallumokra és arra, hogy a becslés különböző évekből származó adatokon alapul, nem lehet azt a következtetést levonni, hogy az új becslés a problémás opioidhasználat prevalenciájának csökkenését jelezne Európában.

A problémás opioidhasználat incidenciája

A problémás opioidhasználat incidenciájának (ez azoknak az egyéneknek a száma, akik egy adott évben kezdik meg a szerhasználatot, és problémás kábítószer-használókká válnak) a megfigyelésére azért van szükség, hogy nyomon lehessen követni az európai kábítószerhelyzetben zajló tendenciákat, és ennek megfelelő stratégiákat és beavatkozásokat lehessen tervezni.

Az EMCDDA ösztönözte a problémás kábítószer-használat incidenciájának felbecsülésére irányuló kutatást, és a közelmúltban iránymutatást adott ki erről a témáról (Scalia Tomba és mások, 2008). A zürichi egyetemmel együttműködésben egy vizsgálatot is elindított egy új „egynapos” módszer tesztelésére, amely a „lappangási idő” (a kezelésig eltelt idő) eloszlását használja fel a kezelt heroinhasználók keresztmetszeti mintájában. A módszer egy olyan függvényt használ, amely a helyettesítő kezelésben való részvétel valószínűségét írja le (általános részvételi függvény, GIF) akkor, ha a kezeléshez való hozzáférést nem korlátozzák szabályok, figyelembe véve a lappangási időt, a halálozást és a kábítószer-használat abbahagyási rátáit. A becsléseket egyetlen nap kezelési adataiból is le lehet vezetni, miközben a bevált módszerek minden esetben hosszabb, legalább nyolc-tíz évet lefedő idősorokat tesznek szükségessé.

A vizsgálatot hat tagállamban végezték el (Spanyolország, Olaszország, Málta, Hollandia, Szlovákia, Egyesült Királyság), és úgy találták, hogy a GIF módszer még a helyettesítő kezelésre vonatkozó hiányos adatkészletek mellett is lehetővé tette a problémás heroinhasználat incidenciájának felbecsülését. Az incidencia becslései legalább öt régió esetében olyan prevalenciabecslések levezetését tették lehetővé, amelyek jól összhangban voltak más meglévő becslésekkel (pl. a fogás-visszafogás módszerrel).

A GIF módszer biztosnak tűnik, és az incidenciára vonatkozó becslések mellett költséghatékony becsléseket kínálhat a problémás opioidhasználat prevalenciájáról, valamint a helyettesítő kezelés lefedettségéről, illetve ezek időbeli változásairól. A jövőbeni munkában helyet kaphatnak más uniós országokban végzendő vizsgálatok, a térbeli különbségek elemzése, valamint a nemenkénti és beadási módonkénti elemzés.

jelentkezők több mint 90%-át képviselték, 15 országban 50–90% között volt az arányuk, további kilencben pedig 10–49% között mozgott (¹⁰⁹). Abból a körülbelül 325 000 megkezdett kezelésből, amelyeknél az elsődleges kábítószer ismert, a kliensek 49%-a nevezte meg a heroint elsődleges kábítószerként; ha a többi opioidot is

beleszámítjuk, ez az arány kliensek 55%-ára emelkedik (¹¹⁰). Az elmúlt években néhány országban a herointól eltérő opioidok miatt kezelésre jelentkezők aránya és száma egyaránt emelkedett (¹¹¹).

Az opioidhasználók közül sokan hosszú távú gondozást biztosító programokban vesznek részt. Ezt tükrözi az elsődleges opioidhasználók magasabb aránya a már kezelés alatt álló kábítószer-használók körében.

A közelmúltban a kezelésben részt vevő kliensek adatain 14 országban elvégzett elemzés azt állapította meg, hogy az opioidhasználók jelentik az összes kezelés alatt álló kliens 61%-át, viszont a kezelésre első alkalommal jelentkező kliensek közül csak 38%-ot képviselnek (¹¹²). Az elsődleges opioidhasználók aránya az egy évnél hosszabb ideje kezelésben lévő kliensek körében a vizsgálatban részt vevő országok mindegyikében meghaladta az 50%-ot.

Az elsődleges opioidhasználat miatt kezelésre jelentkező kliensek gyakran más kábítószerek használatáról is beszámolnak. 2006-ban egy 14 ország adatai alapján készült elemzés azt állapította meg, hogy a heroinhasználó kliensek 59%-a másodlagos kábítószert is használ, főleg kokaint (28%), kannabiszt (14%) és alkoholt (7%) (¹¹³).

A problémás opioidhasználatban megfigyelhető tendenciák

A problémás opioidhasználat incidenciájáról és prevalenciájáról szóló ismételt becslések korlátozott száma és az egyes becsléseket övező statisztikai bizonytalanság megnehezíti az időbeli tendenciák megfigyelését. A 2002–2007 közötti időszakból kilenc ország ismételt prevalenciabecsléseket tartalmazó adatai viszonylag stabil helyzetet mutatnak. Ausztriában a 2005. évig megfigyelt, jól látható növekedést a frissebb adatok nem erősítették meg. Más országokban akadnak olyan információk, amelyek a közelmúltban történt változásokra engednek következtetni. Cipruson egy 2007-ben készült becslés azt jelzi, hogy a problémás opioidhasználat jelentősen megnőtt, ami összefüggött a kezelés alatt álló külföldi állampolgárok számának növekedésével (¹¹⁴). A minőségi és mennyiségi adatokat egyaránt figyelembe vevő francia „TREND” rendszerből származó információk azt jelzik, hogy a heroin új szerhasználói csoportokban kezd terjedni, amelyekbe aggasztó módon a társadalmilag integrált személyek és a „techno” partik látogatói is beletartoznak.

(¹⁰⁹) Ld. a TDI-5. (ii. rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

(¹¹⁰) Ld. a TDI-113. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

(¹¹¹) Ld. „A receptre kapható opioidokkal való visszaélés”, 83. o.

(¹¹²) Ld. a TDI-38. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

(¹¹³) Ld. a politoxikomániáról szóló 2009-es kiemelt témakört.

(¹¹⁴) A teljes információért, a konfidencia-intervallumokat is beleértve ld. a PDU-6. (ii. rész) és a PDU-102. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

Ahol nem állnak rendelkezésre megfelelő, aktuális becslések a problémás opioidhasználat incidenciájáról és prevalenciájáról, az időbeli tendenciák elemzésére van azért lehetőség más, közvetettebb mutatók, például a kezelési igények adatainak segítségével. Egy 19 országból vett minta alapján 2002 és 2007 között emelkedett a kezelést megkezdő elsődleges heroinhasználok összesített száma. Ha a vizsgált időszakot a közelmúltra szűkítjük le, 2006 és 2007 között nyolc országban nőtt az elsődleges heroinhasználat miatt kezelésre jelentkező szerhasználók száma és az összes klienshez képest vett aránya is. Ezek a növekedések gyakran a korábbi években észlelt, határozott csökkenések után következtek be. Emellett tíz országból már 2004 óta a heroint elsődleges kábítószerként használó, új kliensként kezelésre jelentkező kliensek számának és arányának növekedését jelentik ⁽¹¹⁵⁾.

Ezt az elemzést más mutatók is alátámasztják. A 2007-ben történt, kábítószer okozta halálesetekről szóló adatok – amelyek többnyire az opioidhasználatra függenek össze – nem utalnak a 2003-ig megfigyelhető csökkenő tendencia visszatérésére (lásd a 7. fejezetet). 2006 és 2007 között az adatközlő országok több mint felében növekvő számú, kábítószer okozta halálesetet vettek nyilvántartásba ⁽¹¹⁶⁾. Ehhez hasonlóan mára az Európai Unióban történt heroinlefooglalások számában 2003-ig megfigyelhető csökkenést is egyenletes emelkedés váltotta fel. A kábítószer-törvényeket megsértő bűncselekményekre vonatkozó legfrissebb adatokban szintén a heroinnal összefüggő esetek számának növekedését lehet megfigyelni.

A rendelkezésre álló adatok azt jelzik, hogy az opioidindikátorok 2003-ig megfigyelt csökkenő tendenciája mára kiegyenlítődött. Ezt 2003 óta legjobban talán a lefooglalások és a kábítószer okozta halálesetek mutatják, 2004 után pedig a heroinhasználatral összefüggő új kezelési igények. Ezekkel a változásokkal egyidejűleg az afganisztáni ópiumtermelés is növekedett, ami olyan aggályokat vet fel, hogy ezek az események esetleg összefügghetnek a heroin jobb hozzáférhetőségével az európai piacon.

Intravénás kábítószer-használat

Az intravénás kábítószer-használat előfordulása

Az intravénás kábítószer-használatot fenyegetik a legkomolyabban a kábítószer-használatból eredő egészségügyi problémák, például a vérrel terjedő

fertőzések (pl. HIV/AIDS, hepatitis), illetve a kábítószer miatt bekövetkező halál. A kérdés közegészségügyi fontossága ellenére csak 12 ország tudott friss becslésekkel szolgálni az intravénás kábítószer-használat szintjeiről ⁽¹¹⁷⁾. Az erről a speciális populációról szóló tájékoztatás szintjének javítása továbbra is fontos kihívás az európai egészségügyi megfigyelő rendszerek fejlesztése szempontjából.

A rendelkezésre álló becslések szerint az intravénás kábítószer-használat előfordulását tekintve az országok között nagy különbségek vannak. A becslések a 15–64 éves népességben 1000 főre jutó egynél kevesebb és öt eset közötti tartományban mozognak az országok többségében, csak Észtországból jelentettek kiugróan magas, 15 eset/1000 fő szintet.

Az adatok hiánya miatt az intravénás használat előfordulásának időbeli tendenciáiról nehéz következtetéseket levonni, bár a rendelkezésre álló adatok a Cseh Köztársaságban, Görögországban, az Egyesült Királyságban és Norvégiában stabil helyzetet jeleznek ⁽¹¹⁸⁾. Cipruson növekedést is megfigyeltek.

Az EMCDDA kiemelt témája az intravénás kábítószer-használatról

Az intravénás kábítószer-használat az egyik fő meghatározó tényező a kábítószer-használók körében előforduló súlyos közegészségügyi problémák, köztük a HIV/AIDS, a hepatitis C és a túlادagolás szempontjából. Az intravénás kábítószer-használat előfordulása és tendenciái Európán belül tagállamonként változóak, de időben is változhatnak. Az alternatív alkalmazási módok (pl. elszívás) az intravénás használattal párhuzamosan létezhetnek, és a kábítószer-használók változtathatnak is az alkalmazási módon.

A kiemelt téma az intravénás kábítószer-használat helyzetével és tendenciáival, illetve a kifejezetten intravénás kábítószer-használóknak szóló európai beavatkozásokkal foglalkozik. A kiadvány az intravénás használat egyes országokban vagy régiókban megfigyelt csökkenéseinek hátterében álló lehetséges mechanizmusokat is tárgyalja, annak okaival együtt, hogy más régiókban miért lehet még mindig magas (vagy emelkedő) szintű ez az alkalmazási mód. Emellett megvitatja az intravénás használat csökkentésére és a szerhasználók más, kevésbé ártalmas alkalmazási módok felé való terelésére irányuló beavatkozásokat és stratégiákat.

Ez a kiemelt téma nyomtatott formában és az interneten csak angolul érhető el (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>), 2009. decembertől.

⁽¹¹⁵⁾ Ld. a TDI-3. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹¹⁶⁾ Ld. a DRD-2. (i.rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹¹⁷⁾ Ld. a PDU-2. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹¹⁸⁾ Ld. a PDU-6. (iii. rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

A fertőző betegségekről szóló felmérésekből származó adatok szintén tájékoztathatnak az országos különbségekről és az intravénás használatban történt időbeli változásokról. Az országok közötti összehasonlítással azonban óvatosan kell bánni, tekintettel a felmérésekhez alkalmazott adatfelvételi helyszínek sokféleségére. Három országban figyelték meg az új (kevesebb mint két éve injekciózó) intravénás kábítószer-használók viszonylag magas (20% fölötti) arányát, ami arra utalhat, hogy jelentős számban vannak be új szerhasználók az injekciózásba. Tíz másik országban 10% alatti volt ez az arány ⁽¹¹⁹⁾. Az intravénás használat közelmúltbeli elkezdésére utalhat még a fiatal (25 év alatti) intravénás szerhasználók aránya a mintákban. A Cseh Köztársaságban, Észtországban, Lettországban, Litvániában, Ausztriában, Romániában és Szlovákiában idetartozott az intravénás szerhasználókból vett minta több mint 40%-a, 11 másik országban viszont az intravénás szerhasználók közül kiválasztott mintából 20%-ánál kevesebben voltak 25 év alattiak.

Az injekciózás az opioidhasználók körében

A kezelésre jelentkező opioidhasználók gyakran az intravénás használatot nevezik meg szokásos beadási módként: ez a legtöbb országban az opioidhasználó kliensek több mint felére érvényes, hét országban 25–50% között van az arányuk, öt országban pedig 25%-nál alacsonyabb. A kezelésre jelentkező opioidhasználók körében az intravénás szerhasználók legalacsonyabb arányát Dániából és Hollandiából jelentették, a legmagasabbat Litvániából, Lettországból és Romániából ⁽¹²⁰⁾. A kezelési jelentések arra utalnak, hogy az opioidhasználók körében az injekciózás népszerűsége országon belül is erősen változó lehet. Spanyolország autonóm közösségeiben például 0,9–47,2% között mozgott az intravénás szerhasználók aránya az új opioidhasználó kliensek körében.

A kezelést első alkalommal megkezdő opioidhasználók körében alacsonyabb (42%) a kábítószer intravénás használatáról nyilatkozók aránya, mint a kezelést megkezdő összes opioidhasználó között (44%). Ez a 22 adatközlő ország közül szinte mindegyikre érvényes. A kezelés alatt álló kábítószer-használók adatait 14 országban vizsgáló elemzés azt állapította meg, hogy az injekciózás aránya az összes kezelt kábítószer-használó körében továbbra is magas – 62% –, noha vannak

említésre méltó kivételek, mint például Hollandia, ahol mindössze 6,1%-ot ér el ⁽¹²¹⁾.

A kezelésre jelentkező heroinhasználók körében 2007-ben tovább csökkent az intravénás szerhasználók aránya. Ez a tendencia most már néhány olyan országban is nyilvánvaló, ahol korábban nem észlelték (pl. a Cseh Köztársaság, Németország). 2002 és 2007 között a legtöbb országban csökkent az intravénás használók aránya a kezelést megkezdő elsődleges opioidhasználók között, ezen belül statisztikailag jelentős csökkenést 13 országból jelentettek. Két országból viszont növekedést jelentettek ugyanebben az időszakban (Bulgária, Szlovákia) ⁽¹²²⁾.

Más vizsgálatok általában az injekciózás csökkenő tendenciáját erősítik meg az opioidhasználók körében. Franciaországban például az intravénás használat előfordulásának csökkenését 2001 óta érzékelik a kezelési adatokban, és a vizsgálatok azt mutatják, hogy a heroinhasználatához egyre inkább a szippantás kapcsolódik, az injekciózás pedig a korábbiaktól eltérően csak a kábítószer-használat későbbi szakaszában jelenik meg.

A problémás opioidhasználat kezelése

Az elsődleges opioidhasználat miatt kezelésre jelentkező kliensek átlagéletkora 33 év, és e téren 2003 óta szinte mindegyik országból emelkedést jelentettek ⁽¹²³⁾. A női kliensek, a kezelésre első alkalommal jelentkező opioidhasználók és az EU-hoz 2004 óta csatlakozott tagállamokban élők átlagban nézve fiatalabbak társaiknál.

A kábítószer-használó nőket különösen veszélyeztetett csoportnak tekintik. Az opioidhasználó kliensek körében a férfi–nő arány összesítésben 3,5:1, bár az északi országokban (pl. Svédország, Finnország) az opioidhasználó kliensek között magasabb a nők aránya, a déli országokban pedig alacsonyabb (pl. Görögország, Olaszország, Portugália) ⁽¹²⁴⁾.

