



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

ISSN 1830-0766

JELLENKÉPEK 2020 KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA EURÓPÁBAN



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA EURÓPÁBAN

Jogi megjegyzés

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

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

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

A szolgáltatás ingyenesen hívható telefonszáma (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

A katalógusadatok a kiadvány végén találhatók.

Luxembourg: Az Európai Községek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, 2008.

ISBN 978-92-9168-329-1

© Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, 2008.

Másolás a forrás megnevezésének feltételével engedélyezett.

Printed in Luxembourg

FEHÉR, KLÓRMENTES PAPIRRA NYOMTATVA



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisbon, Portugal
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Tartalom

Előszó	5
Köszönetnyilvánítás	7
Bevezető megjegyzés	9
Kommentár: Az európai kábítószerhelyzet – új kilátások, néhány régi realitással	11
1. fejezet: Politikák és jogszabályok Nemzetközi és uniós politikai fejlemények • Nemzeti stratégiák • Közkiadások • Nemzeti jogszabályok • Bűncselekmények • Országos kutatások	19
2. fejezet: Európai válaszok a kábítószer-problémákra – áttekintés Megelőzés • Kezelés • Ártalomcsökkentés • Társadalmi reintegráció • Egészségügyi és szociális válaszok a börtönökben	30
3. fejezet: Kannabisz Kínálat és hozzáférhetőség • Előfordulás és használati minták • Kezelés	39
4. fejezet: Amfetaminok, ecstasy és LSD Kínálat és hozzáférhetőség • Előfordulás és használati minták • Rekreatív szintér • Kezelési szolgáltatások	51
5. fejezet: Kokain és crack kokain Kínálat és hozzáférhetőség • Előfordulás és használati minták • Kezelés és ártalomcsökkentés	63
6. fejezet: Opioidhasználat és intravénás kábítószer-használat A heroinkínálat és hozzáférhetőség • Előfordulás és használati minták • Intravénás kábítószer-használat • A problémás opioidhasználat kezelése	74
7. fejezet: A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek és a kábítószerrel összefüggő halálesetek Fertőző betegségek • A fertőző betegségek megelőzése • Halálesetek és halandóság • A halálozás csökkentése	84
8. fejezet: Új kábítószeres és újonnan megjelenő tendenciák Uniósi fellépés az új pszichoaktív anyagok ellen • Internetes üzletek • GHB és GBL	97
Hivatkozások	102



Előszó

Büszkeséggel tölt el minket, hogy ezúton tizenharmadik alkalommal jelenik meg a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának (EMCDDA) éves jelentése. Ez a jelentés nem jöhetett volna létre a Reitox hálózat nemzeti fókuszpontjaiban tevékenykedő partnereink, valamint az Európa-szerte közreműködő, az elemzéshez hozzájáruló szakemberek odaadó munkája és elkötelezettsége nélkül. Hálával tartozunk továbbá a kábítószerüggyel foglalkozó európai uniós és nemzetközi szervezeteknek is. A jelentés egy közös erőfeszítés eredménye; köszönettel tartozunk ezért mindenkinek, aki közreműködött a megvalósításában. A munka alapja az, hogy csak akkor lehet megfelelő tájékozottsággal produktív és ésszerű vitát folytatni, ha olyan elemzés áll rendelkezésre, amely megfontoltan kezeli a kábítószerhelyzetről rendelkezésre álló információkat. Az ilyen elemzés lehetővé teszi, hogy a vélemények kialakítása tények alapján történjen, illetve hogy a nehéz politikai döntések meghozatala során a döntéshozók tisztában legyenek az elérhető lehetőségek költségeivel és előnyeivel.

Ebben az évben különösen sok volt a munka a kábítószer-ellenes politika terén, és a Központ abban a megtiszteltetésben részesült, hogy segítséget nyújthatott mind az EU jelenlegi kábítószer-ellenes cselekvési tervének végleges értékeléséhez, mind az Egyesült Nemzetek Közgyűlése 1998. évi, kábítószerokról szóló rendkívüli ülésszakán hozott döntések felülvizsgálatához. Örömteli az a tény, hogy a nemzetközi standardok alapján Európa világviszonylatban kiemelkedő helyen áll a legfejlettebb megfigyelő kapacitások tekintetében. Ugyanakkor tisztában vagyunk jelenlegi információs forrásaink korlátaival, ezért partnereinkkel folyamatosan azon dolgozunk, hogy növeljük a rendelkezésre álló adatok minőségét és jelentőségét.

A kábítószerügről folytatott politikai viták háttérében pedig ott állnak az európai kábítószer-probléma mind rejtett, mind nyilvánvalóbb költségei. Ezzel a kérdéssel a jelentés számos részében foglalkozunk. Az EMCDDA folyamatos erőfeszítéseket tesz annak érdekében, hogy tudatosítsa a kábítószer-fogyasztás következtében felmerülő közkiadásokat az EU tagállamaiban. Ez a feladat még gyerekcipőben jár, és a becsült értékek többnyire csak irányadók, mintsem pontosak. Mindazonáltal jelentős kiadásokra utalnak, amelyek az előzetes kalkulációk szerint 28 és 40 milliárd euró közötti összegre tehetők. Gazdasági viszonylatban még nehezebb kifejezni a kábítószer-fogyasztás következtében okozott károkat. Mekkora ára van a kábítószer-fogyasztás miatt bekövetkező emberéletek tragikus elvesztésének Európában, annak a negatív hatásnak, amely azokat a közösségeket sújtja, ahol kábítószer-termelés vagy -értékesítés folyik, vagy a kábítószer-termelő és tranzitországok társadalmi fejlődését és

politikai stabilitását aláásó kábítószer-csempészet következményeinek? Csupán a Nyugat-Afrikán átmenő kokainkereskedelemből eredő nyugtalanító eseményekre kell gondolnunk ahhoz, hogy eszünkbe jusson, milyen járulékos károkat is okozhat ez a probléma.

Pozitív eredményt jelent azonban az, hogy a kábítószer-fogyasztás Európában egyre inkább stabilizálódni látszik, valamint előrelépést figyelhetünk meg abban, ahogyan az EU-tagállamok kezelik ezt a kérdést. A kábítószer-fogyasztás legtöbb formájára vonatkozóan általánosan elmondhatjuk, hogy a fogyasztás nem növekszik, sőt egyes területeken még csökkenő tendenciák is megfigyelhetők. Ami a válaszreakciókat illeti, szinte mindegyik tagállam elfogadott egy stratégiai megközelítést, valamint nagyobb összefogás figyelhető meg európai szinten. A kezelések egyre inkább hozzáférhetővé válnak; bizonyos országokban pedig akkora az előrelépés, hogy az egykor rejtett populációnak tartott heroinfogyasztók többsége kapcsolatban áll valamilyen segítő szolgálattal. Az intravénás kábítószer-fogyasztók körében előforduló HIV-fertőzés problémája néhány évvel ezelőtt még a kábítószer-politikai viták középpontjában állt. Azóta Európában normává vált a megelőzésre, a kezelésre és az ártalomcsökkentésre irányuló intézkedések pragmatikus ötvöze, és a kábítószer-fogyasztás következtében fellépő új fertőzések aránya csökkent, illetve folyamatosan csökken.

A jó hírek rossz főcímmek számítanak, és elkerülhetik az emberek figyelmét. Mindazonáltal fontos, hogy észrevegyük az elért eredményeket. Európában egyre inkább megértjük, hogy milyen intézkedések lehetnek hatékonyak a kábítószer-fogyasztás problémájának megoldásában. Az anyagi és a politikai támogatottság biztosításának előfeltétele az, hogy elismerjék az általuk végzett tevékenységek változást hozhatnak, és hoznak. Ez nem azt jelenti, hogy a jelentésünk ne emelne ki sok olyan problémás kérdést, amellyel az Európai Uniónak foglalkoznia kell. Ezek közé tartozik például a kokainfogyasztás folyamatos növekedése, valamint az országok közötti segítségnyújtó szolgálatok elérhetősége és minősége tekintetében fellépő jelentős különbségek problematikája. Azt a következtetést kell tehát levonnunk, hogy a pozitív eredmények ellenére sem járunk az út végén. Jelenleg Európában korábban nem látott mértékű egyetértés van arról, hogy milyen irányba kell elindulni.

Marcel Reimen
az EMCDDA igazgatótanácsának elnöke

Wolfgang Götz
az EMCDDA igazgatója



Köszönetnyilvánítás

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

- a Reitox nemzeti fókuszpontok vezetői és munkatársai;
- a jelentéshez szükséges nyers adatokat összegyűjtő szolgálatok minden tagállamban;
- az EMCDDA igazgatóságának és tudományos bizottságának tagjai;
- az Európai Parlament, az Európai Unió Tanácsa – különösen a 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 Bűnüldözési Hivatala, a WHO Európai Regionális Irodája, az Interpol, a Vámügyi Világszervezet, az ESPAD projekt és a Svéd Alkohol- és Kábítószerügyi Információs Tanács (CAN), valamint az AIDS Járványtani Megfigyelőközpont;
- az Európai Unió Szerveinek Fordítóközpontja és az Európai Községek Hivatalos Kiadványainak Hivatala.

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 Európai Unió tagállamai, a tagjelölt országok és Norvégia (amely 2001 óta vesz részt az EMCDDA munkájában) részéről az EMCDDA számára országjelentés formájában rendelkezésre bocsátott információkon alapul. Az itt közölt statisztikai adatok a 2006. 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 tipikus (minta) értékeken vagy ezek hiányában a közép- (vagy medián) értékeken alapul.

A kábítószer-használat előfordulásáról szóló, általános lakossági 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).

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 az adott időszakban zajló változások leírásához elegendő adatot szolgáltató országokon alapul. A kábítószer-piaci adatok tendenciáinak elemzésében a hiányzó 2006-os értékeket 2005-ös számadatok helyettesíthetik; más tendenciák elemzésében a hiányzó adatok interpolálhatók. Az ártendenciákat az országos szintű inflációnak megfelelően igazították ki.

A kábítószer-törvények megsértéséről szóló „feljelentések” kifejezés a különböző országokban eltérő fogalmakat jelölhet.

Az adatokról és az elemzési módszerekről a 2008-as statisztikai közlönyben található bővebb információ.

Az éves jelentés 23 nyelven tölthető le a következő címen: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>

A 2008. évi statisztikai közlöny (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) 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

Az európai kábítószerhelyzet – új kilátások, néhány régi realitással

Határozott európai hang a gondolkodás és a politika kialakításának fontos évében

Európában 2008-ban került sor a 2005–2008 közötti kábítószer-ellenes cselekvési terv értékelésére, valamint az EU drogstratégiáját annak második időszakában (2009–2012) folytatni hivatott új terv előkészítésére. Egyidejűleg 13 tagállam most fogalmazza át, illetve vizsgálja felül nemzeti drogstratégiáját vagy cselekvési tervét. Nemzetközi szinten ugyancsak ebben az évben vált esedékessé az ENSZ Közgyűlés 20. rendkívüli ülészsza (UNGASS) alkalmával elfogadott nyilatkozatok és cselekvési tervek 10 éves felülvizsgálata. Ennek köszönhetően a 2008-as év minden korábbinál több lehetőséget kínál arra, hogy európai és nemzetközi szempontból áttekintsük miként teljesítettek az eddigi drogpolitikák, és a jövőben milyen irányban kellene továbbhaladniuk.

Európai szinten egyre szélesebb körű konszenzus kezd kialakulni a tekintetben, hogy a tagállamok hogyan fogadják el nemzeti drogstratégiájukat, és hogyan járuljanak hozzá a kábítószerokról folyó globális vitához. Mára egy kivétellel mindegyik tagállam rendelkezik nemzeti drogpolitikai dokumentumokkal, és a tagállamok körülbelül fele mostanra az EU cselekvési tervében szereplőkhöz hasonló elgondolások mentén építi fel nemzeti politikai dokumentumait, ami Európán belül növekvő politikai közeledést jelez a drogprobléma kezelésének kérdésében. Az EU tagállamai a Bizottság támogatásával egyre egységesebb uniós álláspontot képviselnek az UNGASS felülvizsgálatát kísérő folyamatos vitákban. A vitákhoz való európai hozzászólásokban az átfogó, kiegyensúlyozott, bizonyítékokon alapuló politikák és fellépések szükségességére és az UNGASS utáni időszakban a globális drogprobléma jobb megfigyelésének értékére helyezték a hangsúlyt.

Kábítószer-használat és a büntetőjogi szankciók alkalmazása: vegyes összkép

Az EMCDDA az elmúlt években arról számolt be, hogy az európai országok körében létezik egy tendencia,

amelynek alapján a kábítószer-törvényekben egyre határozottabb különbséget tesznek a kábítószerrel kereskedő vagy azt árusító személyek és a kábítószer használók között. Ez a megkülönböztetés néhány országban a kábítószer-használatért járó büntetési tételek csökkentésében tükröződik, más országok viszont elutasították a büntetések csökkentésére irányuló javaslatokat, sőt, olykor még emelték is a büntetéseket. A gyakorlatban sokszor nem könnyű megkülönböztetni a beszállítót és a felhasználót, a tagállamok pedig igen változatos módokon próbálják meghúzni a határt a két kategória között.

A rendelkezésre álló adatok nem támasztják alá azt az elgondolást, hogy az európai országok most már ritkábban alkalmaznak büntetőjogi szankciót a kábítószer-használatért. A kábítószer-törvényeket sértő, bejelentett bűncselekmények száma Európában az elmúlt öt évben emelkedett. A kábítószer-törvényeket sértő, bejelentett bűncselekmények többsége a használat és a használati célú birtoklással, nem pedig a kínálattal függ össze, amíg a kínálattal összefüggő bűncselekmények száma 12%-kal, addig a birtoklással összefüggőké több mint 50%-kal emelkedett. A kábítószer-törvényeket sértő bűncselekményekben kábítószerként továbbra is a kannabisz fordul elő a leggyakrabban.

Nem világos, hogy mi indokolja a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekményeken belül a kábítószer-használattal összefüggő cselekmények számának növekedését, de összefügghet azzal, hogy néhány országban adminisztratív szempontból egyszerűbb lett a birtoklásért járó ítélet kimondása. Az adatok azonban nem támasztják alá azt a valamelyest elterjedt vélekedést, miszerint az elmúlt években csökkent volna annak a valószínűsége, hogy a kábítószer-használókat, és különösen a kannabiszhasználókat elítéljék a kábítószerrel összefüggő bűncselekményekért. Az sem egyértelmű, hogy a kábítószer birtoklásáért alkalmazott szankciók milyen mértékben változtak, az EMCDDA jövőre egy kiválasztott téma keretében fogja megvizsgálni ezt a kérdést.

Új felmérés készült a fiatalok kábítószer-használattal szembeni attitűdjeiről

Az Eurobarometer nemrég végzett felmérése a fiatalok kábítószerrel kapcsolatos attitűdjeit és percepcióit vizsgálva jelentős mértékű egyezést tapasztalt az országok között. A kábítószer, mint például a heroin, a kokain és az ecstasy használatával járó kockázatokat összességében a felmérésben részt vevők 81–96%-a ítélte magasnak. A válaszadók túlnyomó többsége (95%) érezte úgy, hogy ezeket a kábítószereket Európában továbbra is ellenőrzés alatt kell tartani. A kannabiszról viszont jobban megoszlottak a vélemények: 40% úgy vélekedett, hogy a kábítószer nagy kockázatot képvisel, míg körülbelül ugyanennyien (43%) vélték úgy, hogy a kannabiszhasználat „közepes egészségügyi kockázattal jár”, nagyjából hasonlóan a dohányzással összefüggő kockázatokhoz. A kannabiszhasználattal járó egészségügyi kockázatokról szóló percepciókat tükrözte a kannabiszra vonatkozó tilalom fenntartásának alacsony támogatottsága (67%), illetve az a jelentős kisebbség (31%) által képviselt vélemény, miszerint a kannabiszt az alkohol- és dohánytermékekhez hasonlóan kellene szabályozni.

A kábítószer-használat megelőzése: a bizonyítékok egyre bővülnek, de a gyakorlat lassan változik

A kábítószer-használat megelőzésének szinte egyetemes támogatottsága ellenére a hivatalos értékelések ezen a téren módszertani szempontból kihívást jelentenek. A beavatkozások hatékonyságának alátámasztására pedig csak korlátozottan állnak rendelkezésre bizonyítékok. Ez a helyzet kezd megváltozni, mivel egyre bővül a kábítószer-használat megelőzéséről szóló tudományos tényanyag, és egyre szigorúbb vizsgálatok készülnek. Miközben még mindig gyakran kell utalni az európai kontextusban esetlegesen megkérdőjelezhető relevanciájú amerikai tanulmányokból származó eredményekre, az európai kutatásokból származó tényanyag fokozatosan gyarapodik. A most rendelkezésre álló információk együttesen teszik lehetővé, hogy jobban megismerjük, milyen tevékenység típusok esetében valószínűsíthető, hogy hatékonyak bizonyulnak, és hogyan lehet megszólítani a leginkább veszélyeztetetteket. Mindazonáltal az új adatok azt mutatják, hogy sok országban a domináns megközelítések még mindig nem szilárd bizonyítékokon alapulnak, sőt néhány esetben olyan tevékenységeket is tartalmaznak, amelyek esetleg éppen az ellenkező hatást érik el. A politikai döntéshozók számára az jelenti a kihívást, hogy az ismert előnyös programok gyakran nagyobb befektetést, valamint a képzés és a minőség-ellenőrzés terén nagyobb figyelmet igényelnek.

A kábítószerek területén az ismeretek átadásának és a legjobb gyakorlatoknak a támogatása érdekében az EMCDDA 2008-ban internetes portált indított a bevált gyakorlatokról. A prevenciós modul is tartalmazó portál betekintést nyújt a programok hatékonyságára és eredményességére vonatkozó legfrissebb bizonyítékokba, valamint a beavatkozások minőségének javítására irányuló eszközökbe és szabványokba. Ugyanitt megtalálhatók az Európa-szerte felmért gyakorlatok példái is.

Gyógykezelés: nagyobb hangsúly a kimenetelen és a kliensek igényein

A függőség miatt kezelésben részesülő kábítószer-használók száma az elmúlt években jelentősen nőtt, és a problémás opioidhasználók jelentős részét sok ország most már a hosszú távú helyettesítő kezelés kliensei között tudhatja. Ez a tendencia a rendelkezésre álló gyógyszeres lehetőségek bővüléséhez vezetett, és azt eredményezte, hogy egyre nagyobb figyelem jutott a kezelés minőségére és kimenetelére, szemben a kezelés befogadóképességével mint elsődleges politikai érdeklődéssel. A vitában különösen abba az irányba tolódott el a hangsúly, hogy a helyettesítő kezelés esetében mi tekinthető reális hosszú távú célnak, és milyen mértékben lehetséges a kliensek társadalmi reintegrációja és a normális életvitelhez való visszatérése. A foglalkoztatás megkezdése a társadalmi reintegráció elérésének egyik legfontosabb eleme, amelyről bebizonyosodott, hogy nagymértékben képes előre jelezni a további fejleményeket. A munkaerőpiacra való visszatérést azonban gyakran nehéz megvalósítani, mivel a hosszú távú kezelésben részt vevő krónikus kábítószer-használók összességében öregedő európai populációján belül sokan gyenge szakismeretekkel és alacsony iskolai végzettséggel rendelkeznek. A kábítószer miatt kezelést nyújtó európai szolgálatok számára egyre fontosabb kérdés, hogy megállapodásra jussanak arról, mi minősül sikeres kimenetelnek a hosszú távú kábítószer-problémákkal rendelkezők esetében, és hogy a populáció e tagjai milyen mértékben tudnak sikeresen visszailleszkedni a társadalomba.

Bár Európában továbbra is bővül a kábítószer miatti kezelési szolgáltatások köre, az országok között még mindig nagy különbségek vannak a tekintetben, hogy a gondozás mennyire hozzáférhető, illetve hogy a szolgáltatások milyen mértékben foglalkoznak a kábítószer-problémák különböző típusaival. A börtönben lévő használók esetében a kábítószer miatti kezelési lehetőségek biztosításának hasznosságát széles körben elismerik, ehhez viszont a szolgáltatásokra fordított

befektetéseket is társítani kellene, ami a legtöbb országban továbbra is elmaradott szinten van. A kábítószer miatti kezelést nyújtó szolgálatok számára Európában komoly kihívást jelent, hogy a kábítószer-használók egyre heterogénebb populációjának igényeihez illeszkedő ellátási modelleket dolgozzanak ki. Az általános háttérrel szemben, amelynek alapján a bizonyítékok nem igazolják egyetlen legjobb módszer létezését, néhány európai országban érdekes új módszereket dolgoznak ki a kannabisz- vagy kokainhasználók kezelésére. A polidroghasználat – az alkoholfogyasztást is beleértve – különböző mintái által okozott összetett problémák szintén kihívást jelentenek a szolgáltatások fejlesztése szempontjából. Ezért valószínű, hogy a kábítószer miatt kezelést nyújtó európai szolgálatok a jövőben kénytelenek lesznek egyre differenciáltabb válaszokat kidolgozni, ha meg akarnak felelni klienseik egyre differenciáltabb igényeinek.

Egyre határozottabb jelek utalnak a kannabiszhasználat népszerűségének esetleges csökkenésére

Az iskolai és felnőtt populációs felmérésekből származó legfrissebb adatok arra utalnak, hogy néhány országban a kannabiszhasználat összességében stabilizálódott vagy csökkenőben van. Továbbra is nyilvánvaló ugyanakkor az országos tendenciák különbözősége, és az egyes országok közötti komoly eltérések. Ez a középtávú tendenciákban tükröződik, amelyek alapján gyakran az alacsony előfordulással rendelkező országokból emelkedést, sok más országból stabil helyzetet, a magasabb előfordulással rendelkezők némelyikéből pedig csökkenést jelentenek.

Az előfordulás csökkenése leginkább a fiatal korcsoportok körében érzékelhető. A legutóbbi HBSC (egészséges viselkedés az iskoláskorú gyermekeknél) vizsgálatból származó új felmérési adatok a 2001–2006-os időszakban a legtöbb országból a kábítószer-használat stabil vagy csökkenő tendenciáját jelezték a 15 éves diákok körében, és az előzetes adatok arra utalnak, hogy ezt az ESPAD (az alkohollal és más kábítószerekkel kapcsolatos európai iskolai projekt) legfrissebb fordulója is megerősítheti, amelynek megjelenése 2008 végére várható. Az Egyesült Királyságban, ahol a kannabiszhasználat előfordulása kiemelkedően magas szokott lenni, most egyenesen csökkenő tendencia mutatkozik, ami leginkább a 16–24 éves korcsoportban nyilvánvaló. Nem megfelelően dokumentált mi indokolhatja a kannabiszhasználat népszerűségének esetleges csökkenését a fiatalok körében, noha ez a kábítószer használatával járó kockázatokról szóló

Körkép – becslések az európai kábítószer-használatról

Az alább 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 71 millió (az európai felnőttek 22%-a)

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

Elmúlt havi használat: több mint 12 millió európai.

Az elmúlt évi használat országok közötti különbségei: összességében a 0,8–11,2% tartományban

Kokain

Életprevalencia: legalább 12 millió (az európai felnőttek 3,6%-a)

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

Elmúlt havi használat: kb. 2 millió

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

Ecstasy

Életprevalencia: kb. 9,5 millió (az európai felnőttek 2,8%-a)

Elmúlt évi használat: több mint 2,6 millió, avagy a szert kipróbálók egyharmada

Elmúlt havi használat: több mint 1 millió

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

Amfetaminok

Életprevalencia: kb. 11 millió (az európai felnőttek 3,3%-a)

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

Elmúlt havi használat: kevesebb mint 1 millió

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

Opioidok

Problémás opioidhasználat: egy-hat eset/1000 fő a felnőtt lakosságban

2005–2006-ban a kábítószer okozta halálesetek a 15–39 éves európaiak körében történt összes haláleset 3,5%-át jelentették; opioidokat az esetek kb. 70%-ában találtak.

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

2006-ban több mint 600 000 opioidhasználó részesült helyettesítő kezelésben.

percepciók potenciális megváltozásával összefügghet. Néhányan azt az észrevételt tették, hogy a kannabiszhasználat népszerűségének visszaesése esetleg a cigarettázással szembeni attitűdök átalakulásával hozható összefüggésbe. A kannabiszt Európában rendszerint dohánnyal keverve szívják, ezért a drogprevenciós programok egyre gyakrabban együtt foglalkoznak a legális és a tiltott anyagok használatának egészségügyi következményeivel.

A közelmúlt tendenciái ellenére a kannabiszhasználat Európában történeti szempontból továbbra is magas szinten áll; sok országban nagy számban fordulnak elő rendszeres, illetve intenzív használók, többnyire a fiatal férfiak körében. A rendszeres és intenzív kannabiszhasználók számának alakulása az általános népesség körében független lehet a kábítószer használatának előfordulásától, ezért jobban oda kell figyelni ezekre a használati mintákra és a kapcsolódó problémákra.

A belföldi kannabisztermelés: a nagy ismeretlen

Sok EU-tagállamban történelmileg a kannabiszgyanta volt a domináns termék; a kábítószer e formájának változatlanul legnagyobb globális fogyasztója Nyugat-Európa. A kannabisznövény belföldi termelése ugyanakkor fokozatosan nő Európában, ami nagyrészt észrevétlenül történik. Most már a legtöbb országból érkeznek beszámolók a helyi termelésről, amely a néhány, személyes használatra termesztett tőtől egészen a nagyméretű, kereskedelmi célú ültetvényekig terjedhet.

A kannabisznövény belföldi termesztésének mértéke és relatív piaci részesedése továbbra sem ismert, ezért erre válaszul az EMCDDA vizsgálatot végez az európai kannabiszpiac feltérképezésére. Egyre szélesebb körben folyik vita a kialakuló kannabiszpiac hatásairól. A felmerülő aggályok között szerepel a kannabisztermesztő helyszínek helyi közösségekre gyakorolt hátrányos hatása, ami a bűnözés szintjének növekedése formájában jelentkezik, és a belföldön előállított kannabisz jellemzően erős mivolta. A helyi termelés a bűnüldöző szervek számára is kihívást jelent. Mivel a termelés színhelyei közel vannak a fogyasztókhoz, viszonylag könnyen elérjethetők, és nem teszik szükségessé a kábítószeres országhatárokon való átszállítását.

A kokainhasználat még mindig emelkedőben van a stimuláns kábítószeres tagolt európai piacán

A stimuláns kábítószeres nemcsak a problémás kábítószer-használók krónikus, marginalizálódott európai populációjában felfedezhető kábítószer-

használati mintákban játszanak fontos szerepet, hanem a társadalmilag jobban integrálódott fiatalok csoportjai körében is, akik inkább rekreációs jelleggel használnak kábítószereseket. A stimulánsok használati mintái azonban Európa-szerte változatos képet mutatnak: Európa nyugati és déli részén sok országban most már a kokain a legáltalánosabban használt stimuláns, és használata egyre nő. Ezzel szemben az amfetamin és az ecstasy használatára vonatkozó mutatók összességében stabil helyzetet vagy csökkenést mutatnak. A stimulánsok közül továbbra is az amfetaminok használata a legelterjedtebb Európa középső, északi és keleti részének legtöbb országában, ahol néhány esetben a kábítószer-probléma egyik fontos részét jelentik. A metamfetamin használata a Cseh Köztársaságon és Szlovákián kívül továbbra is ritkán fordul elő, bár a kábítószer elérhetőségéről vagy használatáról szórványosan más országokból is beszámoltak.

Mivel a különböző stimuláns kábítószeres használatának körülményeiben és a használatukra adott magyarázatokban egyaránt hasonlóságok fedezhetők fel, ezeket a szereket bizonyos mértékig versengő termékeknek lehet tekinteni az európai kábítószerpiacon. Ez azt jelentené, hogy az egyes anyagokat megcélzó beavatkozások mellett a stimuláns kábítószereseket inkább csoportként, nem pedig egyedi problémaként kell kezelni a beavatkozásokban. Ez fontos megállapítás, máskülönben az e szerek valamelyikének elérhetőségét célba vevő intézkedések kudarcot vallhatnak, ha pusztán azt eredményezik, hogy a fogyasztók átváltaknak valamelyik alternatív termékre.

A szintetikus kábítószeres európai termelésének fejleményei a környezetvédelmi költségek szempontjából is egyre aggályosabbak

Az amfetaminok és az MDMA legfőbb termelői változatlanul az európai országok, noha Európa relatív fontossága valamelyest visszaeshetett amiatt, hogy a termelés máshol nőtt. Évente jellemzően 70–90 termelési egységet fedeznek fel, amelyek többnyire Nyugat- és Kelet-Európa néhány országában koncentrálnak. A bűnüldözési adatok arra utalnak, hogy a szintetikus kábítószeresek, köztük a metamfetamin előállítása mintha egyre kifinomultabbá válna, a nagy reakciós tartályok, az ipari és egyedi rendelésre gyártott felszerelések és mobil egységek használata folytán növekvő méretű termelési egységekkel.

A termelési egységek tipikus méretének növekedése súlyosbíthatja a hulladéklerakás problémáját. Egy kilogramm amfetamin vagy MDMA előállítása közben

jellemzően körülbelül 15–20 kilogramm hulladékanyag termelődik, köztük olyan mérgező vagy gyúlékony vegyi anyagok is, amelyek veszélyt jelentenek a környezetre. A környezeti károkat és a szintetikus kábítószer előállításából származó kémiai hulladék illegális lerakására használt helyszínek megtisztítását figyelembe véve a költségek tetemesek lehetnek.

A Nyugat-Afrikán áthaladó kokainkereskedelem: jogos aggódalmak, indokolt fellépés

Mivel Európában tovább emelkedik a kokain használata, fokozott erőfeszítéseket tesznek a visszaszorítás érdekében. A kokainlefoglalások mennyisége és száma egyaránt növekedett, így az éves lefoglalások immár meghaladják a 120 tonnát, amelynek több mint háromnegyedéért Spanyolország és Portugália felel. Az Európába tartó kokainkereskedelem ellen tett erőfeszítéseket támogatta a lisszaboni Tengerészeti Elemzési és Műveleti Központ – Kábítószer (MAOC-N) részlegének létrehozása, amely fontos szerepet játszik a tiltó tevékenységek koordinálásában és az operatív információk megosztásában a részt vevő tagállamok között.

Bár az Európába érkező kokainnak számos útvonala van, a nyugat-afrikai országokon keresztülhaladó kereskedelem drámai mértékben megnőtt, és mára az európai piacra szánt kokain egyik fő útvonalát jelenti. Ez a helyzet magában rejt a destabilizáció és a fejlesztési törekvések aláaknázásának lehetőségét egy olyan régióban, amely máris számos társadalmi, egészségügyi és politikai kihívással néz szembe. A kokainkereskedelem által generált bevétel különösen alkalmas arra, hogy aláássa a büntetőjogi rendszereket, és ösztönözze a korrupciót. Az Európai Unió és tagállamai a nyugat-afrikai országokkal együtt dolgoznak azon, hogy különféle intézkedéseket fejlesszenek ki a növekvő fenyegetés kezelésére.

Nem csökkennek a heroinproblémák, miközben a jelentések szerint fokozódik a szintetikus opioidok használata

A legfrissebb becslések azt mutatják, hogy a potenciális globális herointermelés tovább emelkedett, és megközelíti a 733 tonnát. Azt azonban nehéz felmérni, hogy ez a növekedés milyen hatást gyakorol a kábítószer európai hozzáférhetőségére és használatára. Az e téren rendelkezésre álló adatok megnehezítik a következtetések levonását: az Európai Unióban lefoglalt heroin mennyisége például valamelyest visszaesett, amit a jelentős törökországi lefoglalások ellensúlyoztak.

Nincs arra utaló szilárd bizonyíték, hogy a heroinnal kapcsolatos problémák az 1990-es években Európa sok részén tapasztaltakhoz hasonló járványos mértékben növekednének; az adatok összességében stabil helyzetet jeleznek, de a probléma csökkenésére nem utalnak. Európában a heroinhasználat mint olyan továbbra is komoly közegészségügyi kérdés, és a kábítószer-használattal összefüggő összesített egészségügyi és társadalmi költségeknek változatlanul nagy hányadát felel. Az adatok alapján Európában az opioidok, többnyire a heroin használata tehető felelőssé a kábítószer miatti kezelések körülbelül 60%-áért. A kezelésre újonnan jelentkezők körében az opioidhasználók relatív aránya – de nem a tényleges számuk – korábban csökkent, ez a tendencia azonban most kiegyenlítődni látszik. És, bár vannak bizonyítékok az európai opioidhasználó populáció lassú öregedésére, az adatok azt jelzik, hogy az újak bevonása még mindig olyan tempóban történik, amely biztosítja, hogy a probléma mértéke belátható időn belül ne csökkenjen.

Talán ellentétes az intuíciókkal – az afganisztáni helyzetet tekintve –, de úgy tűnik, hogy az eltérített és a tiltott előállítású szintetikus opioidokkal kapcsolatos problémák néhány országban egyre gyakrabban fordulnak elő. Lettországból, Litvániából és Észtországból például vannak arra utaló jelek, hogy az EU-n kívül illegálisan gyártott 3-metilfentanil elérhetősége egyre nagyobb problémát okoz. Az erőssége folytán (a fentanil lényegesen erősebb a heroinnál) a kábítószer használata rendkívül veszélyes lehet, amint azt a 2006-ban Észtországból jelentett, több mint 70, fentanillal összefüggő halálos kimenetelű mérgezés tükrözi. Más országokban a láthatólag terápiás céloktól eltérített opioidok használata miatt segítséget kérő személyek számának növekedését észlelték, ami hozzájárul az Európa egyes részein újabban tapasztalt, a krónikus kábítószer-használatra jellemző polidroghasználattal kapcsolatos problémához.

Az intravénás kábítószer-használat és a HIV: pozitív öszszkép, jelentős országokénti különbségekkel

A járóbeteg-ellátásban kezelésre jelentkező összes heroinhasználó több mint 40%-a számolt be intravénás használatról, ami nyomatékosítja, hogy ez a különösen ártalmas beadási mód Európában továbbra is fontos egészségügyi kérdés. Az intravénás használat problémák széles körével jár együtt, beleértve többek között a vérrel terjedő fertőzések, köztük a HIV és a hepatitis C terjedését. Az intravénás használók arányának megváltozása a kezelésre jelentkezők körében azt jelzi,

hogy az általános tendencia sok országban az intravénás használat elhagyása felé mutat, bár az adatok alapján határozott regionális és országos különbségek figyelhetők meg. Néhány országban, különösen Kelet-Európában, változatlanul az intravénás használat számít a heroin fő adagolási módjának, olyannyira, hogy a kezelésre jelentkezők több mint 80%-a nyilatkozik erről. Emellett néhány tagállamban az elkezdés is viszonylag magas szintűnek tűnik: ezt jelzik azok az intravénás kábítószer-használók körében végzett tanulmányok, amelyek a fiatal és az új intravénás használók relatív magas arányairól tudósítanak.

Az újonnan szerzett HIV-fertőzések aránya Európában összességében csökkent, amióta az évtized kezdetén a járvány néhány országra korlátozódó kitörése miatt a fertőzések száma csúcsot döntött. Úgy tűnik, hogy az intravénás használat visszaesése a kezelés és az ártalomcsökkentés jobb hozzáférhetőségével együtt a helyzet általános javulásához vezetett; és ahol növekedést figyeltek meg az új fertőzések számában, ez ott is csak kismértékű volt. Az országok közötti különbségeket azonban továbbra sem szabad elhanyagolni. Bár az adatok alapján Észtországban, Lettországon és Portugáliában javul a helyzet, ezekből az országokból még mindig az új fertőzések aránytalanul magas rátáit jelentik, és Európán belül a kábítószer-használatnak tulajdonítható összes új HIV-fertőzött eset jelentős részéért felelnek. A regionális vagy helyi vizsgálatokból származó adatok arra is utalnak, hogy a HIV-fertőzés átadása Spanyolországban és Olaszországban sem elhanyagolható kérdés, noha országos esetbejelentési adatok hiányában ezekben az országokban nehéz nyomon követni a tendenciákat. A kockázatos viselkedés máshol is folytatódik, ezáltal az új járványkitörések lehetősége továbbra is fennáll, ami nyomatékossítja az éberség fenntartásának szükségességét: Bulgáriából például 2006-ban 34 új esetet jelentettek, miközben 2000–2003 között szinte egyáltalán nem számoltak be fertőzésekről.

A kábítószerrel összefüggő halálos esetek: súlyos közegészségügyi teher

Az EMCDDA nyomon követi a közvetlenül a kábítószer-használatnak tulajdonítható, halálos kimenetelű mérgezéseket (kábitószer okozta halálos eseteket). A bejelentések szerint Európában évente átlagosan 7000–8000 kábítószer okozta halálos eset történik, de a valószínűleg alacsonyabb bejelentési ráta miatt ez a számadat minimum becslésnek tekinthető. A túladagolásban a kábítószerek közül leggyakrabban az opioidok, elsősorban a heroin játszik szerepet, bár

más kábítószerek, illetve az alkohol jelenléte sem ritka. Az évtized elején tapasztalt, néhány éves csökkenés után a kábítószer okozta halálos esetek tendenciája mára kiegyenlítődött. Ennek okai egyelőre tisztázatlanok, ami azt jelzi, hogy a kutatásokban a túladagoláshoz kapcsolódó tényezőkkel és a megelőző intézkedések hatásosságával egyaránt többet kell foglalkozni. A börtönből szabaduló kábítószer-használók különösen nagy veszélynek vannak kitéve: egy friss tanulmány szerint a halálozási arány körükben nyolcszor–tízszer magasabb a vártnál. A túladagolás megelőzése összességében változatlanul a befektetések növelését igénylő területek közé tartozik.

A vizsgálatok azt is kimutatták, hogy az összesített halálozás – ha a megbetegedéseket, baleseteket és erőszakos cselekményeket is figyelembe vesszük – a kábítószer-használók körében akár ötvenszer magasabb is lehet az általános népességben megfigyelhetőnél. Ezért jól felépített kohorszvizsgálatokra fordított befektetésekre van szükség, hogy jobban megismerhessük a kábítószerrel összefüggő összesített halálozás okait és mértékét, és megvizsgálhassuk a különféle kockázatokat, például a börtönből szabadulóakra és a kezelésből lemorzsolódókra leselkedő veszélyeket.

Az internet és a piaci innováció komoly kihívást jelent a drogpolitika számára

Az EMCDDA nemrég készült felmérése szerint Európában több mint 200 természetes, fél-szintetikus és szintetikus pszichoaktív termék kerül árusításra internetes üzletekben. Az anyagok közül sokat „legális” vagy „növényi hangulatjavítóként” kategorizálnak, és az ellenőrzött anyagok alternatíváiként reklámoznak, bár a tényleges jogi státusuk Európa különböző részein igen eltérő lehet. A jelentések alapján e termékek online kiskereskedőinek száma emelkedőben van, és azt is megfigyelték, hogy gyorsan alkalmazkodnak a piac ellenőrzésére irányuló kísérletekhez, például új termékek bevezetése útján. Emellett az online gyógyszertárak és a pszichoaktív anyagokat látszólag törvényes célokra árusító online kiskereskedők ugyancsak új lehetőségek tárházát nyitják meg a tiltott kábítószerek kínálata terén. Az internetes értékesítés összességében véve most már mind a nemzetközi, mind az országos drogpolitika és felügyeleti mechanizmusok szempontjából komoly kihívást jelent. Tekintettel az új termékek megjelenésének és terjesztésének potenciális sebességére, az online tevékenységek megfigyelése a fejlesztésre szoruló fontos területek közé lépett elő.

Egyre jobban elismerik a civil társadalommal folytatott párbeszéd fontosságát

A kábítószer-problémákhoz további sokrétű társadalmi és egészségügyi kérdések társulnak. Következésképpen a sikeres beavatkozások ezen a téren a résztvevők széles körű összefogását igénylik, és a végrehajtásuk helyszínéül szolgáló közösségek támogatását is élvezhetik. Ez a felismerés tükröződik annak egyre határozottabb elismerésében, hogy a politikai vitának a civil társadalommal folytatott párbeszédéből nyert információkra kell támaszkodnia. Ezt a célt szem előtt tartva a közelmúltban számos fellépésre került sor a kábítószerokról folyó európai párbeszéd keretében. Ezek közül az egyik leginkább figyelemre méltó egy civil társadalmi fórum létrehozása volt az Európai Bizottság részéről, amely lehetőséget ad arra, hogy az élvonalban szerzett tapasztalatokat beépítsék az EU új drogstratégiájához vezető folyamatba, és alapul vegyék azokat az EU kábítószer-ellenes cselekvési tervének értékelésekor. A nem kormányzati szervezetek és helyi közösségek képviselőivel folytatott konzultáció fontosságát ugyancsak elismerték az EU drogstratégiájában, ezt tükrözte az Európai Parlament által 2008 márciusában elfogadott jelentés is, amelyben elismerték a civil társadalom alapvető szerepét a

drogpolitikák kidolgozásában, végrehajtásában, értékelésében és ellenőrzésében.

Európai kutatások a kábítószerterületén és a nemzetközi együttműködés szükségessége

A kábítószerrel kapcsolatos kutatás és az ezt támogató infrastruktúra (kutatóközpontok, tudományos folyóiratok, finanszírozási mechanizmusok) az elmúlt évtizedben nagyarányú fejlődésen mentek keresztül Európában, amint azt az EMCDDA által 2008-ban megjelentetett, a kutatásról szóló válogatott kiadvány is mutatja. Kevésbé kedvező fejlemény, hogy ez az előrehaladás nem járt együtt az EU tagállamai közötti együttműködés és a kábítószerrel kapcsolatos kutatási erőfeszítések koordinációjának ehhez fogható fellendülésével. A kérdésre egyre nagyobb figyelmet fordítanak, ennek jegyében az Európai Bizottság megbízást adott egy új vizsgálatra, amely a kutatási tevékenységeket térképezné fel az Európában és a világ más régióiban rendelkezésre álló infrastruktúra összehasonlító elemzésével együtt. A jelentés ajánlásokat is fog tartalmazni arra vonatkozóan, hogy az EU szintjén hogyan lehetne javítani az együttműködést, és hozzájárul annak megvitatásához, hogy az európai kutatási finanszírozási lehetőségek és a kutatási és politikai szükségletek között hogyan fejleszthetnék a kapcsolatokat.

1. fejezet

Politikák és jogszabályok

Bevezetés

A drogpolitika 2008-ban bizonyosan kiválasztott téma lesz. Az Egyesült Nemzetek és az Európai Unió egyaránt ebben az évben értékeli drogpolitikájuk eredményeit a tiltott kábítószeres használatát és az általuk okozott ártalmakat illetően. Az Egyesült Nemzetek áttekinti az ENSZ közgyűlés 1998. évi, a világszintű kábítószer-problémáról szóló rendkívüli ülésszaka (UNGASS) során meghatározott intézkedések végrehajtásában és a kitűzött célok elérésében tett előrehaladást. Európában, 2008-ban kerül sor a jelenlegi EU kábítószer-ellenes cselekvési terv (2005–08) végső értékelésére és a 2009–12-re szóló cselekvési terv megfogalmazására. Emellett az idén az EU-tagállamok is minden korábbinál nagyobb számban vizsgálják felül nemzeti drogstratégiáikat és cselekvési terveiket, és új drogpolitikai dokumentumokat ⁽¹⁾ állítanak össze.

Az EMCDDA a 2008 folyamán született megállapításokat és fejleményeket a következő éves jelentésében fogja tárgyalni. Ebben az évben az 1. fejezet a drogpolitikában történt közelmúltbeli változásokkal foglalkozik, új adatokat mutat be a kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadásokról, feltárja a kábítószer-törvények három konkrét vonatkozását – a személyes használatra való birtoklást, a büntetés alternatíváit és a lakosság védelmére helyezett hangsúlyt –, továbbá felhívja a figyelmet a kábítószerrel összefüggő bűncselekmények legfrissebb tendenciáira. A fejezet az EU tagállamaiban folyó, kábítószerrel összefüggő kutatások áttekintésével végződik.

Nemzetközi és uniós politikai fejlemények

Az UNGASS 10 éves értékelése

1998. júniusban az ENSZ Közgyűlés 20. rendkívüli ülésszaka (UNGASS) New Yorkban ült össze, hogy

megvitassa a világméretű kábítószer-problémát. Ez a „kábítószerügyi csúcstalálkozó” új menetrendet határozott meg a nemzetközi közösség számára három meghatározó dokumentum ⁽²⁾ elfogadásával: egy politikai nyilatkozat; egy nyilatkozat a kábítószeres iránti kereslet csökkentésének vezérelveiről; valamint egy ötrészes határozat a nemzetközi együttműködés erősítésére hivatott intézkedésekkel. A politikai nyilatkozat elfogadásával az ENSZ tagállamai kötelezettséget vállaltak arra, hogy 2008-ig mérhető eredményeket érnek el a tiltott kábítószeres iránti kereslet és kínálat csökkentése terén.

Az ENSZ Kábítószerügyi Bizottságának (CND) ez évi ülésszaka indította el az 1998. évi UNGASS során meghatározott célok elérése terén tett előrehaladás 10 éves értékelését. Az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala (UNODC) által benyújtott jelentés azt állította, hogy az elmúlt tíz évben komoly előrehaladást sikerült elérni, noha néhány területen és régióban az ENSZ tagállamai nem valósították meg teljes mértékben a politikai nyilatkozatban említett célokat ⁽³⁾. Ezt az értékelést egy egyéves mérlegelési időszak fogja követni, amelynek során először a kormányközi szakértői munkacsoportok, majd pedig az ülésszaki találkozók keretében folytatják a vitát. Ez lehetővé teszi a 2009-es CND erre kijelölt kétnapos, magas szintű részvételre vonatkozó előkészületek lebonyolítását, amely meghatározza a lehetséges jövőbeni politikai nyilatkozatokat és intézkedéseket.

Az Európai Unió aktív szerepet játszik az UNGASS felülvizsgálatában. Az EU által készített állásfoglalásokat a CND 2006-os (49/1), 2007-es (50/12) és 2008-as (51/4) ülésein fogadták el, amelyek kivétel nélkül a tudományos alapokon nyugvó, átlátható felülvizsgálati folyamatra szólítottak fel. Az EMCDDA szintén részt vett az Európai Bizottság által finanszírozott és az UNODC által megrendezett szakértői konzultációkon, és ezzel összefüggésben 1998-ig visszamenően áttekintést adott az európai drogstratégiákról és válaszokról.

⁽¹⁾ 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 kábítószeres terén, ha hivatalos formában drogstratégia, cselekvési terv, program vagy más politikai dokumentum formájában jelennek meg.

⁽²⁾ <http://www.un.org/ga/20special/>

⁽³⁾ <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>

Az EU kábítószer-ellenes cselekvési tervének értékelése

Az Európai Bizottság 2007. decemberben mutatta be az EU kábítószer-ellenes cselekvési tervének (2005–08) végrehajtásában történt előrehaladásról szóló második áttekintését. A jelentés, amely az EU-tagállamoktól, az EMCDDA-tól és az Európai Bizottságtól származó adatokat tartalmaz, azt vizsgálja, hogy a 2007-re tervezett intézkedéseket milyen mértékben hajtották végre. Az áttekintés többek között arra a megállapításra jutott, hogy bizonyos jelek a tagállamok drogpolitikái közötti közeledésre utalnak. Felhívta továbbá a figyelmet a kínálatcsökkentő tevékenységekről szóló adatok összegyűjtésében és a tervezett intézkedéseknek a végrehajtásuk értékeléséhez választott mutatóval való összekapcsolásában tapasztalt nehézségekre.

Az EU jelenlegi kábítószer-ellenes cselekvési tervének végső értékelésére 2008-ban került sor, az EU-tagállamok, az Europol és az EMCDDA közreműködésével. Az értékelő jelentést a Bizottság várhatóan 2008 őszén adja ki, megállapításai pedig hozzá fognak járulni a jelenlegi EU drogstratégia (2005–12) alá tartozó második cselekvési terv (2009–2012) kialakításához.

Más uniós fejlemények

2007. szeptemberben a Tanács és az Európai Parlament a 2007–13-as pénzügyi keret és az alapvető jogok és jogérvényesülés általános program keretében elfogadta a „Drogprevenció és felvilágosítás” programot ⁽⁴⁾. A program általános célkitűzései a következők: a kábítószer-használat és -függőség, valamint a kábítószerrel kapcsolatos ártalmak megelőzése és csökkentése; a kábítószer-használattal kapcsolatos felvilágosítás javításához való hozzájárulás; és az Európai Unió drogstratégiájának (2005–12) keretében tett fellépések támogatása. A program keretében 21,35 millió eurót bocsátanak rendelkezésre bizottsági tanulmányok, a kábítószerrel területén működő európai nem kormányzati szervezetek működési költségei és transznacionális projektek céljára. Más közösségi programokkal közös intézkedésekre is van mód, például az egészségügyre vonatkozó második közösségi cselekvési programmal (2008–2013) ⁽⁵⁾, amely az egészséget befolyásoló tényezőkkel foglalkozó, az egészség elősegítéséről szóló részben tárgyalja a tiltott kábítószerrel elleni fellépést bizonyos helyszíneken, például az iskolában és a munkahelyen.

2006 júniusában az Európai Bizottság a jelenlegi kábítószerügyi cselekvési terv felhívásának megfelelően zöld könyvet adott ki a civil társadalom drogpolitikában betöltött szerepéről. Ezt 2007-ben egy új, kábítószerügyi civil társadalmi fórum kiválasztási folyamata követte. A fórum célja, hogy platformot biztosítson az informális eszme- és információcseréhez a Bizottság és az EU-ban, a tagjelölt országokban, illetve – adott esetben – az európai szomszédságpolitika országaiban működő civil társadalmi szervezetek között. A fórum 26 szervezetből áll, amelyek a nézetek széles skáláját képviselik. Első alkalommal 2007. decemberben, ezt követően pedig 2008. májusban ült össze, hogy megvitassa az EU jelenlegi kábítószer-ellenes cselekvési tervéről szóló értékelést és az új cselekvési tervet.

Nemzeti kábítószer-stratégiák

Új fejlemények

Új kábítószerügyi cselekvési terveket vagy programokat 2007 második felében négy EU-tagállam (Cseh Köztársaság, Észtország, Magyarország, Finnország), Törökország és Norvégia fogadott el. Ezek a dokumentumok minden esetben három- vagy négyéves időtartamra szólnak, és – a török cselekvési terv kivételével – korábbi tervek vagy programok előzték meg őket. Ugyanebben az évben Spanyolország is kiegészítő nemzeti cselekvési programot fogadott el a kokain ellen (2007–10).

2008 elején további három tagállam fogadott el új politikai dokumentumokat. Olaszország első kábítószer-ellenes cselekvési terve egyéves időszakra szól, ezt egy négyéves cselekvési terv (2009–12) fogja követni, amelyet összehangolnak az EU új kábítószer-ellenes cselekvési tervével. Málta legelső nemzeti drogpolitikai dokumentuma időbeli kereteket ugyan nem határoz meg, de közel ötven intézkedést tartalmaz az elkövetkező évekre. Végezetül az Egyesült Királyság új 10 éves drogstratégiáját (2008–18) most először egy hároméves cselekvési terv (2008–11) is kiegészíti, amely a közeljövőben végrehajtandó főbb intézkedéseket határozza meg.

A 2007 végén és 2008 elején elfogadott nemzeti drogpolitikai dokumentumok középpontjában többnyire a tiltott kábítószerrel állnak, ugyanakkor némelyik dokumentum más anyagokkal, például az alkohollal, a dohányzással, a gyógyszerekkel és a teljesítménynövelő

⁽⁴⁾ Az Európai Parlament és a Tanács 2007. szeptember 25-i 1150/2007/EK határozata az „Alapvető jogok és jogérvényesülés” általános program keretében a 2007–2013 közötti időszakra vonatkozó „Drogprevenció és felvilágosítás” egyedi program létrehozásáról (HL L 257., 2007.10.3., 23. o.).

⁽⁵⁾ Az Európai Parlament és a Tanács 2007. október 23-i 1350/2007/EK határozata az egészségügyre vonatkozó második közösségi cselekvési program (2008–2013) létrehozásáról (HL L 301., 2007.11.20., 3. o.).

szerekkel is foglalkozik. Ez azt az európai országok körében terjedő tendenciát tükrözi, amelynek alapján kezdik felismerni a tiltott és a legális anyagok használata közötti összefüggéseket és hasonlóságokat, hiszen a drogpolitikai dokumentumok a tiltott kábítószeren kívül más anyagokkal ritkán foglalkoznak átfogóan ⁽⁶⁾. E tekintetben Norvégia továbbra is a kivételek egyike, mivel a nemrég elfogadott cselekvési tervnek a tiltott kábítószeres és az alkohol egyaránt szerves részei. A 2009-re kidolgozandó számos nemzeti drogstratégia és cselekvési terv, valamint a nemrég elfogadott dokumentumok révén az EMCDDA meg tudja majd vizsgálni, hogy folytatódik-e a 2006-os kiválasztott témában azonosított tendencia, azaz a legális és a tiltott kábítószeres nemzeti drogpolitikába történő növekvő integrálása.

Általános helyzetkép

Jelenleg Ausztria az egyetlen olyan ország az EU tagállamai között, amely még nem fogadott el nemzeti drogstratégiát vagy cselekvési tervet, noha a kábítószerokról vagy a függőségről szóló regionális stratégiával, illetve cselekvési tervvel mindegyik tartománya rendelkezik. A többi 26 tagállamban – csakúgy, mint Horvátországban, Törökországban és Norvégiában – a drogpolitikát a nemzeti drogpolitikai dokumentumokban határozzák meg. Az összehasonlítás kedvéért: 1995-ben e 30 ország közül még csak 10 dolgozott ki ilyenfajta eszközt (1. ábra).

A közeledést a drogstratégiák és cselekvési tervek formátuma is mutatja. Tizennégy ország immár a jelenlegi uniós drogstratégiához és cselekvési tervhez hasonló vonalak mentén építi fel nemzeti drogpolitikai dokumentumait. Emellett az országok ugyanilyen számban most már két, egymást kiegészítő eszköz – egy stratégiai keret és egy cselekvési terv (1. ábra) – segítségével szervezik meg nemzeti drogpolitikájukat. 2000-ben, amikor az Európai Unió első alkalommal használta ezt a módszert, még csak két tagállam rendelkezett két, egymást kiegészítő drogpolitikai dokumentummal.

