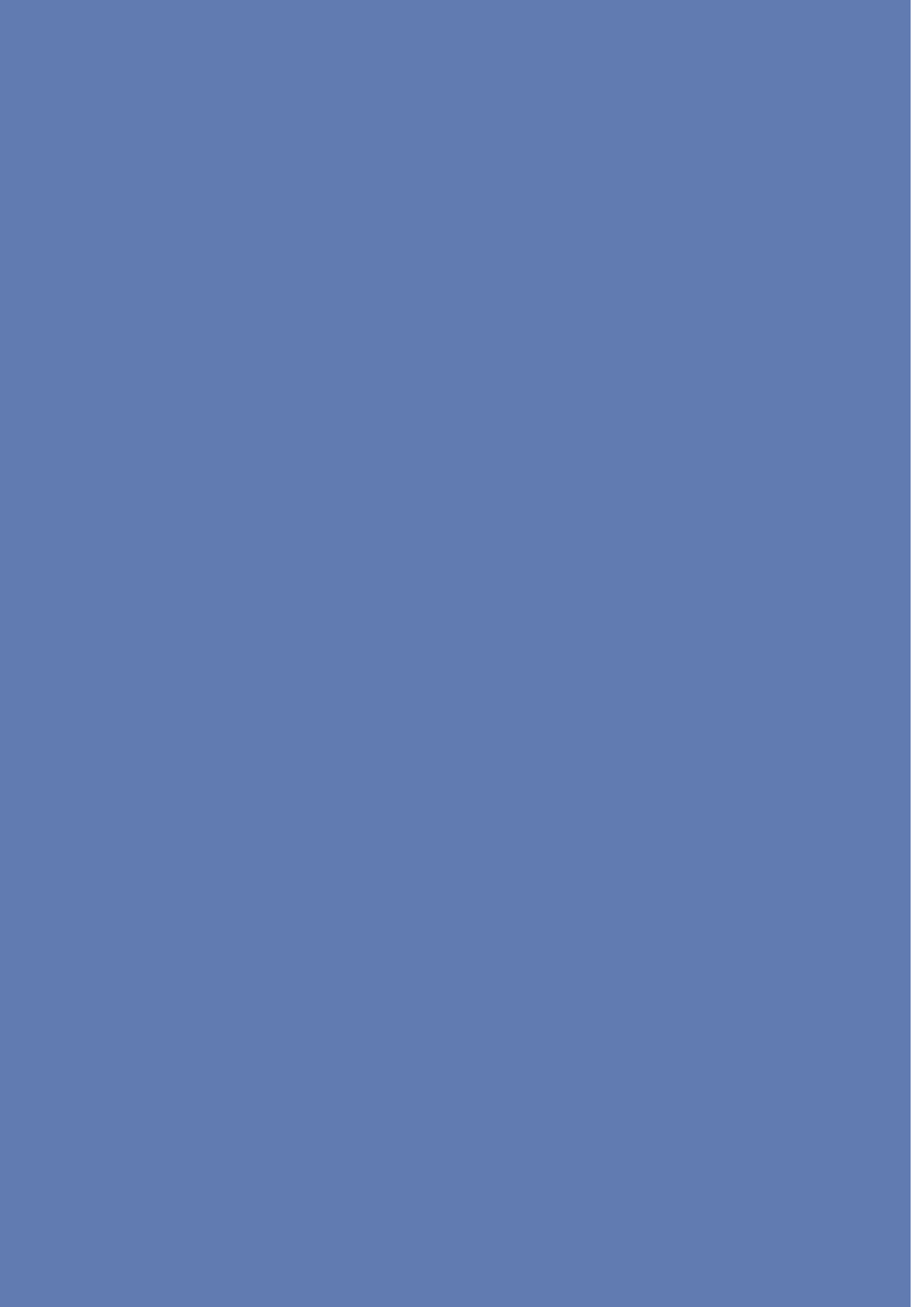




Kábítószer és Kábítószer-függőség  
Európai Megfigyelőközpontja

# JELENTÉS 2010 ÉVES A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA EURÓPÁBAN





Kábítószer és Kábítószer-függőség  
Európai Megfigyelőközpontja

# JELLENZŐKÉP ÉVJELZŐKÉP 2010

A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA EURÓPÁBAN

## Jogi megjegyzés

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

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

A Europe Direct szolgáltatás segít választ találni az Európai Unióval kapcsolatos kérdéseire.

Ingyenesen hívható telefonszáma (\*):

**00 800 6 7 8 9 10 11**

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

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

A katalógusadatok a kiadvány végén találhatóak.

Luxembourg: Az Európai Unió Kiadóhivatala, 2010

ISBN 978-92-9168-438-0

doi:10.2810/35000

© Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, 2010

A sokszorosítás a forrás feltüntetésével engedélyezett.

*Printed in Luxembourg*

FEHÉR, KLÓRMENTES PAPIRRA NYOMTATVA



Kábítószer és Kábítószer-függőség  
Európai Megfigyelőközpontja

Cais do Sodré, 1249-289 Lisszabon, Portugália  
Tel. +351 211210200 • Fax +351 218131711  
[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

## Tartalom

Előszó	5
Köszönetnyilvánítás	7
Bevezető megjegyzés	9
Kommentár: Régi tények, új veszélyek és gazdasági megszorítások: az európai drogpolitika jelene	13
1. fejezet: Politikák és jogszabályok	
Nemzetközi és uniós politikai fejlemények • Nemzeti kábítószer-ellenes stratégiák • Közkiadások és társadalmi költségek • Nemzeti jogszabályok • Kábítószerrel kapcsolatos kutatások	21
2. fejezet: Európai válaszok a kábítószer-problémákra – áttekintés	
Megelőzés • Kezelés • Ártalomcsökkentés • Társadalmi kirekesztés és reintegráció • A kábítószer-törvények végrehajtása és a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények • Egészségügyi és szociális válaszok a börtönökben	30
3. fejezet: Kannabisz	
Kínálat és hozzáférhetőség • Előfordulás és használati minták • Kezelés	44
4. fejezet: Amfetaminok, ecstasy és hallucinogén anyagok	
Kínálat és hozzáférhetőség • Előfordulás és használati minták • Rekreációs színtér • Kezelés	55
5. fejezet: Kokain és crack kokain	
Kínálat és hozzáférhetőség • Előfordulás és használati minták • Egészségügyi következmények • Problémás használat és kezelési igény • Kezelés és ártalomcsökkentés	67
6. fejezet: Opioidhasználat és intravénás kábítószer-használat	
Kínálat és hozzáférhetőség • Problémás opioidhasználat • Intravénás kábítószer-használat • Kezelés	78
7. fejezet: A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek és a kábítószerrel összefüggő halálesetek	
Fertőző betegségek • A fertőző betegségekre adott válaszok • Halálesetek és halandóság • A halálozás csökkentése	88
8. fejezet: Új kábítószeres és újonnan megjelenő tendenciák	
Fellépés az új kábítószeres ellen • A „Spice” jelenség • A szerek nyomon követése	100
Hivatkozások	107



## Előszó

Ezennel bemutatjuk a kábítószer-probléma európai helyzetéről szóló 15. éves jelentést. Az itt szereplő helyzetelemzés a nemzeti szakértőkkel szoros együttműködésben dolgozó nemzeti fókuszpontok Reitox hálózata által összegyűjtött adatokra épül. A jelentés elkészítéséhez az Európai Bizottsággal, az Europollal, az Európai Gyógyszerügynökséggel és az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központtal való együttműködésünk is hozzájárult.

Az idei jelentésben az eddigiekhez hasonlóan átfogó áttekintést adunk az európai kábítószer-problémáról és a megoldására tett intézkedésekről. Feladatkörünk azonban túlmutat a statisztikai adatok pusztá közlésén. A jelentést egyrészt a legjobb gyakorlatok felismerésének és megosztásának, másrészt a bizonyítékokon alapuló prevenciók beavatkozások támogatásának igénye vezérli. Ez a követelmény a kábítószer-kínálatot és a keresletet megcélzó intézkedésekre egyformán vonatkozik. A jelentést olvasva egyértelműen kiderül, hogy mára már jobban megismertük, mi az, ami működik, és Európa néhány területen komoly előrelépésekkel büszkélkedhet. Ennek ellenére még mindig támogatáshoz jutnak az olyan módszerek, amelyek hatásossága nem bizonyított. Az államkasszára nehezedő jelenlegi nyomás mellett még fontosabb, hogy gondoskodjunk a közpénzek átgondolt felhasználásáról. Ezen a téren a mi szerepünk az, hogy semleges, tárgyilagos értékelést adjunk a megelőzési erőfeszítéseket alátámasztó tényanyagról.

Bár a jelentés elsősorban Európával foglalkozik, újfent elismeri a kábítószer-problémájának globális jellegét. A jelentésben olvashatnak például arról, hogy sok szomszédos ország milyen súlyos – és egyre fokozódó – problémákkal néz szembe a kábítószerrel kapcsolatban. Ez nem csak az érintett országok számára közegészségügyi katasztrófa; ezek a problémák aláássák a társadalmi fejlődést, táptalajt adnak a korrupciónak és a szervezett bűnözésnek, ezáltal valódi veszélyt jelentenek az Európai Unióra nézve. Európa elkötelezett híve a kiegyensúlyozott, bizonyítékokon alapuló drogpolitikának, amelyet a probléma alapos ismerete támaszt alá. Büszké vagyunk arra, hogy a nemzeti kábítószer-információs rendszerek kidolgozásának európai modellje egyre nagyobb hatással van másokra. Ugyancsak elégedettségünkre szolgál, hogy az EMCDDA egyre nagyobb szerepet játszik a nem uniós országok e téren történő kapacitásfejlesztését támogató európai kezdeményezésekben.

A kábítószer-fogyasztás miatt kezelés alatt állók 1 millióra becsült száma tanúskodik az annak érdekében elvégzett munkáról, hogy a rászorulóknak számára elérhetővé váljon az ellátás. Ez a szám azonban egyúttal arra is emlékeztet,

hogy Európának még mindig nagy arányú problémával kell szembenéznie. Ezen a területen továbbra is az opioidhelyettesítő kezelés a legnagyobb ágazat, ezzel kapcsolatban azonban kezd megváltozni a közhangulat, és különböző kérdések merülnek fel a kezelés alatt állók hosszú távú eredményeit illetően. Ezek fontos kérdések, ugyanakkor a kezelés kiterjesztéséből származó közegészségügyi és társadalmi előnyöket is fontos elismerni.

A kezelés jobb elérhetősége kedvező fejlemény, de Európa különböző részein még mindig nagy különbségeket láthatunk az ellátáshoz való hozzáférésben. A kezelés a gyakorlatban néha éppen azok számára a legkevésbé elérhető, akiknek a legnagyobb szükségük lenne rá. Az egyenlőtlenség nem csupán földrajzi jellegű. Az idei jelentés fényt vet arra, hogy milyen fontos helyszín a börtön a drogp problémákkal küzdő személyek elérése szempontjából. Bár ezen a téren is történt némi előrehaladás, még mindig túl gyakran vesz el ez az értékes lehetőség arra, hogy a problémás drogfogyasztók egyik meghatározó csoportját megelőzésben részesíthessük.

Nehéz időszakban adjuk át ezt a jelentést. Az EU-tagállamok számára a jelenlegi gazdasági helyzet jelenti a legégetőbb problémát, ezért gondosan fel kell mérni, hogy ez milyen hatással van a kábítószer-használat és a szolgáltatásnyújtás szintjeire. Még korai lenne jóslatokba bocsátkozni arról, hogyan hat majd a gazdasági válság az európai kábítószer-fogyasztásra, azt azonban tudjuk, hogy a drogp problémák legsúlyosabban a perifériára szorult, hátrányos társadalmi helyzetű közösségeket érintik. A kábítószer-fogyasztóknak szóló szolgáltatások egyre nagyobb veszélybe kerülnek a költségvetési megszorítások miatt, ami nemcsak azokra hathat kedvezőtlenül, akik kábítószerrel használnak, hanem a körülöttük élő közösségekre is. Európában azonban nem ez az egyetlen probléma a kábítószerrel illetően. A szokásosan használt kábítószer-kínálatában történt változások és az új anyagok megjelenése egyre gyakrabban teszi próbára a kábítószer-ellenőrzési modelljeinket. Ezek a változások összetett, egymással kölcsönösen összefüggő problémákat idéznek elő. Ennek megfelelően összehangolt, kollektív válaszra lesz szükség. A jelentés pozitív üzenete az, hogy Európa kapacitásainak folyamatos fejlesztésével próbálja nyomon követni ezt a gyorsan változó jelenséget. Ez kulcsfontosságú az előttünk álló kihívások megismeréséhez és annak garantálásához, hogy politikai válaszaink lépést tartsanak a kábítószerhelyzet alakulásával.

### **João Goulão**

az EMCDDA igazgatóságának elnöke

### **Wolfgang Götz**

az EMCDDA igazgatója





## Köszönetnyilvánítás

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

- a Reitox nemzeti fókuszpontok vezetői és munkatársai;
- a jelentéshez szükséges nyers adatokat összegyűjtő szolgálatok mindegyik tagállamban;
- az EMCDDA igazgatóságának és tudományos bizottságának tagjai;
- az Európai Parlament, az Európai Unió Tanácsa – különösen a kábítószerekkel foglalkozó horizontális munkacsoport – és az Európai Bizottság;
- az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC), az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) és az Europol;
- az Európa Tanács Pompidou-csoportja, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, a WHO Európai Regionális Irodája, az Interpol, a Vámigazgatások Világszervezete, az ESPAD projekt és a Svéd Alkohol- és Kábítószerügyi Információs Tanács (CAN);
- az Európai Unió Szerveinek Fordítóközpontja és az Európai Unió Kiadóhivatala.

### Reitox nemzeti fókuszpontok

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

A nemzeti fókuszpontok elérhetősége az EMCDDA weboldalán található.



## Bevezető megjegyzés

Ez az éves jelentés az EU-tagállamok, a tagjelölt országok – Horvátország és Törökország –, valamint Norvégia részéről az EMCDDA számára nemzeti jelentés formájában rendelkezésre bocsátott információkon alapul. Az itt közölt statisztikai adatok a 2008. 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 vagy bizonyos tendenciák kiemelése céljából történhet.

A tendenciák elemzése kizárólag a megadott időszakban zajló változások leírásához elegendő adatot szolgáltató országokon alapul. A kábítószer-piaci adatok tendenciáinak elemzésében a hiányzó 2008-as értékeket 2007-es számadatok helyettesíthetik; más tendenciák elemzésében a hiányzó adatok interpolálhatók.

Az alábbiakban bemutatjuk a háttér-információkat és az éves jelentés olvasásakor szem előtt tartandó szempontokat.

### A kábítószeres kínálatára és hozzáférhetőségére vonatkozó adatok

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

A kábítószeres lefoglalásait sokszor a kábítószeres kínálat, kereskedelmi útvonalai és hozzáférhetősége közvetett mutatójának tekintik. Valójában azonban ezek közvetlenebbül mutatják a bűnüldözési tevékenységeket (pl. prioritásokat, forrásokat, stratégiákat), ugyanakkor a bejelentési gyakorlatokat és a kereskedők kitettségét is tükrözik. A kábítószeres kiskereskedelmi piacainak megismeréséhez a tiltott kábítószeres tisztaságáról vagy erősségéről és kiskereskedelmi áraitól szóló adatokat is ki lehet elemezni. A kábítószeres EMCDDA felé bejelentett

### Az éves jelentés és adatforrásainak hozzáférhetősége az interneten

Az éves jelentés 22 nyelven tölthető le az EMCDDA weboldaláról. Az elektronikus változat tartalmazza az éves jelentésben idézett összes online forrás linkjét.

Az alábbi források csak az interneten érhetők el:

A 2010. évi statisztikai közlöny bemutatja a jelentésben található statisztikai elemzések alapjául szolgáló forrástáblázatok teljes sorozatát. Mindezt az alkalmazott módszerek részletesebb leírása és körülbelül 100 statisztikai ábra egészíti ki.

A Reitox fókuszpontok nemzeti jelentései részletesen bemutatják és elemzik a kábítószerhelyezetet az egyes országokban.

Az országos áttekintések magas színvonalú, grafikus összefoglalást adnak az egyes országok kábítószerhelyzetének legfontosabb jellemzőiről.

kiskereskedelmi ára a felhasználóknak felszámított árat tükrözi. Az ártendenciákat az országos szintű inflációnak megfelelően kiigazították. A tisztaságról, illetve az erősségről szóló jelentések a legtöbb ország esetében az összes lefoglalt kábítószerből vett mintán alapulnak, ezért a bejelentett adatokat általában nem lehet a kábítószerpiac egy konkrét szintjére vonatkoztatni. A tisztaságot vagy erősséget és a kiskereskedelmi áratok és az összes elemzés a bejelentett átlagon vagy a leggyakoribb értéken, illetve ezek hiányában a középértéken alapul. Előfordulhat, hogy az árra és a tisztaságra vonatkozó adatok egyes országokban korlátozottan hozzáférhetőek, és a megbízhatóságuk, illetve az összehasonlíthatóságuk is kétséges lehet.

Európában az EMCDDA gyűjti össze a kábítószer-lefoglalásokra, a tisztaságra és a kiskereskedelmi árakra vonatkozó országos adatokat. A kábítószeres kínálatáról szóló többi adat az UNODC információs rendszereiből és elemzéseiből származik, kiegészítve az Europoltól származó pluszinformációkkal. A kábítószer-prekurzorokról szóló információ az Európai Bizottságtól érkezik, amely adatokat gyűjt az ilyen anyagok lefoglalásairól az EU-ban, valamint az INCB-től, amely aktívan részt vesz a tiltott kábítószeres előállításához használt prekurzor vegyi anyagok eltérítésének megelőzésére irányuló nemzetközi kezdeményezésekben.

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

### **A kábítószer-használat előfordulása normálpopulációs vizsgálatokkal mérve**

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

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

A felmérések lebonyolítása költséges, ezért csak kevés európai ország gyűjti össze az információkat minden évben, viszont két–négy éves időközönként sok ország elvégzi az adatgyűjtést. Ebben a jelentésben a közölt adatok mindegyik ország esetében a rendelkezésre álló legfrissebb felmérésen alapulnak, amelyet a legtöbb esetben a 2005 és 2008 közötti időszakban készítettek. Az Egyesült Királyság előfordulási adatai eltérő megjelölés hiányában Angliára és Walesre vonatkoznak, noha Skóciáról és Észak-Írországról is vannak külön adatok.

A felmérési adatok bejelentésére használt három szabványos időmeghatározás közül az életprevalencia (az adott kábítószer használata az egyén életének bármely pontján) a legtagább. Ez a felnőttek körében nem tükrözi a kábítószer-használat jelenlegi helyzetét, viszont a használati minták és az incidencia megismeréséhez hasznos lehet. A felnőttek esetében az EMCDDA-nál

használt standard korcsoport a 15–64 éveseké (összes felnőtt) és a 15–34 éveseké (fiatal felnőttek). A következő országok használnak ettől eltérő felső vagy alsó korhatárt: Dánia (16), Németország (18), Magyarország (18), Málta (18), Svédország (16) és az Egyesült Királyság (16–59). A hangsúly az elmúlt év és az elmúlt hónap időszakán van (a kábítószer használata az elmúlt 12 hónap, illetve a felmérést megelőző 30 nap folyamán) (bővebb információkért lásd az EMCDDA weboldalát). A diákok esetében az életprevalencia és az éves prevalencia hasonló, mivel a tiltott kábítószerek használata 15 éves kor alatt ritka.

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

### **Kezelés iránti igény**

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

### **Beavatkozások**

A különféle beavatkozások Európán belüli hozzáférhetőségéről és biztosításáról szóló információk általában a nemzeti szakértők kérdőívek segítségével összegyűjtött, tájékozott megítélésén alapulnak. Egyes mutatók esetében azonban mennyiségi megfigyelési adatok is rendelkezésre állnak.

### **A kábítószer-törvények megsértése**

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





## Kommentár

# Régi tények, új veszélyek és gazdasági megszorítások: az európai drogpolitika jelene

### **Vigyáznunk kell, hogy ne fizessünk nagy árat a költségcsökkentő intézkedésekért**

Most, hogy Európa a gazdasági megszorítások időszakába lépett, és a fiatalok körében egyre nő a munkanélküliség, felmerül az a félelem, hogy ez esetleg együtt járhat a problémás kábítószer-fogyasztási formák elterjedésével. A boldogtalan, perifériára szorult emberek mindig fokozottan ki voltak téve a drogproblémák veszélyének és a bűnözés, illetve a közösségi biztonság megszűnése által okozott járulékos károknak. Európának most kettős veszéllyel kell szembenéznie: a megszorító intézkedések az ellátás csökkentéséhez vezethetnek, épp amikor egyre nagyobb szükség lehet a hatékony válaszokra. Az elmúlt évtized folyamán a kábítószer-problémák kezelésében fontos előrelépések történtek, még ha ezek eloszlása nem is egyenletes. Drámai mértékben megnőtt a kezelték száma, egyúttal jelentős előrelépést sikerült elérni a kábítószer-használat legártalmasabb egészségügyi következményei némelyikének kezelésében, amilyen például a HIV-fertőzés. Emellett vizsgálatok igazolták, hogy a beavatkozások költséghatékonyak lehetnek, mivel csökkentik a kapcsolódó egészségügyi, szociális és bűnözési problémákra fordított kiadásokat. Fennáll a veszély, hogy a mai gazdasági helyzet olyan politikai döntéseket válthat ki, amelyek következtében Európa az esetleges rövid távú megtakarításokat messze meghaladó hosszú távú költségeket halmoz fel.

### **Reflektorfényben: útmutatások, keretek és a kínálatcsökkentés értékeléséhez szükséges tényanyag javítása**

A 2009. december 1-jével hatályba lépett Lisszaboni Szerződés nagyobb hangsúlyt helyez arra a szerepre, amit az Európai Unió az irányutatók és indikátorok kialakításában, illetve a bevált gyakorlatok megosztásának támogatásában betölt a kábítószer-területén.

A gazdasági megszorítások idején különösen fontos gondoskodni arról, hogy a kiadásokat bizonyítottan hatékony beavatkozásokra fordítsák. A kábítószer-területén az európai hozzáállást az jellemzi, hogy a bizonyítékok előnyt élveznek az ideológiához képest.

Még mindig sok olyan terület van azonban, ahol a beruházásokat nem kellőképpen bizonyított hatékonyságú vagy rosszul értékelt módszerekre fordítják, miközben a bizonyítottan értékes módszerek nem mindig jutnak el a megvalósításig. Ez a prevenció területén állandó probléma, de nem korlátozódik erre az egy területre. A keresletcsökkentés számos területén léteznek jó programmodellek, és egyre jobban megismerjük, hogy mi az, ami valószínűleg hatékony intézkedésként alkalmazható. A nehézséget az ahhoz szükséges konszenzus megteremtése jelenti, hogy ezt a tudást be lehessen építeni egy sor olyan irányutatóba és keretbe, amelyek kellően sok dolgot előírnak ahhoz, hogy támogassák a szolgáltatások javítását, ugyanakkor érzékenyek az Európai Unió területén meglévő környezeti különbségekre.

A közegészségügy régóta hozzá van szokva ahhoz az elvhez, hogy a beavatkozások hatásosságát igazolni kell. Az uniós politikai vitában egyre gyakrabban merül fel, hogy ezt a szemléletet a kínálatcsökkentő tevékenységekre is ki kellene terjeszteni. A kínálatcsökkentésre fordított kiadások gyakran nehezen azonosíthatók a nemzeti költségvetésben, de a vizsgálatok arra utalnak, hogy jelentős összegről van szó, amely általában meghaladja a közegészségügyi válaszokra fordított kiadásokat. Az Európai Tanács közelmúltbeli tanácskozásai során arra a megállapításra jutott, hogy a kínálatcsökkentő tevékenységek értékelését gátolja a szabványos indikátorok és intézkedések hiánya. A kínálatcsökkentésre vonatkozó fő indikátorok meghatározása az EU jelenlegi kábítószer-ellenes cselekvési tervének egyik célkitűzése. Az Európai Bizottság és az EMCDDA 2009-ben közös kezdeményezést indított a probléma orvoslására, így a kínálatra vonatkozó fő indikátorok és a bevezetésükhöz szükséges mechanizmus várhatóan 2011-re kerül meghatározásra.

### **Politikai szempontok: az európai drogpolitikai modell előtt álló kihívások**

Mára szinte mindegyik uniós tagállam átvette azt a közös megközelítést, amelynek alapja egy konkrét célokat

tartalmazó, meghatározott időszakra vonatkozó nemzeti drogstratégia, rendszerint egy cselekvési tervvel kiegészítve. Ez egy ésszerű politikai modell, mivel lehetővé teszi az előrehaladás rendszeres ellenőrzését és a politika átfogalmazását, amennyiben valamilyen téren hiányosnak bizonyul. Ez a módszer ugyanakkor folyamatos feladatot is jelent, hiszen az új kábítószer-ellenes stratégiákat ki kell dolgozni, egyeztetni kell és el kell fogadni, gyakran úgy, hogy a régi stratégia értékelése még folyamatban van. Ezekre a nehézségekre az ideai jelentés hívja fel a figyelmet, amelyben most először az érvényes, hatályos nemzeti drogstratégiával rendelkező országok számának csökkenéséről számolunk be. Ez nagyrészt a 2008-ban vagy 2009-ben lejárt nemzeti stratégiai dokumentumok értékelésében és megújításában felmerülő gyakorlati kihívások következménye. Az EMCDDA a tagállamokkal együtt dolgozik a drogpolitikai fejlemények folyamatos felülvizsgálatát lehetővé tevő politikai értékelési eszközök kialakításán. A drogpolitikák értékelésének problémáját nem könnyű áthidalni, mindazonáltal sajnálatos lenne, ha a folyamatok és a tervezés hibái tönkretennék a drogproblémákra adott európai válaszok egyik fontos eredményét.

Mint a tavalyi éves jelentésben már szerepelt, az alkohol- és drogproblémák között szoros a kapcsolat. Ennek ellenére nem lehet közös hozzáállást megfigyelni a tekintetben, hogy az EU-tagállamokban egyesítenék a kábítószer- és alkoholelles politikát. Néhány országban megtartották a külön drog- és alkoholpolitikát, máshol összekapcsolják ezeket, helyenként pedig még nincs is kidolgozott alkoholstratégia. Erős érvek szólnak amellett, hogy érdemes törekedni a szinergiára a drog- és az alkoholpolitikák között, nem utolsósorban az a tény, hogy ezek gyakran ugyanazokat a populációkat és körülményeket veszik célba. A jelenlegi politikai modellek számára ugyancsak kihívást jelent a „legális hangulatjavítók” piacának növekedése, valamint a gyógyszerekkel való visszaélés, amint azt alább tárgyaljuk. Közegészségügyi szempontból ez arra hívja fel a figyelmet, hogy átfogóbb szemléletre van szükség, amely a tiltott és a legális anyagokra, sőt, esetleg más viselkedési addikciókra is kiterjed. A kihívás kétszeres: egyrészt mérlegelni kell, hogy mennyiben indokolt ez az átfogó szemlélet, másrészt hogy ezt az elképzelést hogyan lehet megfelelő szabályozási és ellenőrzési keretbe lefordítani.

### **A nemzeti kábítószer-törvények új fejleményei hasonlóságokat és különbségeket egyaránt mutatnak**

Még ahol általános is a konszenzus a politika megvalósításában, az EU-tagállamok között meglévő

különbségekre a kábítószer-bűncselekményekért járó büntetések terén láthatunk példát. Az EU legtöbb országában a jogrendszer figyelembe veszi az adott kábítószer típusát és „ártalmasságát”, és hogy a bűncselekmény kábítószer-piaci részvételhez vagy személyes használathoz, illetve személyes használati célú birtokláshoz kapcsolódik-e. Az ilyenfajta különbségtételek országonként igen eltérőek lehetnek. Van, ahol törvénybe iktatták őket, míg máshol a büntetőjogi rendszeren belül működő folyamatokból következnek. Nem egyértelmű, hogy a különböző szemléletmódok milyen előnyökkel járnak, vagy hogy mi minősül helyes gyakorlatnak, ami azt jelzi, hogy hasznos lenne egy összehasonlító elemzés ezen a területen. Az országok közötti összehasonlítással pillanatnyilag óvatosan kell bánni, mert a bűncselekmények közötti különbségeket ugyanannyira meghatározhatja az adott ország joggyakorlata, mint magának a bűncselekménynek a jellege. A másik kérdés az, hogy a kábítószer értékesítéséből és szállításából profitáló, illetve a drogokat fogyasztó személyek közötti politikai különbségtételt milyen mértékben ültetik át a gyakorlatba. A legfrissebb adatok alapján a kínálattal összefüggő bűncselekmények enyhén csökkenő tendenciát mutatnak, míg a használattal összefüggő bűncselekmények száma egyre emelkedik.

### **Gyógykezelés: egyre jobban hozzáférhető, nyilvánvaló egyenlőtlenségekkel**

A szerhasználati problémákkal küzdő személyek kezelése a kábítószerre adott európai válasz egyik központi pillére. Olyan terület ez, ahol az elérhető ellátás minősége és mennyisége egyaránt folyamatosan javul, illetve növekszik. Az EMCDDA becslései szerint az Európai Unióban kábítószer-problémák miatt évente több mint egymillió ember részesül valamilyenfajta kezelésben. A kezelés bővülése elsősorban a speciális járóbeteg-ellátás növekedésének köszönhető, amelyet alacsonyküszöbű szolgáltatások és megkereső tevékenységek is támogatnak. Fontos fejlemény, hogy néhány országban a drogfogyasztókkal foglalkozó szolgálatok a speciális ellátást az egészségügyi alapellátási szolgáltatások és a háziorvosok bevonásával ötvözik. A drogproblémák néhány típusát, különösen a makacsabb eseteket valószínűleg a specialisták tudják a legjobban kezelni. A speciális és az általános ellátás megfelelő arányú keveréke azonban fontos elem lehet a kezelés átfogó elérhetőségének javításában, különösen ha jól bejártott beutalási és támogatási csatornák is működnek.

Bár a kezelés szolgáltatási köre bővült, Európa egészét tekintve nyilvánvaló egyenlőtlenségeket lehet felfedezni a kezelésben. A legtöbb kelet-európai, illetve néhány



dél-európai országban a kezelés elérhetősége viszonylag korlátozott, amit a hosszú várólisták tükröznek. A kezelés elérhetőségének mértékét csak a kezelésre szoruló populáció relatív lefedtségéhez viszonyítva van értelme felmérni. Továbbra is nehéz teljes bizonyossággal nyilatkozni arról, hogy az elérhető kezelés mennyiben elégíti ki az igényeket, noha az opioidhelyettesítő kezelést tekintve történt némi előrehaladás. Az EMCDDA összességében úgy becsüli, hogy jelenleg nagyjából 670 000 európai lakos részesül opioidhelyettesítő kezelésben, akik a problémás opioidhasználók becsült számának körülbelül felét képviselik. Ez a szám országoként igen változatos lehet: a nemzeti becslések helyenként 10% alá, máshol viszont 50% fölé teszik az ellátásban részesülő problémás opioidhasználók arányát. Az ellátás elérhetőségében mutatkozó különbségeket az a megfigyelés is szemlélteti, hogy a helyettesítő kezeléseknek csak nagyjából 2%-a zajlik az Európai Unióhoz 2004 után csatlakozott 12 tagállamban.

A helyettesítő kezelés ártalomcsökkentő intézkedésnek is tekinthető. Emiatt a tű- és fecskendőcserével együtt széles körben ösztönzik mint az intravénás kábítószer-használóknak szóló átfogó HIV-megelőzési stratégia egyik fontos elemét. Mivel az injektlás elterjedtségét és a kábítószerrel összefüggő HIV-fertőzést tekintve összességében stabil vagy csökkenő tendenciákat lehet tapasztalni, úgy tűnik, az Európai Unió a világ sok más részéhez képest kedvező helyzetben van a kábítószerrel összefüggő HIV-átadás terén. Az EMCDDA 2010-ben tudományos monográfiát adott ki az ártalomcsökkentésről, amelyben bemutatta az ártalomcsökkentés koncepciójának általános érvényesítését, jelezve, hogy az európai drogpolitikának ma már a helyettesítő kezelés és a fecskendőcsere egyaránt elfogadott eleme.

A monográfia arra is felhívta a figyelmet, hogy javítani kell az egyéb ártalomcsökkentő beavatkozásokra vonatkozó tényanyagon, valamint hogy kevés a stimulánsok használata és a politoxikománia problémáival foglalkozó, gondosan kidolgozott ártalomcsökkentő modell, holott ezek a használati minták Európában egyre elterjedtebbé válnak. Megjegyezte továbbá, hogy az európai válaszokkal még mindig nem sikerült jelentősen befolyásolni a hepatitis C vírus terjedését az injekciós drogfogyasztók körében, illetve a kábítószer-túladagolások haláleseteket, és az ártalomcsökkentő módszereknek ezen a téren is fontos szerepe lehetne.

### **A kialakulóban lévő európai drogpolytémához igazodó ellátási modellek és válaszok kidolgozása**

A kábítószer-használat jelenlegi mintái a szolgáltatókat összetettebb, differenciáltabb válaszok kidolgozására

készítetik, amelyek jobban kapcsolódnak az általános egészségügyi és szociális ellátórendszerekhez.

A helyettesítő kezelés esetében ez az ellátásra szorulóknak öregező, krónikusabb csoportjában mutatkozik meg, amivel az ehhez a jelentéshez tartozó kiemelt témák egyike is foglalkozik. A nem opioidokhoz kapcsolódó problémák miatti kezelés és egyéb válaszok iránti igény szintén nő, mivel a kannabisz és a stimulánsok fogyasztói egyre nagyobb számban kerülnek kapcsolatba a szolgáltatásokkal. Külön kihívást jelentenek a politoxikománia összetett mintái, amelyekbe gyakran az alkohollal összefüggő problémák is beletartoznak. Ezek a területeken folyamatosan javulnak az ellátási modellek, bár a fejlődés és a legjobb gyakorlatok megosztása érdekében még bőven van min javítani. Miközben továbbra is kevés a valószínűsége annak, hogy a stimulánsok használói számára sikerül tisztán gyógyszeres terápiás lehetőséget találni, a terület iránti fokozott kutatói érdeklődés biztató eredményeket hozott, a pszichoszociális módszerek hozzájárulásának jobb megismerését is ideértve.

### **Kannabisz: fontosak a regionális különbségek**

A kannabisz változatlanul a legnépszerűbb tiltott kábítószer Európában, de a használata előfordulásában az egyes országok között nagy különbségeket lehet megfigyelni, amit jól illusztrál az a tény, hogy a bejelentett legmagasabb becslések több mint harmincszorosa a legalacsonyabbnak. A fogyasztási tendenciák összességében stabil vagy csökkenő használati szinteket mutatnak. Ezen a hosszú távú összképen belül azonban eltérő mintákat lehet megfigyelni. Különösen említésre méltó néhány kelet-európai ország, ahol a fogyasztási szintek még mindig emelkedni látszanak, és néhány esetben már megközelítik vagy akár meg is haladják a nyugat-európai prevalenciaszinteket.

Egyre alaposabban sikerül megismerni a kannabiszhasználat közegészségügyi kihatásait, középpontban a napi szintű, illetve a krónikus fogyasztási mintákról beszámoló szerhasználókkal. A kábítószer káros egészségügyi hatásait vizsgáló friss áttekintések több ilyen hatást is megneveztek, köztük a szorongást, a pánikreakciót és a pszichotikus tüneteket. Jelentős részben ezek az akut hatások felelnek a kábítószerrel összefüggő kórházi sürgősségi ellátásokért abban a néhány országban, ahol ezt nyomon követik.

A legfrissebb adatok alapján a legtöbb országban csökken azoknak az újonnan kezelésbe kerülő klienseknek a száma, akik a kannabiszt fő kábítószerként fogyasztják. Egyelőre nem világos, hogy milyen tényezők állnak

e változás hátterében, de érdemes megvizsgálni, mivel ez vagy azt jelenti, hogy csökkent az új kliensek fogadásához szükséges szolgáltatási kapacitás, vagy azt, hogy csökken a kannabisszal összefüggő kezelésre beutaltak száma.

Az európai lakosság kannabisz iránti étvágyát a kábítószerből lefoglalt évi 1 000 tonna körüli mennyiség tükrözi. Az adatok összességében azt jelzik, hogy a kannabisz – különféle formákban – az európai piacon inkább egyre jobban elérhető, nem kevésbé. Bár vannak arra utaló jelek, hogy a belföldön termesztett marihuána gyakoribb lett, az Európai Unióban lefoglalt marihuána mennyisége egy szinten maradt, miközben a hasislefoglalások nőttek. A mennyiséget tekintve a hasis és a marihuána lefoglalásai nagyságrendileg tíz az egyhez arányban viszonyulnak egymáshoz. A kannabisz különböző típusainak európai elérhetőségéről csak nagyon óvatosan lehet következtetéseket levonni, mivel a marihuánát a kiszemelt piachoz közelebb termesztik, ezért kisebb az esély az elfogására. A szervezett bűnözés belföldi kannabisztermelésben való részvételéről is egyre több jelentés érkezett, ami a nemzeti és európai szintű bűnüldöző szerveket új intézkedésekre készíti.

## A stimulánsok komplex európai piacának megismerése

Európában továbbra is a kokain a második leggyakrabban használt tiltott kábítószer, bár az előfordulásának szintjei és tendenciái országonként igen eltérően alakulnak. A kokainhasználat magas és tovább emelkedő szintjeit csak néhány, többnyire nyugat-európai országban figyelték meg, máshol változatlanul korlátozott mértékű a kábítószer fogyasztása. Nyitott kérdés, hogy ez a helyzet így marad-e, vagy a kokainhasználat idővel Európa más részein, konkrétan Kelet-Európában is elterjed. Aggodalomra adnak okot az arra utaló bizonyítékok, miszerint a kábítószert egyre gyakrabban szállítják át ezen a régióon, illetve a bizonyos helyszíneken megjelenő kokainhasználatról szóló szórványos jelentések.

A Kelet-Európán átvezető új útvonalak nemcsak a kokainkereskedelem szempontjából aggályosak. A kábítószer továbbra is jellemzően az Ibériai-félszigeten és a németalföldi országokon keresztül lép be Európába. Viszonylag új fejlemény azonban a másodlagos kivonással foglalkozó létesítmények leleplezése, ahol a kokain-hidrokloridot vagy a kokain bázist olyan hordozó anyagokból nyerik ki mint a méhviasz, műtrágya, ruházat, növények, műanyagok vagy folyadékok. Spanyolország

### Körkép – becslések az európai kábítószer-használatról

Az alábbi bemutatott becslések a felnőtt (15–64 éves) lakosságra vonatkoznak, és a rendelkezésre álló legfrissebb adatokon alapulnak (a felmérések 2004 és 2008 között készültek). A teljes adatsort és a módszertanra vonatkozó információkat lásd a jelentéshez tartozó statisztikai közlönyben.

#### Kannabisz

Életprevalencia: legalább 75,5 millió (az európai felnőttek 22,5%-a)

Elmúlt évi használat: kb. 23 millió európai felnőtt (6,8%), avagy a szert kipróbálók egyharmada

Elmúlt havi használat: körülbelül 12,5 millió európai lakos (3,7%)

Az elmúlt évi használat országok közötti különbségei: összességében a 0,4–15,2% tartományban

#### Kokain

Életprevalencia: kb. 14 millió (az európai felnőttek 4,1%-a)

Elmúlt évi használat: 4 millió európai felnőtt (1,3%), avagy a szert kipróbálók egyharmada

Elmúlt havi használat: kb. 2 millió (0,5%)

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

#### Ecstasy

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

Elmúlt évi használat: kb. 2,5 millió (0,8%), avagy a szert kipróbálók egynegyede

Az elmúlt évi használat országok közötti különbségei: összességében a 0,1–3,7% tartományban

#### Amfetaminok

Életprevalencia: kb. 12 millió (az európai felnőttek 3,7%-a)

Elmúlt évi használat: kb. 2 millió (0,6%), avagy a szert kipróbálók egyhatoda

Az elmúlt évi használat országok közötti különbségei: összességében a 0,0–1,7% tartományban

#### Opioidok

Problémás opioidhasználók: becslések szerint 1,2–1,5 millió európai lakos

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

Az összes drogfogyasztói kezelési igény több mint 50%-ában szerepeltek fő kábítószerként.

2008-ban körülbelül 670 000 opioidhasználó részesült helyettesítő kezelésben.

2008-ban harminc ilyen létesítményt jelentett be az Europolnak. Ez a fejlemény az innováció és a technológiai fejlettség magas szintjére utal az Európai Unióba kokaint importálók körében. A kokaint nagy értéke miatt más anyagokkal is felüthetik vagy keverhetik. A levamiszol (l-tetramizol) kokain-adalékanyagként való alkalmazásáról az Egyesült Államokban és Európában egyre több a bejelentés, aminek következtében az európai korai előrejelző rendszer 2009-ben figyelmeztetést adott ki. Ez a kábítószer további egészségügyi veszélyeket jelenthet a kokainfogyasztókra nézve.

Bár a drogfogyasztókat kezelő szolgáltatásokban Európában még mindig túlsúlyban vannak az opioidproblémákkal jelentkező kliensek, az újonnan kezelésbe lépők közül most már körülbelül egynegyed részt tesznek ki a kokainfogyasztók. Többségüket az országok egy kis csoportjából, mindenekelőtt Spanyolországból, Olaszországból és az Egyesült Királyságból jelentik, és két, jól elkülöníthető csoportba sorolhatók: a társadalmilag integrált férfiak csoportjába, akik szippantják a kábítószer, és a marginalizálódott drogfogyasztókéba, akik injektálják a kokaint, vagy más anyagok mellett crack kokaint használnak. További aggodalomra ad okot a kokainhasználattal összefüggő halálozás növekedése. Jelenleg évente körülbelül 1000, kokainnal összefüggő halálesetről érkezik bejelentés, és ezek száma figyelemre méltóan megnőtt Spanyolországban és az Egyesült Királyságban – két olyan országban, ahol a kábítószer használata régóta, magas szinten van jelen. Bár általában más drogok jelenlétét is kimutatják, ez a növekedés mindenképpen aggasztó, különösen ha figyelembe vesszük azt a fontos tény, miszerint a már meglévő szív-ér rendszeri problémákkal rendelkező szerhasználók halálában a kokain által betöltött szerepről a ténylegesnél kevesebbszer érkezik bejelentés.

Az amfetaminok használata Európában összességében változatlanul alacsonyabb szintű, mint a kokainhasználat, de sok országban továbbra is az amfetamin vagy a metamfetamin a leggyakrabban használt stimuláns kábítószer. Problémás amfetaminhasználatról főként az észak-európai országok számolnak be, míg a metamfetamin problémás használata még mindig túlnyomórészt a Cseh Köztársaságra és Szlovákiára korlátozódik. Ez azonban lassan megváltozhat, mivel metamfetamintermelést most már Litvániában és Lengyelországban is jelentettek, elsősorban a skandináv piacokat kiszolgáló termeléssel. Elképzelhető, hogy itt az amfetamin helyettesítőjeként értékesítik. A problémás amfetamin- és metamfetaminhasználattal az ehhez a jelentéshez tartozó kiemelt témák egyike foglalkozik.

## Opioidok és injekciós kábítószer-használat

Az Európai Unióban még ma is a heroinhasználat, különösen a kábítószer injektálása tehető felelőssé a kábítószer-használattal összefüggő megbetegedések és halálozások legnagyobb részéért. A problémás opioidhasználók száma óvatos becslések szerint Európában 1,35 millióra tehető, és a kezelésbe kerülők legnagyobb része még mindig az opioidokat nevezi meg elsődleges kábítószerként. A különféle forrásokból származó adatok 2003/2004 óta összességében stabil vagy növekvő opioidproblémát jeleznek az Európai Unióban. A heroinlefoglalások száma nőtt, de a mennyiségük nem, bár ezt a kábítószer növekvő törökországi lefoglalásainak kontextusában kell nézni. A prevalenciára vonatkozó becslésekből származó tendenciaadatok stabilnak tűnnek, az új kezelési igények száma sok országban lassú emelkedést mutat, a kábítószer okozta halálesetek száma nőtt, akárcsak a kábítószer-törvényeket megsértő cselekményeké az utóbbi két évre nézve. Ez bizonyos mértékig az opioidproblémák hosszú távú jellegét tükrözheti, mivel az addikció kialakulása után a szerhasználók jellemzően hosszú ideig függők maradnak. Így a populáció összesített létszámának fenntartásához még az új belépők viszonylag alacsony száma is elegendő. Az injekciós drogfogyasztók számát Európában 750 000 és 1 millió közé teszik, de a prevalencia jelentős országok közötti különbségeket mutat. Az adatminőségi kérdésekből következik, hogy ezzel a becsléssel nagyon óvatosan kell bánni. Az injekciós használat tendenciáit különösen nehéz felmérni, a kezelések megfigyeléséből származó adatok azonban arra utalnak, hogy a középtávú tendencia csökkenő, és az injektálók Európában most már kisebbségben vannak a kezelési szolgáltatásokba bekerülő új opioidhasználók között.

Az injektálás azonban sok kelet-európai országban továbbra is a leggyakoribb fogyasztási mód az opioidhasználóknál. Ehhez még hozzájárul a kábítószer-használat közegészségügyi következményeivel kapcsolatos komoly aggodalom az Európai Unióval szomszédos országok némelyikében. Úgy tűnik, hogy az Európai Unió keleti határán, Oroszországban és Ukrajnában a problémás opioidhasználat mértéke kétszer–négyeszer magasabb az uniós átlagnál. Az opioidhasználattal járó problémákba ebben a régióban a HIV-fertőzés és a kábítószer okozta halálesetek magas arányai is beletartoznak.

A tiltott kábítószer-használatához kapcsolódó, elkerülhető halálozások legfontosabb okát Európában a túladagolás jelenti, és a toxikológiai elemzés a legtöbb, kábítószer okozta halálesetnél kimutatja a heroin jelenlétét.

Ez ismételt felhívja a figyelmet az opioidok fontosságára a kábítószer-használat európai közegészségügyi hatásainak megismerése szempontjából. A kábítószer okozta halálesetek száma 2003 óta a legtöbb európai országban emelkedett, akárcsak az elhunytak életkora, ami a krónikus szerhasználók öregedő populációjára utal. Az ideiglenes adatok 2008-ban a kábítószer okozta bejelentett halálesetek enyhe növekedését jelzik: az EU tagállamaiban és Norvégiában 2008-ban 7371-re becsülték az esetek számát, szemben a 2007-es 7021 esettel. Ezek azonban valószínűleg konzervatív becslések. Ráadásul úgy becsülhető, hogy minden egyes halálos kimenetelű túladagolásra 20–25 nem halálos túladagolás jut, avagy az Európai Unióban évente körülbelül 150 000. Emellett most már az is elismerést nyert, hogy a nem halálos túladagolások komoly egészségügyi károkat okozhatnak, egyúttal jelzik a jövőbeni túladagolások fokozott veszélyét. Közegészségügyi szempontból a drogfogyasztókkal foglalkozó európai szolgálatok számára az egyik legfontosabb kihívás az, hogy hatékony intézkedéseket dolgozzanak ki a halálos és nem halálos kimenetelű túladagolások visszaszorítására. Ennek a kihívásnak pillanatnyilag nem felelnek meg.

### **„Legális hangulatjavítók”: állandó nehézség a kábítószerek megfigyelése és a válaszok szempontjából**

Az új pszichoaktív anyagok azonosítására és az ezekre adott megfelelő válaszokra irányuló kísérletek során lépést kell tartani ezzel a kifinomult, innovatív, gyorsan változó piaccal, amely aktívan keresi az új termékeket és marketingstratégiákat. Az európai korai előrejelző rendszer számára rekordév volt a 2009-es, amikor Európában először 24 új szintetikus drogot sikerült azonosítani. Ez a tendencia változatlan lendülettel folytatódott 2010-ben: július közepéig 15 új anyagot fedeztek fel, köztük szintetikus katinonokat, szintetikus kannabinoidokat, valamint új kokain- és amfetaminszerű szintetikus származékokat.

Az EMCDDA tudományos bizottsága 2010. júliusban hivatalos kockázatértékelést készített a mefedron nevű szintetikus katinonról. Erre az azzal kapcsolatos, egyre növekvő aggodalom adott okot, hogy ezt a kábítószert az olyan stimulánsok legális alternatívájaként forgalmazzák mint a kokain és az ecstasy. A kockázatértékelést az új pszichoaktív anyagok ellenőrzésére szolgáló európai gyorsított mechanizmus keretében végezték el. Ezen a területen azonban a fejlődés olyan ütemben zajlik, hogy néhány tagállam addigra már jogszabályt hozott a mefedron betiltásáról, sőt, már a mefedront árusító

weboldalak némelyike is bezárt – és esetenként hamar felváltották őket a helyettesítő anyagokat kínáló honlapok.

Továbbra is ébernek kell maradnunk, és képesnek kell lennünk arra, hogy gyorsan reagáljunk az új fejleményekre, például a pszichoaktív anyagoknak a „legális hangulatjavítókban” azonosított új kémiai csoportjaira. Ezt szemlélteti az aminoindánok (metiléndioxi-aminoindán, MDAI) és a szintetikus kokainszármazékok (mint például a fluorotropakokain) példája. Bár ezek még mindig ritkák, a mefedron elleni 2010-es fellépés után az ilyen anyagok leleplezése gyakoribbá vált, és a korai előrejelző rendszerbe megérkeztek az első jelentések a problémákat tapasztaló szerhasználókról. Az EMCDDA nyomon követi ezeknek az anyagoknak az elérhetőségét és lehetséges egészségügyi hatásait.

A mefedron példája arra hívja fel a figyelmet, hogy a tagállamokra hogyan gyakorolhat komoly nyomást a média és a nyilvánosság annak érdekében, hogy egy potenciális új veszélyre gyorsan reagáljanak. Az EMCDDA az Európával és az Európai Gyógyszerügynökséggel szoros együttműködésben arra törekedett, hogy a kellő időben megbízható, átgondolt információkkal szolgáljon. Ezen a gyorsan változó területen egyre nagyobb szükség van arra, hogy Európa jobban elébe tudjon menni a fejlemények ellenőrzésének, és különösen, hogy nagyobb kapacitása legyen az elérhető termékeverékek kémiai összetevőinek tesztelésére és azonosítására, valamint a potenciális közegészségügyi hatásaik felmérésére. Ebben problémát jelent a standard referenciaanyagok hiánya. Ami az ellenőrzési stratégiákat illeti, az, ahogyan ezeket a termékeket előállítják és forgalmazzák, erős érv mellett, hogy a hatékony intézkedés európai szintű fellépést tesz majd szükségessé a nemzeti kezdeményezések támogatására.

### **A szervezett bűnözés kezdi felismerni az új szintetikus anyagokban rejlő lehetőségeket**

A jogalkotást ezeknek az új anyagoknak az esetében sok tényező bonyolítja. Néhány tagállam általános jogszabályokat vezetett be, amelyek az azonos kémiai csoportba tartozó anyagokra vonatkoznak. Ez a jogi lehetőség csak néhány országban áll fenn, és olykor nehéz a gyakorlatba átültetni. További nehézségek származnak abból, hogy az ilyen anyagok némelyikének lehetnek törvényes, nem gyógyászati jellegű felhasználásai, illetve feltételezhetően legitim célokra árusíthatják vagy a gyógyszeriparban kutatási és fejlesztési célokra használhatják őket. Mindezek fényében még az alaposan átgondolt ellenőrző intézkedések sem feltétlenül oldanak meg minden problémát ezen

a területen, és fennáll a veszély, hogy akár lendületet is adnak annak a nem kívánt átmenetnek, hogy a „legális hangulatjavítók” túlnyomórészt az interneten működő piaca a szervezett bűnözés bevonásával működjen tovább. A katinon kábítószeresek – mint a mepredon, a metilón és az MDPV – kivétel nélkül megjelentek az illegális piacon, ahol a kokain, az ecstasy és az amfetamin helyettesítőjeként vagy önmagukban vett kábítószerként árusítják őket. Az Europol több olyan nagy ecstasy-előállító helyszín felszámolásáról szerzett tudomást, ahol mepredont tablettáztak, emellett 20-nál is több európai országból számoltak be e kábítószer jelenlétéről a lefoglalásokban. Nehéz előre jelezni, hogy az új szintetikus kábítószeresek milyen mértékben válnak a tiltott kábítószeres európai piacának meghatározó részévé. A bűnszervezetek azonban valószínűleg gyorsan felismerik, hogy milyen lehetőségeket rejtenek ezek az anyagok, amelyek nagy mennyiségben olcsón beszerezhetők, a jövőben viszonylag könnyen szintetizálhatók és az ellenőrzött kábítószeresekhez képest vonzó alternatívát kínálnak.

Nem új a gondolat, hogy egy ellenőrzött anyag felváltására másik kábítószer lehet „tervezni”. Korábban azonban a designer drogokat illegálisan állították elő és közvetlenül a tiltott piacon forgalmazták. Fontos különbség, hogy manapság újfajta kölcsönhatást láthatunk a tiltott és a legális piacok között, azáltal, hogy a vegyi anyagokat legális forrásokból szerzik be, de utána a tiltott pszichoaktív anyagok helyettesítőjeként árusítják.

### **Amire még számíthatunk: gyógyszerkészítmények, hamis kábítószeresek és új designer gyógyszerek**

Az Egyesült Államokban régóta jelen van a drogprobléma, így az itteni piac fejleményeiből időnként

Európára is érvényes következtetéseket lehet levonni. Az amerikai drogpolitika számára jelenleg nagy problémát jelent a vényköteles gyógyszerekkel – különösen az olyan opioidokkal, mint az OxyContin – való visszaélés. Európában a vényköteles gyógyszerekkel való visszaélést – az opioidhelyettesítő gyógyszerek kivételével – egyelőre nem tekintik komoly problémának. Ez részben a szabályozási keretnek és az Egyesült Államokban szokásostól eltérő felírási gyakorlatoknak köszönhető. A visszaélés lehetőségének kérdését az európai farmakovigilanciai rendszer keretében is mérlegelik, amely az Európai Gyógyszerügynökség keretében működik, és a visszaélésszerű szerhasználat kérdéseiben együttműködik az EMCDDA-val. Egyre nagyobb probléma a legális termékek helyett gyártott és árusított hamis gyógyszerek terjedése. 2009-ben a korai előrejelző rendszerhez olyan anyagokról érkeztek jelentések, amelyek ismert visszaélési potenciállal rendelkező gyógyszerek kémiai szerkezetének enyhe módosításain alapultak. Az új designer gyógyszerek megjelenése nem lenne örvendetes fejlemény, mivel még nehezebb lenne gondoskodni arról, hogy a vényköteles gyógyszereket ne térítsék el és ne éljenek vissza velük. Ez újabb példa arra, hogy az illegális piacon zajló innováció miatt teszi szükségessé a határozott, összehangolt választ a gyógyszer- és kábítószer-ellenőrzési szabályozási keretek részéről. Egyelőre még inkább potenciális fenyegetésről van szó, semmint azonnali problémáról, tekintettel azonban arra, hogy az új fejlemények milyen sebességgel jelentkeznek ezen a területen, fontos előre számítani a jövőbeni kihívásokra. Különösen aggasztó lenne az a felvetés, hogy a jövőben egyre nagyobb számban fognak megjelenni azok az új kábítószeresek, amelyek meglévő gyógyszerkészítményeken alapulnak, de nem terápiás célra szolgálnak.



## 1. fejezet

# Politikák és jogszabályok

### Bevezetés

A kábítószerügyi stratégiák és cselekvési tervek ellenőrzése és értékelése országos és nemzetközi szinten egyaránt fontos téma. Ez a fejezet az e téren történt friss fejleményekről számol be, köztük egy új megfigyelési rendszerről, amelynek kiépítését az ENSZ végzi, valamint az EU új kábítószer-ellenes cselekvési tervének végrehajtásában elért első eredményekről. Ugyanitt bemutatunk néhányat az EU-tagállamok többségében alkalmazott, komoly feladatot jelentő drogpolitikai értékelési és megújítási ciklusokkal kapcsolatos eredményekből és nehézségekből.

A fejezetben ezenkívül áttekintjük a kábítószeresek közötti különbségtételben használatos különféle európai jogi megközelítéseket. Ezek közé tartozik a különböző törvények, kábítószer-besorolási rendszerek használata és az ügyészi vagy bírói megítélés. A különbségtétel másik formája a mennyiségi küszöbök alkalmazása, amivel a személyes használatot különböztetik meg a kereskedelemtől. A kábítószerrel összefüggő közkiadásokra vonatkozó új adatok és tendenciák, illetve a kábítószerrel kapcsolatos európai kutatások friss fejleményei szintén helyet kapnak a fejezetben.

### Nemzetközi és uniós politikai fejlemények

#### Az ENSZ politikai nyilatkozatának és cselekvési tervének nyomon követése

Az ENSZ Kábítószerügyi Bizottságának (CND) 2009. évi ülésén az ENSZ-tagállamok új politikai nyilatkozatot és cselekvési tervet fogadtak el a világszintű kábítószer-probléma megoldására (EMCDDA, 2009a). Emellett egy határozatot (52/12) is elfogadtak az adatgyűjtés, bejelentés és elemzés javításáról, hogy nyomon lehessen követni az új drogpolitikai dokumentumok végrehajtását.

Tekintettel az előző tízéves politikai nyilatkozat és cselekvési tervek végső felülvizsgálatakor tapasztalt nehézségekre, a határozat az adatgyűjtési eszközök és mechanizmusok fejlesztésére szólított fel, hogy megbízható, összehasonlítható adatokkal szolgáljanak. A szempontok közül kimagaslóan fontos volt, hogy az ENSZ-tagállamokat jobb beszámolóra

ösztönözzék, valamint hogy el lehessen kerülni a felesleges kétszeres munkát a meglévő nemzetközi megfigyelési rendszerekkel, köztük a többi ENSZ-ügynökség, illetve az olyan regionális szervek rendszereivel, mint az EMCDDA.

Az ENSZ új adatgyűjtési eszköze az éves bejelentő kérdőívet (ARQ), az ENSZ kábítószer-ellenőrzési egyezményeihez kapcsolódó megfigyelési eszközt fogja ötvözni egy új, az újonnan elfogadott politikai nyilatkozathoz és cselekvési tervhez kapcsolódó

### A kábítószeresek kezelése a Lisszaboni Szerződés alapján

A 2009. december 1-jén hatályba lépett Lisszaboni Szerződés egyszerűsített munkamódszereket és szabályokat, valamint a kornak megfelelő, modern intézményeket kíván biztosítani az Európai Unió számára <sup>(1)</sup>. Emellett a drogpolitika számos területén javítja az Európai Unió fellépési képességét.

A tiltott kábítószeresek kereskedelmével a szabadságon, a biztonságon és a jog érvényesülésén alapuló térség (83. cikk) keretében foglalkozik, amely rendelkezik a bűncselekmények és büntetési tételek meghatározására vonatkozó minimumszabályok megállapításáról. A Szerződés lehetővé teszi egy Európai Ügyészség létrehozását, fenntartva azt a lehetőséget, hogy hatáskörét kiterjessze a több államra kiterjedő vonatkozású súlyos bűncselekményekre (86. cikk). Ez végső soron azt eredményezheti, hogy bizonyos kábítószer-kereskedelmi bűncselekmények ellen uniós szinten fognak eljárni.

