



Kábítószer és Kábítószer-függőség  
Európai Megfigyelőközpontja

ISSN 1830-0766

# JELENTÉS ÉVÉSZÉSE 2011

A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA EURÓPÁBAN





Kábítószer és Kábítószer-függőség  
Európai Megfigyelőközpontja

# JELZÉS ÉVES JELENÉS 2011

A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA EURÓPÁBAN

## Jogi nyilatkozat

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, 2011

ISBN 978-92-9168-475-5

doi:10.2810/45030

© Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, 2011

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	9
Kommentár: Nézzük az összképet – az európai kábítószer-használat jelene	13
1. fejezet: Politikák és jogszabályok	
Uniói és nemzetközi szakpolitikai fejlemények • Nemzeti stratégiák • Közkiadások • Nemzeti jogszabályok • Kutatások	20
2. fejezet: Európai válaszok a kábítószer-problémákra – áttekintés	
Megelőzés • Kezelés • Társadalmi reintegráció • Ártalomcsökkentés • Minőségbiztosítás • A kábítószer-törvények végrehajtása és megsértései • Egészségügyi és szociális válaszok a börtönökben	29
3. fejezet: Kannabisz	
Kínálat és hozzáférhetőség • Előfordulás és használati minták • Kezelés	44
4. fejezet: Amfetaminok, ecstasy, hallucinogének, GHB és ketamin	
Kínálat és hozzáférhetőség • Előfordulás és használati minták • Beavatkozások rekreációs körülmények között • 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	68
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 • Mefedron • Más anyagok • „Legal high” szerek • Az új kábítószeres értékesítésének ellenőrzése	100
Hivatkozások	107



## Előszó

Az idén ünnepeljük a nemzetközi kábítószer-ellenőrzési rendszer egyik sarokkövének, az Egyesült Nemzetek Egységes Kábítószer-egyezményének 50. évfordulóját. Az európai kábítószer-probléma helyzetéről szóló éves értékelésünk bemutatásakor nehéz nem meglepődni azon, hogy az elmúlt fél évszázadban hogyan alakult ez a jelenség. Az Európában ma tapasztalható összetett kábítószer-problémákat sok tényező alakítja, és sem társadalmi, sem földrajzi értelemben nem elszigetelten léteznek. Jelentésünkben elismerjük ezt a tényt, ahogy az általánosabb kulturális fejlemények és globális tendenciák figyelembevételének szükségességét is, mivel mindkettő mélyrehatóan érintheti a szerhasználati mintázatokat és az ezekkel együtt járó, várható ártalmakat. A sok európai ország által tapasztalt jelenlegi gazdasági nehézségek szintén szerepet kapnak a jelentésünk háttérében; ezek hatása ugyanis máris érződik, mivel a szolgáltatásokhoz egyre nehezebb költségvetést találni. Az információtechnológia terén történt előrelépések a modern élet szinte minden aspektusát átalakították, ezért nem meglepő, hogy most a kábítószeres jelenségre is hatással vannak. Ez konkrétan nemcsak abban nyilvánul meg, ahogy a kábítószereket forgalomba hozzák és árusítják, hanem a prevenció és a kezelés új lehetőségeinek megjelenésében is. A világ kapcsolatokkal átszőtt jellegének erősödését egyre inkább kihasználja a szervezett bűnözés, amely a kábítószereseket csak a tiltott árucikkek egyik típusának tekinti. Itt ismét fontos a globális perspektíva, hiszen az európai kábítószer-használat következményei sem állnak meg a határainkon. Csak egy példa erre az, ahogyan a szomszédos országokban a társadalmi fejlődés támogatására tett uniós erőfeszítéseket veszélybe sodorja a kábítószer-kereskedelmi útvonalak megváltozása, ami aláássa a törekény demokratikus intézmények növekedését, és táptalajt ad a korrupt eljárásoknak.

Fontos belátni, hogy ez a jelentés széles körű együttműködés eredménye, ezért ezúton szeretnénk kifejezni elismerésünket mindazok felé, akik hozzájárultak az elkészítéséhez. A jelentés különösen nem jöhetett volna létre a Reitox hálózat nemzeti fókuszpontjaiban dolgozó partnereink, valamint az Európa különböző pontjain tevékenykedő, az elemzéshez hozzájáruló szakemberek odaadó munkája és elkötelezettsége nélkül. Ugyancsak hálával tartozunk más európai és nemzetközi szervezeteknek a tőlük kapott elemzésekért.

A mi munkánk azonban nem áll meg a másoktól kapott információk összevetésénél. Feladatunk, hogy tudományosan megalapozott, független elemzést adjunk az európai kábítószer-problémáról. Ehhez gyakran tökéletlen adatokat kell értelmeznünk. Az EMCDDA több mutató alapján, körültekintően közelít az elemzésekhez. Az egyik adatsorból levont következtetéseket más információforrásokkal összevetve is le kell ellenőrizni, ha pedig kevés az információ, nem mentegetőzünk az értelmezésben gyakorolt óvatosságunk miatt. Mindezek fényében bátran állíthatjuk, hogy az európai kábítószerhelyzetről rendelkezésre álló információk minősége, mennyisége és összehasonlíthatósága tovább javult. Ez már önmagában is nagy eredmény, és igazolja az Európai Unió belüli együttműködésünk és összehangolt intézkedéseink hasznosságát.

Ezt az éves jelentést nem szabad egymagában, elszigetelten tanulmányozni, hanem az átfogó éves beszámoló csomagunk egyik darabjának kell tekinteni. A jelentéshez tartozó statisztikai közlönyben a módszertani jegyzetek hosszú sora mellett megtalálhatók az elemzéseink alapjául szolgáló adatok. Az idejű jelentésekhez kapcsolódó, egy-egy témára koncentráló kiadványokban emellett részletesen foglalkoztunk a következőkkel: a drogfogyasztók kezelésének költségei és finanszírozása, az ellátás biztosítására vonatkozó iránymutatások, a kannabiszpiac és a kábítószer-használatnak tulajdonítható összesített halálozás. Az egyes országokra vonatkozó információk a részletes nemzeti jelentésekben és az online országos áttekintésekben olvashatók. Jelentéseinket úgy alakítjuk ki, hogy az átlagolvasó számára is hozzáférhetőek legyenek, stratégiai témaválasztásaikkal kiszolgálják a politikai közönségünk igényeit, és kellően részletesek legyenek a kutatók, diákok és tudósok igényeihez mérten. Bármilyen szempontból is közelíti meg, reméljük, munkánk segítségével Ön is jobban megismeri majd az európai kábítószer-helyzetet. Ez a feladatunk, de hiszünk is abban, hogy a megismerés és megértés a hatékony drogpolitikák és válaszok kidolgozásának döntő feltétele.

**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 és szakértők mindegyik tagállamban;
- az EMCDDA igazgatóságának és tudományos bizottságának tagjai;
- az Európai Parlament, az Európai Unió Tanácsa – különösen a kábítószerrel foglalkozó horizontális munkacsoport – és az Európai Bizottság;
- az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC), az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) és az Europol;
- az Európa Tanács Pompidou-csoportja, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, a Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szerv, a WHO Európai Regionális Irodája, az Interpol, a Vámigazgatások Világszervezete, az Ellenőrzött Anyagokkal és Dohánytermékekkel Foglalkozó Kanadai Egészségügyi Igazgatóság, az Egyesült Államok Szerhasználattal és Mentális Betegségekkel Foglalkozó Szolgálat (SAMHSA), Az egészséges viselkedés az iskoláskorú gyermekeknél című felmérés (HBSC), 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 kábítószerrel 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 kábítószerrel kapcsolatban információt szolgáltatnak az EMCDDA részére.

A nemzeti fókuszpontok elérhetősége az EMCDDA weboldalán található.



## Bevezető

Ez az éves jelentés az EU-tagállamok, a tagjelölt országok – Horvátország és Törökország –, valamint Norvégia részéről az EMCDDA számára rendelkezésre bocsátott információkon alapul. Az itt közölt statisztikai adatok a 2009. 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 2009-es értékeket 2008-as 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 kábítószeres foglalkozó bűnüldözési tevékenységeket (pl. prioritásokat, forrásokat, stratégiákat), ugyanakkor a bejelentési gyakorlatokat és a kereskedők kitétségét is tükrözik. A kábítószeres kiskereskedelmi piacainak megismeréséhez a tiltott kábítószeres tisztaságáról vagy erősségéről és kiskereskedelmi áráiról szóló adatokat is ki lehet elemezni. A kábítószeres EMCDDA felé bejelentett kiskereskedelmi

### 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 2011. évi statisztikai közlöny bemutatja a jelentésben található statisztikai elemzések alapjául szolgáló forrástáblázatokat. Mindezt az alkalmazott módszerek részletesebb leírása és körülbelül 100 statisztikai ábra egészíti ki.

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

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

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 árakat illetően az összes elemzés a bejelentett átlagon vagy a leggyakoribb értéken, illetve ezek hiányában a középértéken alapul. Előfordulhat, hogy az árakra 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-prekursorokról 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 prekursor vegyi anyagok eltérítésének megelőzésére irányuló nemzetközi kezdeményezésekben.

Bár az ebben a jelentésben bemutatott adatok és becslések 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 a normál 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 szociodemográfiai jellemzőiről, az észlelt kockázatokról és a hozzáférhetőségről.

Az EMCDDA a nemzeti szakértőkkel szoros együttműködésben kidolgozta a felnőttek felméréseiben használható alapelemek készletét (az „európai mintakérdőív”). Ezt a protokollt most már az EU legtöbb tagállamában bevezették. Az alkalmazott módszertant és az adatgyűjtés évét tekintve azonban még mindig vannak 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-négyéves időközönként sok ország elvégzi az adatgyűjtést. Ebben a jelentésben a közölt adatok mindegyik ország esetében a legfrissebb rendelkezésre álló felmérésen alapulnak, amelyet a legtöbb esetben a 2006 és 2009 közötti időszakban készítettek. Az Egyesült Királyság előfordulási adatai ellenkező megjelölés hiányában Angliára és Walesre vonatkoznak, bár 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 legtagabb. Ez a felnőttek körében nem tükrözi a kábítószer-használat jelenlegi helyzetét, viszont a használati minták és az incidencia megismeréséhez hasznos lehet. A felnőttek esetében az EMCDDA-nál használt standard korcsoport a 15–64 éveseké (összes felnőtt) és a 15–34 éveseké (fiatal felnőttek). A 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 előző éves prevalencia gyakran 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 azon diákok reprezentatív mintáinak körében, akik az adott naptári évben töltik be 16. életévüket. Az adatokat 2007-ben 35 országban gyűjtötték össze, köztük 25 uniós tagállamban, Horvátországban és Norvégiában. A 2011-ben esedékes ötödik forduló eredményeit 2012-ben fogják megjelentetni; ezúttal a 27 tagállam közül 23, valamint Horvátország és Norvégia vesz részt a felmérésben.

Az „egészséges viselkedés az iskoláskorú gyermekeknél” (HBSC) felmérés a WHO együttműködésen alapuló vizsgálata, amely a gyermekek egészségét és egészséggel kapcsolatos viselkedését vizsgálja, és 2001 óta 15 éves diákok körében előforduló kannabiszhasználatra vonatkozó kérdéseket is tartalmaz. 2009–2010-ben zajlott a felmérés harmadik olyan köre, amely kannabiszhasználatra vonatkozó kérdéseket is tartalmazott, a 27 közül 23 EU-tagállam, illetve Horvátország és Norvégia részvételével.

### **Kezelési igény**

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

### **Beavatkozások**

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





## Kommentár

# Nézzük az összképet – az európai kábítószer-használat jelene

### A kábítószerhelyzet távlati szempontból

Az ideai jelentés sok tekintetben ellentmondásokkal teli. Egyrészt úgy tűnik, hogy a kábítószer-használat Európában viszonylag stabil. A prevalenciaszintek történeti mércével mérve összességében magasak maradtak, de nem emelkedtek. Néhány fontos területen pedig pozitív jelek is mutatkoztak, például a fiatalok kannabiszhasználatában. Másrészt viszont aggasztó tünetek jelentkeznek a szintetikus kábítószeres piacának alakulásában, illetve általában véve abban, ahogyan a drogfogyasztók manapság az anyagok szélesebb körét használják. Az európai szerhasználati mintázatban uralkodó helyre került a politoxikománia, a tiltott kábítószeres alkohollal vagy esetenként gyógyszerekkel és nem ellenőrzött anyagokkal való kombinálását is beleértve. Ez a helyzet az európai drogpolitikák és a válaszok szempontjából egyaránt kihívást jelent. A legtöbb tagállamban még mindig nincs átfogó politikai keret a pszichoaktív szerek használatának kezelésére, és a kezelési szolgáltatásoknak maguknak kell úgy átalakítaniuk a gyakorlatukat, hogy megfeleljenek a több anyagra kiterjedő problémákkal jelentkező kliensek igényeinek. Ehhez hasonlóan a kábítószer-kínálat csökkentésére irányuló intézkedések célirányos kialakítása és a hatásuk értékelése szintén azt igényli, hogy a pszichoaktív anyagok teljes piacát vegyék figyelembe. Ha nem alkalmazzuk ezt a tágabb perspektívát, könnyen előfordulhat, hogy az egyik kábítószerrel kapcsolatban elért eredmények más termékek használatához vezetnek. Ez a jelentés sok példával szemlélteti azt, hogy az európai kábítószerpiac dinamikus, innovatív és gyorsan alkalmazkodik a lehetőségekhez éppúgy, mint az ellenőrző intézkedésekhez.

### Az európai modell felülvizsgálata

Globális mércével mérve Európa jól fejlett, érett és viszonylag hatékony megközelítést alakított ki a tiltott kábítószeres használatára adott válaszaiban. Az EU szintjén ez a jelenlegi uniós drogstratégiában és a hozzá tartozó cselekvési tervben nyilvánul meg, amely a transznacionális szinten folytatott hosszú távú együttműködés és információcsere egyedülálló

példája. A legutóbbi uniós drogstratégia eredményeinek felülvizsgálata most folyik. A legtöbb tagállam mára már viszonylag következetes, gondosan kidolgozott drogstratégiával rendelkezik, nagyrészt egy közös modell tükrözve. E pozitív fejlemények és a drogproblémákkal küzdő személyeknek nyújtott szolgáltatások általános növekedése ellenére az országok között még mindig jelentős különbségek vannak, különösen a keresletcsökkentő beavatkozásokra fordított befektetések terén. E különbségek kezelése fontos feladat lesz az ezen a területen készülő jövőbeni uniós szakpolitikák számára.

Az európai modell úgy jellemezhető, hogy igyekszik pragmatikus egyensúlyt találni a kábítószeres kínálatának csökkentésére, illetve a keresletcsökkentésre irányuló célkitűzések között, egyidejűleg elismerve az emberi jogok és a közösség biztonságának fontosságát. Ez a hozzáállás megengedi az összehangolt fellépést és együttműködést a kábítószer-kínálat visszaszorítására tett bűnüldözési és határ-ellenőrzési erőfeszítések között, amint azt az Afganisztánból induló heroinbehozatali útvonalakat, az Atlanti-óceánon és Nyugat-Afrikán keresztül folytatott kokainkereskedelmet és a szintetikus kábítószeres előállítását célba vevő jelenlegi programok illusztrálják. Emellett a kezelés és az ártalomcsökkentés terén is lehetővé teszi az innovatív fejlesztéseket: ennek egyik példája a heroinnal támogatott kezelés, amely iránt több európai országban egyre nagyobb az érdeklődés, és az EMCDDA új áttekintése is foglalkozik vele.

### Az intravénás szerhasználók körében emelkedhet a helyhez kötött HIV-járványok veszélye

Miután a HIV terjedése az Európai Unióban összességében csökkent, a HIV megelőzése mint a drogpolitika elsőszámú közegészségügyi célkitűzése veszített központi jelentőségéből. Az ideai elemzés azonban felveti azt az aggasztó kilátást, hogy az új, helyhez kötött HIV-járványok potenciális kockázata esetleg emelkedik. Az európai országok sokaságát érintő gazdasági visszaesés fokozhatja a közösségek veszélyeztetettségét, ugyanakkor korlátozhatja a tagállamok megfelelő válaszleptékekre való képességét. A történeti bizonyítékokból egyértelműen

kiderül, hogy amennyiben a körülmények nem változnak, a kábítószer-használattal összefüggő HIV-fertőzés gyorsan el tud terjedni a veszélyeztetett közösségekben. Ráadásul az Európai Unió által a HIV kábítószerrel összefüggő terjedésében elért eredmények nincsenek jelen sok szomszédos országban, ahol továbbra is komoly közegészségügyi probléma a vírus átadása, egyrészt intravénás kábítószer-használat, másrészt nem biztonságos szex révén. A közelmúlt politikai és gazdasági fejleményei felerősítették az ezekből az érintett régiókból az uniós tagállamok felé tartó migrációt, ami tovább terhelheti a már így is nagy igénybevételnek kitett szolgálatokat.