A kezelést megkezdő opioidhasználók más kliensekkel összehasonlítva nagyobb arányú munkanélkülségről és alacsonyabb iskolai végzettségről számolnak be (lásd a 2. fejezetet). A jelentések szerint a pszichiátriai zavarok aránya is magas ebben a populációban; egy olasz tanulmány például azt állapította meg, hogy a kábítószer miatt kezelt kliensek közül a társult pszichiátriai

⁽¹¹⁹⁾ Ld. a PDU-3. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²⁰⁾ Ld. a PDU-104., TDI-5 és TDI-17. (v. rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²¹⁾ Ld. a TDI-17. (v. rész) és a TDI-38. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²²⁾ Ld. a TDI-4. és a TDI-5. táblázatot a 2006. és a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²³⁾ Ld. a TDI-10., TDI-32. és TDI-103. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²⁴⁾ Ld. a TDI-5. és a TDI-21. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

A receptre kapható opioidokkal való visszaélés

Az opioid fájdalomcsillapítók a leghatásosabb gyógyszerek a súlyos és krónikus fájdalom enyhítésére. Az opioidokat helyettesítő gyógyszerként is használják az opioidfüggőség kezelésében. Ezekkel a receptre kapható gyógyszerekkel vissza lehet élni, ami szintén káros egészségügyi hatásokhoz vezethet, például függőséghez, túladagoláshoz és az injekciózással járó ártalmakhoz. A receptre kapható opioidok az illegális kábítószerpiacon is megjelenhetnek, ha a helyettesítő gyógyszereket eltérítik rendeltetészerű felhasználástól. Úgy tűnik, hogy az Egyesült Államokban az internetes gyógyszerárak is jelentős szerepet játszanak a receptre kapható opioidok hozzáférhetőségében (INCB, 2009a), de Európában korlátozottan látszik a szerepük. Európában az opioidfüggő kábítószer-használóknak adott helyettesítő gyógyszerek felírásának kiterjesztése együtt járt azzal, hogy egyre gyakrabban számoltak be az ilyen gyógyszerekkel való visszaélésekről.

A herointól eltérő opioidokat Európában a kezelést megkezdő kliensek körülbelül 5%-a (17 810) nevezte meg elsődleges kábítószerként. A leggyakrabban megnevezett anyagok a következők: a buprenorfin, amelyet Finnországban az összes kezelési igény 41%-ában, Franciaországban 7%-ukban neveztek meg elsődleges kábítószerként; a metadon, amely Dániában az összes kezelési igény 18,5%-át felelt; és más, receptre kapható opioidok Lettorszában, Ausztriában és Svédországban, ahol ezek az összes kezelési igény 5–15%-át teszik ki ⁽¹⁾. A Cseh Köztársaságban 2007-ben ugyancsak 4250-re becsülték a problémás buprenorfinhasználók számát. Ez egyfajta eltolódást tükröz a problémás heroinhasználók által használt szerekben, de nem jelenti a problémás opioidhasználat összesített előfordulásának növekedését. A német Phar-Mon rendszer, amely a visszaélésre lehetőséget adó gyógyszerek széles körét figyeli, szintén növekedést tapasztalt a receptre kapható opioidokkal való visszaélésben, és ebben a helyettesítő gyógyszereknek fontosabb szerepük volt, mint a fájdalomcsillapítóknak (Roesner és Küfner, 2007).

A receptre kapható opioidokkal való visszaélés fontos kérdéseket vet fel a helyettesítő gyógyszerek és opioid fájdalomcsillapítók illegális piacra való eltérítésének megakadályozásával kapcsolatban. Ugyanakkor arra is ügyelni kell, hogy a szerek törvényes felhasználása ne kerüljön veszélybe (Cherny és mások, 2006).

⁽¹⁾ Ld. a TDI-113 táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

megbetegedésben szenvedők többsége (72%-a) elsődleges opioidhasználó volt ⁽¹²⁵⁾.

A kezelésre jelentkező opioidhasználók szinte kivétel nélkül azt nyilatkozták, hogy 30 éves koruk előtt kezdték

a kábítószer-használatot, körülbelül a felük pedig még 20 éves kor előtt. Az opioidok első használata és a kezeléssel való első kapcsolatfelvétel között átlagban nagyjából nyolc év telik el ⁽¹²⁶⁾.

Kezelési szolgáltatás és hatókör

Az opioidhasználók kezelése többnyire járóbeteg-ellátásban folyik, ami történhet speciális központokban, házi orvosoknál és alacsonyküszöbű létesítményekben (lásd a 2. fejezetet). Néhány országban, konkrétan Bulgáriában, Görögországban, Finnországban és Svédországban a fekvőbeteg-ellátó központok is a kezelési rendszer fontos részei ⁽¹²⁷⁾. Az opioidfüggőség kezelésére Európán belül rendelkezésre álló választási lehetőségek köre tág és egyre differenciáltabb, bár földrajzilag a hozzáférhetőség és a lefedettség szempontjából egyaránt vannak különbségek. Az opioidhasználat gyógyszermentes és helyettesítő kezelése

Komorbiditás: kábítószer-használat és mentális zavarok

A komorbiditás a kábítószer-használati problémák és a pszichiátriai rendellenességek gyakran fel nem ismert egyidejű előfordulása egyazon személynél. A vizsgálatok egyrészt a pszichiátriai problémák nagyobb arányú előfordulását figyelték meg a kezelés alatt álló kábítószer-fogyasztók körében, másrészt a kábítószer-problémák fokozott előfordulását a pszichiátriai szolgálatok páciensei körében (EMCDDA, 2005).

Az európai kábítószer-használók körében a jelentések szerint a leggyakrabban előforduló mentális zavarok közé tartozik a depresszió, a szorongás, a skizofrénia, a személyiségzavarok, a figyelemhiány és a hiperaktivitás. A kifejezetten komorbid kábítószer-használóknak szóló kezelés Európában egyelőre korlátozott. A nemzeti szakértők jelentései szerint 18 országban léteznek külön programok, de közülük 14-ben csak a rászoruló kliensek kis része számára hozzáférhetőek. Hét másik országban egyáltalán nincs is kijelölt program, de ezek közül ötben a következő három évben tervezik ilyen programok kidolgozását.

A közelmúltban bonyolítottak le egy európai előzetekintő, több helyszínen zajló vizsgálatot ⁽¹⁾ (Isadora), az akut pszichiátriai osztályok kettős diagnózissal rendelkező pácienseinek bevonásával. A vizsgálat megállapításaiban kiemelték az összehasonlító elemzés nehézségeit ezen a területen, hangsúlyozva, hogy a komorbiditás diagnosztizálásával, kezelésével és vizsgálatával szemben Európán belül összehangoltabb megközelítésre lenne szükség (Baldacchino és mások, 2009).

⁽¹⁾ <http://isadora.advsh.net/>

⁽¹²⁵⁾ Ld. még „Komorbiditás: kábítószer-használat és mentális zavarok”.

⁽¹²⁶⁾ Ld. a TDI-11., TDI-33., TDI-107. és TDI-109. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²⁷⁾ Ld. a TDI-24. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

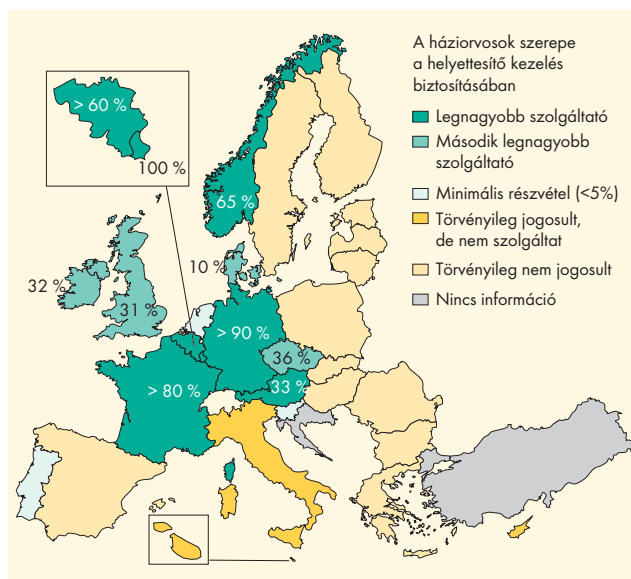
az EU valamennyi tagállamában, Horvátországban és Norvégiában is elérhető. Törökországban most vizsgálják a helyettesítő kezelés jövőbeni alkalmazását.

A gyógyszermentes kezelés olyan terápiás módszer, amely általában megköveteli az egyéntől, hogy tartózkodjon mindenfajta szerhasználatától, a helyettesítő gyógyszereket is ideértve. A páciensek részt vesznek a napi tevékenységekben, és intenzív pszichológiai támogatást kapnak. Bár a gyógyszermentes kezelés járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátásban egyaránt történhet, a tagállamok ebből a típusból leggyakrabban a bentlakásos programokról számolnak be, amelyek a terápiás közösség elveit vagy a Minnesota-modellt alkalmazzák.

Az általában pszichoszociális gondozással egybekötött helyettesítő kezelést jellemzően erre szakosodott járóbeteg-ellátó központok biztosítják. Tizenhárom országból jelentették, hogy a helyettesítő kezelést háziorvosok is nyújthatják, általában az erre szakosodott kezelési központokkal közös praxisban (lásd a 11. ábrát). A Cseh Köztársaságban, Franciaországban, Hollandiában, Portugáliában, az Egyesült Királyságban és Horvátországban bármelyik háziorvos nyújthat helyettesítő kezelést, Belgiumban, Dániában, Németországban, Írországban, Luxemburgban, Ausztriában és Norvégiában viszont csak azok, akik külön képzést vagy akkreditációt teljesítettek e szolgáltatásra való jogosultság megszerzéséhez. Számos országból jelentették, hogy a háziorvosok bevonása a földrajzi lefedettség javítása, a várakozási idő csökkentése és a kezeléshez való hozzáférés megkönnyítése révén hozzájárult a helyettesítő kezelés elérhetőségének és lefedettségének javításához (Cseh Köztársaság, Németország, Franciaország, Ausztria, Egyesült Királyság).

Szakértői becslések alapján az opioidhelyettesítő kezelés hozzáférhetősége 16 országban viszonylag nagy arányú, ami azt jelenti, hogy az opioidhasználók legalább fele számára elérhető (lásd a 2. fejezetet). Az említett országokban az opioidhasználók 10–25%-a választja a gyógyszermentes kezelést. Tíz másik országban (Észtország, Görögország, Lettország, Litvánia, Magyarország, Lengyelország, Románia, Szlovákia, Finnország, Norvégia) a helyettesítő kezelés a becslések szerint csak az opioidhasználók kisebb része számára érhető el. Ez lehet amiatt, hogy a gyógyszermentes kezelés a választott kezelés, különösen a fiatalabb vagy először kezelt kliensek esetében, de a helyettesítő kezeléshez való hozzáférés nehézségei is okozhatják. Görögországban például az opioidhelyettesítő kezelésre átlagosan három évnél is hosszabb a várakozási idő.

11. ábra: A rendelőkben dolgozó háziorvosok által biztosított opioidhelyettesítő kezelés



Megjegyzés: A térképen jelzett adatok azoknak a helyettesítő kezelésben részt vevő klienseknek a százalékos arányát mutatják, akik háziorvosuktól részesülnek kezelésben a közösségben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

A pszichoszociális gondozást alapvetőnek tekintik a helyettesítő kezelés hatékonyságának biztosításához. Szakértői becslések szerint ezt hét országban (Görögország, Olaszország, Lettország, Portugália, Románia, Szlovákia, az Egyesült Királyság) a helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek szinte mindegyikének tudják biztosítani, további 14 országban pedig a többségüknek. Négy országban (Észtország, Luxemburg, Magyarország, Hollandia) úgy becsülték, hogy a csak a helyettesítő kezelés alatt álló kliensek töredéke részesül ebben.

Az EU-ban, Horvátországban és Norvégiában helyettesítő kezelésben részesülő kliensek összesített számát 2007-ben körülbelül 650 000-re becsülték, ami a 2005-ös 560 000-hez és a 2003-as 500 000-hez képest emelkedést jelent. A rendelkezésre álló adatok minden országban növekedést jeleznek, kivéve Spanyolországot, ahol a helyettesítő kezelésben részesülők száma 2002 óta csökken, illetve Franciaországot, Luxemburgot, Magyarországot és Hollandiát, ahonnan kismértékű csökkenést vagy állandó értékeket jelentettek. A helyettesítő kezelés szolgáltatását kiterjesztő országok közül a legnagyobb mértékű növekedés Észtországban ment végbe, ahol a kliensek száma öt éven belül 60-ról 1000-re nőtt, valamint Bulgáriában, ahol a kezelőhelyek száma 2003 és 2007 között 380-ról közel 3000-re emelkedett. A helyettesítő kezelésben lévő kliensek száma ebben az időszakban a Cseh Köztársaságban, Lettországon, Finnországon és Norvégiában több mint

kétszeresére nőtt, de Görögországból, Lengyelországból, Portugáliából, Romániából és Svédországból is 40%-ot meghaladó emelkedést jelentettek.

A problémás opioidhasználók, illetve a biztosított kezelések becsült számának egyszerű összehasonlítása alapján arra következtethetünk, hogy 40%-nál többen részesülnek helyettesítő kezelésben. Egyelőre azonban egyik adatkészlet sem kellőképpen pontos, ezért ezzel a becsléssel óvatosan kell bánni. Ugyanezen okból kifolyólag az összehasonlítás is nehéz, bár a rendelkezésre álló adatok azt jelzik, hogy a helyettesítő kezelésben részesülő problémás opioidhasználók aránya országoként jelentős különbségeket mutat, 5–50% között mozgó becsült arányokkal ⁽¹²⁸⁾.

A helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek Európában többnyire metadont kapnak (70%), de egyre csökken azon országok száma, ahol ezt az egyetlen szert írják fel, mivel a buprenorfin most már négy kivétellel valamennyi tagállamban hozzáférhető (Bulgária, Spanyolország, Magyarország, Lengyelország). A Cseh Köztársaságban, Franciaországban, Lettországon és Svédországon a helyettesítő kezelés alatt álló kliensek több mint 50%-ának buprenorfinnal írnak fel. A választási lehetőségek közé tartozik még a lassan felszabaduló morfin (Bulgária, Ausztria, Szlovénia) és a kodein (Németország, Ausztria, Ciprus). 2006-ban egy új buprenorfin–naloxon kombinációt hagytak jóvá az EU piacán való forgalomba hozatalra, amelyet a jelentések szerint azóta 11 országban bevezettek. Hat európai ország heroinnal támogatott kezelést is biztosít azoknak a szerhasználóknak, akiknél más kezelésekkel nem érnek el kielégítő eredményt.

A kezelés hatásossága, minősége és szabályai

A randomizált kontrollcsoportos kísérletek és a megfigyelésen alapuló tanulmányok áttekintései azt

állapítják meg, hogy a metadonnal vagy buprenorfinnal végzett helyettesítő kezelés hatásos lehet az opioidfüggőség kezelésére. Ehhez a kezeléstípushoz összességében számos pozitív eredmény fűződik, köztük a kezelésben való benntartás, a tiltott opioidok használatának és az injekciózásnak a csökkenése, a halálozás és a bűnözői magatartás visszaszorítása, valamint a krónikus heroinhasználók egészségi állapotának és szociális helyzetének stabilizálódása, illetve javulása. A közelmúltban végzett randomizált kontrollcsoportos kísérletek a heroinnal támogatott kezelést is hatásosnak találták a tiltott kábítószer-használat csökkentése, a fizikai vagy mentális egészség javítása, valamint a bűnözői magatartás visszaszorítása terén, azoknál a klienseknél, akiket nehezen kezelhetőnek ítélték, illetve akiknél más kezelési módok kudarcot vallottak.

A gyógyszeres terápiával ötvözött pszichoszociális és pszichoterápiás beavatkozások ugyancsak hatásosnak bizonyultak a kezelések kimenetelét vizsgáló tanulmányokban (Schulte és mások, 2008). E módszerek célja, hogy növeljék a kezeléssel szembeni motivációt, megelőzzék a visszaesést és csökkentsék az ártalmakat, de emellett tanácsadással és gyakorlati támogatással is segítik a klienseket, akiknek az opioidfüggőségük kezelésével párhuzamosan a lakhatási, foglalkoztatási és családi vonatkozású problémáikat is meg kell oldaniuk.

A WHO (2009) a közelmúltban minimumkövetelményeket és nemzetközi útmutatókat dolgozott ki az opioidfüggő személyek pszichoszociálisan támogatott gyógyszeres kezelésére. Ez a dokumentum az Egyesült Nemzetek Gazdasági és Szociális Tanácsának (ECOSOC) határozatára reagál, és a tudományos szakirodalom áttekintésén, valamint a világ különböző pontjairól származó, neves szakértők egész sorával folytatott konzultációkon alapul. A helyettesítő kezelésre vonatkozóan az európai országok többsége saját útmutatót is kidolgozott (lásd a 2. fejezetet).