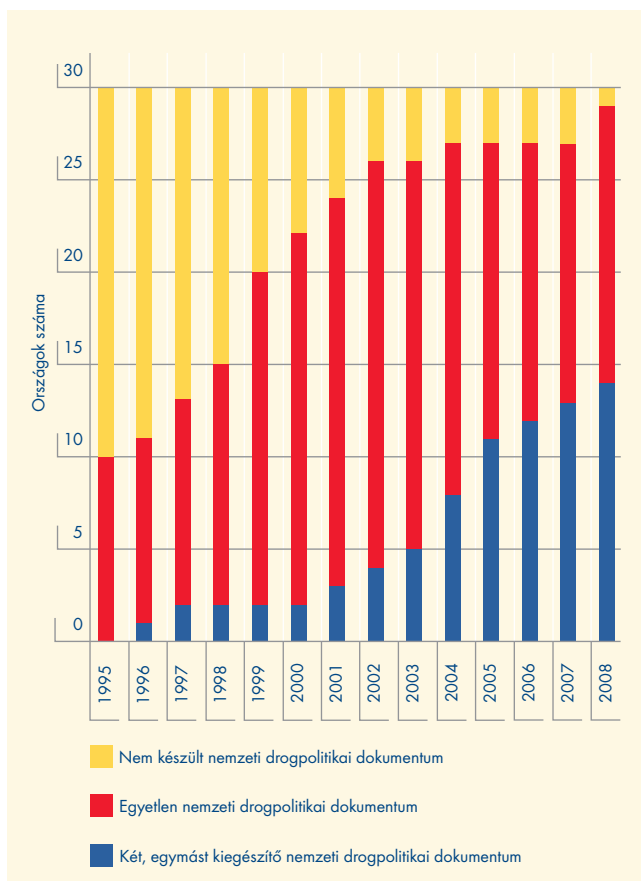
A nemzeti drogpolitikai dokumentumok tartalma a másik olyan terület, ahol az EU-tagállamok, Horvátország, Törökország és Norvégia között a közeledés jelei figyelhetők meg, így a különböző országok által elfogadott nemzeti drogstratégiákban és cselekvési tervekben egyre gyakrabban bukkannak fel közös célkitűzések és közös beavatkozások. Mivel azonban az európai országok drogproblémái éppúgy különböznek, mint a politikai, társadalmi és gazdasági közegük, a nemzeti drogpolitikák – csökkenőben lévő – sokfélesége valamilyen mértékben valószínűleg a jövőben is

megmarad. A sokszínűség néhány példájára a 2. fejezet hívja fel a figyelmet.

Értékelés

2008-ban 13 EU-tagállam már átfogalmazta vagy éppen most készül felülvizsgálni és átfogalmazni nemzeti drogpolitikai dokumentumait, aminek következtében ebben az évben minden korábbinál nagyobb aktivitást tapasztalhatunk az országos szintű politikai döntéshozatal területén. Olaszország, Málta és az Egyesült Királyság után Írország is 2008-ban készül megújítani drogstratégiáját; Franciaország, Portugália és Románia a kábítószerügyi cselekvési tervét fogja átdolgozni; Bulgária, Spanyolország, Ciprus, Litvánia és Szlovákia pedig drogstratégiáját és cselekvési tervét egyaránt megújítja. Végül Hollandia – amely Európában a legrégebbi nemzeti drogpolitikai dokumentummal büszkélkedhet – szintén újat kíván összeállítani 2008 folyamán.

1. ábra: A nemzeti drogpolitikai dokumentummal rendelkező országok számának alakulása a 27 EU-tagállam, Horvátország, Törökország és Norvégia körében



Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

⁽⁶⁾ Lásd a 2006-os kiválasztott témát: „Európai kábítószer-politikák: kiterjeszteni a tiltott kábítószeren túl is?”.

Európában egyre inkább felismerik, hogy a nemzeti drogstratégiák és cselekvési tervek alapvető elemei között az ellenőrzés és az értékelés szerepeltetésére is szükség van. A fent említett országok közül szinte mindegyik készített a drogstratégia vagy cselekvési terv végrehajtásáról szóló helyzetértékelést – vagy tervezi ennek elkészítését –, és némelyikük, például Írország, Ciprus és Portugália 2008-ban mélyrehatóbb értékeléseket is készíthet.

Ugyanakkor az EU tagállamai között a nemzeti drogstratégiák és cselekvési tervek értékelésére használt módszereket és megközelítéseket tekintve akadnak különbségek, és ezen a téren szükség lenne a bevált gyakorlatok meghatározására is. Erre hívta fel a figyelmet a portugál EU-elnökség szervezésében 2007. szeptemberben az értékelésről tartott konferencia. Az EMCDDA a tagállamokkal együttműködve most méri fel az európai iránymutatások kidolgozásának lehetőségeit e téren, hogy reagálhasson erre a kihívásra.

A kábítószerrel összefüggő közkiadások

2006-ra vonatkozóan négy EU-tagállam (Cseh Köztársaság, Írország, Lengyelország, Portugália) közölt részletes információt a kábítószeres problémájának kezelésével összefüggő költségvetési kiadásokról (az 1. táblázat foglalja össze). A kábítószerrel összefüggő kiadásoknak a központi kormányzati és a regionális vagy helyi kormányzati szint közötti megoszlásáról a négy közül két ország adott tájékoztatást, ami lehetővé tette a különböző kormányzati szektorok által betöltött szerep összehasonlítását. Az adatokkal rendelkező országokban a kábítószerrel összefüggő bejelentett költségvetési kiadások zömét a központi kormányzat által finanszírozott tevékenységekre fordítják.

Tizenegy tagállam közölt részleteket bizonyos, a drogproblémára válaszul végzett tevékenységekre fordított állami kiadásokról. További két ország (Spanyolország, Málta) durva becsléseket adott a drogproblémára vonatkozó átfogó költségvetési kiadásokról, miközben nem adtak tájékoztatást azokról a tevékenységekről, amelyekre a pénzt elköltötték.

Az európai országok kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadásainak teljes összege 2005-ben a számítások szerint 13 milliárd és 36 milliárd EUR között volt (EMCDDA, 2007a). Ezt a számot hat ország (Belgium, Magyarország, Hollandia, Finnország, Svédország, Egyesült Királyság) kábítószerrel összefüggő összesített kiadásaiból végzett extrapolációval becsülték meg. Nemrég javasoltak egy felülvizsgált becslést (EMCDDA, 2008d), amely további országok adatait is tartalmazza (Cseh Köztársaság, Franciaország, Luxemburg, Lengyelország, Szlovákia). A kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadások európai összege az új becslés szerint 34 milliárd EUR (95%-os konfidencia-intervallummal, 28–40 milliárd EUR), ami az összes EU-tagállam összevont bruttó hazai termékéből 0,3%-nak felel meg. Ez azt jelenti, hogy egy átlagos uniós polgár számára a drogproblémára fordított állami kiadás évi 60 EUR-ba kerül. Ezeket a számokat azonban továbbra is jelzésértékűnek kell tekinteni, mivel korlátozott mennyiségű adaton alapulnak.

Jelentések a kábítószer-használat társadalmi költségeiről

A kábítószer-használat társadalmi költségeire vonatkozó (a kábítószer-használat által okozott közvetlen és közvetett költségek) négy tagállam nyújtott be jelentést. Bár ezek a jelentések hasznos betekintést adhatnak a

1. táblázat: A kábítószerrel összefüggőként címkézett költségvetési kiadások ⁽¹⁾ az EU kiválasztott tagállamaiban

Ország	A kormányzati szektor által bejelentett címkézett kiadások (EUR)				Összesen a teljes költségvetési kiadás arányában ⁽²⁾ (%)
	Központi	Regionális	Helyi	Összesen	
Cseh Köztársaság	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Írország ⁽³⁾	214 687 000	–	–	214 687 000	0,39
Lengyelország	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugália	75 195 175	–	–	75 195 175	0,11

⁽¹⁾ A kifejezetten kábítószerrel összefüggőként „címkézett” költségvetési kiadások a hivatalos elszámolási dokumentumokban.

⁽²⁾ Az összes általános kormányzati kiadás az adott évben.

⁽³⁾ Írországban a kormányhivatalokat és az állami hivatalokat felkérték, hogy számoljanak be a kábítószerrel összefüggő éves kiadásaikról a felmérést koordináló Közöségi, Vidékfejlesztési és Gaeltacht Minisztériumnak. Ezek a kiadások nem feltétlenül voltak kifejezetten kábítószerrel összefüggőként címkézve a hivatalos elszámolási dokumentumokban.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok és Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

kábítószer-használat hatásaiba az elkészítésük helye szerinti országban, a módszerek és az eredmények bejelentésének módjai közötti különbségek miatt az országokat nem lehet összehasonlítani. A különböző országokból származó adatok összehasonlíthatóságának hiánya arra hívja fel a figyelmet, hogy szükség lenne egy közös európai szemlélet bevezetésére a kábítószer-használat társadalmi költségeinek megfigyelése terén.

Olaszországban a tiltott kábítószerek használatának társadalmi költségeit 6473 millió EUR-ra becsülték, amiből a legnagyobb részt (43%) a bűnüldözési tevékenységek jelentették, a többi pedig az egészségügyi és szociális szolgáltatások (27%) és a kábítószer-használók, valamint a kábítószer-használat által közvetve érintett személyek termelékenységvesztése (30%) között oszlott meg. Emellett úgy becsülték, hogy a kábítószer-használók 3980 millió EUR-t költöttek tiltott kábítószerek vásárlására. Ezen adatok alapján a kábítószer-használat költségét Olaszországban az ország bruttó hazai termékének 0,7%-ára becsülik. Az Ausztria által bejelentett 2004-es adatokban a közvetlen és a közvetett költségek megoszlása éppen az ellentéte volt az olaszországinak: a kábítószer-használat 1444 millió EUR-ra becsült társadalmi költségeiből 72%-ot tettek ki a közvetett költségek.

Az Egyesült Királyság arról számolt be, hogy 2003–2004-ben az A osztályba ⁽⁷⁾ tartozó kábítószerek használatának társadalmi költsége Angliában és Walesben 22,26 milliárd EUR volt, ami minden egyes problémás kábítószer-használó esetében 63 940 EUR éves költséget jelent. Úgy tűnt, hogy a problémás kábítószer-használat felel az összes költség 99%-áért. Az összesített költség legnagyobb részét (90%-ot avagy 20,1 milliárd EUR-t) a kábítószerekkel összefüggő bűncselekmények költségei jelentették, a bűnüldözést és a kábítószerekkel összefüggő bűncselekmények áldozatainak költségeit is beleértve.

A nemzeti jogszabályok alakulása

A kábítószerekről szóló 1998-as UNGASS óta eltelt időben a kábítószertörvények terén történt változások különösen érdekesek az idén, a drogpolitikai dokumentumok nemzetközi, európai és nemzeti felülvizsgálatának és értékelésének évében. Ez a rész három fő területen figyeli a változásokat, és azt a kérdést teszi fel, hogy a kábítószer-használókra vonatkozó jogi meghatározások és a nekik szóló válaszok változásai új, szélesebb körű tendenciát jeleznek-e a tekintetben, hogy az országok hogyan viszonyulnak a kábítószer-használókhoz.

A kábítószerrel összefüggő európai költségvetési kiadások jobb megismerése felé – az EMCDDA 2008-as kiválasztott témája.

Az EU 2005–2008-as kábítószerügyi cselekvési tervére reagálva az EMCDDA kidolgozott egy projektet a kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadások számszerűsítésére szolgáló módszerek meghatározása, fejlesztése és tesztelése érdekében. Az erről szóló kiválasztott téma áttekintést ad a kábítószerrel összefüggő 2005-ös költségvetési kiadások összesített számairól az EU-tagállamokban és Norvégiában. Az azonosított kiadások többsége eredetileg kábítószerrel összefüggőként volt „címkézve”, ezeket általában a hivatalos elszámolási dokumentumok alapos felülvizsgálatával nyomozták vissza, hogy fény derüljön az államok esetleges önkéntes részvételére a kábítószerek terén. A tágabb célokkal rendelkező programokba beépülő rejtett vagy „nem címkézett” kiadásokat lehetőség szerint modellezési technikákkal becsülték fel. Ez az új, kettős megközelítés olyan standardizált becslésekhez vezet, amelyek a lehető legmagasabb szintre emelik a kábítószer-probléma és a kábítószer-függőség megoldására szánt költségvetési kiadások hitelességét és országok közötti összehasonlíthatóságát.

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

Személyes használatra való birtoklás

Az elmúlt 10 év során a legtöbb európai országban azon szemlélet irányába haladtak, hogy különbséget tesznek a kábítószer-kereskedő és a kábítószer-használó között; előbbi bűnözőnek tekintik, utóbbit pedig inkább kezelésre szoruló betegnek. A tagállamok között ugyanakkor nagy különbségek vannak a tekintetben, hogy ezeket a kategóriákat hogyan határozták meg az elmúlt években elfogadott, új törvényekben.

A legnagyobb eltérés a tagállamok között többek között abban a kérdésben mutatkozott, hogy a személyes birtoklásra szánt mennyiség esetében állapítsanak-e meg küszöbértéket. A 2004–2006 közötti időszakban Bulgária megszüntette a személyes célú birtoklás fogalmát, Olaszország 12 év kihagyás után újra bevezette, az Egyesült Királyság pedig törvénybe iktatta a fogalmat, de utóbb úgy döntött, hogy mégsem alkalmazza. Ciprus és Belgium 2003-ban meghatározott mennyiségi határokat vezetett be valamennyi kábítószer, illetve a kannabisz esetében; eközben Németországban a szövetségi államok most dolgoznak egy alkotmánybírósági döntés következetesebb végrehajtásán, mivel ebben a „jelentéktelen mennyiségeket” nem határozták meg, ami 3–30 gramm között mozgó értelmezésekhez vezetett.

⁽⁷⁾ Az A osztályba tartozó kábítószerek definíció szerint azok, amelyeket a legártalmasabbnak tekintenek.

Szlovákiában, 2005-ben a személyes használat jogi meghatározását legfeljebb egy adagról legfeljebb három adagra, illetve a nagyobb mennyiségek esetében 10 adagra emelték. Ugyanakkor az ezt meghaladó mennyiségek birtoklása után járó büntetési tételt egyértelműen legalább négy év börtönbüntetésre emelték, hiszen az ilyen esetek kábítószer-kereskedelemnek és bűncselekménynek minősülnek.

A kis csoportokban történő kábítószer-használat újabb kihívást jelent a fogyasztók és a beszállítók megkülönböztetésére tett kísérletek szempontjából. Belgiumban a csoportban történő használat különálló bűncselekményét 2003-ban helyezték hatályon kívül; ugyanebben az évben Magyarországon a büntető törvénykönyv megengedte a kezelés felé való elmozdulást a közös fogyasztásra szánt kis mennyiségek beszállítói esetében (ezt azóta megfellebbezték, mivel jogilag nem egyértelmű). Málta 2006-ban jutott arra a megállapításra, hogy a beszállítókra vonatkozó minimum hat hónapos börtönbüntetés a közös fogyasztás eseteiben nem mindig helyénvaló, ezért módosította a törvényt, hogy kivételeket is megengedjen.

A büntetést illetően a használatért vagy a személyes használatra való birtoklásért – súlyosbító körülmények hiányában – kiszabható maximális vagy valószínű büntetési tételeket 2001 óta több európai országban is csökkentették, vagy az összes kábítószer esetében (Észtország, Görögország, Magyarország, Portugália, Finnország), vagy a kannabiszra (Belgium, Luxemburg, Egyesült Királyság), illetve kisebb kockázatú kábítószerekre (Románia) szorítkozva. Ezen időszak alatt azonban a büntetések nem minden országban csökkentek. Franciaország és Lengyelország konzultációk után úgy döntött, hogy nem változtat a törvényeken; Dánia pedig a „rendes” büntetést figyelemztetésről bírságra emelte (amelyet ezt követően meg is növelt). Olaszországban egy új törvény a kábítószer-fogyasztást újból közigazgatási bűncselekménnyé tette, és a kannabiszt visszaminősítették, hogy megint ugyanazok a büntetési tételek vonatkozzanak rá, mint a többi tiltott anyagra, például a heroinra és a kokainra. Az Egyesült Királyságban nemrég jelentették be, hogy a kannabiszt magasabb kategóriába fogják sorolni.

A büntetés alternatívái

A kábítószer-használók kezeléshez való, a büntetőjogi rendszeren keresztül történő hozzáférése terén a változásoknak jellemzően két közös vonása van. Az első, hogy minden esetben kibővítették a kábítószer-használók kezelésre irányításának hatókörét. Abban a tekintetben viszont van némi különbség az országok között, hogy

melyik szakaszban ajánlják fel a kezelést: a legtöbb országban a kezelést a bírósági szakaszban kínálják fel, és nem a korábbi szakaszokban, amikor az egyén kapcsolatba kerül a rendőrséggel vagy az ügyészéssel. A második, hogy ez a beutalás feltételes, azaz a kezelési rend megsértése esetén a feljelentési, bűnvádi vagy büntetési eljárás újraindul.

Az országok az UNGASS és az EU cselekvési tervének célkitűzéseivel összhangban bevezették, illetve kibővítették az arra szolgáló lehetőségeket vagy rendszereket, hogy az elkövetőket a büntetés alternatívájaként kezelésre vagy tanácsadásra utalják. Írországon és Máltán a kábítószer-használókat most már a letartóztatást követően kezelésre lehet utalni; ugyanez a helyzet az Egyesült Királyságban is, ahol bizonyos körülmények esetén engedélyezett a letartóztatáskor végzett drogteszt. Írországon, az Egyesült Királyságban (Anglia és Skócia) és Norvégiában külön bíróságokat hoztak létre a kábítószerez ügyek számára, Máltán pedig most tárgyalnak erről; Portugáliában létrehozták a „kábítószer-használatról lebeszélő bizottságok” rendszerét, amelyek egy ügyvédből, egy orvosból és egy szociális munkásból állnak. Más országokban az új törvények valamilyen kezelési formát vezettek be a büntetés alternatívájaként: Franciaországban a kábítószertörvényeket megsértő, nem függő személyek tudatosító tanfolyamra járhatnak, amelyért fizetniük kell; Spanyolországban, Magyarországon és Lettországon a kezelés alatt álló kábítószer-használók esetében fel lehet függeszteni a szabadságvesztéssel járó büntetőítéleteket; Bulgáriában, Magyarországon, Romániában és Törökországban pedig a büntetés feltételes elengedését lehet kezeléssel kombinálni. Hollandia arra törekszik, hogy a kezelés igénybevételét minél gyakrabban a börtönből való korai szabadulás feltételévé tegye. Finnországban az elítélt elkövetőket megfelelő esetben nyitott börtönbe lehet átirányítani, ha mentesek maradnak a drogoktól; Görögországban speciális kezelési részlegbe küldhetők. A kábítószer miatti kezelésre való jogosultságot a súlyosabb bűncselekményekért elítéltekre is kiterjesztették Olaszországban (legfeljebb hat évig terjedő börtönbüntetéssel sújtandó bűncselekmények esetén – ezt a korábbi négy évről emelték hatra) és Spanyolországban (itt háromról öt évre emelték a határt). Belgiumban a büntető igazságszolgáltatás valamennyi eljárási szintjén megvannak az alternatívák arra, hogy a kábítószer-használó elkövetőket kezelésre irányítsák.

A büntetéssel szembeni különféle kezelési alternatívákról és ezek igénybevételének mértékéről az ELDD

„Témaleírás” és „Jogi jelentések” részében található bővebb leírás ⁽⁸⁾.

Középpontban a lakosság védelme

Az elmúlt évtizedben a büntetőjogot egyre nagyobb mértékben alkalmazták a lakosság kábítószer-használókkal szembeni védelme érdekében, és a „beteg” használó és a „bűnöző” kereskedő közötti különbségtétellel párhuzamosan a „használó” kategóriáján belül jogilag megkülönböztették azokat, akik zavarják, illetve akik nem zavarják a társadalom más tagjait. A fentiekben bemutatott, a személyes használatát járó büntetéseket csökkentő vagy a büntetéssel szemben más alternatívákat kínáló intézkedések e fejlődés részét képezik. Az ilyen kezelési lehetőségek vagy csökkentett büntetések megadásakor például az lehet a feltétel, hogy a használó ne okozzon semmilyen nyilvános rendzavarást.

A kritériumokat ugyancsak kibővítették, a büntetési tételeket pedig felemelték az olyan elkövetők esetében, akiknél fennáll a veszélye, hogy veszélyt jelentenek a társadalom más tagjaira nézve. A jogalkotási tevékenység legnagyobb része azokkal foglalkozott, akik kábítószer-szedés után autót vezetnek (Belgium, Cseh Köztársaság, Dánia, Spanyolország, Franciaország, Lettország, Litvánia, Portugália, Finnország). Írországban, Finnországban és Norvégiában a munkahelyi drogteszteket szabályozó új jogszabályok arra világítanak rá, hogy a tesztek elvégzése főként olyan helyzetben engedélyezett, amikor a befolyásoltság jelentős veszély vagy kockázat forrása lehet. A kábítószer-szedést a közlekedés különféle formáiban új törvények szabályozzák: Írországban a vonatok és hajók, Lettországban a csónakok, Finnországban a repülés esetében. Az elmúlt néhány év fejleményei közé tartoznak még: a kábítószerrel összefüggő közrend megsértésének megelőzéséről vagy büntetéséről szóló törvények és stratégiák (lásd a 2005-ös kiválasztott témát); a bárók vagy más helyszínek bezárására, illetve az emberek onnan való kitiltására vonatkozó új hatáskörök (Belgium, Írország, Hollandia); valamint az olyan magánlakások lezárására vonatkozó hatáskör, ahol kereskedelmi jellegű kábítószer-terjesztés, illetve rendszeres kábítószer-használat folyik (Hollandia, illetve az Egyesült Királyság). Ezzel párhuzamosan ugyanebben az időszakban Európa-szerte új törvényeket vezettek be a nemdohányzók védelmére: 2004 óta 24 európai tagállam (Görögország, Magyarország és Lengyelország kivételével mindegyik) megtiltotta vagy komolyan korlátozta a dohányzást a

zárt légterű nyilvános helyeken, és gyakran tekintélyes bírságot szabott ki a tilalmat megszegőkre.

Az itt áttekintett jogi változásokat összefoglalva úgy tűnik, hogy a mindenfajta súlyosbító körülménytől mentes egyéni használók esetében a büntetőjogi szankciók gyakran csökkentek, ugyanakkor – mintegy ennek ellensúlyozására – szigorúbb szankciók vonatkoznak azokra, akiknek a tettei érinthetik a társadalom más tagjait. Ez utóbbi azt tükrözi, hogy a büntetőjog alkalmazásakor egyre nagyobb hangsúlyt helyeznek a lakosság védelmére.

Kábítószerekkel összefüggő bűncselekmények

A kábítószerekkel összefüggő bűncselekmények fogalma tág, beletartozhat minden olyan bűncselekmény, amely valamilyen módon a kábítószer-terjesztéssel köthető ⁽⁹⁾. A gyakorlatban Európában csak a kábítószer-törvények megsértésének kezdeti bejelentéseiről állnak rendelkezésre rutinszerű adatok, amelyek rendszerint a rendőrségtől származnak. Bár ezeket az adatokat általában a kábítószer-használat vagy kereskedelem közvetett mutatóinak tekintik, fontos megjegyezni, hogy ezek a nemzeti jogszabályok különbségeit és a törvények alkalmazásának és végrehajtásának módjában jelentkező különbségeket tükrözik. Az adatok a büntetőbírók által a konkrét bűncselekményekhez rendelt prioritások és források közötti eltérésekre is rámutatnak. Emellett eltérések tapasztalhatók a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekményekre vonatkozó országos információs rendszerek között is, különösen a bejelentési és a nyilvántartási gyakorlatok terén. Mivel ezek a különbségek megnehezítik az országok közötti összehasonlítást, érdekesebb az abszolút számok helyett inkább a tendenciákat összevetni.

Az EU-tagállamokban bejelentett, kábítószer-törvényeket megsértő bűncselekmények száma 2001 és 2006 között összességében 36%-kal emelkedett (2. ábra). Az adatok mindegyik jelentésvető országban emelkedő tendenciát mutatnak, Bulgária, Görögország, Lettország és Szlovénia kivételével, amelyek az ötéves időszakra nézve általános visszaesésről számoltak be ⁽¹⁰⁾.

A kereslettel és a kínálattal összefüggő bűncselekmények

A kábítószer-törvényeket megsértő bűncselekmények kategóriáján belül a használati és a kínálati oldallal összefüggők (eladás, kereskedelem, termelés) közötti arány a korábbi évekéhez hasonlóan alakult. A legtöbb európai ország arról számolt be, hogy a bűncselekmények

⁽⁸⁾ <http://eldd.emcdda.europa.eu>

⁽⁹⁾ A kábítószer- és a bűncselekmények közötti összefüggést az EMCDDA (2007b) tárgyalja.

⁽¹⁰⁾ Lásd a DLO-1. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

többsége a kábítószer-használathoz vagy a használati célú birtokláshoz köthető, ami a 2006-os számokat tekintve Spanyolországban a 93%-ot is elérte ⁽¹¹⁾. A Cseh Köztársaságban, Hollandiában, Törökországban és Norvégiában viszont a kínálattal összefüggő bűncselekmények domináltak: a 2006-ban bejelentett összes, kábítószer-törvényeket megsértő bűncselekményen belül az arányuk 52% (Törökország) és 88% (Cseh Köztársaság) között mozgott.

A kábítószer-törvényeket megsértő, használattal összefüggő bűncselekmények száma 2001 és 2006 között átlagosan 51%-kal emelkedett az Európai Unióban, ezen belül a jelentéstevő országok kétharmada számolt be emelkedő tendenciáról, és csak Szlovénia és Norvégia mutatott csökkenő tendenciát az ötéves időszak során ⁽¹²⁾. Érdeemes megjegyezni ezenkívül, hogy az összes, kábítószer-törvényeket megsértő bűncselekményen belüli arányukat tekintve a keresleti oldalhoz köthető bűncselekmények terén a jelentéstevő országok felében emelkedést tapasztaltak ugyanebben az időszakban.

A kábítószerek kínálatával összefüggő bűncselekmények száma ugyancsak emelkedett a 2001–2006 közötti időszakban, de sokkal lassabb ütemben, az Európai Unió egészében átlagosan 12%-kal. Ebben az időszakban a kínálattal összefüggő bűncselekmények száma a jelentéstevő országok több mint felében nőtt, négy országban pedig csökkent (Németország, Ciprus, Hollandia, Szlovénia) ⁽¹³⁾.

Az egyes kábítószerenkénti tendenciák

A legtöbb európai országban 2006-ban bejelentett kábítószer-törvényeket sértő bűncselekményekben tiltott kábítószerként leggyakrabban továbbra is a kannabisz szerepelt ⁽¹⁴⁾. Ahol ez a helyzet áll fenn, ott a kannabiszsal kapcsolatos bűncselekmények a kábítószerrel kapcsolatos összes törvénsértés 36–86%-át tették ki. Néhány országban a kannabisz helyett más kábítószerek voltak túlsúlyban a kábítószerrel összefüggő bűncselekmények között: a Cseh Köztársaságban a metamfetaminhoz kapcsolódott az összes, kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmény 60%-a, Máltán pedig 41%-kal a heroin állt az élen. Luxemburgban a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények közel egyenlő számban oszlottak meg a kannabisz, a heroin és a kokain között.

A 2001–2006 közötti ötéves időszakban a kannabiszt érintő, kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények száma a legtöbb jelentéstevő országban emelkedett vagy stagnált, ami összességében átlagosan 34%-os növekedést eredményezett az Európai Unióban (2. ábra). Csökkenő tendenciáról számoltak be viszont Bulgáriából, a Cseh Köztársaságból (2002–06), Olaszországból és Szlovéniából ⁽¹⁵⁾.

A kokainnal összefüggő bűncselekmények száma a 2001–2006 közötti időszakban Bulgária, Németország és Szlovákia kivételével mindegyik európai országban nőtt. Az EU átlaga ugyanebben az időszakban 61%-kal emelkedett.

A 2001 és 2006 közötti időszakban a kábítószer-törvényeket sértő, heroinnal kapcsolatos bűncselekményeket tekintve a kannabiszhoz vagy a kokainhoz képest eltérő a kép: az Európai Unióban átlagosan 14%-os visszaesést lehetett tapasztalni, leginkább a 2001 és 2003 közötti időszakban. Ugyanakkor az országonkénti tendenciák ugyanebben az időszakban nem voltak ilyen egységesek, és az országok egyharmadából emelkedésről számoltak be ⁽¹⁶⁾.

A bűncselekmények uniós átlagának tendenciái az amfetamin és az ecstasy esetében egyaránt 2004-ben tetőztek. Miközben az amfetaminnal összefüggő bűncselekmények tendenciája továbbra is emelkedő maradt (2001–2006 között 41%-os átlagos növekedéssel), az ecstasyval kapcsolatos bűncselekményeket tekintve az uniós átlag hullámzott ebben az időszakban, és 2001 és 2006 között összességében nem történt változás.

Kábítószerrel összefüggő nemzeti szintű kutatások

A kábítószer-probléma kutatásával minden európai országban foglalkoznak, mivel országos szinten ez biztosítja a tiltott kábítószerek hatásának leírásához és megértéséhez szükséges információt. A 25 tagállamból, Horvátországból és Norvégiából érkező jelentések alapján lehetőség nyílik arra, hogy áttekintést nyújtsunk az európai országokban folyó, kábítószerekkel kapcsolatos kutatások szerveződéséről. Mivel manapság a bizonyítékokon alapuló beavatkozások elismertsége egyre nő, figyelemre méltó, hogy 21 ország számolt be arról, hogy a kutatási eredményeket – legalábbis valamilyen mértékben – felhasználják a drogpolitika kialakításakor.

⁽¹¹⁾ Lásd a DLO-2. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²⁾ Lásd a DLO-2. ábrát és a DLO-4. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

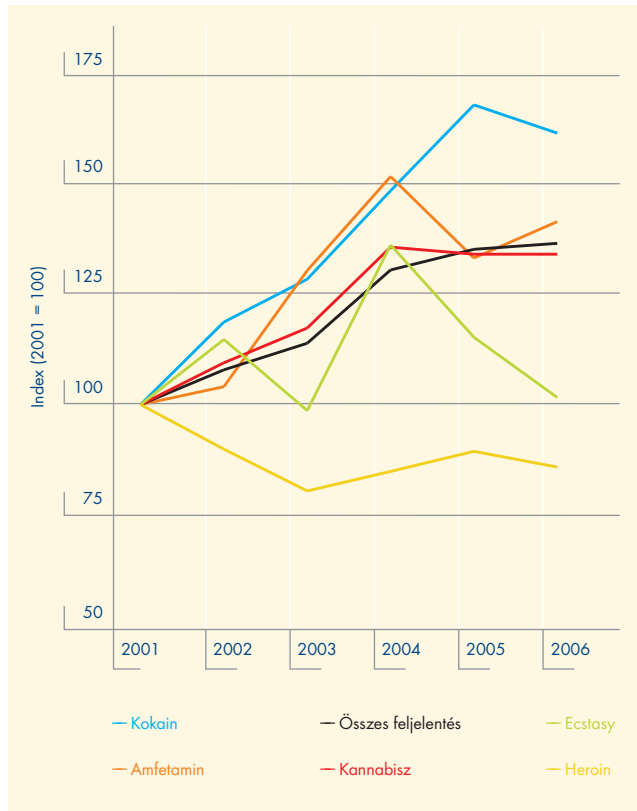
⁽¹³⁾ Lásd a DLO-5. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴⁾ Lásd a DLO-3. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁵⁾ Lásd a DLO-6. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben. A kannabiszsal összefüggő bűncselekmények kiegészítő elemzését lásd a 3. fejezetben.

⁽¹⁶⁾ Lásd a DLO-7. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

2. ábra: A kábítószer törvények megsértéséről szóló feljelentések indexált tendenciái az EU-tagállamokban, 2001–2006



Megjegyzés: A tendenciák az EU tagállamaiban működő összes bűnüldözési hivatal által közölt, a kábítószer törvények megsértésére (bűncselekménynek minősülő vagy sem) vonatkozó feljelentések országos számára vonatkozóan elérhető legfrissebb információkat jelenítik meg; minden adatsor indexálásánál a 2001. évet tekintettük 100-nak, és az átfogó uniós tendencia kialakítása érdekében az értékeket az országok népességének megfelelően súlyoztuk; a tendenciák elemzésében szereplő országokban 2006-ban bejelentett bűncselekmények teljes száma (súlyozás előtt) a következőképpen alakult: amfetamin, 41 069; kannabisz, 550 878; kokain, 100 117; ecstasy, 17 598; heroin, 77 242; összes feljelentés, 936 866.

A tendencia kiszámításából kimaradtak azok az országok, ahol két vagy több egymást követő évig nem álltak rendelkezésre az adatok: az összesített tendenciában az Egyesült Királyság kivételével az EU összes országa szerepelt; a kannabisz tendenciája 18 országra vonatkozik, a heroin 18, a kokain 17, az amfetamin 12 és az ecstasy 13 országról szól.

A módszertanra vonatkozó bővebb információért ld. a DLO-3. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok és a népességi adatok esetében az Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

Koordináció és finanszírozás

A kábítószerrel kapcsolatos kutatások a 27 jelentéstevő ország közül 20-nak szerepelnek a nemzeti drogstratégiájában vagy cselekvési tervében, vagy önálló témaként, vagy a bizonyítékokon alapuló politika egyik alapelemeként. A 27 jelentéstevő ország közül 15-ben léteznek országos szintű struktúrák a

kábítószerrel kapcsolatos kutatások koordinálására. Csak öt ország számolt be arról, hogy a kábítószerrel kapcsolatos kutatásokról a nemzeti stratégiájukban nem esik szó, illetve hogy ezen a téren nincs országos koordinációs struktúrájuk.

A tagállamok által bejelentett, kábítószerrel kapcsolatos kutatások esetében a finanszírozás fő forrása az állam, vagy általános kutatási programok, vagy a kábítószer területén folyó kutatási programok révén. Az általános kutatáson belül az egészségügy és a társadalomtudományok jelentik azt a két fő területet, ahol a kábítószerrel összefüggő kutatáshoz finanszírozást lehet találni. Kifejezetten kábítószerrel kapcsolatos kutatásokra kijelölt finanszírozáshoz a nemzeti kábítószerügyi koordinációs testületeken keresztül lehet hozzájutni (Cseh Köztársaság, Spanyolország, Franciaország, Luxemburg, Magyarország, Lengyelország, Portugália, Norvégia). A finanszírozási programok mindkét típusánál gyakori, hogy a tiltott kábítószerrel foglalkozó kutatást a függőség területén belül más témákkal kapcsolják össze, például az alkohollal, a dohányzással és a szerencsejátékkal. A támogatások többnyire a megrendelt kutatásokról szóló szerződések vagy a kutatók által megpályázható keretprogramok révén érhetők el. A jelentések szerint a finanszírozás forrásai közé tartoznak még az alapítványok, a tudományos akadémiák, a magánintézetek, a kábítószer elleni küzdelem érdekében létrejött speciális alapok, az Európai Bizottság és az ENSZ.

Struktúrák és projektek

Az országok többsége arról számolt be, hogy a kutatás többnyire az egyetemeken és az erre szakosodott központokban folyik – ezek egy része ad otthont a nemzeti fókuszpontoknak –, kisebb része pedig az állami és magán kutatóközpontokban. Néhány országból nemzeti kutatási hálózatokról is beszámoltak (Németország, Spanyolország, Portugália). Ezek fontos szerepet játszhatnak a kutatás megszervezésében és finanszírozásában, egyszersmind elősegíthetik a kutatás és a gyakorlat közötti közvetlenebb kapcsolatokat.

A tagállamok jelentései alapján a 2000 óta végzett nagyobb tanulmányok több mint fele az epidemiológia területén született, és körülbelül egyharmada az alkalmazott kutatás területén (főként a beavatkozások értékelése a prevenció és a kezelés terén). Idéztek ezenkívül a kábítószer-használat meghatározó, kockázati és védő tényezőiről, a kábítószer-használat következményeiről és a kábítószer mechanizmusairól és hatásairól szóló tanulmányokat.

Sok országból számoltak be arról, hogy a kábítószerrel kapcsolatos kutatások korlátok közé vannak szorítva. Többek között a következő problémákat nevezték meg: szervezeti szempontok, mint például a koordináció hiánya és a felaprózott források (Németország, Franciaország, Ausztria); a szakképzett kutató személyzet hiánya (Lettország, Magyarország); valamint módszertani szempontok (adatvédelmi kérdések, a rejtett populációk elérésének problémái, a kutatási projektek folyamatosságának hiánya). A megszorítások fő okai között számos ország nevezte meg a kábítószerrel kapcsolatos kutatásra igénybe vehető finanszírozás korlátozottságát (Belgium, Görögország, Lengyelország, Románia, Finnország).

Ismeretterjesztés

Összesen 25, szakértői társértékeléssel készülő, a kábítószerrel területére szakosodott európai folyóiratot

neveztek meg, amelyek az angolon kívül 11 nyelven jelennek meg. Ezeknek az országos folyóiratoknak a többsége angol nyelvű kivonatokat is közöl, és örömmel fogadja a nemzetközi hozzájárulásokat. A tiltott kábítószerrel szakosodott kiadványokon kívül a tiltott kábítószerrel használatáról szóló cikkek számtalan tudományterület szakértői társértékeléssel készülő folyóiratában és különféle szakmai magazinokban is megjelennek. 2006-ban több mint 100 ilyen európai folyóiratban tettek közzé a kábítószerrel területéről származó kutatási eredményeket. A kiadványok más típusai, köztük a nemzeti fókuszpontok kiadványai szintén fontos szerepet játszanak az ismeretterjesztésben.

A Reitox nemzeti fókuszpontoknak ugyancsak nagy szerepe van a kutatási eredmények terjesztésében valamennyi jelentéstevő országban, ami főként a nemzeti jelentéseik segítségével történik.

Lesz még szó a kábítószerrel összefüggő kutatásról

Az EMCDDA a Reitox nemzeti fókuszpontok hálózatán keresztül részletes információkat gyűjtött a kábítószerrel területén végzett kutatásokról az európai országokban. A tagállamok által közölt információk tartalmazzák az országos kutatási szervezetek és finanszírozási megállapodások leírását. A tagállamok emellett külön jegyzékben tüntették fel a 2000 óta elvégzett fontosabb vizsgálatokat, és megnevezték azokat a tudományos lapokat, illetve folyóiratokat és honlapokat, melyeket az országban végzett, kábítószerrel összefüggő kutatások megállapításainak terjesztésére használtak. Az EMCDDA a különféle terjesztési termékeken és csatornákon keresztül mindezeket elérhetővé teszi, további információkkal kiegészítve (lásd <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

A téma alaposabb áttekintéséért lásd a kábítószerrel összefüggő kutatásokról szóló 2008-as kiválasztott témát

(<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Az Európai Bizottság megbízást adott a tiltott kábítószerrel területén az Európai Unióban folyó kutatás beható, összehasonlító elemzésére. A tanulmányban áttekintést kell adni a kábítószerrel összefüggő kutatások céljára az Európai Uniótól és a tagállamoktól megszerezhető finanszírozásról, a kutatásról szóló kiválasztott téma eredményei alapján, a tanulmány hatókörét a kábítószer-kínálat csökkentése és a biztonság területén folyó kutatásra is kiterjesztve. A tanulmány áttekintést fog adni a tagállamokon belül és európai szinten meglévő kutatási infrastruktúráról, más régiókkal, például Észak-Amerikával és Ausztráliával összehasonlítva. Végezetül ajánlásokat fogalmaz meg az ismeretek terén tapasztalt hiányosságok kezelésének és az európai szintű együttműködés javításának politikai lehetőségeire nézve. Emellett értékelni fogja a meglévő európai hálózatokat, beleértve az EMCDDA és Reitox nemzeti fókuszpontjainak hálózatait. A tanulmány eredményei 2009 elejére várhatók.



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. Az itt áttekintett intézkedések közé tartozik a prevenció, a kezelés, az ártalomcsökkentés és a társadalmi reintegráció, amelyek együttesen átfogó keresletcsökkentési rendszert alkotnak. Ez a fejezet a börtönökben lévő kábítószer-használók szükségleteiről és az e konkrét körülmények között alkalmazott válaszokról rendelkezésre álló adatokat is áttekinti. Emellett röviden tárgyalja a várható jövőbeni ellenőrzési kihívásokat a drogpolitika másik területén, a kábítószeres kínálatának csökkentése terén.

Megelőzés

A drogprevenció különböző szintekre vagy stratégiákra osztható, a környezetitől a javallott megelőzésig, amelyek ideális esetben nem versengenek, hanem inkább kiegészítik egymást. A jelenlegi európai helyzetről és a tendenciákról szóló leírás az alábbiakban az egyetemes és a célzott megelőzésről az EMCDDA felé 2007-ben bejelentett minőségi adatokon ⁽¹⁷⁾ és a javallott megelőzésről szóló szakirodalmi áttekintésen alapul (EMCDDA, 2008f).

Egyetemes megelőzés

Úgy tűnik, hogy az elmúlt években az egyetemes, iskolai drogprevenció célkitűzései terén Európában történt némi hangsúlyváltás. 2007-ben a prevenció tevékenységek leggyakoribb célkitűzése a jelentések szerint az életvezetési készségek kialakítása volt (28 jelentéstevő országból 12-nél), míg 2004-ben az országok fele (26-ból 13) a tudatosság fokozását és a tájékoztatást nevezte meg fő célként. A védelmet nyújtó iskolai környezet megteremtését, a strukturális beavatkozások egyik formáját 2007-ben szintén gyakrabban (hat országban) említették a fő célkitűzések között, mint 2004-ben (négy országban). A bejelentett célkitűzésekben tapasztalt változások talán egyfajta racionálisabb, bizonyítékokon alapuló szemlélet átvételét

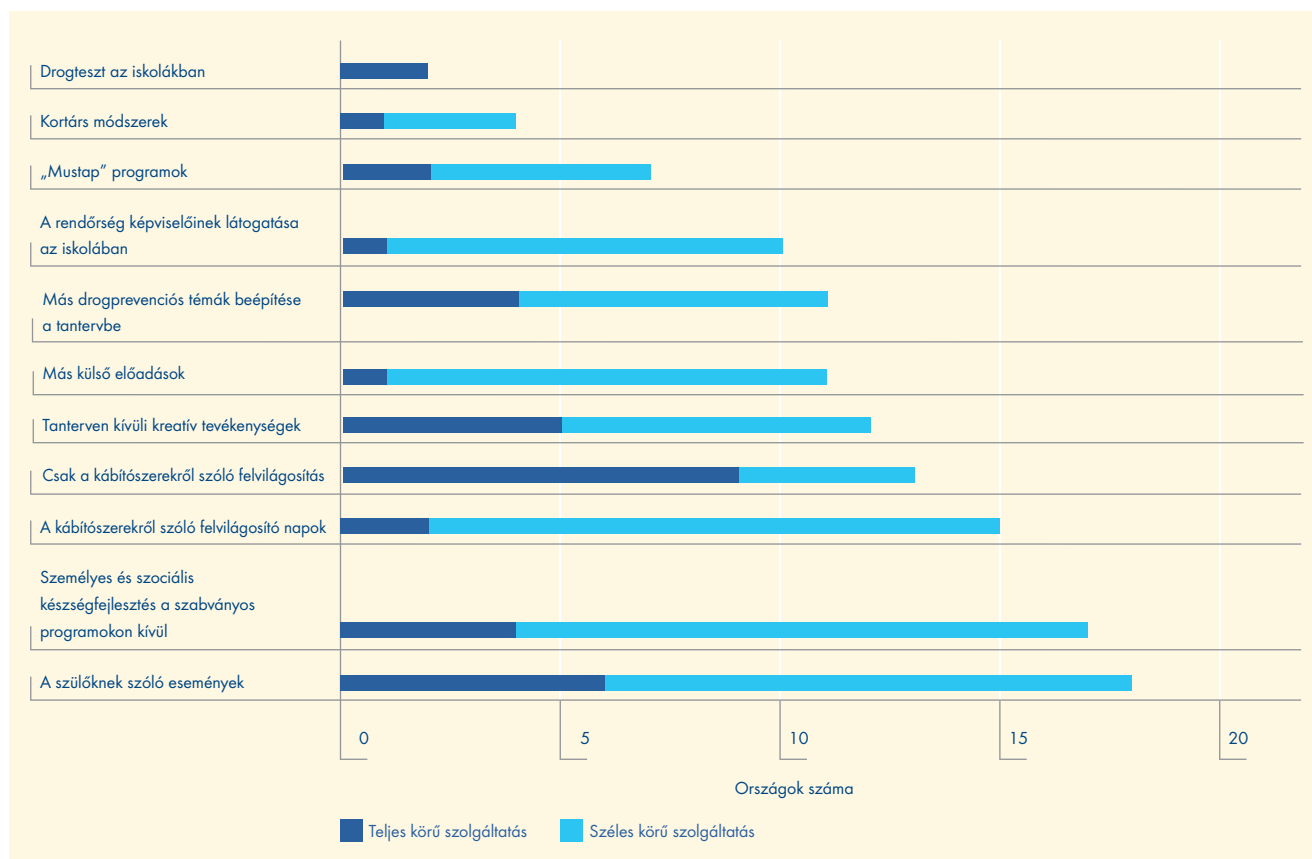
A kábítószer-kínálat csökkentésének jobb megfigyelése

A kábítószer-kínálat csökkentése úgy definiálható, mint a tiltott kábítószeres fogyasztókhoz való eljutását megelőző összes tevékenység. Ez olyan eszközöket foglalhat magában, mint például nemzetközi egyezmények, uniós és nemzeti jogszabályok és politikák, valamint intézkedések a tiltott kábítószeres előállításában és kereskedelmében, illetve a legális anyagok (gyógyszerek, prekursor vegyi anyagok) tiltott célokra való eltérítésében vagy tiltott előállításában és a kábítószerből szerzett pénz tisztára mosásában részt vevő különféle folyamatok és szereplők kezelésére. A bűnüldözési tevékenységek, a kábítószerrel összefüggő bűnözés megelőzését szolgáló alternatív fejlesztési kezdeményezések és projektek mind hozzájárulnak a tiltott kábítószeres kínálatának csökkentéséhez. A kábítószeres iránti kereslet csökkentéséhez hasonlóan a megfigyelés és az elemzés ezeknek a tevékenységeknek és értékelésüknek fontos része.

Az EU kábítószerügyi cselekvési tervében tett előrehaladás éves felülvizsgálata és az UNGASS felülvizsgálat (lásd az 1. fejezetet) keretében a közelmúltban lezajlott adatgyűjtési gyakorlatok vegyes képet mutattak a válaszokról szóló adatok elérhetőségét illetően a kínálatcsökkentés területén. A nemzetközi projektekhez kapcsolódó tevékenységek általában jól dokumentáltak, ezzel szemben az országos szintű tevékenységekről szóló adatokhoz sokszor nehéz hozzájutni, és ezeket összehasonlítani sem könnyű. Az Európai Bizottság, az Eurostat, az Europol és az EMCDDA az EU következő (2009–2012) kábítószerügyi cselekvési tervének keretében törekszik e helyzet javítására. Felül kell vizsgálni a meglévő fogalmi kereteket és információs rendszereket, illetve a tagállamokban folyó kínálatcsökkentési tevékenységek megfigyelésére és elemzésére vonatkozó potenciális információforrásokat. Szükség van ezenkívül a kábítószerpiacok, különösen a kínálati és elosztási rendszerek jobb megismerésére, úgy a gazdasági, mint a társadalmi vonatkozásait illetően. Az Európai Bizottság támogatásával két vizsgálat indul a kábítószer-kínálat csökkentéséről szóló információs rendszerek és források és a nemzetközi kábítószerpiacok feltérképezésére.

⁽¹⁷⁾ Az adatokat a tagállamok nemzeti szakértői közölték.

3. ábra: Az egyetemes iskolai megelőzésben leggyakrabban előforduló beavatkozási típusok



Megjegyzés: A „Mustap” rövidítés a több ülésből álló, szabványosított programokat jelenti nyomtatott segédanyagokkal.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

mutatják, az viszont nem derül ki, hogy a célkitűzések változása mennyiben tükrözi a tényleges szolgáltatást.

A szülőknek szóló rendezvények és a pusztán tájékoztató jellegű stratégiák (információs napok, az iskolákat felkereső szakértők vagy rendőrtisztek) az iskolai beavatkozások azon típusai közé tartoznak, amelyekről az országok a legnagyobb számban számoltak be (3. ábra). Az ilyen beavatkozások hatásossága nem egyértelmű. Ezzel ellentétben a határozottabban bizonyítékokon alapuló beavatkozások némelyikét csak néhány országból jelentették. Ezek között szerepeltek szabványosított programok, kortárs módszerek vagy fiúknak szóló külön beavatkozások; mindezek célja pedig az volt, hogy javítsák a kommunikációs készséget, erősítsék a konfliktusok megoldására, a stressz és a frusztráció kezelésére való képességet, illetve helyesbítsék az irányadó téves elképzeléseket a kábítószer-használattal kapcsolatban. A tényalapokat nélkülöző vagy csak gyenge bizonyítékokon alapuló beavatkozások általánosan megfigyelhető dominanciája talán abból ered, hogy ezekhez kevesebb forrásra és kevesebb személyzeti képzésre van szükség.

A kifejezetten a kábítószer-használatot megcélzó tevékenységek mellett az iskolákban strukturális beavatkozások is előfordulnak. A védelmet nyújtó, normatív iskolai környezet megteremtésére törekvő strukturális beavatkozások a fiatalok kábítószer-használattal kapcsolatos választásait próbálják befolyásolni (Toumbourou és mások, 2007). Ez a hozzáállás igazodik az átfogó megelőzési politikákhoz, amelyeknek egyre gyakrabban része a dohányzásra és az alkoholra vonatkozó szigorúbb szabályozás az iskolákban. Ennek jegyében húsz ország számolt be az összes iskolában alkalmazott, teljes dohányzási tilalomról, és 18 ország jelentette a drogpolitika teljes vagy széles körű⁽¹⁸⁾ rendelkezésre bocsátását az iskolákban. A tagállamok különösen Közép- és Nyugat-Európából jelezték, hogy az iskolai dohányzás és alkoholfogyasztás csökkentését célzó strukturális beavatkozásokat hajtottak végre. Ezeket a prevenciós intézkedéseket más strukturális intézkedések is kiegészíthetik, amilyen például az iskolaépületek jobb kialakítása és az iskolai élet javítása.

A családi megelőzés ugyancsak a széles körben alkalmazott prevenciós módszerek közé tartozik. Tizenegy

⁽¹⁸⁾ Széles körű szolgáltatás: a beavatkozás a legtöbb olyan helyszínen biztosított, ahol a célpopuláció mérete elegendő a végrehajtáshoz. Teljes körű szolgáltatás: a beavatkozás szinte minden olyan helyszínen elérhető, ahol a célpopuláció mérete elegendő a végrehajtáshoz.

ország számolt be teljes vagy széles körű szolgáltatásról a családoknak szóló találkozók és esti rendezvények terén. Az iskolai megelőzéshez hasonlóan úgy tűnik, hogy a családi megelőzés is elsősorban a tájékoztatást helyezi a középpontba. A családoknak szóló intenzív felkészítés és képzés – amely módszertanulmányok egész sorában következetesen hatékonynak bizonyult (Petrie és mások, 2007) – csak korlátozott mértékben érhető el, a legmagasabb szolgáltatási szintekről mindössze hét ország adott számot.

Célzott megelőzés

A célzott megelőzést szociális és demográfiai mutatók vezérik, mint például a munkanélküliségi, bűnözési vagy iskolakerülési ráták. Azoknál a konkrét csoportoknál, családoknál vagy teljes közösségeknél avatkoznak be, ahol a szociális kötelékek és az erőforrások gyengesége miatt nagyobb a valószínűsége a kábítószer-használat megkezdésének, illetve a függőség kialakulásának.

Tizenhárom ország számolt be arról, hogy a családi megelőzések többsége célzott típusú. A családok fontos kockázati tényezőivel azonban Európában csak ritkán foglalkoznak. A 30 jelentéstevő ország közül csak hét jelezte, hogy teljes vagy széles körű szolgáltatást nyújt a családon belüli szerhasználatot célba vevő beavatkozásokból, öt ország pedig a családi konfliktusok és az elhanyagolás problémáját kezelő beavatkozásokat biztosít. Ezenkívül négy-négy országból jelentették a beavatkozások alábbi kategóriáit: a társadalmi hátrányok kezelése (pl. munkanélküliség), segítség a büntetőjogi problémák megoldásában, az etnikai kisebbségből származó, perifériára szorult családok támogatása. A mentálhigiéniai problémákkal küzdő családok igényeinek kezelésével mindössze három ország foglalkozik.

Az egyre növekvő politikai nyomás ellenére a veszélyeztetett fiatalok – például fiatalkorú elkövetők, hajléktalanok, iskolakerülők, hátrányos helyzetű, kisebbségi fiatalok – csoportjainak kockázati tényezőivel is csak ritkán foglalkoznak. 2004 óta a drogpolitikákban egyre többször fordult elő, hogy őket jelölték meg a prevenciós beavatkozások elsőszámú célcsoportjaként, de a beavatkozások szolgáltatási szintje a jelentések szerint nem emelkedett ebben az időszakban. Részletesebb adatokkal a veszélyeztetett fiatalokról szóló, 2008-as kiválasztott téma szolgál.

Javallott megelőzés

A javallott megelőzés célja, hogy a viselkedési vagy pszichés problémákkal rendelkező egyéneket beazonosítsa, amelynek köszönhetően előre jelezhetővé

Kábítószeres és veszélyeztetett fiatalok – az EMCDDA 2008-as kiválasztott témája

Bizonyos csoportokba tömörülő fiatalok a társadalmi kirekesztés kockázatát hordozzák magukkal, ami a kábítószer-használat növekvő valószínűségével és a kábítószer-használattal összefüggő problémákkal társulhat. A specifikus csoportok kábítószer-használatát és az őket érintő kábítószerrel kapcsolatos ártalmak csökkentését célzó beavatkozások középpontba helyezésével a csoport igényeinek való megfelelés és a beavatkozás sikeres kivitelezésének valószínűsége egyaránt növelhető.

Ez a kiválasztott téma mélyreható tájékoztatást ad a specifikus csoportok veszélyeztetettségét érintő kockázatokról és feltérképezi az esetükben előforduló kábítószer-használat, valamint a kábítószerrel összefüggő problémák sajátosságait. Vizsgálja továbbá az iskolakerülés, az iskolai kudarcok, a társadalmi hátrány, a családban jelentkező problémák és a bűnözés következményeként fennálló veszélyeztetettség következményeit. Az értekezés részét képezik a veszélyeztetett csoportokon belüli kábítószer-használatra és a kábítószerhez köthető problémákra adott válaszok is, a jogszabályokat, a megelőzést és a kezelést is beleértve.

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

válik a problémás szerhasználat kialakulása az életút későbbi szakaszában, valamint speciális beavatkozásokkal, egyénileg segítse őket. Az ilyen egyének közé tartoznak az iskolából korán lemorzsolódók, valamint a pszichiátriai rendellenességeket, antiszociális viselkedést vagy a kábítószer-használat korai jeleit mutató fiatalok. Az EMCDDA (2008f) által nemrég kiadott jelentés a problémás útvonalakat meghatározó longitudinális vizsgálatokat, neurológiai viselkedési tanulmányokat mutat be, egyben jelzi az agy plasztikusságának és az idegi ingerületátvivő anyagok szerepének egyre jobb megismerését, valamint felhívja a figyelmet a tagállamok által bejelentett, beavatkozásokból származó megállapításokra.

