



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

ISSN 1830-0766

JELLENZŐ ÉVTEJENES 2006

A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA EURÓPÁBAN



Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

JELZŐ ÉVETEK SSE 2002 A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA EURÓPÁBAN

Jogi megjegyzés

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

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

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

A szolgáltatás ingyenesen hívható telefonszáma (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Luxembourg: Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, 2006

ISBN 92-9168-256-X

© Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, 2006

Sokszorosítás a forrás feltüntetésével engedélyezett.

Printed in Belgium

FEHÉR, KLÓRMENTES PAPIRRA NYOMTATVA



**Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja**

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

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

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

Tartalom

Előszó	5
Köszönetnyilvánítás	7
Bevezető megjegyzés	9
Kommentár – a kábítószer-probléma Európában	11
1. fejezet	
Politikák és törvények	17
2. fejezet	
Európai válaszok a kábítószer-problémákra – áttekintés	27
3. fejezet	
Kannabisz	37
4. fejezet	
Amfetaminok, ecstasy és más pszichotróp kábítószer	47
5. fejezet	
Kokain és krekk-kokain	58
6. fejezet	
Opiáthasználat és injekciós kábítószer-használat	66
7. fejezet	
A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek és a kábítószerrel összefüggő halálesetek	75
8. fejezet	
A problémás és a polidrogfogyasztás megfigyelésének javítása	89
Hivatkozások	95



Előszó

Ez a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) 11. éves jelentése, amely idén 23 európai nyelven olvasható. A Központ évek során kiadott jelentéseinek olvastán szembeötlő, hogy a jelenleg rendelkezésre álló információk a részleteket tekintve mennyivel gazdagabbak a korábbiaknál. Ez a tiltott kábítószeres európai használatát és a kábítószer-problémára adott európai válasz módját jellemző helyzet nagyobb összetettségét tükrözi.

Az elemzésünk alátámasztására szolgáló, elérhető információk mennyisége jelentősen megnövekedett. Az idei jelentés alapját a 25 tagországból és Norvégiából, illetve – rendelkezésre állásuk esetén – Bulgáriából, Romániából és Törökországból származó adatok alkotják. Nem csupán az információt közlő országok száma nőtt, hanem az egyes országokból rendelkezésre álló, összehasonlítható információ mennyisége is tovább gyarapodott. Ez az információ a korábbiaknál összehasonlíthatatlanul részletesebb képet nyújt számunkra az európai kábítószerhelyzetről és annak dinamikájáról. Az EMCDDA feladata, hogy vizsgálat tárgyává tegye ezt az összetett helyzetet, összegezze – ahol lehetősége nyílik rá – a közös tapasztalatokat, illetve megjegyzéseket fűzzön a különbségekhez. Az adatgyűjtésben való részvételük és a Megfigyelőközpont munkájához való hozzájárulásuk során tagállamaink megértették, hogy szomszédaik mai problémái holnap saját problémáikká válhatnak. Ez a tudatosság tetten érhető az Európai Unió új kábítószer-stratégiájában és az azt kísérő cselekvési tervekben, melyeket alátámaszt az információ gyűjtésének és megosztásának fontosságáról kialakult egyetértés, a helyes gyakorlatok azonosításának és terjesztésének igénye, továbbá az együttműködés és összehangolt fellépés értéke a közös fenyegetéssel szemben, melyet a kábítószeres jelentenek állampolgáraink egészségére, jólétére és biztonságára.

A rendelkezésre álló információkon gondolkozva nem feledhetjük, hogy továbbra is szükség van az éberség fenntartására, és észre kell vennünk a meglepédegettséggel járó veszélyeket is. Ez a jelentés figyelmeztető jelzésekkel szolgál a kábítószerrel összefüggő HIV-fertőzésekkel és kábítószerrel összefüggő halálesetekkel kapcsolatban. Európa egészségét tekintve azonban hatalmas erőfeszítések

történtek az ilyen típusú problémák kezelésére, és kézzelfogható eredmények születtek. Ez nehéz döntések terhét róta az európai politikaformálókra, akik a rendelkezésre álló bizonyítékok alapos tanulmányozása után a legtöbb esetben meg is hozták ezeket a döntéseket. Az ilyen szakpolitikai perspektíva elismerést érdemel. A kábítószer-problémáról szóló globális vita nincs híján a kiegyensúlyozott és bizonyítékokon alapuló szemlélet igényével kapcsolatos retorikai fordulatoknak. Európában, talán még inkább mint máshol, ez a retorika valósággá vált. Annak ellenére, hogy a kábítószer-problémák részletei és a fellépésre vonatkozó prioritások tagállamonként változnak, egyetértés uralkodik a kábítószer-kínálat csökkentését célzó információmegosztás és együttműködés fontosságával kapcsolatban, továbbá arra vonatkozóan, hogy a kínálat csökkentésére irányuló intézkedéseket a kereslet csökkentésére vonatkozó intézkedésekkel kell kiegészíteni. Egyre szélesebb körű konszenzus van kialakulóban abban a tekintetben is, hogy az állampolgáraink érdekeit leginkább szolgáló programok és cselekvések meghatározása során a nehéz döntéseket bizonyítékok alapján kell meghozni. Ez az európai szemléletmód nem csupán az új európai kábítószer-stratégiában mutatkozik meg, hanem a tagállamaink által elfogadott nemzeti kábítószer-stratégiákban is, az erőteljesebb és egységesebb hangütésben, ami Európát egyre inkább jellemzi ezzel a témával kapcsolatban, továbbá az EMCDDA tevékenységét tekintve abban a törekvésünkben, hogy az európai kábítószer-jelenségre vonatkozó, rendelkezésre álló információk objektív és tudományosan megalapozott elemzésével – feladatunknak megfelelően – elősegítsük az információkon alapuló politikaformálást.

A kábítószer-használat összetett témakör, amely nem kecsgetet egyszerű következtetésekkel. Egy következtetés azonban egyértelműen levonható az európai tapasztalatokból – megtanultuk, hogy a közös munka nemcsak hogy járható út, de egyben nélkülözhetetlen is, ha hatékony választ akarunk adni a tiltott kábítószeres használata által teremtett kihívásokra.

Marcel Reimen

az EMCDDA Igazgatási Tanácsának elnöke

Wolfgang Götz

az EMCDDA ügyvezető igazgatója



Köszönetnyilvánítás

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

- a Reitox nemzeti fókuszpontok vezetői és munkatársai;
- a jelentéshez szükséges nyers adatokat összegyűjtő szolgálatok minden tagállamban;
- az EMCDDA Igazgatási Tanácsának és Tudományos Bizottságának tagjai;
- az Európai Parlament, az Európai Unió Tanácsa – különösen a kábítószerrel foglalkozó horizontális munkacsoport – és az Európai Bizottság;
- az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) és az Europol;
- az Európa Tanács Pampidou-csoportja, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, a WHO Európai Regionális Irodája, az Interpol, a Vámügyi Világszervezet, a Svéd Alkohol- és Kábítószerügyi Információs Tanács (CAN) és az AIDS Járványtanát Monitorizáló Európai Központ;
- az Európai Unió Testületeinek Fordítóközpontja és az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala;
- Prepress Projects Ltd.

A Reitox nemzeti fókuszpontok

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

A nemzeti fókuszpontok elérhetősége az alábbi helyen található:

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



Bevezető megjegyzés

Ez az éves jelentés az Európai Unió tagállamai, a tagjelölt országok és Norvégia (amely 2001 óta vesz részt az EMCDDA munkájában) részéről az EMCDDA számára országjelentés formájában rendelkezésre bocsátott információkon alapul. Az itt közzétett statisztikai adatok a 2004. évre (illetve az utolsó rendelkezésre álló évre) vonatkoznak. A jelentésben szereplő ábrák és táblázatok olykor csak az EU-országok egy alcsoportjára vonatkoznak; a kiválasztás ilyen esetben a tárgyalt időszakra vonatkozó adatok elérhetősége alapján történik.

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

A 2006. évi statisztikai közlöny (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) tartalmazza a jelentésben található statisztikai elemzések alapjául szolgáló forrástáblázatok teljes sorozatát. Mindezt a használt módszerek leírása és több mint 100 statisztikai ábra egészíti ki.

Az országprofilok (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) magas színvonalú, grafikus áttekintést adnak az egyes országok kábítószerhelyzetének legfontosabb jellemzőiről.

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

- Európai kábítószer-politikák: a tiltott kábítószereken túlmutató kiterjesztés?
- a kábítószer-használat és a kábítószer-problémákra adott válaszok nemek szerinti áttekintésben; és
- fejlemények a rekreációs körülmények között történő kábítószer-használat terén.

A választott témakörök kizárólag angol nyelven, nyomtatott és elektronikus (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) formában érhetőek el.

A Reitox fókuszpontok országjelentései részletes leírást és elemzést adnak az egyes országok kábítószerhelyzetéről; ezek az EMCDDA honlapján érhetőek el (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=435>).



Kommentár – a kábítószer-probléma Európában

A koordináció és együttműködés új európai kerete

Bár a nemzeti kábítószer-politika meghatározása továbbra is az európai tagállamok előjogának számít, az európai szintű együttműködésből fakadó előnyökről mégis egyértelmű megállapodás született. Ez jól megfigyelhető a közelmúlt koordinációt és együttműködést elősegítő fejleményeiben. Ezek közé tartozik két, prekurzorokról szóló új EK-rendelet és egy új, kábítószerokról szóló tanácsi rendelet hatálybalépése 2005-ben. Ezenkívül a kábítószer-kereskedelem elleni intézkedéseket tovább erősítik a pénzmosással és a vagyonelkobzással kapcsolatos új jogi eszközök. A kábítószer-területén bekövetkezett legfontosabb fejlemény az európai együttműködés alakítása és a jövőbeli fellépések szempontjából azonban az EU új, 2005–2012-es kábítószer-stratégiájának és az ehhez kapcsolódó két cselekvési tervnek a létrejötte. Az elsőben mintegy 100, EU-s tagállamokra lebontott, konkrét fellépés terve szerepel, amelyet 2008-ig kell megvalósítani. A stratégia részét képezi továbbá egy folyamatos értékelési program, amelyhez mindkét cselekvési terv végén éves előrehaladási jelentések és hatásvizsgálatok kapcsolódnak.

A stratégia a kábítószer-probléma kezelési módjáról született, európai konszenzus megtestesülésének tekinthető. Konkrét kötelezettséget vállaltak, hogy alkalmazzák a kínálati és keresleti intézkedéseket tartalmazó kiegyensúlyozott megközelítést, elfogadják a bizonyított hatékonyságon alapuló intézkedések szükségességét, és rendszeresen értékeli az előrehaladás mértékét. Az EU tagállamai között továbbra is jelentős szakpolitikai különbségek figyelhetők meg, amelyek gyakran az eltérő nemzeti kábítószer-helyzetet tükrözik, és mások a válaszadási rendszerek is. Az új drogstratégia szerint azonban a kábítószer-ről szóló európai szakpolitikai vitát egyre jobban meghatározza a tevékenységek közös keretéről létrejövő megállapodás. Például, ugyan szinte minden keresletsökkentési stratégia tartalmaz megelőzési, kezelési és ártalomcsökkentési elemeket, de ezek jelentősége tagállamonként eltérő. Bár egyes szakpolitikai kérdések továbbra is nagy vitákat váltanak ki, általánosságban elmondható, hogy átfogó megállapodás született a kábítószer-problémára adott európai válasz alapjait illetően.

A kábítószer-használatot egyre gyakrabban különböztetik meg a kábítószerrel való ellátástól

Az ideai adatok is alátámasztják azt a tendenciát, hogy a kábítószer-ről szóló nemzeti törvények módosításai során egyre nagyobb hangsúlyt helyeztek a személyes használat céljából történő kábítószer-birtoklás és a kereskedelmet, illetve ellátást szolgáló kábítószer-birtoklás

bűncselekményeinek megkülönböztetésére. Általánosságban elmondható, hogy az utóbbi esetében egyre szigorúbb a büntetés, míg az előbbinél már jóval ritkábban fordul elő a szabadságvesztéssel járó büntetés. Ez összhangban van azzal az általános európai tendenciával, hogy egyre több lehetőséget biztosítanak a kábítószerfüggők kezelésére, és nagyobb hangsúlyt kapnak azok a fellépések, amelyek segítségével a kábítószer-problémával küzdőket a büntetőjogi rendszer helyett a kezelés és a rehabilitáció felé irányítják. Azokban az országokban, ahol jogi szempontból különbséget tesznek a használat és a nem ellátás céljából történő kábítószer-birtoklás között, felvetődik a kérdés, hogy rendelkezni kell-e a személyes használatot szolgáló kábítószer megengedett mennyiségéről. Ezzel kapcsolatban még nem született konszenzus, és így Európa-szerte különböző megközelítéseket fogadtak el az általános operatív iránymutatásoktól a megengedett határértékek konkrét meghatározásáig.

Heroinhasználat: a téma meghatározó tényezője

A jelentésben foglalt adatok szerint Európa-szerte már nem csupán a heroinhasználat és az injekciós kábítószer-használat számít a kábítószer-probléma központi részének, hanem már idetartozik az egyre jelentősebb polidroghasználat és a stimulánsok szedése is, továbbá az elterjedt kannabiszhasználat egyre szélesebb körű közegészségügyi hatása. Ennek ellenére sok országban továbbra is főként az opiátokat (leginkább heroint) használók jelentkeznek kezelésre. Ez 2004-ben a nyilvántartott kezelésre jelentkezők kb. 60%-át tette ki, és e betegeknek alig több mint a fele (53%) számolt be injekciós kábítószer-használatról.

Az opiátokkal kapcsolatban kezelésre jelentkezők közel 25%-a 35 éves vagy annál idősebb volt, és csupán 7%-uk volt olyan 20 évesnél fiatalabb személy, aki először jelentkezett kezelésre. Ezzel kapcsolatban figyelembe kell venni, hogy a kezelési igényekre vonatkozó adatok a vizsgált évben kezelésre jelentkezők számát tükrözik, és nem tartalmazzák azokat, akik már kezelés alatt álltak. Így a kezelésben részesülő betegek összlétszáma ennél jóval nagyobb. Az elmúlt években Európa-szerte jelentősen megnövekedett a kábítószer helyettesítő kezelések száma, ezért a kezelési rendszerekben egyre több idősedő, heroinproblémával küzdő személy található, aki valószínűleg a következő években is ellátásra szorul majd, így ezek a személyek továbbra is jelentősen lekötik majd az erőforrásokat.

Az Európában használt heroin nagy részét Afganisztánban állítják elő. Továbbra is Európában foglalják le a legtöbb

heroint a világon. A délkelet-európai országokban (különösen Törökországban) annyira megnőtt a lefoglalt mennyiség mértéke, hogy ezen a téren már lehagyták Nyugat- és Közép-Európát. A heroinlefooglalások növekvő száma nem csak a kábítószer-kereskedelemmel szembeni európai szintű koordinált fellépés értékét támasztja alá, de fontos kérdéseket is felvet a megnövekedett heroin-előállítás európai piacokra gyakorolt hatásáról. Bár a szer tisztasága tekintetében nem rajzolódik ki egyértelmű irányvonal, az inflációval korrigált ár 5 év alatt (1999–2004) csökkenő tendenciát mutatott a legtöbb országban. Ugyan a heroin könnyebben beszerezhető és olcsóbb lett Európában, semmi sem bizonyítja, hogy ez befolyásolná a használat szintjét. Az összesített mutatók szerint Európában az új heroinhasználók száma továbbra is csökkenő tendenciát mutat, és a helyzet pedig valószínűleg stabilnak mondható, hiszen az opiátfüggők nagy része helyettesítő kezelésben részesül legalább már néhány országban. A legtöbb országban csökkenőben van a kezelésben először részt vevők között a jelentős opiátproblémával küzdők száma. Viszont pont ezen a területen figyelhetjük meg a járványszerű használat megjelenéseit, ezért nem elégedhetünk meg az eddig elért eredményekkel.

Az ideai jelentésben szereplő aggasztó mutatók szerint a kábítószerrel összefüggő halálesetek száma – amely 2000 óta általában csökkenő tendenciát mutatott – 2004-ben az országok többségében enyhén megnövekedett. Korai lenne azonban még kijelenteni, hogy e csekély változások egy nagyobb elmozdulás előfutárai lennének, de nem szabad elfelejtenünk, hogy a kábítószerrel összefüggő halálesetek a tiltott kábítószerek használatának egyik legsúlyosabb közegészségügyi következménye. Bár a fiatalok körében csökkenőben van a kábítószerrel összefüggő halálesetek aránya, amelyet az új heroinhasználók hanyatló számának látszata kísér, a városokra vonatkozó, kábítószerrel összefüggő halálesetekkel kapcsolatos (túladagolás és egyéb okok) becslések rámutattak, hogy a 15–49 éves felnőttek körében az összes elhalálozás 10–23%-áért az opiáthasználat okolható.

Az injekciós kábítószer-használat mindig együtt jár az ezzel összefüggő egészségügyi problémákkal

Bár sok országban az injekciós kábítószer-használat szinte egyet jelent a heroinhasználattal, vannak azért kivételek, hiszen néhány tagállam jelezte, hogy a stimulánsok injekciós használata – különösen a sok amfetamint használók körében – jelentős méreteket öltött. Ez többé-kevésbé tükrözi a heroinnal kapcsolatos helyzetet. Összességében az adatok arra utalnak, hogy hosszú távon csökkenőben van az injekciós kábítószer-használat, bár számos új tagállamban továbbra is jelentős ennek aránya. Figyelembe kell azonban venni, hogy az injekciós kábítószer-használatról szóló országos és regionális becslések száma nem kielégítő. Ezenkívül egyes régiók injekciós kábítószer-használatról szóló tanulmányai szerint újabban enyhe növekedés

figyelhető meg. Ezt a viselkedésformát a legjobban a heroinfüggők kezelés közbeni megfigyelésével lehet feltérképezni. Közöttük az injekciós kábítószer-használók aránya ugyan néhány országban radikálisan csökkent, máshol nem ez történt. Az injekciós kábítószer-használat csökkenő arányáról számolt be a kezelésben részt vevő heroinfüggők esetében számos régi tagállam: Dánia, Görögország, Spanyolország, Franciaország, Olaszország és az Egyesült Királyság.

Az injekciós kábítószer-használat és az egészségügyi problémák közötti összefüggés jól ismert. Az injekciós kábítószer-használók esetében nagy a kockázata a túladagolásnak, a súlyos fertőzéseknek és más egészségügyi problémák előfordulásának (pl. vérmérgezés és trombózis). A HIV-fertőzés kockázatának megjelenése váltotta ki az európai közegészségügyi reakciót az ilyen kábítószer-használat esetében, és szinte minden országban fellépnek az új fertőzések megakadályozása érdekében. Például, bár korábban ez igen vitatott volt, ma már szinte minden tagállamban biztosítanak tűt és fecskendőt, de országonként jelentős eltérések mutatkoznak a lefedettségben. A legtöbb ország adatai szerint alacsony az injekciós kábítószer-használatnak köszönhető új HIV-fertőzések aránya, és az injekciós kábítószer-használók körében kevesebb mint 5%-ra becsülik a HIV-fertőzöttség arányát. Azonban két dolgot kell figyelembe venni: először is, két nagy ország – Spanyolország és Olaszország – ahol az injekciós kábítószer-használók esetében legmagasabb az AIDS előfordulása, jelenleg nem szolgáltat nemzeti adatokat a HIV-fertőzés eseteiről; másodsorban, jelezték, hogy a HIV-fertőzés továbbra is előfordul egyes injekciós kábítószer-használó csoportok esetében Európában, sőt a tanulmányozott társadalmi csoportok némelyikében növekedés jelei voltak megfigyelhetők.

Sokkal rosszabb a helyzet a hepatitis C vírussal (HCV) való fertőzések esetében, hiszen ezek aránya szinte egységesen magas maradt az injekciós kábítószer-használók körében. A HCV-vel összefüggő egészségügyi problémák kezelése a volt, illetve a jelenlegi injekciós kábítószer-használók körében valószínűleg még jó néhány évig jelentős egészségügyi kiadást jelent. Azon következtetés levonása, hogy az injekciós kábítószer-használat lassan visszaszorulóban van, és Európa jól reagált a HIV-fertőzés terjedésére a 90-es években, magában hordozza annak a veszélyét, hogy a vele kapcsolatos, továbbra is fennálló egészségügyi kockázatokat nem vesszük kellően figyelembe. Az endemikus HCV-fertőzés magas szintje, az injekciós kábítószer-használók körében a fertőzés folyamatos terjedése, egyes csoportokban a növekvő előfordulás megfigyelése, valamint egyes új tagállamokban a nagy kockázatnak kitett injekciós kábítószer-használók csoportjának növekedése mind azt támasztja alá, hogy az injekciós kábítószer-használatot és az ehhez kapcsolódó egészségügyi problémákat jelentős európai közegészségügyi kérdésként kell kezelni, amely a kábítószer-politika kulcsfontosságú területe és további kutatást igényel.

Az európai kábítószer-használat becsült adatainak áttekintése

(Megjegyzés: a felnőtt népességre vonatkozóan ezek a rendelkezésre álló legfrissebb becslések. Az összes adatért és a módszertani megjegyzésekért lásd a csatolt Statisztikai Közlönyt.)

Kannabisz

Életprevalencia: legalább 65 millió vagy 5 európai felnőttből 1
Előző évi használata: 22,5 millió európai felnőtt vagy az életük során használók egyharmada

Használat az előző 30 nap során: 12 millió európai

Az előző évi használata országokénti eltérése:

Teljes sáv: 0,8–11,3%

Tipikus sáv: 2,8–7,5% (15 ország)

Kokain

Életprevalencia: legalább 10 millió vagy az európai felnőtteknek több mint 3%-a

Előző évi használata: 3,5 millió európai felnőtt vagy az életük során használók egyharmada

Fogyasztás az előző 30 nap során: több mint 1,5 millió

Az előző évi használata országokénti eltérése:

Teljes sáv: 0,1–2,7%

Tipikus sáv: 0,3–1,2% (18 ország)

Ecstasy

Életprevalencia: kb. 8,5 millió európai felnőtt

Előző évi használata: 3 millió vagy az életük során használók egyharmada

Fogyasztás az előző 30 nap során: több mint 1 millió

Az előző évi használata országokénti eltérése:

Teljes sáv: 0,0–3,5%

Tipikus sáv: 0,3–1,5% (15 ország)

Amfetaminok

Életprevalencia: majdnem 10 millió vagy az európai felnőttek mintegy 3%-a

Előző évi használata: 2 millió, az életük során használók egyötöde

Fogyasztás az előző 30 nap során: kevesebb mint 1 millió

Az előző évi használata országokénti eltérése:

Teljes sáv: 0,0–1,4%

Tipikus sáv: 0,2–1,1% (16 ország)

Opiátok

Problémás opiáthasználat: a felnőtt (15–64 éves) társadalom 1000 tagjából 1–8 eset

Mintegy 7000, kábítószer okozta akut haláleset, 70%-ukban opiátokat mutattak ki (2003-as adatok)

A kezelésre jelentkezők kb. 60%-ánál a legfőbb kábítószer 2003-ban több mint félmillió opiátfüggő részesült helyettesítő kezelésben

Kokain: a helyzet stabilizálódásának jelei európa második leggyakoribb tiltott kábítószerére esetében

A kokainhasználatra vonatkozó becslések szerint (előző évi prevalencia) a kokain kissé megelőzte az amfetamint és az ecstasyt, és így Európa második leggyakrabban használt tiltott kábítószerévé lépett elő. A jelenlegi helyzetet azonban a használat mértékének stabilizálódása jellemzi egy olyan időszakot követően, amikor e kábítószer használóinak száma jelentősen megnövekedett. A kokainprevalencia Spanyolországban és az Egyesült Királyságban a 90-es évek közepétől a végéig tapasztalt ugrásszerű növekedése stabilizálódni látszott 2000–2001 óta. Máshol nem számoltak be drámai növekedésről, ugyan néhány ország a kokainhasználat enyhe növekedését jelezte. Összességében elmondható, hogy a kokainhelyzet továbbra is rendkívül heterogén Európában, és a jelentős mértékű kokainhasználat néhány, leginkább nyugat-európai országra korlátozódik.

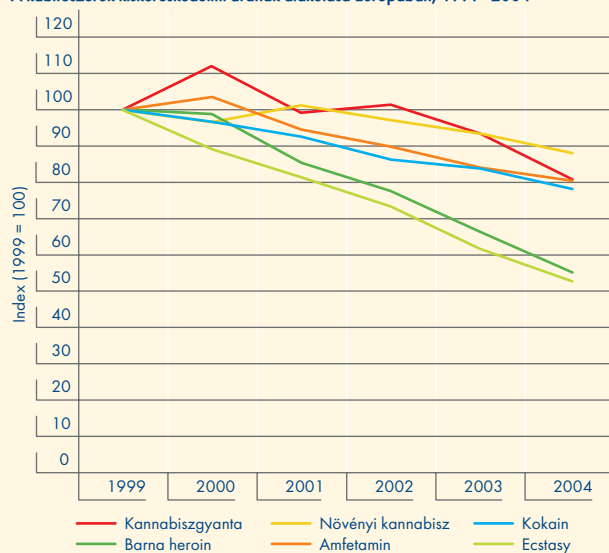
Téves lenne levonni a következtetést, hogy a kokainhasználat stabilizálódása mindenképpen a kábítószerrel összefüggő problémák mértékének stabilizálódásához vezet. Európában a kokainhasználat még soha nem volt ilyen nagy mértékű, és a tanulmányok rámutattak arra, hogy a kábítószerrel összefüggő problémák növekedési mintázata általában néhány éves késéssel követi a prevalencia megnövekedését. Ennek az az oka, hogy eltart egy bizonyos ideig, amíg az intenzív és szabályos kábítószer-használati mintázatok kialakulnak és a problémák megjelennek. Ez a folyamat talán már megkezdődött azokban az európai országokban, ahol a kokainhasználat régebb óta jelen van. Hollandiában és Spanyolországban négy kezelési kérelemből legalább egy kokainnal függ össze, és Európa-szerte a kokainproblémákkal kapcsolatos, új kezelési igények száma közel a duplájára emelkedett 1999 és 2004 között. Bár a krek-kokain továbbra is csak nagyon korlátozottan van jelen Európában, egyes nagyvárosokra vonatkozó beszámolók szerint a helyzet súlyosbodhat.

Az opiátok okozta halálesetek toxikológiai elemzésekor gyakran mutatják ki a kokaint, továbbá a heroínfüggők kezelésénél számos országban elismert probléma az egyidejű kokainhasználat. Bár korlátozott mennyiségű adat áll rendelkezésre, a 2005-ös nemzeti jelentések szerint több mint 400 haláleset hozható ok-okozati összefüggésbe a kokainhasználattal, és a kokainnal összefüggő halálesetek száma növekedni látszik minden magas prevalenciájú országban. Ez az adat szinte biztosan alulbecsüli a valódi helyzetet, illetve a szív- és érrendszeri problémák révén a halálhoz hozzájáruló kokainhasználat hatása még ismeretlen. Az üzenet világos: ha Európa el akarja kerülni a kokainhasználattal kapcsolatos közegészségügyi kiadások növekedését, nem szabad, hogy az összes használat stabilizációja elterelje a figyelmet arról, hogy szükség van a kokainnal kapcsolatos problémák jobb meghatározására és megértésére, és a hatásos megoldások kidolgozására befektetéseket igényel.

Olcsóbb a kábítószer-használat Európában, mint valaha

Ez az első olyan jelentés, amely a tiltott kábítószeres inflációval korrigált utcai ára tekintetében egy öt éves elemzést tartalmaz. Ez lehetővé teszi az ilyen szerek utcai ára időbeli alakulásának pontosabb értékelését. Az utcai árak összegyűjtése és értelmezése egyaránt nehéz. Az árat befolyásolja a vásárolt szer tisztasága, mennyisége és típusa, illetve alakulására olyan földrajzi tényezők is hatást gyakorolnak, mint a nagyvárosi környezet vagy a kábítószer szokásos tranzitútjának közelsége. A kábítószerárak országonként is nagyban eltérnek, és az ellátás folyamatosságának függvényében időben ingadozhatnak. Az ilyen jellegű adattorzulás ellenére a rendelkezésre álló adatok alapján kijelenthető, hogy Európa-szerte szinte minden kábítószer típus esetében csökkent az eladási ár. A legtöbb

A kábítószeres kiskereskedelmi árának alakulása Európában, 1999–2004



országban az volt az uralkodó öt éves tendencia, hogy csökkent a kannabisz, a heroin, az amfetamin, az ecstasy és a kokain utcai ára (lásd a lenti ábrát). Bár az utcai árakról nem nagyon állnak rendelkezésre múltbéli adatok, és ha vannak is ilyenek, azok nehezen értelmezhetők, mégis aggasztó, hogy ez az új tendencia egybevág azzal a feltételezéssel, hogy az árak hosszú távon tovább csökkenhetnek. Egyes magas prevalenciájú országok adatai szerint például a kokain és az ecstasy sokkal drágább volt a 80-as évek végén és a 90-es évek elején, mint manapság.

Megjegyzés: A tendencia a kábítószeres országok utcai áraira vonatkozóan az EU tagállamaiban és Norvégiában rendelkezésre álló adatokat tükrözi; az Európára általánosan jellemző tendencia megállapítása érdekében az árakat az országok népessége szerint súlyozták. Az árakat a nemzeti inflációs rátákkal korrigálták (bázisév: 1999.), és minden sorozatot egy 100-as bázishoz indexáltak 1999-ben.

Sok ország nem tudott ilyen adatokkal szolgálni, hiszen ezek nehezen szerezhetők meg, és gyakran megbízhatatlannak és hiányosnak bizonyulnak. Azokat az országokat, amelyek esetében legalább két egymást követő évből hiányoznak a kábítószerárakkal kapcsolatos adatok, az adott kábítószer tekintetében nem veszik figyelembe a tendencia megállapításakor. Így a tendencia megállapítása a barna heroinnál 9, az amfetaminnál 9, a kokainnál 13, az ecstasynál 13, a növényi kannabisznál 13, a kannabiszgyanta esetében pedig 14 ország adatai alapján történt.

Ezen túlmenően, a hiányzó 2004-es adatok esetén (11 eset) a 2003-as árakkal számoltak; a hiányzó 1999-es adatok esetén (1 eset) a 2000-es árakat vették figyelembe; és a többi évből hiányzó adatokat (12 eset) a közeli évek adataiból interpolálták.

A 2004-es árak tekintetében további részletekért lásd a PPP-1., PPP-2., PPP-3. és PPP-4. táblázatot a Statisztikai Közlönyben.

Források: Áradatok: Reitox nemzeti fókuszpontok.

Inflációs és népességi adatok:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Az egyre összetettebb európai kábítószer-probléma kezelése

E jelentésben gyakran előforduló téma, hogy olyan válaszlépések kidolgozására van szükség, amelyek figyelembe veszik a mai kábítószer-probléma összetett és sokoldalú jellegét. A megelőzési, kezelési és ártalomcsökkentési tevékenységek esetében jobban tisztában kell lenni azzal, hogy mi számít helyes gyakorlatnak és bizonyítottan hatékony fellépésnek. A 2004-ben jelentett mintegy 380 000 kezelési igényről az esetek 15%-ában a kannabisz volt a kezelésre utalás fő oka, és így a kannabisz a heroin után a második leggyakrabban bejelentett kábítószernek számít. A kezelést nyújtó intézményekben egyre több, stimulánsokkal és polidroghasználattal kapcsolatos eset fordul elő, beleértve a jelentős átfedést a tiltott kábítószer- és alkoholproblémák között. Népességi szinten azonban nincsen elég ismeretünk sem az ilyen kábítószeres rendszeres és folyamatos használatának közegészségügyi hatásairól, sem pedig arról, hogy milyen beavatkozásokra van szükség a használók esetében. Európában a legtöbb –

a kábítószer-probléma kezelése kidolgozásának alapjául szolgáló – bizonyíték a tiltott opiáthasználat kezeléséről áll rendelkezésre, és jelentős számú bizonyíték segíti az ilyen szolgáltatások kidolgozását és megfelelő célzását. Míg a problémás heroinhasználat esetében a valószínűleg megfelelő beavatkozásra irányuló szakpolitika kidolgozása fokozódó egyetértésen alapszik, egyre nagyobb szükség van arra, hogy tisztázzuk, hogyan reagáljunk a heterogénebb európai kábítószer-problémára.

A polidroghasználat meghatározására és jobb megértésére van szükség

A többféle pszichoaktív anyag használata által okozott problémák kezelése kulcsfontosságú szereppel bír. Egyre szélesebb körben elfogadott, hogy a polidroghasználat az a terület, ahol különösen fontos a szolgáltatások fejlesztése. A fogalom meghatározása azonban nem egyszerű feladat, hiszen valamilyen szempontból szinte minden kábítószer-használó polidroghasználónak tekinthető. A polidroghasználat jelentősen megnehezíti a kábítószeres felügyelő rendszerek dolgát is, hiszen

ezek általában az egyes tiltott kábítószereszek használatának viselkedési vonatkozásain alapulnak. Ezért nagy szükség van arra, hogy a viselkedés megértésének első lépéseként jobban kidolgozzák a különböző típusú polidroghasználatot leíró fogalmi háttérrel. Az ideai jelentés tartalmazza azokat az elemzési kérdéseket, amelyeket meg kell oldani, hogy Európa jobban feltérképezhesse annak az egyre több embernek a szükségleteit, akik több kábítószer használatának problémájával küzdenek, nem pedig egyetlen szertől függnek.

Vissza a jövőbe: a jövő veszélyei és kihívásai

Mint mindig, az ideai jelentésben is megpróbáljuk meghatározni a kialakuló tendenciákat, hogy felkészülhessünk a jövőbeli problémákra. Jellegükből adódóan az ilyen elemzések feltételezéseken alapulnak, és körültekintő megfogalmazást igényelnek. A súlyos közegészségügyi problémákkal összefüggésbe hozott kábítószer most egyértelműen a metamfetamin. Míg világszerte egyre nőnek a metamfetamin által okozott problémák, Európában ez a kábítószer csak néhány, régi problémákkal küzdő országra korlátozódik. Bár a meglévő információk alapján nem vonható le határozott következtetés a tendenciákról, egyre több ország számol be e kábítószer lefoglalásáról vagy használatáról, és ez arra hívja fel a figyelmet, hogy fokozottabban meg kell figyelni a legveszélyeztetettebb társadalmi csoportokat.

2006-ban az EMCDDA kiadott egy szakmai dokumentumot a hallucinogén gombákról, amelynek összegzését az ideai jelentésünk tartalmazza. Bár úgy tűnik, hogy a hallucinogén

gombák elérhetősége és használata a 90-es évek végétől növekedésnek indult, nem fordítottak rá nagyobb figyelmet. Leginkább azért nem, mert a szer használata főként kísérleti jellegűnek tűnik, és továbbra is csak ritkán számolnak be problémákról. Mivel azonban a szakpolitikusok körében is ismertebbekké váltak a hallucinogén gombák, lépéseket tettek az ellenőrzési intézkedések szigorítása érdekében.

A hallucinogén gombákban található két pszichoaktív anyagra (pszilocibin és pszilocin) vonatkozóan már született nemzetközi egyezmény. Mivel azonban ezek a gombák számos országban megtalálhatók a természetben, bonyolult jogalkotási kérdéseket vetnek fel, és Európa-szerte másképpen kezelik őket. Általánosságban a közegészségügyi veszélyt jelentő és ezért ellenőrzést igénylő új anyagok felügyeletét segíti az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó, információcseréről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről szóló (2005/387/IB) új tanácsi határozat. Jól példázza a korai előrejelzések szükségességét ezen a területen az mCPP (1-3-klorofenil piperazin) gyors elterjedése 2005-ben. Az mCPP megjelenése is arra utal, hogy a tiltott kábítószereszek előállításában résztvevők keresik az innovációs lehetőségeket az új anyagok piaci bevezetése érdekében. Ebben az esetben valószínűleg az MDMA (ecstasy) hatását akarták erősíteni vagy módosítani. Fel kell lépni az ilyen innovációval szemben, hiszen még nem tudjuk milyen súlyos egészségügyi problémákat okozhatnak ezek az anyagok. A tanácsi határozat által létrehozott korai figyelmeztetési rendszer olyan fontos mechanizmus, amelynek segítségével közbe lehet lépni, ha az európai fiatalok egészségét nyereségvágyból veszélyeztetik a meglévő kábítószer-ellenőrzési mechanizmusok kikerülésével.



1. fejezet

Politikák és törvények

Nemzeti kábítószer-stratégiák

A beszámolási időszak során öt ország fogadott el nemzeti kábítószer-stratégiákat és cselekvési terveket (1. táblázat). Lettország most először fogadott el nemzeti kábítószer-stratégiát a 2005–08 közötti időszakra, Csehország, Spanyolország, Luxemburg és Románia pedig új nemzeti kábítószer-stratégiákat és terveket fogadott el.

Rajtuk kívül Finnország fogadott el kábítószer-stratégiát a börtönigazgatás számára (2005–06), az Egyesült Királyságban pedig a közszolgálati megállapodások (PSA-k) új célkitűzéseket és célszámokat határoztak meg a tiltott kábítószerrel való visszaélések, családjainak és a közösségnek okozott kár csökkentése érdekében.

A beszámolási időszak során Olaszországban, Ausztriában, Lengyelországban, Portugáliában, Svédországban és Norvégiában folyamatban volt a nemzeti kábítószer-stratégiák előkészítése (2. táblázat).

Néhány olyan országban, ahol a nemzeti kábítószer-stratégiák és cselekvési tervek első bevezetése már korábban lezajlott (1998-tól kezdve), most a stratégiák vagy tervek átdolgozása folyik, nagyobb hangsúlyt helyezve a világos és jobban megvalósítható célkitűzésekre. Luxemburgból például azt jelentették, hogy a 2005–09-re egy új, egyszerű, világos szerkezetű és teljesítményorientált cselekvési tervet fogadtak el, amely

1. táblázat: A 2005-ben új kábítószer-stratégiát elfogadó országok

Ország	Dokumentum	Időszak
Csehország	Nemzeti kábítószer-stratégia Cselekvési terv	2005–09 2005–06
Spanyolország	Cselekvési terv	2005–08
Lettország	Nemzeti kábítószer-stratégia	2005–08
Luxemburg	Nemzeti stratégiai terv és kábítószerügyi cselekvési terv	2005–09
Románia	Nemzeti kábítószer-stratégia	2005–12

2. táblázat: A 2005-ben új kábítószer-stratégiát előkészítő országok

Ország	Dokumentum	Időszak
Olaszország	Cselekvési terv	2004–08
Ausztria	Nemzeti stratégia	
Portugália	Nemzeti stratégiai terv és cselekvési terv	2005–08
Svédország	Cselekvési terv	
Norvégia	Cselekvési terv	

meghatározza az intézkedések célkitűzéseit, megnevezi a felelősségi köröket, részletezi a költségvetést, a várt eredményeket, illetve az ezekhez és az értékeléshez rendelt határidőket. Belgiumban a francia közösség és a vallon régió közegészségügyi hatóságai szakértői csoportot hoztak létre a „kábitószer-függőség megelőzését, az érintettek segítségét és gondozását célzó összehangolt terv” kidolgozására. A csoport javaslatai szerint „a kormányzatoknak világosabban meg kell határozniuk a prioritásokat és célkitűzéseket”, „sőt kell keríteni a közös kábítószer-politika alapelveinek világos meghatározására” és „időrendi sorrendbe kell rakni a kiválasztott stratégiákat”. Csehországban a 2005–06-ra szóló cselekvési terv hasonló szellemben készült, meghatározza a konkrét célokat és az ezek eléréséhez szükséges intézkedéseket, kijelöli az egyes miniszterek felelősségi körét, valamint a célok teljesítésének feltételeit és mutatóit a különböző területeken.

A nemzeti kábítószer-stratégiák értékelése

Sok európai országban automatikusan megújítják a nemzeti kábítószer-stratégiát egy olyan ciklikus folyamat elindításával, amelynek révén az előző stratégia eredménye vagy annak értékelése szolgál a következő stratégia alapjául (EMCDDA, 2004a).

2005 során Írországból, Luxemburgból, Magyarországról és Romániából számoltak be ilyen folyamatról. A kábítószer-probléma leküzdésére irányuló magyar stratégiát külső félként a holland Trimbos Intézet értékelte; ez volt az első olyan alkalom, hogy egy ország

kábítószer-stratégiáját külső szakértők értékelték. Az értékelés középpontjában a kábítószer-stratégia középtávú eredményei álltak, folyamánya pedig egy sor ajánlás lett a jövőbeni kábítószer-stratégiákkal és a kábítószer-politika terén működő koordinációs struktúra megerősítésének lehetséges módjaival kapcsolatban. Ez némileg hasonlít az 1999-es portugál kábítószer-stratégia és a 2001–04-re szóló cselekvési terv 2004-es értékelésére, amelyet külső félként a portugál országos közigazgatási intézet, belsőleg pedig a kábítószerekkel és függőséggel foglalkozó intézet (IDT) értékelt. Magyarország és Portugália volt az első két olyan európai ország, amelyek nemzeti kábítószer-stratégiájukat külső értékelésnek vetették alá.

A 2001–08-ra szóló ír kábítószer-stratégia 2005-ben készített, nyilvános konzultáción és a főbb országos és uniós adatok elemzésén alapuló középtávú felülvizsgálata a prioritások „hangsúlyainak átrendezését” javasolta, hogy foglalkozni lehessen a kezelésben mutatkozó új tendenciákkal, a polidroghasználattal, a kokainhasználattal, a HIV és a hepatitis C terjedésével, illetve hogy a stratégiából még hátralévő időszakban a különféle fő intézkedések kifutása és bevezetése „új töltést” kaphasson. Romániában a 2003–04-re szóló nemzeti kábítószer-stratégiát a kábítószerek területén érintett összes állami intézmény részvételével értékelték, és ennek eredményeit vették alapul a 2005–12-es új nemzeti kábítószer-stratégia kialakításához. Luxemburgban a kábítószerekre vonatkozó 2000–04-es nemzeti cselekvési terv intézkedéseinek 87%-át sikerült a kitűzött határidőre bevezetni. A beszámolók szerint a még be nem vezetett intézkedések (pl. egy heroinosztási program) elhalasztása főleg politikai okoknak tulajdonítható. Az eddig be nem vezetett intézkedéseket felvették az új cselekvési tervbe.

Az elmúlt évről szóló jelentések ezen túlmenően azt jelzik, hogy a nemzeti kábítószer-stratégiák kezdenek látható eredményeket hozni. Bár határozottan még nem lehet kijelenteni, hogy a kereslet és a kínálat célul kitűzött, átfogó csökkentését sikerült elérni, ahhoz nem férhet kétség, hogy a nemzeti kábítószer-stratégiák konkrét, fontos célokat valósítottak meg.

Az 1999-ben elfogadott portugál kábítószer-stratégia értékelése a javulást a kábítószer miatti kezelés jobb elérhetőségében, a kábítószerekkel összefüggő halálozások és a HIV előfordulásának csökkentésében, illetve a kábítószer-kereskedelemtől szóló rendőrségi jelentések számának növekedésében látja. Ugyanakkor azt is megállapították, hogy a kábítószerek első kipróbálása egyre fiatalabb korban történik, az opiátoktól eltérő anyagoknak tulajdonítható, kábítószerekkel összefüggő halálesetek száma pedig nőtt. Spanyolországban a nemzeti stratégia (2003) értékelésekor egyrészt elismerték, hogy a kábítószer-használat csökkentésének célkitűzése nem teljesült, ezzel szemben a segítségnyújtás és az ártalomcsökkentés terén jó eredményeket sikerült elérni, és más területeken, így a kutatásban és az oktatásban,

a nemzetközi együttműködésben és a kínálatcsökkentésben szintén kielégítőek voltak az eredmények. Az egészségügyi és fogyasztóvédelmi minisztérium emellett jóváhagyott egy 2005–08-ra szóló cselekvési tervet az erőforrások mozgósítására és a kezdeményezések végrehajtására, mely a nemzeti kábítószer-stratégia folytatását és élénkítését célozza. Görögországban pedig a 2002–06-os nemzeti cselekvési terv következtében nőtt az elérhető kezelési programok lefedettsége és típusainak száma.

Svédországban a kábítószerekre vonatkozó 2002–05-ös nemzeti cselekvési terv következtében a kábítószerek helyi, regionális és országos szinten egyaránt előrébb kerültek a politikai napirenden. A legtöbb svédországi település mára már rendelkezik valamilyen cselekvési tervvel a kábítószerekre vonatkozóan, és a kábítószerek területén érintettek közötti koordinációnak és együttműködésnek is nagyobb jelentőséget tulajdonítanak, aminek köszönhetően vannak is fejlemények e téren. A kábítószerfüggők számára elérhető kezelések típusát és hozzáférhetőségét tekintve szintén történt előrelépés. Az Egyesült Királyságban a Számvevő Bizottság – noha elismerte, hogy történt előrehaladás a kábítószer miatti kezelésben – azon a véleményen volt, hogy van még mit javítani a kábítószer-használók visszailleszkedését és rehabilitációját szolgáló létesítményeken, amilyenek például a lakhatási, szociális gondozási és egyéb támogató szolgálatok. A jövőben a kormány sikerességét a kábítószer-stratégia céljainak megvalósítása terén a PSA-kban kitűzött célokkal, illetve a „kábítószer okozta ártalom indexszel” (DHI) fogják mérni; ez utóbbi a tiltott kábítószer problémás használatával okozott károk értékelésére szolgál.

Végezetül elmondhatjuk, hogy az értékelés kulcsfontosságú szerepét az újonnan elfogadott nemzeti kábítószer-stratégiák is felismerik. Lettországon a program végrehajtásában elért előrehaladást évről évre a kábítószer-felügyeleti és kábítószer-függőséget csökkentő koordinációs tanács fogja értékelni, Luxemburgban pedig 2009 végén külső záró kimeneti értékelést fognak végezni.

A kábítószerekkel összefüggő közkiadások

Bár a kiadásokat gyakran különböző időtartamokra vonatkoztatva mérik, és a kábítószerekkel összefüggő közkiadásoknak nincs is közös meghatározása, a rendelkezésre álló becslések azt sugallják, hogy a kábítószerekkel kapcsolatos kiadások sok országban nőttek, többek között Csehországban, Dániában, Luxemburgban, Ausztriában és Lengyelországban.

A kábítószerekkel összefüggő kiadásokról a 2004-es évre Csehország (11,0 millió euro), Spanyolország (302–325 millió euro), Ciprus (2,8 millió euro), Lengyelország (51 millió euro) és Norvégia (46 millió euro) is beszámolt. Két ország, Luxemburg (2005-ben 6 millió euro) és az Egyesült Királyság (2004/05-ben 2 milliárd euro) ennél frissebb

adatokat is közölt a kábítószer-probléma kezelésére szánt költségvetési kiadásról.

Szlovákiában a becslések szerint a 2004-es teljes közkiadás a kábítószeres területén 14,5 millió eurót tett ki; ezen belül a bűnüldözésre fordított összeg körülbelül 8,4 millió eurót, a szociális és egészségügyi ellátások költsége pedig 6,1 millió eurót jelentett.

Svédországban a kábítószer-politikára fordított 2002-es kiadásokat hozzávetőlegesen 0,9 milliárd euróra becsülték (az alacsonyabb becslés 0,5 milliárd euro, a magasabb becslés 1,2 milliárd euro volt). A 2002-es becslést az 1991-es számadatokkal összehasonlítva jól látható, hogy a kábítószer-politikára fordított közkiadások jelentősen nőttek.

Írországban a nemzeti kábítószer-stratégia 2005. júniusban kiadott középtávú felülvizsgálatában elismerték, hogy „a kiadások felmérésére feltétlen szükség van ahhoz, hogy fel lehessen mérni a stratégia különböző elemeinek költséghatékonyságát”, és hamarosan el is kezdenek dolgozni a rendőrségi kiadások megállapításán. Portugáliában a kábítószerrel és függőséggel foglalkozó intézet (IDT) finanszírozza azt a kutatást, amely a kábítószerrel való visszaélés költségeinek megállapítására szolgáló modellt kíván kidolgozni és tesztelni, Belgiumban pedig a közkiadásokról szóló 2004-es vizsgálat nyomán követését 2005 végén intézményesítették. Ezek az érdekes, bár szórványos adatok azt mutatják, hogy a kábítószerrel összefüggő kiadások kérdése néhány tagállamban egyre fontosabb helyet foglal el a politikai napirenden.

Jogi és politikai fejlemények az EU szintjén

Cselekvési tervek

Az EU szintjén a 2005-ben elfogadott két új cselekvési terv az elkövetkező néhány évre közvetlenül vagy közvetve új viszonyítási keretet képez az EU-s kábítószer-politika továbbfejlesztéséhez. Először is, a Tanács – a Bizottság 2005. februári javaslatának vizsgálata után, teljes mértékben figyelembe véve az EU-s kábítószer-stratégia és az EU-s cselekvési terv (2000–04) végső értékelését – 2005. júniusban jóváhagyta az EU 2005–08-as kábítószer-ellenes cselekvési tervét. Az új cselekvési terv az EU 2005–12-re szóló kábítószer-stratégiájának szerkezete és célkitűzései mentén épül fel, és körülbelül 100 konkrét intézkedést sorol fel, amelyeket az EU-nak és tagállamainak 2008 végéig kell végrehajtaniuk.

Az értékelés az EU új kábítószerügyi cselekvési tervének is fontos része. Ezt egy folyamatos, egyre kiterjedtebb, részvételen alapuló folyamatnak tekintik. Folyamatos, mivel az Európai Bizottság – az EMCDDA és az Europol támogatásával – éves helyzetértékeléseket fog benyújtani. Az értékelési gyakorlat egyre kiterjedtebb is lesz, amennyiben

mindegyik éves helyzetértékelés az előző év eredményeit az azt megelőző év kontextusában kezeli. Végezetül pedig a részvételen fog alapulni, egy értékelő irányítóbizottság segítségével, amelynek a módszertan, a kimenet és az előzetes időrend meghatározása lesz a feladata. Akárcsak az EU cselekvési tervének (2000–04) értékelése esetében, az irányítóbizottság itt is a megfelelő bizottsági szolgálatok, az EMCDDA és az Europol képviselőiből, illetve a tagállamok képviselőiből fog állni. A civil társadalom képviselői számára is szerveznek konzultációs meghallgatásokat. A 2005–08-as kábítószerügyi cselekvési terv lejártakor – európai szinten most először – hatásértékelést fognak szervezni az új, 2009–12-re szóló cselekvési tervre vonatkozó javaslat érdekében, amely ebből az értékelésből kíván kiindulni. A stratégia, illetve a cselekvési tervek végső értékelését a Bizottság ezt követően, 2012-ben fogja elvégezni.

Ez az EU-s kábítószerügyi cselekvési terv ugyancsak része a hágai program végrehajtására vonatkozó cselekvési tervnek, amely az Európai Unióban a 2005–10 közötti időszakban a szabadságon, a biztonságon és a jog érvényesülésén alapuló térség tekintetében megvalósítandó célkitűzéseket határozza meg. Ezt a cselekvési tervet a Bizottság 2005. májusban nyújtotta be, a Tanács pedig 2005. júniusban hagyta jóvá.

Az EU 2005–08-ra szóló cselekvési terve tükrözi az EU kiegyensúlyozott hozzáállását a kábítószer-jelenséghez, azaz egy olyan átfogó, multidiszciplináris szemlélet jegyében készült, amely minden oldalról megvizsgálja a kérdést, legyen az a koordináció, a keresletcsökkentés, a kínálatcsökkentés, a nemzetközi együttműködés, a tájékoztatás, a kutatás vagy az értékelés.

A kábítószer-kínálat csökkentése

A kábítószer-kínálat csökkentése terén az EU-ban két fontos tevékenységet alapjaiban befolyásolt a prekurzorokról 2004-ben elfogadott két EK-rendelet 2005. augusztus 18-i hatálybalépése. A vegyi prekurzorok ellenőrzése fontos szempont a kábítószer-kínálat csökkentésében, mivel ezek az anyagok nélkülözhetetlenek a kábítószeres előállításához. Az EU ezen a területen kétféleképpen lép fel: egyrészt szabályozza egyes anyagok EU és harmadik országok közötti kereskedelmét, másrészt szabályozza a belső piacot.

A kábítószeres és pszichotróp anyagok tiltott kereskedelme elleni 1988. évi ENSZ-egyezménynek a prekurzorok ellenőrzéséről szóló 12. cikkében előírt rendelkezés betartása érdekében 1990-ben elfogadott első rendelet megállapította az egyes anyagok kábítószeres és pszichotróp anyagok tiltott előállítása érdekében való eltérítésének megakadályozására irányuló intézkedéseket ⁽¹⁾. Ennek helyébe 2004. decemberben egy új rendelet lépett, kiterjesztve az alkalmazási keretet, hogy a szintetikus kábítószeres előállításával szemben is fel lehessen lépni ⁽²⁾.

⁽¹⁾ A Tanács 1990. december 13-i 3677/90/EGK rendelete, HL L 357., 1990.12.20., 1. o.

⁽²⁾ A Tanács 2004. december 22-i 111/2005/EK rendelete, HL L 22., 2005.1.26., 1. o.

A rendszert a két évvel később, 1992-ben kiadott tanácsi irányelv⁽³⁾ tette teljessé, a belső piacon alkalmazandó megfelelő intézkedések előírásával (a kábítószeres és pszichotróp anyagok tiltott előállításának során felhasznált egyes anyagok gyártása és forgalomba hozatala), az ellenőrzési intézkedések kialakítását is beleértve. Az irányelv helyébe utóbb a 2004. február 11-én elfogadott új rendelet lépett⁽⁴⁾. Az EU bővítésének következtében a közösségi jogalkotók úgy határoztak, hogy az 1992-es irányelvet egy rendelettel váltják fel, mivel „az említett irányelvben és annak mellékleteiben végrehajtott minden egyes módosítás végrehajtó intézkedések nemzeti szinten történő bevezetését tenni szükségessé 25 tagállamban”. Az új eszköz összehangolt intézkedéseket határozott meg a kábítószeres és pszichotróp anyagok tiltott előállításának során gyakran felhasznált egyes anyagok EU-n belüli ellenőrzésére és felügyeletére az ilyen anyagok tiltott célra való eltérítésének megakadályozása érdekében. Különösen arra kötelezte a tagállamokat, hogy fogadják el azon intézkedéseket, amelyek lehetővé teszik illetékes hatóságok számára az ellenőrzéssel és felügyelettel kapcsolatos feladataik végrehajtását. E két rendelet végrehajtási szabályait egy 2005. augusztus 18-án hatályba lépett rendelet állapította meg⁽⁵⁾.

A prekursorok ellenőrzésében bevezetett fenti intézkedések teszik teljessé az EU kínálatcsökkentés terén hozott intézkedéseinek másik fontos részét. A Maastrichti Szerződés óta biztosított új lehetőségek kihasználásával az EU kialakított egy jogi keretet a kábítószer-kereskedelem leküzdésére és a bűnüldözési együttműködés javítására. Ezen a területen 1995–96 óta számos együttes fellépés született, a közelmúltban pedig egy kerethatározatot is elfogadtak a kábítószer-kereskedelemmel szembeni minimumbüntetések összehangolásáról, illetve egy határozatot az új pszichoaktív anyagokról (ld. „Az új kábítószeresek szembeni fellépés”, 55. o.).

A fenti jogi eszközök mellett egy programot is elfogadtak és bevezettek a büntetőügyekben történő rendőrségi és bírósági együttműködés érdekében. Az Agis keretprogram célja, hogy segítse az EU-tagállamok és tagjelölt országok rendőrségét, más érintett hivatalait és bíróságait a büntetőügyekben történő együttműködésben, a bűncselekmények elleni harcban. 2003 óta a program számos projekt finanszírozásához járult hozzá. A nemzetközi szervezett kábítószer-előállítás és -kereskedelem, valamint a kábítószer-prekursorok eltérítése szerepel a tevékenységi területek és konkrét témakörök között az Agis 2006-os munkaprogramjában és (2006. januárban lezárult) ajánlati felhívásában.