Különösen aggályos ezért, hogy jelenleg több uniós tagállamban olyan körülmények uralkodnak – köztük olyanokban is, ahol korábban nem tapasztaltak jelentős mértékű, kábítószerrel összefüggő HIV-járványt –, amelyek potenciálisan veszélyeztetetté teszik őket a jövőbeni problémákkal szemben. Görögországból, ahol történetileg alacsony volt az előfordulás, 2011-ben helyi HIV-járványkitörést jelentettek az intravénás szerhasználók körében, és több más keleti tagállamban is aggasztó a helyzet, amint azt a növekvő bulgáriai fertőzési ráták szemléltetik. Néhány olyan országban is negatívabb színezetű az összkép, ahol a kábítószerrel összefüggő HIV/AIDS-járvány kezelése terén korábban voltak előrelépések. Észtországból és Litvániából például az új fertőzések kezelésében az elmúlt évek során elért fejlemények most egyre labilisabbnak tűnnek, mivel mindkét országból a fertőzések számának emelkedéséről számoltak be.

### **Az opioidok tendenciái: meg kell ismerni a piacok dinamikáját**

Nemzetközileg, de különösen az Egyesült Államokban egyre aggasztóabbnak tűnik a receptre kapható opioidok, főként a fájdalomcsillapítók hozzáférhetősége és az ezekkel való visszaélés. Európában a jelenleg rendelkezésre álló adatokból nehéz megítélni a jelenség mértékét. Ráadásul az Európai Uniót nem is könnyű közvetlenül összehasonlítani a világ más részeivel, ami nagyrészt a receptírási minták és szabályozások közötti jelentős különbségekből ered. Pillanatnyilag úgy tűnik, hogy Európában a tiltott szintetikus opioidok használata leginkább a drogfogyasztók kezeléséből eltérített helyettesítő gyógyszerek fogyasztását jelenti. Emellett néhány észak- és közép-európai országban most a fentanil használatáról is beszámoltak, amelyet valószínűleg az Európai Uniót kívül, illegálisan állítanak elő. E gyógyszer megjelenése különösen nagy aggodalomra ad okot, és tekintettel a máshol tapasztalt helyzetre, indokoltá teszi kapacitásaink fejlesztését a kizárólag terápiás

célokra szánt pszichoaktív termékekkel való visszaélés alakulásának megfigyelése terén.

Mivel a szintetikus opioidok tiltott használata főként a heroint helyettesíti, a használatukról szóló információk révén a heroinpiac egészébe is betekintést nyerhetünk. Ezen a téren aktuálisan fontos kérdés, hogy a kínálatcsökkentő intézkedések milyen mértékben tudnak hatni a heroin hozzáférhetőségére az európai utcákon. Azt a lehetőséget, hogy a kínálatcsökkentő intézkedések mérséklék a heroin európai hozzáférhetőségét, alátámasztják azok a jelek, miszerint néhány – de nem az összes – uniós országban 2010 végén heroinhiányt tapasztaltak, és ez a nem EU-tag országok némelyikére, például Oroszországra és Svájcra is kihathatott. A nyilvánvaló hiány másik magyarázataként az is felmerült, hogy esetleg az Afganisztán egyes részein a közelmúltban kitört mákbetegséggel lehet összefüggésben. Közelebbről megvizsgálva azonban ez az elképzelés valószínűleg nem állja meg a helyét, noha más afganisztáni eseményeknek és a török és az uniós rendőrség közötti együttműködésből eredő jelentős sikereknek lehetett némi szerepe. A rövid távú ellátási problémákat azonban mindig a hosszabb távú, viszonylag stabil európai heroinpiac kontextusában kell vizsgálni.

Bár a heroin hozzáférhetőségéről szóló információk fontosak a tiltott európai kábítószerpiac dinamikájának megértéséhez, érdemes megjegyezni, hogy jelenleg nagyon nehéz erről a kérdéstről megalapozottan nyilatkozni. A most zajló, összetettebb erőfeszítések ezt a termelési és a használati adatok egyidejű elemzése alapján próbálják elérni. Különböző technikai okok folytán azonban még így is nagyon körültekintően kell eljárni, amikor következtetéseket vonunk le erről a kényes kérdéstről. Európában a piaci hozzáférhetőségről például többnyire nincsenek jó mutatók. Az afganisztáni ópiumtermelésről szóló becsléseket gyakran szó szerint veszik, annak ellenére, hogy az ilyen számítások módszertanilag sok szempontból kifogásolhatók. Ugyanakkor ritkán veszik figyelembe a más ázsiai országokban előforduló ópiumtermelésre utaló felvetéseket. Emellett a heroinforgalom modellezésében gyakran szerepel a raktáron lévő ópium- vagy heroinkészletek megléte – noha ezt a feltételezést kevés empirikus bizonyíték támasztja alá. Az ópiumtermelés és a heroin hozzáférhetősége közötti kapcsolat megismerését tovább bonyolítja az Európai Unióba vezető különböző kereskedelmi útvonalak és az Uniót belüli alpiacok megléte, valamint a feltehetőleg jelentős időbeli különbség az afganisztáni ópium betakarítása és a heroin európai utcákon való megjelenése között.



## A túladagolások halálesetek csak a jéghegy csúcsát jelentik?

Európában a halálos kimenetelű túladagolások áldozatai jellemzően a harmincas éveik közepén-végén járó férfiak, akik régóta küzdenek opioidproblémákkal. A kezelésben, különösen a helyettesítő kezelésben való részvétel ismerten csökkenti a túladagolás kockázatát. Bár a kezelés hozzáférhetősége az évek során drámai mértékben megnőtt, a kábítószer-túladagolás miatti halálesetek száma Európában nem csökkent. A halálos kimenetelű túladagolások számának csökkentése ezért Európa-szerte komoly feladat a drogfogyasztókkal foglalkozó szolgálatok számára. Ezen a területen néhány innovatív program jelenleg is fejlesztés és értékelés alatt áll; ezek gyakran azokat az eseményeket veszik célba, amelyek köztudottan különösen kockázatosak az opioidhasználók számára – ilyen például a börtönből való szabadulás vagy a kezelés abbahagyása. Bár fontos ez a munka, a problémának csak egy részével foglalkozik. A vizsgálatok arra utalnak, hogy a túladagolások halálesetek a problémás kábítószerhasználók körében a teljes halálozás egyharmad-kétharmad közötti részét tehetik ki. A kábítószer-használók esetében a fontos halálokok közé tartozik még az AIDS, az öngyilkosság és a trauma. A jelentéshez tartozó kiadványok egyike részletesen tárgyalja e megállapítás következményeit, és határozottan rámutat a halandóság túlzottan magas szintjére ebben a populációban, illetve arra, hogy a szolgálatok milyen szerepet játszhatnak a hosszú távú droproblémák emberi költségeinek mérséklésében.

## Kipukkadt a kokainbuborék?

Az elmúlt évtized folyamán a kokain a legáltalánosabb stimuláns kábítószerrel lépett elő Európában, noha a használata magas szintjei csak az országok egy jól behatárolható csoportját érintik. Az elemzők megállapításai szerint e szer vonzereje részben a róla kialakult képnek köszönhető: a kokaint gyakran a gazdag, divatos életstílus kellékeként ábrázolják. A rendszeres kokainhasználat azonban a valóságban máshogy fest. A pozitív képet egyre inkább megkérdőjelezheti a kokainnal összefüggő problémák növekvő felismerése, amelyek az ehhez a kábítószerhez köthető kórházi sürgősségi esetek, halálesetek és kezelési igények növekedésében nyilvánulnak meg. A rendszeres kokainfogyasztás anyagi vonzatai csökkenthetik a vonzerejét azokban az országokban, ahol most megszorítások vannak napirenden. Az új adatok felvetik a kérdést, hogy e kábítószer népszerűsége most jutott-e a tetőpontra. A friss felmérések némi csökkenést mutatnak azokban az országokban, ahol a legmagasabbak

a prevalenciaszintek, de máshol kevésbé egyértelmű a kép. A kínálatra vonatkozó adatok szintén nem egyértelműek. A lefoglalt kokain mennyisége 2006 óta jelentősen visszaesett, és összességében a kábítószer ára és tisztasága is csökkent. A mennyiséggel ellentétben a lefoglalások száma viszont tovább emelkedett, és arra is vannak bizonyítékok, hogy a kereskedők a lefoglalási erőfeszítésekhez egyre jobban hozzáigazítják a gyakorlataikat, aminek következtében fennáll a veszély, hogy a használata új területekre is áttérjed.

## Visszatérőben az MDMA

Az európai ecstasypiac az utóbbi években átesett egy olyan időszakon, amikor az MDMA-t tartalmazó tablettákhoz egyre ritkábban lehetett hozzáférni. Az illegális piacon árusított „ecstasy” tabletták általában más kábítószerket tartalmaztak, gyakran valamilyen piperazint, azzal az eredménnyel, hogy a vásárlók egy ellenőrzés alá nem tartozó anyagot vettek, abban a hitben, hogy tiltott kábítószerrel vásárolnak. Úgy tűnik, hogy az MDMA ritka előfordulása az ecstasypiacon a PMK nevű fő prekursorának hiányával függött össze, ami talán a lefoglalásra tett erőfeszítések sikerességét tükrözi. A legfrissebb adatok viszont az MDMA növekvő hozzáférhetőségére utalnak, sőt, néhány jelentésben nagyon nagy adagot tartalmazó tabletták és nagy tisztaságú porok létezését is jelezték.

Úgy tűnik, hogy az MDMA jelenlegi előállítási módszerei vagy a safránon, vagy – egyre gyakrabban – importált vegyi anyagokon alapulnak, amilyen például a PMK-glicidát és az alfa-fenilaceto-acetonitril, amelyek szerkezetiileg hasonlóak, de nem azonosak az eddig használt, ellenőrzött prekursorokkal. E tekintetben párhuzamot lehet vonni a „legal high” szerek területén történt fejleményekkel, ahol az ellenőrzött anyagok helyébe nem ellenőrzöttek lépnek. Ezeknek a vegyi anyagoknak a kiválasztásakor két szempontot tartanak szem előtt: az új anyagra aktuálisan nem vonatkozhatnak ellenőrzések, és könnyen átalakíthatóknak kell lennie az MDMA szintetizálásához használt prekursorok valamelyikévé. Ez újfent a szintetikus kábítószer gyártóinak nagyfokú alkalmazkodóképességét mutatja. Az amfetaminpiacon megfigyelhető egy kapcsolódó új jelenség: a prekursorokat kémiaiailag „álcázzák”, hogy elkerüljék a meglévő határ- és értékesítési ellenőrzési mechanizmusokat. Mivel a termelők technikailag egyre kifinomultabbak, és új módszereket keresnek a lefoglalási erőfeszítések és a szabályozások megkerülésére, az anyagok át- és visszaalakításának lehetősége újabb kihívást jelent a jelenlegi kábítószer-ellenőrzési módszerek számára.

## Körkép – becslések az európai kábítószer-használatról

Az alábbi bemutatott becslések a felnőtt (15–64 éves) népességre vonatkoznak, és a rendelkezésre álló legfrissebb adatokon alapulnak (a felmérések 2001 és 2009/2010 között készültek, többnyire 2004–2008 között). A teljes adatsort és a módszertanra vonatkozó információkat lásd a jelentéshez tartozó statisztikai közlönyben.

### Kannabisz

Életprevalencia: kb. 78 millió (az európai felnőttek 23,2%-a)

Elmúlt évi használat: kb. 22,5 millió európai felnőtt (6,7%) avagy a szert kipróbálók egyharmada

Elmúlt havi használat: kb. 12 millió (3,6%)

Az elmúlt évi használat országok közötti különbségei: összességében a 0,4–14,3% tartományban

### Kokain

Életprevalencia: kb. 14,5 millió (az európai felnőttek 4,3%-a)

Elmúlt évi használat: kb. 4 millió európai felnőtt (1,2%) avagy a szert kipróbálók egyharmada

Elmúlt havi használat: kb. 1,5 millió (0,5%)

Az elmúlt évi használat országok közötti különbségei: összességében a 0,0–2,7% tartományban

### Ecstasy

Életprevalencia: kb. 11 millió (az európai felnőttek 3,2%-a)

Elmúlt évi használat: kb. 2,5 millió (0,7%) avagy a szert kipróbálók egyötöde

Az elmúlt évi használat országok közötti különbségei: összességében a 0,1–1,6% tartományban

### Amfetaminok

Életprevalencia: kb. 12,5 millió (az európai felnőttek 3,8%-a)

Elmúlt évi használat: 1,5–2 millió (0,5%) avagy a szert kipróbálók legfeljebb egyhatoda

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

### Opioidok

Problémás opioidhasználók: becslések szerint 1,3–1,4 millió európai lakos

2009-ben körülbelül 700 000 opioidhasználó részesült helyettesítő kezelésben.

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

Kábítószer okozta halálesetek: kb. 7600, ezek kb. háromnegyed részében találtak opioidokat

2010-ben rekordszámú, 41 új anyagot jelentettek be az európai korai előrejelző mechanizmus felé, és a 2011-re vonatkozó előzetes adatok sem utalnak csökkenésre. Ez egyrészt az új anyagok és termékek folytatódó forgalomba hozatalát, másrészt az új anyagok azonosítására tett proaktív intézkedések növekvő használatát tükrözi. Ezen anyagok számára az internet jelenti az egyik legfontosabb piacot, és az EMCDDA legutóbbi online felméréseinek (2011. július) előzetes eredményei azt mutatják, hogy a pszichoaktív termékeket árusító online üzletek száma továbbra is emelkedik. Úgy tűnik, hogy ezen a téren az értékesítési gyakorlatok is kifinomultabbá váltak, például több bizonyíték van a hozzáférés korlátozására és az eladók és vásárlók identitásának védelmére tett intézkedésekre. Emellett olyan jelentések is napvilágra kerültek, amelyek szerint a tiltott kábítószerek értékesítése korlátozott weboldalak használatával folyik. Egyelőre nem lehet tudni, hogy ez a fejlemény milyen mértékben jelent majd komoly jövőbeni veszélyt, de figyelembe véve a változások gyorsaságát ezen a területen, a továbbiakban is szükség van az éberségre.

## Az új kábítószerek felismerésére való képességünk javítása

Az európai korai előrejelző rendszert támogató jogi mechanizmus pillanatnyilag felülvizsgálat alatt áll. Az Európai Bizottság értékelést készített, amelyben kiemelte egyrészt a meglévő rendszer erősségeit, másrészt pedig az európai kapacitás növelésének szükségességét, hogy reagálni tudjon az e téren zajló fejlemények gyorsaságára. Bár Európa eddig is élen járt az új pszichoaktív anyagok felderítésében, a probléma globális dimenziói az EMCDDA szervezésében 2011-ben rendezett technikai szimpóziumon folyó vitákon váltak világossá. A nemzetközi szakértők megerősítették, hogy az új pszichoaktív anyagokat tartalmazó termékek most már a világ sok részén kaphatók, többek között Amerikában, a Közel-Keleten, Óceániában és Ázsia egyes részein, valamint hogy általános probléma az anyagok egyre bővülő körének azonosítása a gyorsan változó piacon. Az ülés végén a szakértők egyetértettek abban, hogy az új kábítószerek jelentette kihívások kezeléséhez nagyobb szükség lesz a piac proaktív megfigyelésére és az igazságügyi szakértői információk megosztására, valamint az ilyen szerek használatából eredő egészségügyi problémák jobb felismerésére.

## Új pszichoaktív anyagok: a válaszaink tisztázása

A kábítószerek ellenőrzésének jelenlegi modelljei számára egyre nagyobb kihívást jelent a sok új, ellenőrzés alá nem tartozó pszichoaktív anyag gyors megjelenése.

## Jóslatok a jövőre nézve: új termékek és a piac közötti kölcsönhatás

A korai előrejelző rendszer felé bejelentett új pszichoaktív anyagok többsége vagy stimuláns, vagy szintetikus

kannabinoid volt, nagyrészt tükrözve a tiltott kábítószeres európai piacát. Valószínűleg továbbra is az ilyen típusú anyagok fognak forgalomba kerülni. Úgy tűnik emellett, hogy a termelők igyekeznek más olyan, pszichoaktív hatású anyagokat is felderíteni, amelyek a fogyasztók számára vonzóak lehetnek. Az erre a célra felhasználható kutatási szakirodalom nagy és hozzáférhető, ezért fennáll a veszélye annak, hogy a gyógyszeripari kutatások eredményeit kihasználva a jövőben még több pszichoaktív anyagot fognak megjelentetni.

Ezen a területen a politika központi helyen foglalkozott az új anyagok jogi helyzetével; az is fontos azonban, hogy a kábítószerpiac egészének összefüggései között szemléljük őket. Példa erre, hogy a szerhasználók elmondása szerint a mepredont (8. fejezet) az internetes árusítás mellett ugyanazokon az illegális ellátási hálózatokon keresztül is árulták, mint amelyeket más kábítószeresekhez, köztük az ecstasyhoz vagy a kokainhoz használnak. Emellett, mint korábban már említettük, előfordul, hogy nem ellenőrzött anyagokat tablettáznak ecstasyként, és ezeket árulják az illegális piacon. Ezzel szemben az ellenőrzött PMMA kábítószer néhány, „legal high” szerként reklámozott termékben is megtalálták. Összességében véve aggasztóak az e területen tapasztalt fejlemények, mert a „legal high” szerek és a tiltott kábítószeres piac közötti növekvő kölcsönhatásra utalnak.