A viselkedési zavarokkal, például egyidejűleg fennálló figyelemhiányos (hiperaktivitás) zavarral és magatartászavarral küzdő gyermekeknél nagy a kockázata a szerhasználati problémák kialakulásának. A viselkedési zavarokat mutató gyermekeknél végzett korai beavatkozáshoz az orvosi, a szociális és az ifjúsági szolgálatok szoros együttműködésére van szükség. A német „több modulból álló kezelési terv” például a szülőknek és a gondozóknak szóló tanácsadást, a párhuzamos orvosi, pszichoterápiás és pszichoszociális

támogatást és az óvodai vagy iskolai támogatást ötvözi. Az értékelések alapján összességében kedvező eredményeket hozott a fiataloknak szóló célzott oktatási és pszichológiai tanácsadás írásbeli módszere, amely különösen a fejlődési problémák megelőzésére irányul az iskolákban, oktatási létesítményekben és a családban. Hollandiában a bomlasztó viselkedés kezelésének hosszú távú megelőző hatásairól készült vizsgálat a gyermekkor középső szakaszában (8–13 év) azt állapította meg, hogy a szokásos kezeléssel összehasonlítva a standard iránymutatások szerinti viselkedésterápia a nyomon követés alapján lényegesen jobb eredményeket hozott a dohányzás és a kannabiszhasználat terén (Zonnevylle-Bender és mások, 2007).

A beavatkozások hatékonysága és kockázatai

Európában a célzott beavatkozások középpontjában továbbra is a gyermekek és a családok körében előforduló kábítószer-használat áll. A szerhasználat felé való továbblépés társadalmi és neurológiai viselkedési előjeleiről készült tanulmányok egész sora mutatja, hogy a nem kábítószerrel foglalkozó prevenciók erőfeszítéseknek is lehet hatása a kábítószer-használatra. A célzott és a javallott megelőzés egyaránt képes enyhíteni a korai fejlődési hátrányok hatását, illetve ezek átalakulását társadalmi marginalizálódássá és a szerhasználat ezt követő kialakulását. Számos kutatási tanulmány igazolta, hogy az oktatási környezet javítása és a társadalmi kirekesztés csökkentése céljából az iskoláskor elején végzett beavatkozások szintén hozzájárulnak a későbbi szerhasználat mérsékléséhez (Toumbourou és mások, 2007).

Az iskolai megelőzés általában vett hatékonyságát már többen megkérdőjelezték (Coggans, 2006; Gorman és mások, 2007). A közelmúlt szakirodalmi áttekintései ⁽¹⁹⁾ azonban azt mutatják, hogy az iskolai megelőzés bizonyos elemei – például a normatív meggyőződések és az életvezetési ismeretek – hatásosnak tűnnek. Pozitív eredményekről számolt be például az Európai Bizottság társfinanszírozásával végzett EU-Dap tanulmány, amely egy európai randomizált kontrollcsoportos kísérlet az iskolai megelőzési program kidolgozására és értékelésére ⁽²⁰⁾. Egy utókövető tanulmány azt állapította meg, hogy a beavatkozás után tizenöt hónappal a program hatásai még mindig stabilak voltak, és a résztvevők körében a lerészegedés és a kannabiszhasználat kisebb előfordulási gyakoriságát figyelték meg. A kísérletben használt „Unplugged” program az elfogadottsággal kapcsolatos normákat és

Az EMCDDA portálja a legjobb gyakorlatokról

Az EMCDDA az idén indította el az interneten a kábítószerrel összefüggő beavatkozások (megelőzés, kezelés, ártalomcsökkentés és társadalmi visszailleszkedés) legjobb gyakorlatairól szóló portáljának első modulját. A portál áttekinti a különböző beavatkozások hatásosságára és eredményességére vonatkozó legfrissebb bizonyítékokat, bemutatja a beavatkozások minőségének javítására irányuló eszközöket és standardokat, továbbá néhány példával szolgál az Európa-szerte értékelt gyakorlatokra vonatkozóan. A kábítószeres területével foglalkozó gyakorló szakembereknek, politikai döntéshozóknak és kutatóknak szól, határozott összeurópai hangsúllyal.

A portál első moduljának központi témája az egyetemes megelőzés, különös tekintettel a hatásosság bizonyítékaira, számos, 2000 óta megjelent áttekintés alapján. Az eredmények részletes bemutatásáért lásd: (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

A portál tájékoztat a különféle beavatkozások hatásosságáról. Meg kell azonban jegyezni, hogy az ezt alátámasztó tényanyag olykor még mindig korlátozott, és a különböző beavatkozások közötti döntés körültekintést kíván. Emellett, mivel a kontrollcsoportos kísérletek a programok hatékonyságát mérik, továbbra is kérdéses, hogy az egyes beavatkozások eltérő körülmények között hogyan teljesítenek. Az EMCDDA adatbank új kiadása – amely elérhető a portálon – bemutatja a különböző országokban és eltérő körülmények között értékelt beavatkozásokat, és további útmutatással szolgál.

a szerhasználat előfordulásáról szóló meggyőződések megpróbálta kétségbe vonni a fiatalok körében.

A megelőzésnek a hatékonyság mellett biztonságosnak is kell lennie – a nemkívánatos hatásokat minimálisra kell csökkenteni. Ezért a beavatkozások kidolgozásakor és értékelésekor gondosan mérlegelni kell a negatív hatások kockázatait. Az egyetemes iskolai megelőzés esetében ez különösen fontos, mivel a célközönség ilyenkor nagy és sokszínű. A kábítószeres hatásairól szóló felvilágosítás például – ami Európában elterjedt módszer – nemcsak hatástalan, de a nem kívánt hatások kockázatát is magában rejlheti (Werch és Owen, 2002). Ugyanez igaz a tömegtájékoztatási kampányokra is, amelyek esetében szintén fennáll a veszélye annak, hogy növelik a szerhasználat vonzerejét ⁽²¹⁾.

Az egyik módszer, amellyel biztosítható, hogy a megelőzési programok bizonyítékokon alapuljanak és a nem kívánt hatások csökkenjenek, a prevenciók projektek lebonyolítására és tartalmára vonatkozó

⁽¹⁹⁾ Lásd a legjobb gyakorlatok portált (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

⁽²⁰⁾ <http://www.eudap.net>

⁽²¹⁾ Lásd e jelentés 3. fejezetét és a 2007-es éves jelentést.

szabványok kidolgozása. A projektek felépítésére és értékelésére vonatkozó szabványokról 2004-ben még csak három, 2007-ben már kilenc tagállam számolt be. Több tagállamból jelentették, hogy tanúsítási eljárásokat dolgoznak ki, hogy garantálni tudják a programok minőségét és az állami költségvetésből származó források hatékony felhasználását (Cseh Köztársaság, Magyarország, Lengyelország, Portugália). A Cseh Köztársaságban például a prevenció tevékenységek tanúsítása az állami költségvetésből származó támogatások igénybevételének előfeltétele.

Kezelés

Ebben a részben a kábítószeres miatt indított európai kezelésekről adunk áttekintést, a szolgáltatások megszervezésének és lebonyolításának bemutatásával.

Szervezet

A kábítószer miatti kezelési szolgáltatásokat az EU tagállamaiban általában az állami szektoron keresztül biztosítják, bár a nem kormányzati szervezetek (NGO-k) ugyanakkora szerepet kaphatnak (hét tagállamban), sőt, előfordul, hogy a kezelési szolgáltatásokat elsősorban ők nyújtják (öt tagállamban). A háziorvosok szintén fontos szerepet játszhatnak, és néhány országban a helyettesítő kezelés terén ők a fő szolgáltatók. Egyes országokban a magánszektor is szerepet vállalhat, elsősorban a bentlakásos ellátásban. A kábítószer miatti kezelések finanszírozása mindenesetre főként az államkasszából történik, vagy a társadalom-, illetve egészségbiztosításhoz kapcsolódik.

Szolgáltatás

A kábítószer miatti kezelés különféle helyszíneken zajlik: járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátó központokban, háziorvosoknál, alacsonyküszöbű létesítményekben és börtönökben. Európában a kábítószer-használat miatti kezelés legnagyobb része járóbeteg-ellátásban történik – a háziorvosi praxisokat is beleértve –, főként azért, mert a helyettesítő kezelést is ebben a formában biztosítják. A járóbeteg-ellátásban kezelésre jelentkező kábítószer-használók – a Kezelési Igény Indikátor legfrissebb számadatai szerint – átlagosan 30 év körüliek és túlnyomórészt férfiak⁽²²⁾. Körülbelül egyharmaduk saját maga jelentkezik kezelésre, 22%-ukat a büntetőjogi rendszerben utalják be (ez a szám az elmúlt években egyre nőtt), a fennmaradó rész pedig a szociális és

egészségügyi szolgálatokon vagy informális hálózatokon keresztül jut el a kezelésig⁽²³⁾.

A járóbeteg-ellátásban kezelésre jelentkező kliensek fele elsődleges opioidhasználatról számolt be, 21%-uk a kannabiszt, 16%-uk a kokaint nevezte meg elsődleges kábítószerként. A nem opioid kábítószerrel való problémák miatt kezelésre beutalt kliensek – és ezen belül is az új kliensek – arányának növekedése talán azt tükrözi, hogy a kannabisz- és kokainhasználók számára sok tagállamban javult a kezelés elérhetősége, egyúttal nőtt azoknak a szerhasználóknak a száma, akik e kábítószeres miatt keresnek kezelést (lásd a 3. és 5. fejezetet). A kifejezetten nem opioidhasználók igényeit megcélzó szolgáltatások általános elérhetősége azonban továbbra is korlátozott.

A fekvőbeteg-ellátásban történő kezelés többnyire terápiás közösségekben, pszichiátriai kórházakban és általános kórházak erre szakosodott osztályain zajlik. A szolgáltatások skálája a rövid távú detoxikálástól a hosszabb, absztinencián alapuló pszichiátriai kezelési programokig terjed. A bentlakásos szolgáltatások különösen alkalmasak lehetnek az egyidejű fizikai és mentális egészségügyi problémák folytán összetett kezelési igényekkel rendelkező kábítószer-használók számára. Az átlagot tekintve a fekvő betegként kezelt kliensek hasonlóak a járó betegekhez: körülbelül 30 évesek, többnyire férfiak, akik elsődleges opioidhasználat miatt jelentkeznak kezelésre⁽²⁴⁾. Ugyanakkor a legtöbb olyan országban, ahol az ilyen összehasonlításra lehetőség nyílik, a fekvő beteg kliensek között a járó betegekhez képest magasabb azok aránya, akik nem rendelkeznek munkavisztonnyal és bizonytalanok a lakáskörülményeik⁽²⁵⁾.

A múltban a kábítószer miatti kezelési szolgáltatások az opioidhasználók igényeinek megfelelően épültek fel, akik a kezelés alatt álló szerhasználók között továbbra is a legnagyobb csoportot jelentik. A tagállamok többségében a pszichoszociális gondozással kombinált helyettesítő kezelés az opioidhasználók kezelésének legelterjedtebb formája. Miután 2007-ben Cipruson is bevezették a magas dózisz buprenorfinkezelést, a helyettesítő kezelés immár valamennyi EU-tagállamban, Horvátországban és Norvégiában is elérhető⁽²⁶⁾. Törökországban a helyettesítő kezelést még nem vezették be, bár a kezelési központokról szóló 2004-es rendelet értelmében már engedélyezett. A metadon után a buprenorfin a második leggyakrabban felírt opioidhelyettesítő, amelyet az elmúlt években egyre gyakrabban alkalmaznak az

⁽²²⁾ Lásd a TDI-10. (iii. rész) és a TDI-21. (ii. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽²³⁾ Lásd a TDI-16. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁴⁾ Lásd a TDI-10. (vii. rész) és a TDI-21. (iv. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁵⁾ Lásd a TDI-13. és a TDI-15. (ii. rész) és (iv. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁶⁾ Lásd a HSR-1. és HSR-2. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

opioidfüggőség kezelésére (lásd a 6. fejezetet). Bulgária, Magyarország és Lengyelország kivételével ez most már mindegyik tagállamban elérhető. 2006-ban Európában becslések szerint 600 000 opioidhasználó részesült helyettesítő kezelésben, és számuk a 22 adatközlő ország közül 16-ban emelkedett az előző évihez képest.

Ártalomcsökkentés

A kábítószerrel összefüggő ártalom megelőzése és csökkentése valamennyi tagállamban szerepel a közegészségügyi célkitűzések között, és az EU drogstratégiájának és cselekvési tervének is része (Európai Bizottság, 2007a). A fő beavatkozások 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 (lásd még a 6. és 8. fejezetet), és bár a szolgáltatási kört és szinteket tekintve jelentős különbségek vannak, az általános európai tendencia az ártalomcsökkentő intézkedések növekedése és megszilárdulása.

A legtöbb országban az alacsonyküszöbű létesítmények is biztosítanak különféle egészségügyi és szociális szolgáltatásokat. Néhány ország azonban arról számolt be, hogy az ártalomcsökkentő intézkedések bevezetése politikai támogatás hiányában késedelmet szenvedett. Görögországban akadozik az alacsonyküszöbű szolgáltatások és a helyettesítő kezelés kibővítése; Romániában és Lengyelországban a külső finanszírozás megszűnése után 2006-ban csökkentették a tű és fecskendőcsere-programokat; Cipruson az egyetlen működő tű- és fecskendőcsere-program sem nyert hivatalos jóváhagyást. Magyarországon, ahol a tű- és fecskendőcsere-programok és a megkereső munka fellendülőben van, a kezelésből kimaradó populáció körében végzett vizsgálat azt mutatta, hogy a szolgáltatás továbbra sem elégséges, és a hozzáférés komoly akadályokba ütközik.

A balti államoknak és Romániának a HIV/AIDS szempontjából vett speciális helyzete folytán, ezekben az országokban továbbra is nagy szerepet játszanak a nemzetközi adományozók. Az ártalomcsökkentő tevékenységek pénzügyi támogatását a „Program az AIDS, a malária és a tuberkulózis elleni küzdelem érdekében” a Globális Alap biztosítja, Észtországban, Litvániában és Lettországon pedig az UNODC a közelmúltban indította el a „HIV/AIDS megelőzése és gondozása az intravénás kábítószer-használók körében és a börtönökben” elnevezésű projektjét.

Végezetül, néhány tagállam nemrég megvizsgálta az ártalomcsökkentő beavatkozások bevezetésének következményeit. Franciaországban a halálozási arány kábítószer-használók körében megfigyelt csökkenése egybeesett a tripla antitumorális terápia bevezetésével, az ártalomcsökkentő politika kidolgozásával és az opioidhelyettesítő kezelések elérhetőségével; Spanyolországban az injekciós számának csökkenését és a metadonfenntartó kezelés egyszerű hozzáférhetőségét összefüggésbe hozták a fertőző betegségek és a kábítószerrel összefüggő halálozás visszaesésével a kábítószer-használók körében (De la Fuente és mások, 2006); Portugáliában pedig a rendelkezésre álló adatok a fertőző betegségek kiegyenlítődését mutatják, ami részben valószínűleg az ártalomcsökkentő és kezelési válaszok jobb elérhetőségének tulajdonítható.

Társadalmi reintegráció

A kezelés alatt álló kábítószer-használók körében gyakran magas szintű a munkanélküliség és a hajléktalanság. Az ilyen hátrányok jellemzően elterjedtebbek a szerhasználók bizonyos csoportjainál, különösen a nők, a heroin- és crackhasználók, az etnikai kisebbséghez tartozók és a komorbid pszichiátriai betegségekkel rendelkezők körében.

A társadalmi reintegráció az átfogó drogstratégiák elismert, alapvető összetevője, amelyet a kábítószer-használat bármely szakaszában végre lehet hajtani, különböző körülmények között. A társadalmi reintegrációs beavatkozások céljait a kapacitásépítés, a szociális képességek javítása, a foglalkoztatást megkönnyítő és támogató, illetve a lakhatást biztosító vagy javító intézkedések segítségével lehet elérni. A gyakorlatban a reintegrációs szolgálatok szakképzési tanácsadást, munkahelyi kihelyezéseket és lakhatási támogatást biztosíthatnak, a börtönökben zajló beavatkozások pedig segítenek a bent élőknek a közösségi lakhatási és szociális támogató szolgálatokkal, a szabadon bocsátás előkészületeként, kapcsolatba kerülni.

A hajléktalanság a bizonytalan lakáskörülményekkel együtt a kábítószer-használókat sújtó társadalmi kirekesztés egyik legsúlyosabb formája, amely a 2006-ban kezelésre jelentkező kábítószer-használók körülbelül 10%-át érintette⁽²⁷⁾. Miközben a kábítószer miatti kezelésen részt vevő klienseknek sok országban nyújtanak lakhatási támogatást, hiányosságokat is dokumentáltak, két ország pedig arról számolt be, hogy a kábítószer-használók nehezen férnek hozzá a hajléktalanoknak szóló általános szolgáltatásokhoz, amelyeket hagyományosan a problémás alkoholfogyasztók vettek igénybe (Írország,

⁽²⁷⁾ Lásd a TDI-15. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

Olaszország). Három országban vezettek be a kábítószer-használók lakhatási szükségleteinek kezelését segítő, új intézkedéseket (Belgium, Dánia, Hollandia); ezek arról számoltak be, hogy a hosszú ideje függő hajléktalanokat kiszolgáló létesítményeket központosították, és speciális gondozóházakat nyitnak a viselkedési problémákkal vagy társbetegségekkel küzdő kábítószer-használók számára.

A kábítószer miatti kezelések klienseinek a munkakeresésben való támogatása a társadalmi reintegráció egyik legfontosabb eleme, mivel a kezelést megkezdő kliensek közül minden második munkanélküli ⁽²⁸⁾. A kliensek álláskeresését és a foglalkoztatás megtartását segítő új módszerek közül a jelentések szerint némelyik sikeresnek bizonyult, például: a „mentor” rendszerek, a támogatott munkahelyek (erre 2006 óta Litvániában is van lehetőség), a munkáltatók és az alkalmazottak speciális felkészítése, ahogyan az írországi „Ready for work” projektben történt, vagy a Cseh Köztársaságban működő különféle „munkaügyi és szociális hivatalok”.

Egészségügyi és szociális válaszok a börtönökben

A börtönök fontos helyszínt kínálnak a kábítószer-használóknak szóló egészségügyi és szociális beavatkozások végrehajtásához. Ebben a részben az európai börtönökben előforduló kábítószer-használatról és a kábítószer-használókról szóló adatokat tekintjük át, emellett pedig bemutatjuk a bebörtönzött kábítószer-használóknak nyújtott szolgáltatásokról szóló friss információkat és a börtönökben történő, kábítószer miatti kezeléssel kapcsolatos új törvényeket.

Kábítószer-használat

A különféle tanulmányokból származó adatok továbbra is azt mutatják, hogy az általános népességhez képest a börtönökben nagyobb arányban vannak jelen a kábítószer-használók. A 2001 és 2006 között végzett felmérések azt mutatják, hogy a bebörtönzöttek ⁽²⁹⁾ körében azok aránya, akik elmondásuk szerint használtak már valamilyen tiltott kábítószerrel, börtönpopulációként, büntetés-végrehajtási központként és országonként igen különböző, az egyharmad vagy kevesebbtől (Bulgária, Magyarország, Románia) a több mint 50%-ig terjed, de Anglia és Wales egyik női börtönében a 84%-ot is elérte. A kannabisz továbbra is az élen áll a bebörtönzöttek

által említett tiltott kábítószerek sorában, és az életprevalenciája akár 78% is lehet. Bár más anyagoknak az élet folyamán való használatáról néhány börtönben nagyon alacsony becslések születnek (olykor csak 1%), a heroin, az amfetaminok vagy a kokain esetében egyes tanulmányok 50–60%-os életprevalenciáról számolnak be ⁽³⁰⁾. A kábítószer-használat legártalmasabb formái szintén koncentráltan fordulhatnak elő a bebörtönzöttek körében: néhány tanulmány azt jelezte, hogy a megvizsgált személyek több mint egyharmada használt már kábítószerrel intravénásan ⁽³¹⁾.

A börtönszakértők és a politikai döntéshozók egyaránt elismerik azt a tényt, hogy a kábítószerek – a kínálat csökkentésére tett intézkedések ellenére – a legtöbb börtönbe valahogyan bejutnak. A 2001 és 2006 között végzett európai vizsgálatok azt mutatták, hogy a bentlakók 1–56%-a nyilatkozott úgy, hogy használt már kábítószerrel a börtönben, és akár az egyharmadot is elérte azoknak az aránya, akik a fogva tartás alatt intravénásan használtak kábítószerrel ⁽³²⁾. Ez a fertőző betegségek potenciális terjedésével kapcsolatban komoly aggályokat vet fel, különösen az intravénás felszerelés közös használatát illetően.

Az Európai Unióban élő börtönpopuláció több mint 607 000 főből áll ⁽³³⁾, és a becsült éves forgalom meghaladja a 860 000 bebörtönzöttet. A legtöbb országban a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények miatt elítélt bebörtönzöttek aránya 10–30% között van. A rendelkezésre álló adatokból úgy becsülhető, hogy Európa börtöneiben minden évben több mint 400 000 olyan ember fordul meg, akinek a tiltott kábítószerek használata terén múltban szerzett vagy aktuális tapasztalatai vannak. Közöttük pedig jelentős számban akadnak problémás kábítószer-használók is. Az európai börtönökben élő volt vagy jelenlegi kábítószer-használók e népes csoportjának egészségügyi szükségleteit bizonyos mértékben a kábítószerrel összefüggő egészségügyi problémák határozzák meg, konkrétan a fertőző betegségek, például a hepatitis B- és C-vírus, illetve a HIV/AIDS (lásd a 7. fejezetet).

Egészségügyi ellátás

A börtönökben biztosított egészségügyi ellátásért a legtöbb országban az igazságügyi minisztérium felel. Ez azonban átalakulóban van, és az európai országok

⁽²⁸⁾ Lásd a TDI-20. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁹⁾ A „bebörtönzöttek” kifejezés itt tág értelemben szerepel, és a vizsgálati fogságban lévőket és az elítélt bebörtönzötteket egyaránt magában foglalja.

⁽³⁰⁾ Lásd a DUP-1. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽³¹⁾ Lásd a DUP-2. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽³²⁾ Lásd a DUP-3. és DUP-4. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽³³⁾ Az Európa Tanács éves bűnügyi statisztikája (SPACE), amely a börtönpopuláció körében végzett, 2006. szeptember 1-jére vonatkozó felmérésen alapul.

közül egyre több az egészségügyi rendszerre hárítja át a felelősséget (Franciaország, Olaszország, az Egyesült Királyságban Anglia és Wales, Norvégia). Spanyolországban a kábítószerügyi cselekvési tervnek (2000–08) megfelelően, az egészségügyi minisztérium és az igazságügyi minisztérium között 2005-ben aláírt együttműködési jegyzőkönyv alapján minden börtönben átfogó szolgáltatásokat alakítottak ki a kábítószer-használók számára. Más országokban a börtönök a közegészségügyi szolgálatokkal és a közösségben működő speciális, kábítószerrel foglalkozó nem kormányzati szervezetekkel kezdtek együttműködni, hogy a bebörtönzött kábítószer-használók növekvő számának szükségleteit jobban fedezzék.

A kábítószer-használó bebörtönzötteknek szóló beavatkozások az Európai Uniót tekintve kibővültek. Az öt évvel ezelőtti helyzethez képest most több ország számolt be tevékenységeiről, a következő területeken: a kábítószerokról szóló felvilágosítás és megelőzés; a fertőző betegségek kiszűrése és védőoltások; a kábítószer-függőség kezelése, a helyettesítő kezelést is beleértve.

Ráadásul ezek az intézkedések az országokon belül is szélesebb körben elérhetővé váltak. A börtönökben folyó helyettesítő kezelés hivatalosan Bulgária, Észtország, Lettország, Litvánia, Ciprus, Szlovákia és Törökország kivételével valamennyi országban rendelkezésre áll, bár sok országban csak korlátozottan érhető el a kezelési lehetőség ezen formája. Jelenleg Spanyolország az egyetlen olyan európai ország, amely az ártalomcsökkentő intézkedések széles skáláját biztosítja a börtönökben.

2006-ban csak négy tagállam közölt az országos kezelésfelügyelő rendszerükből származó szocio-demográfiai adatokat és információkat a kábítószer miatt kezelésben részt vevő bebörtönzöttek kábítószer-használati mintáiról. Franciaországban, Cipruson és Szlovákiában a kábítószer miatt kezelésre jelentkezők elsődleges kábítószerként leggyakrabban az opioidokat, általában a heroint nevezték meg, Svédországban pedig az elsődleges amfetaminhasználat volt a kezelés megkezdésének fő oka a börtönökben, ami nagy vonalakban tükrözi a problémás kábítószer-használat országban belüli mintáit.

Újabb jogszabályok a kábítószer miatti kezeléssel a börtönökben

2006-ban és 2007 elején hat ország vizsgálta felül a fogva tartottak kábítószer miatti kezeléshez való jogaira vonatkozó jogi kereteit és iránymutatásait.

Belgiumban az igazságügyi miniszter 2006-os irányelve kimondta, hogy a fogva tartottaknak joguk van a kezelési lehetőségek ugyanazon skálájához, mint ami a börtönön kívül elérhető. Írországban eközben a börtönszolgálatra vonatkozó új iránymutatásokban hangsúlyozták, hogy a kezelési szolgálatok által nyújtott egészségügyi ellátás színvonalának összemérhetőnek kell lennie a közösségben elérhetővel, ugyanakkor igazodnia kell a börtönkörülményekhez.

Dániában egy törvényt módosított 2007. januártól a bebörtönzött kábítószer-használókat feljogosítja a kábítószer-használatuk ingyenes kezeltetésére. A törvény kimondja, hogy a kezelést rendes esetben 14 napon belül kell megkezdeni, attól a naptól számítva, amikor a fogva tartott a dán börtön- és pártfogó szolgálatnál azt kérte. Ez a jogosultság azonban nem áll fenn, ha az elkövetőt várhatóan három

hónapon belül szabadon bocsátják, illetve ha úgy ítélik, hogy a kezelésre alkalmatlan vagy nem motivált.

Romániában az igazságügyi, a közegészségügyi és a közigazgatási és belügyi miniszter együttes rendeletével (a fogva tartottaknak szóló integrált orvosi, pszichológiai és szociális támogató programok folytatásáról) 2006. májusban új jogalapot teremtettek a helyettesítő kezelés létrehozásához a börtönökben.

Norvégiában az igazságügyi minisztérium és az egészségügyi és szociális minisztérium 2006-os körlevele megerősítette a két szektor közötti együttműködést, hogy jobb utókövetést tudjanak biztosítani a büntetőítéletek letöltése alatt és után. Konkrétabb fejlemény, hogy Szlovákiában egy 2006-os törvény engedélyezte a pszichológiai szolgáltatásokat a megvonási tünetektől szenvedő, vizsgálati fogságban lévő kábítószer-használók számára. Ez a törvény a kábítószer-használók számára akkor kívánja biztosítani az ilyen szolgáltatásokat, amikor a legjobban rá vannak szorulva, azaz az őrizetbe vétellel azonnal bekövetkező kényszerű megvonás idején. A törvény létrehozta a jogalkotási kereteket is az elítélt kábítószer-használókat segítő, meglévő speciális kezelési egységek támogatására.

3. fejezet

Kannabisz

Bevezetés

A kannabisz tekintetében az európai összkép 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 szinte mindegyik országban nőtt a kannabiszhasználat, ennek folytán mára sokkal kevésbé változatos az európai összkép, bár az országok között továbbra is vannak különbségek. Ráadásul az elmúlt néhány évben egyre jobban sikerült megismerni e 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 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 sok táján a szabadban is nő, ezért jelenleg úgy véljük, hogy a növényt 172 országban és területen termesztik (UNODC, 2008) ⁽³⁴⁾. Ezek a tények együttesen azt jelentik, hogy valószínűleg nagyon nehéz bármennyire pontos becslést készíteni a kannabisz világszintű termeléséről. A kannabisznövény globális termelését az UNODC legfrissebb számadatai szerint 41 600 tonnára teszik (2006), amelynek legalább a feléért Amerika

(Észak- és Dél-Amerika) felel, közel egynegyedéért pedig Afrika (UNODC, 2008).

A kannabisz termesztésének elterjedtségéből az is következik, hogy a kereskedelem jelentős része valószínűleg régiók belül történik. Ez vonatkozik a kannabisznövény egy részére Európában, ahol a belföldi termelés mellett ⁽³⁵⁾ Albániát és Hollandiát tartják nyilván forrásországgként (Reitox országjelentések). A jelentések szerint az Európában megjelenő kannabisznövény egy része a világ más tájairól származik, többek között: Nyugat- és Dél-Afrikából (Nigéria, Angola), Délkelet-Ázsiából (Thaiföld), Délnyugat-Ázsiából (Pakisztán) és Amerikából (Kolumbia, Jamaica) (CND, 2008; Europol, 2008).

A kannabiszgyanta globális termelését 2006-ban 6000 tonnára becsülték, ami a 2004-es 7500 tonnához képest csökkenést jelent (UNODC, 2007); a fő nemzetközi termelő továbbra is Marokkó volt. A kannabiszgyantát termelő területek mérete a 2003-as 134 000 hektárról 76 400 hektárra csökkent, ahol 2005-ben 1066 tonnát állítottak elő (UNODC és Marokkó kormánya, 2007). A gyanta termelését jelentették még Afganisztánból – ahol gyorsan bővül –, továbbá Pakisztánból, Indiából, Nepálból és más közép-ázsiai és FÁK-országokból (UNODC, 2008). A Marokkóban termelt kannabiszgyantát jellemzően az Ibériai-félszigeten keresztül csempézik be Európába (Europol, 2008), majd egy részét továbbszállítják Hollandiába.

Lefoglalások

2006-ban 5230 tonna kannabisznövényt és 1025 tonna kannabiszgyantát foglaltak le világszerte, ami a 2004-es csúcshoz képest csökkenést jelent. A lefoglalt kannabisznövény nagy részéért (58%) továbbra is Észak-Amerika felelt, míg a gyantából lefoglalt mennyiség változatlanul Nyugat- és Közép-Európában (62%) koncentrált (UNODC, 2008).

Európában 2006 folyamán becslések szerint 177 000 alkalommal foglaltak le kannabisznövényt,

⁽³⁴⁾ A kábítószer kínálatáról és hozzáférhetőségéről szóló adatok forrására vonatkozó információkat lásd a 40. oldalon.

⁽³⁵⁾ Lásd „Az európai kannabisztermelés” 41. o.

összesen 86 tonna mennyiségben ⁽³⁶⁾. Az EU tagállamai közül az Egyesült Királyság jelentette be a legtöbb kannabisznövény-lefoglalást, igaz, a 2006-ra vonatkozó adatok még nem hozzáférhetők. Törökország a kannabisznövényt tekintve 2006-ban rekordmennyiségű lefoglalásról számolt be. A kannabisznövény európai lefoglalásainak száma 2001 óta egyenletesen nőtt, ugyanakkor a lefoglalt mennyiséget tekintve általános visszaesést tapasztaltak, egészen 2005-ig, míg a legfrissebb adatok ismét emelkedést mutatnak.

A kannabiszgyanta lefoglalásai Európában mind a lefoglalások száma, mind a mennyisége terén meghaladták a kannabisznövényeit: kétszer annyi lefoglalás történt (325 000), a lefoglalt mennyiség pedig nyolcszor annyi volt (713 tonna). A gyantából a legtöbb lefoglalást továbbra is Spanyolországból jelentették (2006-ban ez az ország felelt a lefoglalások körülbelül feléért és a lefoglalt mennyiség nagyjából kétharmadért), utána következett – jócskán lemaradva – Franciaország és az Egyesült Királyság. A 2001–2003 közötti stabilizáció időszaka után a kannabiszgyanta európai lefoglalásainak száma ismét emelkedett, a lefoglalt mennyiségek viszont 2003–2004-ig nőttek, majd csökkenni kezdtek.

2006-ban a becsült 10 500 európai lefoglalás körülbelül 2,3 millió kannabisznövény ⁽³⁷⁾ és 22 tonna kannabisznövény elkobzásához vezetett (64%-áért Spanyolország felelt). A 2001 óta tartó egyenletes emelkedést követően a kannabisznövény lefoglalásainak száma 2006-ban stabilizálódott ⁽³⁸⁾. A 2001-ben lefoglalt rekordmennyiséget követő 2002-es meredek visszaesés után az Európában lefoglalt növények száma újra emelkedett, bár 2006-ban a 2001-ben bejelentett szám felénél stabilizálódott. Ugyanezen öt éves időszak során az Európában lefoglalt kannabisznövények kilogrammban bejelentett mennyisége egyenletesen emelkedett, ami 2006-ban a litvániai rekordfogások folytán felgyorsult.

Erősség és ár

A kannabisztermékek erősségét az elsődleges hatóanyag, a Δ^9 -tetrahidrokannabinol (THC) tartalma határozza meg. A kannabisz erőssége országonként és az egyes országokon belül, illetve a különböző kannabiszmintákat és termékeket tekintve nagyon változó. Különböző módszertani okok miatt ezen a területen nehéz értelmezni az adatokat, és az is kérdéses, hogy az elemzett lefoglalások milyen mértékben tükrözik a piac egészét. A kutatások arra utalnak, hogy a belföldi, intenzív

A kábítószerkínálat és hozzáférhetősége – adatok és források

A tiltott kábítószerpiacok és -kereskedelem bemutatásához szükséges szisztematikus, rutinszerű információk még mindig 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 nem behatárolt földrajzi területen termesztett növényi kultúrák megfigyelésének nehézsége, amilyen például a kannabisz.

A kábítószerkínálatát sokszor a kábítószerkínálatának, kereskedelmi útvonalainak és elérhetőségének közvetett mutatójának tekintik, noha ezek valójában a bűnüldözési prioritásokat, erőforrásokat és stratégiákat, a kereskedők veszélyeztetettségét és a bejelentési gyakorlatokat is tükrözik. A kábítószerkiskereskedelmi piacainak megismeréséhez a tiltott kábítószerkínálat tisztaságáról vagy erősségéről és kiskereskedelmi áráról szóló adatokat is ki lehet elemezni. Az ilyen típusú adatok elérhetősége azonban esetenként korlátozott, és a megbízhatóságuk, valamint összehasonlíthatóságuk is megkérdőjelezhető. A bűnüldöző hatóságoktól származó operatív információ hozzájárulhat a teljesebb kép kialakításához.

Európában az EMCDDA gyűjti össze a kábítószerlefelvételre vonatkozó országos adatokat. A kábítószerkínálatról szóló többi adat nagyrészt az UNODC információrendszeréből és elemzéseiből származik, kiegészítve az Europoltól származó pluszinformációkkal. A kábítószerprekurzorokról származó információt az INCB-től nyerik, amely aktívan részt vesz a tiltott kábítószerkínálat előállításához használt prekursor vegyi anyagok eltérítésének megelőzésére irányuló nemzetközi kezdeményezésekben.

Mivel a világ számos részén nincsenek kifinomult információs rendszerek a kábítószerkínálat felmérésére, a becslések és más bejelentett adatok némelyikét óvatossággal kell kezelni, még ha a lehető legjobb közelítést is jelentik.

körülmények között termesztett kannabisz jellemzően erősebb hatású. 2006-ban a gyantaminták THC-tartalma a jelentések szerint 2,3% és 18,4% között volt, a kannabisznövényé pedig kevesebb mint 1% és 13% között alakult. A 2001–2006-os időszakban a gyanta és a kannabisznövény erőssége az elegendő adatot közlő 16 európai ország közül sokban stabil volt vagy csökkent; felfelé tartó tendenciát figyeltek meg viszont Hollandiában az import kannabiszgyanta

⁽³⁶⁾ Az ebben a fejezetben az európai kábítószer-lefoglalásokról említett adatok megtalálhatók az SZR-1., SZR-2., SZR-3., SZR-4., SZR-5. és SZR-6. táblázatban a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽³⁷⁾ Mivel Törökország a 2001–04-es nagy mennyiségű lefoglalás bejelentését követően, 2005-ben és 2006-ban nem jelentett be kannabisznövény-lefoglalást, kizárták az európai elemzésből.

⁽³⁸⁾ Ez egyelőre csak előzetes összesítés, mivel az Egyesült Királyságra vonatkozó adatok 2006-ból még nem elérhetők, ugyanakkor 2005-ben ez az ország jelentette be a legtöbb kannabisznövény lefoglalását.

esetében, hét másik országban pedig a kannabisznövény esetében. A helyben termesztett kannabisznövény erősségére vonatkozó többéves becslések csak Hollandiára vonatkozóan állnak rendelkezésre, ahol a jelentések szerint a 2004-es 20,3%-os csúcs után 2006-ban 16,0%-ra csökkent ⁽³⁹⁾.

A kannabisznövény és a kannabiszgyanta jellemző kiskereskedelmi ára grammonként 2 és 14 EUR között mozgott, ezen belül az európai országok többsége mindkét termék esetében 4–10 EUR közötti árat jelentett be. A 2001–2006 közötti időszakban Belgium és Németország kivételével a kannabiszgyanta (inflációnak megfelelően korrigált) kiskereskedelmi ára a jelentések szerint csökkent. A legtöbb ország rendelkezésre álló adatai a kannabisznövény esetében stabilabb árakat mutatnak ebben az időszakban, Németország és Ausztria kivételével, ahol bizonyos jelek áremelkedésre utaltak.

Előfordulás és használati minták

Az általános népesség körében

Konzervatív becslések szerint a kannabiszt több mint 70 millió európai használta életében legalább egyszer (életprevalencia), ami a 15–64 éves korosztály több mint egyötödét jelenti (az adatok összefoglalását lásd a 2. táblázatban). Bár az országok között komoly különbségek vannak, 2% és 37% között változó országos számadatokkal, az országok fele a 11–22% közötti tartományba eső becslést közölte.

Sok országból jelentették a kannabiszhasználat viszonylag magas elmúlt évi és elmúlt havi prevalenciáját. A becslések szerint az elmúlt évben körülbelül 23 millió európai használt kannabiszt, avagy átlagosan az összes 15–64 év közötti lakos kb. 7%-a. Az előző havi használat előfordulásának becslései a rendszeresebb szerhasználókat tartalmazzák, bár ez nem jelent feltétlenül intenzív használatot (lásd alább). A becslések szerint körülbelül 12,5 millió európai, azaz a teljes 15–64 év közötti lakosság átlagosan kb. 4%-a használta a kábítószerrel a megelőző hónapban.

Kannabiszhasználat a fiatal felnőttek körében

A kannabiszhasználat nagyrészt a fiatalok (15–34 évesek) körében koncentrálódik, ezen belül a használat legmagasabb szintjeit általában a 15–24 évesek köréből jelentik. Ez szinte valamennyi európai országra igaz, Belgium, Ciprus és Portugália kivételével ⁽⁴⁰⁾.

Az európai kannabisztermelés

A kannabisz belföldi termelésének kérdése az elmúlt években Európa-szerte egyre fontosabb lett, ami arra világít rá, hogy az európai országok többsége helyi kannabiszültetvényekről, illetve néhány jelentős kannabisznövény-lefoglalásról számol be. Az Európában termesztett kannabisz a jelentések szerint egyrészt beltéri létesítményekből származik – ahol gyakran intenzíven termesztik –, másrészt szabadföldi ültetvényekről. Az ültetvények mérete a termelő motivációjának és forrásainak függvényében igen változatos lehet, a személyes használatra szánt, néhány tőből álló kiskerttől a kereskedelmi célokra szánt, több ezer tőből álló nagygazdaságig terjedhet.

Az információ csak szóróványosan áll rendelkezésre, ami megakadályozza az európai kannabisztermesztés mértékének pontos felmérését. Mindazonáltal számos ország jelentése utal arra, hogy a jelenséget immár nem lehet marginálisnak tekinteni. A francia populációs felmérések például 2005-ben úgy becsülték, hogy körülbelül 200 000 ember termesztett már kannabiszt életében legalább egyszer. Az Egyesült Királyságban a rendőrség 2005–2006-ban több mint 1 500 kannabiszgazdaságot számolt fel Londonban, telephelyenként átlagosan 400 tővel (Daly, 2007). Úgy vélik, hogy a kapható növényi kannabisz nagy részét most már vagy helyben, vagy más európai országokban termelik. Hollandiában a kannabisztermesztés az ország egyes részein igen elterjedt: a 2005-ben és 2006-ban felszámolt termesztési helyek száma a becslések szerint összesen 6000 volt.

Úgy tűnik, hogy az 1990-es évek eleje és közepe között néhány nyugat-európai országban meredeken megemelkedett a kannabisztermelés, ami részben a kannabiszfogyasztók válasza lehetett az importált gyanta – akkoriban a legszélesebb körben használt kannabisztermék – érzékelhetően gyenge minőségére és magas árára. Néhány országban a szerhasználók többsége most már vélhetőleg a helyben termesztett kannabisznövényt fogyasztja. A házilág termesztett kannabisznövény többek között a kertészeti ismeretek és technológiák (a terméshozam maximalizálása és a tetten érés elkerülése) fejlődésének köszönhetően vehette át részben az importált gyanta helyét, ami aztán elterjedt az interneten is (Hough és mások, 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). A helyben termelt kannabisz a termelő szempontjából azzal az előnnyel is jár, hogy nem kell átszállítani az országhatárokon.

A populációs felmérések adatai azt mutatják, hogy a fiatal európai felnőttek (15–34 évesek) átlagosan 31%-a próbálta már a kannabiszt, 13%-uk használta az elmúlt évben és 7%-uk használta az előző hónapban. A becslések szerint a 15–24 éves korcsoportban még ennél is magasabb azok aránya, akik az elmúlt évben

⁽³⁹⁾ Az erősségre és az árra vonatkozó adatokat lásd a PPP-1. és a PPP-5. táblázatban a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴⁰⁾ Lásd a GPS-1. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

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

A kábítószer-használatot az általános 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 kábítószereket. A felmérések hasznos kísérőinformációkat adhatnak a használati mintákról, a használók szocio-demográfiai jellemzőiről, az észlelt kockázatokról és a hozzáférhetőségről ⁽¹⁾.

Az EMCDDA a nemzeti szakértőkkel szoros együttműködésben kidolgozta a felnőttek felméréseiben használható közös alapelemek készletét (az „európai mintakérdőív”). Ezt a protokollt most már az EU legtöbb tagállamában bevezették ⁽²⁾. Az országok között 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 ⁽³⁾.

Mivel a felmérések lebonyolítása költséges, 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, melyet a legtöbb esetben a 2004 és 2007 közötti időszakban készítettek.

A felmérési adatok bejelentésére használt három szabványos időmeghatározás közül az életprevalencia a legáltalánosabb. Ez a felnőttek körében nem tükrözi a kábítószer-használat jelenlegi helyzetét, viszont hasznos a diákokról szóló jelentésekben, továbbá betekintést ad a használat és a megjelenés mintáiba. A felnőtteknél az elmúlt évi és az elmúlt havi használaton van a hangsúly ⁽⁴⁾. Fontos a kábítószereket rendszeresen vagy problémásan használók azonosítása, és e téren van is előrehaladás a használat intenzívebb formáinak az általános népesség, a felnőttek és a diákok körében való mérésére szolgáló rövid skálák kidolgozásával (lásd a pszichometriai skálák kidolgozásáról szóló keretes írást a 2007-es éves jelentésben).

⁽¹⁾ A felmérési módszertanról bővebb információ érhető el a 2008. évi statisztikai közlönyben (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

⁽²⁾ Elérhető: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>

⁽³⁾ Az országos felmérésekre vonatkozó bővebb információért lásd a GPS-121. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴⁾ Az EMCDDA standard korcsoportjai a következők: az összes felnőtt (15–64 évesek) és a fiatal felnőttek (15–34 évesek). Ebben a jelentésben az „életprevalencia”, az „elmúlt évi előfordulás” és az „elmúlt havi előfordulás” kifejezéseket, néha pedig a köznyelvi „kipróbálás szintű használat”, „közelmúltbeli használat”, illetve „jelenlegi használat” kifejezéseket használtuk.

(17%) vagy az elmúlt hónapban (9%) kábítószer használtak, ugyanakkor ebben a korcsoportban valamivel kevesebben vannak azok, akik kipróbálták a kábítószert (30%). A kábítószerhasználat 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 kábítószerhasználat a férfiak körében gyakoribb, mint a nőknél (lásd a nemekről szóló 2006-os kiválasztott témát), de az országok között e téren is komoly különbségek figyelhetők meg. Az elmúlt évi kábítószerhasználatról nyilatkozó férfiak és nők aránya például a portugáliai 6,4 (férfi–nő) és az olaszországi 1,3 között mozgott.

Kábítószerhasználat a diákok körében

A dohányzás és az alkohol után a diákok körében továbbra is a kábítószer a leggyakrabban használt pszichoaktív szer.

A 15–16 éves diákok esetében a kábítószerhasználat kipróbálás szintű előfordulását úgy lehet tekinteni, hogy közelmúltbeli vagy jelenlegi használatot tükröz,

mivel az ezzel a szerrel való első próbálkozásokra jellemzően ebben az életkorban vagy annak környékén kerül sor. A 15 évesek körében végzett 2005/2006-os HBSC felmérésből származó adatok azt mutatják, hogy a kábítószerhasználat életprevalenciája a 27 országban rendkívül változatos. Öt ország számolt be 10% alatti becsült életprevalenciáról a kábítószer esetében; 11 országból 10% és 20% közötti értékeket jelentettek, másik 11 országban pedig 21% és 31% között volt ez az arány (Currie és mások, 2008) ⁽⁴¹⁾. Ebben a korcsoportban a fiúk rendszerint a kábítószerhasználat magasabb előfordulási arányáról számolnak be, mint a lányok, de a legmagasabb becsült előfordulási arányokkal rendelkező országok némelyikében a bejelentett prevalencia nemek szerinti különbsége csekély, ha van egyáltalán különbség.

Az életprevalenciához hasonlóan az elmúlt 30 napban történt használat becsléseit illetően is nagy különbségek vannak az országok között. Néhány országból illetőleg gyakorlatilag nem is jelentettek, míg más országokban a megkérdezettek 15%-a nyilatkozott az elmúlt 30 napban történt használatról, és a férfiak körében ez az arány olykor még ennél is magasabb volt. A korábbi ESPAD felmérések során gyűjtött adatok alapján úgy becsülték, hogy az EU-tagállamokban, Horvátországban

⁽⁴¹⁾ Lásd az EYE-5. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

Friss iskolai felmérések

Az „egészséges viselkedés az iskoláskorú gyermekeknél” (HBSC) felmérés a WHO együttműködésén alapuló vizsgálata, amely a gyermekek egészségét és egészséggel kapcsolatos viselkedését vizsgálja, és 2001 óta pedig a 15 éves diákok körében a kannabiszhasználatra vonatkozó kérdéseket is tartalmaz. 2005. október és 2006. május között zajlott a felmérés második olyan szakasza, amely a kannabiszhasználatra vonatkozó kérdéseket is tartalmazott, 26 EU-tagállam és Horvátország részvételével.

Az „alkohollal és más kábítószerrel kapcsolatos európai iskolai projekt” (ESPAD) negyedik fordulójára 2007-ben került sor, 25 EU-tagállam, Horvátország és Norvégia részvételével. Ez a felmérés kifejezetten a szerhasználatot vizsgálja a 16. évüket az adott naptári évben betöltő diákok körében. A legfrissebb felmérésekből származó eredményeket 2008. decemberben teszik közzé.

Ezekben a négyévente lebonyolított nemzetközi iskolai felmérésekben minden forduló alkalmával egyre nőtt a részvétel, így most már a legtöbb európai országra kiterjednek.

Spanyolország, Olaszország, Portugália, Szlovákia, Svédország és az Egyesült Királyság 2006-ban a saját országos iskolai felméréséből származó adatokat is közölt a kannabiszhasználatról.

és Törökországban 2003-ban a 15–16 éves diákok közül körülbelül 3,5 millió (22,1%) használt kannabiszt életében legalább egyszer, és nagyjából 1,7 millióan (11%) használták a szert a felmérést megelőző hónapban.

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, 2005) a kannabiszhasználat életprevalenciáját a fiatal felnőttek (15–34 évesek, az EMCDDA-nál átszámítva) körében 49%-ra, az elmúlt évi prevalenciát 21%-ra becsülte. Ugyanebben a korcsoportban a kannabiszhasználat életprevalenciája 58%, elmúlt évi prevalenciája 28% volt Kanadában (2004), Ausztráliában (2004) pedig 48%, illetve 20% volt ez az arány. Ezek a számok kivétel nélkül meghaladják a megfelelő európai átlagokat, azaz a 31%-ot, illetve a 13%-ot.

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 ⁽⁴²⁾. Azok közül viszont, akik az elmúlt évben használták a kábítószer, átlagosan 56% az elmúlt hónapban is használta.

A használat intenzív és hosszú távú mintáinak felbecsülése fontos közegészségügyi kérdés. A napi vagy majdnem napi szintű használat (az elmúlt 30 napból 20 vagy több napon) az intenzív használat mutatója lehet. 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. Bár a felmérés köre korlátozott volt, ezen adatok alapján úgy becsülték, hogy az összes európai felnőtt több mint 1%-a, körülbelül 4 millió ember használ kannabiszt naponta vagy majdnem minden nap. E kannabiszhasználók többsége, körülbelül 3 millió fő 15 és 34 év közötti, ami ebben a korcsoportban a teljes európai népesség nagyjából 2–2,5%-át jelenti ⁽⁴³⁾.

Az intenzív kannabiszhasználat európai tendenciáit nehéz felmérni, de a mindkét (2004 és 2007) terepkísérletben részt vevő országok (Franciaország, Spanyolország, Írország, Görögország, Olaszország, Hollandia, Portugália) körében az átlagos növekedés körülbelül 20% volt, bár ezt a becslést Franciaország, Spanyolország és Olaszország számadatai nagymértékben befolyásolták.

Az ismételt kannabiszhasználat a hosszú időszakokat tekintve viszonylag stabil, még a fiatalabb használók körében is. Egy nemrég megjelent német tanulmány, amely egy 14–24 évesekből álló kohorszt követett nyomon 10 éven át, azt mutatta, hogy azoknak, akik a vizsgálati időszak kezdetekor ismételt kannabiszhasználatot (életükben öt vagy több alkalom) tudtak maguk mögött, nagy része a későbbiekben is használta a kábítószer: négy év múlva 56% számolt be a használatáról, és 46% még 10 év elteltével is használta. Ezzel szemben úgy tűnt, hogy az időszak elején alacsony minőségű használat (1–4 alkalom) nem járt együtt a kábítószer hosszabb távú, problémásabb használati formáinak kialakulásával (Perkonig, 2008).

A kannabiszfüggőségről egyre inkább elismerik, hogy a kábítószer rendszeres használatának egyik következménye lehet, bár a súlyossága és a következményei talán kevésbé tűnnek komolynak, mint a többi pszichoaktív anyag némelyike esetében általánosan megszokottak. A

⁽⁴²⁾ Lásd a GPS-2. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴³⁾ Az itt közölt európai átlagok az adatokkal rendelkező országokra vonatkozó (népesség szerint) súlyozott átlagon alapuló durva becslések.

Az adatokkal nem rendelkező országok esetében az átlagos eredménnyel számoltak. Az így kapott számadatok: az összes felnőtt (15–64 évesek) 1,2%-a és a fiatal felnőttek (15–34 évesek) 2,3%-a. Lásd a GPS-7. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

2. táblázat: A kannabiszhasználat előfordulása az általános népességben – az adatok összefoglalása

Korcsoport	A használat időszaka		
	Élete folyamán	Az elmúlt évben	Az elmúlt hónapban
15–64 évesek			
A használók becsült száma Európában	71,5 millió	23 millió	12,5 millió
Európai átlag	21,8%	6,8%	3,8%
Tartomány	1,7–36,5%	0,8–11,2%	0,5–8,7%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (1,7%) Málta (3,5%) Bulgária (4,4%) Ciprus (6,6%)	Málta (0,8%), Bulgária (1,5%), Görögország (1,7%), Svédország (2,0%)	Málta (0,5%), Svédország (0,6%), Litvánia (0,7%), Bulgária (0,8%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Dánia (36,5%), Franciaország (30,6%), Egyesült Királyság (30,1%), Olaszország (29,3%)	Olaszország, Spanyolország (11,2%) Cseh Köztársaság (9,3%) Franciaország (8,6%)	Spanyolország (8,7%) Olaszország (5,8%) Egyesült Királyság, Franciaország, Cseh Köztársaság (4,8%)
15–34 évesek			
A használók becsült száma Európában	42 millió	17,5 millió	10 millió
Európai átlag	31,2%	13%	7,3%
Tartomány	2,9–49,5%	1,9–20,3%	1,5–15,5%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (2,9%) Málta (4,8%) Bulgária (8,7%) Ciprus (9,9%)	Málta (1,9%) Görögország (3,2%) Ciprus (3,4%) Bulgária (3,5%)	Görögország, Litvánia, Svédország (1,5%) Bulgária (1,7%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Dánia (49,5%) Franciaország (43,6%) Egyesült Királyság (41,4%) Spanyolország (38,6%)	Spanyolország (20,3%) Cseh Köztársaság (19,3%) Franciaország (16,7%) Olaszország (16,5%)	Spanyolország (15,5%) Franciaország, Cseh Köztársaság (9,8%) Egyesült Királyság (9,2%)
15–24 évesek			
A használók becsült száma Európában	20 millió	11 millió	6 millió
Európai átlag	30,7%	16,7%	9,1%
Tartomány	2,7–44,2%	3,6–28,2%	1,2–18,6%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (2,7%) Málta (4,9%) Ciprus (6,9%) Görögország (9,0%)	Görögország, Ciprus (3,6%) Svédország (6,0%) Bulgária, Portugália (6,6%)	Görögország (1,2%), Svédország (1,6%), Кипър, Litvánia (2,0%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Dánia (44,2%) Cseh Köztársaság (43,9%) Franciaország (42,0%) Egyesült Királyság (39,5%)	Cseh Köztársaság (28,2%) Spanyolország (24,3%) Franciaország (21,7%) Egyesült Királyság (20,9%)	Spanyolország (18,6%) Cseh Köztársaság (15,4%) Franciaország (12,7%) Egyesült Királyság (12,0%)

Az információ mindegyik ország esetében a legutolsó rendelkezésre álló felmérésen alapul. A vizsgált évek 2001–2007 között voltak. Az átlagos európai előfordulást az egyes országok adott korcsoportba tartozó népességének megfelelően súlyozott átlaggal számították ki. Azokban az országokban, ahol semmilyen információ nem állt rendelkezésre, az átlagos uniós előfordulással számoltak. Az alapul vett populációk: 15–64 (328 millió), 15–34 (134 millió) és 15–24 (64 millió). Az itt összefoglalt adatok a 2008. évi statisztikai közlöny „Általános lakossági felmérések” című részében találhatók.

kannabiszt rendszeresen használó populáció viszonylag magasabb aránya miatt azonban a kannabiszhasználat intenzív formáinak közegészségügyi hatásai összességében mégis jelentősek lehetnek. Az Egyesült Államokra vonatkozó országos populációs felmérések adatainak elemzése azt mutatja, hogy 2000–2006 között a napi szintű használók körülbelül 20–30%-a minősült függőnek ⁽⁴⁴⁾. Egy ausztrál vizsgálatban a hosszú távú kannabiszhasználók 92%-a esetében találták úgy, hogy életük valamely szakaszában függők voltak, és több mint a felüket a vizsgálat időpontjában is függőnek ítélték. Az egy évvel később készült utókövető vizsgálat arra utalt, hogy a hosszú távú használók körében a kannabiszhasználat és a függőség mértéke ilyen hosszú időszakot tekintve állandó lehet (Swift és mások, 2000).