Pénzmosás és vagyonelkobzás

A pénzmosás és az elkobzás területén ugyancsak módosultak némiképpen a jogi eszközök. E téren a tagállamok

jogszabályait a pénzügyi rendszerek pénzmosás céljára való felhasználásának megelőzéséről szóló 91/308/EGK irányelv⁽⁶⁾ próbálta összehangolni, amelyet a belső piachoz kapcsolódó jogalapon 1991-ben fogadtak el, majd 2001-ben módosítottak. Az irányelv elfogadásának egyik oka az volt, hogy el akarták kerülni annak lehetőségét, hogy – a pénzmosással szembeni európai közösségi fellépés hiányában – a tagállamok protekcionista intézkedéseket fogadjanak el, amelyek hátráltathatják a belső piac létrehozását és kiteljesítését. A Bizottság 2004. júniusban új irányelvet javasolt ugyanezzel a céllal, de a fentiek mellett a terrorista finanszírozásra is kiterve. Az irányelv hatókörének a kábítószer-kereskedelemből származó jövedelmekre való leszűkítése túl korlátozónak tűnt, ezért a Bizottság az idetartozó bűncselekmények körének bővítését javasolta. Ez a 2005. októberben elfogadott új irányelv megadja a súlyos bűncselekmények pontos definícióját, továbbá az ilyen bűncselekményekből származó jövedelmek tisztára mosásával foglalkozik, a terrorista tevékenységek finanszírozását is beleértve.

A Tanács 2005. február 24-én egy kerethatározatot is elfogadott „a bűncselekményből származó jövedelmek, vagyon és az elkövetéshez használt eszközök elkobzásáról”. A kerethatározat célja annak biztosítása, hogy valamennyi tagállam rendelkezzen az egy évet meghaladó szabadságvesztéssel büntetendő bűncselekmények elkövetési eszközeinek, illetve az ezekből származó jövedelmeknek az elkobzására vonatkozó hatékony szabályokkal. Ezen a területen korábban is voltak már EU-szintű jogszabályok, de ezeket elégtelennek találták. Az új kerethatározat a határokon átnyúló együttműködést kívánja hatékonyra tenni az elkobzás vonatkozásában. Az elkobzás mechanizmusát más, bűncselekményekhez kapcsolódó vagyonra is kiterjesztették, amennyiben a bűncselekményt bünszervezet keretében követték el, és ha a bűncselekmény a többi EU-kerethatározat valamelyikének hatálya alá esik. Ezek közé tartozik a kábítószer-kereskedelem területén a bűncselekmények tényállási elemeire és a szankciókra vonatkozó minimumrendeletek megállapításáról szóló 2004/757/IB kerethatározat. A tagállamok meghozzák az ahhoz szükséges intézkedéseket, hogy ennek a kerethatározatnak legkésőbb 2007. március 15-ig megfeleljenek.

Közegészségügy

A kereslet csökkentése a kábítószeresek szembeni kiegyensúlyozott európai hozzáállás szerves része. A közegészségügyre vonatkozó 2003–08-as közösségi cselekvési program végrehajtása keretében az Európai Bizottság 2005-ben támogatási célból kiválasztott néhány, kábítószeresekkel kapcsolatos projektet, hogy „azáltal támogassa az egészségügyet és a betegségmegelőzést,

⁽³⁾ A Tanács 1992. december 14-i 109/92/EGK irányelve, HL L 370., 1992.12.19., 76. o.

⁽⁴⁾ Az Európai Parlament és a Tanács 2004. február 11-i 273/2004/EK rendelete, HL L 47., 2004.2.18., 1. o.

⁽⁵⁾ A Bizottság 2005. július 27-i 1277/2005/EK rendelete, HL L 202., 2005.8.3., 7. o.

⁽⁶⁾ A Tanács 1991. június 10-i 91/308/EGK irányelve a pénzügyi rendszerek pénzmosás céljára való felhasználásának megelőzéséről, HL L 166., 1991.6.28., 77–83. o.

hogyan az egészséget meghatározó tényezőkkel az összes szakpolitikában és intézkedésben foglalkozik”. A kábítószer-területén az elsőként finanszírozni kívánt projekt az EU-Dap 2, amely a dohányzás, alkohol- és kábítószer-használat hosszú távú csökkentését célzó EU-Dap iskolai megelőzési program hatékonyságát értékeli. A második projekt, az IATPAD célja, hogy javítsa az alkohol- és kábítószer-problémákkal küzdő emberek hozzáférését a kezelésekhöz. A további horizontális projektek között van még néhány drogvencióra irányuló, ugyancsak társfinanszírozásra érdemes program, például a „PEER-Drive clean!” („Vezess tisztán!”) innovatív projekt, amely a 18–24 év közötti korosztályt célozza meg, és célja az alkohol vagy kábítószer hatása alatti autóvezetés megelőzése. Ezeket a projekteket támogatási célból választották ki, és társfinanszírozásban fognak részesülni, amennyiben a tárgyalási eljárás az Európai Bizottsággal sikeresen lezárul, és a támogatási megállapodást aláírják (?).

Az EMCDDA-rendelet

Végezetül a Bizottság 2005. augusztus 31-én új javaslatot fogadott el az EMCDDA-t létrehozó rendelet átdolgozásáról. Az új rendelet a benne meghatározott új feladatok miatt fontos eszközként szolgál az EMCDDA munkájának megkönnyítéséhez. Különösen lehetővé teszi, hogy az EMCDDA figyelembe vegye az új kábítószer-használati mintákat és a polidrog-használatban kialakuló tendenciákat, az engedélyezett és a tiltott pszichoaktív anyagok kombinált használatát is beleértve; hogy megfelelő eszközöket dolgozzon ki a tagállamok és az EU segítségével kábítószer-politikáik és stratégiáik követésében és értékelésében, illetve hogy együttműködjön az EU-ban tagsággal nem rendelkező országokkal, például az EU-csatlakozásra jelölt országokkal vagy a Nyugat-Balkán országaival. A Tudományos Bizottság és az Irányító Testület tekintetében ugyancsak számos változást tartalmaz. Az EKSz. 152. cikke alapján ezt a szöveget most a Tanácsnak és az Európai Parlamentnek az együttdöntési eljárással összhangban kell elfogadnia.

Új nemzeti jogszabályok

A beszámolási időszak során néhány ország komoly változtatásokat eszközölt drogtörvényeiben, mind a birtoklással, mind a kereskedelemmel kapcsolatos bűncselekményeket és büntetéseket illetően.

Romániában egy új törvény és az új büntető törvénykönyv megkülönböztetést vezetett be a bűncselekmény és a vétség között (ezzel a vétség mostantól főként javító-nevelő munkával és napi pénzbüntetéssel büntethető), a használók és a függők között, illetve az alacsony kockázatú és a magas kockázatú kábítószer-között. A kábítószer-törvények megsértése esetében most már alkalmazható a büntetés alóli felmentés és a végrehajtás elhalasztása. A kábítószerfüggők kezelése mostantól történhet az integrált segítségnyújtási program segítségével is, amelyet az esetért felelős személy

felügyel. Meghosszabbították a börtönbüntetéseket az olyan bűncselekmények esetében, mint a hely kábítószer-használat céljából való biztosítása, a kábítószer-használat tolerálása az ilyen helyeken, illetve a kábítószer-használatra való bátorítás. Ugyancsak szigorították a büntetéseket a magas kockázatú kábítószer-törvénytelen beadása és a mérgező vegyi inhalánsok kiskorúak részére történő biztosítása esetében.

Bulgáriában a kábítószer- és prekursorok ellenőrzéséről szóló új törvényt 2004 júniusában hagyták jóvá. Ez a törvény határozza meg az állami szervek funkcióját a kábítószerre vonatkozó szabályozói eljárások ellenőrzésében, a kábítószerrel való visszaélés és kereskedelem elleni intézkedések végrehajtásában és a kutatásban. Egy kiegészítő módosítással pedig megszüntették azon kábítószerfüggők büntetőjogi felelősség alóli mentességét, akiknek a birtokában egyetlen adagot is találnak (ezt alább részletesen tárgyaljuk).

Szlovákiában az új büntető törvénykönyv újradefiniálja a kábítószer személyes használatra való, illetve kereskedési célú birtoklásának bűncselekményét. A saját használatra való birtoklás korábbi bűncselekményével szemben (amit legfeljebb egy adagban határoztak meg), a 171. szakasz kétféle bűncselekményt különít el a saját használatra birtoklás esetében az adagok számának függvényében (a részleteket ld. alább). E bűncselekményekért kétféle büntetés szabható ki: házi őrizetben való megfigyelés vagy javító-nevelő munka. 10-nél több adag birtoklását a 172. szakasz szerint kell büntetni, amely a súlyosbító körülményektől függően 4 évtől éleltartásig terjedő börtönbüntetést ír elő. Ezenkívül a büntetőjogi felelősség korhatárát 15-ről 14 évre szállították le.

Litvániában a kábítószer- eladási szándékú kezelése a továbbiakban már nem büntethető 90 napig terjedő rendőri őrizettel; ez a bűncselekmény most már lényegesen súlyosabb büntetési tételt, konkrétan börtönbüntetést von maga után, bár ebben a büntetési minimumot 5-ről 2 évre csökkentették. A nagy mennyiségű kábítószer ellopásáért, illetve a szervezett csoport által végrehajtott tolvajlásért kiszabható legnagyobb büntetést 15 évre emelték.

Olaszországban a közelmúltban (2006. február) történt jogszabály-módosítások a kábítószer-területet a korábbi hat helyett két fő csoportba sorolták (egy csoportba tartozik az összes, terápiás használatra nem rendelkező kábítószer, ezzel megszűnt a kemény és a könnyű drogok közötti megkülönböztetés); meghatározták a személyes használatra, illetve a kereskedelemre szánt mennyiség küszöbértékét; felülvizsgálták a szankciókat, és ezek közé felvették a házi őrizetet és a javító-nevelő munkát is; valamint bővítették a börtönbüntetéstől eltérő büntetési lehetőségeket. Ezenkívül most már valamennyi kábítószer-használónak joga van szabadon megválasztani az igénybe vett kezelés típusát és helyét, illetve a kábítószerfüggő állapotukat tanúsító intézményt, ezeket a szolgáltatásokat tehát a továbbiakban nem kizárólag az állami szektor nyújthatja.

(?) Bővebb információért lásd: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm.

Az Egyesült Királyságban a 2005. évi kábítószer-törvény több jelentős módosítást hozott a nemzeti jogszabályokban, többek között a következőket: a pszilocin- vagy pszilocibin-tartalmú gombák A. osztályú kábítószerként való besorolásának tisztázása; az ellátási szándék feltételezése megadott mennyiségű ellenőrzött kábítószer megtalálásakor; annak engedélyezése, hogy a rendőrség őrizetbe vételkor, nem pedig vádemeléskor végezhesen drogtesztet a kábítószer-bűncselekmények elkövetőin, illetve azokat, akiknél a teszt pozitív eredményt ad, kábítószer-használati felmérésre utalhatja; valamint a bíróságok kötelezése arra, hogy ítélethozatalkor vegyék figyelembe a súlyosbító körülményeket (például a kábítószer-árusítás iskolák közelében). A bíróságok 8 napig terjedő (korábban 4 napig terjedő) vizsgálati fogságban tartathatják azokat, akik kábítószer-csomagokat nyelnek le, és a bíróság vagy az esküdtszék abból is következtetéseket vonhat le, ha valaki alapos ok nélkül nem egyezik bele a teljes testi motozásba vagy az átvilágításba.

Összességében egész Európában az a tendencia tapasztalható, hogy a személyes használatra szánt kábítószerek esetében csökkentik vagy megszüntetik a fogva tartással járó büntetéseket, ezzel párhuzamosan viszont szigorítják a kábítószer-ellátással összefüggő bűncselekményekért járó büntetéseket⁽⁸⁾.

Mennyiségek

A beszámolási időszak során számos országban törvényben rendelkeztek a kábítószerek küszöbmennyiségeiről.

Belgiumban azt követően, hogy az alkotmánybíróság semmisnek nyilvánította a 2003. évi törvény 16. cikkét, az igazságügyi miniszter és a főügyész új közös irányelvben rendelkezett a kannabisszal összefüggő jogsértésekről. Ebben kimondták, hogy a személyes használatra szánt kis mennyiségű (legfeljebb 3 gramm vagy egy cserje) kannabisz birtoklása felnőttek esetében egyszerű rendőrségi nyilvántartásba vételt eredményez, amennyiben nincsenek súlyosbító körülmények.

Szlovákiában a kábítószer-bűncselekményekről szóló új büntető törvénykönyvben a mennyiség központi szerepet kapott. A 171. szakasz a saját használat céljából való birtoklás esetében kétféle bűncselekményt különít el: a legfeljebb három adag birtoklásáért 3 évig terjedő szabadságvesztést, a „nagyobb mennyiség” (legfeljebb 10 adag) birtoklásáért 5 évig terjedő börtönbüntetést lehet kiszabni. Az ezt meghaladó mennyiség birtoklását a 172. cikk szerint kell büntetni. Ez súlyosbító körülmények nélkül 4–10 év börtönbüntetés kiszabását teszi lehetővé, a nagyobb mennyiségek (a 8000 szlovák koronában – körülbelül 200 euro – meghatározott „alpmennyiség” tízszeresét meghaladó utcai értékkel) birtoklása esetében pedig 10–15 év, a jelentős (az alpmennyiség százszorosát

meghaladó) mennyiségű kábítószer birtoklásáért 15–20 év, a nagy (az alpmennyiség ötszázszorosát meghaladó) mennyiségű kábítószer birtoklásáért pedig 20–25 évtől életfogytig terjedő büntetés kiszabását teszi lehetővé.

A németországi Max Planck Intézet 2002-től 2005-ig dolgozott a kábítószerekről szóló német törvény 31a. szakaszának értékelésén, amely bizonyos körülmények között lehetővé teszi a „jelentéktelen mennyiségű” kábítószer birtoklása bűncselekményének felmentését a vád alól. Az értékelés azt állapította meg, hogy a gyakorlatban a 31. cikk végrehajtásában jelentős különbségek fedezhetők fel a 16 német szövetségi állam között, részben a „jelentéktelen” kifejezés eltérő értelmezései miatt (Schäfer és Paoli, 2006). 2005. márciusban Berlin állam elfogadta az „Íranymutatás a kannabiszról” módosítását, miszerint legfeljebb 10 gramm kannabisz birtoklásáért nem emelnek vádat, amennyiben bizonyos kritériumok teljesülnek. Ez a mennyiség egyedi esetekben 15 grammra növelhető.

Litvánia egészségügyi minisztere módosította az arra vonatkozó ajánlásokat, hogy mit kellene a kábítószerek és pszichotróp anyagok kis, nagy és nagyon nagy mennyiségeinek tekinteni, és újradefiniálta ezeket a mennyiségeket. Az Egyesült Királyság 2005. évi kábítószer-törvénye adott mennyiségű ellenőrzött kábítószer megtalálásakor már ellátási szándékot feltételez; a mennyiségeket 2006 tavaszán rendeletekben határozták meg.

Bulgáriában a büntető törvénykönyvet módosító és kiegészítő törvény (új SG 26/04) eltörölte a 354a. szakasz (3) bekezdését, amely a kábítószerfüggőket felmentette a büntetőjogi felelősség alól, amennyiben egyetlen adagot találtak a birtokukban. Az intézkedésre az egyetlen adag mennyiségének meghatározásában rejlő nehézségek adtak okot, illetve az arra vonatkozó bizonyítékok, hogy a kivétellel a kábítószer-kereskedők javára visszaéltek a bíróságon.

Olaszországban a 2006. februárban bevezetett változások a személyes használat és a kereskedelem közötti küszöbérték tekintetében új mennyiségi korlátokat szabtak ki a kábítószerben lévő hatóanyag mennyisége alapján, azt követően, hogy az ilyen határértékeket 1993-ban megszüntették. A határértékeket 2006 áprilisában az egészségügyi minisztérium külön rendeletében hirdették ki.

Amint az európai kábítószerügyi jogi adatbázis (European Legal Databases on Drugs – ELDD) kutatásából⁽⁹⁾ kiderült, a mennyiség változó szerepet tölt be a kábítószer-törvényekben; néhány országban az egyes bűncselekményeket körülhatároló mennyiségek szigorúan meg vannak határozva (pl. Szlovákia), míg más országokban (pl. az Egyesült Királyság) a mennyiségeket íránymutatásként használják, amelyek a szándékra vonatkozóan megcáfолható feltételezéseknek adnak alapot.

⁽⁸⁾ Lásd a 2005-ös éves jelentést (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/hu/page013-hu.html>). Ld. még az EMCDDA „Tiltott kábítószer-használat az EU-ban: jogszabályi megközelítések” c. tematikus anyagát (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

⁽⁹⁾ Ld. „A mennyiség szerepe a kábítószer-bűncselekmények bünvádi eljárásában” c. ELDD jogi jelentést és az EMCDDA „Tiltott kábítószer-használat az EU-ban: jogszabályi megközelítések” c. tematikus anyagának 1. táblázatát (mindkettő elérhető a <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175> címen).

A mennyiségek különbséget tehetnek a bűncselekmények között is (pl. birtoklás vagy ellátás), illetve meghatározhatják az ugyanazért a bűncselekményért járó büntetést. Bár a mennyiségre sok ország utal törvényeiben, a mennyiséget különböző módokon (tömeg, érték) határozhatják meg, ha egyáltalán meghatározzák. Olaszország és Bulgária legfrissebb, láthatóan ellentétes irányú intézkedései újfent azt mutatják, hogy ebben a kérdésben nincs egyértelmű európai konszenzus.

A büntetőítéletek statisztikái

Számos országban tárgyaltak a kábítószer-bűncselekmények elkövetőire kiszabott büntetőítéletekkel kapcsolatos felmérésekről, illetve hajtottak végre ilyen felméréseket, és néhány esetben már intézkedtek is az eredmények nyomán.

Írországból jóváhagyták egy központi bűnözési statisztikai egység létrehozását, amely figyeli a letartóztatások, a bűnvádi eljárások és az ezek során született ítéletek statisztikáit, az országos kábítószer-stratégiának megfelelően.

A kábítószerrekről szóló német törvény az ügyész számára bizonyos körülmények között megengedi a kábítószer birtoklásáért indított eljárás bírósági jóváhagyás nélküli megszüntetését. Az ilyen körülményekre vonatkozó ajánlások és iránymutatások ellenére a szövetségi államok rendeletei jelentősen eltérnek egymástól. A fentiekben említett, az egészségügyi minisztérium megbízásából a különbségek tekintetében elvégzett vizsgálat több mint 1 800 esetben vizsgálta meg hat különböző állam ítélkezési gyakorlatát (Schäfer és Paoli, 2006).

Ausztria néhány tartományában megpróbálták szabványosítani a kábítószerrekről szóló törvény 12. szakaszának és 35. szakasza (4) bekezdésének végrehajtását, amelyek egyszerűsített eljárást írnak elő a rendőrségi feljelentés visszavonására kis mennyiségű kannabisz vásárlása vagy birtoklása esetén. A büntetőítéletekről készült egyéb statisztikák azt mutatták, hogy a feljelentéstől való eltekintés a büntetés törvényes alternatívájaként 2004-ben gyakrabban fordult elő, bár a rendőri feljelentések és az elítélések száma tovább nőtt, a felfüggesztett eljárások száma viszont valamelyest csökkent.

Romániában azért vizsgálták meg a bírósági büntetőítéletek statisztikáit, hogy így figyelemmel lehessen kísérni a kábítószer-használatól eltérő bűncselekményt elkövetett kábítószer-használók társadalmi visszailleszkedésének sikerességét. Az esetek többségében a büntetés felügyelet alatt felfüggesztett büntetés volt. Azt is megfigyelték, hogy a bíróságok 2004-től ritkábban ítélték kötelező kezelést, ami által ténylegesen csökkent a próbaidős szolgálatok részvétele, és így a kábítószer-használók társadalmi visszailleszkedéséhez való hozzájárulásuk is.

Az ítéletekről vagy az ítélethozatal elkerüléséről szóló statisztikák sokkal pontosabb képet adnak egy-egy ország kábítószer-politikájának végrehajtásáról, mint a törvények

szövege (ld. EMCDDA, 2002a). Bár a letartóztatási statisztikákkal szemben az ítélethozatalról nem minden tagállamban gyűjtenek átfogó statisztikai adatokat, az országok egyre inkább a végrehajtásra fordított figyelem növekedéséről számolnak be, ami összhangban van a politikai eszközök értékelésének általános tendenciájával⁽¹⁰⁾. Az ítéletekre vonatkozó statisztikák összegyűjtésének és elemzésének kérdésével 2006-ban az EMCDDA szakértői ülésen foglalkozott.

Kábítószerrel összefüggő bűncselekmények

Az EU 2005–08-as kábítószer-ellenes cselekvési tervének 25.1. intézkedése előírja, hogy a Tanács az EMCDDA által előterjesztendő, meglévő tanulmányokon alapuló bizottsági javaslat alapján 2007-re fogadja el a „kábítószerrel kapcsolatos bűnözés” közös meghatározását.

Bár a kábítószerrel összefüggő bűnözésnek egyelőre nincsen közös EU-s meghatározása, ez alatt általában a kábítószer hatása alatt elkövetett, a kábítószer-használat finanszírozása céljából elkövetett, a tiltott kábítószerpiacok működtetésével összefüggésben elkövetett bűncselekményeket, illetve a kábítószerre vonatkozó törvényeket megsértő bűncselekményeket értik. Az EU-ban rutinatatok

Jelentések a kábítószeres és a bűncselekmények közötti összefüggésről

Csehországban 2005-ben második alkalommal (két egymást követő évben) mérték fel a kábítószerrel összefüggő bűncselekményeket a regionális rendőrkapitányságoknál. A becslések szerint 2004-ben a kábítószer-előállítás/-terjesztés bűncselekményeinek kb. 62%-át, a csalás bűncselekményeinek 25%-át, a sikkasztással/hűtlen kezeléssel járó bűncselekmények 21%-át és a közönséges lopások 20%-át kábítószer-használók követték el, saját fogyasztásuk finanszírozása érdekében (cseh országjelentés).

Finnországban a 15–16 évesek körében végzett 2004-es felmérés azt mutatta, hogy az előző évben kannabisz használók közül körülbelül 7% törvénytelen úton finanszírozta fogyasztását: ennek több mint fele kábítószer árusítása, a maradék többnyire lopás útján (Kivivuori és mások, 2005, a finn országjelentés idézi).

Írországból a Garda kutatási osztálya által 1996-ban és 2000/01-ben a rendőrség számára ismert kábítószer-használók mintájában készített két vizsgálat becsült eredményei szerint 1996-ban a felderített, büntetőjogilag üldözhető bűncselekmények 66%-áért voltak felelősek a kábítószer-használók, 2000/01-ben pedig 28%-áért (Keogh, 1997; Furey és Browne, 2003, az ír országjelentés idézi). A 2000/01-es felmérés azt is megállapította, hogy az opiáthasználók a felderített lopási bűncselekmények 23%-áért és a felderített rablások 37%-áért feleltek.

⁽¹⁰⁾ Ld. „Nemzeti politikák: a törvények értékelése” (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/hu/page021-hu.html>).

csak az utolsóként említett bűncselekménytípusról, a kábítószer-törvények megsértéséről állnak rendelkezésre.

Az első három bűncselekménytípusról csak ritkán vagy szórványosan találhatunk adatot az EU-ban. Ezeket olykor eseti helyi tanulmányok tartalmazzák, amelyekből nehéz következtetéseket levonni, máskor pedig a kábítószerrel összefüggő bűncselekményeken belül csak egy konkrét típusra vonatkoznak.

A kábítószer-törvények megsértésére vonatkozó „feljelentések”⁽¹¹⁾ adatai az ebben a jelentésben elemzett összes európai országban rendelkezésre állnak. Ezek egyrészt tükrözik a nemzeti jogszabályok különbözőségeit, de a törvények alkalmazásának és végrehajtásának különbségeit is, csakúgy mint a büntetőbírók részéről a konkrét bűncselekményekhez rendelt prioritások és források közötti eltéréseket. Emellett eltérések tapasztalhatók a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekményekre vonatkozó országos információs rendszerek között is, különösen a bejelentési és nyilvántartási gyakorlatok terén – azaz abban, hogy mit, hogyan és mikor vesznek nyilvántartásba. Mivel ezek az eltérések az EU-országok közötti közvetlen összehasonlítást igencsak megnehezítik⁽¹²⁾, az abszolút számok helyett érdemesebb a tendenciákat összevetni.

Az 1999–2004 közötti ötéves időszak során a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekményekről szóló „feljelentések” száma összességében az EU legtöbb országában nőtt (Olaszország és Portugália kivételével valójában az összes jelentéstevő országban, Észtországban, Litvániában⁽¹³⁾, Magyarországon⁽¹⁴⁾ és Lengyelországban kifejezetten hangsúlyos – kétszeres vagy többszörös – növekedéssel). 2004-ben ezt a növekvő tendenciát a legtöbb jelentéstevő országban megerősítették⁽¹⁵⁾, bár néhány ország az előző évben bekövetkezett visszaesésről számolt be – Csehország, Görögország, Lettország, Luxemburg, Portugália, Szlovénia (2001 óta), Szlovákia, Finnország és Bulgária⁽¹⁶⁾).

Az EU legtöbb tagállamában a kábítószer-törvényeket sértő bejelentett bűncselekmények többsége⁽¹⁷⁾ a kábítószer-használathoz vagy használati célú

birtokláshoz kapcsolódik⁽¹⁸⁾, a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekményeken belül 2004-et tekintve a lengyelországi 61%-tól az ausztriai 90%-ig terjedő arányban. Csehországban, Luxemburgban, Hollandiában és Törökországban a legtöbb, kábítószer-törvényeket sértő bejelentett bűncselekmény a kereskedelemmel kapcsolatos, az összes ilyen bűncselekmény 48%-ától (Luxemburg) egészen a Csehországban feljegyzett 93%-ig terjedő arányban.

Ugyanezen ötéves időszak során a használat/használati célú birtoklás bűncselekményeinek száma összességében valamennyi jelentéstevő országban nőtt, Olaszország, Portugália, Szlovénia, Bulgária és Törökország kivételével, amelyek csökkenő tendenciáról számoltak be⁽¹⁹⁾. Ezen bűncselekmények aránya az összes kábítószer-törvényeket sértő bűncselekményen belül a legtöbb jelentéstevő országban ugyancsak nőtt az adott időszakban, bár a növekedés általában kismértékű volt, Ciprus, Lengyelország és Finnország kivételével, ahonnan határozottabban felívelő tendenciákat jelentettek. Luxemburgban, Portugáliában, Bulgáriában és Törökországban viszont a használat/használati célú birtoklással kapcsolatos kábítószer-bűncselekmények aránya összességében csökkent⁽²⁰⁾.

A legtöbb tagállamban leggyakrabban a kannabisz az érintett tiltott kábítószer⁽²¹⁾ a kábítószer-törvényeket sértő bejelentett bűncselekményekben⁽²²⁾. Ahol ez a helyzet áll fenn, ott a kannabisszal kapcsolatos bűncselekmények 2004-ben a kábítószer-törvényeket sértő összes bűncselekmények 34–87%-át tették ki. Csehországban és Litvániában az amfetaminokkal kapcsolatos bűncselekmények jártak az élen a kábítószer-törvényeket sértő összes bűncselekmény 50%-ával, illetve 31%-ával, Luxemburgban pedig a kokain volt a legtöbb bejelentésben szereplő anyag (a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények 43%-ában).

1999–2004 között a kábítószer-törvényeket sértő, kannabisszal kapcsolatos bűncselekményekre vonatkozó „feljelentések” száma összességében nőtt a jelentéstevő országok többségében, ugyanakkor Olaszországban és

⁽¹¹⁾ A kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények „feljelentéseit” idézőjelben használjuk, mivel a különböző országokban ez eltérő fogalmakat jelöl. Az egyes országokban használt pontos definíció a 2006-os statisztikai közlőny kábítószer-törvényeket sértő bűncselekményekről szóló részének módszertani megjegyzéseiben szerepel.

⁽¹²⁾ A módszertani kérdéseket a 2006-os statisztikai közlőny kábítószer-törvényeket sértő bűncselekményekről szóló részének módszertani megjegyzései alaposabban tárgyalják.

⁽¹³⁾ A litvániai növekedés az új büntető törvénykönyv 2003 májusi bevezetésének következménye.

⁽¹⁴⁾ A magyarországi növekedés elsősorban a büntető törvénykönyv és a büntetőeljárás módosításának következménye.

⁽¹⁵⁾ A kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények „feljelentéseire” vonatkozó adatok az 1999–2004 közötti időszakban valamennyi országban rendelkezésre álltak (bár olykor nem mindegyik évről), Ciprus, Szlovákia, Bulgária, Románia, Törökország és Norvégia kivételével; 2004-ről pedig Írország, az Egyesült Királyság és Norvégia kivételével mindegyik országról megvoltak.

⁽¹⁶⁾ Ld. a DLO-1. táblázatot és a DLO-1. ábrát a 2006. évi statisztikai közlőnyben.

⁽¹⁷⁾ A bűncselekmények szerinti bontás minden ország esetében rendelkezésre állt (bár olykor nem mindegyik évre az 1999–2004 közötti időszakban), Dánia, Észtország, Lettország, Litvánia, Magyarország, Szlovákia és Románia kivételével.

⁽¹⁸⁾ Ld. a DLO-2. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlőnyben.

⁽¹⁹⁾ Ld. a DLO-4. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlőnyben.

⁽²⁰⁾ Ld. a DLO-5. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlőnyben.

⁽²¹⁾ A kábítószerrel összefüggő bűncselekmények anyagok szerinti bontása minden ország esetében rendelkezésre állt (bár olykor nem mindegyik évre az 1999–2004 közötti időszakban) Dánia, Észtország, Lettország, Magyarország, Finnország, Románia és Norvégia kivételével.

⁽²²⁾ Ld. a DLO-3. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlőnyben.

Szlovéniában csökkenést tapasztaltak ⁽²³⁾. Ugyanebben az időszakban a kábítószer-törvényeket sértő, kannabisszal kapcsolatos bűncselekmények aránya Németországban, Spanyolországban, Franciaországban, Litvániában, Luxemburgban, Portugáliában, az Egyesült Királyságban és Bulgáriában nőtt, Írországban és Hollandiában összességében stagnált, Belgiumban, Olaszországban, Ausztriában, Szlovéniában és Svédországban pedig csökkent ⁽²⁴⁾. Bár a kannabisz valamennyi jelentéstevő országban (Csehország és Bulgária, illetve néhány év erejéig Belgium kivételével) gyakrabban fordul elő a használat/birtoklás típusú bűncselekményekben, mint a kábítószer-törvényeket sértő egyéb bűncselekményekben, a kannabisszal kapcsolatos, használat jellegű bűncselekmények aránya 1999 óta több országban is csökkent – konkrétan Cipruson (2002–04), Olaszországban, Ausztriában, Szlovéniában és Törökországban (2002–04) –, az elmúlt évben (2003–04) pedig a legtöbb jelentéstevő országban visszaesett, ami talán azt jelzi, hogy a bűnüldöző hatóságok kevésbé tekintik célpontnak a kannabiszhasználókat ezekben az országokban ⁽²⁵⁾.

Ugyanebben az ötéves időszakban a kábítószer-törvényeket sértő, heroinnal kapcsolatos bűncselekmények „feljelentéseinek” száma és/vagy aránya a jelentéstevő országok többségében csökkent, Belgium, Ausztria, Szlovénia és Svédország kivételével, ahonnan a heroinnal kapcsolatos „feljelentések” számában ⁽²⁶⁾ és/vagy a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekményeken belül a heroinnal kapcsolatos „feljelentések” arányában felfelé ívelő tendenciát jelentettek ⁽²⁷⁾.

A kokainnal kapcsolatos bűncselekményeknél az ellenkező tendencia figyelhető meg: a kokainnal kapcsolatos bűncselekmények 1999 óta mind a „feljelentések” számát ⁽²⁸⁾, mind pedig az összes kábítószer-bűncselekményen belüli arányát tekintve ⁽²⁹⁾ gyakoribbak lettek a legtöbb jelentéstevő országban. Bulgária az egyetlen olyan ország, amely csökkenő tendenciáról számolt be a kokainnal kapcsolatos bűncselekményekben (ezek számát és a kábítószer-bűncselekményeken belüli arányát tekintve egyaránt).

Európai kábítószer-politikák: kiterjeszteni a tiltott kábítószereken túl? – az EMCDDA 2006-os éves jelentésében: kiválasztott témakörök

Az európai kábítószer-politikák hatóköre kezd túlnyúlni a tiltott kábítószereken, és más addiktív anyagok, sőt, akár viselkedésformák felé is terjeszkedik. Ez néhány tagállam kábítószer-politikájából és az EU kábítószer-stratégiájából állapítható meg. Az addikció vagy az addiktív viselkedések kérdése egyre nagyobb szerepet kap a kutatásban, függetlenül a szóban forgó anyagtól. A tiltott kábítószerekre vonatkozó nemzeti stratégiákban vagy politikai dokumentumokban a legális anyagoknak vagy magának az addikciónak szentelt figyelem növekedéséről szóló kiválasztott témakör célja, hogy kiinduló betekintést adjon ebbe az Európai Unióban kialakulóban lévő jelenségbe.

Bár a kábítószer-stratégiák nem mindig tesznek említést a legális kábítószerekről vagy az ezektől való függőségről, a kiválasztott témakör megállapítása szerint a megelőzési programok és néhány országban a kezelési intézkedések mind a legális, mind a tiltott kábítószerekkel foglalkoznak, kiemelten kezelve a gyermekeket és a fiatalokat. Egyre inkább általánossá válik a legális kábítószerek fokozatos stratégiai vagy intézményi beemelése a tiltott drogokkal szembeni politikába és intézkedésekbe.

Ez a kiválasztott témakör nyomtatott formában („European drug policies: extended beyond illicit drugs?”, az EMCDDA *annual report 2006: selected issues*) és az interneten (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) csak angolul érhető el.

⁽²³⁾ Ld. a DLO-2. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁴⁾ Ld. a DLO-6. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁵⁾ Ld. a DLO-3. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁶⁾ Ld. a DLO-4. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁷⁾ Ld. a DLO-7. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben; meg kell jegyezni, hogy Svédországban az 1999–2003 közötti időszakban csökkent a heroinnal kapcsolatos bűncselekmények aránya.

⁽²⁸⁾ Ld. a DLO-5. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁹⁾ Ld. a DLO-8. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.



2. fejezet

Európai válaszok a kábítószer-problémákra – áttekintés

Megelőzés

Néhány tagállam tapasztalatai azt jelezték, hogy a drogpreevenációs beavatkozások egyéni szinten hatékonyabbnak bizonyulhatnak, ha azokat olyan, a legális drogokra vonatkozó szabályozói politikák is támogatják, amelyek korlátozhatják a fiatalok hozzáférését ezekhez az anyagokhoz, és csökkentik társadalmi elfogadhatóságukat. Ennek eredményeként az anyagok használatának normatív és kulturális keretét célba vevő környezeti megelőzési stratégiák Európa egyes részein kezdenek teret nyerni az EU szintjén megtett első lépések – a dohánytermékek reklámozásáról szóló irányelv és a dohánytermékek ellenőrzéséről szóló WHO-keretegyezmény – támogatásával (ld. a rekreációs körülmények között történő kábítószer-használat kiválasztott témakörén belül a környezeti stratégiákról szóló szakaszt).

A tömegkommunikációs kampányokat egyre inkább úgy tekintik, hogy szerepük inkább a figyelem felkeltése (a környezeti stratégiák háttérben húzódó érvek alátámasztása, megtámogatása és kifejtése a lakosság egésze felé), semmint a viselkedés megváltoztatása. Ebben a tekintetben a nemzetközi szakirodalomról nemrégiben készített német áttekintés (Bühler és Kröger, 2005, a német országjelentés idézi) azt ajánlja, hogy a médiakampányt inkább támogató eszköznek használják, és ne ez legyen a viselkedésbeli változások elérésének egyetlen eszköze.

Közegészségügyi megelőzés

Miközben az egészség támogatása – mint a megelőzés keretfeltétele – az egészséges életstílus átvételére próbálja ösztönözni az embereket, és mindenki számára egészséges életkörülményeket próbál teremteni, néhány tagállamban (Olaszország, Hollandia, Szlovákia) és Norvégiában egyre gyakrabban említik a „közegészségügyi megelőzés” új kifejezést. A közegészségügyi megelőzés a sérülékeny társadalmi rétegek egészségi állapotának javítását célzó prevenció intézkedések széles körét foglalja magában – ezek egyike a drogpreevenáció. Az intézkedések kialakításakor különösen a fiatalok igényeit veszik figyelembe, akiknek problémás viselkedését – így a kábítószer-használatot is – erősen meghatározza (társadalmi és személyes) sérülékenységük és életkörülményeik. Így, mivel a célzott és a javasolt prevenció stratégiák szociális és személyes kockázati feltételeket vesznek célba, természetesen kapcsolódnak a fiatalokat érintő egyéb közegészségügyi

politikákhoz (serdülőkori mentálhigiénés stratégiák a magatartászavar, a koncentrációhiány stb. leküzdésére), szociálpolitikákhoz (pihenőhelyek és támogatás biztosítása a sérülékeny fiataloknak, illetve a rászoruló családoknak), oktatáspolitikákhoz (az iskolai lemorzsolódás csökkentése) stb. A közegészségügyi megelőzés tehát a kábítószer-problémák kezelése szempontjából fontos sérülékenységi tényezők egész sorát célba veszi azáltal, hogy olyan szolgáltatásokat és ágazatokat von be, amelyeknek központi témája egyébként nem feltétlenül a kábítószer.

Egyetemes iskolai megelőzés

Az iskolai megelőzésen belül kezdenek teret nyerni a programalapú prevenció szemléletek. A programalapú prevenció szabványosított szolgáltatást jelent, meghatározott számú, pontosan rögzített tartalmú ülés keretében, a tanároknak és a tanulóknak részletesen leírt segédanyaggal. Ez elősegíti a monitoringot és az értékelést, továbbá javítja a beavatkozások pontosságát, hitelességét és következetességét, ami magas színvonalú teljesítéshez vezet. Ennek folytán a korábbiánál több tagállamban monitorozzák az iskolai megelőzési beavatkozásokat (Csehország, Görögország, Spanyolország, Írország, Olaszország, Ciprus, Magyarország, Hollandia és az Egyesült Királyság). A kábítószerrel való visszaélés első európai prevenció kísérlete (www.eudap.net) ígéretes eredményeket hozott. Az Európai Bizottság által finanszírozott projektet és keresztértékelését hét országban, kilenc regionális központban és 143 iskolában hajtották végre, 7000 tanuló részvételével (3500 a kísérleti csoportban, ugyancsak 3500 a kontrollcsoportban). Az EU-Dap arról számolt be, hogy a kontrollcsoporttal összehasonlítva a kísérleti csoportban lévő tanulók 26%-kal kisebb valószínűséggel dohányoztak napi rendszerességgel, 35%-kal kisebb valószínűséggel részegedtek le rendszeresen és 23%-kal kisebb valószínűséggel használtak kannabiszt. Ehhez hasonló programalapú kutatási szemléleten alapul az Egyesült Királyságban működő Blueprint⁽³⁰⁾. Emellett az iskolai megelőzés megvalósításakor most már nagyobb figyelmet fordítanak a szigorúbb technikai irányításra és a szélesebb körű tartalomra (pl. Franciaországban és Írországban).

A rendőrség az iskolákban

Sokat vitatott kérdés a rendőrség szerepe az iskolai megelőzésben. Belgiumban a francia közösség ajánlása

⁽³⁰⁾ www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/

szerint az egészségtámogató és megelőzési politikát az iskolai hatóságoknak kellene folytatniuk, anélkül hogy a rendőri erők bevonják a prevenció programokba. Az Egyesült Királyságban egy politikai tanulmány (ACPO Drugs Committee, 2002) ugyancsak azt ajánlotta, hogy a rendőrség csak a saját szakértői hatáskörébe tartozó területeken nyilvánuljon meg (biztonság, bűncselekmények rendfenntartás), és ne vegyen részt magában a kábítószerokról szóló oktatásban. Ugyanezen elv mentén Portugáliában most is folytatják a környékbeli rendfenntartási programot, az Escola Segurát (biztonságos iskola). A 2004/05-ös tanévben összesen 320 rendőrtisztet helyeztek ki az iskolák környékére, hogy biztosítsák a környék rendjét és visszaritasszanak a bűncselekményektől, a nappali és az éjszakai órákban egyaránt. Franciaországban a bűnüldözési szolgálatok által az ifjúsági vagy felnőtt csoportokkal való kapcsolatteremtésre kiképzett szakértők kérésre felkeresik az iskolákat vagy más szolgálatokat. Annak ellenére azonban, hogy az ajánlások már kimondták, hogy a kábítószerokról szóló oktatást ne egyenruhás rendőrtisztek tartsák, mivel ez egyes esetekben épp az ellenkező hatást érheti el, sok tagállamban még mindig gyakoriak a rendőri erők ilyen jellegű iskolai tevékenységei.

Célzott megelőzés

A célzott megelőzési szemlélet elismerésével és fejlesztésével a legtöbb tagállamban egyre inkább a sérülékeny csoportokat veszik célba. Németország, Görögország, Luxemburg, Ausztria, Finnország és az Egyesült Királyság például a fiatalok elkövetőket célzó programokról számolt be.

A sérülékeny csoportokra több országban is (pl. Lengyelország és Szlovákia) egyre nagyobb figyelmet fordítanak. Svédországban az előző évekhez képest a legnyilvánvalóbb növekedés a kockázatnak kitett, iskoláskorú fiatalabb gyermekeknek és az externalizáló viselkedést mutató iskolás gyermekeknek szóló programok terén jelentkezett. Az ilyen programokat végrehajtó települések száma hozzávetőlegesen megduplázódott. Norvégia is dolgozik a problémás kábítószer-használat és alkoholfogyasztás elleni korai beavatkozást szolgáló országos stratégián, amelynek megelőzési erőfeszítései kifejezetten a kockázatnak kitett csoportokat fogják célba venni. A nem az absztinencián alapuló megközelítések hatékonysága nemcsak a fogyasztás csökkentésében jelentkezik, hanem az elkezdésében is az olyan csoportok körében, ahol a kábítószer-használat kezdetei már felbukkantak. Ennek jegyében Lengyelország országos programot indított a sérülékeny, illetve a kábítószer-használat korai szakaszaiban járó gyermekek kábítószerrel kapcsolatos viselkedésének megváltoztatására. A lengyel program konkrét célkitűzése, hogy támogassa a családot a kábítószer-problémák megoldásában. Ebből a szempontból hasznos, hogy a célzott megelőzés nem teszi központi kérdéssé, és nem is bélyegzi meg

a kábítószer-használatot; a célkeresztben sokkal inkább a tagabb értelemben vett sérülékenység áll.

A tagállamok egyre gyakrabban számolnak be arról is, hogy a célzott megelőzési politikáikat konkrét etnikai csoportokhoz intézik: ezen a területen négy ország (Belgium, Németország, Olaszország és Luxemburg) számolt be új projektekről. Olaszországban sok projektben kapott kiemelt szerepet a gyermekek, anyák és bevándorló, illetve etnikai kisebbséghez tartozó családok védelme. Luxemburg arról számolt be, hogy külön figyelmet fordítanak a fiatalokra és a legnagyobb bevándorló közösségre, előtérben a nyelvi és társadalmi-kulturális sajátosságokkal.

Célzott megelőzés az iskolákban

A célzott drogprevenció egyre gyakrabban foglalkozik az iskolából való lemorzsolódás kockázatának kitett és/vagy magatartási problémákkal küzdő fiatalokkal, például Olaszországban, ahol az iskolai megelőző beavatkozások mintegy 15%-a a diákok sérülékeny csoportjának szól (célzott és javasolt megelőzés). A célzott iskolai megelőzés legfontosabb célcsoportjai a társas viselkedési problémákkal, iskolai vagy családi problémákkal küzdő diákok, a bevándorló, illetve a kisebbségi etnikai csoporthoz tartozó diákok. Valójában a tanulmányi teljesítmény és az iskolalátogatás alapján is lehet előre jelezni a kábítószer-problémákat, ezért ezek figyelemmel kísérése lehetővé teszi a korai, pontos beavatkozást.

Sok tagállamban az iskolai lemorzsolódás is központi téma a drogprevenció programokban. A dániai Storstrom megyében indított HUP projekt célja az iskola befejezésének átlagosan 75%-os arányát a 95%-os országos célszám felé közelíteni, középpontban a sérülékeny diákokkal. Hasonló projekteket jelentettek Írországból, Portugáliából (47 projekt), Romániából (egy projekt) és Norvégiából is (a tanároknak készült brosúrák). Az iskola korai elhagyásának csökkentése Írország nemzeti stratégiájában is hivatalos célként szerepel, az LDTF (helyi kábítószerügyi munkacsoport) területein a 2005/06-os arányokhoz képest 10%-os csökkentést megcélözva. Máltán a célzott megelőzési programok a legnagyobb kockázatnak kitett diákokat veszik célba, Franciaországban és Szlovákiában pedig tanácsadási szolgáltatásokat biztosítanak az iskolákban, (ön-)beutalás alapján.

Családi megelőzés

A kábítószer-használatot elkezdő fiatalabb gyermekek számának növekedésével párhuzamosan egyre fontosabbá válik a családi megelőzés fejlesztése és fokozása. A serdülőkort megelőzően a családi befolyás még erősebb a kortársakénál. A család normatív szerepe és támogatása a gyermekek részére fontosabb a megelőzés szempontjából, mint az anyagokra vonatkozó ismeretterjesztés.

A családi megelőzés az EU-ban kezd célzottabbá válni, és egyre határozottabban az igényeken alapul. Számos tagállamban (Németország, Spanyolország, Írország,

Olaszország és az Egyesült Királyság) elismerték, hogy az intézmények nehezen kerülnek kapcsolatba a problémás családokkal. Ennek eredményeként dolgozták ki a FRANK kampányt az Egyesült Királyságban, amelyhez intézkedési csomagot állítottak össze a kábítószer- és alkoholproblémákra szakosodott munkacsoportok és prevenciós szakemberek részére a családok elérésének mikéntjéről; számos más tagállamban pedig most kezdtek meg a kockázatnak kitett családokra irányuló, célzott megelőzési programok végrehajtását. Ezek a programok különféle technikák segítségével próbálnak vonzónak látszani a kockázatnak kitett családok számára (pl. ételmeiszer, pénzügyi ösztönzők, gyermekmegőrzés biztosításával), főként a Kumpfer-féle családérősítő program alapján (Kumpfer és mások, 1996).

A családérősítő programot (SFP) Spanyolországban (Palma de Mallorca és Barcelona), Hollandiában (két város, értékelő tanulmány) és Svédországban (két város) vezették be. Írországban és Olaszországban most folyik a képzés, az utóbbi esetében a tervek szerint a megvalósítás számos városra ki fog terjedni. Norvégia most értékeli az ehhez hasonló MST-programját egy randomizált kontrollcsoportos kísérlet segítségével. Ezek a célzott családi programok hasonló jellemzőket mutatnak minden olyan tagállamban, ahol megvalósításra kerültek.

Lengyelországban és Ausztria néhány tartományában az elhanyagolt gyermekeknek és a rosszul működő családokból származó fiataloknak szóló programokat indítottak. Ezeket a programokat a helyi közösségi helyszíneken hajtják végre, amilyenek a szocioterápiás közös szobák, a nevelő-intézmények, ifjúsági klubok és prevenciós központok.

Néhány országban fokozták az alkoholisták gyermekeire fordított figyelmet (Belgium, Németország, Ausztria). A többi országban ilyen megkülönböztetést továbbra is csak a kábítószer-használók gyermekei esetében tesznek.

Közösségi helyszíneken zajló megelőzés

A legtöbb célzott megelőzési programot a közösség szintjén hajtják végre. Ez részben amiatt van, hogy az érintett különféle szociális szolgálatok összehangolására rendszerint ezen a szinten kerül sor. Néhány országban viszont, ahol a közösségek kellő erővel és akaratallal rendelkeznek a helyi normák betartatásához, a közösség a környezeti stratégiák számára természetes egységet is jelent. A közösségi alapú célzott megelőzés az északi országokban, illetve Belgiumban, Hollandiában, Lengyelországban és az Egyesült Királyságban gyakori, és azokban az országokban is kezd jelentőssé válni, ahol korábban ezt a szemléletet kevésbé alkalmazták (Franciaország, Olaszország, Magyarország, Portugália).

A legális kábítószerek elérhetőségére és fogyasztási módjaira vonatkozó közösségi normák kialakítása és a helyi szolgáltatások optimalizálása révén a helyi környezeti prevenciós stratégiák jó kiindulópontjai a hatékony dropprevenciós programoknak.

Minőség-ellenőrzés a megelőzésben

Egyre nagyobb jelentőséget nyer a minőség-ellenőrzés a megelőzésben, főként azt követően, hogy több tagállam is (Dánia, Olaszország, Hollandia, Lengyelország, Portugália és Szlovénia) helyi szintre utalta át a megelőzés hatáskörét és felelősségét, és/vagy a dropprevencióért való felelősséget a nem kormányzati szervezetek (NGO-k) vagy félfüggetlen szövetségek kezébe adta (Belgium, Németország, Franciaország, Magyarország és Finnország). Ennek megfelelően néhány tagállam a közös minőségi kritériumok, előírások és technikai tanácsadó szolgáltatások helyi szintű biztosítását célzó stratégiákról számolt be, támogatva az iskolákat vagy közösségeket az iskolai politika kialakításában (Belgium, Dánia, Hollandia és az Egyesült Királyság), a megfelelő prevenciós programok végrehajtásában és a minőségi minimumkritériumok biztosításában (Dánia, Franciaország, Litvánia, Magyarország, Szlovákia, az Egyesült Királyság, Románia és Norvégia).

A prevenciós ügynökségek, illetve megelőzési szakemberek akkreditálására vonatkozó előírások meghatározásában Görögország és Ausztria jár az élen.

Kezelési és ártalomcsökkentési válaszok

A kábítószerek problémájára adott kezelési és ártalomcsökkentési válaszokra vonatkozó adatgyűjtéshez az EMCDDA számára két fő EU-s eszköz biztosítja a kontextust:

- Az EU 2005–12-re szóló kábítószer-stratégiája és 2005–08-as első cselekvési terve, amelyek bemutatják a nemzeti politikák keretét, valamint a tagállamokban a kábítószer-használat megelőzése és a kezelési, illetve ártalomcsökkentési szolgáltatások lefedettségének és minőségének javítása céljából meghozandó intézkedésekre vonatkozó részletes ajánlásokat;
- A Tanács 2003. július 18-i ajánlása ⁽³¹⁾, amely további konkrét ajánlásokat tartalmaz a tagállamok részéről mérlegelendő intézkedésekre vonatkozóan, a kábítószer-függőséggel járó egészségkárosodás megelőzése és csökkentése, illetve a magas szintű egészségvédelem biztosítása céljából. Ezt az ajánlást azzal is megerősítették, hogy felvették az EU cselekvési tervébe 14. célkitűzésként.

A stratégia megvalósítási szintjének értékelése érdekében fontos meghatározni a szolgáltatásnyújtás szintjeit és a szolgáltatások igénybevételének mértékét. Végső soron azonban ahhoz, hogy értékelnünk lehessen a cselekvési terv célkitűzéseit, és meglegyen az alap a stratégia hatásvizsgálatához, jó becslésekre lesz szükség a lefedettségről is, azaz arról, hogy a kijelölt célcsoportot milyen mértékben éri el a kezelési és ártalomcsökkentési intézkedések.

A stratégia 8 éves végrehajtási szakasza során az EMCDDA támogatja a Bizottságot az értékelés folyamatában az EU járványügyi mutatóinak rendszeréből származó adatok

⁽³¹⁾ A Tanács 2003/488/EK ajánlása.

átadásával, illetve több olyan speciális adatgyűjtési eszköz kidolgozásával és bevezetésével, amelyekkel meghatározható a szolgáltatásnyújtás, illetve a kezelések és ártalomcsökkentő szolgáltatások kihasználtsága. Ahhoz képest, hogy az EMCDDA vezetésével megvalósult, mutatókon alapuló monitoring kifejlesztésével és bevezetésével milyen jó áttekintést sikerült nyerni a járványügyi helyzetről, a válaszokra vonatkozóan a szabványosított beszámolók egyelőre korlátozottak.

Az opiátokat helyettesítő kezelés

A heroinhasználók metadonnal végzett fenntartó kezelését Európában elsőként Svédországban (1967), Hollandiában és az Egyesült Királyságban (1968), valamint Dániában (1970) próbálták ki, de ezután sok évig csak korlátozott mértékben használták.

Miután felfedezték, hogy a HIV-járvány milyen mértékben elterjedt a nyugat-európai országok kábítószer-használóinak körében, a terápiás célok és hozzáállást tekintve sok országban átkerült a hangsúly az absztinenciáról mint elsődleges célról az inkább a kábítószer-használattal járó ártalmak csökkentését célzó beavatkozások elfogadására. Elfogadták az ismételt kezelési beavatkozások szükségességét, továbbá elismerték a kábítószer-fenntartó kezelés előnyeit az opiáthasználók egészségügyi és társadalmi helyzetének stabilizálása és javítása, valamint a társadalom egésze szempontjából.

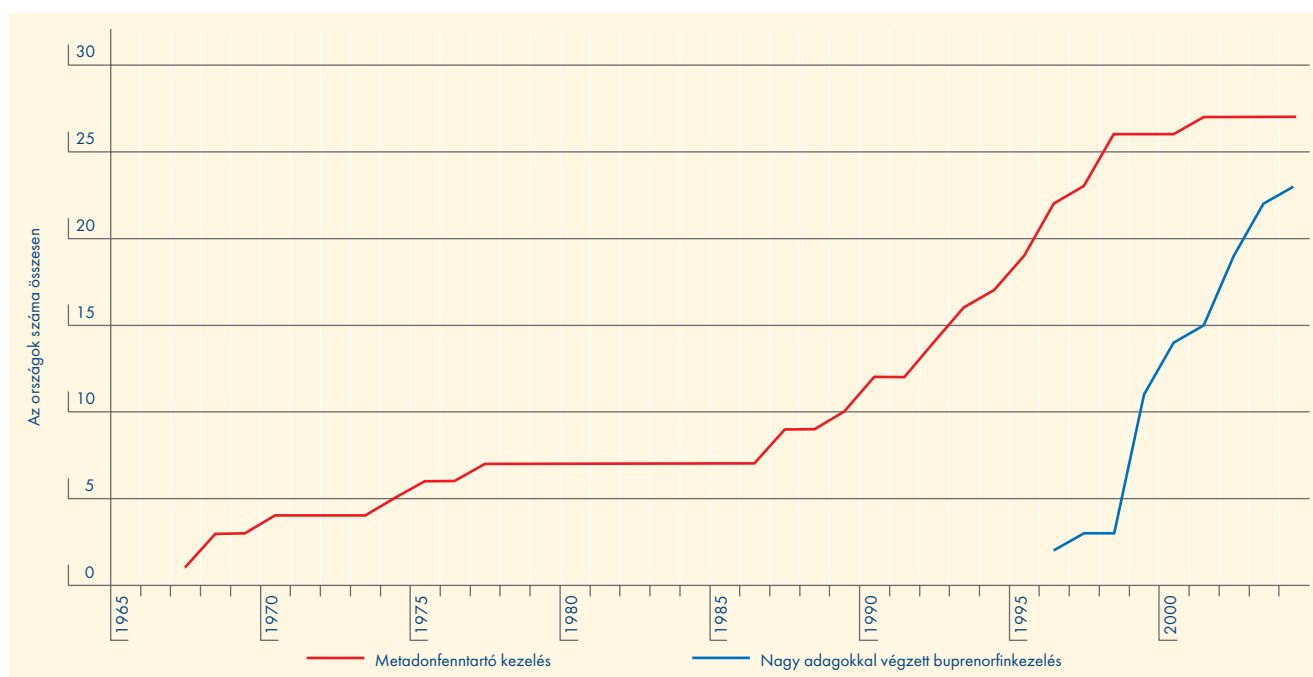
Az 1980-as évek vége felé kezdett felgyorsulni a metadonnal végzett fenntartó kezelés, mint kezelési mód bevezetésének

üteme. 2001-re a kezelést az EU 24 országában, valamint Bulgáriában, Romániában és Norvégiában is bevezették (1. ábra). Ennek mértéke és lefedettsége azonban az egyes országokat tekintve jelentős különbségeket mutat (ld. a 6. fejezetet).

A heroinhasználók buprenorfin tartalmazó gyógyszeres kezelésének jogalapját először 1996-ban, egy EU-tagállamban teremtették meg (lásd a buprenorfinról szóló kiválasztott témakört a 2005-ös éves jelentésben). Mára ez a tagállamok többségében elérhető és használatos. Mivel a buprenorfin az ENSZ kábítószerügyi egyezményei szerint kevésbé szigorú felügyelet alá esik, az országok több lehetőséget kapnak a felírására. Néhány országban ez a kezelési lehetőség a kezelt páciensek számának ugrásszerű növekedéséhez vezetett. Az agonistákkal való helyettesítés mellett folyik az új gyógyszerterápiás kezelési módok feltárása, a kutatásban ezúttal a kokain- és krekthasználókra fordítva a figyelmet, akik közül sokan heroint is használnak vagy használtak (ld. még az 5. fejezetet).