A Lisszaboni Szerződés a népegészségüggyel is foglalkozik, és a korábbiakhoz hasonlóan feljogosítja az Európai Uniót, hogy kiegészítse a tagállamok fellépését a „kábitószer-fogyasztással kapcsolatos egészségkárosodás csökkentése érdekében, beleértve a felvilágosítást és a megelőzést is”. A népegészségüggyel szülő új cikk értelmében az Európai Bizottság a tagállamokkal szorosan együttműködve kezdeményezheti iránymutatásokat és mutatók megállapítását, a bevált gyakorlatok cseréjének megszervezését, valamint az időszakonkénti felülvizsgálat és kiértékelés szükséges elemeinek kialakítását. Ez a Bizottság és az EMCDDA e területen végzett munkáját erősíti.

(<sup>1</sup>) Bővebb információért lásd a Lisszaboni Szerződést az Európa weboldalon.

kérdéssorral. Az új kérdőívet a CND 2011-es ülészakán kell elfogadni, és nem sokkal később le kell bonyolítani az adatgyűjtés első fordulóját.

### **Az EU kábítószer-ellenes stratégiája és cselekvési terve**

Az EU új kábítószer-ellenes cselekvési tervének (2009–12) első éve az aktivitás jegyében telt. Az Európai Unió soros elnöként Csehország és Svédország egyaránt tanácsi következtetések elfogadásával támogatta a cselekvési terv végrehajtását: az elsőben a kábítószerpiacok, a kábítószerrel összefüggő bűncselekmények és a kínálatcsökkentés területére vonatkozó fő mutatók kidolgozására, a másodikban az általános megelőzés terén bevált gyakorlatok, útmutatások és minőségi előírások megosztására, a harmadikban pedig az Európai Unió tiltott kábítószerrel foglalkozó kutatási kapacitásának megerősítésére szólítottak fel.

Az Európai Bizottság jelentést adott ki a tiltott kábítószer-kereskedelem területén a bűncselekmények tényállási elemeire és a büntetésekre vonatkozó minimumszabályok megállapításáról szóló, 2004. október 25-i 2004/757/IB tanácsi kerethatározat végrehajtásáról. A Bizottság azt állapította meg, hogy bár a kerethatározat megtette az első lépést a kábítószer-kereskedelem elleni közös megközelítés kialakítása felé, a nemzeti jogszabályokban nem hozott jelentős közeledést<sup>(1)</sup>. A Bizottság ezenkívül egy munkadokumentumot is kiadott, amelyben bemutatta az Európai Unióban újonnan megjelenő tendenciák felderítésére, nyomon követésére és megválaszolására szolgáló, meglévő mechanizmusokat, és útmutatásokat javasolt a jövőbeni munkához<sup>(2)</sup>. Emellett egy új projektet is elindítottak a szintetikus kábítószer-igazságügyi szakértői profilmeghatározásával foglalkozó, az EU egészére kiterjedő rendszer bevezetésének támogatására<sup>(3)</sup>. A kábítószer-egyfajta „ujjlenyomatának” megalkotásával az igazságügyi szakértői profilmeghatározás elősegítheti a gyártók kinyomozását és a kábítószer-terjesztési csatornák feltérképezését. A Bizottság más tevékenységeiről a civil társadalommal való együttműködés és a kábítószerrel foglalkozó kutatás kapcsán e fejezet más részeiben lesz szó. Az EU jelenlegi kábítószer-ellenes cselekvési tervének (2009–12) megvalósításában elért előrehaladásról az első átfogó értékelés 2010 vége felé fog megjelenni.

### **A civil társadalom és a drogpolitika**

Az Európai Bizottság kábítószerrel foglalkozó civil társadalmi fóruma 2009. márciusban tartotta harmadik ülését. A napirenden szereplő két fő téma közül az egyik az európai kábítószerügyi fórum volt (lásd alább). A másik fő téma a fórum jövője volt, ahol a vita olyan gyakorlati kérdések köré épült, mint a résztvevők kiválasztása és az ülések megszervezése. Az ülésen a kábítószerrel foglalkozó civil társadalmi fórum jövőbeni szerepét is mérlegelték, hogy megmaradjon-e az informális eszmecsere helyszínének, vagy legyen a Bizottság egyik hivatalos tanácsadó testülete.

Az Európai Bizottság európai kábítószerügyi fórumának szintén a civil társadalom bevonása és mozgósítása a célja. A projekt arra kéri a hatóságokat, intézményeket, egyesületeket, nem kormányzati szervezeteket, vállalatokat és magánszemélyeket, hogy a kábítószerügy területén konkrét feladatok elvégzésére kötelezzék el magukat. A projekt ezáltal a civil társadalom számára platformot kíván biztosítani, hogy javítsa a kábítószerrel és a kábítószer-használattal járó kockázatokkal kapcsolatos tájékozottságot, továbbá ösztönözze a párbeszédet és a legjobb gyakorlatok megosztását. 2010. március elejéig mintegy 640 jelentkező jegyeztette be kötelezettségvállalását.

A civil társadalom mozgósításának az EU következő kábítószerügyi stratégiájában is a fő elvek között kell szerepelnie<sup>(4)</sup>. Ezt az Európai Tanács által elfogadott stockholmi program mondta ki. A program a szabadságon, a biztonságon és a jog érvényesülésén alapuló térség számára a 2010–14 közötti időszakra keretet biztosít az uniós fellépéshez az állampolgárság, a jog érvényesülése, a biztonság, a menekültügy és a bevándorlás kérdéseiben.

### **Nemzeti kábítószer-ellenes stratégiák**

#### **Új fejlemények**

A kábítószer-ellenes stratégiák és cselekvési tervek most már a nemzeti drogpolitika alapvető eszközeinek számítanak Európában. Az EMCDDA által figyelt 30 ország közül szinte mindegyikben elfogadtak már ilyen politikai dokumentumot, amelyet rendszeres időközönként megújítanak. 2009-ben hét európai ország (lásd az 1. táblázatot) fogadott el új kábítószer-ellenes stratégiát vagy cselekvési tervet, további 12 ország pedig 2010 elején készített új nemzeti drogpolitikai dokumentumokat<sup>(5)</sup>.

<sup>(1)</sup> Európa sajtóközlemény: MEMO/09/548.

<sup>(2)</sup> SEC(2009) 1090 végleges.

<sup>(3)</sup> 13405/09 CORDROGUE 63.

<sup>(4)</sup> A másik 2 fő elv a harmadik országokkal való együttműködés javítása és a kutatás és a tájékoztatás javítása volt.

<sup>(5)</sup> Csehország, Észtország, Hollandia, Lengyelország, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Olaszország, Portugália, Románia, Szlovénia, Törökország.



## A drogpolitikai dokumentumok megújításának nehézségei

A közelmúltban több ország is késésről számolt be a nemzeti drogpolitikai dokumentumaik megújításában <sup>(6)</sup>. A 2008. decemberben lejárt drogstratégiával vagy cselekvési tervvel rendelkező országok közül ötben az új dokumentumok még 1 évvel később is elfogadásra vártak (Lettország, Litvánia, Olaszország, Portugália, Románia). Hozzájuk hasonlóan a 2009-ben lejárt dokumentumokkal rendelkező országok egy része sem gondoskodott a megújításról még abban az évben. Ennek következtében az 1990-es évek közepe óta most először csökkent azoknak az európai országoknak a száma, amelyeknek van érvényes nemzeti drogstratégiájuk vagy cselekvési tervük.

A drogpolitikai dokumentumok megújítása több lépésből álló, összetett folyamat. Mindenekelőtt el kell végezni a meglévő vagy frissen lejárt stratégia vagy cselekvési terv végső értékelését <sup>(7)</sup>. Az új politika kialakításának szakaszában konzultálnak az érintettekkel, sőt, esetenként a nyilvánossággal is. Mivel a drogstratégiák és cselekvési tervek a különféle kormányzati osztályok szerepét hangolják össze, megírásuk folyamán rendszerint tervezetek hosszú sorát kell benyújtani a különböző minisztériumokhoz. A drogpolitikai dokumentumokat végül a kormánynak vagy a parlamentnek kell jóváhagynia. A friss jelentésekből az derül ki, hogy az egész folyamat lebonyolítása hat hónaptól két évig tarthat. Ezzel szemben a nemzeti drogpolitikai dokumentumok általában négy-

nyolc éves időszakra szólnak. Ebből következik, hogy amennyiben időben el akarnak készülni, a megújítási folyamatot olykor már a félidő után nem sokkal el kellene kezdeni, vagy legalábbis jó néhány hónappal a meglévő politikai dokumentumok lejárta előtt. A végső értékelést azonban addig nem lehet elvégezni, amíg a stratégia vagy cselekvési terv be nem fejeződik, és ez akár még későbbre is tolódhat, ha a hatását epidemiológiai és más adatok fényében kívánják értékelni.

Az Európai Unió számos európai országgal együtt a közelmúltban szembesült azzal a problémával, hogy a meglévő drogpolitikai dokumentum végső értékelését és a helyébe lépő dokumentum elkészítését szinte egyszerre kell elvégezniük. Mivel ez a helyzet valószínűleg az elkövetkező években ismét elő fog állni, született néhány javaslat arra, hogy a jövőben hogyan kellene másképp kezelni. Az egyik javaslat az volt, hogy a két egymást követő terv vagy stratégia közé iktassanak be 1 átmeneti évet, amely az értékelésre és a politika megújítására szolgál.

## Kapcsolat a kábítószerrel és az alkohollal foglalkozó stratégiák között

Az európai kábítószer-használók körében elterjedt jelenség a többféle szer egyidejű használata – a politoxikománia –, amelynek szinte mindegyik mintájában benne szerepel az alkohol is (EMCDDA, 2009d). A megelőzés, kezelés, ártalomcsökkentés és a társadalmi reintegráció területén dolgozó szakemberek jól ismerik a kábítószer- és

1. táblázat: 2009-ben elfogadott drogpolitikai dokumentumok

Ország	Dokumentum megnevezése	Időtartam	Tárgykör	Megjegyzések
Bulgária	Nemzeti stratégia a kábítószerrel szembeni küzdelemhez	2009-13	Tiltott kábítószerrel	Tartozik hozzá egy cselekvési terv (2009-13)
Írország	Nemzeti drogstratégia – átmeneti	2009-16	Tiltott kábítószerrel	A visszaélés-szerű szerhasználatról szóló, az alkoholra is kiterjedő stratégia fogja felváltani
Spanyolország	Nemzeti drogstratégia	2009-16	Tiltott kábítószerrel, alkohol és dohány	Tartozik hozzá egy cselekvési terv (2009-12)
Ciprus	Nemzeti stratégia a kábítószerrel szemben	2009-12	Tiltott kábítószerrel	
Magyarország	Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására	2010-18	Tiltott kábítószerrel	Cselekvési tervekkel fogják kiegészíteni
Szlovákia	Nemzeti droggellenes stratégia	2009-18	Tiltott kábítószerrel	Cselekvési tervekkel fogják kiegészíteni
Horvátország	Cselekvési terv a kábítószerrel való visszaélés leküzdéséről	2009-12	Tiltott kábítószerrel	Második cselekvési terv a 2006-12-es nemzeti stratégia keretében

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

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

<sup>(7)</sup> Ld. „A nemzeti drogstratégiák és cselekvési tervek értékelése” című keretes írást.

alkoholproblémák közötti átfedést, ezért olyan gyakorlati megoldásokra törekszenek, amelyekkel a két kérdést egyidejűleg lehet kezelni. Úgy tűnik azonban, hogy szakpolitikai szinten bonyolultabb a helyzet (Muscat, 2008).

A kábítószer- és alkoholelleses stratégiák európai szintű áttekintése alapján az egyes országok helyzete különböző lehet: van, ahol egyáltalán nincs nemzeti stratégia, máshol a tiltott kábítószerre van, de az alkoholra nincs, helyenként külön stratégia foglalkozik a kábítószerrel és az alkohollal, máshol egymáshoz kapcsolódó stratégiák vannak, vagy esetleg 1 dokumentum tárgyalja a tiltott kábítószerrel és az alkohollal is. Az sem figyelhető meg, hogy a felsoroltak közül valamelyik modell jellemzőbb lenne a többinél. Miközben most már láthatólag sok országban foglalkoznak az alkoholelleses stratégia elfogadásával (Európai Bizottság, 2009b) a meglévő drogstratégia mellett, más országokban inkább a drogpolitikai dokumentum hatályát terjesztik ki; példa erre Írország, ahol az a döntés született, hogy az alkohollal is felveszik a szerekekkel való visszaélésről szóló új stratégiába.

A közös európai minta vagy tendencia hiánya jól mutatja, hogy a kormányoknak milyen sok kérdést kell mérlegelniük a szerhasználatra vonatkozó stratégiák összeállításakor. A külön stratégiák megtartását többek között az indokolja, hogy foglalkozni kell a kifejezetten az alkohollal összefüggő problémákkal, amelyek gyakran más nagyságrendűek, mint a tiltott kábítószerrel által okozottak, de az ok lehet egyszerűen a legális és tiltott szerek közötti jogi különbségtétel elismerése is. A másik oldalon viszont a tiltott kábítószerrel használói körében előforduló alkoholfogyasztás jelentősége, illetve az egyes szerek helyett az életmóddal és magatartással foglalkozó közegészségügyi megközelítés alkalmazásának szükségessége a kombinált stratégia mellett szól. Ezek az ellentmondásos kérdések néhány országban pragmatikus megoldásokhoz vezettek, például a különálló kábítószer- és alkoholelleses stratégiát egy átfogó közegészségügyi stratégia révén kapcsolták össze, vagy létrehoztak egy országos kábítószer- és alkoholelleses koordináló szervet (pl. Portugáliában). A jövőben ezen a területen azt kell megvizsgálni, hogy a kábítószer- és alkoholelleses stratégiák összekapcsolásának különböző európai modelljei milyen értékekkel bírnak.

## Közkidadások és társadalmi költségek

A kábítószer-jelenség összes aspektusára fordított közkidadásokat Európában 2005-ben 34 milliárd euróra becsülték (EMCDDA, 2008d). Ebbe beletartoznak az

úgynevezett „címkézett” kiadások, amelyeket a kormány a kábítószerrel összefüggő feladatokra tervez be, és a költségvetésben ilyen kiadásként jelöl meg. A címkézett kiadások visszanyomozhatók a hivatalos elszámolási dokumentumokban. A kábítószerrel összefüggő közkidadások nagyobb része azonban „nem címkézett” – azaz a nemzeti költségvetésben nincs ilyen kiadásként megjelölve. A „nem címkézett” kiadásokat költségmodellezési módszerrel kell megbecsülni.

## A nemzeti drogstratégiák és cselekvési tervek értékelése

Az európai országokban most már bevett gyakorlattá vált, hogy nemzeti kábítószer-ellenes stratégiájukról vagy cselekvési tervükről záró felülvizsgálatot vagy értékelést készítenek. Ennek célja általában az, hogy a következő stratégia vagy cselekvési terv fejlesztése érdekében felmérjék a megvalósításban elért szintet, valamint a kábítószerhelyzet egészében történt változásokat.

Néhány országban a politikai dokumentum logikájának, relevanciájának és belső következetességének felmérése is az előzetes értékelési lépések közé tartozik. A tartalom elemzése, amihez időnként problémafát vagy logikai kereteket is készítenek, arra szolgál, hogy tisztázza a politika alapját képező elméletet, de a célok, intézkedések és szükségletek közötti következtetlenségeket is fel kell derítenie.

A politikai dokumentumokban előirányzott intézkedések végrehajtását különböző módszerekkel értékelik. Néhány országban a végrehajtásért felelős intézmények rutinszerűen közlik az adatokat. Máshol a szolgáltatásokat vagy a regionális hatóságokat kérik fel arra, hogy töltsenek ki kérdőívet a végrehajtás mértékéről, illetve esetenként a tapasztalt nehézségekről is.

A legtöbb értékelő elismeri, hogy nehéz megállapítani, milyen hatást gyakorol a kábítószer-ellenes stratégia a kábítószer-problémára. Mindazonáltal a szakpolitikai elemek és a kábítószerhelyzetben megfigyelt változások összekapcsolására irányuló próbálkozásokkal együtt általában készül egy epidemiológiai mutatókon és más egészségügyi vagy bűnüldözési adatokon alapuló áttekintés a kábítószerhelyzetről. Az elemzés sajnos ritkán tartalmaz európai összehasonlítást, ami oda vezetett, hogy néhány ország a kannabiszhasználat csökkenését a nemzeti drogpolitikája tartalmának tulajdonította, miközben az adatok szélesebb körű nemzetközi tendenciáról tanúskodnak.

Az adatok értelmezése az értékelés egyik legfontosabb lépése. Néhány országban ez a nemzeti drogkoordinációs szerv kizárólagos felelőssége, máshol külső értékelőket, szakbizottságokat vagy szakértői csoportokat bíznak meg az adatok számbavételével, az eredmények értékelésével és a következő stratégiára vagy cselekvési tervre vonatkozó ajánlások megfogalmazásával.

Csak a címkézett kiadásokról állnak rendelkezésre különböző évekre vonatkozó adatok. 2008-ban 22 EU-tagállam összesen 4,2 milliárd eurónyi, a kábítószer-problémára fordított címkézett kiadást jelentett be. Abban a 16 országban, ahonnan 2005-ben és 2008-ban is bejelentették a kiadásokat, a teljes címkézett közkiadások 2,10 milliárdról 2,25 milliárd euróra emelkedtek. A bruttó hazai termék arányában nézve a teljes címkézett kiadás 9 országban csökkent, 6 országban nőtt, 1 országban pedig nem változott <sup>(8)</sup>.

A kábítószerrel összefüggő közkiadások a kormányzati funkciók osztályozási rendszere (COFOG) szerint csoportosíthatók. A hét bejelentő ország által osztályozott teljes címkézett kiadások (1,82 milliárd euró) legnagyobb része két kormányzati funkció alá tartozott: az egészségügy (60%) és a közrend és közbiztonság (34%) (azaz a rendőri szolgálatok, bíróságok, börtönök) kategóriájába. Az arányok ilyen eltolódását az magyarázhatja, hogy a közrendre és közbiztonságra szánt kiadások jellemzően tágabb, általánosabb bűnözésselens programokba ágyazódnak be (nem címkézett kiadások) (EMCDDA, 2008d).

### A kábítószer-használat társadalmi költségei

A kábítószer-használat társadalmi költségeinek meghatározásával azt az összeget kapjuk meg, amelyet a kábítószer-használat eltörlésével meg lehetett volna takarítani, egyúttal képet kapunk a költség különböző összetevőiről és az egyes társadalmi ágak hozzájárulásának nagyságáról. Ez az információ segíthet a finanszírozási prioritások meghatározásában. A közkiadások a társadalmi költségek törtrészét jelentik, és csak az általános kormányzati nézőpontból jelennek meg közvetlen költségek formájában. A társadalmi költségekbe beletartoznak a közvetett költségek (pl. a megbetegedések és halálozások miatt kieső termelékenység) és a magánszektorba tartozó érintettek költségei is (pl. a magán-egészségügyiellátás).

A társadalmi költségek vizsgálata időigényes és drága, emiatt Európában csak elvétve van információ a kábítószer-használat társadalmi költségeiről. A kábítószeres társadalmi költségeiről Finnország és az Egyesült Királyság (Skócia) esetében készültek friss becslések. A tiltott kábítószeres használatával és a visszaélészerű gyógyszerhasználattal összefüggő közvetlen költségeket Finnországban 2007-ben 200 és 300 millió euró közötti összegre becsülték. A közvetett költségek ugyanebben az évben a becslések szerint 500 millió és 1 100 millió euró között voltak. A legnagyobb részt, az összes közvetlen költség közel

egyharmadát a szociális jóléti kiadások jelentették, ezután következett a közrend és a közbiztonság fenntartása, amely körülbelül egynegyed részt tett ki. A közvetett költségek legnagyobb részét az idő előtti elhalálozás miatt elveszített emberi életek értéke jelentette.

Skóciában a kábítószerrel való visszaélés gazdasági és társadalmi költségeire vonatkozó legfrissebb becslés 2006-ban 5,1 milliárd euró volt. E költségek felét a „tágabb értelemben vett társadalmi költségeknek” tulajdonították, ideértve a problémás kábítószer-használók által elkövetett bűncselekmények áldozatainak költségét, illetve a kábítószer-használat következtében elhunyt kábítószer-használók családja által elszenvedett érzelmi megterhelést. A teljes társadalmi és gazdasági költségek 96%-át a problémás kábítószer-használatnak, 4%-át a rekreációs kábítószer-használatnak tulajdonították.

### Nemzeti jogszabályok

A legtöbb európai ország a jogszabályi kereteken belül különbséget tett a kábítószeresek között, illetve megvizsgálta a különbségtétel lehetőségét. A frissebb példák közé tartozik a cseh büntető törvénykönyv, amelyben a személyes használatra való birtoklás bűncselekménye a kannabisz vagy annak hatóanyaga, a THC esetében alacsonyabb maximálisan kiszabható büntetést von maga után, mint más anyagok esetében. Észtországban 2009-ben vitattak meg egy hasonló megoldást, de az igazságügyi minisztérium által megkérdezett 13 szakértő közül 10 ellenezte a bűncselekmények szerek alapján történő differenciálását, ezért úgy határoztak, hogy nem módosítják a törvényt. Hollandiában a kormány elfogadta a drogpolitikai tanácsadó bizottság az irányú ajánlását, hogy gondolják újra a jegyzékek számát.

Az Európai Unióban működő törvényhozói testületek a különbségtétel és az ellenőrző intézkedések széles skáláját alkalmazzák, attól függően, hogy az adott szert kereskedelmi, ipari vagy gyógyászati tulajdonságai miatt milyen mértékben szánják legális forgalmazásra és értékesítésre. A lehetőségek első csoportjába tartoznak a kábítószer-törvényeken kívüli ellenőrzések, amelyek három kategóriába csoportosíthatók: korlátlan értékesítés, korlátozott értékesítés orvosi felügyelet nélkül, illetve orvosi felügyelet melletti korlátozott értékesítés. Az első kategóriában a fogyasztóvédelmi törvényt hívták segítségül bizonyos áruk értékesítésének ellenőrzésére; ilyenek például a „smart shopokban” forgalmazott, vitathatóan pszichoaktív anyagok vagy az új, még nem ellenőrzött anyagok. A második kategória az olyan korlátozásokat jelenti, mint például a vásárlókra, illetve néha a felhasználókra vonatkozó korlát, vagy az

<sup>(8)</sup> Ld. a PPP-10 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

értékesítési egységek engedélyeztetése. Ezt a fajta ellenőrzést alkalmazzák az alkohol és a dohányárúk forgalmazásában, de idetartozhat például a kannabisz árusítása a hollandiai „coffee shopokban” és bizonyos illékony anyagok árusítása például az Egyesült Királyságban. A harmadik kategóriába a gyógyszerári értékesítést, köztük a recept nélkül kapható köhögéscsillapítók és megfázás kezelésére használt szerek, valamint a receptköteles gyógyszerek forgalmazását szabályozó törvények tartoznak. Csehország és az Egyesült Királyság az elmúlt pár évben vezetett be korlátozásokat a pszeudoefedrint tartalmazó köhögéscsillapítók árusítására, mivel ezeket az amfetaminok tiltott előállítására céljából vásárolják. A gyógyszerekről szóló törvényt Ausztriában is sikerrel alkalmazták a „Spice” termékek értékesítésének korlátozására, anélkül hogy a felhasználókat kriminalizálnák (EMCDDA, 2009a).

A kábítószer-törvények egy másik fajta lehetőséget is kínálnak az anyagok megkülönböztetésére. Ezt a lehetőséget az anyagok közötti különbségtételekből felépülő piramis alakzattal lehet szemléltetni (Ballotta és mások, 2008). A piramis alapjánál található a törvény szerinti besorolást alkalmazó megkülönböztetések rendszere. A kábítószer-bűncselekményekért kiszabott büntetés hivatalosan az érintett anyag besorolásától vagy ártalmasságától függően változik, ezt pedig a törvényben szereplő vagy közvetlenül hozzá kapcsolódó jegyzékekben határozzák meg. Bulgáriában, Cipruson, Hollandiában, Portugáliában, Romániában és az Egyesült Királyságban például a törvény arra utasítja vagy kéri a vádat képviselő hatóságokat, hogy minden bűncselekmény esetében tegyenek különbséget a kábítószer-típusai között; Spanyolországban, Lettországon és Máltán viszont a büntetés csak a kábítószer-kereskedelem vádja esetén változó. A piramis második szintjén a kábítószer-típusokat ugyanígy lehet csoportosítani, de a törvény – alacsonyabb büntetési tétel formájában – egyedi kivételeket ír elő a személyes használatra szánt, kis mennyiségű kannabisz birtoklásáért, amennyiben nincsenek súlyosbító tényezők; ez érvényesül Belgiumban, Csehországban, Írországban és Luxemburgban. A harmadik szinten ügyészi útmutatás vagy bírósági precedens alapján tesznek különbséget. Dániában például egy államügyészi irányelv azt javasolja, hogy különböző kábítószer-típusok birtoklásáért kérjenek különböző bírságot; Németországban pedig egy alkotmánybírósági határozat a túlzott büntetés alkotmányos tilalmára hivatkozva enyhébb intézkedésekre szólít fel a személyes használatra szánt kannabisz birtoklásának kihágásáért.

## Gazdasági recesszió és kábítószer-problémák

Az Európai Bizottság (2009a) becslései szerint a jelenlegi gazdasági visszaesés az 1930-as recesszióhoz mérhető. Az EU tagállamainak bruttó hazai terméke 2009-ben 4,0%-kal esett vissza, sokkal többel, mint a korábbi válságok idején. Az uniós munkaerőpiacok drámai mértékben meggyengültek, a munkanélküliség egyharmadával megemelkedett (a 2008-as 6,7%-ról), és a jóslatok szerint 2010-ben eléri a 11%-ot. A foglalkoztatás jelentős mértékben visszaesett: a 2006–08 között létrejött 9,5 millió munkahelyhez képest 2009–10-ben várhatóan 8,5 millió szűnik meg.

A gazdasági recesszió következményeit a kábítószer-használat és a kábítószerrel összefüggő problémák szempontjából az International Society for the Study of Drug Policy (a drogpolitikával foglalkozó nemzetközi társaság – ISSDP) 2010-es konferenciáján vizsgálták. Itt többek között az az általános megállapítás született, hogy a lehetséges hatásmechanizmusok széles körével kell számolni. Elképzelhető például, hogy több munkanélküli tizenéves kezd el drogot árulni, és ezáltal kortársaik körében növekszik a kannabisz hozzáférhetősége és használata. A fiatal felnőttek közül néhányan a stresszel és a gazdasági nehézségekkel való megbirkózásra is használhatják a kábítószer-típusokat, bár a jövedelemcsökkenés másokat éppen a drogiadási lefáradására készíthet. A kábítószerrel összefüggő, meglévő problémák is érintve lehetnek, vagy közvetlenül – mivel a szegényebb drogfogyasztók hatékonyabb és kockázatosabb fogyasztási módokat keresnek –, vagy közvetve, a közkiadások visszafogása miatt a szolgáltatásokban bekövetkező csökkenés révén.

A jelenlegi recesszió hatásainak teljes körű felmérése időbe fog telni, mégpedig a fent leírt mechanizmusok sokfélesége miatt, illetve azért, mert a hatások évek alatt bontakoznak ki. Most azonban azoknak a kormányoknak, amelyek a kábítószer-területen költségvetési megszorításokat fontolgatnak, figyelembe kell venniük a meglévő intézkedések költséghatékonyágát.

A megkülönböztetések piramisának csúcsát az ügyészi vagy bírói mérlegelés képezi a törvény végrehajtása során. Itt többek között a szer jellegét mérlegelik, amikor úgy döntenek, hogy a vétke ellen nem emelnek vádat, vagy alacsonyabb büntetést szabnak ki. Bár adatok csak korlátozottan álltak rendelkezésre, az EMCDDA (2009e) úgy találta, hogy az ítéletek között még olyankor is lehet különbség, ha a kábítószer-típusok egyforma törvényi megítélés alá esnek. Csehországban, ahol a törvény minden kábítószer-típusot egyformán sorol be, a heroinnal kapcsolatos bűncselekmények esetében az ítéletek 44%-a szólt szabadságvesztésről, míg a pervitinnél (metamfetamin) 39%, a kannabisznál pedig 11% volt ez az arány. Az Egyesült Királyságban az azonnal őrizetbe vettek számára birtoklás jellegű bűncselekményért kiszabott

átlagos büntetés kokainnál 5 hónap, ecstasynál 7 hónap, heroinnál 10 hónap volt. A kereskedelemnek minősülő bűncselekményekért (a behozatali és kiviteli bűncselekmények kivételével) kiszabott átlagos büntetés 29 hónap volt az ecstasy esetében és 37 hónap kokain vagy heroin kereskedelme esetén. Mindeközben ez a három anyag azonos osztályba tartozik. Ez arra utal, hogy a bírói testületek a jogszabályban jelzetten túl is érzékelnek különbségeket a különféle kábítószeres ártalmasságának vagy súlyosságának mértékében.

A bűncselekményeket behatároló küszöbmennyiségek – ahogy például a személyes használatra való birtoklás esetében látható – még egy különbségtételi lehetőséget hoznak be a piramis minden szintjén. Az EMCDDA küszöbmennyiségekről készült friss áttekintése jelentős különbségeket tapasztalt a jogalapot és az anyagok mennyiségeit tekintve. Az ilyen küszöbértékek megállapítása történhet törvényben vagy kormány-, illetve miniszteri rendelet útján (pl. Csehország, Görögország, Olaszország, Ciprus, Litvánia, Magyarország, Ausztria), ügyészi útmutatásokban (Dánia, Hollandia, Finnország, Norvégia) vagy mindkét formában (Belgium, Portugália), sőt, ítélezési útmutatásokban is (Finnország). A hasonló bűncselekményekre vonatkozó küszöbértékek országonként különbözhetnek; hasis birtoklásáért például Litvániában bármilyen mennyiség esetén büntetőper lehet indítani, míg több német tartományban 6 gramm az alsó határ. A küszöbértékek a kábítószeres közönség közötti kapcsolatokat tekintve sem következetesek: a kannabiszra vonatkozó, súlyban meghatározott küszöbérték a heroinéval legalább háromszorosa (Ciprus), de akár a tízszerese lehet (Hollandia). A kokainra vonatkozó súlyküszöb megegyezhet a heroinéval (pl. Dánia), vagy akár tízszer több is lehet (pl. Lettország).

Összességében úgy tűnik, hogy a kábítószeres közönség közötti különbségtétel az uniós tagállamokban nem kizárólag a kábítószer-törvények szerinti hivatalos besorolás kérdése. A kábítószeres ellenőrzésére használt törvény típusából, az ügyészi útmutatásokból és bírói precedensektől, a rögzített relatív mennyiségi küszöbértékekből és a törvényi végrehajtó bírói testület hozzáállásából egyaránt eredhet.

## Kábítószerrel kapcsolatos kutatások

### Az uniós kutatási kapacitás megerősítése

Az utóbbi években Európában rendszeresen téma volt a kutatási kapacitás megerősítése a kábítószeres területén. Az Európai Bizottság 2008-ban „Az Európai Unióban zajló, tiltott kábítószerrel foglalkozó kutatások

összehasonlító elemzése”<sup>(9)</sup> címmel finanszírozott egy vizsgálatot, 2009. szeptemberben pedig konferenciát szervezett, hogy megvitassák a kábítószerrel foglalkozó kutatási kapacitás javításának lehetőségeit az Európai Unióban. A vizsgálat és a viták révén több szempontból is betekintést nyertek abba, hogyan zajlanak Európában a kábítószerrel kapcsolatos kutatások.

A kábítószerrel kapcsolatos kutatások többségét Európán belül a tagállamok végzik, amelyek saját nemzeti szükségleteik szerint határozzák meg a kutatási prioritásokat. Ez általában egy erre kijelölt finanszírozással rendelkező, koherens kábítószer-kutatási stratégia megléte nélkül történik. A kábítószerrel foglalkozó kutatások ehelyett rendszerint egészségügyi, társadalomtudományi vagy egyéb programokba ágyazódnak be. A kutatásban ráadásul aránytalanul nagy hangsúly jut az epidemiológiára és a beavatkozások értékelésére, ugyanakkor alulreprezentált a kábítószer-kínálat és a kínálatcsökkentés, valamint a politika értékelésének témája. Összességében úgy tűnik, hogy a politika, a kutatás és a gyakorlat közötti koordináció terén is hiányzik a koherens, hosszú távú megközelítés. A nemzeti szintű kutatási tevékenységet az Európai Közösség kutatási, technológiafejlesztési és demonstrációs tevékenységekre vonatkozó hetedik keretprogramja (2007–13) egészíti ki.

Ez biztosította a szükséges információkat „A tiltott kábítószerre vonatkozó uniós kutatási kapacitás megerősítése”<sup>(10)</sup> című EU tanácsi következtetésekhez, amelyek a jövőre szóló prioritásként jelölték meg a kábítószer-problémák okának, jellegének és az ezekre adott válaszoknak a kutatását, valamint a kínálat- és keresletcsökkentés értékelő kutatását. A tagállamokat arra is felkérték, hogy erősítsék meg kutatási kapacitásukat és koordinációs mechanizmusait, és az Európai Bizottság segítségével derítsék fel a hetedik kutatási keretprogram által kínált lehetőségeket, például az Európai Kutatási Térség Hálózatok (ERA-NET) és a Marie-Curie ösztöndíjak lehetőségeit. Emellett a tagállamokat és a kutatói közösséget arra ösztönzik, hogy „aktívan járuljanak hozzá a jövőbeli európai kutatási politikáról, valamint a következő uniós kábítószer elleni stratégia és cselekvési terv keretében a kábítószerre vonatkozó kutatás jövőbeli célkitűzéseiről folyó konzultációkhoz”. A Tanács abban is megállapodott, hogy a határokon átnyúló kutatói együttműködés ösztönzése érdekében éves csereprogramot hoz létre a kábítószerrel kapcsolatos kutatás terén. Elismeri, hogy a politikai döntéshozóknak és a szakembereknek jobban hozzá kell férniük a kutatási eredményekhez, és arra szólította fel az EMCDDA-t, hogy

(9) A konferencia dokumentumai és az elhangzott előadások, valamint a teljes vizsgálati jelentés a konferencia weboldalán érhető el.

(10) Elérhető a „Kábítószerrel kapcsolatos kutatás” rovatban az EMCDDA weboldalán.

### Kutatási eredmények és nyelvi akadályok

A legtöbb szakértői társértékeléssel készülő kutatási eredmény angolul jelenik meg, és ez az európai kutatók, szakemberek és politikai döntéshozók jelentős része számára behatárolja a hozzáférhetőségét. Ugyanez igaz a szakértői társértékeléssel készülő, más nyelvű folyóiratokban publikált munkákra is. Az EMCDDA 2008-ban 27 ilyen folyóiratot talált Európában, cseh, dán, német, görög, spanyol, francia, magyar, lengyel, portugál, svéd és norvég nyelven. A legtöbb kormányzati és nem kormányzati szervezet szintén csak a nemzeti nyelven elérhető jelentésekben közli a kutatási eredményeket. Az információk legnagyobb része ezáltal csak egy behatárolt felhasználói kör számára elérhető.

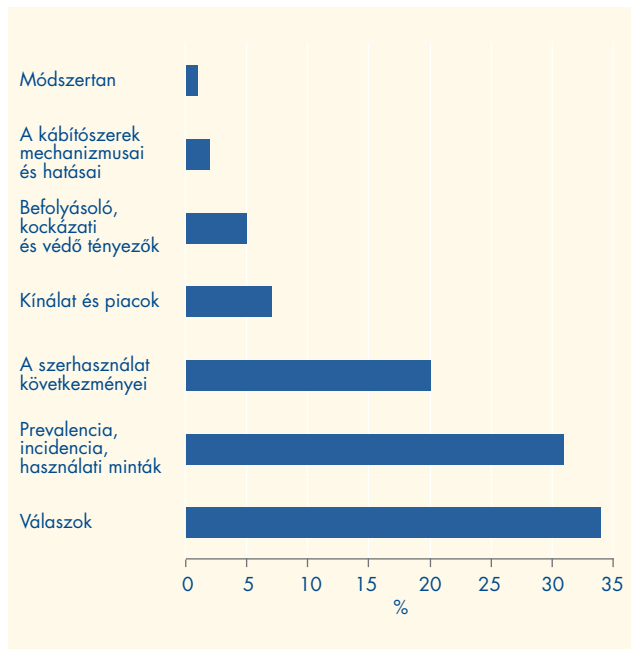
A nyelvi akadályok fontosságára „Az Európai Unióban végzett, tiltott kábítószerrel foglalkozó kutatások összehasonlító elemzése” című tanulmány hívta fel a figyelmet, de a témát „A tiltott kábítószerrel foglalkozó kutatások közötti szakadék áthidalása az EU-ban” című bizottsági konferencián is megvitatták. Az ilyen akadályok leküzdésére tett első lépésként az EMCDDA kifejlesztett egy tematikus kutatási webfelületet, ahol jegyzékbe foglalja az országos vizsgálatokat, a megjelent és a kiadatlan jelentésekhez vezető linkekkel.

a kutatással foglalkozó tematikus webfelületén és a legjobb gyakorlatokat összegyűjtő portálján keresztül, illetve terjesszen a kábítószerrel kapcsolatos kutatásra vonatkozó információkat és eredményeket.

### A tagállamoktól származó kutatási információk

Az európai országok a 2009-es Reitox nemzeti jelentéseikben több mint 650 darab, 2007 és 2009 között elvégzett vagy publikált kutatási projektre hivatkoztak, ami körülbelül kétszer annyi, mint az előző időszakban volt. Ezt a növekedést a 29 jelentéstevő ország közül 26-ban megerősítették. A legnagyobb számú – 100-nál is több – kutatási projektet az Egyesült Királyságból jelezték, utána következett Németország, Hollandia és Finnország, mindhárom 50-et meghaladó számú projekttel, majd Csehország, Írország és Svédország, 30 fölötti számmal.

**1. ábra:** A 2009-es Reitox nemzeti jelentésekben idézett kutatási témák a kábítószerrel összefüggő nemzeti tanulmányokból (az összes idézett tanulmány százalékában)



Megjegyzés: 29 Reitox nemzeti jelentésben (2009) vizsgálták meg a kábítószerrel összefüggő tanulmányokra utaló hivatkozásokat a 2007–09 közötti időszakból. A tanulmányok csoportosítása annak alapján történt, hogy milyen összefüggésben idézték őket.

Forrás: Reitox nemzeti jelentések (2009).

A korábbi évekhez hasonlóan a kábítószerhelyzetre adott válaszokkal, illetve a kábítószer-használat prevalenciájával, incidenciájával és mintáival foglalkozó kutatás a friss tanulmányok egy-egy harmadát tette ki, a kutatások egyötöde pedig a kábítószer-használat következményeit vizsgálta (1. ábra). Az előző évhez képest a kínálat és a piacok témaköréből körülbelül 40-nél több tanulmányt idéztek. Bár ez nagyrészt az EMCDDA koordinálásával 2009-ben lebonyolított, a kannabiszpiacokat vizsgáló speciális adatgyűjtésnek volt köszönhető, a kínálati oldallal foglalkozó vizsgálatok iránti érdeklődés növekedését is jelzi.



## 2. fejezet

# Európai válaszok a kábítószer-problémákra – áttekintés

### Bevezetés

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

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

### Megelőzés

A drogprevenció különböző szintekre vagy stratégiákra osztható, amelyek skálája a társadalom egészének kezelésétől (környezeti megelőzés) a veszélyeztetett egyének kezeléséig (javallott megelőzés) terjed. Az eltérő stratégiák ideális esetben nem versengenek, hanem kiegészítik egymást. A preventív politika szempontjából az jelenti a fő nehézséget, hogy a megelőzés fent említett különböző szintjeit össze kell egyeztetni a célcsoportok veszélyeztetettségének mértékével (Derzon, 2007), és gondoskodni kell arról, hogy a beavatkozások bizonyítékokon alapuljanak és megfelelő hatókörrel működjenek.

### Környezeti stratégiák

A környezeti preventív stratégiák célja annak a közvetlen kulturális, társadalmi, fizikai és gazdasági környezetnek a megváltoztatása, amelyben az érintettek a kábítószer-

használat mellett döntenek. Ezek a stratégiák jellemzően olyan intézkedéseket foglalnak magukban, mint a dohányzási tilalom, az alkohol árképzése vagy az iskolai egészségre nevelés. A tények azt mutatják, hogy a környezeti preventív intézkedések társadalmi szinten és az iskolákban és közösségekben uralkodó társas légkört megcélözva hatásosan változtatnak a normatív meggyőződéseken és ebből következően a szerhasználaton is (Fletcher és mások, 2008).

A részleges vagy teljes dohányzási tilalmat most már majdnem minden európai országban bevezették, a dohánytermékek reklámozását pedig egy 2003-as uniós irányelv tiltja (2003/33/EK). Az alkohol minimumárára vonatkozó javaslatokról és az alkohol népszerűsítésének visszaszorításáról szintén sok európai országban tárgyalnak. 2009-ben tíz EU-tagállam számolt be a pozitív, védett iskolai légkör kialakítására irányuló erőfeszítésekről, köztük az anyagok birtoklására és használatára vonatkozó szigorú szabályokról. Az észak-európai országokban közösségi szinten is dolgoztak a pozitív, védett környezet koncepcióján, például az alkoholra vonatkozó önkormányzati cselekvési tervek révén.

### Általános prevenció

Az általános megelőzés a teljes népességgel foglalkozik, túlnyomórészt iskolai és közösségi szinten. Célja, hogy a szerhasználat megkezdésének elkerüléséhez szükséges képességek átadásával visszatartsa a fiatalokat a kábítószer-használat elkezdésétől és a kábítószerrel összefüggő problémáktól, illetve késleltesse ezek megjelenését. A tények azt mutatják, hogy a jól megtervezett és felépített általános preventív beavatkozások hatásosak lehetnek. Friss példa erre egy holland kombinált iskolai–szülői program, amellyel sikerült csökkenteni az alkoholfogyasztást (Koning és mások, 2009). Más beavatkozások, konkrétan a tömegkommunikációs kampányok esetében a hatékonyság kevésbé bizonyított, és egyes vizsgálatok hátrányos hatásokat is megfigyeltek. Ennek ellenére az európai országok többségéből még mindig a figyelmeztető kampányokra kijelölt forrásokról számolnak be.



Az iskolában folytatott általános megelőzésről minden európai ország beszámolt, bár ennek tartalma és lefedettsége változó volt. A beavatkozások két fő típusa a tájékoztatás, illetve második helyen az életvezetési képzés. Még mindig viszonylag ritkák a strukturált beavatkozási protokollok („programok”). Az iskolában folytatott általános megelőzés fejlesztésének szükségességét Európában egyre inkább felismerik. Tizenegy EU-tagállam számolt be például a prevenció szabványok meghatározására irányuló erőfeszítésekről.

### Célzott prevenció

A célzott megelőzés keretében azoknál a konkrét csoportoknál, családoknál vagy közösségeknél avatkoznak be, akiknél a társadalmi kötelek és az erőforrások gyengesége miatt nagyobb a valószínűsége a kábítószer-használat megkezdésének, illetve a függőség kialakulásának. A kísérleti értékelési tervek végrehajtásának nehézsége miatt a célzott megelőzés hatékonyságára továbbra is csak korlátozottan vannak bizonyítékok. Ez nem vonatkozik viszont a veszélyeztetett családoknak szóló beavatkozásokra, amelyek a különböző vizsgálatok szerint hatékonyak bizonyultak (Petrie és mások, 2007). Az e területen látott aktuális példák közé tartozik a „családerősítő program” spanyolországi adaptációjának értékelése, amelyről azt állapították meg, hogy hatékonyan csökkenti a kábítószer-használat előjeleit, amilyen például a bomlasztó iskolai viselkedés és a depressziós tünetek. Az Egyesült Királyságból is pozitív példákról számoltak be: az első 699 családban, akik befejezték a „családi intervenció projektet”, sikerült csökkenteni a gyermekeket fenyegető veszélyeket, az antiszociális viselkedés bejelentett eseteit, az oktatási problémákat, a fiatalok bűnözését, a családon belüli erőszakot, a mentális és fizikai egészségügyi problémákat és a szerekkel való visszaélést.

Az európai országok a jelentések szerint általában korlátozott mértékben élnek a célzott megelőzés eszközével, és a beavatkozások többnyire a fiatalok elkövetőit, a veszélyeztetett családokat és etnikai csoportokat veszik célba. Az adatok összességében azt jelzik, hogy a célzott megelőzés hatóköre az elmúlt években nem bővült tovább. E megfigyelés alól akadhat néhány kivétel, például néhány országban a veszélyeztetett családoknak szóló beavatkozások, illetve a FreD, a fiatalok elkövetőkre kidolgozott szisztematikus beavatkozási protokoll, amelyet most már az EU-tagállamok több mint egyharmadában bevezettek.

### A prevenció kísérletek tanulságai

Az európai prevenció intézkedések hatékonyságáról továbbra is kevés a kutatás (!). A legtöbb figyelmet az iskolai környezetben végzett általános és javallott prevenció területe kapja. Ezzel párhuzamosan arról is folyik a vita, hogy mennyiben lehet átvenni a világ más részeiről, például az Egyesült Államokból származó kutatási eredményeket.

Az EU-DAP vizsgálat, egy többközpontú európai kísérlet, amelyben hét EU-tagállamban körülbelül 7000, 12-14 év közötti tanuló vett részt, a prevenció kutatások fejlesztéséhez járul hozzá, és azt mutatja, hogy a beavatkozások Európán belül és a különböző földrészekeken hasonló eredményeket hozhatnak.

A 12 ülésből álló „Unplugged” program esetében egy év elteltével a dohányzás, az alkohol- és kannabiszfogyasztás kockázatának jelentős csökkenéséről számoltak be. Az Unplugged program célja, hogy korrigálja a szerhasználatra vonatkozó normatív meggyőződéseket, egyúttal életvezetési képzést és a szerekről szóló felvilágosítást nyújtson. A 18 hónapos utókövetésnél tartós kedvező hatásokat is találtak a részegség és a gyakori kannabiszhasználat elmúlt 30 napban való előfordulása terén, ugyanakkor a napi szintű cigarettázásban elért rövid távú hatás fokozatosan eltűnt (Faggiano és mások, 2010).

Egy mediációs elemzés azt mutatta, hogy a kannabiszhasználat tekintetében elért eredmények többnyire a normatív meggyőzések, a szerrel szembeni pozitív elvárások és a tiltott kábítószerek iránti pozitív attitűd korrigálásából eredtek. A kommunikációs, döntéshozatali és visszautasítási képességek megerősítése kevésbé volt hatékony.

Az európai és amerikai kutatók most az EU-DAP-pal és más adatokkal párhuzamos elemzéseket végeznek, hogy megismerjék, a gyermekek és serdülők hogyan reagálnak a prevencióra a különböző közegekben. Külön vizsgálják a nem, a társadalmi közeg és a pszichológiai tulajdonságok befolyásoló hatását.

(!) Ez vezetett a European Society for Prevention Research (Európai Társaság a Prevenciókutatásért) megalapításához.

### Javallott prevenció

A javallott megelőzés célja, hogy azonosítsa az olyan viselkedési vagy pszichológiai problémákkal rendelkező egyéneket, akiknél ezek a problémák előre jelezhetik a szerhasználati problémák későbbi kialakulását, és speciális beavatkozásokkal, egyénileg segítse őket. A javallott megelőzési programokról rendszerint értékelés is készül, amely gyakran magas szintű hatékonyságot jelez (EMCDDA, 2009c). A beavatkozások ezen a területen összességében továbbra is korlátozottak: hat ország számolt be figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarral vagy

bomlasztó magatartással küzdő gyermekeknek szóló beavatkozásokról, tíz országból pedig a kábítószer-használatot elkezdő személyeknek szóló korai beavatkozásokról és tanácsadásról tudósítottak. A friss fejlemények közé tartozik a holland „kannabisz show”, amely egy meglévő kannabiszprevenációs programon alapul (szórakoztató formájú kortárs csoportos oktatás), és egy magatartási zavarokkal és egyéb pszichiátriai problémákkal rendelkező fiataloknak fenntartott iskolában zajlik.

## Kezelés

Európában a kábítószer-problémák kezelésére használt fő kezelési módokat a pszichoszociális beavatkozások, az opioidhelyettesítés és a detoxifikáció jelentik. A különböző kezelési módok relatív fontosságát az egyes országokban számos tényező befolyásolja, köztük a nemzeti egészségügyi ellátórendszer szervezeti felépítése.

Nem rendelkezünk olyan adatkészlettel, amely lehetővé tenné az aktuálisan kezelés alatt álló európai kábítószer-használók teljes népességének leírását. A populáció egyik fontos alcsoportjáról szóló információkat azonban az EMCDDA kezelési igény indikátora összesíti, amely a drogfogyasztók kezelésére specializálódott szolgálatoknál jelentkezőkről gyűjt adatokat <sup>(11)</sup>. Az indikátor 2008-ban körülbelül 440 000 kezelésbe lépőt vett nyilvántartásba, akik közül 40% életében először kezdett bele a kábítószer miatti kezelésbe.

A különböző források, köztük a kezelési igény indikátor alapján készült konzervatív becslés szerint 2007 folyamán az Európai Unióban 1 millió ember részesült kezelésben tiltott kábítószeres használat miatt, és ennek a számnak több mint a fele opioidhelyettesítő kezelést kapott. A kezeléssel kapcsolatba kerülő kábítószer-használók közel 80%-át Németország, Spanyolország, Franciaország, Olaszország és az Egyesült Királyság adta.

Bár ez a becslés az Európai Unióban végzett kezelésekről még finomításra szorul, mindazonáltal arra utal, hogy a kezelés jelentős mértékben biztosított. Arra is felhívja a figyelmet, hogy a kezelés biztosításában nagyarányú növekedés ment végbe az 1990-es évek közepe óta, amikor a drogpolitikában kiemelt szerepet kapott a kábítószer miatti kezelés nagyobb mértékű rendelkezésre állása és jobb hozzáférhetősége. Az elmúlt két évtized a járóbeteg-ellátásra szakosodott szolgálatok elterjedését és a megkereső és alacsonyküszöbű szemlélet kialakulását hozta magával. Sok országban újabb szolgálatok,

például a házi orvosok bevonásával sikerült növelni a helyettesítő kezelés lefedettségét. Ennek eredményeként a helyettesítő kezelésben részesülők száma Európában 1993 óta közel tízszeresére nőtt <sup>(12)</sup>. A kezelés biztosításában végbement változásokat a kliensek új csoportjainak, például a kannabisz és a stimulánsok használóinak megjelenése is indokolta, akik az elmúlt 15 évben egyre nagyobb számban jutottak hozzá a kezeléshez.

Miközben a kezelés elérhetősége sok országban javult, még mindig számolni kell olyan akadályokkal, amelyek a kábítószer-használókat gátolhatják vagy visszariaszthatják attól, hogy igénybe vegyék a kábítószer miatti kezelést vagy ennek valamelyik formáját. Az ilyen akadályok közé tartozhatnak a szabályzatok, például a szigorú felvételi kritériumok és jogi keretek, a pácienseknek felszámított kezelési költségek, a szakképzett személyzet hiánya vagy a szolgáltatók alacsony földrajzi sűrűsége. A kezelésre szoruló kábítószer-használók által tapasztalt akadályok közé tartozhat még a nem megfelelő nyitva tartás, a napi megjelenés követelménye és a gyermekgondozási támogatás hiánya (pl. a fekvőbeteg-kezelés idején), amely nehezítheti személyes és szakmai helyzetüket. A kezeléshez való hozzáférést akadályozhatják még a szakemberek és a kábítószer-használók körében egyaránt élő személyes meggyőződések és előítéletek az egyes kezelési módszerek megfelelőségével, hatásaival és eredményeivel kapcsolatban.

A kezeléshez való hozzáférést akadályozó tényezők egyik következménye a hosszúra nyúlt várakozási idő lehet. A nemzeti szakértők által 2008-ban közölt információk alapján elsősorban a kezelés korlátozott elérhetőségének és a források hiányának, valamint az eljárási okok miatti késéseknek tulajdoníthatók a meglévő várakozási idők, amelyek kezelési módokként különbözőek (lásd alább).

## Járóbeteg-kezelés

Körülbelül 383 000 olyan kábítószer-használóról van információnk, aki Európában 2008 folyamán kezdte meg a járóbeteg-kezelést. E kábítószer-használók többsége a kábítószer miatti kezelésre szakosodott szolgálatoknál jelentkező kezelésre, azokról viszont csak néhány országból számoltak be, akik házi orvosnál vagy alacsonyküszöbű szolgálatoknál kezdték meg a kezelést. A kezelésbe lépők több mint fele (53%) az opioidokat, főleg a heroint nevezte meg elsődleges kábítószerként, 22%-uk a kannabiszt, 18% pedig a kokaint <sup>(13)</sup>.

<sup>(11)</sup> A kezelési igény indikátorhoz 29 ország küldött adatokat a kábítószer-használók kezelésére szakosodott központokból, és az adatközlés a legtöbb országban az egységek több mint 60%-ára kiterjedt (ld. a TDI-7 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben).

<sup>(12)</sup> Ld. a HSR-2 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(13)</sup> Ld. a TDI-19 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

### Az EMCDDA kiemelt témája az idősebb kábítószer-használók kezeléséről és gondozásáról

2001 és 2020 között Európában várhatóan kétszeresére nő az idősebb kábítószer-használók száma, ami ennek a növekvő populációnak a kezelésében és gondozásában megfelelő, innovatív megközelítéseket tesz szükségessé. Az EMCDDA által idén megjelentetett kiemelt téma ennek az öregedési jelenségnek a kialakulását és okait vizsgálja az elmúlt két évtizedben. A jelenlegi szükségletek meghatározása érdekében külön foglalkozik az idősebb kábítószer-használók egészségügyi és szociális sajátosságaival. A jelentés az idősebb kábítószer-használóknak szóló jelenlegi beavatkozások és a tagállami bevált gyakorlatok áttekintésével zárul.

Ez a kiemelt téma nyomtatásban és az EMCDDA weboldalán csak angol nyelven érhető el.

A kezeléshez vezető út leggyakrabban az önkéntes jelentkezés (36%), ezután következik a büntető igazságszolgáltatás általi beutalás (20%). A kliensek fennmaradó része a szociális és egészségügyi szolgálatok vagy informális hálózatok, köztük a család vagy a barátok révén kerül be a rendszerbe <sup>(14)</sup>.

A járóbeteg-kezelésbe lépő kliensek túlnyomórészt fiatal férfiak, 31 éves átlagéletkorral, és a férfiak száma közel négyszerese a nőkének. Az első alkalommal kezelésbe kerülők, illetve a női kliensek átlagosan valamivel fiatalabbak. Ugyancsak alacsonyabb az átlagéletkor a kannabiszhasználó kliensek (25) és a kokaintól eltérő stimulánsokat használók (29) között, ezzel szemben magasabb átlagéletkort jelentettek a kokain (32) és az opioidok (34) elsődleges használói esetében. Az átlagot tekintve a legfiatalabb kábítószer-használó klienseket Csehországból (26), a legidősebbeket Spanyolországból (33) jelentették <sup>(15)</sup>. A férfi-nő arány a kannabisz- (5:1) és a kokainhasználó (4,8:1) kliensek körében a legmagasabb, és a kokaintól eltérő stimulánsokat használóknál a legalacsonyabb (2,2:1). Az elsődleges kábítószerrel függetlenül megfigyelhető, hogy a nemek közötti arány a dél-európai országokban a legmagasabb, és az északi országokban a legalacsonyabb <sup>(16)</sup>.

Európában a járóbeteg-kezelésben használt két fő módszert a pszichoszociális beavatkozások és az opioidhelyettesítő kezelés jelentik. Az opioidhasználók esetében gyakran ötvözik ezt a kettőt. A pszichoszociális

beavatkozások támogatást nyújtanak a szerhasználóknak, amikor megpróbálják kezelni és leküzdeni drogproblémáikat. Az ilyen beavatkozások közé tartozik a konzultáció, a motiváció erősítése, a kognitív pszichoterápia, az esetenedzselés, a csoport- és családterápia, valamint a visszaesés megelőzése. Ezeket többnyire – országtól függően – állami intézmények vagy nem kormányzati szervezetek biztosítják. 2008-ban a 27 adatközlő ország közül kilencnek a szakértői vélték úgy, hogy ennél a kezeléstípusnál nincs várakozási idő. Tíz másik ország nemzeti szakértői úgy becsülték, hogy a várakozási idő átlagban nem haladja meg az 1 hónapot. Norvégiában 10 hétre becsülték az átlagos várakozási időt, Dániában viszont törvény írja elő, hogy a kezelésnek 14 napon belül meg kell kezdődnie. 7 ország szakértői nem tudtak becsléssel szolgálni.

Az opioidhasználók számára Európában a helyettesítő kezelés a leggyakoribb opció. Ezt általában járóbeteg-ellátásban biztosítják, bár néhány országban fekvőbeteg-ellátásban is elérhető, sőt, a börtönökben is egyre gyakoribb <sup>(17)</sup>. Az opioidhelyettesítő kezelés valamennyi EU-tagállamban, Horvátországban és Norvégiában egyaránt elérhető <sup>(18)</sup>. Törökországban a helyettesítő kezelést még nem vezették be, bár a kezelési központokról szóló 2004-es rendelet értelmében már engedélyezett. A legtöbb országban elsősorban az erre szakosodott állami járóbeteg-ellátó szolgálatok biztosítják a helyettesítő kezelést. A rendelőkben dolgozó háziorvosok azonban – gyakran a speciális központokkal közös praxisban – egyre nagyobb szerepet játszanak a kezeléstípus biztosításában. Ezek a szolgáltatók 13 országban működnek közre, különböző szinteken.

2008-ban Európában becslések szerint körülbelül 670 000 opioidhasználó részesült helyettesítő kezelésben <sup>(19)</sup>. A 26 adatközlő ország közül tíznek a szakértői vélték úgy, hogy ennél a kezeléstípusnál nincs várakozási idő. Négy országban (Csehország, Dánia, Olaszország, Portugália) 1 hónapnál rövidebbre becsülték az átlagos várakozási időt. Csehországban a várakozási idő csak a metadonra vonatkozott, mivel a magas dózisu buprenorfin a rendelőkben dolgozó háziorvosok is felírhatják, bár ilyenkor a gyógyszer költségét a kliensnek kell állnia. Négy másik országban (Magyarország, Románia, Finnország, Norvégia) – 1–6 hónapig terjedő várakozási idővel kell számolni, további 3 országban pedig (Bulgária, Görögország, Lengyelország) a várakozási idő az 1 évet is meghaladja. A felsoroltak

<sup>(14)</sup> Ld. a TDI-16 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(15)</sup> Ld. a TDI-10 és a TDI-103 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(16)</sup> Ld. a TDI-21 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(17)</sup> Ld. „A kábítószer-használók támogatása a börtönökben”, 41. o.

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

<sup>(19)</sup> Ld. a HSR-3 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

közül Görögországból átlagosan 38 hónapnak jelentették a várakozási időt, és az adatok alapján 2008-ban 5261 problémás kábítószer-használót tartottak nyilván a helyettesítő programok várólistáján. A várakozási idő országos átlaga azonban jelentős regionális különbségeket takarhat. Írországból például a helyettesítő kezelés átlagos várakozási ideje Dublinban kevesebb mint 3,5 hónap, míg az ország délkeleti részén 18 hónap (Comptroller and Auditor General, 2009). Négy ország szakértői nem tudtak becslést közölni a várakozási időről.