Az EMCDDA sok országgal együttműködve módszereket dolgoz ki a kannabiszhasználat intenzívebb és jelentősen hosszú távú formáinak megfigyelésére, a függőséget is beleértve. Az EU több országában is folyik a pszichometriai skálák tesztelése, a rendelkezésre álló bizonyítékok elemzésére pedig még az idén sor kerül. Ez az információ segítheti az EU-tagállamokat a kannabiszhasználat problémásabb formáiból eredő közegészségügyi khatások felmérésében és a megfelelő beavatkozások megtervezésében ⁽⁴⁵⁾.

A kannabiszhasználat mintái a diákok körében

A HBSC adatai azt mutatják, hogy a 15 éves iskolások körében a rendszeres kannabiszhasználat továbbra is ritka. Csak hat országból jelentettek 2%-ot meghaladó előfordulást a rendszeres kannabiszhasználat esetében (itt úgy definiálták, hogy az előző 12 hónapban 40 vagy több alkalom). A rendszeres használat azonban a fiatal férfiak között általában gyakrabban fordul elő, és hét országban a becslések az 5%-ot közelítették. A jelentések azt jelzik, hogy a kannabiszhasználat problémásabb mintái és a veszélyeztetett csoporthoz (pl. fiatalokor elkövetők, iskolakerülők, gyenge tanulók) való tartozás között van összefüggés, ami arra utal, hogy külön stratégiákra van szükség, hogy ezeknek a különösen veszélyeztetett fiataloknak biztonsági hálót lehessen biztosítani. Ezt a kérdést járja körül a fiatalokról szóló 2008-as kiválasztott téma.

Az ESPAD-dal együttműködésben felmérés készült a polidroghasználatról, amely 2003-ban más diákokkal hasonlította össze azokat a 15–16 éves diákokat, akik

a megelőző 30 nap során kannabiszt használtak. Az összehasonlítás azt mutatja, hogy azok a diákok, akik használtak kannabiszt, az átlagot tekintve nagyobb valószínűséggel használtak más anyagokat is. Bár a kannabiszhasználók körében a más kábítószeres elöző havi előfordulása alacsony maradt (10% alatti), a cigarettázás és a mértéktelen ivás szintje a kannabiszhasználók között körülbelül kétszerese (80%) volt az általános diákpulációénak. Ezek az összehasonlítások azt jelzik, hogy a kannabiszhasználat mind a legális, mind a tiltott kábítószeres használatának az átlagosnál lényegesen magasabb arányaival jár együtt ⁽⁴⁶⁾.

A kannabiszhasználat tendenciái

Csak Svédország és Norvégia számolt be a fiatalok vagy a besorozott újoncok körében végzett, az 1970-es évekig visszanyúló felméréssorozatokról. A használat első hullámát az 1970-es években figyelték meg, ezt az 1980-as években visszaesés, majd az 1990-es évek folyamán újabb jelentős emelkedés követte. A közelmúltbeli felmérésekben az elkezdés éve szerinti elemzés ugyancsak a kannabiszhasználat jelentős bővülését mutatta Spanyolországban (a hetvenes évek közepén) és Németországban (a kilencvenes évek elején) (lásd a 2004-es és a 2007-es éves jelentést).

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 (4. ábra) és a diákok körében. 2000 körül a kannabiszhasználat életprevalenciája a 15–34 éves korcsoportban kilenc országban emelkedett 30% fölé, és két esetben 40% körül volt, míg az elmúlt évi előfordulás hét országban ért el 15–20%-ot, az elmúlt havi előfordulás pedig hat országban 8–15% között volt. Különösen érdekesen alakult a kannabiszhasználat az Egyesült Királyságban (Anglia és Wales), abban az országban, amely az 1990-es évek elején és közepén Európán belül a legmagasabb becsült előfordulási rátákat jelentette be, a közelmúltban viszont egyenletesen csökkenő tendenciát figyelt meg, különösen a 16–24 éves korcsoportban ⁽⁴⁷⁾.

A közelmúlt országos felméréseiből származó információk arra utalnak, hogy a kannabiszhasználat sok országban stabilizálódik. Abból a 16 országból, amelyek esetében lehetőség van a 2001–2006 közötti tendenciák elemzésére, a fiatal felnőttek körében az elmúlt évi

⁽⁴⁴⁾ Az NSDUH online elemzési lehetősége: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, a hozzáférés 2008. február 25-én történt, az elemzett MJDAY30A és a DEPNDMRJ változók használatával.

⁽⁴⁵⁾ A beavatkozásokat, pl. a kezelési formákat a „Kezelési szolgáltatások”, 48. o. részben mutatjuk be.

⁽⁴⁶⁾ Az elemzés az alkohollal és más kábítószerrel kapcsolatos európai iskolai projektből (ESPAD) származó adatokon alapul, és összhangban van az ESPAD adatbázis használatára vonatkozó szabályokkal. A részt vevő országokra vonatkozó adatokat közli fő országos kutatók megtalálható a projekt weboldalán (www.espad.org).

⁽⁴⁷⁾ Lásd a GPS-10. a 2008. évi statisztikai közlönyben.

előfordulás hat országban emelkedett 15%-kal vagy ennél nagyobb mértékben, három országban ugyanilyen mértékben csökkent, hét országban pedig egy szinten maradt ⁽⁴⁸⁾.

A diákok körében előforduló kannabiszhasználatról legutóbb közzétett adatokból ugyancsak stagnáló vagy csökkenő tendenciát lehetett megfigyelni. A HBSC 2001/2002-es és 2005/2006-os adatainak összehasonlítása az EU legtöbb országában mind a kipróbálás szintű, mind az ennél gyakoribb kannabiszhasználat esetében stabil vagy csökkenő tendenciát mutatott a 15 éves diákok körében ⁽⁴⁹⁾. Spanyolországban, Portugáliában, Szlovákiában, Svédországban és az Egyesült Királyságban a közelmúltban készült országos iskolai felmérések ugyancsak stabil vagy csökkenő tendenciákról számoltak be.

Mivel úgy tűnik, hogy a kannabisz európai elérhetősége összességében nem változott, az ára pedig a legtöbb adatközlő országban csökkenni látszik, a jelenlegi stabilizálódás vagy csökkenés magyarázatát valahol máshol kell keresni. A 2005-ös francia populációs felmérés (Baromètre Sante) azt állapította meg, hogy azok közül, akik felhagytak a kannabisz használatával,

80% az érdeklődés hiányával magyarázta a leállást. A magyarázat részben a dohányzás terén megfigyelt csökkenésben is keresendő, mivel az alkalmazási mód megegyezik a kannabiszéval, és a két viselkedés ezért valamilyen szinten összefüggésbe hozható (Reitox országjelentések és Currie és mások, 2008).

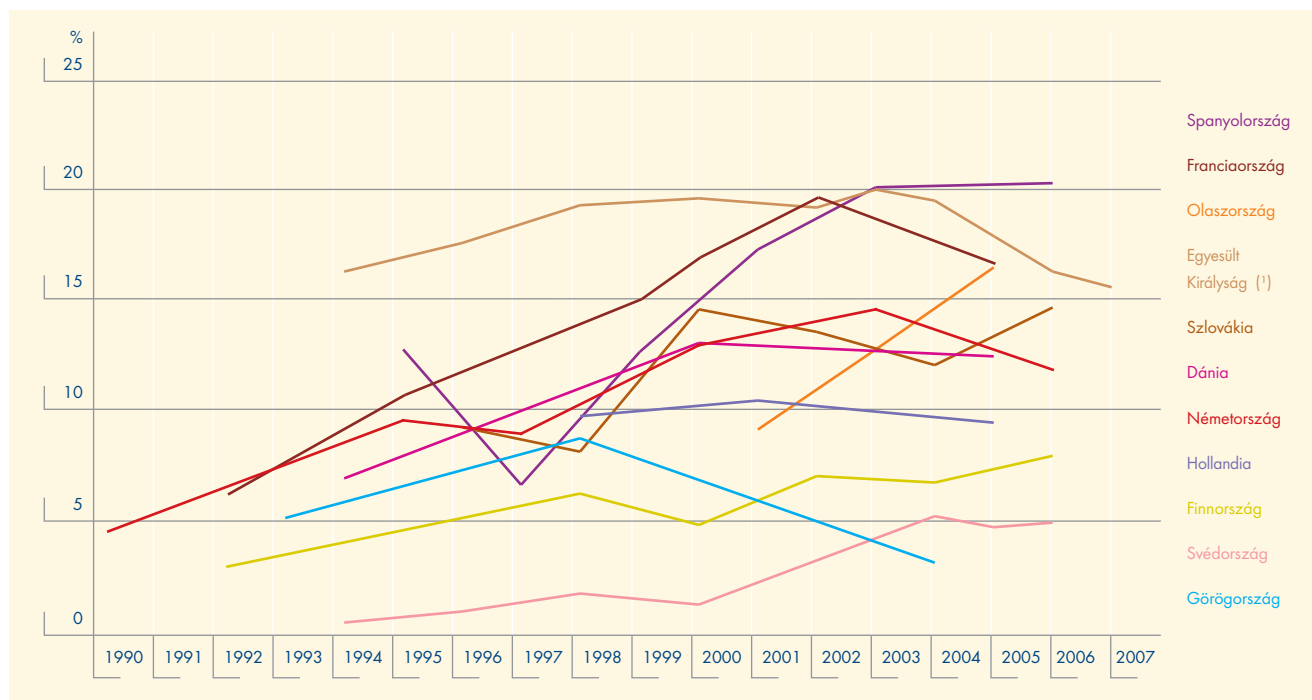
A kannabisz kísérleti vagy alkalmi használatának visszaesése nem feltétlenül függ össze közvetlenül a kábítószer rendszeres használatának alakulásával. Ez derült ki két, németországi serdülők körében végzett, egymást követő felmérés adataiból, amelyek az életprevalencia és az elmúlt évi prevalencia csökkenését mutatták, miközben a kannabisz „rendszeres használata” (az elmúlt évben 10-nél több alkalommal) nem változott (2,3%) (BZgA, 2004 és BZgA, 2007, a német országjelentés idézi).

Kannabisz miatti kezelés

A kezelési igények mintái

A 2006-ban bejelentett körülbelül 390 000 gyógykezelési igény közül (24 országból állnak rendelkezésre adatok) a kannabiszt az esetek kb.

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



⁽¹⁾ Anglia és Wales.

Megjegyzés: További információért lásd a GPS-4. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox országjelentések (2007), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

⁽⁴⁸⁾ Ahol a pontos évekről nem állt rendelkezésre információ, az előző vagy a következő évre vonatkozó információt használták; amennyiben ez sem állt rendelkezésre, az elemzést nem végezték el.

⁽⁴⁹⁾ Lásd az EYE-4. és EYE-5. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

21%-ában nevezték meg a kezelés megkezdésének első számú okaként, amivel a heroin után a második leggyakrabban megnevezett kábítószer lett ⁽⁵⁰⁾. Az országok között viszont jelentős különbségek voltak: Bulgáriában, Litvániában, Luxemburgban és Romániában a kannabiszt az összes kliens kevesebb mint 5%-a nevezte meg a kezelés megkezdésének első számú okaként, míg Franciaországban, Magyarországon és Hollandiában a kezelésre jelentkező kliensek több mint 30%-ánál ez volt az elsődleges kábítószer ⁽⁵¹⁾.

Az új kezelési igényeket tekintve szintén nagy különbségek figyelhetők meg: Bulgáriában, Litvániában és Romániában az új kliensek kevesebb mint 10%-a hivatkozik a kannabiszra, míg Dániában, Németországban, Franciaországban és Magyarországon több mint 50%-uk ⁽⁵²⁾. Ezek az eltérések az intenzív kannabiszhasználat előfordulásának, a kábítószer miatti kezelés szervezetének vagy a beutalási gyakorlatoknak a különbségeivel magyarázhatók. A kannabiszhasználó páciensek magas arányaival rendelkező országok (pl. Németország, Magyarország, Ausztria, Svédország) némelyikében például a kábítószer miatti kezelést a büntetés alternatívájaként kínálják fel, és letartóztatás esetén ez olykor kötelező is; Franciaországban, ahonnan európai viszonylatban a kannabiszhasználó kliensek legmagasabb arányát jelentették, a közelmúltban a kannabiszhasználókra szakosodott központokat hoztak létre, aminek közvetlen hatása lesz a bejelentésekre.

A kannabiszhasználók kezelése zömében járóbeteg-központokban történik, de néhány országban (Írország, Szlovákia, Finnország, Svédország) a jelentések szerint körülbelül egyharmaduk fekvőbeteg-ellátásban kért kezelést ⁽⁵³⁾. A jelentések alapján a kannabiszhasználók többsége saját maga jelentkezik, de ez a beutalási mód a kannabiszhasználók körében kevésbé általános, mint a más kábítószerekkel kapcsolatos problémák miatt segítségért szoruló körében.

Az elsődleges kannabiszhasználat miatt járóbeteg-ellátásban kezelésre jelentkezők más kábítószerek használatáról is beszámolnak: 21% az alkoholt nevezte meg másodlagos szerként, 12% az amfetamint és az ecstasyt, 10% a kokaint. A más elsődleges kábítószerek miatt kezelésben részesülők körében az alkohol (32%) után a kannabisz volt a második leggyakrabban említett másodlagos szer (21%) ⁽⁵⁴⁾.

A kábítószer miatti új kezelési igények alakulása

A 2006-ban bejelentett, kábítószer miatti kezelés iránti, hozzáférhetőlegesen 160 000 új igény közül (24 országból állnak rendelkezésre adatok), a kannabiszhasználó kliensek jelentették a második legnépesebb csoportot (28%) a heroinhasználó kliensek mögött (34%). A kannabiszt elsődleges kábítószerként megnevező összes kliens arányával összehasonlítva az új kliensek között magasabb az arány. Az országok feléből azt jelentették, hogy a kannabisz mint elsődleges kábítószer miatt kezelést kérő új kliensek aránya emelkedett. A kannabisz miatti új kezelési igények abszolút száma a 2002–2006 közötti időszakban emelkedett, miközben az elsődleges kannabiszhasználat miatt kezelést kérő új kliensek aránya 2002 és 2005 között nőtt, 2006-ban pedig stagnált ⁽⁵⁵⁾.

A kannabisz miatti kezelési igények terén megfigyelt növekvő tendencia számos tényezővel állhat összefüggésben: a kannabiszhasználat vagy az intenzív és hosszú távú használat növekedése; jobb lefedettség az adatokban; a korábban a heroinhasználókra koncentráló, most már más kábítószerek használói is foglalkozó kezelési rendszer közelmúltbeli kibővülése és diverzifikálása; a jogszabályok és politikák változása, ami esetenként a kannabisz miatti kezelésre szóló, a büntetőjogi rendszerből eredő beutalások számának növekedéséhez vezetett (EMCDDA, 2008a). A kannabiszhasználatához kapcsolódó új kezelési igények nemrég történt stabilizálódása a kannabiszhasználat frissebb tendenciáival, a kezelési rendszer átalakulásával vagy a kezelésre való beutalási módok változásaival is magyarázható.

A kliensek jellemzése

A járóbeteg-ellátásban kezelésre jelentkező kannabiszhasználók túlnyomórészt fiatal férfiak; a nemek arányát tekintve minden nőre 5,2 férfi kliens jut, az életkor középértéke pedig 24 év. A fiatalabb korcsoportok körében a kannabisz a leggyakrabban megnevezett elsődleges kábítószer. Azok közül, akik első alkalommal jelentkeznak kezelésre, a 15–19 évesek 67%-a, a 15 évesnél fiatalabbak 80%-a számolt be elsődleges kannabiszhasználatról ⁽⁵⁶⁾.

A legtöbb kannabiszhasználó kliens társadalmilag viszonylag jól integrált a más típusú kábítószerekkel kapcsolatos problémák miatt kezelést kérő kliensekhez képest. Sokan közülük még tanulnak, és stabil körülmények között laknak, gyakran még a szüleiknél; a

⁽⁵⁰⁾ Lásd a TDI-2. (ii. rész) ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁵¹⁾ Lásd a TDI-5. (ii. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁵²⁾ Lásd a TDI-4. (ii. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁵³⁾ Lásd a TDI-24. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁵⁴⁾ Lásd a TDI-22. és a TDI-23. (ii. rész) és (iv. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁵⁵⁾ Lásd a TDI-1. és TDI-2. ábrát és a TDI-3. (iv. rész) és TDI-5. (ii. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁵⁶⁾ Lásd a TDI-10. és a TDI-21. (ii. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

közelmúltbeli kutatások ugyanakkor a kannabiszhasználó páciensek ettől eltérő, az azonos korcsoportba tartozó általános népességtől jobban különböző és hátrányosabb háttérrel rendelkező szociális típusáról is számot adtak (EMCDDA, 2008a).

A kezelésre jelentkező kannabiszhasználókat összességében három csoportra lehet felosztani, a használat gyakorisága szerint: az alkalmi használókra (30%), a heti több alkalommal használókra (30%) és a napi szintű használókra (40%) ⁽⁵⁷⁾. Az egyes országok között azonban komoly különbségek figyelhetők meg, különösen a kezelésre jelentkező rendszeres kannabiszhasználók arányát tekintve. Azokban az országokban, ahol a kannabiszhasználók nagyobb számban vannak jelen, a napi szintű használók aránya a Hollandiában és Dániában tapasztalt több mint 70%, a Spanyolországban, Franciaországban és Olaszországban mért 40–60% és a Németországban és Magyarországon bejelentett 20–30% között változik.

Kezelési szolgáltatások

A kannabiszhasználat miatti kezelés biztosításáról szóló, az EMCDDA megbízásából 19 tagállam kábítószer miatti kezeléssel foglalkozó szolgálataiból vett mintán készült felmérés azt állapította meg, hogy a vizsgált szolgálatok felének nem volt külön, kifejezetten a kannabiszproblémák kezelésére irányuló programja (EMCDDA, 2008a). Ez a megállapítás azt jelzi, hogy a kannabiszhasználókat sok esetben a más kábítószereket használókéval megegyező körülmények között kezelik, ami a kezelő személyzet és a kliensek számára egyaránt nehézségekkel járhat.

A megvizsgált speciális szolgálatok közül a többség rövid, rendszerint kevesebb mint 20 ülésből álló kurzusokat kínál a kannabiszhasználat kezelésére. A kezelés általában egyéni tanácsadás és terápia, illetve a kannabiszhasználat lehetséges következményeiről szóló tanácsadás formájában zajlott. Néhány szolgálat a kezelés lehetséges elemei között említette még a kannabisztól való detoxikálást, a családterápiát, a terápiás közösséget és a kölcsönös öngyógyító csoportokat. Amennyiben a kannabisz miatt bentlakásos kezelést biztosítottak, ez általában a társas-viselkedési problémákkal összefüggésben történt.

A tudományos szakirodalom ezen a területen azt mutatja, hogy a kannabisz miatti kezelés szempontjából a pszichoterápia számos típusa hatásosnak bizonyult, például a motivációs terápia és a kognitív viselkedésterápia, ugyanakkor a pszichoterápia egyik

fajtáját sem találták hatásosabbnak a többinél (Nordstrom és Levin, 2007). Bár a kannabisz miatti kezelések hatékonyságáról a legtöbb tanulmány az Egyesült Államokban és Ausztráliában készült, mostanában európai vizsgálatok is indulnak, sőt, már néhányról be is számoltak. A „CANDIS” néven 2004-ben indult német randomizált kontrollcsoportos kísérletben egy kannabiszproblémákkal küzdő fiataloknak szóló kezelési programot vizsgáltak meg. A program alapja a motiváció növelése, a kognitív viselkedésterápia és a pszichoszociális problémamegoldás. A kezdeti eredmények azt mutatják, hogy a páciensek fele a kezelés végére abbahagyta a kannabisz használatát. További 30% visszavett a kannabiszhasználatból. Emellett a kapcsolódó mentális és szociális problémák érzékelhető csökkenéséről számoltak be. Tervbe vettek egy utókövető vizsgálatot is.

A fiatal kannabiszhasználóknak szóló kezelés biztosítására irányuló kezdeményezésekről sok ország beszámolt. Franciaországban 2005 óta országsszerte körülbelül 250 kannabiszkonzultációs központot hoztak létre, amelyek a szerhasználóknak és családjuknak nyújtanak tanácsadást és támogatást. Dániában nemrég speciális alapokat különítettek el a fiatal kannabiszhasználóknak szóló célzott programok kidolgozására. Belgium, Németország, Franciaország, Hollandia és Svájc emellett egy nemzetközi vizsgálat keretében közösen tanulmányozza a problémás kannabiszhasználat átfogó családi kezelésének hatékonyságát (INCANT) ⁽⁵⁸⁾.

Németországban vannak arra irányuló törekvések, hogy a járóbeteg-ellátó létesítményekkel együttműködésben interaktív tanácsadást biztosító, a kannabiszról való leszokást segítő internetes „Quit the shit” („szállj le a szerről”) ⁽⁵⁹⁾ programot átvigyük az ifjúságvédelmi és kábítószerügyi önkormányzati struktúrákhoz vagy a kábítószer-függőség megelőzésén dolgozó létesítményekhez.

Európában továbbra is nő az információs és kommunikációs technológiák alkalmazása a kábítószer iránti keresletet csökkentő beavatkozásokban. 2006/2007-ben a kábítószer-használatról szóló tanácsadás elérhetőségéről kilenc tagállam számolt be; közülük nyolc említette az internet alkalmazását (Cseh Köztársaság, Németország, Észtország, Hollandia, Portugália, Ausztria, Szlovákia, az Egyesült Királyság), Dánia pedig az SMS-ek használatáról számolt be. Ezek az internetes alapú szolgáltatások a fiatalokat veszik

⁽⁵⁷⁾ Lásd a TDI-18. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁵⁸⁾ <http://www.incant.eu>

⁽⁵⁹⁾ <http://www.drugcom.de>

célba, és az alkohollal és a kannabisszal összefüggő problémákkal foglalkoznak.

A büntetőjogi rendszerrel kapcsolatba kerülő kannabiszhasználók

Európában a kannabisz a kábítószer törvények megsértése miatti rendőrségi feljelentésekben leggyakrabban szereplő kábítószer ⁽⁶⁰⁾; az ehhez a kábítószerhez kapcsolódó bűncselekmények az Európai Unió területén 2001 és 2006 között átlagosan 34%-kal nőttek (2. ábra). A rendelkezésre álló adatok azt mutatják, hogy a kannabisszal összefüggő bejelentett bűncselekmények többsége a használattal vagy a birtoklással kapcsolatos, nem a kereskedelemmel és a kínálattal; a jelentéstevő országok többségében a használattal összefüggő bűncselekmények tették ki a kannabiszhoz kapcsolódó összes bűncselekmény 62–95%-át.

Mivel a kábítószer törvényeket megsértő elkövetők közül sokan fiatal kannabiszhasználók, akik máskülönben esetleg nem kerülnének kapcsolatba a kábítószerügyi szolgálatokkal, az igazságügyi hatóságok és az

iskolákban és ifjúságvédelmi létesítményekben működő prevenciós és tanácsadó szolgálatok között egyre nagyobb arányú együttműködésről számoltak be. Németország, Spanyolország (Katalónia), Luxemburg és Ausztria a kábítószer törvényeket megsértő, illetve a kábítószeresek – többnyire kannabisz – használatáért vagy birtoklásáért elítélt fiataloknak szóló protokollokat vagy programokat vezetett be. Az elkövető a bírság megfizetése helyett választhatja azt is, hogy inkább elvégez egy tanfolyamot. A különféle országokban kínált programok családi, iskolai vagy pszichológiai tanácsadást is tartalmaznak, és céljuk, hogy megelőzzék a kábítószer-használat továbbfejlődését és az újbóli elkövetést.

A fiatalok elkövetőknek szóló német FReD program utólagos értékelése (100 válaszadó) azt állapította meg, hogy a volt résztvevők 44%-a csökkentette az alkoholfogyasztását és a dohányzást, 79%-a csökkentette vagy abbahagyta a tiltott kábítószeresek fogyasztását, 69%-a pedig nem számolt be újbóli elkövetővé válásról a tanfolyam befejezése óta. A fiatalok elkövetőkből álló hasonló csoportok (YOT) értékelése az Egyesült Királyságban azt mutatta, hogy ez a megközelítés jelentős potenciális előnyökkel járt. (Matrix Research, 2007).

A dohányzási tilalom és a kannabisz

A dohányzással szembeni politika és a kannabisz szivása közötti lehetséges kapcsolatok kérdése ugyancsak figyelmet érdemel. Európában a dohányzási tilalom bevezetése egyre elterjedtebb jelenség: kilenc tagállamban immár teljes dohányzási tilalom van érvényben (nyilvános helyek és munkahelyek, az éttermeket és bárakat is beleértve), Belgium, Dánia, Németország, Hollandia és Portugália pedig a közelmúltban vezetett be legalábbis részleges dohányzási tilalmat.

A dohányzás és a későbbi kannabiszhasználat között jellemzően megszűnik az összefüggés, ha a háttérben rejlő kockázati tényezőket is figyelembe vesszük, amint azt az előzetekintő vizsgálatokról készített áttekintés igazolta (Mathers és mások, 2006). Európában azonban a kannabiszhasználat nagyobb arányban fordul elő a

dohányosok körében, mint a nem dohányosoknál, és a dohányzással szemben szigorú szabályozást alkalmazó politika kedvezően befolyásolhatja az érzékelt normákat, amelyek előrevetítik mind a dohányzást, mind a kannabiszhasználatot.

Arra is van bizonyíték, hogy a kannabisz a cigaretták gazdasági kiegészítője (azaz ugyanúgy reagál az árakra és az elérhetőségre) (Cameron és Williams, 2001). Egyes elszigetelt vizsgálatok azt állapították meg, hogy a cigarettára kivetett adók növelése csökkenti a marihuánafogyasztás intenzitását, és a férfiak körében a használat valószínűségét is képes kismértékben befolyásolni (Farrelly és mások, 2001).

Végezetül érdemes megemlíteni, hogy az éttermekben és bárókban bevezetett holland dohányzási tilalom a coffee shopokra is vonatkozik, Amsterdam városa pedig úgy döntött, hogy betiltja kannabisz nyilvános helyen történő szivását.

⁽⁶⁰⁾ Lásd a DLO-6. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

4. fejezet

Amfetaminok, ecstasy és LSD

Bevezetés

Világszinten nézve a kannabisz után az amfetaminok (gyűjtőnév, amelybe az amfetamin és a metamfetamin egyaránt beleértendő) és az ecstasy a legelterjedtebb tiltott kábítószeresek közé tartoznak. Európában manapság abszolút számokban nézve a kokainhasználat talán nagyobb arányú, de a kokain néhány országban tapasztalható földrajzi koncentrációja azt jelenti, hogy az Európai Unió nagy részében továbbra is valamilyen szintetikusan előállított kábítószer áll a második helyen a legáltalánosabban használt tiltott kábítószeresek sorában. Ráadásul Európa egyes részein az amfetaminok használata

Amfetamin és metamfetamin: különbségek és hasonlóságok

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

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

Fizikai megjelenési formájukra való tekintettel, az amfetamint és a metamfetamint lenyelve, szippantva, belélegezve és – ritkábban – intravénásan egyaránt be lehet juttatni a szervezetbe. Az amfetamin szulfát sójától eltérően, a metamfetamin hidroklorid, különösen kristályos alakjában kellően illékony ahhoz, hogy el lehessen szívni.

Forrás: EMCDDA drogprofilok (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

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 jelöl. Az ecstasycsoport legismertebb tagja a 3,4-metilén-dioxi-metamfetamin (MDMA), de az ecstasystablettákban 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 drámai mértékben megemelkedett. Népszerűsége történetileg a zenés-táncos szórakozóhelyekhez köthető, és a szintetikus kábítószeresek használatának nagyarányú előfordulása általában véve bizonyos kulturális alcsoportokhoz, illetve társadalmi közeghez kapcsolódik.

A lizergénsav-dietil-amid (LSD) – a hallucinogén kábítószeresek közül messze a legismertebb – becsült fogyasztási szintjei viszonylag alacsonyak, és Európában elég hosszú ideje nagyjából stabilizálódtak. Úgy tűnik azonban, hogy a fiatalok körében egyre nagyobb az érdeklődés a természetben előforduló hallucinogén anyagok iránt.

Kínálat és hozzáférhetőség

Amfetamin

A 2006-ban 126 tonnára becsült globális amfetamintermelés továbbra is Európában koncentrálódik, amely a 2006-ban bejelentett összes amfetaminlaboratórium 79%-áért felelt (UNODC, 2008), bár kezd áttérjedni a világ más részeire, konkrétan Észak-Amerikára és Délkelet-Ázsiára is ⁽⁶¹⁾. 2006-ban világszinten nézve több mint 19 tonna amfetamint foglaltak le, amelynek nagy részét a Közel-Keleten kobozták el (67%), az Európa délkeleti részén előállított „Captagon”

⁽⁶¹⁾ A kábítószer kínálatáról és a hozzáférhetőségről szóló adatok forrására vonatkozó információkat lásd a 40. oldalon.

tablettákhoz kapcsolódva ⁽⁶²⁾, ezt követték a nyugat- és közép-európai amfetaminlefoglalások (27%), tükrözve Európa szerepét mint e kábítószer fő termelőjét és fogyasztóját (CND, 2008; UNODC, 2008).

Az Európában lefoglalt amfetamin nagy részét – fontossági sorrendben – Hollandiában, Lengyelországban és Belgiumban, illetve kisebb mértékben Észtországban és Litvániában állítják elő. 2006-ban az Európai Unióban 40 olyan telephelyet fedeztek fel, amely részt vett az amfetamin előállításában, csomagolásában vagy tárolásában (Europol, 2007a); és az UNODC (2008) jelentése szerint 123 laboratóriumot számoltak fel az európai országokban.

Törökország körülbelül 20 millió „Captagon” logóval ellátott amfetamin-tabletta lefoglalásáról számolt be. Bulgáriából és Törökországból is jelentették az amfetamin ebben a formában történő előállítását, amelynek nagy része vélhetőleg a közel-keleti fogyasztó országokba szánt exportra készült.

2006-ban becslések szerint Európában 38 000 lefoglalással összesen 6,2 tonna amfetaminport foglaltak le. Bár a 2006-ra vonatkozó ideiglenes adatok a 2004-ben és 2005-ben bejelentett magasabb szintekhez képest visszaesésre utalnak, a 2001–2006 közötti ötéves időszakban a lefoglalások száma és a lefoglalt amfetamin mennyisége egyaránt nőtt ⁽⁶³⁾. Ez azonban csak előzetes következtetés, mivel egyelőre nem állnak rendelkezésre az Egyesült Királyság adatai, noha Európában jellemzően ebből az országból jelentik a legtöbb lefoglalást. A porral ellentétben az amfetamin-tabletták lefoglalásairól egyre inkább csak néhány ország számol be; 2006-ban az Európai Unióban összesen 390 000 tablettát foglaltak le (zömében Spanyolországban).

Az Európában lefoglalt amfetaminminták tisztasága 2006-ban igen változatos volt, olyannyira, hogy a jellemző értékekről csak nagyon óvatosan lehet nyilatkozni. Mindazonáltal a 2006-ra vonatkozó adatokat közlő országok két csoportra oszthatók: 10 országból jelentettek 2% és 10% közötti értékeket, a többiből pedig jóval magasabb tisztasági szinteket (25–47%). Ebbe az utóbbi csoportba jellemzően azok az országok tartoztak, amelyek nagyobb mértékben vannak érintve az amfetamin előállításában, kereskedelmében vagy fogyasztásában (Hollandia, Lengyelország, a balti és a skandináv országok). Az elmúlt öt évben az amfetamin tisztasága az elemzéshez elegendő adattal

Nemzetközi fellépés a kábítószer-prekursorok gyártása és eltérítése ellen

A bűnüldözési erőfeszítések keretében kiegészítő intézkedésként egyre többször foglalkoznak a tiltott kábítószer előállításához szükséges prekursor vegyi anyagokkal, és ezen a téren a nemzetközi együttműködés különösen hasznos. A Prizma projekt a szintetikus kábítószer tiltott előállításában használt prekursor vegyi anyagok eltérítésének 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, 2008b).

A jelentések alapján 2006-ban efedrinből és pseudo-efedrinből, a metamfetamin fő prekursoraiból globálisan 11 tonnát foglaltak le. Ennek körülbelül feléért Kína felelt, amit Kanada és Mianmar követett. Az EU-tagállamok (főként Belgium és Magyarország) és az Orosz Föderáció és Ukrajna által lefoglalt mennyiség mindössze 0,3 tonna volt, bár az Europol (2008) ezen vegyi anyagok exportjának, átszállításának és eltérítésének közelmúltbeli növekedéséről számolt be az Európai Unióban.

Az amfetamin és a metamfetamin tiltott előállításához egyaránt használható 1-fenil-2-propanon (P-2-P) globális lefoglalásai 2006-ban csökkentek. E tendencia alól kivételt jelentettek az EU-tagállamok (főként Dánia, Hollandia és Lengyelország), valamint Törökország és az Orosz Föderáció, mivel együttesen ezek feleltek a P-2-P-ből globálisan lefoglalt 2600 liter nagy részéért. Ezt a prekursor Európa leginkább az amfetamin előállításához használják, amihez a P-2-P-t jellemzően az ázsiai országokból (Kínából) szerzik be, igaz, 2004 óta az Orosz Föderációból induló beszerzésekről és kereskedelemről is érkeztek jelentések (Europol, 2007a).

Az MDMA gyártásához használt 3,4-metilén-dioxi-fenil-2-propanon (3,4-MDP-2-P) globális lefoglalásai 2006-ban 7500 literre csökkentek, amelynek szinte egészéért Kanada felelt, a Hollandiában lefoglalt 105 litertől eltekintve. Az MDMA szintetizálásában a 3,4-MDP-2-P helyettesítésére használt szafrol lefoglalásai 2006-ban sem voltak jelentősek, világszerte mindössze 62 litert foglaltak le, nagyrészt Ausztráliában; Európán belül csak Franciaországból számoltak be szafrol lefoglalásáról (7 liter).

⁽⁶²⁾ A Captagon a fenetilinn, egy szintetikus központi idegrendszeri serkentőszer egyik bejegyzett márkaneve, bár az ezzel a logóval a tiltott piacon eladott tablettákról általában kiderül, hogy koffeinnel kevert amfetamint tartalmaznak.

⁽⁶³⁾ Az ebben a fejezetben az európai kábítószer-lefoglalásokról említett adatok megtalálhatók az SZR-11–SZR-18. táblázatban a 2008. évi statisztikai közlönyben. Meg kell jegyezni, hogy ahol a 2006-os adatok hiányoznak, az európai összmennyiségek becsléséhez a megfelelő 2005-ös adatokat használták fel.

rendelkező 19 ország többségében stagnált vagy visszaesett.

2006-ban az amfetamin tipikus kiskereskedelmi ára a jelentéstevő országok felében a grammonkénti 10 EUR és 15 EUR között mozgott. A 2001–2006 közötti időszakban az amfetamin kiskereskedelmi ára a Cseh Köztársaság, Spanyolország és Románia kivételével mind a 16, az elemzéshez elegendő adatot közlő országban csökkent.

Metamfetamin

A metamfetamin előállítása Észak-Amerikában és Kelet- és Délkelet-Ázsiában koncentrálódik. A metamfetamin globális termelését 2006-ban 266 tonnára becsülték, amivel minden más tiltott szintetikus kábítószeret megelőzött. 2006-ban metamfetaminból világszerte körülbelül 15,8 tonnát foglaltak le, ennek legnagyobb részét Kelet- és Délkelet-Ázsiában, kisebb részét Észak-Amerikában; Európából a lefoglalások kevesebb mint 1%-a származott (UNODC 2007, 2008).

A metamfetamin tiltott előállítása Európában is előfordul, bár nagy részben a Cseh Köztársaságra korlátozódik, ahol 2006-ban több mint 400 kisüzemi „konyhalaboratóriumot” fedeztek fel. A kábítószerrel a jelentések szerint Szlovákiában és – kisebb mértékben – Litvániában is termelik (INCB, 2008a).

2006-ban 17 európai országból körülbelül 3000 metamfetaminlefoglalást jelentettek, 154 kg mennyiségben. A lefoglalások és a felfedezett mennyiségek többségéért Norvégia felelt, utána pedig Svédország, a Cseh Köztársaság és Szlovákia következett. Az utóbbi két országban a lefoglalások jellemzően kisebbek, néhány grammal vagy még kevesebb mennyiségben mérhetőek voltak. 2001 és 2006 között a metamfetamin európai lefoglalásainak száma és mennyisége egyaránt nőtt, noha más kábítószerkéhez képest továbbra is alacsony. A rendelkezésre álló korlátozott adatok azt mutatják, hogy 2006-ban a metamfetamin jellemző tisztasága valahol 20% és 55% között volt.

Ecstasy

A globális ecstasystermelés az UNODC (2007a) jelentése szerint 2006-ban körülbelül 102 tonnára esett vissza. Úgy tűnik, hogy a termelés földrajzilag vegyesebb lett, és a helyi fogyasztásra szánt előállítás Észak-Amerikában és Ázsia keleti és délkeleti részén mostanra általánosabbá vált. Ennek ellenére továbbra is Európa az ecstasystermelés fő helyszíne, ezen belül a gyártás elsősorban Hollandiában (ahol néhány év visszaesés után 2006-ban újra emelkedhetett a termelés),

Belgiumban, illetve kisebb mértékben Lengyelországban és az Egyesült Királyságban koncentrálódik.

A kábítószer lefoglalásairól szóló adatokból kiderül Európa mint az ecstasy fogyasztójának és termelőjének viszonylagos fontossága. Európából 2006-ban több mint 20 000 lefoglalást jelentettek, ami összesen közel 14 millió ecstasystabletta lefoglalását eredményezte. Az ecstasyból lefoglalt mennyiség legnagyobb részéért Hollandia felelt (4,1 millió tablettát), utána következett az Egyesült Királyság, Törökország, Franciaország és Németország. Az ecstasylefoglalások száma a 2001–2006 közötti időszakban összességében visszaesett, a lefoglalt mennyiség pedig a 2002-es csúcs után ugyancsak csökkenni kezdett⁽⁶⁴⁾. A 2006 során világszerte lefoglalt 4,5 tonna ecstasy 43%-áért felelt Nyugat- és Közép-Európa; összehasonlításképpen, Észak-Amerikához a lefoglalások 34%-a kötődött (UNODC, 2008).

Európában a 2006-ban elemzett ecstasystabletták többsége egyedüli pszichoaktív anyagként MDMA-t vagy más ecstasyszerű anyagot (MDEA, MDA) tartalmazott – 17 országból jelentették, hogy ez volt a helyzet az elemzett tabletták teljes számának több mint 70%-ában. A kivétel Spanyolország és Lengyelország volt, ahonnan azt jelentették, hogy az ecstasyként forgalomba hozott tablettákban rendszeresen találtak amfetamint vagy metamfetamint, gyakran az MDMA-val vagy annak valamelyik analógjával együtt. Lettorságban és Máltán az elemzett tabletták többsége semmilyen ellenőrzött anyagot nem tartalmazott.

A legtöbb ország arról számolt be, hogy az ecstasystabletták jellemző MDMA-tartalma valahol 25 és 65 mg között volt, bár az elemzett minták között akadtak komoly különbségek (9–90 mg). Emellett néhány országból (Belgium, Dánia, Németország, Franciaország, Hollandia, Norvégia) nagydózisú, 130 mg-ot meghaladó MDMA-tartalmú ecstasystablettákat is jelentettek, és egyes piacokon mostanra a jó minőségű MDMA-por is elérhetővé vált. Az ecstasystabletták MDMA-tartalmában egyelőre nem figyelhető meg világos középtávú tendencia. Az azonban egyértelmű, hogy az 1990-es évek elejével összehasonlítva, amikor a kábítószer először vált széles körben elérhetővé Európában, az ecstasy mára lényegesen olcsóbb lett. Bár egyes jelentésekben még 1 euróért árusított tablettákról is említést tesznek, a legtöbb országból most tablettánként 3–9 EUR közötti jellemző kiskereskedelmi árat jelentettek, a 2001–2006-ról rendelkezésre álló adatok pedig azt mutatják, hogy az (inflációnak megfelelően kiigazított) kiskereskedelmi ár csökkenése folytatódott.

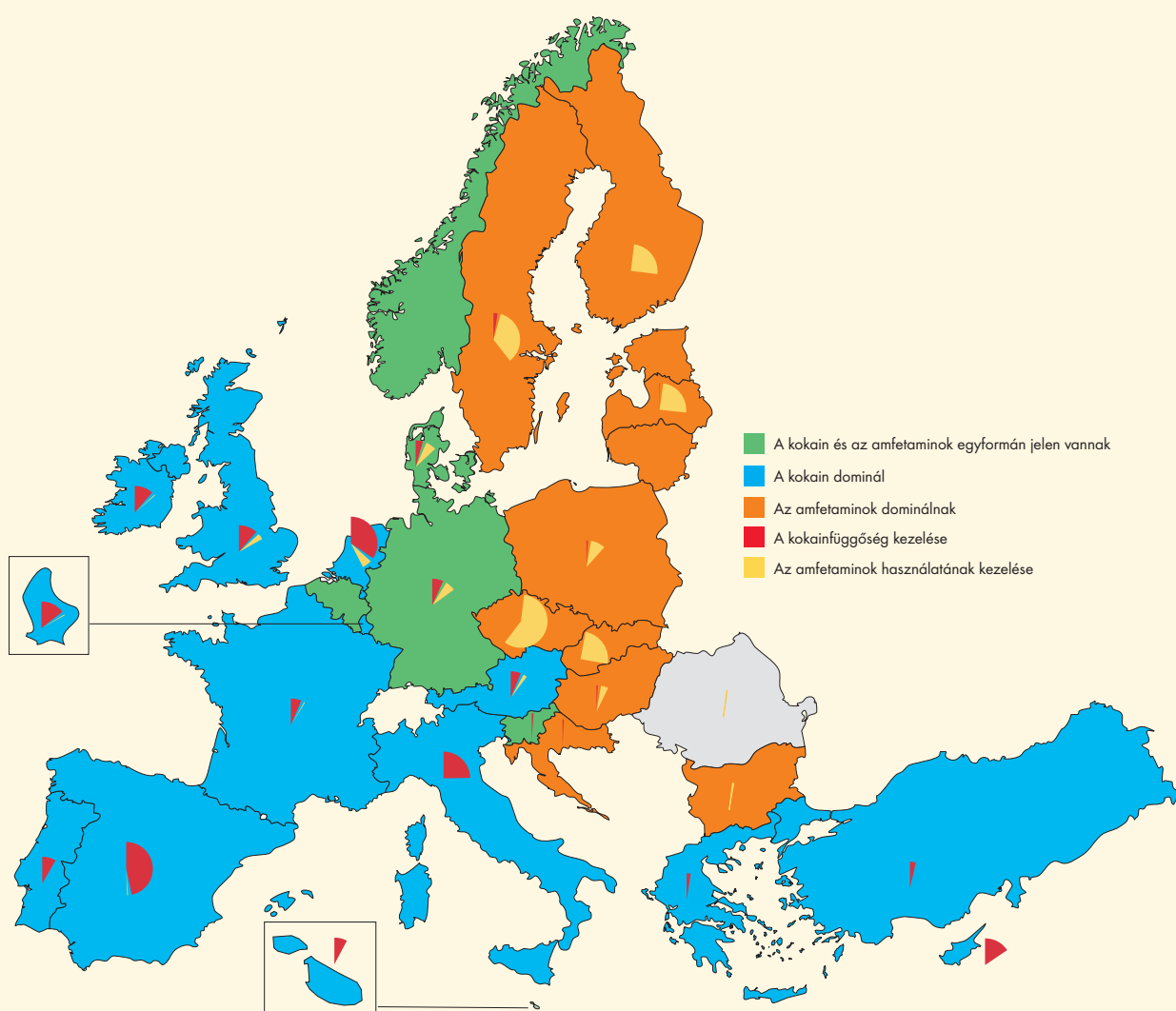
⁽⁶⁴⁾ Ez egyelőre csak előzetes összesítés, mivel az Egyesült Királyságra vonatkozó adatok 2006-ból még nem elérhetők, ugyanakkor 2005-ben ez az ország jelentette be a legtöbb lefoglalást.

A serkentőszerek európai piaca: „kokainországok” és „amfetaminországok”?

A különböző forrásokból származó információforrások összevetése azt jelzi, hogy a különböző serkentő kábítószer a különböző országokban hasonló szerepet tölthetnek be, ezért az erre a területre vonatkozó politika kidolgozásakor tanácsos lehet az egyes anyagokon túl a serkentőszerek piacának egészével is foglalkozni. Néhány országban a kokain tűnik az elsősorú serkentő kábítószernek, míg más országokban láthatólag

az amfetamin vagy a metamfetamin használata az általánosabb. Az általános lakossági felmérésekből és a lefoglalásokról szóló jelentésekből származó adatok együttes tanulmányozásából arra lehet következtetni, hogy az észak- és közép-európai országok jellemzően inkább az „amfetaminsoport”-hoz tartoznak, míg a nyugat- és dél-európai országokban nagyobb mértékben a kokainhasználat dominál.

A serkentőszerek európai piaci a kokain vagy az amfetamin relatív előfordulása a lefoglalásokban és a populációs felmérésekben, illetve az ezeket az anyagokat elsődleges kábítószerként megnevező kábítószer-használók aránya a kezeléseken



A kábítószer-probléma egészen belül a serkentőszerek relatív fontossága országonként ugyancsak nagyon különböző lehet. Ez jól látható a kezelési adatokból, amelyek szerint az országok egy behatárolt csoportjában a serkentő kábítószer (a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában a metamfetamin, Lettországon, Svédországon és Finnországon az amfetamin, Spanyolországon, Olaszországon és Hollandiában a kokain) használói viszonylag nagy arányban képviselik magukat az összes kezelési igényen belül, míg máshol csekély, sőt, olykor elenyésző azoknak a kezelt klienseknek az aránya, akik ezen anyagok használatát nevezik meg a kezelés megkezdésének fő okaként.

A kezelt kliensektől származó adatok arra is utalnak, hogy a serkentőszerek által okozott problémák miatt kezelt klienseknek jellemzően csak a serkentőszerek egyik osztályával van problémájuk. A kokainhasználat miatt járóbeteg-ellátásban kezelt kliensek (összes igény) közül például csak kb. 8% nevezte meg másodlagos kábítószerként az amfetamint, az amfetaminhasználó kliensek közül pedig 9%-nál kevesebb jelölte meg a kokaint mint másodlagos problémás kábítószer. Ráadásul néhány ország jelentései azt is mutatják, hogy az egyik serkentőszert olykor fel is válthatja a másikat a piacon. Bizonyos adatok például arra utalnak, hogy egyes kábítószer-használó populációkban a kokain az amfetaminok és az ecstasy helyébe léphet; Hollandiában pedig az amfetaminokat a városi területeken kívül a kokain olcsóbb helyettesítőjeként használhatják.

Bár a serkentő kábítószer hatásai és következményei eltérőek lehetnek, a kábítószer miatti kezelést tekintve a választási lehetőségek, a kezelésben maradási arányok és az eredmények nagyjából hasonlóak (Rawson és mások, 2000; Copeland és Sorensen, 2001). A hasonlóságok bizonyos mértékig a kábítószer használatának mintáiban és a használók általános tipológiájában is megfigyelhetők. A használat rekreációs és kevésbé intenzív, illetve káros mintái a társadalmilag jól integrált használók körében jól megférnek a perifériára szorult használók körében jellemző intenzív használattal, ez utóbbi gyakrabban jár együtt függőségi problémákkal és a beadás kockázatosabb módjaival (injekció, elszívás).

Megjegyzés: A háttérszín a kokain vagy az amfetamin relatív dominanciáját jelzi az általános lakossági felmérések (az elmúlt évi használat előfordulása a 15–34 éves népesség körében) és a lefoglalási adatok szerint; a tortadiagram az ehhez a két kábítószerhez köthető kezelési igények arányát ábrázolja az összes kezelési igényhez képest – csak a kokainra és az amfetaminra vonatkozó szelet szerepel. Olaszország, Hollandia és Lengyelország esetében, ahol a lefoglalásokról szóló adatok nem voltak elérhetők, csak a populációs felmérések adatait használtuk. Horvátország esetében csak a lefoglalási adatokat használtuk. Norvégia és Belgium esetében a kezelési adatok nem voltak elérhetők. A Romániáról elérhető adatok nem teszik lehetővé az ország egészére vonatkozó következtetések levonását. A Cseh Köztársaságban és Szlovákiában a metamfetamin a leginkább alkalmazott amfetamin.

LSD

Az LSD használatát és kereskedelmét még mindig marginálisnak lehet tekinteni, bár az európai lefoglalások az elmúlt néhány évben talán a kábítószer iránti érdeklődés újraéledésére utalnak. Az 1990-es évekbe visszanyúló, hosszú távú csökkenő tendencia után 2003 óta a lefoglalások száma és mennyisége egyaránt emelkedően van. A jelenlegi helyzet nem egyértelmű, mivel az előzetesen rendelkezésre álló adatok mindkét téren enyhe visszaesést mutatnak, ugyanakkor egyelőre nem tett jelentést az Egyesült Királyság, holott rendszerint ebből az országból jelentik az LSD-ből lefoglalt legnagyobb mennyiségeket. Az LSD (inflációnak megfelelően kiigazított) kiskereskedelmi ára 2001 óta enyhe csökkenést mutat, 2006-ban a legtöbb európai országban az egységenkénti 5–11 EUR tartományban volt.

Előfordulás és használati minták

Az EU-tagállamok közül az amfetaminok használata viszonylag magas a Cseh Köztársaságban, Észtországban és az Egyesült Királyságban, és a kábítószer terén fennálló átfogó országos helyzethez képest magas még a közép- és észak-európai országok némelyikében. Ezzel szemben a szintetikus hallucinogén kábítószer, mint például a lizergénsav-dietil-amid (LSD) fogyasztási szintjei összességében véve alacsonyabbak, és jó ideje viszonylag állandóak is.

Az egyes országokban tapasztalt magasabb előfordulási szinteket – leegyszerűsítve – két külön fogyasztási mintával együtt kell értelmezni. Az országok egy kis csoportjában 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 populációkkal ellentétben a szintetikus kábítószer – különösen az ecstasy – és az éjszakai klubok, a tánczene és bizonyos szubkultúrák között létezik egy általánosabb összefüggés: ez azt jelenti, hogy az általános népességgel összehasonlítva lényegesen magasabb használati arányokat jelentenek a fiatalok köréből, és bizonyos közegekben, illetve a népesség egyes alcsoportjaiban kiugróan magas használati szinteket figyelnek meg.

Amfetaminok

A közelmúltbeli populációs felmérések azt mutatják, hogy az amfetaminok használatának ⁽⁶⁵⁾ életprevalenciája Európán belül országonként változik, és az összes felnőtt

⁽⁶⁵⁾ 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, és a világszinten lefoglalt metamfetaminnak mindössze kevesebb mint 1%-át jelentették erről a kontinensről.

(15–64 évesek) 0,1–11,9%-a között mozog. Átlagosan az összes európai felnőtt 3,3%-a nyilatkozott úgy, hogy már legalább egyszer használt amfetamint. A kábítószer elmúlt évi használata ennél jóval alacsonyabb, európai átlagban 0,6% (a 0,0–1,3% közötti tartományban). A becslések azt mutatják, hogy az amfetamint körülbelül 11 millió európai próbálta már, és nagyjából 2 millióan használták az elmúlt évben (az adatok összefoglalását lásd a 3. táblázatban).

A fiatal felnőttek körében (15–34 évesek) az amfetamin életprevalenciáját tekintve az országok között nagy különbségek vannak: az arány 0,2% és 16,5% között mozog, európai átlagban 5% körül alakul. Az amfetaminok elmúlt évi használata ebben a korcsoportban 0,1–2,9% között van, de az országok

többségéből a 0,7–1,9% közötti tartományba eső becsült előfordulásokat jelentettek. Becslések szerint az elmúlt évben az európai fiatalok átlagosan 1,3%-a használt amfetaminokat.

Problémás amfetaminhasználat

Az EMCDDA problémás kábítószer-használat (PDU) mutatója az amfetaminok esetében csak korlátozottan használható, mivel a kábítószer intravénás vagy tartós/rendszeres használatát határozza meg problémásként. Csak egy tagállam (Finnország) közölt friss országos becslést a problémás amfetaminhasználatról, amelynek előfordulását 2005-ben 12 000–22 000 közötti problémás amfetaminhasználóra becsülték (4,3–7,9 eset/1000 fő a 15–54 éves korcsoportban), ami az

3. táblázat: Az amfetaminhasználat előfordulása az általános népességben – az adatok összefoglalása

Korcsoport	A használat időszaka	
	Élete folyamán	Az elmúlt évben
15–64 évesek		
A használók becsült száma Európában	11 millió	2 millió
Európai átlag	3,3%	0,6%
Tartomány	0,1–11,9%	0,0–1,3%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Görögország (0,1%) Románia (0,2%) Málta (0,4%) Ciprus (0,8%)	Görögország, Málta (0,0%) Franciaország (0,1%) Portugália (0,2%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Egyesült Királyság (11,9%) Dánia (6,9%) Norvégia (3,6%) Írország (3,5%)	Egyesült Királyság, Észtország (1,3%) Norvégia, Lettország (1,1%)
15–34 évesek		
A használók becsült száma Európában	7 millió	2 millió
Európai átlag	5,1%	1,3%
Tartomány	0,2–16,5%	0,1–2,9%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Görögország (0,2%) Románia (0,5%) Málta (0,7%) Ciprus (0,8%)	Görögország (0,1%) Franciaország (0,2%) Ciprus (0,3%) Portugália (0,4%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Egyesült Királyság (16,5%) Dánia (12,7%) Norvégia (5,9%) Spanyolország, Lettország (5,3%)	Észtország (2,9%) Egyesült Királyság (2,7%) Lettország (2,4%) Dánia (2,2%)

Az információ mindegyik ország esetében a legutolsó rendelkezésre álló felmérésen alapul. A vizsgált évek 2001–2007 között voltak. Az átlagos európai előfordulást az egyes országok adott korcsoportba tartozó népességének megfelelően súlyozott átlaggal számították ki. Azokban az országokban, ahol semmilyen információ nem állt rendelkezésre, az átlagos uniós előfordulással számoltak. Az alapul vett populációk: 15–64 (328 millió), 15–34 (134 millió) és 15–24 (64 millió). Az itt összefoglalt adatok a 2008. évi statisztikai közlöny „Általános lakossági felmérések” című részében találhatók.

országban élő problémás opioidhasználók becsült számának körülbelül négyszeresét jelenti.

Az amfetaminok használatával kapcsolatban bejelentett kezelési igények száma a legtöbb európai országban viszonylag alacsony. Az amfetaminok használata miatti kezelés az összes bejelentett kezelési igényhez képest Lettországon, Svédországon és Finnországon ér el számottevő arányt, ahol a kezelésre jelentkező kliensek 25–35%-a az amfetamint nevezte meg elsődleges kábítószer-problémaként. Ezekről az országokról eltekintve az amfetamin miatti kezelés a kábítószer miatti kezelések bejelentett számának 5%-a fölé csak Dániában, Németországon, Hollandiában és Lengyelországon emelkedik, ahol a kezelt szerhasználók 6–9%-a nevezte meg az amfetamint elsődleges kábítószerként ⁽⁶⁶⁾.