Becslések szerint az EU-ban félmilliónál is több opiáthasználó részesült helyettesítő kezelésben 2003-ban, ami a jelenleg 1,5 millióra becsült problémás opiáthasználók egyharmadát jelenti (EMCDDA, 2005a). Az európai régió belül a helyettesítő kezelésben részt vevő pácienseknek csak a töredékét adják az új tagállamok és a tagjelölt országok, ami részben az opiáthasználat alacsonyabb szintjével magyarázható ezekben az országokban. Bár a helyettesítő kezelés biztosítása összességében továbbra is alacsony az említett országokban, Észtszországban, Litvániában és Bulgáriában a növekedés jelei tapasztalhatók.

1. ábra: A metadonfenntartó kezelés, illetve a nagy adagokkal végzett buprenorfinkezelés bevezetése az EU-tagállamokban, a tagjelölt országokban és Norvégiában



Forrás: Nemzeti fókuszpontok.

A kapott információk azt mutatják, hogy néhány országban tovább növekedett a metadonkezelés biztosítása, nyolc országban viszont az ilyen kezelésben részesülő személyek száma stabilizálódott vagy csökkent⁽³²⁾. Ezek közül négyben, Dániában, Spanyolországban, Máltán és Hollandiában a heroinhasználat régóta jelen van, a metadont használó helyettesítő programok pedig nagymértékben hozzáférhetőek. A másik négy ország – Lettország, Magyarország, Lengyelország és Románia – esetében a metadont használó helyettesítő kezelés földrajzi lefedettsége csekély, és helyenként várólistára kell feliratkozni a kezeléshez.

Nehéz eldönteni, hogy a metadonkezelésben részesülő páciensek számának csökkenése azt jelenti-e, hogy az ilyen páciensek lehetőség szerint buprenorfinkezelésre állnak át. Országos szinten gyakran nem tudni, hogy a háziorvosok milyen gyakorisággal kezelnek kábítószer-függőséget.

A kábítószer-függőség kezelésének biztosítása és a kezelés típusa

A nemzeti fókuszpontok (NFP-k) körében végzett 2005-ös felmérés a szolgáltatásnyújtás általános jellemzőit értékelte Európában. Az országos szakértőket arról kérdezték meg, hogy az opiáthasználók többségének kezelése kábítószer nélkül vagy gyógyszeresen támogatott programban történik-e, vagy esetleg mindkét módszer egyformán jellemző.

Az eredmények határozottan gyógyszeresen támogatott kezelés felé hajló arányt mutatnak, amelyben az elsőszámú anyag a metadon (kivéve Csehországban és Franciaországban; további részletekért ld. a 6. fejezetet). Az eredményekből emellett az is kitűnik, hogy a kábítószerrel összefüggő kezelést a legtöbb országban járóbeteg-ellátásként nyújtják, kivétel ez alól Lettország és Törökország, ahol többnyire a fekvőbeteg-ellátás a jellemző. A járóbeteg-ellátásban Írországban, Lettországban, az Egyesült Királyságban, Bulgáriában és Törökországban a hagyományos pszichoterápiás kezelési módokat (pszichodinamika, kognitív-viselkedési, szisztémás/családtérápia vagy Gestalt-terápia) használják a leggyakrabban. Kilenc ország számolt be elsősorban „támogató” módszerekről (ebbe beletartozhat a tanácsadás, a társadalmi-oktatási és környezeti terápia, motivációs interjú készítése vagy relaxációs technikák, akupunktúra), 10 ország pedig ötvözi a különböző módszereket a járó betegek gondozásában.

A fekvőbeteg-ellátást tekintve Írországban, Litvániában, Magyarországon és Törökországban gyakran használják a 12 lépcsős Minnesota-modellt a bentlakásos gondozásban, hat ország elsődlegesen pszichoterápiás módszereket alkalmaz, öt ország a „támogató” módszereket

reszesíti előnyben, tíz országban pedig a felsorolt hozzáállások ötvözetét tapasztalhatjuk.

Az elmúlt évtized során, de még inkább az utóbbi öt évben sok európai ország „megnyitotta a kezelés felé vezető ajtót” azáltal, hogy bővítette a helyettesítő kezelések körét és a kezeléseket hozzáférhetőbbé tette. Sokan – bár nem mindenki – a függőség kezelésén túl is segítségre szorulnak, és láthatólag sokaknak van szükségük alacsony küszöbű ellátásra, illetve komoly támogatásra a visszailleszkedéshez.

Ártalomcsökkentési válaszok

Azzal egy időben, hogy a páciensek elérése és a kapcsolat fenntartása önálló cél lett, az elérésre irányuló, illetve az alacsony küszöbű szolgáltatások nagyobb elismertségre és támogatásra tettek szert, és ma már sok tagállamban az átfogó megoldások kihagyhatatlan részét képezik. A fertőző betegségek kábítószer-használók körében történő terjedése és a kábítószerrel összefüggő halálozások csökkentése tekintetében Európában közös megoldási minták figyelhetők meg (ld. még a 7. fejezetet).

A kábítószerrel összefüggő halálozások csökkentését először hat évvel ezelőtt nyilvánították az európai kábítószer-politika célkitűzésének, és az EU jelenlegi cselekvési tervében is ilyen minőségben szerepel⁽³³⁾. Az elmúlt években tovább nőtt azon országok száma, amelyek nemzeti politikáikban közvetlenül utalnak a kábítószerrel összefüggő halálozások csökkentésének céljára: 2004 és 2005 során nyolc ország fogadott el ilyen stratégiát (így a számuk összesen 15-re emelkedett). A nemzeti politikák mellett gyakoriak a városi szinten elfogadott kiegészítő megközelítések: több fővárosban (közéjük tartozik Athén, Berlin, Brüsszel, Lisszabon és Tallinn), de a tágabb, félig városias régiókban (pl. Írország keleti régiójában, Dublin környékén) is saját stratégiát fogadtak el a kábítószerrel összefüggő halálozások csökkentése érdekében. Csehországban, Olaszországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban helyi vagy regionális politikákról számoltak be, Bulgáriában pedig eddig kilenc városban készítették helyi szintű stratégiát.

Az Európai Unió korábbi kábítószer-stratégiájához és cselekvési tervéhez hasonlóan a fertőző betegségek terjedésének megelőzése a jelenlegi stratégiában is fontos cél, és a 2005–08-ra szóló cselekvési tervben a 16. célkitűzésként szerepel. Ez is nyomatékosítja, hogy az európai kormányok és a Bizottság nagy jelentőséget tulajdonítanak a kábítószer-használat egészségügyi következményeinek⁽³⁴⁾.

Az EU országainak nagy többsége és Norvégia világosan megfogalmazta hozzáállását a fertőző

⁽³²⁾ Ld. az NSP-7. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽³³⁾ A 2005–08-ra szóló EU-s cselekvési terv 17. célkitűzése arra szólít fel, hogy a kábítószer-használattal összefüggő halálozások csökkentését minden szinten szerepeltessék konkrét célként, kifejezetten ehhez megtervezett beavatkozásokkal.

⁽³⁴⁾ Különösen a 2005–08-ra szóló EU-s cselekvési terv 16. célkitűzése utal a fertőző betegségek megelőzésére. A 14. célkitűzés a kábítószer-függőséggel járó egészségügyi ártalmak megelőzéséről és csökkentéséről szóló, 2003-ban elfogadott ajánlás (2003/488/EK tanácsi ajánlás) végrehajtására szólított fel. 2007-re irányozták elő egy bizottsági jelentés elkészítését az ajánlás végrehajtásáról, benne a politikai döntéshozóktól és a Reitox nemzeti fókuszpontoktól összegyűjtött információkkal, hozzájárulva az EU kábítószer-stratégiájának értékeléséhez.

A börtönben lévő kábítószer-használókkal kapcsolatos intézkedések és beavatkozások az új tagállamokban

Ezek az adatok az EMCDDA és a WHO/Európa 2005-ben lebonyolított közös adatgyűjtési projektjéből származnak ⁽¹⁾.

Az új tagállamok többsége beszámolt a drogtesztek elvégzéséről a börtönökben, ugyanakkor a drogtesztelési rendszereket tekintve vannak különbségek az országok között. A foglyokat belépéskor csak Csehországban, Máltán és Szlovéniában vizsgálják. Ugyancsak Málta és Szlovénia az a két ország, ahol eltávozás előtt is tesztet végeznek a bebörtönzötteken. Csehországban, Máltán, Szlovéniában és Szlovákiában valamennyi börtönben végeznek szűrőpróbaszerű drogteszteket, Magyarországon csak a börtönök kevesebb mint 50%-ában.

Az új tagállamok börtöneiben a beavatkozásokat tekintve a kábítószermentes kezelési módszerek domináltak, de az ilyen beavatkozások hatóköre korlátozott. A pszichológiai támogatással együtt nyújtott kábítószermentes kezeléshez a jelentések szerint a börtönök kevesebb mint 50%-ában lehet hozzáférni Csehországban, Észtországban, Litvániában, Magyarországon, Lengyelországban és Szlovákiában. A legtöbb országban vannak kábítószermentes egységek, de csak Csehországból és Szlovéniából jelentették ilyen létesítmények meglétét a börtönök több mint 50%-ában. A rövid gyógyszeres detoxikálás szélesebb körben érhető el (Lettország, Magyarország, Málta, Szlovénia és Szlovákia valamennyi börtönében).

Az új tagállamokban általában véve alacsony azon foglyok száma, akik hozzájutnak az antagonistákkal végzett és helyettesítő kezeléshez. Az antagonistákkal való kezelés

a sürgősségi esetektől eltekintve gyakorlatilag nem létezik, és az akut detoxikálást célzó opiáthelyettesítő kezelés börtönbeli meglétéről is kevés ország számolt be (Magyarország, Málta, Lengyelország és Szlovénia). A kábítószerrel összefüggő, szabadon bocsátás előtti beavatkozások többnyire a tanácsadásban és a tájékoztatásban merülnek ki (Csehország, Lettország, Litvánia, Magyarország, Lengyelország, Szlovénia és Szlovákia). A szabadon bocsátás előtti beavatkozások keretében helyettesítő kezelést lehet igénybe venni Szlovénia összes börtönében, valamint a lengyelországi börtönök kevesebb mint 50%-ában.

Az injekciós kábítószer-használókat megcélzó ártalomcsökkentő intézkedésekről az új tagállamokban csak néhány börtön számolt be. Tű- és fecskendőcsere-programot a börtönökben egyik új tagállamban sem folytatnak, és csak Észtország, Litvánia és Szlovénia számolt be fertőtlenítő szerek biztosításáról a fecskendők tisztításához. A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségeket viszont kezelik a börtönökben. A hepatitis B elleni védőoltás a hat új tagállam minden börtönében elérhető (Csehország, Észtország, Magyarország, Málta, Szlovénia és Szlovákia), a hepatitis C-vel fertőzött foglyok számára elérhető antivirális kezelésről pedig öt ország számolt be (Csehország, Litvánia, Lengyelország, Szlovénia és Szlovákia). A HIV-pozitív foglyoknak biztosított antiretrovirális kezelésről valamennyi új tagállam beszámolt ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Adatszolgáltató országok: Csehország, Észtország, Lettország, Litvánia, Magyarország, Málta, Lengyelország, Szlovénia és Szlovákia. További hivatkozásokért ld.: EMCDDA (2005c).

⁽²⁾ Ciprusra vonatkozó adatok nem állnak rendelkezésre.

betegségek kábítószer-használók körében való terjedésének a megelőzéséhez, és ezt vagy nemzeti kábítószer-stratégiájukban konkrét célkitűzésként vagy feladatként tüntették fel, vagy külön politikai dokumentumot fogadtak el, részletezve, hogy hogyan kellene megoldani a fertőző betegségek megelőzését a kábítószer-használók körében (Spanyolország, Lettország, Luxemburg, Svédország), illetve vannak olyan országok (Észtország, Franciaország, az Egyesült Királyság), amelyek mindkét helyen foglalkoztak ezzel a kérdéssel. Málta és Ausztria most tervezi a konkrét politika megfogalmazását az ehhez a területhez való viszonyulásukról.

Németországban és Görögországban a nemzeti kábítószer-stratégiának a fertőző betegségek megelőzésére szolgáló konkrét intézkedések is részét képezik, ugyanakkor a fertőző betegségek megelőzését kifejezett célkitűzésként nem nevezték meg.

A fertőző betegségek megelőzésére szolgáló stratégiák az esetek többségében viszonylag frissek, elfogadásuk ideje pedig több országban is egybeesett az EU korábbi (2000–04-es) kábítószer-stratégiájával, amelyben első alkalommal

nevezték meg európai célként a fertőző betegségek előfordulásának csökkentését a kábítószer-használók körében.

Az NFP-k országjelentései szerint ⁽³⁵⁾ a nemzeti stratégiákban szereplő célkitűzések és célcsoportok európai szinten ugyancsak nagyfokú szinergiát mutatnak. Az injekciós kábítószer-használók mellett a célcsoportok közé tartoznak a szexmunkások és a bebörtönzöttek is. A fiatalokat és a nem injekciós kábítószer-használókat különösen az új közép-európai tagállamokban, de rajtuk kívül Norvégiában is fontos célcsoportnak tekintik a fertőző betegségek megelőzésére irányuló intézkedések szempontjából. A dán és észti politikában a célcsoportokat még inkább kibővívte minden olyan csoportot ide sorolnak, amely szoros kapcsolatban van a kábítószer-használókkal.

A fertőző betegségek csökkentésére irányuló stratégiák sok EU-s országban kifejezetten a HIV/AIDS terjedését próbálják megállítani, különösen Észtországban, Spanyolországban, Cipruson, Lettországon és Litvániában. 10 országnál (37%) viszont a fertőző betegségekkel kapcsolatos stratégiák kifejezetten a hepatitis C-fertőzés kábítószer-használók körében való terjedésének a megelőzését említik ⁽³⁶⁾. Írország

⁽³⁵⁾ Ez az elemzés nagyjából a strukturált kérdőív (SQ 23) szerinti országos beszámolókon alapul, ezt aktualizálták a nemzeti fókuszpontok által az országjelentésekben megadott információkkal.

⁽³⁶⁾ Ideértve Franciaországot és Angliát, amelyek egyformán kiérlelt stratégiákkal rendelkeznek a hepatitis C megelőzésére: ezek a *Plan National Hépatites Virales C et B (2002–2005)* (<http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/hepatites/situation.htm>), illetve a *Hepatitis C: Action Plan for England, 2004* (<http://www.dh.gov.uk/>).

2004-ben konzultációs folyamatot indított egy ilyen stratégia elkészítése érdekében, Németországban pedig ajánlásokat adtak ki a megelőzésről és a kezelésről. Ausztriában a szakmai és a nyilvános párbeszéd az erről a témáról Bécsben rendezett 2005-ös nemzetközi konferencia nyomán élénkült meg.

Az ártalomcsökkentő stratégiák fontos részét képezik a mai kábítószer-használatra adott európai válasznak, és az EU 2005–12-re szóló kábítószer-stratégiájában is fontos prioritás az egészségügyi ártalmak megelőzésére és csökkentésére irányuló szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása. Az egészségügyi ártalom csökkentése tekintetében az EU kábítószer-stratégiája által biztosított közös stratégiai platformot szerte az EU-ban számos nemzeti politikában vizsgálhatjuk, és a bizonyítékon alapuló válaszok általános érvényesítéséhez is hozzájárult ezen a területen.

2004-ben a fecskendők hozzáférhetőségének ellenőrzésében európai szinten javulást jegyeztek fel. Az alacsony küszöbű ügynökségek által nyújtott további fontos szolgáltatások széles körének biztosítását, kihasználtságát és lefedettségét országos szinten a legtöbb országban alig tartják nyilván. Ezért nehéz európai körképet összeállítani. Az adathelyzet javítására szolgáló projekt leírása „Az alacsony küszöbű ügynökségek mint fontos adatforrások” rovatban olvasható.

Célzott kezelés és minőségirányítás

Az EU jelenlegi cselekvési terve a magas színvonalú kezelések és ártalomcsökkentő szolgáltatások biztosítására is felszólít.

A minőségirányítási eszközök használata a kezelés és az ártalomcsökkentés megtervezése szintjén olyan szolgáltatásokat eredményezett, amelyek jobban igazodnak a célcsoportokhoz, pl. figyelembe veszik a nemek szerinti csoportok eltérő szükségleteit (ld. még a nemekről szóló kiválasztott témakört).

EU-szerte gyakori jelenségnek számítanak a kizárólag egy körülhatárolt célcsoportot kiszolgáló kezelési egységek vagy programok. A gyermekeket és a 18 évesnél fiatalabbakat 23 országban külön erre szakosodott intézményeknél kezelik; a pszichiátriai komorbiditással súlyosított helyzetű kábítószer-használók kezelése 18 országban erre szakosodott intézményeknél történik; kifejezetten nőknek létrehozott programokat pedig Ciprus, Lettország, Litvánia, Bulgária és Törökország kivételével valamennyi országból jelentettek. A bevándorló kábítószer-használók vagy a speciális nyelvi igényekkel, illetve vallási vagy kulturális háttérrel rendelkező csoportok igényeire tervezett szolgáltatások kevésbé elterjedtek, de ezek elérhetőségéről Belgiumból, Németországból, Görögországból, Spanyolországból, Litvániából, Hollandiából, Finnországból, Svédországból és az Egyesült Királyságból számoltak be.

Kannabisz- vagy kokainhasználók kezelésére szakosodott egységeket 13 országból jelentettek, nyolc országban pedig a kábítószerügyi ügynökségen belül külön

Az alacsonyküszöbű ügynökségek, mint az adatok fontos forrásai

Az alacsonyküszöbű ügynökségek meghatározó szerepet játszanak a kábítószer-használók ellátásokhoz való hozzáféréseinek javításában. A kábítószer-használók „rejtett”, nehezebben elérhető vagy az ellátórendszerrel való kapcsolatból kikerült populációi számára ezek az ügynökségek kapcsolatfelvételi pontként szolgálhatnak, továbbá az orvosi és szociális szolgáltatásokhoz alkalmas körülményeket tudnak biztosítani.

Bár a szolgáltatásnyújtás dokumentálására szolgáló rendszer valamilyen formában mindegyik alacsonyküszöbű ügynökségnél működik, valamint a megfigyelés és a beszámolás adott esetben kiterjedt lehet, e tevékenységek célja elsősorban a finanszírozó szervek felé való elszámolás, és így kevésbé irányulnak a belső minőségirányításra vagy a szolgáltatások megtervezésére és értékelésére. Az összegyűjtött értékes információk nagyon gyakran megrekednek az egyes ügynökségek szintjén. Annak ellenére, hogy a kábítószer-használati minták és tendenciák, illetve a szolgáltatásokhoz való hozzáférés megfigyelésében fontos szerepet tudna vállalni, az alacsonyküszöbű rendszer nagyrészt kihasználatlannak tűnik. Ennek egyik fő akadálya a gyűjtött információ szabványosításának és összehasonlíthatóságának hiánya.

Az ártalomcsökkentő szolgáltatások biztosításáról és kihasználtságáról rendelkezésre álló adatok minőségének javításához fontos egy olyan adatgyűjtési eszköz megléte, amely megfelel az ügynökségeknek, ugyanakkor az országos és európai megfigyelés szempontjából is mérvadó eredményeket hoz. Ebbe az irányba tett kezdeményezésnek tekinthető a Franciaország, Írország, Magyarország és Norvégia nemzeti fókuszpontjaitól érkező szakértők támogatásával indult közös EMCDDA–Correlation projekt. A Correlation hálózat (a Társadalmi Integráció és az Egészségügy Európai Hálózata, www.correlation-net.org) 27 európai ország kormányzati és nem kormányzati szervezeteit képviseli, finanszírozása az Európai Bizottság (DG SANCO) közegészségügyi programjából történik.

kezelési program van e csoportok számára. Az ilyen szolgáltatások rendelkezésre állását és hozzáférhetőségét azonban a legtöbb országban alacsonynak találták. Spanyolországból, Szlovákiából és az Egyesült Királyságból hasonló jellegű, az amfetaminhasználókra szakosodott programot jelentettek.

A kezelés és a gondozás minőségének javítása érdekében tett további konkrét lépések közé tartozik még az egyedi esetkezelés, a specialista szolgáltatások közvetítése (azaz a komorbiditás kezelése) és a páciens kezelés előtti felmérése, hogy a páciens profilkja jobban igazodjon a kínált kezeléshez, ami által hosszabb lehet a kezelésben töltött idő, és javulhat a kezelés hatékonysága.

A kezelési lehetőségek általános bővülése ellenére a kábítószerrel foglalkozó szolgálatok számára

változatlanul kihívást jelent a kábítószer-használók néhány csoportjával – különösen a hosszú távú, krónikus problémáktól szenvedőkkel – való együttműködés. E nehezen elérhető populációk esetében a kapcsolatfelvételt és a kezelésbe való bevonást az elérésre irányuló, illetve az alacsony küszöbű beavatkozások révén szokták megkísérelni. Több ellentmondást hord magában a néhány országban kifejlesztett, felügyelt kábítószer-fogyasztó helyiségek ügye, amelyek elsősorban az injekciós kábítószer-használókat veszik célba, de olykor a krekks vagy a heroin szívására is kiterjesztik a szolgáltatást (ld. EMCDDA, 2004c). A szolgáltatások fejlesztésén és a kísérletezésen belül ugyancsak ellentmondásos terület a heroin használata néhány országban a kábítószer-helyettesítő kezelés hatóanyagaként. Bár az egyéb kezelési lehetőségekhez viszonyítva ezen a területen igen korlátozott tevékenységek folynak, néhány vizsgálat arra mutatott rá, hogy a heroin felírása potenciálisan kedvező lehet azon páciensek szempontjából, akiknél a metadonnal végzett fenntartó kezelés sikertelen volt. A heroinnal támogatott kezelés esetében egy nemrégiben készített, randomizált, kontrollcsoportos német kísérlet (Naber és Haasen, 2006) pozitív eredményekről számolt be mind az egészségi állapot, mind a tiltott kábítószer-használatának csökkenése szempontjából. Mindazonáltal Európában eddig nem sikerült egyértelmű konszenzusra jutni e módszer költségeivel és előnyeivel kapcsolatban, így ezen a területen változatlanul heves politikai és tudományos viták folynak.

A kezelés elérhetőségének és színvonalának javulásával néhány európai városban a kábítószer-használat közösségre gyakorolt hatásainak csökkentésére is kezdtek odafigyelni. A határozott segítségnyújtási munka és az alacsony küszöbű drogszolgálatok vonzó skálája néhány helyi közegben ígéretesnek tűnt (ld. „Az ártalomcsökkentési szemléletek” -et az 5. fejezetben), és a későbbiekben is értékes és hatékony modellnek bizonyulhat, amit a peremre szorult csoportokkal való kommunikáció újratevéséhez és végső soron a kezelésig való elvezetésükhöz szélesebb körben is lehetne használni.

A „biztonságosabb” helyettesítő termékek (azaz a feketepiacra kisebb valószínűséggel eltérített termékek) kifejlesztése valószínűsíti, hogy a drogfüggőség kezelése egyre inkább a háziorvosok praxisába fog tartozni. Ez egyfajta normalizálódási folyamatot is jelent, ami lehetővé teszi, hogy a drogfüggőséget más krónikus betegségekhez, így pl. a cukorbetegségekhez hasonlóan kezeljék.

Néhány ország arról számolt be, hogy a helyettesítő kezelésben részt vevő heroinhasználók nagy csoportjai egybehangzóan igénylik a társadalmi visszailleszkedésüket támogató intézkedéseket, különösen a fizetett munkát. A jelenlegi gazdasági körülmények között sok országban

gondot okozhat az idősebb heroinhasználók szakmai visszailleszkedési igényeinek kielégítése, még akkor is, ha sikerült a kábítószer-fenntartó kezelésben stabilizálódniuk. A helyzetet tovább súlyosbítja a csoportra jellemző magas halálozási szint.

Társadalmi visszailleszkedés

A rendelkezésre álló szakirodalom és a tagállamokból származó tények és szám adatok mind ugyanazon igazság irányába mutatnak: a kábítószer-használók sokkal problémásabb és bizonytalanabb élethelyzetekkel szembesülnek, mint a lakosság egésze. Az EU utóbbi két kábítószerügyi cselekvési tervében ezért a társadalmi visszailleszkedés a végső célok egyikéként szerepelt azzal a céllal, hogy javítsák a kábítószer-használók egészségi és társadalmi állapotát.

A 2005–08-ra szóló cselekvési terv felszólítja a tagállamokat, hogy „javítsák a rehabilitációs és a társadalmi visszailleszkedést szolgáló programok hozzáférhetőségét és lefedettségét”. Bár a szociális intézkedések a kezelésnél továbbra is kevésbé bejáratott megoldást kínálnak a problémás kábítószer-használatra, a szakemberek az egészségügyi és szociális intézkedéseket a kábítószer-használók rehabilitációjának eléréséhez adható legjobb válaszként ismerik el.

A társadalmi visszailleszkedésről ⁽³⁷⁾ kevés adat áll rendelkezésre Európában, leginkább az e területre vonatkozó mennyiségi információ összegyűjtésének akadályai miatt. Ezért az alábbiakban vázolt információk többnyire a tagállamokon belüli politikára, végrehajtásra és minőségbiztosításra összpontosító, minőségi értékelésen alapulnak ⁽³⁸⁾.

Az EU cselekvési tervére reagálva 2004/05-ben a jelentéstevő 28 ország közül ⁽³⁹⁾ 20 dolgozott ki stratégiát a kábítószerrel összefüggő társadalmi visszailleszkedésre. További négy országban ezzel a kérdéssel ugyan nem foglalkoztak kifejezetten a nemzeti kábítószer-stratégiában vagy más kábítószerügyi dokumentumban, viszont regionális vagy helyi szinten működött ilyen stratégia; három országban semmi ilyen nem volt.

A fő finanszírozó 11 országban állami/országos szinten keresendő, nyolc országban pedig elsődlegesen regionális/helyi szinten oldják meg a finanszírozást. Nyolc másik országban a finanszírozásból mindkét szint részt vállal, anélkül hogy bármelyikük egyértelműen domináns szerepet töltené be, vagy a finanszírozást az egészségbiztosítási rendszereken keresztül oldják meg.

Az EU tagállamaiban a problémás kábítószer-használók a szociális intézkedésekhez vagy a kizárólag

⁽³⁷⁾ A társadalmi visszailleszkedés definíció szerint „szociális beavatkozás azzal a céllal, hogy a volt vagy jelenlegi problémás kábítószer-használókat beillesse a közösségbe”. A társadalmi visszailleszkedés három pillére: (1) lakhatás; (2) oktatás és (3) foglalkoztatás (a szakképzést is beleértve). Alkalmazhatók egyéb intézkedések is, így például tanácsadás és szabadidős tevékenységek.

⁽³⁸⁾ Bővebb információkért ld. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>.

⁽³⁹⁾ A tagállamok plusz Bulgária, Románia, Törökország és Norvégia, de Észtországról nem áll rendelkezésre információ.

kábítószer-használóknak fenntartott, vagy a szociálisan rászoruló csoportokkal foglalkozó létesítményeken keresztül férhetnek hozzá. Az ilyen intézkedések közül a legfontosabb pillérek egyike a lakhatás. A hajléktalanná lett problémás kábítószer-használóknak leggyakrabban felajánlott szolgáltatás az „általános lakhatási szolgáltatásokhoz” való hozzáférés biztosítása (21 országban), 18 ország külön lakhatási lehetőséget kínál kizárólag a problémás kábítószer-fogyasztóknak, 13 országban pedig a két rendszer ötvözete működik. Ugyanakkor kétségek merültek fel a hajléktalan problémás kábítószer-használók e szolgáltatásokhoz való tényleges hozzáférését illetően. Ezzel kapcsolatban többek között az alacsony rendelkezésre állásról, a kábítószer-használóknak biztosítandó új létesítményekkel szembeni helyi ellenállásról, a korlátozott

hozzáférési kritériumokról és a hajléktalan problémás kábítószer-használók szabálykövetési nehézségeiről számoltak be.

A hajléktalan problémás kábítószer-használók állandó szálláshelyhez juttatása az első lépés stabilizálásuk és rehabilitációjuk felé. A problémás kábítószer-használók becsült száma és a kezelésben részt vevő páciensek közötti hajléktalanok aránya alapján Európában körülbelül 75 600–123 300 hajléktalan problémás kábítószer-használó él. Mivel a létesítmények a legtöbb országban adottak, és néhány ország folytatja is az új struktúrák bevezetését, az intézkedések hatása azon fog múlni, hogy a hajléktalan problémás kábítószer-használók részére tudnak-e hozzáférést biztosítani e szolgáltatásokhoz.

Nemek szerinti áttekintés a kábítószer-használatról és a drogproblémákra adott válaszokról, az EMCDDA 2006-os éves jelentésében: kiválasztott témakörök

A kábítószer-használók között a férfiak általában véve nagy többségben vannak. Az EU-tagállamokban nemcsak a tiltott kábítószerek használata sokkal gyakoribb a férfiak körében, de esetükben a problémák kialakulásának, a kezelés felkeresésének, illetve a kábítószer-használat miatti elhalálozásnak is nagyobb az esélye.

Ez a kiválasztott témakör a kábítószer-használatot és a kapcsolódó problémákat nemek szerinti bontásban vizsgálja. A tárgyalt fontos kérdések közé tartoznak

a következők: Milyen különbségek vannak a férfiak és a nők kábítószer-használatában, és csökken-e a nemek közötti eltérés a terén? Hogyan alakítottak ki a tagállamok nemek szerinti megközelítést a drogprevencióval, a kezeléssel, a társadalmi rehabilitációval és az ártalomcsökkentéssel szemben? A nemek szerint specifikus válaszok egyformán fontosak-e a férfiak és a nők szempontjából?

Ez a kiválasztott témakör nyomtatott formában („A gender perspective on drug use and responding to drug problems”, az EMCDDA *annual report 2006: selected issues*) és az interneten (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) csak angolul érhető el.



3. fejezet

Kannabisz

Kínálat és elérhetőség

Termelés és kereskedelem

A kannabisz változatlanul világszerte a legáltalánosabban termelt és forgalmazott kábítószer (CND, 2006).

A kannabiszgyanta nagyarányú termelése néhány országban, köztük különösen Marokkóban koncentrálódik, de Pakisztán és Afganisztán sem elhanyagolható. A kannabiszgyanta világszintű össztermelését évi 7400 tonnára becsülik (CND, 2006). Az EU-ban elfogyasztott kannabiszgyanta legnagyobb része Marokkóból származik; ezt főként az Ibériai-félszigeten keresztül csempézik be Európába, bár az EU-országokba való továbbszállítás szempontjából Hollandia is fontos másodlagos elosztóközpontnak tűnik. A marokkói kannabisztermelést 2004-ben vizsgálták meg második alkalommal: ekkor a 2003-ashoz képest 10%-os visszaesést tapasztaltak, ami főként a kormányzat beavatkozásának volt köszönhető. 2004-ben a teljes beültetett terület

A lefoglalások és más piaci adatok értelmezése

Az adott országon belüli kábítószer-lefoglalásokat a kábítószerkínálat és elérhetősége szempontjából közvetett mutatóknak tekintik, bár ugyancsak tükrözi a bűnüldöző szervek erőforrásait, prioritásait és stratégiáit, valamint a kereskedők sebezhetőségét a nemzeti és nemzetközi készletcsökkentő stratégiákkal szemben, illetve a beszámolási gyakorlatokat. A lefoglalt mennyiségek egyik évről a másikra nagyfokú ingadozást mutathatnak, ha például az adott évben a lefoglalások némelyike nagyon nagy. Emiatt a lefoglalások száma olykor pontosabb mutatót ad a tendenciákról. A lefoglalások száma minden országban nagy arányban tartalmaz kiskereskedelmi (utcai) szintű kis lefoglalásokat. Amennyiben ismert a lefoglalt kábítószerkínálat származása és rendeltetési helye, ez jelezheti a kereskedelmi útvonalakat és termelőterületeket. A kiskereskedelmi szinten eladott kábítószerkínálat tisztaságáról és áráról a legtöbb tagállam beszámol. Az adatok azonban számos különböző, nem mindig összehasonlítható vagy megbízható forrásból származnak, ami megnehezíti az országok közötti pontos összehasonlítást.

120 500 hektár volt a Rif régióban, ami potenciálisan 2760 tonna kannabiszgyanta termelésének felel meg (UNODC és a marokkói kormány, 2005).

2004-ben az EU-ban lefoglalt kannabiszgyanta forrásországai között említették még Albániát, Portugáliát, Szenegált, Afganisztánt, Pakisztánt és több közép-ázsiai országot (Reitox-országjelentések, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

A növényi kannabisz világszintű potenciális termelését 2003-ban 40 000 tonnánál is többre becsülték (CND, 2005), a világ különböző pontjain található forrásországokkal. Az EU-ban 2004-ben lefoglalt növényi kannabisz származási országai nagy változatosságot mutattak, Hollandiával és Albániával az élen, de Angola, Dél-Afrika, Jamaica és Thaiföld szintén közöttük szerepelt (Reitox-országjelentések, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006). Emellett az EU-tagállamok többségében vannak helyi (szabadföldi vagy fedett) ültetvények, ahol kannabisztermékek előállítására folyik.

Lefoglalások

2004-ben világszinten összesen 1471 tonna kannabiszgyantát és 6189 tonna kannabisznövényt foglaltak le. A lefoglalt kannabiszgyanta nagyobb része Nyugat- és Közép-Európában (74%), illetve Délnyugat-Ázsiában és a Közel- és Közép-Keleten (19%) került elő, míg a kannabisznövényből lefoglalt mennyiségek elsősorban az Észak-Amerikában (54%) és Afrikában (31%) koncentráltak (UNODC, 2006).

Az EU-ban 2004-ben becslések szerint 275 000 alkalommal foglaltak le kannabiszgyantát, összesen 1087 tonna mennyiségben. A legtöbb lefoglalásról továbbra is Spanyolország számolt be (amely az EU-n belül az összes lefoglalás körülbelül feléért, a teljes lefoglalt mennyiségnek pedig háromnegyedéért felelt), mögötte pedig Franciaország és az Egyesült Királyság következett ⁽⁴⁰⁾. Bár a gyanta lefoglalásainak száma az EU egészét tekintve 1999 és 2003 között csökkent, a jelentéstevevő országokból jelzett tendenciák az EU szintjén 2004-ben növekedést jeleznek ⁽⁴¹⁾. Az EU-ban lefoglalt gyanta össz mennyisége az 1999–2004 közötti

⁽⁴⁰⁾ Ezt majd össze kell vetni a hiányzó 2004-es adatokkal, amikor már rendelkezésre állnak. A kannabiszlefooglalások számáról és a lefoglalt kannabisz mennyiségéről Írország és az Egyesült Királyság esetében nem állt rendelkezésre 2004-es adat; Hollandia tekintetében a kannabiszlefooglalások számáról nem volt 2004-es adat. A becslések céljából a hiányzó 2004-es adatokat a 2003-asokkal helyettesítették. A Hollandia részéről a 2004-ben lefoglalt mennyiségekre nézve megadott adatok csak becslések voltak, amelyeket ezért nem lehetett szerepeltetni a 2004-es tendenciák elemzésében.

⁽⁴¹⁾ Ld. a SZR-1. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

időszakban folyamatos emelkedést mutat, bár 2004-ben az országok többsége (de Spanyolország éppen nem) visszaesésről számolt be ⁽⁴²⁾.

A növényi kábítószer lefoglalása kevésbé jellemző az EU-ban: 2004-ben becslések szerint 130 000 alkalommal került sor lefoglalásra, összesen 71 tonna mennyiségben; a lefoglalások többsége az Egyesült Királyságban történt ⁽⁴³⁾. A kábítószer növény lefoglalásainak száma az EU-ban 1999 óta kitaróan emelkedett ⁽⁴⁴⁾, bár a lefoglalt mennyiségek a jelentésvető országokban 2001 óta csökkentek ⁽⁴⁵⁾. Ez csak egy előzetes összegzés, mivel az Egyesült Királyság 2004-es adatai egyelőre nem állnak rendelkezésre.

2004-ben az EU-ban és a tagjelölt országokban történt, 12 800-ra becsült lefoglalás körülbelül 22 millió kábítószer növény, illetve 9,5 tonnányi kábítószer növény megtalálásához vezetett, a lefoglalt mennyiségeket tekintve Törökországgal az élen ⁽⁴⁶⁾. A kábítószer növények lefoglalásainak száma 1999 óta emelkedett, és – e jelentésvető országok adatai alapján – ez az emelkedés 2004-ben is folytatódott.

Ár és erősség

A kábítószer gyanta kiskereskedelmi ára 2004-ben az EU-ban a portugáliai grammonkénti 2,3 euro és a norvégiai grammonkénti 12 euro feletti összeg között mozgott, míg a kábítószer növény ára a Portugáliában feljegyzett grammonkénti 2,7 euro és a Máltán megfigyelt grammonkénti 11,6 euro között változott; az országok többsége a kábítószer termékek esetében 5–10 euro közötti grammonkénti árról számolt be ⁽⁴⁷⁾.

A kábítószer gyantának az infláció mértékének megfelelően kiigazított átlagára ⁽⁴⁸⁾ az 1999–2004 közötti időszak során valamennyi jelentésvető országban csökkent ⁽⁴⁹⁾, kivéve Németországot és Spanyolországot, ahol az árszint változatlan maradt, illetve Luxemburgot, ahol némi emelkedés történt. A meghatározatlan típusú vagy importált

kábítószer növénynek az infláció mértékének megfelelően kiigazított átlagára ⁽⁵⁰⁾ ugyanebben az időszakban ugyancsak csökkent a jelentésvető országok többségében, de stabil maradt Spanyolországban és Hollandiában, illetve emelkedett Németországban, Lettországon, Luxemburgban és Portugáliában. A helyileg termesztett kábítószer növény átlagáráról csak két ország – Hollandia és az Egyesült Királyság – számolt be; az ár mindkét országban visszaesett.

A kábítószer termékek erősségét az elsődleges hatóanyag, a Δ^9 -tetrahydrokannabinol (THC) tartalma határozza meg (EMCDDA, 2004b). 2004-ben a jelentések szerint a kábítószer gyanta átlagos THC-tartalma kiskereskedelmi szinten az 1%-nál kevesebb (Bulgária) és a 16,9% (Hollandia) között mozgott, míg a kábítószer növény erőssége a 0,6%-tól (Lengyelország) a 12,7%-ig (Anglia és Wales) ⁽⁵¹⁾ terjedő tartományban volt. A helyileg termesztett kábítószer növény erősségét Hollandiából 17,7%-nak jelentették ⁽⁵²⁾.

A kábítószer használat előfordulása és mintái

A kábítószer a leggyakrabban használt tiltott anyag Európában. Az 1990-es évek során használata szinte valamennyi EU-s országban nőtt, különösen a fiatalok körében, a diákokat is beleértve.

Becslések szerint az európai felnőttek közül körülbelül 65 millióan, azaz a 15–64 évesek kb. 20%-a már legalább egyszer kipróbálta az anyagot ⁽⁵³⁾, bár arról nem szabad megfeledkezünk, hogy ezek többsége jelenleg nem használja. Az országos adatok igen változatosak, a 2% és a 31% közötti értékekkel, ezen belül Máltán, Bulgáriában és Romániában a legalacsonyabbak, Dániában (31%), Spanyolországban (29%), Franciaországban (26%) és az Egyesült Királyságban (30%) a legmagasabbak ⁽⁵⁴⁾. Az információval rendelkező 25 ország közül 13 a 10–20% közötti tartományba eső életprevalencia-rátát közölt ⁽⁵⁵⁾.

⁽⁴²⁾ Ld. a SZR-2. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴³⁾ Lásd a 40. lábjegyzetet. A kábítószer növény 2004-es lefoglalásainak számáról Lengyelország esetében nem áll rendelkezésre adat.

⁽⁴⁴⁾ Ld. a SZR-3. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴⁵⁾ Ld. a SZR-4. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴⁶⁾ Lásd a 40. lábjegyzetet.

⁽⁴⁷⁾ Ld. a PPP-1. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴⁸⁾ A pénz értéke tekintetében minden országnál 1999-et tekintve bázisévnek.

⁽⁴⁹⁾ Az 1999–2004 időszak során a kábítószer gyanta/-növény árai legalább három egymást követő évben a következő országok esetében álltak rendelkezésre: Belgium, Ciprus, Csehország, Németország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Hollandia, Lengyelország, Portugália, Szlovénia, Svédország, az Egyesült Királyság, Bulgária (csak a növény), Románia, Törökország és Norvégia. A csehországi tendenciákat azonban a benyújtott adatokat érintő módszertani korlátok miatt nem elemezték.

⁽⁵⁰⁾ A pénz értéke tekintetében minden országnál 1999-et tekintve bázisévnek.

⁽⁵¹⁾ Ld. a PPP-2. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁵²⁾ Ld. a PPP-5. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁵³⁾ Az átlagos arányt az országos előfordulási rátáknak az egyes országok megfelelő korcsoportba tartozó populációja szerint súlyozott átlagaként számították ki. A teljes számokat az egyes országok érintett populációjának körében mért előfordulás beszorzásával kapták meg, az információval nem rendelkező országok esetében pedig az átlagos előfordulást számították be. Az itt szereplő számok valószínűleg a minimumot jelentik, mivel feltételezhető a valóságnál valamivel alacsonyabb mértékű bevallás.

⁽⁵⁴⁾ Az Egyesült Királyság ebben a szövegben szereplő számadatai gyakorlati okokból a 2005-ös brit bűnügyi felmérésen alapulnak (Anglia és Wales). Ezt egészítik ki a Skóciára és Észak-Írországra vonatkozó becslések, illetve az Egyesült Királyságra vonatkozó kombinált becslés (amelyet a statisztikai közlöny is bemutat).

⁽⁵⁵⁾ Ld. a GPS-1. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

A lakosság kábítószer-használatának felbecsülése

A kábítószer-használatot az általános vagy iskolai népességben felmérések útján értékelik, amelyek becslésekkel szolgálnak a populáció azon hányadáról, akik úgy nyilatkoznak, hogy egy megadott időtartamon belül használtak kábítószer-t: egész életük során, az elmúlt évben vagy az elmúlt hónapban.

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

A „kipróbálás” a felnőttek körében a jelenlegi helyzet mutatójaként korlátozott értékű információ (ugyanakkor az iskoláskorú gyermekeknél fontos mutató lehet), de betekintést adhat a használati minták egyes aspektusaiba. Az „elmúlt évi használat” és az „elmúlt havi használat” jobban visszaadja a jelenlegi helyzetet, ezen belül az utóbbi nagyobb eséllyel tényleg azokat tartalmazza, akik a kábítószer-t rendszeresen használják.

Az alkohorról és más kábítószerekről végzett európai iskolai felmérés projekt (ESPAD) fontos információforrás az európai diákok kábítószer- és alkoholhasználatát tekintetében, és az időbeli tendenciák rögzítéséhez is nélkülözhetetlen. Az ESPAD felméréseit 1995-ben, 1999-ben és 2003-ban végezték. A következő felmérésre 2007-ben kerül sor.

Az ESPAD az összehasonlítható eredmények elérése érdekében a 15–16 éves diákok országosan reprezentatív mintáit szabványosított módszerek és eszközök segítségével méri fel. Az ESPAD-ban való részvétel minden felméréssel egyre nőtt: 1995-ben 26, 1999-ben 30, 2003-ban pedig már 35 európai ország vett részt benne, köztük 22 tagállam és négy tagjelölt ország (Bulgária, Horvátország, Románia és Törökország). A felmérés kérdéseinek középpontjában az alkohol és a tiltott kábítószerek szabványos időbeli kereteken belüli fogyasztása, illetve használata, valamint a használati gyakoriság állt.

Az ESPAD-ról és a jelentések elérhetőségéről szóló információk megtalálhatók az ESPAD weboldalán (www.espad.org).

(1) A lakossági felmérések módszertanára és az egyes országos felmérésekben alkalmazott módszertanra vonatkozó bővebb információért ld. a 2006. évi statisztikai közlönyt.

Az előző évi használat egyértelműen alacsonyabb, mint az élet során bármikor történt kipróbálás. A becslések szerint körülbelül 22,5 millió európai használt kábítószer-t az elmúlt évben, ami a 15–64 évesek kb. 7%-át jelenti. Az országos adatok 1% és 11% között vannak, a legalacsonyabb előfordulást Görögországból, Máltáról és Bulgáriából jelentették, a legmagasabb értékeket pedig Spanyolországból (11,3%), Franciaországból (9,8%) és az Egyesült Királyságból (9,7%)⁽⁵⁶⁾.

Az előző havi használat előfordulásának becslései jobban tükrözik a kábítószer rendszeres használatát. A becslések szerint 12 millió európai felnőtt, azaz a felnőttek 4%-a használta a kábítószer-t az előző 30 napban. Az országos adatok 0,5% és 7,5% között változnak, ami 15-szörös különbséget jelent. A legalacsonyabb számokat Litvániából, Máltáról, Svédországból és Bulgáriából, a legmagasabbakat pedig Csehországból (4,8%), Spanyolországból (7,6%) és az Egyesült Királyságból (5,6%) jelentették⁽⁵⁷⁾.

Az illegális kábítószerek, köztük a kannabisz használata elsősorban a fiatalok körében koncentrálódik. 2004-ben a 15–34 éves európaiak 3–44%-a nyilatkozott úgy, hogy próbálta már a kannabiszt, 3–20%-a használta az elmúlt egy évben, 1,5–13%-uk pedig az elmúlt hónapban is; e téren ismét Csehországból, Spanyolországból és az Egyesült Királyságból származtak a legmagasabb számok. A korcsoport tekintetében az európai átlag 32% a kipróbálás, 14% az elmúlt évi használat (szemben a 35–64 évesek 2%-ával) és több mint 7% az elmúlt havi használat esetében (szemben a 35–64 évesek 1%-ával)⁽⁵⁸⁾.

A kannabiszhasználat a 15–24 évesek körében még gyakoribb, 3% és 44% közötti életprevalenciával (a legtöbb országból a 20–40% közötti tartományba eső értékeket jelentettek), 4%-tól 28%-ig terjedő elmúlt évi használat (a legtöbb országban 10–25%) (2. ábra), illetve 1% és 15% közötti múlt havi használat (a legtöbb országban 5–12%), a férfiak körében általában magasabb előfordulási arányokkal, mint a nőknél. Az új tagállamokban a 15–24 évesek körében a kannabiszhasználat jellemzően ugyanabban a sávban mozog, mint az EU-15 tagállamaiban, az idősebb korcsoportokban viszont a használati arányok jelentősen visszaesnek⁽⁵⁹⁾.

Összehasonlításképpen: az Egyesült Államok 2004-es országos kábítószer-használati és egészségügyi felmérése⁽⁶⁰⁾ azt mutatta, hogy a felnőttek (definíció szerint a 12 évesek és idősebbek) 40,2%-a már legalább egyszer kipróbálta az anyagot, szemben az EU kb. 20%-os átlagával. Ez a legmagasabb életprevalencia-rátákkal rendelkező európai országokénál (Dánia 31,3% és az Egyesült

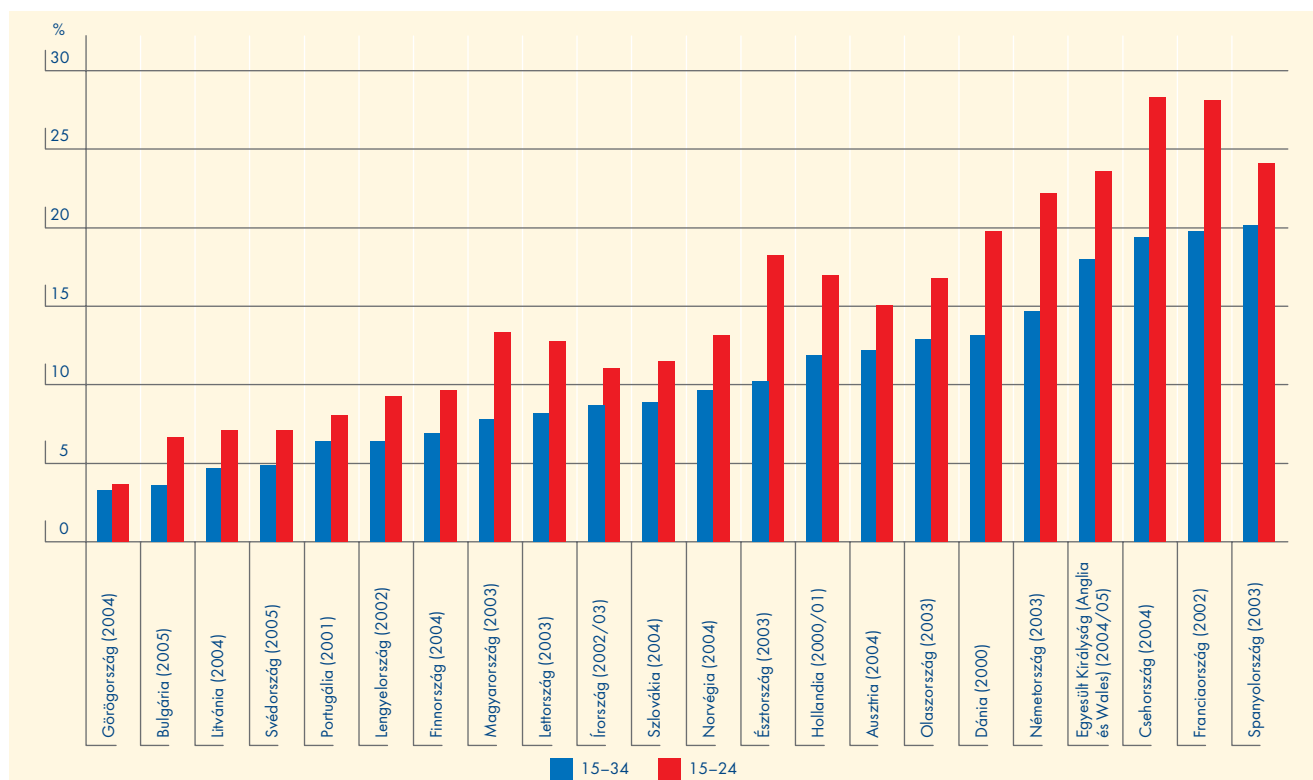
(56) Ld. a GPS-3. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

(57) Ld. a GPS-5. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

(58) Ld. a GPS-2., GPS-4. és GPS-6. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

(59) Ld. a GPS-14., GPS-15. és GPS-16. táblázatot, illetve a GPS-2., GPS-3., GPS-11., GPS-12., GPS-13. és GPS-26. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

(60) Forrás: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Meg kell jegyeznünk, hogy az amerikai felmérésben az „összes felnőtt” kortartománya (12 évesek és idősebbek) szélesebb, mint az európai felmérésekben használt standard kortartomány (15–64 év).

2. ábra: A kábítószerhasználat előző évi előfordulása a fiatal felnőttek (15–34 évesek és 15–24 évesek) körében

Megjegyzés: Az adatok a bejelentés idején az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származnak. Bővebb információkért lásd a GPS-8., GPS-11. és GPS-18. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox-országjelentések (2005), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

Királyság 29,7%) is magasabb, bár az elmúlt évi használat becslései már kevésbé markáns különbségeket mutatnak: ez az Egyesült Államokban 10,6%, szemben a 7%-os európai átlaggal, és több európai ország is az USA-ban mérthez hasonló számokról számolt be.

Öt EU-tagállam (Belgium, Spanyolország, Ciprus, Olaszország és az Egyesült Királyság) közötti országos iskolai felmérésekből származó új adatokat, Bulgária pedig két nagyváros iskolai felméréseinek adatairól számolt be. A diákok körében előforduló kábítószerhasználat összességében nem változott. A 15–16 éves diákok körében a kábítószerhasználat legmagasabb életprevalenciáját Csehországban és Spanyolországban mérték (44%, illetve 41%). 25%-nál magasabb arányt jelentettek Németországból, Olaszországból, Hollandiából, Szlovákiából és Szlovéniából (27–28%), illetve Belgiumból, Franciaországból, Írországból és az Egyesült Királyságból, ahol az életprevalencia a 32–40% közötti tartományba esett. A legalacsonyabb (10%-nál alacsonyabb) becslést életprevalenciát Cipruson, Görögországban, Svédországban, Romániában, Törökországban és Norvégiában mérték ⁽⁶¹⁾.

A 15–16 éves diákok körében feljegyzett előfordulási becsléseket nem szabad általánosítani az idősebb diákokra,

mivel az életkor kis növekedésével olykor az előfordulás ugrásszerű növekedései járhatnak együtt. A 17–18 éveseknél az életprevalencia becslést értéke Csehországban, Spanyolországban és Franciaországban ⁽⁶²⁾ 50% fölé emelkedett. Svédországban pedig, ahol sok más tagállamhoz képest alacsony az előfordulás, a kábítószerhasználat 14%-ra becslést életprevalenciája a 17–18 éves diákok körében több mint kétszerese a 15–16 éveseknek (6%) ⁽⁶³⁾.

A kábítószerhasználat mintái

Úgy tűnik, hogy a kábítószerhasználat alkalmoszerű, illetve az elkezdés után valamennyi idővel felhagynak vele. Azok közül az európaiak közül, akik már kipróbálták a kábítószer, 33% használta az elmúlt év során is, de csak 16% volt azok aránya, akik az elmúlt 30 napban is használták. Ezek az arányok, az ún. „folytatási arányok” országonként változóak, az elmúlt évi folytatás tekintetében 20–45% között, az elmúlt 30 napi folytatás esetében pedig 10–25% között mozognak ⁽⁶⁴⁾.

Bár a kábítószerhasználat nagyjából a fiatalok körében koncentrálódik, Spanyolország és az Egyesült Királyság adatai arra utalnak, hogy az emberek olykor

⁽⁶¹⁾ Ld. az EYE-1. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶²⁾ Az ESCAPAD ifjúsági felmérésbe az iskolába nem járó 17–18 évesek is beletartoznak.

⁽⁶³⁾ Ld. az EYE-3. táblázatot és az EYE-1. (i. rész) ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶⁴⁾ Ld. a GPS-24. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

harcincas-negyvenes éveikben is tovább használják a szert. Ez további figyelmet érdemel, ugyanis a kannabiszhasználat mintáinak fontos, hosszú távú változását jelentheti.

Más tiltott drogokhoz hasonlóan a kannabiszhasználat aránya is lényegesen magasabb a férfiaknál, mint a nőknél. A különbség az elmúlt évi vagy elmúlt havi használat esetében markánsabban mutatkozik, mint a kipróbálást tekintve, ugyanakkor az ilyen eltérések a fiatalok körében kisebbek, mint az idősebb felnőtteknél (lásd a nemekről szóló kiválasztott témakört). A kannabiszhasználat ezenkívül gyakoribb a városi, illetve a sűrűn lakott területeken. Azt feltételezik, hogy a használat átterjedőben van a kisebb városok vagy vidéki területek felé, és Lengyelország dokumentálta is ezt a tendenciát a 2005-ös országjelentésében.

A rendszeres vagy intenzív kannabiszhasználattal kapcsolatos növekvő aggályok ellenére ⁽⁶⁵⁾ európai szinten csak nagyon korlátozott mértékben áll rendelkezésre információ. A 2004-es éves jelentésben (EMCDDA, 2004a) közölt durva becslés szerint feltételezhető, hogy az európai felnőttek 1%-a, azaz körülbelül 3 millió ember napi vagy közel napi szinten használ kannabiszt. Több országból a rendszeres vagy intenzív kannabiszhasználat növekedését jelentették, de csak Spanyolország számolt be hasonló adatokról a napi használatot tekintve: ez 1997–99 (a felnőttek 0,7–0,8%-a) és 2001 (1,5%) között emelkedett, majd 2003-ban stabilizálódott (1,5%). Hasznos lenne, ha más országoktól, illetve egyes korcsoportok szerint (pl. 15–24 évesek) is rendelkezésre állna ez az információ. A 2003-as francia ESCAPAD felmérés azt állapította meg, hogy egy adott skála (CAST) alapján a 17–18 évesek 14%-a (a lányok 9%-a és a fiúk 18%-a) tekinthető a problémás használat által veszélyeztetettnek. Más országokban szintén dolgoznak az intenzív kannabiszhasználat felmérésére szolgáló skálák összeállításán (Németország, Hollandia, Lengyelország és Portugália), az EMCDDA pedig támogatja az e téren zajló együttműködést.

A kannabiszhasználat tendenciái a felnőttek körében

A kábítószer-használat hosszú távú tendenciáinak nyomon követését Európában megnehezíti, hogy nincsenek megbízható idősoros adatok. Az 1990-es évek elejétől kezdve azonban az országok egyre nagyobb számban indították el a felméréseket, és ezek némelyike mára értékes bepillantást ad az időbeli tendenciákba.