### Fekvőbeteg-kezelés

Körülbelül 42 000 olyan európai kábítószer-használóról vannak adatok, akik 2008-ban fekvőbeteg-ellátásban kezdték meg a kezelést. Elsődleges kábítószerként több mint a felük (57%) az opioidokat nevezte meg; a többi kliens leggyakrabban a kannabiszt (13%), a kokaintól eltérő stimulánsokat (13%) vagy a kokaint (7%) jelölte meg fő kábítószerként. A fekvőbeteg-ellátás kliensei többnyire fiatal férfiak, 30 éves átlagéletkorral és 3,5:1 férfi-nő aránnyal <sup>(20)</sup>.

A fekvőbeteg- vagy bentlakásos kezeléshez a klienseknek heteket vagy hónapokat kell az intézményben tölteniük. Ezek a programok sok esetben arra törekzenek, hogy képessé tegyék a klienseket a kábítószer-használattól való tartózkodásra, és nem teszik lehetővé a helyettesítő kezelést. A hosszú távú, absztinencián alapuló fekvőbeteg-kezelésnek időnként előfeltétele a kábítószerrel való detoxifikálás, egy rövid távú, orvosi felügyelettel végzett beavatkozás, amelynek célja a krónikus kábítószer-használattal járó megvonási tünetek oldása.

A detoxifikációt általában kórházakban, speciális kezelési központokban, illetve belgyógyászati vagy pszichiátriai osztállyal rendelkező bentlakásos létesítményekben, fekvő betegek végzett beavatkozás formájában biztosítják.

Fekvőbeteg-ellátás esetén a kliensek számára ellátást biztosítanak, emellett egyénileg felépített pszichoszociális kezelésben részesülnek és részt vesznek a társadalmi rehabilitációjukat célzó tevékenységekben. Ebben a közegben gyakran terápiás közösségi módszert alkalmaznak. A fekvőbeteg-kezelést pszichiátriai kórházak is nyújthatják, mégpedig a komorbid pszichiátriai betegségekkel rendelkező kliensek számára.

A fekvőbeteg-ellátásban nyújtott pszichoszociális kezelést Görögország, Magyarország és Törökország nemzeti szakértői ítélték azonnal hozzáférhetőnek. Az átlagos várakozási időt a szakértők 12 országban becsülték 1 hónapnál rövidebbnek, Norvégiában pedig 25 hétnek. Ausztriában a jelentések szerint régiótól és kezelő intézménytől függően több hónapos várakozási idővel kell

számolni. 10 ország szakértői nem tudták megbecsülni a várakozási idő hosszát e kezeléstípus esetében.

A detoxifikációról Magyarország, Szlovénia, Szlovákia, Törökország és a belgiumi flamand közösség szakértői vélték úgy, hogy nem igényel várakozási időt. A becslések szerint az átlagos várakozási idő 11 országban kevesebb, mint két hét. Cipruson, Csehországban és Görögországban 2 héttől 1 hónapig terjedő átlagos várakozási időt becsültek, Írországból, Ausztriából és Norvégiából pedig 1–3 hónap közé tették a várakozást. 5 ország szakértői nem közöltek becslést.

### Minőségbiztosítás

A legtöbb európai országban aktuálisan is zajlanak a kábítószer miatti kezelések minőségét vizsgáló intézkedések. Az ilyen intézkedések közé tartozik az útmutatások kidolgozása és végrehajtása, a kezelés minőségének kérdéseivel is foglalkozó nemzeti kábítószer-ellenes cselekvési tervek elfogadása, a minőségtanúsítási és akkreditációs folyamatok, illetve a kezelési központok közötti minőségi különbségeket vizsgáló vagy ezek teljesítményértékelését elvégző tanulmányok.

A frissebb fejlemények között említhető, hogy hat országban vezettek be a kezelés minőségéről szóló útmutatókat, Cipruson, Törökországban és Norvégiában pedig most adták ki az ilyen útmutatást. Tíz ország fogadott el új stratégiai dokumentumokat, ami néhány esetben akkreditációs rendszereket is jelentett. Lengyelország és Szlovákia szintén akkreditációs feltételeket vezetett be a kezelési központokra vonatkozóan; Szlovákiában ez az ISO 9001 tanúsítás volt. Négy ország – Észtország, Lettország, Hollandia és Románia – most vizsgálja a szolgáltatás minőségének különbözőségét a kezelési rendszerükben.

Az Egyesült Királyságban régi hagyománya van az egészségügyi rendszer felmérésének, és az egyik leggazdagabb eszköztárral rendelkezik a kezelés minőségének ellenőrzésére és javítására. Ebbe most már beletartozik egy dokumentum a kábítószer miatti kezelés klinikai irányításáról (NTA, 2009), amely a felelősség és elszámoltathatóság kérdéseivel, a minőség javításával, a kockázatkezelési politikákkal és a rossz teljesítmény felismerésére és korrigálására szolgáló eljárásokkal foglalkozik.

Az EMCDDA megbízásából végzett vizsgálat a 22 európai adatközlő országból 17-ben összesen 60 nemzeti kezelési útmutatót talált. Az útmutatók a kezelési módok közül leggyakrabban a pszichoszociális kezeléssel (29), az opioidhelyettesítő kezeléssel (28) és a detoxifikációval (22) foglalkoznak. Úgy tűnik, hogy

<sup>(20)</sup> Ld. a TDI-7, a TDI-10, a TDI-19 és a TDI-21 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

azokban az országokban, ahol a páciensek nagy számban vesznek részt opioidhelyettesítő kezelésben, nagyobb valószínűséggel készültek kezelési útmutatók az egyes kezelési módokról.

17 ország számolt be kifejezetten az opioidhasználók kezelésére vonatkozó útmutatókról. 5 országban vannak érvényben a különböző szerek használatával foglalkozó útmutatók, Magyarországon és Németországban pedig az amfetaminokat és a kannabiszhasználattal összefüggő rendellenességeket kezelik külön útmutatóban. 10 ország foglalkozik a hosszú távú, problémás kábítószer-használókkal, és 9-ben dolgoztak ki a fiatal kábítószer-használókról szóló útmutatót. 8 országban az egyidejűleg jelentkező egyéb zavarokkal rendelkező kábítószer-használókkal is külön foglalkoznak.

Az útmutatók szinte minden esetben a kezelő szakembereknek (58) és a szolgáltatóknak (52) szólnak, emellett közel felük az egészségügyi ellátást megtervező szakértőket (25) is célba veszi. Portugália volt az egyetlen olyan ország, ahonnan a klienseknek szóló útmutatókról számoltak be, Dániában pedig a politikai döntéshozókat is megszólították. A kezelésben dolgozó szakemberek 17 országban vettek részt az útmutatók kidolgozásában, más szakembereket 4 országban vontak be. 9 országban kutatók, 3 országban politikai döntéshozók, 1-ben pedig kliensek is részt vettek a munkában. A nemzeti kezelési útmutatókról bővebb információ az EMCDDA legjobb gyakorlatokról szóló portálján olvasható.

## Ártalomcsökkentés

A kábítószerekkel összefüggő ártalom megelőzése és csökkentése valamennyi tagállamban szerepel a közegészségügyi célkitűzések között, és az EU kábítószer-ellenes stratégiájának is része <sup>(21)</sup>. A szolgáltatások megtervezéséhez most már az ártalomcsökkentő intézkedésekre vonatkozó tudományos bizonyítékokról készült beszámolók, valamint az ilyen intézkedések kombinált hatását bemutató tanulmányok is rendelkezésre állnak (EMCDDA, 2010a). A fő beavatkozások közé tartoznak ezen a téren az opioidhelyettesítő kezelés és a tű- és fecskendőcsere-programok, amelyek a túladagolásos haláleseteket és a fertőző betegségek terjedését próbálják megelőzni. Ezek az intézkedések a jelentések szerint Törökország kivételével mindegyik országban elérhetőek. Bár a szolgáltatási kört és szinteket tekintve jelentős különbségek vannak (lásd a 6. és 7. fejezetet), az általános európai tendencia az ártalomcsökkentő intézkedések növekedése és megszilárdulása.

### Az EMCDDA új monográfiája az ártalomcsökkentésről

Az EMCDDA 2010-ben adta ki az „Ártalomcsökkentés: bizonyítékok, hatások és kihívások” című dokumentumot. Az 50-nél is több európai és nemzetközi szakértő közreműködésével készült monográfia 16 fejezetben ad átfogó áttekintést erről a területről. A monográfia első része az ártalomcsökkentés kialakulására és terjedésére tekint vissza, és különböző nézőpontokból, többek között a nemzetközi szervezetek, a kutatók és a kábítószer-használók szemszögéből járja körül a fogalmat. A második rész az aktuális bizonyítékokkal és hatásokkal foglalkozik, és azt szemlélteti, hogy a fogalom hogyan bővült ki az idők folyamán, ami által most már magatartások és ártalmak széles körét foglalja magában, köztük az alkoholt, a dohányzást és a rekreációs kábítószer-használatot is. Az utolsó rész a megoldandó problémákkal és újításokkal foglalkozik, és felveti annak szükségességét, hogy a beavatkozásokat az egyéni és társadalmi igényekhez alakítsák és párosítsák.

Ez a kiadvány nyomtatásban és online az EMCDDA weboldalán csak angol nyelven érhető el.

Az európai országok többségében további egészségügyi és szociális szolgáltatások széles körét biztosítják, köztük a WHO, az UNODC és az UNAIDS (2009) által ajánlottakat, az intravénás kábítószer-használók körében folytatott HIV-prevenció „átfogó csomagjának” részeként. A szokásosan felkínált beavatkozások az országos környezettől függenek, de magukban foglalják az egyéni kockázatfelmérést és tanácsadást, a célzott tájékoztatást és a biztonságosabb használatról szóló oktatást, az injekciós eszközkészlet terjesztését (tű és fecskendő kivételével), az óvszerhasználat népszerűsítését az injekciós használók körében, a fertőző betegségek szűrését és a hozzá tartozó tanácsadást, az antiretrovirális kezelést és a vírushepatitis elleni védőoltást. A felsoroltak közül sok ilyen szolgáltatást az alacsonyküszöbű létesítmények nyújtanak. A kábítószerekkel összefüggő halálesetek megelőzésére irányuló ártalomcsökkentő válaszok azonban ritkák <sup>(22)</sup>, noha egyre inkább felismerik az ilyen beavatkozások szükségességét. Az ezen a téren történt új kezdeményezések közé tartoznak a megnövekedett kockázatú anyagokról szóló korai figyelmeztetések vagy riasztások <sup>(23)</sup>. Csehországban például 2009-ben az összes alacsonyküszöbű létesítményt értesítették a fentanil esetleges térnyeréséről a helyi kábítószerpiacon.

A hepatitis C kezelésében történt friss előrelépések nyomán a legtöbb ország most már fokozott

<sup>(21)</sup> COM(2007) 199 végleges.

<sup>(22)</sup> Ld. a HSR-8 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(23)</sup> Ld. a „Lépfenejárdvány az egyesült királysági és németországi heroinhasználók körében” című keretes írást a 7. fejezetben.

erőfeszítésekkel törekszik a hepatitis megelőzésére, felderítésére és kezelésére a kábítószer-használók körében, a helyettesítő kezelésben részt vevőket is beleértve. Ennek aktuális példái közé tartozik a hepatitisre vonatkozó új országos terv Franciaországban, a HCV megelőzéséről szóló ajánlások kidolgozására irányuló kísérleti vizsgálat Németországban, valamint a hepatitis kezeléséről szóló útmutató Csehországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban. A börtönökben zajló vizsgálatokról és szűrési kampányokról több országból, köztük Belgiumból, Franciaországból, Luxemburgból és Magyarországról is beszámoltak.

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

Az ártalomcsökkentés beépítése a kábítószerre adott válaszokba a kábítószer-problémáról szóló adatgyűjtést is előmozdította. A szolgáltatásokról készült országos helyzetkép, a szolgáltatási színvonal vizsgálata (Csehország, Németország, Írország, Finnország) és a kliensek körében végzett felmérések (Észtország, Litvánia, Luxemburg, Magyarország) segítségével jobb betekintést nyerhetünk a szolgáltatásnyújtásba és a felhasználók igényeibe. Ez egyúttal elősegíti a minőségértékelést és a bevált gyakorlatok megosztását, a prevenció anyagok és technikák javítását és az új beavatkozások kidolgozását.

## Társadalmi kirekesztés és reintegráció

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

A börtönökben zajló beavatkozások, amelyek a visszaesésre és az újbóli elkövetővé válásra hatnak ki, összekapcsolhatják a fogvatartottakat a közösségi lakhatási és szociális támogató szolgálatokkal, előkészítve ezzel a szabadulásukat. Általában véve, a társadalmi reintegrációs intézkedések eredményei gyakran az egészségügyi és szociális ellátó intézmények közötti hatékony együttműködéstől függenek.

Bár a kábítószer-használat problémásabb formái és a társadalmi kirekesztés között nincs közvetlen ok-okozati összefüggés, a két dolog gyakran együtt jár. Az adatok azt mutatják, hogy a hajléktalanság 2008-ban a járóbeteg-kezelést megkezdő kliensek 9%-át, a fekvőbeteg-kezelésbe lépők 13%-át érintette. Mindkét kezelési forma esetében igaz volt, hogy a kliensek nagyjából 40%-a nem fejezte be középiskolai tanulmányait, és a járóbeteg-kezelésbe lépők 47%-a, illetve a fekvőbeteg-kezelést megkezdők 71%-a saját bevallása szerint vagy munkanélküli volt, vagy gazdaságilag inaktív<sup>(24)</sup>. Ez a jelenlegi gazdasági helyzetben nemigen tud javulni, mivel a növekvő munkanélküliségi ráták tovább fokozzák a versenyt a munkaerőpiacon<sup>(25)</sup>.

A lakhatási, oktatási és foglalkoztatási programok elérhetőségéről mindegyik jelentéstevő ország említést tett. Ezek a programok vagy kifejezetten kábítószer-használóknak szólnak, vagy általában véve a társadalomból kirekesztett csoportok igényeit kezelik. Írországban és Svédországban most tárgyalnak a mentális egészségügyi és szerhasználati problémákkal küzdő hajléktalanoknak szóló „első a lakás” modellről. Ezt a modellt gyakran összekapcsolják az integrált közösségi kezeléssel és szociális szolgáltatásokkal, illetve az esetenedzseléssel. A szálláshelyhez való hozzájutásnak ebben az esetben nem feltétele a józan, kábítószermentes életmód, amint azt ebben a problémás csoportban rendszerint feltételül szabják. Az „első a lakás” módszer több szociális és egészségügyi változó, köztük a szerhasználat szempontjából is pozitív eredményeket hozott a hajléktalanok körében (Pleace, 2008).

A foglalkoztathatóság és a fizetett munkához való hozzáférés javítása fontos szerepet játszik a kábítószer-használók társadalmi visszailleszkedésében. Egyes országok, mint Németország, Olaszország, Ausztria, Portugália és az Egyesült Királyság az új kezdeményezések és a megnövelt támogatások kiosztása révén egyre inkább kiemelten kezelik a felépülési folyamat foglalkoztatási vonatkozású aspektusait.

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

A kábítószer-törvények végrehajtása fontos eleme a nemzeti és uniós drogpolitikának, és olyan beavatkozások széles körét tartalmazza, amelyek végrehajtása elsősorban a rendőrség és a hozzá hasonló intézmények (pl. vámszervek) feladata.

A kábítószer-törvények végrehajtására irányuló

<sup>(24)</sup> Ld. a TDI-12, a TDI-13 és a TDI-15 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(25)</sup> Ld. a „Gazdasági recesszió és kábítószer-problémák” című keretes írást az 1. fejezetben.

tevékenységekről szóló adatok gyakran kevésbé kidolgozottak és hozzáférhetőek, mint a drogpolitika más területeire vonatkozóak. Említésre méltó kivételt jelentenek ez alól a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekményekre vonatkozó adatok, amelyeket ebben a részben tekintünk át. Ugyancsak itt vizsgáljuk meg a kannabisz kereskedelmi előállításának kezelésére tett friss bűnüldözési intézkedéseket és a kábítószer-kereskedelem elleni nemzetközi együttműködés terén történt új fejleményeket.

### A kábítószer-törvények végrehajtása

Az Europol 2010-ben „elemzési munkafájl” nyitott a kannabiszról <sup>(26)</sup>. A projekt egyik összetevője a kannabisztermesztéssel foglalkozik, célja pedig, hogy az Európai Unió belül fokozza az operatív információk megosztását a szervezett bűnözés kannabisztermesztésben való részvételét illetően. Ez annak nyomán indult, hogy legalább hét ország nemzeti bűnüldöző hatóságai számoltak be arról, hogy a bűnszervezetek is részt vesznek a kereskedelmi kannabisztermesztésben, ebben a nyilvánvalóan roppant jól jövedelmező tevékenységben <sup>(27)</sup>.

Az Európában zajló illegális kannabisztermesztés mértékét nehéz felbecsülni, mivel a termesztők számáról és az ültetvények nagyságáról nagyon kevés az adat. A minőségi vizsgálatok és a lefoglalásokról szóló adatok (lásd a 3. fejezetet) arra utalnak, hogy a belföldi termelés az 1990-es évek óta jelentősen megnövekedhetett, különösen Nyugat-Európában. A minőségi vizsgálatok alapján a termesztők motivációi igen különbözőek lehetnek, a személyes használatra szánt néhány fő nevelésétől egészen a több ezer növény kereskedelmi célú termesztéséig.

A kereskedelmi célú kannabisztermesztés, különösen a nagy beltéri ültetvények formájában a jelentések szerint Belgiumban, Németországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban jelent bűnüldözési és közbiztonsági problémát. Az Egyesült Királyságban működő bűnszervezetek a jelentések szerint Ázsiából származó fiatal illegális bevándorlókat zsákmányolnak ki. Ráadásul az épületeken belüli kereskedelmi ültetvények létrehozása gyakran a telephely átalakításával jár, ami kárt tehet az ingatlanban. A tulajdon és a biztonság szempontjából további veszélyt jelent még a nagy áramfogyasztás, amivel mesterséges fényt biztosítanak a beltéri termesztésű kannabisznövényeknek. A díjfizetés mellőzése, illetve a gyanú elkerülése érdekében a villanyóra megkerülésére alkalmazott, nem biztonságos módszerek vagy a rosszul

beszerelt kábelrendszerek a jelentések szerint okoztak már tüzet a beltéri ültetvényeken.

A kannabisztermesztést a kábítószeres és a szervezett bűnözés elleni meglévő bűnüldözési keretek között kezelik, de néhány európai ország a közelmúltban külön stratégiákat dolgozott ki ezen a téren. Belgium a 2008 - 12-re vonatkozó nemzetbiztonsági tervében kiemelten foglalkozott az illegális kannabisztermesztés elleni fellépéssel, Hollandia és az Egyesült Királyság pedig sokoldalú stratégiákat dolgozott ki a kereskedelmi ültetvények felderítésének és megszüntetésének javítására. Ezekben a stratégiákban helyet kaptak olyan intézkedések, mint például az átlagpopulációban és bizonyos fő ágazatokban (pl. áramszolgáltatók, vas-műszaki boltok) végzett felvilágosítás, amivel a kannabiszültetvények rendőrségi bejelentésére próbálják őket ösztönözni. Emellett partnerségek alakulnak a bűnüldöző szervek és az áramszolgáltatók, lakásügyi hatóságok, biztosítótársaságok és más, a kereskedelmi ültetvények elleni küzdelemben érdekelt ágazatok között. A rendőri hatékonyság fokozása érdekében is történtek lépések. Hollandiában például 2008. júliusban létrehozták a „szervezett kannabisztermesztés munkacsoportot”, hogy koordinálja a rendőrség, a helyi önkormányzatok, az igazságügyi tisztviselők és az adóhivatal erőfeszítéseit. A rendőrség most már felszerelkezhet az általában a hadseregben használatos felderítő technológiával, például hőképet alkotó infravörös kamerával, és nagyszabású műveleteket indíthat az ültetvények megsemmisítésére és a gyanúsítottak őrizetbe vételére; ilyen volt például az észak-írországi „Mazurka művelet”, amely 2008-ban 101 személy letartóztatásához vezetett.

A kannabisztermesztést célba vevő intézkedésekről más országokból is beszámoltak. Írországból például 2008-ban hajtottak végre egy nagyszabású műveletet a „kannabiszgyárak” ellen, Németországban pedig a szövetségi bünyügyi rendőrség (Bundeskriminalamt) hozott létre külön egységet, hogy beszámoljon az ország területén történt, kannabisszal összefüggő bűncselekményekről.

### A kábítószer-törvények megsértése

Európában a kábítószer-bűnözésről szóló adatként rutinszerűen kizárólag a kábítószer-törvényeket megsértő bűncselekményekre vonatkozó első, többnyire a rendőrségtől származó jelentések állnak rendelkezésre <sup>(28)</sup>. Ezek az adatok rendszerint a kábítószer-használattal (használat és használati célú birtoklás) vagy

<sup>(26)</sup> Az elemzési munkafájl lényegében egy biztonságos adatbázis, amely a részt vevő országok által közölt információkat tartalmazza, szigorú titoktartási szabályok mellett. A munkafájl segítségével az Europol támogatni tudja a nemzeti bűnüldözési szolgálatokat.

<sup>(27)</sup> Ld. „Az illegális kannabisztermesztésből származó bevétel és nyereség” című keretes írást a 3. fejezetben.

<sup>(28)</sup> A kábítószeres és a bűnözés kapcsolatának tárgyalását és a „kábítószerrel összefüggő bűncselekmény” definícióját ld. EMCDDA (2007a).

## A szervezetközi platformok kialakulása Európában

A szervezetközi platformok koncepciója Amerikából ered; lényege, hogy ezek keretében a különböző országok bűnüldöző és katonai szervei operatív információkat oszthatnak meg egymással, és összehangolhatják a kábítószeres lefoglalásait, még mielőtt eljutnának a fogyasztói piacokra. Az ilyenfajta együttműködés mintája az 1994-ben Panamában létrehozott, most Key West-i (Florida) székhellyel működő Joint Interagency Task Force-South (déli közös szervezetközi munkacsoport – JIATF-S). A JIATF-S egy katonai vezetéssel működő platform, amely az USA katonai, hírszerzési és bűnüldözési hatóságai és a társult országok – köztük Spanyolország, Franciaország, Hollandia és az Egyesült Királyság – légi és tengeri elfogási intézkedéseit koordinálja az Egyesült Államoktól délre.

Európán belül a közelmúltban két szervezetközi platform jött létre a kábítószer-csempészet elleni intézkedések koordinálására, mindkét esetben a bűnüldöző hatóságok irányítása alatt. A Tengerészeti Elemzési és Műveleti Központot (MAOC-N) egy Írország, Spanyolország, Franciaország, Olaszország, Hollandia, Portugália és az Egyesült Királyság közötti szerződéssel 2007-ben hozták létre az Európai Unió keretében. A MAOC-N lisszaboni székhellyel működik, és az Atlanti-óceánon keresztül szállított kábítószer-szállítmányok elfogását koordinálja. A JIATF-S kezdetben részt vett a MAOC-N projektben, most pedig megfigyelőként van jelen az Európai Bizottsággal, az Europollal, Németországgal, Görögországgal, Kanadával, Marokkóval, az UNODC-vel és legújabban a Zöld-foki Köztársasággal együtt. A második szervezetközi platform, a Centre de Coordination de la Lutte Anti-Drogue en Méditerranée (CeCLAD-M) 2008-ban alakult. A CeCLAD-M a francia rendőrséghez tartozó egység, amely a francia bűnüldöző szervek és a haditengerészet képviselőit, valamint Görögország, Spanyolország, Olaszország, Ciprus, Portugália, az Egyesült Királyság, Marokkó és Szenegál képviselőit fogja össze. A központ touloni székhellyel működik, és a Földközi-tengeren közlekedő gyanús hajók, illetve légi járművek elfogására tehet javaslatot.

A jövőben a Földközi-tenger keleti részén és a fekete-tengeri térségben hasonló platformok alakulhatnak. Az Európai Bizottság ezenkívül a közelmúltban szponzorált egy vizsgálatot, amelyben egy európai operatív információ megosztó és kapacitásépítő platform nyugat-afrikai létrehozásának megvalósíthatóságát tárták fel.

a kínálattal (előállítás, csempészet és kereskedelem) összefüggő bűncselekményekre vonatkoznak, bár néhány országban más elkövetési magatartásokat is bejelenthetnek (pl. a kábítószer-prekursorokkal kapcsolatban).

A kábítószer-törvények megsértéséről szóló adatok a bűnüldözési tevékenység közvetlen indikátorai, mivel

ezek kölcsönös megegyezésen alapuló bűncselekményekre vonatkoznak, amelyeket a potenciális áldozatok általában nem jelentenek be. Ezeket az adatokat gyakran a kábítószer-használat és a kábítószer-kereskedelem közvetett indikátorainak is tekintik, bár csak a bűnüldöző szervek tudomására jutott tevékenységeket foglalják magukban. Valószínűsíthető továbbá, hogy a jogszabályok, prioritások és források terén az országok között fennálló különbségeket is tükrözik. Ráadásul a nemzeti információs rendszerek Európa-szerte különbözőek, különösen a nyilvántartási és bejelentési gyakorlatokat tekintve. Mindezek miatt az országok között nehéz érvényes összehasonlítást tenni, ezért az abszolút számok helyett helyénvalóbb a tendenciákat összevetni.

Az Európai Unió 15–64 év közötti lakosságának 85%-át képviselő 21 tagállam adatai alapján készült egy uniós mutató, amely azt jelzi, hogy a kábítószer-törvényeket megsértő bejelentett bűncselekmények száma 2003 és 2008 között becslések szerint 35%-kal emelkedett. Amennyiben az összes jelentéstevő országot figyelembe vesszük, az adatok 15 országban mutatnak emelkedő tendenciát, kilencben pedig stabilizálódást vagy általános csökkenést az adott időszakban <sup>(29)</sup>.

### A használatlalt és a kínálattal összefüggő bűncselekmények

A használatlalt és a kínálattal összefüggő bűncselekmények arányában nem történt érdemi változás az előző évekhez képest. A legtöbb (23) európai országban 2008-ban továbbra is a kábítószer-használatlalt vagy használati célú birtoklással kapcsolatos bűncselekmények alkották a kábítószer-bűncselekmények többségét; a legmagasabb arányokat (81–92%) Észtországból, Spanyolországból, Franciaországból, Ausztriából, Szlovéniából és Svédországból jelentették. Ugyanakkor a kínálattal összefüggő bűncselekmények vannak többségben Csehországban (87%) <sup>(30)</sup>.

2003 és 2008 között a használatlalt összefüggő, kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények száma 19 adatközlő országban emelkedett, csak Bulgária, Németország, Görögország, Ausztria és Szlovénia számolt be csökkenésről az időszak folyamán. A használatlalt összefüggő, kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények száma az Európai Unióban összességében becslések szerint 37%-kal nőtt 2003 és 2008 között (2. ábra).

A kábítószeres kínálattal összefüggő bűncselekmények száma ugyancsak emelkedett a 2003–08 közötti időszakban, de sokkal lassabb ütemben, az Európai Unió egészében körülbelül 10%-kal. Ebből az időszakból

<sup>(29)</sup> Ld. a DLO-1 ábrát és a DLO-1 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(30)</sup> Ld. a DLO-2 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.



17 ország jelentett növekedést a kínálattal kapcsolatos bűncselekmények terén, nyolc pedig általános csökkenést <sup>(31)</sup>.

### Az egyes kábítószerenkénti tendenciák

A kábítószer törvényeket megsértő, bejelentett bűncselekményekben Európában továbbra is a kannabisz szerepel a leggyakrabban tiltott kábítószerként <sup>(32)</sup>. Az európai országok többségében a kannabiszsal kapcsolatos bűncselekmények a kábítószer törvényeket megsértő összes, 2008-ban bejelentett bűncselekmény 50–75%-át jelentették. A más kábítószerhez kapcsolódó bűncselekmények száma csak három országban volt magasabb a kannabiszhoz kapcsolódóknál: Csehországban és Lettországon a metamfetamin (57% és 33%) és Litvániában a heroin (26%) esetében.

A 2003–08 közötti időszakban a kannabiszt érintő, kábítószer törvényeket sértő bűncselekmények száma 15 adatközlő országban emelkedett, ami az Európai Unióban 29%-os becslést eredményezett (2. ábra). Csökkenő tendenciákról számoltak be Bulgáriából, Csehországból, Németországból, Olaszországból, Ausztriából és Szlovéniából <sup>(33)</sup>.

A kokainnal összefüggő bűncselekmények száma a 2003–08 közötti időszakban 17 adatközlő országban nőtt, Bulgária, Németország, Olaszország és Ausztria viszont csökkenő tendenciáról számolt be. Az Európai

Unióban a kokainnal kapcsolatos bűncselekmények száma összességében körülbelül 45%-kal emelkedett ugyanebben az időszakban, de az utolsó évben stabilizálódást mutatott <sup>(34)</sup>.

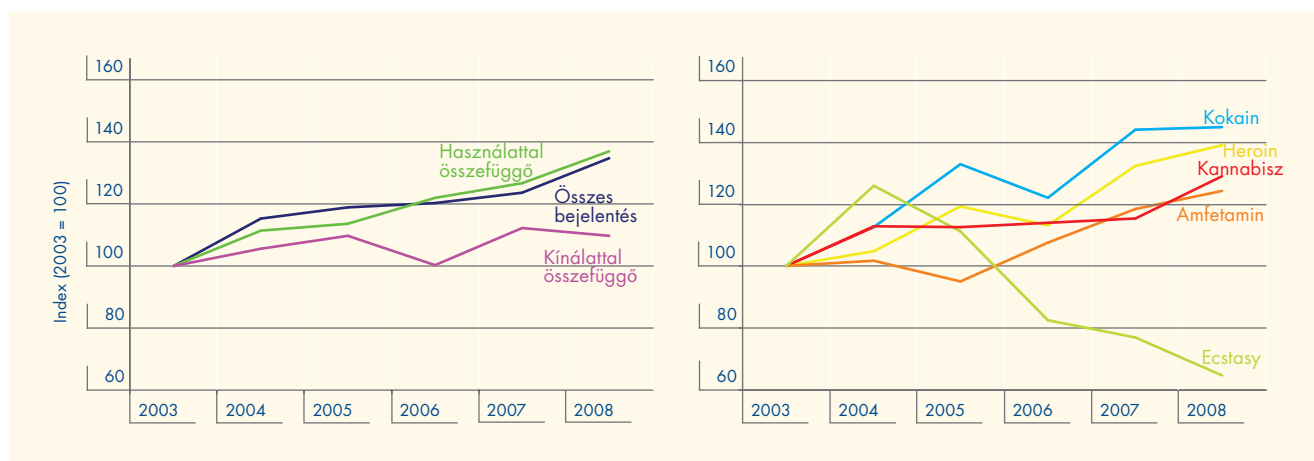
A heroinnal összefüggő bűncselekményeket tekintve most megerősítést nyert a tavaly már jelzett változás, a csökkenőből növekvőre fordult tendencia: az ilyen bűncselekményekre vonatkozó uniós átlag 2003–08 között 39%-kal nőtt. A heroinnal összefüggő bűncselekmények száma 16 adatközlő országban emelkedett, erre az időszakra csökkenést jelentettek viszont Bulgáriából, Németországból, Olaszországból és Ausztriából <sup>(35)</sup>.

Az amfetaminokkal kapcsolatos, bejelentett bűncselekmények száma az Európai Unióban továbbra is emelkedő tendenciát mutat, 2003 és 2008 között 24%-os becslést növekedéssel. Az ecstasyval összefüggő bűncselekmények száma ezzel szemben a becslések szerint 35%-kal csökkent ugyanebben az időszakban (2. ábra).

### Egészségügyi és szociális válaszok a börtönökben

Egy adott napot tekintve több mint 600 000 ember van büntetés-végrehajtó intézményben az Európai Unióban <sup>(36)</sup>, ami azt jelenti, hogy a népességben

**2. ábra:** A kábítószerrel összefüggő bűncselekmények bejelentésének tendenciái az EU tagállamaiban, elkövetési magatartás és a kábítószer típusa szerint



Megjegyzés: A tendenciák az EU tagállamaiban működő összes bűnüldözési hivatal által közölt, a kábítószerrel összefüggő cselekményekre (bűncselekménynek minősülő vagy sem) vonatkozó feljelentések országos számáról elérhető legfrissebb információkat jelentik meg; minden adatsor indexálásánál a 2003. évet tekintették 100-nak, és az átfogó EU-s tendencia kialakítása érdekében az értékeket az országos népességméretnek megfelelően súlyozták. További információért ld. a DLO-1 és a DLO-3 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

<sup>(31)</sup> Ld. a DLO-1 ábrát és a DLO-5 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(32)</sup> Ld. a DLO-3 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(33)</sup> Ld. a DLO-6 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(34)</sup> Ld. a DLO-3 ábrát és a DLO-8 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(35)</sup> Ld. a DLO-7 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(36)</sup> Az európai börtönökre vonatkozó adatok az Európa Tanácsnál érhetők el.

100 000 főre átlagosan 120 fogvatartott jut <sup>(37)</sup>. Az országos népességen belül a bebörtönzöttek aránya 100 000 lakosra jutó 66–285 fő között mozog, de a közép- és kelet-európai tagállamok többsége az átlagosnál magasabb arányokról számolt be. Ezzel együtt mind az országos adatok, mind az uniós átlag lényegesen alatta maradnak az Oroszországból (609) és az USA-ból (753) közölt arányoknak <sup>(38)</sup>.

Az elítélt fogvatartottak között a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmény miatt bebörtönzöttek a börtönök népességének 10–30%-át képezik az EU országainak többségében. Nem ismert viszont azoknak az aránya, akiket a kábítószer-függőség támogatása céljából elkövetett, vagyon elleni bűncselekmény miatt vagy más kábítószerrel összefüggő bűncselekmény miatt ítélték el.

### Kábítószer-használat a börtönpopulációkban

A börtönpopulációkban előforduló kábítószer-használatról szóló vizsgálatokban alkalmazott definíciók, kutatási kérdések és módszerek szabványosítása még mindig várat magára (Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság, 2008; Vandam, 2009), noha a meglévő tanulmányok azt mutatják, hogy a kábítószer-használat továbbra is nagyobb arányban fordul elő a fogvatartottak között, mint az általános népességben. A 2003 óta elvégzett nagyszámú vizsgálatból származó adatok azt mutatják, hogy a fogvatartottak körében előforduló kábítószer-használat terén komoly különbségek lehetnek: a bebörtönzést megelőző hónapban történt rendszeres kábítószer-használatról például néhány országban csak a válaszadók 3%-a számolt be, míg más országokban 77%-uk. A tanulmányok azt is jelzik, hogy a kábítószer-használat legártalmasabb formái gyakoribbak lehetnek a bebörtönzöttek körében: a megvizsgált személyek 6%-a és 38%-a között volt azoknak az aránya, akik saját bevallásuk szerint használtak már kábítószer-t intravénásan <sup>(39)</sup>.

A börtönbe bekerülve a legtöbb szerhasználó csökkenti vagy abbahagyja a drogfogyasztást, többnyire az anyag beszerzésével járó nehézségek miatt. Az európai börtönszakértők és a politikai döntéshozók azonban egyaránt elismerik azt a tényt, hogy a tiltott kábítószeresek – a kínálat csökkentésére tett mindenfajta intézkedések ellenére – a legtöbb börtönbe valahogyan bejutnak. A 2003 óta elvégzett vizsgálatokban a börtönben előforduló kábítószer-használatot a fogvatartottak 1–56%-ára becsülték. Egy 2007-ben végzett portugália

országos vizsgálatban a fogvatartottak 12%-a számolt be rendszeres kábítószer-használatról az utolsó őrizetben töltött hónapban <sup>(40)</sup>. Egy 246 fogvatartott bevonásával végzett luxemburgi vizsgálat azt állapította meg, hogy 31%-uk injektált kábítószer-t a börtönben, de 3 másik ország vizsgálatai is 10%-os vagy ezt meghaladó injekciós használati arányt jeleztek <sup>(41)</sup>. Úgy tűnik, hogy az őrizetben lévő intravénás kábítószer-használók gyakrabban osztják meg egymással a felszereléseiket, mint a börtönön kívüli szerhasználók. Ez kérdéseket vet fel a fertőző betegségeknek a börtönpopulációban való potenciális terjedésével kapcsolatban.

### Egészségügyi ellátás az európai börtönökben

A bebörtönzöttek ugyanolyan szintű orvosi ellátásra jogosultak, mint a közösségben élő személyek, így a börtönökben működő egészségügyi szolgálatoknak alkalmasnak kell lenniük arra, hogy a kábítószer-használattal összefüggő problémákra a börtönön kívülihez hasonló feltételekkel nyújtsanak kezelést (CPT, 2006; WHO, 2007). Az egyenlőség általános elvét az Európai Unióban a kábítószer-függőséggel járó egészségügyi ártalom megelőzéséről és csökkentéséről szóló, 2003. június 18-i tanácsi ajánlás <sup>(42)</sup> ismeri el, végrehajtására pedig az EU új kábítószer-ellenes cselekvési terve szólít fel.

Európában a börtönök és az egészségügyi és szociális szolgálatok között egyre jobb az együttműködés. Ezt példázza, hogy a börtönökben nyújtott egészségügyi ellátásért való felelősség Franciaországban, Olaszországban, Svédországban, Norvégiában, Angliában és Walesben (Skóciában is tervezik) a nemzeti igazságszolgáltatástól az egészségügyi hivatalokhoz került; Luxemburgban, Portugáliában, Szlovéniában és Svédországban közösségi egészségügyi hivatalokat vontak be a börtönökben dolgozó multidiszciplináris csapatokba; és az országok többségében a közösségi kábítószerügyi szervek most már egyre nagyobb arányban nyújtanak szolgáltatásokat a börtönökön belül.

A nemzeti drogstratégiákban és cselekvési tervekben gyakran szerepelnek a börtönökben biztosított gondozásra vonatkozó célok, például a börtönben nyújtott kezelés és gondozás egyenértékűségének, minőségének és folyamatosságának javítása. Néhány ország külön stratégiát dolgozott ki a börtönrendszerre vonatkozóan. Spanyolországban és Luxemburgban több mint tíz éve tart a börtön-egészségügyi szakpolitikák végrehajtása, és ezek

<sup>(37)</sup> A „fogvatartott” szó a vizsgálati fogságban lévőkre és az elítéltekre egyaránt vonatkozik.

<sup>(38)</sup> Forrás: World prison brief az Amerikai Egyesült Államokra és Oroszországra vonatkozó arányok esetében.

<sup>(39)</sup> Ld. a DUP-2 és a DUP-105 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(40)</sup> Ld. a DUP-3 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(41)</sup> Ld. a DUP-4 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(42)</sup> HL L 165., 2003.7.3., 31. o.

hatékonyágát is dokumentálták. Belgiumban nemrég a börtönökért felelős drogpolitikai koordinátorokat neveztek ki, és létrehozta egy központi egységet, ahol a börtönök személyzete és a kábítószerrel foglalkozó szakértők együtt dolgoznak azon, hogy a fogvatartottak szabadulásuk után kapcsolatba kerüljenek a kezeléssel. Magyarországon a büntetés-végrehajtási szolgálaton belül 2008-ban létrehozta egy kábítószerügyi bizottságot. A cseh börtönszolgálat 2007–09-re vonatkozó drogpolitikai cselekvési terve útmutatást ad az új szolgáltatások bevezetéséhez, és ellenőrzést és értékelést is tartalmaz. Az Egyesült Királyságban az elkövetőkkel foglalkozó országos szolgálat (NOMS, 2009) 2008–11-re szóló drogstratégiája arra törekszik, hogy korai beavatkozásokat biztosítson a fiatalok számára, és segítse a szerhasználati problémákkal küzdő elkövetőket, a kábítószeres és az alkohol által okozott károk csökkentése érdekében.

### A kábítószer-használók támogatása a börtönökben

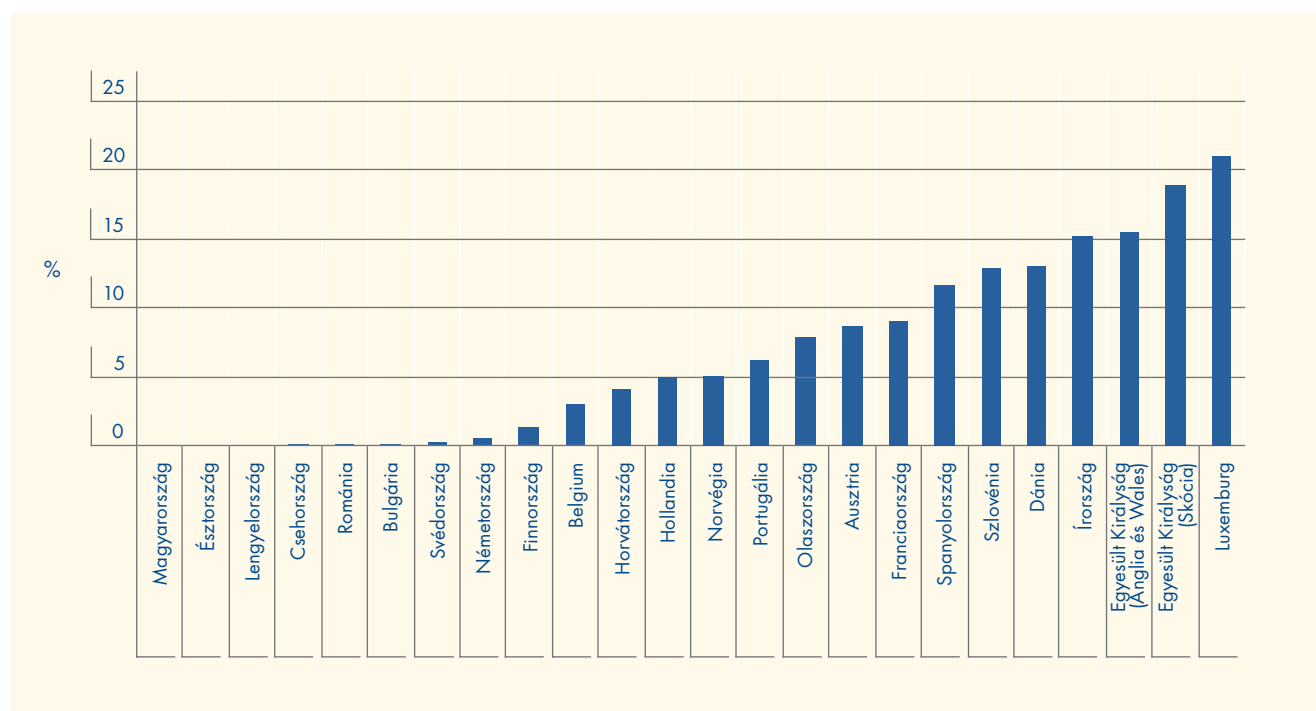
A fogvatartottak Európában a kábítószer-használattal és az ezzel járó problémákkal kapcsolatban szolgáltatások széles köréhez férhetnek hozzá. Ezek közé tartozik a kábítószerrel és az egészséggel kapcsolatos tájékoztatás, a fertőző betegségek egészségügyi ellátása,

a kábítószer-függőség kezelése, az ártalomcsökkentő intézkedések és a szabadulásra való felkészítés<sup>(43)</sup>.

A nemzetközi szervezetek az elmúlt években tájékoztató és útmutató anyagokat állítottak össze a fertőző betegségek kezeléséről a börtönökben. Az UNODC a WHO-val és az UNAIDS-szel együttműködésben a börtönigazgatások és más döntéshozók számára kiadott egy sorozatnyi tájékoztató anyagot, amelyben elmagyarázzák, hogyan dolgozzanak ki hatékony országos szintű választ a HIV/AIDS-re börtönkörülmények között (UNODC, WHO és UNAIDS, 2006). Egy másik dokumentum ahhoz ad útmutatást, hogy a fertőző betegségekkel kapcsolatos tanácsadásra és szűrővizsgálatokra vonatkozó információkat hogyan lehet hatékonyabban átadni a börtönkörülmények között, és hogyan lehet javítani azon, ahogyan az eredményeket közlik a fogvatartottakkal (UNODC, WHO és UNAIDS, 2010).

A börtönökben érvényes egészségügyi ellátási területek és előírások körét néhány országban, köztük Csehországban, Spanyolországban, Luxemburgban és az Egyesült Királyságban egyértelműen meghatározták, míg más országok most tesznek lépéseket ebbe az irányba. Sok országból jelezték, hogy most mérik fel a börtönökben lévő kábítószer-használóknak nyújtott egészségügyi ellátás elérhetőségét és minőségét. Írországból például egy

**3. ábra:** Az opioidhelyettesítő kezelésben részesülő börtönpopuláció aránya



Megjegyzés: Az összes olyan ország adatai szerepelnek, ahol a helyettesítő kezelés a börtönökben elérhető, Málta kivételével. Az adatok 2008-ra vonatkoznak, Ausztria és Skócia (2007), illetve Belgium és Hollandia (2009) kivételével. A megjegyzésekért és forrásokért ld. a HSR-9 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

<sup>(43)</sup> Ld. a HSR-7 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

vizsgálat felismerte, hogy a börtönök gyógyszerügyi szolgáltatási kapacitásait össze kell hangolni a helyettesítő kezelés szélesebb körű biztosításával (Irish Prison Service, 2009), Franciaországban pedig egy új felügyeleti szerv (börtönök és egyéb zárt intézmények főfelügyelete) hiányosságokat talált a börtönökben nyújtott egészségügyi ellátásban, és megnevezte a potenciális fertőzésveszélyeket. Hollandiában új irányelvet vezettek be az őrizetben lévő kábítószer-használók gondozására, amely külön figyelmet fordít a kábítószerrel összefüggő fertőző betegségekre<sup>(44)</sup>. A börtönökben nyújtott szolgáltatások színvonala sok országban a képzésre fordított befektetésnek köszönhetően is javul. Belgiumban a börtön személyzet minden tagja oktatásban részesült a börtönökben érvényes alkohol- és drogpolitikáról; Horvátországban a börtönorvosok kaptak képzést a helyettesítő kezelés témájában; Lettországon az UNODC vezetésével végzett projekt keretében a HIV megelőzéséről és a kábítószerekről biztosítottak képzést a börtönökben dolgozó orvosok, szociális munkások és pszichológusok részére, akik ezután a fogvatartottakat oktatták. Finnországban a börtönökben indított új kezelési

programokat akkreditálni kell a büntetőjogi szankciók hivatalával.

Azt követően, hogy az opioidhelyettesítő kezelés a közösségben széles körben elérhetővé vált, sok országból jelezték, hogy a börtönbe kerülők körében emelkedett az opioidhelyettesítő kezelés klienseinek száma. A helyettesítő kezelés esetében különösen fontos a gondozás folyamatossága, tekintettel a szabadulás utáni túlادagolás magas arányaira (EMCDDA, 2009a), de azért is, mert ezzel csökkenthető a tiltott kábítószer-használat finanszírozása érdekében elkövetett bűncselekmények kockázata. Az opioidhelyettesítő kezelés folytatása a börtönökben 2008-tól Bulgáriában, Észtországban és Romániában is lehetséges. Ez a fajta kezelés továbbra sem érhető el azonban a görögországi, ciprusi, litvániai, lettországi, szlovákiai és törökországi börtönökben. Hat tagállamban a becslések szerint az összes fogvatartott több mint 10%-a kapott opioidhelyettesítő kezelést, másik nyolc országban pedig 3–10% között volt ez az arány (3. ábra). A legtöbb országban továbbra is a detoxifikáció az „alapértelmezett” kezelés a büntetés-végrehajtási intézményekbe bekerülő opioidhasználók számára.

<sup>(44)</sup> Ld. a legjobb gyakorlatokról szóló portált.



## 3. fejezet

# Kannabisz

### Bevezetés

Európában a kannabisz a legszélesebb körben elérhető tiltott kábítószer, amelynek behozatala és belföldi előállításuk egyaránt jelentős. Az 1990-es években és a 2000-es évek elején a kannabiszhasználat a legtöbb országban nőtt, bár az egyes országok között továbbra is komoly különbségek vannak. Az elmúlt néhány évben egyre jobban sikerült megismerni a kábítószer hosszú távú, elterjedt használatának közegészségügyi hatásait, és a kannabisszal összefüggő problémák miatti kezelési igények bejelentett szintje is emelkedett. Elképzelhető, hogy Európában most új korszak kezdődik, mivel a normálpopulációs vizsgálatokból és az iskolai felmérésekből származó adatok a kannabiszhasználat stabilizálódására, sőt, akár a csökkenésére is utalnak. Történeti szempontból nézve azonban továbbra is magasak a használati szintek, és a kábítószerekről folyó európai vita egyik legfontosabb megoldatlan kérdése még mindig az, hogy mi lenne hatékony válasz a kannabiszhasználatra.

### Kínálat és hozzáférhetőség

#### Termelés és kereskedelem

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

A kannabisztermesztés Európában elterjedt jelenség, és úgy tűnik, hogy tovább nő. 2008-ban mind a 29 európai adatközlő ország említést tett a kannabisz házilag termesztéséről, ugyanakkor a jelenség mértéke és jellege igen változatosnak tűnik. Mindazonáltal az Európában felhasznált kannabisz jelentős része valószínűleg régió belüli kereskedelem eredménye.

A marihuánát importálják is Európába, többnyire Afrikából (pl. Nigéria, Zöld-foki Köztársaság, Dél-Afrika), ritkábban

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

	Hasis	Marihuána
<b>Becsült globális termelés (tonna)</b>	2 200–9 900	13 300–66 100
<b>Globális lefoglalt mennyiség (tonna)</b>	1 637	6 563
<b>Lefoglalt mennyiség (tonna)</b>		
<b>Az EU és Norvégia</b>	892	60
<b>(Horvátországgal és Törökországgal együtt)</b>	(900)	(92)
<b>Lefoglalások száma</b>		
<b>Az EU és Norvégia</b>	367 400	273 800
<b>(Horvátországgal és Törökországgal együtt)</b>	(368 700)	(288 600)
<b>Átlagos kiskereskedelmi ár (EUR/gramm)</b>		
<b>Tartomány</b>	3–10	3–16
<b>(Interkvartilis tartomány) <sup>(1)</sup></b>	(6–9)	(5–9)
<b>Átlagos erősség (THC-tartalom %)</b>		
<b>Tartomány</b>	3–16	1–10
<b>(Interkvartilis tartomány) <sup>(1)</sup></b>	(6–10)	(5–8)

<sup>(1)</sup> A bejelentett átlagárak középső felének tartománya.  
Megjegyzés: Minden adat 2008-ra vonatkozik.  
Forrás: UNODC (2009, 2010b) a globális értékek esetében, Reitox nemzeti fókuszpontok az európai adatok esetében.

Amerikából, különösen a Karib-szigetektől, a Közel-Keletről (Libanon) és Ázsiából (Thaiföld). Egy friss jelentésben Albániát, Macedónia Volt Jugoszláv Köztársaságot, Moldovát, Montenegrót és Szerbiát is a források között említették (INCB, 2010b).

A hasis (kannabiszgyanta) globális termelését 2008-ban 2200 tonna és 9900 tonna közé becsülték (UNODC, 2009); a jelentések szerint a fő termelő továbbra is Afganisztán és Marokkó volt. Egy nemrég készült felmérés szerint most Afganisztán lehet a világ legnagyobb hasistermelője, ahol a becsült termelés évi 1500 és 3500 tonna között mozog (UNODC, 2010a). Marokkó esetében az utolsó rendelkezésre álló becslés 2005-ben körülbelül 1000 tonnára tette a megtermelt hasis mennyiségét (UNODC és Marokkó kormánya, 2007). Bár az Afganisztánban termelt hasis egy részét Európában értékesítik, ebből a kábítószerből valószínűleg még mindig Marokkó Európa legnagyobb beszállítója. A Marokkóból származó hasist jellemzően az Ibériai-félszigeten és Hollandián keresztül csempészik be Európába.

### Lefoglalások

2008-ban becslések szerint 6563 tonna marihuánát és 1637 tonna hasist foglaltak le világszerte (2. táblázat), ami az előző évhez képest körülbelül 17%-os összesített növekedést jelent (UNODC, 2010b). A lefoglalt marihuána nagy részéért (48%) továbbra is Észak-Amerika felelt, míg a hasisból lefoglalt mennyiség változatlanul Nyugat- és Közép-Európában (57%) koncentrált.

Európában 2008 folyamán becslések szerint 289 000 alkalommal foglaltak le marihuánát, összesen 92 tonna mennyiségben (45). A lefoglalások száma 2003 és 2008 között két és félszeresére emelkedett. A lefoglalt

marihuána mennyisége 2003 óta viszonylag stabil volt, éppen csak meghaladta a 90 tonnát, a 2004–05-ös időszak kivételével, amikor körülbelül 65 tonnára esett vissza (46). A lefoglalások teljes számának nagyjából fele az Egyesült Királysághoz köthető, a 2005–07-es időszakban évi 20 tonna vagy azt meghaladó mennyiségben. 2008-ban rekordmennyiségű lefoglalást jelentettek még Törökországból (31 tonna) és Németországból (9 tonna).

A hasislefoglalások Európában mind a lefoglalások száma, mind a mennyisége terén meghaladták a marihuána lefoglalásait (47). 2008-ban 369 000 hasislefoglalás történt, ezek eredményeként a kábítószerből 900 tonnát koboztak el, ami közel tízszerese a marihuánából lefoglalt mennyiségnek. 2003 és 2008 között a hasislefoglalások száma folyamatosan emelkedett, miközben a lefoglalt mennyiség egy kezdeti visszaesést követően 2006 óta növekvőben volt. 2008-ban a hasislefoglalások teljes számának körülbelül felét és a lefoglalt mennyiség háromnegyedét továbbra is Spanyolországból jelentették, de rekordmennyiségű hasist foglaltak le Franciaországban (71 tonna), Portugáliában (61 tonna) és Olaszországban is (34 tonna).

A marihuánalefoglalások száma 2003 óta növekedett, így 2008-ra az esetek becsült száma elérte a 19 000-et. A lefoglalt mennyiséget az egyes országok vagy a növények számának, vagy a tömegüknek a becslésével jelentik be. A lefoglalt növények száma a 2003-as 1,7 millióról 2007-ben 2,6 millióra emelkedett, majd 2008-ban 1,2 millióra esett vissza (48). A lefoglalt növények tömege az adott időszakban 4,5-szeresére, 2008-ban 43 tonnára nőtt, amelyből Spanyolország jelentett be 24 tonnát, Bulgária pedig 15 tonnát.

### Erősség és ár

A kannabisztermékek erősségét az elsődleges hatóanyag, a  $\Delta^9$ -tetrahidrokannabinol (THC) tartalmuk határozza meg. A kannabisz erőssége országonként és az egyes országokon belül, illetve a különböző kannabisztermékeket tekintve nagyon változó. A kannabisz erősségéről megadott információ többnyire a lefoglalt kannabiszból vett minta igazságügyi szakértői elemzésén alapul. Nem lehet tudni azonban, hogy az elemzett minták mennyiben tükrözik a piac egészét, ezért az erősségre vonatkozó adatok értelmezésekor óvatosnak kell lenni.

### EMCDDA Insights: Az európai kannabisztermelés és a piacok

Az EMCDDA „Insights” sorozata 2011-ben új kiadvánnyal jelentkezik a kannabisztermelés és a piacok témájában. A jelentés számba veszi a kannabisztermékek kínálatát az európai országokban, és megvizsgálja az elérhető terméktípusokat, ezek származását, piaci részesedését és más, a forgalmazáshoz és a piaci struktúrákhoz kapcsolódó kérdéseket. Külön figyelmet fog kapni az európai határokon belül zajló kannabisztermesztés, amely az utóbbi években egyre inkább láthatóvá vált.

(45) Az európai kábítószer-lefoglalásokról ebben a fejezetben említett adatok megtalálhatók a SZR-1 – SZR-6 táblázatban a 2010. évi statisztikai közlönyben.

(46) Ez egyelőre csak előzetes elemzés, mivel az Egyesült Királyságra vonatkozó adatok 2008-ból még nem elérhetők.

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

(48) Ebben az elemzésben nem szerepelnek a Törökország által bejelentett lefoglalások – 2003-ban 31 millió, 2004-ben 20 millió kannabisznövény –, mivel az ezt követő évek esetében nincsenek adatok a lefoglalt mennyiségekről.

2008-ban a hasisminták THC-tartalmának bejelentett átlaga 3–16% között volt. A marihuána átlagos erőssége (lehetőség szerint kizárva a sinsemillát – a marihuána legerősebb formáját) 1% és 10% között mozgott. A sinsemilla átlagos erősségéről csak néhány országból számoltak be: ez mindig magasabb volt az importált marihuánánál, és a norvégiai 12%-os, valamint a Hollandiában és az Egyesült Királyságban mért, a 16%-ot is némileg meghaladó mérték között mozog. A 2003–08 közötti időszakban a hasis átlagos erőssége az elegendő adatot bejelentő 11 országban különbözőképpen alakult; mindeközben a marihuána erőssége hat adatközlő országban emelkedett, négyben csökkent. A helyileg termesztett marihuána erősségére vonatkozó információ többéves viszonylatban csak Hollandiából áll rendelkezésre, ahol a „nederwiet” átlagos erősségében csökkenést tapasztaltak: a 2004-es 20%-os csúcshoz képest 2007-ben és 2008-ban 16%-ra csökkent<sup>(49)</sup>.

A hasis átlagos kiskereskedelmi ára 2008-ban grammonként 3–10 euró között mozgott a 17 adatközlő országban, de 12 országból 6–9 euró közötti értékeket jelentettek. A marihuána átlagos kiskereskedelmi ára az információt közlő 16 országban grammonként 3–16 euró között volt, de tíz országból 5 és 9 euró közé eső árat jelentettek. A hasis esetében az átlagos kiskereskedelmi ár csökkent vagy stabil maradt az összes, a 2003–08 közötti időszakra vonatkozó adatokkal rendelkező országban, Belgium és Ausztria kivételével, ahol nőtt. A marihuánáról rendelkezésre álló adatok ugyanebben az időszakban stabil vagy emelkedő árat mutattak Európa-szerte, csökkenő tendenciát csak Magyarországról és Törökországból jelentettek.

## Előfordulás és használati minták

### Kannabiszhasználat az általános népesség körében

Konzervatív becslések szerint a kannabiszt körülbelül 75,5 millió európai használta életében legalább egyszer (életprevalencia), ami a 15–64 éves korosztály több mint egyötödét jelenti (az adatok összefoglalását lásd a 3. táblázatban). Az országok között komoly különbségek vannak, 1,5% és 38,6% között változó országos előfordulási számadatokkal, mindazonáltal a legtöbb országból 10–30% közötti becsült prevalenciát jelentettek.

Becslések szerint az elmúlt évben 23 millió európai használt kannabiszt, avagy átlagosan az összes 15–64 év közötti lakos 6,8%-a. Az előző havi használat

### Az illegális kannabisztermesztésből származó bevétel és nyereség

A rendőrség által készített becslések szerint a 2008-ban lefoglalt kannabisznövények Belgiumban 70 millió eurós, az Egyesült Királyságban 76 millió eurós forgalmat képeztek volna (NPIA, 2009), Németországban pedig 36 millió és 61 millió euró közötti nagykereskedelmi profitot termeltek volna. A kereskedelmi célú illegális kannabisztermelést azonban nehéz felmérni, mivel a fenti számadatok csak a lefoglalt kannabisznövényekre vonatkoznak. A nyereség felbecsüléséhez sok más változót is számításba kell venni.