⁽¹²⁸⁾ Ld. a HSR-1. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

7. fejezet

A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek és a kábítószerrel összefüggő halálosetek

A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek

A fertőző betegségek, például a HIV és a hepatitis B és C, a kábítószer-használat leg súlyosabb egészségügyi következményei közé tartoznak. Még azokban az országokban is, ahol az intravénás kábítószer-használók körében alacsony a HIV előfordulása, más fertőző betegségek – köztük a hepatitis A, B és C, a szexuális úton terjedő betegségek, a tuberkulózis, a tetanusz, a botulizmus és a humán T-limfotróp vírus – aránytalanul nagy mértékben sújtják a kábítószer-használókat. Az EMCDDA szisztematikusan figyeli a HIV és a hepatitis B és C előfordulását az intravénás kábítószer-használók körében (az antitestek előfordulása vagy más specifikus markerek a hepatitis B esetében) ⁽¹²⁹⁾.

A HIV és az AIDS

Az intravénás kábítószer-használók körében bejelentett HIV-fertőzések esetszáma 2007 végére az Európai Unió legtöbb országában továbbra is alacsonynak tűnt, és globális viszonylatban az EU egészének helyzete is viszonylag kedvezőnek látszott. Ez legalább részben a megelőzési, kezelési és ártalomcsökkentési intézkedések jobb elérhetőségéből következik, ideértve a helyettesítő kezelést és a tű- és fecskendőcsere-programokat is. Más tényezők, például az intravénás kábítószer-használat néhány országból jelzett visszaesése, szintén fontos szerepet játszhattak. Mindazonáltal az adatok Európa néhány részén azt mutatják, hogy a HIV intravénás kábítószer-használattal összefüggő átadása 2007-ben továbbra is viszonylag nagy arányú volt, ami nyomtatékosítja, hogy gondoskodni kell a helyi prevenció gyakorlat kiterjedtségéről és hatékonyságáról.

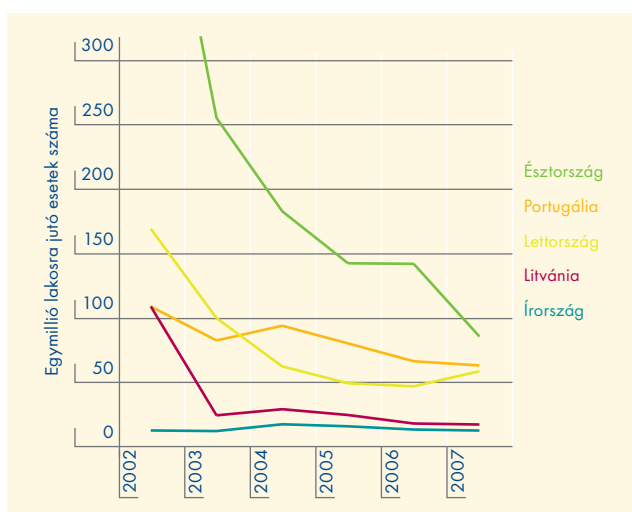
A HIV-fertőzés tendenciái

Az intravénás kábítószer-használathoz kötődő, újonnan bejelentett esetekre vonatkozó 2007-es adatok azt jelzik, hogy a fertőzési ráták összességében továbbra is csökkennek az Európai Unióban, a 2001–2002-es csúcs után, amely az észtországi, lettországi és litvániai

járványkitörések következménye volt ⁽¹³⁰⁾. 2006-ban az intravénás kábítószer-használók körében újonnan bejelentett fertőzések rátája az országos adatokkal rendelkező 24 EU-tagállamban 1 millió lakosra jutó 4,7 eset volt, ami a 2006-os 5,0 esethez képest enyhe csökkenést jelent ⁽¹³¹⁾. Az újonnan bejelentett fertőzések legmagasabb arányát közlő három ország közül Portugáliában és Észtországban folytatódott a csökkenés, bár Portugáliában ez a tendencia már kiegyenlítődni látszik. Lettországon ezzel szemben a 2006-ban egymillió lakosra jutó 47,1 eset a jelentések szerint 2007-re 58,7 eset/millió főre nőtt (12. ábra).

2002 és 2007 között összességében nem lehetett határozott növekedést megfigyelni az új HIV-fertőzések számában, és a bejelentett ráták alacsonyak maradtak. Bulgáriában és Svédországban azonban gyorsult az újonnan bejelentett fertőzések rátája – Bulgáriában a 2002-ben egymillió lakosra jutó 0,3 új esetről 2007-re

12. ábra: Tendenciák abban az öt tagállamban, ahol az intravénás kábítószer-használók körében újonnan bejelentett HIV-fertőzéseknek magas az aránya



Megjegyzés: Észtország esetében a 2002-es érték kívül esik az ábrázolt tartományon (516 eset/egymillió fő). További információért lásd az INF-104. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: ECDC és WHO Europe.

⁽¹²⁹⁾ A módszerek és a definíciók részletes bemutatását ld. a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³⁰⁾ Ld. az INF-104. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³¹⁾ Spanyolországból, Olaszországból és Ausztriából nem állnak rendelkezésre országos adatok.

5,6 esetre nőtt; Svédországban a 2002-es 3,5 új eset/egymillió főről 2007-ben 6,7 esettel csúcsot ért el, majd 2008-ban visszaállt a korábbi szintre –, ami azt jelzi, hogy továbbra is van esély a HIV járványos kitöréseire az intravénás kábítószer-használók körében.

A HIV intravénás kábítószer-használók mintáiban megfigyelt előfordulásából származó adatok a tendenciákra vonatkozóan fontos kiegészítői a HIV-esetbejelentésből származó adatoknak. Az előfordulási adatok a 2002–2007-es időszakra 25 országból állnak rendelkezésre ⁽¹³²⁾. A HIV előfordulása 11 országban változatlan maradt az időszak folyamán. Hat országban (Bulgária, Németország, Spanyolország, Olaszország, Lettország, Portugália) statisztikailag szignifikáns mértékben csökkent a HIV előfordulása, minden esetben az országos minták alapján. Ugyanakkor ezen országok közül kettőből regionális növekedést is jeleztek: Bulgáriában egy városban, Szófiában, Olaszországban pedig a 21 régió közül háromban. A HIV előfordulása két országban mutatott statisztikailag szignifikáns növekedést, mindkettőben országos minták alapján.

Az intravénás kábítószer-használattal összefüggő, újonnan bejelentett fertőzésekben mutatkozó tendencia összehasonlítása a HIV előfordulásával az intravénás kábítószer-használók körében arra utal, hogy az intravénás kábítószer-használattal összefüggő HIV-fertőzés megjelenése a legtöbb országban országos szinten csökkenőben van.

Az intravénás kábítószer-használattal összefüggő új HIV-diagnózisok magas éves rátája azonban Észtországban, Lettországban és Portugáliában azt jelzi, hogy az átadás ezekben az országokban még mindig viszonylag nagy arányban fordul elő, még ha Észtországban és Portugáliában most csökkenőben is van ez az arány. Észtország esetében a közelmúltbeli átadást a 2005-ös előfordulási adatok is alátámasztják, ezek alapján ugyanis az új intravénás kábítószer-használók (a kevesebb mint két éve injekciózók) körülbelül egyharmada HIV-pozitív volt. A HIV folyamatban lévő terjedésére utalnak ezenkívül a fiatal intravénás kábítószer-használók (50 vagy több, 25 év alatti intravénás kábítószer-használóból álló minták) körében mért 5% fölötti előfordulásról szóló jelentések sok országban: Spanyolország (országos adatok, 2006), Franciaország (öt város, 2006), Észtország (két régió, 2005), Litvánia (egy város, 2006) és Lengyelország (egy város, 2005) ⁽¹³³⁾.

AIDS-es esetek és a HAART elérhetősége

Az AIDS megjelenéséről szóló információk a HIV átadását ugyan nem jelzik jól, de fontosak abból a szempontból, hogy megmutatják a tüneti betegség új előfordulásait. Az AIDS magas megjelenési rátái néhány európai országban azt jelezhetik, hogy a HIV-fertőzött intravénás kábítószer-használók közül sokan nem részesülnek hatékony antiretrovirális gyógykezelésben (HAART) a fertőzés kellően korai szakaszában ahhoz, hogy a kezelésből a lehető legnagyobb előnyökhöz jussanak.

Az AIDS intravénás kábítószer-használattal összefüggő megjelenése jelenleg Észtországban a legmagasabb: ez 2007-ben a becslések szerint egymillió lakosra jutó 33,5 új esetet jelentett a 2006-ban mért, egymillió lakosra jutó 17,1 új esethez képest. Az AIDS megjelenésének viszonylag magas szintjét jelentették még Lettországból, Spanyolországból, Portugáliából és Litvániából, egymillió lakosra jutó 13,2, 8,8, 8,6, illetve 6,2 új esettel. A felsorolt négy ország közül Spanyolországban, Lettországban és Portugáliában csökkenő tendenciát lehet tapasztalni, Litvániában viszont nem ⁽¹³⁴⁾.

Hepatitis B és C

Míg a HIV-fertőzés előfordulásának magas szintjeit csak néhány EU-tagállamban figyelték meg, a vírusos hepatitis, és különösen a hepatitis C vírus (HCV) által okozott fertőzés Európa-szerte nagy arányban fordul elő az intravénás kábítószer-használók körében. Az intravénás kábítószer-használók országos mintáiban a HCV-antitest-szintek 2006–2007-ben kb. 18% és 95% között mozogtak, de az országok feléből 40%-ot meghaladó szinteket jelentettek. Csak néhány ország (Bulgária, Cseh Köztársaság, Szlovénia) közölt 25% alatti előfordulási szintet az intravénás kábítószer-használók országos mintáiban ⁽¹³⁵⁾; bár az ilyen szintű fertőzési ráta még mindig közegészségügyi problémát képez.

Az országokon belül a HCV előfordulási szintjei igen változatosak, ami a regionális különbségeket és a mintavételhez kiválasztott népesség sajátosságait egyaránt tükrözi. Az Egyesült Királyságban például a helyi vizsgálatok 29–60% közötti szintekről tudósítottak, míg Olaszországban a különböző regionális becslések a körülbelül 36–92% közötti tartományban mozogtak.

A friss vizsgálatok (2006–2007) igen változatos előfordulási szinteket mutatnak a 25 évesnél fiatalabb intravénás kábítószer-használók és a két évnél rövidebb ideje injekciózók körében, ami a HCV incidenciájának

⁽¹³²⁾ Ld. az INF-108. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³³⁾ Ld. az INF-109. és az INF-110. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³⁴⁾ Ld. az INF-1. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³⁵⁾ Ld. az INF-111–INF-113. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

A HIV-fertőzés az intravénás kábítószer-használók körében az Európai Unióban és a szomszédos országokban: keleten emelkedő tendenciákkal

A HIV-járvány az intravénás kábítószer-használók körében Európán belül továbbra is eltérő módokon alakul. Az Európai Unió országaiban a HIV-fertőzés újonnan diagnosztizált bejelentett eseteinek aránya többnyire stabilan alacsony szintű, esetleg csökken. A volt szovjet köztársaságok közül viszont sokban emelkedtek az arányok 2007-ben (Wiessing és mások, 2008b), ami azt jelzi, hogy a meglévő prevenció intézkedések elégtelenek lehetnek és megerősítésre szorulhatnak.

Azokban a keleti országokban, ahol a 2001. évi csúcstól némi visszaesést lehetett tapasztalni (Oroszország, Belarusz), az utóbbi években újabb növekedést figyeltek meg. 2007-ben az újonnan diagnosztizált és bejelentett HIV-fertőzés arányai az intravénás kábítószer-használók körében a türkménisztáni nulla és az egymillió lakosra jutó 80 kazahsztáni, illetve 152 ukrainai eset között mozogtak. Oroszországban a legfrissebb számadatok szerint 2006-ban 78 eset jutott egymillió lakosra.

Abszolút számokban nézve az intravénás kábítószer-használók körében előforduló HIV-fertőzés újonnan bejelentett eseteinek legmagasabb számát 2007-ben Ukrajnából közölték (7087 eset), utána következett Üzbegisztán (1826 eset) és Kazahsztán (1246 eset), míg Oroszországból 2006-ban 11 161 esetet jelentettek. Több másik, összességében alacsonyabb számokkal és arányokkal rendelkező volt szovjet köztársaságban is emelkedett a bejelentett esetek száma, ami arra utal, hogy az intravénás kábítószer-használók körében járvány lehet kialakulóban. Ezen országok közé tartozik Azerbajdzsán, Belarusz, Grúzia, Kirgizisztán, Moldova és Tádzsikisztán.

Európa-szerte eltérő szintjeit jelzi az említett populációkban ⁽¹³⁶⁾. Ezek a vizsgálatok ugyanakkor azt is jelezték, hogy az intravénás szerhasználók közül sokan már az intravénás életpályájuk elején megfertőződnek a vírussal, ezért a HCV elleni hatékony megelőző intézkedésekre valószínűleg nagyon rövid idő áll rendelkezésre.

A hepatitis B vírus (HBV) antitestjeinek előfordulása szintén nagyon változatos, feltehetőleg a védőoltás eltérő mértékéből eredően, bár más tényezők is szerepet játszhatnak. A rendelkezésre álló legteljesebb adatkészletek a hepatitis B-vírusmag-antitestre (anti-HBc) vonatkoznak, amely jelzi a fertőzés történetét. 2006–07-re vonatkozóan az intravénás kábítószer-

használókról adatokat közlő tíz ország közül háromból jelentették az anti-HBc 40% feletti előfordulási szintjét ⁽¹³⁷⁾.

A bejelentett hepatitis B és C esetek időbeli tendenciái nem egyformán alakulnak, de ezek értelmezése sokszor nehézséget okoz. E fertőzések epidemiológiájába azonban némi betekintést adhat az intravénás kábítószer-használók aránya az összes olyan bejelentett esethez képest, ahol ismertek a kockázati tényezők (Wiessing és mások, 2008a). A hepatitis B esetében az intravénás kábítószer-használók aránya 2002 és 2007 között 17 ország közül négyben csökkent. A hepatitis C esetében az intravénás kábítószer-használók aránya 2002 és 2007 között a bejelentett esetekhez képest hét országban csökkent, négy másikban pedig emelkedett (a Cseh Köztársaság, Luxemburg, Málta, az Egyesült Királyság) ⁽¹³⁸⁾.

A hepatitis C prevalenciája mint az injekciózással összefüggő HIV-kockázat potenciális mutatója

Az EMCDDA által összegyűjtött modellezők és epidemiológusok egy csoportja azt vizsgálta, hogy a hepatitis C vírus (HCV) intravénás szerhasználók körében mért prevalenciájáról szóló információ mennyiben használható fel a HIV átadási kockázatának indikátoraként. A HCV átadása közös tűhasználatnál történik, a HIV-hez hasonlóan. Mivel a HCV sokkal fertőzőbb, megmutathatja a kockázati viselkedés általános mértékét, beleértve a közös tű használatát, az egyéb kellekek megosztását és az injekciós partner váltogatását, az intravénás kábítószer-használók azon populációiban, ahol a HIV még nem terjedt el.

A HCV és a HIV összepárosított előfordulási adatainak elemzése azt mutatta, hogy az intravénás használók körében a HCV legfeljebb 30%-os előfordulásához (95%-os konfidencia-intervallum, 21–38%) a HIV nulla százalékos vagy nagyon alacsony előfordulása tartozik. A HCV magasabb szintű előfordulásait tekintve lineáris összefüggést találtak a HIV és a HCV prevalenciái között, az idősorok adatai pedig azt jelezték, hogy a HIV megfigyelt előfordulása a HCV előfordulásához képest körülbelül feleakkora sebességgel növekszik.

Ezek az eredmények azt jelzik, hogy a HCV előfordulása segítheti a célzott megelőzési és ártalomcsökkentési beavatkozások kidolgozását az intravénás kábítószer-használók körében. Emellett a HIV-járványkitörés kockázatának felmérésére is lehet használni, azokban az országokban, ahol a HIV előfordulása az intravénás kábítószer-használók körében még mindig alacsony szintű.

Forrás: Vickerman és mások (megjelenés előtt).

⁽¹³⁶⁾ Ld. az INF-6. (ii. rész) és (iii. rész) ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³⁷⁾ Ld. az INF-115. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³⁸⁾ Ld. az INF-105. és az INF-106. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

A fertőző betegségek megelőzése és az ezekre adott válaszok

Az EU tizenhét tagállamából és Törökországból jelentették, hogy a fertőző betegségek megelőzése része a nemzeti drogstratégiának, hat másik országból pedig azt közölték, hogy erre külön stratégia vonatkozik. Ebből a 23 országból tíz a fertőző betegségek megelőzésére szolgáló, meglévő helyi vagy regionális szintű stratégiákról is beszámolt.