Általános az a nézet, hogy a kannabiszhasználat az 1960-as években kezdett elterjedni néhány európai országban, népszerűvé pedig az 1970-es és 1980-as

A kannabiszhasználat egészségügyi hatásai

A kannabiszhasználat potenciális társadalmi és egészségügyi hatásaival kapcsolatos aggodalom az utóbbi években határozottan nőtt. Bár a rendelkezésre álló bizonyítékok nem adnak határozott értelmezést a kérdésekről, néhány következtetés ezekből is levonható. Az például egyértelmű, hogy az intenzív kannabiszhasználat összefügg a mentális betegséggel, a komorbiditás (társuló betegségek és rendellenességek együttes előfordulása) kérdése viszont összefonódik az ok-okozat kérdéseivel. E viszony összetettségét az EMCDDA egyik készülő monográfiája tárgyalja és próbálja feltárni.

Az a tény, hogy az intenzív kannabiszhasználat gyakran nem drogspecifikus mentális betegségekkel együtt fordul elő, gyakorlati kihatásokkal is bír. A kannabiszhasználat kezelési tervének összeállításakor az orvosoknak olykor nehéz eldönteniük, hogy a kábítószer-használat vagy a mentális egészségügyi probléma felől kezdjék-e meg a kezelést. A problémás kannabiszhasználat kezelésének hatásairól készült vizsgálatok még mindig ritkák, és a néhány meglévő is csak konkrét pszichoszociális kezelésekre terjed ki. A többi kezelési módot még egyáltalán nem, illetve nem kellőképpen tanulmányozták; ezért nincsenek bizonyítékok a hatékonyságra és az eredményességre vonatkozóan.

években vált. A közelmúltban készült országos felmérések Dániában, Németországban, Spanyolországban, Franciaországban, Hollandiában, Svédországban és az Egyesült Királyságban jeleztek jelentős életprevalenciát a 45–54 éves korosztályban, ami a kannabisz erős térhódítására utal a hatvanas évek végén és a hetvenes években. A kannabiszhasználat elkezdéséről készített elemzés a használat jelentős bővülését jelezte Spanyolország esetében az 1970-es években, Németországnál (nyugat) az 1980-as évek során, Görögországban pedig az 1990-es években ⁽⁶⁶⁾. A svéd adatok a sorozásra behívottak körében viszonylag magas kipróbálási szintet dokumentáltak az 1970-es években (15–20%).

Az országos vagy helyi háztartási, sorozási és iskolai felmérések azt mutatják, hogy a kannabiszhasználat az 1990-es évek során szinte valamennyi EU-s országban jelentősen nőtt, különösen a fiatalok körében. Ez a növekedés egészen a közelmúltig folytatódott majdnem minden országban, bár néhány esetben a stabilizálódásra vagy akár a csökkenésre utaló jeleket is lehetett tapasztalni.

Az 1990-es évek elején Európán belül az Egyesült Királyságban volt a legmagasabb a fiatal felnőttek körében (15–34 évesek) mért közelmúltbeli kannabiszhasználat, de ez 1998-tól 2004/05-ig lassan csökkent ⁽⁶⁷⁾, és

⁽⁶⁵⁾ Az „intenzív kannabiszhasználatnak” egyelőre nincs általánosan elfogadott definíciója, sőt, a fogalom meghatározása tanulmányonként változik. Annyit mindazonáltal kijelenthetünk, hogy ez az összefoglaló kifejezés a kannabisz bizonyos gyakorisági küszöböt meghaladó használatát jelöli. Nem szükségszerűen feltételezi a „függőség/visszaélés” vagy más problémák fennállását, de úgy vélik, hogy fokozza a negatív következmények, köztük a függőség kockázatát. Az ebben a fejezetben szereplő számadatok a „mindennapos vagy közel mindennapos” használatra vonatkoznak (definíció szerint az elmúlt 30 napon 20 vagy annál több napon történt használat). Ezt a fajta, az európai mintakérdőívbe eredeztethető behatárolást gyakran használják a tanulmányokban. A függőség kockázata a kevésbé gyakori használók körében alacsonyabb.

⁽⁶⁶⁾ Lásd a 4. ábrát a 2004-es éves jelentésben.

⁽⁶⁷⁾ 1994 óta: ez volt az első év, amikor az információ az Angliára és Walesre vonatkozó brit bűnügyi felmérésen alapult.

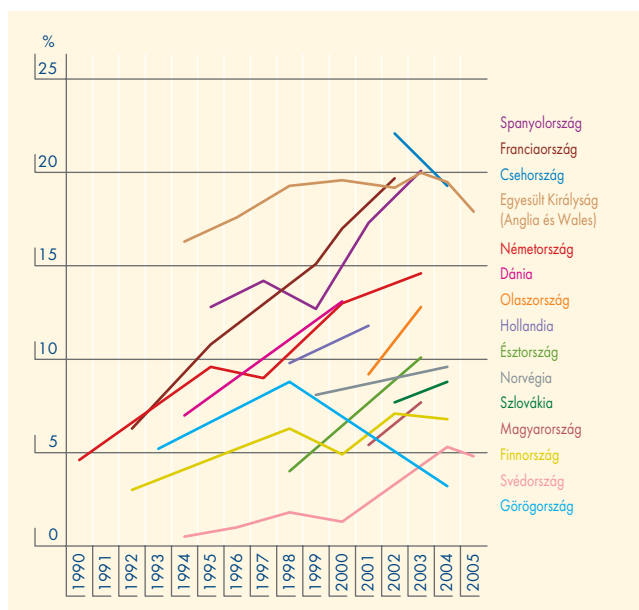
eközben a spanyolországi és franciaországi arányok nemrég (2002-ben vagy 2003-ban) utolérték az Egyesült Királyságban tapasztaltakat (3. ábra). Csehországból hasonlóan magas előfordulási szinteket jelentenek.

A használati szintek Dániában, Németországban, Észtországban, Olaszországban, Hollandiában és Szlovákiában alacsonyabbak, de ezek az országok kivétel nélkül a fiatal felnőttek körében mért elmúlt évi használat emelkedéséről számoltak be, akárcsak – kisebb mértékben – Magyarország. Meg kell jegyezni, hogy a dán (2000) és a holland (2001) adatok már viszonylag régiek, ezért a jelenlegi helyzetről nincs olyan tiszta képünk.

Finnországban és Svédországban az előfordulási arányok viszonylag alacsonyak, de szintén növekedni látszanak; Svédországban azonban a 2000 (1,3%) és 2004 (5,3%) között megfigyelt különbséget a módszertani változtatások miatt nehéz értelmezni ⁽⁶⁸⁾.

Az elmúlt havi előfordulás becsült arányai általánosságban ugyancsak nőttek az elmúlt évtizedben, noha határozott emelkedés csak Belgiumban és Spanyolországban történt. Az Egyesült Királyság nemrég az elmúlt havi használat

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



Megjegyzés: Az adatok a bejelentés idején az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származnak. Bővebb információkért lásd a GPS-4. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox-országjelentések (2005), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

csökkenéséről számolt be, ezt megelőzően viszont az 1990-es évek eleje óta Európán belül a legmagasabb arányokat produkálta. Rajta kívül még Szlovákia jelentett be csökkenést a 2002 és 2004 közötti időszakból. Csehországban és Franciaországban a tendenciát nem lehetett értékelni.

Emellett az iskolai felmérések is értékes információkkal szolgálhatnak a kábítószer-használat tendenciáiról a populáció fiatalabb tagjainak körében, ami előrevetítheti a fiatal felnőttek jövőbeni tendenciáit. A legtöbb országban 1995 óta általánosan nőtt azoknak a diákoknak a száma, akik már kipróbálták a kannabiszt. A tendenciák azonban nagyfokú földrajzi változatosságot mutatnak. A kannabiszhasználat életprevalenciájának alakulását a 15–16 éves diákok körében három földrajzi csoportba lehet osztani. Írországban és az Egyesült Királyságban, ahol a kannabiszhasználat hosszú múltra tekint vissza, az életprevalencia ugyan magas, de az elmúlt évtizedben egy szinten maradt (37–39% körül). A kelet- és közép-európai tagállamokban, illetve Dániában, Spanyolországban, Franciaországban, Olaszországban és Portugáliában a kannabiszhasználat életprevalenciája 2003-ban jóval magasabb volt, mint 1995-ben. A tagállamok harmadik csoportjában (északon Finnország és Svédország, délen Görögország, Ciprus és Málta tartozik ide) és Norvégiában a diákok körében becsült életprevalencia viszonylag alacsony szinten maradt (10% körül vagy az alatt) ⁽⁶⁹⁾.

A gyógykezelési igényekkel kapcsolatos adatok ⁽⁷⁰⁾

A 2004-ben bejelentett körülbelül 380 000 gyógykezelési igény közül a kannabiszt az esetek kb. 15%-ában nevezték meg a kezelésre utalás első számú okaként, amivel a heroin után a második leggyakrabban megnevezett kábítószer ⁽⁷¹⁾.

Össességében a kannabisz a heroin mögött a második leggyakrabban említett kábítószer a gyógykezelésre első alkalommal jelentkezőkről szóló jelentésekben is a 2004-ben bejelentett új páciensek 27%-ával, bár az országok között jelentős különbségek vannak, így például Litvániában, Máltán és Romániában az új páciensek kevesebb mint 5%-a nevezte meg a kannabiszt, miközben Németországban, Dániában, Magyarországon és Finnországban az új páciensek több mint 40%-a e szer miatt jelentkezett ⁽⁷²⁾. Az 1999–2004 közötti időszak során a kannabisz miatt kezelésre jelentkező új páciensek aránya a legtöbb adatközlő országban nőtt ⁽⁷³⁾.

Szinte minden olyan országban, ahonnan adatokkal rendelkezünk, a kannabiszhasználat miatt gyógykezelésre

⁽⁶⁸⁾ Ld. a GPS-4. és a GPS-14. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁶⁹⁾ Ld. az EYE-5. (i. rész) táblázatot és az EYE-1. (ii. rész) ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷⁰⁾ Az általános megoszlás és a tendenciák elemzése az összes kezelési központban kezelésre jelentkező páciensek adatain alapul; a páciensek profiljának és a kábítószer-használati mintának az elemzése a járóbeteg-gondozó központok adatain alapul. Az EMCDDA 2006-os éves jelentésével közreadott, a nemekről szóló kiválasztott témakörben külön elemzés is szerepel nemek szerinti bontásban.

⁽⁷¹⁾ Ld. a TDI-2. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷²⁾ Ld. a TDI-4. (ii. rész) táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷³⁾ Ld. a TDI-1. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

jelentkező páciensek aránya magasabb az új páciensek között, mint az összes páciens között; néhány országban ezek az arányok nagyjából megegyeznek ⁽⁷⁴⁾.

A kannabiszhasználat miatt a legnagyobb kezelési igény a járóbeteg-ellátásban jelentkezik ⁽⁷⁵⁾.

A kannabisz miatti kezelés iránti igény valószínűleg számos tényezőhöz kapcsolható, és ez a terület még alapos feltáró kutatásokat kíván. A növekedés lehetséges okai közé tartozhat az intenzív kannabiszhasználat kibővülése és az ezzel járó problémák jelentkezése a lakosság körében, a kannabiszhasználat kockázatainak fokozott felismerése, a büntetőjogi rendszerből kezelésre beutalt személyek számának növekedése – ami néhány országban jól tetten érhető –, valamint a beszámolási rendszerben és/vagy annak hatókörében történt változások ⁽⁷⁶⁾.

A kannabiszhasználó páciensek összességében három csoportra oszthatók: az alkalmi használókra (34%), a heti több alkalommal használókra (32%) és a napi szintű használókra (34%). Az új páciensek kannabiszhasználatának gyakoriságában az egyes országok között markáns különbségek vannak: a mindennapi kannabiszhasználók legmagasabb arányát Hollandiából és Dániából jelentették, az alkalmi, illetve a kezelés előtti hónapban kannabiszt nem fogyasztó használók aránya pedig Németországban, Görögországban és Magyarországon volt a legmagasabb. Ezek az eltérések talán a kezelésre való beutalás különbözőségeit is tükrözik (pl. több embert utalnak be a büntetőbírói rendszerből vagy a szociális hálózatoktól) ⁽⁷⁷⁾.

Fontos kérdés, hogy a kezelésben részt vevő kannabiszhasználók milyen mértékben felelnek meg a diagnosztikai kritériumoknak akár a függőség, akár az ártalmas kábítószer-használat szempontjából. Ez a terület jelenleg további vizsgálatot igényel. Mivel a beutalási gyakorlatok országonként változóak, olyan tanulmányokra van szükség, amelyek dokumentálják a kannabiszhasználat miatt kezelésben részesülők eltérő klinikai jellemzőit.

Néhány páciens más kábítószer használatával vagy alkoholproblémával kombinált kannabiszhasználat miatt jelentkezik kezelésre, és a kezelés iránti kérelem olykor általánosabb problémákhoz, például a fiatalok körében magatartászavarhoz kapcsolódik. Emellett néhány frissebb tanulmány arról is beszámolt, hogy nőtt azoknak a kannabiszhasználat miatt kezelést kérő serdülőknek a száma, akik egyidejűleg más mentális egészségügyi problémával is küzdenek, és ez fontos, a kezelési igényt befolyásoló tényező lehet ⁽⁷⁸⁾.

Ugyancsak fontos, hogy jobban megértsük a kannabiszhasználók igényeit a lakosság szintjén. Az EMCDDA becslése szerint az EU-ban körülbelül 3 millió intenzív kannabiszhasználó él (aki napi vagy közel napi szinten használ kannabiszt). Bár a beavatkozást igénylők száma nem ismert, a kannabisszal kapcsolatos kezelési igények száma ehhez viszonyítva mindenképpen alacsony.

A rendelkezésre álló adatok azt jelzik, hogy a járóbeteg-ellátó központokban kannabisz miatt kezelt páciensek általában viszonylag fiatalok; a kezelésbe újonnan belépő kannabiszhasználó páciensek szinte mindannyian 30 évesnél fiatalabbak. A speciális kábítószeres kezelésen részt vevő tizenévesek nagyobb valószínűséggel kerülnek nyilvántartásba elsődlegesen kannabiszproblémával, mint a többi korcsoport páciensei: a 15 évesnél fiatalabbak körében a kannabisz felel a kezelési igények 75%-áért, a 15–19 évesek között ugyanez a szám már csak 63% ⁽⁷⁹⁾.

A legtöbb páciens úgy nyilatkozik, hogy a kannabiszt először akkor használta, amikor még a legfiatalabb korcsoportokba tartozott; 36,8% azoknak az aránya, akik a kábítószer 15 éves koruk előtt használták először. A kezelésre jelentkezők között szinte senki nem volt, akinél az első kannabiszhasználat 29 éves kor után történt volna ⁽⁸⁰⁾.

Megelőzés

A helyesen végrehajtott egyetemes megelőzési programok a fiataloknál későbbre tolhatják vagy csökkenthetik az olyan anyagok használatának megkezdését, mint a dohány, az alkohol és a kannabisz. Ennek fontosságát hangsúlyozza az a bizonyított tény, hogy a korán (serdülőkor előtt, kb. annak közepéig bezárólag) kezdő használók esetében lényegesen nagyobb a drogproblémák kialakulásának kockázata, a függőséget is beleértve (Von Sydow és mások, 2002; Chen és mások, 2005). A kannabiszhasználat megkezdésének megelőzése vagy késleltetése mellett szól az is, hogy a serdülők sokkal sérülékenyebbek a kannabisz mérgező hatásaival szemben.

A fiatal kannabiszhasználók profilja – legalábbis a fogyasztás korai szakaszaiban – nem tér el a fiatal alkoholfogyasztóktól vagy dohányosoktól. Ez is alátámasztja azt a gondolatot, hogy a fiatalok esetében az egyetemes megelőzésnek nem szabad kizárólag a kannabiszra összpontosítania, hanem az alkoholfogyasztás és a dohányzás megelőzésére is törekednie kell.

A nem fontos kérdés a kannabiszhasználat megelőzésében (lásd a nemekről szóló kiválasztott témakört). A fiúkat talán azért fenyegeti jobban az intenzívebb használat

⁽⁷⁴⁾ Ld. a TDI-3. (iii. rész) és a TDI-4. (iii. rész) táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷⁵⁾ Ld. a TDI-25. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷⁶⁾ Az EMCDDA 2007-ben monográfiát ad ki a kannabiszról, amelyben három fejezet is foglalkozik majd a kannabisszal kapcsolatos kezelési igények növekedésének kérdésével.

⁽⁷⁷⁾ Ld. a TDI-18. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁷⁸⁾ <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>

⁽⁷⁹⁾ Ld. a TDI-10. (i. rész) és (ii. rész) táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸⁰⁾ Ld. a TDI-11. (ii. rész) és (ix. rész) táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

felé való továbblépés, mert a lányok jobban figyelnek a szülői rosszallásra, és óvatosabban járnak el társaik megválasztásában. Ez azonban a hagyományos férfi és női szerepek változásával párhuzamosan a modern társadalmakban átalakulóban van. A kannabisz- illetve az alkoholhasználat megelőzésére irányuló programok (Bagmaendene, Dánia; a „Sör csoport”, Németország; és a Risk Reflecting, Ausztria) számos európai országban a fiúk kommunikációs képességeinek hiányát próbálták célba venni. Ismert tény, hogy a fiúk körében az intenzív alkohol- és kannabiszfogyasztás egyik oka, hogy nehezen tudnak közeledni a lányokhoz, éppen ezért ezek a programok az udvarlás témakörében kínálnak képzést.

Az iskolai célzott megelőzés a kábítószer-használattal kapcsolatos tényezőket veszi célba, mint például a tanulmányok korai abbahagyása, az antiszociális viselkedés, a rossz tanulmányi eredmények, az alacsony szintű kötődés, a rendszertelen iskolalátogatás, illetve a kábítószer-használat miatt hanyagolt tanulás.

A német „Beállva az iskolában” program a korai felismerésre és a korai beavatkozásra, a kannabiszfogyasztás megelőzésére, valamint az iskolák és a drogtanácsadó intézmények közötti kapcsolat kialakítására próbálja felkészíteni a tanárokat. Az Ausztriában zajló rokon programokhoz hasonlóan itt is egy tíz modulból álló képzési rendszerben segítik a tanárokat a kannabiszfogyasztással kapcsolatos tudatosság kialakításában és a veszélyeztetett tanulók felismerésében.

Németországban, Franciaországban és Hollandiában gyakoriak a speciális drogtanácsadó központok. A francia területeken 2005. január óta több mint 250 „kannabisz-konzultációs” klinikát hoztak létre. A kannabisz vagy más kábítószer használata következtében nehézségekkel szembesülő tizenévesek és szüleik segítségére hivatott intézmények anonim, ingyenes és mindenki előtt nyitva álló szolgáltatást nyújtanak, illetve a könnyebb hozzáférhetőség érdekében a nagyobb francia városokban található. A konzultációkat olyan szakemberek végzik, akiket felkészítettek a függőségekkel kapcsolatos értékelő eszközök és rövid beavatkozások használatára, és a speciális gondozást igénylő pácienseknek megfelelő szociális, orvosi vagy pszichiátriai szolgálatokat is meg tudják nevezni. Ezt az újfajta struktúrát még egy nyomon követéses vizsgálatnak kell alávetni. A működés első 2–3 hónapjáról rendelkezésre álló adatok havi 3500–4000 fős látogatottságot jeleznek, akik

közül 2000–2500-an maguk a kannabiszhasználók voltak (a többiek a szülők, rokonok, illetve ifjúságvédelmi felelősök). A különféle stratégiák a résztvevőknek rövid, de strukturált kurzusokat kívánnak biztosítani, körülbelül 10 csoportüléssel (Németország, Dánia, Hollandia, Ausztria). A kurzushoz tartozó kézikönyvet, a SKOLL-t (képzés az önkontrollról) egy holland–német EUREGIO projektben állították össze.

A kannabiszközpontú „tanfolyamok” gyakran arra a tényre épülnek, hogy a kannabisz használata vagy birtoklása törvényellenes, így a résztvevőket a büntetőjogi bírósági rendszerből utalják be. A részvételhez a motivációt nagyjából az biztosítja, hogy a kurzusok látogatása a bírósági ítélet kötelező része. Mindazonáltal ezek a módszerek legalább a veszélyeztetett csoport egy részével lehetővé teszik a kapcsolatfelvételt.

A célzott megelőző beavatkozások Európában sok esetben a kannabiszról szóló tájékoztatás irányába tartanak. A kannabiszmegelőző programok állandó elemévé kellene tenni számos más, határozottabban bizonyítékokon alapuló szemléletmódot, például a normatív szemléletváltást (azaz annak tudatosítását, hogy a társak túlnyomó többsége helyteleníti a használatot), a magabiztosságot növelő képzést, a motiválást és a célok kitűzését, valamint a mítoszok helyesbítését (a kannabiszhoz kapcsolt értékek terén). A sérülékeny fiataloknak szóló prevenciós programok nemrég készített metaelemzése (Roe és Becker, 2005) azt állapította meg, hogy a tájékoztatáson alapuló módszerek – akár az egyetemes, akár a célzott megelőzés keretében – kevéssé vagy egyáltalán nem befolyásolják a fogyasztási viselkedéseket vagy attitűdöket. Ugyanezek a szerzők azt is megállapították, hogy az átfogó társadalmi befolyásolásra irányuló programoknak viszont komoly hatásuk van a sérülékeny fiatalokra.

Az Európában lezajlott célzott kannabiszmegelőzési programokról (FRED, Way-Out [kiút], Sports for Immigrants [sportprogramok a bevándorlóknak] és mások; ld. fent és az EDDRA-nál a <http://eddra.emcdda.europa.eu> címen) rendelkezésre álló néhány értékelésből az a fontos megállapítás tűnik ki, hogy az átfogó társadalmi befolyásolásra irányuló technikák hatékonyak. Az ezekkel a technikákkal elérhető pozitív hatások között említhetjük a fogyasztási szintek csökkenését, a problémás használat saját felismerésének növekedését, a fő kockázati tényezők és járulékos problémák csökkenését, valamint a nagyobb önkontrollt és motivációt.

Rövid beavatkozás a kannabiszhasználók számára

A rövid beavatkozás egy olyan módszer, amellyel a személyeket megpróbálják rávenni arra, hogy gondolkodjanak el saját kábítószer-használatukon, illetve ellátják őket az ennek kontrollálásához szükséges készségekkel. A koncepció nagyrészt a motivációs interjúkészítésen alapul: ezzel a nem ítélkező, nem konfrontatív módszerrel a páciens értékrendjét, célkitűzéseit, önértékelését próbálják meg feltárni, majd visszajelzéseket adni a páciens énképe és aktuális helyzete között felfedezett eltérésekről.

A rövid beavatkozást gyakran a személyek alkohol- vagy kábítószer-használatának korai szakaszára időzítik, hogy megelőzzék a komolyabb drogproblémák kialakulását a későbbiekben. Az alkohollal és a dohányzással való visszaélés esetében a rövid beavatkozás hatékonysága már bizonyítást nyert, és egyre nagyobb az érdeklődés e módszer hasznosságára iránt az egyéb anyagok tekintetében.

A rövid beavatkozást kifejezetten hasznosnak találták az olyan kannabiszhasználókra irányuló célzott megelőzési intézkedésekben, akikkel kezelési körülmények között rendes esetben nem lehet kapcsolatba kerülni. Az intenzív kannabiszhasználók esetében az absztinenciát hangsúlyozó, oktatáson alapuló programok nem feltétlenül hatékonyak.

A rövid beavatkozások költséghatékonyak, és a kannabiszhasználók esetében különösen alkalmasak

lehetnek, mivel bizonyítottan jól működnek az olyan kábítószer-használóknál, akik:

- kevés problémával szembesülnek kábítószer-használatukkal kapcsolatban
- kevésbé függenek a szertől
- rövid ideje használnak kábítószer
- stabil háttérrel rendelkeznek (társadalmi, tanulmányi, családi szempontból)
- bizonytalanul vagy ambivalensen viszonyulnak kábítószer-használatuk megváltoztatásához.

Ezt a fajta módszert most már több országban használják, köztük Németországban, Hollandiában, Ausztriában és az Egyesült Királyságban, a beavatkozásokra pedig tanácsadás, „kannabiszstanfolyam” vagy akár „segítség magadon” típusú weboldalak formájában is sor kerülhet. Az innovatív módszerek között említhető a telematikát alkalmazó német webes alapú tanácsadó program, a „Quit the Shit” („szállj le a szerről”) (www.drugcom.de), amely a kábítószer-használatot csökkenteni vagy abbahagyni próbáló kannabiszhasználókat segíti. Hasonló, önszegítő elemet is tartalmazó weboldal még a www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html Jellinektől (Hollandia) és a www.knowcannabis.org.uk/ a HIT-től (Egyesült Királyság).



4. fejezet

Amfetaminok, ecstasy és más pszichotróp kábítószer

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

Az amfetamin és a metamfetamin a központi idegrendszer serkentőszerei. A két kábítószer közül Európában egyértelműen az amfetamin az általánosabban elérhető. Ugyanakkor a metamfetamin használatának növekedése világszerte komoly aggodalomra ad okot, mivel ehhez a kábítószerhez egy sor súlyos egészségügyi probléma kapcsolódik. Európán belül úgy tűnik, hogy a jelentős metamfetaminhasználat egyelőre Csehországra korlátozódik.

Az ecstasy megnevezés az amfetaminokkal kémiai rokon, de hatásukat tekintve némileg eltérő szintetikus anyagokat jelöl. Az ecstasycsoport legismertebb tagja a 3,4-metiléndioxi-metamfetamin (MDMA), de az ecstasycsoportban olykor más rokon analógok is megtalálhatók (MDA, MDEA stb.). Ezeket a kábítószer

Történetileg a hallucinogén kábítószer

Az európai kábítószer-paletta felbukkanó új drogok felismerése érdekében az EU korai figyelmeztető rendszert vezetett be. Ez a rendszer a pszichoaktív anyagok használatában kialakuló, potenciálisan veszélyes új tendenciákat is figyeli.

Kínálat és elérhetőség ⁽⁸¹⁾

Az amfetamin és az ecstasy termelését nehéz számszerűsíteni, mivel az „már készen beszerezhető vegyi anyagokkal, jól álcázható laboratóriumokban kezdődik” (UNODC, 2003a). Az amfetamin és az ecstasy éves globális termelését a legfrissebb becslés kb. 520 tonnára tette (UNODC, 2003b). Az anyagok globális lefoglalásai a tetőpontot 2000-ben 46 tonnánál érték el. A 2001-ben és 2002-ben tapasztalt visszaesés után a lefoglalások 2003-ban ismét 34 tonnára emelkedtek, 2004-ben pedig kismértékben, 29 tonnára csökkentek. 2004-ben a globális amfetamin- és ecstasylefoglalásokon belül a metamfetamin aránya 38%-ra esett vissza (a 2003-as 66%-ról), az ecstasy 29%-ot, az amfetamin 20%-ot tett ki (CND, 2006).

Amfetamin

A világszintű amfetamintermelés továbbra is Nyugat- és Közép-Európában, különösen Belgiumban, Hollandiában és Lengyelországban koncentrálódik. Ebben a régióban Észtország, Litvánia és Bulgária, illetve kisebb mértékben Németország, Spanyolország és Norvégia ugyancsak jelentős szerepet tölt be az amfetamin tiltott előállításában, amint az a 2004-ben a felsorolt országokban megszüntetett amfetamin-laboratóriumok számából látható (UNODC, 2006) ⁽⁸²⁾. Európán kívül az amfetamint főként Észak-Amerikában és Óceániában állítják elő (CND, 2006). Az amfetaminkereskedeleme 2004-ben is elsősorban a régiókon belül zajlott. A tiltott európai piacokon talált amfetamin legnagyobb része Belgiumból, Hollandiából és Lengyelországból, illetve (az északi országokban) Észtországból és Litvániából származott (Reitox-országjelentések, 2005; WCO, 2005).

A 2004-ben világszerte lefoglalt 6 tonna amfetaminból körülbelül 97%-ot Európában, többnyire Nyugat-/Közép-Európában és Délkelet-Európában foglaltak le (ez a globálisan lefoglalt mennyiségnek a 67%-át, illetve 26%-át jelentette) (CND, 2006).

2004-ben becslések szerint 33 000 amfetaminlefoglalás történt az EU-ban, és ezek összesen 5,2 tonnát, illetve 9,6 millió egységet tettek ki. Az Egyesült Királyság a lefoglalások számát és a lefoglalt amfetamin tömegét

⁽⁸¹⁾ Ld. „A lefoglalások és piaci adatok értelmezése”, 37. o.

⁽⁸²⁾ A különböző országokból bejelentett megszüntetett laboratóriumok száma az előállítási helyek számán kívül a bűnüldözési tevékenységeket és prioritásokat, illetve a bejelentési gyakorlatokat is tükrözi.

tekintve egyaránt tartja az EU elsőszámú amfetaminlefgoglaló országaként megszerzett pozícióját⁽⁸³⁾. Törökország 2004-re nézve 9,5 millió egység amfetamin lefgoglalásáról számolt be. Bár volt némi ingadozás, az EU szintjén 1999 óta mind az amfetaminlefgoglalások összesített száma⁽⁸⁴⁾, mind a lefgoglalt mennyiség⁽⁸⁵⁾ nőtt, és a jelentéstevő országok megállapításai alapján úgy tűnik, hogy 2004-ben is ez a tendencia folytatódott.

2004-ben az amfetamin átlagos kiskereskedelmi árai a szlovéniai 4 euro/grammtól a máltai 64 euro/grammig terjedtek⁽⁸⁶⁾. Az 1999–2004 közötti időszak során az amfetamin infláció mértékének megfelelően kiigazított ára⁽⁸⁷⁾ összességében csökkent Németországban, Spanyolországban, Írországban, Lettországban, Litvániában, Svédországban, az Egyesült Királyságban, Bulgáriában, Törökországban és Norvégiában⁽⁸⁸⁾.

Az amfetamin átlagos tisztasága 2004-ben a bulgáriai 5–6% és a norvégiai 44% között mozgott⁽⁸⁹⁾. Az 1999–2004 közötti időszakra az amfetamin átlagos tisztaságáról rendelkezésre álló adatok⁽⁹⁰⁾ összességében lefelé mutató tendenciát jeleznek Lettországban, Litvániában, Luxemburgban, Finnországban és Norvégiában, ezzel szemben felfelé íveltek Belgium, Németország, Franciaország, Olaszország, Magyarország és Ausztria esetében.

Metamfetamin

A termelt és forgalmazott mennyiséget tekintve a metamfetamin világszinten továbbra is fontosabb, mint az amfetamin vagy az ecstasy, bár a globális lefgoglalásokban való részaránya 2004-ben visszaesett. Változatlanul leginkább Kelet- és Délkelet-Ázsiában (Kína, a Fülöp-szigetek, Mianmar, Thaiföld) állítják elő, Észak- és Közép-Amerikával a második helyen (Egyesült Államok, Kanada, Mexikó). 2004-ben világszerte 11 tonna metamfetamint foglaltak le, ennek 59%-át Kelet- és

Délkelet-Ázsiában, 37%-át pedig Észak-Amerikában (CND, 2006). Európában a metamfetamin előállítására nagyrészt Csehországra korlátozódik, ahol „pervitin” helyi megnevezéssel már az 1980-as évek közepe óta gyártják. 2004-ben azonban az előállításáról számoltak be Szlovákiából és Bulgáriából is, ahol laboratóriumokat szüntettek meg (Reitox-országjelentések, 2005; UNODC, 2006). A cseh metamfetamintermelés legnagyobb részét a helyi piacra szánják, bár valamennyit Németországba, Ausztriába és Szlovákiába is csempésznek (Reitox-országjelentések, 2005). 2004-ben Belgiumból, Csehországból, Dániából, Észtországból, Görögországból, Franciaországból, Lettországból, Litvániából, Magyarországról, Ausztriából, Szlovákiából, Svédországból, Romániából és Norvégiából jelentettek metamfetaminlefgoglalásokat; közülük ez utóbbi mind a lefgoglalások számát, mind pedig a felfedezett mennyiséget tekintve első helyen állt⁽⁹¹⁾.

A metamfetamin kiskereskedelmi ára⁽⁹²⁾ 2004-ben a csehországi jelentések szerint grammonként 12 és 63 euro között mozgott, átlagos tisztasága⁽⁹³⁾ pedig a szlovákiai 43% és a csehországi 50% között változott.

Ecstasy

Globális értelemben változatlanul Európa az ecstasy termelésének fő központja, bár ennek viszonylagos jelentősége, úgy tűnik, csökkenőben van, mivel az ecstasy gyártása kezd elterjedni a világ más területein is, elsősorban Észak-Amerikában (Egyesült Államok, Kanada), valamint Kelet- és Délkelet-Ázsiában (Kína, Indonézia, Hongkong) (CND, 2006; UNODC, 2006). Bár 2004-ben Hollandia maradt az ecstasy fő forrása Európa és a világ egésze számára, Belgiumban, Észtországban, Spanyolországban és Norvégiában szintén találtak ecstasylaboratóriumokat (Reitox-országjelentések, 2005; UNODC, 2006). Az EU-ban lefgoglalt ecstasy a jelentések szerint elsősorban Hollandiából és Belgiumból, illetve kisebb mértékben

⁽⁸³⁾ Ezt majd össze kell vetni az Egyesült Királyság hiányzó 2004-es adataival, amikor már rendelkezésre állnak. Az amfetaminlefgoglalások számáról és a lefgoglalt amfetamin mennyiségéről Írország és az Egyesült Királyság esetében nem áll rendelkezésre 2004-es adat; Szlovénia esetében a lefgoglalt amfetamin mennyiségéről nem volt 2004-es adat; Hollandia tekintetében az amfetaminlefgoglalások számáról nem volt 2004-es adat. A becslések céljából a hiányzó 2004-es adatokat a 2003-asokkal helyettesítették. A Hollandia részéről a 2004-ben lefgoglalt mennyiségekre nézve megadott adatok csak becslések voltak, amelyeket ezért nem lehetett szerepeltetni a 2004-es tendenciák elemzésében.

⁽⁸⁴⁾ Ld. a SZR-11. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸⁵⁾ Ld. a SZR-12. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸⁶⁾ Ld. a PPP-4. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁸⁷⁾ A pénz értéke tekintetében minden országnál 1999-et tekintve bázisévnek.

⁽⁸⁸⁾ Az 1999–2004 időszak során az amfetamin árára vonatkozó adatok legalább három egymást követő évben a következő országok esetében álltak rendelkezésre: Belgium, Németország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Lettország, Litvánia, Lengyelország, Svédország, az Egyesült Királyság, Bulgária, Törökország és Norvégia.

⁽⁸⁹⁾ Ld. a PPP-8. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben. Meg kell jegyezni, hogy az amfetamin tisztaságának bejelentett átlagos szintjei nem tükrözik az elemzett minták tisztaságában előforduló nagy ingadozásokat.

⁽⁹⁰⁾ Az 1999–2004 időszak során az amfetamin tisztaságára vonatkozó adatok legalább három egymást követő évben a következő országok esetében álltak rendelkezésre: Belgium, Németország, Észtország, Franciaország, Olaszország, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Magyarország, Hollandia, Lengyelország, Portugália, Finnország, az Egyesült Királyság, Törökország és Norvégia.

⁽⁹¹⁾ A 2004-re vonatkozóan Németországtól, Olaszországtól, Luxemburgtól és Hollandiától kapott adatok nem teszik lehetővé a metamfetamin- és amfetaminlefgoglalások megkülönböztetését, Írország és az Egyesült Királyság pedig nem közölt adatokat a 2004-es kábítószer-lefgoglalásokról, így nehéz eldönteni, hogy ebben az öt országban foglaltak-e le metamfetamint 2004-ben.

⁽⁹²⁾ Ld. a PPP-4. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹³⁾ Ld. a PPP-8. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

Lengyelországból és az Egyesült Királyságból származik (Reitox-országjelentések, 2005).

Az ecstasykereskedelem még mindig erősen Nyugat-Európában koncentrálódik, bár a termeléshez hasonlóan az elmúlt néhány évben ez is az egész világon elterjedt. A 2004-ben globálisan lefoglalt 8,5 tonna (tömeggel egyenértékű) ecstasy 50%-át Nyugat- és Közép-Európában, 23%-át Észak-Amerikában, 16%-át Óceániában találták meg (CND, 2006).

2004-ben a becslések szerinti 24 000 lefoglalás körülbelül 28,3 millió ecstasyletablettá eldobásához vezetett az EU-ban. Az ecstasyletabletták legnagyobb mennyiségét 2003-ig az Egyesült Királyság foglalta le, mögötte Németország, Franciaország és Hollandia következett ⁽⁹⁴⁾.

Az 1999–2001 közötti időszakban tapasztalt gyors növekedést követően az ecstasylefoglalások száma ⁽⁹⁵⁾ az EU szintjén 2002–03-ban visszaesett; a jelentéstevő országoktól kapott adatok 2004-ben viszont újabb növekedést jeleznek. A lefoglalt ecstasy mennyisége ⁽⁹⁶⁾ 1999-től 2002-ig nőtt; a 2003-as mélypontra való meredek visszaesést követően a 2004-ről rendelkezésre álló adatok azt mutatják, hogy ismét sikerült elérni a 2002-es szintet.

2004-ben az ecstasyletabletták átlagos kiskereskedelmi ára a Litvániában és Lengyelországban jellemző darabonkénti 3 eurótól a Görögországban és Olaszországban feljegyzett 15–25 euróig terjedt ⁽⁹⁷⁾. Az 1999–2004 időszak során az ecstasy az infláció mértékének megfelelően kiigazított kiskereskedelmi átlagára ⁽⁹⁸⁾ a legtöbb jelentéstevő országban csökkent ⁽⁹⁹⁾.

Európában az ecstasyletabletták többsége pszichoaktív anyagként általában kizárólag MDMA-t vagy más ecstasyszerű anyagot tartalmazott (MDEA, MDA). Csehországban, Görögországban, Lettországban, Litvániában, Magyarországon, Hollandiában, Szlovákiában,

Finnszországban, az Egyesült Királyságban és Norvégiában az ilyen tabletták tették ki a 2004-ben elemzett összes tablettá több mint 95%-át. E megállapítás alól kivételt képezett Bulgária, ahol az elemzett tabletták (61%-ban) amfetamint vagy metamfetamint tartalmaztak kizárólagos pszichoaktív anyagként. Az ecstasyletabletták MDMA-tartalma mintánként nagyon változó (még az azonos logójú tablettáknál is), országokon belül és országok között egyaránt. 2004-ben az ecstasyletablettánkénti átlagos hatóanyag-tartalma (MDMA) a jelentések szerint 30–82 mg között volt ⁽¹⁰⁰⁾ (Reitox-országjelentések, 2005).

LSD

Az LSD gyártása és kereskedelme a többi szintetikus kábítószerénél sokkal kisebb mértékű. 2004-ben a becslések szerint az EU-ban 700 lefoglalással 220 000 LSD egységet koboztak el. 2002 óta az éves LSD-lefoglalások mennyisége tekintetében Németország vezet, őt követi az Egyesült Királyság ⁽¹⁰¹⁾. 1999 és 2002 között az EU szintjén az LSD-lefoglalások száma ⁽¹⁰²⁾ és a lefoglalt mennyiségek egyaránt ⁽¹⁰³⁾ csökkentek. 2003-ban és 2004-ben viszont a rendelkezésre álló adatok azt jelezték, hogy az LSD-lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiségek – kilenc év óta először – nőttek, miután 2004-ben viszonylag nagy mennyiségeket foglaltak le Németországban, Franciaországban, Litvániában, Hollandiában és Lengyelországban.

2004-ben egy egységnyi LSD átlagos felhasználói vételára a portugáliai 2,5 euro és az máltai 11,6 euro közötti ártartományban mozgott ⁽¹⁰⁴⁾. Az LSD infláció mértékének megfelelően kiigazított átlagára ⁽¹⁰⁵⁾ 1999 és 2004 között összességében lefelé mutató tendenciát jelzett ⁽¹⁰⁶⁾ Csehországban, Írországban, Lengyelországban, Szlovéniában és Svédországban, emelkedett viszont Németországban és Franciaországban.

⁽⁹⁴⁾ Ezt majd össze kell vetni az Egyesült Királyság hiányzó 2004-es adataival, amikor már rendelkezésre állnak. Az ecstasylefoglalások számáról és a lefoglalt ecstasy mennyiségéről Írország és az Egyesült Királyság esetében nem állt rendelkezésre 2004-es adat; Hollandia tekintetében az ecstasylefoglalások számáról nem volt 2004-es adat. A becslések céljából a hiányzó 2004-es adatokat a 2003-asokkal helyettesítették. A Hollandia részéről a 2004-ben lefoglalt mennyiségekre nézve megadott adatok csak becslések voltak, amelyeket ezért nem lehetett szerepeltetni a 2004-es tendenciák elemzésében.

⁽⁹⁵⁾ Ld. a SZR-13. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹⁶⁾ Ld. a SZR-14. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹⁷⁾ Ld. a PPP-4. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁹⁸⁾ A pénz értéke tekintetében minden országnál 1999-et tekintve bázisívnek.

⁽⁹⁹⁾ Az 1999–2004 időszak során az ecstasy árara vonatkozó adatok legalább három egymást követő évben a következő országok esetében álltak rendelkezésre: Belgium, Csehország, Németország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Ciprus, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Lengyelország, Portugália, Szlovénia, Svédország, az Egyesült Királyság, Bulgária, Törökország és Norvégia.

⁽¹⁰⁰⁾ Ez a tartomány mindössze néhány ország, konkrétan Dánia, Németország, Franciaország, Luxemburg és Hollandia adatain alapul.

⁽¹⁰¹⁾ Ezt majd össze kell vetni az Egyesült Királyság hiányzó 2004-es adataival, amikor már rendelkezésre állnak. Az LSD-lefoglalások számáról és a lefoglalt LSD mennyiségéről Írország és az Egyesült Királyság esetében nem állt rendelkezésre 2004-es adat; Ciprus, Hollandia, Lengyelország és Bulgária tekintetében az LSD-lefoglalások számáról nem volt 2004-es adat. A becslések céljából a hiányzó 2004-es adatokat a 2003-asokkal helyettesítették. A Hollandia részéről a 2004-ben lefoglalt mennyiségekre nézve megadott adatok csak becslések voltak, amelyeket ezért nem lehetett szerepeltetni a 2004-es tendenciák elemzésében.

⁽¹⁰²⁾ Ld. a SZR-15. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁰³⁾ Ld. a SZR-16. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁰⁴⁾ Ld. a PPP-4. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁰⁵⁾ A pénz értéke tekintetében minden országnál 1999-et tekintve bázisívnek.

⁽¹⁰⁶⁾ Az 1999–2004 időszak során az LSD árara vonatkozó adatok legalább három egymást követő évben a következő országok esetében álltak rendelkezésre: Csehország, Németország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Litvánia, Lengyelország, Portugália, Szlovénia, Svédország, az Egyesült Királyság, Románia és Norvégia.

Nemzetközi fellépés az amfetaminok és az ecstasy előállítására és kereskedelme ellen

A szintetikus kábítószer-területén az Europol 2004. december óta folytatja a Szinergia projektet⁽¹⁰⁷⁾. A projektet 20 EU-tagállam és néhány harmadik állam támogatja; ennek része egy elemzési munkafájl (AWF) az EU számos országában végrehajtott operatív részprojektekkel, illetve számos elemzési és stratégiai célra használatos eszköz, amilyen az Europol ecstasylogó-rendszere (EELS) (benne az ecstasylogók katalógusával) és az Europol tiltott laboratóriumokat összehasonlító rendszere (ELICS). Az Europol továbbra is támogatja az amfetamin-profilozással foglalkozó CHAIN projektet⁽¹⁰⁸⁾ és a prekursorokkal foglalkozó közös európai egységet (EUJP). A szintetikus kábítószer-területén az előállításának megszüntetésében nyújtott helyszíni szakértői segítség mellett a közelmúltban néhány részprojekt a megszüntetett laboratóriumok összehasonlítására, a nyomozás kiindulópontjaként a vegyi személtérakó helyek feltárására, a tablettázógépek visszanyomozására és a vegyi prekursorok EU-országokba irányuló kereskedelmének vizsgálatára koncentrált.

A Prizma projekt a szintetikus kábítószer-területén az előállításában használt vegyi prekursorok eltérítésének megelőzésére létrehozott nemzetközi kezdeményezés, amely a Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Testület (INCB) felé, törvényes kereskedelem céljából való export előtti bejelentési rendszeren és a gyanús tranzakciók esetén feltartóztatott szállítmányok és végrehajtott lefoglalások bejelentésén keresztül fejti ki hatását.

A metamfetamin fő prekursorai az efedrin és a pszeudoefedrin, az 1-fenil-2-propanont (P-2-P) pedig az amfetamin előállításához is használják; a 3,4-metilén-dioxifenilpropán-2-ont (3,4-MDP-2-P), a szafrolt és a szafrolban gazdag olajokat az MDMA tiltott előállításához, a piperonált az MDA szintetikus előállításához is használják⁽¹⁰⁹⁾.

Az efedrin és a pszeudoefedrin törvényes kereskedelme 2004-ben összesen 526, illetve 1207 tonnát tett ki. Az említett vegyi anyagok legnagyobb lefoglalásait Észak-Amerikából és Délkelet-Ázsiából jelentették, de felmerültek olyan aggályok, hogy a lefoglalások az összes régiót érintik. Az efedrin és a pszeudoefedrin Európába tartó csempészete főleg Nyugat-Ázsiából származik. 2004-ben Európában 2,6 tonna efedrint és 1 kg pszeudoefedrint foglaltak le⁽¹¹⁰⁾; a lefoglalások többnyire kis mennyiségeket jelentettek, sok különböző, többségében Csehországban található laboratóriumból, bár Görögországban egy

alkalommal nagy mennyiségben foglaltak le Pakisztánból származó efedrint.

A Prizma projekt európai tevékenységeinek középpontjában az MDMA, illetve az amfetamin tiltott előállításában felhasznált 3,4-MDP-2-P és a P-2-P anyagok az EU-ba való csempészeteinek megakadályozása állt. A 3,4-MDP-2-P és a P-2-P lefoglalásai 2004-ben világszinten minden korábbinál nagyobb arányokat öltöttek, ezen belül Európában a 3,4-MDP-2-P-ből, az Egyesült Államokban P-2-P-ből ebben az évben foglaltak le a legnagyobb mennyiséget. Az európai lefoglalások 2004-ben összesen 10 161 liternyi 3,4-MDP-2-P-t (főként Hollandiában és Belgiumban) és 9297 liter P-2-P-t (főleg Lengyelországban és Hollandiában) tettek ki⁽¹¹¹⁾.

A piperonál számos törvényes felhasználással rendelkezik, de a 3,4-MDP-2-P, az MDA vagy az MDMA előállításában prekursorként is felhasználható (INCB, 2006b). 2004. november és 2005. október között az INCB felé több mint 150 szállítmányt jelentettek be, 3800 tonna mennyiségben (2006b). A piperonál legnagyobb lefoglalásairól 2004-ben Kína számolt be (13 tonna); Európában 2,4 tonnát foglaltak le, szinte az egészét Romániában⁽¹¹²⁾.

A szafrol lefoglalásait a világ minden régiójából jelezték, továbbra is kis mennyiségekben, Kína kivételével, ahonnan 100 kg-ot meghaladó lefoglalásokról számoltak be. Európában 122 liter szafrolt foglaltak le 2004-ben, elsősorban Lettországon, de rajta kívül Litvániában is.

Előfordulás és használati minták

A lakossági felmérések hagyományosan azt mutatták, hogy a kannabisz után az amfetaminok és az ecstasy a leggyakrabban használt tiltott anyagok, noha használatuk összesített előfordulása alacsonyabb a kannabiszénál. Az ecstasy használata az 1990-es években vált népszerűvé, az amfetaminokat viszont ennél sokkal régebb óta használják.

Az EU-tagállamok körében az amfetamin⁽¹¹³⁾ és az ecstasy használata csak néhány országban tűnik viszonylag magasnak, konkrétan Csehországban, Észtországban és az Egyesült Királyságban.

A felnőtt lakosság (15–64 évesek) körében végzett frissebb felmérések azt mutatták, hogy az amfetaminhasználat életprevalenciája Európában 0,1% és 5,9% között mozog, az Egyesült Királyság (Anglia és Wales) kivételével, ahol eléri a 11,2%-ot. Átlagban nézve az európai felnőttek 3,1%-a használt már legalább egyszer amfetamint. A magas számadatokkal rendelkező országok sorában az Egyesült Királyságot Dánia (5,9%), Norvégia (3,6%)

⁽¹⁰⁷⁾ A Szinergia projekt a 2002-ben kezdődött CASE és Genesis projektek összeolvadásával jött létre.

⁽¹⁰⁸⁾ A CASE kísérleti projektet felváltó CHAIN (Collaborative Harmonised Amphetamine INitiative) egy igazságügyi szakértői profilozási kezdeményezés.

⁽¹⁰⁹⁾ Mindegyik szerepel az 1988-as egyezmény I. táblázatában.

⁽¹¹⁰⁾ A lefoglalások adatai a feltartóztatott szállítmányokban lévő mennyiségekre nem terjednek ki.

⁽¹¹¹⁾ A lefoglalások adatai a feltartóztatott szállítmányokban lévő mennyiségekre nem terjednek ki.

⁽¹¹²⁾ A lefoglalások adatai a feltartóztatott szállítmányokban lévő mennyiségekre nem terjednek ki.

⁽¹¹³⁾ A lakossági felmérések keretében az „amfetaminhasználatra” vonatkozó adatok ugyanabban a kategóriában tartalmazzák mind az „amfetamin”, mind a „metamfetamin” használatát.

és Németország (3,4%) követi. Az elmúlt évi használat lényegesen alacsonyabb: átlagosan 0,6% (a 0–1,4% közötti tartományban). Az általános lakossági felmérések alapján úgy becsülték, hogy az anyagot közel 10 millió európai próbálta, és az előző 12 hónapban több mint 2 millióan használták⁽¹¹⁴⁾.

A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az amfetaminhasználat kipróbálását 0,1–9,6%-nak jelentették, az Egyesült Királyság (Anglia és Wales) kivételével, ahonnan 16,5%-os életprevalencia-arányról számoltak be (ez azonban egy múltbeli jelenséget tükrözhet, lásd alább). Az előfordulási arány az adatközlő országok felében 4% alatt marad, a legmagasabb arányokat az Egyesült Királyság után Dániából (9,6%), Norvégiából (5,9%) és Németországból (5,4%) jelentették. Az európai fiatalok átlagosan 4,8%-a próbálta már az amfetamint. A legmagasabb múlt évi előfordulási arányokról Dánia (3,1%) és Észtországból (2,9%) számolt be⁽¹¹⁵⁾. Becslések szerint az elmúlt évben az európai fiatalok átlagosan 1,4%-a használt amfetamint (ld. még 4. ábra).

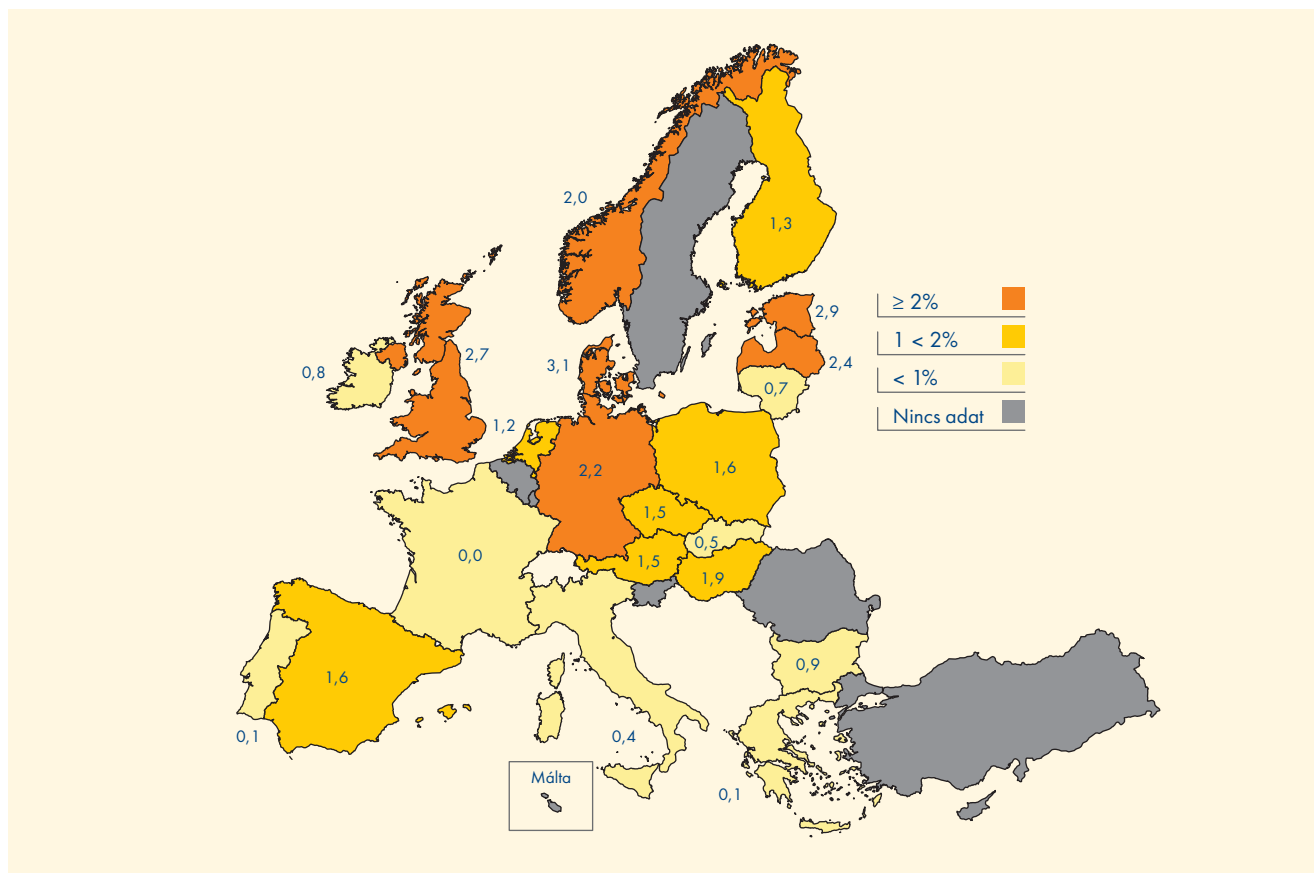
Az ecstasyt az összes felnőtt 0,2–7,1%-a (átlag 2,6%) próbálta. Az országok fele 1,8%-os vagy annál alacsonyabb

előfordulási arányokat közölt, a legmagasabb előfordulást pedig Csehországból (7,1%) és az Egyesült Királyságból jelentették (6,7%). Az elmúlt évi ecstaszyhasználat prevalenciája 0,2% és 3,5% között mozog, ugyanakkor az országok fele 0,5%-os vagy az alatti előfordulási arányokról számolt be. Becslések szerint az ecstasyt közel 8,5 millió európai próbálta, és közel 3 millióan használták az elmúlt évben.

Az európai országokat tekintve az ecstaszyhasználat életprevalenciája a fiatal felnőttek körében 5,2% volt, a 0,5%-tól 14,6%-ig terjedő tartományban, bár az országok fele 3,6% alatti arányokról számolt be. A legmagasabb előfordulási arányokat Csehország (14,6%), az Egyesült Királyság (12,7%) és Spanyolország (8,3%) jelentette.