A kereskedelmi célú illegális kannabisztermelésből származó bevétel számos tényezőtől függ: többek között az ültetvény méretétől, a tövek számától, a tövenkénti átlagos hozamtól és a betakarítások éves számától. Sűrűn ültetett növények és gyakori betakarítás esetén általában csökken a tövenként elérhető terméshozam. A keletkező bevétel attól is függ, hogy a termést a kis- vagy nagykereskedelmi piacokon értékesítik, mivel a kiskereskedelmi piacokon általában magasabbak az árak.

A kereskedelmi célú illegális kannabisztermelés beltéri ültetvények esetén a következő költségekkel jár: a telephely, vetőmag vagy növényállomány, talaj vagy ásványgyapot, tápoldatok, lámpák és szivattyúk, eszközök és szellőztetés, illetve a munkaerő költsége. Amennyiben az elektromos áramot nem illegálisan vételezik, ez is komoly tétel a termelési költségekben.

Az illegális kannabiszültetvényekből származó bevétel és nyereség kiszámítása érdekében a holland bűnüldöző szervek műszaki szabványokat dolgoztak ki, és ezeket rendszeresen aktualizálják. Belgiumban és az Egyesült Királyságban szintén folyamatban van az új módszerek kidolgozása.

előfordulásának becslései a rendszeresebb szerhasználókat tartalmazzák, bár ez nem feltétlenül jelent napi szintű vagy intenzív használatot. Becslések szerint körülbelül 12,5 millió európai, azaz a teljes 15–64 év közötti lakosság átlagosan kb. 3,7%-a használta a kábítószerrel az előző hónapban.

### Kannabiszhasználat a fiatal felnőttek körében

A kannabiszhasználat nagyrészt a fiatalok (15–34 évesek) körében koncentrálódik, ezen belül az elmúlt évi használat legmagasabb előfordulását általában a 15–24 évesek köréből jelentik. Ez valamennyi jelentéstevő országra igaz, Portugália kivételével<sup>(50)</sup>.

A populációs felmérések adatai azt mutatják, hogy a fiatal európai felnőttek (15–34 évesek) átlagosan 31,6%-a próbálta már a kannabiszt, 12,6%-uk használta az elmúlt évben és 6,9%-uk használta az előző

<sup>(49)</sup> Az erősségre és az árra vonatkozó adatokat ld. a PPP-1 és a PPP-5 táblázatban a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(50)</sup> Ld. a GPS-1 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.



hónapban. A becslések szerint a 15–24 éves korcsoportban még ennél is magasabb azoknak az aránya, akik az elmúlt évben (16%) vagy az elmúlt hónapban (8,4%) kannabiszt használtak. A kannabiszhasználat előfordulására vonatkozó országos becslések országonként igen változatosak a prevalencia összes mérését tekintve, például az elmúlt évi használat becsült előfordulása a fiatal felnőttek körében a skála felső végén található országokban több mint harmincszorosa a legalacsonyabb prevalenciájú országokban mértnek.

A kannabiszhasználat a fiatal férfiak körében általában gyakoribb, mint a nőknél, az elmúlt évi kannabiszhasználatról nyilatkozó fiatal felnőtteket tekintve például a férfiak és a nők aránya a portugáliai 6,4:1 (férfi-nő) és a bulgáriai 1,4:1 között mozgott <sup>(51)</sup>.

A kannabiszhasználat különösen nagy arányú a fiatalok bizonyos csoportjai körében, például az éjszakai klubok, szórakozóhelyek és zenei események rendszeres látogatóinál (Hoare, 2009). A közelmúltban Csehországban, Ausztriában és az Egyesült Királyságban elektronikus zenés-táncos helyszíneken végzett célzott felmérések azt jelezték, hogy a válaszadók több mint 80%-a használt már kannabiszt, ami sokkal magasabb arányt jelent, mint a fiatal felnőttek körében mért európai átlag (Measham és Moore, 2009).

### Kannabiszhasználat a diákok körében

A négyévente elvégzett ESPAD felmérés összehasonlítható adatokat közöl a 15–16 éves európai diákok körében előforduló alkohol- és kábítószer-használatról (Hibell és mások, 2009). A felmérést 2007-ben 25 EU-tagállamban, valamint Norvégiában és Horvátországban végezték el. Emellett 2008-ban országos szintű iskolai felmérést végeztek Spanyolországban, Olaszországban, Svédországban és az Egyesült Királyságban, Belgiumban (flamand közösség) pedig regionális iskolai felmérésre került sor.

A 2007-es ESPAD felmérés és a 2008-as országos iskolai felmérések adataiból kitűnt, hogy a kannabiszhasználat életprevalenciája a 15–16 éves diákok körében Csehországban a legmagasabb (45%), de Észtországból, Franciaországból, Hollandiából, Szlovákiából és az Egyesült Királyságból is 26–32% közötti prevalenciaszinteket jelentettek. A kannabiszhasználat esetében 15 országból jelentettek 13% és 25% közötti életprevalenciát. A legalacsonyabb (10% alatti) szintekről Görögországból, Ciprusról, Romániából, Finnországból,

Svédországból és Norvégiából számoltak be. A kannabiszhasználat esetében tapasztalt nemek közötti különbség a diákok körében még kevésbé markáns, mint a fiatal felnőtteknél. A diákok körében előforduló kannabiszhasználatot tekintve a férfi-nő arány Spanyolországban és az Egyesült Királyságban közel azonos volt, míg Cipruson, Görögországban, Lengyelországban és Romániában elérte vagy meghaladta a 2:1 arányt <sup>(52)</sup>.

### Nemzetközi összehasonlítások

Az európai számadatokat a világ más részeiről származókkal is össze lehet hasonlítani. Kanadában például a kannabiszhasználat életprevalenciája a fiatal felnőttek körében 53,8%, az éves prevalencia pedig 24,1%. Az Egyesült Államokban a SAMHSA (2008) a kannabiszhasználat életprevalenciáját 49%-ra, az éves prevalenciát 21,5%-ra becsülte (16–34 évesek, az EMCDDA-nál átszámítva), Ausztráliában (2007) pedig 47%, illetve 16% ez az arány a 14–39 évesek körében. Ezek a számok kivétel nélkül meghaladják az európai átlagokat, azaz a 31,6%-ot, illetve a 12,6%-ot.

A diákok körében Csehország, Spanyolország, Franciaország és Szlovákia számolt be a kannabiszhasználat olyan szintű életprevalenciájáról, amely összemérhető az Egyesült Államokból és Ausztráliából jelzettekkel <sup>(53)</sup>.

### A kannabiszhasználat tendenciái

Az 1998 és 2008 közötti időszakban az elegendő adatot közlő 15 ország esetében három fő tendenciát lehetett megfigyelni a felnőttek kannabiszhasználatára terén (4. ábra). A fiatal felnőttek körében mért elmúlt évi kannabiszhasználatot tekintve öt ország (Bulgária, Görögország, Magyarország, Finnország, Svédország) számolt be alacsony (9% alatti) és viszonylag stabil előfordulási szintekről. Hat országból (Dánia, Németország, Spanyolország, Franciaország, Hollandia, Egyesült Királyság) magasabb előfordulást jelentettek, de az utóbbi években stabil vagy csökkenő szintekkel. Négy másik országból (Csehország, Észtország, Olaszország, Szlovákia) szintén magasabb szintű kannabiszhasználatot jelentettek a fiatal felnőttek körében, de az utóbbi években emelkedő tendenciával.

Ha a fiatal felnőttek körében előforduló kannabiszhasználat frissebb tendenciáit vizsgáljuk, a 2003–08 közötti időszakban ismételt felmérésekkel

<sup>(51)</sup> Ld. a GPS-4 (iii. rész) és (iv. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(52)</sup> Ld. az EYE-20 (ii. rész) és (iii. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(53)</sup> Ld. az EYE-1 (xii. rész) ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

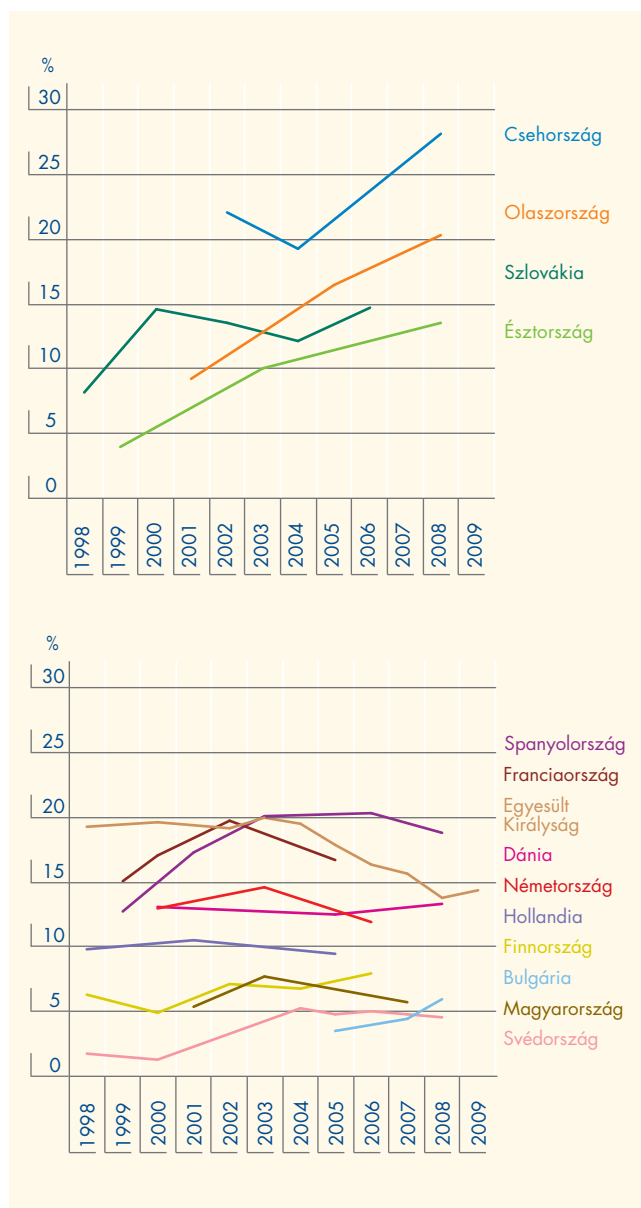
**3. táblázat: A kannabiszhasználat előfordulása az általános népességben – az adatok összefoglalása**

Korcsoport	A használat időszaka		
	Élete folyamán	Az elmúlt évben	Az elmúlt hónapban
<b>15–64 évesek</b>			
A szerhasználók becsült száma Európában	75,5 millió	23 millió	12,5 millió
Európai átlag	22,5%	6,8%	3,7%
Tartomány	1,5–38,6%	0,4–15,2%	0,1–8,5%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (1,5%) Málta (3,5%) Ciprus (6,6%) Bulgária (7,3%)	Románia (0,4%) Málta (0,8%) Görögország (1,7%) Svédország (1,9%)	Románia (0,1%) Málta, Svédország (0,5%) Görögország, Lengyelország (0,9%) Litvánia, Magyarország (1,2%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Dánia (38,6%) Csehország (34,2%) Olaszország (32,0%) Egyesült Királyság (31,1%)	Csehország (15,2%) Olaszország (14,3%) Spanyolország (10,1%) Franciaország (8,6%)	Csehország (8,5%) Spanyolország (7,1%) Olaszország (6,9%) Franciaország (4,8%)
<b>15–34 évesek</b>			
A szerhasználók becsült száma Európában	42 millió	17 millió	9,5 millió
Európai átlag	31,6%	12,6%	6,9%
Tartomány	2,9–53,3%	0,9–28,2%	0,3–16,7%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (2,9%) Málta (4,8%) Ciprus (9,9%) Görögország (10,8%)	Románia (0,9%) Málta (1,9%) Görögország (3,2%) Ciprus (3,4%)	Románia (0,3%) Svédország (1,0%) Görögország (1,5%) Lengyelország (1,9%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Csehország (53,3%) Dánia (48,0%) Franciaország (43,6%) Egyesült Királyság (40,5%)	Csehország (28,2%) Olaszország (20,3%) Spanyolország (18,8%) Franciaország (16,7%)	Csehország (16,7%) Spanyolország (13,4%) Olaszország (9,9%) Franciaország (9,8%)
<b>15–24 évesek</b>			
A szerhasználók becsült száma Európában	19,5 millió	10 millió	5,5 millió
Európai átlag	30,9%	16,0%	8,4%
Tartomány	3,7–58,6%	1,5–37,3%	0,5–22,4%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (3,7%) Málta (4,9%) Ciprus (6,9%) Görögország (9,0%)	Románia (1,5%) Görögország, Ciprus (3,6%) Svédország (4,9%) Portugália (6,6%)	Románia (0,5%) Görögország, Svédország (1,2%) Ciprus (2,0%) Lengyelország (2,5%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Csehország (58,6%) Franciaország (42,0%) Dánia (41,1%) Németország (39,0%)	Csehország (37,3%) Spanyolország (24,1%) Olaszország (22,3%) Franciaország (21,7%)	Csehország (22,4%) Spanyolország (16,9%) Franciaország (12,7%) Olaszország (11,0%)
Az európai előfordulásra vonatkozó becslések a 2001 és 2008/09 között (többnyire 2004–08 között) elvégzett legfrissebb országos felmérésekből kapott súlyozott átlagokon alapulnak, ezért ezeket nem lehet egy konkrét évhez kapcsolni. Az Európára vonatkozó átlagos előfordulást az egyes országokban az adott korcsoportba tartozó népességnek megfelelően súlyozott átlaggal számították ki. Azokban az országokban, ahonnan semmilyen információ nem állt rendelkezésre, az átlagos uniós előfordulással számoltak. Az alapul vett populációk: 15–64 (334 millió), 15–34 (133 millió) és 15–24 (63 millió). Az itt összefoglalt adatok a „Normálpopulációs felmérések” részben találhatóak a 2010. évi statisztikai közlönyben.			

rendelkező 12 ország közül a többség stabil helyzetről számolt be (Dánia, Németország, Spanyolország, Magyarország, Svédország, Finnország, Egyesült Királyság). Ebből az időszakból 5 ország jelezte

a kannabiszhasználat megnövekedését; legalább 2 százalékponttal nőtt Bulgáriában, Észtországban és Szlovákiában, és körülbelül 8 százalékponttal Csehországban és Olaszországban.

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



Megjegyzés: További információért ld. a GPS-4 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti jelentések (2009), amelyek populációs felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

A diákok körében előforduló kannabiszhasználat időbeli tendenciáit tekintve 1995 és 2007 között Európa-szerte hasonló mintákat figyeltek meg (EMCDDA, 2009a). 7 országból, többnyire Európa északi vagy déli részéről (Görögország, Ciprus, Málta, Románia, Finnország, Svédország, Norvégia) a kannabiszhasználat

összességében stabil és alacsony életprevalenciáját jelezték az egész időszak folyamán. A legtöbb nyugati országban, valamint Horvátországban és Szlovéniában, ahol a kannabiszhasználat életprevalenciája 2003-ig magas vagy határozottan növekvő volt, 2007-ben csökkenést vagy stabilizálódást figyeltek meg. E 11 ország közül 9-ből jelezték csökkenést, 2-ből stagnálást. Más a helyzet Közép- és Kelet-Európa nagy részén, ahol az 1995 és 2003 között megfigyelt növekvő tendencia most kezd kiegyenlítődni. Ebben a régióban 2003 és 2007 között 6 országból jelentettek stabil helyzetet, 2-ből pedig növekedést.

3 olyan ország, ahol 2008-ban iskolai felmérést végeztek (Belgium – flamand közösség, Svédország és az Egyesült Királyság), a 2007-ben bejelentetthez képest a kannabiszhasználat stabil vagy alacsonyabb életprevalenciájáról számolt be, Spanyolországból pedig több mint 3 százalékpontos csökkenést jelentettek. Az Egyesült Államokból és Ausztráliából származó iskolai felmérési adatok szintén csökkenő tendenciát jeleznek, amit először 1999-ben Ausztráliában figyeltek meg<sup>(54)</sup>.

#### A kannabiszhasználat mintái

A rendelkezésre álló adatok a kannabiszhasználat változatos mintáira utalnak, a kipróbálás szintű használattól egészen a függőségig. Sokan mindössze 1 vagy 2 alkalommal használják az anyagot, mások alkalmasszerűen vagy egy behatárolható időszakban élnek vele. Azok közül a 15–64 évesek közül, akik használtak már kannabiszt, az elmúlt évben 30% használta<sup>(55)</sup>. Azoknak viszont, akik az elmúlt évben használták a kábítószer, átlagosan a fele az elmúlt hónapban is használta.

13 európai ország mintája alapján, amely az Európai Unióban és Norvégiában élő felnőtt népesség 77%-ának felel meg, az adatok azt mutatják, hogy abból a 12,5 millióra becsült európai lakosból, akik az elmúlt hónapban használtak kannabiszt, körülbelül 40% az említett hónap 1–3 napján fogyasztotta a kábítószer, nagyjából egyharmaduk 4–19 napon és egynegyedük 20 vagy több napon. Ezekből az adatokból úgy becsülhető, hogy az európai felnőttek több mint 1%-a, körülbelül 4 millió ember használ kannabiszt naponta vagy majdnem minden nap. E kannabiszhasználók többsége, körülbelül 3 millió fő 15 és 34 év közötti, ami ebben a korcsoportban az európai népesség nagyjából 2–2,5%-át jelenti<sup>(56)</sup>. A napi szintű vagy majdnem

<sup>(54)</sup> Ld. az EYE-1 (xii. rész) ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(55)</sup> Ld. a GPS-2 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(56)</sup> Az európai átlagok az adatokkal rendelkező országokra vonatkozó (népesség szerint) súlyozott átlagon alapuló becslések; az adatokkal nem rendelkező országok esetében ezekkel számoltak. Az így kapott szám adatok: az összes felnőtt (15–64 évesek) 1,2%-a és a fiatal felnőttek (15–34 évesek) 2,3%-a. Ld. a GPS-10 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

mindennapos kannabiszhasználat előfordulása a férfiaknál nagyjából négyszer olyan gyakori lehet, mint a nőknél.

A 15-16 évesek körében végzett ESPAD felmérésben adatot közlő országok közül tíz európai országból jelentették, hogy viszonylag magas (5-12%) azoknak a fiú diákoknak az aránya, akik 40 vagy több alkalommal használtak kannabiszt. Ez az arány legalább kétszerese volt a lány diákok körében mértnek. A legtöbb ilyen ország azt is jelezte, hogy a válaszadók 5-9%-a 13 évesen vagy fiatalabb korban kezdte

### Kockázati tényezők a kannabiszhasználat megkezdése és a függőség szempontjából

A kutatók azt próbálták felderíteni, hogy egyes kannabiszhasználók miért válnak függővé, míg mások nem. Egyik megállapításuk az volt, hogy a kannabiszhasználat elkezdésével összefüggő tényezők gyakran nem ugyanazok, mint amelyek a problémás használat és a kannabiszfüggőség kialakulásához vezetnek. Néhány külső tényező (a társak drogfogyasztása és a kannabisz hozzáférhetősége) és az egyénhez kapcsolódó tényezők (pl. a jövőbeni drogfogyasztással szembeni pozitív attitűd) kifejezetten a kannabiszhasználat megkezdésével függenek össze (Von Sydow és mások, 2002). Néhány másik tényező – változó mértékben – a kannabiszfogyasztás megkezdésével és a kannabiszfüggőséggel egyaránt összekapcsolható. Ezek közé tartoznak a genetikai tényezők (Agrawal és Lynskey, 2006), az olyan egyéni tényezők, mint a férfi nem, a mentális egészségügyi rendellenességek és az egyéb szerek használata (alkohol, dohányzás és mások). A családi tényezők, például az anyával való rossz kapcsolat, vagy ha valaki szülők nélkül nő fel, szintén összefügg a kannabiszhasználat megkezdésével, a kannabiszfüggőséggel kapcsolható össze viszont a szülők válása vagy szétköltözése és valamelyik szülő halála a gyermek 15 éves kora előtt (Coffey és mások, 2003; Swift és mások, 2008; Von Sydow, 2002).

A kifejezetten a függőség kialakulásával összefüggő tényezők közé tartoznak a kannabiszfogyasztás intenzív vagy kockázatos mintái, a tartós használat és a korai kezdés. Azoknál a személyeknél, akik a korai (14-16 éves korban történt) kannabiszhasználat alkalmával pozitív hatásokat tapasztaltak (pl. boldogság, nevetés), nagyobb a kannabiszfüggőség kialakulásának veszélye az élet későbbi szakaszában. A függőség kialakulásához kapcsolható még különböző pszichológiai és mentális egészségügyi tényezők (köztük az alacsony önbecsülés és megküzdési képességek), illetve szociális-gazdasági tényezők (köztük az alacsony társadalmi-gazdasági státusz és a rossz pénzügyi helyzet) (Coffey és mások, 2003; Fergusson és mások, 2003; Swift és mások, 2008; Von Sydow, 2002).

a kannabiszhasználatot. Ez a csoport aggodalomra ad okot, hiszen a használat korai elkezdése összefüggésbe hozható a kábítószer-fogyasztás intenzív és problémás formáinak későbbi kialakulásával.

Egyre inkább elismerést nyer, hogy a rendszeres kannabiszhasználat lehetséges következményei közé tartozik a függőség, akár a fiatalabb használók körében is<sup>(57)</sup>. A kannabiszfüggőség súlyossága és következményei azonban kevésbé tűnhetnek komolyoknak, mint azok, amelyeket általában összekapcsolnak az egyéb pszichoaktív anyagok (pl. heroin vagy kokain) némelyikével. A kannabiszfüggőség kialakulása emellett fokozatosabb is lehet, mint néhány más kábítószer esetében (Wagner és Anthony, 2002). A jelentések szerint azoknak a függő kannabiszhasználóknak a fele, akik le tudtak szokni a drogról, erre kezelés nélkül volt képes (Cunningham, 2000). Néhány kannabiszhasználó azonban – különösen az erős fogyasztók – problémákat tapasztalhatnak, noha nem szükségszerűen teljesítik a függőség klinikai kritériumait<sup>(58)</sup>.

A kannabiszhasználatot összefüggésbe hozták a veszélyeztetett vagy szociálisan hátrányos helyzetű csoportokhoz való tartozással, amilyen például az iskolából idő előtt lemorzsolódók, az „iskolakerülők”, a gondozó intézményekben nevelt gyermekek, a fiatalok elkövetők és a gazdaságilag rosszabb helyzetű környékeken élő fiatalok csoportja (EMCDDA, 2008c). A kannabisz ugyanakkor más szerek használatával is összefügg. Azok a fiatal felnőttek (15-34 évesek) például, akik az elmúlt évben rendszeres vagy erős alkoholfogyasztásról számoltak be, az átlagpopulációhoz képest kétszer-hatszor nagyobb valószínűséggel jelezték a kannabisz használatát. És bár a kannabiszhasználók többsége nem használ más tiltott kábítószereket, ennek valószínűsége mégis nagyobb a körükben, mint az átlagpopulációban. A serdülőkorú kannabiszhasználók emellett a dohányzás kétszer-háromszor nagyobb arányú előfordulásáról számoltak be a 15-16 éves iskolai átlagnépességgel összehasonlítva.

Néhány kannabiszhasználó a használat kockázatosabb mintáival is megpróbálkozik, például nagyon magas THC-tartalmú kannabiszt használ, vagy nagy mennyiséget, és vízpipából („bong”) szívja el „joint” helyett. Ezek a szerhasználók általában több egészségügyi problémáról számolnak be, a függőséget is beleértve (Chabrol és mások, 2003; Swift és mások, 1998).

<sup>(57)</sup> Ld. a „Kockázati tényezők a kannabiszhasználat megkezdése és a függőség szempontjából” című keretes írást.

<sup>(58)</sup> Ld. „A kannabiszhasználat káros egészségügyi hatásai” című keretes írást.

## Kezelés

### Kezelés iránti igény

A kannabisz a 2008-ban 27 országból közül összesen kezelésbe lépő (körülbelül 85 000 kliens) körülbelül 21%-ánál szerepelt elsődleges kábítószerként, ezáltal a heroin után ez volt a második leggyakrabban megnevezett kábítószer. A kezelésbe lépők körében az elsődleges kannabiszhasználók aránya 5%-nál alacsonyabb volt Bulgáriában, Észtországban, Litvániában, Luxemburgban és Szlovéniában, ellenben a 30%-ot is meghaladta Dániában, Németországban, Franciaországban, Magyarországon és Hollandiában. A kannabiszhasználó kliensek többsége járóbeteg-ellátásban kezdi meg a kezelést <sup>(59)</sup>.

Ezek a különbségek a kannabisz és más kábítószeres használatának prevalenciájával, a kezelési igényekkel, a kezelés biztosításával és szervezeti formájával, illetve a beutalás terén uralkodó gyakorlatokkal magyarázhatók. Ha a kannabiszhasználó kliensek legnagyobb arányával rendelkező két ország egyikét tekintjük (Franciaország), a konzultációs központok a fiatal kábítószer-használókat célozzák meg, a másokban pedig (Magyarország) a kannabiszhasználó elkövetőknek a kezelést a büntetés alternatívájaként kínálják fel. A büntető igazságszolgáltatás mindkét országban jelentős szerepet játszik a kezelésre való beutalásban, de a tagállamok összességében arról számoltak be, hogy Európában a kezelést megkezdő kannabiszhasználók többsége saját kezdeményezéséből jelentkezik. A kezelésre jelentkezhetnek olyan szerhasználók is, akiknél más betegségek, például mentálhigiénés problémák állnak a háttérben, és ezekre máshol nem találnak megfelelő kezelést (Zachrisson és mások, 2006).

A kannabiszhasználó kliensek közül sokan jelzik az alkohol vagy más kábítószeres használatát. Egy 14 országban elvégzett adatgyűjtés alapján 65%-uk fogyaszt más kábítószer, többnyire alkoholt vagy kokaint, illetve egy részük alkoholt és kokaint is használ (EMCDDA, 2009d). A járó betegként kezelt kábítószer-használó kliensek 24%-a nyilatkozott úgy, hogy másodlagos kábítószerként kannabiszt használ <sup>(60)</sup>.

### A kábítószer miatti új kezelési igények alakulása

Az adatokkal rendelkező 18 országban az első alkalommal kezelésbe lépők körében 2003 és 2007 között kb. 23 000-ről 35 000-re emelkedett az elsődleges

kannabiszhasználók száma, majd 2008-ban valamelyest visszaesett, 33 000-re. 2005-től és 2006-tól kezdve 13 ország számolt be az új kannabiszhasználó kliensek számának csökkenéséről <sup>(61)</sup>. Ez tükrözheti a kannabiszhasználat közelmúltbeli csökkenését, de összefügghet a szolgáltatási kapacitás telítettségével vagy más szolgáltatások (pl. egészségügyi alapellátás, mentálhigiéniai gondozás) igénybevételével is.

### A kliensek jellemzése

A járóbeteg-ellátásban elsődleges kannabiszhasználat miatt kezelésbe lépő kliensek többnyire fiatal férfiak; a nemek arányát tekintve minden nőre 5 férfi kliens jut, az átlagéletkor pedig 25 év. A járóbeteg-kezelést első alkalommal megkezdő kábítószer-használók körében elsődleges kannabiszhasználatról a 15–19 évesek 69%-a, a 15 évesnél fiatalabbak 83%-a számolt be <sup>(62)</sup>.

Összességében a járóbeteg-kezelést megkezdő elsődleges kannabiszhasználók 22%-a alkalmi szerhasználó (vagy a kezelést megelőző hónapban nem használta a kábítószer), akiket sok esetben valószínűleg a büntető igazságszolgáltatás utal be; 11% hetente vagy ritkábban használja a kannabiszt; körülbelül 17% heti 2–6 alkalommal használja; 50% számít mindennapi használónak, egyben ők jelentik a legproblémásabb csoportot. Az országok között jelentős különbségeket lehet megfigyelni. Magyarországon, Romániában és Horvátországban a kannabisz miatt kezelt kliensek több mint fele alkalmi szerhasználó, ezzel szemben Belgiumban, Bulgáriában, Dániában, Írországon, Spanyolországban, Franciaországban, Máltán és Hollandiában 50%-nál több közöttük a napi szintű szerhasználó <sup>(63)</sup>.

### Kezelési szolgáltatások

A kannabiszhasználók részére biztosított kezelés Európában intézkedések széles körét fogja össze, köztük az internet alapú kezelést, a tanácsadást, a szervezett pszichoszociális beavatkozásokat és a bentlakásos formában nyújtott kezelést. Ezen a területen gyakran átfedés is van a célzott megelőzéssel, az ártalomcsökkentéssel és a kezelést szolgáló beavatkozások között (lásd a 2. fejezetet).

Franciaországban az ifjúsági tanácsadó központok hálózata – az úgynevezett kannabiszklubok – biztosít szolgáltatásokat, a kábítószer-használat súlyosságától függően változó időtartammal és módszerrel. 2007-ben

<sup>(59)</sup> Ld. a TDI-2 (ii. rész) ábrát és a TDI-5 (ii. rész) és a TDI-24 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(60)</sup> Ld. a TDI-22 (i. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(61)</sup> Ld. a TDI-1 ábrát és a TDI-3 (iv. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(62)</sup> Ld. a TDI-10 (iii. rész) és (iv. rész) és a TDI-21 (ii. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(63)</sup> Ld. a TDI-18 (ii. rész) és a TDI-111 (viii. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

a 274 tanácsadó központ közül 226 bevonásával felmérést végeztek, amelyben a járó betegek 47%-át diagnosztizálták alkalmi szerhasználónak, a függőség vagy visszaélés tünete nélkül, és közülük körülbelül 30% nem részesült további tanácsadásban (Obradovic, 2009). A tanácsadás kezdetén függőséggel vagy visszaéléssel diagnosztizált 53%-ból viszont közel 80%-nak további tanácsadást kínáltak fel, és a többiek legnagyobb részét kezelési központokba irányították. A második tanácsadó

### A kannabiszhasználat káros egészségügyi hatásai

A közelmúltban több áttekintés foglalkozott a kannabiszhasználatához kapcsolódó káros egészségügyi hatásokkal (EMCDDA, 2008a; Hall és Degenhardt, 2009). Ezek között vannak akut hatások, mint a szorongás, pánikreakció és pszichotikus tünetek, amelyekről gyakran a szert első alkalommal használók számolnak be. Jelentős részben az ilyen hatások felelnek a kábítószerrel összefüggő kórházi sürgősségi ellátás iránti igényekért abban a néhány országban, ahol ezt nyomon követik. Úgy tűnik, hogy a kannabiszhasználat a közlekedési balesetben való érintettség valószínűségét is két-háromszorosára növeli (EMCDDA, 2008b).

A kannabiszfogyasztásnak krónikus hatásai is lehetnek, amelyek közvetlenül összefügghetnek a használati mintákkal (gyakoriság és mennyiség). Ezek közé tartozik a kannabiszfüggőség, de a krónikus bronchitis és más légzőszervi betegségek is. A várandósság alatti kannabiszhasználat a születési súly csökkenéséhez vezethet, de úgy tűnik, születési rendellenességeket nem okoz. A kannabiszhasználat összefüggése a depresszióval és az öngyilkossággal továbbra is bizonytalan.

Ugyancsak tisztázatlan a kannabisz hatása a kognitív teljesítményre és ennek visszafordíthatósága. A serdülőkori rendszeres kannabiszhasználat hátrányosan hathat a fiatal felnőttek mentális egészségére, a pszichotikus tünetek és rendellenességek bizonyítottan nagyobb kockázatával, amely a használat gyakoriságával együtt nő (Hall és Degenhardt, 2009; Moore és mások, 2007).

Bár a kannabiszhasználattal járó egyéni kockázat kisebbnek tűnik a heroinhoz vagy a kokainhoz tartozónál, egészségügyi problémák azért vannak, és a használat magas előfordulásából eredően a kannabisznak jelentős népegészségügyi hatásai lehetnek. Külön figyelmet kell fordítani a serdülők és a mentális egészségügyi problémákkal rendelkezők kannabiszfogyasztására. Aggodalomra ad okot a rendszeres kannabiszhasználat, a hosszú ideig tartó használat, a járművezetés vagy más, potenciálisan veszélyes tevékenységek közbeni használat.

ülésein megjelenő kliensek fele a kannabiszhasználat csökkenéséről számolt be. Ez gyakrabban fordult elő a kezelésre önként jelentkező vagy egészségügyi szakemberek által beutalt klienseknél, míg az igazságszolgáltatási rendszerből beutaltak nagyobb valószínűséggel morzsolódtak le néhány ülés után.

Magyarországon a büntetőper alternatívájaként az igazságszolgáltatási rendszer az erre jogosult kábítószerhasználó elkövetőket „preventív tanácsadó szolgálathoz” (elterelésre) utalhatja be, a súlyosabb eseteket pedig speciális kezelési létesítményekbe. A büntető igazságszolgáltatási rendszer által beutalt szerhasználóknak – akik az összes kannabiszhasználó kliens kb. 85%-át jelentik – hat hónapon keresztül legalább kéthetente egyszer részt kell venniük a kezelésen vagy pszichoszociális tanácsadáson, és csak így kaphatják meg a felmentő igazolást. Ellenkező esetben büntetőper elé nézhetnek.

Németország, Hollandia és az Egyesült Királyság internet alapú kezelést kínál a kannabiszhasználatra, hogy megkönnyítse a kezeléshez való hozzáférést az olyan szerhasználóknak, akik nehezen kérnek segítséget a kábítószerre szakosodott kezelési rendszerben. Az online kezelési beavatkozások között szerepel egy önértékelő program, a tanácsadókkal való kapcsolatfelvétel nélkül, illetve egy strukturált program, amelyhez a menetrendszerű kapcsolattartás is hozzátartozik (lásd EMCDDA, 2009b). Hollandiában most dolgoznak az erre a területre vonatkozó minőségi tanúsítványon és útmutatón.

Hollandiából ezenkívül egy újszerű családi motivációs beavatkozás értékeléséről is beszámoltak, amely a frissen kialakult skizofréniával rendelkező kannabiszhasználóknak szól. A beavatkozás célja a kannabiszhasználat csökkentése, a gyógyszerelési utasítások jobb betartása és a szülő-gyermek viszonyok javítása ebben a csoportban. A 3 hónap elteltével kapott előzetes eredmények a kannabiszhasználat jelentős csökkenését jelzik a szokásos pszichológiai oktatáshoz képest, ugyanakkor a többi kimeneti változóban nem volt eltérés.

### A kannabiszhasználók kezeléséről szóló friss vizsgálatok

A kannabiszhasználóknak szóló célzott beavatkozások hatékonyságát viszonylag kevés vizsgálatban értékelték (Levin és Kleber, 2008), a kezelési igények növekvő száma ellenére. A gyógyszerterápiás és a pszichoszociális beavatkozásokról egyaránt készültek kutatások, az eredmények azonban nem meggyőzőek.

Egy nemrég publikált randomizált kontrollcsoportos kísérletben a motivációs interjú hatékonyságát vizsgálták a kábítószerokról szóló felvilágosítással és tanácsadással összehasonlítva, és a kannabiszhasználatban nem találtak érdemi különbséget (McCambridge és mások, 2008). Azt is megállapították, hogy az orvos hatása is befolyásolhatja az abbaahagyás mértékét, ami viszont behatárolja a beavatkozások áthelyezhetőségét. Az ezen a területen készült európai tanulmányokban felmérték a sokdimenziós családterápia (INCANT), a motiváció erősítése, a kognitív viselkedésterápia és a pszichoszociális problémamegoldás (CANDIS), valamint az internet alapú kezelés hatékonyságát.

A közelmúltban két tanulmány jelent meg a kannabiszfüggőség gyógyszeres terápiájáról, de egyik sem számolt be jelentős eredményekről. Hollandiában egy randomizált kontrollcsoportos kísérletben egy szerotonin-visszavétel gátló (olanzapin) és egy dopamin-antagonista (riszperidon) hatásait hasonlították össze pszichotikus társbetegségekkel rendelkező betegeknél (van Nimwegen és mások, 2008). Az Egyesült Államokban egy előzetes vizsgálat egy antidepresszáns (nefazodon), egy dopamin-visszavétel gátló (elnyújtott felszabadulású bupropion) és egy placebo által a kannabiszhasználók szerhasználatára és megvonási tüneteire gyakorolt hatásokat hasonlította össze (Carpenter és mások, 2009).

### A gyakorlatba átültetett tudomány a drogfogyasztók kezelésében

A kábítószer-fogyasztók kezelésében a tudományosan tesztelt módszereket sokszor csak lassan ültetik át a klinikai gyakorlatba. Ezt a tudomány és a gyakorlat között fennálló szakadékot példázza, hogy az opioidhelyettesítő kezelés sok európai országban korlátozottan biztosított, vagy hogy a viselkedésben elért változásokat jutalmazó módszert csak ritkán alkalmazzák a kokainfüggőség kezelésében. Ezt többek között az alábbi okokkal szokták magyarázni: egyéni ragaszkodás bizonyos kezelési modellekhez, a képzés vagy finanszírozás hiánya, hiányos ismeretterjesztés, illetve a szervezeti rugalmasság és az új gyakorlatok iránti támogatás hiánya (Miller és mások, 2006).

A felsorolt akadályok leküzdése érdekében Németországban nemrég konferenciát szerveztek, hogy megvizsgálják a bizonyítottan hatásos kísérleti kezelési (kannabisz) projektek

klinikai gyakorlatba való átültetésének lehetőségét (Kipke és mások, 2009). A tárgyalt projektek közé tartozott a „CANDIS”, a „Quit the shit” és a „FreD”, amelyek már kivétel nélkül szerepeltek az EMCDDA korábbi kiadványaiban. A konferencián az a megállapítás született, hogy a klinikai gyakorlatba való átültetést megkönnyíti, ha a program rendelkezik az alábbi vonásokkal: a meglévő kezelési kínálattal való összeegyeztethetőség; strukturált protokollok; a szakértőknek szóló szemináriumok és a tapasztalatcserét szolgáló platformok. A fő akadálynak az együttműködés irányításában felmerülő problémákat találták, például a külső partnerekkel (amilyen a rendőrség), valamint a támogatás hiányát a kísérleti szakaszon túl.

Az átültethetőség szempontjait be kellene építeni a kísérleti beavatkozások kiinduló terveibe. A szilárd vagy régóta fennálló tapasztalati bizonyítékokkal rendelkező beavatkozások szélesebb körű bevezetése valamennyi érintett részéről elkötelezettséget kíván.





## 4. fejezet

# Amfetaminok, ecstasy és hallucinogén anyagok

### Bevezetés

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

Az amfetamin és a metamfetamin a központi idegrendszer serkentőszerei. A két kábítószer közül Európában egyértelműen az amfetamin az általánosabban elérhető, a jelentős metamfetaminhasználat egészen a közelmúltig Csehországra és Szlovákiára korlátozódott, de most

néhány észak-európai ország is jelezte a kábítószer fokozott jelenlétét az amfetaminok piacán.

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

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

	Amfetamin	Metamfetamin	Ecstasy	LSD
Becsült globális termelés (tonna) <sup>(1)</sup>	197-624 <sup>(2)</sup>		57-136	n. a.
Globális lefoglalt mennyiség (tonna)	23,0	17,9	2,3	0,1
Lefoglalt mennyiség Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)	8,3 tonna (8,4 tonna)	300 kilogramm (300 kilogramm)	Tabletta 12,7 millió (13,7 millió)	Egység 141 100 (141 800)
Lefoglalások száma Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)	37 000 (37 500)	4 700 (4 700)	18 500 (19 100)	950 (960)
Átlagos kiskereskedelmi ár (EUR) Tartomány (Interkvartilis tartomány) <sup>(3)</sup>	Gramm 6-36 (9-19)	Gramm 12-126	Tabletta 2-19 (4-9)	Adag 4-30 (7-12)
Az átlagos tisztaság vagy MDMA-tartalom tartománya	3-34%	22-80%	17-95 mg	n. a.

<sup>(1)</sup> A termelésre vonatkozó számadatok a bejelentett fogyasztáson és a lefoglalások adatain alapulnak.

<sup>(2)</sup> Az amfetamin és a metamfetamin globális termeléséről csak összesített becslések állnak rendelkezésre.

<sup>(3)</sup> A bejelentett átlagárak középső felének tartománya.

Megjegyzés: Mindegyik adat 2008-ra vonatkozik; n. a.: nincs adat.

Forrás: UNODC (2010b) a globális értékek esetében, Reitox nemzeti fókuszpontok az európai adatok esetében.

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

## Kínálat és hozzáférhetőség

### A szintetikus kábítószeresek prekurzorai

A bűnüldözési erőfeszítések keretében a tiltott kábítószeresek előállításához szükséges prekurzor vegyi anyagokkal is foglalkoznak, és ezen a téren a nemzetközi együttműködés különösen hasznos. A Prizma projekt a szintetikus kábítószeresek tiltott előállításában használt prekurzor vegyi anyagok eltérítésének megelőzésére szolgáló nemzetközi kezdeményezés, amelynek eszköze a legális kereskedelmi célú export előtti értesítések rendszere és gyanús ügyletek esetén a leállított szállítmányokról és a lefoglalásokról szóló jelentések. Az e téren folyó tevékenységekről a Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szervhez érkeznek a jelentések (INCB, 2010a).

Az INCB 2008-ban a metamfetamin két fő prekurzorának világszintű lefoglalásaiban csökkenésről számolt be: az efedrinből 12,6 tonnát (szemben a 2007-es 22,7 tonnával és a 2006-os 10,3 tonnával), a pseudo-efedrinből 5,1 tonnát foglaltak le (szemben a 2007-es 25 tonnával és a 2006-os 0,7 tonnával). Az EU tagállamai (főként Hollandia és az Egyesült Királyság) 0,3 tonna efedrinfogásért feleltek – ez az előző évben lefoglalt mennyiségnek körülbelül a fele –, valamint több mint 0,5 tonna pseudo-efedrinért, szinte teljes egészében Franciaországban.

Ezzel szemben az amfetamin és a metamfetamin előállításához egyaránt használható 1-fenil-2-propanon (P2P, BMK) globális lefoglalásai meredeken megnöttek, a 2007-es 834 literről 2008-ban 5620 literre. Az Európai Unióban a P2P lefoglalásai 2757 litert tettek ki, szemben a 2007-ben lefoglalt 773 literrel.

Az MDMA gyártásához használt 3,4-metilén-dioxifenilpropán-2-on (3,4-MDP-2-P) prekurzor lefoglalásáról 2008-ban nem érkezett jelentés, szemben a 2007-ben globálisan lefoglalt 2297 literrel, illetve a 2006-ban lefoglalt 8816 literrel. Az MDMA szintetizálásában a 3,4-MDP-2-P helyettesítésére használt

szafrol világszintű lefoglalásai a 2007-es 45 986 literes csúcsponttól 1904 literre estek vissza. A szafrol 2008-as lefoglalásainak többsége az Európai Unióban történt.

### Amfetamin

A globális amfetamintermelés továbbra is Európában koncentrálódik, ahol a 2008-ban bejelentett összes amfetaminlaboratórium több mint 80%-a működik (UNODC, 2010b). Az amfetaminok globális lefoglalásai 2008-ban nagyjából a korábbi szinten maradtak, körülbelül 23 tonna mennyiségben (lásd a 4. táblázatot). Ennek több mint az egyharmadát Nyugat- és Közép-Európában foglalták le, ami tükrözi Európának a kábítószer termelőjeként és fogyasztójaként betöltött szerepét (UNODC, 2010b).

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

Európában 2008 folyamán becslések szerint 37 500 lefoglalással összesen 8,3 tonna amfetaminport foglaltak le<sup>(64)</sup>. Az amfetaminlefoglalások száma az utóbbi 5 évben egy stabil szint környékén ingadozott, bár 2003-hoz képest továbbra is magas szintű volt, ugyanakkor a mennyiségek a 2003–08 közötti időszakban emelkedtek<sup>(65)</sup>.

Az Európában lefoglalt amfetaminminták tisztasága 2008-ban rendkívül változatos volt, ezért az átlagos értékekről csak óvatosan lehet nyilatkozni. Mindazonáltal a minták átlagos tisztasága a Dániában, Ausztriában, Portugáliában, Szlovéniában, az Egyesült Királyságban, Horvátországban és Törökországban mért 10% alatti értékektől a Lettországon, Hollandiában, Lengyelországon és Norvégiában tapasztalt 25% fölötti értékekig terjedt. Az elmúlt 5 évben az amfetamin tisztasága a tendenciák elemzéséhez elegendő adattal rendelkező 17 ország többségében csökkent vagy stagnált<sup>(66)</sup>.

2008-ban az amfetamin átlagos kiskereskedelmi ára a 17 adatközlő ország több mint felében a grammonkénti 9 euró és 20 euró között mozgott. Az amfetamin kiskereskedelmi ára a 2003–08-as időszakra vonatkozó adatokat közlő 13 ország mindegyikében csökkent vagy stagnált, Spanyolország kivételével, ahol a korábbi évek növekedései után 2008-ban rekordalacsony szintre esett vissza<sup>(67)</sup>.

<sup>(64)</sup> Ez egyelőre csak előzetes elemzés, mivel az Egyesült Királyságra vonatkozó adatok 2008-ból még nem elérhetők.

<sup>(65)</sup> Az európai kábítószer-lefoglalásokról ebben a fejezetben említett adatok megtalálhatók a SZR-11–SZR-18 táblázatban a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(66)</sup> Az európai kábítószeresek tisztaságáról ebben a fejezetben említett adatok megtalálhatók a PPP-8 táblázatban a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(67)</sup> Az európai kábítószeresek áráiról ebben a fejezetben említett adatok megtalálhatók a PPP-4 táblázatban a 2010. évi statisztikai közlönyben.

### Az európai amfetamintermelés

Az EMCDDA és az Europol 2009-ben kiadványsorozatot indított a tiltott kábítószer európai kínálatáról.

A metamfetaminról és a kokainról szóló jelentések után a sorozat harmadik, 2010-ben megjelenő darabja az amfetamintermelés és -kereskedelméről, valamint az európai és nemzetközi szintű válaszokról ad alapos áttekintést. A sorozat az elkövetkező években más kábítószerrel, köztük az ecstasy és a heroin európai kínálatáról szóló jelentésekkel fog bővülni.

A jelentés nyomtatásban és online az EMCDDA weboldalán csak angol nyelven érhető el.

### Metamfetamin

A világ különböző részeiről bejelentett metamfetaminlaboratóriumok száma 2008-ban 29%-kal emelkedett. A legnagyobb növekedést Észak-Amerikában tapasztalták, de Kelet- és Délkelet-Ázsiában is szaporodtak a titkos laboratóriumokról szóló jelentések. Emellett a metamfetamintermeléssel kapcsolatban fokozott aktivitást jeleztek Latin-Amerikából és Óceániából is. 2008-ban 17,9 tonna metamfetamint foglaltak le, ami megfelel a 2004 óta stabil tendencia folytatásának. A kábítószer legnagyobb részét Kelet- és Délkelet-Ázsiában (konkrétan Kínában) foglalták le, kisebb részét Észak-Amerikában (UNODC, 2010b).

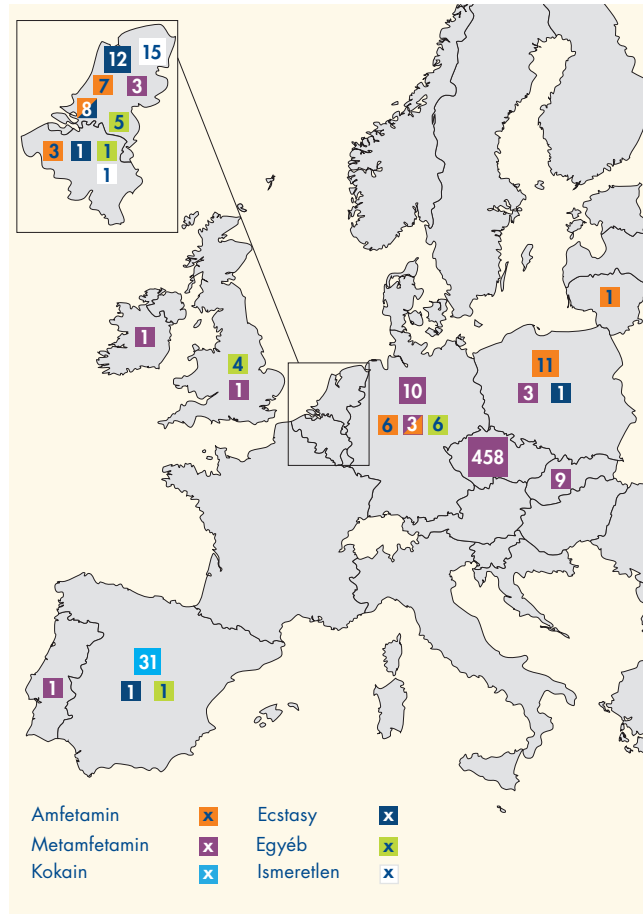
A metamfetamin tiltott előállítására Európában nagyrészt Csehországra korlátozódik, ahol 2008-ban 458 gyártó helyszínt fedeztek fel (5. ábra). A Csehország által eddig bejelentettek közül ez volt a legnagyobb számú metamfetamingyártó „konyhalaboratórium”. A prekursor vegyi anyagok lefoglalásai szintén emelkedtek 2008-ban. A kábítószer előállításáról Litvániából, Lengyelországból és Szlovákiából is beszámoltak.

Európában 2008-ban közel 4700 metamfetaminlefoglalást jelentettek, ami mennyiségileg hozzávetőlegesen 300 kg-ot tett ki. A metamfetaminlefoglalások száma 2003 és 2008 között folyamatosan nőtt. Ugyanebben az időszakban a lefoglalt mennyiségek 2007-ben rekordmagasságba emelkedtek, majd 2008-ban enyhén csökkentek, főként a Norvégiában felfedezett mennyiség visszaeséséből eredően, mivel Európában ebből a kábítószerből ez az ország foglalja le a legtöbbet.

### Ecstasy

A globális ecstasytermelést 2008-ban 57 és 136 tonna közé becsülték (UNODC, 2010b). Úgy tűnik, hogy a kábítószer előállítása földrajzilag tovább terjedt, és

5. ábra: Az Európai Unióban felszámolt, tiltott kábítószerrel foglalkozó létesítmények, az Europolhoz érkezett jelentések alapján



Megjegyzés: 11 EU-tagállam által az Europolhoz bejelentett adatok alapján. A kábítószer típusát színek jelölik, és fel van tüntetve az adott országból bejelentett létesítmények száma. Az amfetamin és metamfetamin vagy amfetamin és ecstasy kombinációjával foglalkozó létesítményeket a két színből álló szimbólumok jelölik. Az egyéb szintetikus kábítószerrel vagy kombinációkkal foglalkozó létesítményeket az „egyéb” szó jelöli. Külön megjelölést kaptak azok a létesítmények is, amelyek esetében nem ismertek az anyagok. A bejelentett létesítmények között gyártó, tablettázó és tároló egységek egyaránt vannak; ezek itt nincsenek megkülönböztetve. A kokainnal foglalkozó bejelentett létesítmények mindegyike a kábítószer átalakításában vagy másodlagos kivonásában vett részt.

Forrás: Europol.

a gyártás közelebb került a kelet- és délkelet-ázsiai, észak-amerikai, illetve óceániai fogyasztói piacokhoz. Ennek ellenére az ecstasytermelés fő helyszíne továbbra is Nyugat- és Közép-Európa, ahol elsősorban Hollandiában és Belgiumban koncentrálódik.

Az ecstasy lefoglalásai világszinten nézve 2008-ban nagyon alacsony szintre estek vissza (2,3 tonna) (UNODC, 2010b). A Nyugat- és Közép-Európában bejelentett lefoglalások a 2007-es 1,5 tonnáról 2008-ban 0,3 tonnára csökkentek.

Európából 2008-ban több mint 19 100 lefoglalást jelentettek, ami becslések szerint 13,7 millió ecstasytabletta lefoglalását eredményezte. Ez azonban csak előzetes értékelés, mivel a 2008-as adatok Hollandiából és az Egyesült Királyságból még nem állnak rendelkezésre, viszont ez a két ország összeadva 18,4 millió tablettát jelentett be 2007-ben.

Az Európában bejelentett ecstasylefoglalások száma a 2003 és 2006 között észlelt stabilizálódást követően enyhén csökkent azóta, a lefoglalt mennyiségek pedig összességében csökkenőben voltak 2003–08 között <sup>(68)</sup>.

Európában a 2008-ban elemzett ecstasytabletták többsége egyedüli pszichoaktív anyagként MDMA-t vagy más ecstasyszerű anyagot (MDEA, MDA) tartalmazott – 19 országból jelentették, hogy ez volt a helyzet az összes elemzett tablettát több mint 60%-ában. Most hét országból számoltak be az MDMA-t vagy analógjait tartalmazó ecstasytabletták alacsonyabb arányáról (Spanyolország, Ciprus, Lettország, Luxemburg, Szlovénia, Egyesült Királyság, Horvátország). Néhány országból azt jelentették, hogy az elemzett ecstasytabletták jelentős részében mCPP-t találtak, egy olyan kábítószer, amely a nemzetközi kábítószerügyi egyezmények szerint nem ellenőrzött (lásd a 8. fejezetet).

A 2008-ban vizsgált ecstasytabletták jellemző MDMA-tartalma 5–72 mg között volt a 11 adatközlő országban. Emellett sok országból (Belgium, Bulgária, Németország, Észtország, Lettország, Hollandia, Szlovákia, Norvégia) nagydózisú, 130 mg-ot meghaladó MDMA-tartalmú ecstasytablettákat is jelentettek. Az ecstasytabletták MDMA-tartalmában nem figyelhető meg egyértelmű tendencia.

Az ecstasy mára lényegesen olcsóbb lett, mint az 1990-es években, amikor először vált széles körben hozzáférhetővé. Bár egyes jelentésekben még 2 eurónál kevesebért árusított tablettákról is említést tesznek, a legtöbb országból most tablettánként 4–10 euró közötti átlagos kiskereskedelmi árat jelentettek. A 2003–08-ról rendelkezésre álló adatok azt mutatják, hogy az ecstasy inflációnak megfelelően kiigazított kiskereskedelmi ára tovább csökkent Európában.

### Hallucinogén anyagok

Az LSD használatát és kereskedelmét Európában még mindig marginálisnak tekintik. Az LSD-lefoglalások száma 2003 és 2008 között emelkedett, ezzel szemben a lefoglalt mennyiségek az Egyesült Királyságban történt rekordnagyságú lefoglalásokból eredő 2005-ös csúcspont után sokkal alacsonyabb szinteken mozogtak ebben az

időszakban <sup>(69)</sup>. Az LSD (inflációnak megfelelően kiigazított) kiskereskedelmi árai 2003 óta nyolc országban nem változtak vagy enyhén csökkentek, ugyanakkor Belgiumból és Svédországból növekedést jelentettek. Az átlagos ár 2008-ban egységenként 5–12 euró között mozgott a 13 jelentéstevevő ország többségében.

### Előfordulás és használati minták

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

### Amfetaminok

A kábítószer előfordulására vonatkozó becslések azt mutatják, hogy az amfetamint körülbelül 12 millió európai próbálta már, és nagyjából 2 millióan használták az elmúlt év folyamán (az adatok összefoglalását lásd az 5. táblázatban).

A fiatal felnőttek körében (15–34 évesek) az amfetaminhasználat életprevalenciáját tekintve az országok között nagy különbségek vannak: az arány 0,1% és 15,4% között mozog, a súlyozott európai átlag 5,2%. Az amfetaminok elmúlt évi használata ebben a korcsoportban 0,1–3,2% között van, de a legtöbb országból 0,5–2,0% közötti előfordulási szinteket jelentettek. Becslések szerint az elmúlt év folyamán körülbelül 1,5 millió európai fiatal (1,2%) használt amfetaminokat.

A 15–16 éves diákok körében az amfetaminok használatának életprevalenciája 1–8% között mozog a 2007-ben megvizsgált 26 EU-tagállamban, Norvégiában és Horvátországban, noha 5%-ot meghaladó prevalenciaszinteket csak Bulgáriából,

<sup>(68)</sup> Ez egyelőre csak előzetes elemzés, mivel a Hollandiára és az Egyesült Királyságra vonatkozó adatok 2008-ból még nem elérhetők.

<sup>(69)</sup> Ez egyelőre csak előzetes elemzés, mivel az Egyesült Királyságra vonatkozó adatok 2008-ból még nem elérhetők.

Lettországból (mindkét helyen 6%) és Ausztriából (8%) jelentettek. Abból az öt országból, ahol 2008-ban iskolai felmérést végeztek (Belgium – flamand közösség, Spanyolország, Olaszország, Svédország, Egyesült Királyság), az amfetaminok 3%-os vagy annál alacsonyabb életprevalenciáját jelentették <sup>(70)</sup>.

### Problémás amfetaminhasználat

Az EMCDDA problémás kábítószer-használatra vonatkozó mutatója az amfetaminok esetében is alkalmazható, és itt a kábítószer injekciós vagy tartós és/vagy rendszeres használatát határozza meg problémásként. A problémás amfetaminhasználókról Finnország közölte a legfrissebb országos becslést: 2005-ben 12 000 és 22 000 közé tette a számukat, ami az országban élő problémás opioidhasználók becsült számának körülbelül a négyszerese.

Azoknak a kábítószer-használóknak az aránya, akik elmondásuk szerint az amfetamin mint elsődleges kábítószer használata miatt kezdik meg a kezelést, a legtöbb európai országban (27 adatközlő országból 18-ban) viszonylag alacsony (5% alatti), viszont a bejelentett kezelésbe lépők között számottevő az arányuk Svédországban (32%), Finnországban (20%) és Lettországból (15%). Öt másik ország (Belgium, Dánia, Németország, Magyarország, Hollandia) számolt be az amfetamint elsődleges kábítószerként megnevező kliensek 6–10% közötti arányáról a kezelésbe lépők között, mindenhol máshol 5% alatt volt ez az arány. Az amfetamint másodlagos kábítószerként más, kezelés alatt álló kliensek is megnevezték <sup>(71)</sup>.

A kezelésbe lépő amfetaminhasználók átlagosan körülbelül 30 évesek, de a fekvő betegként kezelték fiatalabbak (28 évesek). A férfi-nő arány

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

Korcsoport	A használat időszaka	
	Élete folyamán	Az elmúlt évben
<b>15–64 évesek</b>		
A szerhasználók becsült száma Európában	12 millió	2 millió
Európai átlag	3,7%	0,6%
Tartomány	0,0–12,3%	0,0–1,7%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (0,0%) Görögország (0,1%) Málta (0,4%) Ciprus (0,8%)	Románia, Málta, Görögország (0,0%) Franciaország (0,1%) Portugália (0,2%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Egyesült Királyság (12,3%) Dánia (6,3%) Svédország (5,0%) Csehország (4,3%)	Csehország (1,7%) Egyesült Királyság, Dánia (1,2%) Norvégia, Észtország (1,1%)
<b>15–34 évesek</b>		
A szerhasználók becsült száma Európában	7 millió	1,5 millió
Európai átlag	5,2%	1,2%
Tartomány	0,1–15,4%	0,1–3,2%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (0,1%) Görögország (0,2%) Málta (0,7%) Ciprus (0,8%)	Románia, Görögország (0,1%) Franciaország (0,2%) Ciprus (0,3%) Portugália (0,4%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Egyesült Királyság (15,4%) Dánia (10,5%) Csehország (7,8%) Lettország (6,1%)	Csehország (3,2%) Dánia (3,1%) Észtország (2,5%) Egyesült Királyság (2,3%)
Az európai előfordulásra vonatkozó becslések a 2001 és 2008/09 között (többnyire 2004–08 között) elvégzett legfrissebb országos felmérésekből kapott súlyozott átlagokon alapulnak, ezért ezeket nem lehet egy konkrét évhez kapcsolni. Az Európára vonatkozó átlagos előfordulást az egyes országokban az adott korcsoportba tartozó népességnek megfelelően súlyozott átlaggal számították ki. Azokban az országokban, ahonnan semmilyen információ nem állt rendelkezésre, az átlagos uniós előfordulással számoltak. Az alapul vett populációk: 15–64 (334 millió) és 15–34 (133 millió). Az itt összefoglalt adatok a „Normálpopulációs felmérések” részben találhatóak a 2010. évi statisztikai közlönyben.		