### Kannabisz: szakpolitikai dilemmák

A kannabisz változatlanul a legnépszerűbb tiltott kábítószer Európában, ugyanakkor ez az a szer, amelyik a közvéleményt a legjobban megosztja. Ezt jól tükrözi az Eurobarométer közelmúltban végzett felmérése a fiatalok kábítószer-használattal kapcsolatos attitűdjeiről, amelyben azt állapították meg, hogy a kannabisz tiltásáról vegyesebben vélekednek, mint más drogokéről. Világszinten nézve nem egyértelmű, hogy milyen irányba tartanak a kannabisszal foglalkozó szakpolitikák. A politika alakulásának érdekes példái közé tartozik az USA és Hollandia esete. Az USA néhány államában az orvosi célokra használt marihuána hozzáférhetőségének liberalizálása felé mozdultak el. Hollandiában a politikai döntéshozók most mintha egyre határozottabban lépnének fel a belföldi kannabisztermelés ellen és a „coffee shopokban” folyó értékesítésre alkalmazott operatív szabályokért.

Sokat vitatott kérdés, hogy a politikai változások milyen mértékben befolyásolják a kannabiszhasználatot. Az ebben a jelentésben bemutatott adatok szerint nem látható közvetlen összefüggés a kábítószer közelmúltbeli használatának mértéke és a használat miatt kiszabható büntetések növelésére vagy csökkentésére irányuló

módosítások között, ami azt jelzi, hogy összetettebb folyamatok működnek. Általánosan megfigyelhető, hogy az elmúlt évtized folyamán az európai kannabiszpolitikában a bűnüldözési erőfeszítéseket a kábítószer használata helyett inkább a kereskedelemmel és ellátással kapcsolatos bűncselekmények felé irányították át. Ennek egyik oka, hogy elkerüljék az abból eredő esetleges negatív következményeket, hogy a fiatalok nagy számban kerülnek kapcsolatba az igazságszolgáltatási rendszerrel, főként ha kipróbálási jellegű kannabiszhasználatról van szó. A számadatok azonban azt mutatják, hogy Európában továbbra is emelkedik a kannabiszhasználattal összefüggő bűncselekmények száma, stabil vagy akár csökkenő prevalencia mellett. Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy a politikai célkitűzések elszakadhattak a gyakorlattól. Ezt a megfigyelést nehéz megmagyarázni, de az egyik lehetőség az, hogy az adatok a hálózat bővítésének hatását tükrözik, amelynek értelmében ha a használat ellen több közigazgatási szankciót fogadnak el, megnő a valószínűsége annak, hogy ezeket a gyakorlatban is alkalmazni fogják.

### Egyre nagyobb probléma a belföldi kannabisztermelés

A hasis szempontjából továbbra is Európa számít a világ legnagyobb piacának. Történetileg nézve Marokkó volt az Európában fogyasztott hasis fő termelője. Az újabb jelentések azonban arra utalnak, hogy a hasist egyre gyakrabban más országokból, köztük Afganisztánból és Libanonból importálják. Ezt támasztják alá az UNODC nemrég végzett helyszíni vizsgálatai, amelyek Afganisztánból nagyarányú hasistermelést jelentettek. Az Európai Unióba importált marihuána főként a balkáni régió szomszédos országaiból érkezik, kisebb részben pedig egyes afrikai és ázsiai országokból. A legtöbb uniós tagállam most már a kannabisz belföldi termesztéséről is beszámolt, és ez a jelenség erősödni látszik. Ezt tükrözi a „grow shopok” megléte, ahol kifejezetten a kannabisztermeléshez szükséges felszereléseket árusítanak. A belföldi termesztés rendszerint lehet kisméretű is, de az sem ritka, hogy szervezett bűnözői csoportok által működtetett nagy termelőhelyeket jelent. Ennek további hatása, hogy egyes országok most az erőszak és más, a nagy termelőhelyekkel összefüggő bűncselekmények megnövekedéséről számoltak be. Az európai kannabiszpiac fejleményeiről az EMCDDA „Insights” sorozatának hamarosan megjelenő száma ad részletes áttekintést.

### Iránymutatások, előírások és a hatékony gyakorlatok megosztása

Tekintettel napjaink drogproblémáinak összetett és gyorsan változó jellegére, fontos, hogy a kutatási eredményeket és a sikeres szolgáltatások kifejlesztéséből származó

ismereteket a lehető legszélesebb körben megosszák. Ennek érdekében több európai kezdeményezés is indult a bevált gyakorlatok azonosítására és megosztásuk elősegítésére. Az Európai Bizottság 2011-ben az EMCDDA-val együttműködésben konferenciát tartott a keresletcsökkentő programokra vonatkozó minőségi minimumszabványokról és teljesítménymérő referenciaértékekről. Az EMCDDA emellett a bizonyítékokon alapuló gyakorlatok terjesztésére szolgáló, internetes alapú forrásait is kibővítette. Meg kell jegyezni azonban, hogy a bizonyítékok megléte nem garantálja automatikusan, hogy azokat át is fogják

ültetni a gyakorlatba. Erre könnyen találhatunk példát a drogrevenio területén, ahol a célzott és környezeti stratégiák a hatékonyságukat alátámasztó szilárd bizonyítékok ellenére sok esetben a legkevésbé általános beavatkozások közé tartoznak. A bevált gyakorlat elfogadásához azonban kiindulásképpen meg kell ismerni, hogy mely módszerek bizonyultak hasznosnak. Mivel emellett a szakpolitika választási lehetőségeihez irányt mutató információk egyre gyűlnek és egyre jobban hozzáférhetők, egyre nehezebb lesz megindokolni a bizonyítékokkal nem kellőképpen alátámasztott módszerekre fordított befektetéseket.



# 1. fejezet

## Politikák és jogszabályok

### Bevezetés

Tekintettel arra, hogy az EU jelenlegi drogstratégiája 2012-ben lejár, ez a fejezet azt járja körül, hogy az elmúlt 20 évben hogyan alakult az Unió drogpolitikai megközelítése. A vizsgálat néhány, Unión kívüli ország közelmúltban elfogadott stratégiájára is kitér, hogy az európai megközelítéssel összehasonlítva megkeresse az egyezéseket, illetve különbségeket. Európán belül szintén rövid áttekintést adunk a legutóbb elfogadott nemzeti drogellenes stratégiákról.

Az uniós tagállamok közkiadásairól szóló vizsgálatok itt bemutatott áttekintéséből kiderül, hogy ezt a témát hányféleképpen közelítik meg, egyúttal az e téren folyó adatgyűjtés javításának és összehangolásának szükségességére is felhívja a figyelmet. Ugyancsak ebben a fejezetben kaptak helyet az európai országokban kábítószer birtoklásáért kiszabható büntetési tételek módosításai az utóbbi 10 évből, valamint a kábítószerrel kapcsolatos kutatások legfrissebb fejleményei.

### Uniós és nemzetközi szakpolitikai fejlemények

#### Az új uniós drogpolitikai kezdeményezésekhez vezető út

Az Európai Bizottságnál kidolgozás alatt álló új drogpolitikai keret lesz az egyik első olyan drogpolitikai dokumentum, amelynek elfogadása a Lisszaboni Szerződés szerint történik (lásd EMCDDA, 2010a). Az előkészítő munkának a 2005–2012 közötti időszakra szóló uniós drogstratégia külső záró értékelése is része. Ez az értékelés

a tagállamokat, harmadik országokat és nemzetközi szervezeteket képviselő érdekeltekkel készített interjúkra, valamint a szakpolitikai dokumentumok és a tendenciákról szóló jelentések elemzésére fog épülni. Az Európai Bizottság kábítószerrel foglalkozó civil társadalmi fóruma egy állásfoglalással fog közreműködni. Emellett az Európai Parlament különféle képviselőcsoportjainak tagjai is üléseket és meghallgatásokat szerveztek a jelenlegi és jövőbeni uniós drogpolitika megvitatására. Ezek a különböző viták és hozzászólások az értékeléssel együtt szerepet kapnak majd a 2012 utáni időszakra szóló, átfogó uniós drogpolitika kialakításában.

#### Az uniós drogpolitika két évtizede

Az Európai Unió az 1990-es évek eleje óta nyolc drogstratégiát vagy cselekvési tervet fogadott el (lásd az 1. ábrát), az egymást követő dokumentumok tartalmában történt eltolódás pedig jól tükrözi a kábítószerhez való európai hozzáállás alakulását. Az első két európai drogellenes stratégiában együtt szerepeltek a kábítószer-kínálat és a kábítószer iránti kereslet csökkentésére irányuló intézkedések. A két elemet összekapcsoló integrált megközelítés gondolata először az 1995–99-es tervben jelent meg. A 2000-ben elfogadott stratégia az uniós megközelítést úgy határozta meg, hogy egyszerre integrált és kiegyensúlyozott, és hasonló politikai jelentőséget tulajdonít a keresletcsökkentő és a kínálatcsökkentő beavatkozásoknak. A megközelítésben történt eltolódás jól tükröződik az uniós szakpolitikai dokumentumok címeiben, ahol a „tervek a kábítószer elleni küzdelemre” megfogalmazást a semlegesebb „drogstratégiák” és

1. ábra: Az európai drogpolitikai dokumentumok időrendben



„cselekvési tervek” váltották fel. A tartalmat tekintve az elmúlt két évtized során az egyik legnyilvánvalóbb változás az volt, hogy a keresletcsökkentés területén az uniós drogpolitikai dokumentumokba bevezették az ártalomcsökkentés célkitűzését.

Az első két európai tervben még nem szerepelt a politika felmérése és értékelése, mivel az 1990-es évek elején a prioritás egy megbízható európai információs rendszer létrehozása volt a kábítószer területén. Az 1995-ös tervben ugyan bevezették a végrehajtás felmérését, de az értékelés csak a 2000–2004-es drogstratégiában lett szerves része az uniós kábítószerügyi megközelítésnek. Azóta valamennyi uniós drogstratégián és cselekvési terven elvégezték az értékelést, és az eredményeket segítségül hívták az ezt követő politikai dokumentumokhoz. Az új uniós drogpolitikai keret ezt az elvet fogja követni, és most először az előző stratégia külső értékelésén fog alapulni.

### Nemzetközi kitekintés

A közelmúltban az Európai Uniót kívül is számos nemzeti vagy regionális stratégia jelent meg, konkrétan Ausztrália, Oroszország, az USA és az Amerikai Államok Szervezete (OAS) részéről<sup>(1)</sup>. E politikai dokumentumok tartalmának vizsgálatából kiderül, hogy az uniós megközelítés egyes vonásai milyen mértékben egyeznek más országokéval.

Az USA 2010-es kábítószer-ellenőrzési stratégiáját úgy mutatták be, hogy új irányt hoz a drogpolitikában, mivel a kábítószer-használatot elsősorban közegészségügyi kérdésnek tekinti, és felismeri, hogy a kábítószer iránti kereslet a drogp problémák fő oka az országban. A stratégia hangsúlyozza a megelőzést, a kezelést és a függőségből való felépülést, és arra szólít fel, hogy az addikció kezelését a többi krónikus betegségéhez hasonlóan építsék be az általános orvoslásba. Az USA stratégiájának elveit tükrözi az OAS drogstratégiája a nyugati félteke számára, ahol a kábítószer-függőséget krónikusan visszatérő megbetegedésként jellemzik, amelyet ennek megfelelően kell kezelni. Az első orosz drogstratégia (2010–20) a kábítószer-probléma mértékének felismerésére épül, amelyet egyrészt a tiltott kábítószeres használatának növekedése, másrészt a fertőző betegségek terjedéséhez való hozzájárulása jellemez. Az OAS stratégiája, az orosz és az amerikai stratégia egyaránt hangsúlyozza a kiegyensúlyozott megközelítés fontosságát. A négy szakpolitikai dokumentum közül az ausztrál drogstratégia (2010–15) hatóköre a legtágabb, mivel minden olyan pszichoaktív anyagra kiterjed, amely képes függőséget és egészségügyi problémákat okozni: azaz az alkoholra, a dohányra, a tiltott és egyéb kábítószerre. A stratégia átfogó célkitűzése az ártalom minimalizálása.

Az OAS-, az ausztrál és az amerikai stratégiát egyaránt a keresletcsökkentés bizonyítékokon alapuló megközelítése jellemzi, amihez kimeneti értékelés társul. A nyugati félteke drogstratégiáját elfogadó országok kötelezettséget vállalnak arra, hogy nemzeti szakpolitikáikat és beavatkozásait rendszeres, független értékelésnek vetik alá, és ennek eredményeit veszik alapul a források felosztásakor. Az USA stratégiájában szereplő 106 elemet évente felül kell vizsgálni és aktualizálni kell a stratégia céljainak teljesítése érdekében, amibe beletartozik a kábítószer-használat előfordulásának 15%-os csökkentése a 12–17 éveseknél, valamint 10%-os csökkentése a fiatal felnőttek körében, 2015-ig. Az ausztrál stratégia teljesítményét a következő három kritérium szerint fogják értékelni: a tiltott kábítószeres kínálatának, a kábítószer-használatnak és a kapcsolódó ártalmaknak a felszámolása. Az orosz stratégia hangsúlyt helyez a jobb ellenőrzési és adatgyűjtési eszközökre, de kifejezetten visszautasítja az opioidhelyettesítő kezelést, azt a beavatkozást, amely az uniós stratégiában az egyik fő, bizonyítékokon alapuló módszerként szerepel. Figyelemre méltó továbbá, hogy az orosz és az amerikai stratégiának egyaránt része a tömegtájékoztatási eszközökkel folytatott kampány, noha ennek a hatékonyságáról kevés a bizonyíték.

Összességében úgy tűnik, mintha a drogstratégiák nemzetközi szinten némi közeledést mutatnának. Miközben az első orosz drogstratégia ideológiai álláspontja – a probléma felismerésétől és az ellenőrzés hangsúlyozásától eltekintve – nem egyezik a többi stratégiában elfogadottal, az USA és az OAS közeledni látszik az uniós modellhez. Az ausztrál megközelítés sok elemet tartalmaz az uniós drogpolitikából, de az alá tartozó anyagok széles köre miatt különbözik is tőle.

### Nemzeti kábítószer-ellenes stratégiák

Az európai drogpolitikai modellnek központi eleme a nemzeti drogellenes stratégiák és cselekvési tervek elfogadása, és ezek az EMCDDA által megfigyelt 30 ország közül most már szinte mindegyikben léteznek. Az országok többségében a legutóbbi drogpolitikai dokumentum kevesebb mint hároméves. Ezek a dokumentumok bemutatják a kábítószerhelyzetet, a kormány e téren kijelölt céljait és célkitűzéseit, és konkrétan meghatározzák a szükséges intézkedéseket és az ezek végrehajtásáért felelős személyeket. Gyakran az egyes intézkedések sikerességének mérésére szolgáló kritériumokat is bemutatják, ami mellett egyre több esetben készül záró értékelés a stratégiáról vagy cselekvési tervről.

(1) Az OAS egy regionális, az amerikai kontinens mind a 35 független államát összefogó szervezet, amely ezáltal a kormányközi együttműködés fő fórumát jelenti.

## Új fejlemények

A közelmúltban tizenegy ország fogadott el új nemzeti drogstratégiát vagy cselekvési tervet (1. táblázat), háromtól kilenc évig terjedő időtartammal. Ezek közül háromnak (Portugália, Románia, Törökország) a drogpolitikai dokumentuma a jelenlegi uniós drogstratégiával megegyező időszakra szól (2005–12). Bár esetenként az alkoholt és a dohányt is megemlíti, a legtöbb drogpolitikai dokumentum középpontjában a tiltott kábítószeres állnak, és sok országnak nincs is külön cselekvési terve az alkoholra és a dohányzásra. A kevés kivétel egyikét, az Írországnak elfogadásra váró kombinált drog- és alkoholelleses stratégiát a 2011 eleji parlamenti választások miatt elhalasztották.

Hollandiából szintén az új drogpolitikai dokumentum elfogadásában történt késedelemről számoltak be a kormányváltást követően <sup>(2)</sup>, az újonnan megválasztott magyar kormány pedig említést tett arról a szándékáról, hogy le kívánja cserélni az elődje által előző évben elfogadott drogstratégiát. Négy másik ország (Észtország, Németország, Svédország, Szlovénia) arról tudósított, hogy az új drogpolitikai dokumentumaik kidolgozása és elfogadása 2011-ben folyamatban van, Norvégia pedig 2012-ig meghosszabbította cselekvési tervét (2007–10).