Az ecstaszyhasználat alapvetően a fiatalokra jellemző. A 15–24 éves korcsoportban az életprevalencia 0,4% és 18,7% között mozog; a legmagasabb számokat Csehországból (18,7%)⁽¹¹⁶⁾ és az Egyesült Királyságból (10,7%) jelentették, megfigyelhető továbbá, hogy az előfordulás a férfiak körében magasabb (0,3–23,2%), mint a nőknél (0,4–13,9%). Az elmúlt évi használat 0,3% és 12% között volt, itt Csehország (12%) és Észtországból

4. ábra: Az amfetaminhasználat előző évi előfordulása a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében



Megjegyzés: Az adatok a bejelentés idején az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származnak. Bővebb információért lásd a GPS-8. és a GPS-11. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

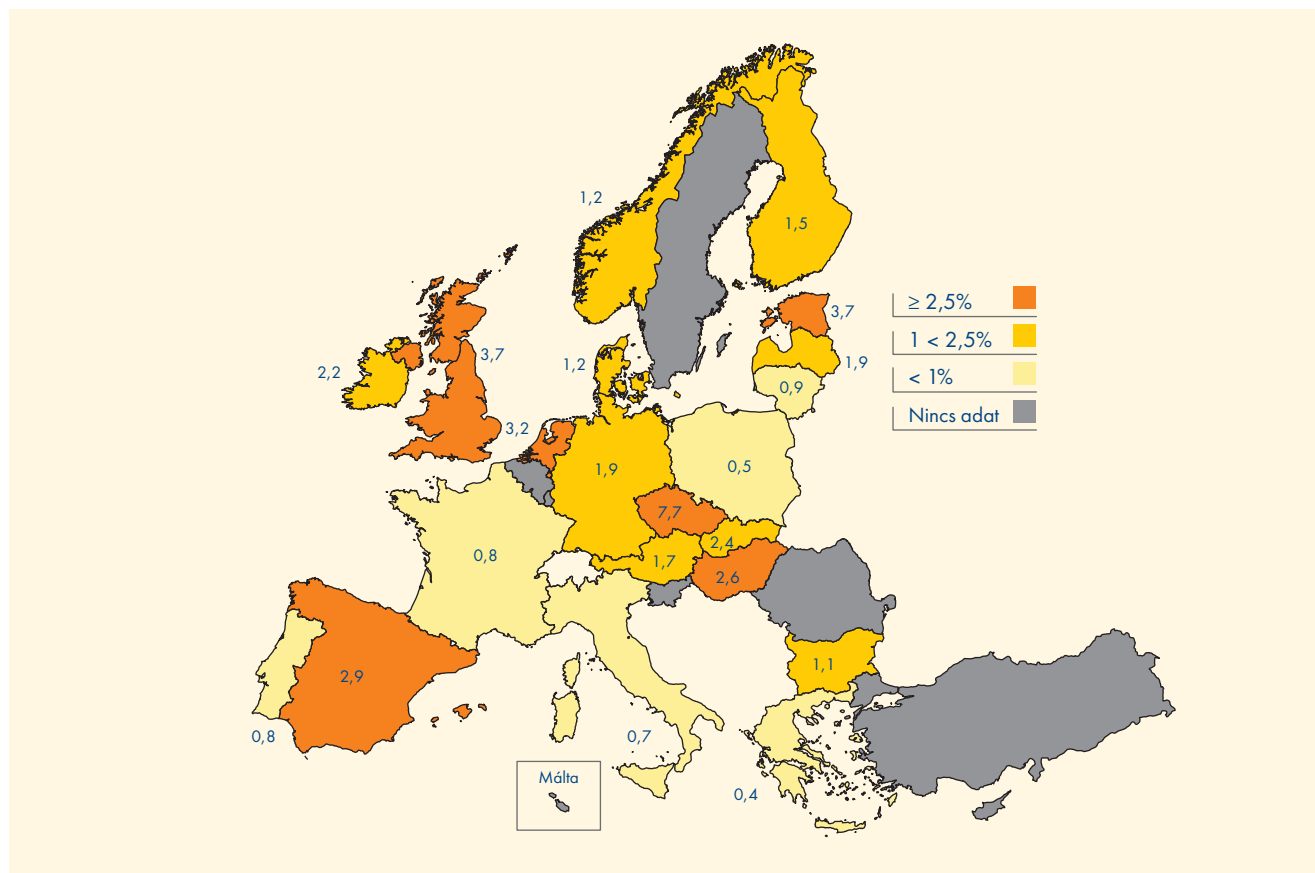
Forrás: Reitox-országjelentések (2005), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

⁽¹¹⁴⁾ A számítási módszert lásd az 53. lábjegyzetben.

⁽¹¹⁵⁾ Ld. a GPS-15. és a GPS-16. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹¹⁶⁾ Csehországban a vizsgált korcsoport a 18–24 év közöttieké volt.

5. ábra: Az ecstasyhasználat előző évi előfordulása a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében



Megjegyzés: Az adatok a bejelentés idején az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származnak. Bővebb információkért lásd a GPS-8. és a GPS-11. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.
 Forrás: Reitox-országjelentések (2005), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

(6,1%) számolt be a legmagasabb számadatokról (5. ábra). Az elmúlt havi előfordulást tekintve hét ország között 3% alatti arányt. Az előfordulási arányok jellemzően a városi területeken magasabbak, különösen a diszkók, klubok vagy táncos események rendszeres látogatói körében (lásd a rekreációs körülmények közötti kábítószer-használatról szóló kiválasztott témakört).

A felmérések azt mutatták, hogy az ecstasyhasználat életprevalenciája a 15–16 éves diákok körében az 1995–2003 közötti időszak során nőtt, a legnagyobb mértékben Csehországban, illetve az EU új tagállamainak többségében ⁽¹¹⁷⁾. A 2003-as ESPAD iskolai felmérések (Hibell és mások, 2004) szerint az amfetamin becslült életprevalenciája hat tagállamban (Németország, Dánia, Észtország, Litvánia, Ausztria és Lengyelország) továbbra is 1–3%-kal magasabb volt az ecstasyénál ⁽¹¹⁸⁾.

Összehasonlításképpen: az Egyesült Államok 2004-es országos kábítószer-használati és egészségügyi felmérése szerint a felnőttek (definíció szerint a 12 évesnél idősebbek) 4,6%-a nyilatkozott úgy, hogy élete során már próbálta

az ecstasyt, és 0,8%-uk számolt be előző évi használatról (összehasonlításként az ennek megfelelő értékek az EU-ban: 2,6% és 0,9%). A 16–34 éves fiatal felnőttek körében az életprevalencia 11,3% volt, az elmúlt évi használat pedig 2,2% (Európában 5,2%, illetve 1,9%) ⁽¹¹⁹⁾.

Az LSD-használat életprevalenciája a felnőttek körében 0,2% és 5,9% között alakult, ezen belül az országok kétharmada 0,4% és 1,7% közötti előfordulási arányt jelentett. A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az LSD-használat életprevalenciája 0,3% és 9% között volt, a 15–24 éves korcsoportban pedig nem haladta meg a 4,5%-ot. E kábítószer elmúlt évi használatának előfordulása a 15–24 éves korcsoportban csak Csehországban, Észtországban, Lettországban, Magyarországon, Lengyelországban és Bulgáriában lépte át az 1%-ot.

Tendenciák

Az új lakossági felmérések azt igazolták, hogy az elmúlt években növekedést mutató amfetamin- és ecstasyfogyasztás talán stabilizálódik, sőt, esetleg csökken is. Az Egyesült

⁽¹¹⁷⁾ Ld. az EYE-2. (i. rész) ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹¹⁸⁾ Ld. az EYE-2. (vi. rész) ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹¹⁹⁾ Forrás: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Meg kell jegyeznünk, hogy az amerikai felmérésben az „összes felnőtt” kortartománya (12 évesek és idősebbek) szélesebb, mint az EMCDDA részéről az európai felmérésekhez bejelentett kortartomány (15–64 év). Az USA felméréseinek „fiatal felnőttekre” (16–34 évesek) vonatkozó számadatait az EMCDDA számította át.

Királyságban, illetve két másik olyan tagállamban, ahol e kábítószer fogyasztása viszonylag magas volt (Csehország és Spanyolország), ezúttal az amfetaminok elmúlt évi használatának stabilizálódásáról vagy akár csökkenéséről számoltak be ⁽¹²⁰⁾. Az ecstasyhasználat hasonlóképpen kiegyenlítődni, sőt, talán visszaesni is látszik két magas előfordulási aránnyal rendelkező országban – Spanyolországban és az Egyesült Királyságban –, ugyanakkor Csehországban ez nem érzékelhető ⁽¹²¹⁾.

A gyógykezelési igényekkel kapcsolatos adatok – amfetaminok és ecstasy ⁽¹²²⁾

Bár az amfetaminok és az ecstasy használatához kapcsolódó kezelési igények száma nő, a legtöbb országban a kábítószer-használat e formája ritkán szolgál elsődleges indokul a kábítószer miatti kezelés igénybevételére ⁽¹²³⁾. Fontos kivétel ez alól az a néhány ország, ahonnan az amfetamin vagy metamfetamin használatával kapcsolatos kezelési igények jelentős arányát jelezték. Csehországban, Szlovákiában, Finnországban és Svédországban ezek a kábítószer felelnek az összes kezelési igény negyedéért-feléért ⁽¹²⁴⁾. Csehországban és Szlovákiában a bejelentett kezelési igények nagy része elsődleges metamfetaminproblémához kapcsolódik (lásd a metamfetaminról szóló rovatot). Azokban az országokban, ahol az amfetaminhasználóknak tulajdonítható a kezelési igények jelentős hányada, az amfetaminhasználó páciensek egy-kétharmada injekció formájában használja a kábítószer ⁽¹²⁵⁾.

Az ecstasyhasználatával kapcsolatos kezelési igényeket a legtöbb országból az összes kezelési igény 1%-ánál kevesebbnek jelentették, Ciprus, Magyarország, Írország és Törökország kivételével, ahol az ecstasyhasználó páciensek az összes kezelést kérő páciens 4–6%-át teszik ki.

Tendenciák az új és újonnan megjelenő kábítószer terén

Az új vagy kábítószerként újonnan megjelenő anyagok használatának előfordulását sokkal alacsonyabbra becsülik, mint a már „bejártotabb” tiltott kábítószeréket. A kábítószer-használat új formáit kezdetben feltehetőleg csak néhány személy veszi át, kis részpopulációkon belül, illetve behatárolható földrajzi helyszíneken vagy körülmények között. Az újonnan megjelenő tendenciák felismerése és megfigyelése ilyenformán a kábítószer-használat fő típusainak figyeléséhez alkalmazottól eltérő hozzáállást kíván.

A metamfetaminhasználat és a kapcsolódó problémák

A világ számos részéből számoltak be a metamfetaminhasználatával kapcsolatos jelentős problémákról, többek között az USA-ból, Délkelet-Ázsiából és a csendes-óceáni régióból, illetve Afrikából (UNODC, 2006). A metamfetamin használata súlyos orvosi problémákhoz, például pszichózishoz és függőséghez vezethet, és kockázatos viselkedésmóddal járhat együtt, amelyek némelyike HIV-fertőzést eredményezhet.

Európán belül a metamfetaminhasználat történetileg nézve Csehországban koncentrált, ahol a becslések szerint kétszer annyi problémás metamfetamin- (pervitin) használó él (20 300), mint ahány problémás opiáthasználó (9700). Szlovákiában az elmúlt években a metamfetamin lett a leggyakrabban előforduló elsőszámú kábítószer az első alkalommal kezelésre jelentkezők körében, de Magyarország egyes részpopulációinál is nagyarányú metamfetaminhasználatot tapasztaltak. A 2005-ös Reitox-jelentésekben további hét ország (Dánia, Franciaország, Lettország, Szlovénia, az Egyesült Királyság, Bulgária és Norvégia) számolt be e kábítószer lefoglalásainak és/vagy használatának növekedéséről, főként a szórakozóhelyek és partik rendszeres látogatóinak körében. A rendelkezésre álló információk jelenleg nem teszik lehetővé, hogy bármilyen határozott következtetést vonjunk le a metamfetaminhasználat tendenciáiról ezekben az országokban. Mindenesetre a metamfetamin terjedése a világ más részein, valamint a komoly egészségügyi problémák előidézésére való képessége arra figyelmeztet, hogy ezen a területen továbbra is szükség van az éberségre.

Hallucinogén gombák: esettanulmány az újonnan megjelenő tendenciáról

A leggyakrabban használt hallucinogén anyag egészen a közelmúltig az LSD volt. Ez most megváltozni látszik az alapján, hogy egyre gyakrabban számolnak be a hallucinogén gombák használatáról ⁽¹²⁶⁾. Úgy tűnik, hogy a hallucinogén gombák elérhetősége az 1990-es évek vége óta nőtt, amikor a többi „természetes” termék mellett ezeket is forgalmazni kezdték az úgynevezett „smart shopokban”, Hollandiában és másutt ⁽¹²⁷⁾. Az Egyesült Királyságban például a hallucinogén gombákat árusító üzletek száma a 2000-es évek elején kezdett nőni, 2005-re pedig már a becslések szerint országsszerte körülbelül 300 üzletben és piaci standon árusították ezeket. A hallucinogén gombák internetes árusítása ugyancsak megjelent, friss gombákat,

⁽¹²⁰⁾ Ld. a GPS-6. és a GPS-17. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²¹⁾ Ld. a GPS-8., GPS-18. és a GPS-30. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²²⁾ Lásd a 70. lábjegyzetet.

⁽¹²³⁾ Ld. a TDI-1. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²⁴⁾ Ld. a TDI-5. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²⁵⁾ Ld. a TDI-17. (iii. rész) táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹²⁶⁾ A hallucinogén gombák kifejezés ebben a jelentésben kizárólag a pszilocibin és pszilocin pszichoaktív anyagokat tartalmazó gombákat jelöli. Az egyéb pszichoaktív anyagokat tartalmazó gombafajokat ritkábban használják. Bővebb információkért lásd az EMCDDA hallucinogén gombákról szóló tematikus anyagát (www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400).

⁽¹²⁷⁾ Ezek az üzletek legális és legnagyobb részben természetes eredetű termékeket árusítanak, köztük hallucinogén gombákat is.

termesztő készleteket és spóralenyomatokat árusító, zömében hollandiai székhelyű honlapokkal. A hallucinogén gombák online forgalmazása különféle nyelveken, többnyire angolul, franciául és németül zajlik, ami kiterjedt nemzetközi fogyasztói bázisra utal.

A közelmúltban az EU-ban végzett felnőtt és iskolai populációs felmérések azt jelzik, hogy a 15–24 éves fiatalok körében a hallucinogén gombák használatának életprevalenciája az 1%-nál kevesebbtől 8%-ig terjed⁽¹²⁸⁾. A hallucinogén gombák használatának becsült életprevalenciája a 15–16 éves diákok körében kilenc EU-tagállamban megegyezik az ecstasyhasználatával, vagy meg is haladja azt (Hibell és mások, 2004). Vannak azonban arra utaló jelek, hogy a folytatási ráta a hallucinogén gombák esetében alacsonyabb, mint a legtöbb más kábítószernél. Ez a hallucinogén kábítószeres használatára általában is jellemző, és azt a tényt tükrözi, hogy a fiatalok a kábítószer-használat e típusában rendszerint a kipróbálásra szorítkoznak, így ritkán lépnek tovább a rendszeres használati szokások kialakítása felé.

Ritkán számolnak be a hallucinogén gombák használatához kapcsolódó, orvosi beavatkozást igénylő akut vagy krónikus egészségügyi problémákról. Ugyanakkor az ilyen hallucinogén anyagok fiatalok általi használatára reagálva néhány ország módosította törvényeit. Annak ellenére, hogy a gombák hatóanyagait – a pszilocibint és a pszilocint – nemzetközi szinten már a pszichotróp anyagokról szóló, 1971-es ENSZ-egyezmény szerint felügyelik, egészen a közelmúltig gyakran az ügyészekre maradt annak értelmezése, hogy ezek az anyagok – amikor a gombában találhatóak – tiltottak-e, illetve milyen esetekben tiltottak, elkerülendő az olyan földek tulajdonosainak megbüntetését, ahol az ilyen gombák természetes körülmények között nőnek. Az elmúlt 5 évben hat ország szigorította meg a gombákra vonatkozó törvényhozását (Dánia, Németország, Észtország, Írország, Hollandia és az Egyesült Királyság). Az ezekben az országokban bevezetett módosításokkal a tiltást kiterjesztették a hallucinogén gombákra, bár a jogi ellenőrzések nem mindig pontosan ugyanazokra a gombákra vagy elkészítettségi fokokra vonatkoznak.

Hallucinogén gombák lefoglalását 2004-ben Csehországból, Németországból, Észtországból, Görögországból, Litvániából, Magyarországról, Hollandiából, Lengyelországból, Portugáliából, Szlovéniából, Szlovákiából, Svédországból és Norvégiából jelentették⁽¹²⁹⁾. A hallucinogén gombák bűnüldöző hatóságok általi lefoglalásainak száma és mennyisége általában véve csekély volt, így ezekből az adatokból nem lehetett világos tendenciákat megállapítani.

A GHB és a ketamin

Mind a gamma-hidroxi-butirátot (GHB), mind a ketamint folyamatosan figyelik azóta, hogy az EU-ban 2000-ben aggályok merültek fel az e kábítószerrel való rekreációs célú visszaélésekkel kapcsolatban⁽¹³⁰⁾. 2001. márciusban az ENSZ kábítószer-ellenőrző rendszere felvette a GHB-t a nemzetközi felügyelet alá eső kábítószeres listájára, és ennek következtében az összes EU-tagállam frissítette az erre az anyagra vonatkozó jogszabályait. Újabb fejleményként az INCB 2006. márciusban azt ajánlotta, hogy a WHO gyorsítsa meg az annak eldöntésére irányuló felülvizsgálatát, hogy a ketamint is nemzetközi ellenőrzés alá kell-e vonni (INCB, 2006a). Nemzeti szinten a ketamint az országok közel felében a kábítószerügyi jogszabályok szerint ellenőrzik, nem pedig az orvosi rendeletek alapján.

A GHB-ről és a ketaminról rendelkezésre álló, korlátozott előfordulási adatok arra utalnak, hogy az anyagok használata a legtöbb országban alacsony szinten stabilizálódott. A magas előfordulást mutató populációk vizsgálata azt jelezte, hogy e két anyag használata még talán a rendszeres rekreációs kábítószer-használók körében is kevésbé általános, mint más anyagoké, így az amfetaminé, az ecstasyé, az LSD-é és a hallucinogén gombáké.

A GHB és a ketamin használatához kapcsolható halálesetekről és nem halálos kimenetelű sürgősségi esetekről nagyon ritkán számolnak be. Az ezekkel az anyagokkal összefüggésbe hozható halálesetek és nem halálos kimenetelű sürgősségi esetek nyilvántartására szolgáló pontos, összehasonlítható rendszerek hiánya miatt azonban csak korlátozottan állnak rendelkezésre az e területre vonatkozó adatok. Két ország számolt be a GHB-hoz kapcsolható halálesetekről, amelyeket általában más kábítószerrel is összefüggésbe lehetett hozni. Az amszterdami önkormányzati egészségügyi szolgálat nyilvántartásai szerint a GHB használatának tulajdonítható, nem halálos kimenetelű sürgősségi esetek éves száma a 2000. évi 25-ről 2004-ben 98-ra nőtt, és ezzel meghaladta az ecstasy, az amfetamin, az LSD vagy a hallucinogén gombák használatához kapcsolható sürgősségi esetek számát. Svédországban a testfolyadékmintákból kimutatott GHB (vagy prekursorai, a GBL és az 1,4-BD) eseteinek száma az 1997-es 24-ről 2004-re 367-re emelkedett. Svédországból a GHB-val összefüggésbe hozható haláleseteket is jelentettek: 1996 és 2004 között a kábítószerrel 36, kábítószerrel összefüggő halálesetnél mutatták ki, amelyek közül kilenc 2004-ben történt. Angliában és Walesben a GHB 2003-ban három halálesetben szerepelt a halottkém jelentésében, ezek közül egy esetben egyetlen kábítószerként (ONS, 2006).

⁽¹²⁸⁾ Az európai mintakérdőívből származó EMCDDA-adatok. A hallucinogén gombákról tizenegy tagállam közölt adatokat (Csehország, Dánia, Németország, Franciaország, Írország, Litvánia, Magyarország, Hollandia, Lengyelország, Finnország, Egyesült Királyság).

⁽¹²⁹⁾ Reitox-országjelentések (Németország, Észtország, Hollandia, Norvégia) és az EMCDDA korai figyelmeztető rendszer hálózati kérdőíve (Csehország, Görögország, Magyarország, Lengyelország, Portugália, Szlovénia, Szlovákia, Svédország).

⁽¹³⁰⁾ Együttes fellépés kockázatértékelési jelentés, 2000.

Az Egyesült Királyság egyik, nagy régiót ellátó kórházából kapott toxikológiai információk viszont azt jelezték, hogy 2005 májusa és decembere között öt halálesetnél mutattak ki GHB-t⁽¹³¹⁾.

Mivel a GHB vízben/alkoholban oldódik, és a fogyasztót potenciálisan beszámíthatatlanná is teheti – amit sokszor amnézia követ –, olyan aggályok is felmerültek, hogy a kábítószerrel elősegített szexuális zaklatások (az úgynevezett „randierőszak”) céljával is használják. Mivel azonban az ilyen esetekben könnyen elmaradhat a bejelentés, az igazságügyi bizonyíték ritka, és maga a bűncselekmény nehezen bizonyítható, nincs határozott bizonyíték a jelenség elterjedtségére vonatkozóan. E potenciálisan aggodalomra okot adó fejlemény jellegének és mértékének meghatározásához ezért további kutatásra van szükség.

Az új kábítószerekkel szembeni fellépés

2005-ben zökkenőmentes átmenet zajlott le az információcsere folytonosságának megőrzésével, amikor az 1997-es együttes fellépés helyébe az új tanácsi határozat lépett (2005/387/IB). Az EMCDDA és az Europol összesen 14 új pszichoaktív anyagról kapott első hivatalos értesítést. Ezek kivétel nélkül pszichotróp (szintetikus) kábítószer, a pszichotróp anyagokról szóló, 1971-es ENSZ-egyezmény I. és II. jegyzékében felsoroltakhoz hasonlóan. Az újonnan bejelentett anyagok három nagy kémiai csoportba tartoznak: ezek a fenetilaminok, a triptaminok és a piperazinok. Az e csoportokba tartozó különféle anyagokat a korai figyelmeztető rendszeren (EWS) keresztül korábban már bejelentették, és a rendszer ezeket jelenleg is megfigyeli⁽¹³²⁾.

2005-ben a legfontosabb új fejlemény az 1-(3-klorofenil)piperazin (mCPP) új pszichoaktív anyag megjelenése és gyors terjedése volt. Az mCPP arilcsoporttal helyettesített piperazin, akárcsak a benzilpiperazin (BZP) nevű anyag, amelyet az EWS 1999 óta figyel. Az EMCDDA és az Europol 2005. február-márciusban kapta az első hivatalos értesítéseket az mCPP kimutatásáról, Franciaországban és Svédországban gyűjtött mintákkal kapcsolatban. A bűnüldöző hatóságok 2005 végére már szinte valamennyi tagállamban lefoglaltak vagy találtak mCPP-tartalmú tablettákat, különféle rekreációs tevékenységekkel összefüggésben (szabadtéri zenei/táncos fesztiválokon, táncos szórakozóhelyeken stb.). Ezek külsejüket és feltehetőleg forgalmazásukat tekintve is szinte minden esetben az ecstasyra hasonlítanak. A kábítószer elsősorban tablettá formájában érhető el; az mCPP és az MDMA szubjektív hatásai részben összemérhetőek (Bossong és mások, 2005). Az mCPP-t emellett gyakran az MDMA-val kombinálva mutatják ki. Mivel nem valószínű, hogy véletlen vegyítésről lenne szó, ez arra utal, hogy az MDMA hatásainak fokozása vagy módosítása érdekében talán szándékosan adnak hozzá mCPP-t. Úgy tűnik, hogy egymagában az mCPP-re csekély mértékben van határozott kereslet vagy piac az EU-ban.

Az új pszichoaktív anyagokról szóló tanácsi határozat

Az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információcsereéről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről szóló, 2005. május 10-i 2005/387/IB tanácsi határozat⁽¹⁾ létrehozott egy mechanizmust a potenciálisan közegészségügyi és társadalmi fenyegetést jelentő, új pszichoaktív anyagokra vonatkozó gyors információcserehez, ezáltal lehetővé tette, hogy az EU intézményei és tagállamai az európai kábítószeresek között megjelenő új kábítószerekkel és új pszichoaktív kábítószerekkel szemben egyaránt fellépjenek. Az EMCDDA és az Europol, szorosan együttműködve hálózataikkal – a Reitox nemzeti fókuszpontokkal (NFP-k), illetve az Europol nemzeti egységekkel (ENU-k) – központi szerepet kapott az új pszichoaktív anyagok felderítésében és bejelentésében. A határozat az ezekkel az új anyagokkal kapcsolatos kockázatok értékelését is előírta, hogy a kábítószeres és pszichotróp anyagok ellenőrzésére⁽²⁾ a tagállamokban alkalmazandó intézkedések megfelelő esetben az új pszichoaktív anyagokra is vonatkozzanak. A határozat kiterjeszti a kizárólag az új szintetikus kábítószereknek szentelt 1997-es együttes fellépés hatályát⁽³⁾, és annak helyébe lép. A határozatban ugyanakkor megmaradt az együttes fellépés által kísérleti jelleggel bevezetett háromlépéses szemlélet: információcsere/korai figyelmeztetés, kockázatértékelés és döntéshozatal.

⁽¹⁾ Az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információcsereéről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről szóló, 2005. május 10-i 2005/387/IB tanácsi határozatot 2005. május 20-án tették közzé az Európai Unió Hivatalos Lapjában (L 127/32–37.), és 2005. május 21-én lépett hatályba. A határozat azokra az anyagokra alkalmazandó, amelyek jelenleg nem szerepelnek a kábítószeres ellenőrzéséről szóló, 1961. és 1971. évi ENSZ-egyezmények egyik jegyzékében sem.

⁽²⁾ Az ENSZ 1961. évi egységes kábítószer-egyezménye és a pszichotróp anyagokról szóló, 1971. évi ENSZ-egyezmény rendelkezéseinek megfelelően.

⁽³⁾ Az új szintetikus kábítószerekre vonatkozó információcsereéről, kockázatértékelésről és ellenőrzéséről szóló, 1997. június 16-i együttes fellépés (HL L 167., 1997.6.25.).

A tagállamok az mCPP-t szélesebb körben azonosították, mint bármely más új pszichoaktív anyagot azóta, hogy az EWS 1997-ben megkezdte az új (szintetikus) kábítószerek figyelését. Egy év leforgása alatt 20 tagállamban, valamint Romániában és Norvégiában is sikerült azonosítani.

Az EMCDDA és az Europol egy közös jelentésükben azt ajánlották, hogy – a tanácsi rendelet rendelkezéseivel összhangban – ne végezzenek hivatalos kockázatértékelést, mivel bizonyított, hogy az mCPP-t legalább egy gyógyszerkészítmény előállításában használják. Annak ellenére azonban, hogy az mCPP-hez kapcsolódó jelentős közegészségügyi vagy társadalmi kockázatokra egyelőre kevés a bizonyíték, a kérdést mindaddig nyitva kell hagyni, amíg nem készül alapos tudományos kockázatértékelés.

⁽¹³¹⁾ Az EWS-ből származó információ. A GHB-hoz kapcsolható halálesetek magas száma az említett jelentésben valószínűsíthetően a kórház laboratóriumának a GHB iránti kutatói érdeklődését tükrözi.

⁽¹³²⁾ Az együttes fellépés alapján 1997 és 2004 között kockázatértékelésnek alávetett kilenc szintetikus kábítószer közül az ezt követően EU-szinten ellenőrzött hat anyag kivétel nélkül a fenetilaminok közé tartozik.

Fejlemények a rekreációs körülmények közötti kábítószer-használat terén, az EMCDDA 2006-os éves jelentésében: kiválasztott témakörök

A kábítószer-használat és a fiatalok rekreációs tevékenységei gyakran összekapcsolódnak. Különösen a zenés-táncos eseményeket látogató fiatalokat megcélzó tanulmányoknál figyelhető meg, hogy következetesen jóval magasabb előfordulási becsléseket adnak ki, mint az általános népesség felmérései, és ezen belül a serkentőszerek használatának kifejezetten magas szintjeiről számolnak be. Magyarázatot ad-e az országok közötti különbségekre az elérhető kereskedelmi célú éjszakai élet, a zenei kultúra, a kábítószer elérhetősége és az elkölthető jövedelem terén meglévő sokszínűség? Ezeket a kérdéseket járja körül a kiválasztott téma.

A rekreációs kábítószeres internetes terjesztésében és magában a rekreációs kábítószer-használatban tapasztalt új fejlemények új kihívásokat is jelentenek a politika, a megelőzés és a kockázatcsökkentés terén. Ezeket tárja fel ez a kiválasztott téma, részletesen megvizsgálva eközben azokat az innovatív drogmegelőzési és kockázatcsökkentő kezdeményezéseket, amelyeket az EU-ban az elmúlt évtized során a szabadidős tevékenységek és a fiatalok kábítószer-használata közötti kölcsönhatás összetett kérdésére reagálva indítottak el.

Ez a kiválasztott témakör nyomtatott formában („Developments in drug use within recreational settings”, az EMCDDA *annual report 2006: selected issues*) és az interneten (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) csak angolul érhető el.



5. fejezet

Kokain és krekk-kokain

A kokain kínálata és elérhetősége ⁽¹³³⁾

Termelés és kereskedelem

A kannabisznövény és a kannabiszgyanta után a kokain a legtöbbet forgalmazott kábítószer a világon. A kereskedelem a lefoglalt mennyiséget tekintve – 2004-ben világszinten 578 tonna – továbbra is elsősorban Dél-Amerikában (44%) és Észak-Amerikában (34%) zajlik, őket követi Nyugat- és Közép-Európa (15%) (CND, 2006).

A tiltott koka legnagyobb forrása a világon Kolumbia, nyomában Peruval és Bolíviával. A világszintű kokaintermelés 2004-ben a becslések szerint 687 tonnára emelkedett, amihez Kolumbia 56%-ban, Peru 28%-ban, Bolívia pedig 16%-ban járult hozzá (UNODC, 2005). Az Európában lefoglalt kokain legnagyobb része közvetlenül Dél-Amerikából (főként Kolumbiából) vagy Közép-Amerikán és a Karib-térségen keresztül érkezik. A jelentések szerint az EU-ba importált kokain tranzitországai 2004-ben Suriname, Brazília, Argentína, Venezuela, Ecuador, Curaçao, Jamaica, Mexikó, Guyana és Panama voltak (Reitox-országjelentések, 2005; WCO, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). Valamennyi kokain Afrikán keresztül is érkezett, ezen belül egyre inkább Nyugat-Afrikán és a Guineai-öböl országain (főleg Nigérián) át, de Kelet-Afrika (Kenya) és a Mauritánia és Szenegál partjainál található szigetek révén Északnyugat-Afrika is tranzitterület volt (CND, 2006; INCB, 2006a). Az EU-ban a fő belépési helyek változatlanul Spanyolország, Hollandia és Portugália, illetve Belgium, Franciaország és az Egyesült Királyság (Reitox-országjelentések, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Bár Spanyolország és Hollandia az EU-ba belépő kokain elosztási pontjaként továbbra is fontos szerepet játszik, az északi spanyol partok mentén (Galíciában) bevezetett fokozott ellenőrzés és a Schipol repülőtérre (Amszterdam)

bizonyos országokból ⁽¹³⁴⁾ érkező járatokkal szemben alkalmazott 100%-os ellenőrzési politika is szerepet játszhatott az alternatív útvonalak kialakulásában, például Afrikán keresztül, illetve Kelet- és Közép-Európán át, valamint az onnan történő másodlagos elosztásban Nyugat-Európa felé (Reitox-országjelentések, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

Lefoglalások

2004-ben az EU-ban becslések szerint 60 000 lefoglalás során 74 tonnányi kokaint foglaltak le. A legtöbb kokainlefoglalást a nyugat-európai országokból jelentették, különösen Spanyolországból, amely az EU-ban történt lefoglalások számának és mennyiségének körülbelül feléért felelt az elmúlt öt évben ⁽¹³⁵⁾. Az 1999–2004 közötti időszak során a kokainlefoglalások száma ⁽¹³⁶⁾ az EU szintjén összességében nőtt, miközben a lefoglalt mennyiségek ⁽¹³⁷⁾ az emelkedő tendencián belül ingadoztak. A jelentéstevő országok közlései alapján azonban úgy tűnik, hogy a mennyiségek 2004-ben csökkentek, bár talán csak az ezt megelőző évben Spanyolországban megtalált kivételesen nagy mennyiséggel összehasonlítva.

Ár és tisztaság

2004-ben a kokain átlagos kiskereskedelmi ára az EU-n belül nagy különbségeket mutatva a belgiumi 41 euro/gramm és a Cipruson, Romániában és Norvégiában tapasztalt több mint 100 euro/gramm között mozgott ⁽¹³⁸⁾. A kokain az infláció mértékének megfelelően kiigazított átlagára ⁽¹³⁹⁾ az 1999–2004 közötti időszak során összességében lefelé mutató tendenciát jelzett valamennyi jelentéstevő országban ⁽¹⁴⁰⁾, kivéve Luxemburgot, ahol 2002-ig csökkent, majd nőtt, illetve Norvégiát, ahol az árak meredeken emelkedtek 2001-ig, és azután stabilizálódtak.

⁽¹³³⁾ Ld. „A lefoglalások és piaci adatok értelmezése”, 37. o.

⁽¹³⁴⁾ A Holland Antillákról, Arubából, Surinaméból, Peruból, Venezuelából és Ecuadorból érkező járatok mindegyikét 100%-osan ellenőrzik; 2004-ben 3466 drogfutárt tartóztattak le az ilyen ellenőrzéseknek köszönhetően, 620-at pedig a rendszer ellenőrzések eredményeként (holland országjelentés).

⁽¹³⁵⁾ Ezt majd össze kell vetni a hiányzó 2004-es adatokkal, amikor már rendelkezésre állnak. A kokainlefoglalások számáról és a lefoglalt kokain mennyiségéről Írország és az Egyesült Királyság esetében nem áll rendelkezésre 2004-es adat; Hollandia tekintetében a kokainlefoglalások számáról nem volt 2004-es adat. A becslések céljából a hiányzó 2004-es adatokat a 2003-asokkal helyettesítették. A Hollandia részéről a 2004-ben lefoglalt mennyiségekre nézve megadott adatok csak becslések voltak, amelyeket ezért nem lehetett szerepeltetni a 2004-es tendenciák elemzésében.

⁽¹³⁶⁾ Ld. a SZR-9. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³⁷⁾ Ld. a SZR-10. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³⁸⁾ Ld. a PPP-3. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹³⁹⁾ A pénz értéke tekintetében minden országnál 1999-et tekintve bázisívnek.

⁽¹⁴⁰⁾ Az 1999–2004 időszak során a kokain árai legalább három egymást követő évben a következő országok esetében álltak rendelkezésre: Belgium, Csehország, Németország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Ciprus, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Lengyelország, Portugália, Szlovénia, Svédország, az Egyesült Királyság, Bulgária, Törökország és Norvégia.

A heroinhoz képest a kokain átlagos tisztasági foka felhasználói szinten magas; 2004-ben a dániai 24% és a lengyelországi 80% között mozgott, ezen belül a jelentéstevő országok többségében a tisztaság 40–65% között volt⁽¹⁴¹⁾. Az 1999–2004-ről rendelkezésre álló adatok összességében a kokain átlagos tisztaságának visszaesését jelzik a legtöbb jelentéstevő országban⁽¹⁴²⁾, bár Észtországban (2003 óta), Franciaországban és Litvániában nőtt, Luxemburgban és Ausztriában pedig egy szinten maradt.

Nemzetközi fellépés a kokain előállítására és kereskedelme ellen

Az Europol COLA projektjének célja az EU irányába, illetve az EU-n belül működő, elsősorban kokainkereskedéssel foglalkozó latin-amerikai és kapcsolódó bűnözői csoportok azonosítása és az ellenük való fellépés. Konkrétan operatív támogatást nyújt a részt vevő tagállamokban folyó nyomozásokhoz és javítja a stratégiai hírszerzési összképet. Ezt egészíti ki az Europol kokainlogó-rendszere, amely egy évente frissített katalógusban veti össze a működési módokat és a kokainlefoglalásokra, illetve a kábítószerre és csomagolásukra szereplő logókra/jelölésekre vonatkozó fényképes és egyéb jellegű információkat a lefoglalások közötti egyezések megállapítása és a nemzetközi bűnüldözési együttműködés és információcsera elősegítése érdekében (Europol, 2006).

Az 1999 óta tartó „Bíbor” művelet a kokain tiltott előállításában felhasznált kálium-permanganát⁽¹⁴³⁾ törvényes kereskedeleméből való eltérítését hivatott megakadályozni, különösen az amerikai kontinensen. A kálium-permanganát törvényes kereskedelme kiterjedt: 1999 óta 30 exportáló ország/terület 4380 export előtti értesítést adott az INCB felé, összesen 136 560 tonnányi kálium-permanganátra vonatkozóan. A megrendelések vagy a végfelhasználók törvényességével kapcsolatos aggályok, illetve a felfedezett eltérítések nyomán 1999 óta az anyagból 233 szállítmányt tartóztattak fel vagy foglaltak le 14 316 tonnát meghaladó mennyiségben. 2004-ben Európában 1,4 tonna kálium-permanganátot foglaltak le, legnagyobb részét az Orosz Föderációban, másodsorban pedig Romániában és Ukrajnában⁽¹⁴⁴⁾ (INCB, 2006b).

Úgy tűnik, hogy a kereskedők megtalálták a módját a Bíbor művelet szerint bevezetett ellenőrzések és megfigyelő mechanizmusok megkerülésének. Sőt, bár a kokain tiltott előállítása Ázsiához nem köthető, egyre határozottabb alakot ölt az az aggodalom, hogy a kereskedők ezt a régiót célozhatják meg a kálium-permanganát törvényes

kereskedelemből való eltérítése érdekében. Az is felmerült, hogy a kereskedők esetleg a Karib-szigeteken keresztül az andoki alrégió felé téríthetik el a kálium-permanganátot. Ezért az INCB (2006b) – elismerve ugyan, hogy némi siker érték el a gyanús tranzakciók felismerése és a szállítmányok feltartóztatása terén – szorgalmazta, hogy a kormányok operatív eljárásokat dolgozzanak ki a kokainlaboratóriumok lefoglalásaiból származó információk visszagöngyöltésére, hogy a vegyi anyagokat egészen a forrásig vissza lehessen nyomozni, a tranzitországok meghatározásával és a kereskedelmi vállalatok kinyomozásával, hogy így a kereskedőknek komolyabb akadályokkal kelljen szembesülniük a tevékenységek áthelyezésekor.

A kokainhasználat előfordulása és mintái

A közelmúltbeli lakossági felmérések alapján úgy becsülik, hogy a kokaint körülbelül 10 millió európai⁽¹⁴⁵⁾ próbálta már legalább egy alkalommal (életprevalencia), ami az összes felnőtt több mint 3%-át jelenti⁽¹⁴⁶⁾. A bejelentett használatra vonatkozó országos adatok 0,5% és 6% között vannak, ezen belül az élen Olaszországgal (4,6%), Spanyolorzággal (5,9%) és az Egyesült Királysággal (6,1%). Becslések szerint az elmúlt évben körülbelül 3,5 millió felnőtt használt kokaint, ami az összes felnőtt 1%-át jelenti. Az országos adatok a legtöbb országban a 0,3% és 1% közötti tartományban vannak, ugyanakkor az előfordulás Spanyolországban (2,7%) és az Egyesült Királyságban (2%) magasabb.

A többi tiltott kábítószerhez hasonlóan a kokainhasználat is a fiatal felnőttek körében koncentrálódik. Az életprevalencia a 15–34 éves fiatal felnőttek között a legmagasabb, az elmúlt évi használat viszont valamivel magasabb a 15–24 évesek körében. Úgy tűnik, hogy a kokain elsődlegesen a húszas éveikben járó fiatalok körében használatos, bár a kannabiszhasználattal összehasonlítva a kokainhasználat kevésbé koncentráltan van jelen a fiatalok körében. A 15–34 évesek között az életprevalencia 1% és 10% között mozog, a legmagasabb szinteket ismét Spanyolországban (8,9%) és az Egyesült Királyságban (10,5%) mérték. Az elmúlt évi használat a 0,2% és 4,8% közötti tartományban van, ezen belül Dánia, Írország, Olaszország és Hollandia esetében 2% körüli, Spanyolország és az Egyesült Királyság esetében pedig meghaladja a 4%-ot (6. ábra). Az iskolai felmérésekből kapott adatok a kokainhasználat tekintetében igen alacsony életprevalenciát mutatnak, a Ciprus, Finnország és Svédország esetében megfigyelt 0%-tól a spanyolországi 6%-ig, a krekk-kokain használata esetében ennél is alacsonyabb a 0% és 3% közötti életprevalencia-arányokkal (Hibell és mások, 2004).

⁽¹⁴¹⁾ Ld. a PPP-7. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴²⁾ Az 1999–2004 időszak során a kokain tisztaságára vonatkozó adatok legalább három egymást követő évben a következő országok esetében álltak rendelkezésre: Belgium, Csehország, Dánia, Németország, Észtország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Olaszország, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Magyarország, Hollandia, Ausztria, Portugália, Szlovákia, Egyesült Királyság és Norvégia.

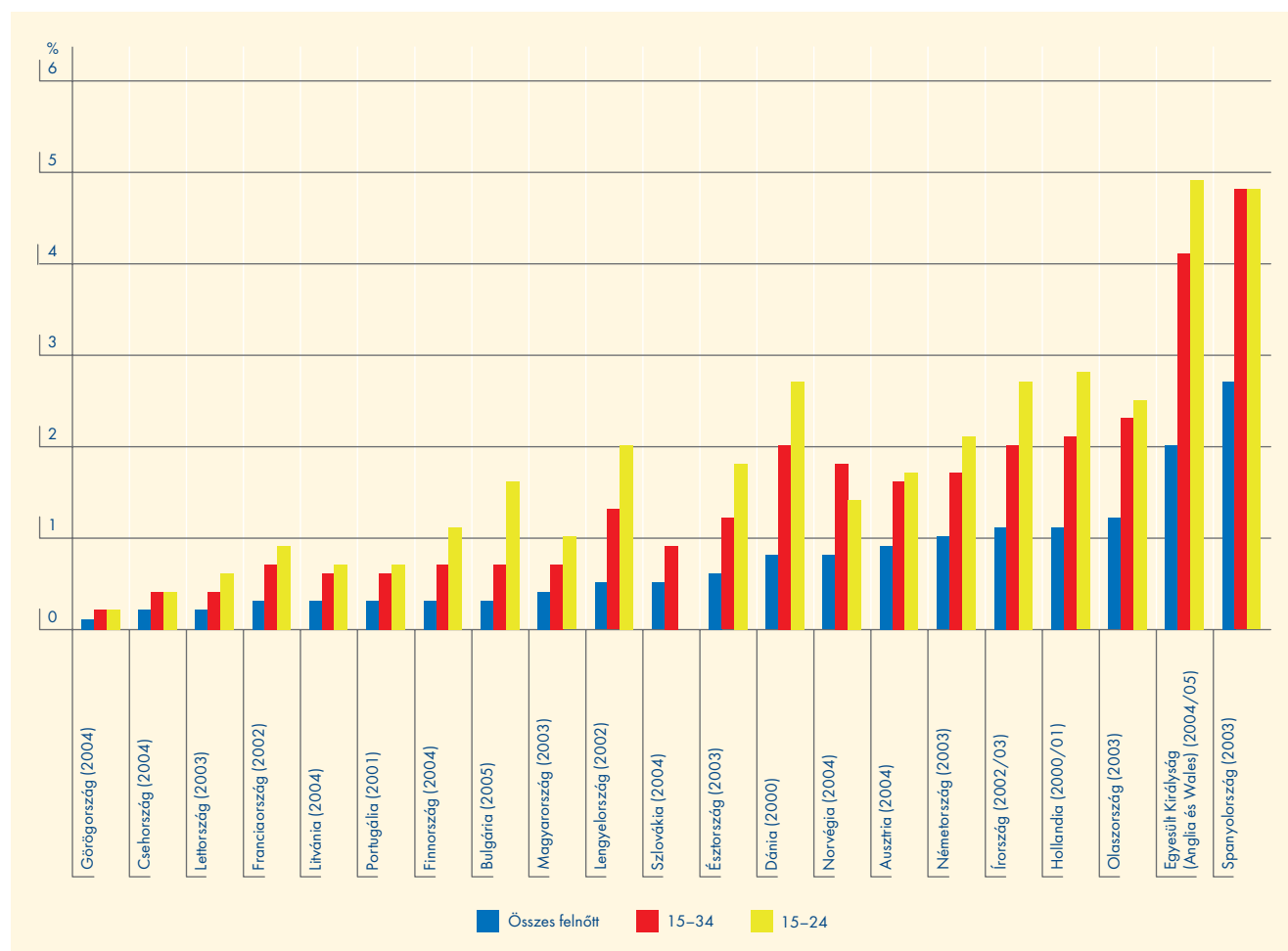
⁽¹⁴³⁾ A kokain előállításához felhasznált, az 1988-as egyezmény I. táblázatában felsorolt prekursor.

⁽¹⁴⁴⁾ Ezek az adatok nem tartalmazzák a feltartóztatott szállítmányokban lévő mennyiségeket.

⁽¹⁴⁵⁾ Az országos számadatok súlyozott átlaga alapján; további részletekért lásd az (53). lábjegyzetet.

⁽¹⁴⁶⁾ Az országonkénti részletes számadatokat lásd a 2006. évi statisztikai közlöny „A kábítószer-használat általános lakossági felmérései” c. részének táblázatában.

6. ábra: A kokainhasználat előző évi előfordulása az összes felnőtt (15–64 évesek) és a fiatal felnőttek (15–34 évesek és 15–24 évesek) körében



Megjegyzés: Az adatok a bejelentés idején az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származnak. Bővebb információkért lásd a GPS-8, a GPS-11. és a GPS-18. táblázatokat a 2006. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox-országjelentések (2005), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

A kokainfogyasztás a fiatal férfiak körében gyakoribb. Így például a Dániában, Németországban, Spanyolországban, Olaszországban, Hollandiában, az Egyesült Királyságban és Norvégiaiában készült felmérések a 15–34 éves férfiaknál 5–14% közötti életprevalenciát találtak. Az elmúlt évi használat ugyan alacsonyabb volt, de négy ország e téren is 3%-ot meghaladó arányt jelentett be, Spanyolország és az Egyesült Királyság pedig 6–7% körüli arányról számolt be⁽¹⁴⁷⁾, ami azt jelenti, hogy ezekben az országokban 15 fiatal férfi közül kb. 1 a közelmúltban is használt kokaint. Ez az arány a városi területeken lényegesen magasabb.

A teljes népességet tekintve a kokainhasználat inkább alkalmoszerűnek tűnik, azaz főleg hétvégén és rekreációs körülmények között (bárokban és diszkókban) fordul elő, ahol viszont magas szinteket érhet el. A különböző országok zenés-táncos szórakozóhelyein, fiatalok körében végzett kutatások a kokainhasználat előfordulását az általános népességre vonatkozóan megállapítottnál jóval

magasabbra becsülik, 10–75% közötti életprevalencia arányokkal (lásd a rekreációs körülmények közötti kábítószer-használatról szóló kiválasztott témakört). A 2004/05-ös brit bűnügyi felmérés például a diszkókba vagy éjszakai klubokba járók körében az „A” osztályú kábítószeres használatának előfordulását legalább kétszer akkorára becsülte, mint az ilyen helyszíneket nem látogatók körében való (Chivite-Matthews és mások, 2005) (lásd még a rekreációs körülmények közötti kábítószer-használatról szóló kiválasztott témakört). A kokaint valaha kipróbáló összes európai felnőtt átlagosan egyharmada használta a szert az elmúlt 12 hónapban; ezzel szemben csak 13%-uk nyilatkozott az elmúlt 30 napban történt használatról. Spanyolországban, Olaszországban, az Egyesült Királyságban és Bulgáriában⁽¹⁴⁸⁾ például a 15–24 éves férfiak 2–4%-a számolt be arról, hogy az elmúlt 30 napban kokaint használt. A jelenlegi európai kokainhasználat durva becsléssel 1,5 millió 15–64 éves felnőttet jelent (akiknek 80%-a a 15–34 éves korcsoportba tartozik). Ezt tekinthetjük

⁽¹⁴⁷⁾ Ld. a GPS-9. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁴⁸⁾ 2001-es felmérés. A 2003-as felmérésben a nemek szerinti bontásról nem számoltak be 10 évenkénti korcsoportokban.

a becsült minimumnak, mivel feltételezhető, hogy a valósnál kevesebben vallják be a kábítószer-használatot.

A kokainhasználati minták a különböző használati csoportokban igen eltérőek. Egy több városra kiterjedő európai tanulmányban azt állapították meg, hogy a társadalmilag integrált kokainhasználók többsége (95%) szippantja az anyagot, és csak kis részük szívja el vagy használja injekció formájában, ugyanakkor nagyon gyakori a kannabisz és az alkohol kombinált használata (Prinzleve és mások, 2004). A függőség miatt kezelésen részt vevők körében, illetve a társadalom peremére szorult csoportokban az injekciós gyakori volt, és a krekk használata általános volt Hamburgban, Londonban és Párizsban, valamint kisebb mértékben Barcelonában és Dublinban is. Az európai népességben a krekkhasználat általában véve alacsonynak tűnik. A krekk használatának életprevalenciáját Spanyolországból például 0,5%-nak (2003), az Egyesült Királyságból pedig 0,8%-nak jelentették (Chivite-Matthews és mások, 2005). A krekkhasználat életprevalenciáját három országban mérték fel „klub” körülmények között, és még a heroin használatánál is alacsonyabbnak találták (Csehországban 2%, az Egyesült Királyságban 13% és Franciaországban 21%). Mindazonáltal néhány városban a krekk használata is aggodalomra ad okot a marginalizált csoportok, illetve az opiáthasználók körében. Amszterdamban például egy 94 utcai szexmunkásból álló célcsoportban a krekk-kokain használatának becsült életprevalenciája rendkívül magas, 91% volt (Korf, 2005, a holland országjelentés idézi).

Összehasonlításként: az Egyesült Államok 2004-es országos kábítószer-használati és egészségügyi felmérése szerint a felnőttek (definíció szerint a 12 évesek vagy idősebbek) 14,2%-a számolt be a kokain kipróbálásáról, szemben a 3%-os európai átlaggal. Az elmúlt évi használat 2,4% volt az 1%-os európai átlaggal szemben, bár az EU néhány országából – pl. Spanyolországból (2,7%) és az Egyesült Királyságból (2%) – az Egyesült Államokéhoz hasonló számadatokat jelentettek⁽¹⁴⁹⁾. Az Egyesült Államokban tapasztalt viszonylag magas kipróbálási arány részben talán a kokainhasználat ottani korai elterjedésével is összefüggésbe hozható.

A fiatal felnőttek (16–34 évesek) körében az USA-ban 14,6%-os (kipróbálás), 5,1%-os (múlt év) és 1,7%-os (múlt hónap) arányokat mértek, szemben az EU 15–34 évesekre vonatkozó körülbelül 5%-os (kipróbálás), 2%-os (múlt év), illetve 1%-os (múlt hónap) arányaival.

A kokainhasználat tendenciái

Az európai kokainhasználat növekedésének lehetőségére vonatkozóan évek óta érkeztek figyelmeztetések, különféle forrásokból származó adatok alapján (pl. piaci mutatók, kezelési igények, halálesetek). Bár a lakosság körében

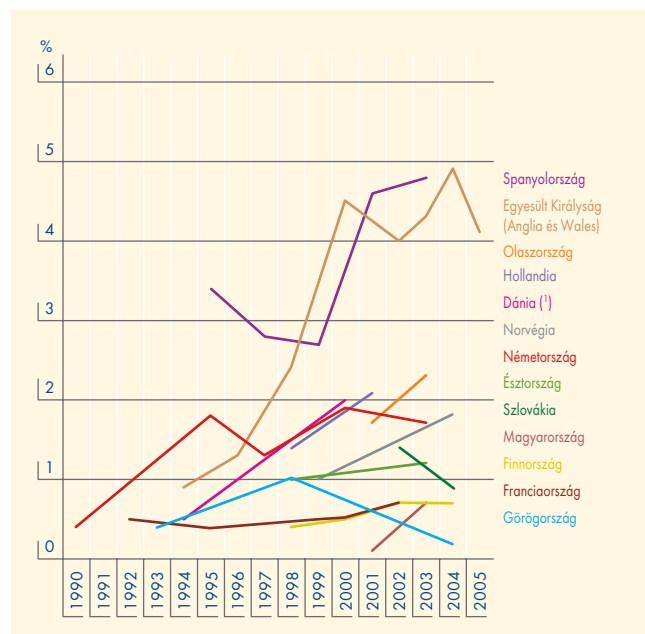
tapasztalható kokainhasználati tendenciákról egyre több információ áll rendelkezésre az országok ismételt felméréseinek sűrűsödése nyomán, az adatok még mindig korlátozottak. A kokain esetében fokozza a nehézségeket az alacsonyabb előfordulási szint és a használat feltételezhető elhallgatása.

A közelmúltbeli (elmúlt évi) kokainhasználat a fiatal felnőttek körében határozottan nőtt az 1990-es évek második felében az Egyesült Királyságban, egészen 2000-ig, illetve Spanyolországban 2001-ig, az elmúlt években viszont stabilizálódás volt megfigyelhető. Németországban az 1990-es években enyhe emelkedést tapasztaltak, de az utóbbi években a számok egy szinten maradtak, a Spanyolországban és az Egyesült Királyságban mértnél egyértelműen alacsonyabban (7. ábra).

Az elmúlt évi használat enyhe emelkedését figyelték meg Dániában (2000-ig), Olaszországban, Magyarországon, Hollandiában (2001-ig) és Norvégiában. E tendencia értelmezésekor azonban óvatosan kell fogalmazni, mivel ez mindegyik ország esetében csak két felmérésen alapul.

A kokain és egyéb anyagok (pl. ecstasy, amfetaminok, hallucinogén gombák) esetében a tendenciákat könnyebb azon csoportok elemzésére koncentrálni meghatározni, akiknél a kábítószer-használat leginkább megfigyelhető,

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



(1) Dániában az 1994-es érték a „kemény drogokra” vonatkozik.
Megjegyzés: Az adatok a bejelentés idején az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származnak. Bővebb információért lásd a GPS-4. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox-országjelentések (2005), amelyek lakossági felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

(149) Forrás: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Meg kell jegyeznünk, hogy az amerikai felmérésben az „összes felnőtt” kortartomány (12 évesek és idősebbek) szélesebb, mint az európai felmérésekben használt standard kortartomány (15–64 év). Az USA felméréseinek 16–34 évesek csoportjára vonatkozó számadatait az EMCDDA számította át.

különös tekintettel a városi területeken élő fiatalokra. Ezeket a populációkat a rekreációs körülmények közötti kábítószer-használatról szóló kiválasztott témakör részletesebben tárgyalja. Emellett a felmérésekből kapott adatokat érdemes a kiválasztott csoportokba (éjszakai élet) tartozó fiatalok célirányos tanulmányozásával kiegészíteni.

A gyógykezelési igényekkel kapcsolatos adatok ⁽¹⁵⁰⁾

Az opiátok és a kannabisz mögött a kokain a harmadik leggyakrabban megnevezett kábítószer a drog miatt gyógykezelésre jelentkezők beszámolójában, és az EU egészét tekintve 2004-ben az összes gyógykezelési igény körülbelül 8%-át felelt ⁽¹⁵¹⁾. Hozzá kell tenni, hogy Spanyolország, ahonnan rendszerint nagyszámú, kokainnal kapcsolatos kezelési igényt jelentenek, még nem közölte az adatokat. Ez az összefoglaló számadat ugyanakkor az országok között nagy különbségeket takar: a legtöbb országban viszonylag alacsony szinten vannak a kokainnal kapcsolatos kezelési igények, Hollandiában (37%) és a múltat tekintve Spanyolországban (2002-ben 26%) viszont a kokainhasználat miatt kezelést kérők aránya az összes pácienshez képest sokkal magasabb. A legfrissebb rendelkezésre álló adatok szerint az országok egy csoportja az összes kezelést kérő páciensen belül a kokainhasználók arányát 5–10% közöttinek jelentette (Dánia, Németország, Franciaország, Írország, Olaszország, Ciprus, Málta, az Egyesült Királyság és Törökország), miközben a többi országban ez az arány kifejezetten alacsony ⁽¹⁵²⁾. Sok országban megfigyelték, hogy az elsősorban kokainhasználat miatt kezelést kérő új páciensek aránya az összes pácienshez képest magasabb ⁽¹⁵³⁾, az összes új kezelési igényből pedig a jelentések szerint körülbelül 12% kapcsolódott a kokainhoz. A kokaint emellett az új páciensek kb. 12%-a nevezte meg másodlagos drogként ⁽¹⁵⁴⁾.

A kokainhasználat miatt kezelést kérő páciensek számában a korábbi években megfigyelt emelkedő tendencia folytatódik; egy az 1999-től 2004-ig tartó időszakra vonatkozó, a bejelentetlen adatokat interpolálással helyettesítő elemzés szerint a kokainhasználat miatt kezelést kérő új páciensek száma 10%-ról 20%-ra emelkedett ezen időszak során (17 EU-országot, valamint Bulgáriát és Romániát alapul véve) ⁽¹⁵⁵⁾.