Az EU tagállamai különféle módszerek együttes alkalmazásával reagálnak a fertőző betegségek terjedésére az intravénás kábítószer-használók körében, ideértve például a kábítószer-fogyasztók kezelése, steril intravénás eszközök biztosítása, valamint az olyan közösségi tevékenységek, amelyek felvilágosítást, oktatást, szűrést és viselkedési beavatkozásokat kínálnak, gyakran megkereső vagy alacsonyküszöbű ügynökségeken keresztül. 27 ország szakértői számoltak be arról, hogy melyik beavatkozásokat részesítik előnyben a fertőző betegségek terjedésének megelőzésére az intravénás kábítószer-használók körében ⁽¹³⁹⁾. 23 ország nevezte prioritásnak a steril intravénás eszközökhöz való hozzáférést a tű- és fecskendőcsere-programok segítségével; 16 országból jelentettek fertőző betegségekkel foglalkozó szűrési és konzultációs programokat; 14 országból pedig felvilágosító, oktató és kommunikációs anyagok terjesztését.

A leggyakrabban megnevezett prioritás a steril fecskendőkhöz való hozzáférés volt, amint azt egy 2005-ben elvégzett hasonló felmérés is megállapította. Az országok közül most már többen számoltak be arról, hogy kiemelten kezelik a fertőző betegségekről szóló konzultációt és szűrést, valamint a hepatitisszel szembeni célzott immunizációs programokat.

Beavatkozások

A kutatások azt mutatják, hogy a fenntartó kezelés együtt jár az intravénás kábítószer-használat és a kapcsolódó kockázati magatartások csökkenésével, és ezáltal a HIV-fertőzéssel szembeni védelemmel. A legtöbb európai országban az 1990-es évek közepe óta jelentősen megerősödött az ártalomcsökkentési és kezelési szolgáltatások biztosítása (Hedrich és mások, 2008b). Az opioidhelyettesítő kezelés most már az EU valamennyi tagállamában, Horvátországban és Norvégiában is rendelkezésre áll, de sok országban ezt a beavatkozást továbbra is csak korlátozottan biztosítják (lásd a 2. és a 6. fejezetet).

A fertőző betegségekről szóló egyéni konzultációban a nemzeti szakértők becslései szerint 17 országban az elmúlt évben szinte valamennyi problémás kábítószer-használó részesült ⁽¹⁴⁰⁾. 12 országban a HCV-teszteléssel is ez volt a helyzet, 11 országban pedig a szakértők úgy becsülték, hogy a problémás kábítószer-használók többsége az elmúlt év folyamán gyakorlati tanácsadásban és képzésben részesült a biztonságosabb szerhasználatról és az injekciózásról. A hepatitis B elleni védőoltás

A krónikus hepatitis C fertőzéssel élő intravénás kábítószer-használók kezelése

A kezeletlen krónikus hepatitis C fertőzéssel rendelkező páciensek közül 30 éven belül akár 30%-nál is kialakulhat májcirrózis, a végstádiumú májbetegség kezelése pedig jelentős költségekkel jár (Jager és mások, 2004). Annak érdekében, hogy enyhítsük a hepatitis C jelentette terhet Európában, létfontosságú, hogy a betegek legnagyobb csoportjában – a krónikus vírushordozók körében, akik aktív intravénás kábítószer-használók – támogassuk és kibővítsük a kezelést.

A krónikus hepatitis C jelenlegi kezelése (egy 6–12 hónapos kombinált terápia pegilált interferonnal és ribavirinnel) hatékonyan bizonyult, mivel a betegek több mint 50%-ánál sikerül tartós virológiai választ elérni. Bár a hosszú távú vizsgálatok száma továbbra is korlátozott, az eddigi kutatások az intravénás kábítószer-használók antivirális kezelésében jó együttműködést és sikerességet mutatnak (pl. Moussali és mások, 2007). Ugyancsak igazolást nyert a hepatitis C börtönökben való kezelésének költséghatékonysága (Sutton és mások, 2008) és a komorbid pszichiátriai zavarokkal rendelkező kábítószer-használók kezelésének biztonságossága és hatékonysága (Loftis és mások, 2006).

A kábítószer-használók hepatitis C elleni kezeléshez való hozzáférése azonban továbbra is csekély. Ennek oka lehet például az elégtelen kezelési kapacitás, a kezelési lehetőségekről szóló információk hiánya vagy a többi páciens előnyben részesítése a kábítószer-használókhoz képest. Az elmúlt években sok uniós országban, köztük Dániában, Németországban, Franciaországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban, felülvizsgálták a vonatkozó politikát, hogy a krónikus hepatitis C szűrését és kezelését kiterjesszék azokra a krónikus hepatitis C vírushordozókra, akik aktív intravénás kábítószer-használók.

A hepatitis C kezelése a kábítószer-függőséggel együtt olykor kihívást jelent, de a gondosan megtervezett, jól szervezett klinikai kezeléssel és a páciensek tájékozott beleegyezését követő együttműködésével fejleszthető. A kábítószer-függőség, a májbetegségek és a komorbid mentális problémák kezelésére egyaránt felkészült multidiszciplináris csapatok javíthatják a kezeléseket kimenetelét (Grebely és mások, 2007).

⁽¹³⁹⁾ Ld. a HSR-6. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴⁰⁾ A kábítószer-használóknak szóló kiválasztott beavatkozások biztosításának szintjét 26 uniós ország, Törökország és Norvégia szakértői értékelték.

a 28 adatközlő ország közül 21-nek szerepel a rutin immunizációs programjában, és 17 országban külön oltási programok is léteznek a közösségben élő kábítószer-használók részére. Kábítószer-használóknak szóló, kortárs oktatók bevonásával folytatott egészségügyi oktatási tevékenységről szintén 17 országból számoltak be.

Tű- és fecskendőcsere-programok minden uniós tagállamban, Horvátországban és Norvégiában is léteznek. Cipruson azonban a programot 2007-ben alig vették igénybe. 15 országban becslések szerint az intravénás kábítószer-használók többsége az elmúlt 12 hónap folyamán legalább egyszer kapott fecskendőt ilyen programból. Ugyanebben az időszakban 11 országban csak az intravénás használók kis része jutott fecskendőhöz, annak ellenére, hogy ezen országok közül kilenc a steril intravénás eszközökhöz való hozzáférést a fertőző betegségek megelőzését szolgáló, kiemelt intézkedései között sorolta fel.

A tű- és fecskendőcsere-programokon keresztül biztosított fecskendők száma 2005 és 2007 között 18 országban emelkedett abból a 26-ból, ahonnan az ilyen adatok rendelkezésre állnak. Az évente és kliensenként kiosztott fecskendők száma nagyon változó: horvátországi és litvániai példák szerint a tű- és fecskendőcsere-programban részt vevő kliensekre 2007-ben fejenként körülbelül 50 fecskendő jutott, Finnországban 200, Romániában pedig 300 ⁽¹⁴¹⁾.

Abban a 14 országban, ahol megbízható adatok vagy becslések állnak rendelkezésre, a 2007-ben kiosztott fecskendők száma 33%-kal magasabb volt a 2003. évinél. Ebből az időszakból folyamatos növekedést jelentettek Belgiumból, Bulgáriából, a Cseh Köztársaságból, Észtországból, Magyarországról, Ausztriából, Szlovákiából és Finnországból. Lettországból stagnált a kiosztott fecskendők száma, Spanyolországból, Litvániából, Luxemburgból, Portugáliából és Lengyelországból pedig visszaesésről számoltak be.

A 15 országból közölt adatok azt mutatják, hogy 2007-ben több mint 125 000 személy jutott el a tű- és fecskendőcsere-programokat működtető ügynökségekhez ⁽¹⁴²⁾. A kliensek hozzáféréseire vonatkozó információ azonban az EU legnagyobb tagállamai közül négyből nem áll rendelkezésre (Németország, Spanyolország, Olaszország, az Egyesült Királyság). A 120 francia „CAARUD” ártalomcsökkentő központban végzett országos felmérés azt mutatta, hogy ezeket 2007-ben körülbelül 40 000 személy vette igénybe (Toufik és mások, 2008). Az Egyesült Királyságban 2008-ban új tűcsere-megfigyelő rendszert hoztak létre.

Az alacsonyküszöbű létesítmények lehetőséget adhatnak arra, hogy a nehezen elérhető populációk számára alapvető egészségügyi szolgáltatásokat és ártalomcsökkentő beavatkozásokat nyújtsanak.

A finnországi intravénás kábítószer-használókat megcélzó, alacsonyküszöbű egészségügyi szolgáltatóközpontokról készült közelmúltbeli értékelés azt állapította meg, hogy a szolgáltatások ilyen kombinációja jelentős szerepet játszott a fertőző betegségek megelőzésében. Ezt költséghatékony újításnak is találták, amely alkalmas arra, hogy az ország korlátozó drogpolitikájának keretei között működjön (Arponen és mások, 2008).

A tű- és fecskendőcsere-rendszerek az egészség támogatásában is szerepet kaphatnak. Az egészségtámogatásról szóló formális tanterven vagy képzési kézikönyveken alapuló képzést 20 országban kínálnak a tű- és fecskendőcsere-programok munkatársainak, kilenc országban pedig a gyógyszerészeknek. 11 EU-tagállamból az alacsonyküszöbű formában végzett munkára vonatkozó útmutatókról is beszámoltak, amelyekben olyan témák szerepeltek, mint a fertőző betegségek szűrése, a fecskendőcsere, az utcai munka és a kortárs segítők képzése.

A kábítószerrel összefüggő halálozások és halálozási arány

Az európai fiatalok körében a kábítószer-használat az egészségügyi problémák és a halálozások fő okai közé tartozik. Ezt szemlélteti az EMCDDA támogatásával készült nemzetközi vizsgálat, amely hét európai városi térséget vizsgálva azt állapította meg, hogy a 15–49 évesek körében a halálozás 10–23%-át az opioidok használatának lehetett tulajdonítani (Bargagli és mások, 2005).

A kábítószerrel összefüggő halálozásba azok a halálozások tartoznak bele, amelyeket közvetlenül egy vagy több szer farmakológiai hatása okoz (kábitószer okozta halálozások), valamint a kábítószer-használat által közvetve okozott halálozások, amelyeknél gyakran más tényezők is közrejátszanak (pl. balesetek). A halálozások ismert okai közé tartozik az akut mérgezés, a közlekedési balesetek – különösen alkohollal kombinált kábítószer-használat esetén (EMCDDA, 2007c) –, az erőszakos cselekmények, a már eleve veszélyeztetettebb emberek között az öngyilkosság, illetve az ismételt használat okozta krónikus betegségek (pl. a kokainhasználatnál előforduló szív-érrendszeri problémák). Bár a kábítószerrel összefüggő halálozások többsége a problémás kábítószer-

⁽¹⁴¹⁾ Ld. a HSR-5. (i. rész) és (ii. rész) táblázatát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴²⁾ Ld. a HSR-5. (ii. rész) táblázatát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

használók körében történik, olykor más szerhasználói csoportokban is előfordulnak, így azok között is, akik csak alkalmilag használnak kábítószereket ⁽¹⁴³⁾.

A kábítószer okozta halálesetek

Az EMCDDA kábítószer okozta halálesetekre adott definíciója azokra a halálesetekre vonatkozik, amelyeket közvetlenül egy vagy több kábítószer fogyasztása okoz (túladagolások), amelyek közül legalább egy a tiltott kábítószerek közé tartozik. A halálesetek számát befolyásolhatják olyan tényezők, mint a kábítószer-használat előfordulása és mintái (intravénás használat, politoxikómia), a kábítószer-használók életkora és komorbiditása, valamint a kezelő és sürgősségi szolgálatok elérhetősége.

Az európai adatok megbízhatósága terén történt fejlemények lehetővé teszik az európai és az országos tendenciák jobb leírását, és a legtöbb ország mostanra az EMCDDA definíciójával összhangban lévő esetmeghatározást fogadott el ⁽¹⁴⁴⁾. Az országok között mindazonáltal maradtak különbségek az esetmegállapítás minősége, az országos halotti nyilvántartások felé való bejelentés és az EMCDDA részére való bejelentés terén, ami azt jelenti, hogy az összehasonlításokkal óvatosan kell bánni.

Az 1990–2006 közötti időszakban az EU tagállamaiból, Horvátországból, Norvégiából és Törökországból minden évben 6400–8500 közötti kábítószer okozta halálesetet jelentettek, ami összesen több mint 135 000 halálesetet jelent. 2006-ban az összes bejelentett haláleset feléért az Egyesült Királyság és Németország felelt. A népesség kábítószer okozta halálozási arányai országonként igen különbözőek, a 15–64 éves korosztályban az egymillió főre jutó 3-tól egészen a 85-nél is több halálesetig terjedő tartományban; az európai átlag 22 haláleset/egymillió fő. 30 európai ország közül 17-ben találtak az egymillió főre jutó 20 halálesetet meghaladó arányt, de hat országban az arány a 40 haláleset/egymillió főnél is magasabb volt (13. ábra). A 15–39 éves európaiak körében a kábítószer-túladagolás az összes haláleset 4%-áért felelt ⁽¹⁴⁵⁾.

Az opioidokkal összefüggő halálesetek

Heroin

Az opioidok, főként a heroin vagy metabolitjai az Európai Unióban bejelentett, kábítószer okozta halálesetek

többségében jelen vannak. A 22 adatközlő országban az opioidok az összes eset 35% és közel 100% közötti részéért feleltek, de ezek közül 11 országból 85% fölötti arányokat jelentettek ⁽¹⁴⁶⁾. A heroin mellett a toxikológiai jelentésekben más szerek is előfordulnak. Legtöbbször az alkohol, a benzodiazepinek, más opioidok, illetve néhány országban a kokain jelenlétéről számolnak be. Ez azt jelzi, hogy a kábítószer okozta halálesetek jelentős arányban többféle szer együttes használatának tulajdoníthatók.

Az Európában előforduló herointúladagolások halálesetek többsége (82%) férfiakhoz köthető. A túladagolás miatt elhunytak átlagéletkorukat tekintve a legtöbb országban a harmincas éveik közepén járnak, és az átlagéletkor sok esetben emelkedik is, ami a fiatal heroinhasználók számának lehetséges stabilizálódására vagy csökkenésére utal. Az Európában bejelentett túladagolások halálesetek közül összességében 14% fordul elő a 25 év alattiak körében, bár Bulgáriában, Ausztriában és néhány olyan országban, ahonnan kevés kábítószer okozta halálesetet jelentettek (Málta, Ciprus, Szlovákia, Románia), a túladagolások halálesetek több mint egyharmada ebben a korcsoportban történik. Ez fiatalabb heroinhasználó vagy intravénás kábítószer-használó populációt jelezhet ezekben az országokban ⁽¹⁴⁷⁾.

A herointúladagolásokkal összefüggő tényezők közé tartozik az intravénás használat és más szerek, különösen az alkohol, a benzodiazepinek és egyes antidepresszánsok egyidejű használata, valamint a komorbiditás, a korábban átélt túladagolás és az egyedüllét (Skót kormány, 2008). A közvetlenül a börtönből való szabadulást, illetve a kábítószer miatti kezelésről való elbocsátást követő időszakot a túladagolás szempontjából különösen veszélyes időszaknak tekintik.

Becslések szerint minden egyes halálos kimenetelű túladagolásra 20–25 nem halálos túladagolás juthat, de ezek következményeit kevésbé ismerik fel. Az EMCDDA kritikai felülvizsgálatot folytat a kapcsolódó kockázati tényezőkről és az ezen a téren lehetséges beavatkozásokról.

Metadon és buprenorfin

A kutatások szerint az opioidhelyettesítő kezelés csökkenti a halálos túladagolás kockázatát. Mindazonáltal minden évben számos, helyettesítő kezelésben használt gyógyszerek (metadon vagy buprenorfin) jelenlétét mutató

⁽¹⁴³⁾ Ld. „Kábítószerrel összefüggő halálozás: összetett fogalom”, a 2008-as éves jelentésben.