## Közkiadások

Európában, az utóbbi évtizedben a kábítószer-jelenség valamennyi aspektusára fordított közkiadásokat vizsgált alá vonták (EMCDDA, 2008c). Ez a rész a kábítószerrel

összefüggő nemzeti közkiadásokról rendelkezésre álló átfogó becsléseket járja körül Európában. A közkiadásokkal kapcsolatban két fontos kérdésbe szeretne betekintést nyerni. Az első, hogy az egyes országok a bruttó hazai termék (GDP) arányában mennyit fordítanak a kábítószer-problémára, a második pedig, hogy ezek az összegek hogyan oszlanak meg a különböző tevékenységi területek között, különös tekintettel a kínálatcsökkentő és a keresletcsökkentő beavatkozások közötti megoszlásra.

A kábítószerrel összefüggő közkiadásokról rendelkezésre álló információk mennyisége és minősége országonként nagyon változó. A meglévő vizsgálatok különböző évekre vonatkoznak, különféle módszereket használnak és olyan országokról szólnak, ahol az állami szektor egymástól eltérően épül fel. A kábítószerrel összefüggő közkiadások kiszámítására használt módszerek különbségei nagymértékben határt szabnak a nemzeti összehasonlítások hatókörének. A kormány által a kábítószerrel összefüggő feladatokra szánt kiadások fedezésére elkülönített összegek egy részét a nemzeti költségvetésben megfelelőképpen jelölik („címkézett kiadások”). Rendszerint azonban a kábítószerrel összefüggő kiadások zöme nincs külön megjelölve („nem címkézett”), ezért költségmodellezési módszerrel kell megbecsülni.

Az elmúlt évtizedben legalább 12 ország tett kísérletet arra, hogy átfogó becslést készítsen a kábítószerrel összefüggő kiadásokról (2. táblázat). Ezek az országok arról számoltak be, hogy a kábítószer-problémára fordított közkiadás a GDP 0,04%-a és 0,48%-a között volt.

1. táblázat: A közelmúltban elfogadott nemzeti drogpolitikai dokumentumok

Ország	Dokumentum megnevezése	Időtartam	Fő terület	Megjegyzések
Cseh Köztársaság	Stratégia	2010–18	Tiltott kábítószeres	Tartozik hozzá egy 2010–12-re szóló cselekvési terv
Dánia	Cselekvési terv	2010-től	Tiltott kábítószeres	
Olaszország	Cselekvési terv	2010–13	Tiltott kábítószeres	Tartozik hozzá egy 2010-es projektterv
Lettország	Program	2011–17	Tiltott kábítószeres	
Litvánia	Program	2010–16	Tiltott kábítószeres	Éves cselekvési tervek tartoznak hozzá
Luxemburg	Stratégia és cselekvési terv	2010–14	Tiltott kábítószeres	A stratégia az alkohollal, a dohányzással, a gyógyszerekkel és a függőségekkel is foglalkozik
Lengyelország	Program	2011–16	Tiltott kábítószeres	
Portugália	Cselekvési terv	2009–12	Tiltott kábítószeres	Második cselekvési terv a 2005–12-es stratégiai terv keretében
Románia	Cselekvési terv	2010–12	Tiltott kábítószeres	Második cselekvési terv a 2005–12-es stratégia keretében
Egyesült Királyság	Stratégia	2010-től	Tiltott kábítószeres	Az előző kormány által elfogadott 2008–18-as stratégia helyébe lép
Törökország	Cselekvési terv	2010–12	Tiltott kábítószeres, alkohol és dohány	Második cselekvési terv a 2006–12-es nemzeti stratégia keretében

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

<sup>(2)</sup> 2011-ben új stratégiát terjesztettek a parlament elé, „kábítószerügyi levél” formájában.



## Drogpolitikai fejlemények

Az Egyesült Királyságban friss fejlemény a felépülést ösztönző drogpolitikai célkitűzések kiegyensúlyozottabb kezelése, miután sorozatban több drogpolitikai dokumentum helyezte előtérbe a kezelési eredményeket és a kábítószer-használók társadalmi reintegrációját<sup>(1)</sup>, és azt, hogy a felépülés célja a drogpolitika egyik fő elemévé váljon<sup>(2)</sup>. A korábbi szakpolitikák mindenekelőtt a kábítószer-használók kezeléséhez, konkrétan az opioidhelyettesítő kezeléshez hozzájáruló személyek számának növelésére törekedtek, az újabbak viszont esetenként nagyobb hangsúlyt helyeznek a szolgáltatás minőségére. A későbbiekben fog kiderülni, hogy ezek az új politikai irányzatok milyen változásokat hoznak a kábítószer-használók kezelésében és a társadalmi reintegrációt célzó szolgáltatásokban. Az is nyitott kérdés, hogy ez a jövőre nézve vajon mélyreható változások felé mutat-e a drogpolitikában. A felépüléssel kapcsolatos bizonyítékanyag felülvizsgálata azt állapította meg, hogy a drogmentes élet megvalósításában és a közösség aktív tagjává válásban döntő szerepet játszó tényezők közül sok kívül esik a drogpolitika hatókörén, és az egyéni sajátosságokkal, illetve a tágabb szociálpolitikával egyaránt összefügg (Best és mások, 2010). Az állami kiadások lefaragásának időszakában a kormányok számára nehézséget jelenthet ezek megváltoztatása, különösen, ha ehhez további pénzügyi forrásokra van szükség.

Portugáliában a jelenlegi drogpolitika több mint tíz éves, de az utóbbi években fokozott figyelem övezte, először a drogpolitikai elemzők és tanácsadói csoportok, most pedig az európai és Európán kívüli kormányok részéről. A portugál politikának központi eleme a kábítószer-használat dekriminalizálása és az egészségügyi minisztérium irányítása alatt működő „kábítószerrel való visszaéléstől elterelő bizottságok” (CDT) szerepe (EMCDDA, 2011b). Ezek a testületek felmérik a kábítószer-használók helyzetét, és arra is fel vannak hatalmazva, hogy támogatást nyújtsanak vagy szankciókat szabjanak ki. Bár ezt a modellt más ország még nem vette át, a norvég kormány által létrehozott bizottság nemrég javasolta hasonló interdiszciplináris törvényszékek létrehozását az országban.

(1) Az Egyesült Királyság 2008-as stratégiája.

(2) A 2008-as skóciai és a 2010-es egyesült királysági stratégiák.

Mint a szociálpolitika más területein látható, az országok vagyonsodásával párhuzamosan a kormányok által a kábítószerrel összefüggő tevékenységekre fordított GDP-hányad is emelkedik (OECD, 2006; Prieto, 2010). Belgiumban, a Cseh Köztársaságban, Németországban, Luxemburgban, Hollandiában, Svédországban és az Egyesült Királyságban a becslések szerint a GDP legalább 0,1%-át a kábítószerrel összefüggő problémákra fordították; Franciaországban, Lettorságban (csak a címkézett kiadások), Magyarországon és Szlovákiában a GDP 0,1% és 0,04% közötti részét tették ki az ilyen

kiadások. Figyelembe véve, hogy különböző módszereket alkalmaztak, és a becslések nem voltak mindenhol teljes körűek, ezek az értékek nem térnek el nagyon az USA-ból (0,42%) (Reuter, 2006) és Ausztráliából (a GDP 0,41%-a) származó becslésektől (Moore, 2008).

A közkiadások vizsgálata azt is próbálja felderíteni, hogy a forrásokat hogyan osztják fel a kábítószerrel összefüggő kérdések különböző típusai között. Az országok közötti összehasonlításokkal azonban óvatosan kell bánni, mivel a kiadások osztályozása nem feltétlenül egyezik meg. A teljes becsléssel szolgáló 12 országban a kínálatcsökkentő intézkedések – a „bűnüldözés” vagy a „közrend és közbiztonság” kategóriában – a teljes összeg 48–92%-át tették ki. A leggyakrabban megnevezett tételek között az igazságügyi, rendőrségi, vámügyi és börtönkiadások szerepeltek.

Európán belül az is komoly különbségeket mutat, hogy az egyes országok hogyan kategorizálják a kínálatcsökkentő intézkedések kiadásait. A kezelési vagy egészségügyi kiadások Belgiumban, Franciaországban és Luxemburgban a teljes bejelentett összeg körülbelül 40%-át vagy nagyobb részét teszik ki. Az ártalomcsökkentés költségeit öt ország nevezte meg külön, ezekben a kábítószerrel összefüggő becsült kiadások 0,1% és 28,8% közötti részét jelentette. A megelőzéssel kapcsolatos kiadásokról hét ország közölt adatokat, a kábítószerügyi összkiadások 1–12%-a közötti becslésekkel.

A közkiadásokról szóló adatokat több európai ország már most is a drogpolitika tervezésének és a végrehajtás értékelésének eszközeként használja, más országok pedig – például Portugália és Szlovákia – arról számoltak be, hogy szintén ezt tervezik. Továbbra is nehézséget okoz azonban, hogy világos, teljes képet kapjunk a kábítószerrel összefüggő nemzeti közkiadásokról Európában. Egyelőre nincs konszenzus arról, hogy a kábítószerrel összefüggő kiadások egyes típusait hogyan lehet megbecsülni. A pontosság és az országok jobb összehasonlíthatósága érdekében szükség lesz a drogpolitikát finanszírozó állami szervek átfogó feltérképezésére, valamint a fogalmak és meghatározások harmonizálására.

## Nemzeti jogszabályok

### Kábítószeres személyes célú birtoklása: a büntetési tételek változásának tíz éve Európában

Az elmúlt tíz évben 15 európai ország változtatott a kis mennyiségű kábítószer birtoklására érvényes büntetési tételeken. A kábítószeres személyes célú birtoklására érvényes büntetési tételek elleni, 1988. évi ENSZ-egyezmény 3. cikkének (2) bekezdése

minden állam számára előírja, hogy – alkotmányos alapelveinek és jogrendje alapvető rendelkezéseinek fenntartásával – nyilvánítsa bűncselekménynek a személyi fogyasztásra szánt kábítószeres birtoklását. Ezt Európán belül különféleképpen hajtották végre. A személyes fogyasztásra szánt tiltott kábítószer birtoklása lehet bűncselekmény, nem bűnügyi cselekmény, illetve előfordulhat, hogy a kannabiszra nem büntetőjogi szankciók vonatkoznak, ugyanakkor más kábítószeres birtoklása továbbra is bűncselekménynek minősül.

A büntetések változásában az elmúlt tíz évben három fő típust különíthetünk el: az egyik a cselekmény jogállását változtatta meg (bűnügyi vagy nem bűnügyi); a másik a kábítószeres kategóriáin változtatott, ha a kategória határozza meg a büntetést; a harmadik a kiszabható legnagyobb büntetési tételt módosította. A legtöbb olyan ország, amely változtatott a birtoklásért kiszabható büntetéseken, kombináltan alkalmazta a módosítás fenti típusait, ami megnehezíti a lényegre törő elemzést.

A jogalkotók számára talán a cselekmény jogállásának megváltoztatása a legjelentősebb lépés, és ez történt Portugáliában, Luxemburgban és Belgiumban. Portugáliában a 2001. júliusi törvény dekriminalizálta minden, személyes fogyasztásra szánt kábítószer birtoklását. Ezzel a kis mennyiségű kábítószer birtoklásáért kiszabható maximális büntetés három hónap szabadságvesztésről az új „kábítószerrel való visszaéléstől elterelő bizottságok” által kiszabott közigazgatási bírságra csökkent, és ezek a bizottságok az egészségügyi

megoldásokat előnyben részesítették a büntető szankciókhoz képest<sup>(3)</sup>. Luxemburgban a személyes fogyasztásra szánt kannabisz birtoklását 2001. májusban különálló bűncselekménnyé minősítették kisebb büntetési tétellel, ami az első alkalommal, súlyosító körülmények hiányában csak bírságot von maga után. Egyidejűleg a kannabiszon kívül az összes többi kábítószer személyes célú birtoklásáért kiszabható maximális büntetést is csökkentették, három évről hat hónap börtönre. Belgiumban 2003. májusban hasonló változásra került sor. A kis mennyiségű, személyes fogyasztásra szánt kannabisz birtoklását súlyosító körülmények hiányában korábban legfeljebb öt évig terjedő börtönnel lehetett büntetni, most viszont a legalacsonyabb bűnvádi prioritással jár, ami rendőri bírsághoz vezet.

A „dekriminalizálás” felé mozdultak el Észtországban és Szlovéniában is. Észtországban 2002. szeptember előtt az elsőtől számított 12 hónapon belül elkövetett második közigazgatási vétség legfeljebb három év szabadságvesztéssel büntethető bűncselekménynek minősült. Az új büntető törvénykönyv ezt eltörölte, így a második vétséget az elsőhöz hasonlóan szabálysértésnek tekintik, amely legfeljebb 30 napig terjedő közigazgatási őrizettel büntethető. Szlovéniában a szabálysértésekről szóló 2005. januári törvény minden szabálysértés esetében eltörölte a börtönbüntetést, és a személyes fogyasztásra szánt kábítószer birtoklása is ezek közé tartozik. A legnagyobb büntetési tétel ezáltal a 30 nap – vagy kis mennyiség esetén 5 nap – börtönbüntetésről bírságra változott.

**2. táblázat: A kábítószerrel összefüggő közkiadások becsült összege**

Ország	Év	A kábítószerrel összefüggő közkiadások felosztása (%)		A GDP arányában (%) <sup>(1)</sup>	Kormányzati szint
		Keresletcsökkentés	Kínálatcsökkentés		
Belgium	2004	43,4	56,2	0,10	Szövetségi, regionális, tartományi és helyi hatóságok
Cseh Köztársaság <sup>(2)</sup>	2006	8,2	91,8	0,20	Központi, regionális és helyi kormányzat és társadalombiztosítás
Franciaország	2005	51,6	48,4	0,07	Központi kormányzat
Németország	2006	35,0	65,0	0,22–0,26	Szövetségi, állami, helyi hatóságok és társadalombiztosítás
Magyarország	2007	25,0	75,0	0,04	Központi kormányzat
Lettország <sup>(2)</sup>	2008	40,9	51,3	0,04	Központi kormányzat és egy helyi program
Luxemburg	2009	43,0	57,0	0,10	Központi kormányzat és társadalombiztosítás
Hollandia	2003	25,0	75,0	0,46	Központi és helyi kormányzat
Szlovákia	2006	30,0	70,0	0,05	Központi kormányzat és társadalombiztosítás
Finnország	2008	45,0	55,0	0,07	Központi és helyi kormányzat
Svédország	2002	25,0	75,0	0,28	Az állami szektorokat nem határozták meg (csak a részt vevő szerveket)
Egyesült Királyság	2005/06	41,3	58,7	0,48	Központi és regionális kormányzat

<sup>(1)</sup> Mivel az országok között a módszertan, az adatok minősége és teljessége terén különbségek vannak, a kábítószerrel összefüggő közkiadásoknak bruttó hazai termék (GDP) arányában meghatározott értéke csak jelzésértékű, és nem szabad úgy tekinteni, hogy teljes mértékben tükrözi a drogproblémára fordított nemzeti közkiadásokat.

<sup>(2)</sup> Csak a címkézett kiadások.

Megjegyzés: A források teljes felsorolását lásd a PPP-10. táblázatban a 2011. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti jelentések, Eurostat.

<sup>(3)</sup> A portugáliai dekriminalizáció hatásairól nemrég jelent meg egy részletes elemzés (Hughes és Stevens, 2010).

## A recesszió hatása a kábítószeres területén zajló beavatkozásokra

A 2008-ban Európára lesújtó gazdasági recesszió súlyosan érintette az EU tagállamait. Az államháztartásra gyakorolt hatása hosszú távúnak bizonyulhat, és a legtöbb országban ez azzal jár, hogy a szakpolitikáknak az államháztartási hiány és az államadósság csökkentésére kell törekedniük. Az Európai Bizottság (2011) előrejelzése szerint tíz év óta a 2011-es lesz az első olyan év, amikor az Európai Unióban a közkiadások (a kamatfizetések kizárásával) reálértéken nézve csökkenni fognak.

A Reitox nemzeti fókuszpontok adatokat gyűjtöttek a kábítószeresekkel összefüggő beavatkozásokra szóló költségvetési előirányzatokról, hogy bepillantást nyerjenek abba, hogyan hatottak a megszorító intézkedések a drogpolitikára. A 19 adatszolgáltató ország közül 15-ből jelentették, hogy a drogpolitika egyes területei számára elérhető forrásokat 2008 óta csökkentették. A lefaragások mértéke mindazonáltal nagyon változatosan alakult: országtól és politikai területtől függően 2-44% közötti csökkentésekről számoltak be.

Úgy tűnik, hogy a költségvetési megszorítás eltérően érintette a drogpolitika különféle szektorait. A címkézett kiadások esetében a legsúlyosabban érintett területek a kutatás, a megelőzés, a társadalmi reintegráció és a szervezeti tevékenységek voltak. A legtöbb országban láthatólag sikerült elkerülni a kezelésekre szánt költségvetés lefaragását, bár néhány helyről a szolgáltatások átszervezéséről vagy az ellátás csökkentéséről számoltak be. A börtönökben folyó, kábítószerrel összefüggő programok vagy a bűnüldözési tevékenységek finanszírozásának csökkentéséről szintén érkeztek hírek. A kábítószerrel összefüggő közkiadások oroszlanrészét kitevő nem címkézett kiadásokról a legtöbb ország esetében nincs információ. Ebből következően elképzelhető, hogy a megszorító intézkedések hatása a bejelentettnél nagyobb volt az olyan ágazatok esetében, mint a bűnüldözés, az igazságszolgáltatás, illetve a kezelés bizonyos területei.