Összességében véve a kokain miatti kezelési igények Európában nem köthetők a krek-kokainhoz: a jelentések szerint a járóbeteg-ellátásban jelentkező új páciensek körülbelül 80%-a kokain-hidrokloridot (kokainport) használ, a krek-kokain használók aránya így 20% alatt van.

Ugyanakkor a krek-kokain használói különös kihívás elé állíthatják a kezelőszolgálatokat, mivel jellemzően sokkal inkább marginalizált társadalmi profillal rendelkeznek, mint a kokainport használók. Egy európai tanulmány a kokainhasználatról (a por és a krek-kokainról) összefüggést fedezett fel a krek használata és a szociális és mentális egészségügyi problémák között; a tanulmány azonban azt is jelezte, hogy a krek-kokain használata önmagában még nem magyarázza meg a szociális és mentális egészségügyi problémákat (Haasen és mások, 2005). Egy 585 kokain- és krekhasználó páciens részvételével végzett közelmúltbeli skóciai vizsgálat azt állapította meg, hogy a krekket használók múltjában nagyobb valószínűséggel fordul elő hosszabb problémás kábítószer-használat, illetve bűnöző tevékenységekben való részvétel (Neale és Robertson, 2004, az Egyesült Királyság országjelentése idézi).

A járóbeteg-ellátásban kezelt kokainfogasztó páciensek profilja alapján úgy tűnik, hogy az elsősorban kábítószerként kokaint használó új páciensek rendszerint idősebbek a többi drogfogasztónál: 70%-uk a 20–34 éves korcsoportba tartozik, kisebb részük pedig (13%) a 35–39 évesek közül kerül ki ⁽¹⁵⁶⁾.

A kokaint gyakran más tiltott vagy legális kiegészítő kábítószerrel, sokszor kannabisszal (31,6%), opiátokkal (28,6%) vagy alkohollal (17,4%) kombinálva használják ⁽¹⁵⁷⁾. Az injekciós kábítószer-használók között végzett helyi vizsgálatok azt mutatták, hogy egyes területeken mintha kezdene népszerűvé válni a heroin és kokain egy injekcióban beadott kombinációja (ezt az injekciós kábítószer-használók olykor „speedballing” néven említik). Az opiátok és a kokain kombinációja most a kezelési adatokban jobban megmutatkozik. Az elsődleges opiáthasználatot bevalló páciensek közül Olaszországban 31%, Hollandiában 42%, az Egyesült Királyságban pedig 44% számolt be másodlagos kokainhasználatról. Az elsődleges kokainhasználók közül Olaszországban 28%, az Egyesült Királyságban 38% nyilatkozott másodlagos opiáthasználatról.

A kokainfüggőség kezelése

A kokaintól, illetve az egyéb pszichostimulánsoktól való függőség gyógyszeres kezelésének alátámasztására nincs elegendő bizonyíték. A pszichostimulánsok használói esetében alkalmazott gyógyszeres terápiáról szóló összefoglaló tanulmányukban Shearer és Gowing (2004) azonban arra a következtetésre jutottak, hogy az opiát- és a nikotinfüggőséggel szemben sikeres helyettesítő kezelést,

⁽¹⁵⁰⁾ Lásd a 70. lábjegyzetet.

⁽¹⁵¹⁾ Ld. a TDI-2. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁵²⁾ Ld. a TDI-5. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben; Spanyolország esetében az adatok a 2002-es beszámolási évre vonatkoznak.

⁽¹⁵³⁾ Ld. a TDI-4. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁵⁴⁾ Ld. a TDI-23. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁵⁵⁾ Ld. a TDI-1. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁵⁶⁾ Ld. a TDI-10. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁵⁷⁾ Ld. a TDI-24. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

amely alkalmas arra, hogy a használókat bevonja és megtartsa a kezelésben, a serkentőszerek használóinál nem tesztelték megfelelően. Az EMCDDA nemrég adott ki egy szakirodalmi áttekintést a kokainkezelésre adott válaszokról és a kezelés hatékonyságáról, a krekk-kokaint használók körében előforduló mentális egészségügyi rendellenességekre adott válaszokat is beleértve ⁽¹⁵⁸⁾.

Néhány országban, köztük az Egyesült Államokban és az Egyesült Királyságban jelenleg nagyarányú beruházásokat fordítanak az immunterápiás kezelési lehetőségek kidolgozására, olyan antitestek kifejlesztésével, amelyek meg tudják kötni a kokaint a véráramban még az előtt, hogy elérné a központi idegrendszert (lásd a kokainfüggőknek való immunterápiáról szóló rovatot).

Immunterápia kokainfüggő páciensek részére

Az agonistákkal, így a metadonnal, illetve antagonistákkal, például naltrexonnal kezelhető heroinfüggőséggel szemben a kokainfüggőségnek jelenleg nincs orvosi kezelése. Ennek oka, úgy tűnik, abban a működési mechanizmusban keresendő, amelynek révén a kokain kifejti hatását a dopamin és szerotonin agyi neurotranszmitterekre. Miközben a heroin az agy opiátreceptoraihoz kötődik, például a mu-receptorokhoz, és ezért az agy saját endorfinjainak működését utánozza le, a kokain megátolja a dopamin (sőt, a szerotonin) visszavételét a szinaptikus részből azután, hogy már kifejette hatását, ami az átvivő anyag felhalmozódásához vezet, ezáltal hatását meghosszabbítja és felerősíti.

Ez nem szükségszerűen jelenti azt, hogy a kokainfüggőségre nem lehetne orvosi kezelést kidolgozni, csak sokkal nehezebb, és a heroinfüggőség kezeléseiben alkalmazottaktól eltérő koncepciót tehet szükségessé.

A kutatás egyik érdekes ága az immunterápia alkalmazása, azaz egy olyan védőoltás kidolgozása, amely hatékonyan „semlegesíti” a kokain működését azáltal, hogy megátolja, hogy a kábítószer elérje az agyat. A kiinduló koncepciót már korlátozott mértékben tesztelték. Egy az Egyesült Királyságban kifejlesztett védőoltást kokainfüggők kis létszámú, összesen 18 fős csoportján tesztelték, 14 héten át. Azt állapították meg, hogy a kokainfüggők vakcinázott kohorszána háromnegyede 3 hónapig kábítószer nélkül tudott maradni, kellemetlen mellékhatások nélkül. 6 hónap elteltével pedig a visszaesők és a nem visszaesők egyaránt arról számoltak be, hogy az eufória érzése nem volt már olyan erős, mint a védőoltást megelőzően. E megállapítások eredményeképpen a – TA-CD kábítószer-fehérje konjugátumként ismert – vakcinát alávetették a 2. fázisú klinikai kipróbálásnak. Egy másik immunterápiás módszer a monoklonális antitestek létrehozása a kokainhoz, de ennek tesztelése még a klinikai előtti szakaszban jár.

A TA-CD kokain elleni vakcina potenciális előnyei nyomán etikai aggályok merültek fel a vakcina alkalmazásával kapcsolatban: kinek adnák be, ki döntene az alkalmazásról, milyen kritériumok alapján stb.

A kokaint, illetve más pszichostimulánsokat használók számára a legígéretesebb kezelési lehetőségnek jelenleg a többfajta speciális pszichoszociális kezelési beavatkozás egyidejű alkalmazását tartják. A közösségi megerősítő hozzáállás (CRA) ötvözése a viselkedésben elért változásokat jutalmazó kezeléssel („contingency management”) rövid távon bizonyítottan csökkenti a kokainhasználatot (Higgins és mások, 2003; Roozen és mások, 2004).

A CRA olyan intenzív kezelési módszer, amely a kezelésbe a családot, a barátokat és a páciens szociális hálójának más tagjait is bevonja, és a pácienseket a társadalmi kapcsolatok kiépítésére, az énkép javítására, illetve a munka és a sikerélményt adó szabadidős tevékenységek megtalálására próbálja megtanítani, hogy az addigitól eltérő életstílust alakíthassanak ki (Roozen és mások, 2004). A jutalmazó kezeléssel ötvözve – ez a módszer a páciensek viselkedését a kokainmentes vizeletmintákért adott értelmes ösztönzők, például ajándékok, bónok vagy kiváltságok révén próbálja befolyásolni – a kokainfüggő járó betegeknek a kezelési szakaszban és a kezelés utáni utógondozásban pozitív eredményeket értek el a kábítószer-használat és a pszichoszociális működés tekintetében, bár úgy tűnt, hogy a kokainhasználatra gyakorolt hatás a kezelés időszakára korlátozódik (Higgins és mások, 2003).

A kifejezetten problémás, kokaint és kreket használó heroinhasználók részére kidolgozott új módszerek középpontjában elsődleges kezelési célként az ártalomcsökkentés áll: ezek a módszerek a viselkedésterápiát, különösen a jutalmazó kezelési módszereket metadonfenntartó programokkal vagy heroinnal támogatott kezeléssel együtt alkalmazzák (Schottenfeld és mások, 2005; van den Brink, 2005; Poling és mások, 2006).

Ártalomcsökkentési módszerek

Európában csak korlátozottan alakultak ki kifejezetten a kokainhasználatot célba vevő ártalomcsökkentési módszerek. Ezen a téren most talán elindult a változás, mivel egyrészt a kokainhasználat mértékének, másrészt a belőle származó problémáknak a növekvő felismerése nyomán egyre nagyobb az érdeklődés a kokainhasználók igényeit kielégítő válaszok kidolgozása iránt. Még mindig kevésbé ismert a megelőző és ártalomcsökkentő módszerek értéke a kokainhasználattal járó kockázatok csökkentése szempontjából, annyi azonban bizonyos, hogy e szemlélet kialakítására számos terület kínál lehetőséget. Elképzelhető például, hogy a kokainhasználóknak segítenek az olyan beavatkozások, amelyek a kokain és az alkohol kombinációjának fokozott toxicitásával, a kokainhasználat és a szív- és érrendszeri problémák közötti potenciális összefüggéssel, illetve az olyan viselkedési vonatkozásokkal foglalkoznak, amelyek miatt a használókat fokozottan fenyegeti a HIV-fertőzés kockázata vagy a balesetek vagy erőszakos cselekmények áldozatává válásának lehetősége.

⁽¹⁵⁸⁾ www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400

Mivel a kokainhasználat gyorsan eszkalálódik, ugyancsak érdemes lenne feltárni az olyan gyors beavatkozások lehetőségeit, amelyekkel a használókat figyelmeztetni lehetne arra, hogy hamarosan tapasztalni fogják a kábítószer-használat negatív következményeit.

A krek-kokain használatával együtt járó komoly egészségügyi és szociális problémák következtében az ennek a csoportnak szóló szolgáltatások kialakítása terén több tapasztalatot sikerült szerezni, bár a tevékenységek arra a viszonylag kevés európai városra korlátozódnak, ahol jelentősebb problémát jelent a krek-kokain használata. A krek-kokain használókat több városban is olyan célzott rendszerekkel próbálják elérni, amelyek kifejezetten a nehezen együttműködő csoportok megközelítésére tesznek kísérletet. Bár a bizonyítékok továbbra is viszonylag elszórtan állnak rendelkezésre, néhány tanulmány arra utal, hogy ezeknek lehetnek előnyeik. A használók elérésére irányuló innovatív rotterdami kezelési programról készült tanulmány (Henskens, 2004, a holland országjelentés idézi) például meghatározta azokat a tényezőket, amelyeket fontosnak találtak a páciensek e csoportjának kezelésében, akikkel a hagyományos drogsegélyszolgálatok keretében sokszor nehéz volt foglalkozni.

A kényszeres krek- és kokainhasználat a szexuális kockázatvállalás megnövekedésével is együtt járhat, ezért néhány alacsonyküszöbű program kifejezetten a krekhasználó szexmunkásokat veszi célba, a biztonságosabb szexről és kábítószer-használatról szóló üzenetek közvetítése, illetve óvszerek és síkosítók szétosztása céljából (lásd a nemekről szóló kiválasztott témakört).

Ellentmondásosabb szemléletet sikerült elfogadni néhány olyan európai városban, ahol az általában az injekciós droghasználatot célzó biztonságos fogyasztó helyiségek koncepcióját a kábítószer inhalálás útján történő használatára is kiterjesztették. Több holland, német és svájci városban is nyitottak ellenőrzött inhalálásra szolgáló helyiségeket (EMCDDA, 2004c). Bár az ilyen szolgáltatások fő célja a fogyasztási higiénia felügyelete, vannak arra utaló bizonyítékok, hogy ezek olykor elvezethetnek az ellátás más formáihoz is; az egyik frankfurti (Németország) szolgálat megfigyelése alapján például azt jelentették, hogy 2004-ben egy hat hónapos értékelési időszak során több mint 1400 fogyasztást felügyeltek, és eközben 332 kapcsolatteremtő beszélgetést, 40 tanácsadó összejövetelt és 99, más drogsegélyszolgálatokhoz való beutalást dokumentáltak.



6. fejezet

Opiáthasználat és injekciós kábítószer-használat

A heroinkínálat és elérhetősége ⁽¹⁵⁹⁾

Az importált heroin Európában két formában található meg: az egyik az általában elérhető barna heroin (a heroin bázikus formája), a másik a kevésbé általános és drágább fehér heroin (só forma), amely jellemzően Délkelet-Ázsiából származik. Emellett néhány opiát-kábítószer az Európai Unióban készítenek, de ez főleg házi mákkészítmények (pl. mákszalma, mákkoncentrátum az őrölt mákgubókból vagy mákszárakból) szerény keretek között történő előállítására korlátozódik néhány keleti EU-országban, például Litvániában, ahol a mákszárak és koncentrátumok piaca stabilizálódni látszik, illetve Lengyelországban, ahol a „lengyel heroin” előállítása mintha csökkenőben lenne (CND, 2006).

Termelés és kereskedelem

Az Európai Unióban fogyasztott heroint elsősorban Afganisztánban állítják elő, amely a tiltott ópium-előállítás tekintetében változatlanul világszű, és 2005-ben a globális tiltott ópiumtermelés 89%-áért felelt, másodsorban pedig Mianmarban (7%). A világ tiltott ópiumtermelése 1999 és 2004 között viszonylag stabil maradt, 2001 kivételével, amikor az ópiummák termesztésének a talibán rezsim által foganatosított afganisztáni betiltása drámai, de rövid életű csökkenést eredményezett. 2005-ben a becsült termelés körülbelül 4670 tonna volt, ami 2004-hez képest 4%-os csökkenést jelent (CND, 2006). A globális potenciális herointermelést 2005-ben 472 tonnára becsülték (2004-ben 495 tonna) (UNODC, 2006).

A heroin Európába két fő kereskedelmi útvonalon keresztül lép be. A történetileg fontos balkáni útvonal változatlanul kulcsszerepet tölt be a heroincsempészetben. A Pakisztánon, Iránon és Törökországon való átszállítást követően az útvonal elágazik egy déli ágra Görögországon, Macedónia volt Jugoszláv Köztársaságon, Albánián, Olaszországon, Szerbián, Montenegrón és Bosznia-Hercegovinán keresztül, valamint egy északi ágra Bulgárián, Románián, Magyarországon, Ausztrián, Németországon és Hollandián át; ez utóbbi a többi nyugat-európai ország felé tölti be a másodlagos elosztó központ szerepét. A 2004-es

heroinelefoglalások arra utalnak, hogy a csempészt mennyiség tekintetében a déli ág mostanra az északiéval megegyező jelentőségre tett szert (WCO, 2005; INCB, 2006a). Az 1990-es évek közepe óta a heroint egyre inkább a „Selyemúton” csempészik be Európába, Közép-Ázsián (különösen Türkmenisztánon, Tádzsikisztánon, Kirgizisztánon és Üzbegisztánon), a Kaszpi-tengeren és az Orosz Föderáción, Fehéroroszországon vagy Ukrajnán keresztül Észtországba, Lettországba, az északi országok némelyikébe és Németországba (Reitox-országjelentések, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Bár ezek az útvonalak a legfontosabbak, az Arab-félsziget országai (Omán, az Egyesült Arab Emírségek) ugyancsak tranzitországgá váltak a Dél- és Délnyugat-Ázsiából Európába tartó heroinszállítmányok számára (INCB, 2006a). Emellett 2004-ben Kelet- és Nyugat-Afrikában, a Karib-térségben és Közép- és Dél-Amerikában is foglaltak le Európába (és Észak-Amerikába) szánt heroint (CND, 2006).

Lefoglalások

2004-ben a világon összesen 210 tonna ópiumot (vagy 21 tonnát heroin-egyenértékben), 39,3 tonna morfint és 59,2 tonna heroint foglaltak le. A világszerte lefoglalt heroinból a legnagyobb mennyiségért változatlanul Ázsia (50%) és Európa (40%) felelt. Európa részesedése növekedést mutat, különösen a délkelet-európai országokban (Törökország) megsaporodott lefoglalások miatt, amelyek most először haladták meg a Nyugat- és Közép-Európában lefoglalt mennyiségeket (CND, 2006).

2004-ben becslések szerint 46 000 lefoglalással körülbelül 19 tonnányi heroint foglaltak le a jelentéstevő országokban. A legnagyobb számú lefoglalást változatlanul az Egyesült Királyság mondhatta magáénak, nyomában Németországgal és Olaszországgal, a legnagyobb – a 2004-ben lefoglalt össz mennyiségnek közel felét kitevő – mennyiséget pedig Törökországnak sikerült lefoglalnia (a sorban Olaszország és az Egyesült Királyság követte) ⁽¹⁶⁰⁾. Az 1999–2004 közötti időszak során a heroinelefoglalások ingadoztak: a jelentéstevő országok adatai alapján úgy tűnt, hogy a 2002–03-ban megfigyelt csökkenést 2004-ben újabb növekedés követte ⁽¹⁶¹⁾. Az 1999–2004 közötti öt

⁽¹⁵⁹⁾ Ld. „A lefoglalások és piaci adatok értelmezése”, 37. o.

⁽¹⁶⁰⁾ Ezt majd össze kell vetni a hiányzó 2004-es adatokkal, amikor már rendelkezésre állnak. A heroinelefoglalások számáról és a lefoglalt heroin mennyiségéről Írország és az Egyesült Királyság esetében nem áll rendelkezésre 2004-es adat; Hollandia tekintetében a heroinelefoglalások számáról nem volt 2004-es adat. A becslések céljából a hiányzó 2004-es adatokat a 2003-asokkal helyettesítették. A Hollandia részéről a 2004-ben lefoglalt mennyiségekre nézve megadott adatok csak becslések voltak, amelyeket ezért nem lehetett szerepeltetni a 2004-es tendenciák elemzésében.

⁽¹⁶¹⁾ Ld. a SZR-7. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

évet tekintve a lefoglalt össz mennyiség egyenletesen nőtt, és 2004-ben rekord magas szintet ért el, ami nagyrészt annak volt köszönhető, hogy a Törökországban lefoglalt heroin mennyisége 2004-ben az előző évhez képest közel kétszeresére emelkedett ⁽¹⁶²⁾.

Ár és tisztaság

2004-ben a barna heroin átlagos kiskereskedelmi ára Európa-szerte széles skálán mozgott, a törökországi 12 euro/grammtól egészen a svédországi 141 euro/grammig, illetve a fehér heroin esetében a belgiumi 31 euro/grammtól a svédországi 202 euro/grammig; az ár a típus szerint nem megkülönböztetett heroin esetében a szlovéniai 35 euro/gramm és az Egyesült Királyságban feljegyzett 82 euro/gramm között volt ⁽¹⁶³⁾. Az 1999–2004 közötti időszakról rendelkezésre álló adatok a heroin az infláció mértékének megfelelően kiigazított átlagárának csökkenését mutatták ⁽¹⁶⁴⁾ a legtöbb jelentéstevő országban ⁽¹⁶⁵⁾.

A barna heroin átlagos tisztasága felhasználói szinten 2004-ben a bulgáriai 10% és a törökországi 48% között mozgott, ami a fehér heroin esetében a németországi 20% és a dániai 63% között volt, a típus szerint nem megkülönböztetett heroinnál pedig a magyarországi 16% és a hollandiai 42–50% ⁽¹⁶⁶⁾ között alakult ⁽¹⁶⁷⁾. A herointermékek átlagos tisztasága a legtöbb jelentéstevő országban 1999 óta ingadozásokat mutatott ⁽¹⁶⁸⁾, ami megnehezíti bármilyen összesített tendencia meghatározását.

Nemzetközi fellépés a heroin előállítására és kereskedelmére ellen

Az ecetsavanhidrid ⁽¹⁶⁹⁾ a heroin tiltott előállításában felhasznált fontos prekursor. A Topáz művelet nevű nemzetközi kezdeményezés célja az ecetsavanhidrid törvényes kereskedelmének figyelése és az eltérítési módszerek és útvonalak kinyomozása (INCB, 2006b). Mivel az ecetsavanhidrid jelentős törvényes kereskedelemmel bír, ez megnehezíti az ellenőrzést. Ezt szemlélteti az a tény, hogy 2001 óta 22 exportáló ország/terület 7684 export előtti értesítést nyújtott be az INCB-hez, összesen több mint 1 350 000 tonna ecetsavanhidridre vonatkozóan. A törökországi lefoglalások (2004-ben 1600 liter) az elmúlt években jelentősen visszaestek, ami talán azt jelzi,

hogy a kereskedők új útvonalakat és módszereket találtak az eltérítéshez. 2004-ben történtek először olyan európai lefoglalások (Bulgáriában), amelyeket Délkelet-Ázsiából származóként azonosítottak (INCB, 2006b).

Bár a Topáz művelet a nemzetközi kereskedelem figyeléséhez kapcsolódó vonatkozásaiban sikeresnek bizonyult, az ecetsavanhidrid Afganisztánon belüli, illetve a környező országokban történő csempészetére használt útvonalak azonosítása és megszüntetése terén csekély előrehaladást ért el (INCB, 2006b).

Az Europol által működtetett Mustár projekt célja az EU felé, illetve az EU-n belül működő, kábítószer-kereskedelemmel, elsősorban heroinnal foglalkozó török és kapcsolódó bűnözői csoportok azonosítása és az ellenük való fellépés. A projekt operatív támogatást nyújt a részt vevő tagállamokban folyó nyomozásokhoz és javítja a stratégiai hírszerzési összképet azáltal, hogy betekintést ad a török bűnszervezetek és kapcsolódó csoportok tevékenységeibe (Europol, 2006).

A problémás opiáthasználat becsült előfordulása

Az ebben a részben szereplő adatok az EMCDDA problémás kábítószer-használat (PDU) mutatójából származnak, amely az „injekciós kábítószer-használatot vagy a heroin, kokain és/vagy amfetaminok tartós/rendszeres használatát” fedi le. A problémás kábítószer-használatra vonatkozó becslések történetileg elsősorban a heroinhasználatot tükrözték, noha ennek néhány országban az amfetaminhasználat is fontos elemét képezik, amint azt a jelentésben másutt tárgyaljuk.

A problémás opiáthasználatra vonatkozó becslések értelmezésekor szem előtt kell tartani, hogy a használati minták egyre sokszínűbbek. Így például a polidroghasználat a legtöbb országban egyre növekvő jelentőséggel bír, miközben néhány olyan országból, ahol a múltban az opiátproblémák voltak meghatározóak, most más kábítószeres irányába történt elmozdulást jelentettek. A legtöbb heroinhasználó ma már vélhetően serkentőszereket és más kábítószereseket is használ az opiátok mellett, a polidroghasználatra vonatkozóan azonban nehéz megbízható adatokat nyerni az EU szintjén (ld. a 8. fejezetet).

⁽¹⁶²⁾ Ld. a SZR-8. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁶³⁾ Ld. a PPP-2. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁶⁴⁾ A pénz értéke tekintetében minden országnál 1999-et tekintve bázisnévnek.

⁽¹⁶⁵⁾ Az 1999–2004 időszak során a heroinárak adatai legalább három egymást követő évben a következő országok esetében álltak rendelkezésre: a barna heroinról: Belgium, Csehország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Luxemburg, Lengyelország, Portugália, Szlovénia, Svédország, Egyesült Királyság, Norvégia, Bulgária, Románia és Törökország; a fehér heroinról: Csehország, Németország, Franciaország, Lettország és Svédország; a heroinról típusmegkülönböztetés nélkül: Litvánia és az Egyesült Királyság.

⁽¹⁶⁶⁾ Ez a két számadat a két különböző nyomon követő rendszerből kapott adatoknak felel meg (ld. a PPP-6. (iii. rész) táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben); szükség van némi óvatosságra, mivel az 50%-os adat csak egyetlen mintavételen alapul.

⁽¹⁶⁷⁾ Ld. a PPP-6. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁶⁸⁾ Az 1999–2004 időszak során a heroin tisztaságára vonatkozó adatok legalább három egymást követő évben a következő országok esetében álltak rendelkezésre: a barna heroinról: Csehország, Dánia, Spanyolország, Írország, Olaszország, Luxemburg, Ausztria, Portugália, Szlovákia, az Egyesült Királyság, Norvégia és Törökország; a fehér heroinról: Dánia, Németország, Észtország, Finnország és Norvégia; a heroinról típusmegkülönböztetés nélkül: Belgium, Litvánia, Magyarország és Hollandia.

⁽¹⁶⁹⁾ Az 1988. évi egyezmény I. táblázatában szerepel.

A jelenség diverzifikálódása felé mutató általános tendencia ellenére a problémás kábítószer-használatra vonatkozó becslések sok országban még mindig kizárólag a heroin vagy más opiátok, mint elsősorban anyagok problémás használatán alapulnak. Ez látható a problémás opiáthasználat becslési arányaiból (ld. 8. ábra), amelyek legnagyobb része nagyon hasonló a PDU becsléséhez⁽¹⁷⁰⁾. Nem világos, hogy a többi országban az opiátoktól eltérő problémás használat előfordulása szinte elhanyagolható-e, vagy esetleg jelentős, de túl nehéz lenne felbecsülni.

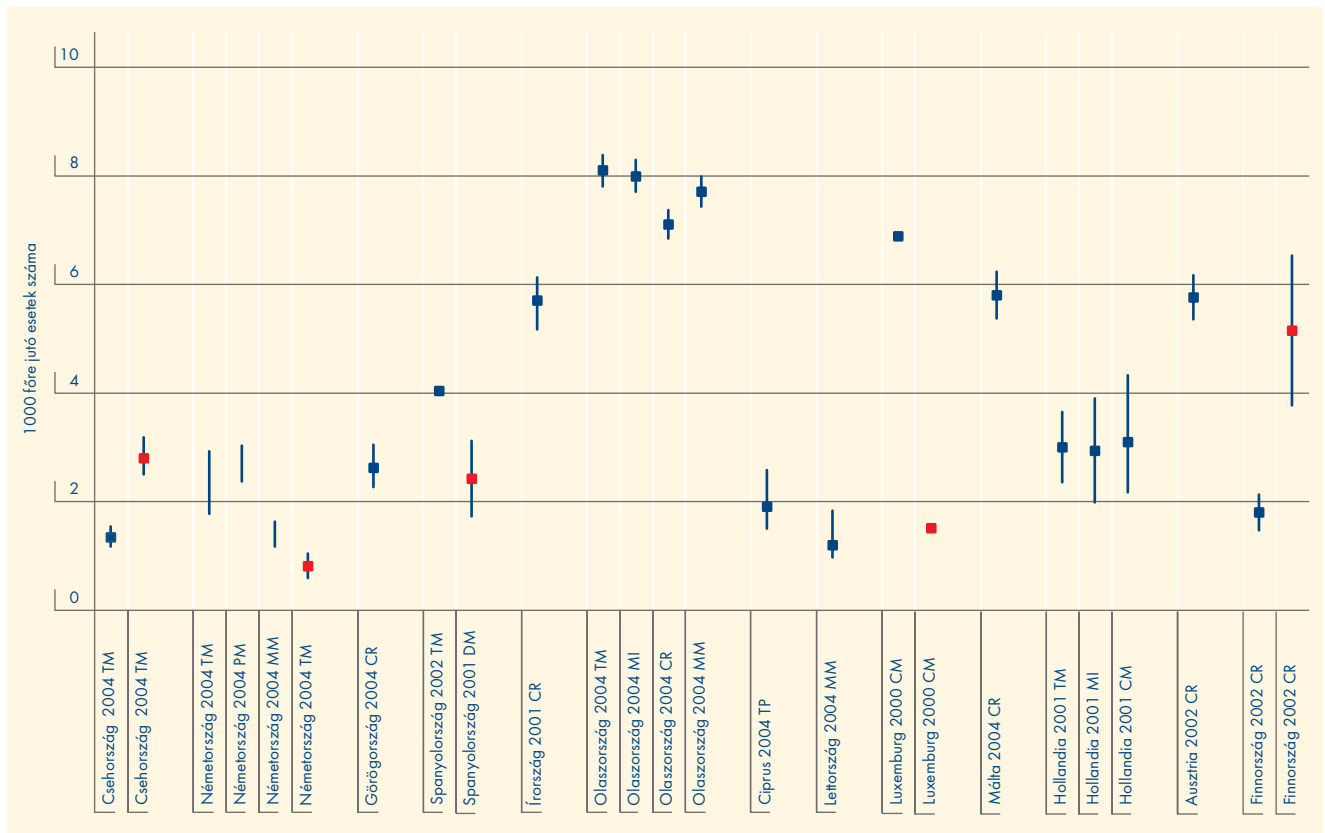
A problémás opiáthasználók számát nehéz felbecsülni, és már az is körütekintő elemzést kíván, hogy a rendelkezésre álló adatforrásokból kinyerjük az előfordulási adatokat. A becslések ráadásul gyakran földrajzi helyhez kötöttek, emiatt az országos becsléshez végzett extrapolálásuk nem feltétlenül megbízható.

A problémás opiáthasználat előfordulására vonatkozó országos szintű becslések a 2000–04 közötti időszakban a 15–64 éves népességben belül 1000 főre 1–8 esetet jeleztek (a becslések felezőpontja alapján). A problémás opiáthasználat becslési arányai országonként

igen különbözőek, ugyanakkor egy országon belül különböző módszereket használva is nagy vonalakban következetes eredmények születtek. A problémás opiáthasználat becslési előfordulását magasabbnak jelentették Írországból, Olaszországból, Luxemburgból, Máltáról és Ausztriából (5–8 eset/1000 fő a 15–64 éves lakosságban), ezzel szemben Csehországból, Németországból, Görögországból, Ciprusból, Lettországból és Hollandiából alacsonyabb arányokat jeleztek (négyenél kevesebb eset/1000 fő a 15–64 éves lakosságban) (8. ábra). A legalacsonyabb jól dokumentált becslések némelyike most az EU új országaiból érkezett, de Máltáról például magasabb előfordulásról számoltak be (5,4–6,2 eset/1000 fő a 15–64 éves korcsoportban). A korlátozott adatok alapján az EU egészére nézve a problémás opiáthasználat előfordulási aránya 1000 főre jutó 2–8 esetet jelent a 15–64 éves lakosságban. Ezek azonban messze nem szilárd becslések, és további finomításra szorulnak, amint több adat válik elérhetővé.

Kifejezetten a problémás opiáthasználatra vonatkozó helyi és regionális becslések nem állnak rendelkezésre;

8. ábra: Becslések a problémás opiát- és stimulánshasználatról, 2000–04 (a 15–64 éves népességben 1000 főre jutó arány)



Megjegyzés: ■ A vörös négyzetek a stimulánshasználatot jelölik, az egyéb becslések az opiáthasználatra vonatkoznak.

MM = halálzási multiplikátor; CR = fogás-visszafogás eljárás [Capture-recapture]; TM = kezelési multiplikátor; PM = rendőrségi multiplikátor; MI = többváltozós mutató; TP = csonkolt Poisson-eloszlás; CM = kombinált módszerek. Bővebb információkért lásd a PDU-1., a PDU-2. és a PDU-3. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben. A szimbólum egy becslési pontot jelöl, a sáv pedig egy bizonytalansági intervallumot, amely lehet egy 95%-os bizonyosság intervallum, vagy egy érzékenységi elemzésen alapuló intervallum. A célcsoportok a különböző módszerektől és adatforrásoktól függően kissé változhatnak, ezért csak óvatos összehasonlításokat szabad végezni.

Forrás: Nemzeti fókuszpontok.

⁽¹⁷⁰⁾ Ld. a PDU-1. (i. rész) ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

a problémás kábítószer-használattal (a serkentőszerek és egyéb kábítószeresek használatát is beleértve) kapcsolatos meglévő adatok azonban arra utalnak, hogy az előfordulás városonként és régióként igen változó. A 2000–04-es időszakra nézve Írországból, Portugáliából, Szlovákiából és az Egyesült Királyságból jelentették a legmagasabb helyi előfordulási becsléseket, amelyek eléri az 1000 főre jutó 15–25 esetet⁽¹⁷¹⁾. Amint az várható, a földrajzi változatosság helyi szinten is markánsan jelenik meg: az előfordulás London különböző részeiben például az 1000 főre jutó 6–25 eset között mozog. A helyi előfordulási arányok nagyfokú változatossága megnehezíti az általánosítást.

A problémás opiáthasználatban megfigyelhető időbeli tendenciák

A problémás opiáthasználat időbeli tendenciáinak értékelése a megbízható, következetes történeti adatok hiánya miatt bonyolult kérdés. Az eddig összegyűjtött bizonyítékok arra mutatnak, hogy a problémás opiáthasználat előfordulása országonként nagymértékben változó, és az EU egészét tekintve nincsenek következetes

tendenciák. Néhány ország jelentései, más mutatók adataival együtt arra utalnak, hogy a problémás opiáthasználat az 1990-es évek közepétől a végéig tovább nőtt (9. ábra), az utóbbi években viszont stabilizálódni vagy valamelyest csökkenni látszik. A 2000 és 2004 közötti időszak tekintetében az opiáthasználatra vonatkozó ismételt becslések hét országból állnak rendelkezésre (Csehország, Németország, Görögország, Spanyolország, Írország, Olaszország, Ausztria): közülük négy ország (Csehország, Németország, Görögország, Spanyolország) a problémás opiáthasználat csökkenését jegyezte fel, egy pedig növekedésről számolt be (Ausztria – habár ez nehezen értelmezhető, mivel az adatgyűjtési rendszer ezen időszak során módosították). A kezelést első alkalommal megkezdő emberektől származó információk arra utalnak, hogy a problémás opiáthasználat összességében talán lassú csökkenésnek indult, így a közeljövőben számítani lehet az előfordulás visszaesésére is.

Injekciós kábítószer-használat

Az injekciós kábítószer-használót (IDU-k) komolyan fenyegeti az olyan káros következmények veszélye, mint

Kábítószer-használók a börtönökben

A bebörtönzöttek körében történő kábítószer-használatról csak szórványos információk vannak. Európában a rendelkezésre álló adatok közül sok eseti tanulmányokból származik, amelyeket olykor az országos börtönrendszerre nézve nem reprezentatív létesítményekben, helyi szinten végeznek, a foglyok közül kiválasztott, igen változatos méretű mintákon. Ennek megfelelően a vizsgált populáció tulajdonságaiban meglévő különbségek korlátozzák az egyes felmérések adatainak – országon belüli és országok közötti – összehasonlíthatóságát, csakúgy mint az eredmények extrapolálását és a tendenciák elemzését.

A legtöbb európai ország közölte a börtönben lévő populáció körében előforduló kábítószer-használatra vonatkozó adatokat az utolsó 5 évről (1999–2004)⁽¹⁾. Ezekből kiderül, hogy az általános népességgel összehasonlítva a börtönökben túlréprezentáltak a kábítószer-használók. Azok aránya, akik saját bevallásuk szerint használtak már tiltott kábítószer, a börtönöket és fogdákat tekintve változó, de az átlag a Magyarországon és Bulgáriában mért legfeljebb egyharmad és a Hollandiában, az Egyesült Királyságban és Norvégiában tapasztalt legalább kétharmad közötti tartományba esik, ezen belül a legtöbb országban (Belgium, Görögország, Lettország, Portugália, Finnország) 50% körüli kipróbálási arányokkal. A kannabisz itt is a leggyakrabban használt tiltott kábítószer, a bebörtönzöttek körében 4% és 86% közötti kipróbálási arányokkal, szemben a kokain 3–57%-os, az amfetaminok 2–59%-os és a heroin 4–60%-os kipróbálási arányaival⁽²⁾.

A bebörtönzés előtti rendszeres kábítószer-használatról vagy függőségről a foglyok 8–73%-a számolt be, az injekciós kábítószer-használat életprevalenciája pedig 7–38% volt a börtönbeli populációban⁽³⁾.

Bár a kábítószer-használók többsége a bebörtönzés után csökkenti vagy abbahagyja a kábítószer-használatot, néhány fogoly folytatja, és mások éppen a börtönben töltött időben kezdik el használni (és/vagy injekciósan használni) a drogokat. A rendelkezésre álló vizsgálatok szerint a foglyok 8–51%-a használt kábítószerrel a börtönön belül, 10–42%-uk számolt be rendszeres kábítószer-használatról és 1–15%-uk használt kábítószerrel injekciósan a börtönben töltött idő alatt⁽⁴⁾. Ez kérdéseket vet fel a fertőző betegségek terjedésének lehetőségével kapcsolatban, különösen a steril injekciós felszerelés hozzáférhetőségével és a börtönpopulációban működő osztozási gyakorlatokkal szembeállítva.

A Csehországban (1996–2002), Dániában (1995–2002), Litvániában (2003/2004), Magyarországon (1997/2004), Szlovéniában (2003/2004) és Svédországban (1997–2004) végzett ismételt felmérések a különféle típusú kábítószeres előfordulásának növekedését mutatták a foglyok körében, ezzel szemben Franciaország (1997/2003) az injekciós használók arányának börtönpopulációban belüli jelentős csökkenéséről számolt be⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ Az utóbbi 5 évben (1999–2004) végzett vizsgálatokról és a börtönpopulációban tapasztalt kábítószer-használati mintákról a következő országok közölték adatokat: Belgium, Csehország, Dánia, Németország, Görögország, Franciaország, Írország, Olaszország, Lettország, Litvánia, Magyarország, Málta, Hollandia, Ausztria, Portugália, Szlovénia, Szlovákia, Finnország, Svédország, az Egyesült Királyság, Bulgária és Norvégia.

⁽²⁾ Ld. a DUP-1. táblázatot és a DUP-1. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

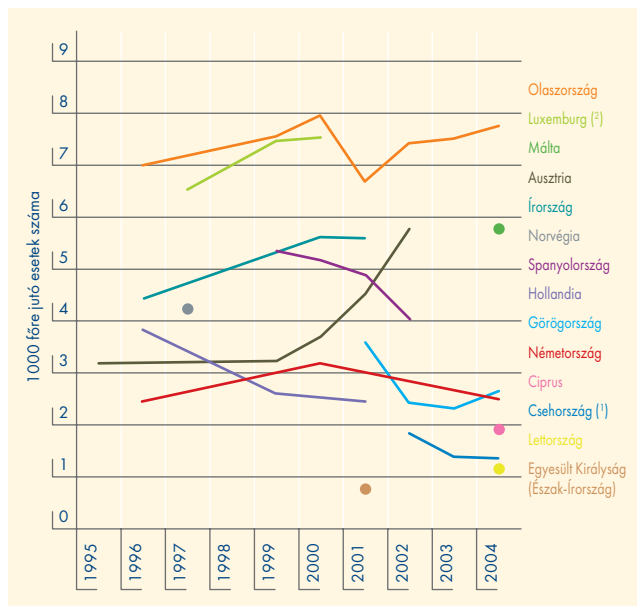
⁽³⁾ Ld. a DUP-2. és a DUP-5. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁴⁾ Ld. a DUP-3. és a DUP-4. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽⁵⁾ Ld. a DUP-5. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁷¹⁾ Ld. a PDU-6. (i. rész) ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

9. ábra: A problémás opiáthasználat előfordulásában megfigyelt tendenciák, 1995–2004 (a 15–64 éves népességben 1000 főre jutó arány)



(¹) A 18–64 éves korcsoportra vonatkozó becslések.

(²) A 15–54 éves korcsoportra vonatkozó adatok alapján számolva

Megjegyzés: Ha az adott időszakban hasonló módszereket használtak, az időszakot összevonták. Bővebb információkért lásd a PDU-1., a PDU-2. és a PDU-3. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Nemzeti fókuszpontok.

a súlyos fertőző betegségek vagy a túladagolás. Éppen ezért fontos külön foglalkozni az injekciós kábítószer-használattal.

Az injekciós kábítószer-használat közegészségügyi jelentősége ellenére kevés ország készít országos vagy ennél alacsonyabb szintű becsléseket erről a területről (172). Az adatok ritkasága miatt ebben a részben az injekciós kábítószer-használókra vonatkozó becsléseket nem bontjuk szét az elsősorú kábítószer szerint, noha az injekciós használók aránya a kezelt heroinhasználók közül (lásd alább) természetesen kifejezetten a heroin injekciós használatára vonatkozik.

Az injekciós kábítószer-használatról rendelkezésre álló becslések többsége vagy a halálos túladagolási arányokból, vagy a fertőző betegségekre (pl. a HIV-fertőzésre) vonatkozó adatokból származik. Az elérhető becslések országonként igen különbözőek: 2000 óta az országos szintű becslésekben az esetek száma többnyire egy és hat között mozog a 15–64 éves népességben, 1000 főre vetítve; 2000 előtt ennél valamivel magasabbak voltak a becslések. 2000 óta azon országok közül, ahol megvannak ezek a becslések, az injekciós kábítószer-használat legmagasabb előfordulási arányát – körülbelül hat eset/1000 fő a 15–64 éves népességben – Luxemburgból és Ausztriából jelentették.

A legalacsonyabb becslések Ciprusról és Görögországból származnak, 1000 főre jutó alig több mint egy esettel.

Ahol az időbeli tendenciák rendelkezésre is állnak, ezekből nem lehet általános mintát kiolvasni, mivel egyes országokban és régiókban csökkenést (például Skóciában, Egyesült Királyság), míg másokban növekedést mutatnak. Az e területre vonatkozó adatok hiánya azonban tulajdonképpen azt jelenti, hogy nem lehet világos képet adni a tendenciákról.

A kezelésbe belépő heroinhasználók közül a jelenlegi injekciós használók arányának nyomon követése fontos kiegészítő információval szolgál az injekciós kábítószer-használatnak a lakosság egészében vett előfordulása figyeléséhez. Nem szabad elfelejteni azonban, hogy a megfigyelt arányok nem feltétlenül tükrözik az injekciós kábítószer-használat teljes előfordulásának tendenciáit. Az olyan országokban például, ahol magas a serkentőszerek használóinak aránya (Csehország, Szlovákia, Finnország, Svédország), az injekciós használók aránya a heroinhasználók körében nem ad szükségszerűen reprezentatív összképet a helyzetről.

Az injekciós kábítószer-használók aránya az elsődlegesen heroint használó, kezelésre jelentkező személyek körében az injekciós kábítószer-használat szintjét tekintve ugyancsak markáns országonkénti különbségeket, illetve változatos időbeli tendenciákat sugall (173). Néhány országban (Spanyolország, Hollandia és Portugália) a kezelt heroinhasználók között viszonylag kicsi az injekciós használók aránya, míg más országokban továbbra is az injekciós használók aránya a heroinhasználók fő formájának. Az EU-15 néhány olyan tagállamában, ahol az adatok rendelkezésre állnak (Dánia, Görögország, Spanyolország, Franciaország, Olaszország és az Egyesült Királyság), az injekciózás aránya a kezelésen részt vevő heroinhasználók körében csökkent. Az új tagállamok többségében viszont – legalábbis ahol megvannak ezek az adatok – a kezelésbe belépő heroinhasználók nagy része injekciós használó.

A gyógykezelési igényekkel kapcsolatos adatok (174)

A páciensek sok országban továbbra is elsősorban az opiátok (nagy részét a heroin) miatt kérnek kezelést. A kezelési igény-mutató szerint 2004-ben bejelentett összes kezelési igényt tekintve az opiátokat az esetek 60%-ában nevezték meg fő kábítószerként, és e pácienseknek alig több mint a fele (53%-a) számolt be a kábítószer injekciós használatáról (175). Meg kell jegyezni, hogy a kezelésiigény-mutató nem terjed ki az opiátkezelésben részt vevő összes személyre – ami sokkal nagyobb számot eredményezne –, csak azokra a páciensekre, akik a tárgyév során kértek kezelést.

(172) Ld. a PDU-7. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

(173) Ld. a PDU-3. (i. rész) ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

(174) Lásd a 70. lábjegyzetet.

(175) Ld. a TDI-2. ábrát és a TDI-5. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

A heroinhasználat miatt kezelést kérő páciensek aránya országonként változó. A legfrissebb rendelkezésre álló adatok alapján az országok három csoportba sorolhatók aszerint, hogy a kezelésre jelentkező kábítószer-használók milyen arányban számolnak be a heroin problémás használatáról, a következőképpen:

- 50% alatt – Csehország, Dánia, Magyarország, Hollandia, Lengyelország, Szlovákia, Finnország, Svédország;
- 50–70% – Németország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Ciprus, Lettország, Portugália, Egyesült Királyság, Románia;
- 70% fölött – Görögország, Olaszország, Litvánia, Luxemburg, Málta, Szlovénia, Bulgária ⁽¹⁷⁶⁾.

Az országok közül többek között Magyarországon tapasztalható, hogy az opiátok miatt kezelt páciensek körében számottevő a herointól eltérő anyagokat használók aránya – ebben az országban elterjedt az ópiummákból házilag készített termékek használata –, Finnországban pedig az opiátok miatt kezelt páciensek többsége a buprenorfinnal él vissza ⁽¹⁷⁷⁾.

Más kábítószeres használóihoz hasonlóan az opiáthasználók is többnyire a járóbeteg-ellátásban kérnek kezelést; a kokain és a kannabisz miatt kezeltékhez képest azonban az opiátok miatt kezelt pácienseket nagyobb arányban kezelik fekvőbeteg-ellátó központokban.

A legtöbb olyan ország, ahol a heroin miatti új páciensek száma évről évre jelentős (Németország kivételével, ahol a beszámolási bázist kibővítették), az elmúlt 4–5 évben tapasztalt csökkenésről számolt be, bár nem azoknak a pácienseknek a körében, akiket korábban már kezeltek. Az ismételt kezeléskérések száma általában véve nem csökkent, és a legtöbb országban a heroin miatti kezelési igények teljes száma is nagyjából stabil maradt. Ez alól említésre méltó kivételt képez Németország és az Egyesült Királyság, ahol a bejelentett kérések teljes száma nőtt. Összességében azonban a heroinnak tulajdonított kezelési igények (az összes igény, illetve az újak) százaléka csökkent; az új igények esetében 1999 és 2004 között körülbelül kétharmadról megközelítőleg 40%-ra esett vissza, a kannabisz és a kokain miatti kezelési igények növekedésének megfelelően ⁽¹⁷⁸⁾.

Arról már korábban is beszámoltak, hogy az opiáthasználat miatt kezelést kérő páciensek öregedő populációt képeznek, és ez a tendencia 2004-ben is folytatódott. A kezelést kérő opiáthasználók szinte valamennyien elmúltak már 20 évesek, és közel felük 30 évesnél is idősebb. Az európai szinten elérhető adatok azt mutatják, hogy az

opiáthasználóknak csak egy kis csoportja (kevesebb mint 7%-uk) fiatalabb 20 évesnél az első segítségkérés idején ⁽¹⁷⁹⁾. Szórványos jelentések érkeztek ugyan nagyon fiatal (15 évesnél fiatalabb), heroinhasználat miatt kezelést kérő páciensekről ⁽¹⁸⁰⁾, a bulgáriai Szófia esetében például 11–12 éves gyermekekről, mindazonáltal úgy tűnik, hogy a heroin miatti kezelési igény általában véve ritkán fordul elő a fiatalok körében.

Az opiátok miatt kezelt páciensek a jelentések szerint a társadalom peremén élnek, alacsony iskolai végzettséggel, magas munkanélküliségi rátákkal és gyakran bizonytalan lakóhellyel rendelkeznek; Spanyolország azt jelentette, hogy az opiátok miatt kezelt páciensek 17–18%-a hajléktalan.

Az opiátok miatt kezelt páciensek többsége arról számolt be, hogy ezeket a kábítószereseket első alkalommal 15–24 éves kora között használta, ezen belül a páciensek körülbelül 50%-ánál 20 éves kor előtt történt az első kábítószer-használat ⁽¹⁸¹⁾. Mivel az első használat és az első kezeléskérés között általában 5–10 év telik el, a használat megkezdése és a rendszeres használat kialakulása között eltelt idő pedig a becslések szerint 1,5–2,5 év (finn országjelentés), ebből kikövetkeztethető, hogy az opiátok miatt kezelt páciensek jellemzően 3–7 évi rendszeres kábítószer-használat után kérnek először szakszerű kezelést.

Európa-szerte megfigyelhető, hogy az opiáthasználat miatt a járóbeteg-ellátó központokban kezelést kérő új páciensek között, illetve azok körében, akiknél a beadási mód ismert, csak körülbelül a páciensek fele használja injekció formájában a kábítószeres. Az injekciós használat szintjei a kezelést kérő opiáthasználók körében általában véve magasabbak az új tagállamokban (60% fölött), mint az EU-15 tagállamaiban (60% alatt), Olaszország és Finnország kivételével, ahol az injekciós opiáthasználók aránya a páciensek között 74%, illetve 79,3%. Az opiátok miatt kezelt páciensek között az injekciós használók aránya Hollandiában a legalacsonyabb (13%) és Lettországban a legmagasabb (86%) ⁽¹⁸²⁾.

Az opiátfüggőség kezelése

Az EU 2005–12-re szóló kábítószer-stratégiája fontos prioritásként kezeli a kezelés rendelkezésre állásának és hozzáférhetőségének javítását, és felszólítja a tagállamokat a hatékony kezelések széles skálájának biztosítására. A problémás opiáthasználók kezelésében a bentlakásos kezelési forma történetileg fontos szerepet töltött be. A kezelési lehetőségek változatosságának növekedésével, és főleg a helyettesítő kezelés jelentős kibővülésével azonban a bentlakásos ellátás veszített relatív fontosságából.

⁽¹⁷⁶⁾ Ld. a TDI-5. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁷⁷⁾ Ld. a TDI-26. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben; Reitox-országjelentések.

⁽¹⁷⁸⁾ Ld. a TDI-1. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁷⁹⁾ Ld. a TDI-10. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁸⁰⁾ www.communitycare.co.uk

⁽¹⁸¹⁾ Ld. a TDI-11. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁸²⁾ Ld. a TDI-17. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

Az opiátproblémák különböző típusú kezeléseinek relatív elérhetőségéről jelenleg korlátozottan állnak rendelkezésre európai adatok. Az EMCDDA kérdőívére adott válaszukban a legtöbb (16) tagállam szakértői a helyettesítő kezelést nevezték meg az elérhető kezelés fő formájaként.

Négy országból viszont (Csehország, Magyarország, Lengyelország és Szlovákia) a kábítószermentes kezelést jelentették gyakoribbnak, két ország – Spanyolország és Svédország – pedig úgy nyilatkozott, hogy a gyógyszeresen támogatott kezelés és a kábítószermentes lehetőségek egyensúlyban vannak.

Az opiátfüggőség kezelésére szolgáló helyettesítő terápia (ami elsősorban metadonnal vagy buprenorfinnal való kezelést jelent) valamennyi EU-tagállamban ⁽¹⁸³⁾, illetve Bulgáriában, Romániában és Norvégiában is működik, és mára már arról is széles körű európai konszenzus alakult ki, hogy ez a problémás opiáthasználók kezelésének kedvező módszerét jelenti, bár néhány országban továbbra is érzékeny kérdésnek számít (lásd a 2. fejezetet). A helyettesítő kezelés szerepe nemzetközi szinten is egyre kevésbé ellentmondásos; az ENSZ rendszere 2004-ben jutott közös álláspontra a helyettesítő fenntartó kezeléssel (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004), a WHO pedig 2006. júniusban a metadont és a buprenorfinnal egyaránt felvette az alapvető gyógyszerekről szóló mintajegyzékébe.

A (például) metadont és buprenorfinnal alkalmazó helyettesítő programok hasznosságát mára már kellően szilárd bizonyítékok támasztják alá. A vizsgálatok kimutatták, hogy a helyettesítő terápiának köszönhetően csökken a tiltott kábítószerek használata, csökken az injekciós használat aránya, ritkábban fordulnak elő a HIV-fertőzés vagy más fertőző betegségek terjedésének nagy kockázatával járó viselkedési formák – úgymint a felszerelés közös használata –, továbbá mind a társadalmi működésben, mind az általános egészségi állapotban javulás érhető el. A kutatások arra is utaltak, hogy a bűnöző tevékenység mértéke ugyancsak csökkenhet, és a megfelelő mértékben biztosított helyettesítő kezelés még a kábítószerrel összefüggő halálesetek számára is kihathat. Az optimális eredmények elérése a program kellő időben történő megkezdésétől, a helyettesítő kezelés kellő hosszútól és folyamatosságától, valamint a gyógyszer megfelelő adagolásától függ.

Bár helyettesítő kezelésként továbbra is a metadont írják fel a leggyakrabban Európában, a kezelési lehetőségek köre egyre bővül, a buprenorfin pedig immár 19 EU-országban, továbbá Norvégiában és Bulgáriában is elérhető, noha nem derült ki egyértelműen, hogy hivatalosan is jóváhagyták-e fenntartó kezelésre minden olyan országban, ahonnan beszámoltak a használatáról. Figyelembe véve, hogy a nagy adagokkal végzett buprenorfinnal kezelést Európában

csak tíz évvel ezelőtt vezették be, terápiás lehetőségként szembetűnően gyorsan népszerűvé vált (1. ábra) ⁽¹⁸⁴⁾.

Az opiátfüggők gyógyszeres kezelésének nem a kábítószer hosszú távú helyettesítése az egyetlen célja. A metadont és a buprenorfinnal az opiátelvonás kezelésére is használják, amikor a terápiás cél az egyén támogatása az absztinencia elérésében azáltal, hogy a meghatározott időtartam alatt csökkentett adagok révén segítenek minimálisra csökkenteni az elvonás okozta gyötrelmeket. A visszaesés megelőzését olykor az opiát antagonistá naltrexon használatával is segítik, mivel ez blokkolja a heroin hatásait, bár használatát még mindig nem támasztják alá következetes bizonyítékok.

Néhány országban (Németország, Spanyolország, Hollandia és az Egyesült Királyság) a heroint receptre felíró programok is működnek, de az ilyen kezelésben részesülő páciensek száma a kábítószer helyettesítésének más formáihoz képest rendkívül alacsony (valószínűleg kevesebb, mint az összes páciens 1%-a). A kezelésnek ez a formája változatlanul ellentmondásos, és rendszerint tudományos kísérleti céllal biztosítják azoknak a hosszú távú használóknak, akiknél a többi terápiás lehetőség kudarcot vallott.

A kábítószer-függőség kezelésének hatékonyságáról a HIV átadásának megelőzése szempontjából a közelmúltban készített áttekintés azt állapította meg, hogy a viselkedést megcélzó beavatkozások fokozhatják a helyettesítő kezelés HIV-megelőzésre kifejtett pozitív hatásait, míg az önmagában vett pszichoterápia hatékonysága változó. Az absztinencián alapuló kezelés a HIV megelőzése tekintetében jó eredményeket hozott azok esetében, akik legalább 3 hónapig kezelés alatt maradtak (Farrell és mások, 2005).

A metadon biztosításának megfigyelése

A metadon az 1961. évi egységes kábítószer-egyezmény I. jegyzéke alapján ellenőrzött kábítószer, amelynek belföldi fogyasztását az INCB évente ellenőrzi.

Az EMCDDA szerint az EU-tagállamoktól, Norvégiától, Bulgáriától és Romániától származó minimumbecslés alapján az év folyamán több mint 500 000 páciens részesült helyettesítő kezelésben (lásd a 2005-ös éves jelentés 4. táblázatát). Leszámítva Csehországot és Franciaországot, ahol a jelentések szerint a nagy adagokban adott buprenorfinnal végzett kezelés (HDBT) a gyakoribb, az összes többi országban a kezeléseket több mint 90%-ában metadont használták.

Az EU és az USA együttesen a világ metadonfogyasztásának 85%-át felel, ráadásul ezekben az országokban a metadonfogyasztás az elmúlt évtized során folyamatosan

⁽¹⁸³⁾ Cipruson 2004 óta számolnak be a metadon detoxikáló kezelésben való használatáról, és egy kísérleti metadonfenntartó kezelési projekt megkezdését is bejelentették, de eddig kezelt esetekről nem érkezett hír. Törökországban a metadont hivatalosan bejegyezték az opiátfüggőség kezelésére, de kezelt esetekről nem számoltak be.