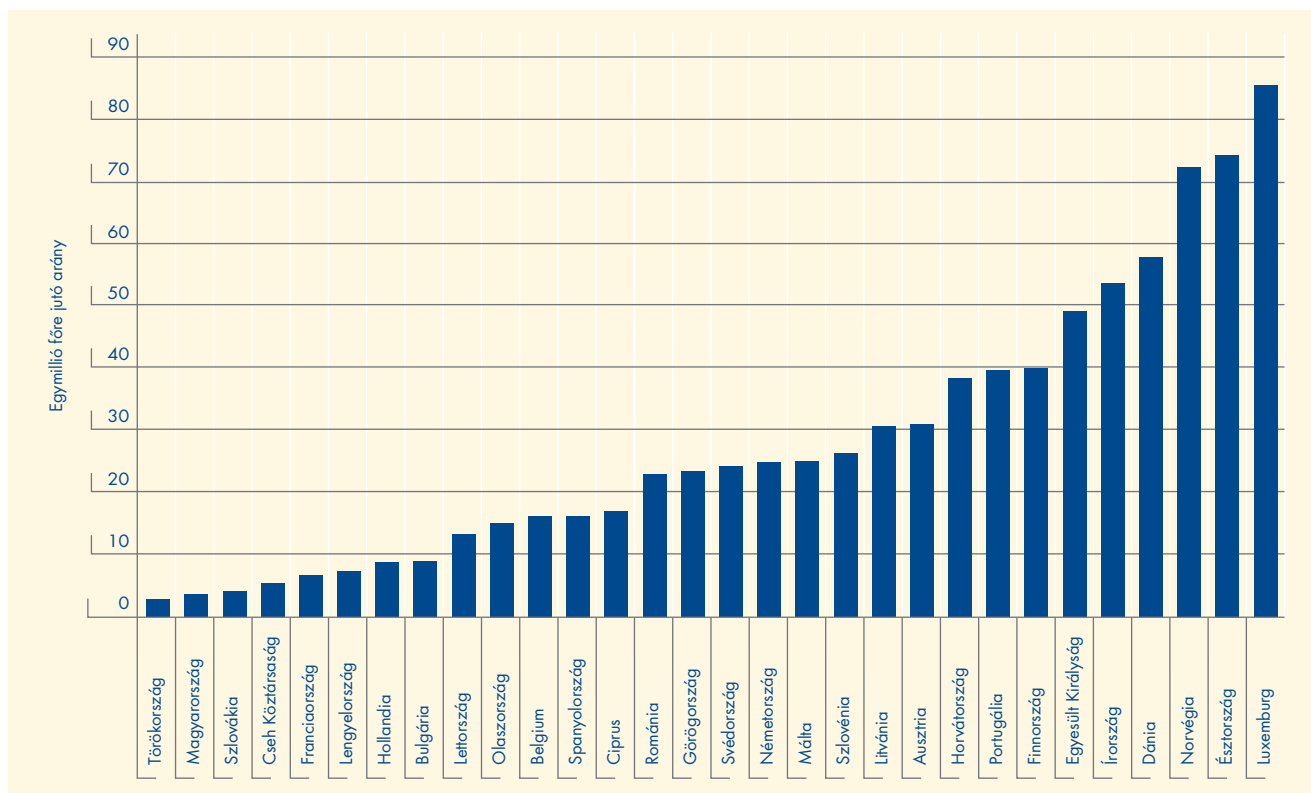
⁽¹⁴⁴⁾ A részletes módszertani információt ld. a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴⁵⁾ Ld. a DRD-7. (i. rész) ábrát és a DRD-5. (ii. rész) és DRD-107. (i. rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴⁶⁾ Mivel az EMCDDA-hoz bejelentett esetek többsége opioid- (főként heroin-) túladagolás, az opioidok okozta esetek leírására a kábítószer okozta bejelentett halálesetek általános jellemzőit használják.

Ld. a DRD-1. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴⁷⁾ Ld. a DRD-2. ábrát és a DRD-3. és DRD-1. (i. rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

13. ábra: A kábítószer okozta halálozásból eredő halálozási arányok az összes felnőtt körében (15–64 évesek)

Megjegyzés: A Cseh Köztársaság esetében az országos definíció helyett az EMCDDA D válogatását használták; az Egyesült Királyság esetében a drogstratégia definícióját használták; Románia esetében az adatok csak Bukarestre és a Bukaresti Toxikológiai Laboratórium hatáskörébe tartozó megyékre vonatkoznak; Portugália esetében az adatok minden olyan esetet tartalmaznak, amikor a post mortem elemzések tiltott kábítószerket mutattak ki, ami a D válogatáshoz képest valószínűleg túlzott becslést eredményez. A népességi halálozási arányok kiszámítása az Eurostat jelentése szerinti 2006-os országos népességen alapul. A népességi ráták összehasonlításakor óvatosan kell eljárni, mivel az esetek meghatározásában és a bejelentés színvonalában vannak különbségek. Az adatokra vonatkozó bővebb információért ld. a DRD-7. (i. rész) ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox országjelentések (2008), az adatok az országos halotti nyilvántartásokból vagy speciális (igazságügyi orvostani vagy rendőrségi) nyilvántartásokból és az Eurostatról származnak.

halálesetről számolnak be, amelyek többsége visszaélésnek, illetve az esetek kis részében a kezelés során fellépő problémáknak tulajdonítható.

Sok országból jelentették a metadon jelenlétét a kábítószer okozta halálesetek jelentős részében, bár a közös bejelentési szabályok hiánya miatt az anyag szerepe sokszor nem tisztázott, mivel más kábítószer is jelen lehetnek. Emellett más tényezők is közrejátszhatnak, köztük az opioidtolerancia megszűnése, a túlzott adagolás vagy a helytelen használat, mint például a rendszertelen vagy nem terápiás használat. A buprenorfinmérgezésből eredő halálesetek ritkák, annak ellenére, hogy ezt Európában egyre nagyobb arányban használják a helyettesítő kezelésben (lásd a 6. fejezetet). Finnországban azonban most már a buprenorfin a leggyakrabban kimutatott anyag a kábítószer okozta halálesetekben, általában nyugtató gyógyszerekkel vagy alkohollal kombinálva, illetve injekcióval beadva.

Fentanil és más szintetikus opioidok

2005–2006-ban Észtországban a fentanilmérgeзések járványszerű sorozata 117 intravénás kábítószer-használó halálát okozta (EMCDDA, 2008b). Észtországból 2007-ből egyelőre nem áll rendelkezésre információ a fentanillal összefüggő halálesetekről, bár a közelmúltbeli vizsgálatok megerősítették e kábítószer megnövekedett használatát az intravénás kábítószer-használók körében. 2007-ben a Tallinnban felmért intravénás szerhasználók kétharmada a fentanilt nevezte meg elsődleges kábítószerként, és a fecskendőcsere-programot látogató intravénás szerhasználók közül minden tizedik nyilatkozta, hogy az elmúlt hónapban használt fentanilt intravénásan. Egy Tallinnban végzett másik vizsgálat azt állapította meg, hogy a fentanilt fő kábítószernek tekintő intravénás szerhasználók körében az amfetamin intravénás használóiával összehasonlítva magasabb a HIV előfordulása és nagyobb a valószínűsége a kockázatos

injekciós magatartásnak, illetve a túladagolás előfordulásának (Talu és mások, 2009). Finnországban 21 halálesetnél jelentették olyan opioidok jelenlétét, mint az oxikodon, a tramadol vagy a fentanil, bár ezek szerepét pontosan nem határozták meg.

Más kábítószerekkel összefüggő halálesetek

A kokain okozta halálesetek meghatározása és azonosítása nehezebb, mint az opioidokhoz kapcsolódóké. Úgy tűnik, hogy a közvetlenül a túladagolás által okozott halálesetek ritkák, és ezek általában a kokain nagyon nagy adagjaihoz köthetők. A kokainnal összefüggő halálesetek egyébként többnyire feltehetőleg a krónikus mérgező hatásból erednek, amely szív-érrendszeri és neurológiai komplikációkat idéz elő. A kábítószer szerepét ezekben a halálesetekben nem mindig ismerik fel, ilyen esetben pedig nem kokainnal összefüggő esetként kerülnek bejelentésre. Az adatok értelmezését tovább bonyolítja, hogy sok esetben más anyagok is jelen vannak, ami megnehezíti az ok-okozati összefüggések megállapítását.

2007-ben 12 tagállamban körülbelül 500, kokainnal összefüggő halálestet jelentettek (összehasonlításképpen 2006-ban 14 országból 450-et). Valószínű azonban, hogy a kokain okozta halálesetek száma a bejelentettnél magasabb az Európai Unióban.

Az ecstasy jelenlétét mutató halálesetekről ritkán érkeznek jelentések, és sokszor az ilyen esetekben sem a kábítószer azonosítják a halál közvetlen okaként. Bár Európában az amfetaminnal összefüggő halálesetekről szóló jelentések is ritkák, a Cseh Köztársaságban a 2007-ben történt, halálos kimenetelű túladagolások – kivéve a gyógyszer-túladagolásokat – egy jelentős részét (40-ből 11-et) a pervitinnek (metamfetamin) tulajdonították, szemben az opioidoknak tulajdonított 14 halálessel. Finnországban a 2007-ben bejelentett 229 halálest 40%-ában voltak jelen amfetaminok, noha ebből nem feltétlenül következik, hogy a halál közvetlen oka a kábítószer lett volna ⁽¹⁴⁸⁾.

A kábítószer okozta halálozás tendenciái

Európában a kábítószer okozta halálozás az 1980-as években és az 1990-es évek elején meredeken emelkedett, a heroinhasználat és az intravénás kábítószer-használat növekedésével párhuzamosan, ezt követően pedig magas szinten maradt. A hosszú idősorokkal rendelkező országokból származó adatok azonban differenciált tendenciákat sejtetnek: néhány országban (pl. Németország, Spanyolország, Franciaország,

Olaszország) a halálozás az 1990-es évek elején-közepén tetőzött; más országokban (pl. Görögország, Portugália, Finnország) a halálesetek száma a 2000. év körül érte el a csúcspontot; néhány másik országban pedig (pl. Dánia, Hollandia, Ausztria, az Egyesült Királyság) növekvő tendenciát figyeltek meg, egyértelmű csúcs nélkül ⁽¹⁴⁹⁾.

2000 és 2003 között az EU legtöbb tagállamából csökkenést jelentettek, de ezt 2003 és 2006 között a halálesetek számának növekedése követte. A 2007-ről rendelkezésre álló előzetes adatokból az előző évivel legalábbis megegyező számra lehet következtetni, mivel 18 ország közül 14-ből jelentettek emelkedést.

A kábítószer okozta bejelentett halálesetek számának stagnálását nehéz megmagyarázni, különösen ha az intravénás kábítószer-használat csökkenésére és a kezelő és ártalomcsökkentő szolgáltatásokkal kapcsolatba kerülő opioidhasználók számának növekedésére utaló jeleket is figyelembe vesszük. A veszélyeztetett populáció lehetséges csökkenésének fényében komoly aggodalomra ad okot a kábítószer okozta halálesetek stabil vagy emelkedő száma.

Erre a jelenségre számos potenciális magyarázat létezhet, amelyek mindegyike további vizsgálatot igényel. Ezek közé tartozik, hogy az öregedő és egyre inkább krónikus szerhasználó populáció egyre veszélyeztetettebbé válik; magasabb szintű a politoxikómia vagy a nagy kockázatú viselkedés; a meglévő szolgáltatások nem veszik célba vagy nem érik el a leginkább veszélyeztetetteket; illetve hogy akár nőhet is a börtönből vagy kezelésről szabaduló, visszaeső opioidhasználók száma, akik tudvalevőleg különösen nagy kockázatnak vannak kitéve ⁽¹⁵⁰⁾.

A kábítószer-használattal összefüggő összesített halálozás

A kábítószer okozta halálesetek mellett a kábítószer-használattal összefüggő összesített halálozásba azok a halálesetek is beletartoznak, amelyeket a kábítószer-használat közvetve okoz. Ezek a halálesetek leginkább a problémás kábítószer-használók körében koncentrálódnak, de olykor az alkalmi használók között is előfordulhatnak (pl. közlekedési balesetek, néhány öngyilkosság). Bár a kábítószer-használattal közvetve összefüggő halálesetek számát nehéz felbecsülni, közegészségügyi hatásuk jelentős lehet.

Az összesített halálozás különbözőképpen becsülhető fel: az egyik módszer a halálozás korcsoportos vizsgálatait ötvözi a kábítószer-használat prevalenciájára

⁽¹⁴⁸⁾ A herointól eltérő kábítószerrel összefüggő halálesetekre vonatkozó adatokért ld. a DRD-108. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴⁹⁾ Ld. a DRD-8. és a DRD-11. ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben. Történeti okokból az uniós tendencia az EU-15-re és Norvégiára vonatkozik.

⁽¹⁵⁰⁾ Ld. „A börtönből való szabadulás utáni túladagolások halálesetek megelőzése”, 97. o.

⁽¹⁵¹⁾ Ld. „A problémás kábítószer-használatnak tulajdonítható teljes halálozás felbecsülése: új fejlemények”, 95. o.

vonatkozó becslésekkel ⁽¹⁵¹⁾. Egy másik módszer a meglévő általános halálozási statisztikákat használja, és ebből becsüli meg a kábítószer-használattal összefüggő esetek arányát. Más speciális információforrások is használhatók, például a HIV/AIDS-szel összefüggő halálozás esetében az Eurostat és az EuroHIV információit kapcsolják össze.

Korcsoporthalálozási vizsgálatok

A korcsoporthalálozási vizsgálatok a problémás kábítószer-használók közül ugyanazokat a csoportokat követik nyomon időben, és a halotti nyilvántartásokkal való összekapcsolás segítségével próbálják meghatározni a csoportban előforduló összes halálozást. Ezzel a fajta vizsgálattal meg lehet határozni a korcsoport összesített és okonkénti halálozási rátáit, és fel lehet becsülni, hogy a csoport halálozása mennyivel haladja meg az átlagos népességét. A széles körű longitudinális vizsgálatokat arra lehet használni, hogy segítségükkel teszteljék például a kábítószer okozta halálozások számában történt változások okára vonatkozó feltevéseket, valamint hogy figyeljék az összesített kockázatot és észleljék a halálozási okok mintáinak változását.

Az adatfelvételi helyszínektől (pl. a kezelő létesítményekben végzett vizsgálatok) és a felmérésbe való bevonás kritériumaitól (pl. intravénás kábítószer-használók, heroinhasználók) függően a korcsoporthalálozási vizsgálatok többsége az évi 1–2%-os tartományba eső halálozási arányt mutatott a problémás kábítószer-használók körében. Bár az egyes halálozási okok relatív fontossága országonként és időben változó, a fő ok általában a kábítószer-túladagolás, amely az intravénás szerhasználók körében a halálozások 50–60%-áért felel a HIV/AIDS alacsony előfordulási arányaival rendelkező országokban. Sajnos néhány országban alacsony szintű a túladagolások kimutatási rátája az országos halotti nyilvántartásokban, és ezért az „ismeretlen” vagy nem kellőképpen pontosan megnevezett okkal (pl. szív-megállás) nyilvántartott halálozások egy jelentős része túladagolás is lehet. Annak érdekében, hogy javuljon a halálozási okok leírásának érvényessége, más információforrásokat (pl. speciális rendőrségi vagy igazságügyi halálozási nyilvántartást) is meg lehet tekinteni.

Az EMCDDA kidolgozott egy protokollt, hogy a tagállamokat korcsoporthalálozási vizsgálatok elvégzésére ösztönözze, azzal a céllal, hogy így összehasonlítható információkat nyerjenek a problémás kábítószer-használók halálozási kockázatairól, és ezzel

segítsék a megelőzési és gondozási politikát. A legfrissebb európai vizsgálatokat Németországban, Spanyolországban, Olaszországban, Hollandiában, az Egyesült Királyságban és Norvégiában végezték. Az EU-tagállamok egyharmadának még végre kell hajtania egy korcsoporthalálozási vizsgálatot, bár folyamatban lévő vagy 2009-re tervezett vizsgálatokat sok országból jelentettek (pl. a Cseh Köztársaság, Franciaország, Lettország, Lengyelország).

A kábítószer-használattal közvetve összefüggő halálozások

Becslések szerint 2006-ban az Európai Unióban több mint 2100 ember halt meg a kábítószer-használatnak tulajdonítható HIV/AIDS miatt ⁽¹⁵²⁾, de ezeknek a halálozásoknak a 89%-a Spanyolországban, Franciaországban, Olaszországban és Portugáliában történt. A hatékony antiretrovirális gyógykezelés 1996-os

A problémás kábítószer-használatnak tulajdonítható teljes halálozás felbecsülése: új fejlemények

Az Európai Unióban végzett közelmúltbeli korcsoporthalálozási vizsgálatok azt jelzik, hogy a kábítószer okozta halálozások (túladagolások) a problémás kábítószer-használók körében előforduló összes halálozást közül jellemzően az esetek egyötöde és fele közötti részét jelentik. Ebből arra következtethetünk, hogy ebben a populációban a teljes halálozás a kábítószer okozta nyilvántartott halálozások számának körülbelül kétszerese-ötszöröse lehet. Ez a szorzó országonként változik, különböző tényezőknek megfelelően, amilyen a kockázati viselkedés, a halálos túladagolások aránya és az egyéb lehetséges halálozási okok előfordulása.