A legtöbb országban – bár ez Svédországon és Finnországon nem igaz – az elsődleges amfetaminhasználat miatti kezelésre jelentkező új kliensek aránya magasabb, mint az a kábítószer miatti kezelésben részesülő összes kliens aránya. Az elsődleges amfetaminhasználat miatti kezelésre jelentkező új kliensek aránya 2002 és 2006 között Európa egészében viszonylag stabil volt, noha ebben az időszakban Lettországon és Dánia növekedést jelentett be, Svédországon és Finnországon pedig csökkent az új amfetaminhasználó kliensek százalékos aránya, ami talán a populáció öregedésére utal ⁽⁶⁷⁾.

A kezelést megkezdő amfetaminhasználók átlagosan 29 év körüliek és férfiak. Bár a férfi–nő arány itt is 2:1, a nők aránya az amfetaminhasználó kliensek között magasabb, mint bármelyik másik kábítószer esetében ⁽⁶⁸⁾.

Problémás metamfetaminhasználat

Ellentétben a világ más részeivel, ahol a metamfetamin használata az elmúlt években emelkedett, Európában a használat szintjei korlátozottak tűnnek (Griffiths és mások, 2008). E kábítószer használata történetileg nézve Európán belül a Cseh Köztársaságon és valamelyest Szlovákiában koncentrálódik; csak ez a két ország közölt frissebb becsléseket a problémás használatról. 2006-ban a Cseh Köztársaságon a metamfetaminhasználók számát körülbelül 17 500–22 500 főre becsülték (2,4–3,1 eset/1000 fő a 15–64 éves korcsoportban), ami a problémás opioidhasználók becsült számának közel kétszerese; Szlovákiában hozzávetőlegesen 6200–15 500-ra becsülték a metamfetaminhasználók számát (1,6–4,0 eset/1000 fő a 15–64 éves

korcsoportban), ami nagyjából 20%-kal marad el a problémás opioidhasználók becsült számától.

Az utóbbi öt évben a metamfetaminhasználathoz kapcsolódó, bejelentett kezelési igények száma mindkét országban nőtt. A metamfetamin lett a leggyakrabban említett elsődleges kábítószer a kezelésre első alkalommal jelentkezők körében Szlovákiában, ahol a kábítószer miatti összes kezelési igény 25%-áért felelt. A Cseh Köztársaságon az összes, kábítószer miatt kezelt kliens 59%-a nevezte meg a metamfetamint elsődleges kábítószerként ⁽⁶⁹⁾. A metamfetamin miatt kezelt kliensek nagy arányban számoltak be intravénás kábítószer-használatról: Szlovákiában 50%-ban, a Cseh Köztársaságon 80%-ban.

Ecstasy

A becslések szerint körülbelül 9,5 millió európai felnőtt próbálta már az ecstasyt (átlagosan 3%), és körülbelül 3 millióan (0,8%) használták az elmúlt évben (az adatok összefoglalását lásd a 4. táblázatban). Az országok között jelentős különbségek vannak: a frissebb felmérések szerint az összes felnőtt (15–64 évesek) 0,3–7,3%-a próbálta már a kábítószerrel, de a legtöbb ország esetében az 1,3–3,1% közötti tartományba esik a becsült életprevalencia. A kábítószer elmúlt évi használata Európa-szerte 0,2% és 3,5% között mozgott. Akárcsak a többi tiltott kábítószer esetében, a bejelentett használat a férfiak körében minden szempontból sokkal gyakoribb volt, mint a nőknél.

Az ecstasyfogyasztás a fiatal felnőttek körében (15–34 évesek) elterjedtebb volt, ahol az életprevalencia becslései országos szinten 0,5% és 14,6% között mozogtak, a kábítószer elmúlt évi használatáról pedig a korcsoport 0,4–7,7%-a számolt be. Becslések szerint 7,5 millió európai fiatal (5,6%) próbálta már az ecstasyt, és közülük körülbelül 2,5 millióan (1,8%) 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 2,5–8% közötti tartományba eső értékeket jelentett be ⁽⁷⁰⁾. Annak ellenére, hogy a legtöbb országból 1,3–4,6% közötti elmúlt évi használatot jelentettek ebben a korcsoportban, a legalacsonyabb, 0,3%-os országos becslés és a legmagasabb, 12%-os között tekintélyes különbség van, ami néhány tagállam eltérő tapasztalatait tükrözi.

A diákok körében az életkor kis növekedésével az előfordulási arányokban ugrásszerű növekedést láthatunk,

⁽⁶⁶⁾ Lásd a TDI-5. (ii. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶⁷⁾ Lásd a TDI-1. ábrát és a TDI-4. (ii. rész), TDI-5. (ii. rész) és TDI-36. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶⁸⁾ Lásd a TDI-37. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶⁹⁾ Lásd a TDI-5. (ii. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷⁰⁾ Lásd a GPS-17. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

4. táblázat: Az ecstasyhasználat előfordulása az általános népességben – az adatok összefoglalása

Korcsoport	A használat időszaka	
	Élete folyamán	Az elmúlt évben
15–64 évesek		
A használók becsült száma Európában	9,5 millió	2,6 millió
Európai átlag	2,8 %	0,8 %
Tartomány	0,3–7,3 %	0,2–3,5 %
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (0,3%) Görögország (0,4%) Málta (0,7%) Litvánia (1,0%)	Görögország, Málta (0,2%) Dánia, Lengyelország (0,3%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Egyesült Királyság (7,3%) Cseh Köztársaság (7,1%) Írország (5,4%) Spanyolország (4,4%)	Cseh Köztársaság (3,5%) Egyesült Királyság (1,8%) Észtország (1,7%) Szlovákia (1,6%)
15–34 évesek		
A használók becsült száma Európában	7,5 millió	2,5 millió
Európai átlag	5,6 %	1,8 %
Tartomány	0,5–14,6 %	0,4–7,7 %
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (0,5%) Görögország (0,6%) Málta (1,4%) Litvánia, Lengyelország (2,1%)	Görögország (0,4%) Olaszország, Lengyelország (0,7%) Dánia, Litvánia, Portugália (0,9%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Cseh Köztársaság (14,6%) Egyesült Királyság (13,0%) Írország (9,0%) Szlovákia (8,4%)	Cseh Köztársaság (7,7%) Egyesült Királyság (3,9%) Észtország (3,7%) Hollandia, Szlovákia (2,7%)
Az információ mindegyik ország esetében a legutolsó rendelkezésre álló felmérésen alapul. A vizsgált évek 2001–2007 között voltak. Az átlagos európai előfordulást az egyes országok adott korcsoportba tartozó népességének megfelelően súlyozott átlaggal számították ki. Azokban az országokban, ahol semmilyen információ nem állt rendelkezésre, az átlagos uniós előfordulással számoltak. Az alapul vett populációk: 15–64 (328 millió), 15–34 (134 millió) és 15–24 (64 millió). Az itt összefoglalt adatok a 2008. évi statisztikai közlöny „Általános lakossági felmérések” című részében találhatók.		

például a 16 országból rendelkezésre álló adatok azt mutatják, hogy a fiatalabb diákokkal összehasonlítva a 17–18 évesek körében általában lényegesen magasabb az ecstasyhasználat életprevalenciája, ami arra utal, hogy a kábítószer első kipróbálása 16 éves kor után történik ⁽⁷¹⁾.

Miközben az ecstasyhasználók száma Európán belül az amfetaminhasználókéhoz hasonló, a kezelőszolgálatokkal nagyon kevesen kerülnek kapcsolatba. 2006-ban a legtöbb országból 1%-nál kevesebb olyan kábítószerhasználót jelentettek, aki a kezelés megkezdésekor az ecstasyt nevezte elsődleges kábítószernek, és az országok többségében jelentéktelen számú klienst kezeltek ecstasyyal összefüggő problémák miatt. Csak öt országból jelentettek 100-nál több, kezelésre jelentkező ecstasyhasználó klienst (Franciaország, Olaszország, Magyarország, az Egyesült Királyság, Törökország), akik ezekben az országokban az összes kezelt kliens

0,5–4%-át képviselték. Az ecstasyhasználók 24–25 éves átlagéletkorukkal a kábítószer miatti kezelésre jelentkezők közül a legfiatalabbak csoportjába tartoznak, és rendszerint más anyagok, köztük a kannabisz, a kokain, az alkohol és az amfetaminok egyidejű használatáról is beszámolnak ⁽⁷²⁾.

LSD

Az LSD életprevalenciája a felnőtt (15–64 éves) népességben a közel nulla és az 5,4% között mozog. A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében a becsült életprevalencia valamivel magasabb (0,3–7,1%), bár a 15–24 évesek köréből alacsonyabb előfordulási szinteket jelentettek. Ezzel szemben a néhány, összehasonlítható adatokat közlő országban az LSD használatát gyakran meghaladja a hallucinogén gombáké, amelyek esetében az életprevalencia a fiatal felnőttek körében 1–9% közötti,

⁽⁷¹⁾ Lásd az EYE-1. és EYE-2. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷²⁾ Lásd a TDI-5. és a TDI-37. (i. rész), (ii. rész) és (iii. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

az elmúlt évi használat becsült előfordulása pedig 0,3–3% között volt (EMCDDA, 2006).

Az amfetaminok és az ecstasy használatának alakulása

A legfrissebb adatok stabilizálódó, sőt, olykor csökkenő tendenciákat igazolnak az amfetamin és az ecstasy európai fogyasztása terén. 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 amfetaminhasználat (elmúlt 12 hónap) a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az Egyesült Királyságban 1996 (6,5%) és 2002 (3,1%) között jelentősen visszaesett, ezt követően a számok alapján egy szinten maradt. 1994 és 2000 között az amfetaminhasználat feltűnő növekedését jelentették Dániából, a 2005-ös felmérés adatai viszont az évtized elejétől már az anyag használatának csökkenését mutatják ⁽⁷³⁾. A hasonlóan hosszú időszakra kiterjedő ismételt felmérésekről beszámoló országok (Németország, Görögország, Spanyolország, Franciaország, Hollandia, Szlovákia, Finnország) körében jobbra stabil tendenciákat lehetett megfigyelni ⁽⁷⁴⁾. A 2001–2006 közötti ötéves időszakban a 15–34 éves korcsoport elmúlt évi amfetaminhasználatának előfordulásáról elegendő adattal rendelkező 14 ország közül háromból jelentettek 15%-os vagy nagyobb mértékű csökkenést, négyből stabilizálódást és hétből 15%-os vagy nagyobb növekedést.

A fiatal felnőttek (15–34 évesek) ecstasyhasználatát tekintve összetettebb a kép: a fiatal férfiak körében ⁽⁷⁵⁾ és bizonyos rekreációs színterekről készült vizsgálatokban továbbra is magas használati szinteket lehet találni. 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 hasonló szinteket eredményezett az ecstasyhasználat terén, a használat elmúlt évi előfordulása az Egyesült Királyságban következetesen magasabb maradt a többi országhoz képest ⁽⁷⁶⁾. A 2001–2006 közötti ötéves időszak során az ecstasyhasználat elmúlt évi előfordulása a fiatal felnőttek körében az elegendő információt közlő 14 ország közül háromban csökkent, ötben egy szinten maradt, hatban pedig emelkedett.

Néhány ország adatai arra utalnak, hogy a kábítószer-használó populáció egyes részeinél a kokain válthatja fel az amfetamint és az ecstasyt. Ez lehet a helyzet az

Egyesült Királyságban és Dániában, illetve bizonyos fokig Spanyolországban is. Az Egyesült Királyság és Dánia egyaránt viszonylag magas, 11,9%-os, illetve 6,9%-os becsült életprevalenciáról számolt be az amfetaminok használata terén, ugyanakkor az elmúlt évi és az elmúlt havi használat bejelentett szintjei jobban összhangban vannak a más országokban megfigyelttel. A kokainfogyasztás növekedése ezekben az országokban bizonyos mértékig összekapcsolható az amfetaminok használatának visszaesésével, ami felveti azt a lehetőséget, hogy egy serkentőszer egy másik helyébe lépjen ezeken a piacokon ⁽⁷⁷⁾. Más országokban (Németország, Franciaország, Olaszország, Hollandia) kevésbé egyértelmű a kábítószer-használati minták esetleges változása. Összességében továbbra sem elég ismert, hogy a felhasználók szempontjából esetleg hasonló vonzerővel bíró kábítószerek között milyen kölcsönhatások zajlanak.

A 2007-ben újonnan hozzáférhetővé vált országos iskolai felmérésekből (a Cseh Köztársaság, Spanyolország, Portugália, Szlovákia, Svédország, az Egyesült Királyság) származó adatok elemzése alátámasztja azt az elképzelést, miszerint a helyzet összességében stabilizálódik, és az amfetamin és az ecstasy kipróbálás szintű használatában a jelentések szerint nem történt változás, sőt, akár valamelyest csökkent is.

Rekreációs színtér

Amfetamin- és ecstasyhasználat a rekreációs szcénában

A kábítószer-használatról szóló, néhány kiválasztott rekreációs színtéren – ahol sok fiatal gyűlik össze, és amelyekről tudott, hogy olykor kapcsolatba hozhatók a kábítószer-fogyasztással, például a táncos eseményeken vagy zenei fesztiválokon – készített tanulmányok hasznos betekintést adhatnak az amfetamint és ecstasyt rendszeresen és intenzíven használók viselkedésébe. E körülmények között jellemzően magasak a kábítószer-használatra vonatkozó becslések, ugyanakkor ez nem általánosítható az egész népességre.

Egy 2006-ban kilenc európai városban (Athén, Berlin, Brno, Lisszabon, Liverpool, Ljubljana, Palma, Velence, Bécs) készült vizsgálat az éjszakai élet helyszíneit rendszeresen látogató, 15–30 év közötti fiatalokról az ecstasyhasználat esetében az életprevalenciát 27%-ra, az amfetaminhasználatét 17%-ra becsülte. E kábítószerek gyakori használata sokkal alacsonyabb arányban fordult

⁽⁷³⁾ Dániában 1994-ben az információ a „kemény drogokra” vonatkozott, amiről úgy tekintették, hogy többnyire amfetaminokat jelent.

⁽⁷⁴⁾ Lásd a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷⁵⁾ Lásd a GPS-9. (ii. rész) ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷⁶⁾ Lásd a GPS-21. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷⁷⁾ Lásd „A serkentőszerek európai piaca: „kokainországok” és „amfetaminországok”?”, 54. o.

elő: a válaszadók mindössze 1,4%-a nyilatkozott úgy, hogy heti egyszer vagy gyakrabban használ ecstast, az amfetamin esetében pedig ugyanez az arány 1% alatt volt. Az első használat idején mért átlagéletkor mindkét szer esetében 18 év volt ⁽⁷⁸⁾. Az egyidejű alkoholfogyasztás gyakoribb volt, a megkérdezettek 34%-a számolt be arról, hogy az interjút megelőző négy hét során kettőnél többször volt „részeg”. A részegség ilyen szintjéről a férfiak gyakrabban nyilatkoztak, mint a nők: előbbiek 42%-ban, utóbbiak 27%-ban (Európai Bizottság, 2007b).

Egy 2004-ben és 2005-ben, öt elektronikus zenei helyszínen végzett francia felmérés 1496 válaszadóból álló minta alapján az ecstasy esetében 32%-os, az amfetaminnál 13%-os elmúlt havi előfordulást mutatott. Meg kell jegyezni azonban, hogy ennél magasabb előfordulást mértek a populáció egyes, jellemzően ellenkulturális elemeket hordozó, „alternatívna” nevezett alcsoportjaiban. Ezekben az alpopulációkban az ecstasy és az amfetamin becsült előfordulása 54%, illetve 29% volt.

Beavatkozások a rekreációs szcénában

Európában egyre általánosabb tendencia, hogy a hatóságok a helyi közrendet vagy a közegészségügyet érintő kérdések kapcsán együttesen próbálnak foglalkozni a legális és a tiltott kábítószeres bizonyos aspektusaival. Ez a megközelítés különösen hasznos az olyan helyszínekre irányuló beavatkozások esetén, ahol szintetikus kábítószereket és serkentőszereket, illetve alkoholt egyaránt fogyasztanak, mint például az éjszakai bárokban és klubokban. Ezen a téren az egyik problémát az jelenti, hogy olykor nehéz megkülönböztetni egymástól a tiltott és a legális anyagok sajátos szerepét. A fiatalok körében előforduló alkoholhasználat Európában egyre nagyobb aggodalomra ad okot, ezért az Európai Bizottság 2008-ban uniós alkoholstratégiát fogadott el, hogy támogassa a tagállamokat az alkohollal összefüggő ártalmak fiatalok körében történő csökkentése érdekében. A helyzet súlyosságát mutatja, hogy a fiatal férfiak körében (15–29 évesek) minden negyedik, a fiatal nőknél minden tizedik haláleset az alkohol ártalmas használatának tulajdonítható ⁽⁷⁹⁾.

A kábítószerek és az alkohol fiatalok körében, nyilvános helyszíneken előforduló együttes használata miatti aggályok olyan stratégiák kidolgozásához vezettek, amelyek az alkohol- és kábítószer-fogyasztáshoz kapcsolódó társadalmi, gazdasági és fizikai környezeteket kívánják átalakítani, azzal a céllal,

hogy változtassanak a fogyasztói magatartásokon és normákon, a mérgezés számára kevésbé kedvező feltételeket teremtsenek, és csökkentsék az alkohollal és kábítószerrel összefüggő problémák előfordulási lehetőségeit ⁽⁸⁰⁾. A tagállamok számos olyan, az éjszakai élet helyszínein vagy azok környékén zajló intézkedésről számoltak be, amelyek kifejezetten az ártalomcsökkentés vagy a társadalmi környezet pozitív irányú megváltoztatásának céljából indultak. Ezek közé tartozott a bár- és a biztonsági személyzetnek szóló képzés; a meglévő jogszabályok fokozott betartatása; felvilágosítás a szerekkel összefüggő ártalmakról; éjszakai közlekedési szolgáltatások biztosítása; valamint az éjszakai élet biztonságosabb környezetének megteremtését szolgáló fejlesztések. Ezen a téren változatos intézkedések születtek, köztük például a közvilágítás javítása; az ivóvíz biztosítása; a helyiségek megfelelő szellőzése; sőt, idesorolhatók a segélyhívásokra adott gyors választ biztosító intézkedések is. Ennek a szemléletnek gyakran az a közös vonása, hogy a különböző érdekeltek, például a rendőrség, az engedélyező hatóságok, klubtulajdonosok és egészségügyi szolgáltatók közötti párbeszédre alapul, akiknek partnerségben kell együttműködniük a helyi szükségletek és a megoldási lehetőségek megtalálása érdekében.

Az ezen a téren folyó munka jó példáját láthatjuk Dániában, ahol az étteremtulajdonosoknak és az éjszakai életben dolgozóknak – az önkormányzatokkal és a rendőrséggel együttműködésben – tanfolyamokat kínálnak, hogy elősegítsék a kábítószerek és az alkohol használatának és árusításának korlátozása terén kívánt attitűd elsajátítását. Az egyes tagállamok által e területen kidolgozott módszerek némelyike szélesebb körben is kezdi magára vonni a figyelmet, amit jól szemléltet az a tény, hogy az Egyesült Királyságban összeállított biztonságos partikalauzt most már párizsi és brüsszeli klubokban is bevezették. A klubtulajdonosok a megkereső szociális munkások és a helyi hatóságok részvételével közreműködnek a visszafogott ivás népszerűsítésében, a kábítószerek és az alkohol ártalmairól szóló felvilágosításban, illetve a helyszínek biztonsági jellemzőinek erősítésében (pl. ingyenes ivóvíz biztosítása, elsősegélynyújtásban jártas személyzet, pihenőhelyek).

A járművezetés, valamint a kábítószer- és alkoholfogyasztás ügye ugyancsak szerepelt néhány környezeti stratégiában. A példák között megemlítendő az alternatív fuvarozási szolgáltatás ittas vezetők részére, ami néhány párizsi éjszakai klubban már

⁽⁷⁸⁾ Lásd az EYE-2. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷⁹⁾ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf

⁽⁸⁰⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>

működik, vagy a tömegközlekedési lehetőségek népszerűsítése a brüsszeli klubokban. Spanyolországban a „kijelölt autóvezetőkkkel” és a pszichoaktív anyagok hatása alatti vezetés kockázataival foglalkozó prevenciók kampányokat folytattak, különösen a hétvégéken. Talán ezeknek a kampányoknak is része volt abban, hogy Spanyolországban 2006-ban 16%-kal csökkent a 18–20 éves fiatalokat érintő közlekedési balesetek száma ⁽⁸¹⁾.

Úgy tűnik, hogy azok a stratégiák, amelyek a fiatalok kábítószer- és alkoholfogyasztásának helyszínéül szolgáló környezetet veszik célba, komoly előnyökkel járhatnak a közegészség védelme és a közbiztonság javítása szempontjából, de a kábítószer-használók túl a tágabb közösség számára is kedvezőek lehetnek. Egyelőre azonban Európában az ilyen módszerek jellemzően konkrét, ismert problémás területekre korlátozódnak, gyakran a nagyobb városközpontokra, és átfogó végrehajtásukra ritkán kerül sor, ami arra utal, hogy ezen a téren még bőven lenne lehetőség a további befektetésekre és fejlesztésekre. Általánosabban nézve, az ezen a téren folyó munkában jellemzően az egyes problémás viselkedéseket célba vevő beavatkozásokra vagy a környezet bizonyos aspektusaira szorítkoztak, ahelyett, hogy a nagyobb feladatra, a fiatalok körében a bizonyos körülmények között történő kábítószer- és alkoholfogyasztással kapcsolatban kialakult irányadó meggyőződésekre és attitűdökre helyezték volna a hangsúlyt.

Kezelési szolgáltatások

A legtöbb tagállamban a kifejezetten amfetamin-, metamfetamin- vagy ecstasyhasználóknak szóló kezelési szolgáltatások korlátozott hozzáférhetősége a korlátozott keresletet tükrözi. Ettől némileg eltérő a helyzet abban a néhány tagállamban, ahol hosszú ideje aktív, krónikus amfetamin- vagy metamfetaminhasználó populáció él. Ezekben az országokban (főként a Cseh Köztársaságban, Szlovákiában, Finnországban, Svédországban) az amfetamin- vagy metamfetaminhasználókat erre szakosodott szolgálatok keretében kezelik. Úgy tűnik, hogy a kezelési lehetőségek a detoxikálást jelentik, amelyet rendszerint járóbeteg-ellátásban zajló egyéni terápia, illetve járóbeteg-ellátásban vagy bentlakásos intézményben folyó csoportos terápia követ.

A pszichostimulánsoktól, például az amfetaminoktól és a kokaintól való függőség kezelésére általában nem vonatkoznak szilárd tényeken alapuló, bizonyítottan hatékony terápiás lehetőségek. Amint az 5. fejezetben is szerepel, jelenleg nem áll rendelkezésre olyan gyógyszerhatóanyag, amely segítené a szerek használóit a megvonás kezelésében vagy a pszichostimulánsoktól való függőséggel járó kínzó vágy csökkentésében. Ráadásul a szakirodalom arra irányítja a figyelmet, hogy a pszichoszociális beavatkozások közül egyik sem bizonyult különösebben hatékornak a pszichostimulánsok használóinak az absztinencia fenntartásában való támogatása érdekében.

⁽⁸¹⁾ Az Európában folytatott prevenciók kampányokról bővebb információért lásd a kábítószerekről és a járművezetésről szóló, 2007-es kiválasztott témakört.

5. fejezet

Kokain és crack kokain

Bevezetés

A legfrissebb adatok továbbra is a kokainhasználat átfogó növekedését mutatják Európában. A több országban végzett populációs felmérések a használat jelentős növekedését észlelték a fiatalok körében az 1990-es évek közepe óta. Ezeket a megállapításokat a célzott vizsgálatok eredményei is alátámasztják, amelyek bizonyos rekreációs színtereken (az éjszakai életben és a zenés-táncos szórakozóhelyeken) a kokainhasználat nagyon magas szintjeit figyelték meg. Ezzel párhuzamosan a kokain elérhetőségének mutatói – a kábítószer lefoglalásainak számát és a lefoglalt mennyiségeket is beleértve – drámai mértékben emelkedtek Európában.

Az EU néhány tagállamában az elmúlt években jelentősen megnőtt a kokainhasználat miatti kezelés iránti igény, és egyes országokban, városokban, illetve régiókban ma már meghaladja az opioidkezelés iránti keresletet. Emellett a kezelés alatt álló opioidhasználók jelentős része másodlagos kábítószerként említi a kokaint, amely súlyosbíthatja a problémáikat és megnehezítheti az ellátásukat. A kokain sok országban a kábítószerrel összefüggő halálos esetek toxikológiai elemzésében is nagy arányban szerepelt, általában az opioidokkal és más anyagokkal együtt.

Azzal a megfigyeléssel szemben, hogy Európában a kokainhasználat összességében emelkedik, fontos megjegyezni, hogy az országok között komoly különbségek mutatkoznak, ami sok ország esetében még mindig nagyon alacsony használati szinteket jelent. A kokainproblémákkal kapcsolatos országos tapasztalatok ugyancsak nagyon vegyesek, Európán belül például viszonylag kis számú ország felel a kokain miatti kezelési igények többségéért.

Kínálat és hozzáférhetőség

Termelés és kereskedelem

A kokain forrása, a kokacserje termesztése változatlanul az Andok régiójának néhány országában koncentrálódik ⁽⁸²⁾.

Az ENSZ Kábítószerügyi és Bünyldözési Hivatala (2008) a 2007-es évre 994 tonna tiszta kokain-hidrokloridra becsülte a potenciális kokaintermelést, amelynek 61%-ért Kolumbia, 29%-ért Peru, 10%-ért Bolívia felelt. A felszámolt laboratóriumok számának elemzése arra utal, hogy a termelés legnagyobb része továbbra is ebben a három országban zajlik, bár más, dél-afrikai országokban is előfordulhat az észak-amerikai és az európai fő fogyasztói piacokra történő exportálást megelőzően. A kálium-permanganát (a kokain-hidroklorid elegyítéséhez használt kémiai reagens) tiltott kereskedelméről szóló információk is ezt a megállapítást támasztják alá: 2006-ban a világszerte lefoglalt 101 tonna kálium-permanganátból 99 tonnát Kolumbia jelentett be (INCB, 2008b).

Az Andok régiójában előállított kokaint ezután a dél-amerikai országokból Európába csempészik (Brazilián, Ecuadoron, Venezuelán keresztül). Miközben a Karib-térség továbbra is fontos tranzitónának számít az Európába tartó kokainszállítmányok szempontjából, a nyugat-afrikai országokon – különösen a Guineai-öblön és a Zöld-foki Köztársaság, Guinea és Bissau-Guinea partvidékén – keresztülhaladó szállítás az elmúlt néhány évben jelentős mértékben megnőtt (CND, 2008; INCB, 2008a) ⁽⁸³⁾. Az Európába érkező kokain számára változatlanul Spanyolország és Portugália a fő belépési pont, az utóbbi szerepe 2005 óta jelentősen nőtt. A kokain emellett közvetlenebb úton is bejut Európába: hajóval az Atlanti-óceánon keresztül, vagy légi úton, különösen Hollandiába, Belgiumba, Olaszországba, Franciaországba, az Egyesült Királyságba és Németországba. A jelentések szerint Hollandia és Franciaország egyaránt fontos tranzitország a kokain további európai terjesztése szempontjából (Europol, 2007b). A kelet-európai országokon (Bulgária, Észtország, Lettország, Litvánia, Románia, Oroszország) áthaladó kokainbehozatalról szóló jelentések a közelmúltból új kereskedelmi útvonalak kialakulására utalhatnak Európának ezen a részén.

Lefoglalások

A kannabisznövény és a kannabiszgyanta után a kokain a legtöbbet forgalmazott kábítószer a világon.

⁽⁸²⁾ A kábítószer kínálatáról és a hozzáférhetőségről szóló adatok forrására vonatkozó információkat lásd a 40. oldalon.

⁽⁸³⁾ Lásd még „Nyugat-Afrika: az Európába tartó kokainkereskedelem új regionális tranzitközpontja”, 64. o.

2006-ban a kokain globális lefoglalásai enyhén csökkentek, 706 tonnára. A lefoglalt mennyiség legnagyobb részéért, globálisan nézve a 45%-áért változatlanul Dél-Amerika felelt, amit Észak-Amerika 24%-kal, majd Nyugat- és Közép-Európa 17%-kal követett (UNODC, 2008).

Az elmúlt 20 évben a kokainlefoglalások száma emelkedett Európában, és ez a 2001–2006 közötti időszakban is folytatódott, a 2003-as csökkenéstől eltekintve. A lefoglalt kokain mennyisége az elmúlt évtizedben ugyancsak emelkedőben volt, de rendszeresen előfordultak kisebb ingadozások. 2006-ban az európai kokainlefoglalások száma 72 700 esetre nőtt, a lefoglalt mennyiség pedig 121 tonnát tett ki ⁽⁸⁴⁾. A legtöbb lefoglalást továbbra is Spanyolországból jelentették: az adott év európai lefoglalásainak 58%-át és a lefoglalt mennyiség 41%-át. A Portugáliában lefoglalt mennyiség ugrásszerű növekedése 2005 óta – aminek köszönhetően az ország 2006-ban az európai összmennyiség 28%-áért felelt – azt mutatja, hogy a kokainkereskedők egyre nagyobb arányban veszik igénybe az Ibériai-félszigetet az európai piacra való belépéshez.

Tisztaság és ár

A kokain tisztasága Európán belül 2006-ban jellemzően 1% és 90% között mozgott, bár a legtöbb országból 25–55% közötti értékeket jelentettek ⁽⁸⁵⁾. Az elegendő adatot közlő 23 ország közül a legtöbben a kokain tisztasága terén csökkenő tendenciát tapasztaltak a 2001–2006-os időszakban, ugyanakkor Görögország és Franciaország 2003–2006 között emelkedést figyelt meg.

A kokain jellemző kiskereskedelmi ára 2006-ban grammonként 50–75 EUR között volt a legtöbb európai országban, de Ciprusról, Romániából, Svédországból és Törökországból ennél jóval magasabb értéket közöltek. A 2001–2006 közötti időszakban az utcán értékesített kokain az elegendő adatot közlő országok közül 18-ban lett olcsóbb, Románia kivételével, ahol (az inflációnak megfelelően kiigazítva) áremelkedést tapasztaltak.

Előfordulás és használati minták

A sokféleség nemcsak a kokainhasználat tagállamok által bejelentett szintjei terén figyelhető meg, a kokainhasználók tulajdonságai sem egységesek, sőt, kifejezetten széles társadalmi spektrumot fednek le, a társadalom legkiváltságosabb tagjaitól a periféria legszélére szorulóig. A kokainhasználat mintái ennek

Nyugat-Afrika: az Európába tartó kereskedelem új regionális tranzitközpontja

Az utóbbi öt évben Nyugat-Afrika az Európába irányuló kokainkereskedelem fontos régiójává lépett elő ⁽¹⁾ mint a tranzit, a tárolás és az átcsomagolás helyszíne (Europol, 2007b; UNODC, 2007b; USDS, 2008). Becslések szerint a 2007-ben Európába érkező kokain közel egynegyedét ezen a régión keresztül szállították (UNODC, 2008). A növekvő európai kokainhasználatot is figyelembe véve vannak olyan vélekedések, miszerint a nyugat-afrikai útvonalon keresztül zajló kereskedelem hozzájárulhatott a kábítószer árának csökkenéséhez, egyúttal megerősítette az Ibériai-félszigetnek a kokainforgalom európai belépési pontjaként betöltött szerepét (Europol, 2007b).

Nyugat-Afrikából Európába a kokaint elsősorban tengeri úton szállítják: nagy szállítmányok érkeznek halászhajókon a főként Portugália északi részén és Spanyolországon belül Galíciában található deponáló helyekre. Kisebb kokainszállítmányok légi úton vagy szárazföldön keresztül is érkezhetnek, ami egyre gyakrabban a kannabiszgyanta csempészetéhez kapcsolódik.

A nyugat-afrikai kokainkereskedelmi útvonal szerepének megnövekedése több tényezőnek tulajdonítható. Ezek közé tartozik az ellenőrzések jobb hatékonysága az alternatív kereskedelmi útvonalakon (Europol, 2007b); Nyugat-Afrika földrajzi elhelyezkedése és a térség országainak gazdasági kiszolgáltatottsága, ami gyakran gyenge igazságügyi és bűnüldözési rendszereket eredményez.

A nemzetközi közösség számos kezdeményezést indított a probléma kezelésére. Az Európai Unió más kezdeményezései mellett a Tanács a kábítószerekkel foglalkozó horizontális munkacsoporton keresztül Nyugat-Afrika ügyét tette elsőszámú napirendi ponttá, és állásfoglalást nyújtott be az ENSZ 2008-as Kábítószerügyi Bizottságának a Nyugat-Afrikának szánt nemzetközi támogatás megerősítéséről. Ezenfelül az EU támogatásával hét tagállam együtt lépett fel a Tengerészeti Elemzési és Műveleti Központ – Kábítószeres (MAOCV-N) részlegének létrehozása érdekében. Ez a lisszaboni székhelyű, katonai támogatással működő bűnüldözési központ a kokainkereskedelem visszaszorítására törekszik, külön figyelmet fordítva az Atlanti-óceán keleti részére.

⁽¹⁾ Az UNODC (2007b) jelentése szerint a legnagyobb fogásokat 2006/2007-ben Szenegálban, Ghánában, Mauritániában, Bissau-Guineában, a Zöld-foki Köztársaságban, Nigériában, Beninben és Sierra Leonában vették nyilvántartásba.

megfelelően sokszínűek lehetnek, az alkalmi, rekreációs használattól a kényszeres, függő viselkedésig. További bonyolító tényező a kokain felhasználási formája (kokain-hidroklorid vagy crack kokain), illetve a beadás módja. Ez a sokrétűség fontos szempont, mind a kokainhasználat

⁽⁸⁴⁾ Az ebben a fejezetben az európai kokainlefoglalásokról említett adatok megtalálhatók az SZR-9. és az SZR-10. táblázatban a 2008. évi statisztikai közlönyben. Meg kell jegyezni, hogy – a fejezetben mindvégig – ahol a 2006-os adatok hiányoznak, az európai összmennyiségek becsléséhez a megfelelő 2005-ös adatokat használták fel.

⁽⁸⁵⁾ A tisztaságra és az arra vonatkozó adatokért lásd a PPP-3. és a PPP-7. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

különböző mintáival várhatóan együtt járó problémákör megértése, mind a kábítószer-használók különálló csoportjainak szóló szolgáltatások kidolgozásához szükséges tájékozódás érdekében.

Az általános népesség körében

A kokain összességében a kannabisz után még mindig a második leggyakrabban használt tiltott kábítószer Európában, bár használatát tekintve az országok között komoly különbségek vannak. Becslések szerint körülbelül 12 millió európai használta már életében legalább egyszer; ez átlagosan az összes 15–64 év közötti felnőtt 3,6%-a (az adatok összefoglalását lásd az 5. táblázatban). Az országos számadatok 0,4% és 7,7% között mozognak, ezen belül tizenkét ország – többségében az Európai Unióhoz 2004 óta csatlakozott tagállamok – az összes felnőtt körében nagyon alacsony életprevalenciáról számolt be (0,4–1,2%).

Becslések szerint körülbelül 4 millió európai használta a kábítószer az elmúlt évben (átlagosan 1,2%), noha az országok közötti különbségek e tekintetben is jelentősek. Ez jól látható a közelmúltban készült országos felmérések eredményeiből, amelyek a használat becsült elmúlt évi előfordulását 0,1% és 3% közé teszik, bár a használati szintek csak négy országban haladják meg az 1%-ot. Az elmúlt havi használat becsült 2 milliós előfordulása körülbelül fele az elmúlt évi használatának, és a felnőtt népesség kb. 0,5%-át jelenti. Ezek azonban valószínűleg konzervatív becslések.

Összességében úgy tűnik, hogy a kokainhasználat néhány országban koncentrálódik, konkrétan Spanyolországban és az Egyesült Királyságban, illetve kisebb mértékben Olaszországban, Dániában és Írországban, miközben a kábítószer használata a legtöbb európai országban alacsony szintű. Azokban az országokban, ahol a tiltott serkentőszerek piacát az amfetaminok uralják, a kokainhasználat szinte minden esetben alacsony; ezzel szemben a legtöbb olyan országból, ahol a kokain az elsőszámú tiltott serkentőszert, alacsony szintű amfetaminhasználatot jelentettek ⁽⁸⁶⁾.

Kokainhasználat a fiatal felnőttek körében

A kokainhasználat főként a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében koncentrálódik. Ha például azt a 4 millió európai tekintjük, akik az elmúlt évben használták a kábítószer, közülük nyolcból hét valószínűsíthetően fiatal felnőtt.

Európában becslések szerint 7,5 millió fiatal felnőtt (15–34 évesek) avagy átlagosan 5,4% használt már kokaint életében legalább egyszer. Az országos

A kokainhasználat becslése a települési szennyvíz elemzése alapján

Az analitikai kémia legújabb fejlesztéseinek alkalmazása a kokain szennyvízből való kimutatására új „szennyvíz-epidemiológia” néven ismert szemléletet hozott a közösségben zajló tiltott kábítószer-használat megfigyelésébe. A módszer a tiltott kábítószer- bomlástermékeinek szintjét méri, amelyek a fogyasztók vizeletével ürülnek ki. A bomlástermékek szennyvízben mért szintjét ezután arányosítják, hogy ki lehessen számítani a tiltott kábítószer- fogyasztást a népesség körében. A kokain esetében a vizelettel távozó metabolitok közül a legfontosabb a benzoilekgonin. Mivel a szennyvízrendszerekben talált benzoilekgonin egyetlen valószínűsíthető forrása az emberi szervezetben lebomló kokain, bizonyos feltételezések segítségével a szennyvízben található metabolit mennyiségéből ki lehet számolni a közösségben elfogyasztott kokain mennyiségét (de a fogyasztók számát nem).

A „szennyvíz-epidemiológia” még csak a fejlődés korai szakaszában jár, ezért a fontos technikai és etikai kérdéseken túl az általa felkínált információt is be kell építeni a jelenlegi kutatói gondolkodásba. Ezekkel a kérdésekkel az EMCDDA új, a szennyvizek elemzéséről szóló kiadványa foglalkozik (EMCDDA, 2008b). A különféle tudományterületek szakértőinek összefogásával készült jelentés azt állapítja meg, hogy bár még továbbfejlesztésre szorul, a szennyvíz-epidemiológia komoly lehetőségeket kínál a kábítószer- felügyeletére közösségi szinten. A módszer arra is alkalmas lehet, hogy a közegészségügyi és bűnüldözési tisztviselőket segítse a kábítószer- használati minták megismerésében a különböző méretű településeken. Mivel a szennyvízből való mintavételt napi, heti vagy havi rendszerességgel egyaránt el lehet végezni, az adatokat arra is fel lehetne használni, hogy aktuálisabb képet adjanak a helyzetről, ezáltal a közösségeknek több lehetőségük legyen a megelőzési és beavatkozási tevékenységek hatásának, illetve hatékonyságának megfigyelésére.

adatok 0,7% és 12,7% között mozognak. Az elmúlt évi kokainhasználat európai átlagát ebben a korcsoportban 2,3%-ra (3,5 millió fő), az elmúlt havi használatát 1%-ra becsülik (1,5 millió fő).

A használat különösen a fiatal férfiak (15–34 évesek) körében gyakori, Spanyolországban, Dániában, Írországban, Olaszországban és az Egyesült Királyságban a kokainhasználat 4–7% közötti elmúlt évi előfordulási arányával ⁽⁸⁷⁾. A fiatal felnőttek esetében a nők és a férfiak aránya az elmúlt évi előfordulást tekintve 1:1 és 1:13 között mozgott a különböző országokban. Az Európai Unió egészére kiszámított súlyozott átlagok

⁽⁸⁶⁾ Lásd „A serkentőszerek európai piaca: „kokainországok” és „amfetaminországok””, 54. o.

⁽⁸⁷⁾ Lásd a GPS-13. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

azt mutatják, hogy a 15–34 éves kokainhasználók körében a férfiak és a nők aránya közel 4:1 volt (minden nőre 3,8 férfi jutott).

Az aktuálisabb (elmúlt évi és elmúlt havi) kokainhasználat előfordulása a 15–24 éves korcsoportban volt a legmagasabb, bár ez a jelenség nem volt annyira feltűnő, mint a kannabisz és az ecstasy esetében ⁽⁸⁸⁾. A kokainhasználat elmúlt évi előfordulását ebben a korcsoportban 2,6%-ra becsülték, ami 2 millió olyan 15–24 éveset jelent, akik az elmúlt évben használták a kábítószer.

A kokainhasználat bizonyos életstílusokkal is összekapcsolható. A 2003/2004-es brit bűnügyi felmérés adatainak elemzése úgy becsülte, hogy a pubokat vagy kocsmákat rendszeresen látogató 16–29 évesek körülbelül 13%-a számolt be az elmúlt évi kokainhasználatról, szemben a ritkább látogatók körében mért 3,7%-os aránnyal. A 30–59 évesek körében ugyanez a szám 3,1%, illetve 1% volt. A crack kokain bevallott használatát ugyanez a felmérés nagyon alacsonynak találta, még a kokainhasználat legnagyobb előfordulását mutató csoportban is. Ez alátámasztja a célzottabb vizsgálatok megállapításait, amelyek szerint a kokainpor használóinak profilja eltér a crack kokaint használókéétól. Valószínű, hogy a kokainhasználat más országokban is hasonló életstílusbeli tényezőkhöz jár együtt.

A rekreációs szcénában végzett vizsgálatok gyakran a kokainhasználat magas előfordulási arányairól számolnak be. Egy 2006-os, kilenc európai városban (Athén, Berlin, Brno, Palma, Lisszabon, Liverpool, Ljubljana, Velence, Bécs), 1383 – „az éjszakában szórakozni” rendszeresen eljáró – fiatal (15–30 évesek) részvételével készült vizsgálat azt állapította meg, hogy 29%-uk számolt be arról, hogy legalább egyszer használta már a kábítószer, és közel 4%-uk élete valamely szakaszában hetente vagy gyakrabban használt kokaint (Európai Bizottság, 2007b). Egy 2004–2005-ös francia felmérés ugyancsak magas előfordulási szinteket mutatott; ennek keretében különböző elektronikus zenei helyszíneken 1496 főt kérdeztek meg. Az elmúlt hónapban a minta közel 35%-a használt kokaint, 6%-uk pedig crackot vagy szabad bázisú (freebase) kokaint. A tanulmány a szubpopulációk közötti különbségekről is beszámolt: a kokainhasználat elmúlt havi előfordulása 50% volt, a crackhasználaté 13% az úgynevezett „alternatívok” csoportjában, míg a főáramlathoz közelebbi alpopulációknak körülbelül egynegyede használt kokaint és 2%-a crackot az elmúlt hónapban.

Kokainhasználat a diákok körében

A diákok körében a kokainhasználat előfordulása összességében jóval alacsonyabb szintű, mint a kannabiszhasználaté. A legtöbb országban a 15–16 éves diákok körében a kokain kipróbálási szintű előfordulása legfeljebb 2%, csak Spanyolországban éri el a 4%-ot és az Egyesült Királyságban az 5%-ot ⁽⁸⁹⁾. Az országos iskolai felmérésekből származó, friss adatokat közlő országokban (Spanyolország, Portugália, Szlovákia, Svédország, az Egyesült Királyság) a kokainhasználat előfordulása stagnál vagy enyhén csökken, bár az előfordulási szintek változásai rendszerint túl csekélyek ahhoz, hogy statisztikailag szignifikánsak legyenek. Spanyolországban a friss felmérési adatok a 17–18 éves diákok körében jelentős visszaesést mutattak.

A kokainhasználat mintái

Az általános populációs felmérésekből kapott adatok a kokainhasználók körében magas abbahagyási rátákat mutatnak: a 2% fölötti elmúlt évi előfordulással rendelkező országokban azoknak a felnőtteknek, akik életükben legalább egyszer használtak kokaint, 80–90%-a az elmúlt hónap folyamán nem használta ⁽⁹⁰⁾.

Európában a kokainhasználat gyakoriságáról szóló információk csak korlátozott mértékben érhetők el. A brit bűnügyi felmérés egyik elemzése azt állapította meg, hogy a megelőző évben kokaint használó fiatalok (16–24 évesek) körülbelül 20%-a havi egy alkalomnál gyakrabban fogyasztotta a kábítószer. Egy több európai városra kiterjedő, a kokainhasználók célzott mintáit kilenc városban vizsgáló (Prinzleve és mások, 2004) tanulmány azt állapította meg, hogy a használat bevallott gyakorisága átlagban nézve alacsonyabb volt (havi hét nap) az integrált szerhasználók körében, mint a társadalmilag kirekesztett használók (11 nap) vagy a kezelés alatt álló opioidhasználók (14 nap) között.

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 becslések vannak. A legfrissebb spanyolországi adatok alapján 2002-ben a felnőtt népességben (15–64 évesek) 1000 főre 4,5–6 problémás kokainhasználó jutott. Hasonlóképpen Olaszországban 2006-ban 3,7–4,5 közé becsülték az 1000 felnőttre jutó problémás kokainhasználók arányát. Az Egyesült Királyságra

⁽⁸⁸⁾ Az összes évre vonatkozóan lásd a GPS-15. ábrát és a GPS-14–GPS-16. táblázatot; a legfrissebb adatokat lásd a GPS-17–GPS-19. táblázatban a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸⁹⁾ Lásd az EYE-1. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹⁰⁾ Lásd a GPS-16. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

5. táblázat: A kokainhasználat előfordulása az általános népességben – az adatok összefoglalása

Korcsoport	A használat időszaka		
	Élete folyamán	Az elmúlt évben	Az elmúlt hónapban
15–64 évesek			
A használók becsült száma Európában	12 millió	4 millió	2 millió
Európai átlag	3,6%	1,2%	0,5%
Tartomány	0,4–7,7%	0,1–3,0%	0–1,6%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia, Málta, Litvánia (0,4%) Görögország (0,7%)	Görögország (0,1%) Lengyelország, Lettország, Cseh Köztársaság (0,2%)	Görögország, Észtország, Cseh Köztársaság (0,0%) Málta, Litvánia, Lengyelország, Finnország, Lettország (0,1%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Egyesült Királyság (7,7%) Spanyolország (7,0%) Olaszország (6,6%) Írország (5,3%)	Spanyolország (3,0%) Egyesült Királyság (2,6%) Olaszország (2,2%) Írország (1,7 %)	Spanyolország (1,6%) Egyesült Királyság (1,3%) Olaszország (0,8%) Írország (0,5%)
15–34 évesek			
A használók becsült száma Európában	7,5 millió	3,5 millió	1,5 millió
Európai átlag	5,4%	2,3%	1%
Tartomány	0,7–12,7%	0,2–5,4%	0,0–2,8%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia, Litvánia (0,7%) Málta (0,9%) Görögország (1,0%)	Görögország (0,2%) Lengyelország (0,3%) Lettország, Cseh Köztársaság (0,4%)	Észtország (0,0%) Görögország, Lengyelország, Lettország, Cseh Köztársaság (0,1%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Egyesült Királyság (12,7%) Spanyolország (9,6%) Dánia (9,1%) Írország (8,2%)	Egyesült Királyság (5,4%) Spanyolország (5,2%) Olaszország (3,2%) Írország (3,1%)	Spanyolország (2,8%) Egyesült Királyság (2,7%) Olaszország (1,2%) Dánia, Írország (1,0%)
15–24 évesek			
A használók becsült száma Európában	3 millió	2 millió	800 000
Európai átlag	4,5%	2,6%	1,2%
Tartomány	0,4–11,2%	0,2–6,1%	0,0–3,2%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (0,4%) Görögország (0,6%) Litvánia (0,7%) Málta, Lengyelország (1,1%)	Görögország (0,2%) Lengyelország (0,3%) Cseh Köztársaság (0,4%) Lettország (0,6 %)	Észtország (0,0%) Görögország, Lettország (0,1%) Cseh Köztársaság, Lengyelország, Portugália (0,2%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Egyesült Királyság (11,2%) Spanyolország (8,7%) Dánia (8,0%) Írország (7,0%)	Egyesült Királyság (6,1%) Spanyolország (5,8%) Írország (3,8%) Dánia, Olaszország (3,3%)	Egyesült Királyság (3,2%) Spanyolország (3,1%) Olaszország (1,3%) Bulgária, Írország (1,1%)

Az információ mindegyik ország esetében a legutolsó rendelkezésre álló felmérésen alapul. A vizsgált évek 2001–2007 között voltak. Az átlagos európai előfordulást az egyes országok adott korcsoportba tartozó népességének megfelelően súlyozott átlaggal számították ki. Azokban az országokban, ahol semmilyen információ nem állt rendelkezésre, az átlagos uniós előfordulással számoltak. Az alapul vett populációk: 15–64 (328 millió), 15–34 (134 millió) és 15–24 (64 millió). Az itt összefoglalt adatok a 2008. évi statisztikai közlöny „Általános lakossági felmérések” című részében találhatók.

vonatkozó információk nem vethetők közvetlenül össze a spanyol és olasz adatokkal, mivel a crack kokain használatán alapulnak. 2004–2005-ben egy tanulmány a felnőtt népességen belül 1000 lakosonként 5,7–6,4 főre becsülte a problémás kokainhasználók számát az Egyesült Királyságban.

A kokaint, főként a kokainport Európában az összes kezelésre jelentkező körülbelül 16%-a nevezte meg a kábítószer miatti kezelés megkezdésének elsőszámú okaként, ami 24 országban nagyjából 61 000 bejelentett esetnek felel meg ⁽⁹¹⁾. A kokaint emellett a járóbeteg-ellátásban jelentkező összes kliens körülbelül 18%-a említette másodlagos kábítószerként ⁽⁹²⁾. Az országok között igen nagyok a különbségek: a kokainhasználók aránya a kezelt kliensekhez képest igazán csak Spanyolországban (47%) és Hollandiában (35%) magas; bár a kezelési igények 25%-át most már Olaszországban is ez a kábítószer okozza. Európa más részein a kokain az összes kezelési igény 5–10%-áért (10 ország) vagy kevesebb mint 5%-áért (12 ország) tehető felelőssé ⁽⁹³⁾.

A kokainhasználók aránya magasabb azok között, akik első alkalommal jelentkeznak kábítószer miatti kezelésre. Európa egészét tekintve 2006-ban az új kliensek 23%-a (körülbelül 37 000 fő) nevezte meg a kokaint elsődleges kábítószerként ⁽⁹⁴⁾. A legfrissebb adatok alapján Spanyolországban a 2005-ben kezelésre jelentkezők a kokaint nevezték meg legtöbbször elsődleges kábítószerként, és az új kokainhasználó kliensek az összes újonnan kezelt spanyol kliens 63%-át képviselték.

A kokainhasználat tendenciái

Ha a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az elmúlt évi előfordulást használjuk tendenciamutatónak a közelmúltbeli használat szintjét illetően (mivel a kokainhasználat ebben a korcsoportban koncentrálnak), azt láthatjuk, hogy a kokainhasználat az 1990-es évek második felében Spanyolországban, Dániában és az Egyesült Királyságban jelentősen megnőtt. Az új adatok (2005–2007-es felmérések) megerősítik a már tavaly is bejelentett emelkedő tendenciát Franciaország, Írország, Spanyolország, az Egyesült Királyság, Olaszország, Dánia és Portugália esetében; stabil előfordulást figyeltek meg Németországban, Hollandiában, Szlovákiában és Finnországban; Lengyelországból pedig csökkenést jelentettek (5. ábra).

A kokain miatti kezelés iránti igény korábbi években már megfigyelt növekvő tendenciája ugyancsak folytatódni látszik, még ha erre néhány ország aránytalanul nagy hatással is van. 2002 és 2006 között az elsődleges kokainhasználat miatt kezelést kérő új kliensek aránya 13%-ról 25%-ra emelkedett, a bejelentett esetek száma pedig 13 000-ről közel 30 000-re nőtt. A kokain miatt kezelésre jelentkező összes kliens számát és arányát tekintve szintén növekedést lehetett megfigyelni: ez a 2002-es 22 000 kliensről (az összes kezelési igény 13%-a) 2006-ban 50 000-re nőtt (19%). A legnagyobb növekedést Olaszországból és Spanyolországból jelentették ⁽⁹⁵⁾.

A kábítószer miatti kezelésre jelentkező kokainhasználók számának növekedése összefügghet a kokainhasználat előfordulásának és a kapcsolódó problémáknak a növekedésével, de más tényezőkkel is (pl. a kezelésre való beutalások növekedése vagy kifejezetten a kokainhasználóknak szóló beavatkozások); az egyes kábítószer-típusonkénti arányokat pedig nyilvánvalóan befolyásolja a más anyagok használói részéről jelzett, kezelés iránti igény.

Nemzetközi összehasonlítások

A kokainhasználat becsült életprevalenciája az Európai Unióban élő fiatal felnőttek körében összességében alacsonyabb, mint az Ausztráliában, Kanadában és az USA-ban élő társaiknál. Országos szinten azonban Dániából, Írországból, Spanyolországból, Olaszországból és az Egyesült Királyságból (Anglia és Wales) magasabb számokat jelentettek, mint Ausztráliából. Csak az Egyesült Királyságból (Anglia és Wales) jelentettek az USA-éhoz hasonló becsült életprevalenciát ⁽⁹⁶⁾. Bizonyos szempontból ez a szám a kokainproblémák történeti alakulására és arra világít rá, hogy az Egyesült Királyság az USA, illetve Európa viszonylatában korábban tapasztalta meg a kokainhasználat elterjedtségét.