<sup>(70)</sup> Ld. az EYE-11 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(71)</sup> Ld. a TDI-5 (ii. rész) és a TDI-22 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

az amfetaminhasználó kliensek körében alacsonyabb (2:1), mint bármelyik másik tiltott kábítószernél. Csehország, Észtország, Lettország, Litvánia, Svédország és Finnország egyaránt viszonylag nagy arányú injektlásról számolt be az elsődlegesen amfetaminhasználó klienseknél, az 57–82% közötti tartományban <sup>(72)</sup>.

A 2003 és 2008 között kezelésbe lépő amfetaminhasználók száma a legtöbb országban nagyjából stabil tendenciát mutatott <sup>(73)</sup>.

### Problémás metamfetaminhasználat

Ellentétben a világ más részeivel, ahol a metamfetamin használata az elmúlt években emelkedett, Európában a használat szintjei korlátozottak tűnnek. E kábítószer használata történetileg nézve Európán belül Csehországban és Szlovákiában koncentrálódik. 2008-ban Csehországban a problémás metamfetaminhasználók számát körülbelül 20 700–21 800 főre becsülték (2,8–2,9 eset/1000 fő a 15–64 éves korcsoportban), ami a problémás opioidhasználók becsült számának durván kétszerese. Szlovákia esetében hozzávetőlegesen 5800–15 700 problémás metamfetaminhasználóval számoltak 2007-ben (1,5–4,0 eset/1000 fő a 15–64 éves korcsoportban), ami nagyjából 20%-kal marad el a problémás opioidhasználók becsült számától. A metamfetamin a közelmúltban más országokban is felbukkant

### Kiemelt téma: A problémás amfetamin- és metamfetaminhasználat, a kapcsolódó következmények és válaszok

Az amfetaminok – és különösen a metamfetamin – a tudósítások szerint a világ számos részén komoly problémákat okoznak. Európában csak néhány országból számoltak be ezekhez a kábítószerhez kapcsolódó komoly ártalmakról és a problémás amfetamin- és metamfetaminhasználók jelentős számáról. Az EMCDDA új kiemelt témája ezekben az országokban veszi szemügyre a korábbi és aktuális fejleményeket. A jelentés főként a krónikus vagy intenzív amfetamin- és metamfetaminhasználat epidemiológiáját, valamint egészségügyi és szociális összefüggéseit tárgyalja. Bemutatja továbbá az ezekhez a kábítószerhez kapcsolódó problémákra kidolgozott egészségügyi, szociális és jogi válaszlépéseket.

Ez a kiemelt téma nyomtatásban és online az EMCDDA weboldalán csak angol nyelven érhető el.

a kábítószerpiacon, különösen Európa északi részén (Norvégiában, Svédországban, Lettországban, és kisebb mértékben Finnországban is), ahol láthatólag részben az amfetamin helyébe lép, tekintve, hogy a felhasználók gyakorlatilag nem tudják megkülönböztetni tőle. A problémás metamfetaminhasználók Európában jellemzően intravénásan adják be vagy szippantják a kábítószeret. Csak elvétve akadnak olyanok, akik elszívják, ami ismét eltér a világ más részein megfigyeltől.

A metamfetamint a kezelésbe lépő kliensek nagy arányban nevezték elsődleges kábítószernek Csehországban (59%) és Szlovákiában (29%). Az injektlást Csehországban a metamfetaminhasználó kliensek 80%-a, Szlovákiában 36%-uk nevezte fő fogyasztási módnak <sup>(74)</sup>. Emellett más kábítószer, főként heroin, kannabisz és alkohol használatáról is gyakran beszámolnak. Mindkét országból jelezték, hogy a metamfetamin másodlagos szerként való használata is gyakori, különösen a helyettesítő kezelés alatt álló személyek körében.

A kezelésbe lépő metamfetaminhasználók Csehországban és Szlovákiában viszonylag fiatalok, átlagosan 25–26 évesek. Csehországból azt jelentették, hogy növekszik az elsődleges metamfetaminhasználat miatt kezelésbe lépő nők száma, különösen a fiatalabb korcsoportokban. 2003 és 2008 között mindkét országban nőtt azoknak a száma, akik első alkalommal kezdték kezelést a metamfetaminnal kapcsolatos problémák miatt <sup>(75)</sup>.

### Ecstasy

Az ecstasy használata a fiatalabb felnőttek körében koncentrálódik, ezen belül – Svédország és Finnország kivételével – minden országban lényegesen gyakoribb a férfiak között, mint a nőknél. Abból a hozzávetőlegesen 2,5 millió (0,8%) európai felnőttből, akik az elmúlt évben ecstasyt használtak, gyakorlatilag mindenki a 15–34 éves korcsoportba tartozik (az adatok összefoglalását lásd a 6. táblázatban). Az ecstaszyhasználat még magasabb szintjét figyelték meg a 15–24 éves korcsoportban, ahol az életprevalencia a Görögországban és Romániában mért kevesebb mint 1%-tól a Csehországban megfigyelt 20,8%-ig terjedt, amelyet Szlovákia és az Egyesült Királyság (mindkettőben 9,9%), illetve Lettország (9,4%) követett a sorban, bár a legtöbb országból a 2,1–6,8% tartományba eső becsléseket jelentettek <sup>(76)</sup>. Az ecstasy elmúlt évi használatát ebben a korcsoportban az országok többségében 1,0–3,7% közé becsülték, bár

<sup>(72)</sup> Ld. a TDI-5 (iv. rész) és a TDI-37 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(73)</sup> A teljes elemzést lásd a problémás amfetamin- és metamfetaminhasználatról szóló 2010-es kiemelt témában.

<sup>(74)</sup> Ld. a TDI-5 (ii. rész) és (iv. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(75)</sup> Ld. a TDI-3 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(76)</sup> Ld. a GPS-7 (iv. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

a legalacsonyabb, 0,3%-os országos becslés és a legmagasabb, 11,3%-os között tekintélyes különbség van.

A 15–16 éves diákok körében az ecstasyhasználat életprevalenciája a 2007-ben vizsgált uniós országok többségében 1–5% között mozgott. Magasabb előfordulásról csak négy ország számolt be: Bulgária, Észtország, Szlovákia (mindegyikben 6%) és Lettország (7%). Abból az öt országból, ahol 2008-ban iskolai felmérést végeztek (Belgium – flamand közösség, Spanyolország, Olaszország, Svédország, Egyesült Királyság), az ecstasyhasználat 4%-os vagy annál alacsonyabb életprevalenciáját jelentették <sup>(77)</sup>.

Kevés kábítószer-használó kér kezelést az ecstasyval összefüggő problémák miatt. 2008-ban a 27 adatközlő ország közül 21-ben a kezelésbe lépők kevesebb mint 1%-a nevezte meg elsődleges kábítószerként az ecstasyt. A többi

országban 1–3% között volt az arányuk. Az ecstasy miatt kezelt kliensek 24 éves átlagéletkorukkal a kezelésbe lépők egyik legfiatalabb csoportját jelentik. A kezelést megkezdők között a férfiak száma két-háromszorosa a nőkének. Az ecstasyhasználó kliensek gyakran más anyagok, köztük az alkohol, kokain és kisebb mértékben a kannabisz és az amfetaminok egyidejű használatáról is beszámolnak <sup>(78)</sup>.

### LSD és hallucinogén gombák

A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az LSD-használat életprevalenciája 0–6,1% között mozog, Csehország kivételével, ahol egy 2008-as kábítószer-felmérés magasabb előfordulást mutatott (10,3%). Az elmúlt évi használatot tekintve sokkal alacsonyabbak az előfordulási arányok <sup>(79)</sup>.

A néhány, összehasonlítható adatokat közlő országban az LSD használatát gyakran meghaladja a hallucinogén

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

Korcsoport	A használat időszaka	
	Élete folyamán	Az elmúlt évben
<b>15–64 évesek</b>		
A szerhasználók becsült száma Európában	11 millió	2,5 millió
Európai átlag	3,3%	0,8%
Tartomány	0,3–9,6%	0,1–3,7%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (0,3%) Görögország (0,4%) Málta (0,7%) Lengyelország (1,2%)	Románia, Svédország (0,1%) Málta, Görögország (0,2%) Lengyelország (0,3%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Csehország (9,6%) Egyesült Királyság (8,6%) Írország (5,4%) Lettország (4,7%)	Csehország (3,7%) Egyesült Királyság (1,8%) Szlovákia (1,6%) Lettország (1,5%)
<b>15–34 évesek</b>		
A szerhasználók becsült száma Európában	8 millió	2,5 millió
Európai átlag	5,8%	1,7%
Tartomány	0,6–18,4%	0,2–7,7%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia, Görögország (0,6%) Málta (1,4%) Lengyelország (2,1%) Ciprus (2,4%)	Románia, Svédország (0,2%) Görögország (0,4%) Lengyelország (0,7%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Csehország (18,4%) Egyesült Királyság (13,8%) Írország (9,0%) Lettország (8,5%)	Csehország (7,7%) Egyesült Királyság (3,9%) Szlovákia, Lettország, Hollandia (2,7%)
Az európai előfordulásra vonatkozó becslések a 2001 és 2008/09 között (többnyire 2004–08 között) elvégzett legfrissebb országos felmérésekből kapott súlyozott átlagokon alapulnak, ezért ezeket nem lehet egy konkrét évhez kapcsolni. Az Európára vonatkozó átlagos előfordulást az egyes országokban az adott korcsoportba tartozó népességnek megfelelően súlyozott átlaggal számították ki. Azokban az országokban, ahonnan semmilyen információ nem állt rendelkezésre, az átlagos uniós előfordulással számoltak. Az alapul vett populációk: 15–64 (334 millió) és 15–34 (133 millió). Az itt összefoglalt adatok a „Normálpopulációs felmérések” részben található a 2010. évi statisztikai közlönyben.		

<sup>(77)</sup> Ld. az EYE-11 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(78)</sup> Ld. a TDI-5 és a TDI-37 (i. rész), (ii. rész) és (iii. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(79)</sup> Ld. a GPS-1 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

gombáké. A hallucinogén gombák becsült életprevalenciája a fiatal felnőttek körében 0,3–14,1% között mozog, az elmúlt évi használat becsült előfordulása pedig a 0,2–5,9% tartományban van.

A 15–16 éves diákok körében a hallucinogén gombák használatának becsült prevalenciája az ilyen anyagokról adatokat közlő 26 ország közül tizenben haladta meg az LSD-ét és más hallucinogén anyagokét. A legtöbb országból a hallucinogén gombák használatának 1–4% közötti életprevalenciáját jelentették, ennél magasabb szintről csak Szlovákiából (5%) és Csehországból (7%) tudósítottak <sup>(80)</sup>.

### Az amfetaminok és az ecstasy használatának alakulása

A legfrissebb adatok is alátámasztják az amfetaminok és az ecstasy európai használatának stabilizálódó tendenciáit, amelyekről az előző jelentésekben már szó esett. Az 1990-es években tapasztalt általános növekedés után a populációs felmérések most átfogó stabilizálódást mutatnak a két kábítószer népszerűségében, bár néhány országban a közelmúltban növekedést tapasztaltak.

A normálpopulációs vizsgálatokkal kapott országos tendenciák azonban nem feltétlenül tükrözik a stimulánsok használatának alakulását helyi szinten vagy a népesség különböző alcsoportjaiban. Az éjszakai életben végzett célzott felmérések azt jelzik, hogy a stimulánsok alkohollal együtt való használatának előfordulása és mintái továbbra is gyakoriak, és néhány felmérés arra is utalt, hogy a szórakozóhelyek látogatói körében tapasztalt kábítószer-használati minták egyre inkább elszakadnak az általános népességétől (Measham és Moore, 2009). Ezzel szemben a közelmúltban Németországban született megfigyelések azt jelzik, hogy a szórakozóhelyeken zajló szerhasználat ebben az országban csökken.

Az Egyesült Királyságban az amfetaminok elmúlt évi használata a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az 1998-ban mért 6,2%-ról 2008–09-re 2,3%-ra esett vissza. Dániában az 1994-es 0,5%-ról 2000-ben 3,1%-ra nőtt, ezután stabilizálódott <sup>(81)</sup>. A hasonlóan hosszú időszakra kiterjedő ismételt felmérésekről beszámoló országok (Németország, Görögország, Spanyolország, Franciaország, Hollandia, Szlovákia, Finnország) körében jobbra stabil tendenciákat lehetett megfigyelni (6. ábra). A 2003–08 közötti időszakban a 15–34 éves korcsoportban az amfetaminok használatának éves prevalenciájáról elegendő adattal rendelkező 11 ország közül csak kettőből jelentettek 1 százalékpontot meghaladó változást (Bulgáriából, a 2005-ös 0,9%-ról 2008-ban 2,1%-ra; illetve Csehországból, a 2004-es 1,5%-ról 2008-ban 3,2%-ra).

Az átlagosnál magasabb szintű ecstasyhasználatról beszámoló országokban a kábítószer használata a 15–34 évesek körében jellemzően 3–5% között tetőzött a 2000-es évek elején (Észtország, Spanyolország, Szlovákia, Egyesült Királyság; lásd a 6. ábrát). Kivétel ez alól Csehország, ahol becslések szerint a 15–34 éves korcsoport 7,7%-a használt ecstasyt az elmúlt évben, és a tendencia a 2003–08-as időszakban emelkedő volt. Más országokból ugyanebben az időszakban többnyire stabil tendenciát jeleztek, Észtország és Magyarország kivételével, ahol az ecstasyhasználat éves prevalenciája a fiatal felnőttek körében a 2000-es évek elején nőtt, azóta viszont csökkent.

A legfrissebb felmérések nyolc országban (Dánia, Franciaország, Spanyolország, Írország, Olaszország, Ausztria, Portugália, Egyesült Királyság) azt mutatják, hogy a fiatal felnőttek körében az elmúlt évi kokainhasználat most már meghaladja az amfetamin- és ecstasyhasználatot.

A 2007-ben (ESPAD) és 2008-ban lebonyolított iskolai felmérések összességében csekély változást jeleznek az amfetaminok és az ecstasy kipróbálásának mértékében a 15–16 éves diákok körében. Ha a 2003 és 2007 közötti, legalább két százalékpontos különbségeket vesszük figyelembe, az amfetaminok használatának életprevalenciája kilenc országban nőtt.

Az ecstasyhasználat ugyanezen mérés szerint hét országban emelkedett. Az amfetaminok használatának életprevalenciájában csak Észtországban és Olaszországban figyeltek meg csökkenést, az ecstasyhasználat visszaeséséről pedig Csehország, Portugália és Horvátország számolt be. A többi országból stagnálást jelentettek.

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

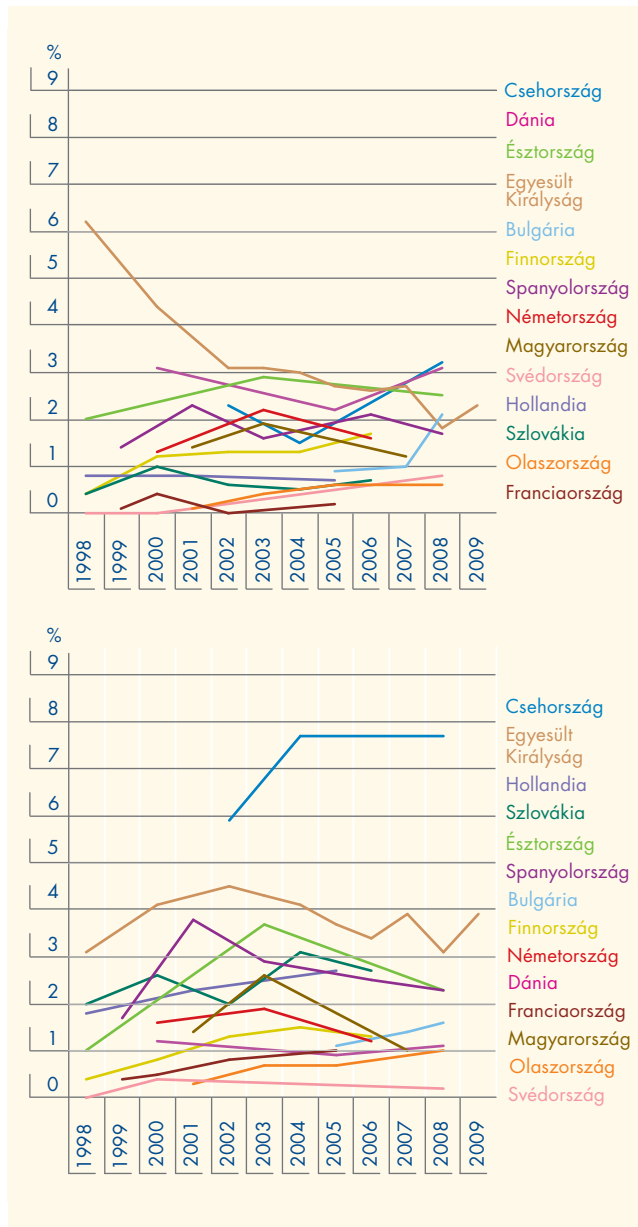
A stimulánsok használatának előfordulásáról kilenc ország közölt adatokat az éjszakai életben elvégzett 2008-as vizsgálatok alapján. A becslések az egyes országok és helyszínek között jelentős különbségeket mutatnak: az ecstasyhasználat életprevalenciája 10–85% között, az amfetaminoké 5–69% között mozog. A vizsgálatok közül három a hallucinogén gombák használatának becsült életprevalenciájáról is beszámolt, 34–54% közötti arányokkal. Hat országban (Németország, Franciaország, Magyarország, Hollandia, Románia, Egyesült Királyság) figyeltek meg különbséget az elektronikus tánczene különböző műfajait játszó szórakozóhelyek látogatói által

<sup>(80)</sup> Az ESPAD adatai az összes országról, Spanyolország kivételével. Ld. az EYE-2 (v. rész) ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(81)</sup> Dániában az 1994-ről szóló információ a „kemény drogokra” vonatkozott, amiről úgy tekintették, hogy többnyire amfetaminokat jelent.



**6. ábra:** Az amfetaminok (fent) és az ecstasy (lent) használatának elmúlt évi előfordulásában megfigyelt tendenciák a fiatal felnőttek körében (15–34 évesek)



Megjegyzés: Csak azoknak az országoknak az adatai szerepelnek, ahol az 1998–2009 közötti időszakban legalább három felmérés készült. További információért ld. a GPS-8 és a GPS-21 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti jelentések, amelyek populációs felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

bevallott kábítószer-használat előfordulását és mintáit tekintve, és ezen belül úgy tűnt, hogy az ecstasyhasználat következetesen szorosabban kapcsolódik bizonyos zenei műfajokhoz. Három adatközlő országban (Csehország, Hollandia, Egyesült Királyság) a mintavételhez kiválasztott helyszíneken az ecstasy használatát gyakoribbnak is találták, mint az amfetaminokét. Amszterdamban például

a szórakozóhelyek látogatói közül 9% mondta azt, hogy a felmérés estéjén ecstast szedett, Manchesterben pedig a szórakozóhelyek közönségéből 42% számolt be az ecstasy fogyasztásáról vagy tervezett fogyasztásáról a felmérés estéjén. Az amfetaminok esetében ugyanez az arány 3,6% (Amszterdam), illetve 8% (Manchester) volt.

A közelmúltban csak 13 ország számolt be az éjszakai életben, rekreációs körülmények között végzett beavatkozásokról. A jelentések alapján a fő tevékenység a felvilágosítás és az ártalomcsökkentő anyagok terjesztése volt, de néhány tájékoztató stratégiában a rekreációs ifjúsági kultúra háttérben álló normatív meggyőződésekkel is foglalkoztak. Hét országból (Belgium, Dánia, Németország, Spanyolország, Luxemburg, Hollandia, Egyesült Királyság) számoltak be a környezetet megcélzó módszerekről, amilyen például az egészséges környezet kialakítása a szórakozóhelyeken, biztonságos közlekedési, árusítási és rendfenntartási rendszerek, pihenőhelyek, alkoholszondák és válságkezelő beavatkozások. Spanyolországból és Olaszországból most már az éjszakai életben érintett szereplők – az önkormányzatok, a rendőrség és az éttermek vagy szórakozóhelyek tulajdonosai – közötti együttműködésről is tudósítottak.

Európában egyre inkább felismerik az éjszakai szórakozóhelyeken zajló alkoholfogyasztással együtt járó ártalmakat. Az alkohollal foglalkozó környezeti stratégiákat Dániából, Luxemburgból, Svédországból és az Egyesült Királyságból, valamint Spanyolország egyes területeiről jeleztek. A felsorolt országokban végrehajtott különféle intézkedések között szerepelt az alkohol felelős kiszolgálása, személyzeti képzés, magasabb adó az ún. alkopop italokra, 16 éves alsó korhatár az alkoholos italok vásárlásához, valamint a fiatal járművezetőkkel szembeni zéró tolerancia.

Mivel az éjszakai szórakozóhelyeken az alkohol és más kábítószer használata erősen összekapcsolódik, az alkoholfogyasztásra vonatkozó szabályozás a stimulánsok használatát is csökkentheti. Egy nemrég készült brit bűnügyi felmérés azt jelezte, hogy az éjszakai szórakozóhelyek látogatásának gyakorisága erősen összefügg a politoxikomániával<sup>(82)</sup>. Az EMCDDA által elemzett, kilenc európai ország normálpopulációs vizsgálataiból származó adatok azt mutatták, hogy a rendszeres vagy erős alkoholfogyasztók körében az amfetaminok vagy az ecstasy használatának előfordulása sokkal magasabb az átlagosnál (EMCDDA, 2009d). Az ESPAD iskolai felmérések 22 országra vonatkozó adatainak elemzése azt jelzi, hogy azoknak a 15–16 éves diákoknak, akik az elmúlt hónapban ecstast használtak, 85,5%-a egy alkalommal öt vagy több alkoholtartalmú italt

<sup>(82)</sup> Definíció szerint két vagy több tiltott kábítószer használata egyazon időszakban belül, pl. az elmúlt évben.

is elfogyasztott (EMCDDA, 2009d). Amint arról Hollandiából beszámoltak, az is előfordulhat, hogy a szerhasználók éppen a túlzásba vitt ivás utáni kijózanodás érdekében szednek stimulánsokat.

## Kezelés

Az amfetaminok használói általában járóbeteg-ellátásban részesülnek kezelésben, amelyből előfordul kifejezetten erre a fajta kábítószer-problémára szakosodott kezelés is, azokban az országokban, ahol az amfetaminok hagyományosan komoly problémát jelentenek.

A leginkább problémás amfetaminhasználók kezelése fekvőbeteg-ellátó szolgálatoknál vagy pszichiátriai klinikákon, illetve kórházakban is biztosítható.

Ez különösen olyankor indokolt, ha az amfetaminfüggőséget egyidejűleg fennálló pszichiátriai zavarok súlyosbítják. Európában a detoxifikáció kezdetén jelentkező korai megvonási tünetek kezelésére gyógyszereket adnak (antidepresszánsokat, nyugtatókat vagy antipszichotikumokat), a detoxifikációt pedig általában erre szakosodott, fekvőbeteg-ellátó pszichiátriai osztályokon végzik. Csehországban a detoxifikáló központokba beutalt metamfetaminhasználók gyakran az akut toxikus pszichózis állapotában érkeznek, amelyet jellemzően agresszivitás kísér, úgy saját magukkal, mint a környezetükkel szemben. Az ilyen betegeket rendszerint fizikailag korlátozni kell, nehéz velük a kommunikáció, és általában mindenfajta gondozást visszautasítanak.

A pszichotikus állapotban lévő szerhasználókat a fekvőbeteg-ellátó pszichiátriai létesítményekben atipikus antipszichotikus gyógyszerekkel kezelik. Csehországból ezenkívül arról számoltak be, hogy a kliensek fiatal kora és a családi jellegű problémák nagy gyakorisága miatt a metamfetaminhasználókkal rendszeresen családterápiás kontextusban dolgoznak.

Az amfetaminoktól való függőség kezelésére szolgáló gyógyszeres helyettesítő hiányát sok ország említette az amfetaminok használóinak kezelésben tartását akadályozó problémák között. Miközben a dexamfetamin az amfetaminok kifejezetten problémás használói számára Angliában és Walesben elérhető, a kábítószer-függőség klinikai kezeléséről szóló nemzeti útmutatók a bizonyított hatékonyság hiánya miatt ellenjavalltnak tekintik az ilyen célú használatát (NTA, 2007).

## A kezelés hatékonysága

A metamfetamin krónikus használata kognitív károsodáshoz vezethet, ami csökkentheti az egyén arra való képességét, hogy a pszichológiai, kognitív és viselkedésterápiákat a saját javára fordítsa (Rose és

## Bizonyítékokon alapuló beavatkozások

A rekreációs körülmények közötti kábítószer- és alkoholfogyasztás egészségügyi és szociális problémák széles körét idézheti elő az erőszak, az önkéntelen és nem biztonságos szex, a közlekedési balesetek, a kiskorúak italozása és a társadalom megzavarása révén. Az ilyen helyszíneken végzett beavatkozásokról nemrég készített áttekintés azt állapította meg, hogy a legszélesebb körben alkalmazott módszerek nem bizonyítékokon alapulnak (Calafat és mások, 2009). Ezek közé tartozik az ártalomcsökkentő célú felvilágosítás, a mértékletesség népszerűsítése, az alkohol felelős kiszolgálása, a biztonsági övek képzése és a „kijelölt sofőr” programok. A hatékonyság hiánya néhány esetben talán a rossz kivitelezéshez köthető.

Bizonyítást nyert, hogy a kliensek és a személyzet képzésének, a hatóságok és a szórakoztatóipar közötti kötelező együttműködésnek és a bűnüldözésnek (engedélyeztetés, életkor ellenőrzése) az ötvözése a legjobb stratégia arra, hogy csökkenteni lehessen a sérüléseket, a problémás ivási mintákat és a fiatalok alkoholhoz való hozzáférését. A tiltott kábítószer-használatra vonatkozó eredményeket sajnos csak ritkán mérték fel.

Az éjszakai életben zajló szerhasználat visszaszorítására társadalmi szinten hatékony intézkedés lehet még az alkohol megadóztatása, a korlátozott árusítási időszak, az üzletek sűrűségének korlátozása, az ittas vezetést ellenőrző pontok, a véralkoholszintre vonatkozó határértékek csökkentése, a törvényben előírt korhatár a vásárláshoz és a jogosítvány bevonása.

Grant, 2008). Ez segíthet megmagyarázni, hogy miért fordítanak manapság komoly kutatási erőfeszítéseket a gyógyszeres beavatkozások kifejlesztésére. A vizsgált gyógyszerek néhány esetben arra szolgálnak, hogy alkalmassá tegyék a betegeket a pszichológiai beavatkozás megkezdésére.

A közelmúltban több olyan gyógyszer klinikai kipróbálását is publikálták vagy előkészítették, amelyek az amfetaminoktól való függőséget hivatottak kezelni. A kilenc megjelent tanulmány közül hatot az Egyesült Államokban, kettőt Svédországban, egyet pedig Ausztráliában végeztek. A vizsgált anyagok közé tartozott a dopamin-visszavételt gátló metilfenidát és bupropion, az absztinencia elősegítésére metamfetaminfüggő betegeknél; az aripiprazol nevű antipszichotikum; az ondanszetrón, egy szorongás elleni hatóanyag; az amineptin, egy pszichotróp gyógyszer; a mirtazapin nevű antihisztamin; a modafinil, egy neuroprotektív hatóanyag; és az opioid receptor antagonistá naltrexon. Az összes vizsgálat közül csak a naltrexonhoz kapcsolódtak jelentős

kezelési eredmények a használat csökkenését (vizeletmintával bizonyítva vagy önbevallás alapján) és a folyamatos absztinencia arányát tekintve. Az Egyesült Államokban végzett vizsgálatok azzal is foglalkoztak, hogy a citicolin, amely metamfetaminfüggő betegeknél javíthatja a mentális működést, javítja-e az egyéb gyógyszeres kezelések hatékonyságát.

Egy kontrollcsoportos vizsgálat azt mutatta, hogy egy kábítószerügyi bíróság felügyelete alatt működő

járóbeteg-kezelés jobb eredményeket hozott, mint a felügyelet nélküli kezelés. Egy klinikai vizsgálat során a viselkedésben elért változásokat juttalmazó kezelés javított az eredményeken az önmagában alkalmazott aktuális kezeléshez képest. Egy nemrég megjelent értekezésben egy lehetséges védőoltást is bemutatnak, amely kábítószer elleni monoklonális antitesteket tartalmaz a túladagolás és a visszaesés megelőzésére.



## 5. fejezet

### Kokain és crack kokain

#### Bevezetés

Az elmúlt évtized folyamán a kokain használata és a kábítószer lefoglalásai egyaránt növekedtek, így a kokain mára a kannabisz után a második leggyakrabban használt tiltott kábítószer lett Európában. A használat szintjei országonként nagy különbségeket mutatnak, Európa nyugati és déli részein koncentrálódó kokainhasználattal. A kokainhasználók között ugyancsak jelentős különbségek lehetnek, mind a használati mintákat, mind a szocio-demográfiai szempontokat tekintve. Vannak alkalmi kokainhasználók, társadalmilag integrált rendszeres használók és marginalizáltabb, gyakran függő használók, köztük jelenlegi és egykori opioidhasználók is. Ez a sokszínűség tovább bonyolítja a kábítószer-használat előfordulásának, egészségügyi és társadalmi következményeinek és a szükséges válaszoknak a felmérését.

#### Kínálat és hozzáférhetőség

##### Termelés és kereskedelem

A kokain forrása, a kokacserje termesztése változatlanul az Andok régiójának három országában koncentrálódik.

Az UNODC (2010b) a 2009. évre vonatkozóan úgy becsülte, hogy a 158 000 hektárnyi kokacserje teljes termesztése átszámítva 842 és 1111 tonna közötti tiszta kokain előállítását jelentette, szemben a 2008-ban becsült 865 tonnával (UNODC, 2010b). A 2009-ben művelés alatt álló területet 158 000 hektárra becsülték, ami a 2008-as 167 600 hektárhoz képest visszaesett; az 5%-os csökkenést főleg a kokacserjével beültetett terület kolumbiai csökkenésének tulajdonítják, amelyet a perui és bolíviai növekedés nem ellensúlyozott.

A kokalevelek kokain-hidrokloriddá való átalakítását elsősorban Kolumbiában, Bolíviában és Peruban végzik, bár más országokban is előfordulhat. Kolumbia fontosságát a kokaintermelésben a felszámolt laboratóriumokra és a lefoglalt kálium-permanganátra (a kokain-hidroklorid előállításához használt kémiai reagens) vonatkozó információk is alátámasztják. 2008-ban Kolumbiában 3200 kokainlaboratóriumot számoltak fel (INCB, 2010b) és összesen 42 tonna kálium-permanganátot foglaltak le (a globális lefoglalások 90%-a) (INCB, 2010a).

A rendelkezésre álló információk arra utalnak, hogy a kokaint továbbra is különféle légi és tengeri útvonalakon hozzák be Európába. A kokainszállítmányok több

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

	Kokain	Crack <sup>(1)</sup>
Becsült globális termelés (tonna)	842-1 111	n. a.
Globális lefoglalt mennyiség (tonna)	711 <sup>(2)</sup>	n. a.
Lefoglalt mennyiség (tonna)		
Az EU és Norvégia	67	0,06
(Horvátországgal és Törökországgal együtt)	(67)	(0,06)
Lefoglalások száma		
Az EU és Norvégia	95 700	10 100
(Horvátországgal és Törökországgal együtt)	(96 300)	(10 100)
Átlagos kiskereskedelmi ár (EUR/gramm)		
Tartomány	37-107	45-82
(Interkvartilis tartomány) <sup>(3)</sup>	(50-70)	
Az átlagos tisztaság tartománya (%)	13-62	20-89

<sup>(1)</sup> Az adatközlő országok szűk köre miatt az adatokat csak óvatosan szabad értelmezni.

<sup>(2)</sup> Az UNODC becslései szerint ez a szám 412 tonna tiszta kokainnak felel meg.

<sup>(3)</sup> A bejelentett átlagárak középső felének tartománya.

Megjegyzés: Minden adat 2008-ra vonatkozik, a becsült globális termelés kivételével (2009); n. a.: nincs adat.

Forrás: UNODC (2010b) a globális értékek esetében, Reitox nemzeti fókuszpontok az európai adatok esetében.

országban, például Argentínán, Brazílián, Ecuadoron, Venezuelán és Mexikón haladnak át, mielőtt Európába érnek. A Karib-szigeteket is gyakran igénybe veszik az Európába tartó kábítószer átszállításában. Az utóbbi években több, Nyugat-Afrikán áthaladó alternatív útvonalat is felfedeztek (EMCDDA és Europol, 2010). Bár a Nyugat-Afrikán áthaladó kokain lefoglalásait tekintve 2008-ból „komoly visszaesést” jelentettek (UNODC, 2009), a kábítószer valószínűleg még mindig jelentős mennyiségekben halad át a régió (EMCDDA és Europol, 2010).

Úgy tűnik, az Európába csempészett kokain az Ibériai-félszigeten, különösen Spanyolországban, illetve a németalföldi országokban, különösen Hollandiában lép be a kontinensre. Európán belül Franciaországot, Olaszországot és az Egyesült Királyságot említik rendszeresen a fontos tranzit- vagy célországok között. A frissebb jelentések azt is jelezték, hogy a kokainkereskedelem esetleg kelet felé terjeszkedhet (EMCDDA és Europol, 2010; INCB, 2010b). Tíz közép- és kelet-európai ország összesített számadatai a kokainlefoglalások számának növekedését mutatják – a 2003-ban bejelentett 469 esetről 2008-ban 1212-re –, de ezek az európai összesítésben még mindig csak körülbelül 1%-ot képviselnek.

### Lefoglalások

A marihuána és a hasis után a kokain a legtöbbet forgalmazott kábítószer a világon. 2008-ban a kokain globális lefoglalásai lényegében nem változtak, körülbelül 711 tonnán maradtak (7. táblázat) (UNODC, 2010b). A lefoglalt mennyiség legnagyobb részéért, globálisan nézve a 60%-áért változatlanul Dél-Amerika felelt (CND, 2009), utána következett Észak-Amerika 28%-kal, majd Nyugat- és Közép-Európa 11%-kal (UNODC, 2009).

Európában a kokainlefoglalások száma az elmúlt 20 évben folyamatosan emelkedett, ami 2004 óta még fokozódott. A kokainlefoglalások száma 2008-ban 96 000 esetre nőtt, bár eközben a lefoglalt össz mennyiség 67 tonnára esett vissza, a 2006-os 121 tonnáról, illetve a 2007-es 76 tonnáról. A lefoglalt kokain teljes mennyiségében tapasztalt csökkenés nagyrészt annak tulajdonítható, hogy 2006 óta Spanyolországban és Portugáliában csökkentek a lefoglalt mennyiségek<sup>(83)</sup>. Ezt a kereskedelmi útvonalak vagy gyakorlatok változása vagy a bűnüldözési prioritások módosítása magyarázhatja. 2008-ban Európán belül továbbra is Spanyolországból számoltak be a legnagyobb mennyiségű kokain lefoglalásáról és a kábítószer lefoglalásainak legmagasabb számáról – az összes lefoglalás körülbelül

feléről. Ez egyelőre csak előzetes elemzés, mivel a 2008-ra vonatkozó adatok Hollandiából még nem állnak rendelkezésre, viszont 2007-ben ez az ország állt a második helyen a lefoglalt kokain mennyiségét tekintve.

### Tisztaság és ár

A 2008-ban vizsgált kokainminták átlagos tisztasága a legtöbb adatközlő országban 25–55% között mozgott, bár ennél alacsonyabb értékeket jelentettek Dániából (csak a kiskereskedelemben, 23%) és az Egyesült Királyság néhány részéből (Skócia, 13%), illetve magasabbakat Belgiumból (59%), Franciaországból (60%) és Romániából (62%)<sup>(84)</sup>. A kokain tisztaságában a 2003–08 közötti időszakban tapasztalható tendenciák elemzéséhez huszonegy ország között elegendő adatot, közülük 17 országból csökkenést jelentettek, háromban nem volt változás (Németország, Görögország, Franciaország), Portugáliában pedig növekedést figyeltek meg.

2008-ban a kokain átlagos kiskereskedelmi ára a 18 adatközlő ország felében a grammonkénti 50 euró és 70 euró között mozgott. Ennél alacsonyabb árakat jelentettek Lengyelországból és Portugáliából, magasabbakat Csehországból, Olaszországból, Lettországból és Svédországból. Az összehasonlításhoz elegendő adattal rendelkező országok mindegyikéből a kokain kiskereskedelmi árának csökkenését jelentették a 2003–08-as időszakban, egy ország kivételével. Csak Lengyelországból jeleztek növekedést a fenti időszakban, bár 2008-ban itt is csökkent az ár.

### Előfordulás és használati minták

#### Kokainhasználat az általános népesség körében

A kokain összességében a kannabisz után még mindig a második legtöbbet használt tiltott kábítószer Európában, bár a használat mértékét tekintve az országok között komoly különbségek vannak. Becslések szerint körülbelül 14 millió európai használta már életében legalább egyszer; ez átlagosan az összes 15–64 év közötti felnőtt 4,1%-a (az adatok összefoglalását lásd a 8. táblázatban). Az országos számadatok 0,1% és 9,4% között mozognak, de a 24 ország közül 12 – köztük a közép- és kelet-európai országok többsége – nagyon alacsony életprevalenciáról számolt be (0,5–2%).

Becslések szerint körülbelül 4 millió európai használta a kábítószer az elmúlt évben (átlagosan 1,3%), noha az országok között e tekintetben is vannak különbségek.

<sup>(83)</sup> Ld. a SZR-9 és SZR-10 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(84)</sup> A tisztaságra és az árra vonatkozó adatokért ld. a PPP-3 és a PPP-7 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

### A kokain „másodlagos kivonásával” foglalkozó laboratóriumok Európában

A kábítószer-kereskedők által a kokain feldolgozására létrehozott titkos laboratóriumok Európában más funkciót látnak el, mint a dél-amerikai kokainlaboratóriumok, ahol a kokaint bázis- vagy hidrokloridformában kivonják a kokalevelekből vagy kokamasszából. Az európai bűnüldöző szervek által leleplezett laboratóriumok többsége láthatólag olyan anyagokból vonja ki a kokaint, amelyekbe exportálás előtt belekeverték.

A kokain-hidrokloridot és ritkábban a kokainbázist nagyon sokféle hordozóanyagban találták már meg – méhviaszban, műtrágyában, ruházatban, növényekben és folyadékokban. A bekeverési folyamat kifinomultsága is változó: előfordul, hogy a ruhákat egyszerűen beáztatják a vízben oldott kokainba, de akár műanyagba is beleépíthetik. Utóbbi esetben a kokain kivonásához fordított kémiai folyamatra van szükség. A kivonás után az anyagot különböző felületanyagokkal hígíthatják, majd kokaintéglákba préselik, és ellátják azokkal a logókkal, amelyek a termelő országokban a nagy tisztaságú kokaint jelölik.

Az Europolhoz 2008-ban körülbelül 30 különböző méretű, a kokain „másodlagos kivonásával” foglalkozó laboratórium felfedezéséről érkezett jelentés, minden esetben Spanyolországból. Hollandiában a Brabant tartományban lévő Roosendaalban egy közepes méretű laboratóriumot foglaltak le, ahol a kokaint kakaóporból és szeszes italból vonták ki. A holland hatóságok egy évvel korábban ugyanebben a tartományban már felszámoltak két „másodlagos kivonással” foglalkozó laboratóriumot; ekkor 8 tonna kokaint tartalmazó műanyagot (polipropilént) foglaltak le. A laboratóriumban talált dokumentációból kiderült, hogy abban az évben több mint 50 tonna műanyagot importáltak Kolumbiából.

A közelmúltban készült országos felmérések a használat elmúlt évi előfordulását nulla és 3,1% közé teszik.

A kokainhasználat becsült elmúlt havi előfordulása Európában a felnőtt népesség körülbelül 0,5%-át jelenti, avagy 2 millió főt.

Az európai átlagot meghaladó mértékű kokainhasználatot csak néhány országból jelentettek (Dánia, Spanyolország, Írország, Olaszország, Egyesült Királyság). Egy kivétellel a felsorolt országok mindegyikére igaz, hogy a kokain a leggyakrabban használt tiltott stimuláns. A kivétel Dánia, ahonnan a kokain és az amfetaminok használatának hasonló szintű előfordulásáról számoltak be.

### Kokainhasználat a fiatal felnőttek körében

Európában becslések szerint körülbelül 8 millió fiatal felnőtt (15–34 évesek), avagy átlagosan 5,9% használt

már kokaint életében legalább egyszer. Az országos adatok 0,1% és 14,9% között mozognak. Az elmúlt évi kokainhasználat európai átlagát ebben a korcsoportban 2,3%-ra (kb. 3 millió fő), az elmúlt havi használatát 0,9%-ra becsülik (1,5 millió fő).

A használat különösen a fiatal férfiak (15–34 évesek) körében gyakori, Dániából, Spanyolországból, Írországból, Olaszországból és az Egyesült Királyságból a kokainhasználat 4–8,4% közötti elmúlt évi előfordulását jelentették <sup>(85)</sup>. A kokainhasználat elmúlt évi előfordulását tekintve az adatközlő országok közül 12-ben legalább 2:1 volt a férfiak és a nők aránya <sup>(86)</sup>.

A keresztmetszeti populációs és célzott felmérések azt mutatták, hogy a kokainhasználat bizonyos életstílusokhoz és helyszínekhez kapcsolódik. A 2008/2009-es brit bűnügyi felmérésből származó adatok elemzése például azt állapította meg, hogy azok közül a 16–24 évesek közül, akik az elmúlt hónapban négy vagy több alkalommal jártak éjszakai szórakozóhelyen, 14,2% nyilatkozott elmúlt évi kokainhasználatáról, míg a szórakozóhelyekre nem járók közül csak 4,0% (Hoare, 2009). A közelmúltban, elektronikus táncos vagy zenei közegben végzett célzott felmérések Csehországban, Hollandiában, Ausztriában és az Egyesült Királyságban a kokainhasználat nagyon magas életprevalenciáját jelezték, a 17,6%-tól egészen 86%-ig terjedő tartományban. A kokainhasználatot közvetlenül is összefüggésbe lehetett hozni ezekkel a helyszínekkel: az amszterdami éjszakai szórakozóhelyek látogatói körében végzett 2008-as felmérés során a 646 válaszadó 4,6%-a jelezte, hogy a felmérés estjén kokaint használt, az Egyesült Királyságban pedig egy 323 klublátogató bevonásával végzett helyszíni felmérés azt mutatta, hogy aznap este 22%-uk fogyasztott vagy tervezett kokaint fogyasztani.

A normálpopulációs vizsgálatokból származó adatokból az is kiderült, hogy az alkalmoszerű erős alkoholfogyasztás előfordulása <sup>(87)</sup> sokkal magasabb a kokainhasználók körében, mint az átlagpopulációban (EMCDDA, 2009d). Hollandiából arról is beszámoltak, hogy a szerhasználók esetenként a túlzott ivás utáni kijózanodás érdekében fogyasztanak kokaint.

### Kokainhasználat a diákok körében

A kokainhasználat becsült prevalenciája a diákok körében sokkal alacsonyabb, mint a kannabiszhasználaté. A 2007-es ESPAD felmérésben részt vevő 15–16 éves diákoknál a kokainhasználat életprevalenciája

<sup>(85)</sup> Ld. a GPS-13 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(86)</sup> Ld. a GPS-5 (iii. rész) és (iv. rész) táblázatát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(87)</sup> Definíció szerint ez egyazon alkalommal hat vagy több pohár alkoholtartalmú ital elfogyasztása legalább hetente egyszer az elmúlt 12 hónapban.

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

Korcsoport	A használat időszaka		
	Élete folyamán	Az elmúlt évben	Az elmúlt hónapban
<b>15–64 évesek</b>			
A szerhasználók becsült száma Európában	14 millió	4 millió	2 millió
Európai átlag	4,1%	1,3%	0,5%
Tartomány	0,1–9,4%	0,0–3,1%	0,0–1,5%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (0,1%) Málta (0,4%) Litvánia (0,5%) Görögország (0,7%)	Románia (0,0%) Görögország (0,1%) Magyarország, Lengyelország, Litvánia (0,2%) Málta (0,3%)	Románia, Görögország (0,0%) Málta, Svédország, Lengyelország, Litvánia, Észtország, Finnország (0,1%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Egyesült Királyság (9,4%) Spanyolország (8,3%) Olaszország (7,0%) Írország (5,3%)	Spanyolország (3,1%) Egyesült Királyság (3,0%) Olaszország (2,1%) Írország (1,7%)	Egyesült Királyság (1,5%) Spanyolország (1,1%) Olaszország (0,7%), Ausztria (0,6%)
<b>15–34 évesek</b>			
A szerhasználók becsült száma Európában	8 millió	3 millió	1,5 millió
Európai átlag	5,9%	2,3%	0,9%
Tartomány	0,1–14,9%	0,1–6,2%	0,0–2,9%
A legalacsonyabb előfordulással rendelkező országok	Románia (0,1%) Litvánia (0,7%) Málta (0,9%) Görögország (1,0%)	Románia (0,1%) Görögország (0,2%) Lengyelország, Litvánia (0,3%) Magyarország (0,4%)	Románia (0,0%) Görögország, Lengyelország, Litvánia (0,1%) Magyarország, Észtország (0,2%)
A legmagasabb előfordulással rendelkező országok	Egyesült Királyság (14,9%) Spanyolország (11,8%) Dánia (9,5%) Írország (8,2%)	Egyesült Királyság (6,2%) Spanyolország (5,5%) Dánia (3,4%) Írország (3,1%)	Egyesült Királyság (2,9%) Spanyolország (1,9%) Olaszország (1,1%) Írország (1,0%)
Az európai előfordulásra vonatkozó becslések a 2001 és 2008/09 között (többnyire 2004–08 között) elvégzett legfrissebb országos felmérésekből kapott súlyozott átlagokon alapulnak, ezért ezeket nem lehet egy konkrét évről kapcsolni. Az Európára vonatkozó átlagos előfordulást az egyes országokban az adott korcsoportba tartozó népességnek megfelelően súlyozott átlaggal számították ki. Azokban az országokban, ahonnan semmilyen információ nem áll rendelkezésre, az átlagos uniós előfordulással számoltak. Az alapul vett populációk: 15–64 (334 millió) és 15–34 (133 millió). Az itt összefoglalt adatok a „Normálpopulációs felmérések” részben található a 2010. évi statisztikai közlönyben.			

a 28 adatközlő ország felében 1–2% között volt. A maradék országok többségéből 3–4% közötti prevalenciaszinteket jelentettek, Franciaországból és az Egyesült Királyságból pedig 5%-ot, illetve 6%-ot. Ahol az idősebb diákokról (17–18 évesek) is vannak adatok, a kokainhasználat életprevalenciája általában magasabb, Spanyolországban eléri a 8%-ot<sup>(88)</sup>.

### Nemzetközi összehasonlítások

A kokainhasználat becsült éves prevalenciája az Európai Unióban élő fiatal felnőttek körében összességében alacsonyabb (2,3%), mint az Ausztráliában (a 14–39 évesek körében 3,4%), Kanadában (4,0%) és az Egyesült Államokban (a 16–34 évesek körében 4,5%) élő társaiknál. Dániából azonban az ausztráliaival megegyező számadatot jelentettek, Spanyolországból és az Egyesült Királyságból pedig a Kanadában és az Egyesült Államokban mértél magasabb számokat közölték (7. ábra).

### A kokainhasználat tendenciái

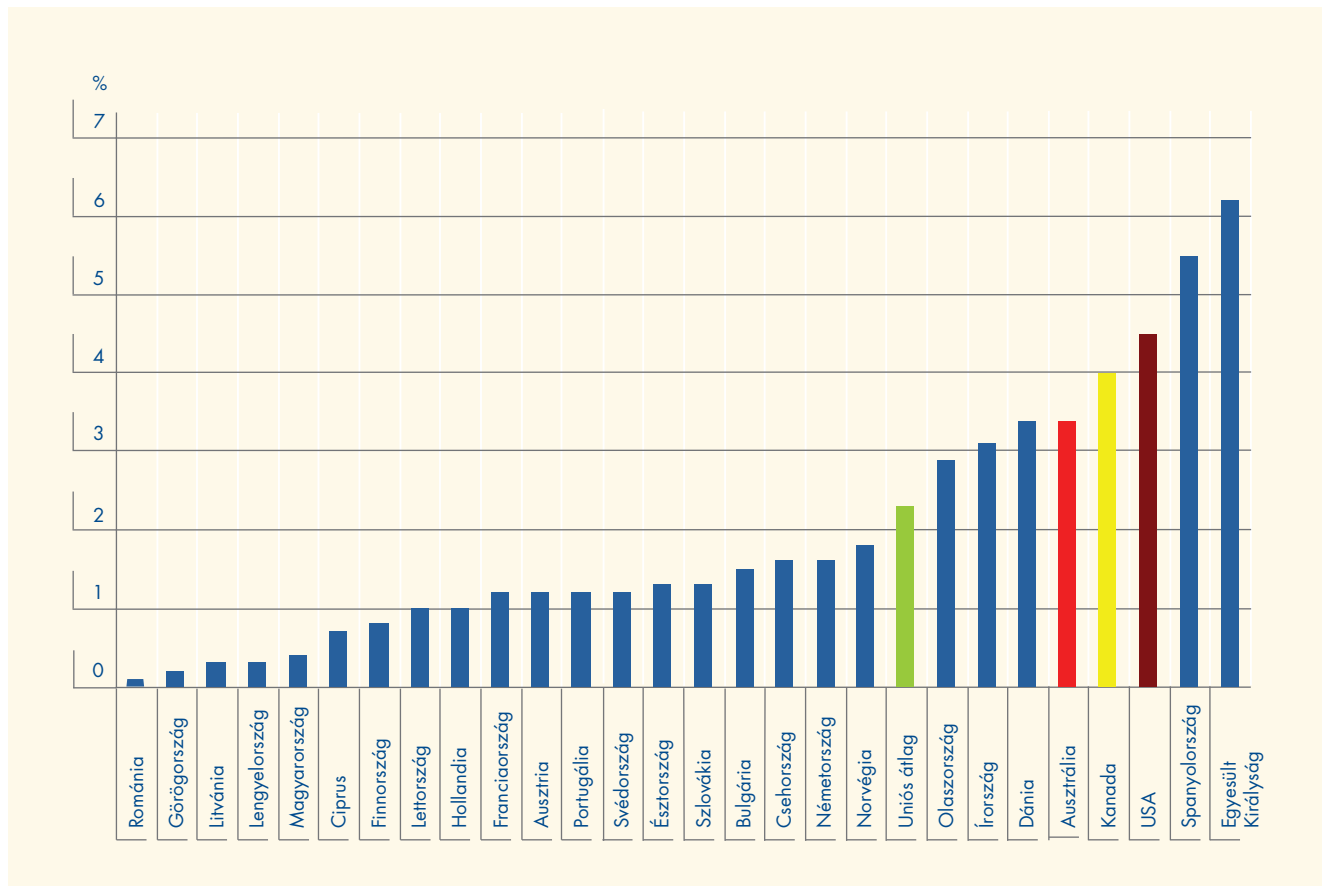
Az európai kokainhasználat különböző minták szerint alakult. A kokainhasználat legmagasabb előfordulási arányával rendelkező két országban (Spanyolország, Egyesült Királyság) a kábítószer használata az 1990-es évek végén drámai mértékben megemelkedett, majd egy valamivel stabilabb, de összességében emelkedő tendencia állt be. Három másik országban (Dánia, Írország, Olaszország) a prevalencia növekedése kevésbé volt markáns, és később következett be. Európai mércével mérve mindazonáltal ezekben az országokban magasak a használati szintek. Az 1998 és 2008/9 között ismételt felmérésekkel rendelkező országok között a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében mért elmúlt évi prevalencia stabilabbnak mutatkozik, 2% alatt maradó szintekkel ebben az időszakban (8. ábra).

Ha a frissebb tendenciákat vizsgáljuk, a 2003–08 közötti időszakban ismételt felmérésekkel rendelkező 15 ország közül a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében mért

<sup>(88)</sup> Ld. az EYE-3-EYE-10 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.



**7. ábra:** A kokainhasználat elmúlt évi előfordulása a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében Európában, Ausztráliában, Kanadában és az USA-ban



**Megjegyzés:** Az adatok mindegyik ország esetében a legutolsó rendelkezésre álló felmérésből származnak. Az előfordulási arány európai átlagát az ország 15–34 éves népességének (2006, az Eurostattól átvéve) megfelelően súlyozott országos előfordulási arány átlagaként számították ki. Az amerikai és az ausztrál adatokat az eredeti felmérési eredményekből átszámították a 16–34, illetve 14–39 éves korszavra. További információért ld. a GPS-20 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

**Forrás:** Reitox nemzeti fókuszpontok.

SAMHSA (USA), Office of Applied Studies. National survey on drug use and health, 2008.

Kanada: Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey.

Australian Institute of Health and Welfare 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics sorozat 22. szám. Kat. PHE 107. Canberra: AIHW.

elmúlt évi prevalencia három országban legalább kétszeresére nőtt, de még így is 2% alatt maradt (Bulgária, Csehország, Lettország). Két országban körülbelül 50%-kal emelkedett (Írország, Egyesült Királyság), nyolc országban pedig egy szinten maradt vagy csökkent (Németország, Észtország, Litvánia, Magyarország, Ausztria, Lengyelország, Szlovákia, Finnország).

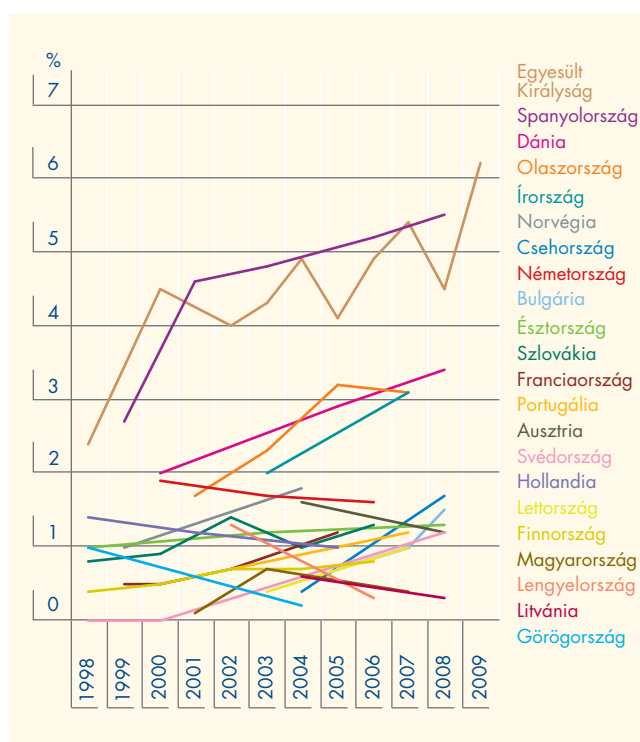
A 2007-ben végzett ESPAD iskolai felmérések szerint a 15–16 éves diákok körében a kokainhasználat életprevalenciája Franciaországban, Cipruson, Máltán, Szlovéniában és Szlovákiában nőtt legalább két százalékponttal 2003 óta. A spanyol iskolai felmérés 2004 és 2007 között két százalékpontos csökkenésről számolt be. Abból az öt országból, ahol 2008-ban iskolai

felmérést végeztek, nem jeleztek 1%-ot meghaladó változást.

### A kokainhasználat mintái

Néhány európai országban jelentős számban vannak olyanok, akik csak kísérleti jelleggel, egy vagy két alkalommal próbálták ki a kokaint (Van der Poel és mások, 2009). A rendszeresebb vagy intenzívebb kokainhasználók körében két nagy csoportot lehet megkülönböztetni. Az első csoportot azok a „társadalmilag integrált” szerhasználók alkotják, akik jellemzően hétfévenként, bulikon vagy más különleges alkalmakkor használnak kokaint, néha nagy mennyiségben („tívornyák”) vagy rendszeresen. A társadalmilag integrált szerhasználók közül sokan azt állítják, hogy kokainhasználatukat kontrollálni tudják azzal,

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



Megjegyzés: További információkért ld. a GPS-14 (i. rész) ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

hogyan szabályozzák például a mennyiségre, a gyakoriságra vagy a használat körülményeire vonatkozóan (Decorte, 2000). E szerhasználók közül néhánynál a kokainhasználat összefüggő egészségügyi problémák léphetnek fel, vagy olyan kényszeres használati minták alakulhatnak ki, amelyek miatt kezelésre szorulnak. A vizsgálatok azonban azt jelzik, hogy a kokainnal összefüggő problémákkal rendelkezők jelentős része formális kezelés nélkül is felépülhet (Cunningham, 2000).

A második csoportba tartoznak azok a „marginalizált” vagy „társadalmilag kirekesztett” szerhasználók, köztük a korábbi vagy jelenlegi opioidhasználók, akik esetleg crackot használnak, vagy intravénásan használják a kokaint. Ugyanebbe a csoportba sorolhatók a szociálisan hátrányos helyzetű csoportokba tartozó intenzív kokain- és crackhasználók, köztük például a szexmunkások és bevándorlók (Prinzleve és mások, 2004).

## A kokainhasználat egészségügyi következményei

A kokainhasználat egészségügyi következményeit valószínűleg alábecsülik. Ez részben a hosszú távú kokainhasználatból eredő jellemző kórképek gyakran

tisztázatlan vagy krónikus voltának, továbbá a betegség és a kábítószer használata közötti ok-okozati összefüggés megállapításában rejlő nehézségeknek tulajdonítható<sup>(89)</sup>. A rendszeres használat – a szippantásos használatot is beleértve – szív-ér rendszeri, neurológiai és pszichiátriai problémákkal, balesetveszéllyel és a védekezés nélküli szex miatt a fertőző betegségek átadásának veszélyével járhat (Brugal és mások, 2009). Az Egyesült Államokban végzett vizsgálat azt is kimutatta, hogy a használat első évében a kokainhasználók körülbelül 5%-a válhat függővé, bár a függőség kialakulása hosszú távon is csak a szerhasználók körülbelül 20%-ánál következett be (Wagner és Anthony, 2002).