Az EMCDDA támogatja a problémás kábítószer-használók teljes halálozásának felbecsülésére irányuló kutatást. 2008-ban a Cseh Köztársaság kutatóival együttműködésben lebonyolított projekt során áttekintették az erre a területre vonatkozó szakirodalmat, adatforrásokat és lehetséges módszereket ⁽¹⁾. Egy szakértői csoport a jövőbeni vizsgálatokhoz két módszert javasolt: a nyilvántartott halálos túladagolások számán alapuló szorzótényező módszer, és a problémás kábítószer-használói kohorszok halálozási rátáin és a problémás kábítószer-használók populációjára vonatkozó országos becsléseken alapuló extrapolációs módszert. A Cseh Köztársaságban mindkét módszer sikeresen átesett a kísérleti tesztelésen, így az EMCDDA tervei szerint a közeljövőben létrehozhatnak egy csoportot azokból az érdekelt országokból, amelyek fel tudnák használni ezt a munkát.

⁽¹⁾ Ld. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drdr>

⁽¹⁵²⁾ A 2006-os évet tekintették a legutolsó olyan évné, amelyről az Eurostaton keresztül szinte minden tagállamból elérhető a halálozási okokra vonatkozó információk. A forrásokra, az átadási csoportokra, a számokra és a számításokra vonatkozó részletes információkért lásd a DRD-5. (ii. rész) táblázatát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

bevezetését követően a HIV/AIDS miatti halálozás az EU legtöbb országában jelentősen visszaesett, bár ez a csökkenés Portugáliában sokkal kevésbé volt hangsúlyos. Az elmúlt években Észtországban megfigyelt növekedések összhangban vannak a HIV magas becsült előfordulására vonatkozó becslésekkel az ország intravénás kábítószer-használóinak körében (tízből öt-hat), valamint azzal, hogy a jelentések szerint nagy részük nem tud a fertőzöttségéről. A közelmúltban Lettországból szintén emelkedést jelentettek. A kábítószer-használók körében a HIV/AIDS becsült halálozási rátái jelenleg a legtöbb országban alacsonyan állnak, Spanyolország és Portugália kivételével. Olaszországban, Franciaországban és Lettorszában a HIV/AIDS miatti halálozás és a túladagolási halálozás hasonló szintű ⁽¹⁵³⁾.

A kábítószer-használók körében előforduló halálesetek egy része más krónikus betegségeknek tulajdonítható, így például májbetegségeknek (a hepatitis C fertőzés és az erős alkoholfogyasztás miatt), daganatos megbetegedéseknek és szív-érrendszeri problémáknak. Az egyéb okok sokkal kevesebb figyelemben részesülnek, annak ellenére, hogy a jelek szerint ezeknek is jelentős a hatásuk. A trauma (baleset, emberölés és egyéb erőszakos cselekmények) és az öngyilkosság például a problémás kábítószer-használók körében akár a halálozás 25%-áért is felelhet. Egy szakirodalmi áttekintés (Darke és Ross, 2002) azt állapította meg, hogy a heroinhasználók körében az öngyilkossági ráta 14-szer magasabb volt, mint az átlagos népességben. A közelmúltban készült korcsoportos európai vizsgálatok szerint az öngyilkosság a halálesetek 6–11%-át jelentette a problémás kábítószer-használók körében. Az adatok korlátozott hozzáférhetősége miatt azonban nehéz megítélni mindezen okok összesített hatását.

A kábítószerrel összefüggő halálozás csökkentése

Tizenkét ország számolt be arról, hogy a nemzeti drogstratégiájukban szerepel a kábítószer okozta halálesetek számának csökkentésére vonatkozó rész. Egy országnak, az Egyesült Királyságnak, külön cselekvési terve van a kábítószerrel összefüggő ártalom csökkentésére, amely egyedi intézkedéseket ír elő a kábítószerrel összefüggő halálesetek megelőzésére. Tizenhárom országban viszont sem külön stratégia, sem a nemzeti drogstratégiában erre kijelölt rész nem foglalkozik a kábítószer okozta halálesetek

visszaszorításával, két ország pedig nem közölt információt.

Beavatkozások

Olaszországban a kezelést megkezdő kábítószer-használók körében egy előretekintő, hosszú távú vizsgálat azt mutatta, hogy a kohorszon belül a halálozás kockázata az átlagos népességhez képest tízszeresére nőtt (Davioli és mások, 2007). A kezelésben való részvétel az átlagos népesség kockázatának négyszeresére csökkentette a kockázatot, ezáltal megerősítette, hogy a kábítószer-fogyasztók kezelése csökkenti a kábítószerrel összefüggő halálozást. A vizsgálat ugyanakkor azt is kimutatta, hogy a kábítószer-használók körében a legmagasabb halálozási arányt a kezelés megszűnése után 30 nappal figyelték meg. Ez a megállapítás felhívja a figyelmet a kezelés utáni gondozás, valamint a nagyon rövid kezelési epizódok elkerülésének szükségességére, amikor a kockázatok meghaladhatják a kezelésből eredő előnyöket.

Figyelemfelhívó és prevenciós anyagok biztosításáról a legtöbb olyan országból számoltak, ahonnan rendelkezésre állnak ilyen információk. 28 ország szakértői szerint ⁽¹⁵⁴⁾ a túladagolás megelőzéséről szóló nyomtatott vagy multimédiás anyagok az elmúlt évben kilenc országban a legtöbb vagy szinte minden problémás kábítószer-használóhoz eljutottak, tizenkét országban és a belgiumi francia közösségben pedig e csoport kisebb részéhez. Törökországban nem léteznek ilyen anyagok, Észtországban, Lettorszában, Magyarországon és Szlovákiában pedig csak néhány problémás kábítószer-használó fér hozzá ezekhez. Bulgáriáról nincs adat.

A halálos és nem halálos kimenetű túladagolások nagy része más szemtanúk, köztük a kábítószer-használók társai vagy családtagjai, egészségügyi és szociális dolgozók, rendőrök vagy börtönőrök előtt történik, akiknek lehetősége lenne beavatkozni. Tíz országból számoltak be olyan külön anyagokról, amelyek a kábítószer-használók családjának kívánnak segíteni a kábítószer-túladagolás felismerésében és kezelésében; nyolc országban vannak ilyen anyagok a rendőrök részére; hét országban pedig a börtönök személyzetének dolgoztak ki ilyen útmutatókat ⁽¹⁵⁵⁾. A célcsoportok közé tartoznak még a kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó ügynökségek munkatársai, a mentősök, a baleseti és sürgősségi osztályok személyzete, valamint az orosz nyelvű országokból származó bevándorlók és a romák. Azoknak az országoknak a száma azonban korlátozott, ahol az

⁽¹⁵³⁾ Ld. a DRD-7. (ii. rész) ábrát a 2009. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁵⁴⁾ Ld. a HSR-8. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben. A kábítószerrel összefüggő halálesetek csökkentésére irányuló kiválasztott beavatkozások biztosításának szintjét 26 uniós ország, Törökország és Norvégia szakértői értékelték.

⁽¹⁵⁵⁾ Ld. a HSR-8. (ii.rész) táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

ilyen anyagok sok célcsoport számára rendelkezésre állnak, és nem mindegyik anyag érhető el az adott ország egész területén.

A túladagolás kockázatáról szóló oktatásról mindegyik országból beszámoltak; kilenc országban ez a legtöbb érintett, jelentős számú problémás kábítószer-használóval rendelkező városban létezik. Négy országban viszont az ilyen tevékenységek csak az érintett városok kisebb részében működnek, további tizenkét országban pedig csak néhány városra terjednek ki.

A túladagolásra adott válaszokról szóló speciális tanfolyamokat egyéni vagy csoportos ülés formájában tartják. A kábítószer-használókat tájékoztatják a túladagolás kockázatairól, többek között az absztinens időszakok utáni csökkent toleranciáról, a politoxikómia hatásairól és kockázatairól, különös tekintettel az egyidejű alkoholfogyasztásra, a magányos kábítószer-használat kockázatairól, valamint az elsősegély-nyújtási ismeretekről. A nemzeti szakértők becslései szerint hét országban a problémás kábítószer-használók többsége az elmúlt 12 hónapban részesült valamilyen képzésben a túladagolásra adott válaszokról, tíz országban csak kisebb részük kapott ilyen képzést, további hat országban viszont (Belgium, Lettország, Ausztria, Lengyelország, Románia, Szlovákia) csak néhány problémás kábítószer-használó vett részt ilyen típusú oktatásban. A túladagolásra adandó válaszokról szóló képzés Észtországban, Magyarországon és Törökországban nem elérhető.

A nem halálos kimenetelű túladagoláson már átesett kábítószer-használók fokozottan ki vannak téve a jövőbeni túladagolások veszélyének (Coffin és mások, 2007), ezért velük külön kell foglalkozni. A túladagolásról szóló egyéni kockázatértékelést szakképzett személyzet végzi a további támogatásra szoruló személyek azonosítása céljából. A szakértők szerint kilenc országban a legtöbb problémás kábítószer-használó az elmúlt évben legalább egy alkalommal részesült túladagolási kockázatértékelésben, 16 országban viszont csak kisebb részük jutott hozzá ehhez a fajta beavatkozáshoz. Bulgáriáról, Németországról és Franciaországról nem áll rendelkezésre információ.

A naloxon biztosítása a szerhasználóknak Európában nem számít elterjedt módszernek a túladagolás megelőzésére, bár Olaszországban a kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó szolgálatoknál gyakori az elvihető készletek terjesztése, és ugyanitt a gyógyszertárakban is recept nélkül kapható. Az Egyesült Királyságban a naloxon jogi státusa 2005. júniusban változott meg, ekkor vált lehetővé, hogy életmentő körülmények esetén a lakosság bármely

tagja beadhassa. Emellett egy korcsoportos vizsgálat is készült, amelynek keretében 239, a kezelőszolgálatoktól toborzott opioidhasználó részvételével a túladagolásról szóló, elvihető naloxon kiosztásával egybekötött képzés hatását mérték fel (Strang és mások, 2008). Az eredmények a túladagolás jeleinek jobb ismeretét és a naloxon magabiztosabb használatát mutatták. Az első három hónap folyamán mind a 12 túladagolást sikerült visszafordítani, amikor naloxont használtak, viszont egy haláleset történt abból a hat túladagolásból, amikor nem használtak. A szerzők azt állapították meg, hogy a szélesebb körű terjesztés tovább csökkenthetné a kábítószerrel összefüggő halálozást, és további vizsgálatokat javasoltak a túladagolásról szóló képzés és az opioidhasználóknak biztosított naloxon-vésztartalék hatása tárgyában.

A börtönből való szabadulás utáni túladagolások halálesetek megelőzése

Angliában becslések szerint a 2005-ben történt 1506 kábítószer-túladagolások haláleset 15%-ában a börtönből frissen szabadult személy volt az áldozat (Department of Health, 2007). A nemzetközi vizsgálatok is megerősítik, hogy közvetlenül a börtönből való szabadulást követő időszakban magasabb az akaratlan kábítószer-túladagolás kockázata (pl. Farrell és Marsden, 2008). Ezek a vizsgálatok azt is hangsúlyozták, hogy a börtönből szabadultak mentálhigiéniai problémáira és kábítószer-problémáira jobb válaszokat kellene kidolgozni.

24 ország szakértőinek megítélése alapján a börtönből való szabadulást megelőző konzultáció a túladagolás kockázatáról és megelőzéséről jelenleg hat országban nem biztosított, tíz országban csak a börtönben lévő problémás kábítószer-használók kis része számára biztosított, további hat országban pedig kevesebb mint felük jut hozzá. A célközönség többségének csak Olaszországban és Luxemburgban biztosítják ezt a szolgáltatást. Mivel a szabadulás napja esetleg nehezen megjósolható, különösen a vizsgálati fogságban lévők esetében, a túladagolás veszélyeiről szóló felvilágosító oktatást ideális esetben rendszeres jelleggel kellene biztosítani a börtönökben, hogy így csökkentsék a kockázatos viselkedést.

Úgy tűnik, hogy az opioidhelyettesítő kezelés, amelyről bebizonyosodott, hogy a börtönökben védő hatása van (Dolan és mások, 2005), kezd elérhetőbbé válni az EU börtöneiben, és a helyettesítő kezelés börtönben való megkezdésének jogi lehetősége immár 21 országban adott (lásd a 2. fejezetet). Az ilyen típusú kezelés börtönben való megkezdésének lehetősége csökkenti a túladagolás és az elhalálozás kockázatát a börtönből való szabaduláskor, emellett az újbóli börtönbe kerülési rátát is csökkenti (WHO, 2009). Fontos azonban, hogy a börtönben működő egészségügyi szolgálatok és a közösségi kezelés szolgáltatói között megfelelő kapcsolat legyen, hogy a kezelés folytonossága ne szakadjon meg.

Egy másik, ellentmondásos módszer a felügyelet mellett működtetett kábítószer-fogyasztó létesítmények biztosítása ⁽¹⁵⁶⁾, amelyek a kliensek halálozási kockázatát kívánják csökkenteni azáltal, hogy helyszíni túladagolás esetén azonnali, megfelelő orvosi ellátást nyújtanak. Az ilyen létesítmények működéséről szóló európai, kanadai és ausztráliai adatok azt jelzik, hogy a létesítményben előforduló kábítószer-túladagolásokat sikeresen kezelik, és halálos kimenetelű túladagolást eddig nem jelentettek.

Milloy és munkatársai kiszámították a vancouveri kábítószer-fogyasztó létesítmény működésével potenciálisan elkerült halálesetek számát. Becsléseik szerint évi 2–12 halálesetet sikerült elkerülni (Milloy és mások, 2008). Ez megerősíti azokat a korábbi eredményeket, amelyek szerint ezek a létesítmények a kellő lefedettséggel rendelkező környékeken kedvezően hatnak a túladagolások halálesetek számának alakulására.

⁽¹⁵⁶⁾ A kérdés áttekintését ld. EMCDDA (2004).



8. fejezet

Új kábítószeres és újonnan megjelenő tendenciák

Bevezetés

Az új pszichoaktív anyagok használatának és a kábítószer-használat új mintáinak fontos közegészségügyi és politikai hatásai lehetnek. Ezeket azonban nehéz felfedezni, mivel jellemzően alacsony szinteken kezdődnek, konkrét helyszíneken, illetve a népesség behatárolt alcsoportjainak körében. Kevés ország rendelkezik olyan megfigyelési rendszerrel, amely érzékeny lenne az ilyenfajta viselkedésre, és a felderítésük is jelentős módszertani nehézségekbe ütközik. Ennek ellenére a potenciális új fenyegetések felismerésének fontosságát széles körben elismerik. Az Európai Unió korai figyelmeztető rendszere gyorsreagálású mechanizmust biztosít a kábítószeresek között újonnan felbukkanó pszichoaktív anyagok megjelenésének esetére. A korai figyelmeztető rendszert támogató tevékenységek az EMCDDA munkájának fontos részét képezik, és igazodnak ahhoz az átfogóbb célhoz, hogy az európai kábítószer-megfigyelő rendszer időszerűségének és érzékenységének javítása érdekében minél többféle adatforrást használjanak.

Fellépés az új kábítószeres ellen

Az új pszichoaktív anyagokról szóló tanácsi határozat ⁽¹⁵⁷⁾ egy olyan mechanizmust hoz létre, amelynek célja a közegészségügyre és a társadalomra potenciális fenyegetést jelentő új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információ gyors cseréjének lehetővé tétele (a korai előrejelző rendszer) ⁽¹⁵⁸⁾. A határozat egy hivatalos kockázatértékelő folyamat elindításának lehetőségéről is rendelkezik, amelynek megállapításai politikai döntéshez is vezethetnek arra vonatkozóan, hogy az új anyagokat ellenőrzés alá kell vonni az Európai Unió egész területén.

A korai előrejelző rendszeren keresztül a rendszer 1997-es létrehozása óta több mint 90 anyagot jelentettek be. A bejelentések nagy részét egészen a közelmúltig a fenetilaminok és a triptaminok tették ki. Az utóbbi néhány évben azonban sokkal többféle anyag bukkant fel. Ezek közé tartoznak a különféle piperazin- és katinonszármazékok, valamint az egyéb anyagok

heterogén keveréke, benne növényi termékekkel, néhány szokatlan serkentőszerezrel és hallucinogén anyaggal, illetve pár gyógyszerkészítménnyel.

2008 folyamán a korai figyelmeztető rendszeren keresztül összesen 13 új pszichoaktív anyagról küldtek hivatalos első értesítést az EU-ban. Az új szintetikus kábítószeresek mellett – az újonnan bejelentett anyagok közül 11 tartozott ide – a csoport tartalmazott még két növényt, gyógyszert viszont egyet sem.

A bejelentett két növény – a kratom és a kava – kémiai összetétele a szakirodalomból viszonylag jól ismert. Ezeket a világ más részein hagyományosan már használják, az európai kábítószeres színterén pedig korlátozottnak tűnik a jelenlétük.