Anélkül, hogy módosították volna a cselekmény jogi helyzetét, hat ország változtatott a különböző kábítószeres kategorizálási módján, miközben a büntetést a kategória határozza meg. Romániában a 2004. évi törvény a nagy kockázatú, illetve a kockázatos kategóriába sorolta be az anyagokat. A nagy kockázatú anyagok esetében a büntetés továbbra is kettőtől öt évig terjedő szabadságvesztés maradt, ellenben a kockázatos kategóriába tartozó anyagokra most alacsonyabb büntetés, hat hónaptól két évig terjedő szabadságvesztés vonatkozik. Bulgáriában a 2006-os büntető törvénykönyv külön büntetéseket vezetett be a terjesztéshez nem kapcsolódó cselekményekért, konkrétan egytől hat évig terjedő szabadságvesztést a nagy kockázatú kábítószeres esetében (a korábbi 10-15 év helyett) és legfeljebb öt év

szabadságvesztést a kockázatos kábítószeres esetében (a korábbi háromtól hat évig terjedő helyett); emellett azt is kimondta, hogy a kisebb vétségek bírsággal is büntethetők. A Cseh Köztársaságban az új büntető törvénykönyv 2010. januártól a „kis mennyiségnél több” személyes célú birtoklása esetén alacsonyabb maximális büntetési tételt alkalmaz a kannabiszra (egy év börtön), mint a többi kábítószerre (változatlanul két év). Olaszország ezzel szemben 2006 végén megszüntette a tiltott kábítószeres közötti különbségtételt az ítélezésben, egyidejűleg bármely tiltott kábítószer esetében egy évre növelte a közigazgatási szankciók – mint például a vezetői engedély bevonása – maximális időtartamát. Az Egyesült Királyságban a kannabiszt 2004-ben a B-ből a C osztályba sorolták át, ezáltal a személyes célú birtoklás legnagyobb büntetési tétele ötről két év szabadságvesztésre csökkent, ezenkívül országos rendőrségi iránymutatásokat adtak ki arról, hogy amennyiben nincsenek súlyosbító körülmények, őrizetbe vétel helyett adjanak nem hivatalos figyelmeztetést. 2009. januárban a kannabiszt a C osztályból visszasorolták a B-be, így a maximális büntetés ismét öt év szabadságvesztésre emelkedett. A felülvizsgált országos rendőrségi iránymutatások továbbra is a nem hivatalos figyelmeztetést javasolják az első vétség esetére.

Az országok harmadik csoportja anélkül változtatott a személyes célú birtoklás büntetési tételein, hogy foglalkozott volna a jogi helyzettel vagy a relatív ártalmakkal. Négy országban egyszerűen az összes kábítószer esetében módosították a személyes célú birtoklásért kiszabható büntetést, és voltaképpen Szlovákiában is ez történt, amikor új meghatározást fogadtak el ehhez a cselekményhez. Finnországban a büntető törvénykönyv 2001-es módosítása két évről hat hónap börtönbüntetésre csökkentette a kisebb kábítószeres vétségek maximális büntetési tételét, és az ügyész számára lehetővé tette, hogy az ügyek többségét bírsággal kezelje. Görögországban nem függő szerhasználók esetében a saját fogyasztásra szánt kis mennyiség használatáért vagy birtoklásáért kiszabható maximális büntetést 2003-ban ötről egy év börtönre csökkentették. Amennyiben öt éven belül nincs ismételt elkövetés, ez a cselekmény nem is kerül be a bünyogi nyilvántartásba. Dániában az ügyészeknek szóló 2004. májusi iránymutatás azt írta elő, hogy a kisebb kábítószer-birtoklási bűncselekmények esetében nem a figyelmeztetést, hanem a bírságot kell a szokásos válaszlépésnek tekinteni. 2007-ben ezt törvényben is rögzítették. Franciaországban egy 2007-es törvény az igazságszolgáltatás választási lehetőségeinek körét egy „kábitószerügyi felvilágosító kurzussal” bővítette ki, amely az alkalmi szerhasználóknak és a fiatalokéknak

szól. A tanfolyam költségét az elkövetőnek kell fedeznie. A szlovák büntető törvénykönyv 2005-ös módosítása a tiltott anyag egy adagjáról háromra bővítette ki a „személyes célú birtoklás” meghatározását, ugyanakkor változatlanul hagyta a maximális büntetési tételt. Az elkövetőkre két új büntetés is kiszabható: legfeljebb egy évig terjedő házi őrizet, illetve 40–300 óra közmunka. A módosítás egy új bűncselekményt is bevezetett, a „személyes fogyasztásra szánt nagyobb mennyiség birtoklását”, amelyet legfeljebb tíz adagban határoztak meg, és öt évig terjedő börtönbüntetéssel sújtható. Ez korábban kettőtől nyolc évig terjedő börtönnel büntethető kereskedelmi bűncselekménynek minősült volna.

A változtatás indítékai összetettek és országonként különböznek. A törvényeket például azért módosították, hogy jobban elérjék a függőket (Portugália), egyszerűsítsék a büntetést (Belgium, Finnország, az Egyesült Királyság 2004-ben), összehangolják a szabálysértési büntetéseket (Észtország, Szlovénia), és jelezzék az ártalom mértékét (Bulgária, Cseh Köztársaság, Franciaország, Olaszország, Luxemburg, Románia, az Egyesült Királyság 2009-ben).

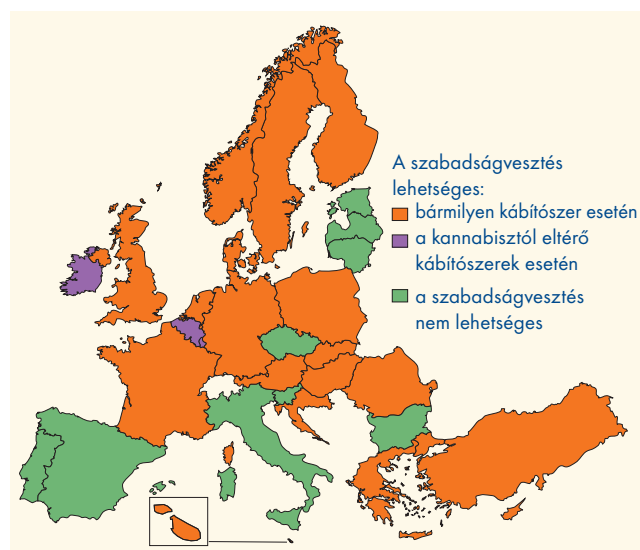
A személyes fogyasztásra szánt kábítószer birtoklásáért kiszabható büntetések összesített európai tendenciáját tekintve azt lehet mondani, hogy a büntetéseket az évtized első felében csökkentették, a második felében viszont emelték. Fontosabb fejlemény ugyanakkor, hogy bár az országok többsége fenntartotta a börtön, mint szankció lehetőségét (2. ábra), az elmúlt tíz évben egy ország sem vezetett be büntetőjogi büntetéseket, illetve nem emelte a börtönbüntetéseket. Ezen a téren úgy tűnik, hogy Európán belül közelednek az álláspontok, és a személyes fogyasztásra szánt kábítószer birtoklása esetén az alacsonyabb büntetések felé tartanak.

## Kábítószerrel kapcsolatos kutatások

### Az uniós kutatási kapacitás megerősítése

Az utóbbi években, Európában rendszeresen téma volt a kutatási kapacitás megerősítése a kábítószer területén. 2010-ben került sor az első éves tanácsi eszmecsere a kábítószerrel összefüggő kutatásokról, amelynek keretében az Európai Bizottság áttekintést adott a bizottsági finanszírozású kutatási projektekről, és kiemelte az ilyen kezdeményezések hozzáadott értékét. Az EMCDDA bemutatott egy összefoglalást a tagállamokban folyó, kábítószerrel kapcsolatos kutatások mechanizmusairól és témáiról, és ismertette tudományos bizottságának ajánlásait a jövőre szóló kutatási prioritásokról (4).

**2. ábra:** Törvény szerinti büntetések: a szabadságvesztés lehetősége személyes használatra szánt kábítószer birtoklása esetén (kihágás)



Megjegyzés: Bővebb információért lásd a kábítószerrekről szóló európai jogi adatbázist (ELDD).

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok és ELDD.

### Prioritások a jövőbeni kutatásokhoz: az EMCDDA tudományos bizottságának ajánlásai

A tudományos bizottság ajánlássorozatát állított össze öt fő területre vonatkozóan, hogy ezzel járuljon hozzá a kábítószer terén végzett kutatások prioritásairól folyó európai vitához.

Beavatkozások: a hangsúlyt a kezelési beavatkozások hatékonyságára, a korai beavatkozások hatására és az érintett családtagokra gyakorolt hatásra kell helyezni.

Szakpolitikai elemzés: több kutatásra van szükség azon a téren, hogy az országos és európai szakpolitikákat hogyan alakítják ki, hogyan döntenek róluk és hogyan hajtják végre, de az értékelésük terén is, ideértve a különböző országokban elért eredmények összehasonlítását.

A tiltott kábítószer kínálat: több figyelmet kell fordítani a piaci mozgások tanulmányozásához szükséges indikátorok javítására.

Epidemiológiai kutatás: longitudinális kohorszvizsgálatok sorozatát javasolják annak érdekében, hogy ezek segítségével jobban meg lehessen ismerni a szerhasználat különböző mintáit, ezenkívül továbbfejlesztett módszerekre van szükség a kábítószer-használó népesség méretének felbecsüléséhez.

A kábítószer-használat etiológiájával és lefolyásával foglalkozó alapkutatás: az e téren folytatott kutatás a diagnosztikai és a terápiás eredmények javítására egyaránt alkalmas lehet.

(4) Lásd a „Prioritások a jövőbeni kutatásokhoz: az EMCDDA tudományos bizottságának ajánlásai” című keretes írást.

A kutatás finanszírozására Európa fő eszköze az FP7, a hetedik kutatási és technológiafejlesztési keretprogram, amely 2013-ig tart. Az FP7 „Együtműködés” programja keretében vannak olyan pályázati felhívások, amelyek kifejezetten a kábítószerrel foglalkozó kutatásra vonatkoznak <sup>(5)</sup>. Ezek közé tartozik az „Addiktív és/vagy kompulzív magatartás gyermekeknél és serdülőknél”; „A tiltott kábítószereket ellenőrző globális intézkedések nem kívánt következményeinek megismerése” és az ALICE-RAP <sup>(6)</sup>.

Az Európai Bizottság más, kábítószerrel összefüggő vizsgálatokat is finanszíroz a „Drogprevenációs és információs program”, a „Bűnözés megelőzése és leküzdése program”, a „Büntetőjogi program” és a „Közegészségügyi program” révén. Az olyan projektek, mint például a „Tanulmány a kábítószer iránti kereslet csökkentésében használt minőségi minimumszabványok és teljesítménymérő referenciaértékek uniós keretének kidolgozásáról”, az „Új módszertani eszközök a szakpolitikák és programok értékeléséhez” és a „Részletesebb elemzés a tiltott kábítószerek uniós piacáról és a válaszokról”, betekintést fognak adni abba, hogy a tagállamok milyen kihívásokkal néznek szembe e téren, és hozzájárulnak a kábítószerekre vonatkozó jelenlegi uniós stratégia és cselekvési terv végrehajtásához.

A 2009-es tanácsi következtetésekből megfogalmazott kérésnek megfelelően az EMCDDA – szoros együttműködésben az Európai Bizottsággal – ismeretterjesztő tevékenységet végez, és e projektek fontosabb megállapításait közzéteszi a tematikus kutatási webfelületén.

### A tagállamoktól származó kutatási információk

Európában jelenleg nincs külön nyilvántartás a kábítószerekkel kapcsolatban országos szinten végzett kutatásokról. Minden uniós tagállam vizsgálja

### ALICE-RAP

Az Európai Bizottság hetedik kutatási keretprogramja az „Együtműködés” program keretében támogat egy nagyszabású kutatási kezdeményezést az addikció területén. A kábítószerek és más függőségek miatt a kortárs európai társadalom előtt álló kihívásokat a „Függőségek és életstílusok a kortárs Európában – az addikciós projekt újratervezése” („Addictions and lifestyles in contemporary Europe – reframing addictions project” – ALICE-RAP) projekt keretében elemzik, amely 25 ország kutatóit fogja össze. A projekt 10 millió eurós költségvetését arra fogják felhasználni, hogy támogassák az addikció összes aspektusával foglalkozó kutatásokat, a következő címszavak alatt: az addikcióért való felelősség, az addikció számszerűsítése, az addikció meghatározó tényezői, az addikció mint üzlet, az addikció irányítása, a fiatalok függővé tétele.

Bővebb információért lásd az ALICE-RAP weboldalát.

a kábítószer-problémát, és ezeknek a vizsgálatoknak egy részét a Reitox nemzeti jelentésekben írják le és használják fel. Bár az ezekből a jelentésekből származó idézetek csak a kiválasztott vizsgálatokra vonatkoznak, és nem feltétlenül tartalmazzák az adott ország összes releváns publikációját, az idézett kutatási témák számában és típusaiban fel lehet fedezni bizonyos tendenciákat. A Reitox nemzeti jelentésekben idézett tanulmányok éves száma 2008 és 2010 között 370-ről 750-re emelkedett. A legnagyobb csoportot a kábítószer-használatra adott válaszokról szóló tanulmányok képezték (az összes hivatkozás 34%-a a 2008–2010 közötti nemzeti jelentésekben), utána következtek a kábítószer-használat prevalenciáját, incidenciáját és mintáit vizsgáló tanulmányok (29%) és a kábítószer-használat következményeiről szóló tanulmányok (23%). Csak ritkán említettek meg módszertani, illetve a kábítószerek mechanizmusával és hatásaival foglalkozó tanulmányokat.

<sup>(5)</sup> A felhívásokat az *Európai Unió Hivatalos Lapjában* teszik közzé, és ezekben a keretprogram konkrét területeire várnak projektjavaslatokat.

<sup>(6)</sup> Lásd az „ALICE-RAP” című keretes írást.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

## 2. fejezet

# Európai válaszok a kábítószer-problémákra – áttekintés

### Bevezetés

Ebben a fejezetben a kábítószer-problémákra adott európai válaszokat tekintjük át, a tendenciák, a fejlemények és a minőségi kérdések kiemelésével. Tárgyaljuk a preventív intézkedéseket, ezután következnek a kezelés, a társadalmi reintegráció és az ártalomcsökkentés területén zajló beavatkozások. Mindezek az intézkedések a kábítószer-iránti kereslet csökkentését szolgáló átfogó rendszer részei, és egyre inkább összehangoltak és integráltak.

A kábítószer-törvények végrehajtásáról szóló rész a kábítószer-törvények megsértéseire vonatkozó legfrissebb adatokat tekinti át, és bemutatja a fedett műveletek szerepét a tiltott kábítószer-ellátás felszámolásában. A fejezet a börtönökben lévő kábítószer-használókról 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 prevenció) terjed. 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 hatókörrrel működjenek. A legtöbb preventív tevékenység az általában vett szerhasználatra koncentrált; csak korlátozott számú program foglalkozik külön az egyes anyagokkal, például az alkohollal, a dohányzással vagy a kannabisszal.

### Környezeti stratégiák

A környezeti preventív stratégiák célja annak a 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 fejlesztése. A tények azt mutatják, hogy a társadalmi szinten működő környezeti preventív intézkedések az iskolákban és közösségekben uralkodó társas légkört megcélözva hatásosak lehetnek a normatív meggyőződések és ebből következően a szerhasználat megváltoztatásában is (Fletcher és mások, 2008).

A teljes dohányzási tilalom közelmúltbeli spanyolországi bevezetésével most már szinte mindegyik európai országban érvényben van valamilyen fajta dohányzási tilalom. Az alkoholt célba vevő környezeti stratégiák Európában kevésbé gyakoriak, bár a skandináv országok többségéből a felelős kiszolgálási stratégiák végrehajtásának növekedéséről számoltak be <sup>(7)</sup>, és ezek a helyi vizsgálatok szerint hatékonyak bizonyultak (Gripenberg és mások, 2007).

A legtöbb európai országban nőtt az iskolai drogpolitikák bevezetésének aránya <sup>(8)</sup>, és az országok több mint harmadából azt jelentették, hogy a drogprevenciót beépítették az iskolai tantervbe, például az „egészség” vagy az „állampolgári ismeretek” programokon keresztül. Négy ország (Luxemburg, Hollandia, Ausztria, Egyesült Királyság) számolt be az „egész iskola” preventív programok végrehajtásáról <sup>(9)</sup>, arról a módszerről, amelyet a szerhasználat csökkentése terén kedvezően értékelték (Fletcher és mások, 2008), és amely további előnyökkel is jár, például javítja az iskolai légkört, és erősíti a társadalmi befogadást.