Kezelés és ártalomcsökkentés

A kezelt kliensek jellemzői

Európában a kokain miatt bejelentett kezelési igények szinte egésze (94%) a járóbeteg-ellátó központoknál jelentkezik ⁽⁹⁷⁾. Meg kell jegyezni azonban, hogy a

⁽⁹¹⁾ Lásd a TDI-115. táblázatot és a TDI-2. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹²⁾ Lásd a TDI-22. (i. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

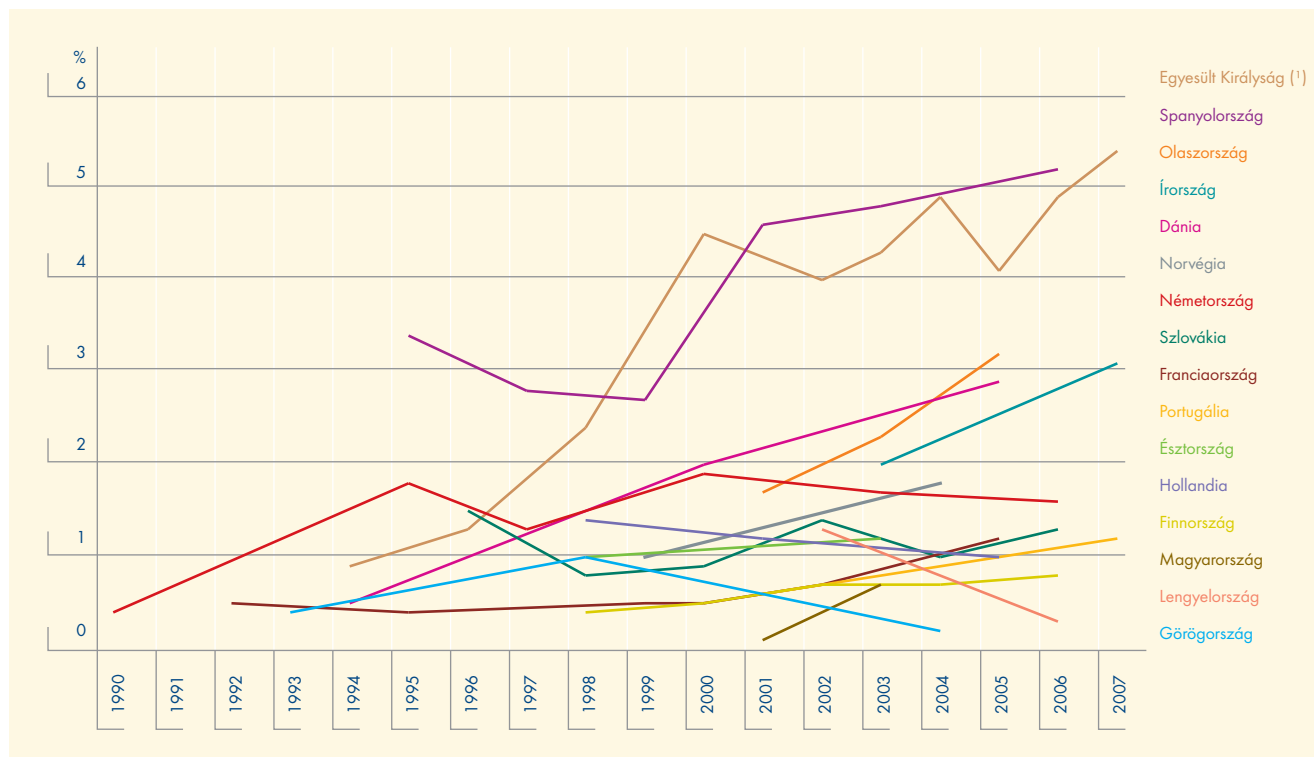
⁽⁹³⁾ Lásd a TDI-5. (ii. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben; Spanyolország esetében az adatok 2005-re vonatkoznak.

⁽⁹⁴⁾ Lásd a TDI-2. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹⁵⁾ Lásd a TDI-1. és TDI-3. ábrát és a TDI-3. (ii. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹⁶⁾ Lásd a GPS-20. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹⁷⁾ Lásd a TDI-24. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

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

(¹) Anglia és Wales.

Megjegyzés: Dániában az 1994-re vonatkozó érték a „kemény drogoknak” felel meg. További információért lásd a GPS-14. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox országjelentések (2007), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

kokain miatti kezelés néha magánklinikákon zajlik, olykor bentlakásos formában, és az ellátásnak ez a formája egyelőre nem képviselteti magát kellőképpen a jelenlegi megfigyelési rendszerben.

A kábítószer miatt kezelt kliensek körében a járóbeteg-kezelésre jelentkező kokainhasználóknál a legmagasabb a férfi–nő arány (minden nőre 5 férfi jut). Átlagéletkoruk 31 év (⁹⁸), ezáltal az opioidhasználók és a hipnotikumok és nyugtatók használói után ez a harmadik legidősebb csoport a kábítószer miatt kezelt kliensek között. A kokain miatt kezelt kliensek többsége elmondása szerint 15–24 éves kora között kezdte használni a kábítószer (⁹⁹).

A kokainhasználó klienseknél az alkalmazási mód tekintetében jelentős országok közötti különbségekről számoltak be. Összességében a kokainhasználó kliensek nagyjából fele (55%) szippantja, közel egyharmada (32%) elszívja, és ennél jóval kisebb része (9%) intravénásan adagolja a kábítószer (¹⁰⁰). A kezelés alatt álló kokainhasználók nagy vonalakban két fő csoportra oszthatók. Az első csoportba tartoznak a

társadalmilag integráltabb használók, akik stabil lakáskörülményekről és foglalkoztatási helyzetről számolnak be, és általában szippantják a kábítószer. A második csoportba sorolhatók a marginalizálódott kliensek, akik jellemzően elszívják vagy intravénásan adagolják a kokaint (ld. EMCDDA, 2006), és gyakrabban számolnak be vagy a crack kokain, vagy a kokain és a heroin együttes használatáról. A crackhasználó kliensekre kifejezetten jellemző, hogy nagyvárosokban élnek, etnikai kisebbségi csoportokhoz tartoznak, és nagyarányú munkanélkülségről és rossz életkörülményekről számolnak be (¹⁰¹). Ez a probléma európai viszonylatban kismértékű és földrajzilag behatárolt, mivel a jelentős crack kokain problémák viszonylag kis számú városra korlátozódnak. 2006-ban 20 európai országban körülbelül 8000 crack kokaint használó kliens jelentkezett kezelésre (a kábítószer miatt kezelt kliensek körülbelül 2%-a), bár legnagyobb részüket az Egyesült Királyságból jelentették (¹⁰²).

A kokain és a heroin egyidejű használatával járó problémák kezelése néhány országban egyre fontosabb kérdésként merül fel. A kezelés alatt álló szerhasználók

(⁹⁸) Lásd a TDI-10. és a TDI-21. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

(⁹⁹) Lásd a TDI-11. (iii. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

(¹⁰⁰) Lásd a TDI-17. (ii. rész) és (vi. rész) és a TDI-111. (vii. rész) és (viii. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

(¹⁰¹) Lásd a kokainról szóló, 2007-es kiválasztott témakört.

(¹⁰²) Lásd a TDI-115. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

olykor jelenlegi vagy egykori heroinhasználók, akik esetenként helyettesítő kezelésben vesznek részt. Egyes országokban ők adják a kokain miatt kezelt kliensek legnagyobb csoportját. Néhány tanulmány felvetette, hogy a kokain és a heroin egyidejű használata kettős diagnózis jelenlétének tulajdonítható, illetve súlyosbítja a háttérben rejlő pszichológiai problémákat, például a bipoláris zavart. Ráadásul a metadonfenntartó kezelés idején párhuzamosan használt kokainról kimutatták, hogy hozzájárul a heroinhasználat fenntartásához vagy az újrakezdéséhez – ami a HIV és más, vérrel terjedő fertőzések és súlyos orvosi, szociális és bűnügyi problémák kockázatával jár.

A kokainfüggőség kezelése

A kokainhasználat és a vele járó problémák sok tagállamban tapasztalt növekedését követően a kábítószer miatti kezelésre szakosodott létesítményeknek szembe kell nézniük azzal a nehéz feladattal, hogy a hagyományosan opioidközpontú szolgáltatásaikat hozzáigazítsák a kokain- és crackhasználók változatos

populációihoz. Spanyolország kivételével azonban a tagállamok 2006-ban egyöntetűen gyengének értékelték a kokainra szakosodott kezelési programok elérhetőségét és hozzáférhetőségét.

A kokain vagy a crack kokain magas szintű előfordulásairól beszámoló tagállamok közül sok ország kifejezetten aktívan kereste a választ erre a problémára. Spanyolország 2007-ben külön a kokainról szóló nemzeti cselekvési tervet vezetett be, Írország pedig számos olyan speciális programot hajtott végre és értékelt, amelyek a kokainhasználók különböző csoportjaira irányultak. Ezek a programok a problémás intranazális kokainhasználókat, a kokainproblémákkal küzdő polidroghasználókat, valamint a kokaint használó nőket és szexmunkásokat veszik célba. Olaszországban 2008-ban nagyarányú klinikai kísérletet bonyolítanak le, hogy megvizsgálják két gyógyszer (az aripiprazol és a ropinirol) hatásosságát a kokainfüggőség kezelésében.

A problémás kokainhasználók részére biztosított szolgáltatásokról Európában kevés az információ. Mindazonáltal az országos klinikai kiadványok vagy a

A kokainhasználattal összefüggő egészségügyi problémák

A kokainhasználat és a megbetegedések közötti kapcsolat sok esetben csak korlátozott mértékben ismert, olykor még az egészségügyi szakemberek számára is. Ennek következtében a kokainnal összefüggő problémák némelyike könnyen észrevétlenül marad, és az ilyen problémáktól szenvedők esetleg nem részesülnek megfelelő kezelésben. A kokainnal összefüggő problémák a valóságosnál alacsonyabb szintű bejelentése akadályozza a kábítószer közegészségügyi hatásának megértését.

A kokainhasználat egyes problémás módjaival együtt járó kockázatok jól ismertek, és rendszerint a szerhasználók ismert csoportjait érintik (korábbi vagy jelenlegi opioidhasználók, marginalizálódott csoportok). Az intravénás kokainhasználat például magában rejtje a fertőzés veszélyét és a túladagolás fokozott kockázatát, az opioidokkal kombinált használat pedig – úgy tűnik – az opioidtúladagolás fokozott kockázatával jár.

A kokainporral összefüggő egészségügyi problémák esetében azonban nagyobb a valószínűsége annak, hogy észrevétlenül maradnak, és olyan használókat érintenek, akik esetleg nem tartják magukat veszélyeztetettnek. A kokain krónikus használata komoly egészségügyi problémákat okozhat, amelyek nagy része szív- és érrendszeri (érelmeszesedés, kardiomiopátia, szívritmuszavarok, miokardiális isémia) és neurológiai jellegű (agyérrendszeri történések és rohamok). Ezeket a problémákat tovább súlyosbíthatják a meglévő rendellenességek (pl. érrendszeri elváltozások) és az olyan kockázati tényezők, mint a dohányzás vagy az

alkoholfogyasztás. A kokainnak tulajdonítható halálesetekből sokat ezek a kórképek idéznek elő.

A kokain alkohollal kombinált használata akár 30%-kal is növelheti a vér kokainszintjét. Viselkedési szempontból a kokainhasználat elősegítheti a túlzott alkoholfogyasztást, mivel segítségével a használók tovább tudnak inni, ami viszont fokozhatja az elfogyasztott kokain mennyiségét (Gossop és mások, 2006). A májban képződő kokaetilén továbbá, a kokain és az alkohol együttes használatával járó lehetséges egészségügyi kockázatokhoz vezethet.

A kokainhasználat átfogó közegészségügyi hatásainak felmérésére csak kevés vizsgálat zajlott. Az USA-ban (1988–94) lebonyolított nagyarányú populációs vizsgálat azt állapította meg, hogy a 18–45 évesek körében a nem halálos kimenetelű akut miokardiális infarktusok egynegyede az „életük folyamán rendszeresen előforduló kokainhasználatnak” volt tulajdonítható. A rendszeres használók a nem halálos miokardiális infarktus szempontjából hétszer akkora kockázatnak voltak kitéve, mint a kokaint nem használók (Qureshi és mások, 2001). Ebből a tanulmányból azonban nem lehet közvetlen általánosításokat tenni Európára nézve. A fokozódó európai kokainhasználat lehetséges egészségügyi következményeire vonatkozó jelenlegi ismereteink továbbra sem eléggé fejlettek, ezért ez a terület a jövőbeni közegészségügyi vizsgálatokban is fontos lesz.

A kokainhasználattal összefüggő egészségügyi problémákról bővebben a kokainról szóló 2007-es kiválasztott témában esik szó.

szakemberek körében végzett felmérések jó betekintést adhatnak a jelenlegi gyakorlatokba. Egy nemrég készült egyesült királysági jelentés szerint (NICE, 2007) úgy tűnik, hogy a brit szakirányú kezelési központokban a kokainnal összefüggő problémákkal csak olyankor foglalkoznak, ha az elsődleges kábítószer-probléma az opioidokhoz kapcsolódik. Egy, a kokainhasználók kezelésében részt vevő szakértők körében végzett közelmúltbeli olasz felmérés azt is jelezte, hogy nehézségeik adódnak néhány olyan elem alkalmazásában, amelyet a kezelés sikeres kimenetele szempontjából meghatározó tényezőnek tekintenek (pl. a rövid távú bentlakásos ellátás, a szervezett pszichoszociális beavatkozások), illetve a kokainhasználók különböző típusainak klinikai megkülönböztetésében. Ezek a nehézségek a jelentések szerint szervezési problémákból, forráshiányból és a kokainra szakosodott hatékony kezelési beavatkozások hiányából erednek. A szakemberek valószínűleg más tagállamokban is hasonló problémákkal néznek szembe. Ezért ezen a téren a szolgáltatások fejlesztésében bizonyára kulcsfontosságú szerepet játszanak a megfelelő befektetések, a megfelelő kezelési protokollok és a szakirányú képzési szükségletek.

A frissebb szakirodalmi áttekintések azt mutatják, hogy a jelenlegi pszichoszociális beavatkozások nem bizonyultak egyértelműen hatásosnak a kokainfüggőség kezelésében, és hatékony gyógyszeres kezelési módszerek sincsenek. A közelmúltban készült Cochrane-áttekintés a kokainnal és más pszichostimulánsokkal 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”) ⁽¹⁰³⁾.

Az opioidfüggőségtől eltérően a kokainhasználók számára egyelőre nem áll rendelkezésre olyan hatásos gyógyszeres kezelési lehetőség, amely segítené az absztinencia fenntartását vagy a használat csökkentését (lásd a kokainról szóló 2007-es kiválasztott témát). A megvonási tünetek és a gyötrő vágy enyhítésére szolgáló kísérleti terápiás gyógyszerek a klinikai kipróbálás során ígéretesnek mutatkoztak (pl. baklofen, tiagabin, topiramát). A központi idegrendszert serkentő modafinil a pszichostimulánsokat helyettesítő kábítószerként kifejezetten ígéretes eredményeket mutatott, azzal az előnnyel, hogy más potenciális helyettesítő kábítószerekkel (pl. a d-amfetamin) összehasonlítva kevésbé alkalmas a visszaélésre (Myrick és mások, 2004). Emellett a buprenorfin, a topiramát és a tiagabin ígéretes

eredményeket hozott a helyettesítő kezelés alatt álló, ezzel párhuzamosan kokaint használó opioidhasználók kokainfogyasztásának csökkentése terén.

A kokainfüggőség kokainvakcinával (TA-CD) történő immunterápiája ugyancsak vizsgálat alatt áll. A vakcina beadás után antitestek termelődését váltja ki, amelyek megkötik a kokainmolekulákat a véráramban, és ezáltal a természetesen előforduló enzimek számára lehetővé teszik, hogy inaktív molekulákká alakítsák azokat. Az első klinikai kísérletek eredményei biztatóak, bár még további vizsgálatokra van szükség, hogy teszteljék a vakcina életképességét a kokainfüggőség gyógyszeres terápiájaként.

A kokainvakcina elsősorban a visszaesés megelőzésére szolgálna, de a „védőoltás” kifejezés nyomán olyan

A viselkedésben elért változásokat jutalmazó kezelés

Az absztinencia jutalmazása révén a viselkedésben elért változásokat jutalmazó kezelés („contingency management” – CM) célja a kábítószerek megerősítő hatásainak csökkentése. A CM-et jellemzően a kezelési folyamat kezdetén, pszichoszociális támogatással vezetik be, az ösztönzők pedig a kábítószermentes vizeletmintáktól függenek. Ösztönzőként használhatók például kis pénzösszeget érő kuponok, amelyek nagysága az absztinencia egymást követő szakaszaival párhuzamosan növelhető. E forgatékonyv alapján a kábítószermentes való mentesség megszégése az összegyűjtött előnyök elvesztéséhez vezet.

Ez a technika ismételt megerősítést ad a kliens kábítószermentes viselkedéséhez, egyben rendszeresen teljesítendő célt biztosít. A CM hatékonyságát a kábítószerektől való tartózkodás fenntartásában a legerősebben a kokain és heroin miatti kezelésekről szóló tanulmányok igazolták, de a kannabisz és a metamfetamin miatti kezelés során is akadtak a módszer mellett szóló bizonyítékok.

Bár a CM módszerrel kapcsolatos kutatások többsége Európán kívül zajlott, a közelmúltban a CM-ről szóló megvalósíthatósági tanulmányok a jelentések szerint kedvező eredményekkel zárultak Spanyolországban a kokainhasználóknál (Secades-Villa és mások, 2008), illetve Hollandiában az opioidhelyettesítő kezelésben részt vevő kliensek kokainhasználatának kezelésében (DeFuentes-Merillas és De Jong, 2008), ahol a kísérlet végére megszerezhető átlagos ösztönző 150 EUR értékű árucikk volt. Az Egyesült Királyságban a nemzeti klinikai kiválsági intézet (NICE, 2007) gazdasági elemzése azt mutatta, hogy a CM a kokainkezelés terén költséghatékony lehetőség, különösen ha figyelembe vesszük a kokainhasználat tágabb értelemben vett gazdasági költségeit.

⁽¹⁰³⁾ Lásd „A viselkedésben elért változásokat jutalmazó kezelés”.

elvárások is felmerülnek, hogy esetleg a kokainfüggőség megelőzésére, preventív kezelésként is lehetne használni (pl. a kábítószerrel még nem használó gyermekeknél vagy serdülőknél). Egy ilyen módszer hatékonysága bizonytalan, ráadásul etikai aggályokat is felvet, amelyeket részletesen az EMCDDA megjelenés előtt álló kiadványa tárgyal – „Az addikció neurobiológiája: etikai és társadalmi vonatkozások”.

Ártalomcsökkentés

A problémás kokainhasználat gyakran súlyos fizikai és mentális egészségügyi következményekkel jár. Például egy kétéves ír utókövetéses felmérés a kokainhasználatról a helyi közösségekben a kokainfüggő kliensek, különösen az intravénás használók általános egészségi állapotának romlására hívta fel a figyelmet. A helytelen injekciós szokások miatt sok projektben tudósítottak a tályogoktól vagy sebekről szenvedő kliensek számának emelkedéséről is; a kokainhasználó kliensek körében előforduló problémák közé tartozott még a testsúlycsökkenés, a szexuálisan terjedő fertőzések, a szívpanaszok, a csonkolások és a kockázatvállalás.

A tagállamok az intravénás kokainhasználóknak rendszerint ugyanazokat a szolgáltatásokat és létesítményeket biztosítják, mint az opioidhasználóknak, azaz a biztonságos használatról szóló ajánlásokat, képzést a biztonságos injektáláshoz és tűcsereprogramokat. Az alacsonyküszöbű drogszolgálatok ezen a téren fontos szerepet játszanak, mivel alapvető ellátást, valamint tanácsadást és orvosi segítséget biztosítanak. A kokainnal és a crackel összefüggő súlyos problémákkal, például egyidejű fizikai és mentális egészségügyi problémákkal vagy szociális (pl. lakhatási) gondokkal küzdő szerhasználókat bentlakásos rehabilitációs programokra és terápiás közösségekbe lehet utalni. Ezek a programok nemcsak az absztinencia elérésére törekednek, hanem menedéket, intenzív ellátást és támogatást is biztosítanak, hogy a szerhasználókat hozzásegítsék kaotikus, kockázatos életmódjuk megváltoztatásához.

Egy hat spanyol városban készített kvalitatív vizsgálat azt mutatta, hogy a szexmunkások körében legtöbbször az alkohol és a kokain. A kábítószer-használat a jelentések szerint alkalmi és eszköz jellegű volt, és arra szolgált, hogy oldja a pszichológiai gátakat vagy gátlásokat, egyúttal növelje a különböző ügyfelekkel, hosszú munkaidőben végzett szexipari munkához szükséges tűrőképességet. A prostituáltak körében a kábítószer-használat következményei közé tartozott a védekezés nélküli szex és az erőszak kockázatának növekedése az ügyfelek részéről. Ebben a csoportban a crack kokain fogyasztásának súlyos mintáit is megfigyelték.

A kokain- és crack kokain problémákkal küzdő szexmunkásokkal a megkereső és ártalomcsökkentő szolgálatok foglalkoznak. Hollandiában például az önkormányzati egészségügyi szolgálatok külön egészségügyi programokat indítottak a crack kokaint használó szexmunkások részére; Franciaországban a crack kokaint használóknak és a szexmunkásoknak szóló kockázatmegelőző és ártalomcsökkentő tevékenységekkel foglalkozó Espoir Goutte d'Or szövetség heti rendszerességgel tart önkéntes tanácsadást és HIV, valamint hepatitisz gyorsszűrést.

A kokain rekreációs használata túlzott alkoholfogyasztással kombinálva gyakran fordul elő az éjszakai szórakozóhelyeken, és súlyos akut fizikai problémákkal járhat. Amint a 4. fejezetben arról beszámoltunk, a tagállamok egyre inkább integrált szemléletet tanúsítanak az alkohol és a tiltott kábítószeres rekreációs szcénában történő használatával összefüggő ártalmak csökkentésével szemben. A programok keretében a fiatalok részére tanácsadást és tájékoztatást biztosítanak az alkohol- és kábítószer-fogyasztással járó általános kockázatokról, ami általában az akut és a krónikus kokainfogyasztással összefüggő veszélyekről is tartalmaz felvilágosítást. A Drogsegélyvonalak Európai Alapítványának tagjai a tanácsadás és a kábítószeres veszélyeiről szóló tájékoztatás révén szintén nagyon aktívan közreműködtek a felvilágosításban és a kábítószer-használók támogatásában.



6. fejezet

Opiumhasználat és intravénás kábítószer-használat

A heroinkínálat és hozzáférhetőség

Az importált heroint a tiltott kábítószeres európai piacain hagyományosan két formában kínálják: az egyik az általánosan elérhető barna heroin (a heroin bázikus formája), amely többnyire Afganisztánból származik, a másik a fehér heroin (só forma), amely jellemzően Délkelet-Ázsiából származik, bár a kábítószernek ezen formája egyre ritkábban fordul elő ⁽¹⁰⁴⁾. Emellett Európán belül is készítenek opioid kábítószereket, főleg házi mákkészítményeket (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 tekintetében változatlanul világelső, másodsorban pedig Mianmarból és Mexikóból. A globális ópiumtermelés 2007-ben ismét jelentősen (34%-kal) nőtt, így becslések szerint 8870 tonnát ért el, főként az afgán termelés növekedésének következtében, amelyet 8200 tonnára becsültek. A globális potenciális herointermelés ebből kifolyólag 2007-ben rekordszintet ért el, mennyiségét 733 tonnára becsülték (UNODC, 2008). Az elmúlt néhány évben Afganisztánban felszámolt laboratóriumok számának növekedése arra utal, hogy az ópiumot egyre gyakrabban még az országon belül morfinná vagy heroinná alakítják át. A szomszédos országokban (Pakisztán, Irán) történt nagy morfinlefogalások azonban azt jelzik, hogy Afganisztánon kívül is komoly feldolgozás zajlik (CND, 2008; UNODC, 2007).

A heroin Európát két fő kereskedelmi útvonalon keresztül éri el: a történetileg fontos balkáni útvonalon és annak elágazásain, a Pakisztánon, Iránon és Törökországon való tranzitot követően, valamint az egyre nagyobb mértékben használatos „észak felé vezető úton”, Közép-Ázsián és az Orosz Föderáción keresztül (6. ábra). A Délnyugat-Ázsiából induló heroin másodlagos kereskedelmi

útvonalakon például közvetlenül Pakisztánból is eljuthat Európába (Egyesült Királyság), de Pakisztánon és a Közel-Kelet országain és Afrikán keresztül is elérheti Európa és Észak-Amerika illegális piacait (INCB, 2008a; Europol, 2008; UNODC, 2007; WCO, 2007). A Délnyugat-Ázsiából származó heroint Dél-Ázsián (Banglades) keresztül is becsempészik Európába (INCB, 2008a). Az Európai Unión belül másodlagos elosztó központként Hollandia és kisebb mértékben Belgium játszik fontos szerepet (Europol, 2008).

Lefoglalások

Az opioidok világszinten bejelentett lefoglalásai 2006-ban 384 tonnára emelkedtek az ópium, és 104 tonnára a heroin és a morfin esetében. A világszerte lefoglalt ópium legnagyobb részéért (81%) Irán felelt, heroint és morfint pedig elsősorban Pakisztánban (34%), másodsorban Iránban (20%), Törökországban (10%) és Kínában (6%) foglaltak le (UNODC, 2008).

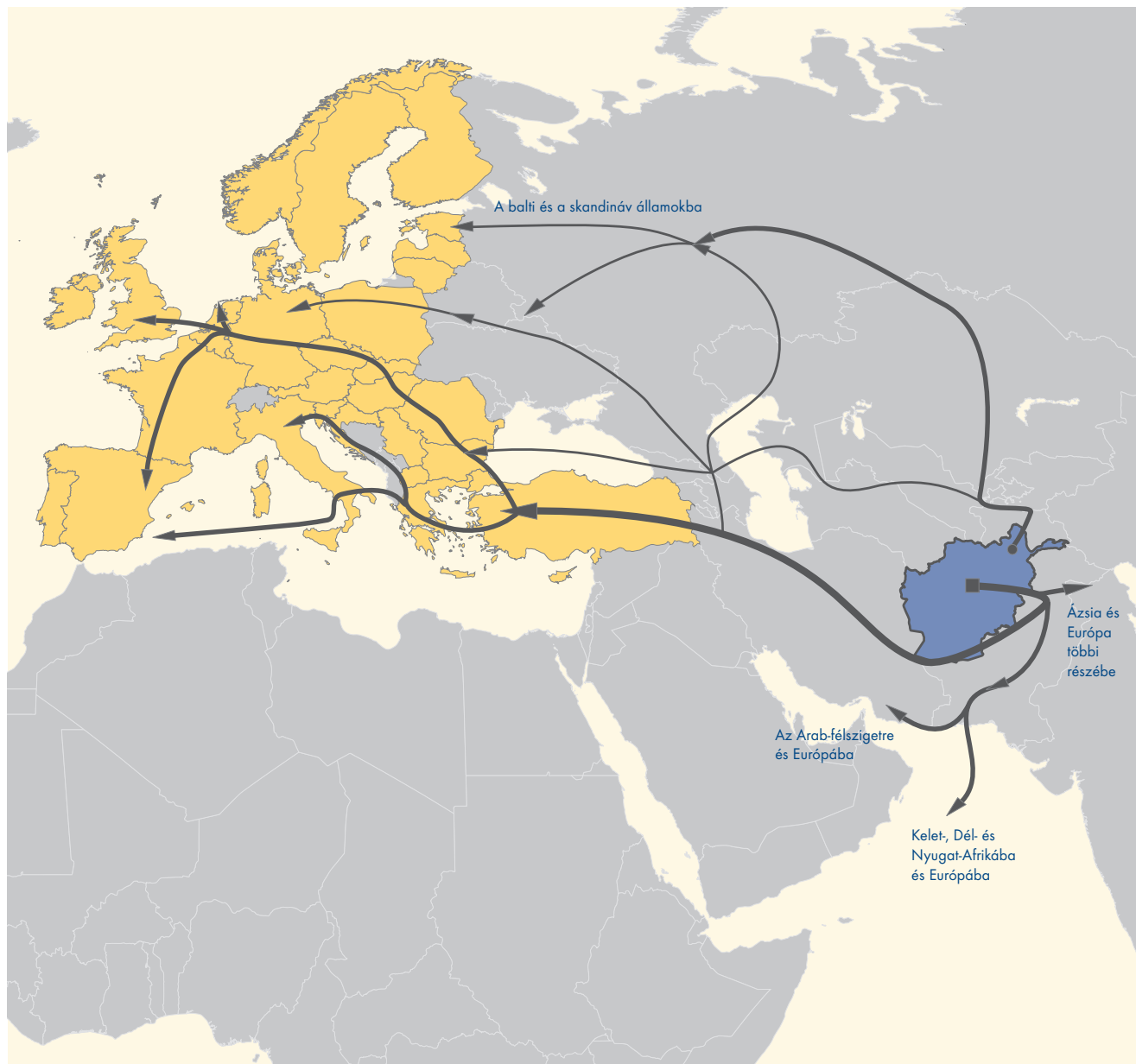
Európában becslések szerint 48 200 lefoglalással körülbelül 19,4 tonna heroint foglaltak le 2006-ban. A legnagyobb számú lefoglalást változatlanul az Egyesült Királyságból jelentették, a legnagyobb lefoglalt mennyiséget pedig ismét Törökországból, ahol 2006-ban 10,3 tonnát sikerült lefoglalni ⁽¹⁰⁵⁾. Az átlagos lefoglalások alkalmával lefoglalt heroin mennyisége e két országot tekintve igen nagy különbségeket mutatott: Törökországban egy átlagos lefoglalás százszorosa volt az egyesült királysági mennyiségeknek, ami a szállítási láncban elfoglalt pozíciójuk különbségét tükrözi (6. ábra). Az elmúlt 10 évben az európai heroinlefogalások csökkenő tendenciát mutattak, ezen belül 2001-ben relatív csúcsot, majd 2003-ban rekordnak számítóan alacsony szintet értek el. Az Európai Unióban lefoglalt heroin mennyisége 2001 és 2006 között összességében csökkent. A Törökországban lefoglalt mennyiség ezzel szemben közel háromszorosára nőtt ugyanebben az időszakban.

A (heroin illegális előállításához használt) ecetsavanhidrid globális lefoglalásai 2006-ban 26 400 literre emelkedtek,

⁽¹⁰⁴⁾ A kábítószer kínálatáról és a hozzáférhetőségről szóló adatok forrására vonatkozó információkat lásd a 40. oldalon.

⁽¹⁰⁵⁾ Lásd a SZR-7. és SZR-8. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben. Meg kell jegyezni, hogy a becslések céljából az európai lefoglalásokról szóló, hiányzó 2006-os adatokat 2005-ös adatokkal helyettesítették. Ez egyelőre csak előzetes elemzés, mivel az Egyesült Királyságra vonatkozó adatok 2006-ból még nem elérhetők.

6. ábra: Az Afganisztánból Európába tartó heroinkereskedelem fő áramlatai



Megjegyzés: A térképen szemléltetett kereskedelmi áramlatok különféle nemzetközi és országos szervezetek elemzéseit foglalják össze (Reitox nemzeti fókuszpontok, Europol, INCB, UNODC, WCO). Az ilyen elemzések a kereskedelmi útvonalak mentén történt kábítószer-lefoglalásokon, a tranzitországok és a célországok bűnüldöző hatóságaitól származó operatív információkon és időnként más, kiegészítő forrásokból származó jelentéseken is alapulnak. A térképen megjelenített fő kereskedelmi útvonalakat a fő áramlatok jelzőjeként kell tekinteni, hiszen az útvonalak mentén más országokba irányuló kitérők is előfordulhatnak, sőt számos, itt nem szereplő másodlagos szubregionális útvonal is létezik, amelyek gyorsan változnak.

amelynek nagy részét az Orosz Föderációban (9900 liter) és Kolumbiában (8800), kisebb részét Törökországban (3800 liter) találták (INCB, 2008b). Az Afganisztán és Európa közötti kereskedelmi útvonalakat prekursor vegyi anyagok (főleg a „selyemúton” csempésztett ecetsavanhidrid) és szintetikus kábítószeres (főként ecstasy) kelet felé történő csempészésére is használják (Europol, 2008).

A 2006-ban Lettországból és Litvániából jelentett 3-metil-fentanil-lefoglalások és az illegálisan előállított fentanil intravénás használatának észleléséről szóló jelentések azt jelzik, hogy gondosabban kell ellenőrizni a (heroinnál jóval erősebb) fentanilhoz hasonló szintetikus opioidok hozzáférhetőségét.

Tisztaság és ár

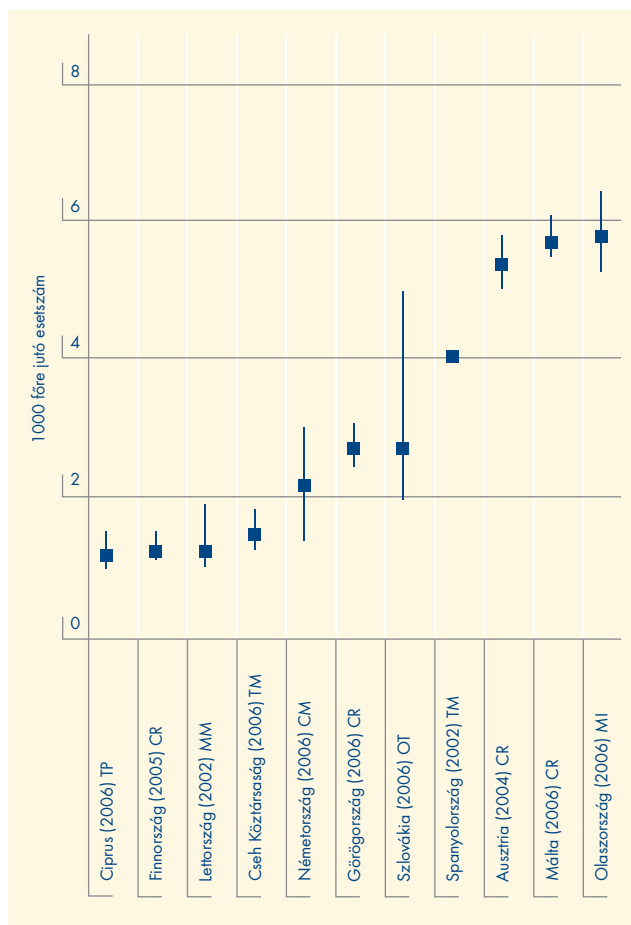
A barna heroin jellemző tisztasága 2006-ban a legtöbb jelentéstevő országban 15–25% között mozgott, ugyanakkor Görögországból, Franciaországból és Ausztriából 10% alatti értékeket jelentettek, míg Máltáról (31%), Törökországból (36%) és az Egyesült Királyságból (43%) magasabbakat. A fehér heroin jellemző tisztasága a néhány, adatokat közlő európai országban általában magasabb volt (45–70%)⁽¹⁰⁶⁾.

A barna heroin kiskereskedelmi ára 2006-ban a törökországi grammonkénti 14,5 EUR és a svédországi 110 EUR között mozgott, de az európai országok többségéből grammonként 30–45 EUR közötti jellemző kiskereskedelmi árakat jelentettek. A fehér heroin árat csak néhány európai ország adta meg, a grammonkénti 27–110 EUR közötti tartományban. A 2001–2006 közötti időszakban a barna heroin kiskereskedelmi ára az időbeli tendenciákat is közlő 13 ország többségében csökkent, bár Lengyelországban növekedésre utaló jeleket észleltek.

A problémás opioidhasználat becsült előfordulása

Az e részben szereplő adatok az EMCDDA problémás kábítószer-használat (PDU) mutatójából származnak, amely főként az intravénás kábítószer-használatot és az opioidok használatát tartalmazza, bár néhány országban az amfetamin- vagy kokainhasználók is fontos összetevői. A problémás opioidhasználók számára vonatkozó becslések általában bizonytalanok, tekintettel a kábítószer-használat e típusának relatív alacsony előfordulására és rejtőzködő jellegére, ezért statisztikai extrapolálásra van szükség ahhoz, hogy a rendelkezésre álló adatforrásokból az előfordulásra vonatkozó becsléseket nyerjünk. Ráadásul a vizsgálatok többnyire behatárolt földrajzi

7. ábra: Becslések a problémás opioidhasználat éves előfordulásáról (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 konfidenciaintervallumot vagy egy érzékenységi elemzésen alapulót. A célcsoportok a különböző módszerektől és adatforrásoktól függően kissé változhatnak, ezért csak óvatos összehasonlításokat szabad végezni. A szabványostól eltérő korcsoportokat a Finnországból (15–54) és a Máltáról (12–64) származó vizsgálatokban használtak. Németország esetében az intervallum az összes létező becslés legalacsonyabb határát és legmagasabb határát jelöli, a becsült pont pedig a középpontok egyszerű átlaga. A becslési módszerek rövidítése: CR = fogás-visszafogás eljárás [capture-recapture]; TM = kezelési multiplikátor; MI = többváltozós mutató; TP = csonkolt Poisson-eloszlás; MM = halálzási multiplikátor; CM = kombinált módszerek; OT = egyéb módszerek. További részletekért ld. a PDU-1. (ii. rész) ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

területet vesznek alapul, például egy várost vagy egy kerületet, ami az országos szintre vonatkozó statisztikai következtetéseket gyakran bonyolulttá teszi.

Úgy tűnik, hogy a problémás kábítószer-használat európai mintái egyre változatosabbak. Néhány országban például, ahol a múltban a problémás opioidhasználat volt meghatározó, az újabb jelentések más kábítószeres, köztük a kokain térnyerésére utalnak. A problémás kábítószer-használati minták körének hatékony

⁽¹⁰⁶⁾ A tisztaságra és az árra vonatkozó adatokért Lásd a PPP-2. és a PPP-6. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

megfigyelése iránti igény arra készítette az EMCDDA-t, hogy jelentést készítsen a problémás kábítószer-használó szubpopulációkról, a kábítószer-alkalmazók meghatározott csoportonként, melyek közt átfedések is előfordulhatnak ⁽¹⁰⁷⁾.

A problémás opioidhasználat előfordulására vonatkozó, országos szintű becslések a 2002–2006 közötti időszakban a 15–64 év közötti népességen belül 1000 főre jutó durván egy-hat eset között mozognak; a problémás opioidhasználat összesített előfordulását 1–10 eset/1000 főre becsülik. A problémás opioidhasználatra vonatkozó, jól dokumentált becslések közül a legalacsonyabb Ciprusról, Lettországból, a Cseh Köztársaságból és Finnországból érkezett (bár a Cseh Köztársaságban és Finnországban egyaránt magas a problémás amfetaminhasználók száma), a legmagasabb becsléseket pedig Máltáról, Ausztriából és Olaszországból közölték (7. ábra).

A rendelkezésre álló, viszonylag korlátozott adatok alapján a problémás opioidhasználat becsült előfordulási arányának átlagát a 15–64 éves népességen belül 1000 főre jutó négy-öt esetre lehet levezetni. Amennyiben feltételezzük, hogy mindez az EU egészét tükrözi, akkor arra következtethetünk, hogy 2006-ban az EU-ban és Norvégiában mintegy 1,5 millió (1,3–1,7 millió) problémás opioidhasználó élt.

A problémás opioidhasználat tendenciái és megjelenése

A problémás opioidhasználat előfordulásának időbeli tendenciáit nehéz felbecsülni, mivel ismételt becslések csak korlátozott számban állnak rendelkezésre, és az egyes becsléseket bizonytalanság övezi. Az ismételt becslésekkel rendelkező 9 országból származó adatok a 2001–2006-os időszakban változatos fejleményeket mutatnak. Úgy tűnik, hogy a Cseh Köztársaságban, Németországban, Görögországban, Olaszországban, Máltán, Szlovákiában és Finnországban viszonylag stabil volt az előfordulás, ellenben Ausztriában növekedést figyeltek meg (a legutóbbi adat 2004-es), Ciprusról pedig egy lehetséges csökkenés jeleit észlelték ⁽¹⁰⁸⁾.

A problémás opioidhasználat megjelenése (az új esetek száma egy adott évben) egy igen érzékeny mérce az időbeli változásokkal kapcsolatban, ami előre jelzi az előfordulási arányok és a kezelési igények jövőbeni alakulását. Az alkalmazott becslési modellek azonban számos feltételezéssel élnek. Ráadásul ezek a modellek csak részlegesen tudják felbecsülni a megjelenést, hiszen

csak olyan adatokon alapulnak, melyek a kezeléssel kapcsolatba lépőkre vonatkoznak. Csak két országból közöltek friss, eltérő tendenciákat mutató adatokat. Olaszországban a becslések szerint a megjelenés az 1990-es 32 500 új esetről 1997-re 22 000 új esetre csökkent, ezután 2006-ban körülbelül 30 000 új esetre nőtt. Spanyolországban viszont a becsült problémás opioidhasználat az 1980-as csúcs óta folyamatosan csökkent, bár az elmúlt években (2002–2004) úgy tűnik, hogy viszonylag alacsony szinten (évi kb. 3000 új eset) stabilizálódott. Az EMCDDA a nemzeti szakértők egy csoportjával közösen nemrégiben új iránymutatásokat dolgozott ki a megjelenés becslésére, hogy ösztönözze az e téren folyó további munkát (Scalia Tomba és mások, 2008).

Abbamaradt az opioidokra vonatkozó mutatók csökkenése

A korábbi éves jelentésekben bemutatott tendenciákkal ellentétben a frissebb adatok tanúsága szerint a kábítószer okozta halálesetek, a heroinlefoglalások és a heroin miatti új kezelési igények száma valamelyest emelkedett az Európai Unióban.

Európában a kábítószer okozta – többnyire az opioidok használatával összefüggő – halálesetek bejelentett számának csökkenő tendenciája 2003-ban megszűnt, és 2003 és 2005 között a legtöbb tagállamból már növekvő tendenciát jelentettek. A heroinlefoglalások száma a 24 jelentéstevő ország közül 16-ban több mint 10%-kal emelkedett 2003 és 2006 között. Sokévnnyi csökkenés után a heroin mint elsődleges kábítószer használata miatti új kezelési igények száma a 2005 és 2006 között adatokat közlő országok körülbelül felében ismét nőtt. Ez a heroinhasználat megjelenésében pár évvel korábban történt változást tükrözheti, tekintettel a használat megkezdése és az első kezelés közötti természetes időeltolódásra.

E friss tendenciák mellett az afganisztáni ópiumtermelés is növekedett, ami azt az aggodalmat veti fel, hogy ezek az események esetleg összefügghetnek a heroin jobb elérhetőségével az európai piacon. Ez fontos, további vizsgálatra érdemes kérdés, hiszen a rendelkezésre álló adatokból egyelőre nem rajzolódik ki világos kép. Ráadásul fontos zavaró tényezők is közrejátszanak. A gyógyszerészeti opioidok nem orvosi célokra való felhasználása például a jelentések szerint sok országban magas szinten folytatódott vagy emelkedett (Cseh Köztársaság, Észtország, Franciaország, Ausztria, Finnország), aminek a kábítószer okozta halálesetek tendenciáinak magyarázatában jelentős szerepe lehet.

⁽¹⁰⁷⁾ A problémás kábítószer-használat összetevőiről rendelkezésre álló becslések áttekintését lásd a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁰⁸⁾ Lásd a PDU-6. (ii. rész) táblázatát a 2008. évi statisztikai közlönyben, a teljes információért pedig, a konfidencia-intervallumokat is beleértve, a PDU-102. táblázatát.

A kezelés alatt álló opioidhasználók

A legtöbb jelentéstevő országban továbbra is az opioidok, főként a heroin az elsődleges kábítószer, amely miatt a kliensek kezelést kérnek. A 2006-ban bejelentett összesen 387 000 kezelési igényből (az adatok 24 országból állnak rendelkezésre) a heroint fő kábítószerként 47%-ban nevezték meg az olyan esetekben, amikor az elsődleges kábítószer ismert. A legtöbb országban az összes kezelési igény 50–80%-át jelentették az opioidhasználatához köthetőnek, a többi országban ez az arány 15–40% között alakult ⁽¹⁰⁹⁾. Az opioidok nemcsak a kezelésre jelentkezők között számítanak a leggyakrabban megnevezett kábítószernek, hanem a már kezelés alatt állóknál is, sőt, ez rájuk fokozottan igaz. Egy kilenc ország részvételével nemrég lezajlott projekt az összes, kezelés alatt álló klienssel foglalkozva azt állapította meg, hogy az elsődleges opioidhasználók összességében a kliensek 59%-át jelentették, de a kezelésre életükben először jelentkező kliensek körében csak 40% volt az arányuk ⁽¹¹⁰⁾.

Az elsődleges opioidhasználat miatt járóbeteg-kezelésre jelentkező kliensek többsége más kábítószereket is használ, például kokaint (25%), más opioidokat (23%) és kannabiszt (18%). Ezenkívül a más kábítószeres elsődleges használata miatt kezelés alatt állók közül a járóbeteg-ellátásban kezelt kliensek 13%-a, a fekvőbeteg-kezelés alatt állók 11%-a számolt be másodlagos kábítószerként az opioidok használatáról ⁽¹¹¹⁾.

Néhány ország a herointól eltérő opioidokkal kapcsolatos kezelési igények jelentős arányáról számolt be. A buprenorfinnal való visszaélést a kezelés megkezdésének fő okaként Finnországban az összes kliens 40%-a, Franciaországban a kliensek 8%-a említette. Lettországon és Svédországon a kábítószer-használó kliensek 5–8%-a számolt be a herointól vagy a metadontól eltérő opioidok elsődleges használatáról: ez főként buprenorfin, fájdalomcsillapítók és más opioidokat jelentett ⁽¹¹²⁾. Sok országból jelezték a polidroghasználók arányának növekedését a heroinhasználó kliensek körében, illetve a herointól eltérő opioidokat használó kliensek számának emelkedését.

A heroin miatti kezelési igényeknek a Kezelési Igény Indikátoron keresztül bejelentett abszolút száma 2002 és 2006 között több mint 30 000 esettel emelkedett, 108 100-ról 138 500-ra. Az életük első kezelésére jelentkező kliensek körében az elsődleges heroinhasználók száma ugyancsak emelkedett, a 2002-es kb. 33 000-

hez képest 2006-ra meghaladta a 41 000-et. Erre a tendenciára magyarázatul szolgálhat többek között a problémás heroinhasználók számának növekedése, a kezelési szolgáltatások kibővülése vagy a jelentések jobb lefedettsége.

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 11 ország tudott friss becslésekkel szolgálni az intravénás kábítószer-használat szintjeiről (8. ábra). Az erről a speciális populációról szóló tájékoztatás szintjének javítása fontos kihívás az európai egészségügyi megfigyelő rendszerek fejlesztése szempontjából.

A rendelkezésre álló becslések szerint az intravénás kábítószer-használat előfordulását tekintve országok között nagy különbségek vannak. A becslések a 15–64 éves népességben 1000 főre jutó egy–öt eset között 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 Norvégiában csökkenésre (2001–2005), a Cseh Köztársaságban, Görögországban, Cipruson és az Egyesült Királyságban pedig stabil helyzetre utalnak ⁽¹¹³⁾.

Az injekciós és a kezelésre jelentkező opioidhasználók körében

A kábítószer miatt járóbeteg-kezelésre jelentkező opioidhasználók közül összességében 43% számolt be a kábítószer intravénás használatáról. A kezelésre jelentkező heroinhasználók között az intravénás használók arányában történt változások talán a problémás opioidhasználók tágabb csoportjában zajló tendenciákat jelzik. Az arány csökkenését 2002 és 2006 között kilenc országban figyelték meg (Dánia, Németország, Írország, Görögország, Franciaország, Olaszország, Svédország, az Egyesült Királyság, Törökország), növekedést pedig két országból jelentettek (Románia, Szlovákia). Az intravénás használat szintje a kezelésre jelentkező heroinhasználók

⁽¹⁰⁹⁾ Lásd a TDI-5. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

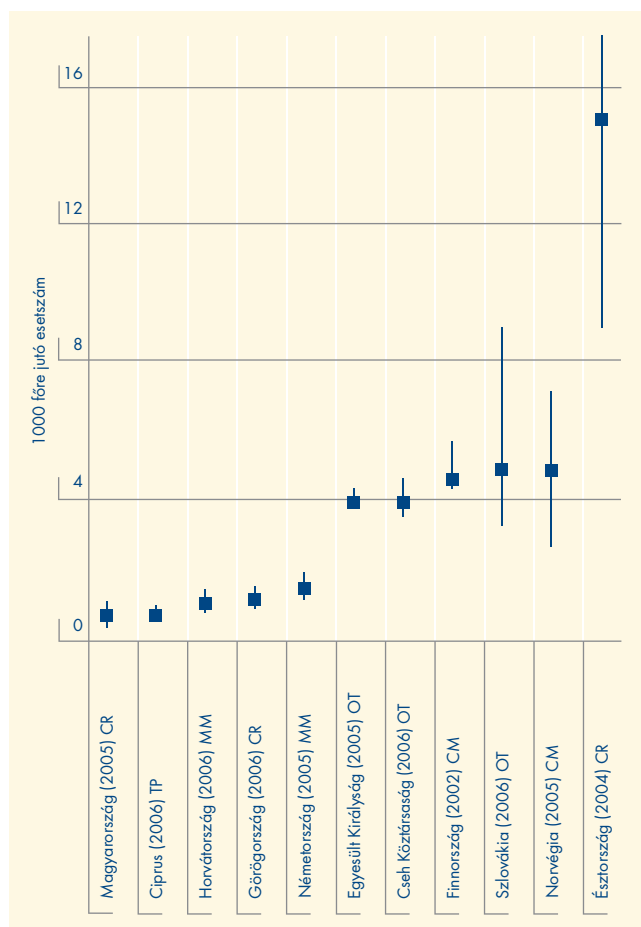
⁽¹¹⁰⁾ Lásd a TDI-39. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹¹¹⁾ Lásd a TDI-22. és TDI-23. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹¹²⁾ Lásd a TDI-113. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹¹³⁾ Lásd a PDU-6. (iii. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

8. ábra: Becslések az intravénás kábítószer-használat előfordulásáról (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 konfidenciaintervallumot vagy egy érzékenységi elemzésen alapulót. Észtország esetében a bizonytalansági intervallum felső határa nincs rajta a skálán (37,9 eset/1000 fő). A célcsoportok a különböző módszerektől és adatforrásoktól függően kissé változhatnak, ezért csak óvatos összehasonlításokat szabad végezni. A becslési módszerek rövidítése: CR = fogás-visszafogás eljárás [capture-recapture]; TM = kezelési multiplikátor; MI = többváltozós mutató; TP = csonkolt Poisson-eloszlás; MM = halálzási multiplikátor; CM = kombinált módszerek; OT = egyéb módszerek. További részletekért ld. a PDU-2. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

körében országonként igen különböző: az intravénás használók legalacsonyabb arányát Spanyolországból, Franciaországból és Hollandiából jelentették (25% alatti), a legmagasabbat (80% fölötti) Bulgáriából, a Cseh Köztársaságból, Romániából, Szlovákiából és Finnországból (¹¹⁴).

A járóbeteg-kezelésre első alkalommal jelentkező opioidhasználók körében 2006-ban valamivel alacsonyabb arányban fordult elő a kábítószer intravénás használata (40% körül). Az időbeli tendenciákat tekintve az új opioidhasználó kliensek körében az intravénás használók aránya a 2003-as 43%-ról 2006-ra 35%-ra csökkent abban a 13 országban, ahol elegendő adat áll rendelkezésre (¹¹⁵).

Egy kísérleti vizsgálat keretében kilenc ország kezelési igényekre vonatkozó adatai alapján azt állapították meg, hogy az összes opioidhasználó kliens (a már kezelés alatt állók és az elmúlt évben kezelésre jelentkezők) körülbelül 63%-a volt intravénás kábítószer-használó a kezelés megkezdésekor (¹¹⁶). Ez arra utal, hogy a már kezelés alatt álló kliensek körében a kezelés megkezdésekor viszonylag magas volt az intravénás használók aránya.

Az intravénás kábítószer-használók körében végzett vizsgálatok más szempontból is betekintést adhatnak az intravénás kábítószer-használat országos különbségeibe és Európán belüli alakulásába. Sok országban végeznek rendszeres, általában a fertőző betegségek szűrésével egybekötött felméréseket az intravénás használók csoportjain, amelyeket gyakran különböző helyszínekről gyűjtenek össze, hogy az eredményeket minél jobban lehessen általánosítani. Az országok közötti összehasonlításokkal az ilyen vizsgálatok szelektív toborzási módszereiből adódó potenciális torzítások miatt óvatosan kell bánni (¹¹⁷).

Néhány országban ezek a vizsgálatok nagy arányban (20% fölött) találnak új intravénás használókat (kevesebb mint két éve injekciózók), sok országban viszont 10% alatt marad ez az arány (9. ábra). A fiatal (25 év alatti) intravénás kábítószer-használók aránya az intravénás használók körében vett mintákban a Cseh Köztársaságban, Észtországban, Litvániában, Ausztriában és Romániában meghaladta a 40%-ot, míg kilenc másik országban az intravénás használók mintáinak kevesebb mint 20%-a volt 25 év alatti.

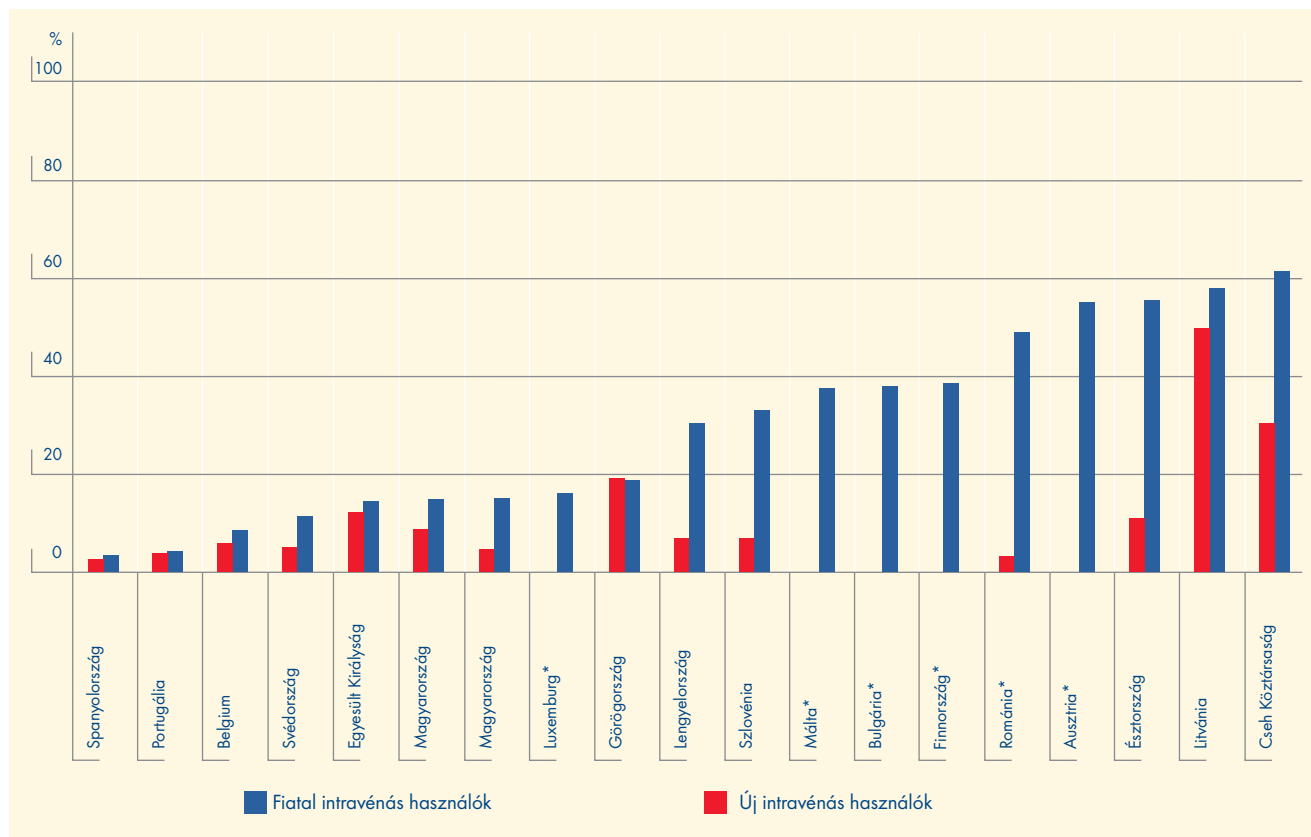
Az új intravénás használók nagy aránya általában aggodalomra ad okot, különösen olyankor, ha ezt a fiatal intravénás használók nagy aránya is megerősíti. Miközben az új intravénás használók magasabb aránya jelezheti az intravénás használat új fellendülését, más tényezők is kapcsolódhatnak ehhez (pl. rövidebb intravénás életpálya,

(¹¹⁴) Lásd a PDU-104., TDI-4., TDI-5. és TDI-17. (v. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

(¹¹⁵) Lásd a TDI-7. ábrát és a TDI-17. (i. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

(¹¹⁶) Lásd a TDI-17. (v. rész) és TDI-40. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

(¹¹⁷) A fiatal vagy új intravénás kábítószer-használók aránya várhatóan alacsonyabb a kábítószer miatti kezelésekről származó mintákban, mint a „nyíltabb” helyszínekről, például az alacsonyküszöbű szolgálatoktól származókban, mivel az átlagos kliensek csak néhány év kábítószer-használat után jelentkeznek kezelésre. A toborzási helyszín és a fiatal vagy új intravénás kábítószer-használók arányai közötti összefüggés statisztikai elemzés alapján azonban nem bizonyult statisztikailag jelentősnek, ami arra utal, hogy a toborzási helyszín (amely besorolás szerint lehet „csak drogkezelés”, „nem drogkezelés” és „vegyes helyszínek”) nem befolyásolja ezeket az arányokat.