⁽¹⁸⁴⁾ Lásd a buprenorfinról szóló kiválasztott témakört a 2005-ös éves jelentésben.

nőtt. 1997 és 2000 között mindkét régióban stabilizálódott az elfogyasztott mennyiség, de azóta az Egyesült Államokban meredeken emelkedni kezdett. Az EU metadonfogyasztása jelenleg az USA-énak körülbelül a fele ⁽¹⁸⁵⁾.

Általános szabályként az figyelhető meg, hogy a fogyasztási adatok észrevehető növekedése mindig a kezelési lehetőség országos szintű bevezetése nyomán következik be. Franciaországban például a metadonhelyettesítő kezelés

széles körű bevezetése 1995-ben a fogyasztás ugrásszerű növekedését vonta maga után, így az 1995-ös 31 kg-ról 2004-re 446 kg-ra nőtt.

Dánia, Spanyolország, Málta, Hollandia és talán Németország közelmúltbeli statisztikáiban a metadonfogyasztás mértékének stabilizálódására utaló jeleket lehetett megfigyelni. Ez összhangban van a kezelésben részt vevő páciensek számával kapcsolatban bejelentett tendenciákkal (lásd a 2. fejezetet).

⁽¹⁸⁵⁾ Ld. az NSP-2. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.



7. fejezet

A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek és a kábítószerrel összefüggő halálesetek

A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek

A tiltott kábítószeres használatának, és különösen az injekciós droghasználatnak az egyik legsúlyosabb egészségügyi következménye a HIV és más fertőző betegségek, konkrétan a hepatitis B és C átadása. Az injekciós kábítószer-használat és a fertőzés átadása között bizonyított összefüggés van. Az injekciós kábítószer-használat és az injekciós felszerelések közös használatának visszaszorítása ezért elsődleges céljá lépett elő az e területen végzett közegészségügyi beavatkozásokban. A vizsgálatok a kábítószer-használat és a kockázatos szexuális aktivitás közötti összefüggésre is rámutattak; ez arra utal, hogy egyre fontosabb a kábítószer-használatot megcélzó beavatkozások összekapcsolása a szexuális egészségre irányuló közegészségügyi stratégiákkal. Az európai szintű megfigyelést illetően a fertőző betegségekre vonatkozó adatokat a rendszeres bejelentések forrásai gyűjtik össze, ahol az injekciós kábítószer-használatot nyilván lehet tartani kockázati tényezőként, de a különböző körülmények között élő, kábítószer-használó populációk különleges vizsgálatait újtán is végeznek adatgyűjtést.

A HIV és az AIDS

Az újonnan bejelentett HIV-fertőzések alakulása az utóbbi időben

A legtöbb ország jelentése szerint az újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések között jelenleg alacsony az injekciós kábítószer-használatnak tulajdonítható aránya. Azok az országok, ahol az injekciós kábítószer-használók körében tartósan alacsony volt a HIV-fertőzés aránya, lehetőséget adnak az ennek hátterében álló tényezők megkeresésére, mivel ez a kérdés mind az EU jelenlegi kábítószerügyi cselekvési tervében, mind az EMCDDA egyik aktuális összehangolt vizsgálatában központi helyet foglal el. Mindenesetre kerülnünk kell a túlzott megalégedettséget: egyelőre sem Spanyolország, sem Olaszország nem közöl országos HIV-esetbejelentési adatokat, és mivel ez a két ország a HIV járványszerű terjedését tapasztalta a kábítószer-használók körében, ez sokat levon ezen adatok értékéből az EU összképének szempontjából. Ráadásul néhány ország adatai alapján felmerül az aggodalom, hogy

a HIV-fertőzöttség mértéke esetleg növekszik, legalábbis az injekciós kábítószer-használók egyes populációiban.

Franciaországban, ahol a HIV-fertőzött eseteket csak 2003 óta tartják nyilván, a HIV elterjedtségének növekedését tapasztalták az injekciós kábítószer-használók körében (bár alacsony szintről indulva): a 2003-as becslült 1 millió lakosra eső 2,3 eset 2004-re 2,9 esetre emelkedett. Bár ez összességében véve összhangban van az elérhető vizsgálati adatokkal (ld. alább), arról sem szabad megfeledkezni, hogy az új bejelentési rendszerek kezdetben gyakran instabilak. Portugáliában az újonnan diagnosztizált HIV-fertőzéseknek az injekciós kábítószer-használók körében korábban feljegyzett látszólagos csökkenését a 2004-es adatok komolyan megkérdőjelezték azáltal, hogy 1 millió lakosra 98,5 HIV-fertőzött esetet mutattak ki, ami az EU-ban a legmagasabb ilyen arány ⁽¹⁸⁶⁾. Az Egyesült Királyságban az injekciós kábítószer-használók körében fokozatosan nőtt a HIV elterjedtsége, mostanra azonban a valamivel kevesebb mint 2,5 eset/1 millió lakos/év szinten stabilizálódott. Írországban az előfordulási arány az 1990-es évek vége felé nőtt, 2000-ben elérte a rekordmagasságú 18,3 eset/1 millió lakos/év szintet, 2001-ben 9,8 eset/1 millió lakos/év szintre esett vissza, ezt követően pedig 2004-re 17,8 eset/1 millió lakos szintre emelkedett.

A HIV-járvány injekciós kábítószer-használattal összefüggésbe hozható kitérései legutóbb 2001-ben Észtország és Lettországban, majd 2002-ben Litvániában fordultak elő. A terjedési sebesség azóta határozottan visszaesett; a kezdeti járványszerű szakasz után számítani lehet az újonnan bejelentett esetek gyarapodási sebességének csökkenésére, amikor a fertőzés helyi szinten megállapodik (ld. alább).

A HIV szérumbeli előfordulása a vizsgált injekciós kábítószer-használók körében

Az injekciós kábítószer-használók szérumbeli előfordulási adatai (a fertőzöttek százalékos aránya az injekciós kábítószer-használók mintáiban) fontos kiegészítői a HIV-esetekről beszámoló jelentéseknek. Az ismételt szérumbeli előfordulási vizsgálatok és a diagnosztikai tesztekkel kapott adatok rutinelemzése igazolhatja az esetek bejelentései alapján levont következtetéseket, és konkrét régiók vagy körülmények tekintetében részletesebb információt nyújthat. Az előfordulási adatok azonban

⁽¹⁸⁶⁾ Ld. az INF-2. (i. rész) és INF-2. (ii. rész) ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

források sokaságából származnak, így sok esetben nehezen összehasonlíthatóak, ezért körültekintő értelmezést kívánnak.

A HIV-esetek bejelentésében egyes országokban feljegyzett közelmúltbeli növekedéseket a rendelkezésre álló szérumbeli előfordulási adatok többnyire megerősítik, bár utóbbiak arra is felhívják a figyelmet, hogy nemcsak ezekben az országokban van szükség fokozott éberségre.

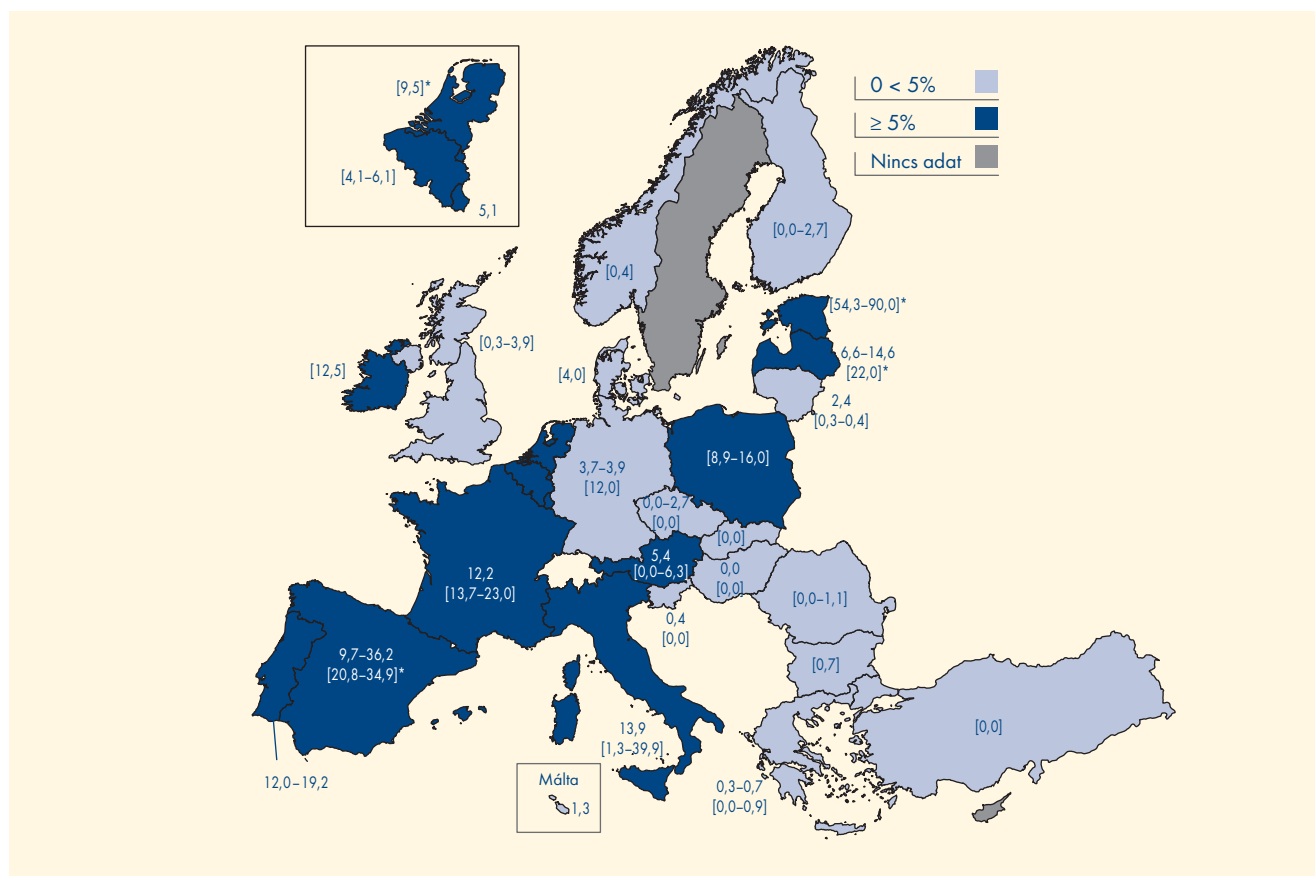
A balti államokban a szérumbeli előfordulási adatok alapján úgy tűnik, hogy a fertőzés terjedését az injekciós kábítószer-használók között még mindig nem sikerült ellenőrzés alá vonni (10. ábra). Észtországban egy közelmúltbeli vizsgálat az elterjedtség növekedését jelezte egy régió injekciós kábítószer-használóinak körében (Tallinnban: egy 2001-es 964 fős mintában mért 41%-ról 2005-ben 54%-ra nőtt egy 350 fős mintában), és rendkívül magas előfordulást mutatott ki egy másik régióban (Kohila-Järve: 100-ból 90%). Lettországon az injekciós kábítószer-használók körében a szérumbeli előfordulás két idősoros adata 2002/03-ig folyamatos emelkedést mutatott, egy harmadik pedig a 2001-es tetőzés után

csökkenést jelzett. Litvániában a 2003-ra vonatkozó adatok a HIV-fertőzés előfordulásának növekedését – az 1997–2002 között mért 1,0–1,7%-ról 2003-ban 2,4%-ra (27/1112) nőtt – mutatták a kábítószer miatti kezelésen, tűcsereprogramokban és kórházakban megvizsgált injekciós kábítószer-használók körében.

Az injekciós kábítószer-használók körében a történetileg magas HIV-fertőzési arányokkal rendelkező országokban (Spanyolország, Franciaország, Olaszország, Lengyelország és Portugália) új jelek utalnak a terjedés folytatódására országos szinten, egyes régiókban vagy az injekciós kábítószer-használók egyes alcsoportjaiban⁽¹⁸⁷⁾. Ezen országok esetében fontos megjegyezni, hogy az 1980-as és 1990-es években lezajlott nagyarányú járványok következtében fennálló magas háttér-előfordulás növeli annak valószínűségét, hogy a kockázatos viselkedés fertőzéshez vezessen.

Spanyolországban és Olaszországban nem állnak rendelkezésre az esetek bejelentéséből származó országos adatok. A rutin-diagnosztikai tesztekkel származó adatok

10. ábra: A HIV előfordulása a megvizsgált injekciós kábítószer-használók körében, 2003–04



Megjegyzés: A (zárójelben) szereplő számok helyi adatok. A színek az országos, illetve annak hiányában a helyi adatok felezőpontját jelzik.
Az Olaszországra és Portugáliára vonatkozó adatok a nem injekciós használókat is tartalmazzák, ezért valószínűleg alábecsülik az injekciós használók körében vett előfordulást.
* Az adatok egy része vagy egésze 2003 előtti (Spanyolországnál 2002–03-as; Franciaországnál 2002–03-as; Lettországnál 2002–03-as; Hollandiánál 2002-es) vagy 2005-ből való (Észtország).
Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok. Az elsődleges forrásokat, a vizsgálatok részleteit és a 2003 előtti vagy 2004 utáni adatokat lásd az INF-8. táblázatban a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁸⁷⁾ Ld. az INF-5. (ii. rész) és (vi. rész) ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

nehezen értelmezhető, mivel ezeket a különböző kiválasztási tényezők torzíthatják; mindenesetre az említett adatok ezekben az országokban okot adnak az aggodalomra. Spanyolországban a kábítószer miatti kezelésen megvizsgált fiatal (25 év alatti) injekciós kábítószer-használók körében a HIV előfordulása 2002-ig stabilan 12% fölött volt, az új injekciós kábítószer-használók (definíció szerint a 2 évnél rövidebb ideje injekciózók) között pedig 15%-ról 21%-ra nőtt 2000–01-ben, ami 2002-ig magas előfordulásra utal. Olaszországban az injekciós kábítószer-használók körében mért előfordulási tendenciák régióként nagy különbségeket mutatnak, és néhány régióban továbbra is határozott növekedést tapasztaltak a közelmúltban (Bolzano, Liguria, Molise, Toscana és Umbria).

Lengyelországban a helyi vizsgálatok – a fiatal injekciós kábítószer-használók körében tapasztalt magas előfordulás alapján (2002-ben az egyik régióban 15% volt, két másik régióban 2004-ben 4–11%) – arra utalnak, hogy legalábbis a közelmúltig folytatódott a HIV terjedése. A 2002-es vizsgálatban a mintában szereplő 45 új injekciós kábítószer-használó között 4 HIV-fertőzött esetet (9%) találtak; ugyanakkor a 2004-es mintában a 20 új injekciós kábítószer-használó közül nem volt fertőzött.

Végezetül van néhány ország, ahol az injekciós kábítószer-használók körében soha nem tapasztaltak nagyarányú járványt, a közelmúltbeli előfordulási adatok viszont arra utalnak, hogy indokolt az éberség. Úgy tűnik, hogy ez a helyzet Luxemburg, Ausztria és az Egyesült Királyság esetében, bár a növekedés egyelőre korlátozott, és az esetbejelentési adatok nem erősítik meg.

A HIV-fertőzés mérsékelt előfordulási arányával rendelkező országok

A HIV előfordulása a megvizsgált injekciós kábítószer-használók körében továbbra is nagy országonkénti különbségeket mutat az EU-ban (10. ábra). Több országban a közelmúltban nőtt meg, vagy már évek óta magas volt a HIV előfordulása az injekciós kábítószer-használók körében. Ezzel szemben 2003–04-ben számos országban nagyon alacsony maradt a HIV előfordulása az injekciós kábítószer-használók között: 1% alatti vagy 1% körüli HIV-előfordulást tapasztaltak Csehország, Görögország, Magyarország, Málta, Szlovénia esetében (az országos minták alapján), illetve Szlovákiában, Norvégiában, Bulgáriában, Romániában és Törökországban (országosnál alacsonyabb szintű minták alapján). Ezen országok némelyikében (pl. Magyarországon) a HIV előfordulása és a hepatitisz C vírus (HCV) előfordulása egyaránt az egyik legalacsonyabb Európában, ami az injekciós használat alacsony szintjét jelzi (ld. „A hepatitisz B és C”, 78. o.), bár néhány országban (pl. Románia) vannak arra utaló jelek, hogy a hepatitisz C előfordulása nő.

A HIV előfordulása terén észlelt nemek közötti különbségek a megvizsgált injekciós kábítószer-használók körében

A 2003–04-re rendelkezésre álló szérumbeli előfordulási adatok különbségeket mutatnak a megvizsgált injekciós kábítószer-használó nők és férfiak között⁽¹⁸⁸⁾. A Belgiumból, Észtországból (2005), Spanyolországból (2002), Franciaországból, Olaszországból, Luxemburgból, Ausztriából, Lengyelországból és Portugáliából származó kombinált adatok segítségével összesen 124 337 férfiból és 20 640 nőből álló mintát állítottak össze, akiket többnyire a drogp problémákat kezelő központokban vagy más, kábítószerrel kapcsolatos szolgáltatásokat nyújtó helyszíneken vizsgáltak meg. Az összesített előfordulás a férfiak körében 13,6%, a nők körében pedig 21,5% volt. Az országok között markáns különbségek vannak: a nők férfiakhoz viszonyított aránya Spanyolországban, Észtországból, Olaszországban, Luxemburgban és Portugáliában a legmagasabb, miközben Belgiumban ellenkező irányú a tendencia, azaz az előfordulás a férfiak esetében magasabb.

AIDS-es esetek és a HAART elérhetősége

Mivel az 1996 óta elérhető hatékony antiretrovirális gyógykezelés (HAART) hatékonyan megakadályozza az AIDS kialakulását a HIV-fertőzésből, az AIDS-es esetek adatai kevésbé használhatók fel a HIV átadásának mutatójaként. Ennek ellenére a tüneti betegség jelentette terhet jól tükrözik, és a HAART injekciós kábítószer-használók körében történő bevezetése és lefedettsége szempontjából is fontos mutatót képeznek.

A WHO becslései szerint a kezelésre szoruló páciensek körét tekintve a HAART lefedettsége 2003-ban a nyugat-európai országokban jó volt (70% feletti), a legtöbb kelet-európai országban viszont – Észtországot, Litvániát és Lettországot is ideértve – ennél korlátozottabb⁽¹⁸⁹⁾. A HAART lefedettségére vonatkozó frissebb adatok a helyzet érdemi javulására utalnak, így mára valamennyi EU-tag és tagjelölt ország elérte a legalább 75%-os lefedettséget. Nincsenek viszont kifejezetten arra vonatkozó adatok, hogy a HAART az injekciós kábítószer-használók körében mennyire hozzáférhető, és az is a későbbiekben fog kiderülni, hogy a jobb lefedettség tükröződik-e az AIDS-es esetek számának csökkenésében Észtországot és Lettországot injekciós kábítószer-használóinak körében.

Az AIDS által leginkább érintett négy nyugat-európai ország – azaz Spanyolország, Franciaország, Olaszország és Portugália – mindegyikében csökkent az esetek száma, az első háromban már 1996-tól, Portugáliában csak 1999-től. Még mindig Portugáliában a legmagasabb az injekciós kábítószer-használattal összefüggő AIDS-es esetek száma, ami 2004-ben 31 esetet jelentett egymillió lakosra nézve. Az esetszám azonban Lettországon is hasonló, 30 eset/1 millió lakos.

⁽¹⁸⁸⁾ Ld. az INF-3. (v. rész) ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁸⁹⁾ Ld. az INF-14. (iii. rész) és (iv. rész) ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

Az EuroHIV 2004-ig szóló adatai (a késedelmes bejelentéseknek megfelelően kiigazítva) arra utalnak, hogy az injekciós kábítószer-használattal összefüggő AIDS-es esetek száma Észtországban és Lettországban egyaránt emelkedik ⁽¹⁹⁰⁾.

A hepatitis B és C

Hepatitis C

A hepatitis C vírus (HCV) ellenanyag előfordulása az injekciós kábítószer-használók között általában rendkívül magas, bár az országok között és az országokon belül egyaránt igen nagy változatosságot mutat. A 2003–04-ben megvizsgált, injekciós kábítószer-használóktól származó mintákban 60% fölötti előfordulási arányt jelentettek Belgiumból, Dániából, Németországból, Görögországból, Spanyolországból, Írországból, Olaszországból, Lengyelországból, Portugáliából, az Egyesült Királyságból, Norvégiából és Romániából, míg a mintákban 40% alatti előfordulási arányokat találtak Belgiumban, Csehországban, Görögországban, Cipruson, Magyarországon, Máltán, Ausztriában, Szlovéniában, Finnországban és az Egyesült Királyságban ⁽¹⁹¹⁾.

A HCV-antitestek előfordulási adatai a fiatal (25 év alatti) injekciós kábítószer-használókra vonatkozóan 14 országból állnak rendelkezésre, de némely esetben a minták is túl kicsik. Az eredmények igen változatosak: a különböző minták alapján olykor ugyanabból az országból is jelentenek magas, illetve alacsony szinteket. A fiatal injekciós kábítószer-használók körében 2003–04-ben a legmagasabb előfordulási arányokat (40% fölött) a belgiumi, görögországi, ausztriai, lengyelországi, portugáliai, szlovákiai és az egyesült királysági mintákban találták, a legalacsonyabb előfordulást (20% alatt) pedig Belgium, Görögország, Ciprus, Magyarország, Málta, Ausztria, Szlovénia, Finnország, az Egyesült Királyság és Törökország mintáiban. Ha csak a fiatal injekciós kábítószer-használókról készült, országos hatókörű vizsgálatokat vesszük figyelembe, a legmagasabb előfordulási arányokat (60% fölött) Portugáliában, a legalacsonyabbakat (40% alatt) Cipruson, Magyarországon, Máltán, Ausztriában és Szlovéniában találjuk. Bár az alkalmazott mintavételi eljárás miatt az eredményekben lehet valamennyi torzulás a krónikusabb csoport felé, a HCV-antitestek nagyarányú előfordulása a portugáliai országos mintában (108, 25 évesnél fiatalabb injekciós kábítószer-használóból 67%) mindenképpen aggasztó jelenség, és a kockázatos viselkedési formák változatlan meglétét jelezheti a fiatal injekciós kábítószer-használók körében (ld. még „Az újonnan bejelentett HIV-fertőzések alakulása az utóbbi időben”, 78. o.).

A HCV-antitestek új (két évnél rövidebb ideje injekciózó) injekciós kábítószer-használók közötti előfordulására

vonatkozó adatok ritkán állnak rendelkezésre, és rendszerint túl kicsi mintából származnak, mindazonáltal a legfrissebb esetszámokról talán pontosabb megközelítő mutatóval szolgálhatnak, mint a fiatal injekciós használókra vonatkozó adatok. A 2003–04-re rendelkezésre álló információk azt mutatják, hogy az új injekciós használók között a legmagasabb előfordulási arányt (40% fölött) a Görögországból, Lengyelországból, az Egyesült Királyságból és Törökországból származó mintákban találták, a legalacsonyabb előfordulást (20% alatt) pedig Belgium, Csehország, Görögország, Ciprus és Szlovénia mintáiban. Fiatal injekciós használóktól származó kisméretű, de országos mintákban Cipruson (a 23 injekciós használóból csak kettőt, azaz 9%-ot találtak pozitívnak a HCV-antitestekre) és Szlovéniában (32 injekciós használóból két pozitív, azaz 6%) találtak alacsony előfordulási arányt.

Hepatitis B

A hepatitis B vírus (HBV) markereinek előfordulása szintén igen változatos az országok között és az országokon belül. A legteljesebb adatok a HBV-ellenanyagra vonatkoznak, amely jelzi a fertőzés történetét. 2003–04-ben az injekciós kábítószer-használók mintáiban 60% feletti előfordulást jelentettek Olaszországból és Lengyelországból, ugyanakkor 20% alatti előfordulást jegyeztek fel Belgiumban, Írországon, Cipruson, Ausztriában, Portugáliában, Szlovéniában, Szlovákiában és az Egyesült Királyságban. A hepatitis B bejelentési adatai az 1992–2004 közötti időszakból az adatközlő országokban igen vegyes képet mutatnak ⁽¹⁹²⁾. Az északi régióban a bejelentett akut hepatitis B-esetek túlnyomó többsége az injekciós kábítószer-használóknál fordul elő, és a hepatitis B kitörései sok országban egybeestek az injekciós kábítószer-használat növekedésével. A Norvégiára vonatkozó adatok például 1992 és 1998 között a hepatitis B-fertőzés határozottan növekvő előfordulását mutatták az injekciós kábítószer-használók körében, amit aztán visszaesés követett. Finnországban a hepatitis B-bejelentések az injekciós kábítószer-használók esetében az elmúlt években meredeken csökkentek, feltehetőleg az oltási programoknak és az átfogó tű- és fecskendőcsere-rendszernek köszönhetően.

A fertőző betegségek megelőzése

Hatékony válaszok

Többféle közegészségügyi beavatkozás is hasznosnak bizonyult a fertőző betegségek kábítószer-használók közötti terjedésének csökkentése szempontjából, és egyre nagyobb a konszenzus azzal kapcsolatban, hogy ezen a téren valószínűleg a szolgáltatásnyújtás átfogó szemlélete a leginkább célravezető. A központi kérdés korábban a HIV-fertőzés megelőzése volt az injekciós kábítószer-használók körében, de emellett egyre inkább elismerik a hepatitis terjedését meggátoló hatékony

⁽¹⁹⁰⁾ Ld. az INF-1. (i. rész) ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁹¹⁾ Ld. az INF-6. (i. rész) ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽¹⁹²⁾ Ld. az INF-12. (i. rész) ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

intézkedések szükségességét is, csakúgy mint annak fontosságát, hogy a fertőző betegségek terjedését a nem injekciós kábítószer-használók körében is megelőzzék.

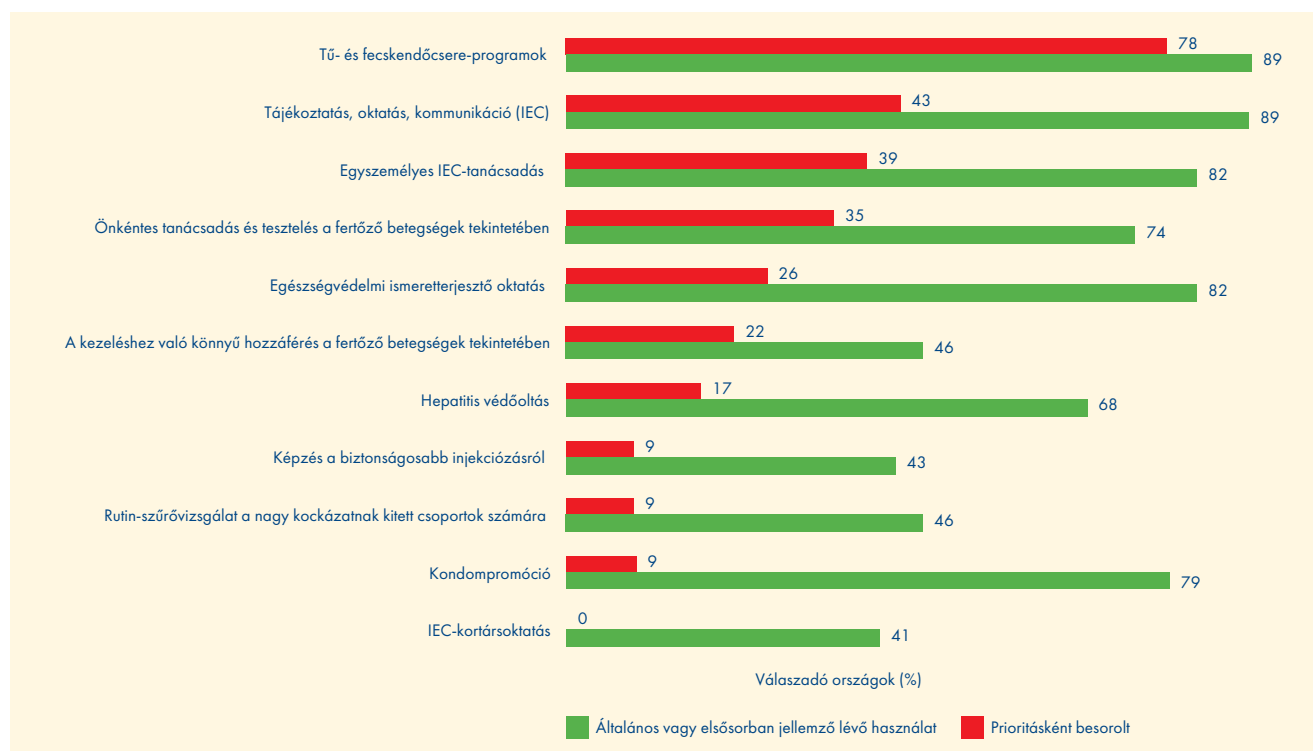
Meg kell jegyezni, hogy a hatékonyság leghatározottabban a HIV-fertőzés injekciós kábítószer-használók körében történő megelőzése terén nyert bizonyítást. A rendelkezésre álló bizonyítékok meglehetősen nagy számban igazolják, hogy a beavatkozások hatékonyak tekinthetők, és az összes kezeléstípushoz való hozzáférés védelmet biztosít (Farrell és mások, 2005; WHO, 2005). Az európai válaszokban az 1990-es évek közepe óta egyre inkább a kábítószer-függőség kezelése vált jellemzővé (ld. a 2. fejezetet), és úgy tűnik, hogy ez volt az egyik olyan elem, amely hozzájárult a HIV injekciós használók közötti járványszerű terjedése tekintetében mára már viszonylag biztató európai összkép kialakulásához.

A HIV megelőzésében a kezelés csak egy része az átfogó megközelítésnek. A további elemek közé tartoznak a különféle tájékoztató, oktatási és kommunikációs technikák, a fertőző betegségekkel kapcsolatban nyújtott önkéntes tanácsadás, a tesztelés, a védőoltás, illetve a steril injekciós felszerelés és egyéb megelőző eszközök osztása. Ezek az intézkedések az alacsonyküszöbű ügynökségeknél vagy olykor akár az utcán is biztosított orvosi kezelésekkal

együtt elősegíthetik az aktív droghasználókkal és szexuális partnereikkel való kommunikáció kialakítását vagy javítását, a kábítószer-használat kockázataival és egészségügyi következményeinek megelőzésével kapcsolatban.

Az átfogó szemlélet melletti általános elkötelezettség nem jelenti azt, hogy a szolgáltatások felsorolt elemei országos szinten mind egyformán fejlettek vagy támogatottak. Némi konszenzus azonban kialakulni látszik. Az NFP-k körében végzett felmérésben négy válaszadó közül három úgy nyilatkozott, hogy a tanácsadással ötvözött tű- és fecskendőcsere-programok prioritásként szerepelnek a fertőző betegségek injekciós kábítószer-használók közötti elterjedésének megállítását célzó nemzeti politikában (11. ábra). Az, hogy most már ilyen sok országban elismerik a tiszta injekciós felszerelés biztosításának fontosságát a HIV-megelőzési stratégia szempontjából, jól tükrözi, hogy ez a fajta szolgáltatás Európa legnagyobb részében általánossá vált, és a legtöbb országban immár nem számít ellentmondásos kérdésnek. Ez nem jelenti azt, hogy teljes lenne az egyetértés e szolgáltatástípus előnyeit illetően. Görögország és Svédország például nem nevezte meg ezeket a politikai prioritások között, noha egyébként az EU egésze viszonylag homogén összképet mutat az e területen végrehajtott beavatkozások szempontjából⁽¹⁹³⁾:

11. ábra: A kábítószer-használóknál fellépő fertőző betegségek megelőzését célzó kiválasztott intézkedések prioritása és igénybevételének mértéke, a nemzeti szakértői véleménynek megfelelően: a válaszadó országokra vonatkozó összefoglalás



Megjegyzés: Prioritási besorolások 23 EU-tagállamból plusz Bulgáriából és Norvégiából. Ilyen besorolásokat nem bocsátott rendelkezésre Írország, Ciprus, Litvánia és Hollandia.

Az „igénybevétel mértékével” kapcsolatos besorolásokat mind a 25 tagállam plusz Bulgária és Norvégia szakértői bocsátottak rendelkezésre. A belgiumi francia és flamand közösség egymástól független besorolásokat adott át, amivel az összes válasz száma 28-ra nőtt.

Forrás: Nemzeti fókuszpontok által elvégzett szakértői felmérés, SQ 23 (2004) 5. kérdés.

⁽¹⁹³⁾ Ld. az NSP-3. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

Ciprus kivételével mindegyik ország beszámolt a steril tűk és fecskendők becserélésére vagy terjesztésére irányuló programok meglétéről⁽¹⁹⁴⁾.

A tű- és fecskendőcsere-programok típusai az európai országokban

Bár a legtöbb európai országban ma már osztanak steril injekciós felszereléseket, a szolgáltatás jellege és hatóköre országonként igen eltérő. A legáltalánosabb modell szerint egy állandó helyszínen biztosítják a szolgáltatást, ami általában egy erre szakosodott drogsegély-szolgáltatót jelent, de ezt a szolgáltatástípust gyakran mobil szolgáltatások is kiegészítik, amelyekkel a kábítószer-használókat közösségi körülmények között próbálják elérni. A tű- és fecskendőcsere-programokat nyolc országban fecskendőcserélő vagy -kiadó automaták is kiegészítik⁽¹⁹⁵⁾, bár úgy tűnik, hogy ez a szolgáltatás csak néhány helyszínre korlátozódik, Németország és Franciaország kivételével, ahonnan jelentős aktivitást jelentettek (körülbelül 200, illetve 250 gép). Az EU-ban Spanyolország az egyetlen olyan ország, ahol a tű- és fecskendőcsere a börtönökben is rendszeresen elérhető: 2003-ban 27 börtönben állt rendelkezésre ez a szolgáltatás. Rajta kívül ezen a területen csak Németország számolt be bármilyen tevékenységről, de itt a szolgáltatás egyetlen börtönre korlátozódik.

A gyógyszerári csererendszerek a szolgáltatás földrajzi hatókörének kiterjesztéséhez is hozzásegíthetnek, emellett a tiszta fecskendők gyógyszerári értékesítése ugyancsak növelheti elérhetőségüket. A fecskendők recept nélküli árusítása Svédország kivételével az EU valamennyi országában engedélyezett, de a patikusok némelyike ebben nem szívesen vesz részt, sőt, olyanok is vannak, akik tevőlegesen is próbálják visszariasztani a kábítószer-használókat az üzletükben való rendszeres vásárlástól. Hivatalosan szervezett gyógyszerári fecskendőcserélő vagy -terjesztő hálózatok kilenc európai országban működnek (Belgium, Dánia, Németország, Spanyolország, Franciaország, Hollandia, Portugália, Szlovénia és az Egyesült Királyság), ugyanakkor az ilyen rendszerekben való részvétel nagy ingadozásokat mutat, a portugáliai gyógyszerárak közel felének közreműködésétől a Belgiumban tapasztalt 1% alatti részvételig. Észak-Írországban tű- és fecskendőcserét jelenleg kizárólag a gyógyszerárakon keresztül szerveznek.

A gyógyszerárakon keresztül történő fecskendővásárlás néhány injekciós kábítószer-használó számára fontos lehetőséget jelenthetne az egészségügyi szolgáltatókkal való kapcsolatfelvétellel, és ezt a kapcsolódási pontot egyértelműen ki lehetne használni arra, hogy utat mutassanak a többi szolgáltatás felé. A gyógyszerárak szerepének kiterjesztéséhez érdemben az is

hozzájárulhatna, ha a patikusokat motiválnák és támogatnák a kábítószer-használóknak nyújtott szolgáltatások fejlesztésében, de úgy tűnik, hogy eddig csak Franciaország, Portugália és az Egyesült Királyság fordított jelentősebb beruházásokat erre a célra.

Elégséges-e a fecskendők elérhetősége Európában?

Bár szinte valamennyi tagállam beszámolt a tű- és fecskendőcsere-programok (NSP-k) meglétéről, az ilyen beavatkozás hatása attól függ, hogy a szolgáltatás szintje alkalmas-e az injekciós kábítószer-használók igényeinek kielégítésére.

Az injekciós kábítószer-használók számáról és az NSP-ken keresztül kiosztott fecskendők számáról kilenc európai országból vannak közelmúltbeli becslések. Ezekből az adatokból durva becslést lehet készíteni az egy injekciós használóra jutó fecskendők éves számáról⁽¹⁾. A rendelkezésre álló legfrissebb adatok alapján az NSP-k által biztosított lefedettség igen változó: a szétszórott fecskendők száma/injekciós használók becsült száma/év képlet végeredménye Görögországban 2–3, Csehországban, Lettországban, Ausztriában és Portugáliában 60–90, Finnországban kb. 110, míg Máltán 210, Luxemburgban és Norvégiában pedig meghaladja a 250-et. A fecskendők emellett gyógyszerárakból is beszerezhetők, és a Csehországból és Finnországból kapott adatok lehetővé is teszik a fecskendők teljes hozzáférhető kínálatának felbecsülését. A kiosztott és az értékesített mennyiségre vonatkozó adatok összevonásával kiszámítható, hogy Csehországban egy injekciós kábítószer-használó évi 125 fecskendőhöz jutott hozzá, Finnországban pedig 140-hez.

Az injekciózás gyakoriságát a kábítószer-használók körében köztudottan sok tényező befolyásolja, köztük a használati minták, a függőség típusa és a használt kábítószer típusa. A HIV előfordulása és a fecskendőosztás közötti összefüggést vizsgáló tanulmány a közelmúltban arra a következtetésre jutott, hogy a viselkedési tényezők, pl. az injekciózás gyakorisága és a saját fecskendők újbóli használata nagyban befolyásolják azt, hogy milyen mértékű fecskendőosztásra van szükség a HIV előfordulásának jelentős visszaszorításához (Vickerman és mások, 2006).

A fecskendőosztással elért lefedettség mérése fontos elem a fecskendőosztás várható betegségmegelőző hatásainak megértéséhez és a kielégítetlen igények felméréséhez. Ezen adatok értelmezésekor azonban a fecskendők gyógyszerári árusításon keresztül biztosított elérhetőségét (árak, a gyógyszerári hálózat sűrűsége), valamint az injekciós kábítószer-használók viselkedési mintáit és a környezeti tényezőket szintén figyelembe kell venni. Ezt a kérdést a 2006. évi statisztikai közlöny részletesebben tárgyalja.

(1) A technikai megjegyzéseket lásd a 2006. évi statisztikai közlönyben.

(194) A tű- és fecskendőcsere-programok hatékonyságára vonatkozó bizonyítékok rövid összefoglalását lásd a 2005-ös éves jelentésben (68. o.).

(195) Ld. az NSP-2. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

A halálozási arányok és a kábítószerrel összefüggő halálesetek

A problémás kábítószer-használók körében tapasztalt halálozási arány

Európában a problémás kábítószer-használók körében tapasztalt halálozási arányról a legtöbb információ az opiáthasználókra vonatkozóan áll rendelkezésre. A kábítószer-használat egyéb formáival összefüggő halálozási arány kevésbé ismert, de ugyancsak fontos közegészségügyi kérdés.

Egy EMCDDA-projekt keretében indult együttműködési vizsgálat nyolc európai helyszínen vizsgálta a kezelésbe bevont opiáthasználók halálozási arányát⁽¹⁹⁶⁾. A vizsgálat a kortársakénál sokkal magasabb halálozási arányt állapított meg az opiáthasználók körében: a férfiak esetében 6–20-szor, a nőknél 10–50-szer magasabb értéket. A becslések szerint a helyszínek közül hat esetében (Amszterdam, Barcelona, Dublin, London, Róma és Bécs) a 15–49 éves felnőttek teljes halálozási arányának 10–23%-át lehetett az opiáthasználatnak tulajdonítani; ezek főként túladagolások, AIDS-es esetek és külső okok (balesetek, öngyilkosságok) voltak. Ezeknek a kábítószerrel összefüggő haláleseteknek durván egyharmada következett be túladagolás miatt, de ez az arány magasabb volt azokban a városokban, ahol a HIV-fertőzés az injekciós kábítószer-használók körében kisebb mértékben fordult elő, és valószínűleg tovább fog nőni, ha a hatékony anti-retrovirális gyógykezelés (HAART) szélesebb körben is elérhetővé válik.

Egy Csehországban elvégzett mortalitási kohorsz vizsgálat azt állapította meg, hogy a serkentőszerek használóinak halálozási aránya 4–6-szor (standardizált halálozási arány – SMR), az opiáthasználóké pedig 9–12-szer nagyobb az általános népességénél. Egy heroin-, kokain- vagy krekhasználat miatt letartóztatottakat nyomon követő francia kohorszvizsgálat azt állapította meg, hogy a férfiak halálozási aránya ötször, a nőké 9,5-szer nagyobb az általános népességénél, viszont csökkenő tendenciát mutat.

Az opiáthasználók öregedésével a halálozási arány fokozottan emelkedik, mivel a krónikus állapotokból (mint például a májsugor, rák, légzőszervi megbetegedések, endocarditis, AIDS) eredő halálesetek hozzáadódnak

a túladagolástól eltérő külső okokból – mint például az öngyilkosság vagy az erőszakos cselekmények miatt – bekövetkező elhalálozáshoz (holland országjelentés, 2004 és 2005, forrás: az amszterdami önkormányzati egészségügyi szolgálat). A kábítószer-használók életkörülményei (például a hajléktalanság, mentális betegség, erőszak, alultápláltság) ugyancsak jelentős mértékben hozzájárulhatnak e csoport magas halálozási arányához.

Ezenkívül 2002-ben az intravénás droghasználattal összefüggő AIDS 1528 halálesetért felelt⁽¹⁹⁷⁾, bár ez valószínűleg alábecsült érték. A kábítószer-használattal összefüggő halálesetek többi okait, így a betegségeket (pl. a hepatitis), az erőszakos cselekményeket és a baleseteket nehezebb értékelné, de valószínűleg ugyancsak jelentős számú halálesetért tehető felelőssé. Az európai városokban becslések szerint a fiatal felnőttek körében a halálesetek 10–20%-a tulajdonítható az opiáthasználatnak (ld. alább). Ehhez még hozzá kell adni a kábítószer-használat más formáival összefüggő halálozási arányt, amelyet viszont nagyon nehéz számszerűsíteni.

A kábítószerrel összefüggő halálesetek

A kábítószerrel összefüggő haláleset összetett fogalom. Néhány jelentésben kizárólag a pszichoaktív anyagok működése által közvetlenül kiváltott halálesetekre vonatkozik, más esetekben az olyan haláleseteket is tartalmazza, amelyekben a kábítószer-használat közvetve vagy mellékkörülményként volt jelen (közlekedési balesetek, erőszakos cselekmények, fertőző betegségek). Az Egyesült Királyságban a tiltott kábítószer-használat által okozott ártalmak típusait elemző közelmúltbeli tanulmány úgy becsülte, hogy a kábítószerrel összefüggő halálozás volt a kábítószer-használathoz köthető legfőbb ártalom (MacDonald és mások, 2005).

Ebben a részben és az EMCDDA-jegyzőkönyvben a „kábítószerrel összefüggő halálesetek” kifejezés azokat a haláleseteket jelenti, amelyeket közvetlenül egy vagy több kábítószer fogyasztása okoz, és általában röviddel az anyag vagy anyagok fogyasztása után következnek be. Ezeket a haláleseteket más szóval „túladagolásnak”, „mérgezésnek”, „kábítószer okozta halálesetnek” vagy „kábítószerrel összefüggő akut halálesetnek” nevezik⁽¹⁹⁸⁾.

⁽¹⁹⁶⁾ Amszterdam, Barcelona, Dublin, Dánia, Lisszabon, London, Róma és Bécs. A népesség halandóságának becsléseiben Lisszabon és Dánia nem szerepelt. Ld. EMCDDA (2002b).

⁽¹⁹⁷⁾ Ld. EuroHIV (2005). A számadat a WHO Európa nyugati és középső területére vonatkozik, amibe néhány EU-tagsággal nem rendelkező ország és Észtország, Lettország és Litvánia teljes halálozása (keleti terület) is beleértendő.

⁽¹⁹⁸⁾ Ez az EMCDDA nemzeti szakértőkből álló csoportjának közösen elfogadott fogalom meghatározása. Jelenleg a legtöbb nemzeti esetmeghatározás megegyezik az EMCDDA fogalom meghatározásával vagy nagyon hasonló ahhoz, bár néhány országban továbbra is belefoglalják a pszichoaktív gyógyszereknek tulajdonítható vagy nem túladagolós haláleseteket, általában korlátozott arányként (lásd a 2006. évi statisztikai közlöny „Kábítószerrel összefüggő halálesetek – összefoglaló: fogalom meghatározások és módszertani megjegyzések” című módszertani megjegyzését. 1. szakasz: Az EMCDDA fogalom meghatározása és 2. szakasz: Nemzeti fogalom meghatározások és „DRD Standard Protokoll, 3.0 változat”).

1990 és 2003 között az EU országai évi több mint 6500–9000 halálesetet jelentettek be, ami erre az időszakra összesen több mint 1 13 000 halálesetet jelent. Ezek a számok minimális becslésnek tekinthetők, mivel sok országban valószínűsíthető a ténylegesnél kevesebb eset bejelentése ⁽¹⁹⁹⁾.

A népesség kábítószerrel összefüggő elhalálozás miatti halálzási arányai az európai országokban igen különbözőek voltak, az egymillió lakosra jutó 0,2-től egészen az 50 halálesetig terjedő tartományban (átlagosan 13). A legtöbb országban ez a szám a 7–30 haláleset/1 millió lakos tartományban található, ezen belül 25 fölötti értékeket Dániában, Észtországban, Luxemburgban, Finnországban, az Egyesült Királyságban és Norvégiában állapították meg. A 15–39 éves férfiak körében a halálzási arányok jellemzően háromszor nagyobbak (átlagosan 40 haláleset/1 millió lakos), de hét országból több mint 80 halálesetet jelentettek egymillió lakosra nézve. A kábítószerrel összefüggő halálesetek 2003–04-ben a 15–39 éves európaiak körében az összes haláleset 3%-át tették ki, de Dániából, Görögországból, Luxemburgból, Máltáról, Ausztriából, az Egyesült Királyságból és Norvégiából több mint 7%-ot jelentettek. Ezek a számok minimális becslésnek tekintendők, és azt is figyelembe kell venni, hogy bár történt némi javulás, még mindig számottevő különbségek vannak az országok beszámolóinak minőségében, így a közvetlen összehasonlításokkal óvatosan kell bánni ⁽²⁰⁰⁾.

Opiátok okozta halálesetek

Az opiátok az EU-ban bejelentett, tiltott anyagok okozta „kábítószerrel összefüggő akut halálesetek” többségében jelen vannak, de számos esetben a toxikológiai vizsgálat más anyagok, különösen alkohol, benzodiazepinek és – néhány országban – kokain jelenlétét is kimutatja. Az opiátok okozta halálesetek Európában a legtöbb esetben a heroinhoz köthetők, de ebben más opiátok is szerepet játszanak (ld. alább) ⁽²⁰¹⁾.

Az opiátok túladagolása az egyik vezető halálzási ok az európai fiatalok között, különösen a városi területen élő fiatal férfiak körében. A túladagolás jelenleg az EU egészét tekintve az opiáthasználók körében szintén az első számú halálok, különösen azokban az országokban, ahol a HIV-fertőzés az injekciós kábítószer-használók körében kisebb mértékben fordult elő (lásd a „A problémás kábítószerhasználók körében tapasztalt halálzási arány”, 81. o.).

A túladagoló kábítószer-használók többsége férfi ⁽²⁰²⁾, az esetek 65–100%-ában, de a legtöbb országban a férfiak aránya a 75% és 90% között van. A nők aránya Csehországban, Lengyelországban és Finnországban a legmagasabb, Görögországban, Olaszországban és Cipruson a legalacsonyabb. Ezeket a megállapításokat az opiáthasználat és az injekciózás nők és férfiak körében mért eltérő arányaival összefüggésben kell értelmezni.

A túladagolás áldozatainak többsége a 20 és 40 év közötti kortartományba tartozik, átlagéletkoruk a legtöbb országban a harmincas évek közepére tehető (a sáv 20–44 év). A túladagolások áldozatok átlagéletkora Észtországban, Szlovéniában, Bulgáriában és Romániában a legalacsonyabb, Csehországban, Hollandiában, Lengyelországban és Finnországban a legmagasabb. A 15 évesnél fiatalabbak körében csak nagyon kevés túladagolások halálesetét jelentettek (az egyes országokról rendelkezésre álló legfrissebb adatok szerint az összesen 7516 halálesetből 17 ilyen eset volt), bár elképzelhető, hogy ebben a korcsoportban a kábítószerrel összefüggő halálesetekből a ténylegesnél kevesebb kerül bejelentésre. Az EMCDDA számadataiban szerepel néhány haláleset a 65 év felettek köréből, de csak hét országból jelentették azt, hogy az esetek 5%-nál nagyobb része esik ebbe a korcsoportba ⁽²⁰³⁾.

A halálzáskor feljegyzett átlagéletkor sok új tagállamban és tagjelölt országban viszonylag alacsony (Ciprus, Észtország, Lettország, Szlovákia, Bulgária és Románia), és a túladagolások esetek között nagy arányban fordulnak elő a 25 évesnél fiatalabbak, ami ezen országok fiatalabb heroinhasználó populációját tükrözheti. A Csehországból jelentett magas átlagéletkor annak tulajdonítható, hogy az összesítésbe sok pszichoaktív gyógyszer miatti halálesetet is belefoglaltak (12. ábra).

A túladagolások áldozatok életkora sok tagállamban emelkedik, ami arra utal, hogy a heroinhasználat elkezdése a fiatalok körében kezd visszaszorulni. Ez a tendencia az EU-15 tagállamaiban általános, és már az 1990-es évek eleje óta megfigyelhető, bár Svédországban és az Egyesült Királyságban kevésbé markáns. Az új tagállamokban a tendencia kevésbé egyértelmű, és sok esetben még az átlagéletkor csökkenése is megfigyelhető ⁽²⁰⁴⁾.

Metadon okozta halálesetek

A metadon jelenlétéről a kábítószerrel összefüggő halálesetek jelentős részében számos ország beszámolt

⁽¹⁹⁹⁾ Ld. a DRD-2. (i. rész), DRD-3., DRD-4. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁰⁰⁾ Ld. a DRD-1. (iii. rész) és (iv. rész) táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

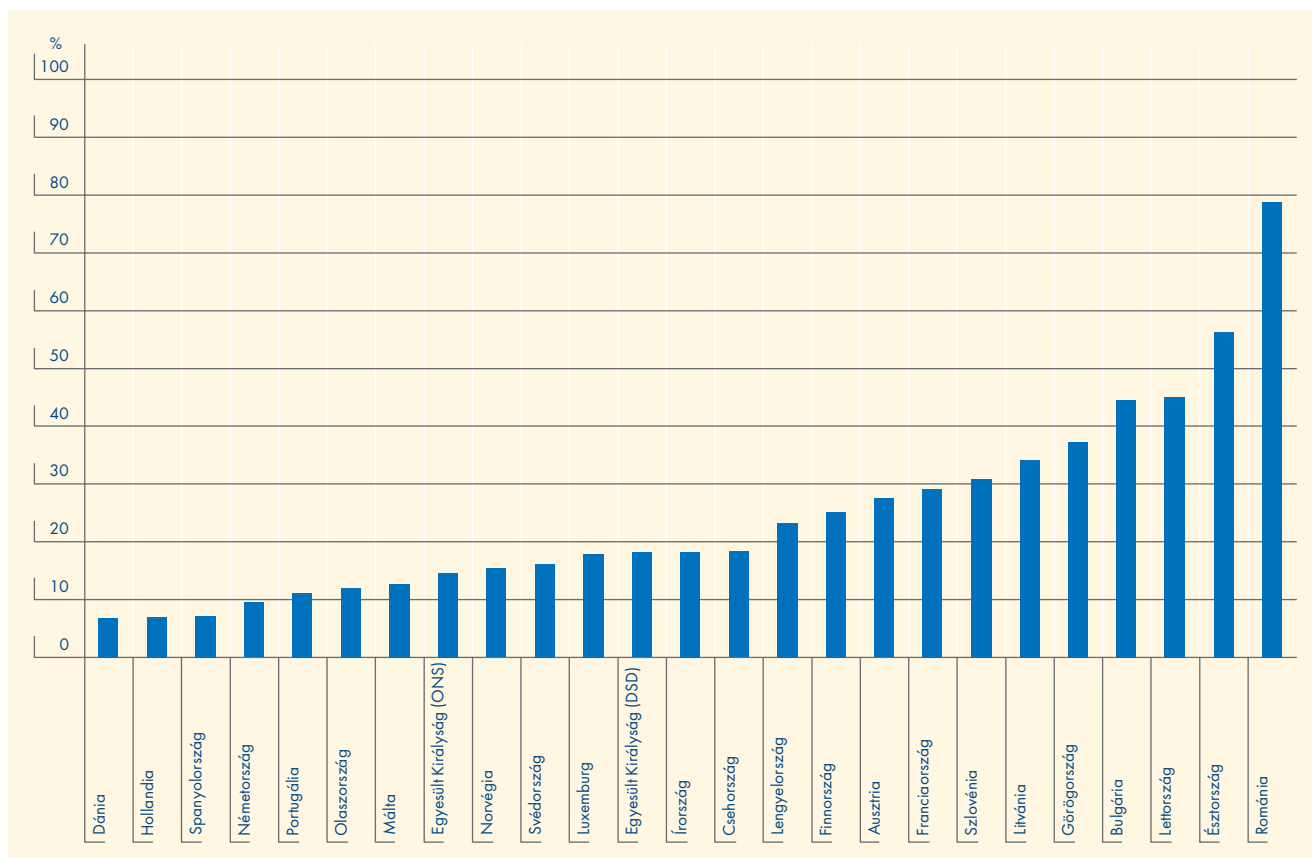
⁽²⁰¹⁾ Ld. a DRD-1. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁰²⁾ Mivel az EMCDDA-hoz bejelentett esetek többsége opiáttúladagolás, az opiátok okozta esetek leírására a kábítószerrel összefüggő akut halálesetek általános jellemzőit használják.

⁽²⁰³⁾ Ld. a DRD-1. táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁰⁴⁾ Ld. a DRD-3. és a DRD-4. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

12. ábra: A 25 év alattiak körében előforduló, kábítószerrel összefüggő akut halálesetek aránya 2002-ben



Megjegyzés: Nemzeti statisztikai hivatal (ONS, Office of national statistics), DSD, kábítószer-stratégia meghatározása. Mivel a legtöbb országban a 2002-es évről áll rendelkezésre információ, ez az év a referencia.

Forrás: Reitox-országjelentések (2005), az adatok az országos halotti nyilvántartásokból vagy speciális (igazságügyi orvostani vagy rendőrségi) nyilvántartásokból származnak. A 2006. évi statisztikai közlönyben a kábítószerrel összefüggő halálesetek módszertani megjegyzéseinél bemutatott „nemzeti definíciók” alapján.

a 2005-ös Reitox-országjelentésekben. Az ehhez használt terminológia országonként eltérő, és egyes esetekben nehéz pontosan felmérni, hogy a metadon milyen szerepet játszott a halálesetben.

Dánia jelentése szerint a halálesetek 44%-ában (2004-ben 214 esetből 95-ben) volt a mérgezés oka a metadon (egymagában vagy más szerrel kombinálva), ami a 2003-ashoz hasonló arányt jelent, de 1997-hez képest egyértelmű növekedést; Németország azt jelentette, hogy 345 esetet tulajdonítottak „helyettesítő anyagnak” (2004-ben 46 esetet egymagában, 299-et más narkotikumokkal kombinálva), ami 2002 óta egyértelmű csökkenést mutat; az Egyesült Királyság pedig 216 olyan esetről számolt be, ahol a metadont „említik” (Anglia és Wales, 2003), ami 2002-höz képest ugyancsak nyilvánvaló csökkenést jelent. Spanyolország azt jelentette, hogy egymagában a metadonhoz köthető túladagolások eset csak néhány volt (2%), más szerekkel kombinálva viszont a metadon az opiátok okozta halálesetekben (42%) és a kokain miatti halálesetekben (20%) rendszeresen jelen volt. Más országok nem számoltak be a metadon

miatti halálesetekről, vagy csak nagyon kis számokat közöltek. Egyelőre nem világos, hogy a fenti különbségek hátterében milyen tényezők állnak, és hogy elképzelhető-e a ténylegesnél kevesebb eset bejelentése egyes országokban ⁽²⁰⁵⁾.