A magas használati arányokkal rendelkező országokban végzett vizsgálatok azt jelzik, hogy a fiataloknál fellépő szívproblémáknak egy tekintélyes része a kokainhasználattal függhet össze (Qureshi és mások, 2001). Úgy tűnik, hogy ezekben az országokban a kábítószerrel összefüggő kórházi sürgősségi esetek egy jelentős részében is szerepe van a kokainhasználatnak: Hollandiában például 32%-ban, Spanyolországban és az Egyesült Államokban pedig az esetek többségében. Spanyolországban egy 720, 18–20 év közötti rendszeres kokainhasználó – akik nem voltak rendszeres heroinhasználók – bevonásával végzett friss felmérés azt állapította meg, hogy 27%-uk tapasztalt akut kokainmérgezést az elmúlt év folyamán. Közülük 35%-nál jelentkeztek a pszichózis tünetei (hallucinációk vagy delírium), és több mint 50%-nál lépett fel mellkasi fájdalom (Santos és mások, megjelenés alatt).

Az intravénás kokainhasználat és a crackhasználat jár a legnagyobb egészségügyi kockázatokkal, ideértve a szív-ér rendszeri és mentálhigiéniai problémákat. Ezeket általában tovább súlyosbítja a társadalmi marginalizálódás és az ehhez hozzáadódó konkrét problémák, például az intravénás használattal járó veszélyek, beleértve a fertőző betegségek átadását és a túladagolást (EMCDDA, 2007c).

A jelek összességében arra utalnak, hogy a kokainhasználat Európában jelentős és feltehetőleg növekvő egészségügyi terhet jelent, amelyet még nem sikerült teljes mértékben behatárolni és felismerni. A közelmúltban a kokainhasználat és az éjszakai gazdaságban előforduló erőszakos bűncselekmények közötti összefüggéssel kapcsolatos aggályok is felmerültek (Measham és Moore, 2009).

## A problémás kokainhasználat és a kezelés iránti igény

Az EMCDDA a rendszeres kokainhasználókat, a kokaint tartósan, hosszú ideig használókat és az intravénás szerhasználókat határozza meg problémás

<sup>(89)</sup> Ld. „A kokain által okozott halálos esetek” című keretes írást a 7. fejezetben.

## A levamizol mint kokain-adalékanyag

Az adalékanyagok vagy „felütőanyagok” a kábítószerre, különösen a por alakú kábítószerre szándékosan hozzáadott anyagok, amelyekkel megnövelik az értékesítési mennyiséget és a gazdasági hasznot. Nem azonosak a szennyeződésekkel, ez utóbbi ugyanis a szintetizálási folyamat során kis mennyiségben bekerült nem kívánt anyagokat jelenti (King, 2009).

A kokaint nagy értéke miatt akár többször is felüthetik, egy vagy több anyaggal. Ezek lehetnek semleges hígítóanyagok (például cukor és keményítő), amelyek megnövelik a kábítószer térfogatát. Adalékanyagként farmakológiai hatóanyagokat is használhatnak, hogy fokozzák vagy utánozzák a kábítószer hatását, illetve javítsák a megjelenését. Ebbe a kategóriába tartoznak az analgetikumok (pl. paracetamol), a helyi érzéstelenítők (pl. lidokain), az antihisztaminok (pl. hidroxizin), a diltiazem és az atropin (Meijers, 2007).

A levamizol (l-tetramizol) kokain-adalékanyagként való alkalmazásáról az Egyesült Államokban és Európában 2004 óta érkeztek jelentések. A levamizolt az állatgyógyászatban parazitaellenes hatóanyagként használják, a humán gyógyászatban pedig korábban immunrendszer-stimulálónak alkalmazták. Tartósan és nagy adagban alkalmazva káros hatásokat okozhat, amelyek közül az agranulocitózis <sup>(1)</sup> a legriasztóbb.

A levamizolt rutinszerűen nem azonosítják a kokainlefoglalásokban, és mennyiségét ritkán határozzák meg. A rendelkezésre álló információk azonban a levamizollal hamisított kokainminták arányában és a levamizolnak a kábítószerben mért koncentrációjában egyaránt növekedést mutatnak. Ennek következtében az európai korai előrejelző rendszer (lásd a 8. fejezetet) figyelemztetést adott ki, és további adatgyűjtést indított. Az Egyesült Államokban kiadott népegészségügyi figyelmeztetésben közölték, hogy a 2009-ben elemzett kokainlefoglalások több mint 70%-a tartalmazott levamizolt <sup>(2)</sup>, és az év végére az országban több mint 20 olyan esetet jelentettek be, ahol az agranulocitózis megerősítették vagy valószínűsítették (köztük két halálesetet). Az esetek száma azonban a kokainhasználókhoz viszonyítva nagyon alacsonynak tűnik.

<sup>(1)</sup> Az agranulocitózis olyan hematológiai állapot, amely gyorsan kialakuló, életveszélyes fertőzésekhez vezethet.

<sup>(2)</sup> SAMHSA sajtóközlemény.

kokainhasználókként. E populáció becslött mérete közelítőleg megegyezik azoknak a számával, akik potenciálisan segítségre szorulnak. A társadalmilag integrált kokainhasználók azonban ezekben a becslésekben alulreprezentáltak, noha nekik is szükségük lehet kezelésre. A problémás kokainhasználókról szóló országos becslések csak Olaszországból állnak rendelkezésre, regionális és

a crack kokainra vonatkozó becslések pedig az Egyesült Királyságból vannak (Anglia). Olaszországban a problémás kokainhasználók számát 2008-ban körülbelül 172 000-re becsülték (4,2–4,6 eset/1000 fő a 15–64 éves népességben) <sup>(90)</sup>. A problémás kokainhasználat alakulására vonatkozó adatok és más adatforrások Olaszországban a kokainhasználat fokozatos növekedését jelzik.

A crackhasználat a társadalmilag integrált kokainhasználók körében nagyon szokatlan, és általában csak a marginalizált, hátrányos helyzetű csoportokban fordul elő, például a szexmunkások, problémás opioidhasználók, illetve esetenként bizonyos etnikai kisebbségek körében (pl. Franciaországban, Hollandiában, az Egyesült Királyságban). Előfordulását főként néhány európai nagyvárosban észlelték (Prinzleve és mások, 2004; Connolly és mások, 2008).

A crackhasználatot kapcsolatos kezelési igények többségét és a crack lefoglalásainak legnagyobb részét Európán belül az Egyesült Királyságból jelentik. A crackhasználatot ezenkívül a londoni kábítószer-probléma egyik meghatározó elemének tekintik. A crack kokain problémás használatát a 2006/7-ből származó angliai becslések 1000 lakosra jutó 1,4–17,0 esetre tették a 15–64 éves korosztályban, miközben az országos átlag 5,2–5,6 eset/1000 fő volt <sup>(91)</sup>. Becslések szerint a problémás crackhasználók több mint kétharmada egyúttal problémás opioidhasználó is.

A legmagasabb előfordulási szintekkel rendelkező országokban a kokainport vagy a crack kokaint gyakran a helyettesítő kezelés alatt álló opioidhasználók használják (főleg Spanyolországban, Olaszországban, Hollandiában, az Egyesült Királyságban). A kokain- és alkoholfogyasztás össze is kapcsolódik a helyettesítő kezelésben részt vevő betegek körében.

### Kezelés iránti igény

A kokaint, főként a kokainport 2008-ban az összes kezelésbe lépő kliens körülbelül 17%-a nevezte meg a kábítószer miatti kezelés megkezdésének első számú okaként, ami 27 európai országban nagyjából 70 000 esetnek felel meg. A kezelésre életükben először jelentkezők körében magasabb volt az elsődleges kokainhasználók aránya (24%).

Az országok között az elsődleges kokainhasználó kliensek arányát és számát tekintve nagy különbségek vannak. A legmagasabb arányokat Spanyolországból (46%), Hollandiából (33%) és Olaszországból (28%) jelentették. Belgiumban, Írországon, Cipruson, Luxemburgban és

<sup>(90)</sup> Ld. a PDU-102 (i. rész) táblázatát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(91)</sup> Ld. a PDU-103 (ii. rész) táblázatát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

az Egyesült Királyságban a kokainhasználó kliensek az összes kábítószer-használó kliens 11 – 15%-át képviselik. Európa más részein a kokain a kezelt kliensek kevesebb mint 10%-áért tehető felelőssé, de nyolc országból 1% alatti arányt jelentettek <sup>(92)</sup>.

Az elsődleges kokainhasználat miatt kezelésbe lépő kliensek száma Európában sok éve emelkedik, bár ezt a tendenciát néhány ország erősen befolyásolja (Spanyolország, Olaszország, Hollandia, Egyesült Királyság). 17 adatközlő országot alapul véve a kezelést megkezdő kokainhasználó kliensek száma a 2003-as kb. 37 000-ről 2008-ban 52 000-re nőtt, ugyanakkor arányuk az összes kliens 17%-áról 19%-ára emelkedett. Az első alkalommal kezelésbe lépő kliensek körében a kokainhasználó kliensek száma körülbelül 18 000-ről 28 000-re, arányuk pedig 22%-ról 27%-ra nőtt (18 ország alapján). A legnagyobb számú kokainhasználó klienssel rendelkező országok közül Spanyolországból, Olaszországból és Hollandiából 2005 óta a kokaint fő kábítószerként megnevező új kliensek számának és arányának stabil helyzetét vagy csökkenő tendenciáját jelezték, az Egyesült Királyságból viszont növekedést jelentettek <sup>(93)</sup>.

### A kezelt kliensek jellemzői

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

A férfi-nő arány a járó betegként kezelt kokainhasználó kliensek esetében az egyik legmagasabb (öt férfi jut egy nőre), és a kliensek átlagéletkora is a legmagasabbak közé tartozik (kb. 32 év) a kezelése kliensei között. Ez különösen igaz néhány olyan országra, ahol az elsődleges kokainhasználó kliensek száma nagy, főként Olaszországra, ahol a nemek aránya 6:1, az átlagéletkor pedig 34 év. Az elsődleges kokainhasználók elmondásuk szerint más kábítószerrel elsődleges használóihoz képest idősebb korban használják először fő kábítószerüket (22,3 évesen, 87%-ban 30 éves koruk előtt), és átlagosan kilenc év telik el a kokain első használata és az első kezelés megkezdése között.

A kokainhasználó kliensek többsége szippantja (63%) vagy elszívja (31%) a kábítószerrel, injektlásról csak 3%-uk nyilatkozott <sup>(94)</sup>. Közel felük heti 1 – 6 alkalommal használta a kábítószerrel a kezelés megkezdése előtti hónapban, 26%-uk használta naponta, 25% pedig nem használta az adott időszakban <sup>(95)</sup>. 2006-ban a kezelési adatok 14 országra kiterjedő elemzése azt mutatta, hogy a kokainhasználó kliensek körülbelül 63%-a többféle szerrel fogyaszt párhuzamosan. 42%-uk alkoholt is fogyaszt, 28%-uk kannabiszt, 16%-uk pedig heroint használ. A kokaint másodlagos kábítószerként a járóbeteg-ellátásban kezelt kliensek 32%-a említette, különösen az elsődleges heroinhasználók (EMCDDA, 2009d).

2008-ban a jelentések szerint körülbelül 10 000 kliens kezdett járóbeteg-kezelésbe a crack kokain elsődleges használata miatt, ami az összes kokainhasználó kliens 16%-át és a járóbeteg-kezelésbe lépő összes kliens 3%-át jelentette. A legtöbb crackhasználó kliensről (kb. 7500) az Egyesült Királyságból számoltak be, ahol a kezelt kokainhasználó kliensek 42%-át, illetve az összes, kábítószer miatt kezelt kliens 5,6%-át tették ki. Hollandiából szintén azt jelentették, hogy a crackhasználó kliensek számottevő arányban voltak jelen a 2008-ban kezelésbe lépők között <sup>(96)</sup>.

A kezelése alapján összességében két fő csoportot lehet megkülönböztetni a kokainhasználó kliensek között: a kokainport használó, társadalmilag integráltabb személyeket, és a kliensek marginalizálódott csoportját, akik a kokaint, illetve gyakran a crack kokaint opioidokkal kombinálva használják. Az első csoport jellemzően szippantja a kábítószerrel, és esetenként más szerekkel, például alkohollal vagy kannabisszal fogyasztja együtt, de opioidokkal nem. E csoport néhány tagját a büntető igazságszolgáltatás utalja be kezelésre. A második csoport tagjai gyakran injektálják a kábítószerrel, kokaint és opioidokat egyaránt használnak, időnként cracket szívnak, egészségi állapotuk és szociális körülményeik bizonytalanok. Ebben a csoportban, amelybe beletartoznak a kokainhasználat miatt újbóli kezelésbe kezdő egykori heroinhasználók is, az elsődleges kábítószer meghatározása nehézséget okozhat (NTA, 2010) <sup>(97)</sup>.

<sup>(92)</sup> Ld. a TDI-2 ábrát és a TDI-5 (i. rész) és (ii. rész) és a TDI-24 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben; a spanyolországi adatok 2007-re vonatkoznak.

<sup>(93)</sup> Ld. a TDI-1 és a TDI-3 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(94)</sup> Ld. a TDI-17 (iv. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(95)</sup> Ld. a TDI-18 (ii. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(96)</sup> Hollandia 2008-tól crackhasználónak tekinti azokat a kokainhasználó klienseket, akik az „elszívást” jelölik meg beadási módként. Ez a korábbi években bejelentett számokhoz képest erős növekedést eredményezett. A crackhasználó kliensek nem megfelelő felismerése más országokban is előfordulhat.

<sup>(97)</sup> Ld. a TDI-10, TDI-11 (iii. rész), TDI-21 és a TDI-103 (ii. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

## Kezelés és ártalomcsökkentés

### Kezelési szolgáltatások

Európában a kokaintól és a crack kokaintól való függőségre általában speciális járóbeteg-ellátó szolgálatoknál biztosítanak kezelést. Mivel jelenleg nem áll rendelkezésre hatékony gyógyszeres kezelés, a kokainhasználó kliensek olyan pszichoszociális kezelésben részesülnek, mint a tanácsadás és a kognitív viselkedésterápia. Néhány országban külön útmutató készült a kokainproblémák kezeléséhez (pl. Németország, Egyesült Királyság). Az Egyesült Királyságban elfogadott útmutató a kliens szükségleteitől függően 3–20 ülést javasol, amelyek célja a változással kapcsolatos ambivalencia feloldása, a kokainhasználatot kiváltó hangulatok és vágyak jobb felismerése és uralása, a kokainnal összefüggő ártalom csökkentése és a visszaesés megelőzése (NTA, 2006).

A gyógyszeres kezelést Európában általában arra használják, hogy enyhítsék a kokainfüggőség tüneteit, különösen a szorongást. Franciaországban a kokain miatti jelenlegi kezelési gyakorlatokat áttekintő kvalitatív vizsgálat azt állapította meg, hogy a hatékonyságról szóló bizonyítékok korlátozottsága ellenére meghatározott gyógyszereket – például metilfenidátot, modafinilt vagy topiramátot – írnak fel a sóvárgás enyhítésére vagy helyettesítés céljából (Escots és Suderie, 2009).

A kábítószer-használókat kezelő állami létesítmények Európában többnyire az opioidhasználók igényeire igazodnak, ezért a társadalmilag integrált kokainpor-használók az érzékelt megbélyegzés miatt esetleg nem szívesen járnak oda kezelésre. Dániában, Írországon, Olaszországban és Ausztriában ezért külön programokat dolgoztak ki ennek a populációnak. Közös vonásuk, hogy a kezelés a rendes nyitvatartási időn kívül is biztosítható, hogy igazodjon a munkahelyi kötelezettségekhez, egyszersmind garantálja a diszkréciót.

Két közelmúltbeli tanulmányban a kokainport (NTA, 2010) és crack kokaint használóknak (Marsden és mások, 2009) biztosított pszichoszociális kezelés hatékonyságát vizsgálták meg az angol kezelési központokban. Mindkét vizsgálat a kábítószer-használatban történt változásokat hasonlította össze a kezelés előtt és hat hónapnyi kezelés után (vagy korábban, elbocsátás esetén). Az első vizsgálatban a kokainpor-használók 61%-a (1864 fő a 3075-ből) hagyta abba a kábítószer használatát, és további 11% jelentősen csökkentette a használatot. A második vizsgálatban a crack kokaint használók 52%-a (3941 fő a 7636-ból) volt absztinens hathavi kezelést követően. Kevésbé kedvező hír, hogy az opioidhelyettesítő

kezelésről megállapították, hogy a heroint és crack kokaint használó klienseknél nem olyan hatékony, mint azoknál, akik csak heroint használnak. Ez a megállapítás megerősíti, hogy a kokain vagy a crack kokain egyidejű használata hátrányosan befolyásolja a helyettesítő kezelés kimenetelét, és hangsúlyozza, hogy új stratégiákat kell kidolgozni a kombinált heroín- és kokain- vagy crackkokain-függőség kezelésére.

### A kokainfüggőség kezeléséről szóló friss vizsgálatok

A kokainfüggőség kezelésére már több mint 50 különböző gyógyszert kipróbáltak és értékelték. Eddig egy sem bizonyult egyértelműen hatásosnak, és sem az Európai Gyógyszerügynökség, sem az amerikai Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hivatal nem hagyott jóvá semmilyen gyógyszert a kokainfüggőség kezelésére (Kleber és mások, 2007). A nyilvántartásban azonban 100-nál is több olyan folyamatban lévő, randomizált kontrollcsoportos kísérlet szerepel, amely új anyagok tesztelésre irányul, esetenként pszichológiai beavatkozásokkal összekapcsolva.

A diszulfiram, az alkohol anyagcseréjével kölcsönhatásba lépő szer használata az alkoholizmustól is szenvedő betegek esetében együtt járt a kokainhasználat csökkenésével. A csökkenést az alkohollal összefüggő felszabadultság és csökkent ítélőképesség visszaszorításának tulajdonították. A frissebb vizsgálatok megállapították, hogy a diszulfiram közvetlenül is hat a kokain anyagcseréjére. Tekintettel azonban a bizonyítékok minőségi korlátaira, azt javasolták, hogy

### Kokainvakcina

A kokainvakcinát először az 1990-es évek elején, állatkísérletekben próbálták ki. A vakcina beadás után antitestek termelődését váltja ki, amelyek a véráramban lévő kokainmolekulákhoz kötődnek, és ezáltal a természetesen előforduló enzimek számára lehetővé teszik, hogy inaktív molekulákká alakítsák azokat.

A vakcina első randomizált kontrollcsoportos kipróbálását az Egyesült Államokban végezték, 115 opioidhelyettesítő kezelés alatt álló alany bevonásával. A vizsgálat azt állapította meg, hogy azok az alanyok, akik megkapták a vakcinát, és megfelelő mennyiségű antitestük termelődött, absztinensek maradtak. A vakcinával beoltott opioidhasználók közül azonban csak kb. 10-ből négyen (38%) érték el az antitestek olyan szintjét, amely két hónapra blokkolta a kokaint (Martell és mások, 2009). Hasonló eredményeket figyeltek meg egy későbbi vizsgálatban, tíz férfi kokainhasználó bevonásával, akik a kábítószer elszívással fogyasztották, függők voltak és nem jelentkeztek kezelésre.

a kezelőorvosok mérleget a diszulfiram lehetséges előnyeit, illetve potenciális káros hatásait (Pani és mások, 2010).

15 vizsgálatban, összesen 1066 beteg bevonásával több antiepileptikum használatát is értékelték (Minozzi és mások, 2009). A betegek kezelésben való megtartását, a mellékhatások számának és típusainak csökkentését vagy a kokainhasználat csökkentését tekintve a gyógyszerek nem bizonyultak lényegesen hatásosabbnak a placebónál. Az antipszichotikumokat hét tanulmányban, 293 beteg bevonásával értékelték (Amato és mások, 2009). A vizsgálatok általában túl kicsik voltak a lehetséges hatások megerősítéséhez, de a rendelkezésre álló eredmények nem támasztják alá a gyógyszerek használatát a kokainfüggőség kezelésére.

Az opioidhelyettesítő kezelés alatt álló betegek körében azt állapították meg, hogy a bupropion, a dextroamfetamin és a modafinil használata a kokaintól való tartós absztinencia magasabb arányaival járt együtt, mint amit placebóval elértek (Castells és mások, 2010).

A nem gyógyszeres beavatkozások közül egyes pszichoszociális beavatkozások kedvező eredményeket hoztak a kezelésből való lemorzsolódási ráták csökkenését, a kokainhasználat csökkenését és a kezelésen való megjelenés javítását tekintve, különösen amikor ezeket a viselkedésben elért változásokat utalványokkal jutalmazó kezeléssel együtt biztosították (Knapp és mások, 2007). Az ösztönzőkön alapuló beavatkozások hatásait több folyamatban lévő tanulmány vizsgálja tovább, egyes esetekben viselkedésterápiával és gyógyszeres beavatkozásokkal ötvözve. A fülön végzett akupunktúrás kezelés nem hozott jelentős eredményt (Gates és mások, 2006).

### Ártalomcsökkentés

A problémás crack- és kokainhasználóknak szóló ártalomcsökkentő beavatkozások sok tagállamban új tevékenységi területnek számítanak. Ezen a téren

a beavatkozások korlátozottságának egyik oka az lehet, különösen a crackhasználók esetében, hogy az ebben dolgozók nem ismerik eléggé ezt a kábítószer, acélcsoportot és a szükségleteiket. A stimulánsok használóinak szóló ártalomcsökkentő beavatkozásokról nemrég készült áttekintés azt állapította meg, hogy a kokainnal összefüggő ártalmak meghatározására több figyelmet fordítottak, mint a csökkentésükre irányuló beavatkozások kidolgozására (Grund és mások, 2010).

A tagállamok az intravénás kokainhasználóknak rendszerint ugyanazokat a szolgáltatásokat és létesítményeket biztosítják, mint az opioidhasználóknak, beleértve a biztonságosabb használatról szóló ajánlásokat, képzést a biztonságosabb injektáláshoz, illetve tű- és fecskendőcsere-programokat. A kokain injektálása azonban együtt jár a felszerelések megosztásának megnövekedett veszélyével és a gyakori injektálással, ami a vénák szétduzzadásához és ezáltal a kockázatosabb testrészekre való injekciózáshoz vezethet (pl. láb, kéz, lábfej, ágyék). A biztonságosabb használatról szóló ajánlásokat ezért ezekhez a konkrét veszélyekhez kell igazítani, és kerülni kell az „egyét egyért” szemléletet a fecskendőcsereben. Az injektálás potenciálisan nagy gyakorisága miatt az intravénás használók steril felszerelésekkel való ellátását nem szabad korlátozni (van Beek és mások, 2001). Néhány országban (Spanyolország, Franciaország) az alacsonyküszöbű ügynökségek tiszta crackpipákat is biztosítanak.

A kokainpor-használókat rekreációs körülmények között megkereső ártalomcsökkentő beavatkozások elsősorban a tudatosításra helyezik a hangsúlyt. A programok keretében a fiatalok részére tanácsadást és tájékoztatást biztosítanak az alkohol- és kábítószer-fogyasztással járó általános kockázatokról, aminek általában a kokainhasználattal összefüggő veszélyekről szóló felvilágosítás is része. A figyelemfelhívástól eltekintve jobbra szinte nem is létezik más ártalomcsökkentő lehetőség e célcsoport számára, akik az európai kokainhasználók túlnyomó többségét jelentik.



## 6. fejezet

# Opioidhasználat és intravénás kábítószer-használat

### Bevezetés

A heroin használata, különösen a kábítószer injektlása Európában az 1970-es évek óta szorosan összekapcsolódik a közegészségügyi és szociális problémákkal. Az Európai Unióban még ma is ez a kábítószer tehető felelőssé a kábítószer-használattal összefüggő megbetegedések és halálozások legnagyobb részéért. Az 1990-es évek végén és a század első éveiben a heroinfogyasztás és a kapcsolódó problémák csökkenését lehetett megfigyelni, bár a frissebb adatok arra utalnak, hogy ez a tendencia néhány országban megfordulhatott. Emellett a szintetikus opioidok, például a fentanil használatáról és a stimulánsok, így a kokain vagy az amfetaminok injektlásáról szóló jelentések azt tükrözik, hogy a problémás kábítószer-fogyasztás Európában egyre inkább sokoldalú jelenség.

### Kínálat és hozzáférhetőség

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

### Termelés és kereskedelem

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

az afgán termelés 2009-ben 8200 tonnáról 6900 tonnára esett vissza. A globális potenciális herointermelést a legfrissebb becslések 657 tonnára teszik, ami a 2007-ben és 2008-ban becsült kb. 750 tonnás szinthez képest csökkenést jelez (UNODC, 2010b).

A heroin többnyire két fő csempészútvonalon érkezik Európába. A történetileg fontos balkáni útvonalon az Afganisztánban termelt heroint átszállítják Pakisztánon, Iránon és Törökországon, majd további tranzit- vagy célországokon (Albánia, Magyarország, Bulgária, Csehország, a volt jugoszláv köztársaságok, Románia, Szlovákia, Ausztria, Olaszország). Az Európába érkező heroint a „selyemúton” is szállíthatják, Közép-Ázsián és Oroszországon keresztül, majd Belaruzszen,

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

Termelés és lefoglalások	Heroin
Becsült globális termelés (tonna)	657
Globális lefoglalt mennyiség (tonna) Heroin Morfin	75 17
Lefoglalt mennyiség (tonna) Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)	8 (24)
Lefoglalások száma Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)	54 400 (56 600)
Ár és tisztaság Európában <sup>(1)</sup>	Nyers heroin
Átlagos kiskereskedelmi ár (EUR/gramm) Tartomány (Interkvartilis tartomány) <sup>(2)</sup>	25–133 (33–80)
Átlagos tisztaság (%) Tartomány	7–43

<sup>(1)</sup> Mivel a fehér heroin kiskereskedelmi áráról és tisztaságáról kevés országból érkezik jelentés, ezek az adatok nem szerepelnek a táblázatban. Az adatok megtekinthetők a PPP-2 és PPP-6 táblázatban a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(2)</sup> A bejelentett átlagos ár vagy tisztaság középső felének tartománya.

Megjegyzés: Az adatok 2008-ra vonatkoznak, a becsült globális termelés kivételével (2009).

Forrás: UNODC (2010b) a globális értékek esetében, Reitox nemzeti fókuszpontok az európai adatok esetében.



Lengyelországon és Ukrajnán át többek között a skandináv országokba, Litvánián keresztül (INCB, 2010b). Az Európai Unión belül másodlagos elosztóközpontként Hollandia és kisebb mértékben Belgium játszik fontos szerepet.

### Lefoglalások

Az ópium világszinten bejelentett lefoglalásai 2007 és 2008 között jelentősen emelkedtek, 510-ről 657 tonnára (9. táblázat). A teljes lefoglalás több mint 80%-áért Irán felelt, 7%-áért Afganisztán. A heroinból bejelentett globális lefoglalások 2008-ban 75 tonnára emelkedtek, miközben a morfin globális lefoglalásai 17 tonnára csökkentek (UNODC, 2010b).

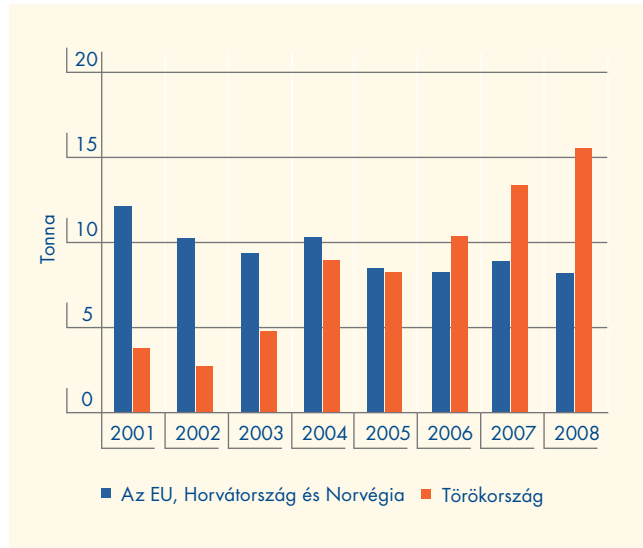
Európában becslések szerint 2008-ban 56 600 lefoglalással körülbelül 23,6 tonna heroint foglaltak le. A legnagyobb számú lefoglalást változatlanul az Egyesült Királyságból jelentették, a legnagyobb lefoglalt mennyiséget pedig ismét Törökországból, ahol 2008-ban 15,5 tonnát sikerült lefoglalni <sup>(98)</sup>. A 2003 és 2008 közötti évekre vonatkozó, 26 adatközlő országból származó adatok azt jelzik, hogy a lefoglalások száma 2003 óta emelkedett. A Törökországban lefoglalt heroin mennyiségében mutatkozó általános tendencia eltér az Európai Unióban megfigyelttől (9. ábra). Miközben Törökország arról számolt be, hogy a 2003 és 2008 között lefoglalt heroin mennyisége háromszorosára nőtt, az Európai Unióban lefoglalt mennyiség valamelyest csökkent ebben az időszakban, főként az Olaszországból és az Egyesült Királyságból bejelentett csökkenések miatt, mivel az Európai Unión belül ez a két ország foglalja le a legnagyobb mennyiségeket <sup>(99)</sup>.

A (heroin illegális előállításához használt) ecetsavanhidrid globális lefoglalásai a 2007-es 57 300 literrel 2008-ban 199 300 literre emelkedtek, a legnagyobb lefoglalt mennyiségeket Szlovéniából (86 100 liter) és Magyarországról (63 600 liter) jelentették. Az INCB szorgalmazta az Európai Bizottságnál és az EU-tagállamoknál, hogy akadályozzák meg az ecetsavanhidrid eltérítését a belső piacról (INCB, 2010a).

### Tisztaság és ár

A nyers heroin átlagos tisztasága 2008-ban a legtöbb jelentésvető országban 15–30% között mozgott; alacsonyabb átlagértékeket jelentettek Franciaországból (11%), Ausztriából (csak a kiskereskedelemben, 11%) és Törökországból (csak a kiskereskedelemben, 7%), magasabbakat közöltek Bulgáriából (31%), Portugáliából (32%), Romániából (43%) és Norvégiából (31%). A nyers

**9. ábra:** Az Európai Unióban, Horvátországban és Norvégiában, illetve Törökországban lefoglalt becsült heroinmennyiségek



Megjegyzés: A lefoglalt heroin teljes mennyisége az EMCDDA összes adatközlő országából (27 EU-tagállam, Horvátország, Törökország és Norvégia) származó adatokon alapul. A hiányzó adatokat a szomszédos évekre vonatkozó adatokból, statisztikai módszerrel következtették ki.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

heroin tisztasága 2003 és 2008 között nyolc országban nőtt, négy másikban viszont stabil maradt vagy csökkent. A fehér heroin átlagos tisztasága a néhány, adatokat közlő európai országban általában magasabb volt (30–50%) <sup>(100)</sup>.

A nyers heroin kiskereskedelmi ára a skandináv országokban továbbra is magasabb volt, mint Európa többi részén: Svédországból grammonkénti 133 eurós, Dániából 107 eurós átlagát jelentettek. Nyolc másik jelentésvető országban grammonként 25–80 euró között volt a nyers heroin kiskereskedelmi ára. A 2003–08 közötti időszakban az időbeli tendenciákról is beszámoló kilenc ország közül ötben emelkedett a nyers heroin kiskereskedelmi ára, négyben csökkent. Abban a néhány országban, ahonnan közölték a fehér heroin kiskereskedelmi árát, 2008-ban grammonkénti 24–213 euró közötti árat jegyeztek fel.

### A problémás opioidhasználat becsült előfordulása

Az e részben szereplő adatok az EMCDDA problémás kábítószer-használat (PDU) indikátorából származnak,

<sup>(98)</sup> Ld. a SZR-7 és a SZR-8 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben. Meg kell jegyezni, hogy ahol a 2008-as adatok hiányoznak, az európai összmennyiségek becsléséhez a 2007-es adatokat használták fel.

<sup>(99)</sup> Ez egyelőre csak előzetes elemzés, mivel az Egyesült Királyságra vonatkozó adatok 2008-ból még nem elérhetők.

<sup>(100)</sup> A tisztaságra és az árra vonatkozó adatokat ld. a PPP-2 és a PPP-6 táblázatban a 2010. évi statisztikai közlönyben.

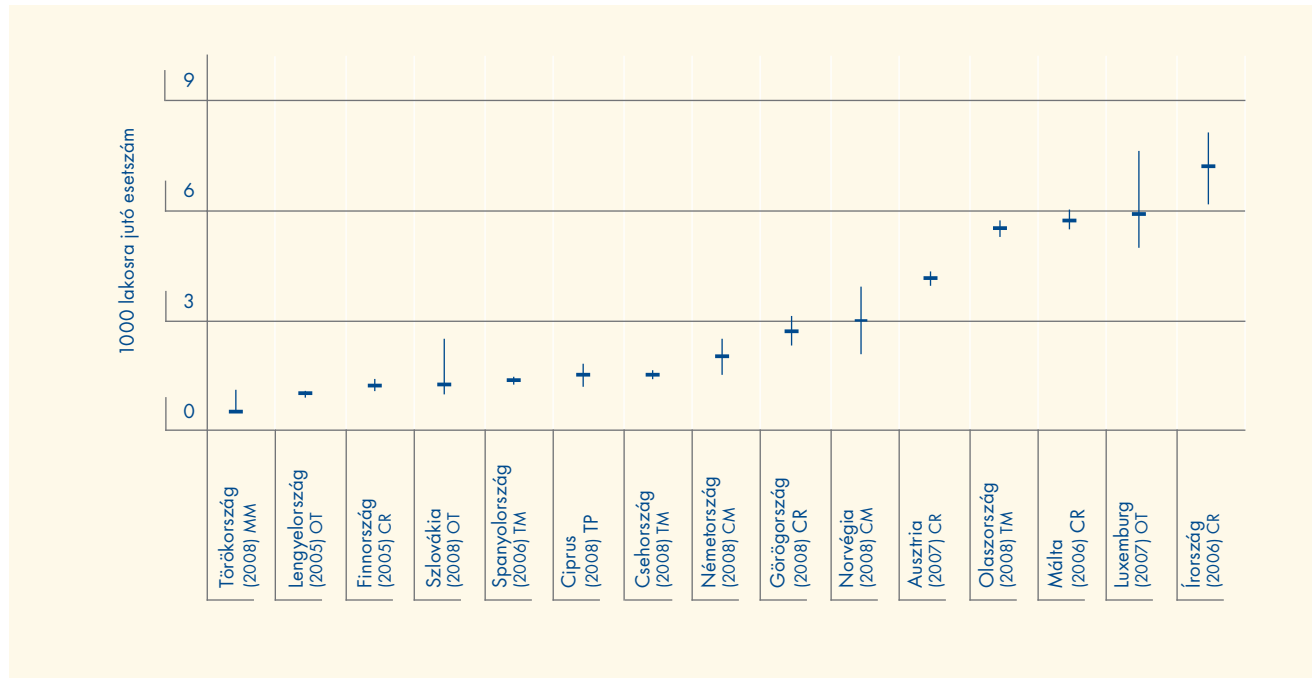
amely főként az intravénás kábítószer-használatot és az opioidok fogyasztását tartalmazza, bár néhány országban az amfetaminokat vagy kokaint fogyasztók is fontos összetevői. Tekintettel a problémás kábítószer-használat viszonylag alacsony előfordulási arányára és rejtőzködő jellegére, statisztikai extrapolálásra van szükség ahhoz, hogy a rendelkezésre álló adatforrásokból (elsősorban a kezelések adataiból és a bűnüldözési adatokból) az előfordulásra vonatkozó becsléseket nyerjünk. A legtöbb ország külön becsléseket tud közölni a „problémás opioidhasználókról”, de érdemes megjegyezni, hogy ezek gyakran politoxikómán szerhasználók, az előfordulási adatok pedig rendszerint sokkal magasabbak a városi területeken és a társadalmilag kirekesztett csoportokban.

A problémás opioidhasználat európai országokban való előfordulására vonatkozó becslések a 2003–08 közötti időszakban a 15–64 év közötti népességben belül 1000 főre jutó durván 1–8 eset között mozognak (10. ábra); a problémás kábítószer-használat összesített előfordulását 2–10 eset/1000 főre becsülik. A problémás

opioidhasználatra vonatkozó, jól dokumentált becslések közül a legmagasabbakat Írországból, Máltáról, Olaszországból és Luxemburgból jelentették, a legalacsonyabb becsléseket pedig Csehországból, Ciprusról, Lettországból, Lengyelországból és Finnországból közölték (Csehországban és Finnországban egyaránt magas az amfetaminok problémás használóinak becsült száma). Csak Törökországból jelentették egynél kevesebbnek a 15–64 éves népességben 1000 főre jutó esetek számát.

A problémás opioidhasználat átlagos prevalenciáját az Európai Unióban és Norvégiában 1000 főre jutó 3,6–4,4 esetre becsülik a 15–64 éves népességben belül. Ez 2008-ban mintegy 1,35 millió (1,2–1,5 millió) problémás opioidhasználót jelentett az Európai Unióban és Norvégiában<sup>(101)</sup>. Ebben a becslésbe beletartoznak a helyettesítő kezelés alatt álló szerhasználók is, viszont alulreprezentáltak lehetnek a fogvatartottak, különösen a hosszabb szabadságvesztésre ítélték.

**10. ábra:** Becslések a problémás opioidhasználat éves prevalenciájáról (a 15–64 éves népességben)



**Megjegyzés:** A vízszintes jelzés egy becslést jelöl; a függőleges jelzés egy bizonytalansági intervallumot jelöl: egy 95%-os konfidencia-intervallumot vagy egy érzékenységi elemzésen alapulót. A célcsoportok a különböző módszerektől és adatforrásoktól függően kissé változhatnak, ezért csak óvatos összehasonlításokat szabad végezni. A szabványostól eltérő korcsoportokat a Finnországból (15–54), Máltáról (12–64) és Lengyelországból (minden korosztály) származó vizsgálatokban használtak. Az arányt mindhárom esetben hozzáigazították a 15–64 éves népességhez. Németország esetében az intervallum az összes létező becslés legalsó és legfelső határát jelöli, a becslést pedig a középpontok egyszerű átlaga. A becslési módszerek rövidítése: CR = fogás-visszafogás eljárás; TM = kezelési szorító; MM = halálózási szorító; CM = kombinált módszerek; TP = csonkolt Poisson-eloszlás; OT = egyéb módszerek. További részletekért ld. a PDU-1 (ii. rész) ábrát és a PDU-102 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

**Forrás:** Reitox nemzeti fókuszpontok.

<sup>(101)</sup> Ezt a becslést az új adatok alapján 1,4-ről 1,35 millióra igazították ki. Tekintettel a nagy konfidencia-intervallumokra és arra, hogy a becslés különböző évekből származó adatokon alapul, nem lehet azt a következtetést levonni, hogy a problémás opioidhasználat prevalenciája csökkent volna Európában.

## A kezelés alatt álló opioidhasználók

Európában a speciális kezelésbe lépők többsége (53%) 2008-ban továbbra is az opioidokat nevezte meg elsődleges kábítószerként, és az összes kliens 48%-a konkrétan a heroint említette<sup>(102)</sup>. Az ilyen kábítószerekkel összefüggő problémák miatt kezelésbe lépő szerhasználók arányaiban viszont Európán belül komoly különbségek vannak: Bulgáriában, Észtszországban és Szlovéniában az opioidhasználó kliensek a kezelésbe lépők több mint 90%-át képviselték, 15 országban 50–90% között volt az arányuk, további kilencben pedig 10–49% között mozgott<sup>(103)</sup>. Amellett a körülbelül 200 000 kezelésbe lépő mellett, akik 2008-ban az opioidokat elsődleges kábítószernek nevezték, további 47 000, egyéb kábítószereket fogyasztó szerhasználó említette az opioidokat másodlagos kábítószerként<sup>(104)</sup>.

Az opioidhasználók közül sokan vesznek részt hosszú távú gondozást biztosító programokban, főleg helyettesítő kezelésben. Ezt tükrözi az elsődleges opioidhasználók magasabb aránya a korábbi évekből már kezelés alatt álló kábítószer-használók körében. Egy nemrég készült elemzés kilenc ország adatai alapján azt állapította meg, hogy az elsődleges opioidhasználók jelentik az összes bejelentett, kezelés alatt álló kliens 61%-át, miközben az első alkalommal kezelésbe lépő kliensek közül csak 38%-ot képviselnek<sup>(105)</sup>.

## A problémás opioidhasználatban megfigyelhető tendenciák

A problémás opioidhasználat incidenciájáról és prevalenciájáról szóló ismételt becslések korlátozott száma és az egyes becsléseket övező statisztikai bizonytalanság megnehezíti az időbeli tendenciák megfigyelését. A 2003–08 közötti időszakból nyolc ország ismételt prevalenciabecsléseket tartalmazó adatai azonban viszonylag stabil helyzetet mutatnak. Az Ausztriában egészen 2005-ig megfigyelt, jól látható növekedést a legfrissebb becslés nem támasztja alá, mivel aktuálisan a 2003-as szint alatt marad. Írországból 2001 és 2006 között növekedést jelentettek, amely Dublinban kevésbé volt markáns (21%), mint a fővároson kívül (164%)<sup>(106)</sup>.

Ahol nem állnak rendelkezésre megfelelő, aktuális becslések a problémás opioidhasználat incidenciájáról és

prevalenciájáról, az időbeli tendenciák elemzésére azért lehetőség van más, közvetettebb mutatókból, például a kezelési igényekből származó adatok segítségével. Egy 19 országból vett minta alapján 2003 és 2008 között emelkedett a kezelést megkezdő, valamint az első alkalommal kezelésbe lépő elsődleges heroinhasználók összesített száma<sup>(107)</sup>. Ha a vizsgált időszakot a közelmúltra szűkítjük le, 2007 és 2008 között 11 országban emelkedett a kezelést megkezdő elsődleges opioidhasználók száma. Az első alkalommal kezelésbe kerülőket tekintve az összességében emelkedő tendencia 2008-ban ellaposodott, bár hat országból továbbra is növekvő számokat jelentettek<sup>(108)</sup>.

A 2008-ban történt, kábítószer okozta halálesetekről szóló adatok – amelyek többnyire az opioidhasználat függeneke össze – nem utalnak a 2003-ig megfigyelt csökkenő tendencia visszatérésére (lásd a 7. fejezetet). 2007 és 2008 között az adatközlő országok több mint felében növekvő számú, kábítószer okozta halálesetet vettek nyilvántartásba<sup>(109)</sup>. Az európai heroinlefoglalások száma szintén nőtt 2003 óta, miközben az Európai Unióban lefoglalt mennyiségek csökkentek. A heroinnal összefüggő bűncselekmények esetében tavaly jelzett változás, a csökkenőből növekvőre fordult tendencia most megerősítést nyert, mivel az elegendő adatot közlő európai országok többségében 2003–08 folyamán növekedést tapasztaltak.

A minőségi és mennyiségi adatokat egyaránt figyelembe vevő francia „TREND” rendszer azt jelezte, hogy a heroint és az opioid gyógyszereket új csoportok, köztük társadalmilag integrált személyek és a „techno” partik látogatói is használják. Más minőségi vizsgálatok (Eisenbach-Stangl és mások, 2009) szintén beszámoltak arról, hogy a társadalmilag integrált személyek kiválasztott mintáiban alacsony arányban ugyan, de találtak heroinfogyasztókat. Ezek között lehetnek kipróbálási szintű szerhasználók, illetve olyan személyek, akik uralni tudják kábítószer-fogyasztásukat (Shewan és Dalgarno, 2005; Warburton és mások, 2005).

A rendelkezésre álló adatok azt jelzik, hogy az opioidindikátorok 2003-ig megfigyelt csökkenő tendenciája mára kiegyenlítődött. Ezt 2003 óta legjobban talán a lefoglalások és a kábítószer okozta halálesetek mutatják, 2004 után pedig a heroinhasználattal összefüggő új kezelési igények. Ezekkel a változásokkal

<sup>(102)</sup> Ld. a TDI-2 (ii. rész) ábrát, a TDI-5 és a TDI-113 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(103)</sup> Ld. a TDI-5 (ii. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(104)</sup> Ld. a TDI-22 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(105)</sup> Ld. a TDI-38 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(106)</sup> A teljes információért, a konfidencia-intervallumokat is beleértve, ld. a PDU-6 (ii. rész) és a PDU-102 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(107)</sup> Ld. a TDI-1 és a TDI-3 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(108)</sup> Az időbeli variáció egy része az adatgyűjtési körnek vagy a kezelés elérhetőségének változásából is eredhet, és az összesített tendenciákat erősen befolyásolhatja Olaszország és az Egyesült Királyság, ahol az új heroinhasználó kliensek száma a legmagasabb.

Ld. a TDI-3 és a TDI-5 táblázatot a 2009. és a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(109)</sup> Ld. a DRD-2 (i. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

egyidejűleg 2007-ig az afganisztáni ópiumtermelés is növekedett, ami olyan aggályokat vet fel, hogy ezek az események esetleg összefügghetnek a heroin jobb hozzáférhetőségével az európai piacon.

### Intravénás kábítószer-használat

Az intravénás kábítószer-használókat fenyegetik a legkomolyabban a kábítószer-használatból eredő egészségügyi problémák, például a vérelterjedő fertőzések (pl. HIV/AIDS, hepatitis), illetve a kábítószer-túladagolás. A legtöbb európai országban az injektálás általában az opioidhasználatra függ össze, bár néhány országban az amfetaminok használatához kapcsolódik.

#### Problémás opioidhasználat és intravénás kábítószer-használat az Európai Unióval szomszédos országokban

Az Európai Unióval szomszédos országok közül Oroszországban él a legnagyobb opioidhasználó populáció, a bejelentett becslések alapján 1,5–6,0 millió közötti számú szerhasználóval (UNODC, 2005). Az EMCDDA által javasolt módszerek egyikén, a kezelési szorzó módszeren alapuló közelmúltbeli vizsgálat 1,68 millióra becsülte a problémás opioidhasználók számát, ami 1000 lakosra jutó 16 esetet jelent a 15–64 éves népességben (UNODC, 2009). Az orosz szövetségi kábítószer-felügyeleti szolgálat becslései szerint évi 10 000 heroinfogyasztó hal meg túladagolás következtében (INCB, 2010). Az Európai Unió határai mentén az opioidhasználók második legnagyobb populációja valószínűleg Ukrajnában található, ahol a számukat 323 000 és 423 000 közé becsülik. Ez 1000 főre jutó 10–13 esetnek felel meg a 15–64 éves népességben (UNODC, 2009). Az UNODC felé 2008-ban Albániából, Belarusból és Moldovából is az opioidhasználat érzékelt növekedését jelentették.

2007-re vonatkozóan úgy becsülték, hogy Oroszországban 1 825 000 lehet az aktív intravénás kábítószer-használók száma (17,8/1000 lakos a 15–64 éves népességben), Ukrajnában pedig 375 000 (11,6/1000), és mindkét országban közel 40%-uk HIV-pozitív (Mathers és mások, 2008). Az intravénás kábítószer-használók körében újonnan bejelentett HIV-fertőzések aránya is sokkal magasabb Oroszországban (2006-ban 79/egymillió fő) és Ukrajnában (2006-ban 153/egymillió fő), mint a világ más országaiban és régióiban, például Ausztráliában, Kanadában, az Európai Unióban és az USA-ban (Wiessing és mások, 2009).

A kérdés közegészségügyi fontossága ellenére csak 14 ország tudott friss becslésekkel szolgálni az intravénás kábítószer-használat előfordulásáról<sup>(110)</sup>. Az erről a speciális populációról szóló tájékoztatás szintjének javítása továbbra is fontos kihívás az európai egészségügyi megfigyelőrendszerek fejlesztése szempontjából.

A rendelkezésre álló becslések szerint az intravénás kábítószer-használat előfordulását tekintve az országok között nagy különbségek vannak. A becslések a 15–64 éves népességben 1000 főre jutó egynél kevesebb és öt eset közötti tartományban mozognak az országok többségében, csak Észtországból jelentettek kiugróan magas, 15 eset/1000 fő szintet. Ha ez utóbbit szélsőséges eltérésként kizárjuk, a súlyozott átlag körülbelül 2,6 eset/1000 fő a 15–64 éves népességben<sup>(111)</sup>, ami az Európai Unió népességére vonatkoztatva háromnegyed millió és egymillió közötti számú aktív intravénás kábítószer-használónak felel meg. Az egykori intravénás kábítószer-használók száma feltehetőleg magasabb (Sweeting és mások, 2008), de az uniós országok többségében nem ismert.

A speciális kezelésbe lépő opioidhasználók gyakran az injektálást jelölik meg szokásos fogyasztási módként. Ez 16 országban az opioidhasználó kliensek több mint felére, hat országban 25–50%-ukra, öt országban pedig kevesebb mint 25%-ukra igaz. A kezelést megkezdő opioidhasználók körében az injektálók legalacsonyabb arányát Hollandiából (5%) és Spanyolországból (19%) jelentették, a legmagasabb arányokat pedig Litvániából (99%), Romániából (95%), Észtországból (91%) és Szlovákiából (86%)<sup>(112)</sup>.

Az intravénás kábítószer-használat időbeli tendenciáira vonatkozóan az adatok hiánya és a becslések tág konfidencia-intervalluma miatt nehéz következtetéseket levonni. A rendelkezésre álló adatok azonban stabil helyzetre utalnak Csehországban, Görögországban, Cipruson és Norvégiában<sup>(113)</sup>. Az Egyesült Királyságban 2004 és 2006 között statisztikailag szignifikáns csökkenést figyeltek meg. A kezelést megkezdő heroinhasználók körében az elmúlt években összességében csökkent az intravénás használók aránya, ezen belül 13 ország statisztikailag jelentős csökkenésekről számolt be 2002 és 2007 között. Növekedést ebben az időszakban csak három országból jelentettek (Bulgária, Litvánia, Szlovákia)<sup>(114)</sup>.

<sup>(110)</sup> Ld. a PDU-2 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(111)</sup> A súlyozott átlag 0,26%, 0,23–0,30% közötti bizonytalansági tartománnyal (az országos becslések alsó és felső határának súlyozott átlaga), ami 2008-ra 886 606 fős (788 778–1 040 852) becslést eredményez. Ezzel a becsléssel óvatosan kell bánni, mivel az alapjául szolgáló adatok a 27 EU-tagállam közül csak 12-ből és Norvégiából álltak rendelkezésre.

<sup>(112)</sup> Ld. a TDI-5 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(113)</sup> Ld. a PDU-6 (iii. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(114)</sup> Ld. a PDU-104 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

Az injektlók aránya összességében az első alkalommal kezelésbe lépő opioidhasználók körében is valamivel alacsonyabb (38%), mint a kezelésbe lépő összes opioidhasználónál (42%). Ez a 23 adatközlő ország közül 20-ra érvényes. Az intravénás kábítószer-használat előfordulásának és tendenciáinak részletesebb elemzése máshol olvasható (EMCDDA, 2010c).

### Nem injekciós opioidhasználat

Miután sok európai országban tapasztalták az opioidinjektálás stabilizálódását vagy visszaesését, nagyobb figyelem jutott a többi fogyasztási módra, mint például a felhevített gőzként (fóliázás, „sárkányeregetés”, elszívás) vagy por alakban (szippantás) való belélegzés vagy a lenyelés. A nem injektló opioidhasználói népeiségről kevés ország közölt becslést, csak Norvégiából érkezett friss számadat. 2008-ban úgy becsülték, hogy 1450 heroinhasználó, avagy az összes becsült norvégiai heroinhasználó körülbelül 15%-a esetében az elszívás volt az egyedüli kábítószer-fogyasztási mód. A speciális kezelési szolgálatoknál jelentkező szerhasználók adatai megerősítik, hogy néhány országban az opioidfogyasztó populáción belül jelentős létszámban vannak olyan szerhasználók, akik elszívják vagy szippantják a drogot. Belgiumban, Írországon, Spanyolországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban például a járóbeteg-kezelést megkezdő elsődleges opioidfogyasztók fele és háromnegyede között volt azoknak az aránya, akik az elszívást jelölték meg fő fogyasztási módként. A szippantást Ausztriában az opioidhasználó kliensek nagyjából egyharmada nevezte fő fogyasztási módnak, Görögországban és Franciaországban körülbelül a felük <sup>(1)</sup>.

A fogyasztási mód megválasztása számos tényezőtől függ, köztük a hatékonyságától, a társadalmi környezet nyomásától, az egészségügyi következményektől való félelemtől (Bravo és mások, 2003) és az alkalmazott opioidtól. Az általánosan elérhető nyers heroint (a heroin bázisformája), amely főként Afganisztánból származik, elsősorban szívják és inhalálják. A fehér heroint (sóforma), amely jellemzően Délkelet-Ázsiából származik, por formájában könnyű az orra felszippantani, hideg vízben, adalékanyagok nélkül oldható és injektlható, elszívni vagy inhalálni ellenben csak nagyon rossz hatékonysággal lehet. Az opioidhelyettesítő gyógyszereket tablettá helyett jellemzően folyadék formájában terjesztik, vagy tartalmazhatnak olyan hozzáadott anyagokat, amelyek injektlálás esetén csökkentik vagy módosítják a kábítószer hatását.

<sup>(1)</sup> Ld. a TDI-17 (ii. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

### A problémás opioidhasználat kezelése

Az EMCDDA kezelési igény indikátorával gyűjtött adatok segítségével le lehet írni a kezelésbe lépő kábítószer-használók egy jelentős alcsoportjának tulajdonságait, konkrétan azokat, akik az adott év folyamán kábítószer-használat miatt speciális kezelést kezdtek.

Az elsődleges opioidhasználat miatt járóbeteg-kezelést megkezdő kliensek átlagosan 34 évesek, de a női kliensek és az első alkalommal kezelésbe kerülők átlagban véve fiatalabbak <sup>(115)</sup>. 2003 óta szinte minden országból az opioidhasználó kliensek átlagéletkorának emelkedését jelentették. A járóbeteg-ellátásban kezelt opioidhasználó kliensek körében a férfi-nő arány összesítésben 3,5:1, bár az északi országokban (pl. Svédország, Finnország) magasabb a nők aránya, a déli országokban (pl. Görögország, Spanyolország, Olaszország) pedig alacsonyabb <sup>(116)</sup>.

A kezelést megkezdő opioidhasználó kliensek körében a más elsődleges kábítószereket használó kliensekkel összehasonlítva magasabbak a munkanélküliségi ráták, alacsonyabb az iskolai végzettség és gyakoribbak a pszichiátriai zavarok <sup>(117)</sup>. A kezelésbe lépő opioidhasználók szinte kivétel nélkül azt nyilatkozták, hogy 30 éves koruk előtt kezdték a drogfogyasztást, körülbelül a felük pedig még 20 éves kor előtt. Az opioidok első használata és a kezeléssel való első kapcsolatfelvétel között átlagban nagyjából tíz év telik el <sup>(118)</sup>.

### Kezelési szolgáltatás és hatókör

Az opioidhasználók kezelése többnyire járóbeteg-ellátásban folyik, ami történhet speciális központokban, háziorvosi rendelőkben és alacsonyküszöbű létesítményekben (lásd a 2. fejezetet). Néhány országban, konkrétan Bulgáriában, Görögországban, Lettországon, Lengyelországban, Romániában, Finnországban és Svédországban a fekvőbeteg-ellátó központok is a kezelési rendszer fontos részei <sup>(119)</sup>. Az opioidfüggőség kezelésére Európán belül rendelkezésre álló választási lehetőségek köre tág és egyre differenciáltabb, bár földrajzilag a hozzáférhetőség és a lefedettség szempontjából egyaránt vannak különbségek. Az opioidhasználat gyógyszermentes és helyettesítő kezelése az EU valamennyi tagállamában, Horvátországban és Norvégiában is elérhető. Törökországban most vizsgálják a helyettesítő kezelés alkalmazását.

<sup>(115)</sup> Ld. a TDI-10, TDI-32 és TDI-103 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(116)</sup> Ld. a TDI-5 és a TDI-21 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(117)</sup> Ld. a 2. fejezetet.

<sup>(118)</sup> Ld. a TDI-11, TDI-33, TDI-107 és TDI-109 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(119)</sup> Ld. a TDI-24 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

A gyógyszermentes kezelés olyan terápiás módszer, amely általában megköveteli az egyéntől, hogy tartózkodjon mindenfajta szerhasználatától, a helyettesítő gyógyszereket is ideértve. A páciensek részt vesznek a napi tevékenységekben, és intenzív pszichológiai támogatást kapnak. Bár a gyógyszermentes kezelés járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátásban egyaránt történhet, a tagállamok ebből a típusból leggyakrabban a bentlakásos programokról számolnak be, amelyek a terápiás közösség elveit vagy a Minnesota-modellt alkalmazzák. Franciaországban és Csehországban most végzik a terápiás közösségek kimeneti értékelését, 2010-re várható eredményekkel. A francia cselekvési terv értelmében e kezelési mód elérhetőségét a jövőben bővíteni kívánják. Lengyelországban a terápiás közösségek jelentik a kábítószer miatti kezelés legfontosabb típusát. Gazdasági okok folytán, illetve a betegprofilok változása miatt azonban a kezelési programok időtartama a jelentések szerint fokozatosan rövidül. Horvátországban és Portugáliában nemrég dolgozták ki a terápiás közösségekre vonatkozó útmutatókat.

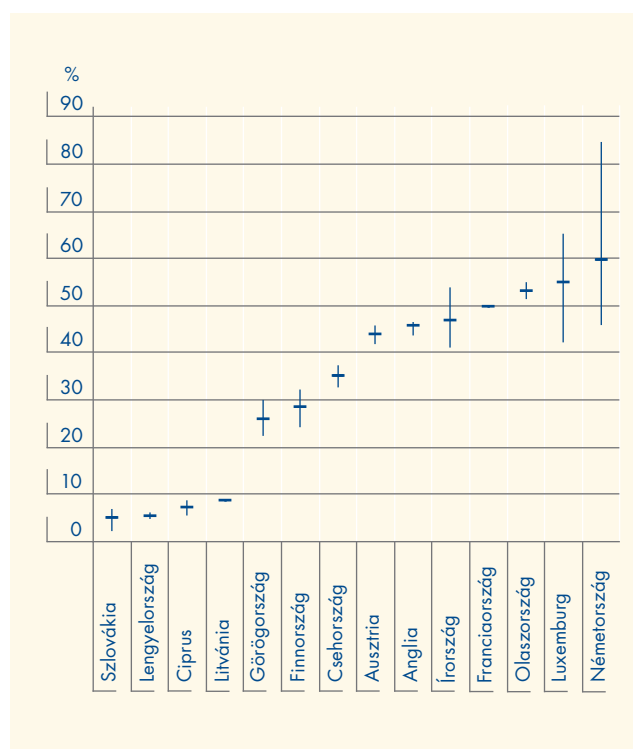
Az általában pszichoszociális gondozással egybekötött helyettesítő kezelést jellemzően erre szakosodott járóbeteg-ellátó központok biztosítják. Tizenhárom országból jelentették, hogy házi orvosok is nyújthatják, általában az erre szakosodott kezelési központokkal közös praxisban. A házi orvosok a szakirányú központokhoz képest jobb eredményeket tudnak elérni a betegek kezelésben való megtartását, az absztinenciárákat és a más kábítószeres egyidejű fogyasztását tekintve. Ezt egy 12 hónapig tartó naturalisztikus vizsgálat állapította meg, amelybe 2694, helyettesítő kezelésben részt vevő klienst vontak be Németországban (Wittchen és mások, 2008). Más vizsgálatok azt mutatták, hogy a helyettesítő kezelés alapellátásban való végrehajtása nemcsak megvalósítható, de költséghatékony is lehet (Gossop és mások, 2003; Hutchinson és mások, 2000).