Az újonnan bejelentett szintetikus vegyületek többsége az Egyesült Nemzetek Szervezete pszichotróp anyagokról szóló 1971. évi egyezményének I. és II. jegyzékében felsoroltakhoz hasonló pszichotróp anyag volt. A 2008-ban bejelentett új anyagok közül a korábbi évekhez képest kevesebb tartozik a fő kémiai csoportokba: a fenetilaminok (egy), a triptaminok (kettő) és a piperazinok (nulla) közé. Figyelemre méltó, hogy az újonnan bejelentett anyagok közül hat katinonszármazék. Az új szintetikus anyagok többsége serkentő tulajdonságokkal rendelkezik, hallucinogén hatásokat viszont csak három idéz elő.

2008-ban fordult elő első alkalommal, hogy a korai előrejelző rendszeren keresztül egy szintetikus kannabinoidot is bejelentettek (JWH-018). A szintetikus kannabinoidok megjelenése a „designer drogok” fejlődésének legújabb szakaszát jelzi: ez a folyamat a fentanilon alapuló szerektől indult az 1980-as években, majd következtek a gyűrűhelyettesített fenetilaminok az 1980-as évek végén és a triptaminok az 1990-es években, és végül a piperazinok és a katinonszármazékok a 2000-es években. Kannabinoid receptor aktivitással száznál is több vegyület rendelkezik, ezért feltételezhető, hogy a kábítószeresek között folyamatosan fognak megjelenni a különböző kémiai csoportokba tartozó, új anyagok. Mindez állandó kihívást jelent a

⁽¹⁵⁷⁾ A Tanács 2005. május 10-i 2005/387/IB határozata az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információcseréről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről (HL L 127., 2005.5.20., 32. o.).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>

közegészségügyi és bűnüldöző szervek számára, egyrészt az új anyagok igazságügyi és toxikológiai azonosítása, másrészt a kockázatok azonnali felmérése és szükség esetén az ellenőrző intézkedések végrehajtása terén.

A „Spice” termékek és a kapcsolódó szintetikus kannabinoidok

Az interneten és néhány erre specializálódott üzletben „Spice” néven forgalmazott termékek legalább 2006 óta kaphatók. Bár a „Spice”-t olykor füstölőként hirdetik, egyes használók szerint a kannabiszhoz hasonlóak a hatásai, ha elszívják. Egy Svédországból érkezett jelentés nyomán a korai előrejelző rendszer 2008 elejétől figyelte a „Spice” termékeket.

A „Spice” termékek csomagolásán található információ azt jelzi, hogy 14, növényi eredetű összetevőt tartalmaznak. Közülük az összetevők közül legalább kettőnek – a *Pedicularis densiflora*-nak és a *Leonotis leonurus*-nak – lehetnek valamilyen pszichoaktív hatásai, a „Spice” termékekben állítólag jelen lévő növényi anyagok farmakológiájáról és toxikológiájáról keveset lehet tudni. Ezért nem lehet bizonyossággal nyilatkozni e termékek potenciális egészségügyi kockázatairól vagy lehetséges

pszichoaktív hatásairól. A termékismertetőben szintetikus összetevőket nem említene.

A „Spice” termékeket, valamint különféle más „spice-szerű” növényi keverékeket 2008-ban online üzletekből lehetett beszerezni, de legalább kilenc tagállamban (Cseh Köztársaság, Németország, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Ausztria, Lengyelország, Portugália, Egyesült Királyság) a „legális hangulatjavítók” árusító „head” vagy „smart” shopokban is elérhetők voltak.

A tagállamok széles körű kriminalisztikai vizsgálatokat végeztek a „Spice” termékek pszichoaktív összetevőinek azonosítása érdekében. Németország és Ausztria 2008. decemberben mutatta ki a JWH-018 szintetikus kannabinoidot⁽¹⁵⁹⁾. A JWH-018 kémiai szerkezete jelentősen eltér az összes kannabisztermék fő hatóanyaga, a tetrahidrokannabinol (THC) szerkezetétől. Kísérleti állatoknál a JWH-018 ugyanolyan hatásokat váltott ki, mint a THC, és a jelentések szerint erősebbnek bizonyult. 2009 elején az európai „Spice” mintákban egy második szintetikus kannabinoidot is kimutattak, a CP 47497-et⁽¹⁶⁰⁾ és három homológját.

Szintetikus kannabinoidokat csak korlátozott számú mintában találtak, változó mennyiségben. Úgy tűnik, hogy

Pszichoaktív növények bejelentése a korai előrejelző rendszeren keresztül

Az elmúlt években öt pszichoaktív növényből készült különféle termékeket jelentettek be. A korai előrejelző rendszer által felfedezett növényfajok nem esnek nemzetközi ellenőrzés alá, de az EU tagállamai ellenőrizhetik őket.

A kava (*Piper methysticum*) egy cserje, amelyet a déli csendes-óceáni szigeteken évszázadok óta használnak különféle szertartásokhoz. A növény gyökeréből főzött tea szorongásoldó, nyugtató hatású. Egyre aggályosabbnak tűnik viszont, hogy a kava tartós fogyasztása májkárosodást okozhat. A jelentések szerint az EU tagállamaiban sem a növény, sem a hatóanyagai (kavalaktonok) nem tartoznak ellenőrzés alá.

A khat a *Catha edulis*, egy Kelet-Afrikában és az Arab-félszigeten termesztett cserje leveleiből és friss hajtásaiból áll. Enyhe serkentő hatása van, amelyet a friss növényi részek rágásával lehet elérni. Hatóanyaga, a katinon és a katin, kémiai szempontból közeli rokona az olyan szintetikus kábítószereknek, mint az amfetamin és a metkatinon, és az 1971-es ENSZ-egyezmény értelmében nemzetközi ellenőrzés alá tartozik. A *Catha edulis* az EU 12 tagállamában ellenőrzött anyag.

A kratom (*Mitragyna speciosa*) egy Délkelet-Ázsiában őshonos fafajta. A levelei fogyaszthatók rágással, elszívással

vagy teába főzve. Kis adagban serkentő hatású. Nagyobb adagban a kratom az opioidokhoz hasonló hatással rendelkezik, ezért a hagyományos gyógyászatban fájdalomcsillapítónak és opioidmegvonásra használják. A kratom fő hatóanyagai a mitraginin, a mitrafillin és a 7-hidroksimitraginin, de ezek közül valószínűleg a mitragininnek tulajdonítható a kratom fájdalomcsillapító hatása és az opioidmegvonási tünetek enyhítése. A növény, a mitraginin és a 7-hidroksimitraginin Dániában ellenőrzött, Litvániában pedig a növényre és a mitragininre terjed ki az ellenőrzés.

A *Salvia divinorum* (látnokszálya) egy évelő növény, Mexikó déli részén őshonos, ahol hallucinogén tulajdonságai miatt hagyományosan szertartások céljára használják. A fő hatóanyag, a szalvinorin A egy erős kappa opioid receptor agonista. A *Salvia* rekreációs használati módjai közé tartozik a levelek rágása, elszívása, illetve koncentrált kivonatok nyelv alá történő beadása, amely láthatólag intenzív hatást idéz elő. A növény levelének vagy magjának lenyelése tartósabb, de kevésbé intenzív hatást vált ki. A *Salvia divinorum* vagy hatóanyagai hat tagállamban és Horvátországban tartoznak az ellenőrzött anyagok közé.

A hawaii törperőzsa (*Argyrea nervosa*) egy évelő kúszónövény. Magjai a d-lizergsav-amid hatóanyagot (LSA, d-lizergamid néven is ismert) tartalmazzák, amely az LSD közeli rokona, és enyhe hallucinogén hatásokat válthat ki. Az LSA-t Írországból és az Egyesült Királyságból kábítószerként ellenőrzik.

⁽¹⁵⁹⁾ Naftalin-1-il-(1-pentilindol-3-il)metanon.

⁽¹⁶⁰⁾ 5-(1,1-dimetilheptil)-2-[(1R,3S)-3-hidroxiciklohexil]-fenol.

ezeket a szintetikus anyagokat titokban adták hozzá a termékhez, mivel a „Spice” termékek csomagolásán lévő tájékoztatóban csak növényi összetevőkről van szó.

A JWH-018 anyagot és a CP 47497-et és homológjait ismereteink szerint egymagukban nem használják széles körben pszichoaktív kábítószerként. Ezért azt még meg kell állapítani, hogy létezik-e kifejezett kereslet ezekre a konkrét anyagokra, és szükség van-e további fellépésre a 2005/387/IB tanácsi határozatban előírtak szerint.

A potenciális egészségügyi aggályokra reagálva öt tagállam különféle jogi fellépéseket választott a „Spice” termékek és a kapcsolódó vegyületek betiltására vagy más módon történő ellenőrzésére. Németországban a kábítószerokról szóló sürgősségi jogalkotást alkalmazták, hogy egy évre ellenőrzés alá vonják a „Spice”-ban talált öt szintetikus kannabinoidot. Franciaország narkotikumnak minősítette a „Spice” termékekben azonosított hat szintetikus kannabinoidot. Ausztria a gyógyszer törvényét alkalmazta a hat szintetikus kannabinoidot tartalmazó füstölőkeverékek behozatalának vagy forgalomba hozatalának betiltására az országban. Luxemburgban úgy döntöttek, hogy a különböző szintetikus kannabinoidokat pszichotróp anyagként ellenőrzik. Lengyelországban módosították a kábítószer törvényt, és ezzel ellenőrzés alá vonták a JWH-018-at és a „Spice” két állítólagos növényi összetevőjét.

Az internet: a pszichoaktív anyagok új piaca

Az internet a pszichoaktív anyagok új piacává lépett elő, ahol a kiskereskedőknek lehetősége nyílik arra, hogy az ellenőrzött kábítószer alternatíváit széles közönségnek kínálják fel. Az online piac az új pszichoaktív anyagok potenciális terjedésére is kihat, így megfigyelése egyre fontosabb szerepet kap a kábítószer új tendenciáinak azonosításában. Különösen az eladásra kínált anyagokkal járó kockázatokat kell gondosan figyelni. Az új termékekről szóló információkra a szerhasználóknak és a szakembereknek egyaránt szükségük van, ideértve a klinikai toxikológusokat, a mérgek felügyeletével foglalkozó specialistákat és a kábítószer területén dolgozókat.

Az online kábítószerpiac aktuális fejleményeinek azonosítása érdekében az EMCDDA minden évben pillanatképet készít a helyzetről. 2009-ben összesen 115 online üzletet vizsgáltak meg. A domainnevekben szereplő országhód és a weboldalakon található más információk alapján ezek az online üzletek 17 európai országban találhatók. Az azonosított online kiskereskedők többségének székhelye az Egyesült Királyságban (37%), Németországban (15%) és Romániában (7%) volt.

2008-tól eltérően a 2009-ben megvizsgált online üzletek közül egyikben sem kínáltak pszilocin és pszilocibin tartalmú hallucinogén gombákat. Négy franciaországi, illetve hollandiai székhelyű kiskereskedő kínálatában szerepelt viszont a scelerotia, a *Psilocybe mexicana* és a *Psilocybe tampanensis* hallucinogén gombák keményített micéliuma.

A 2009-ben eladásra kínált új termékek között voltak különböző növényi füstölőtermékek és a benzilpiperazin új, legális alternatíváit tartalmazó „partitabletták”. A szippantható (tubák) termékek vagy herbál porok szintén előtérbe kerültek.

A „Spice” termékeket^[161] a vizsgált kiskereskedők 48%-a kínálta eladásra. Bár a „Spice”-t árusító online üzletek

Nemzeti kockázatértékelési eljárások

Az EMCDDA 2008-ban megvizsgálta az új anyagoknak a kábítószer törvények felügyelete alá vonására irányuló különböző nemzeti jogi eljárásokat, az ilyen eljárások időtartamát, illetve hogy ezek keretében sor kerül-e bármilyen nemzeti kockázatértékelési eljárásra. A megvizsgált 26 országban a kockázatértékeléssel kapcsolatban három eltérő hozzáállást lehetett elkülöníteni. Hat országban nem végeznek nemzeti kockázatértékelést. Ezek az országok általában csak a nemzetközi vagy európai szinten elvégzett kockázatértékelésekre hagyatkoznak. Hét országban eseti alapon, szükség esetén kerül sor nemzeti kockázatértékelésre. 13 országban olyankor végzik el a kockázatértékelés valamelyik formáját, amikor egy anyag ellenőrzés alá vonását mérlegelik, és ezt vagy a kábítószer törvény, illetve ezzel egyenértékű jogszabály teszi kötelezővé, vagy az új jogszabályok előterjesztéséhez szükséges eljárás részeként követelik meg.

Abból a 20 országból, ahol saját kockázatértékeléseket szoktak végezni, a kimutatott ártalom szintje 12 esetben nem befolyásolja a jogalkotási folyamat sebességét. Négy országban (Németország, Luxemburg, Szlovákia, Svédország) előfordul, hogy gyorsított jogalkotási eljárásra váltanak, ha a kockázat szintjét túl magasnak találják. Franciaországban, Ausztriában és Norvégiában sürgős esetben maga a kockázatértékelés is rövidebb idő alatt zajlik le. Hollandiában mindkét lehetőség adott.

A nemzeti kockázatértékeléseket 16 országban a közigazgatásban dolgozó szakértői csoport végzi, vagy az illetékes minisztérium, vagy egy állami vagy kormányhivatal részéről. Hat országban biztosítják vagy biztosíthatják a független tudományos szakértőkkel való konzultáció lehetőségét, amennyiben erre szükség van. Három országban pedig (Hollandia, Ausztria, Egyesült Királyság) független tudományos testületek végzik a kockázatértékelést.

Bővebb információért lásd az ELDD jogi jelentéseit (<http://eldd.emcdda.europa.eu>)

[161] Ld. „A »Spice« termékek és a kapcsolódó szintetikus kannabinoidok”, 101. o.

székhely szerint 14 különböző európai városban működtek, ezen üzletek több mint kétötödét (42%) az Egyesült Királyságban találták, és jelentős számban működtek Írországban, Lettországban és Romániában is.

A „Spice” termékekkel kapcsolatos aggályok sok országban az anyagok betiltására vagy más módon történő ellenőrzésére irányuló jogi fellépéshez vezettek. 2009. márciusra a „Spice” termékeket visszavonták a németországi, ausztriai és franciaországi székhelyű online üzletekből.

2009-ben a „Spice”-hoz képest alternatívát jelentő füstölőkeverékek is kezdtek megjelenni az online piacon. A vizsgált kiskereskedők legalább 27 különböző herbál füstölőkeveréket kínáltak eladásra a „Spice” alternatívájaként. Ezeket a termékeket úgy hirdetik, hogy növényi alapú összetevőket tartalmaznak, noha némelyik az *Amanita muscaria* hallucinogén gombát is tartalmazza. Az Ausztriában és Németországban eladásra kínált „Spice”-alternatívák között számos olyan herbál füstölőkeverék szerepel, amelyet beltéri illatosítónak vagy füstölőként árusítanak. A „Spice” helyettesítő termékeinek gyors megjelenése nyomatékossítja, hogy ez a piac gyorsan tud reagálni a pszichoaktív anyagok jogi helyzetének változásaira, gyakran azzal, hogy új termékeket hoz forgalomba.

Mivel a BZP-re az EU tagállamaiban ellenőrző intézkedéseket vezettek be, ezt az anyagot most már nem használják az ecstasy legális alternatíváiként árusított „partitablettákban”. 2009 elején sok online kiskereskedő kínálatában szerepeltek BZP-mentes „partitabletták”. Az írországi, lengyelországi és egyesült királysági online üzletek például „retro tablettákat” kínáltak, amelyek állítólag 1-(4-fluorofenil) piperazint (pFPP), egy enyhe hallucinogén és erős eufórikus hatásokkal rendelkező anyagot tartalmaznak.

A szippantható termékeket az olyan ellenőrzött kábítószeres alternatívájaként kínálják, mint a kokain vagy az amfetamin. A termékek állítólag koffeint és különféle növényi alapú összetevőket tartalmaznak, mint az *Acorus calamus*, a *Hydrastis canadensis* és a *Tilia europea*.

Az anyagok nyomon követése

Piperazinok

Az EMCDDA–Europol aktív nyomon követési jelentése az mCPP-ről (1-(3-klorofenil)piperazin) 2007-ben azt állapította meg, hogy a szerhasználók számára nem bír

különböző vonzerővel, és nem valószínű, hogy önálló rekreációs kábítószerként elterjedt válna. 2008-ban azonban az mCPP továbbra is a legszélesebb körben hozzáférhető új szintetikus drog volt a tiltott kábítószeres piacon, amely egymagában vagy MDMA-val kombinálva fordult elő. Ezt a lefoglalások száma és az EMCDDA-hoz és az Europolhoz bejelentett lefoglalt anyagmennyiség egyaránt bizonyítja. Továbbra sem világos, hogy az anyagot az MDMA hatásainak fokozására vagy utánzására használják-e, vagy csak „cutting agent”-ként (hamisításra). Mivel azonban az mCPP a legtöbb tagállamban nem számít ellenőrzött anyagnak, a bejelentett lefoglalások valószínűleg a ténylegesnél alacsonyabb szintet tükröznek.