### Általános prevenció

Az általános prevenció 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

<sup>(7)</sup> A felelős kiszolgálási stratégiák célja, hogy megakadályozzák az alkohol ittas, illetve kiskorú személyeknek történő értékesítését, ami a felszolgálók képzése és a politikai beavatkozások ötvözése révén valósul meg.

<sup>(8)</sup> Az iskolai drogpolitika rögzíti az iskolai körülmények közötti szerhasználattal kapcsolatos normákat és szabályokat, és útmutatást ad a szabályok megsértésének esetére.

<sup>(9)</sup> Az „egész iskola” módszerek a védelmező iskolai környezet és pozitív iskolai légkör megteremtésére töreksenek.

összefüggő problémáktól, illetve késleltesse ezek megjelenését. A tények azt mutatják, hogy ha az általános prevenciós módszerek megvalósításakor figyelmet fordítanak a kulturális, normatív és társadalmi közegre, akkor ez növeli a programok elfogadottságának és sikerének az esélyét (Allen és mások, 2007).

Az Európa egészére kiterjedő szakértői értékelések szerint az iskolai alapú prevencióban történt némi eltolódás, azaz azokat a módszereket, amelyek nem bizonyultak hatékonynak – ilyen például a pusztán tájékoztatás, az információs napok vagy az iskolai drogteszt – kezdik felváltani az ígéretesebb módszerek, így például a kézikönyvön alapuló életvezetési programok és a kifejezetten fiúknak szóló beavatkozások. Az országokból arról is beszámoltak, hogy a hatékonyabb általános prevenciós beavatkozások közül sokat átvisznek egyik országból a másikba <sup>(10)</sup>. A kedvező értékelésű prevenciós módszerek meglete ellenére számos olyan beavatkozás van, amelyet nem támasztanak alá tudományos bizonyítékok – ilyen például az iskolákban tett szakértői és rendőri látogatások módszere –, néhány ország a jelentések szerint mégis egyre gyakrabban használja.

Az általános, családi alapú prevenció többnyire egyszerű, kisköltségű beavatkozások formájában valósul meg, például szülői estek vagy szórólapok, brosúrák terjesztése formájában. Összetettebb beavatkozásokról csak ritkán számolnak be; ilyenek például a szülői kortárs segítő csoportok (Németország, Írország), a személyes és szociális kompetenciákat fejlesztő tréning (Görögország, Portugália) vagy a kézikönyvvel támogatott szülőképzési programok (Spanyolország, Egyesült Királyság).

### Célzott prevenció

A célzott prevenció keretében azoknál a konkrét csoportoknál, családoknál vagy közösségeknél avatkoznak be, akiknél a csökkent társadalmi kötelek és erőforrások miatt nagyobb a valószínűsége a kábítószer-használat megkezdésének, illetve a függőség kialakulásának. Több tagállamból arról számoltak be, hogy a stratégiáikban áthelyezték a hangsúlyt a veszélyeztetettség kezelésére, a szakértői vélemények pedig arra utalnak, hogy 2007 és 2010 között összességében nőtt a veszélyeztetett csoportoknak szóló beavatkozások biztosítása, a gondozó intézményekben élő fiatalokat megcélzó beavatkozások kivételével. A legnagyobb növekedést a tanulmányi és szociális problémákkal küzdő tanulóknak (teljes vagy széles körű szolgáltatás 16 országban) és a kábítószer-bűncselekményeket elkövető fiataloknak szóló szolgáltatások (teljes vagy széles körű szolgáltatás

12 országban) terén jelentették (3. ábra). Az előbbi talán annak köszönhető, hogy néhány tagállam és az Európai Unió fokozott figyelmet fordít a tanulmányi sikertelenségre és a korai lemorzsolódásra, amelyekhez ugyanazok a kockázati tényezők tartoznak, mint a problémás kábítószer-fogyasztáshoz (King és mások, 2006). A fiatal elkövetőknek szóló szolgáltatások megnövekedése részben azzal magyarázható, hogy több országban is bevezették a FRED-et, amely egy több alkalomra épülő pszichoszociális program (EMCDDA, 2010a), emellett Görögországban, Írországban és Luxemburgban új beavatkozások is indultak azoknak, akik most először váltak elkövetővé.

A veszélyeztetett családokat célba vevő beavatkozások terén is növekedésről számoltak be, mindenekelőtt a szerhasználati problémákkal küzdő személyek (teljes vagy széles körű szolgáltatás 14 országban) és a szociálisan hátrányos helyzetű családok esetében (teljes vagy széles körű szolgáltatás hét országban) (3. ábra). Ezzel összefüggésben említésre méltó a „családerősítő” program (Kumpfer és mások, 2008) növekvő népszerűsége Európában: ezt a programot a közelmúltban újabb három országban (Németország, Lengyelország, Portugália) és az Egyesült Királyság további helyszínein is bevezették.

A célzott prevenció végezhető megkereső munkával vagy hivatali alapú szolgáltatások formájában. Megkereső munkáról egyedül az etnikai csoportok és a partik/fesztiválok látogatóközönsége körében végzett prevenció esetében számoltak be, ugyanakkor a hajléktalan fiatalok körében egyes jelentések szerint csökkent a megkereső tevékenység. A társadalomból kirekesztett csoportokkal, például az iskolából lemorzsolódókkal, bevándorlókkal és hajléktalan fiatalokkal a szolgáltatók továbbra is főként hivatali keretek között veszik fel a kapcsolatot.

Emellett viszonylag keveset lehet tudni a célzott prevenciós programok többségének tartalmáról <sup>(11)</sup>. A rendelkezésre álló adatok összességében azt jelzik, hogy Európán belül azok a leggyakoribb intézkedések, amelyek a tájékoztatásra, figyelemfelhívásra és tanácsadásra helyezik a hangsúlyt, annak ellenére, hogy egyre több bizonyíték támasztja alá az olyan megközelítések hatékonyságát, mint a normák rögzítése, a motiválás, a készségfejlesztés és a döntéshozatal.

### Javallott prevenció

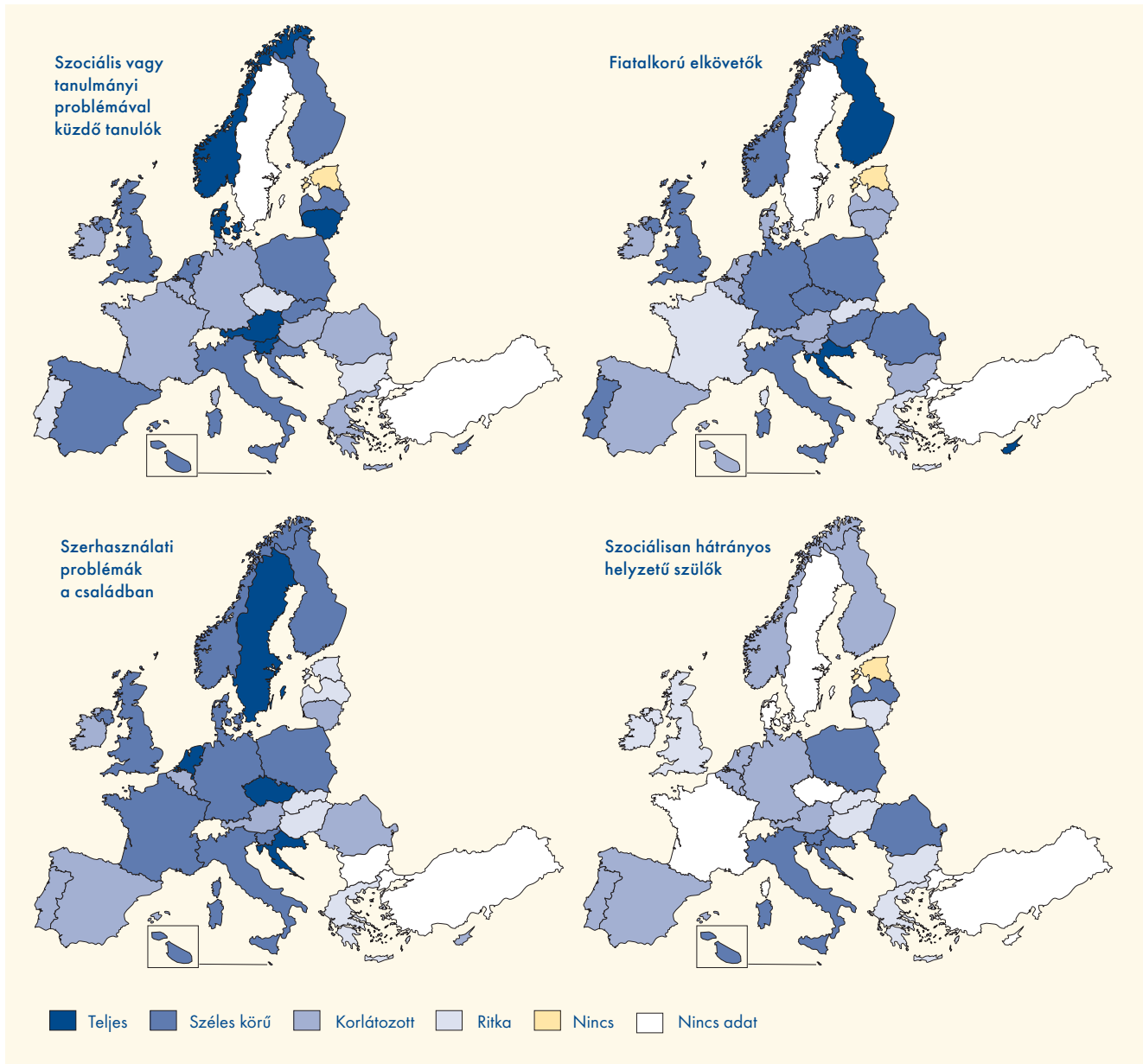
A javallott prevenció célja, hogy azonosítsa az olyan viselkedési vagy pszichológiai problémákkal rendelkező egyéneket, akiknél ezek a problémák előre jelezhetik a szerhasználati problémák későbbi kialakulását, és

<sup>(10)</sup> Lásd az SFP-t, a FRED-et, a Preventure-t, az EU-DAP-ot és a GBG-t a bevált gyakorlatok portálon.

<sup>(11)</sup> Néhány példa mindenestre elérhető a kábítószer iránti kereslet csökkentését célzó intézkedések információs rendszerének weboldalán.



3. ábra: Célzott prevenciós beavatkozások biztosítása a nemzeti szakértők becslései szerint



Megjegyzés: A szolgáltatás biztosítása a beavatkozások általános és földrajzi megoszlására vonatkozik, és a következők szerint ítélik meg: teljes, ha szinte minden érintett helyszínen biztosított (azokon a területeken, ahol a célpopuláció kellően nagy a beavatkozás végrehajtásához); széles körű, ha az érintett helyszínek többségén biztosított, de nem mindenhol; korlátozott, amennyiben az érintett helyszínek közül néhány helyen biztosított, de ezek nincsenek többségben; ritka, ha csak néhány érintett helyszínen biztosítják; nincs, ha a beavatkozás nem elérhető. Az információgyűjtés strukturált kérdőív segítségével történt.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

speciális beavatkozásokkal, egyénileg segítse őket. Számos javallott prevenciós program pozitív értékelést kapott (EMCDDA, 2009c).

Csak az EU-tagállamok feléből és Norvégiából jelentették javallott prevenciós tevékenységek meglétét, strukturált, kézikönyvön alapuló beavatkozások használatáról pedig nagyon kevés helyről számoltak be. Egyre több országból jelezték, hogy az iskolai környezetet használják fel a veszélyeztetett tanulók azonosítására, különös tekintettel

a magatartási problémákkal rendelkezőkre, mivel ezek gyakran együtt járnak a későbbi kábítószer-fogyasztással. Az iskolai és közösségi környezetben végzett szűréshez és korai felismeréshez használt új eszközökről Belgiumból, a Cseh Köztársaságból, Portugáliából és Norvégiából számoltak be.

A javallott prevenciós stratégiák közül a jelentésekben leggyakrabban a korai beavatkozást és a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos tanácsadást említik;

a korán kezdődő magatartási problémákat megcélzó beavatkozásokról kevés jelentés érkezett. Ez arra utal, hogy Európában egyelőre nem használják ki teljesen a javallott prevencióban rejlő lehetőséget arra, hogy hozzásegítsen a gyermekkorban jelentkező, idegi eredetű magatartási problémák – például az agresszió és az impulzivitás – későbbi szerhasználati viselkedésre gyakorolt hatásának csökkentéséhez (EMCDDA, 2009c). A javallott prevenció egyfajta híd lehet a közösségi környezetben folytatott megelőzés és a klinikai körülmények között kínált speciális kezelés között, különösen, ha konkrét csoportok, például a veszélyeztetett kannabisz- vagy alkoholfogyasztók számára biztosít korai beavatkozásokat.

## Kezelés

A kábítószer-problémák kezelésére használt fő kezelési módokat Európában 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. A kábítószer-használók kezelése különféle körülmények között történhet: speciális kezelési egységekben, köztük járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátó központokban, mentálhigiéniai klinikákon és kórházakban, börtönökben működő osztályokon, alacsonyküszöbű létesítményekben és háziorvosi rendelőkben.

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 kezelésigény-indikátora összesíti, amely az adott naptári évben a kábítószer-használók kezelésére specializálódott szolgáltatóknál jelentkezőkről gyűjt adatokat, hogy ezáltal betekintést adjon a tulajdonságaikba és kábítószer-fogyasztói profiljukba<sup>(12)</sup>. Az indikátor 2009-ben körülbelül 460 000 kezelésbe lépőt vett nyilvántartásba, akik közül 38% (175 000) a jelentések szerint életében először kezdett bele a kábítószer miatti kezelésbe.

A különböző források, köztük a kezelésigény-indikátor alapján úgy becsülhető, hogy 2009 folyamán az Európai Unióban, Horvátországban, Törökországban és Norvégiában legalább 1,1 millió ember részesült kezelésben tiltott kábítószerek használata miatt<sup>(13)</sup>. Miközben e kliensek több mint fele opioidhelyettesítő

kezelésben részesült, jelentős számban voltak azok is, akik más kezelési formákat vettek igénybe az opioidokkal, stimulánsokkal, kannabisszal és más tiltott kábítószerekkel összefüggő problémák miatt<sup>(14)</sup>. Bár ez a becslés az Európai Unióban végzett kezelésekről még finomításra szorul, mindazonáltal arra utal, hogy a szolgáltatás jelentős mértékben biztosított, legalábbis az opioidhasználók számára. Ez annak a következménye, hogy az elmúlt két évtizedben nagymértékben kibővült a járóbeteg-ellátásra szakosodott szolgáltatók rendszere, az egészségügyi alapellátás, az önszolgáltató csoportok, az általános mentálhigiénés szolgáltatók, megkereső és alacsonyküszöbű szolgáltatók nagyarányú bevonásával.

Úgy tűnik, hogy – különösen Nyugat-Európában – fokozatos szemléletváltás zajlik, és míg korábban úgy tekintették, hogy a kábítószer-használók kezelése néhány erre szakosodott, intenzív, rövid távú beavatkozást nyújtó szakterület feladata, most egy multidiszciplináris, integrált, hosszú távú megközelítés felé tartanak. Ez részben abból ered, hogy a kábítószer-függőséget egyre inkább krónikus betegségként ismerik el, mivel sok kliens állapotában a tünetmentesség, a visszaesés, az ismételt kezelések és a rokkantság ciklusai váltják egymást (Dennis és Scott, 2007). Ezt a nézetet az EMCDDA által összegyűjtött adatok is alátámasztják, amelyek szerint a kezelésre jelentkezők több mint fele korábban is járt már kezelésen. Egy másik tényező az, hogy a nyugat-európai országok a kezelés alatt álló kábítószer-fogyasztók populációjának jelentős öregedését tapasztalják, elsősorban a hosszú távú, problémás kábítószer-használók körében, akik korábban többször jártak kezelésen, és többféle egészségügyi és szociális problémával küzdenek (EMCDDA, 2010f).

Erre reagálva néhány nemzeti, illetve helyi drogstratégiában megjelent a folyamatos gondozás szemlélete, hangsúlyozva a beavatkozások összehangolását és integrációját egyrészt a kezelést nyújtó különböző szolgáltatók között (pl. bentlakásos kezelés után járóbeteg-ellátásra bocsátás), másrészt a kezelés és az egészségügyi és szociális szolgáltatások szélesebb köre között. A folyamatos gondozás a kliens állapotának rendszeres ellenőrzésére, a lehetséges problémák korai felismerésére, az egészségügyi és a szociális gondozó szolgáltatók közötti párbeszédre és a kliensek folyamatos, időben nem korlátozott támogatására épül. Ezen a területen a háziorvosoknak is fontos szerepe lehet. A szolgáltatók körében készült friss francia felmérés felismerte, hogy a háziorvosoknak

<sup>(12)</sup> A kezelésigény-indikátorhoz 29 országból érkeztek adatok a kábítószer-fogyasztók kezelésére szakosodott központokról. Az adatközlés a legtöbb országban a létesítmények több mint 60%-ára kiterjedt, bár néhány ország esetében nem ismert a lefedett létesítmények aránya (lásd a TDI-7. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben).