Az Európai Unióban, Horvátországban és Norvégiában helyettesítő kezelésben részesülő opioidhasználók teljes száma még mindig emelkedik: a kliensek számát 2008-ban 670 000-re becsülték a 2007-es 650 000<sup>(120)</sup>, illetve a 2003-ban becsült kb. félmillió után. A kliensek számában sok közép- és kelet-európai országban tapasztaltak némi növekedést, mindazonáltal az Európai Unióhoz 2004 után csatlakozott országok továbbra is csak körülbelül 2%-ban járulnak hozzá az opioidhelyettesítő kezelés alatt álló kliensek számához az Európai Unióban<sup>(121)</sup>.

Az Európai Unión belül helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek számát a problémás opioidhasználók becsült számával összehasonlítva körülbelül 50%-os kezelési lefedettséget feltételezhetünk. Az egyes országok között azonban nagy különbségek vannak a lefedettség terén, így abból a 14 országból, ahol rendelkezésre állnak a problémás opioidhasználók számára vonatkozó becslések, hétből 40% alatti lefedettséget, négyből pedig 10%-osnál is rosszabb lefedettséget jelentettek (lásd a 11. ábrát). Ettől függetlenül úgy becsülhető, hogy az Európai Unióban 3 problémás opioidhasználó közül 2 olyan országban él, ahol a helyettesítő kezelés lefedettsége nagy<sup>(122)</sup>.

Európában a helyettesítő kezelés alatt álló kliensek többsége metadont kap (70–75%), de egyre csökken azoknak az országoknak a száma, ahol ez az egyetlen szer áll rendelkezésre. A magas dózisu buprenorfin most már négy EU-tagállam kivételével (Bulgária, Spanyolország, Magyarország, Lengyelország) mindegyikben elérhető, és Európában az összes helyettesítő kezelés 20–25%-ában alkalmazzák, míg Csehországban, Franciaországban, Cipruson, Lettországban, Svédországban és Horvátországban

**11. ábra:** A helyettesítő kezelés alatt álló problémás opioidhasználók becsült aránya



Megjegyzés: ld. a HSR-1 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.  
Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

<sup>(120)</sup> Ld. a HSR-3 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(121)</sup> Ld. a HSR-2 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(122)</sup> Ezekkel a becslésekkel óvatosan kell bánni, mivel az adatkészletek még mindig nem pontosak.

50% fölötti ez az arány. Franciaországban, ahol a buprenorfin mindig dominált, most egyre nagyobb arányban írnak fel metadont a helyettesítő kezelések klienseinek. Az Európai Gyógyszerügynökség által 2006-ban jóváhagyott buprenorfin-naloxon kombinációt 14 országban vezették be. Az összes helyettesítő kezelés töredékét jelentő egyéb választási lehetőségek közé tartozik a lassan felszabaduló morfin (Bulgária, Ausztria, Szlovénia), a kodein (Németország, Ciprus, Ausztria) és a diacetil-morfin (heroin). A heroin felírása mára Dániában, Németországban és Hollandiában bevett kezelési lehetőséggé vált; Spanyolországban és az Egyesült Királyságban is létezik, Belgiumban és Luxemburgban pedig kísérleti projektek vannak előkészületben e téren.

### A kezeléshez való hozzáférés

Az opioidhelyettesítő kezelés biztosítására és terjesztésére vonatkozó szabályok kulcsfontosságúak a kezelés hozzáférhetősége szempontjából. A jogszabályi keretek egy vagy több helyettesítő szer felírását engedélyezhetik valamennyi háziorvosnak (Belgium, Csehország, Dánia, Németország, Franciaország, Olaszország, Ciprus, Hollandia, Portugália, Egyesült Királyság, Horvátország), vagy azoknak, akik ehhez speciális képzést vagy akkreditációt szereztek (Németország, Írország, Luxemburg, Ausztria, Szlovénia, Norvégia). Más országokban (Bulgária, Észtország, Görögország, Spanyolország, Litvánia, Magyarország, Lengyelország, Románia, Szlovákia, Finnország, Svédország) csak az erre szakosodott kezelési központok biztosíthatnak helyettesítő kezelést.

A legtöbb európai országban a helyettesítő gyógyszert a háziorvosok, gyógyszerterek vagy mobil megkereső egységek is terjeszthetik. Ez azonban nem igaz Bulgáriára, Észtországra, Görögországra, Litvániára, Lengyelországra és Szlovákiára, ahol a gyógyszert csak speciális kezelési központok adhatják ki. A magas dózisu buprenorfin Csehországban bármelyik háziorvos, Lettországon bármelyik gyógyszerter kiadhatja. Romániában, Magyarországon és Finnországban a gyógyszerterek csak a buprenorfin-naloxon kombináció terjesztésére jogosultak. A jelentések szerint Magyarországon és Romániában a kliensek közül csak kevesen jutnak hozzá ehhez a gyógyszerhez, mivel csak mostanában lett elérhető, emellett drága is.

A közelmúltban került sor a klienseknek szánt opioidhelyettesítő gyógyszerek költségeire vonatkozó információk összegyűjtésére. A 26 adatközlő ország közül 17-ből jelezték, hogy a gyógyszer (a legtöbb esetben a metadon) ingyenes, kivéve, ha a kezelést

magánszolgáltatónál veszik igénybe. Belgiumban és Luxemburgban a kliensnek akkor kell kifizetnie a gyógyszerköltségeknek csak egy részét, ha azt a háziorvos írja fel. Csehországban, Lettországon, Portugáliában, Magyarországon és Finnországban a metadonkezelés ingyenes, a buprenorfin vagy a buprenorfin-naloxon kombináció költségét viszont részben vagy teljesen a kliensnek kell állnia. Lettországon például a buprenorfin napi 8 mg-os adagja havonta körülbelül 250 euróba kerül. A metadon általában olcsóbb, mint más, hasonló hatékonyságú helyettesítő gyógyszerek, így például a buprenorfin (WHO, 2009), ami részben megmagyarázza, hogy a nemzeti egészségbiztosítók a többi helyettesítő gyógyszerhez képest miért a metadont részesítik előnyben, amikor teljes visszatérítést adnak rá. Franciaországban, ahol ezeket körülbelül 30 000 kliensnek írják fel (a buprenorfin használó kliensek 30%-a), 2006 óta lehet hozzájutni a magas dózisu buprenorfin generikus változataihoz, amelyek olcsóbbak.

A helyettesítő kezelés költségeiről és biztosításáról, illetve a helyettesítő gyógyszerek kiadásáról szóló információk Európán belül regionális különbségeket jeleznek. Az észak- és kelet-európai országok gyakran központosítottabb, magasabb küszöbvel működő hozzáférési rendszert alkalmaznak, Nyugat-Európában viszont sok országban többhelyszínes, alacsonyküszöbű modellt valósítottak meg. Ezek a különbségek az ellátási modellek különbözőségét is tükrözhetik: egyes országokban előnyben részesítik az absztinenciát mint célt és a pszichoszociális módszereket, míg máshol a kliensek stabilizálása és megtartása, illetve az ártalomcsökkentő módszerek állnak az előtérben.

### A kezelés hatásossága és minősége

Az opioidhasználók számára a leghatékonyabb kezelési módnak a pszichoszociális beavatkozásokkal kombinált opioidhelyettesítő kezelés bizonyult. A detoxifikációval vagy a kezelés teljes hiányával összehasonlítva a metadonnal vagy a magas dózisu buprenorfinnal végzett kezelés szignifikánsan jobb eredményeket mutat a kábítószerhasználatot, a bűnözői tevékenységet, a kockázati magatartást és a HIV átadását, a túladagolást és az összesített halálozást tekintve, ezenkívül a kezelésben való megtartás arányai is jobbak (WHO, 2009).

Az opioidmegvonás hosszú távú eredményessége általában csekély (Mattick és mások, 2009), de segíthet a betegeknek, amennyiben a saját tájékozott döntésük alapján vetik alá magukat ennek a fajta kezelésnek.

### **EMCDDA „Insight” a heroinnal támogatott kezelésről**

Heroinnal támogatott kezelést jelenleg öt EU-tagállamban, körülbelül 1 500 krónikus problémás opioidhasználónak biztosítanak. A legtöbb ilyen országban, Svájcban és Kanadával egyetemben, kísérleteket végeztek, hogy felmérjék ennek a kezeléstípusnak az eredményeit. Az EMCDDA 2011-ben egy nemzetközi szakértőkből és orvosokból álló csapat támogatásával tanulmányt fog kiadni erről a kezeléstípusról, amelyben áttekinti az elmúlt években összegyűlt tudományos bizonyítékokat. Az Insights vonatkozó száma szintén áttekintést ad a heroinnal támogatott kezelés fejlődéséről, gyakorlati megvalósításáról és klinikai gyakorlatáról, bemutatja a végrehajtásában felmerülő nehézségek némelyikét, egyúttal felvázol egy sor minőségi minimumszabályt.

A detoxifikációt a fekvőbeteg- vagy járóbeteg-ellátásban (javasolt kezelésként) a metadon vagy buprenorfin fokozatosan csökkenő adagjaival vagy alfa2-agonistákkal érik el. A gyorsított megvonási technikák, amelyek opioid-antagonistákat alkalmaznak erős szedálás mellett, biztonsági aggályok miatt nem ajánlottak (Gowing és mások, 2010). Az opioidmegvonást követően azoknak a betegeknek, akik motiváltak az opioidhasználatától való tartózkodás megőrzésére, javasolni kell, hogy a visszaesés megelőzése érdekében mérlegeljék a naltrexon használatát.

A buprenorfin és a naloxon kombinációját (amelyet Suboxone néven forgalmazznak) azért hozták létre, hogy megakadályozzák a buprenorfin injekcióját. Egyelőre azonban nem egyértelmű, hogy mennyire hatékony a buprenorfin intravénás használatának megelőzésében (Bruce és mások, 2009; Simojoki és mások, 2008).





## 7. fejezet

# A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek és a kábítószerrel összefüggő halálesetek

### Bevezetés

A kábítószer-használat negatív következmények széles skáláját idézheti elő, például baleseteket, mentális egészségügyi rendellenességeket, tüdőbetegségeket, szív-ér rendszeri problémákat, munkanélküliséget vagy hajléktalanságot. A káros következmények különösen nagy arányban fordulnak elő a problémás kábítószer-használók körében, akiknek az általános egészségügyi és szociális-gazdasági helyzete jócskán elmaradhat az általános népességétől.

Az opioidhasználat és az intravénás kábítószer-használat a kábítószer-használat két olyan formája, amely szorosan összekapcsolódik az ilyen ártalmakkal, konkrétan a túladagolással és a fertőző betegségek átadásával. Az Európai Unióban az elmúlt két évtizedben bejelentett halálos kimenetelű túladagolások száma óránként körülbelül egy túladagolós halálesetnek felel meg. A kutatások azt is kimutatták, hogy az utóbbi húsz évben nagyszámú kábítószer-fogyasztó halt meg más okok, például AIDS vagy öngyilkosság következtében.

A kábítószer-használattal összefüggő halálozás és megbetegedés csökkentése központi helyen szerepel az európai drogpolitikákban. Ezen a területen leginkább olyan beavatkozásokkal próbálnak fellépni, amelyek a legnagyobb veszélynek kitett csoportokra irányulnak, és a kábítószerrel összefüggő ártalmakhoz közvetlenül kapcsolódó magatartásokat veszik célba.

### A kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek

A fertőző betegségek, például a HIV és a hepatitis B és C, a kábítószer-használat legsúlyosabb egészségügyi következményei közé tartoznak. Még azokban az országokban is, ahol az intravénás kábítószer-használók körében alacsony a HIV előfordulása, más fertőző betegségek – köztük a hepatitis A, B, C és D, a szexuális

úton terjedő betegségek, a tuberkulózis, a tetanusz, a botulizmus, a lépfene és a humán T-limfotróp vírus – aránytalanul nagy mértékben sújtják a kábítószer-használókat. Az EMCDDA szisztematikusan figyeli a HIV- és a hepatitis B- és C-fertőzés előfordulását az intravénás kábítószer-használók körében <sup>(123)</sup>.

### A HIV és az AIDS

Az intravénás kábítószer-használók körében bejelentett új HIV-diagnózisok aránya 2008 végére az Európai Unió legtöbb országában alacsony maradt, és világviszonylatban az EU egészének helyzete is kedvezőnek tűnik (ECDC és WHO-Europe, 2009; Wiessing és mások, 2009). Ez legalább részben a megelőzési, kezelési és ártalomcsökkentési intézkedések jobb elérhetőségéből következik, ideértve a helyettesítő kezelést és a tű- és fecskendőcsere-programokat is (Wiessing és mások, 2009). Más tényezők, például az intravénás kábítószer-használat néhány országból jelzett visszaesése, szintén fontos szerepet játszhattak. Mindazonáltal az adatok Európa néhány részén azt mutatják, hogy a HIV intravénás kábítószer-használattal összefüggő átadása 2008-ban továbbra is viszonylag nagy arányú volt, ami nyomatékosítja, hogy gondoskodni kell a helyi prevenciók gyakorlat kiterjedtségéről és hatékonyságáról.

### A HIV-fertőzés tendenciái

Az intravénás kábítószer-használathoz kötődő, újonnan diagnosztizált bejelentett esetekre vonatkozó 2008-as adatok azt jelzik, hogy a fertőzési ráták összességében továbbra is csökkennek az Európai Unióban, a 2001–02-es csúcs után, amely az észtországi, lettországi és litvániai járványkitörések következménye volt <sup>(124)</sup>. 2008-ban az intravénás kábítószer-használók körében újonnan diagnosztizált fertőzések összesített rátája az országos adatokkal rendelkező 23 EU-tagállamban 1 millió lakosra jutó 2,6 eset volt, ami a 2007-es 3,7 eset/egymillió

<sup>(123)</sup> A módszerek és a definíciók részletes bemutatásáért ld. a 2010. évi statisztikai közlőnyt.

<sup>(124)</sup> A HIV-fertőzésre vonatkozó bejelentési eljárások az elmúlt években megváltoztak, ezért az adatok most már inkább a diagnózis éve, nem pedig a bejelentés éve szerint állnak rendelkezésre (ECDC és WHO-Europe, 2009). Ez néhány országban alacsonyabb számadatokat eredményezett, amelyek valószínűleg pontosabban tükrözik a valódi esetszámot (pl. Portugália). Néhány esetben azonban a bejelentésben történt késések szintén az esetszám alábecsüléséhez vezethettek. Ld. az INF-104 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlőnyben.

lakos arányhoz képest enyhe csökkenést jelent<sup>(125)</sup>. Az újonnan diagnosztizált fertőzések legmagasabb arányát közlő négy ország (Észtország, Lettország, Litvánia, Portugália) mindegyikében folytatódott a csökkenő tendencia, Észtországban és Lettországban kifejezett csökkenéssel (12. ábra). Észtországban a 2007-ben egymillió lakosra jutó 86 eset 2008-ra 27-re esett vissza, Lettországban pedig a 2007-es 62 eset/egymillió fő arány 2008-ra 44 eset/egymillió főre csökkent.

2003 és 2008 között összességében nem lehetett határozott növekedést megfigyelni az intravénás kábítószer-használók körében újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések számában, és a bejelentett ráták alacsonyok maradtak. Bulgáriában azonban az intravénás kábítószer-használókra vonatkozó arány a 2003-as egymillió lakosra jutó 0,0 új esetről 2008-ban 6,8 eset/egymillió lakosra emelkedett, Svédországban pedig 2007-ben 6,7 esetről figyelték meg a tetőzést, ami azt jelzi, hogy továbbra is van esély a HIV járványos kitérésére az intravénás kábítószer-használók körében.

A HIV intravénás kábítószer-használók mintáiban megfigyelt előfordulásából származó adatok a tendenciákra vonatkozóan fontos kiegészítói a HIV-esetbejelentésből származó adatoknak. Az előfordulási adatok a 2003–08-as időszakra 24 országból állnak rendelkezésre<sup>(126)</sup>. A HIV előfordulása 16 országban változatlan maradt. Hét országban (Bulgária, Spanyolország, Franciaország, Olaszország, Lengyelország, Portugália, Norvégia) csökkent a HIV előfordulása, közülük hatban országos minták alapján, Franciaországban pedig öt nagyváros adatain alapult a tendencia. Három országban jelentettek regionális növekedést: Bulgáriában (Szófia), Olaszországban a 21 régió közül kettőben és Litvániában (Vilnius). Ebben a 3 országban ugyanakkor az intravénás kábítószer-használók körében csökkenő tendenciát mutatott a HIV-fertőzés újonnan diagnosztizált eseteinek száma.

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

A gyorsan csökkenő tendenciák ellenére az intravénás kábítószer-használattal összefüggő, bejelentett új HIV-diagnózisok aránya 2008-ban Lettországban (44 eset/egymillió lakos), Észtországban (27), Portugáliában

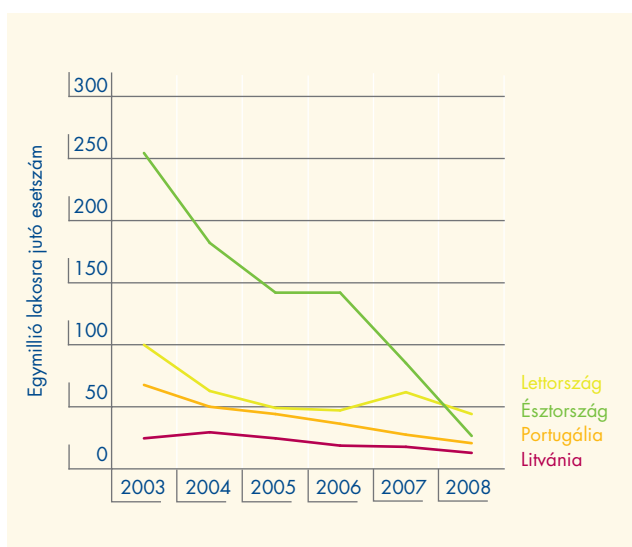
(20,7) és Litvániában (12,5) még mindig magas volt, ami azt jelzi, hogy ezekben az országokban az intravénás kábítószer-használók körében még mindig előfordul az átadás.

Az utóbbi évekből a HIV folyamatban lévő terjedésére utalnak ezenkívül a fiatal intravénás kábítószer-használók (50 vagy több, 25 év alatti intravénás kábítószer-használóból álló minták) körében mért 5% fölötti előfordulásról szóló jelentések sok országban: Észtország (két régió, 2005), Franciaország (öt város, 2006), Lettország (egy város, 2007), Litvánia (egy város, 2006) és Lengyelország (egy város, 2005)<sup>(127)</sup>. Bár nem árt az óvatosság, mivel a minták némelyikének mérete kicsi, az adatok 2003 és 2008 között a fiatal intravénás szerhasználók körében a HIV előfordulásának statisztikailag szignifikáns növekedését mutatták Belgiumban (flamand közösség) és Bulgáriában, ugyanakkor csökkenést lehetett tapasztalni Svédországban és Spanyolországban. Az új intravénás szerhasználók (két évnél rövidebb ideje injektálók) körében mért HIV-előfordulásra vonatkozó adatok Svédországban tovább erősítik a csökkenés valószínűségét ebben a csoportban<sup>(128)</sup>.

### AIDS-es esetek és a HAART elérhetősége

Az AIDS megjelenéséről szóló információk a HIV átadását ugyan nem jelzik jól, de fontosak lehetnek abból

**12. ábra:** Az intravénás kábítószer-használók körében újonnan bejelentett HIV-fertőzések tendenciái négy, magas fertőzési rátát bejelentő EU-tagállamban



Megjegyzés: 2009. október végéig bejelentett adatok.  
Forrás: ECDC és WHO-Europe.

<sup>(125)</sup> Dániából, Spanyolországból, Olaszországból és Ausztriából nem állnak rendelkezésre országos adatok.

<sup>(126)</sup> Ld. az INF-108 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(127)</sup> Ld. az INF-109 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(128)</sup> Ld. az INF-110 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

a szempontból, hogy megmutatják a tüneti betegség új előfordulásait. Az AIDS magas megjelenési rátái azt jelezhetik, hogy a HIV-fertőzött intravénás kábítószer-használók közül sokan nem részesülnek hatékony antiretrovirális gyógykezelésben a fertőzés kellően korai szakaszában ahhoz, hogy a kezeléssel a lehető legnagyobb előnyökhöz jussanak. Egy nemrég készült áttekintés megerősítette, hogy néhány uniós országban továbbra is ez lehet a helyzet (Mathers és mások, 2010).

Az AIDS intravénás kábítószer-használattal összefüggő megjelenése jelenleg Észtországban a legmagasabb: ez 2008-ban a becslések szerint egymillió lakosra jutó 30,6 új esetet jelentett, tehát a 2007-ben mért, egymillió lakosra jutó 33,5 új esethez képest csökkent. Az AIDS incidenciájának viszonylag magas szintjét jelentették még Lettországból, Litvániából, Portugáliából és Spanyolországból, egymillió lakosra jutó 25,5, 10,7, 10,2, illetve 8,9 új esettel. A felsorolt négy ország közül Spanyolországban és Portugáliában csökkenő tendenciát lehet tapasztalni, Lettorszában és Litvániában viszont nem <sup>(129)</sup>.

## Hepatitis B és C

Míg a HIV-fertőzés előfordulásának magas szintjeit csak néhány EU-tagállamban figyelték meg, a vírushepatitis, és különösen a hepatitis C vírus (HCV) által okozott fertőzés Európa-szerte nagy arányban fordul elő az intravénás kábítószer-használók körében. Az intravénás kábítószer-használók országos mintáiban a HCV-antitest-szintek 2007–08-ban kb. 12% és 85% között mozogtak, de a 12 ország közül nyolcból 40%-ot meghaladó szinteket jelentettek <sup>(130)</sup>. Három ország (Csehország, Magyarország, Szlovénia) közölt 25% alatti előfordulási szintet az intravénás kábítószer-használók országos mintáiban; bár az ilyen szintű fertőzési arány még mindig jelentős közegészségügyi problémát képez.

Az országokon belül a HCV előfordulási szintjei igen változatosak, ami a regionális különbségeket és a mintavételhez kiválasztott népesség sajátosságait egyaránt tükrözi. Olaszországban például a regionális becslések kb. 31–87% között mozognak (13. ábra).

A friss vizsgálatok (2007–08) igen változatos előfordulási szinteket mutatnak a 25 évesnél fiatalabb intravénás kábítószer-használók és a két évnél rövidebb ideje injektálók körében, ami a HCV incidenciájának Európa-szerte eltérő szintjeit jelzi az említett populációkban <sup>(131)</sup>. Ezek a vizsgálatok ugyanakkor azt is jelzik, hogy az intravénás szerhasználók közül sokan már az injektáló

## Lépfenejárvány az egyesült királysági és németországi heroinhasználók körében

A lépfene a *Bacillus anthracis* baktérium által okozott akut fertőző betegség. Leggyakrabban vadállatoknál, illetve háziállatoknál fordul elő, és endemikusan több, főként mezőgazdasági országban jelen van, Európában azonban nagyon ritka.

2009. decemberben az Egyesült Királyság riasztást adott ki a skóciai intravénás kábítószer-használók körében terjedő lépfenejárványról. 2010. május 31-ig Skóciában 42 esetet erősítettek meg, amelyek közül 13 halállal végződött, Angliában további három esetet (két halálos kimenetelű), Németországban pedig kettőt (egy halálos kimenetelű). A Németországban és Angliában talált lépfeneterhész nem lehetett megkülönböztetni a Skóciában találttól, ami határozottan arra utal, hogy a fertőzéseknek közös forrása volt. Ráadásul, mivel az összes bejelentett eset heroinhasználók körében fordult elő, valószínű, hogy egy tétel fertőzött heroin lehetett a forrás. A 2010. május végéig Skóciában elemzett heroinmintákban azonban nem igazolták lépfenespórák jelenlétét.

Az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) és az EMCDDA közös kockázatelemzéseket végzett a járványkitöréssel kapcsolatban. Emellett rendszeresen frissített tájékoztatókat is szétküldtek, aminek következtében utóbb más országok drogfogyasztói csoportjaiban történt halálesetekről is érkeztek jelentések. Ezekről azonban bebizonyosodott, hogy nem lépfenefertőzéshez köthetők.

pályafutásuk elején megfertőződnek a vírussal. Ebből az következik, hogy a HCV elleni hatékony megelőző intézkedésekre valójában nagyon rövid idő áll rendelkezésre.

A hepatitis B vírus (HBV) antitestjeinek előfordulása szintén nagyon változatos, feltehetőleg a védőoltás eltérő mértékéből eredően, bár más tényezők is szerepet játszhatnak. A HBV-ről rendelkezésre álló legteljesebb adatkészletek a hepatitis B-vírusmag-antitestre (anti-HBc) vonatkoznak, amely jelzi a fertőzés megtörténtét. 2007–08-ra vonatkozóan az intravénás kábítószer-használók körében a vírus jelenlétéről adatokat közlő kilenc ország közül négyből jelentették az anti-HBc 40% feletti előfordulási szintjét <sup>(132)</sup>.

A HCV előfordulását tekintve kilenc országban figyeltek meg csökkenést, 3 másikban pedig növekedést, további 4 ország adatkészletében pedig mindkét tendencia megmutatkozott, noha egyes esetekben a minta kis mérete miatt indokolt az óvatosság <sup>(133)</sup>. A fiatal (25 év alatti)

<sup>(129)</sup> Ld. az INF-1 ábrát és az INF-104 (ii. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(130)</sup> Ld. az INF-111 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(131)</sup> Ld. az INF-6 (ii. rész) és (iii. rész) ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(132)</sup> Ld. az INF-115 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(133)</sup> Ld. az INF-111 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

intravénás szerhasználókkal foglalkozó vizsgálatok többnyire stabil előfordulást és esetenként csökkenő tendenciákat mutatnak, bár Görögország egy régiójából (Attika) növekedést jelentettek. Ezt az új intravénás szerhasználókra (a 2 évnél rövidebb ideje injektálók) vonatkozó adatok is megerősítik Görögország esetében, Attikában és országos szinten egyaránt. Az új intravénás szerhasználók adatai Szlovéniában is növekedést mutatnak, bár kisméretű minták mellett, Portugáliában (országos) és Svédországban (Stockholm) viszont csökkenést.

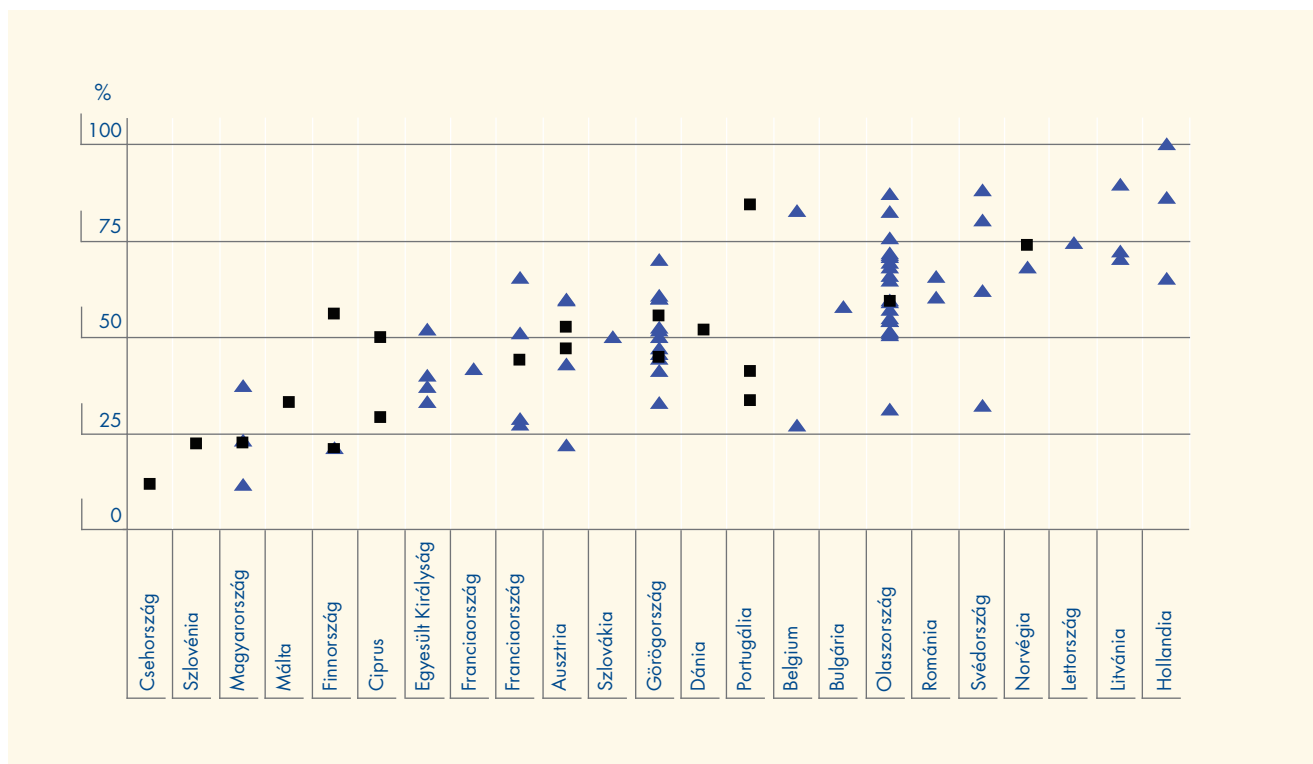
A bejelentett hepatitis B- és C-esetek tendenciái nem egyformán alakulnak, de ezek értelmezése a gyenge adatminőség miatt sokszor nehézséget okoz. E fertőzések epidemiológiájába azonban némi betekintést adhat az intravénás kábítószer-használók aránya az összes olyan bejelentett esethez képest, ahol ismertek a kockázati tényezők (Wiessing és mások, 2008). A hepatitis B esetében az intravénás kábítószer-használók aránya 2003 és 2008 között 17 ország közül 8-ban csökkent. A hepatitis C esetében az intravénás kábítószer-használók aránya 2003 és 2008 között a bejelentett esetekhez

képest 6 országban csökkent, 3 másikban pedig emelkedett (Csehország, Málta, Egyesült Királyság) <sup>(134)</sup>.

### A fertőző betegségek megelőzése és az ezekre adott válaszok

A fertőző betegségek megelőzése a kábítószer-használók körében az Európai Unió fontos közegészségügyi céljai közé tartozik, és a legtöbb tagállam drogpolitikájában is helyet kap. A kábítószer-használók körében terjedő betegségekre az országok rendszerint több módszer ötvözésével reagálnak, ideértve a kábítószer-fogyasztók kezelését, különösen az opioidhelyettesítő kezelést; a steril injektálóeszközök és egyéb kellékek biztosítását; valamint az olyan közösségi tevékenységeket, amelyek felvilágosítást, oktatást, szűrést és viselkedési beavatkozásokat kínálnak, gyakran megkereső vagy alacsonyküszöbű ügynökségeken keresztül <sup>(135)</sup>. Ezeket az intézkedéseket az antiretrovirális gyógykezeléssel és a tuberkulózis diagnosztizálásával és kezelésével együtt az ENSZ-ügynökségek támogatták a HIV megelőzésére, kezelésére és az intravénás kábítószer-használók

13. ábra: A HCV-antiitestek előfordulása az intravénás kábítószer-használók körében



Megjegyzés: A 2007. és 2008. évre vonatkozó adatok. A fekete négyzet az országos hatókörű, a kék háromszög az országosnál kisebb (helyi vagy regionális) hatókörű mintavételt jelöli. Az országok közötti különbségeket a helyszínek típusai és a felmérési módszerek közötti különbségek miatt óvatosan kell értelmezni; az országos mintavételi stratégiák eltérőek. Az országokat az előfordulás szerinti növekvő sorrendben soroltuk fel, az országos adatok átlaga vagy ezek hiányában az országosnál kisebb körű adatok átlaga alapján. Bővebb információért ld. az INF-6 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

<sup>(134)</sup> Ld. az INF-105 és az INF-106 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(135)</sup> A nemzeti prioritásokra és szolgáltatási szintekre vonatkozó bővebb információért ld. a HSR-6 táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.

gondozására szolgáló alapvető beavatkozásokként (WHO, UNODC és UNAIDS, 2009).

Európában az 1990-es évek közepétől sokat javult a kábítószer-fogyasztóknak szóló kezelés és az ártalomcsökkentő intézkedések elérhetősége. Törökország kivételével most már minden országban létezik opioidhelyettesítő kezelés, valamint tű- és fecskendőcsere-programok. Bár e beavatkozásokat sok országban továbbra is csak korlátozott mértékben biztosítják, becslések szerint Európában minden második problémás opioidhasználó részesülhetne opioidhelyettesítő kezelésben (lásd a 6. fejezetet). Egy nemrég készült áttekintés (Kimber és mások, 2010) azt állapította meg, hogy most már elegendő bizonyíték támasztja alá, hogy ez a kezeléstípus csökkenti a HIV átadását és a kliensek saját bevallása szerinti kockázatos injekciós magatartást; a hepatitisz C átadásának csökkentésére azonban csak korlátozottan vannak bizonyítékok. Egy amszterdami kohorszvizsgálat viszont azt állapította meg, hogy a tű- és fecskendőcsere-programokban és az opioidhelyettesítő kezelésben való „teljes körű részvétel” mind a HIV, mind a HCV esetében sokkal alacsonyabb incidenciával járt együtt az intravénás kábítószer-használók körében (Van den Berg és mások, 2007), az Egyesült Királyságban végzett friss kohorszvizsgálat pedig az opioidhelyettesítő kezelést a HCV incidenciájának statisztikailag jelentős csökkenéseivel kapcsolta össze (Craine és mások, 2009).

### Beavatkozások

A jelentésekben leggyakrabban szereplő prioritás a steril injekciós eszközkészlethez való hozzáférés. A speciális tű- és fecskendőcsere-programokon keresztül történő fecskendőellátásról szóló adatok 2007–08-ról négy kivételével minden országból rendelkezésre állnak<sup>(136)</sup>. Ezek alapján évente 40 millió fecskendőt osztanak ki ezeken a programokon keresztül. Ez a szám a fecskendőkről adatot közlő országokban egy becsült intravénás kábítószer-használóra nézve átlagosan 80 fecskendőnek felel meg.

Az évente és intravénás kábítószer-használónként kiosztott fecskendők átlagos számát 13 európai ország esetében lehetett kiszámolni (14. ábra). Ezek közül hét országban 100 alatt volt a speciális programok által egy intravénás szerhasználónak kiadott fecskendők átlagos száma, öt országban 140–175 fecskendőt osztottak ki, Norvégia pedig injekciós eszközként több mint 320 fecskendőt kiosztásáról számolt be<sup>(137)</sup>. A HIV megelőzése szempontjából az ENSZ-ügynökségek az egy intravénás kábítószer-

használóra jutó évi 100 fecskendő kiosztását alacsonynak, a 200 fecskendő/injekciós eszközt magasnak ítélik (WHO, UNODC és UNAIDS, 2009).

Ausztráliában, ahol évi 30 millió fecskendőt osztanak szét, a tű- és fecskendőcsere-programok költséghatékonyságáról nemrég készült tanulmány úgy becsülte, hogy ezzel HIV-fertőzésből több mint 32 000 esetet, hepatitisz C-fertőzésből közel 100 000 esetet sikerült megelőzni a programok 2000. évi bevezetése óta (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2009).

A 14 országból származó, 2008-ra vonatkozó új adatok Belgiumban (flamand közösség), Csehországban, Észtországban, Magyarországon, az Egyesült Királyságban (Észak-Írország) és Horvátországban jeleztek növekedést a kábítószer-használók fecskendővel való ellátásában, ezzel megerősítve a korábbi tendenciákat. Ugyancsak növekedést jelentettek Portugáliából és Litvániából, ahol a számok előzőleg csökkentek. 2007-hez képest csökkenésről számoltak be Görögországból, Romániából és Szlovákiából, valamint Luxemburgból és Lengyelországból, ahol a lefelé mutató tendenciát már az előző évben megfigyelték. A ciprusi programot a kábítószer-használók nem vették igénybe.

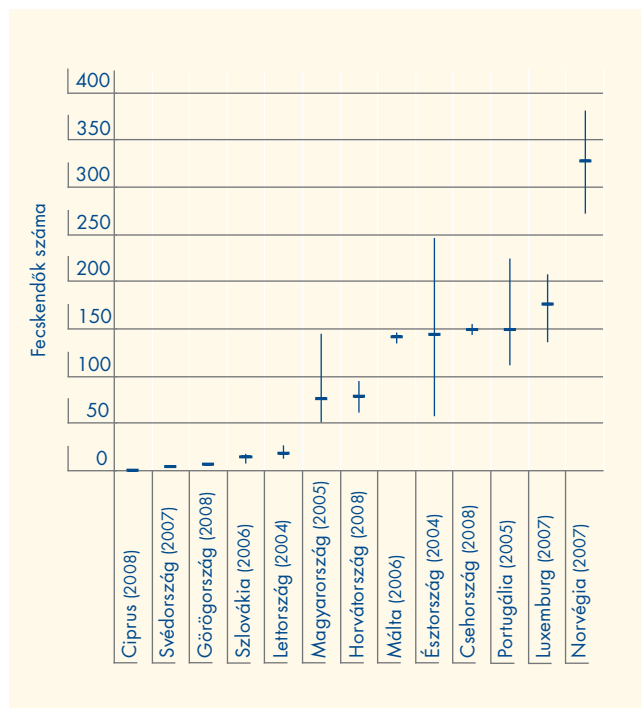
Az Európában működő tű- és fecskendőcsere-programok egyre gyakrabban biztosítanak egyéb, injekciós eszközhöz kapcsolódó tárgyakat (pl. keverőedényt), hogy megelőzzék ezek közös használatát. Emellett a kábítószer-használat nem injekciós formájához felhasználható eszközöket, például pipát vagy alumíniumfóliát is kínálnak, hogy a szerhasználókat ezzel is az injekciós abbaahagyására bátorítsák. Ennek másik példáját Csehországból jelentették, ahol az alacsonyküszöbű ügynökségek a metamfetamin injekciós használóinak olyan kemény zselatinkapszulákat kezdtek osztani, amelyeket a kábítószerrel megtöltve le lehet nyelni.

A krónikus hepatitisz diagnózisa, megelőzése és kezelése terén több európai országból is jelentettek friss fejleményeket. Ezek között konkrét programok vagy cselekvési tervek elfogadása is szerepelt (pl. Dánia, Franciaország, Egyesült Királyság – Anglia, Skócia és Észak-Írország). A meglévő beavatkozások közé tartoznak a speciális tájékoztató anyagok; az új és fiatal injekciós eszközhöz szóló képzés a biztonságosabb injekciós eszközhöz, a megkereső szolgálatok lebonyolításában (pl. Románia) vagy a társaknak nyújtott oktatás (pl. a börtönökben Spanyolországban és Luxemburgban); valamint a könnyen hozzáférhető, ingyenes tanácsadás és szűrővizsgálat. Az Egyesült Királyság a viselkedésben elért változásokat

<sup>(136)</sup> Ld. a HSR-6 táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben és a HSR-5 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben. A fecskendők számáról szóló adatok 2007/2008-ból Dánia, Németország, Olaszország és az Egyesült Királyság esetében nem álltak rendelkezésre.

<sup>(137)</sup> Ezek a számok nem tartalmazzák a gyógyszerári értékesítést, amely sok országban a steril fecskendők fontos forrása lehet a kábítószer-használók számára.

**14. ábra:** A speciális programokon keresztül kiosztott fecskendők száma osztva az intravénás kábítószer-használók becsült számával



Megjegyzés: A jelzett évekből származó, az intravénás kábítószer-használatra vonatkozó becslések és a speciális tű- és fecskendőcseré-programokon keresztül kiosztott fecskendők számáról rendelkezésre álló legfrissebb adatok (2006–08) alapján. A teljes megjegyzésekért és forrásokért ld. a HSR-3 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

jutalmazó módszer igénybevételéről is beszámolt, amivel a szűrésekre próbálnak ösztönözni. A jelentésekben szereplő további intézkedések célja az injektlási szintek alacsonyan tartása a kezelésben való megtartás révén; a vírushepatitisszel foglalkozó szolgáltatások beépítése a kábítószer-használókat kiszolgáló közegekbe; valamint a HCV kezelésére vonatkozó útmutató felülvizsgálata a kezelés javítása érdekében (pl. Csehország). Sok országban külön kezdeményezések indultak azért, hogy javítsák a krónikus vírushepatitisre vonatkozó ismereteket és tudatosságot az egészségügyi és szociális szolgáltatók körében (Ausztria), illetve a lakosság körében (pl. Németország, Írország, Hollandia).

## A kábítószerrel összefüggő halálesetek és halálozási arány

Az európai fiatalok körében a kábítószer-használat az egészségügyi problémák és a halálozás fő okai közé tartozik, és a felnőttek között előforduló összes halálestet

egy jelentős hányadért felelőssé tehető. A vizsgálatok alapján a 15–49 évesek körében mért halálozás 10–23% közötti arányban az opioidhasználatnak tulajdonítható (Bargagli és mások, 2006; Bloor és mások, 2008).

A kábítószer-használattal összefüggő halálozás azokat a halálesteket jelenti, amelyek közvetlen vagy közvetett oka a drogfogyasztás. Ebbe beletartoznak a kábítószer-túladagolás (kábítószer által kiváltott halálestek), a HIV/AIDS, a közlekedési balesetek – különösen alkohollal kombinált használat esetén –, az erőszak, öngyilkosság és a kábítószerek ismételt használata által okozott krónikus egészségügyi problémák (pl. a kokainhasználóknál fellépő szív-ér rendszeri problémák) miatti halálestek (<sup>138</sup>).

### A kábítószer okozta halálestek

Az 1995–2007 közötti időszakban az EU tagállamaiból, Horvátországból, Törökországból és Norvégiából minden évben 6400–8500 közötti, kábítószer okozta halálestet jelentettek. 2007-ben az összes, kábítószer okozta halálest közel felét az Egyesült Királyságból és Németországból jelentették. A népesség túladagoláshoz köthető halálozási arányai országonként különbözőek, a 15–64 éves korosztályban az egymillió főre jutó 2-től a majdnem 85 halálestig terjedő tartományban (az átlag 21 halálest/egymillió fő). 28 európai ország közül 14-ben találtak az egymillió főre jutó 20 halálestet meghaladó arányt, de hat országban az arány a 40 halálest/egymillió főnél is magasabb volt. A 15–39 éves európaiak körében a kábítószer-túladagolás az összes halálest 4%-áért felelt (<sup>139</sup>). Aránytalanul nagy mértékben érintettek lehetnek azok a területek, ahol magas a problémás kábítószer-használat előfordulása. 2008-ban például Skóciában a kábítószer okozta halálestek száma egymillió lakosra jutó 112,5 eset volt, ami sokkal magasabb, mint az Egyesült Királyság egészére vonatkozó arány (38,7/egymillió fő).

A kábítószer okozta halálestek bejelentett számát befolyásolhatja a kábítószer-használat előfordulása és mintái (injektlás, politoxikománia), a kábítószer-használók életkora és komorbiditása, a kezelő és sürgősségi szolgálatok elérhetősége, valamint az adatgyűjtés és bejelentés minősége. Az európai adatok megbízhatósága terén történt fejlemények lehetővé teszik a tendenciák jobb leírását, és a legtöbb ország mostanra az EMCDDA definíciójával összhangban lévő esetmeghatározást fogadott el (<sup>140</sup>). Az országok összehasonlításakor mindazonáltal óvatosan kell eljárni, mivel az esetmegállapítás és a bejelentési gyakorlatok minősége terén vannak különbségek az országok között.

<sup>(138)</sup> Ld. „Kábítószerrel összefüggő halálozás: összetett fogalom”, a 2008-as éves jelentésben.

<sup>(139)</sup> Ld. a DRD-7 (i. rész) ábrát és a DRD-5 (ii. rész) és DRD-107 (i. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(140)</sup> A részletes módszertani információt ld. a 2010. évi statisztikai közlönyben.

## Az opioidokkal összefüggő halálesetek

### Heroin

Az opioidok, főként a heroin vagy metabolitjai az Európai Unióban bejelentett, kábítószer okozta halálesetek többségében jelen vannak. A 2008-ban adatokat közlő 20 országban az opioidok az összes eset több mint háromnegyedéért feleltek (77–100%), és 11 országból jelentettek 85% fölötti arányokat<sup>(141)</sup>. A heroin mellett gyakran kimutatják még az alkohol, a benzodiazepinek, egyéb opioidok és néhány országban a kokain jelenlétét is. Ez azt jelzi, hogy a kábítószer okozta halálesetek jelentős arányban többféle szer együttes használata közben következhetnek be.

Az Európában előforduló túladagolások halálesetek többsége (81%) férfiakat érint. Az országok többségében az elhunytak átlagéletkorukat tekintve a harmincas éveik közepén járnak, és az átlagéletkor sok esetben emelkedik is. Ez a fiatal heroinhasználók számának lehetséges stabilizálódására vagy csökkenésére és a problémás opioidhasználók öregedő kohorszára utal. Az Európában bejelentett túladagolások halálesetek közül összességében 13% fordul elő a 25 év alattiak körében, bár Ausztriából, Romániából és Máltáról (ahol az esetek száma alacsony) 40%-os vagy magasabb arányokat jelentettek. Ez fiatalabb heroinhasználó vagy intravénás szerhasználó populációt jelezhet ezekben az országokban<sup>(142)</sup>.

A halálos és nem halálos kimenetelű heroingtúladagolás számos tényezővel összefügg. Ezek közé tartozik az injektlás és más szerek, különösen az alkohol, a benzodiazepinek és egyes antidepresszánsok egyidejű használata. A túladagolással ugyancsak összefüggésbe hozható a mértéktelen kábítószer-használat, a komorbiditás, a hajléktalanság, a rossz mentális egészségi állapot (pl. depresszió), a kezelés mellőzése, a korábban átélt túladagolások és az egyedüllet a túladagolás idején (Rome és mások, 2008). A közvetlenül a börtönből való szabadulást vagy a kezelésről való elbocsátást követő időszak különösen kockázatos a túladagolás szempontjából, amint azt több longitudinális vizsgálat is szemléltette (WHO, 2010).

### Más opioidok

Az opioidhelyettesítő kezelés jelentősen csökkenti a halálos kimenetelű túladagolás veszélyét, amint azt egy 3800 személy részvételével, legfeljebb 7 éves utókövetéssel végzett norvég vizsgálat is megmutatta, amely igazolta a kezelés alatti halálozás csökkenését

## Nem halálos kimenetelű opioidtúladagolások

A vizsgálatok arról számolnak be, hogy az opioidhasználók többsége (jellemzően 50–60%-a) már túlélt egy túladagolást, és 8–12%-uknak az elmúlt hat hónapban volt túladagolása, néhány szerhasználó pedig akár többször is túladagolta magát. A becslések szerint minden egyes kábítószer okozta halálesetre 20–25 nem halálos kimenetelű túladagolás jut. Az Európában előforduló nem halálos kimenetelű túladagolások éves számát nem lehet pontosan felbecsülni, mivel a monitorozás nagyon korlátozott, a definíciók pedig országonként eltérőek lehetnek. A rendelkezésre álló információk mindazonáltal azt mutatják, hogy évente 120 000 és 175 000 közötti számú nem halálos túladagolás történhet Európában.

A túladagolás túlélése nagymértékben megnöveli annak veszélyét, hogy az egyén később egy túladagolásba hal bele (Stoové és mások, 2009). Ráadásul a nem halálos kimenetelű túladagolások számos különféle megbetegedést okozhatnak, köztük tüdőkárosodást, tüdőgyulladást és izomkárosodást. A túladagolások neurológiai ártalmakhoz is vezethetnek, és az átélt túladagolások száma erősen előrevetíti a rosszabb kognitív teljesítményt. Az összesített morbiditás valószínűleg magasabb az idősebb, tapasztaltabb és függő szerhasználók között (Warner-Smith és mások, 2001).

Az opioidtúladagolás megtörténének korai felismerése és a sürgősségi szolgálatok beavatkozása létfontosságú lehet a halálos kimenetel megelőzéséhez. A sürgősségi ellátással való kapcsolatfelvétel, valamint az akut mérgezés kezelése lehetőséget ad arra, hogy a szerhasználó tájékoztatást kapjon a túladagolás megelőzéséről, illetve hogy tanácsadásra és kezelésre utalják be.

A nem halálos kimenetelű túladagolások nyomon követése lehetővé teheti a kábítószerrel összefüggő halálesetek keresztvalidálását. Csehországban például 2001 és 2008 között csökkent a nem halálos opioidtúladagolás miatti kórházi felvételek száma, tükrözve az opioidok miatti halálesetek csökkenését. Ugyanakkor emelkedett a metamfetaminhasználattal összefüggő nem halálos túladagolások és halálesetek száma.

a kezelés előttihez képest. A kockázat csökkenése a túladagolások haláleseteket (relatív kockázat 0,2) és az összes oknak tulajdonítható halálozást (relatív kockázat 0,5) tekintve egyaránt jelentős volt (Clausen és mások, 2008).

Minden évben érkeznek bejelentések olyan halálesetekről, amelyeknél az opioidhelyettesítő kezelésben használt szerek jelenlétét mutatták ki. Ez valójában az ilyenfajta

<sup>(141)</sup> Mivel az EMCDDA-hoz bejelentett, kábítószer okozta halálesetek többsége opioid- (főként heroin-) túladagolás, a bejelentett halálesetek általános jellemzőit itt mutatjuk be, a heroinfogyasztással összefüggő halálesetek leírása és elemzése céljából. Ld. a DRD-1 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(142)</sup> Ld. a DRD-2 és DRD-3 ábrát és a DRD-1 (i. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.



kezelésen áteső kábítószer-használók nagy számát tükrözi, és nem következik belőle, hogy ezek a szerek okozták a halált. A helyettesítő kezelés alatt álló kliensek körében a túladagolós halálesetek a kábítószeres kombinálásból is eredhetnek, mivel a kezelt kliensek közül néhányan továbbra is használnak utcán kapható opioidokat, erősen isznak vagy vényköteles pszichoaktív anyagokat használnak. A (sokszor más szerekkel együtt használt) helyettesítő szerek által okozott halálesetek többsége azonban olyan embereket érint, akik nem vesznek részt helyettesítő kezelésben (Heinemann és mások, 2000).

A buprenorfinmérgezésből eredő halálesetek ritkák, annak ellenére, hogy ezt Európában egyre nagyobb arányban használják a helyettesítő kezelésben (lásd a 6. fejezetet). Finnországban azonban az opioidok közül változatlanul a buprenorfin mutatja ki leggyakrabban az igazságügyi boncolás során, de általában más szerekkel, például alkohollal, amfetammal, kannabisszal és gyógyszerekkel kombinálva, illetve injekcióval beadva.

Észtországban a 2007-ben és 2008-ban bejelentett, kábítószer okozta halálesetek legnagyobb része a 3-metilfentanil használatával függött össze. Finnországból olyan opioidok jelenlétéről számoltak be, mint az oxikodon, a tramadol vagy a fentanil, bár pontosan nem határozták meg ezek szerepét a halálesetekben.

### Más kábítószerrel összefüggő halálesetek

Az akut kokainmérgezés által okozott halálesetek viszonylag ritkának tűnnek<sup>(143)</sup>. Mivel azonban a kokaintúladagolásokat nehezebb meghatározni és azonosítani, mint az opioidokhoz kapcsolódókat, előfordulhat, hogy ezeket nem jelenti be.

2008-ban 15 országból körülbelül 1000, kokainnal összefüggő halálesetet jelentettek. Vannak arra utaló jelek, hogy a kokaint egyre nagyobb számban fedezik fel az európai országokban bejelentett, kábítószer okozta halálesetekben, de mivel a rendelkezésre álló adatok nem összehasonlíthatók, az európai tendencia leírása nem lehetséges. Az elmúlt években a kokainnal összefüggő halálesetek számának markáns növekedését figyelték meg abban a két országban, ahol az általános népességben legmagasabb a kokainhasználat előfordulása.

Spanyolországban 2002 és 2007 között feltűnően megnőtt azoknak a haláleseteknek a száma, amelyekben opioidok hiányában kokain volt jelen. Az Egyesült Királyságban kétszeresére nőtt a kokain jelenlétét megemlítő halotti bizonyítványok száma 2003 (161) és 2008 (325) között.

Az ecstasy jelenlétét mutató halálesetekről ritkán érkeznek jelentések, és sokszor az ilyen esetekben sem a kábítószer azonosítja a halál közvetlen okaként<sup>(144)</sup>. Az EMCDDA problémás amfetamin- és metamfetaminhasználatról foglalkozó 2010-es kiemelt témája áttekinti az ezzel a két szerrel összefüggő halálesetek adatait.

### A kábítószer okozta halálozás tendenciái

Európában a kábítószer okozta halálozás az 1980-as években és az 1990-es évek elején meredeken emelkedett, a heroinhasználat és az intravénás szerhasználat növekedésével párhuzamosan, ezt követően pedig magas szinten maradt<sup>(145)</sup>.

### A kokain által okozott halálesetek

A kokainos haláleseteknél sokkal összetettebb jelenséggel kell számolni, mint az opioidtúladagolásoknál, amelyeknek viszonylag egyértelmű a klinikai megjelenése. Ezért előfordulhat, hogy sok, kokain által okozott halálestet nem jut a rendőrség vagy az igazságügyi szakértők tudomására, részben a megjelenési formájuk, részben pedig az áldozatok társadalmi profilja miatt.

A kokainhasználat különböző mechanizmusokon keresztül okozhat halálos következményeket. Farmakológiai szempontból előfordulnak tisztán kokaintúladagolások, de a halálos kimenetel általában csak a kábítószer nagy mennyiségű bejuttatásával jár együtt.

A kokainhasználatához köthető halálesetek legnagyobb részét szív-ér rendszeri vagy agyérrendszeri történések okozzák (Sporer, 1999). Ezek nem függenek az adagtól, és alkalmi szerhasználóknál vagy alacsony adagok mellett is előfordulhatnak, különösen a már meglévő szív-ér rendszeri vagy agyérrendszeri problémákkal rendelkező személyeknél. A kokainhasználat jeleit mutató halálesetek többsége azonban a krónikus kábítószer-fogyasztás által okozott kórképektől (szívkoszorúér-elmeszesedés, kamrai hipertrófia vagy más problémák) érintett, problémás szerhasználók között fordul elő (Darke és mások, 2006). Ezeket tovább súlyosbíthatja az alkoholfogyasztás (Kolodgie és mások, 1999) és a dohányzás. A kokainnal összefüggő halálesetek egy ismeretlen hányadában a kábítószer-használattal való kapcsolatot nem feltétlenül ismerik fel, a klinikai sajátosságok hiánya miatt, illetve azért, mert a halál esetleg napokkal vagy hetekkel az akut probléma után következik be. A rendszeres kokainhasználat által okozott kórképek a más tényezők által kiváltott későbbi miokardiális infarktuszokat is megalapozhatják, a dohányzáshoz hasonlóan.

A kokainnal összefüggő egészségügyi problémák és halálesetek valódi terhének felmérése sajátos kihívásokat jelent, és az opioidtúladagolás esetében használtaktól eltérő módszereket tesz majd szükségessé.

<sup>(143)</sup> Ld. „A kokain által okozott halálesetek” című keretes írást.

<sup>(144)</sup> A herointól eltérő kábítószerrel összefüggő halálesetekre vonatkozó adatokért ld. a DRD-108 táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(145)</sup> Ld. a DRD-8 és a DRD-11 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

2000 és 2003 között az EU legtöbb tagállamából csökkenést jelentettek (23%), de ezt 2003 és 2007 között a halálesetek számának növekedése (11%) követte. A 2008-ról rendelkezésre álló előzetes adatokból az előző évvel legalábbis megegyező összesített számra lehet következtetni, mivel az összehasonlítást lehetővé tevő 18 ország közül 11-ből jelentettek emelkedést. Európán belül a bejelentett esetek zöme az Egyesült Királyságban és Németországban történt, ahol 2003, illetve 2006 óta évről évre nagyobb arányú volt a növekedés. Más országokból (pl. Franciaország, Finnország, Norvégia) szintén növekedést jelentettek.

A kábítószer okozta bejelentett halálesetek számának stagnálását nehéz megmagyarázni, különösen ha az intravénás kábítószer-használat csökkenésére és a kezelő és ártalomcsökkentő szolgálatokkal kapcsolatba kerülő opioidhasználók számának növekedésére utaló jeleket is figyelembe vesszük. A lehetséges, de még további vizsgálatra szoruló magyarázatok közé tartozik a politoxikománia (EMCDDA, 2009d) vagy a kockázatos viselkedésmódok gyakoribb előfordulása, a börtönből vagy kezelésről távozó visszaeső opioidhasználók számának növekedése, valamint a kábítószer-használók kohorszának öregedése, ami potenciálisan a krónikus drogfogyasztók veszélyeztetettebb populációját jelenti. Sok országból (pl. Németország, Spanyolország, Egyesült Királyság) például a 35 év feletti esetek arányának növekedését jelentették, ami a kábítószer okozta halálesetek áldozatainak átlagéletkorában látott emelkedő tendenciát tükrözi (15. ábra).

### A kábítószer-használattal összefüggő összesített halálozás

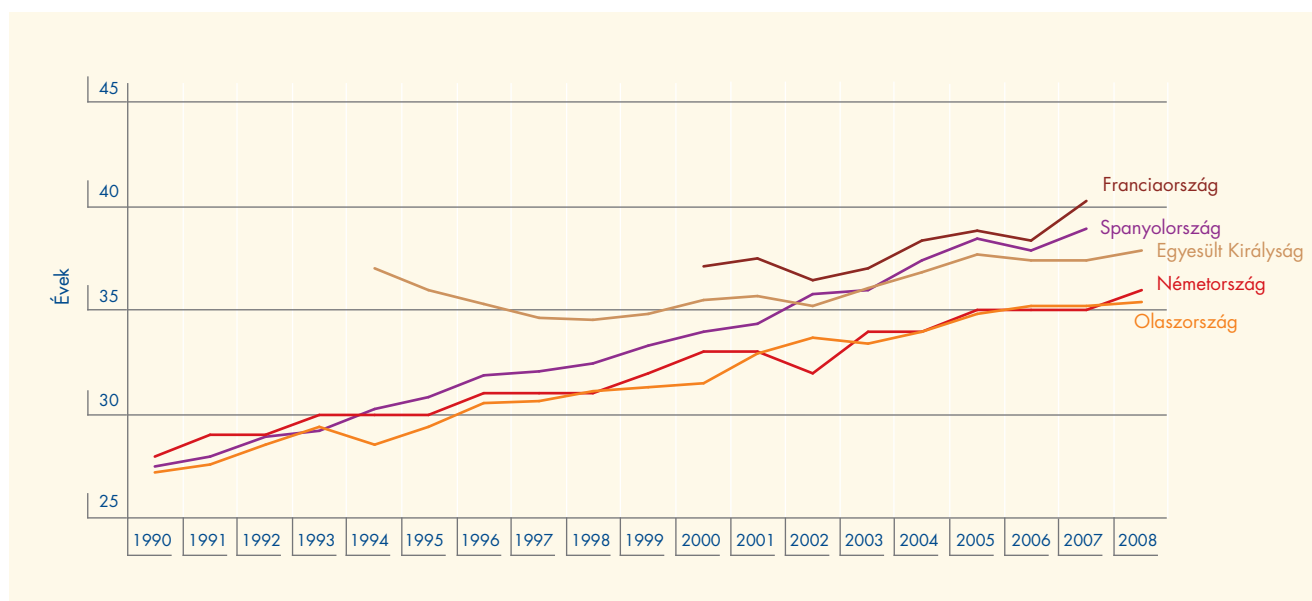
A kábítószer-használattal összefüggő összesített halálozásba a kábítószer okozta halálesetek mellett a kábítószeresek használata által közvetve, például a fertőző betegségek átadása, szív-ér rendszeri problémák vagy balesetek révén okozott halálesetek is beletartoznak. A kábítószer-használattal közvetve összefüggő halálesetek számát nehéz felbecsülni, de közegészségügyi hatások jelentős lehet. A kábítószerrel összefüggő halálesetek főként a problémás kábítószer-használók körében koncentrálnak, bár néhány eset (pl. közlekedési balesetek) az alkalmi szerhasználók között is előfordul.