Bár a kutatások igazolták, hogy a helyettesítő kezelés csökkenti a halálos túladagolás kockázatát, a helyettesítő programok minőségbiztosítási megfigyelésének keretében fontos figyelemmel kísérni a metadonnal összefüggő halálesetek számának alakulását és a halál körülményeit (az anyag forrása; hogy más anyagokkal kombinálva fogyasztották-e; a kezelési folyamat azon pontja, amikor a mérgezés bekövetkezett).

Buprenorfin és fentanil okozta halálesetek

Úgy tűnik, hogy buprenorfinmérgezés miatti halálesetek ritkán fordulnak elő, ami e kábítószer agonista–antagonista gyógyszerjellemeinek tulajdonítható. Mindazonáltal az európai országokból néhány halálesetről beszámoltak.

A 2005-ös országjelentésekben csak Franciaország és Finnország tett említést ezzel az anyaggal összefüggő

⁽²⁰⁵⁾ Az EMCDDA egyik folyamatban lévő terepkiérletének célja a kábítószerrel összefüggő halálesetekben szereplő anyagokra vonatkozó információszolgáltatás minőségének javítása, a helyettesítő anyagokat is ideértve.

halálozásokról. Finnországban a buprenorfint 2004-ben 73 kábítószerrel összefüggő halálozási esettel mutatták ki – ami megegyezik a 2003-as számadattal –, és ezekben rendszerint benzodiazepinokkal, nyugtatókkal vagy alkohollal kombinálva fordult elő. Ezek a magas számok a buprenorfinkezelés finnországi térnyerésével párhuzamosan alakultak ki, bár a kezelt esetek száma jóval alacsonyabb, mint Franciaországban, ahol becslések szerint 70 000–85 000 fő részesül buprenorfinkezelésben. Éppen ezért érdekes, hogy Franciaországból 2004-ben mindössze négy buprenorfintúladagolási esetet jelentettek (szemben a 2003-ban történt nyolc esettel). A különbség mértéke még akkor is meglepő, ha figyelembe vesszük, hogy Franciaországban esetleg a valósnál kevesebb mérgezéses esetet jelentenek be. Franciaország és Finnország mellett még három ország számolt be buprenorfinnal összefüggő halálozásokról (országoként két-három esetről), de ezeknél nem nyert bizonyítást, hogy az anyag lett volna a halál fő oka.

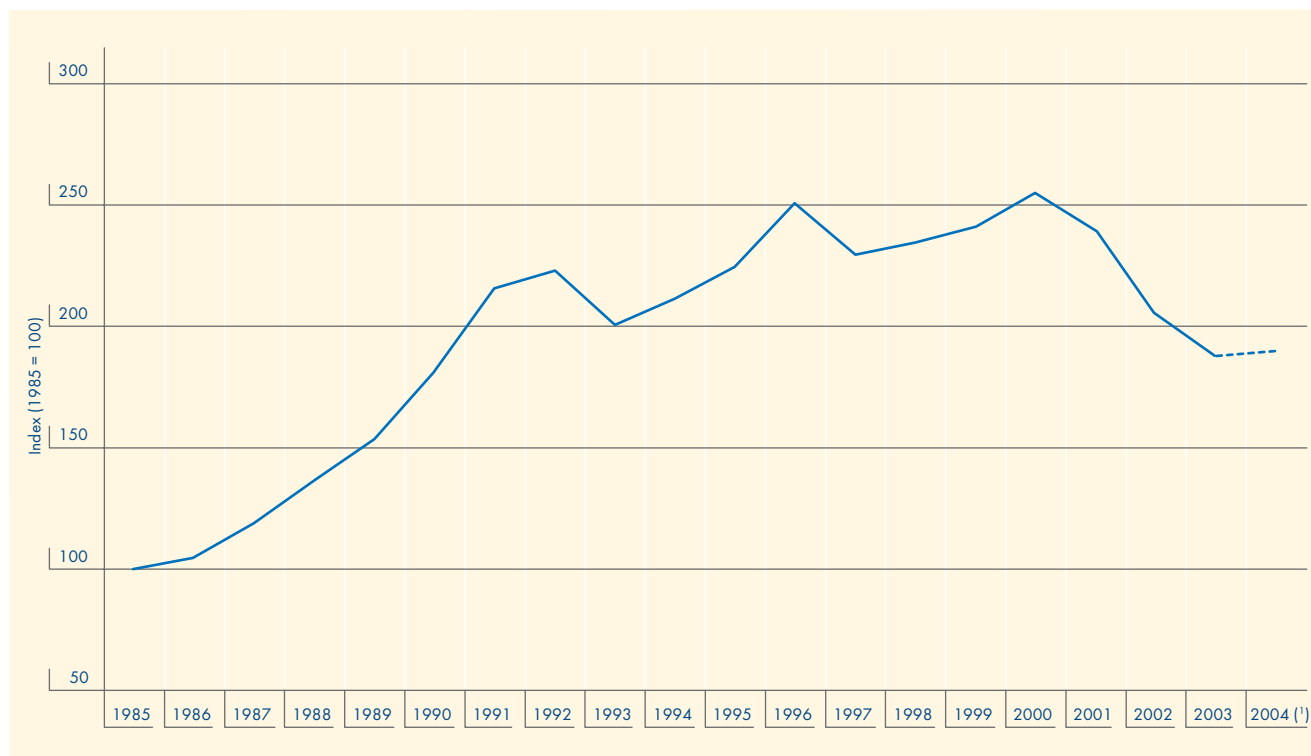
A korábbi években a Balti-tenger partján fekvő országokból jelentettek fentanil miatti halálozásokat, a 2005-ös országjelentésekben viszont nem számoltak be ilyenről.

A kábítószer-használattal összefüggő akut halálozások alakulása

A kábítószerrel összefüggő halálozások országokénti alakulása némi betekintést adhat a problémás kábítószer-használati minták – amilyen a heroin járványos terjedése vagy a kockázatos viselkedési formák (pl. az injekciózás) –, a kezelés biztosítása vagy akár a heroin hozzáférhetőségének eltérései terén történt fejleményekbe az egyes országokban. Természetesen emellett a halálos kimenetelű túladagolások megelőzése terén a sürgősségi orvosi ellátásban követett politikák sikerességét is tükrözhetik ⁽²⁰⁶⁾.

Az EU-ban rendelkezésre álló adatokból kirajzolódik néhány általános tendencia a kábítószerrel összefüggő halálozásokban. Az EU-15 tagállamaiban az 1980-as évek során és az 1990-es évek elején határozott emelkedés volt tapasztalható, ami feltehetőleg a heroinhasználat és az injekciózás terjedésével párhuzamosan következett be. Az 1990 és 2000 közötti időszakban a kábítószerrel összefüggő halálozások száma tovább nőtt, bár ekkor már lassabb ütemben (13. ábra). Az adatszolgáltató

13. ábra: A kábítószerrel összefüggő akut halálozások hosszú távú tendenciája, 1985–2004



(¹) 2004-re vonatkozóan tíz ország közölt adatot, hat pedig nem. A 2004-es számadat ezért ideiglenes, a 2003-as és a 2004-es adatok összehasonlításán alapul, kizárólag az adatokat mindkét évre közlő országokat figyelembe véve.

Megjegyzés: Mivel a retrospektív adatok a legtöbb esetben hiányoznak, az új tagállamok és tagjelölt országok ebben a számadatban nem szerepelnek. A halálozások országokénti számát és a módszertani megjegyzéseket lásd a DRD-2. táblázatban a 2006. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox-országjelentések (2005), az adatok az általános halotti nyilvántartásokból vagy speciális (igazságügyi orvostani vagy rendőrségi) nyilvántartásokból származnak.

⁽²⁰⁶⁾ Ld. a DRD-7. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

tagállamokban (a legtöbb régi és új tagállamban) a kábítószerrel összefüggő halálesetek teljes éves száma 14%-kal nőtt, az 1995-ös 8054-ről a 2000-ben feljegyzett 9392-re.

2000 óta azonban az EU sok országából a kábítószerrel összefüggő halálesetek számának csökkenéséről számoltak be, feltehetőleg a kezelés jobb elérhetőségének és az ártalomcsökkentő intézkedéseknek köszönhetően, bár a kábítószer-használat előfordulásának visszaesése ugyancsak fontos tényezőként lehetett jelen. Európai szinten nézve a kábítószer miatti halálesetek száma 2001-ben 6%-kal, 2002-ben 13%-kal, 2003-ban pedig 7%-kal csökkent. E fejlemények ellenére 2003-ban még mindig közel 7000 kábítószerrel összefüggő halálesetet jelentettek (Belgiumból, Spanyolországból és Írországból nem volt adat). A 2004-re vonatkozóan adatot szolgáltató országok (19) körében viszont enyhe, 3%-os emelkedés volt tapasztalható. Bár a 2004-es évvel kapcsolatban csak óvatos következtetéseket szabad levonni, tény, hogy a 19 bejelentett információból 13 valamilyen mértékű emelkedésre vonatkozott.

A 25 évesnél fiatalabbak körében bekövetkező, kábítószerrel összefüggő halálesetek számát tekintve a régi és az új tagállamok tendenciáiban határozott eltérés figyelhető meg. Az EU-15 tagállamaiban ez a szám 1996 óta folyamatosan csökkent, ami a fiatal injekciós opiáthasználók számának csökkenésére utal, az új tagállamokban viszont 2000–02-ig éles emelkedést figyeltek meg, és a látható visszaesés csak 2003 után kezdődött el ⁽²⁰⁷⁾.

A nemek között ugyancsak érzékelhető különbségek vannak. A férfiaknál a halálesetek száma 1990-től 2000-ig fokozatosan nőtt, amit egyértelmű csökkenés követett (30%-os visszaesés 2003-ra), ezzel szemben a nőknél a bejelentett halálesetek száma 1990 és 2000 között nagyjából stabil maradt, évi 1700–2000 között ingadozva, azóta pedig mindössze 15%-kal esett vissza. Ennek hátterében számos tényező állhat, például a beavatkozások eltérő hatékonysága vagy a kockázati tényezők nemek szerinti különbségei ⁽²⁰⁸⁾.

A hosszabb adatsorokkal rendelkező országokban a kábítószerrel összefüggő haláleseteket tekintve különböző tendenciák fedezhetők fel. Néhány országban a kábítószerrel összefüggő halálesetek száma az 1990-es évek elején tetőzött, majd csökkenni kezdett – ilyen például Németország, ahol a kábítószerrel összefüggő halálesetek száma 1991–92-ben érte el a csúcst, Spanyolország (1991), Franciaország (1994) és Olaszország (1991). Más országokban, így például Görögországban, Írországból, Portugáliában, Finnországban, Svédországban és

Norvégiában a kábítószerrel összefüggő halálesetek száma később, 1998 és 2001 között tetőzött, és ezután kezdett csökkenni. Olyan ország is van, ahol ez a minta kevésbé kivehető, vagy a számok stabilan egy szinten maradtak. Bár a kábítószerrel összefüggő halálesetek egyes országokban feljegyzett viszonylag alacsony száma miatt körültekintően kell eljárni az adatok értelmezésekor, ezek a minták összefüggésbe hozhatók az injekciós heroinhasználatban tapasztalt tendenciákkal ⁽²⁰⁹⁾.

Az ecstasyval és az amfetaminokkal összefüggő halálesetek

Az ecstasyval összefüggő halálesetekről Európában az 1990-es években, e drog népszerűvé válásakor kezdtek beszámolni. Az ecstasy okozta halálesetek komoly aggodalomra adnak okot, mivel gyakran váratlanul, társadalmilag integrált fiatalok között következnek be.

Az ecstasy miatti halálesetekről csak korlátozott mértékben vannak információk, de a 2005-ös Reitox-országjelentésekből kapott adatok azt jelzik, hogy az ecstasyval kapcsolatba hozható halálesetek még mindig viszonylag ritkák az opiátok okozta halálozáshoz képest, bár a számuk néhány országban nem elhanyagolható. Európa egészét tekintve 77 halálesetre történt utalás, amit becsült minimumnak kell tekintenünk ⁽²¹⁰⁾. Az eseteket Dániából (2), Németországból (20), Franciaországból (4), Magyarországról (3) és Egyesült Királyságból (48 esetben „említik”, ebből 33 Angliában és Walesben) jelentették; ez utóbbi esetében a bejelentés valószínűleg a többi országhoz képest jobban működik. Spanyolországban az ecstasyt a kábítószer-mérgezésnek 2,5%-ában mutatták ki.

Az ecstasyhasználat kockázatainak kérdése gyakran felmerül. Szem előtt tartva a felméréseken alapuló előfordulási becslések hibahatárát és a kábítószerrel összefüggő halálesetek bejelentésében rejlő nehézségeket, a megfigyelt halálesetek számát elosztva a használók évenkénti számával ⁽²¹¹⁾ (a potenciális veszélyeztetettekével) 100 000 használóra jutó 5–8 esetet, illetve 2–5 esetet kapunk abban a két országban, ahol az adatok lehetővé teszik e számítás elvégzését.

Az amfetamin miatti halálesetek bejelentése szintén nem gyakori, bár Csehországban 2004-ben 16 halálesetet tulajdonítottak a pervitinnek (metamfetamin), ami a 2003-as adatnak majdnem kétszerese, összhangban a problémás pervitinhasználók becsült számának és a kezelési igények növekedésével. A GHB okozta haláleseteket lásd a 4. fejezetben.

⁽²⁰⁷⁾ Ld. a DRD-5. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁰⁸⁾ Ld. a DRD-6. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽²⁰⁹⁾ Ld. a DRD-7. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben.

⁽²¹⁰⁾ Az ecstasy és a kokain esetében a számok országtól függően 2003-ra vagy 2004-re vonatkoznak.

⁽²¹¹⁾ Az elmúlt 12 havi használat a lakossági felmérésekben.

A kokainnal összefüggő halálesetek

A kokainhasználat egészségügyi kockázataival kapcsolatban egyre komolyabb aggályok merülnek fel, különösen a néhány országban a fiatalok körében, a függőség miatt kezelt személyek körében és a társadalom peremére szorult populációkban megfigyelt, növekvő tendenciát mutató rekreációs kokainhasználat miatt.

A kokainhasználat az opiáthasználók között gyakori, ezért az opiáttúladagolások esetek toxikológiai elemzése gyakran kimutatja a kokaint is az egyéb anyagok, pl. alkohol és benzodiazepinek mellett. A kokaint gyakran fogyasztják együtt az alkohollal, és ez a kombináció fokozott toxicitáshoz vezethet.

A jelenleg rendelkezésre álló európai statisztikák korlátozottak, és a kokainnal összefüggő halálesetek azonosításához alkalmazott kritériumok különbözőségei miatt a számadatok nem is összevethetők; ráadásul néhány kokainnal összefüggő haláleset felismerése vagy bejelentése el is maradhat, ami a valószínűleg alacsonyabb számok bejelentését eredményezi. A meglévő adatok azt jelzik, hogy a kokainnal kapcsolatos halálesetekben sokszor az opiátok is szerepet játszanak.

Az adatszolgáltató országok körében a 2005-ös országjelentésekben 400-nál több kokain miatti halálesetet ismertek fel; ez tehát a becsült minimum. Ezen esetek többségében úgy tűnt, hogy a kokain volt a kiváltó ok, bár ez a jelentésekből nem mindig derül ki egyértelműen. Kilenc olyan ország volt, ahol a kokain miatti halálesetek meglétéről vagy hiányáról nem tettek kifejezett említést. A kokainnak tulajdonították a bejelentett akut kábítószer-használat miatti halálesetek 0–20%-át, de Németországban, Franciaországban, Spanyolországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban az ilyen halálesetek 10–20%-áért felelt. Olyan halálesetekről, amelyekben a kokain (egymagában vagy más szerrel kombinálva) kiváltó okként volt jelen, Franciaország (14), Németország (166), Hollandia (20), Spanyolország (53) és az Egyesült Királyság (142 „említés”, ebből 113 Angliában és Walesben) számolt be. Kilenc másik országból 0–2 esetet jelentettek. Emellett néhány országban az opiáttúladagolások esetek toxikológiai elemzésekor is gyakran kimutatják a kokaint. A rendelkezésre álló korlátozott adatokból nehéz teljes bizonyossággal megállapítani a tendenciákat, mindazonáltal úgy tűnik, hogy a nagyobb esetszámokkal rendelkező országok mindegyikében – azaz Németországban, Franciaországban, Spanyolországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban – tart az emelkedés, bár Hollandiában ez a folyamat az elmúlt 2 évben megállt.

A kokain emellett fontos közrejáró tényező lehet a szív- és érrendszeri problémák (szívritmuszavarok, szívizominfarktus, agyvérzés) miatti halálesetekben, különösen az erre hajlamosító állapotokkal vagy kockázati tényezőkkel

(dohányzás, magas vérnyomás, angiómák) élő, illetve idősödő használók körében. A tudatosság hiánya miatt jelenleg sok ilyen eset észrevétlen maradhat. Ezen a területen további kutatásra van szükség.

A kábítószerrel összefüggő halálozás csökkentése

Hatékony válaszok

A kábítószer-használók nem kezelt populációinak elérése és a kommunikációs kapcsolatok kialakítása alapfeltétel ahhoz, hogy a kockázatokat kezelni és oktatni lehessen, továbbá közvetíteni lehessen feléjük a szolgáltatásokhoz, ezen belül a kezeléshez való hozzáférést.

A túladagolások körülményeit feltáró kutatás segítette a fokozottan kockázatos helyzeteket vagy nagy kockázatnak kitett személyeket célba vevő beavatkozások kialakítását. Az ilyen intézkedésekkel jelentős csökkenést lehet elérni a kábítószerhasználat közvetlen hatásainak tulajdonítható halálesetek számában. A különböző beavatkozások szerepéről az akut kábítószer-használattal összefüggő túladagolások halálozás csökkentésében az EMCDDA nemrég megjelent politikai tájékoztató anyaga adott összefoglalást (EMCDDA, 2004d).

Mivel Európában a túladagolások halálesetek többsége a heroinhoz kapcsolódik, a kezelésben részt vevő heroinhasználók arányának növelése is a túladagolást megelőző intézkedésnek tekinthető. A túladagolások halálesetekben megfigyelt tendenciák kismértékű visszafordulása a közelmúltban – néhány tagállam esetében – számos tényezővel összefüggésbe hozható. Ezek közé tartozik a prevalencia és az injekciós használati arányok csökkenése, a megelőzés érdekében tett fokozott erőfeszítések, a kezelések jobb elérhetősége és befogadó-, illetve megtartóképesége, valamint talán a kockázattal járó magatartás csökkenése is.

A válaszok jellege

A különböző beavatkozási stratégiákról készült szakértői vélemények a legtöbb országban az opiáthelyettesítő kezelést találták a legértékesebb módszernek a kábítószer-túladagolások halálesetek visszaszorítására⁽²¹²⁾. Bár ez a fajta kezelés elérhető, Magyarországon és Svédországban nem tekintik a kábítószer miatti halálozások csökkentésére szolgáló eszköznek. Észtországban és Lengyelországban pedig a helyettesítő kezelés rendelkezésre állásának alacsony szintje miatt a metadonnal végzett helyettesítő kezelés jelenleg nem tekinthető meghatározó válaszlépésnek a túladagolások halálesetek számának csökkentésében.

Az európai országok többségében a fontos intézkedések közé tartoznak emellett a tájékoztatás-, oktatás- és

⁽²¹²⁾ Az eredmények egy 27 NFP részvételével elvégzett 2004-es felmérésen alapulnak. Az eszközök letölthetők a következő helyről: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>.

kommunikáció-központú válaszok. A kockázatokra figyelmeztető üzenetek és a túladagolás kezelésével kapcsolatos utasítások kifejezetten erre a célra összeállított nyomtatványokon vagy más tömegtájékoztatási eszközökön (szórolapokon, weboldalakon, médiakampányokon) keresztül történő terjesztése 19 országban általános vagy meghatározó módszer. Hét országban (Észtország, Franciaország, Írország, Lettország, Magyarország, Málta, Finnország) ezzel szemben csak ritkán, egy országban (Svédország) pedig egyáltalán nem alkalmaznak ilyen intézkedéseket.

Az NFP-k szerint kevésbé elterjedt módszer az egyéni kockázatértékelés tanácsadási és kezelési gyakorlatba való szisztematikus beépítése, illetve a kockázati oktatásról és a kábítószer-használóknak adott válaszokról szóló csoportülések szervezése.

Van a tevékenységeknek egy tág kategóriája, amelyeket összefoglalva „börtönből való szabadon bocsátás előtti

beavatkozásoknak” lehet nevezni. Ezek az egyszerű ismeretterjesztéstől a túladagolási kockázatokról és megelőzésről adott tanácsadáson keresztül a börtönben megkezdett vagy folytatott helyettesítő kezelésig terjednek. A válaszok e csoportjába sorolható tevékenységeket azonban 13 országban csak nagyon ritkán, másik ötben (Lettország, Magyarország, Lengyelország, Románia és Svédország) pedig egyáltalán nem használják. Spanyolországban, Olaszországban és az Egyesült Királyságban a kábítószer-használat miatti akut halálhullámok csökkentésének egyik meghatározó módszere a börtönben végzett beavatkozás.

A nyilvános injekciózáshoz kapcsolódó kockázatok helyi feltételei négy EU-országban és Norvégiában szakmai felügyelet alatt működő drog fogyasztási létesítmények megnyitására vezettek ⁽²¹³⁾. Ezek célcsoportjait a fokozottan marginalizált és kockázatoknak kitett utcai injekciós használók jelentik (EMCDDA, 2004c).

⁽²¹³⁾ Az EU-s országok: Németország, Spanyolország, Luxemburg és Hollandia.



8. fejezet

A problémás és a polidrogfogyasztás megfigyelésének javítása

Az EMCDDA problémás kábítószer-használati mutatójához különféle fogalmak kapcsolódnak – mint a kábítószer-addikció, kábítószer-függőség, kábítószerrel való visszaélés, ártalmas használat, problémás használat –, amelyek mindegyikének megvannak a maga apró megkülönböztető jegyei, orvosi vagy társadalmi szempontból. Az EMCDDA problémás kábítószer-használat (PDU) mutatója az „injekciós kábítószer-használatot vagy a heroin, kokain és/vagy amfetaminok tartós/rendszeres használatát” követi nyomon. A fogalom meghatározásba hagyományosan az egyéb opiátok, így a metadon használata is beleértendő.

A PDU fenti meghatározása pusztán a viselkedési és a drogfogyasztási mintákon alapul, ezáltal semmilyen szempontból nem méri kifejezetten a problémákat. Az addikció különféle fogalmaival ettől függetlenül összekapcsolódik azáltal, hogy feltételezi, hogy aki így viselkedik, az nagy valószínűséggel beletartozik a „problémás használó” tágabb fogalmába. E tekintetben fontos megjegyezni, hogy a PDU-mutató a sejtetően valamilyen drogproblémával küzdő személyeknek csak egy jelentős részcsoportjáról ad becslést. A módszer mindenképpen értékes: a viselkedés szempontjából meghatározott fogalomként a következő erényekkel bír:

- Lehetővé teszi a megfigyelés folytatását anélkül, hogy ebben az addikció, a függőség, az ártalom és a probléma meghatározásához ragaszkodni kellene.
- A kutatási célú vizsgálatokban viszonylag könnyen bevethető.
- A kábítószerek és beadási módok különböző típusait egymás alternatívájaként egy csoportba vonja össze, anélkül hogy konkrét megkülönböztetéseket tenne ezek között.

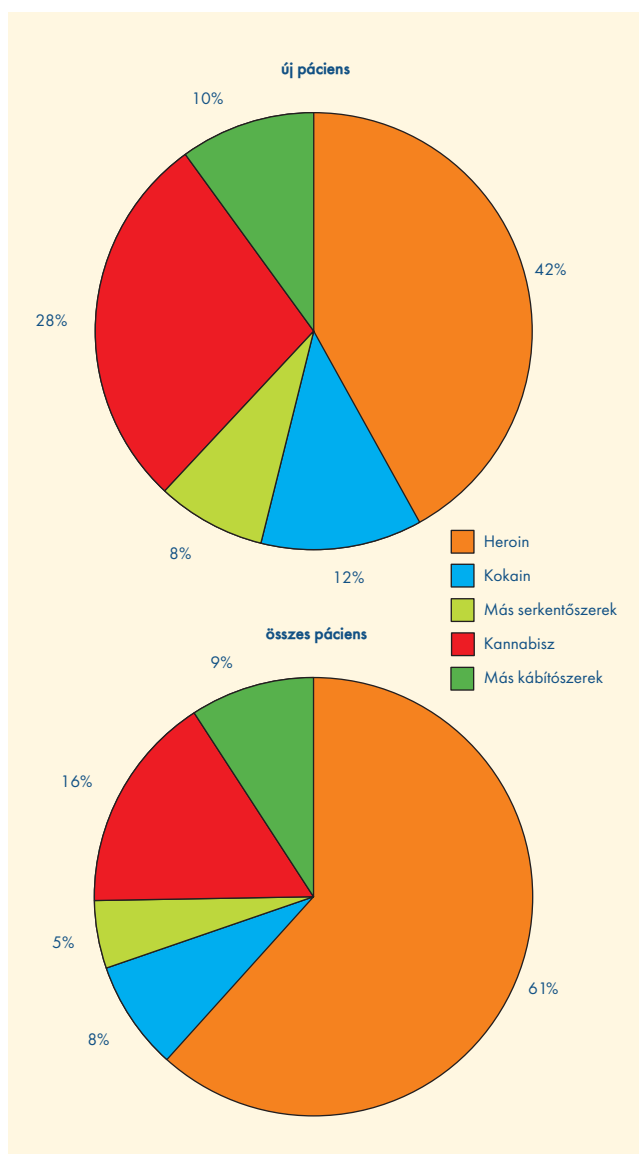
Történetileg nézve jól látható, hogy az EMCDDA megfigyelési mutatója korának szülötte – a heroinhasználatot és az injekciós kábítószer-használatot az 1980-as évek során, illetve az 1990-es évek nagy részében a drogprobléma fő elemének tekintették, amelyek tekintetében ezért fontos becsléseket végezni. Ráadásul a kábítószer-használat e formáit a felmérési technikákkal nem lehet meggyőzően mérni. Az amfetaminok szerepeltetésével a definíciót sikerült használhatóvá tenni néhány északi ország

számára is, ahol az amfetamin injekciós használata jelentős volt; és bár a kokaint is belefoglalták, ez a valóságban csak ritkán volt jelen a becslések fontos elemeként. Noha a PDU-mutató változatlanul hasznos betekintést ad a drogprobléma egyik fontos szegletébe, egyre inkább egyértelművé válik, hogy a mai heterogén európai kábítószerhelyzet megfigyelésében felmerülő követelmények miatt továbbfejlesztésre szorul. A krónikus drogproblémák tekintetében az európai összkép egyre összetettebbnek mutatkozik. Ahhoz, hogy a tiltott kábítószerek változó világában továbbra is helytálló maradjon, a megfigyelési feladat terén is tovább kell lépni, felvállalva azt a kihívást, hogy ma már a kábítószerek bővülő körét és ezek használatát a korábbinál nagyobb részletességgel kell nyomon követni.

Az EU bővítése a társas viselkedések nagyobb fokú változatosságát hozta magával, és ez alól a tiltott kábítószerek használata sem volt kivétel. A drogkultúrán belüli fejleményeket, a szintetikus kábítószerek és illegálisan használt gyógyszerek felbukkanását, a kokain felé történt eltolódást és a kannabiszhasználat általánosan nagyarányú előfordulását egytől egyig tudomásul kell venni, amikor értelmezni próbáljuk azoknak az embereknek az igényeit, akik a kábítószer-használattal együtt járó problémákkal küzdenek. A jelentés korábbi részében már említettük, hogy bár a drog miatti kezelést nyújtó szolgáltatók ügyfélkörében a heroinhasználók még mindig az első helyen állnak, kezd megváltozni az összkép az első alkalommal kezelésre jelentkezőket tekintve, akik között nő a kannabisz és a serkentőszerek miatti problémákkal érkezők száma (14. ábra).

Ezt a változó helyzetet az opiátokkal összefüggő problémák miatt jelentkezőknek nyújtott kezelés nagyarányú kibővülésével, illetve a kezelési szolgáltatók egyre szélesebb körű beszámolóival együtt kell szemügyre venni. Az opiáthelyettesítő kezelés – amely az embereket hosszú távú folyamatos gondozásba veszi (hozzátéve, hogy ezek a diagramok ezt nem mutatják, csak az aktuális évben kezelésre jelentkezőket) – a kezelésbe újonnan belépőkhöz viszonyítva különösen nyomatékosá teszi az opiátok szerepét a jelenlegi kezelési kapacitásban. Mindazonáltal sok európai országban úgy tűnik, hogy akiknek a drogproblémája most van kialakulóban, azok – legalábbis a használt anyagokat tekintve – a korábban megfigyelteknél heterogénebb populációt képeznek.

14. ábra: A kezelést kérő „új” és „összes” páciens elsődleges kábítószer szerinti megoszlása



Megjegyzés: A Csehországból, Dániából, Németországból, Görögországból, Olaszországból, Ciprusról, Magyarországról, Máltáról, Hollandiából, Szlovéniából, Szlovákiából, Finnországból, Svédországból, az Egyesült Királyságból, Bulgáriából, Romániából és Törökországból származó adatok alapján.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

A PDU-mutató és a kábítószer-használók rejtett populációinak megszámlálása

A jelenlegi PDU-szemlélet rendkívül hasznosnak bizonyult abban, hogy jobb becsléseket kapjunk az európai drogkezelő szolgálatok fő „fogyasztóit” kitevő kábítószer-használók számáról. Ez a módszer további módszerek és statisztikai eljárások széles körének kidolgozását is ösztönözte, hogy ennek a nagyrészt rejtett populációnak a teljes nagyságát fel lehessen becsülni. A mérés e módszerek mindegyikében azon a gondolon alapul, hogy a problémás kábítószer-használók egy bizonyos százaléka adminisztratíván „látható” azáltal,

hogy kapcsolatban állnak a különféle kezelésekkal, jogi, sürgősségi vagy szociális szolgálatokkal, így e látható kisebbség százalékos arányának az ismeretében következtetni lehetne az egész populáció méretére. Ezek az indirekt statisztikai módszerek kiegészítik a lakossági felmérések munkáját, amelyek különféle módszertani és gyakorlati okok folytán kevésbé alkalmasak az alacsony előfordulású, stigmatizált és nagy részben rejtett kábítószer-használat előfordulásának felbecsülésére.

Ami a PDU-mutató az EU területén való jelenlegi alkalmazását illeti, megfigyelhető, hogy az országok úgy módosították a fogalom meghatározást, hogy abban helyet kapjanak sajátos helyzetük gyakorlati vonatkozásai, így heterogén helyzet alakult ki. Kilenc ország lényegében eredeti formájában követi az EMCDDA fogalom meghatározását, 11-ben csak az opiát- (vagy heroin-) használók számáról készítenek becslést, négy másik országban pedig a problémás kannabiszhasználókat sem zárják ki, noha a kannabiszhasználók általában becsléseikben csak nagyon kis részt képviselnek (ugyanakkor a kannabiszhasználók beszámítására viszonylag szigorú kritériumok vonatkoznak, amennyiben csak a függőket vagy a nagyon intenzíven használókat számolják).

A kokain, a krek-kokain és az általában vett serkentőszerek szélesebb körű használata, illetve a drogproblémák, valamint az alkohol és receptre kapható gyógyszerek fogyasztásával járó problémák közötti átfedés folytán mára a becslések még a mutató következetes alkalmazása esetén is a korábbinál változatosabb drogfogyasztói repertoárra terjednének ki, ami a következmények és a problémák terén is nagyobb változatosságra ad lehetőséget. A problémás kábítószer-használat egészének figyelése mellett a PDU-mutatót képező különböző viselkedések – azaz az injekciós használata és a PDU meghatározásába tartozó egyes kábítószerfajták – különálló nyomon követésére is szükség van. Ez különösen fontos lehet a kokainhasználat emelkedésére vonatkozóan néhány országból kapott bizonyítékok és az amfetaminhasználati minták fényében, és ezenkívül az opiáthasználat tendenciáinak részletesebb nyomon követését is lehetővé teszi. Ha ugyanis ezekről a viselkedésekről csak összesítésekből számolnak be, fennáll a veszélye annak, hogy fontos fejlemények maradnak rejtve, így elveszítünk egy lehetőséget a tendenciák jobb megértésére.

E jelentés korábbi részében már szerepelt az első különálló becslés az európai heroinhasználatról és injekciós használatról. Ugyancsak megjegyeztük, hogy az opiátproblémákra egyre inkább elérhető a kezelés, és az opiáthelyettesítő kezelések száma Európában több mint félmillióra becsülhető. Ez arra utal, hogy a heroinhasználók és injekciós használók sok országban meglehetősen nagy arányban állhatnak vagy állhatnak kapcsolatban a kezelési szolgálatokkal. Az EMCDDA a nemzeti technikai munkacsoportjaival közösen most azt próbálja kideríteni, hogy a kezelési igényekre és a kezelés elérhetőségére

vonatkozó információk, illetve a heroinhasználat és az injekciós használat becsléseinek összekapcsolásából milyen további lehetőségek származhatnak.

A PDU-mutatón túllépve

Az európai kábítószer-probléma megértéséhez még közelebb vinne, ha fel tudnánk deríteni, hogy az intenzív kábítószer-használat figyelése milyen mértékben építhető be a megfigyelési gyakorlatba, a PDU-megfigyelésen túlmenően. További finomításra szorul az a kérdés, hogy az intenzív kábítószer-használat – definíciójától függetlenül – milyen mértékben jár együtt a függőséggel és a különböző szintű és típusú problémákkal; például Kandel és Davis (1992) becslései szerint az USA-ban a napi szintű kannabiszhasználók körülbelül egyharmada tekinthető függőnek. Ezen a téren a továbblépéshez szükség van a kannabisz és más tiltott drogok rendszeres, intenzív használata fogalmának hivatalos meghatározására, hiszen ez a megfigyelés egyik konkrét célpontja. A rendszeres vagy intenzív használat a felmérések adatain is lemérhető, amelyek így kiegészítenék az indirekt statisztikai módszerekkel készült becslést. A felmérések adatai jelenleg hasznos betekintést adnak a kannabiszhasználat különböző mintáiba, de nagyrészt a viselkedés és a használati gyakoriság méréseire korlátozódnak. A felmérési adatok valószínűleg fontosak lennének, ha szilárd becsléseket tudnánk tenni a drogok, köztük a kannabisz azon használóinak számáról, akik – legalábbis saját bevallásuk szerint – függő vagy ártalmas használóknak nevezhetők.

A különféle kábítószeres, intenzív használatának hivatalos meghatározása a kannabiszfogyasztás különböző szintjeihez és mintáihoz kapcsolódó problémák és függőség mértékének felmérését célzó kutatási eszközök kidolgozását is elősegítené. Több európai országban dolgoznak az intenzív használat, illetve a függőség és a problémák szintjének felmérésére szolgáló módszertani eszközök kidolgozásán, és az EMCDDA is támogatja az együttműködést ezen a munkaterületen.

Azt, hogy az intenzív használatot egyben úgy is tekintjük, mint a függőség vagy a problémák kialakulásától leginkább fenyegetettek mutatóját, bonyolítja, hogy az intenzív használat fogalmának jelentése némileg drogspecifikus. Miközben a problémás opiáthasználatra határozottan jellemzőek a napi használati minták, a serkentőszeres esetében gyakran nem ez a helyzet. Ezeknél a kábítószereseknél a „kampányszerű” fogyasztás sokkal általánosabb, azaz a használat rövid időszakokra megnő, majd visszaesik, és a használók gyakran más kábítószerre vagy alkoholra váltanak át, hogy kiegyensúlyozzák a szertől való tartózkodás kellemetlen következményeit. Az intenzív kábítószer-használat mintáit a gyógyszeres és a környezeti tényezők egyaránt képesek jelentősen befolyásolni, az azonban egyértelmű, hogy az intenzív használat viselkedési méréseinek is érzékenyeknek kell lenniük

a kábítószeres különböző típusaihoz hozzárendelhető eltérő kábítószer-használati mintákra.

A polidroghasználat problémáinak bejelentésében rejlő nehézségek

A kábítószer-használatra vonatkozó jelentések többsége jól felfogott gyakorlati és módszertani okokból kifolyólag az egyes anyagokat külön írja le. Ez biztosítja a rendelkezésre álló viselkedési méréseken alapuló beszámolás megkönnyítéséhez szükséges fogalmi tisztaságot, viszont figyelmen kívül hagyja azt a tényt, hogy az egyes kábítószer-használók gyakran tiltott és legális anyagok széles körét fogyasztják vagy fogyasztották, és ugyanezen használóknak több kábítószerhez kötődő problémái is lehetnek. Előfordulhat, hogy az egyik kábítószerfajtát egy másikkal helyettesítik, idővel változtatnak a „kedvenc” kábítószerükön, vagy esetleg egymást kiegészítő jelleggel használják a szereket. Ez az összetettség a megfigyelési rendszer számára rendkívül nagy kihívást jelent, még akkor is, ha az elemzésben a különböző időszakok során történő kábítószer-fogyasztás egyszerű viselkedési méréseire szorítkozik. Ha a problémás és a függő használat fogalmait is bele vesszük, az összetettség tovább fokozódik, ugyanakkor a tájékozott elemzéshez európai szinten csak nagyon kevés kellően szilárd adat áll rendelkezésre. Mindazonáltal valószínű, hogy néhány országban nem elhanyagolható számban élnek olyan krónikus problémás kábítószer-használók, akiket nehéz lenne az elsődlegesen használt anyag szerint besorolni, és akik a tiltott és a legális anyagok használata miatt egyaránt problémákkal szembesülnek. E probléma kezeléséhez jobban meg kell ismernünk a polidroghasználat mintáit, és ezeket az országos és európai szintű jelentéstétel javításához fel kell használnunk.

Többszörös helyettesítés

A többszörös kábítószer-használat általános fogalmán belül a kifejezés több konkrét jelentésével is foglalkozni kell. Az egyik szélsőséget sok anyag intenzív, kaotikus, egyidejű vagy egymást követő használata jelenti, sok esetben egyik kábítószerrel helyettesítve a másikat, az elérhetőség függvényében. Idetartoznak például azok a problémás használók, akik különböző opiátokat, valamint gyógyszereket, kokaint, amfetaminokat és alkoholt használnak.

Ez a használati minta látszik érvényesülni néhány krónikus használó körében, esetleg a marginalizált csoportokban, illetve a pszichiátriai problémákkal küzdő személyeknél. Ezeket az eseteket az európai nyilvántartási rendszerekben sokszor az opiátokhoz rendelik.

Ezek az egyének ilyenformán mindenképpen beletartoznak a problémás kábítószer-használók definíciójába és megfigyelési körébe. Nyitva marad viszont az a kérdés, hogy ezt a fajta intenzív, kaotikus polidroghasználatot nem kellene-e külön egységként kezelni, olyan nem drogspecifikus függőségként, amely éppen ezért egy

különösen nehéz helyzetben célzott járványügyi méréseket és kezelést, támogatást vagy ártalomcsökkentést igényel. E körülményekre való tekintettel a problémás kábítószer-használat alkotóelemeinek megfigyelésében helyet kellene adni a polidroghasználatnak, mint a külön mért elemek egyikének.

Kábítószer-kombinációk

A használók egy másik csoportja szisztematikusan szed több anyagot egyidejűleg, mivel a gyógyszer-kombináció hatásait próbálja előidézni; ilyen például a heroin és a kokain egyidejű injekciós használata, a „speedballing”.

A második kábítószer funkcionális vagy gyógyszer-tani okokból történő használata nemcsak egyidejű használat formájában történhet, hanem egymást követően is, helyettesítő vagy kiegészítő jelleggel. A benzodiazepin például használható az elvonási tünetek enyhítésére, ha opiátok nem állnak rendelkezésre. Más esetekben a második kábítószert a kompenzáló gyógyszer-tani hatása kedvéért használják: ilyen eset az, amikor az opiátok kábító hatását kokain használatával módosítják, vagy fordítva, a kokain vagy amfetamin keltette szorongást próbálják opiátok vagy más nyugtatók használatával tompítani.

A polidroghasználat miatti kockázatnövekedés

Az egyik kábítószer másokra gyakorolt fokozó hatása olykor jelentős, és itt a legális kábítószereket és gyógyszereket – így az alkoholt, a nikotint és az antidepresszánsokat – is figyelembe kell venni az ellenőrzött pszichoaktív anyagokkal összefüggésben. A kockázat mértékét a két anyag adagolásának szintje együttesen határozza meg. Számos olyan gyógyszer-tani párosítás van, amely okot ad az aggodalomra: az alkohol és a kokain fokozza a szív- és érrendszeri toxicitást; az alkohol vagy a nyugtatók opiátokkal együtt szedve növelik a túladagolás kockázatát; az opiátok vagy a kokain ecstasyval vagy amfetaminokkal együtt használva szintén növeli az akut mérgező hatást.

A polidroghasználatról rendelkezésre álló adatok korlátai

A rendelkezésre álló adatok hiánya a polidroghasználat több szempontjából is korlátozza a bejelentést. A meglévő adatok a kábítószer-túladagolásokról szóló toxikológiai jelentésekből és a kezeléseket felkereső személyek saját beszámolóiból származnak. Bár ezek a források némi betekintést adnak a polidroghasználatba, a rendelkezésre álló információk gyakran korlátozottak, és azt is mérlegelni kell, hogy az adatok mennyiben tekinthetők reprezentatívnak.

A felmérések eredményei jelentős mértékű olyan használatot mutatnak, amikor egy személy ugyanabban az időszakban kettőnél több kábítószert használ. A felmérésekből szerzett adatok azonban sokszor nem megfelelő minőségben számolnak be a kábítószer-használat valamilyen formájáról, és még ha vannak is adatok, tovább kell dolgozni az összehasonlítható bejelentési szabványok kialakításán. A polidroghasználatra vonatkozóan a lakossági

felmérésekből elérhető adatok szintjét az EMCDDA (2005b) nemrég megjelent technikái jelentése illusztrálja. A Spanyolországból származó adatokat véve példának, a 15. ábra bemutatja, hogy az egyik kábítószer használata emelkedő tendenciát mutat az általános népesség azon részében, akik egy másik kábítószert használtak, és ez attól függően változik, hogy éppen melyik kábítószer van a középpontban. Így például a heroinhasználók körében a kokain használata viszonylag gyakori, miközben a kokainhasználóknál kevésbé egyértelmű az egyéb kábítószerek használata.

A polidroghasználat operatív definíciójának kidolgozása: csak időzítés kérdése?

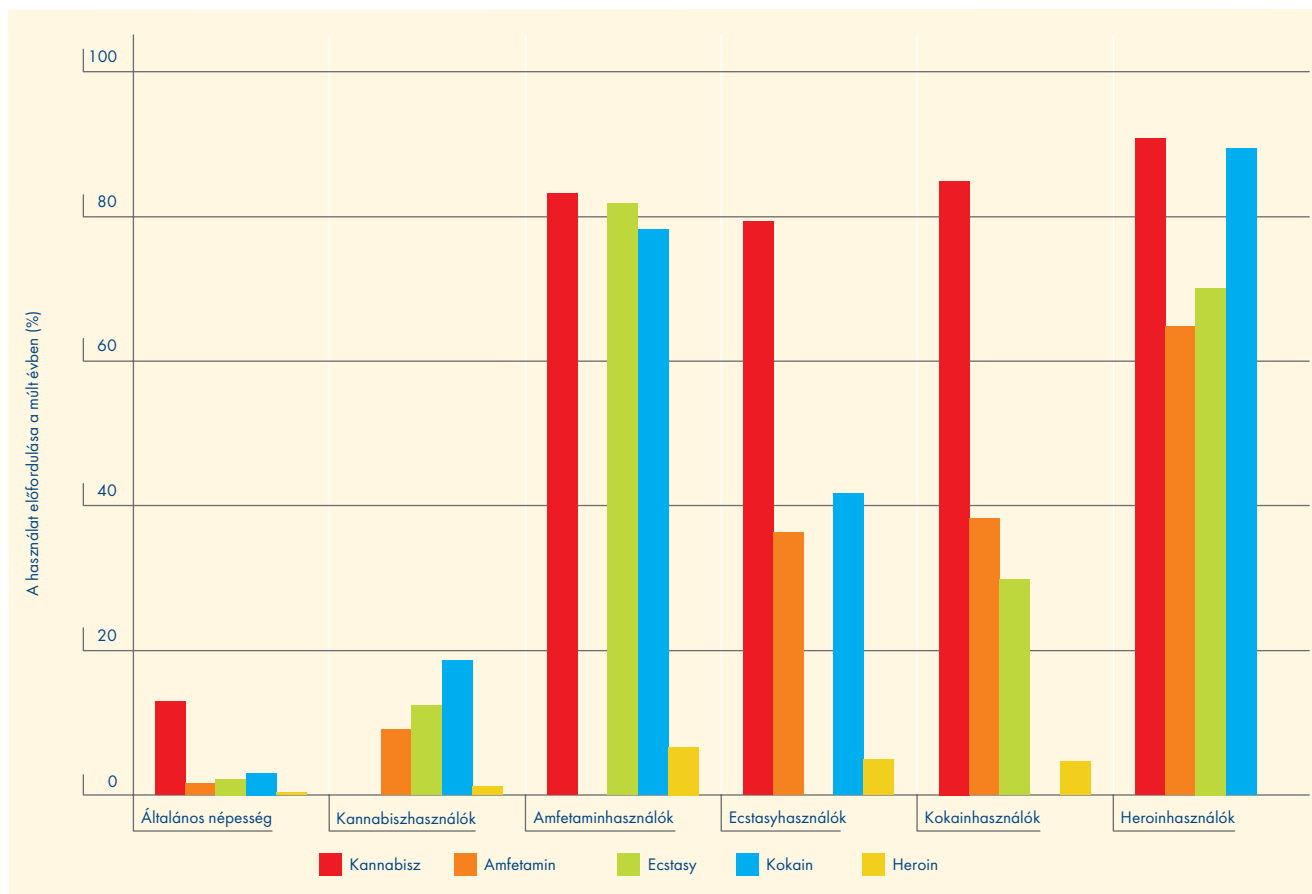
Jól meg kell gondolni, hogy a polidroghasználat értékeléséhez és bejelentéséhez milyen időtartamot érdemes kiválasztani. A frissebb használati adatokhoz képest az életprevalencia arányok valószínűleg nem túl hasznosak, és nem is mérvadóak a közegészségügyi kérdések szempontjából.

A polidroghasználat operatív megközelítésben jól meghatározható úgy, hogy egynél több anyag rendszeres használatát jelenti egy megadott minimum időszakon, pl. 1 hónapon belül. Ezzel nem teszünk megkülönböztetést a fentiekben leírt használati típusok között, de legalább egy átfogó képet kapunk azokról, akik nagykockázatú csoportnak minősülhetnek. A polidroghasználat szempontjából az életprevalenciát csak akkor nem szabad figyelmen kívül hagyni, ha nagyon fiatalokról – tanulókról vagy hallgatókról – van szó, mivel esetükben az addigi többszörös használat határozottabb képet adhat a jelenlegi használatról. Például az ESPAD felmérésekből származó adatok arra utalnak, hogy a kábítószer-használat deviánsabb / ritkábban előforduló mintái (ecstasy, amfetamin, hallucinogének, kokain, heroin) a diákok körében néhány fős csoportokon belül találhatóak csak meg.

Az európai kábítószer-probléma megfigyelésének javítása és a polidrogfogyasztással szembeni érzékenység fokozása

Az európai kábítószer-probléma jellegének és mértékének jobb megismerése az EMCDDA egyik legfontosabb feladata. A kábítószer-használat azonban igen összetett, különféle viselkedésmódokat felölölő kérdés, amelyek változó mértékben vonnak maguk után fontos közegészségügyi és társadalmi problémákat. A kábítószer-használók problémákkal szembesülhetnek, illetve veszélyeknek lehetnek kitéve. A kábítószer-használati minták a kísérleti, időszakos és alkalmasszerű használattól a rendszeres, intenzív és kontrollálatlan használatig terjedő skálán mozoghatnak. A kábítószer-használók a klinikai meghatározásokkal élve besorolhatók a drogproblémával rendelkezők vagy a drogfüggők csoportjába, kutatói

15. ábra: Az elmúlt évi kábítószer-használat különböző használói csoportok szerint a 15–34 éves általános népességben



Megjegyzés: Spanyolországra vonatkozó 1999-es adatok. További tájékoztatásért ld. a GPS-34. ábrát a 2006. évi statisztikai közlönyben
 Forrás: EMCDDA (2005b).

megközelítésben viszont mindkét kategóriát egybefüggő skálává lehet alakítani. Bonyolítja a helyzetet, hogy a kábítószer-használók gyakran többféle anyagot is fogyasztanak, és idővel változtatnak fogyasztási szokásaikon. Ilyen fokú összetettség megfelelő leírására egyetlen jelentéstételi eszköz sem alkalmas. A gyakorlatban az EMCDDA által elfogadott többmutatós szemlélet éppen a kábítószer-jelenségnek ezeket a különféle aspektusait hivatott megvilágítani.

A PDU-mutató hasznos betekintést ad a kábítószer-használat legártalmasabb és költségesebb formáiba azáltal, hogy a viselkedések egy bizonyos csoportjára fókuszál, ilyenformán igen fontos összetevő az európai drogprobléma egészének megértéséhez. Mára azonban arra is egyértelmű igény mutatkozik, hogy a PDU-mutató átfogó becsléseit anyagspecifikus részbecslésekkel egészítsük ki, hogy ezáltal az egyre heterogénebb európai drogproblémát jobban lehessen kezelni.

Tekintve, hogy a rendelkezésre álló adatforrások közül sok a kábítószer-fogyasztás viselkedési vonatkozásain alapul, a rendszeres vagy intenzív használat fogalmát is ezen az alapon kell meghatározni. Ez tágabb perspektívákat nyit majd a drogproblémák megfigyelésére a PDU-mutatóban jelenleg is megtalálhatókon túl. A PDU-ból kapott információt és ezt a szélesebb körű információhalmazt egymás mellé helyezve újabb nagy lépést tehetünk meg az EMCDDA azon erőfeszítése irányába, hogy tovább javuljon az európai kábítószer-problémák mértékének és jellegének átfogó megismerése. Ezzel párhuzamosan tovább kell dolgozni az olyan jelentéstételi szabványok összeállításán, amelyek európai szinten lehetővé teszik a polidroghasználat mintáinak jobb leírását. Az ebbe az irányba megtenni kívánt első lépések között szerepel például egy kifinomultabb fogalmi keret kialakítása a többszörös drogfogyasztás különböző típusainak vizsgálatához – az alkalmas időbeli keretek elfogadásával együtt, valamint a megfelelő adatforrások azonosítása.



Hivatkozások

- ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers, London.
- Bossong, M.G., Van Dijk, J.P. és Niesink, R.J.M. (2005), „Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?”, *Addiction biology* 10(4), 321–3. o.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. és mások (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.
- Chen, C.-Y., O'Brien, M.S. és Anthony, J.C. (2005), „Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000–2001”, *Drug and alcohol dependence* 79, 11–22. o.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. és mások (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Home Office statistical bulletin 04/05, Home Office, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Narkotikus Kábítószer Bizottsága, az ENSZ Gazdasági és Szociális Tanácsa, Bécs.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Narkotikus Kábítószer Bizottsága, az ENSZ Gazdasági és Szociális Tanácsa, Bécs.
- EMCDDA (2002a), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2002b), „Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs”, CT.00.EP.13 projekt, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2004a), *Éves jelentés, 2004: a kábítószer-probléma az Európai Unióban és Norvégiában*, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights no. 6, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2004c), *European report on drug consumption rooms*, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2004d), „Overdose: a major cause of avoidable death among young people”, *Drugs in Focus* No. 13, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2005a), *Éves jelentés, 2005: a kábítószer-probléma Európában*, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2005b), „Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use”, final report, project CT.03.P1.200, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EMCDDA (2005c), „Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU”, záró jelentés, CT.04.P2.329 projekt, A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, Lisszabon.
- EuroHIV (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Institute de veille sanitaire: Saint-Maurice. No 71.
- Europol (2006), „Drugs 2006” (2006. január 16-i közlemény az EMCDDA részére, 158448 számú fájl), Europol, Hága.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. és mások (2005), „Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention”, *International journal of drug policy* 16S, S67–75. o.
- Haasen, C., Prinzeve, M., Gossop, M. és mások (2005), „Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder and crack users”, *World psychiatry* 4(3), 173–6. o.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. és mások (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, A Svéd Alkohol- és Kábítószerügyi Információs Tanács (CAN) és az Európa Tanács, Pampidou-csoport.
- Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. és mások (2003), „Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients”, *Archives of general psychiatry* 60, 1043–52. o.
- INCB (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Egyesült Nemzetek Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Testülete, New York.
- INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Egyesült Nemzetek Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Testülete, New York.
- Kandel, D. és Davis, M. (1992), „Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use”, in: Glantz, M. és Pickens, R. (szerk.), *Vulnerability to Drug Abuse* 211–53. o. American Psychological Association. Washington.
- Kumpfer, K.L., Molgaard, V. és Spoth, R. (1996), „The Strengthening Families Program for prevention of delinquency

- and drug use in special populations”, in: Peters, R. és McMahon, R. J. (szerk.) *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency: prevention and early intervention approaches*, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. és mások (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. Home Office Online Report 24/05. Home Office, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).
- Naber, D. and Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).
- ONS (2006), *Health Statistics Quarterly 29*, Office for National Statistics, London.
- Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. és mások (2006), „Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population”, *Archives of general psychiatry* 63, 219–28. 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.
- Reitox national reports (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Roe, E. és Becker, J (2005), „Drug prevention with vulnerable young people: a review”, *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), 85–99. o.
- Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W. és mások (2004), „A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction”, *Drug and alcohol dependence* 74, 1–13. o.
- Schäfer, C. és Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlin.
- Schottenfeld, R.S., Chawarski, M.C., Pakes, J.R. és mások (2005), „Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence”, *American journal of psychiatry* 162, 340–9. o.
- Shearer, J. és Gowing, L.R. (2004), „Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research”, *Drug and alcohol review* 23, 203–11. o.
- UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.
- UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.
- UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru – June 2005*, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.
- UNODC (2006), *2006 world drug report*, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.
- UNODC és Marokkó kormánya (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*. az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.
- Van den Brink, W. (2005), „Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment”, *Sucht* 51 (4), 196–8. o.
- Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. és Watts, C. (2006), „Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (megjelenés előtt).
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. és mások (2002), „What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults”, *Drug and alcohol dependence* 68(1), 49–64. o.
- WCO (2005), *Customs and drugs 2004*, Vámügyi Világszervezet, Brüsszel.
- WHO (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, Egészségügyi Világszervezet, Genf.
- WHO/UNODC/UNAIDS (2004), „Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention”, position paper, Egészségügyi Világszervezet, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, UNAIDS (http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html).

Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja

Éves jelentés, 2006: A kábítószer-probléma Európában

Luxembourg: Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala

2006 – 96 oldal – 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-256-X

ÉRTÉKESÍTÉS ÉS ELŐFIZETÉSEK

A Kiadóhivatal gondozásában megjelent, térítés ellenében kapható kiadványokat a világ minden pontján megtalálható értékesítési irodáinkban kérheti.

Mi a teendő, ha szeretnék egy kiadványhoz hozzájutni?

Miután megtekintette értékesítési irodáink listáját, kérjük, válassza ki az Önnek megfelelőt, és a rendeléshez lépjen kapcsolatba velük.

Hogyan juthatok hozzá az értékesítési irodák listájához?

Letöltheti azt a Kiadóhivatal honlapjáról: <http://publications.europa.eu/> kérését faxon is leadhatja a (352) 292 94 27 58-as számon, és mi elküldjük Önnek a kért listát.

Az EMCDDA-ról

A Kábítószer és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) egyike az Európai Unió decentralizált hivatalainak. 1993-ban alapították, Lisszabonban található, és a kábítószerekkel és kábítószer-függőséggel kapcsolatos átfogó információk központi forrása Európában.

Az EMCDDA objektív, megbízható és összehasonlítható információt gyűjt, elemez és terjeszt a kábítószerekről és a kábítószer-függőségről. Ennek során az európai szintű kábítószer-jelenség bizonyítékalapú képét vázolja fel a célközönségnek.

A Központ kiadványai elsődleges információforrást jelentenek széles célközönség számára, beleértve a szakpolitika-formálókát és tanácsadókat, szakembereket és a kábítószeres területen dolgozó kutatókat, valamint – tágabb értelemben – a médiát és az általános nyilvánosságot.

Az éves jelentés az EMCDDA éves áttekintését tartalmazza az Európai Unióban tapasztalható kábítószer-jelenséggel kapcsolatosan, egyben nélkülözhetetlen referencia azoknak, akik a kábítószerekkel kapcsolatos legfrissebb európai eredmények iránt érdeklődnek.