<sup>(13)</sup> Ld. a HSR-10. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(14)</sup> A különböző anyagok miatti kezelés konkrét típusairól és ezek hatékonyságáról, minőségéről és a hozzájuk tartozó tényanyagról a vonatkozó fejezetek adnak részletesebb tájékoztatást.

mekkora szerepük van az opioidhasználók szakirányú ellátáshoz való hozzáféréseinek megkönnyítésében, egyrészt a metadonkezelés megkezdésére irányuló kórházi beutalásban, másrészt a kezelés folytatásában az elbocsátást követően. Egy másik példában a holland kormány és az ország négy legnagyobb városának helyi hatóságai a különféle szervek bevonásával készült, szélesebb körű szociális támogatási stratégia keretében integrált kezelési megközelítést fogadtak el.

A folyamatos gondozást és az integrált kezelési válaszokat segítheti a gondozási protokollok, útmutatások és vezetési stratégiák létrehozása a szolgáltatók között (Haggerty és mások, 2003). A nemzeti fókuszpontok körében végzett 2010-es felmérés azt állapította meg, hogy 16 országban jött létre partnerségi megállapodás a kábítószer-használókat kezelő szervek és a szociális szolgálatok között. Hat országban (Egyesült Királyság, Franciaország, Hollandia, Portugália, Románia, Horvátország) az intézmények közötti együttműködés leggyakrabban használt mechanizmusai a strukturált protokollok, a többi országban pedig elsősorban informális hálózatokra támaszkodnak a partnerségek.

### Járóbeteg-ellátás

A kábítószer-fogyasztók kezelése Európában többnyire járóbeteg-ellátásban történik. Körülbelül 400 000 olyan kábítószer-használóról van információnk, aki 2009 folyamán kezdte meg a speciális járóbeteg-kezelést. A kezelésbe lépők fele (51%) az opioidokat, főleg a heroint nevezte meg elsődleges kábítószerként, 24%-uk a kannabiszt, 18% a kokaint, 4% pedig a kokaintól eltérő stimulánsokat. A kezeléshez vezető út leggyakrabban az önkéntes jelentkezés (37%), ezután következnek a kábítószerügyi, szociális és egészségügyi szolgálatok (28%), illetve

#### „Kiemelt téma” a kábítószer-használók kezelésének finanszírozásáról és költségéről

A jelenlegi pénzügyi megszorítások idején fokozott figyelem jut az állami kiadások minden fajtájára, így a kezelési költségekre is. Az EMCDDA által kiadott idejű „kiemelt téma” a kábítószer-fogyasztók kezelésének fő finanszírozási forrásait térképezi fel több európai országban. A rendelkezésre álló adatok alapján összefoglalást ad arról, hogy mennyit fordítanak a kábítószer-használókat kezelő szolgálatokra, és mennyibe kerül a kezelés.

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

a büntető igazságszolgáltatás általi beutalás (20%). A kliensek fennmaradó része a család, barátok és informális hálózatok révén jelentkezik (<sup>15</sup>).

A járóbeteg-ellátásba lépő kliensek a kábítószer-használók messze a legnagyobb olyan csoportja, amelyek esetében meg lehet határozni a személyes és szociális tulajdonságokat, illetve a szerhasználati profilt. Túlnyomórészt fiatal férfiakról van szó, 32 éves átlagéletkorral. A férfiak száma közel négyszerese a nőkének, ami részben tükrözi a férfiak túlsúlyát a problémásabb kábítószer-használók között. A kezelést megkezdő kliensek közül az elsődleges kannabiszhasználók közel tíz évvel fiatalabbak (25), mint a kokain (33) és az opioidok (34) elsődleges használói. Az átlagot tekintve a legfiatalabb kábítószer-használó klienseket (25–26) Lengyelországból, Magyarországról és Szlovákiából jelentették – azaz az EU-hoz 2004 óta csatlakozott országokból –, a legidősebbeket pedig Spanyolországból, Olaszországból és Hollandiából (34). A férfiak nőkhöz viszonyított aránya minden anyag esetében magas, bár az egyes kábítószerkeztől és országoktól függően változik. A nemek aránya általában véve magasabb az Európa déli részén fekvő országokban, és alacsonyabb az északi országokban (<sup>16</sup>).

Európában a járóbeteg-ellátásban használt két fő módszert a pszichoszociális beavatkozások és az opioidhelyettesítő kezelés jelentik. A pszichoszociális beavatkozások közé tartozik a konzultáció, a motivációs interjú, a kognitív pszichoterápia, az esetenedzselés, a csoport- és családterápia, valamint a visszaesés megelőzése. Ezeket többnyire – országtól függően – állami intézmények vagy nem kormányzati szervezetek biztosítják. A pszichoszociális beavatkozások támogatást nyújtanak a szerhasználóknak, amikor megpróbálják kezelni és leküzdeni drogproblémáikat, és a stimuláns kábítószerkezt – mint például a kokain és az amfetaminok – használói számára ezek jelentik a kezelés fő formáját. Ilyen beavatkozásokat az opioidhasználók számára is biztosítanak, gyakran a helyettesítő kezeléssel ötvözve. A nemzeti szakértők körében végzett 2008-as felmérés szerint a legtöbb európai országból azt jelentették, hogy a pszichoszociális járóbeteg-ellátás hozzáférhető azok számára, akik kérik. Bár Európán belül jelentős különbségek vannak, a legtöbb ország egy hónapnál rövidebb várakozási időről számolt be.

Az opioidhasználók számára Európában a helyettesítő kezelés a leggyakoribb opció. Ezt általában erre szakosodott járóbeteg-ellátásban biztosítják, bár néhány országban fekvőbeteg-ellátásban is elérhető, sőt, a börtönökben is egyre gyakoribb (<sup>17</sup>). A rendelőkben

(<sup>15</sup>) Ld. a TDI-16. és a TDI-19. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

(<sup>16</sup>) Ld. a TDI-9. (iv. rész), TDI-21. és TDI-103. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben. A kezelt kliensekről szóló információt elsődleges anyag szerint lásd a vonatkozó fejezetekben.

(<sup>17</sup>) Ld. „A kábítószer-használók támogatása a börtönökben”, 42. o.

dolgozó házi orvosok azonban – gyakran a speciális központokkal közösen – egyre nagyobb szerepet játszanak e téren. Az opioidhelyettesítő kezelés valamennyi EU-tagállamban, Horvátországban és Norvégiában egyaránt elérhető. Törökországban 2010-ben vezették be a helyettesítő kezelést, a buprenorfin–naloxon kombinációja formájában. Összességében úgy becsülik, hogy 2009-ben körülbelül 700 000 helyettesítő kezelésre került sor Európában (lásd a 6. fejezetet) <sup>(18)</sup>.

### Fekvőbeteg-ellátás

Körülbelül 44 000 olyan európai kábítószer-használóról vannak adatok, akik 2009-ben fekvőbeteg-ellátásban kezdték meg a kezelést <sup>(19)</sup>. E kliensek több mint fele (53%) az opioidokat nevezte meg elsődleges szerként, második helyen következett a kannabisz (16%), majd a kokain (8%) és a kokaintól eltérő stimulánsok (12%). A fekvőbeteg-ellátás kliensei többnyire fiatal férfiak, 31 éves átlagéletkorral, illetve körülbelül 3:1 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 töreksenek, hogy képessé tegyék a klienseket a kábítószer-használattól való tartózkodásra, és nem teszik lehetővé a helyettesítő kezelést. A hosszú távú, absztinencián alapuló fekvőbeteg-kezelés megkezdésének időnként előfeltétele a kábítószertől való detoxifikálás, egy rövid távú, orvosi felügyelettel végzett beavatkozás, amelynek célja a krónikus kábítószer-használat abbahagyásával járó megvonási tünetek oldása. A detoxifikációt általában kórházakban, speciális kezelési központokban, illetve belgyógyászati vagy pszichiátriai osztállyal rendelkező bentlakásos létesítményekben, fekvő betegeken végzett beavatkozás formájában biztosítják.

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

A nemzeti szakértők körében végzett 2008-as felmérés szerint a legtöbb európai országból azt jelentették, hogy a pszichoszociális fekvőbeteg-ellátás és a detoxifikációs szolgáltatás hozzáférhető azok számára, akik kérik.

A pszichoszociális fekvőbeteg-kezelésre való bejutáshoz szükséges várakozási időkről 16 ország szakértőitől érkeztek becslések, amelyek Európán belül változatosan alakulnak. Az átlagos várakozási idő 14 országban volt egy hónapnál rövidebb, Magyarországon néhány hónap, Norvégiában pedig 25 hét.

### Társadalmi reintegráció

A kábítószer-fogyasztóknak szóló kezeléseknél kliensei körében általában magas szintű a társadalmi kirekesztettség, ami megakadályozhatja az egyéneket a teljes felépülésben, és alááshatja a kezelési eredményeket. A 2009-ben kezelésbe lépő kliensekre vonatkozó adatok azt mutatják, hogy többségük munkanélküli volt (59%), és közel egytizedüknek nem volt állandó szálláshelye (9%). A kezelt kliensek körében gyakori az alacsony iskolai végzettség: 37%-uk csak alapfokú oktatást végzett, 4% pedig még ezt a szintet sem teljesítette <sup>(21)</sup>. Egyre inkább elismert tény, hogy a marginalizálódást és a megbélyegzést kezelő szolgáltatások kialakítása javítja a kliensek sikeres társadalmi reintegrációjának esélyét, és emeli az életminőségüket (Lloyd, 2010).

A kábítószer-használók helyi közösségbe való társadalmi visszailleszkedése elismerten az egyik meghatározó elem az átfogó drogstratégiákban, amelyek hangsúlyt helyeznek a szociális készségek fejlesztésére, az oktatás és a foglalkoztathatóság támogatására és a lakásigények kielégítésére. A kezelt álló kliensek szociális szükségleteinek kezelése szerepet játszhat a kábítószer-használatuk csökkenésében és a hosszú távú absztinencia fenntartásában (Laudet és mások, 2009).

Huszonegy európai országból számoltak be arról, hogy a nemzeti drogstratégiájukban külön rész foglalkozik a társadalmi reintegrációval <sup>(22)</sup>, a középpontban rendszerint a kábítószer-fogyasztók lakhatási, oktatási és foglalkoztatási szükségleteivel. A társadalmi reintegrációt célzó szolgáltatásokat a kezeléssel egyidejűleg vagy a kezelés befejezése után nyújtják, a speciális kezelési szolgálatok és az egészségügyi és szociális ellátó intézmények közötti együttműködésre támaszkodva.

Bár a legtöbb országban a jelentések szerint léteznek különböző beavatkozások a lakhatás, oktatás és munkaerő-piaci részvétel terén, a rendelkezésre álló adatok összességében azt jelzik, hogy a szolgáltatás szintje elmarad a kezelt kábítószer-fogyasztó populáció szükségleteitől.

<sup>(18)</sup> Ld. a HSR-1., HSR-2. és a HSR-3. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(19)</sup> E szám értelmezésekor körültekintően kell eljárni, mivel nem tartalmazza az összes olyan szerhasználót, akik egy összetettebb kezelési folyamat részeként, ideiglenesen részesülnek fekvőbeteg-ellátásban.

<sup>(20)</sup> Ld. a TDI-7., TDI-10., TDI-19. és TDI-21. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(21)</sup> Ld. a TDI-12., TDI-13. és TDI-15. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(22)</sup> A felmérés idején Litvánia és Ausztria nem rendelkezett nemzeti drogstratégiával.

## Lakhatás

Az állandó szálláshelyhez való hozzáférés biztosítása és a szálláshely fenntartása kulcsfontosságú a reintegrációs folyamathoz, mivel segíti a kliensek kezelésben tartását, és támogatja a kiújulás megelőzését (Milby és mások, 2005).

A kezelt kábítószer-fogyasztók lakhatási igényeivel foglalkozó szolgáltatásnyújtás Európán belül összességében véve alacsony szintű. A közelmúltban végzett felmérésre válaszoló 29 ország kevesebb mint egyharmada állította azt, hogy a kezelt kliensek hozzájuthatnak szükséghelyzeti szálláshoz (kilenc), átmeneti lakáshoz (nyolc) vagy támogatott lakhatási szolgáltatáshoz (öt).

Az európai országokból jelzett alacsony szolgáltatási szint ellenére a legtöbb országból azt jelentették, hogy a veszélyeztetett csoportok részére léteznek szociális lakáslehetőségek, amelyek változó mértékben hozzáférhetőek a kezelt kábítószer-fogyasztók számára. Az ilyen szálláshelyeket általában a helyi önkormányzatok vagy nem kormányzati szervezetek biztosítják. A tartózkodás hossza változó lehet, és esetenként a belépés is feltételhez kötött (pl. szermentességhez, a kezelési személyzet felügyeletéhez). Emellett több ország biztosít testreszabott lakhatást a kezelt kábítószer-fogyasztóknak; szükséghelyzeti szálláshelyek (pl. éjjeli menedékek, „szállás és reggeli” típusú elhelyezés) meglétét 18 országból jelezték, 20 országban pedig valamilyen szintű átmeneti szállást biztosítanak, például „félutas” házakat. A független élet fontos lépés lehet a társadalomba való visszailleszkedés felé, ennek érdekében a kezelt kliensek 12 országban juthatnak hozzá támogatott lakáslehetőségekhez, és 15 országból számoltak be olyan programokról, amelyek megkönnyítik a független élet megkezdését az általános lakáspiacon. Franciaországban a speciális kezelési központok úgynevezett „csúsztatott” bérlakásokat biztosítanak. A lakás bérét a központ fizeti, de albérlétként kiadja a kliensnek, aki a lakbér egy kis részével járul hozzá a költségekhez. A kliens a lakásbérléshez támogatást kap az adminisztratív feladatok (pl. számlafizetés) és a költségvetés kezelése terén, majd a „próbaidő” leteltével hivatalosan is ő lesz a bérlő.

## Képzés és oktatás

A kezelt kábítószer-fogyasztók oktatási szükségleteit többféleképpen lehet kezelni. Bár a normál oktatási rendszer lehetne az első választási lehetőség, az egyéni és szervezeti akadályok – például az alacsony elvárások, a megbélyegzettség és a kudarcból való félelem – visszariaszthatják a klienseket a részvételtől (Lawless és Cox, 2000). Tizenegy országból jelentették

olyan támogató programok működését, amelyek a kezelt drogfogyasztó kliensek normál oktatáshoz való hozzáférését próbálják megkönnyíteni. Emellett 15 országból arról számoltak be, hogy a kezelt kábítószer-fogyasztó kliensek hozzájuthatnak a szociálisan veszélyeztetett csoportoknak szóló oktatási programokhoz.

A szakmai vagy műszaki képzés segíti a résztvevőket egy konkrét foglalkozásban vagy szakmában való foglalkoztatáshoz szükséges gyakorlati készségek elsajátításában, és rendszerint szakképesítéshez vezet. Az országok többségében (20) a kliensek a szociálisan veszélyeztetett csoportoknak szóló beavatkozások révén juthatnak szakképzéshez. 16 országban kifejezetten a kezelt kábítószer-fogyasztó populációk számára fenntartott szakképzési beavatkozások is léteznek.

## Foglalkoztatás

A társadalmi reintegráció egyik kulcsfogalma a foglalkoztathatóság, ezért sok európai ország nemzeti drogstratégiája keretében a kábítószer-használók foglalkoztatási szükségleteivel is foglalkozik. A foglalkoztathatóságot erősítő tevékenységek érinthetik a pszichológia területét (pl. személyiségfejlesztés, énhatékonyosság, önbecsülés, megküzdési képességek), és a felépülőben lévő kábítószer-használók számára alternatív kortárs csoportot és új készségeket nyújthatnak, amivel segítik a tágabb közösségbe való sikeres visszailleszkedésüket. A kezelt kábítószer-fogyasztók foglalkoztathatósága a jelentések szerint 15 országban rendszeres, standard cél az egyéni gondozási tervekben.

A bizonyítékok azt mutatják, hogy a foglalkoztatás és a foglalkoztathatóság erősítése javítja a kábítószer-fogyasztók kezelésének eredményeit (Kaskutas és mások, 2004), kedvező hatással van az egészségre és az életminőségre, és csökkenti a bűnelkövetést (Gregoire és Snively, 2001). A támogató rendszerek, például a köztes munkaerőpiac, amely speciálisan kialakított ideiglenes állásokban biztosít fizetett munkát, segíthetnek áthidalni a tartós munkanélküliség és a nyitott munkaerőpiacon való foglalkoztatás közötti szakadékot. Ezek a rendszerek általában a hátrányos helyzetű személyeknek szólnak (pl. a fogyatékossgal élők vagy társadalomból kirekesztettek foglalkoztatására létrehozott vállalkozások révén), és szakmai vagy önkéntes munkát egyaránt tartalmazhatnak.