A Tanács 2008. március 3-án úgy határozott, hogy a tagállamoknak nemzeti jogukkal összhangban meg kell tenniük a szükséges lépéseket, hogy az Egyesült Nemzetek Szervezete pszichotróp anyagokról szóló 1971. évi egyezménye szerinti kötelezettségeiken alapuló jogszabályaik előírásainak megfelelően a BZP-t az anyag kockázataival arányos ellenőrzési intézkedéseknek és büntetőjogi szankcióknak vessék alá ⁽¹⁶²⁾. A tagállamok törekszenek arra, hogy ezt az intézkedést minél előbb, de legkésőbb a határozat időpontjától számított egy éven belül megtegyék. E jelentés összeállításának idején 17 tagállam ⁽¹⁶³⁾ számolt be arról, hogy ellenőrzés alá vonta a BZP-t.

A GHB/GBL és a ketamin

A gamma-hidroxi-vajsav (GHB) és a ketamin Európában 2000 óta áll felügyelet alatt, amikor az új szintetikus kábítószeresről szóló 1997-es együttes fellépés keretében elvégezték mindkét anyag kockázatelemzését (EMCDDA, 2002).

A GHB-ről és a ketaminról csak néhány ország közölt előfordulási adatokat, a bejelentett becsült előfordulási szintek pedig sokkal alacsonyabbak, mint más tiltott kábítószeres esetében. A helyzet változásait nehéz felmérni, mivel az előfordulási adatok nem valószínűségi számításokon alapuló mintákból származnak, így időben és az egyes minták között csak korlátozottan lehet összehasonlításokat tenni. A holland Trendwatch vizsgálat 2007-ben a GHB használatának enyhe emelkedéséről számolt be Hollandia egyes hálózataiban és régióiban, de a többi partidroghoz képest a GHB-t és a ketamint ritkábban használják, és többnyire rejtőzködő populációkban, otthon, illetve házi bulikon. Az előző években bejelentett növekedésekkel ellentétben a GHB-hez

⁽¹⁶²⁾ A Tanács 2008. március 3-i 2008/206/IB határozata az 1-benzilpiperazin (BZP) ellenőrzési intézkedéseknek és büntetőjogi rendelkezéseknek alávetni kívánt, új pszichoaktív anyagként való meghatározásáról.

⁽¹⁶³⁾ Belgium, Dánia, Németország, Észtország, Írország, Görögország, Franciaország, Olaszország, Ciprus, Litvánia, Luxemburg, Málta, Magyarország, Portugália, Szlovákia, Svédország és Finnország; valamint Horvátország, Törökország és Norvégia.

kapcsolódó sürgősségi esetekre vonatkozó legfrissebb statisztikák Amszterdamban kifejezett visszaesést mutattak, az esetek száma a 2006-os 444-ről 2007-ben 110-re csökkent. Egy londoni kórházban végzett vizsgálat 2006-ban 58, ketaminhasználattal összefüggő sürgősségi esetről számolt be, és ezek száma 2007-ben ugyanennyi volt. A ketaminnal összefüggő esetek legnagyobb részében a kábítószer más kábítószerekkel együtt fogyasztották, mindössze az esetek 11%-ában találtak egymagában használt ketamint, és ezek közül egyik sem

igényelt intenzív osztályos ápolást (Wood és mások, 2008).

A 2007-ben elvégzett ESPAD iskolai populációs felmérések szolgálnak a legfrissebb adatokkal a 15–16 éves európai diákok körében előforduló GHB-használatról. Az EU 26 országában, valamint Norvégiában és Horvátországban vizsgált diákok körében a GHB-használat életprevalenciája 0–3% között mozgott, bár a legtöbb országból 1% körüli vagy ennél alacsonyabb szintet jelentettek.



Hivatkozások

- ACMD (2008), *Cannabis: classification and public health*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, London (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. és Salminen, M. (2008), *Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)*, National Public Health Institute, Helsinki (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf).
- Baker, A., Lee, N.K. és Jenner, L. (szerk.) (2004), *Models of intervention and care for psychostimulant users* (2. kiadás), National Drug Strategy Monograph Series No. 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.
- Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C. és mások (2009), „Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European ISADORA project”, *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis* 2, 88–100. o.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., és mások (2005), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries”, *European Journal of Public Health* 16, 198–202. o.
- Cherny, N.I., Catane, R. és Kosmidis, P.A. (2006), „Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering”, *Annals of Oncology* 17, 885–7. o.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Kábítószerügyi Bizottság, az ENSZ Gazdasági és Szociális Tanácsa, Bécs.
- Coffin, P.O., Tracy, M., Bucciarelli, A. és mások (2007), „Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose”, *Academic Emergency Medicine* 14, 616–23. o.
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. és mások (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf).
- Cunningham, J.A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, 211–3. o.
- Darke, S. és Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods”, *Addiction* 97, 1383–94. o.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. és mások (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdette study, a national multi-site prospective cohort study”, *Addiction* 102, 1954–9. o.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine*, VUB University Press, Brüsszel.
- Department of Health (2007), *Reduction of drug-related harm: an action plan*, Department of Health, London (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850).
- Desroches, F. (2007), „Research on upper level drug trafficking: a review”, *Journal of Drug Issues* 37, 827–44. o.
- Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság (2008a), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság, Brüsszels (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).
- Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság (2008b), *Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice*, Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság, Brüsszel (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B. és mások (2005), „Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection”, *Addiction* 100, 820–8. o.
- ECDC és a WHO Európai Regionális Irodája (2008), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*, Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ, Stockholm.
- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G. és mások (2008), „Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update”, *Substance Abuse* 29, 31–49. o.
- Ellingstad, T.P., Sobell, L.C., Sobell, M.B. és mások (2006), „Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution”, *Addictive Behaviours* 31, 519–30. o.
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.

- EMCDDA (2004), *European report on drug consumption rooms, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.*
- EMCDDA (2005), *Komorbiditás – kábítószer-használat és mentális zavarok, Célpontban a kábítószer, 14. szám, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.*
- EMCDDA (2006a), *A gender perspective on drug use and responding to drug problem, Kiemelt téma, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.*
- EMCDDA (2006b), *Developments in drug use within recreational settings, Kiemelt téma, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.*
- EMCDDA (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue, Kiemelt téma, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.*
- EMCDDA (2007b), *A kábítószeres és a bűnözés – összetett kapcsolat, Célpontban a kábítószer, 16. szám, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.*
- EMCDDA (2007c), *Drugs and driving, Kiemelt téma, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.*
- EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences, 8. monográfia, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.*
- EMCDDA (2008b), *Éves jelentés, 2008: kábítószer-probléma Európában, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.*
- EMCDDA (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people, Kiemelt téma, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.*
- EMCDDA (2008d), *Monitoring the supply of cocaine to Europe, Technikai tájékoztató, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).*
- EMCDDA (2008e), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, Kiemelt téma, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.*
- EMCDDA (2009a), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States, Insights, 10. szám, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.*
- EMCDDA (2009b), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention, Tematikus dolgozatok, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).*
- Európai Bizottság (2007), *„A Bizottság jelentése az Európai Parlamentnek és a Tanácsnak a kábítószer-függőséggel kapcsolatos egészségi ártalom megelőzéséről és csökkentéséről szóló 2003. június 18-i tanácsi ajánlás végrehajtásáról”, COM (2007) 199 végleges (eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0199en01.pdf).*
- Európai Bizottság (2008a), *Civil Society Forum on Drugs in the European Union, Brussels 20–21 May 2008, Final report (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).*
- Európai Bizottság (2008b), *„Young people and drugs among 15–24 year-olds”, Flash Eurobarometer 233 (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm).*
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (2006), *The CPT standards – „substantive” sections of the CPTs General Reports, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (<http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>).*
- Europol (2007), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007, Europol, Hága.*
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007, Europol, Hága.*
- Farrell, M. és Marsden, J. (2008), *„Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales”, Addiction 103, 251–5. o.*
- GLADA (2004), *An evidence base for the London crack cocaine strategy, Greater London Authority, London.*
- Grebely, J., Genoway, K., Khara, M. és mások (2007), *„Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection”, International Journal of Drug Policy 18, 437–43. o.*
- Hall, W. és Solowij, N. (1998), *„Adverse effects of cannabis”, Lancet 1352. 1611–16. o.*
- Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F. és Razc, J. (szerk.) (2008a), *Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies, Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Amsterdam (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).*
- Hedrich, D., Pirona, A. és Wiessing, L. (2008b), *„From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe”, Drugs: Education, Prevention and Policy 15, 503–17. o. (DOI: 10.1080/09687630802227673).*
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J. és mások (2005), *„Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people”, BMJ 330, 11. o.*
- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I. és mások (2008), *„Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction”, Substance Use Misuse 43, 1464–75. o.*

- Hibell, B. és mások (2009), *The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Svéd Alkohol- és Kábítószerügyi Információs Tanács (CAN) és az Európa Tanács Pompidou-csoportja.
- Hoare, R. és Flatley, J. (2008), *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*, Home Office Statistical Bulletin, Home Office, London.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R. és mások (2008), „Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths”, *American Journal of Public Health* 98, 2229–36. o.
- INCB (2009a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*, Egyesült Nemzetek Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző szerve, New York.
- INCB (2009b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*, Egyesült Nemzetek Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző szerve, New York.
- Jager, J., Limburg, W., Kretschmar, M. és mások (szerk.) (2004), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrell, M. és Lima, M.S. (2007), „Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders”, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.
- Korf, D. (szerk.) (2008), *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*, Pompidou Group, Pabst Science Publishers, Lengerich, Németország.
- Loftis, J.M., Matthews, A.M. és Hauser, P. (2006), „Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management”, *Drugs* 66, 155–74. o.
- McCambridge, J., Slym, R.L. és Strang, J. (2008), „Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users”, *Addiction* 103, 1819–20. o.
- McIntosh, J., Bloor, M. és Robertson, M. (2008), „Drug treatment and the achievement of paid employment”, *Addiction Research and Theory* 16, 37–45. o.
- Mennes, C.E., Ben Abdallah, A. és Cottler, L.B. (2009), „The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups”, *Addictive Behaviors* 34, 223–6. o.
- Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M. és mások (2008), „Estimated drug overdose deaths averted by North America’s first medically-supervised safer injection facility”, *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).
- Miovský, M., Miovská, L., Řehan, V. és Trapková, B. (2007), „Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study”, *Československá Psychologie* 103 (Supplement 51), 109–18. o. (http://cspsych.psu.cas.cz/files/cspsych_supplement2007.pdf).
- Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C. és Lang, J.P. (2007), „Prise en charge de l’hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues” [A hepatitis C kezelése kábítószer-használó betegeknél], *Gastroenterologie clinique et biologique* 31, S51–5. o.
- NICE (2009), *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment*, Public health guidance 18, National Institute for Health and Clinical Excellence, London.
- Nordstrom, B.R. és Levin, F.R. (2007), „Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature”, *American Journal of Addiction* 16, 331–42. o.
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (<http://www.nta.nhs.uk/publications/>).
- Obradovic, I. (2008), *Activité des « consultations jeunes consommateurs » (2005–2007)*, Tendances 63, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A. és mások (2008), „The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life”, *Addiction* 103, 439–49. o.
- Piontek, D., Kraus, L. és Klempova, D. (2008), „Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties”, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, 25. o.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. és mások (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups”, *European Addiction Research* 10, 147–55. o.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. és Hopkins, L.N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey”, *Circulation* 103, 502–6. o.
- Roesner, S. és Küfner, H. (2007), „Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON)”, *Sucht* 54 (Supplement 1), S65–S77. o.
- Rosenberg, H., Melville, J. és McLean, P.C. (2002), „Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services”, *Addiction* 97, 59–65. o.
- Samhsa (2007), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C. és mások (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. és Deering, D. (2008), „Profile of young people attending alcohol and other drug

treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, 963–68. o.

Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. és mások (2008), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe”, in *Quality of treatment services in Europe – drug treatment: situation and exchange of good practice* (ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).

Scottish Government (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).

Strang, J. és Sheridan, J. (1997), „Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales”, *Addiction* 92, 833–8. o.

Strang, J., Manning, V., Mayet, S. és mások (2008), „Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses”, *Addiction* 103, 1648–57. o.

Sutton, A.J., Edmunds, W.J., Sweeting, M.J. és Gill, O.N. (2008), „The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis”, *Journal of Viral Hepatitis* 15, 797–808. o.

Swift, W., Hall, W. és Copeland, J. (2000), „One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, 309–18. o.

Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K. és mások (2009), „HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: implications for intervention”, *International Journal of Drug Policy* (doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007).

Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J. és mások (2007), „A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence”, *American Journal of Psychiatry* 164, 160–2. o.

Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. és Gandilhon, M. (2008), *The first national survey on users of the CAARUD centres*, Tendances No. 61, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Párizs.

UNODC (2009), *World drug report*, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.

UNODC és Marokkó kormánya (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.

Vandam, L. (2009), „Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature”, megjelent: Cools, M. és mások (szerk.), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Antwerpen.

Vickerman, P., Hickman, M., May, M. és mások (megjelenés előtt), „Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related HIV-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis”, *Addiction*.

Wagner, F.A. és Anthony, J.C. (2002), „From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol”, *Neuropsychopharmacology* 26, 479–88. o.

Wammes, A., Van Leeuwen, L. és Lokman, S. (2007), *Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 'Je bent niet gek als je niet blowt'*, Trimbo Institute, Utrecht.

WCO (2008), *Customs and drugs report 2007*, Vámügyi Világszervezet, Brüsszel.

WHO (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, a WHO Európai Regionális Irodája, Koppenhága (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).

WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Egészségügyi Világszervezet, Genf (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf).

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I. és mások (2008a), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) – the need to improve quality and comparability”, *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884>).

Wiessing, L., Van de Laar, M.J., Donoghoe, M.C. és mások (2008b), „HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East”, *Eurosurveillance* 13(50) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067>).

Wood, D.M., Bishop, C.R., Greene, S.L. és Dargan, P.I. (2008), „Ketamine-related toxicology presentations to the ED”, *Clinical Toxicology* 46, 630. o.

Zachrisson, H.D., Rödje, K. és Mykletun, A. (2006), „Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey”, *BMC Public Health* 6:34 (www.biomedcentral.com).

Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja

Éves jelentés, 2009: a Kábítószer-probléma Európában

Luxembourg: Az Európai Unió Kiadóhivatala, 2009

2009 — 109 o. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-390-1

Hogyan lehet hozzájutni az EU kiadványaihoz?

Térítés ellenében hozzáférhető kiadványok:

- az EU-könyvesbolt (EU Bookshop) útján (<http://bookshop.europa.eu>);
- könyvkereskedőtől a könyv címe, kiadója és/vagy ISBN száma alapján;
- közvetlenül értékesítési ügynökeinktől. Elérhetőségeik megtalálhatóak a <http://bookshop.europa.eu> honlapon, vagy lekérdezhetőek a +352 2929-42758 faxszámra küldött üzeneten keresztül.

Ingyenes kiadványok:

- az EU-könyvesbolt útján (<http://bookshop.europa.eu>);
- az Európai Bizottság képviselteitől és küldöttségeitől. Elérhetőségeik megtalálhatóak a <http://ec.europa.eu> honlapon, vagy lekérdezhetőek a +352 2929-42758 faxszámra küldött üzeneten keresztül.

Az EMCDDA-ról

A Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) az Európai Unió decentralizált ügynökségeinek egyike. Az 1993-ban lisszaboni székhellyel létrehozott központ a kábítószerekre és kábítószer-függőségre vonatkozó átfogó információk központi forrása Európában.

Az EMCDDA tényszerű, tárgyilagos, megbízható és összehasonlítható információkat gyűjt, elemez és terjeszt a kábítószerekkel és a kábítószer-függőséggel kapcsolatban. E tevékenysége révén célközönségének tényeken alapuló képet ad a kábítószerek európai szintű jelenségéről.

A központ kiadványai elsődleges információforrásnak számítanak a közönség széles köre számára, ideértve a politikai döntéshozókat és tanácsadókat, a kábítószerek területén dolgozó szakembereket és kutatókat, valamint a médiát és a nagy nyilvánosságot.

Az éves jelentés az EMCDDA éves áttekintése az EU kábítószerhelyzetéről, egyúttal nélkülözhetetlen forrásmunka mindazok számára, akik a kábítószerek terén a legfrissebb európai eredményeket keresik.



Kiadóhivatal