9. ábra: A fiatal és az új intravénás használók aránya az intravénás kábítószer-használók mintáiban

Megjegyzés: A minták a fertőző betegségek (HIV és HCV) szűrővizsgálatain részt vevő intravénás kábítószer-használókat jelentik. Minden ország esetében a 2002–2006 közötti időszakból rendelkezésre álló legfrissebb mintát használták, amennyiben az legalább 100 intravénás használóból állt. A csillag (*) azt jelzi, hogy az új intravénás használókról nem volt adat. További információért lásd a PDU-3. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

a kezelés jobb elérhetősége, magasabb halálozási arányok az idősebb populáció körében).

Azokban az országokban, ahol a problémás opioidhasználó populációk hosszabb múltra tekintenek vissza, általában alacsony mind a fiatal, mind az új intravénás használók aránya. A többi – sok esetben újabb – tagállamban az adatok a fiatal intravénás használók magasabb arányait mutatják. Az új intravénás használók arányainak változatossága ezekben az országokban, ahonnan az információ elérhető, tükrözheti az elkezdéskor vett átlagéletkor különbségeit, valamint az injekciózás növekvő megjelenését a fiatalabb vagy az idősebb populációk körében.

A problémás opioidhasználat kezelése

Az opioidhasználat miatt kezelésre jelentkező kliensek jellemzői

Az elsődleges opioidhasználat miatt kezelésre jelentkező kliensek jellemzően idősebbek (átlagéletkoruk 32 év), mint a kokain, más serkentőszerek vagy a kannabisz miatt

kezelésre jelentkezők (átlagéletkoruk 31, 27, illetve 24 év), ezen belül a női kliensek általában egy-két évvel fiatalabbak férfi társaiknál. Az opioidhasználó kliensek általában véve fiatalabbak az Európai Unióhoz 2004 óta csatlakozott országokban, valamint Írországbán, Görögországban, Ausztriában és Finnországban ⁽¹¹⁸⁾.

A férfiak és a nők aránya az opioidhasználó kliensek között átlagosan három az egyhez, de a férfiak aránya a dél-európai országokban ennél magasabb is lehet (Bulgária, Görögország, Spanyolország, Franciaország, Olaszország, Ciprus, Málta, Portugália) ⁽¹¹⁹⁾.

Az opioidhasználók a többi klienssel összehasonlítva nagyobb arányú munkanélküliségről és alacsonyabb iskolai végzettségről számolnak be (lásd a 2. fejezetet), és néhány országban a pszichiátriai társbetegségek nagyobb gyakoriságát is megfigyelték.

A kezelésre jelentkező opioidhasználók körülbelül fele elmondása szerint 20 éves kora előtt kezdte használni a kábítószer, nagyjából egyharmaduk pedig 20 és 24 éves kora között; az opioidok első használata 25 éves kor fölött

⁽¹¹⁸⁾ Lásd a TDI-10., TDI-32. és a TDI-103. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹¹⁹⁾ Lásd a TDI-5. és a TDI-21. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

ritkán fordul elő ⁽¹²⁰⁾. Az opioidok első használata és a drogkezelés első felkeresése között átlagosan hét–kilenc év telik el, ezen belül a férfi klienseknél hosszabb volt ez az időszak, mint a nőknél ⁽¹²¹⁾.

Kezelési szolgáltatás és hatókör

Az opioidhasználók kezelése többnyire járóbeteg-ellátásban folyik, ami történhet speciális központokban, házi orvosoknál és alacsonyküszöbű létesítményekben. Néhány országban, konkrétan Bulgáriában, Görögországban, Finnországban és Svédországban a fekvőbeteg-ellátó központok is meghatározó szerepet játszanak ⁽¹²²⁾.

Az opioidhasználat drogmentes és helyettesítő kezelése az EU valamennyi tagállamában, Horvátországban és Norvégiában is elérhető. Törökországban most vizsgálják a helyettesítő kezelés jövőbeni alkalmazását. A legtöbb országban a helyettesítő kezelés a legáltalánosabban elérhető lehetőség, bár 2005-ben Magyarországról, Lengyelországból és Svédországból a drogmentes módszerek dominanciáját jelentették.

Az általában pszichoszociális gondozással egybekötött helyettesítő kezelést jellemzően erre szakosodott járóbeteg-ellátó központokban és az állandó praxisban működő házi orvosokkal közös szervezésben biztosítják. A helyettesítő kezelésben részt vevő kliensekről rendelkezésre álló adatok az elmúlt évben általános növekedést mutatnak, Franciaország, Hollandia, Málta és Luxemburg kivételével, ahol nem változott a helyzet. A legnagyobb arányú növekedést a Cseh Köztársaságból (42%) jelentették, noha Lengyelországból (26%), Finnországból (25%), Észtországból (20%), Svédországból (19%), Norvégiából (15%), Magyarországról és Ausztriából (11%) is 10%-ot meghaladó növekedésről számoltak be.

A problémás opioidhasználók becsült számának és az elvégzett kezelések bejelentett számának egyszerű összehasonlítása arra utal, hogy háromból több mint egy érintett részesülhetett helyettesítő kezelésben. Arról sem szabad azonban megfeledkezni, hogy a pontosság terén még mindkét adatsor fejlesztésre szorul, így ezt a számítást óvatosan kell kezelni. Ráadásul a problémás opioidhasználók becsléseiben alkalmazott tág konfidencia-intervallumokból adódóan az országokat nem könnyű összehasonlítani. Mindazonáltal a rendelkezésre álló adatok azt mutatják, hogy a helyettesítő kezelésben részesülő problémás opioidhasználók aránya országonként igen különböző, Szlovákiában 5% körüli, Finnországban, Görögországban és Norvégiában 20–30% közötti, a Cseh Köztársaságban, Máltán és Olaszországban

35–45% közötti, az Egyesült Királyságban (Anglia), Németországban és Horvátországban pedig 50%-ot meghaladó becsült rátákkal ⁽¹²³⁾.

Bár Európában továbbra is a szájon át adott metadon a leggyakrabban használt kábítószer a helyettesítő kezelésben, a buprenorfin használata egyre általánosabbá válik. Ennek egyik oka, hogy a buprenorfinnal való visszaéléshez alacsonyabb halálozási ráták kapcsolódnak (Connock és mások, 2007). A dán országos egészségügyi tanács a helyettesítésre vonatkozó iránymutatások felülvizsgálata után szorgalmazta, hogy a házi orvosok a metadon helyett inkább buprenorfint írjanak fel.

A kezelés hatásossága, minősége és szabályai

A randomizált kontrollcsoportos kísérletek és a megfigyelésen alapuló tanulmányok áttekintése arra a megállapításra vezetett, hogy a metadonfenntartó kezelés és a buprenorfinfenntartó kezelés egyaránt hatásos lehet az opioidfüggőség kezelésére. Egy frissebb Cochrane-áttekintés azonban azt állapította meg, hogy a buprenorfin kevésbé hatásos, mint a megfelelő adagolásban adott metadon (Mattick és mások, 2008). Ezenkívül több tanulmányban megfigyelték, hogy a diamorfin fenntartása hatásos lehet a metadonfenntartó kezelésre nem reagáló személyeknél (Schulte és mások, megjelenés előtt). A helyettesítő kezeléshez összességében számos pozitív eredmény fűződik, köztük a kezelésben maradás, a tiltott opioidhasználat és az injekciózás csökkenése, a halálozás és a bűnözői magatartás visszaszorulása, valamint a krónikus heroinhasználók egészségi állapotának és társadalmi helyzetének stabilizálása vagy javítása.

A gyógyszeres terápiával ötvözött pszichoszociális és pszichoterápiás beavatkozások ugyancsak hatásosnak bizonyultak a kezelések kimenetelét vizsgáló tanulmányokban, amilyen például az NTORS az Egyesült Királyságban (Gossop és mások, 2002) és a DATOS az Egyesült Államokban (Hubbard és mások, 2003). Ezek a módszerek egyrészt növelik a kezelés iránti motivációt, megelőzik a visszaesést és csökkentik az ártalmakat, de tanácsadással és gyakorlati támogatással segítik a klienseket, akiknek az opioidfüggőségük kezelésével párhuzamosan a lakhatási, foglalkoztatási és családi vonatkozású problémáikat is meg kell oldaniuk. A rendelkezésre álló bizonyítékok ugyanakkor nem támogatják a pszichoszociális kezelés önmagában való alkalmazását (Mayet és mások, 2006).

A közelmúltban több ország is a kezelési iránymutatások továbbfejlesztéséről számolt be. Horvátországban, Dániában és Skóciában felülvizsgálták a helyettesítő programokat, és átdolgozták az iránymutatásokat

⁽¹²⁰⁾ Lásd a TDI-11., TDI-107. és a TDI-109. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²¹⁾ Lásd a TDI-33. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²²⁾ Lásd a TDI-24. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²³⁾ Lásd a HSR-1. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

A gyógyszeres lehetőségek bővülése

Az opioidfüggőség kezelésére új gyógyszeres lehetőségeket fejlesztettek ki, amelyek Európában is elérhetővé váltak. Ezen új gyógyszeres lehetőségek célja többek között a kezelés hatékonyságának növelése, válasz az opioidhasználók különböző csoportjainak igényeire, valamint a helyettesítő kábítószerekkel való visszaélés lehetőségeinek visszaszorítása.

A buprenorfin/naloxon kombinációját 2006-ban vezették be az EU piacán, az egymagában alkalmazott buprenorfin alternatívájaként, hogy csökkentse az intravénás használat lehetőségeit és vonzerejét. Több tagállamban jelenleg is folyik ennek az anyagnak az értékelése az opioidfüggőség kezelési lehetőségeként ⁽¹⁾.

Az orvosi heroin (diamorfin) felírása a kezeléssel szemben krónikusan ellenálló opioidhasználók kezelési lehetőségeként korlátozott mértékben érhető el Hollandiában (2006-ban 815 kliens), az Egyesült Királyságban (400 kliens) és Németországban, ahol a heroinkísérlet résztvevői egy külön rendelet értelmében a továbbiakban is kaphatnak diamorfin. Emellett az Egyesült Királyságban most folyik egy randomizált kísérlet az intravénásan alkalmazott opioidokkal kapcsolatban, amely az intravénásan adagolt metadon és a szájon át adható metadon hatásosságát kívánja értékelni. 2008. februárban Dániában is a diamorfinfelírási rendszer bevezetése mellett döntöttek.

⁽¹⁾ Erről az anyagról technikai információkat az EMEA weboldalán talál: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>

annak érdekében, hogy javítsák a kezelés színvonalát és megelőzzék a fekete piacra irányuló eltérítést. Az Egyesült Királyságban szintén aktualizálták a drogfüggőség klinikai kezeléséről szóló iránymutatásokat, és a nemzeti klinikai kiválósági intézet külön útmutatót adott ki a metadon és a buprenorfin felírásáról, a naltrexonnal való kezelésről, a detoxikálásról és a pszichoszociális kezelésről. Portugália ugyancsak új iránymutatásokat állított össze, hogy biztosítsa a kliensek kellő időben történő kezeléshez jutását.

Kezelés a börtönökben

Az EU politikai döntéshozói körében általánosan elismert vélemény, hogy a közösségben és a börtönökben nyújtott szolgáltatások gyakorlatát és minőségét összhangba kell hozni. Az Európai Bizottság (2007a) nemrég kiadott jelentésében azonban arra hívta fel a figyelmet, hogy a kábítószer-használók számára a börtönökben nyújtott szolgáltatások nem hozzáférhetőek, egyúttal nyomatékossítottak a beavatkozás fontosságát ebben a közegben. A börtönökben nyújtott szolgáltatások korlátozottságát példázza többek

között a kapacitás és a szakértelem hiánya (Lettország, Lengyelország, Málta), a segítségnyújtás tagoltsága (Lettország), az egyes csoportoknak, például a fiatal kábítószer-használó fogva tartottaknak szóló beavatkozások hiánya (Ausztria) és a közegészségügyi alapokon nyugvó megelőzési stratégia hiánya (Görögország).

Kedvezőbb fejlemény, hogy a börtönökben zajló kábítószerprogramok jobban elterjedtek, sok országból pedig új kezdeményezéseket jelentenek. Portugáliában például megteremtették a fecskendőcsere-program jogi kereteit a börtönökben; Litvániában rendeletet fogadtak el, amely a szabadulás előtti tanácsadás biztosítására kötelezi a börtönöket; Dániában 2007. januártól minden, három hónapnál hosszabb időre elítélt fogva tartott részesülhet a „kezelési garanciából”; a Cseh Köztársaságban 10 börtönre is kiterjesztették a helyettesítő kezelést; Írországban pedig most zajlik a börtönökben működő kezelési szolgálatok értékelése, hogy egyenértékűek legyenek a közösségben működőkkel.

A kábítószer miatti kezelési szolgáltatás a börtönökben továbbra is alacsonyabb szintű, mint a közösségben, miközben a kábítószer-használat előfordulása általában magasabb. Sok országban a detoxikálás a preferált – és helyenként az egyetlen elérhető – kezelési lehetőség. A helyettesítő kezelés elméletben az országok többségében biztosított, de az adatok tanúsága szerint a gyakorlatban csak néhány szerhasználó részesül belőle. A kivétel Spanyolország, ahol 2006-ban az összes elítélt fogva tartott 14%-a (19 600) részesült helyettesítő kezelésben, valamint az Egyesült Királyság (Anglia és Wales), ahol az új útmutató 2007. áprilisi bevezetése után a metadonnal kezelték száma várhatóan 6000-ről 12 000-re nő.

A közelmúltban jelent meg a WHO és az UNODC által jóváhagyott, a fogva tartottak helyettesítő kezeléséhez készült gyakorlati útmutató (Kastelic és mások, 2008), és néhány kutatás azt is kimutatta, hogy a börtönökben nyújtott opioidhelyettesítő kezelés kedvezően befolyásolta a kockázattal járó viselkedéseket és a halálozást (Dolan és mások, 2003). A börtönökben működő helyettesítő programokról szóló kutatási tanulmányok áttekintése azt állapította meg, hogy a kedvező hatások a megfelelő adagolás biztosításától és a börtönbüntetés időtartamával megegyező hosszúságú kezeléstől függttek (Stallwitz és Stöver, 2007). Ezenkívül a szabadon bocsátás gondos megtervezése és a közösségi ellátáshoz való kapcsolódás szintén nagyon fontos része a szolgáltatásnak, amire azért van szükség, hogy az egészségi állapotban a fogva tartás alatt elért javulás a későbbiekben is fenntartható legyen ⁽¹²⁴⁾.

⁽¹²⁴⁾ Lásd „A kábítószer okozta halálozás fokozott kockázata a börtönbüntetés vagy a kezelés befejezésekor”, 95. o.



7. fejezet

A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek és a kábítószerrel összefüggő halálozesetek

A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek

A fertőző betegségek, például a HIV és a hepatitis B és C a kábítószer-használat 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). Tekintettel a különböző adatrendszerek módszertani korlátaira, az adatok értelmezésekor óvatosan kell eljárni ⁽¹²⁵⁾.

A HIV és az AIDS

Az intravénás kábítószer-használók (IDU-k) körében diagnosztizált HIV-fertőzések esetszáma 2006 végére az Európai Unió legtöbb országában 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 2006-ban továbbra is viszonylag nagyarányú volt, ami nyomatékosítja, hogy gondoskodni kell a helyi prevenció gyakorlat kiterjedtségéről és hatékonyságáról.

A HIV-fertőzés tendenciái

Az intravénás kábítószer-használathoz kötődő, újonnan diagnosztizált esetekre vonatkozó 2006-os adatok azt

jelzik, hogy a fertőzési ráták összességében tovább csökkentek az Európai Unióban, a 2001–2002-es csúcstól, amely az észtországi, lettországi és litvániai járványkitörések következménye volt ⁽¹²⁶⁾. 2006-ban az intravénás kábítószer-használók körében újonnan diagnosztizált fertőzések rátája az országos adatokkal rendelkező 25 EU-tagállamban 1 millió lakosra jutó 5,0 eset volt, ami a 2005-ös 5,6 esethez képest csökkenést jelent ⁽¹²⁷⁾. Az újonnan diagnosztizált fertőzések legmagasabb rátáit bejelentő három ország (Észtország, Lettország, Portugália) közül Portugália 2005/2006-ban továbbra is csökkenő tendenciáról számolt be, Észtországban és Lettországban pedig a tendencia 1 millió lakosra jutó 142,0, illetve 47,1 újonnan diagnosztizált esettel kiegyenlítődt. 2001 és 2006 között egyik országban sem figyelték meg a HIV-fertőzés lakossághoz viszonyított rátájának határozott növekedését. Ahol észleltek is valamilyen enyhe növekedést (pl. Bulgária, Írország), ez ott sem érte el az egymillió lakosra jutó plusz egy eset szintet.

Az abszolút számokat vizsgálva kiderül, hogy az EU összesített eredményéhez mely országok járultak hozzá nagyobb mértékben. Az intravénás kábítószer-használók körében az újonnan diagnosztizált fertőzések legnagyobb számát 2006-ban a legmagasabb fertőzési rátával rendelkező országokból (Portugália, 703 új diagnózis; Észtország, 191; Lettország, 108) ⁽¹²⁸⁾, illetve a nagy népességű országokból (Egyesült Királyság, 187; Németország, 168; Franciaország, 167; Lengyelország, 112) jelentették (10. ábra). Az általánosan csökkenő tendenciákhoz képest abszolút számokban mérve a legnagyobb növekedést 2001 óta az Egyesült Királyságban figyelték meg, évi körülbelül 13 plusz esettel, illetve Németországban, körülbelül 10 plusz esettel, noha ezek eloszlása nem volt egyenletes az évek folyamán. Bulgáriában az alacsony növekedési arány a közelmúltban felgyorsult, 2001 és 2006 között évi 0, 2, 0, 7, 13 és 34 új esettel, ami egy járvány kitörésének lehetőségét jelzi.

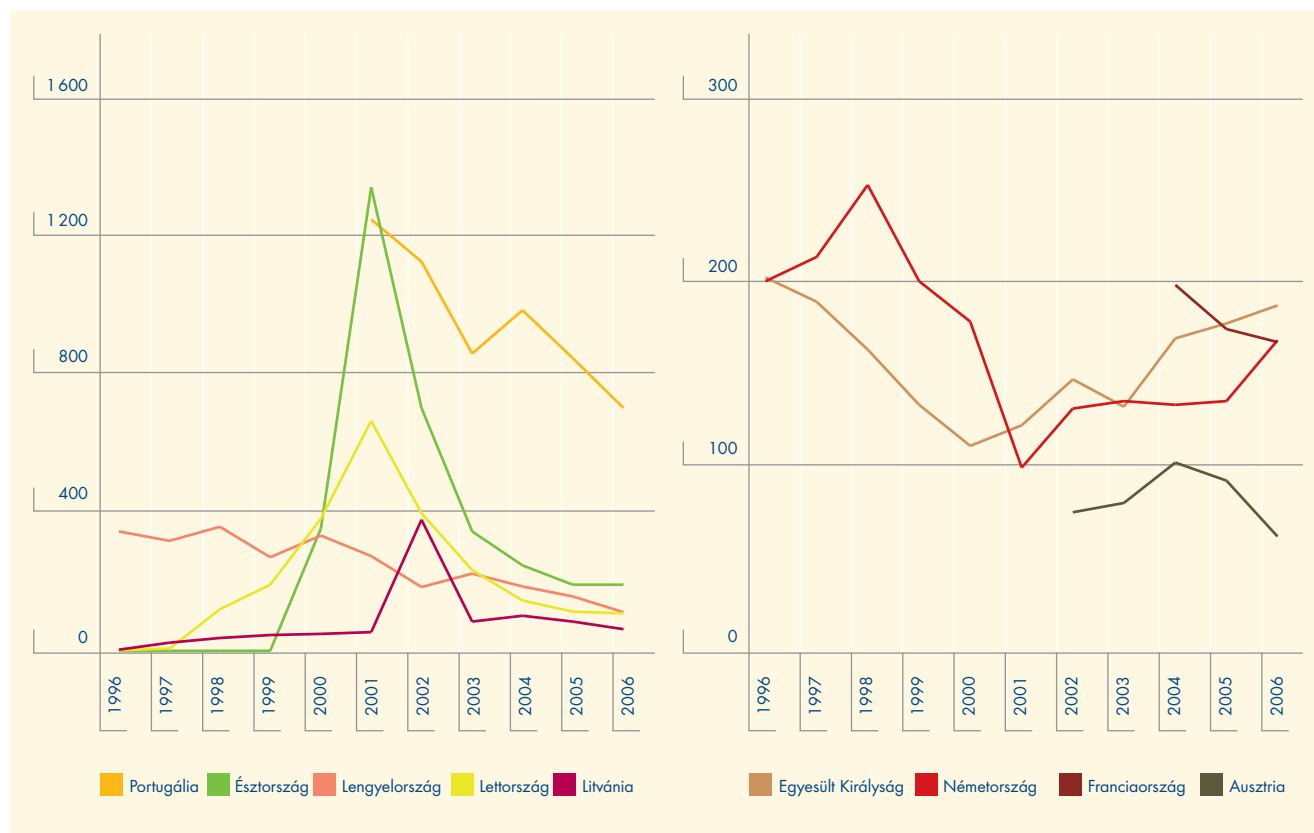
⁽¹²⁵⁾ A módszerek és a definíciók részletes bemutatásáért lásd a 2008. évi statisztikai közlőnyt.

⁽¹²⁶⁾ Lásd az INF-104. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlőnyben.

⁽¹²⁷⁾ A Spanyolországból és Olaszországból származó országos adatok nem hozzáférhetők. A két országra vonatkozóan tett kiigazítás szerint a ráta 1 millió lakosra jutó 5,9 eset, ami a 2005-ös 6,4-hez képest szintén csökkent.

⁽¹²⁸⁾ Portugáliában az EuroHIV 703 esetet jelentett 2006-ra, míg a Portugál Járványügyi Felügyeleti Központ (CVEDT) csak 432 esetet; az ellentmondás a bejelentési év (EuroHIV), illetve a diagnózis éve (CVEDT) szerinti besorolásból ered.

10. ábra: Az újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések abszolút száma az intravénás kábítószer-használók körében, a bejelentés éve szerint: a 300 feletti szinten tetőző országok (balra) és a 100 és 300 közöttiek (jobbra)



Megjegyzés: Spanyolországról és Olaszországról nem áll rendelkezésre országos adat, ezért az adatokat lehetőség szerint régióként mutatjuk be. Az új esetek száma a részadatok összesítése alapján 2005-ben mindkét országban 100 fölött volt, és csökkenő tendenciát mutatott. További információért lásd az INF-104. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: EuroHIV.

A HIV intravénás kábítószer-használók mintáiban megfigyelt előfordulásából származó adatok a tendenciákra vonatkozóan fontos kiegészítői a HIV-esetbejelentésből származó adatoknak, mivel a nem diagnosztizált fertőzésekről is tájékoztatnak. Az előfordulási adatok a 2002–2006-os időszakra 25 országból állnak rendelkezésre⁽¹²⁹⁾. A HIV előfordulása 15 országban változatlan maradt az időszak folyamán. Öt országban (Bulgária, Németország, Spanyolország, Olaszország, Lettország) statisztikailag szignifikáns mértékben csökkent az előfordulás, minden esetben az országos minták alapján. Ugyanakkor ezek közül kettőből regionális növekedést is jeleztek: Bulgáriában egy városban, Szófiában, Olaszországban pedig a 21 régió közül nyolcban és egy városban. Végezetül öt országból vagy nem jelentettek be országos tendenciákat, vagy stabilnak tűnt a helyzet, miközben volt legalább egy, országosnál alacsonyabb szintű minta, amelyben növekvő tendencia mutatkozott, még ha az előfordulási szintek zömében alacsonyak is voltak (Belgium, a Cseh Köztársaság, az Egyesült Királyság és esetleg Szlovénia).

Az intravénás kábítószer-használattal összefüggő, újonnan diagnosztizált 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. Nehezebb az értelmezés olyan esetekben, amikor az adatok forrásai között részleges ellentmondások vannak, mint például Bulgáriában, Németországban és az Egyesült Királyságban, bár ezekben az országokban az új diagnózisok megjelenése és ennek növekedési rátája egyaránt alacsony (a kivétel Bulgária, 2004–2006 között).

Az intravénás kábítószer-használattal összefüggő új HIV-diagnózisok magas éves rátája Észtországban, Lettországban és Portugáliában arra utal, hogy az átadás ezekben az országokban még mindig nagy arányban fordul elő. Észtország esetében ezt 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.

⁽¹²⁹⁾ Lásd az INF-108. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

A HIV/AIDS „forró pontjai”

A legfrissebb adatok azt jelzik, hogy az intravénás kábítószer-használók körében általában alacsony a HIV-fertőzés megjelenése az Európai Unióban. Az éberség azonban mégsem árt, néhány tagállamban ugyanis továbbra is magas az intravénás kábítószer-használathoz kapcsolódó, új HIV-fertőzések aránya, és a szomszédos országok némelyikében még ennél is aggasztóbb a helyzet.

Észtországban és Litvániában egy nemrég lezajlott HIV-járvány után az intravénás kábítószer-használók körében újonnan diagnosztizált fertőzések aránya 2001-től kezdve csökkent, de továbbra is magas szinten stabilizálódott (2006-ban egymillió lakosra jutó 142,0, illetve 47,1 új esettel), ami azt jelzi, hogy az átadási ráták változatlanul magasak. Az újonnan diagnosztizált fertőzések száma még mindig Portugáliában a legmagasabb az Európai Unióban (lásd a 84. o.), és miközben a tendencia csökkenő, az újonnan bejelentett diagnózisok éves rátája továbbra is magas, 2006-ban egymillió lakosra jutó 66,5 új esettel.

Az Európai Unió keleti szomszédait tekintve különösen aggályos a helyzet. A két legnagyobb országban, Oroszországban és Ukrajnában az újonnan diagnosztizált esetek száma magas, és egyre emelkedik. 2006-ban az intravénás kábítószer-használattal összefüggő, újonnan diagnosztizált fertőzések számát Oroszországban több mint 11 000-re, Ukrajnában 7000-re becsülték (egymillió lakosra jutó 78,6, illetve 152,9 új eset).

Az intravénás kábítószer-használók körében folytatódó terjedés magas arányai azt jelzik, hogy a jelenlegi szolgáltatásnyújtás elérhetőségét, szintjét és hatókörét egyaránt felül kell vizsgálni, beleértve a fertőző betegségek terjedésének megelőzésére szolgáló konkrét intézkedéseket is, mint például a tűcsere és a helyettesítő kezelés. Emellett az intravénás kábítószer-használók körében célzott vizsgálatokra van szükség, hogy felderítsék az egyes populációk vajon miért tűnnek különösen veszélyeztetettnek, és megkeressék a kockázatos viselkedéshez kapcsolódó tényezőket, valamint a védekezés akadályait, továbbá hogy ígéretes módszereket találjanak az új járványkitörések megelőzésére.

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 magas (5% fölötti) előfordulásról szóló jelentések sok országban: Spanyolország (országos adatok, 2005), Portugália (országos adatok, 2006), Észtország (két régió, 2005), Lettország (országosan és két városban, 2002/2003), Litvánia (egy város, 2006) és Lengyelország (egy város, 2005) ⁽¹³⁰⁾.

AIDS-es esetek és a HAART elérhetősége

Az AIDS megjelenéséről szóló információk abból a szempontból fontosak, hogy megmutatják a tüneti betegség új előfordulásait, bár a HIV átadása tekintetében ez nem jó mutató. Az AIDS megjelenési adatai a hatékony antiretrovirális gyógykezelés (HAART) lefedettségéről és hatékonyságáról is tájékoztathatnak. Az AIDS magas megjelenési rátái néhány európai országban azt jelezhetik, hogy a HIV-fertőzött intravénás kábítószer-használók közül sokan nem részesülnek HAART-kezelésben a fertőzés kellően korai szakaszában ahhoz, hogy a kezeléssel a lehető legnagyobb előnyökhöz jussanak.

Továbbra is Portugália az az ország, ahol az AIDS intravénás kábítószer-használattal összefüggő megjelenése a legmagasabb: ez 2006-ban a becslések szerint egymillió lakosra jutó 22,4 új esetet jelentett (bár a tendencia most már egyértelműen csökkenő) a 2005-ben mért, egymillió lakosra jutó 29,9 új esethez képest. Az AIDS megjelenésének viszonylag magas szintjét jelentették még Észtországból, Spanyolországból és Lettországból, egymillió lakosra jutó 17,1, 15,1, illetve 13,5 új esettel. E három ország közül Spanyolországban és Lettországból csökkenő tendenciát észleltek, Észtországban viszont a legfrissebb adatok a 2005-ös egymillió lakosra jutó 11,9 új esethez képest 2006-ban 17,1 új esetet mutattak. Litvániában szintén növekedést tapasztaltak, a 2005-ös egymillió lakosra jutó 2,0 új esethez képest 2006-ban 5,0 új esettel ⁽¹³¹⁾.

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 2005–2006-ban kb. 15% és 90% között mozogtak, de a legtöbb országból jellemzően 40%-ot meghaladó szinteket jelentettek. Csak néhány ország (Bulgária, Cseh Köztársaság, Finnország) közölt 25% alatti előfordulási szintet az intravénás kábítószer-használók országos mintáiban; bár az ilyen szintű fertőzési ráta is komoly közegészségügyi problémát jelent ⁽¹³²⁾.

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 29–59% közötti szintekről tudósítottak,

⁽¹³⁰⁾ Lásd az INF-109. és INF-110. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³¹⁾ Lásd az INF-1. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³²⁾ Lásd az INF-111–INF-113. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

A HIV-szűréshez és a kezeléshez való hozzáférés

Európában a HIV-rel fertőzött emberek akár egyharmadáról is elképzelhető, hogy nem tud a fertőzöttségéről (ECDC, 2007), sőt, néhány tagállam jelentései alapján a tudatosság szintje a fertőzött intravénás kábítószer-használók körében még ennél is alacsonyabb lehet.

Ennek következtében a vírussal megfertőzöttek közül sokan nem jutnak hozzá a korai kezelésből és gondozásból eredő előnyökhöz. Ők maguk ugyancsak hozzájárulhatnak a HIV-vírus terjedéséhez, mivel akaratlanul másokat is kitesznek a fertőzés kockázatának. Ráadásul a HIV-felügyeleti rendszerek által összegyűjtött adatok színvonala is visszaesett.

Az előzetes adatok azt jelzik, hogy az intravénás kábítószer-használók antiretrovirális kezeléshez és gondozáshoz való hozzáférése aránytalanul alacsony (Donoghoe és mások, 2007). A hatékony antivirális kezelési módszereknek figyelembe kell venniük az intravénás kábítószer-használók speciális helyzetét és szükségleteit. Ebbe beletartozhatnak az egyidejűleg fennálló egészségügyi és szociális problémák (pl. hajléktalanság, a biztosítás hiánya), akárcsak az egészségügyi ellátásban jelentkező megfélemlítés és megkülönböztetés vagy az ismételt letartóztatások és bebörtönzések.

A HIV-szűréshez és kezeléshez való hozzáférés javítása érdekében az EMCDDA egyedi iránymutatásokat dolgozott ki az intravénás kábítószer-használóknak szóló, éves önkéntes orvosi vizsgálatok biztosításáról, a HIV és a vírusos hepatitis szűrését is beleértve ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>

míg Olaszországban a különböző regionális becslések a körülbelül 40–96% közötti tartományban mozogtak. Bár a nem valószínűségi mintázaton alapuló mintákból generált becslésekkel mindig óvatosan kell bánni, az előfordulási szintekben megfigyelt változatosság valószínűleg fontos következményekkel jár a megelőzési és kezelési programok kialakítására és végrehajtására nézve. Emellett a fertőzöttség különböző szintjeiért felelős tényezők megértése feltehetőleg információkkal szolgál a jobb beavatkozási stratégiák kidolgozásához.

A fiatal (25 év alatti) és az új (kevesebb mint két éve injekciózó) intravénás kábítószer-használók körében végzett vizsgálatok arra utalnak, hogy a HCV-fertőzés megelőzésére rendelkezésre álló idő meglehetősen rövid, mivel sokan az intravénás életpályájuk elején fertőződnek meg a vírussal. A friss (2005–2006-os) tanulmányok

jellemzően 20–50% közötti előfordulási szintekről számolnak be, bár a minták között jelentős ingadozást figyeltek meg.

A hepatitis B-vírus (HBV) antitestjeinek előfordulása még a HCV-antitestekénél is változatosabb, 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. 2005–2006-ban az intravénás kábítószer-használókról adatokat közlő 11 ország közül hatból jelentették az anti-HBc 40% feletti előfordulási szintjét ⁽¹³³⁾.

A bejelentett hepatitis B- és C-esetek időbeli tendenciái nem egyformán alakulnak. A hepatitis B összes bejelentett esetét tekintve az intravénás kábítószer-használók aránya néhány országban valamelyest csökkent, ami talán az intravénás kábítószer-használóknak szóló védőoltási programok hatásának növekedését tükrözi. A hepatitis C esetében az intravénás kábítószer-használók aránya a bejelentett esetekhez képest öt országban csökkent, öt másikban viszont emelkedett (Cseh Köztársaság, Luxemburg, Málta, Svédország, az Egyesült Királyság ⁽¹³⁴⁾). Az intravénás kábítószer-használók aránya a bejelentett esetekhez képest a hepatitis B és a hepatitis C esetében továbbra is jelentős országonkénti különbségeket mutatott, ami földrajzi különbségekre utal a fertőzések epidemiológiájában, noha az eltérő tesztelési és bejelentési gyakorlatok miatti torzítást sem lehet kizárni.

A fertőző betegségek megelőzése

A kábítószer-használók körében a fertőző betegségek terjedésének és következményeinek megelőzésére az EU tagállamai a következő intézkedések kombinációját alkalmazzák: a kábítószer miatti kezelés, a helyettesítő kezelést is beleértve (lásd a 6. fejezetet), egészségügyi felvilágosítás és tanácsadás, steril intravénás eszközök terjesztése, oktatás a nemi élet biztonságosságáról és a biztonságosabb szerhasználatról. Az intézkedések elérhetősége és hatóköre országonként igen változó.

A tű- és fecskendőcsere-programok és az opioidhelyettesítő kezelés valamennyi EU-tagállamban, Horvátországban és Norvégiában egyaránt elérhető, bár a szolgáltatási helyszíneket és a megcélzott populációt tekintve nagyok a különbségek. Európában az elmúlt évtized folyamán mind a helyettesítő kezelés, mind az ártalomcsökkentő szolgáltatások szintje jelentősen megemelkedett. Néhány országban azonban ezek a beavatkozások továbbra is korlátozottak, és a szükségletek ezen a téren összességében még mindig meghaladják a szolgáltatást.

⁽¹³³⁾ Lásd az INF-115. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³⁴⁾ Lásd az INF-105. és INF-106. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

Egy nemrégiben készült amszterdami kohorszvizsgálat a metadonfenntartó kezelés és a tűcsere együttes elérhetőségének előnyeit mutatta, mivel a mindkét szolgáltatásban való részvétel az intravénás kábítószer-használók körében a HCV- és a HIV-fertőzés alacsonyabb előfordulási arányaival járt, a csak az egyik szolgáltatás igénybevételének fennállásával szemben (Van den Berg és mások, 2007).

A tű- és fecskendőcsere-programok (NSP-k) lefedettségét nehéz felmérni, ráadásul csak néhány országból közöltek releváns adatokat. A Cseh Köztársaságból például egy 90 alacsonyküszöbű létesítményből álló hálózatról számoltak be, amely évente körülbelül 25 000 kábítószer-használót ér el – 70%-uk intravénás használó –, és intravénás kábítószer-használónként átlagosan 210 fecskendőt biztosít.

Néhány országból a tű- és fecskendőcsere-programok (NSP-k) keretében kiosztott tűk és fecskendők számának növekedését jelentették. Észtországban a kiosztott fecskendők egy intravénás kábítószer-használóra jutó becsült száma 2005 és 2006 között megduplázódott, és elérte a 112-t; Magyarországon ugyanebben az időszakban a fecskendőcsere-programok forgalma 56%-kal, kliensek forgalma 84%-kal nőtt; Finnországból pedig az egészségügyi tanácsadó központokban fogadott kliensek és kiosztott fecskendők számának további növekedését jelentették. Ugyanakkor nem minden ország jelentett emelkedő tendenciát: Máltán és Szlovákiában a fecskendőellátás 2006-ban azonos szinten maradt; Lengyelországból a működő hivatalok számának csökkenéséről és a kicserélt fecskendők számának 15%-os visszaeséséről számoltak be; Romániából a Bukarestben kicserélt fecskendők számának 70%-os visszaesését jelentették, amit elsősorban anyagi problémáknak tulajdonítottak.

A fecskendőcsere több országban tapasztalt stabilizálódása vagy visszaesése az intravénás kábítószer-használati mintákban és a kezelés elérhetőségében történt változásokat tükrözheti: Luxemburgban az alacsonyküszöbű hivataloknál kiosztott fecskendők száma az évekig tartó emelkedés után 2005-ben állandósult, 2006-ban pedig csökkent; a közelmúltban Portugáliában és Belgiumban (flamand közösség) is csökkent a fecskendőellátás, akárcsak helyi szinten Németországban és Hollandiában.

A tűcsere és az alacsonyküszöbű szolgáltatások azokhoz is eljuttathatják az ellátást, akik egyébként kevéssé férnek hozzá az általános szolgáltatásokhoz. Ebbe beletartozik az alapfokú egészségügyi ellátás, valamint a szexuális egészséget támogató intézkedések, például óvszerek

és sikosítók szétosztása és a biztonságos szexről szóló oktatás. Az országok többségében a megkereső csapatok vagy alacsonyküszöbű létesítmények bevonásával a fertőző betegségeket megelőző szolgáltatások is működnek, noha ezen a téren a szolgáltatások fejlesztése még tart. Észtországban, Lettországból és Litvániában például folyamatban van egy transznacionális alacsonyküszöbű prevenciók hálózat kialakítása, amely közös szolgáltatási standardokat és epidemiológiai megfigyelési protokollokat alkalmaz a jövőben.

Az orvosi szolgáltatásokat alacsonyküszöbű klinikák és mobil szolgáltatások révén, illetve a beutalási rendszereken

Hepatitis B-védőoltás a kábítószer-használók körében

A hepatitis B-vírus (HBV) terjesztése tovább folytatódik az európai intravénás kábítószer-használók körében, akik között az aktív HBV-fertőzés (a HBsAG előfordulása) az általános népességgel összehasonlítva a legtöbb országban magas ⁽¹⁾. A hepatitis B-vírussal (HBV) való megfertőződés és következményei megelőzésére a védőoltást tartják a leghatékonyabb intézkedésnek. A WHO 1991. évi ajánlásával összhangban ez ellen a vírus ellen a legtöbb – bár nem mindegyik – EU-tagállam bevezette az egyetemes védőoltást. A gyermekekre vonatkozó oltási programok azonban leginkább a jövő generációk kábítószer-használóit fogják érinteni. Annak érdekében, hogy a fertőzés terjedését előbb is meg tudják állítani, az EU-tagállamok kifejezetten az intravénás kábítószer-használókat és/vagy fogva tartottakat megcélzó oltási programokat fogadtak el. E programok hatóköre mindazonáltal országonként változik. Az EU-tagállamok egyharmadából továbbra sem számoltak be olyan oltási programról, amely kifejezetten a kábítószer-használóknak szólna.

A kábítószer-használókat megcélzó oltási programok gyakran az alacsony szintű engedelmség problémájába ütköznek, ami a védőoltási kurzusok teljesítésének elmaradásához vezet. Tekintettel a biztonságos és hatásos védőoltás elérhetőségére, a nagyobb fokú immunizáció elérése a veszélyeztetettek körében rugalmas módszereket tehet szükségessé, hogy a kábítószer-használókat már pályafutásuk elején elérjék, és megkeressék azokat a közösségeket, ahol a kábítószer-használat nagyobb arányban fordul elő. A védőoltás ismételt felajánlása és a csökkent immunválasszal rendelkezők esetében az adag növelése szintén hozzásegíthet az immunizáció nagyobb fokának eléréséhez. Ehhez az EU-tagállamok részéről az erre vonatkozó politika felülvizsgálatára és esetleges finomítására lehet szükség, annak érdekében, hogy csökkentsék a krónikus HBV-fertőzés előfordulását és következményeit.

⁽¹⁾ Lásd az INF-106. és INF-114. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

keresztül biztosítják. A cseh alacsonyküszöbű hálózat például szoros együttműködést folytat a regionális közegészségügyi ellátó szolgálatokkal, hogy elősegítse a tanácsadáshoz, a szűréshez és a kezeléshez való hozzáférést szomatikus társbetegségek, különösen vírusos hepatitis esetén. Bulgáriában a fekete-tengeri Burgaszban egy mobil rendelő 2006-ban 750 konzultációt bonyolított le. Néhány dán települési önkormányzat kormányzati támogatást kapott a kábítószer-használók legveszélyeztetettebb csoportjainak szóló egészségügyi programokhoz. Koppenhágában ezenkívül 2008-ban hároméves kísérleti rendszerként elindult az „egészségszoba” projekt, amely az egészségügyi ellátást és a szociális tanácsadást alacsonyküszöbű szemlélettel ötvözi.

A vírusos hepatitis megelőzése

2006-ban számos országból számoltak be a vírusos hepatitis terjedésének megelőzésére szolgáló kezdeményezésekről. Luxemburgban például egy cselekvési-kutatási projekt eredményei nyomán megerősítették a fiatal és új intravénás kábítószer-használóknak szóló tanácsadást a biztonságosabb szerhasználatról, és javították az intravénás kábítószer-használók ingyenes hozzáférést az intravénás kellékekhez. Dániában 2006 óta a kábítószer-használók és partnereik ingyen juthatnak hepatitis A és B elleni védőoltáshoz, és az önkormányzatok szolgáltatások széles körét kötelesek biztosítani az intravénás kábítószer-használók részére. Végezetül Írországból 2007-ben egy HCV-vel foglalkozó munkacsoportot bíztak meg a nemzeti felügyeleti, oktatási és kezelési stratégia kidolgozásával.

A börtönök fontos helyszínt jelentenek a kábítószer-használattal összefüggő fertőző betegségeket célba vevő beavatkozásokhoz és a jobb egészségügyi szolgáltatások biztosításához egy egyébként nehezen elérhető populáció részére (lásd a 2. fejezetet). A közelmúltbeli kutatások jelezték, hogy a vírus szűrése mindazoknál fontos, akik bármikor kapcsolatba kerültek a tiltott kábítószeres használatával, egyúttal azt is igazolták, hogy a krónikus hepatitis C-fertőzés kimutatása a börtönbe való bekerüléskor költséghatékony intézkedés (Sutton és mások, 2006). Amellett, hogy a fertőzöttek így megkapják a szükséges kezelést és ellátást, a börtönben lévő kábítószer-használók számos más beavatkozásból is részesülhetnek, amilyen például az egészségügyi oktatás és a hepatitis B-vel szembeni immunizálás ⁽¹³⁵⁾.

A kábítószerrel összefüggő halálesetek és halálozási arány

Az európai fiatalok körében a kábítószer-használat az egészségügyi problémák és a halálesetek fő okai közé tartozik. Az EMCDDA támogatásával készült nemzetközi tanulmány jól szemlélteti a különösen az opioidok használatából eredő halálozási arány méreteit: a tanulmány 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).

Az EMCDDA „Kábítószerrel összefüggő halálesetek és halálozási arány a kábítószer-használók körében” megnevezésű fő mutatója elsősorban a közvetlenül a kábítószer-használat által okozott haláleseteket, illetve kisebb mértékben a kábítószer-használók körében mért összesített halálozást kíséri figyelemmel, amelybe a különféle más egészségügyi és szociális problémákkal összefüggő halálesetek is beletartoznak.

A kábítószerrel összefüggő halálesetek

Az EMCDDA kábítószerrel összefüggő halálesetekre ⁽¹³⁶⁾ adott definíciója azokra a halálesetekre vonatkozik, amelyeket közvetlenül egy vagy több kábítószer fogyasztása okoz (mérgezések vagy túladagolások), ahol a jelen lévő anyagok közül legalább egy a tiltott kábítószeresek közé tartozik. A kábítószer-használók száma, a használati minták (intravénás, polidroghasználat) és a kezelőszolgálatok és sürgősségi szolgálatok elérhetősége mind olyan tényezők, amelyek befolyásolhatják az ilyen halálesetek számát egy közösségben. A kábítószerrel összefüggő halálesetek általában röviddel az anyag(ok) fogyasztása után következnek be.

Az európai adatok minősége és megbízhatósága terén történt közelmúltbeli fejlemények lehetővé teszik az összesített és az országos tendenciák jobb leírását. Az országok többsége mostanra az EMCDDA definíciójával összhangban lévő esetmeghatározást fogadott el ⁽¹³⁷⁾. A bejelentés minőségében mindazonáltal maradtak az országok közötti különbségek, emiatt a közvetlen összehasonlításokkal óvatosan kell bánni.

Az 1990–2005 közötti időszakban az EU tagállamaiból minden évben 6500–8500 közötti kábítószerrel összefüggő halálesetet jelentettek, ami összesen körülbelül 130 000 halálesetet jelent. Ezeket a számokat becsült minimumnak kell tekinteni ⁽¹³⁸⁾.

⁽¹³⁵⁾ Lásd a DUP táblázatokat a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³⁶⁾ A „kábítószer okozta halálesetek” kifejezést most fogadták el, mivel ez pontosabban visszaadja az alkalmazott esetmeghatározást.

⁽¹³⁷⁾ Lásd a kábítószerrel összefüggő halálesetekről szóló részletes módszertani információt a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³⁸⁾ Lásd a DRD-2. (i. rész) táblázatát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

Kábítószerrel összefüggő halálozás: összetett fogalom

A kábítószerrel összefüggő halálozásról szóló tudományos és politikai vitát egyaránt gátolja az e téren használt fogalmak és definíciók sokasága. Ha nagyon tág, mindenre kiterjedő fogalmakat használunk, az így kapott adatok nem lesznek túl hasznosak a kábítószerrel összefüggő halálozás hátterében rejlő tényezők megértése szempontjából. Amennyiben az összes, pozitív toxikológiai vizsgálattal rendelkező halálesetet egy csoportba soroljuk, akkor ebbe az olyan esetek is bele fognak tartozni, ahol a kábítószer közvetlen okként volt jelen, és ahol közvetett szerepet játszottak, illetve ahol semmilyen szerepük nem volt.

A másik fontos kérdés a figyelembe vett anyagok köre, amely korlátozódhat a tiltott kábítószerekre, vagy kiterjeszthető más pszichoaktív anyagokra és gyógyszerekre is. Utóbbi esetben nehézséget jelenthet az elsősorban mentálhigiéniai kérdésekkel összefüggő halálesetek (pl. depresszió nyomán elkövetett öngyilkosság) elkülönítése a szerhasználatnak tulajdonítható esetektől. A kábítószer okozta halálesetek sokszor valójában polidroghasználatból erednek, ami a különböző kábítószerek sajátos szerepének megismerését is megnehezítheti.

A kábítószerrel összefüggő halálozás fogalmi szempontból két nagy kategóriából tevődik össze. Az első, egyben a legjobban

dokumentált azokat a haláleseteket tartalmazza, melyeket egy vagy több kábítószer közvetlen hatása okoz. Ezeket a haláleseteket jellemzően túladagolásnak, mérgezésnek vagy kábítószer okozta halálesetnek nevezzük. A második kategória tágabb, ebbe tartoznak azok a halálesetek, melyeket nem lehet közvetlenül a kábítószerek farmakológiai hatásának tulajdonítani, mégis összefüggnek azok használatával: ilyenek a fertőző betegségek hosszú távú következményei, a mentálhigiéniai kérdésekkel (pl. öngyilkosság) vagy más körülményekkel (pl. közúti balesetek) összefüggő interakciók. Vannak olyan halálesetek is, amelyek a körülményekből adódóan szintén a kábítószerekhez kapcsolódnak (pl. a kábítószer-kereskedelemmel összefüggő erőszakos cselekmények).

Az EMCDDA jelenleg a kábítószerrel összefüggő összesített halálozásról szóló beszámolóiban a problémás kábítószer-használó kohorszok körében becsült halálozási arányokon alapuló módszert alkalmaz. Ugyanakkor más olyan módszereket is vizsgálnak, amelyek segítségével a különféle forrásokból származó adatokat ötvözni lehet, hogy felbecsüljék a kábítószereknek tulajdonítható halálozás teljes terhet egy közösségben (lásd „A kábítószerrel összefüggő összesített halálozás”, 93. o.).

A népesség kábítószerrel összefüggő halálozási arányai országonként igen különbözőek, a 15–64 éves korosztályban az egymillió lakosra jutó 3–5-től egészen a 70-nél is több halálesetig terjedő tartományban (átlagosan 21 haláleset/egymillió lakos). Az egymillió lakosra jutó esetek száma 16 európai országban haladta meg a 20-at, öt országban pedig 40-nél is több volt. A 15–39 éves férfiak körében a halálozási arányok átlaga a legtöbb országban kétszer olyan magas volt (ami Európában egymillió lakosra jutó 44 halálesetet jelentett). A kábítószer okozta halálesetek 2005–2006-ban a 15–39 éves európaiak körében az összes haláleset 3,5%-át tették ki, de nyolc országban ez az arány 7% fölött volt⁽¹³⁹⁾ (11. ábra).

A megbetegedésekkel és a nem halálos kimenetelű túladagolások más következményeivel még mindig csak kevés kutatás foglalkozik, és a megelőzési törekvésekre is korlátozott mértékben jut befektetés, noha a bizonyítékok alapján jelentős számokról lehet szó. A vizsgálatok becslései szerint az egy halálos túladagolásra jutó nem halálos túladagolások száma 20–25 között lehet. Bár nem lehet egyértelműen kideríteni, hogy ezek a becslések az Európai Unió egészére alkalmazhatók-e, mindez

durván évi 120 000–175 000 nem halálos kimenetelű túladagolást jelentene.

Az opioidokkal összefüggő halálesetek

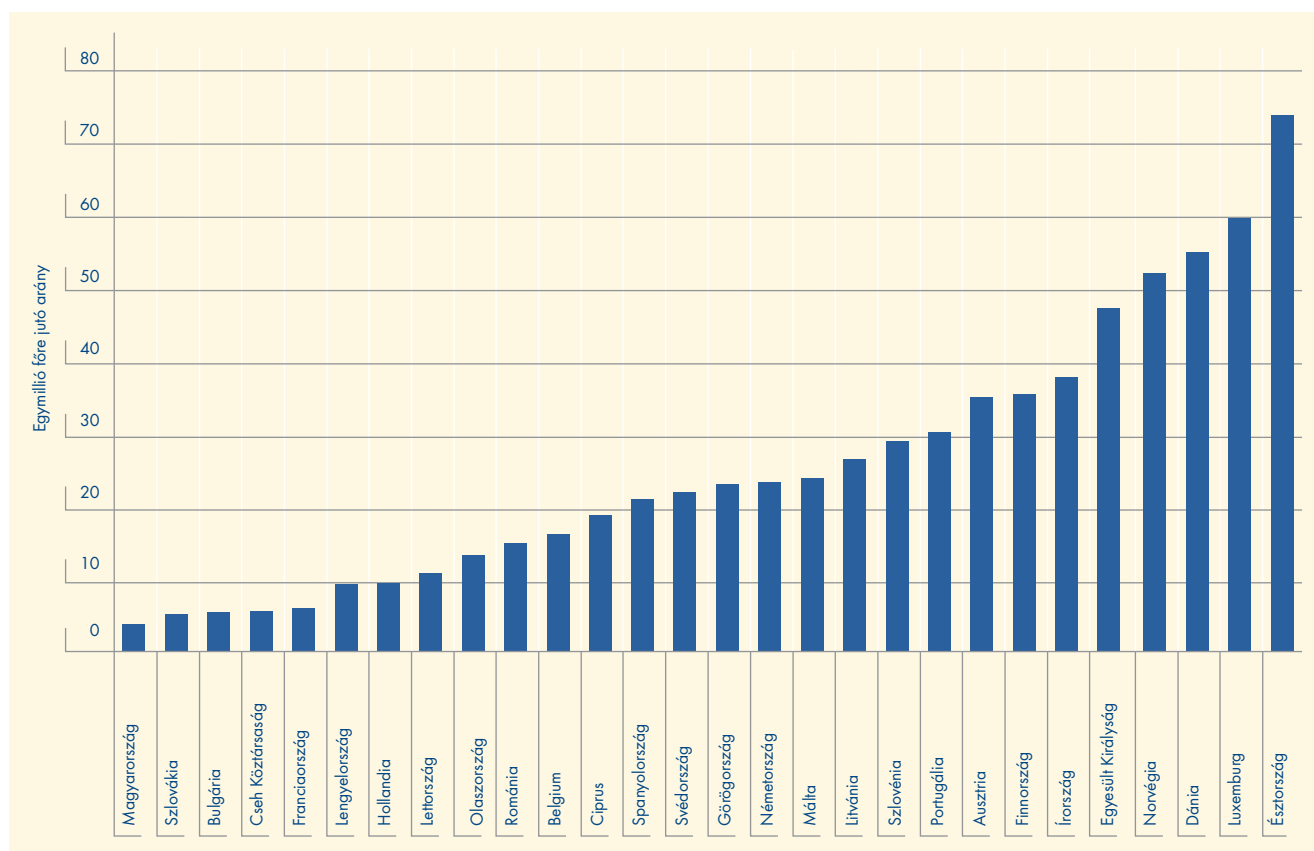
Heroin

Az opioidok túladagolása az egyik vezető halálozási ok az európai fiatalok, és különösen a városi területen élő fiatal férfiak körében⁽¹⁴⁰⁾. Az opioidok, főként a heroin vagy metabolitjai az Európai Unióban bejelentett, kábítószer okozta halálesetek többségében jelen vannak, és az összes eset 55% és közel 100% közötti arányáért tehető felelőssé, de az országok több mint feléből 80% fölötti arányokat jelentettek⁽¹⁴¹⁾. A heroinnak tulajdonított halálesetekről készülő toxikológiai jelentésekben gyakran más olyan anyagokat is felfedeznek, amelyeknek szerepe lehetett. Ezek közül a legtöbbször az alkohol, a benzodiazepinek, más opioidok, illetve néhány országban a kokain jelenlétéről számolnak be. Az EMCDDA a közelmúltban kilenc ország részvételével készített vizsgálatában azt állapította meg, hogy az opioidok okozta halálesetek toxikológiai eredményei 60–90%-ban egynél több kábítószerrel tesznek említést. Ez azt jelzi,

⁽¹³⁹⁾ Lásd a DRD-5. táblázatot és a DRD-7. (ii. rész) ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴⁰⁾ Mivel az EMCDDA-hoz bejelentett esetek többsége opioid-túladagolás, az opioidok okozta esetek leírására a kábítószerrel összefüggő halálesetek általános jellemzőit használják.