A kábítószerrel összefüggő összesített halálozás becslést különböző módszerekkel lehet kiszámítani, például a halálozás kohorszvizsgálataiból kapott információt kombinálva a kábítószer-használat prevalenciájára vonatkozó becslésekkel. Egy másik módszer a meglévő általános halálozási statisztikákat használja, és ebből becsüli meg a kábítószer-használattal összefüggő esetek arányát.

### Halálozási kohorszvizsgálatok

A halálozási kohorszvizsgálatok a problémás kábítószer-használók közül ugyanazokat a csoportokat követik nyomon az időben, és a halotti nyilvántartásokkal való összekapcsolás segítségével próbálják meghatározni a csoportban előforduló összes haláleset okát. Ezzel a fajta vizsgálattal meg lehet határozni a kohorsz összesített

**15. ábra:** Tendenciák a kábítószer okozta halálesetek áldozatainak átlagéletkorában, néhány európai országban



Megjegyzés: További információért ld. a DRD-3 ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben. Az egyesült királysági adatok a drogstratégia definícióján alapulnak.  
 Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

és okonkénti halálozási rátáit, és fel lehet becsülni, hogy a csoport halálózása mennyivel haladja meg az általános népességét<sup>(146)</sup>.

Az adatfelvételi helyszínektől (pl. a kezelő létesítmények) és a felmérésbe való bevonás kritériumaitól (pl. intravénás kábítószer-használók) függően a kohorszvizsgálatok többsége az évi 1–2%-os tartományba eső halálozási arányt mutatott a problémás kábítószer-használók körében. Ezek a halálozási ráták nagyjából 10–20-szorosai az általános népesség azonos korcsoportjában mérteknek. A halál különböző okainak relatív fontossága országoként és időben változó. Általában azonban a problémás kábítószer-használók között a halál fő oka a kábítószer-túladagolás: a HIV/AIDS alacsony előfordulási arányaival rendelkező országokban ennek tulajdonítható az injektló szerhasználók körében történő halálesetek 50–60%-a. A HIV/AIDS és más betegségek mellett a halálesetek rendszeresen bejelentett okai közé tartozik még az öngyilkosság és az alkohollal való visszaélés, amint azt egy nemrég készült stockholmi vizsgálat szemlélteti, amely azt állapította meg, hogy egy főként opioidhasználókból álló kohorszban a halálesetek 17%-a öngyilkosság, 15%-a baleset következtében történt. Az alkohol a halálesetek 30%-ában játszott szerepet (Stenbacka és mások, 2010).

### A kábítószer-használattal közvetve összefüggő halálesetek

Az Eurostattól és a HIV/AIDS-felügyeletől származó meglévő adatok összesítése alapján az EMCDDA úgy becsülte, hogy az Európai Unióban 2007 óta körülbelül 2100 ember halt meg a kábítószer-használatnak tulajdonítható HIV/AIDS következtében<sup>(147)</sup>, de ezeknek a haláleseteknek a 90%-a Spanyolországban, Franciaországban, Olaszországban és Portugáliában történt. A hatékony antiretrovirális gyógykezelés 1996-os bevezetését követően a HIV/AIDS miatti halálozás az EU legtöbb tagállamában jelentősen visszaesett, Észtországban és Lettországban azonban 2003 óta nőtt. A kábítószer-használók körében a legmagasabb HIV/AIDS halálozási rátákat Portugáliából jelentették, utána következett Észtország, Spanyolország, Lettország és Olaszország; a többi országban a ráta többnyire alacsony<sup>(148)</sup>.

A kábítószer-használók körében előforduló halálesetek egy része más krónikus betegségeknek tulajdonítható, így például májbetegségeknek – főként a hepatitisz C (HCV) -fertőzés miatt, amelyet sokszor erős

alkoholfogyasztás súlyosbít – és az ehhez társuló HIV-fertőzésnek. Az egyéb fertőző betegségek által okozott halálesetek ritkábbak. A nem fertőző halálokok között leginkább daganatos betegségek és szív-ér rendszeri problémák szerepelnek<sup>(149)</sup>.

A kábítószer-használók körében előforduló egyéb halálokok sokkal kevesebb figyelemben részesülnek, annak ellenére, hogy a jelek szerint komoly hatásuk lehet a halálozásra. A WHO friss vizsgálata (Degenhardt és mások, 2009) úgy becsülte, hogy Európában az öngyilkosság és a trauma felelhet a problémás kábítószer-használatnak tulajdonítható halálozás körülbelül egyharmadéért, ami évi sok ezer halálesetet jelentene. Egy szakirodalmi áttekintés (Darke és Ross, 2002) kifejezetten az öngyilkosságot vizsgálva azt állapította meg, hogy a heroinfogyasztók esetében 14-szer nagyobb a befejezett öngyilkosság veszélye, mint az általános népességben.

A kábítószer hatása alatti autóvezetéshez kapcsolódó halálesetek számáról továbbra is kevés az információ. Néhány vizsgálat azt jelzi, hogy a tiltott kábítószerek használata fokozott balesetveszéllyel jár, a kábítószerek és az alkohol együttes használata pedig további teljesítményromlást okoz (EMCDDA, 2008b).

### A kábítószerrel összefüggő halálozás csökkentése

Tizenöt európai ország számolt be arról, hogy a nemzeti drogstratégiájukban szerepel a kábítószerrel összefüggő halálozás csökkentésére vonatkozó rész, hogy regionális szinten léteznek ilyen politikák, illetve hogy külön cselekvési tervük van a kábítószerrel összefüggő halálesetek megelőzésére. Ausztriából azt jelezték, hogy most készül egy stratégiai dokumentum.

### Beavatkozások

A kezelés jelentősen csökkenti a kábítószer-használók halálozásának veszélyét (Davoli és mások, 2007), bár a kábítószer-toleranciával kapcsolatos kockázatok megnőnek a kezelés megkezdésekor vagy elhagyásakor. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a kábítószer okozta halálesetek kockázata a kezelés utáni visszaeséskor, illetve a börtönből való szabadulást követő hetekben jelentősen megemelkedik. A WHO-Europe emiatt ajánlásokat adott ki a túladagolás megelőzéséről a börtönökben és a szabadulás utáni gondozás folyamatosságának javításáról (WHO, 2010).

<sup>(146)</sup> A halálozási kohorszvizsgálatokra vonatkozó információért ld. a Legfontosabb mutatókat az EMCDDA weboldalán.

<sup>(147)</sup> Ld. a DRD-5 (iii. rész) táblázatot a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(148)</sup> Ld. a DRD-7 (ii. rész) ábrát a 2010. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(149)</sup> Különösen a kokainhasználattal összefüggésben, ld. „A kokainhasználat egészségügyi következményei” című részt az 5. fejezetben.

Dánia és Norvégia a közelmúltban a helyettesítő kezelésre vonatkozó útmutatásában előnyben részesítette a buprenorfinat a gyógyszerbiztonsági profilja miatt. Spanyolország a nemzeti egészségügyi rendszerben végzett helyettesítő programokban részt vevő betegek részére nemrég hagyta jóvá a buprenorfin-naloxon kombinációt, a kábítószer okozta halálesetek számának csökkentése céljából.

A kezeléshez való hozzáférés javítása mellett más, a túladagolás veszélyeinek csökkentésére irányuló beavatkozásokat is megvizsgáltak. Ezek a beavatkozások személyes, helyzeti és a kábítószer-használattal összefüggő tényezőket vesznek célba. A bizonyítékokról nemrég készült áttekintés (Rome és mások, 2008) azt javasolta, hogy a háziorvosok körében hívják fel a figyelmet a többféle gyógyszer, különösen az antidepresszánsok felírásával járó veszélyekre. Luxemburgban intézkedéseket tettek annak érdekében, hogy ellenőrzés alá vonják a helyettesítésben részt vevő klienseknek szóló többszörös gyógyszerfelírást, és ezáltal csökkentsék a benzodiazepinek használatához kapcsolódó sürgősségi eseteket.

A tájékoztató anyagok biztosítása Európában a jelentések szerint gyakori beavatkozás a kábítószer okozta halálesetek csökkentése érdekében <sup>(150)</sup>. Sok országból számoltak be arról, hogy a kábítószer-használók és szomszédaik, barátaik és családtagjaik, illetve a kábítószer-használókkal dolgozó szolgáltatók részére oktatást biztosítanak a túladagolás megelőzéséről, felismeréséről és a teendőkről. Ezeket a beavatkozásokat azonban gyakran csak elszórtan és korlátozottan biztosítják.

A fentaniltúladagolások járványszerű terjedését követően az észt szakértők most a túladagolást megelőző programok bevezetésére szólítanak fel az országban. Belgium, Csehország, Észtország és Hollandia olyan korai előrejelző rendszerek működtetéséről számolt be, amelyek az alacsonyküszöbű ügynökségeken, menedékhelyeken vagy kezelési létesítményeken keresztül összegyűjtik és

terjesztik az új kábítószerre vagy a veszélyes kombinációkra vonatkozó információkat. Hollandiában 2009-ben tesztelték egy megfigyelőrendszert a kábítószerrel összefüggő akut egészségügyi esetek felügyeletére, és most folyik ennek kibővítése.

A túladagolásról szóló képzés az opioidok hatását visszafordító naloxon elvihető adagjával kombinálva olyan módszer, amellyel sokak életét meg lehetne menteni. A beavatkozás a kábítószer-használóknak és családjuknak szól, illetve azoknak az embereknek, akik túladagolás esetén ott lehetnek a szerhasználóval, és arra szolgál, hogy képessé tegye őket a hatékony fellépésre a sürgősségi szolgálatok kiérkezéséig. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a képzést teljesítők a túladagolás jeleinek jobb ismeretéről tettek tanúbizonyságot, és magabiztosabban használták a naloxont. Angliában 2009-ben indult egy projekt, amelynek keretében naloxonnal előre megtöltött fecskendőket tartalmazó csomagot osztottak ki 950, drogfogyasztókkal élő családtag részére. Egy folyamatban lévő vizsgálat részeként Angliában, Skóciában és Walesben is egyadagos naloxoninjekciót tartalmazó csomagokat adtak a börtönből szabaduló opioidhasználóknak. Az előre megtöltött fecskendőkhöz Olaszországban a kábítószerügyi ügynökségeken keresztül lehet hozzájutni, Portugáliában egy kísérletben használják őket, Bulgáriában pedig most vezették be. Koppenhágában egy szerhasználók által irányított projekt keretében kezdték meg a naloxon-orspray biztosítását.

A felügyelet mellett működő kábítószer-fogyasztói helyiségek már a túladagolás első jeleinél lehetővé teszik a gyors beavatkozást. A működési adatok azt jelzik, hogy az ilyen létesítményekben előforduló kábítószer-túladagolásokat sikeresen kezelik, így ezekből nem is jelentettek halálos kimenetelű túladagolást. Az azonnali segítségnyújtás emellett csökkenti a nem halálos túladagolás hatását, beleértve az agy és más létfontosságú szervek visszafordíthatatlan károsodását az oxigénhiány miatt (Hedrich és mások, 2010).

<sup>(150)</sup> Ld. a HSR-8 táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben.



## 8. fejezet

# Új kábítószeres és újonnan megjelenő tendenciák

### Bevezetés

Bár az új pszichoaktív anyagok és az új használati minták először általában jól behatárolható társadalmi csoportokban vagy csak néhány helyszínen jelennek meg, közegészségügyi és drogpolitikai téren fontos kihatásaik lehetnek. A politikai döntéshozók, a szakemberek és a szélesebb nyilvánosság időbeli, objektív tájékoztatása az új veszélyekről módszertani és gyakorlati szempontból egyaránt sok kihívást rejt magában. Márpedig ez egyre fontosabb, tekintettel az európai kábítószer-probléma egyre inkább dinamikus, gyorsan változó jellegére. Az Európai Unió korai előrejelző rendszerét azért fejlesztették ki, hogy gyorsreagálású mechanizmust biztosítson a kábítószeres között újonnan felbukkanó pszichoaktív anyagok megjelenésének esetére.

Az elmúlt években nagy számban jelentek meg új, szabályozás alá nem eső szintetikus vegyületek. Ezeket az anyagokat az interneten „legális hangulatjavítóként” forgalmazzák, és úgy alakítják ki, hogy megkerüljék a kábítószeres ellenőrzését. Az új pszichoaktív szerek megfigyelésére és ellenőrzésére irányuló jelenlegi módszerek számára ez nehézséget okoz. Amint ebben a fejezetben áttekinthetjük, az elmúlt két évben új, elszívható növényi termékek jelentek meg szintetikus kannabinoidokkal keverve, a különféle szintetikus katinonok pedig egyre nagyobb népszerűsége tettek szert.

### Fellépés az új kábítószeres ellen

Az európai korai előrejelző rendszeren keresztül 2009-ben 24 új szintetikus pszichoaktív anyagról küldtek hivatalos értesítést. Az egy évben bejelentett anyagok száma így most volt a legmagasabb, a növekedés pedig főként abból ered, hogy az elmúlt évben kilenc új szintetikus kannabinoidot azonosítottak. 2009-ben ezenkívül több új anyagot is bejelentettek azokból a vegyi anyag-családokból, amelyek általában az új pszichoaktív kábítószereseket adják: öt fenetilamint, két triptamint és négy szintetikus katinont. Új piperazinokról vagy pszichoaktív növényekről nem érkezett bejelentés.

A korai előrejelző rendszer 1997-es létrehozása óta több mint 110 anyagot jelentettek be az EMCDDA és az Europol felé. Az utóbbi öt évben új anyagcsoportok jelentek meg. Ezek közé tartoznak a különféle piperazinok, szintetikus katinonok és szintetikus kannabinoidok. Az utóbbi két bejelentési évben azonban piperazinokat nem azonosítottak. A bejelentett anyagok közül csak hat volt növény vagy növényi eredetű, és valószínű, hogy a jövőben továbbra is a szintetikus pszichoaktív anyagok fognak a leggyakrabban szerepelni a bejelentett anyagok között.

2009-ben gyógyászati tulajdonságokkal rendelkező anyagokból hármat jelentettek be. Ezek közé tartozik a pregabalin, a Lyrica néven forgalmazott vényköteles gyógyszer hatóanyaga, amelyet neuropátiás fájdalom, epilepszia és generalizált szorongás kezelésére használnak. A farmakovigilanciai adatok friss áttekintése azt jelzi, hogy a pregabalin visszaélésszerű használatával kapcsolatos aggályok Finnországban, Svédországban és Norvégiában merültek fel. A korai előrejelző rendszerből származó információk szintén arra utalnak, hogy a pregabalin közrejátszott a szerhasználók halálában Finnországban, Svédországban és az Egyesült Királyságban, ahol az igazságügyi toxikológiai elemzések kimutatták a jelenlétét. Szerhasználói beszámolók szerint a pregabalin hatásai hasonlóak az alkohol, a GHB (gamma-hidroxi-vajsav), az ecstasy és a benzodiazepinek hatásaihoz. Arról is beszámoltak, hogy enyhíti a heroin- (opioid-) megvonási tüneteket.

A korai előrejelző rendszer az interneten és a „smart” vagy „head shopokon” keresztül árusított, szabályozás alá nem eső pszichoaktív termékeket – az úgynevezett „legális hangulatjavítókat” – is figyeli, amelyeket gondosan kidolgozott, agresszív marketingstratégiával reklámoznak, és esetenként szándékosan félrecímkeziknek, így az állítólagos összetevőik eltérhetnek a tényleges összetételüktől. A „legális hangulatjavítókat” piacán különösen figyelemre méltó az a sebesség, amellyel a beszállítók a kábítószer-ellenőrzéseket megkerülve újabb alternatívákkal állnak elő.

## Az új pszichoaktív anyagok megfigyelése Európában

Az új pszichoaktív anyagokról szóló tanácsi határozat <sup>(1)</sup> létrehoz egy európai mechanizmust a közegészségügyre és a társadalomra potenciális fenyegetést jelentő új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információ gyors cseréjére (EMCDDA, 2007b). Az EMCDDA és az Europol – a nemzeti partnerekből álló hálózataikkal szoros együttműködésben – központi szerepet kap az előrejelző rendszer megvalósításában. Amikor egy új pszichoaktív anyagot fedeznek fel az európai piacon, a tagállamok gondoskodnak róla, hogy a kábítószer előállítására, kereskedelmére és felhasználására vonatkozó információkat a Reitox nemzeti fókuszpontokon és az Europol nemzeti egységeken keresztül továbbítsák az EMCDDA-nak és az Europolnak. A tanácsi határozat ezenkívül keretet biztosít az új anyagokkal kapcsolatos kockázatok értékeléséhez (lásd EMCDDA, 2010b). A korai előrejelzésen keresztül az elfogadott és elismert gyógyászati értékű anyagokra vonatkozó információkat is meg lehet osztani, de ezek nem vehetők alá kockázatértékelésnek a tanácsi határozat alapján.

<sup>(1)</sup> A Tanács 2005. május 10-i 2005/387/IB határozata az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információcseréről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről (HL L 127., 2005.5.20., 32. o.).

## Mefedron

Az elmúlt néhány évben a korai előrejelző rendszeren keresztül egyre több bejelentés érkezett a szintetikus katinonokról. Pillanatnyilag ezekből az anyagokból tizenöt áll megfigyelés alatt, köztük a mefedron, a metilon, metedron és az MDPV <sup>(151)</sup>. Ezek a „designer” vegyületek a katinon származékai, amely a khat növény (*Catha edulis*) pszichoaktív hatóanyagainak egyike, és szerkezetileg rokon az amfetammal <sup>(152)</sup>.

A mefedron a metkatinon származéka, utóbbi kábítószer pedig már az 1971-es ENSZ-egyezmény jegyzékében is szerepel. 2007-ben jelent meg először Európában, és úgy tűnik, mára komoly népszerűsége tett szert a fiatal drogfogyasztók körében, ami kifejezett keresletet eredményezett ezen anyag iránt. Ez különösen az Egyesült Királyságban érzékelhető, ahol a mefedron a média figyelmét is felkeltette. A más tagállamokból érkező jelentések arra utalnak, hogy Európában máshol is használják.

2009-ben Németországból, Hollandiából, Svédországból és az Egyesült Királyságból jelentettek jelentős mennyiségű mefedronlefoglalásokat. Svédországban a toxikológiai eredmények egy halálesetnél megerősítették a

mefedronfogyasztás szerepét, az Egyesült Királyságban pedig több halálesetet is vizsgálnak a mefedron lehetséges közreműködése miatt. A közelmúltban Dánia, Németország, Észtország, Írország, Románia, Svédország, az Egyesült Királyság, Horvátország és Norvégia vezetett be a mefedronra vonatkozó ellenőrző intézkedéseket.

A mefedron könnyedén elérhető az interneten, ahol a kokain vagy az ecstasy legális alternatívájaként árusíthatják. Az anyagot különböző formákban reklámozzák, például mint „kutatói vegyi anyagot”, „fürdőst”, „botanikai kutatáshoz” vagy „növénytápszerként”, gyakran az „emberi fogyasztásra nem alkalmas” kitéttel, hogy megkerüljék az esetleges ellenőrzéseket. Az összetevők listájában sokszor nem jelzik a pszichoaktív anyagok jelenlétét. Egy 2010. márciusban végzett, angol nyelvű keresés az online mefedronüzletekre rákeresve azt mutatta, hogy legalább 77 weboldalon árusítják az anyagot. A weboldalak többsége csak mefedront árult, az Egyesült Királyságban lévő székhellyel. Miután az Egyesült Királyság 2010. áprilisban ellenőrzött kábítószerrel minősítette a mefedront és más szintetikus katinonokat, a mefedront áruló honlapok többsége beszüntette működését.

2009 végén az egyesült királysági Mixmag tánczenei magazinnal együttműködésben egy online felmérés keretében 29 anyag, köztük több „legális hangulatjavító” használatáról gyűjtöttek adatokat <sup>(153)</sup>. A mefedron a beszámolók alapján a negyedik leggyakrabban használt kábítószer (a kannabisz, az ecstasy és a kokain után), egyben a legtöbbit használt „legális hangulatjavító” volt a 2295 válaszadó körében. Körülbelül egyharmaduk (33,6%) nyilatkozott az elmúlt havi használatáról, 37,3% használta az elmúlt évben és 41,7% az élete folyamán valamikor. A metilonra vonatkozó számadatok: 7,5%, 10,0%, illetve 10,8%. Az elmúlt havi használat és az életprevalencia közötti csekély különbség új és gyorsan terjedő jelenségre utal. Ezeket a megállapításokat azonban nem lehet reprezentatívnak tekinteni a szórakozóhelyek látogatóinak tágabb populációjára nézve, az online felmérések módszertani korlátozottsága miatt; az ilyen felmérésekkel mindazonáltal gyorsan el lehet érni a meghatározott populációkat (Verster és mások, 2010).

## Az online kábítószerüzletek megfigyelése

A korai előrejelző rendszer 2006 óta minden évben ellenőrzi az új pszichoaktív anyagok internetes forgalmazását. Az alkalmazott módszerek megváltoztatásával sikerült növelni a felmérések

<sup>(151)</sup> Mefedron (4-metilmetkatinon); metilon (3,4-metiléndioxi-metkatinon); metedron (4-metoximetkatinon); és MDPV (3,4-metiléndioxi-pirovaleron).

<sup>(152)</sup> A khatról és a szintetikus kannabinoidokról szóló drogfilmek megtalálhatók az EMCDDA weboldalán.

<sup>(153)</sup> Adam Winstock személyes közlése, King's College London.

## EMCDDA–Europol közös jelentés a mefedronról

Az EMCDDA és az Europol 2010. januárban végezte el a mefedronról rendelkezésre álló információk értékelését, a korai előrejelző rendszer működési iránymutatásaiban rögzített kritériumok alapján (EMCDDA, 2007b). Ezek közé tartozik a lefoglalt anyag mennyisége, a szervezett bűnözésben való részvétel bizonyítékai, a nemzetközi kereskedelem bizonyítékai, a pszichoaktív anyag toxikofarmakológiai tulajdonságai, a potenciális (gyors) továbbterjedés bizonyítékai, valamint a súlyos mérgezések vagy halálesetek bizonyítékai.

Az EMCDDA és az Europol egyetértett abban, hogy a mefedronról rendelkezésre álló információ eleget tesz a közös jelentés elkészítéséhez szükséges kritériumoknak. Az elkészült EMCDDA–Europol közös jelentést bemutatták az Európai Unió Tanácsának, az Európai Bizottságnak és az Európai Gyógyszerügynökségnek, és határozat született az anyaggal foglalkozó hivatalos kockázatértékelési eljárás elindításáról.

színvonalát és hatókörét, de a különböző évekre vonatkozó adatokat nem lehet közvetlenül összehasonlítani.

2010-ben 170 online kábítószerüzletet azonosítottak, amelyek közül 30-ban „legális hangulatjavítókat” és hallucinogén gombákat egyaránt kínáltak, jellemzően mindkét termékcsoportból széles választékkal, 34-ben csak hallucinogén gombákat árultak; 106 üzletben pedig „legális hangulatjavítókat” forgalmaztak, de hallucinogén gombát nem <sup>(154)</sup>.

A hallucinogén gombák kereskedőinek száma emelkedni látszik 2006 óta, amikor az ilyen termékeket forgalmazó üzletekből 39-et azonosítottak (EMCDDA, 2006). 2010-ben 64 hallucinogén gombákat árusító online üzletet találtak; ezek többsége természetközletet, spórákat és légyölő galócát (*Amanita muscaria*) árult, nem pszilocibintartalmú gombákat.

A 2009-es online felmérésben, amely kizárólag a „legális hangulatjavítókkal” foglalkozott, a legtöbb online üzletet az Egyesült Királyságban találták, utána következett Németország és Hollandia. A 2010-es, kibővített hatósugarú körkép más eloszlást mutatott: 38 online üzletet találtak hollandiai székhellyel, 20-at az Egyesült Királyságban és 20-at Németországban. A legalább öt üzlettel rendelkező országok között szerepelt Lengyelország, Franciaország és Magyarország, de kisebb számban találtak még Csehországban,

## Körkép az online kábítószerüzletekről: módszerek

A 2010-es felmérés január 25. és február 5. között zajlott, és azokat az online drogüzleteket vette célba (kis- és nagykereskedők), amelyek bármely európai internethasználó számára hozzáférhetőek, amennyiben „legális hangulatjavítókat” (köztük „Spice”-t), GHB/GBL-t vagy hallucinogén gombát szeretne venni. A felmérésben nem szerepeltek azok az üzletek, ahol nem biztosítottak szállítást legalább egy uniós tagállamba.

A keresőszavakat először angolul tesztelték, hogy megkeressék azokat, amelyek a legnagyobb arányú releváns találatot hozzák. Ezután keresést végeztek 15 olyan nyelven, amelyeket összesítve az Európai Unió népességének 84%-a beszél anyanyelvként <sup>(1)</sup>. Ehhez három különböző keresőmotort használtak: a Metacrawlert, a Google-t és egy „nemzeti” keresőmotort, az adott országtól és nyelvtől függően.

A mintavétel az első 100 link megvizsgálását jelentette, és addig folytatódott, amíg egymás után 20 link nem bizonyult irrelevánsnak. Az így azonosított honlapokról minden esetben a következő információt gyűjtötték be: az eladásra kínált termékek, termékleírások, árak, elérhetőség (raktáron), szállítási országok, összetevők, egészségügyi figyelmeztetések és felhasználói értékelések.

<sup>(1)</sup> Angol, cseh, dán, francia, görög, holland, lengyel, magyar, máltai, német, olasz, portugál, spanyol, svéd és szlovák.

Spanyolországban, Portugáliában, Szlovákiában, Olaszországban és Svédországban. 38 online üzlet székhelye az Egyesült Államokban volt, 15 online üzlet esetében pedig nem lehetett megállapítani a székhelyet. Az Egyesült Királyságban található online üzletektől eltérően a hollandiai székhellyel működők közül sok valamilyen szaküzlettel volt kapcsolatban. Összességében az online üzletek 73%-a használta az angolt, és 42% nem is ajánlott fel más nyelvet.

## A „Spice” jelenség

A „Spice”-t az interneten és szaküzletekben árusítják füstölőkeverékként. Az igazságügyi vegyészszakértők 2008-ban megállapították, hogy nem olyan ártalmatlan növényi termék, mint aminek mondják. A „Spice” valódi pszichoaktív összetevőit szintetikus adalékanyagokként azonosították; olyan anyagokként, mint a kannabinoid receptor agonista <sup>(155)</sup> JWH-018, amely a kannabiszban található tetrahidrokannabinol (THC) hatásait utánozza.

<sup>(154)</sup> Ld. a „Körkép az online kábítószerüzletekről: módszerek” című keretes írást.

<sup>(155)</sup> Az agonista olyan vegyi anyag, amely a sejt egy meghatározott receptorához kötődik, és a sejtől aktivitást vált ki. Az agonista gyakran endogén vagy természetben előforduló anyagok hatását utánozza.

<sup>(156)</sup> Ld. a *Szintetikus kannabinoidok és a „Spice” drogprofil* az EMCDDA weboldalán.

<sup>(157)</sup> Dánia, Németország, Észtország, Írország, Franciaország, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Ausztria, Lengyelország, Románia, Svédország, Egyesült Királyság.



Az úgynevezett „Spice” jelenség 2009-ben is komoly figyelmet kapott. Az év folyamán a „Spice”-szerű termékek megnevezései és csomagolásai változatosak lettek. Az új ellenőrzési intézkedésekre reagálva a termékekhez hozzáadott pszichoaktív vegyületek is változtak (EMCDDA, 2009f). A korai előrejelző rendszeren keresztül 2009-ben kilenc új szintetikus kannabinoidot jelentettek be <sup>(156)</sup>.

A növényi termékekhez hozzáadható szintetikus kannabinoidok vagy más anyagok sokfélesége és száma komoly kihívást jelent ezek azonosítása, megfigyelése és kockázafelmérése szempontjából. Ezeknek a vegyületeknek a farmakológiai, toxikológiai és biztonsági profiljáról emberi felhasználás esetén szinte semmit nem lehet tudni. A hozzáadott szintetikus kannabinoidok típusa és mennyisége szintén nagyon változatos lehet, és e vegyületek némelyike nagyon kis adagban is nagyon hatékony lehet. Ennek következtében nem lehet kizárni a véletlen túladagolást, amely súlyos pszichiátriai vagy egyéb komplikációkkal járhat.

Egyik szintetikus kannabinoid sem tartozik az ENSZ-egyezmények ellenőrzése alá, és arról sincs információ, hogy gyógyszerként bármelyiket is engedélyezték volna az Európai Unióban. A jelentés megírásának idején már sok tagállam betiltotta vagy más módon ellenőrzés alá vonta a „Spice”-t, a „Spice”-szerű termékeket és a kapcsolódó vegyületeket <sup>(157)</sup>. A „Spice” termékek állítólagos növényi összetevői nem tartoznak nemzetközi ellenőrzés alá, de néhány tagállam (Lettország, Lengyelország, Románia) egyet vagy többet felvett közülük az ellenőrzött anyagok listájára. Az Európai Unión kívül Svájc ellenőrzi a „Spice növényi keverékeket”, az élelmiszer-ipari szabályozás keretében.

A 2010-es online felmérésben a „Spice”-t árusító online üzletek száma meredeken visszaesett az előző évihez képest. A felmérés szélesebb hatóköre ellenére a 2010-es felmérés csak 21 olyan üzletet talált, ahol „Spice”-szerű termékeket kínáltak, szemben a 2009-ben látott 55-tel. Az idén az Egyesült Királyságban csak két, „Spice”-t árusító online üzlet működött a tavalyi 23-hoz képest. A legutóbbi körképben 15 üzlet állította, hogy van készletük a „Spice”-ből, és közülük 8 fedte fel a tartózkodási helyét: 3 az Egyesült Államokban, 1-1 pedig Spanyolországban, Lengyelországban, Portugáliában, Romániában és az Egyesült Királyságban működött. A maradék 6 olyan online üzlet, ahol „Spice”-t kínáltak, állítása szerint kifogyott a készletből, és talán a vásárlók csalogatása érdekében használta a termék nevét.

A tiltott kábítószerektől eltérően a „Spice”-szerű termékek esetében nem jelentettek be nagy lefoglalást, és

a jelenséghez kapcsolódó bűnözésről sem érkeztek jelentések. Ez az új vegyületek kémijára és hatásaira vonatkozó ismeretek korlátozottságával párosulva egyfajta „szürke zónát” idéz elő az ilyen termékek megfigyelésében.

### A „legális hangulatjavítók” használatának előfordulása

A „legális hangulatjavító” („legal high”) kifejezés termékek széles körét fedi le, a növényi keverékektől a szintetikus vagy „designer” drogokig és „partitablettáig”, amelyeket különböző módokon használnak (elszívnak, szippantanak, lenyelnek). Ráadásul ezeket a termékeket illatosítóként, növényi füstölőként vagy éppen fürdőszóként forgalmazhatják, noha a felsoroltaktól eltérő felhasználásra szánják. Ebből a sokféleségből eredően a „legális hangulatjavítókra” vonatkozó prevalenciaadatokat nehéz összegyűjteni és értelmezni.

A „legális hangulatjavítók” használatáról kevés friss felmérés közöl előfordulási adatokat. Egy 2008-as, 18 éves diákok körében végzett lengyel vizsgálat azt állapította meg, hogy 3,5%-uk használt már „legális hangulatjavítót” legalább egyszer, ami számszerűleg a hallucinogén gombák használatának előfordulásához hasonlítható (3,6%). A „legális hangulatjavítók” elmúlt 12 hónapban történt használatáról a diákok 2,6%-a számolt be <sup>(158)</sup>.

Frankfurtban egy általános és szakképzést nyújtó iskolákban, 1463, 15-18 év közötti diák bevonásával végzett felmérés megállapította, hogy a válaszadók körülbelül 6%-a használt már „Spice”-t elmondása szerint legalább egyszer, az utolsó 30 napban pedig 3%-uk használta. Ezeket a számadatokat befolyásolhatta a „Spice”-ra jutó médiafigyelem a felmérés idején, tekintve, hogy azt már csak a válaszadók 1%-a mondta, hogy ötnél több alkalommal használt „Spice”-t. Azok közül, akik elmondásuk szerint valamikor már használtak „Spice”-t, közel kétharmad a kannabisz elmúlt havi használatáról is beszámolt.

Az Egyesült Királyságban végzett, a szórakozóhelyek látogatóit célba vevő legutóbbi online Mixmag-felmérés azt állapította meg, hogy a válaszadók 55,6%-a használt már „legális hangulatjavítót”. Ebbe beletartoztak az olyan növényi termékek, mint a „Spice” és a „Magic”, a BZP partitabletták és más partitabletták, amelyek használatának havi prevalenciája 2,0%, 4,6%, illetve 5,3%. A válaszadók elmondásuk szerint barátaiktól kapták (95%), weboldalon (92%), üzletekben (78%), fesztiválokon működő standokon (67%) vagy kereskedőktől (51%) vásárolták a kábítószereket.

<sup>(158)</sup> 2008-as CBOS felmérés, 1400 serdülőből álló minta a középiskolák utolsó évfolyamáról; a résztvevők 15%-a nyilatkozta azt, hogy az elmúlt 12 hónapban használt valamilyen kábítószer.

## Az egyéb anyagok nyomon követése

### Piperazinok: BZP és mCPP

A piperazinokról szóló lefoglalási adatok rögzítése és értelmezése egyre bonyolultabb feladat. Ez egyrészt a porokban és tablettákban található anyagok sokszoros keveréke miatt van így <sup>(159)</sup>, de amiatt is, hogy a piperazinokat más kábítószerrel, például amfetammal és MDMA-val is kombinálják. Ráadásul az igazságügyi szakértői laboratóriumok nem mindig rendelkeznek az ahhoz szükséges forrásokkal, hogy a keverékek valamennyi összetevőjét azonosítsák, különösen ha nem ellenőrzött anyagokról van szó.

Úgy tűnik, a BZP elérhetősége csökkent a Tanács 2008-as határozatát követően, amely az Európai Unió <sup>160</sup> egész területét ellenőrző intézkedések alá vonta. Néhány tagállamból azonban továbbra is jelentettek néhány nagy BZP-lefoglalást.

2009-ben még mindig az mCPP volt a legszélesebb körben hozzáférhető „új szintetikus drog” <sup>(161)</sup> az európai ecstasiapiacra, akár egymagában, akár MDMA-val kombinálva. A korai előrejelző rendszerből származó információk – a hollandiai szerhasználók jelentéseit és a Dániában és az Egyesült Királyságban történt lefoglalásokat is beleértve – arra utalnak, hogy az mCPP-t (vagy általában piperazinokat) tartalmazó ecstasytabletták aránya 2009 első felében jelentősen megnőtt, és akár meg is haladhatja az MDMA-t tartalmazó ecstasytabletták arányát. A holland kábítószer-információs megfigyelőrendszer szintén arról számolt be, hogy a szerhasználók által elemzésre benyújtott minták száma a korábbi évekhez képest megduplázódott, feltehetőleg a piperazinok káros hatásai miatti fokozott aggodalomnak köszönhetően. Az ezeket az anyagokat tartalmazó ecstasytabletták aránya 2009 második felében esetleg csökkenhetett; az Egyesült Királyságban azonban ezt részben ellensúlyozhatta a katinonszármazékok megnövekedett elérhetősége.

Ezek a változások egyre összetettebb ecstasiapiacot tükröznek, ami az MDMA prekursor vegyi anyaga, a PMK elérhetőségének ingadozásával magyarázható.

### A GHB/GBL és a ketamin

A GHB (gamma-hidroxi-vajsav) 2001 óta áll nemzetközi ellenőrzés alatt, a ketamint pedig, amely egy gyógyszerkészítmény, a tagállamok a kábítószerokról vagy a gyógyszerekről szóló jogszabályaik alapján ellenőrizhetik. A gamma-butirolakton (GBL) használata, amely lenyelve gyorsan GHB-vá alakul, a közelmúltban szintén aggodalomra adott okot Európában. A GBL-t az EU szintjén a „jegyzékekben nem szereplő kábítószer-prekursoroknak” tekintik, és a kábítószer-prekursorokra vonatkozó önkéntes megfigyelési rendszer alá tartozik. Néhány ország (Olaszország, Lettország, Ausztria, Svédország, Egyesült Királyság, Norvégia) a kábítószerokról szóló nemzeti jogszabályok alapján ellenőrzi.

A GHB és a ketamin használatának előfordulása az általános népességben alacsony szintű, de egyes csoportokban, helyszíneken és földrajzi területeken sokkal magasabb lehet. A szórakozóhelyek látogatóira koncentrált Mixmag online felmérés az Egyesült Királyságban a GHB használatánál 1,7%-os, a GBL-nél 1,6%-os havi prevalenciát talált, a ketamin esetében viszont 32,4%-ot. Amszterdamban a szórakozóhelyek látogatói körében 2003-ban és 2008-ban (646 válaszadó) végzett felmérés a GHB-használat havi prevalenciájának enyhe emelkedéséről számolt be, 4,2%-ról 4,7%-ra. Csehországban egy 2008-as, 363 klublátogató megkérdezésével végzett felmérés a GHB használatát tekintve 0,3%-os, a ketaminnál 0,6%-os havi prevalenciát állapított meg. Londonban egy szórakozóhely orvosi szobájában orvosi ellátást kérő 173 vendég felmérése alapján azt találták, hogy kétharmaduk a GHB/GBL használata miatt szorult ellátásra (Wood és mások, 2009). Frankfurtban a 15–16 éves diákok körében rendszeresen elvégzett felmérés megállapította, hogy a 2002-es 1%-ról 2008-ra 5%-ra nőtt azoknak a száma, akiket GHB-val kínáltak meg.

Az EMCDDA 2010-es internetes körképe nem talált GHB-t árusító, az EU-ban bejegyzett online üzletet, a GBL-re viszont négy online üzletben is rábukkant. Úgy tűnt azonban, hogy ezek közül egyik sem kábítószerként hirdeti a GBL-t, és nem is utaltak arra, hogy a pszichoaktív tulajdonságai miatt lehetne használni.

<sup>(159)</sup> Például: BZP (1-benzilpiperazin); CPP (klorofenilpiperazin); TFMP (1-(3-trifluorometilfenil)-piperazin) és DBZP (1,4-dibenzilpiperazin). A CPP-nek három helyzeti izomerje van, amelyeket gyakran nehéz megkülönböztetni, és közülük az mCPP (1-(3-klorofenil)piperazin) fordul elő a leggyakrabban.

<sup>(160)</sup> A 2008. március 3-i, 2008/206/IB határozata az 1-benzilpiperazin (BZP) ellenőrzési intézkedéseknek és büntetőjogi rendelkezéseknek alávetni kívánt, új pszichoaktív anyagként való meghatározásáról (HL L 63., 2008.3.7.).

<sup>(161)</sup> Az mCPP nemzetközileg nem ellenőrzött, de az utóbbi néhány évben több európai ország is intézkedéseket vezetett be az ellenőrzésére (Belgium, Ciprus, Dánia, Németország, Görögország, Lettország, Litvánia, Magyarország, Málta, Románia, Szlovákia, Horvátország, Törökország, Norvégia).





## Hivatkozások <sup>(162)</sup>

- Agrawal, A. és Lynskey, M. T. (2006), „The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence”, *Addiction* 101, 801–12. o.
- Amato, L., Minozzi, S., Pani, P. P. és Davoli, M. (2007), „Antipsychotic medications for cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. szám.
- Ballotta, D., Bergeron, H. és Hughes, B. (2008), „Cannabis control in Europe”, megjelent: *A cannabis reader: global issues and local experiences*, EMCDDA 8. monográfia, 1. kötet, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg, 97–117. o.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C. A., Schifano, P. és mások (2006), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries”, *European Journal of Public Health* 16, 198–202. o.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A. H. és McKeganey, N. (2008), „Contribution of problem drug users’ deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study”, *BMJ* 337:a478.
- Bravo, M. J., Barrio, G., de la Fuente, L., Royuela, L., Domingo, L. és Silva, T. (2003) „Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic”, *Addiction* 98, 749–60. o.
- Bruce, R. D., Govindasamy, S., Sylla, L., Kamarulzaman, A. és Altice, F. L. (2009), „Lack of reduction in buprenorphine injection after introduction of co-formulated buprenorphine/naloxone to the Malaysian market”, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 35, 68–72. o.
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J. és mások (2009), „Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain”, *European Addiction Research* 15, 171–78. o.
- Calafat, A., Juan, M. és Duch, M. A. (2009), „Preventive interventions in nightlife: a review”, *Adicciones* 21, 387–414. o.
- Carpenter, K. M., McDowell, D., Brooks, D. J., Cheng, W. Y. és Levin, F. R. (2009), „A preliminary trial: double-blind comparison of nefazodone, bupropion-SR, and placebo in the treatment of cannabis dependence”, *American Journal of Addiction* 18, 53–64. o.
- Castells, X., Casas, M., Pérez-Mañá, C., Roncero, C., Vidal, X. és Capellà, D. (2010), „Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. szám.
- Chabrol, H., Roura, C. és Armitage, J. (2003), „Bongs, a method of using cannabis linked to dependence”, *Canadian Journal of Psychiatry* 48, 709. o.
- Clausen, T., Anchersen, K. és Waal, H. (2008), „Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study”, *Drug and Alcohol Dependence* 94, 151–57. o.
- CND (Kábítószerügyi Bizottság) (2009), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Kábítószerügyi Bizottság, Egyesült Nemzetek, Bécs.
- Coffey, C., Carlin, J. B., Lynskey, M., Li, N. és Patton, G. (2003), „Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study”, *British Journal of Psychiatry* 182, 330–36. o.
- Comptroller and Auditor General (2009), *Drug addiction treatment and rehabilitation*, Comptroller and Auditor General Special Report (online elérhető).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M. és mások (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (online elérhető).
- Costa Storti, C. és De Grauwe, P. (2010), „Modelling disorganized crime: the cannabis market”, *Bulletin of Narcotic Drugs* (megjelenés előtt).
- CPT (a Kínzás és Embertelen vagy Megalázó Bánásmód vagy Büntetés Megelőzésére létrehozott Európai Bizottság) (2006), *The CPT standards – ‘Substantive’ sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (online elérhető).
- Craine, N., Hickman, M., Parry, J. V. és mások (2009), „Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size”, *Epidemiology and Infection* 137, 1255–65. o.
- Cunningham, J. A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, 211–13. o.
- Darke, S. és Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods”, *Addiction* 97, 1383–94. o.
- Darke, S., Kaye, S. és Dufflou, J. (2006), „Comparative cardiac pathology among deaths due to cocaine toxicity, opioid toxicity and non-drug-related causes”, *Addiction* 101, 1771–77. o.

<sup>(162)</sup> Az online forrásokra mutató hiperhivatkozások az éves jelentés PDF-változatában találhatóak, amely az EMCDDA weboldalán érhető el (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).

- Davoli, M., Bargagli, A. M., Perucci, C. A. és mások (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdette study, a national multi-site prospective cohort study”, *Addiction* 102, 1954–59. o.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*, University Press, Belgium.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. és Linskey, M. (2009), „Illicit drug use”, megjelent: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*, 1. kötet, Majid Ezzati és mások (szerk.), Egészségügyi Világszervezet, Genf (online elérhető).
- Derzon, J. H. (2007), „Using correlational evidence to select youth for prevention programming”, *Journal of Primary Prevention* 28, 421–47. o.
- ECDC és a WHO Európai Regionális Irodája (2009), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*, Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ, Stockholm.
- Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság (2008), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság, Brüsszel (online elérhető).
- Eisenbach-Stangl, I., Moskalewicz, J. és Thom, B. (szerk.) (2009), *Two worlds of drug consumption in late modern societies*, Ashgate, Farnham (UK).
- EMCDDA (2006), *Hallucinogenic mushrooms*, EMCDDA tematikus dolgozat, Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (online elérhető).
- EMCDDA (2007a), *A kábítószeres és a bűnözés: összetett kapcsolat*, Célpontban a kábítószer, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2007b), *Early-warning system on new psychoactive substances: operating guidelines*, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2007c), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, EMCDDA kiemelt téma, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, EMCDDA monográfia, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, EMCDDA Insights, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, EMCDDA kiemelt téma, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2008d), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, EMCDDA kiemelt téma, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2009a), *Éves jelentés, 2009: a kábítószer-probléma Európában*, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2009b), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, EMCDDA Insights, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, EMCDDA tematikus dolgozat, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg (online elérhető).
- EMCDDA (2009d), *Polydrug use: patterns and responses*, EMCDDA kiemelt téma, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2009e), *Drug offences, sentences and other outcomes*, EMCDDA kiemelt téma, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2009f), *Understanding the ‘Spice’ phenomenon*, EMCDDA tematikus dolgozat, Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (online elérhető).
- EMCDDA (2010a), *Harm reduction: evidence and impacts*, EMCDDA monográfia, Rhodes, T. és Hedrich, D. (szerk.), az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2010b), *Risk assessment of new psychoactive substances: operating guidelines*, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2010c), *Trends in injecting drug use in Europe*, EMCDDA kiemelt téma, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA és Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, EMCDDA–Europol közös kiadványok, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- Escots, S. és Suderie, G. (2009), *Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?*, Tendances 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Párizs.
- Európai Bizottság (2009a), *Economic Crisis in Europe: causes, consequences and responses*, European Economy 7/2009, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- Európai Bizottság (2009b), *First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy* (online elérhető).
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L. és mások (2010), „The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial”, *Drug and Alcohol Dependence* 108, 56–64. o.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Lynskey, M. T. és Madden, P. A. F. (2003), „Early reactions to cannabis predict later dependence”, *Archives of General Psychiatry* 60, 1033–39. o.
- Fletcher, A., Bonell, C. és Hargreaves, J. (2008), „School effects on young people’s drug use: a systematic review of intervention and observational studies”, *Journal of Adolescent Health* 42, 209–20. o.

- Gates, S., Smith, L. A. és Foxcroft, D. (2006), „Auricular acupuncture for cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. szám.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. és Marsden, J. (2003), „Methadone treatment for opiate dependent patients in general practice and specialist clinic settings: outcomes at 2-year follow-up”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 24, 313–21. o.
- Gowing, L., Ali, R. és White, J. M. (2010), „Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. szám.
- Grund, J. P., Coffin, P., Jauffret-Roustide, M. és mások (2010), „The fast and the furious: cocaine, amphetamines and harm reduction”, megjelent: *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA monográfia, Rhodes, T. és Hedrich, D. (szerk.), az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg, 191–232. o.
- Hall, W. és Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use”, *Lancet* 374, 1383–91. o.
- Hedrich, D., Kerr, T. és Dubois-Arber, F. (2010), „Drug consumption facilities in Europe and beyond”, megjelent: *Harm reduction: evidence and impacts*, EMCDDA monográfia, Rhodes, T. és Hedrich, D. (szerk.), az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg, 305–31. o.
- Heinemann, A., Iwersen-Bergmann, S., Stein, S., Schmoltdt, A. és Puschel, K. (2000), „Methadone-related fatalities in Hamburg 1990–1999: implications for quality standards in maintenance treatment?”, *Forensic Science International* 113, 449–55. o.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. és mások (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Svéd Alkohol- és Kábítószerügyi Információs Tanács (CAN), Stockholm.
- Hoare, J. (2009), „Drug misuse declared: findings from the 2008/09 British Crime Survey”, *Home Office Statistical Bulletin* 12/09.
- Hutchinson, S. J., Taylor, A., Gruer, L., Barr, C., Mills, C. és mások (2000), „One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in a GP-centred programme”, *Addiction* 95, 1055–68. o.
- INCB (Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szerv) (2010a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Egyesült Nemzetek, New York (online elérhető).
- INCB (2010b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, Egyesült Nemzetek, New York (online elérhető).
- Irish Prison Service (2009), *Irish Prison Service annual report 2008* (online elérhető).
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S. és mások (2010), „Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness”, megjelent: *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA monográfia, Rhodes, T. és Hedrich, D. (szerk.), az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg, 115–63. o.
- King, L. A. (2009), *Forensic chemistry of substance misuse: a guide to drug control*, Royal Society of Chemistry, Cambridge.
- Kipke, I., Karachaliou, K., Pirona, A. és Pfeiffer-Gerschel, T. (2009), „Bewährtes übertragen: Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis”, *Sucht* 55, 365–68. o.
- Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F. Jr., George, T. P., Greenfield, S. F. és mások (2007), *American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines: Treatment of patients with substance use disorders*, második kiadás, *American Journal of Psychiatry* 164 (4 Suppl), 5–123. o.
- Knapp, W. P., Soares, B. G., Farrel, M. és Lima, M. S. (2007), „Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. szám.
- Kolodgie, F. D. és mások (1999), „Cocaine-induced increases in the permeability function of human vascular endothelial cell monolayers”, *Experimental and Molecular Pathology* 66, 109–22. o.
- Koning, I. M., Vollebergh, W. A. M., Smit, F., Verdurmen, J. E. E., Van den Eijnden, R. J. J. M. és mások (2009), „Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously”, *Addiction* 104, 1669–78. o.
- Levin, F. R. és Kleber, H. D. (2008), „Use of dronabinol for cannabis dependence: two case reports and review”, *American Journal of Addiction* 17, 161–64. o.
- Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M. és mások (2009), „Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study”, *Lancet* 374, 1262–70. o.
- Martell, B. A., Orson, F. M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R. D. és mások (2009), „Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial”, *Archives of General Psychiatry* 66, 1116–23. o.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. és mások (2010), „HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage”, *Lancet* 375, 1014–28. o.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M. és mások (2008), „Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review”, *Lancet* 372, 1733–1745. o.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J. és Davoli, M. (2009), „Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. szám.
- McCambridge, J., Slym, R. L. és Strang, J. (2008), „Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users”, *Addiction* 103, 1819–20. o.
- Measham, F. és Moore, K. (2009), „Repertoires of distinction: exploring patterns of weekend polydrug use within local leisure scenes across the English night time economy”, *Criminology and Criminal Justice* 9, 437–64. o.

- Meijers, R. (2007), *Toxicity of cocaine adulterants*, Trimbos Instituut, Utrecht.
- Miller, W. R., Sorensen, J. L., Selzer, J. A. és Brigham, G. S. (2006), „Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, 25–39. o.
- Minozzi, S., Amato, L., Davoli, M., Farrell, M., Lima Reisser A. és mások (2008), „Anticonvulsants for cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. szám.
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B. és mások (2007), „Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review”, *Lancet* 370, 319–28. o.
- Muscat, R. (szerk.) (2008), *From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances*, Council of Europe Publishing, Strasbourg.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2009), *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, Sydney (online elérhető).
- NOMS (National Offender Management Service) (2009), *National Offender Management Service drug strategy 2008–2011*, Ministry of Justice, London.
- NPIA (National Policing Improvement Agency) (2009), *Digest*, március (online elérhető).
- NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2006), *Models of care for adult drug misusers: update* (online elérhető).
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (online elérhető).
- NTA (2009), *Clinical governance in drug treatment: a good practice guide for providers and commissioners*, NTA, London (online elérhető).
- NTA (2010), *Powder cocaine: how the treatment system is responding to a growing problem* (online elérhető).
- Obradovic, I. (2009), *Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004–2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, OFDT, Saint-Denis.
- Pani, P. P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. és Davoli, M. (2010), „Disulfiram for the treatment of cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. szám.
- Petrie, J., Bunn, F. és Byrne, G. (2007), „Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review”, *Health Education Research* 22, 177–91. o.
- Pleace, N. (2008), *Effective services for substance misuse and homelessness in Scotland: evidence from an international review*, Scottish Government Social Research (online elérhető).
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. és mások (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups”, *European Addiction Research* 10, 147–55. o.
- Qureshi, A. I., Suri, M. F., Guterman, L. R. és Hopkins, L. N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey”, *Circulation* 103, 502–06. o.
- Reitox nemzeti jelentések (2009), elérhetők az EMCDDA weboldalán.
- Rome, A., Shaw, A. és Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburgh.
- Rose, M. E. és Grant, J. E. (2008), „Pharmacotherapy for methamphetamine dependence: a review of the pathophysiology of methamphetamine addiction and the theoretical basis and efficacy of pharmacotherapeutic interventions”, *Annals of Clinical Psychiatry* 20, 145–55. o.
- SAMHSA (2008), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville MD.
- Santos, S., Brugal, M. T., Barrio, G., Castellano, Y., Jiménez, E. és mások (megjelenés alatt), „Characteristics and risk factors of acute health problems after cocaine use: assessing the effect of acute and chronic use of cocaine”, *Drug and Alcohol Dependence*.
- Shewan, D. és Dalgarno, P. (2005), „Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland)”, *British Journal of Health Psychology* 10, 33–48. o.
- Simojoki, K., Vormaa, H. és Alho, H. (2008), „A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (Subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (Suboxone)”, *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy* 17, 3:16 (online elérhető).
- Sporer, K. A. (1999), „Acute heroin overdose”, *Annals of Internal Medicine* 130, 585–90. o.
- Stenbacka, M., Leifman, A. és Romelsjö, A. (2010), „Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up”, *Drug and Alcohol Review* 29, 21–27. o.
- Stoové, M. A., Dietze, P. M. és Jolley, D. (2009), „Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data”, *Drug and Alcohol Review* 28, 347–52. o.
- Sweeting, M. J., De Angelis, D., Ades, A. E. és Hickman, M. (2008), „Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population”, *Statistical Methods in Medical Research* 18, 381–95. o.
- Swift, W., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L. és Patton, G. C. (2008), „Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood”, *Addiction* 103, 1361–70. o.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P. és Reilly, D. (1998), „Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area”, *Addiction* 93, 1149–60. o.
- UNODC (2005), *Illicit drug trends in the Russian Federation*, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, Bécs.



- UNODC (2009), *World drug report 2009*, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, Bécs.
- UNODC (2010a), *Afghanistan cannabis survey 2009*, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, Bécs (online elérhető).
- UNODC (2010b), *World drug report 2010*, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, Bécs.
- UNODC és Marokkó kormánya (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, Bécs.
- UNODC, UNAIDS és WHO (2010), *HIV testing and counselling in prisons and other closed settings*, technikai dolgozat, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, Bécs.
- UNODC, WHO és UNAIDS (2006), *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, Bécs.
- Van Beek, I., Dwyer, R. és Malcolm, A. (2001), „Cocaine injecting: the sharp end of drug-related harm!”, *Drug and Alcohol Review* 20, 333–42. o.
- Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. A. és Prins, M. (2007), „Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users”, *Addiction* 102, 1454–62. o.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. és mások (2009), „Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands”, *International Journal of Drug Policy* 20, 143–51. o.
- Van Nimwegen, L. J., de Haan, L., van Beveren, N. J., van der Helm, M., van den Brink, W. és Linszen, D. (2008), „Effect of olanzapine and risperidone on subjective well-being and craving for cannabis in patients with schizophrenia or related disorders: a double-blind randomized controlled trial”, *Canadian Journal of Psychiatry* 53, 400–05. o.
- Vandam, L. (2009), „Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature”, megjelent: *Contemporary issues in the empirical study of crime*, Cools, M. és mások (szerk.), Maklu, Antwerp.
- Verster, J. C., Kuerten, Y., Olivier, B. és van Laar, M. W. (2010), „The ACID-survey: methodology and design of an online survey to assess alcohol and recreational cocaine use and its consequences for traffic safety”, *Open Addiction Journal* 3, 24–31. o.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M. és Wittchen H. U. (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, 49–64. o.
- Wagner, F. A. és Anthony, J.C. (2002), „From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol”, *Neuropsychopharmacology* 26, 479–88. o.
- Warburton, H., Turnbull, P. J. és Hough, M. (2005), *Occasional and controlled heroin use: not a problem?*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Warner-Smith, M., Darke, S., Lynskey, M. és Hall, W. (2001), „Heroin overdose: causes and consequences”, *Addiction* 96, 1113–25. o.
- WHO (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, a WHO Európai Regionális Irodája, Koppenhága (online elérhető).
- WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Egészségügyi Világszervezet, Genf.
- WHO (2010), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Egészségügyi Világszervezet – Európa, Koppenhága.
- WHO, UNODC és UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Egészségügyi Világszervezet, Genf.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. és Cowan, S. A. (2008), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability”, *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (online elérhető).
- Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. és Griffiths, P. (2009), „Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users”, *American Journal of Public Health* 99, 1049–52. o.
- Wittchen, H. U., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M. és mások (2008), „Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients”, *Drug and Alcohol Dependence* 95, 245–57. o.
- Wood, D. M., Nicolauo, M. és Dargan, P. I. (2009), „Epidemiology of recreational drug toxicity in a nightclub environment”, *Substance Use & Misuse* 44, 1495–1502. o.
- Zachrisson, H. D., Rödje, K. és Mykletun, A. (2006), „Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey”, *BMC Public Health* 6:34 (online elérhető).

Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja

**Éves jelentés, 2010: A kábítószer-probléma Európában**

Luxembourg: Az Európai Unió Kiadóhivatala, 2010

2010 – 111 o. – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-438-0

doi:10.2810/35000

## HOGYAN JUTHAT HOZZÁ AZ EURÓPAI UNIÓ KIADVÁNYAIHOZ?

### **Ingyenes kiadványok:**

- az EU-könyvesbolton (EU Bookshop) keresztül (<http://bookshop.europa.eu>);
- az Európai Unió képviseltein és küldöttségein keresztül.  
A képviseltek és küldöttségek elérhetőségeiről a <http://ec.europa.eu> weboldalon tájékozódhat, illetve a +352 2929-42758 faxszámon érdeklődhet.

### **Megvásárolható kiadványok:**

- az EU-könyvesbolton keresztül (<http://bookshop.europa.eu>).

### **Előfizetéses kiadványok (az *Európai Unió Hivatalos Lapjának sorozatai, az Európai Bírósági Határozatok Tára stb.*):**

- az Európai Unió Kiadóhivatalának forgalmazó partnerein keresztül ([http://publications.europa.eu/others/agents/index\\_hu.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_hu.htm)).

## Az EMCDDA-ról

A Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) az Európai Unió decentralizált ügynökségeinek egyike. Az 1993-ban lisszaboni székhellyel létrehozott központ a kábítószerekre és kábítószer-függőségre vonatkozó átfogó információk központi forrása Európában.

Az EMCDDA tényszerű, tárgyilagos, megbízható és összehasonlítható információkat gyűjt, elemz és terjeszt a kábítószerekkel és a kábítószer-függőséggel kapcsolatban. E tevékenysége révén célközönségének tényeken alapuló képet ad a kábítószerek európai szintű jelenségéről.

A központ kiadványai elsődleges információforrásnak számítanak a közönség széles köre számára, ideértve a politikai döntéshozókat és tanácsadókat, a kábítószer-területén dolgozó szakembereket és kutatókat, valamint a médiát és a nagy nyilvánosságot.

Az *Éves jelentés* az EMCDDA éves áttekintése az EU kábítószerhelyzetéről, egyúttal nélkülözhetetlen forrásmunka mindazok számára, akik a kábítószer-terén a legfrissebb európai eredményeket keresik.



Kiadóhivatal