⁽¹⁴¹⁾ Lásd a DRD-1. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

11. 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. A népességi halálozási arányok kiszámítása az Eurostat jelentése szerinti 2005-ös országos népességen alapul. A népességi ráták összehasonlításakor óvatosan kell eljárni, mivel az esetek meghatározásában és a bejelentés színvonalában vannak különbségek. A konfidenciaintervallumokért és bővebb információért ld. a DRD-7. (i. rész) ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox országjelentések (2007), az adatok az országos halotti nyilvántartásokból vagy speciális (igazságügyi orvostani vagy rendőrségi) nyilvántartásokból és az Eurostatból származnak.

hogyan a kábítószer okozta halálozások jelentős arányban polidroghasználatnak tulajdoníthatók.

Az opioidtúladagolások halálozások többsége (60–95%-át) férfiakhoz köthető, akik életkor szerint többnyire 20–40 éves kor közöttiek, de az átlagot tekintve a legtöbb országban a harmincas éveik közepén járnak⁽¹⁴²⁾. A túladagolás miatt elhunytak átlagéletkora sok országban emelkedik, ami a fiatal heroinhasználók számának lehetséges stabilizálódására vagy csökkenésére utal. Máshol viszont (Bulgária, Észtország, Románia, Ausztria) a túladagolások halálozások viszonylag nagy arányban fordulnak elő a 25 év alattiak körében, ami fiatalabb heroinhasználó vagy intravénás kábítószer-használó populációt jelezhet ezekben az országokban⁽¹⁴³⁾.

Metadon és buprenorfin

A kutatások szerint a helyettesítő kezelés csökkenti a halálos túladagolás kockázatát. Ugyanakkor minden évben számos, opioidhelyettesítő gyógyszerekkel összefüggő halálesetről számolnak be, amelyek többsége visszaélésnek, illetve az esetek kis részében a kezelés során fellépő problémáknak tulajdonítható⁽¹⁴⁴⁾.

Sok országból jelentették a metadon jelenlétét a kábítószer okozta halálozások jelentős részében, bár a közös bejelentési szabályok hiánya miatt az anyag szerepe sokszor nem tisztázott. A metadon jelenlétét mutató haláleseteket nem elhanyagolható számban jelentettek Dániából, Németországból, az Egyesült Királyságból és Norvégiából; más országokból nem, vagy csak korlátozott számban jelentettek ilyen esetet⁽¹⁴⁵⁾. Az Egyesült

⁽¹⁴²⁾ Lásd a DRD-1. (i. rész) táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴³⁾ Lásd a DRD-2., DRD-3. és DRD-4. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴⁴⁾ Lásd „A helyettesítő kezeléssel összefüggő halálozások”, 93. o.

⁽¹⁴⁵⁾ Lásd a DRD-108. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

Államokban 1999 óta a metadonnal összefüggő halálesetek számának jelentős növekedését tapasztalták. A halálesetek többsége a kórházakból, gyógyszer-tárakból, háziorvosoktól és fájdalomkezelő szakorvosoktól eltérített metadonnal való visszaélésnek tulajdonítható, viszont a helyettesítő programokon szerzett metadonnak tulajdonítható esetek csak korlátozott számban fordulnak elő ⁽¹⁴⁶⁾.

A buprenorfinmérgezésből eredő halálesetek ritkábbnak tűnnek, annak ellenére, hogy sok európai országban egyre nagyobb arányban használják ezt az anyagot a helyettesítő kezelésben. Franciaországban nagyon kevés halálesetet jelentenek, miközben a buprenorfinnal kezelt kábítószer-használók száma tekintélyes (76 000–90 000). Finnországban viszont a buprenorfin a kábítószerrel összefüggő halálesetek többségében jelen van, általában nyugtatókkal vagy alkohollal kombinálva, illetve injekcióval beadva ⁽¹⁴⁷⁾.

Fentanil

A post mortem igazságügyi toxikológiai leletek alapján Észtországból a közelmúltban a halálos 3-metil-fentanil mérgezések aggasztó mértékű terjedéséről számoltak be, 2005-ben 46, 2006-ban már 71 halálos mérgezéssel (Ojanperä és mások, megjelenés előtt). Ráadásul az Észtországból származó előzetes megállapítások azt jelzik, hogy 2004-ben 85 haláleset szintén ehhez az anyaghoz kötődött. Szórványosan más európai országokból is jelentettek fentanil okozta haláleseteket, és a közelmúltban az Egyesült Államokból is érkeztek jelentések az ilyen halálesetek általában rövid ideig tartó, de járványszerű terjedéséről; Chicagóban például 2005 és 2007 között 350 halálesetet tulajdonítottak a fentanilnak (Denton és mások, 2008). Ennek az anyagnak az erőssége fokozhatja a kábítószer-túladagolás kockázatát, ugyanakkor a toxikológiai szűrés során könnyen figyelmen kívül lehet hagyni. A fentanil megnövekedett tiltott előállítás és használata ezért valószínűleg a meglévő megfigyelő rendszereket és a közegészségügyi válaszokat egyaránt komoly feladatokat elé állítja.

Más kábítószerekkel összefüggő halálesetek ⁽¹⁴⁸⁾

A kokainnal összefüggő halálesetek meghatározása és azonosítása nehezebb, mint az opioidokhoz kapcsolódóké (lásd a kokainról szóló 2007-es kiválasztott témát). Úgy tűnik, hogy a közvetlenül a gyógyszer-tani értelemben vett túladagolás által okozott halálesetek ritkák, és ezek általában a kokain nagyon nagy adagjaihoz köthetők.

A kokainnal összefüggő halálesetek egyébként többnyire a kábítószer krónikus mérgező hatásából erednek, amely szív-érrendszeri és neurológiai komplikációkat idéz elő. A kokain szerepét ezekben a halálesetekben nem mindig ismerik fel, ezért előfordulhat, hogy nem kokainnal összefüggő esetként kerülnek bejelentésre. A kokainnak tulajdonítható halálesetekről szóló adatok értelmezését tovább bonyolítja, hogy sok esetben más anyagok is jelen vannak, aminek köszönhetően az ok-okozati összefüggések megállapítása nehéz feladat.

2006-ban 14 tagállamból több mint 450, kokainnal összefüggő halálesetet jelentettek – ugyanakkor valószínű, hogy a kokain okozta halálesetek száma az Európai Unióban magasabb a bejelentettnél.

Az ecstasy jelenlétét mutató halálesetekről továbbra is csak ritkán érkeznek jelentések. Az Egyesült Királyságból jelentették a legtöbb olyan halálesetet, amelyben az ecstasy „jelen volt”, de sok esetben nem a kábítószer jelölték meg a halál közvetlen okaként.

Bár Európában ritkák az amfetaminnal összefüggő halálesetekről szóló jelentések, a Cseh Köztársaságban a kábítószer okozta halálesetek jelentős számát a pervitinnek (metamfetamin) tulajdonították. Finnországból 64 olyan halálesetről számoltak be, amelyben a toxikológia kimutatta az amfetaminokat, noha ebből nem feltétlenül következik, hogy a halál közvetlen oka a kábítószer lett volna.

A kábítószerrel összefüggő halálozás tendenciái

Európában a kábítószerrel összefüggő halálozás az 1980-as években és az 1990-es évek elején meredeken emelkedett, feltehetőleg a heroinhasználat és az intravénás kábítószer-használat növekedésével párhuzamosan, ezt követően pedig magas szinten maradt ⁽¹⁴⁹⁾. 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, később csökkenni kezdett; más országokban (Írország, Görögország, Portugália, Finnország, Svédország, Norvégia) a halálesetek száma a 2000. év körül érte el a csúcspontot, amit csökkenés követett; néhány másik országban pedig (pl. Dánia, Hollandia, Ausztria, az Egyesült Királyság) növekvő tendenciát figyeltek meg, egyértelmű csúcs nélkül ⁽¹⁵⁰⁾.

⁽¹⁴⁶⁾ National Drug Intelligence Center. Methadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate. 2007. november. 2007-Q0317-001 dokumentum.

⁽¹⁴⁷⁾ Lásd a DRD-108. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴⁸⁾ Lásd a DRD-108. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴⁹⁾ Lásd a DRD-8. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben. Történeti okokból ez a tendencia az EU-15-re és Norvégiára vonatkozik.

⁽¹⁵⁰⁾ Lásd a DRD-11. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

A helyettesítő kezeléssel összefüggő halálesetek

A kutatások azt mutatták, hogy a túladagolás veszélye jelentősen csökken, amíg a heroinhasználók metadonhelyettesítő kezelésen vannak. Egy több mint 5000 heroinhasználó bevonásával nemrég készült kohorszvizsgálat arról számolt be, hogy a túladagolással halál kockázata kilencszer kisebb, amíg a szerhasználók helyettesítő kezelésen vannak, mint amikor kezelésen kívül, a kezelés bármely más típusát, illetve teljes hiányát egyaránt ideértve (Brugal és mások, 2005).

Néhány haláleset toxikológiai jelentésében a metadon is szerepel, bár ez nem jelent minden esetben közvetlen ok-okozati összefüggést, mivel más kábítószer vagy egyéb tényezők is közre játszhatnak. A túladagolással halál így is előfordulhat; kiváltó tényezői közé tartozhat többek között: a tolerancia megváltozása, a túlzott adagok, nem megfelelő használat a kliens részéről, valamint a kábítószer nem terápiás célú használata.

A metadon tiltott piacokra való elterítését megelőző intézkedések az Egyesült Királyságban együtt jártak a metadonnal összefüggő bejelentett halálesetek számának csökkenésével (Zador és mások, 2006), sőt a helyettesítő kezelés bevált gyakorlata a metadonnal összefüggő halálesetek kockázatának csökkentésében is fontos tényező lehet. A páciens és a közösség egészségi állapotának egyaránt kedvez tehát a kezelés minőségi színvonalának javítása, a receptírási gyakorlatokat is beleértve; a kliensek megfigyelése a kezelés első fázisában; a szívet érintő lehetséges toxicitások megfigyelése; a más gyógyszerek vagy pszichoaktív anyagok használatának kockázatairól szóló felvilágosítás; valamint az elterítés veszélyének csökkentése érdekében tett terjesztési gyakorlatok.

A metadonkezelés nagyarányú kibővülése Európában nem járt együtt a metadonnal összefüggő halálozás ugyanilyen mértékű emelkedésével. Az Egyesült Királyságban egy vizsgálat azt állapította meg, hogy 1993 és 2004 között a receptre felírt, szájon át alkalmazott metadon össz mennyisége 3,6-szorosára emelkedett, miközben a metadonhoz kötődő halálesetek száma 226-ról 194-re csökkent (Morgan és mások, 2006). Ez azt jelenti, hogy a metadonnal összefüggő halálesetek aránya az 1993-as 13 eset/1000 betegről 2004-re 3,1 eset/1000 betegre csökkent. Bár hasonló vizsgálatok más országokban is hasznosnak lennének, a rendelkezésre álló bizonyítékok arra utalnak, hogy a metadonnal összefüggő halálesetek nagyobb valószínűséggel köthetők a receptírási gyakorlatok hiányosságaihoz, mint a helyettesítő kezelés összesített szintjéhez.

A kábítószerrel összefüggő halálozás tendenciái a 2001 és 2005/2006 közötti időszakban nehezebben írhatók le. Az évtized első éveiben (2000–2003) az EU sok országából csökkenést jelentettek, és a kábítószer okozta halálesetek száma 2001-ben összességében 3%-kal, 2002-ben 14%-kal, 2003-ban pedig 7%-kal esett

vissza ⁽¹⁵¹⁾. 2004-ben és 2005-ben azonban a legtöbb európai országból kismértékű növekedést jelentettek. Ebben számos tényező közrejátszhatott, például a polidroghasználat növekedése, a heroin elérhetőségének esetleges növekedése, illetve a krónikus kábítószer-használók populációjának öregedése ⁽¹⁵²⁾.

Mivel a nagyobb országok némelyikéből még nincsenek meg az adatok, a kábítószer okozta halálesetek 2006-ra vonatkozó összesített becslései egyelőre ideiglenesek. Mindazonáltal a 18 országból rendelkezésre álló adatok 2005-höz képest enyhe csökkenésre utalnak.

Európában a kábítószerrel összefüggő halálesetek száma a 25 évnél fiatalabbak körében összességében enyhén csökkent, míg az Európai Unióhoz 2004 után csatlakozó tagállamokban ez a szám egészen a közelmúltig emelkedett ebben a korcsoportban ⁽¹⁵³⁾. Az elmúlt években azonban a fiatalabb esetek arányának növekedését figyelték meg Görögországban, Luxemburgban és Ausztriában, illetve kisebb mértékben Bulgáriában, Lettországon és Hollandiában ⁽¹⁵⁴⁾. Ezt a megfigyelést még tovább kell vizsgálni, mivel az opioidokat használó fiatalok számának emelkedésére utalhat ezekben az országokban.

A kábítószerrel összefüggő összesített halálozás

Egy friss tanulmány azt állapította meg, hogy a nyolc európai helyszínen (hét városban és egy országban), kezeléseken kiválasztott opioidhasználók halálozási aránya az azonos életkorú társaikéhoz képest nagyon magas volt (lásd EMCDDA, 2006). Más kohorszvizsgálatok szerint a halálozási arány a kábítószer-használók körében legalább hatszor, de akár ötvennégyyszer magasabb is lehet, mint az általános népességben. Ezek a különbségek főleg a kábítószer-túladagolásból erednek, igaz, más tényezők is szerepet játszanak, de néhány országban az AIDS miatti halálesetek szerepe sem elhanyagolható. Darke és mások (2007) négy tág kategóriába sorolták a kábítószer-használók körében előforduló haláleseteket: túladagolások (az alkoholmérgezést is beleértve), betegségek, öngyilkosság és trauma. A betegségek közül a vér útján terjedő vírusoknak (HIV, HCV és HBV, lásd fent) betudható megbetegedések, a daganatok, a májbetegségek, a keringési rendszer megbetegedései és légzőszervi betegségek függhetnek össze a kábítószer-használattal. A trauma többnyire balesetet, emberölést és más erőszakos cselekményeket jelent.

⁽¹⁵¹⁾ Az itt közölt számok eltérnek az előző években bejelentettektől, Dánia, Spanyolország, Franciaország és az Egyesült Királyság esetében az esetmeghatározásban vagy a lefedettségben történt változások, sok más országban pedig az aktualizálások miatt.

⁽¹⁵²⁾ Lásd „Abbamaradt az opioidokra vonatkozó mutatók csökkenése” 77. o. és a DRD-2. (i. rész) táblázatot és a DRD-12. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁵³⁾ Lásd a DRD-13. (i. rész) ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁵⁴⁾ Lásd a DRD-9. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

Egy drogkezelésre felvett kábítószer-használókból álló kohorszban készült friss norvég tanulmány azt állapította meg, hogy a 189 nyilvántartott halálesetből a túladagolás felelt az összes olyan haláleset feléért, amelynél ismert volt a halál oka. A betegségek, főként az AIDS és a májbetegségek a halálesetek további majdnem egynegyedéért feleltek, az öngyilkosság és a trauma külön-külön egytizedért, az alkoholmérgezés pedig nagyjából 2%-ért (12. ábra). Megjegyzendő, hogy az AIDS miatti halálesetek aránya sokkal magasabb lehet azokban az országban, ahol a kábítószer-használók körében magas a HIV előfordulása.

A kohorszvizsgálatok hasznos eszközt biztosítanak a kábítószer-használattal összefüggő összesített halálozás felbecsüléséhez és megértéséhez, de más módszerek is hozzásegíthetnek a kérdés jobb megismeréséhez és az országos szintű áttekintéshez. Az EMCDDA a tagállamokkal szoros együttműködésben jelenleg is számos új módszert vizsgál ezen a területen az EU szintjén történő alkalmazása céljából. E módszerek egyike szerint a kohorszvizsgálatokból kapott halálozási arányokat kivetítik a problémás kábítószer-használókra vonatkozó helyi (Bargagli és mások, 2005) vagy országos (Cruts és mások, 2008) becslésekre. Egy másik módszer szerint a különböző vizsgálatokkal kapott, kábítószernek tulajdonítható törtrészeket alkalmazzák a kábítószer-használattal leggyakrabban összefüggő halálozási okokra (pl. AIDS, balesetek, öngyilkosság, mérgezés), amelyek szerepelnek az általános népességi halálozási nyilvántartásokban.

A kábítószer-használattal közvetve összefüggő halálesetek

Az intravénás kábítószer-használatnak tulajdonítható AIDS-es halálesetek a halálozás másik fontos okát jelentik. Az Eurostatról és az EuroHIV-től (év végi jelentések 2005-ből, 2006-ból) származó adatok alapján úgy becsülhető, hogy 2003-ban több mint 2600-an haltak meg a kábítószer-használatnak tulajdonítható AIDS következtében⁽¹⁵⁵⁾. E halálesetek többségét néhány országból jelentették: több mint 90%-uk Spanyolországban, Franciaországban, Olaszországban és Portugáliában történt. Az AIDS miatti halálozás az 1990-es évek közepén tetőzött, majd a HAART bevezetését és hatókörének megnövelését követően jelentősen visszaesett.

Spanyolország, Olaszország, és különösen Portugália kivételével a kábítószer-használatnak tulajdonítható AIDS miatti népességi halálozási arányok alacsonyak. Sok országban a túladagolós halálozás a kábítószer-

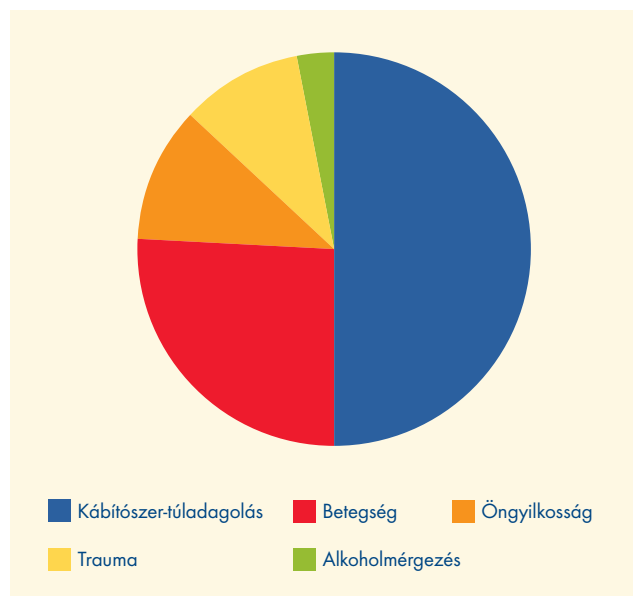
használók körében lényegesen magasabb, mint az AIDS-szel összefüggő halálozás⁽¹⁵⁶⁾. A más okokból (pl. más fertőző betegségek következményei, erőszakos cselekmények, balesetek) eredő halálesetek számát egyelőre nehezebb felmérni, ezért ezen a téren jobb adatgyűjtésre és becslésekre lenne szükség (lásd az előző részt).

Az öngyilkosság szintén gyakori halálozási oknak tűnik a kábítószer-használók körében. Egy szakirodalmi áttekintés (Darke és Ross, 2002) azt állapította meg, hogy a heroinhasználók körében az öngyilkossági ráta 14-szer magasabb volt, mint az általános népességnél.

A kábítószerrel összefüggő halálozás csökkentése

A kábítószerrel összefüggő halálozás csökkentése a legtöbb nemzeti drogstratégiában szerepel célként, de kevés ország fogadott el cselekvési tervet, illetve adott szisztematikus útmutatást a meghozandó intézkedésekről. Az Egyesült Királyság egészségügyi minisztériuma azonban 2006-ban új iránymutatásokat

12. ábra: A halál ismert okai egy kábítószer-használókból álló norvégiai kohorszban



Megjegyzés: Az adatok egy 501 fős, az 1981–91 közötti időszakban kábítószer-függőség miatt kezelésre felvett kábítószer-használókból álló mintán alapuló vizsgálatból származnak. 2003-ig összesen 189 halálesetet vettek nyilvántartásba, amelyek közül 14 esetben a halál okát nem lehetett azonosítani.

Forrás: Ødegard, E., Amundsen, E.J. és Kielland, K.B. (2007), Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach", *Drug and Alcohol Dependence* 89, 176–82. o.

⁽¹⁵⁵⁾ A 2003-as évet tekintették a legutolsó olyan évnak, amelyről az Eurostaton keresztül szinte minden tagállamból elérhetők a halálozási okokra vonatkozó információk. A forrásokra, a számokra és a számításokra vonatkozó részletes információkért lásd a DRD-5. táblázatot a 2008. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁵⁶⁾ Lásd a DRD-7. (ii. rész) ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

adott ki a kábítószerrel való visszaélés és függőség klinikai kezeléséről, amelyben konkrét intézkedéseket írt elő a kábítószerrel összefüggő halálozások csökkentésére.

Olaszországban egy előzetes, hosszú távú vizsgálat igazolta (Davoli és mások, 2007), hogy a kezelés – beleértve a helyettesítést, valamint a pszichoszociális gondozást és a pszichoterápiát – hozzá tud járulni a halálozás csökkentéséhez a kábítószer-használók körében. A vizsgálatot egy, az 1998 és 2001 között az állami kezelési szolgálatoknál jelentkező, 10 454 heroinhasználóból álló kohorszon végezték, amiben a kezelésben maradási és a túladagolási halálozást értékelték. A kohorszon belül a halálozás kockázata átlagosan tízszeresre nőtt az általános népességhez képest. A kezelést teljesítő kábítószer-használók halálozási kockázata az általános népességgel összehasonlítva négyszeres volt, ezzel szemben a kezelést abbahagyókat hússzor akkora valószínűséggel fenyegette a halál.

A túladagolás kockázatairól és kezeléséről szóló célzott ismeretterjesztés szórólapok, broszúrák és plakátok formájában a legtöbb országban bevett gyakorlat. Emellett a tagállamok felől olyan műhelytalálkozókról is beszámoltak, amelyek a túladagolás kezelésében való jártasságot és a vonatkozó ismereteket kívánják fokozni. Ez a képzés szólhat a kábítószer-használóknak, a hozzátartozóknak, illetve a szolgálatok személyzetének,

és jellemzően a konkrét veszélyekről világosít fel, beleértve az absztinens időszakok utáni csökkentett toleranciát, a polidroghasználat, különösen az egyidejű alkoholfogyasztás hatásait, a magányos kábítószerhasználat veszélyeit, valamint az elsősegély-nyújtási ismereteket. Olaszországban a jelentések szerint a közegészségügyi szolgálat által koordinált, függőséget kezelő létesítmények felében együttesen alkalmazzák a túladagolásra adható válaszokról szóló képzést és az elvihető naloxon terjesztését.

A kábítószer-használók pszichoszociális jólétének proaktív megfigyelése – a helyettesítő kezelésben részt vevőket is beleértve – szintén hasznos lehet, mivel a kábítószer-túladagolást sok esetben korábbi egészségügyi vagy társadalmi eseményeknek köszönhető, de magas lehet a szándékos túladagolások aránya is (Oliver és mások, 2007).

Sok országban az is kihívást jelent, hogy az egészségügyi és szociális szolgálatoknak a hosszú távú kábítószer-használók öregedő populációjával kell foglalkozniuk, akik a kábítószer-túladagolással és egy sor más negatív egészségügyi következménnyel szemben sérülékenyebbek lehetnek. Az intravénás kábítószer-használók különösen nagy arányban szenvedhetnek szomatikus betegségektől, konkrétan a máj krónikus fertőzéseitől, ami tovább fokozza sérülékenységüket.

A kábítószer okozta halálozás fokozott kockázata a börtönbüntetés vagy a kezelés befejezésekor

Az Európában és máshol végzett vizsgálatok alapján a kábítószer okozta halálozás a börtönből való szabadulást közvetlenül követő időszakban, illetve a kezelés utáni visszaesés esetén jelentősen megemelkedik.

Egy, a közelmúltban az Egyesült Királyságban (Anglia és Wales) végzett tanulmány közel 49 000, 1998–2000 között szabadon bocsátott rab nyilvántartásait hasonlította össze, amihez 2003. novemberig az összes halálesetet nyilvántartásba vették (Farrell és Marsden, 2008). A minta tagjai között ebben az időszakban történt, összesen 442 haláleset közül a többség (59%) kábítószerrel függött össze. A szabadulást követő évben a kábítószer okozta halálozási arány 5,2 eset/1000 férfi és 5,9 eset/1000 nő volt. A közvetlenül a szabadulást követő időszakban a várható ráták a nők körében több mint tízszeresre, a férfiaknál több mint nyolcszorosra emelkedtek. A börtönből kívül töltött első két hétben történt halálozások a nőknél minden esetben, a férfiaknál 95%-ban kábítószerrel függtek össze, és kábítószer-túladagolásnak, illetve általánosabban a szerhasználatnak

lehetett őket tulajdonítani. A halottképek nyilvántartásai a kábítószer okozta halálozások 95%-ában említették opioidok jelenlétét, 20%-ában benzodiazepinek, 14%-ában kokain és 10%-ban triciklikus antidepresszánsok jelenlétét.

Az olaszországi VEdETE tanulmányban (Davoli és mások, 2007) a kezelés alatt álló heroinhasználók esetében egy túladagolási halál/1000 fő, a kezelés utáni első hónapban viszont 23 eset/1000 fő arányt figyeltek meg, ami azt jelenti, hogy a túladagolási halál kockázata – az esetleges zavaró tényezőknek megfelelően kiigazítva – 27-szeresére nőtt a kezelést követő első hónapban.

A kábítószer okozta halálozások és a börtönből való szabadulás, illetve a kezelés befejezése között megfigyelt kapcsolat ellenére csak kevés országban vannak szisztematikus ráfordítások annak érdekében, hogy a fogva tartottakat vagy a kezelt klienseket felvilágosítsák a túladagolás kockázatairól. Sok országban a börtönből szabaduló kábítószer-használók gondozásának és rehabilitációjának folytatása sem megoldott. E két terület fejlesztése komoly lehetőséget jelenthetne a kábítószerrel összefüggő halálozások megelőzésére.

8. fejezet

Új kábítószeres és újonnan megjelenő tendenciák

Bevezetés

Az új pszichoaktív anyagok használatának fontos közegészségügyi és politikai hatásai lehetnek, azonban a kialakuló tendenciák nyomán követése jelentős kihívást támaszt. A kábítószer-használat új mintáit nehéz felfedezni, mivel jellemzően alacsony szinten kezdődnek, konkrét helyszíneken, illetve a népesség behatárolt alcsoportjainak körében. Kevés ország rendelkezik olyan megfigyelési rendszerrel, amely érzékeny lenne az ilyenfajta viselkedésre, sőt a kábítószer-használat e típusának megfigyelése jelentős módszertani nehézségeket támaszt. Ennek ellenére a potenciális új fenyegetések felismerésének fontosságát széles körben elismerik; erre való reagálásként az Európai Unió az új pszichoaktív anyagokról szóló tanácsi határozat révén kidolgozott egy korai figyelmeztető rendszert, amely gyorsreagálású mechanizmust biztosít az európai kábítószeres között újonnan felbukkanó pszichoaktív anyagok megjelenésének esetére. A korai figyelmeztető rendszert támogató tevékenységek az EMCDDA munkájának fontos részét képezik, és igazodnak ahhoz a tágabb célhoz, hogy az európai kábítószer-megfigyelő rendszer időszerűségének és érzékenységének javítása érdekében minél többféle adatforrást használjanak.

Az EU fellépése az új pszichoaktív anyagok 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 határozat az ezen új anyagokkal kapcsolatos kockázatok értékelését is előírja, annak érdekében, hogy a tagállamokban a kábítószeresekre és pszichotróp anyagokra vonatkozó ellenőrző intézkedéseket az új anyagokra is alkalmazni lehessen. 2007. májusban az EMCDDA kibővített tudományos bizottsága elvégezte a BZP (1-benzil-

piperazin) új pszichoaktív anyag kockázatértékelését, és jelentést nyújtott be a Tanács, valamint az Európai Bizottság részére ⁽¹⁵⁸⁾.

A kockázatértékelés arra a következtetésre jutott, hogy serkentő tulajdonságai, egészségügyi kockázata, illetve gyógyászati előnyeinek hiánya miatt szükség van a BZP ellenőrzésére, de az ellenőrző intézkedéseknek összhangban kell lenniük az anyag által jelentett, viszonylag alacsony kockázattal. 2008. márciusban a Tanács határozatot fogadott el a BZP ellenőrzési intézkedéseknek és büntetőjogi rendelkezéseknek alávetni kívánt, új pszichoaktív anyagként való meghatározásáról. A tagállamoknak egy évük van a nemzeti jogukkal összhangban álló szükséges lépések megtételére, 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.

2007. márciusban az EMCDDA és az Europol jelentést tett a Bizottságnak az 1-(3-klorofenil)piperazin (mCPP) aktív megfigyeléséről ⁽¹⁵⁹⁾. Ez a jelentés kizárólag tájékoztatási céllal készült, és azt állapította meg, hogy bizonytalan pszichoaktív tulajdonságai és egyes mellékhatásai miatt „nem valószínű, hogy az mCPP önálló, elismert rekreációs kábítószerre lépne elő”. Mivel úgy tűnik, hogy az mCPP-nek nincs különösebb vonzereje a szerhasználók szemében, valószínűsíthető, hogy piacát az Európai Unióban inkább a kínálati nyomás vezérli, semmint a kereslet húzóereje.

2007 folyamán a korai figyelmeztető rendszeren keresztül összesen 15 új pszichoaktív anyaggal kapcsolatban küldtek első alkalommal értesítést az EMCDDA-nak és az Europolnak. Az újonnan bejelentett anyagok csoportja sokszínű, és az új szintetikus kábítószeres mellett gyógyszerkészítményeket és természetben előforduló anyagokat is tartalmaz. Az újonnan bejelentett vegyületek közül kilenc az Egyesült Nemzetek Szervezete pszichotróp anyagokról szóló, 1971. évi egyezményének I. és II. jegyzékében felsoroltakhoz

⁽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/publications/risk-assessments/bzp>

⁽¹⁵⁹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>

Újonnan ellenőrzés alá vont anyagok

2006. január óta 12 országból jelentették az ellenőrzött anyagok listájának bővítését vagy módosítását. Az mCPP-t (1-(3-klorofenil)piperazin) hat országban vették fel az ellenőrzött anyagok listájára (Belgium, Németország, Litvánia, Magyarország, Málta, Szlovákia), a BZP-vel (1-benzil-piperazin) pedig négy országban bővült a lista (Észtország, Olaszország, Litvánia, Málta). A két anyag közül az mCPP-t az EMCDDA és az Europol aktívan figyelte, a BZP-ről pedig 2007-ben készítették kockázatértékelést. Az ugyanebben az időszakban ellenőrzés alá vont anyagok közé tartozott még a hallucinogén DOC (2,5-dimetoxi-4-klóramfetamin), DOI (2,5-dimetoxi-4-jódamfetamin) és a brómszitaikötő (bromo-benzodifuranyl-izopropilamin) Dániában és Svédországban, valamint a ketamin Észtországban.

Különböző, pszichoaktív tulajdonságokkal rendelkező növényeket is ellenőrzés alá vontak. Ennek érdekében Belgium átalakította a pszichotróp anyagokról szóló jogszabályt azért, hogy létrehozzanak egy külön kategóriát az ellenőrzés alá vont növények vagy növényi részek felsorolására, a korábbi változat helyett, amelyben csak a pszichoaktív összetevőiket sorolták fel. A listára felvett növények között szerepelt a khat (Catha edulis) és a Salvia divinorum. A khatot Európában immár 11 országban ellenőrzik (az Egyesült Királyságban egy 2005-ös kockázatértékelés az ellenőrzéssel szemben foglalt állást). 2006-ban Svédország a Salvia divinorum (látnokszálya, jósmenta) fő hatóanyagát, a Salvinorin A-t is felvette a listára, majd a növényt 2008-ban Németország is ellenőrzés alá vonta. Ugyanebben az időszakban Franciaországban a Tabernanthe iboga került fel az ellenőrzött anyagok listájára, miután Belgiumban, Dániában és Svédországban a hatóanyagot, az ibogaint jogi ellenőrzés alá vonták. Végezetül, a hallucinogén gombákkal összefüggő halálesetekre reagálva Írország és Hollandia egyaránt fellépett a korábbi joghézagok megszüntetése érdekében, amelyek lehetővé tették a pszilocintartalmú friss gombák árusítását és birtoklását; Írországban a törvény 2006. januárban lépett hatályba, Hollandiában pedig a jelentés megírásával egy időben zajlik a parlamenti folyamat.

A bővebb tájékoztatás érdekében az EU és Norvégia területén ellenőrzött anyagok listáját a kábítószerokról szóló európai jogi adatbázisban (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>) „Az anyagok és a besorolások táblázatában” mutatjuk be.

használt szintetikus kábítószer volt. Ezek között szerepeltek ismert kémiai csoportokból származó anyagok, mint például fenetilaminok, triptaminok és piperazinok, valamint szokatlanabb kémiai összetétellel rendelkező anyagok. A csoportban egyenlő arányban voltak jelen a kifejezett hallucinogén hatásokkal rendelkező anyagok és az elsősorban serkentő tulajdonságokat mutató anyagok.

2007-ben először az információcsere mechanizmusán keresztül három, természetben előforduló anyagról is jelentést tettek; ezek közé tartozott a Salvia divinorum, egy erős pszichoaktív tulajdonságokkal rendelkező növény ⁽¹⁶⁰⁾.

Az internet – a pszichoaktív anyagok új piaca

Az internet az online fórumok és csevegő szobák, valamint az ellenőrzött anyagok pszichoaktív alternatíváit árusító online üzletek honlapjai révén ablakot nyit a kábítószer-használók világába. Az elérhető információk révén betekintést kaphatunk a kábítószer online piacának különböző aspektusaiba, például az online üzletek munkamódszereibe, a felhasználói igényekre való reagálásukba és a fiatalok körében hódító új trendekbe. Az EMCDDA 2008 elején 25 online üzlet felmérésével körképet készített, hogy azonosítsa az online kábítószerpiac aktuális fejleményeit. A vizsgálat eredményeit az alábbiakban közöljük.

Online üzletek

Az ellenőrzött kábítószer, mint például az LSD, az ecstasy, a kannabisz és az opioidok pszichoaktív alternatíváit árusító online üzletekről egyre nagyobb számban érkeznek jelentések. Miközben az online üzletek által kínált anyagokra sokszor mint „legális” vagy „növényi” hangulatjavítókra hivatkoznak, néhány európai országban ezek a kábítószer az ellenőrzött

Internetes vizsgálati módszertan

A kábítószerokról szóló körkép érdekében 2008. januárban soknyelvű kulcsszavas, a Google keresőprogram segítségével internetes keresésekre került sor (<http://www.google.com>). Összesen 68, az EU-ban székhellyel rendelkező online üzletről állapították meg, hogy a „legális hangulatjavítók” különféle típusait árulják. Ezek származási ország szerint rétegződtek. A származási ország azonosítására a domainnévben található uniós országkódokat (pl. ES, FR, DE) vagy az uniós székhely más jeleit használták (pl. kapcsolattartási cím). Az üzletek több mint fele (52%) az Egyesült Királyságban, 37%-a Hollandiában, 6%-a Németországban, 4%-a Ausztriában és 1%-a más országokban (pl. Írország, Lengyelország) volt. Egy 25 online üzletből álló, véletlenszerűen kiválasztott mintán részletes elemzést végeztek. A mintavételi hányadok mindegyik rétegben (származási ország) arányosak voltak az online üzletek teljes mintájában vett hányadokkal. A kizárólag kereskedőket célzó (fogyasztóknak nem) értékesítő online üzleteket úgy, mint a hallucinogén gombákat árusító üzleteket kizárták a mintából.

⁽¹⁶⁰⁾ Lásd „Az újonnan ellenőrzés alá vont anyagok”.

kábítószerekkel megegyező törvények alá tartoznak, és ugyanolyan büntetésekkel sújthatók.

A körkép elkészítésekor az Európai Unión belül azonosított online üzletek többségének székhelye az Egyesült Királyságban és Hollandiában, kisebb részüknek Németországban és Ausztriában van. Az online üzletek gyakran bizonyos, kábítószerrel összefüggő termékekre szakosodnak, némelyik főként kábítószerekhez használt kellékeket árúsít, mások hallucinogén gombákra vagy „partitablettákra” specializálódnak, de egy részük növényi, félszintetikus és szintetikus anyagok széles skáláját kínálja.

Az európai székhelyű online üzletek több mint 200 pszichoaktív anyagot reklámoznak. A leggyakrabban felbukkanó „legális hangulatjavítók” a *Salvia divinorum*, a kratom (*Myragina speciosa*), a hawaii törperózsa (*Argyrea nervosa*), a hallucinogén gombák (EMCDDA, 2006) és a különféle „partitabletták” voltak.

Az európai székhelyű online üzletek több mint 200 pszichoaktív anyagot reklámoznak. A leggyakrabban felbukkanó „legális hangulatjavítók” a *Salvia divinorum*, a kratom (*Myragina speciosa*), a hawaii törperózsa (*Argyrea nervosa*), a hallucinogén gombák (EMCDDA, 2006) és a különféle „partitabletták” voltak.

Az eladásra kínált anyagokat azzal hirdetik, hogy az ellenőrzött kábítószerekhez hasonló hatásuk van. A *Salvia divinorum*ot és a hawaii törperózst a ritkábban hirdetett hajnalkával (*Ipomoea violacea*) együtt úgy mutatják be, hogy az LSD-hez hasonló hallucinogén hatásokat idéz elő. A kratomot gyakran az opioidok helyettesítésére ajánlják, a kannabisz alternatíváiként különféle készítményeket kínálnak, a „partitablettákat” pedig az MDMA alternatíváiként árulják. A kínálatban szereplő „partitabletták” növényi alapanyagokat, félszintetikus vagy szintetikus anyagokat tartalmazhatnak. A szintetikus „partitabletták” fő összetevője gyakran a benzilpiperazin (BZP), bár úgy tűnik, hogy az online üzletek helyettesítő anyagokkal is felkészültek azokra az időkre, amikor a BZP ellenőrző intézkedések hatálya alá fog tartozni az EU-tagállamokban. A kínálatban szereplő termékeket az egy adaggal egyenértékű mennyiségben 1–11 EUR közötti áron hirdetik.

A GHB és prekursora, a GBL: nyomon követés

A gamma-hidroxi-vajsav (GHB) Európában 2000 óta áll felügyelet alatt, amikor az új szintetikus kábítószerekről szóló 1997-es együttes fellépés keretében elvégezték az anyag kockázatotértékelését (EMCDDA, 2002). A GHB 2001. márciusi felvétele az ENSZ pszichotróp anyagokról szóló 1971. évi egyezményének IV. jegyzékébe arra kötelezte az EU valamennyi tagállamát, hogy pszichotróp

anyagokról szóló nemzeti jogszabályaik szerint ellenőrzés alá vonják a kábítószert. Az új ellenőrzések pedig hamar korlátok közé szorították a GHB korábban nyílt árusítását.

A GHB természetesen is előfordul az emberi szervezetben, de gyógyszerként és rekreációs kábítószerként is használják. A GHB nem orvosi felhasználása Európa, az USA és Ausztrália egyes részein az 1990-es években bukkant fel az éjszakai életben, és rekreációs színtereken, különösen olyan éjszakai klubokban, ahol számos más kábítószer használata is általános volt. A használatával járó egészségügyi kockázatok hamarosan aggályosnak bizonyultak. Különösen aggasztónak találták azt a lehetőséget, hogy a GHB-t titokban italokba keverik (ismertebb nevén az italokat „megspékelik”) a szexuális zaklatás megkönnyítése érdekében. Egyelőre azonban nem áll rendelkezésre igazságügyi szakértői bizonyíték, és megállapítása is nehéz, mivel a GHB csak rövid ideig mutatható ki a testnedvekben. Mindazonáltal a GHB összekapcsolódása a kábítószerrel elősegített szexuális zaklatással hozzájárulhatott ahhoz, hogy a szerről viszonylag „negatív kép” alakuljon ki (EMCDDA, 2008c).

GBL

A GHB prekursora, a gamma-butirolakton (GBL) fogyasztásáról érkező jelentések is aggályokat vetnek fel, ez az anyag ugyanis nem szerepel a kábítószerek ellenőrzéséről szóló ENSZ-egyezmények jegyzékeiben. A GBL a szervezetben gyorsan GHB-vé alakul, azonban jelenleg nem áll rendelkezésre olyan toxikológiai teszt, amellyel el lehetne dönteni, hogy a két anyag közül melyiket fogyasztották.

A GHB könnyen előállítható az ipar számos ágazatában (vegyipar, műanyagipar, gyógyszeripar) általánosan és legálisan használt GBL-ből és 1,4-butanediolból (1,4-BD), ezért a kereskedelmi forgalomban könnyen beszerezhető. A GBL kereskedelmi elérhetősége lehetőséget ad arra, hogy a kábítószer-kereskedők és a fogyasztók az Európai Unió kábítószerpiacán a megszokottnál jóval alacsonyabb áron és kisebb kockázattal jussanak hozzá ehhez a szerhez. Az interneten vásárolt ömlesztett GBL 1 grammos adagja például átlagosan 0,09 és 2 EUR közötti áron kapható.

Egészségügyi kockázatok

A GHB és a GBL egyaránt meredek adag-válasz görbével rendelkezik, hirtelen jelentkező tünetekkel, ami nagymértékben fokozza a tiltott használattal járó veszélyeket. A GHB-mérgezés bejelentett eseteinek többségében a fő mellékhatások az émelygés, a hányás és a tudatosság csökkenésének különböző fokozatai

voltak. Más kábítószeres gyakori jelenléte azonban bonyolultabbá teheti a tünetek klinikai megjelenését. Egy 72 GHB-használóról készült holland tanulmány arról számolt be, hogy a többség a GHB használata alatt legalább egyszer eszméletét veszítette, és néhányukkal ez rendszeresen megtörtént (Korf és mások, 2002). A GHB- és GBL-használókról az Egyesült Királyságban készített felmérés szerint a mellékhatások gyakrabban fordultak elő a klubokban, mint az otthoni fogyasztásnál (Sumnall és mások, 2008). Londonban és Barcelonában a GHB-mérgezéses esetek leírásában megállapították, hogy jellemzően fiatal férfi páciensekkel történnek, túlnyomórészt hétvégeken, általában az alkohol vagy tiltott kábítószeres egyidejű fogyasztása mellett (Miro és mások, 2002; Wood és mások, 2008).

A tudományos szakirodalomban és az EMCDDA-hoz érkező jelentésekben a GHB-hez köthető mérgezésekről és vészhelyzetekről az 1990-es évek vége óta esik szó, bár nem rendszeresen; Belgiumból, Dániából, Spanyolországból, Luxemburgból, Hollandiából, Finnországból, Svédországból, az Egyesült Királyságból és Norvégiából jelentettek ilyen eseteket. Ugyan a GHB-hez csak az összes, kórházi vagy sürgősségi ellátást igénylő kábítószer-mérgezéses eset nagyon kis része köthető, 2000 óta a számok mintha emelkedtek volna. Amszterdamban 2005-ben a kórházba szállítást igénylő sürgősségi segélyhívások között a GHB/GBL-hez kötődők aránya magasabb volt, mint a más kábítószerekkel összefüggő eseteké.

Az Egyesült Királyságban egy londoni kórházi sürgősségi osztály – amelynek szolgáltatási körzetébe jellemzően, de nem kizárólagosan a meleg klubéletnek is teret adó helyi klubhelyszínek is beletartoznak – 2006-ban összesen 158 GHB-s és GBL-es esetet vett fel. Bár a páciensek többsége GHB fogyasztásáról nyilatkozott, az ugyanezen időszakban, ebben a szolgáltatási körzetben található éjszakai klubokból gyűjtött minták elemzése azt állapította

meg, hogy a minták több mint fele GBL-t tartalmazott, nem GHB-t. Ez azt jelzi, hogy a GBL használata gyakoribb lehet annál, ahogyan azt korábban gondolták (Wood és mások, 2008).

A szervezetből való gyors kiürülése miatt a GHB/GBL nehezen azonosítható a mérgezés vagy a halál okaként. Ráadásul nem áll rendelkezésre egy pontos, összehasonlító rendszer, amely rögzítené a GHB és prekursorainak használatával összefüggő halálesetek és nem halálos kimenetelű sürgősségi esetek számát.

Válaszok

Néhány tagállam (Olaszország, Lettország, Svédország) úgy döntött, hogy a kábítószeres ellenőrzéséről szóló vagy ezekkel egyenértékű jogszabályok keretében ellenőrzés alá vonja a GBL-t (vagy a GBL-t és a másik prekuzort, az 1,4-BD-t), az Egyesült Királyságban pedig tárgyalások folynak az esetleges további ellenőrzésekről. A prekursorok ellenőrzéséről szóló közösségi jogszabálynak megfelelően a GBL és az 1,4-BD szerepel azon nem ellenőrzött anyagok jegyzékében, amelyekre valamennyi tagállamban önkéntes nyomon követési intézkedések vannak hatályban, hogy megelőzzék a legális ipari felhasználásoktól való eltérítésüket.

A GHB/GBL használatára reagáló prevenciós és ártalomcsökkentő beavatkozásokat rendszerint az éjszakai élet helyszíneit megcélzó országos és közösségi kábítószerügyi projektek keretében biztosítják. Ezek a beavatkozások általában a klubok személyzetének képzéséből és a GHB és más kábítószeres használatával járó kockázatokról szóló ismeretterjesztésből állnak. Az ilyen beavatkozásokra gyakran más, a „partidrogokkal” és az alkohol és a kábítószeres együttes használatával foglalkozó beavatkozások keretében kerül sor (EMCDDA, 2008e).



Hivatkozások

- 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.
- Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R. és mások (2005), „Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain”, *Addiction* 100, 981–9. o.
- Cameron, L. és Williams, J. (2001), „Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?”, *Economic Record* 77, 19–34. o.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Kábítószerügyi Bizottság, az ENSZ Gazdasági és Szociális Tanácsa, Bécs.
- Coggans, N. (2006), „Drug education and prevention: has progress been made?”, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, 417–22. o.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S. és mások (2007), „Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation”, *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A.L. és Sorensen, J.L. (2001), „Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment”, *Drug and Alcohol Dependence* 62, 91–5. o.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. és Van Laar, M. (2008), „Estimating the total mortality among problem drug users”, *Substance use and misuse* 43., 733–47. o.
- Currie, C. és mások (szerk.) (2008), „Inequalities in young people’s health: international report from the HBSC 2005/06 survey”, WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents 5. szám, a WHO Európai Regionális Irodája, Koppenhága.
- Daly, M. (2007), „Plant warfare”, *Druglink* 22(2), március–április.
- Darke, S. és Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods”, *Addiction* 97, 1383–94. o.
- Darke, S., Degenhardt, L. és Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. és mások (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdTTE study, a national multi-site prospective cohort study”, *Addiction* 102, 1954–9. o.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A. és mások (2006), „Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro”, *Revista Española de Salud Pública* 80, 505–20. o.
- DeFuentes-Merillas, L. és De Jong, C.A.J. (2008), „Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie”, NISPA, Nijmegen.
- Denton, J.S., Donoghue, E.R., McReynolds, J. és Kalelkar, M.B. (2008), „An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007”, *Journal of Forensic Science* 53, 452–4. o.
- Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M. és mások (2003), „A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system”, *Drug and Alcohol Dependence* 72, 59–65. o.
- Donoghoe, M.C., Bollerup, A.R., Lazarus, J.V., Nielsen, S. és Matic, S. (2007), „Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2004”, *International Journal of Drug Policy* 18, 271–80. o.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ, Stockholm.
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2006), *Éves jelentés, 2006: kábítószer-probléma Európában*, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2007a), *Éves jelentés, 2007: kábítószer-probléma Európában*, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2007b), *A kábítószerek és a bűnözés – összetett kapcsolat*, Célpontban a kábítószer, 16. szám, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2008a), *Szöveggyűjtemény a kannabiszról: globális kérdések, helyi tapasztalatok*, 8. monográfia, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.

- EMCDDA (2008b), *Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach*, Insights, 9. szám, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2008c), *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfsa>).
- EMCDDA (2008d), *Az európai költségvetési kiadások jobb megértése felé: az EMCDDA 2008-as kiválasztott témája*, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issue/public-expenditure>).
- EMCDDA (2008e), *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/ghb>).
- EMCDDA (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- Európai Bizottság (2007a), „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.
- Európai Bizottság (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Project SYN2007076, Hága.
- Europol (2007b), 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 drug users newly released from prison or treatment”, *Addiction* 103, 251–5. o.
- Farrelly, M.C., Bray, J.W., Zarkin, G.A. és Wendling, B.W. (2001), „The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse”, *Journal of Health Economics* 20, 51–68. o.
- Gorman, D.M., Conde, E. és Huber, J.C. (2007), „The creation of evidence in „evidence-based” drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation”, *Drug and Alcohol Review* 26, 585–93. o.
- Gossop, M., Manning, V. és Ridge, G. (2006), „Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder”, *Addiction* 101, 1292–8. o.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., és Treacy, S. (2002), Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK), *Addictive Behaviors* 27, 155–66. o.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. és Klempova, D. (2008), „Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe”, *Drug and Alcohol Review* 27, 236–42. o.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B. és mások (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G. és Anderson, J. (2003), „Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, 125–34. o.
- INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, Egyesült Nemzetek Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szerve, New York.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, 2007, Egyesült Nemzetek Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szerve, New York.
- Jansen, A.C.M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, a kábítószer-kereskedelemről és bűnüldözésről szóló 2. európai konferencián elhangzott előadás, Párizs, 2002. szeptember 26/27. (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. és Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (elérhető: <http://www.archido.de/>).
- Korf, D., Nabben, T. és Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J. és Patton, G.C. (2006), „Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies”, *Addiction* 101, 948–58. o.
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, Home Office (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C. és Davoli, M. (2008), „Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.

- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. és Davoli, M. (2004), „Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. és Sanchez, M. (2002), „Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate”, *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, 129–35. o.
- Morgan, O., Griffiths, C. és Hickman, M. (2006), „Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993–2004”, *International Journal of Epidemiology* 35, 1579–85. o.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. és LaRowe, S. (2004), „Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues”, *Annals of Clinical Psychiatry* 16, 101–9. o.
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for 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.
- Ødegard, E., Amundsen, E.J. és Kielland, K.B. (2007), „Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach”, *Drug and Alcohol Dependence* 89, 176–82. o.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikola, A. és Vuori, E. (megjelenés előtt), „An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia”, *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G. és mások (2007), „A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose”, *Research briefing* 24, National Treatment Agency for Substance Misuse, London.
- 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.
- Petrie, J., Bunn, F. és Byrne, G. (2007), „Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review”, *Health Education Research* 22, 177–91. 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.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P. és mások (2000), „Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention”, *Journal of Psychoactive Drugs* 32, 233–8. o.
- Reitox országjelentések (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- Samhsa (2005), *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., Klempova, D. és Wiessing, L. (2008), „Guidelines for estimating the incidence of problem drug use”, Final report CT.06.EPI.150.1.0, EMCDDA, Lisszabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. és mások (megjelenés előtt), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe”, Final report WP 1 of project SANCO/2006/C4/02 on „Drug policy and harm reduction” for the European Commission.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R. és Carballo, J.L. (2008), „Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, 202–7. o.
- Stallwitz, A. és Stöver, H. (2007), „The impact of substitution treatment in prisons: a literature review”, *International Journal of Drug Policy* 18, 464–74. o.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S., és mások (2008), Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB), *Drug and Alcohol Dependence* 92, 286–90. o.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. és Gill, O.N. (2006), „Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison”, *BMC Public Health* 6, 170. 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.
- Szendrei, K. (1997/1998), „Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality”, *Bulletin on Narcotics* XLIX és L, 1. és 2. szám
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C. és mások (2007), „Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use”, *Lancet* 369, 1391–401. o.
- UNODC (2007a), 2007 World drug report, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs (elérhető: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- UNODC (2008), 2008 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.

USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, Vol. I, US Department of State, Washington, DC.

Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. és Prins, M. (2007), „Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users”, *Addiction* 102, 1454–62. o.

WCO (2007), *Customs and drugs report 2006*, Vámügyi Világszervezet, Brüsszel.

Werch, C.E. és Owen, D.M. (2002), „Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs”, *Journal of Studies on Alcohol* 63, 581–90. o.

Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T. és mások (2008), „Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)”, *Quarterly Journal of Medicine* 101, 23–9. o.

Zador, D., Mayet, S. és Strang, J. (2006), „Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK”, *International Journal of Epidemiology* 35, 1586–7. o.

Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H. és Lochman, J.E. (2007), „Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, 33–9. o.

Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja

Éves jelentés, 2008: Kábítószer-probléma Európában

Luxembourg: Az Európai Községek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, 2008

2008 – 105 o. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-329-1

Hogyan juthat hozzá az EU hivatalos kiadványaihoz?

A Kiadóhivatal gondozásában megjelent kiadványok megvásárolhatók

az EU-Könyvesboltban (EU Bookshop), azaz megrendelhetők

a <http://bookshop.europa.eu/> címen, megjelölve az Ön által kiválasztott értékesítési pontot.

A (352) 29 29-42758-as számra küldött faxban kérheti a nemzetközi értékesítési hálózathoz tartozó boltok listáját.

Az EMCDDA-ról

A Kábítószer és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) egyike az Európai Unió decentralizált hivatalainak. 1993-ban alapították, Lisszabonban található, és a kábítószerekkel és kábítószer-függőséggel kapcsolatos átfogó információk központi forrása Európában.

Az EMCDDA tényszerű, objektív, megbízható és összehasonlítható információt gyűjt, elemez és terjeszt a kábítószerekről és a kábítószer-függőségről. Ennek során az európai szintű kábítószer-jelenség bizonyítékalapú képét vázolja fel a célközönségnek.

A Központ kiadványai elsődleges információforrást jelentenek széles célközönség számára, beleértve a szakpolitika-formálókát és tanácsadókat, szakembereket és a kábítószeres területen dolgozó kutatókat, valamint – tágabb értelemben – a médiát és az általános nyilvánosságot.

Az éves jelentés az EMCDDA éves áttekintését tartalmazza az Európai Unióban tapasztalható kábítószer-jelenséggel kapcsolatosan, egyben nélkülözhetetlen referencia azoknak, akik a kábítószerekkel kapcsolatos legfrissebb európai eredmények iránt érdeklődnek.



Kiadóhivatal
Publications.europa.eu

ISBN 978-92-9168-329-1



9 789291 683291