Húsz országból számoltak be olyan, a szociálisan veszélyeztetett csoportoknak szóló köztes munkaerő-piaci beavatkozásokról, amelyek a kezelt kábítószer-fogyasztók számára is hozzáférhetőek; 11 országban kifejezetten a kezelt kliensek részére is elérhetőek ilyen beavatkozások. Írországból például a „Ready for Work” („Munkára

készen”) program azzal segíti a hajléktalanokat, köztük a kábítószer-fogyasztókat is a képzés megkezdésében vagy az elhelyezkedésben, hogy munkára felkészítő képzést, fizetés nélküli munkahelyi gyakorlatot és nyomon követő támogatást biztosít. A kezelt kábítószer-fogyasztó kliensek más kezdeményezésekre is jogosultak lehetnek, például támogatott foglalkoztatásra, ami a fogyatékossgal élőket vagy más hátrányos helyzetű csoportokat segíti hozzá a fizetett foglalkoztatás megszerzéséhez és megtartásához. Bár 17 országból jelentették, hogy a kezelt kliensek számára hozzáférhetőek a támogatott foglalkoztatási beavatkozások, megfelelő szintű szolgáltatásról csak négy országból számoltak be.

## Ártalomcsökkentés

A kábítószerekkel összefüggő ártalom megelőzése és csökkentése valamennyi tagállamban szerepel a közegészségügyi célkitűzések között, és az EU kábítószer-ellenes stratégiájának is része <sup>(23)</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, 2010b) <sup>(24)</sup>.

A fő beavatkozások közé tartoznak ezen a téren az opioidhelyettesítő kezelés és a tű- és fecskendőprogramok, amelyek a túladagolások haláleseteket és a fertőző betegségek terjedését próbálják megelőzni. A helyettesítő kezelés a jelentések szerint minden országban rendelkezésre áll, és Törökország kivételével tű- és fecskendőprogramok is minden országban léteznek. Európában az elmúlt két évtizedben az ártalomcsökkentés elterjedését és megszilárdulását lehetett megfigyelni, aminek jegyében integrálódott egy sor másik egészségügyi és szociális szolgáltatással. Az 1980-as évek végén a HIV/AIDS járványos terjedésére fordított figyelem után az ártalomcsökkentés tágabb értelmezést kapott, és mára a problémás kábítószer-használók egészségügyi és szociális szükségleteinek ellátását jelenti, különös tekintettel a társadalomból kirekesztettekre.

A helyettesítő kezeléshez hozzájutó kliensek száma 2009-ben az országok többségében emelkedett <sup>(25)</sup>. Emellett az alacsonyküszöbű ártalomcsökkentő létesítmények igénybevételének növekedéséről számoltak be Bulgáriából, a Cseh Köztársaságból, Görögországból, Lengyelországból, Lettországból, Litvániából, Luxemburgból, Magyarországról, Romániából

és Horvátországból; és Magyarországon a tű- és fecskendőprogramok földrajzi lefedettsége is javult.

A legtöbb európai ország további egészségügyi és szociális szolgáltatásokat is nyújt, beleértve az egyéni kockázatértékelést és tanácsadást, a célzott tájékoztatást és a biztonságosabb használatról szóló oktatást. Az elmúlt években növekedett az injektáló eszközkészlet terjesztése (tű és fecskendő kivételével), az óvszerhasználat népszerűsítése az intravénás szerhasználók körében, a fertőző betegségek szűrése és a hozzá tartozó tanácsadás, az antiretrovirális kezelés és a vírushepatitis elleni védőoltás. A modellszámítások azt jelzik, hogy a lehető leghatásosabb beavatkozások (tű- és fecskendőcsere programok, helyettesítő kezelés és antiretrovirális kezelés) hosszabb ideig tartó biztosítása a célpopuláció jelentős hányadának csökkenti a HIV átadását az intravénás kábítószer-használók körében. A számítások arra is utalnak, hogy a legnagyobb hatást akkor lehet elérni, ha a fertőzőség még alacsony szintű (Degenhardt és mások, 2010).

A francia egészségügyi és orvosi kutatóintézet (Inserm) 2010-ben multidiszciplináris vizsgálatban elemezte az arra vonatkozó bizonyítékokat, hogy az ártalomcsökkentő intézkedések mennyire képesek visszaszorítani a fertőzésveszélyt a kábítószer-használók körében. A vizsgálatban áttekintették az ártalomcsökkentés orvosi, epidemiológiai, szociológiai, gazdasági és közegészségügyi aspektusairól szóló tudományos szakirodalmat, és szakértői meghallgatásokat, illetve nyilvános vitákat szerveztek a témában. A „kollektív szakértői jelentés” azt javasolja, hogy az ártalomcsökkentő politikát az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló tágabb stratégia alapvető részének kell tekinteni. A szolgáltatásokat ezenkívül a folyamatos ellátás keretében össze kell kapcsolni a többi kábítószerügyi szolgáltatással. Bár a prioritás továbbra is az, hogy megelőzzék a kábítószer-használatot, illetve az intravénás szerhasználatra való átállást, a kábítószereket injektálók számára lehetővé kell tenni az ezzel járó kockázatok csökkentését. A jelentés azt javasolja, hogy az orvosi és szociális beavatkozásokhoz hasonlóan az ártalomcsökkentő intézkedések is tartozzanak hozzá a személyre szabott segítségnyújtási tervekhez.

## Minőségbiztosítás

A legtöbb európai országban különféle intézkedéseket végeznek a kábítószerekkel összefüggő beavatkozások és szolgáltatások minőségének biztosítása érdekében. Ezek közé tartozik a kezelési útmutatások kidolgozása,

<sup>(23)</sup> COM(2007) 199 végleges.

<sup>(24)</sup> Lásd még a bevált gyakorlatokról szóló portált.

<sup>(25)</sup> Ld. a HSR-3. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben és a 6. fejezetet.

## A kábítószer-fogyasztók bevonása

A szolgáltatásokat igénybe vevők egészségpolitikába való bevonásának koncepciója akkor kapott lendületet, amikor az Egészségügyi Világszervezet 1986-os ottawai nyilatkozata új menetrendet határozott meg a közegészségügy és az egészségügyi ellátás számára. A kábítószer-fogyasztók aktív részvétele a kábítószerügyi szolgáltatások kialakításában azonban Hollandiában már az 1970-es években elkezdődött.

A kábítószer-fogyasztói szervezetek országos és európai szintű bevonásának elősegítése felé a közelmúltban is történtek lépések, amikor az Európai Ártalomcsökkentő Hálózat hozzákezdett egy jegyzék összeállításához az európai kábítószer-fogyasztói szervezetekről.

A felhasználók bevonása különféle formákban történhet, és különböző célokat szolgál (Bröring és Schatz, 2008). A tevékenységekbe beletartozhatnak a szolgáltatások hozzáférhetőségéről és minőségéről készített felmérések a felhasználók körében, a felhasználók tanácsainak kikérése a munkatársak felvételekor, fókuszcsoporthoz vizsgálatok az új szolgáltatási területek kidolgozásához, valamint a felhasználói szervezetek bevonása az egészségügyi tanácsadásba és a drogpolitika kialakításába. A kábítószer-fogyasztói szervezetek gyakran vesznek részt a fertőző betegségek megelőzéséről szóló kortárs támogatási és oktatási tevékenységekben és a tájékoztató anyagok elkészítésében, amelyek támogatják a hálózatok szervezését, és segítenek felhívni a lakosság figyelmét a kábítószer-használók fő problémáira (Hunt és mások, 2010). A felhasználók bevonása pragmatikus és etikus módszer lehet a szolgáltatások minőségének és elfogadhatóságának biztosítására. Ahhoz azonban megfelelő támogatásra van szükség, hogy a kábítószer-fogyasztók lehetőséget kapjanak a közreműködésre, és ez a felhasználói részvétel sikeres lehessen.

Lásd még az Európai Ártalomcsökkentő Hálózat weboldalát.

a szolgáltatások teljesítményértékelése, a munkatársak képzése és a minőségbiztosítási és akkreditációs folyamatok.

## Minőségi normák Európa számára

Az Európai Bizottság megbízásából készült EQUUS-vizsgálat célja, hogy a keresletcsökkentő beavatkozások meglévő minőségi előírásait illetően konszenzust teremtsen az európai szakértők és érdekelt felek között. Ebbe beletartozik a minimumszabályok világosabb meghatározásának kidolgozása, amely a használatban a bizonyítékokon alapuló ajánlásokat és a szervezeti eljárásokat egyaránt lefedte. Az EQUUS-vizsgálat ezt a zavart kezelendő három szabálytípust különböztet meg. Ezek definíció szerint a szervezeti előírások (pl. a fizikai környezet, hozzáférhetőség, a személyzet összetétele és képzése), a folyamat-előírások (pl. egyéni tervezés,

együttműködés más szervekkel, a betegnyilvántartás vezetése) és a kimeneti előírások (beteg- és személyzeti elégedettség, kezelési célok kitűzése és mérése). A vizsgálatnak 2011 végére lesznek eredményei, és ezeket az Európai Bizottság arra fogja használni, hogy egy uniós konszenzust dolgozzon ki, amelyet 2013-ban a Tanács elé terjeszt <sup>(26)</sup>.

## Személyzeti képzés és oktatás

A kábítószer-használattal kapcsolatos személyzeti oktatásnak és továbbképzésnek meghatározó szerepe van a szolgáltatások minőségbiztosításában. Egy nemrég végzett eseti adatgyűjtés eredményei azt mutatják, hogy a kábítószer-függőség terén a 27 adatközlő országban léteznek külön képzési programok, és ezek elsősorban az orvosi és ápolói szakmák képviselőinek, a pszichológusoknak és a szociális munkásoknak szólnak. Néhány országban speciális egyetemi kurzusokat dolgoztak ki, másutt pedig posztgraduális vagy továbbképzési kurzusok foglalkoznak a témával. A legszervezettebb és kidolgozottabb képzési és oktatási tevékenységek az orvosi területhez tartoznak. Három ország számolt be arról, hogy külön orvosi szakterület foglalkozik a függőséggel. A Cseh Köztársaságban 1980-ban vezették be a függőségek gyógyítását, mint szakirányt, és 2008-tól létezik a nem orvosi „addiktológus” szakma; Hollandiában 2007-ben indult kétéves szakorvosi modul az addikció gyógyítása területén; Németországban posztgraduális kurzusok foglalkoznak a szerhasználatl és az addikciós tanácsadással, valamint egy külön modul szól a heroinnal támogatott kezeléstről. Az „orvosi továbbképzés” és hasonló módszerek hatékonyságának bizonyítékai továbbra is korlátozottak és nem meggyőzők. Javasoltak egy friss, interaktívabb módszert, az úgynevezett „folyamatos szakmai fejlődés” módszerét (Horsley és mások, 2010), amelynek keretében az orvosok készségek széles körében kapnak továbbképzést, többek között a kommunikáció, a vezetés és az egészségügyi tanácsadás területén, de ezt még tesztelni kell.

## A kábítószer-törvények végrehajtása és megsértései

A kábítószer-törvények végrehajtása a nemzeti és uniós drogpolitikák fontos eleme. Ebbe olyan beavatkozások széles köre tartozik bele, amelyek végrehajtása elsősorban a rendőrség és a hozzá hasonló intézmények (pl. vámszervek) feladata. Az alábbiakban az ilyen beavatkozások egyik csoportjáról, a beépített műveletekről adunk rövid áttekintést. A kábítószer-törvények végrehajtására irányuló tevékenységekről szóló adatok

<sup>(26)</sup> Bővebb információért lásd a bevált gyakorlatokról szóló portált.

gyakran kevésbé kidolgozottak és hozzáférhetőek, mint a drogpolitika más területeire vonatkozók. E szabály alól említésre méltó kivételt képeznek a kábítószer-törvényeket sértő bűncselekményekre vonatkozó adatok, amelyeket e rész végén tekintünk át.

### Beépített műveletek

A magas szintű kábítószer-bűncselekmények elkövetőinek sikeres elfogása és a szervezett kábítószer-ellátó hálózatok felszámolása a jelenlegi uniós kábítószer-ellenes cselekvési terv fő kínálatcsökkentési prioritásai közé tartozik. Ez kihívást jelent a bűnüldöző szervek számára, mivel a kábítószer-törvények megsértéseit többnyire csak proaktív bűnüldözési műveletek segítségével lehet felderíteni (EMCDDA, 2009a). Ez különösen igaz a közvetítéssel és nagybani kábítószer-szállítással járó súlyos bűncselekményekre, amelyeket jellemzően nagyon jól rejtőzködő személyek és bűnszervezetek követnek el.

A súlyos kábítószer-bűnözésre reagálva az európai bűnüldöző szervek egyre gyakrabban folyamodnak fedett technikákhoz, amelyeknek a technológia – például a lehallgatás vagy az elektronikus megfigyelés – és a humán beépített műveletek egyaránt részét képezik. Ezekben a műveletekben szerepelhetnek rendőrszervek (beépített ügynökök) és rendőri felügyelet alatt működő magánszemélyek (informátorok). Bevetésük jogilag megengedett mind a 27 tagállamban.

A kábítószer-kereskedelmi hálózatok elleni fedett műveleteket arra használják, hogy megbízható információt gyűjtsenek a hálózat tagjainak kilétéről és szerepéről, felderítsék a csempészútvonalakat, célállomásokat és raktárlétesítményeket, és leleplezzék a kábítószer-szállítmányok idejét és helyét. Az ügynököknek vagy informátoroknak gyakran be kell szivárogniuk a bűnözők hálózataiba, amelyek jellemzően rejtőzködnek a kívülállók elől, és külön adagokra bontják az információkat. A felderítés középpontjában a kábítószer-terjesztő hálózatok működése és a tagjaik szerepe áll.

A fedett műveletek jogi problémákat is jelenthetnek, különösen a felbujtás témakörével kapcsolatban. Az Emberi Jogok Európai Bírósága egy 1998-as ítéletben rögzítette az „agents provocateurs” használatára vonatkozó alapelveket (Teixeira de Castro kontra Portugália) (Emberi Jogok Európai Bírósága, 1998). Ebben kimondják, hogy a beépített személyek használata nem sértheti meg a tisztességes eljáráshoz való jogot, ezért a bűnüldözési szervek nem gyakorolhatnak akkora nyomást egy személyre, hogy azzal olyan bűncselekmény elkövetésére vegyék rá, amelyet egyébként nem követett volna el. A bűnüldöző szerveknek ezért a fedett technikák

bevetése előtt „objektív gyanúval” kell rendelkezniük a célszemélyekről. A legtöbb tagállamban tilos harmadik személyeket bűncselekmény elkövetésére felbujtani.

A fedett műveleteket nemzeti jogi és közigazgatási rendelkezések szabályozzák, és ezek egyszerre próbálják biztosítani a jogállamiság tiszteletben tartását és a beépített ügynökök biztonságát. A nemzeti törvények és a hozzájuk tartozó rendeletek különbözőek ugyan, de jellemzően kijelölnek egy általános keretet, amelyet a rendszerint nyilvánosságra nem kerülő kísérő rendeletekben határoznak meg pontosan. A nyilvánosság általában az egyéb információkról, például az adott évben végrehajtott műveletek számáról sem értesül. A kutatások mindazonáltal azt mutatták, hogy Hollandiában 2004-ben 34 fedett műveletet végeztek, és ebből 12 járult hozzá a nyomozásokhoz vagy tárgyalásokhoz (Kruisbergen és mások, 2011).

Az EU legtöbb tagállamában egy bírói hatóság jóváhagyására van szükség a fedett műveletek elindításához, és a műveletek többsége egy felettes szerv, jellemzően az ügyész vagy bíróság ellenőrzését igényli. Tizenhárom tagállam határozta meg az arányosságra és a szubszidiaritásra vonatkozó szabályokat, amelyek értelmében a beavatkozásnak arányosnak kell lennie a nyomozás tárgyát képező kábítószer-bűncselekménnyel, és ennek kellően súlyosnak kell lennie ahhoz, hogy indokolja a fedett intézkedést. Emellett a fedett műveletek lebonyolítása előtt meg kell győződni arról, hogy más, kevésbé toladó bűnüldözési intézkedés nem járna ugyanolyan sikerrel.

Az operatív álcázás használata, beleértve a hamis személyazonossági okmányok és – a beépített ügynökök számára hihető foglalkozás és jövedelemforrás biztosítására létrehozott – „fedőszervezetek” használatát, a legtöbb tagállamban jogilag megengedhető.

A fedett műveletekben különféle technikákat alkalmaznak. A fedett kábítószer-vásárlásokat például elsősorban arra használják, hogy tiltott kábítószer eladása közben vehessék őrizetbe az érintetteket. A nyomon követett szállítmányok technikája lehetővé teszi, hogy az illegális szállítmányokat az illetékes hatóságok tudtával és felügyelete alatt szállítsák át az országhatárokon és a határon belül. A szállítmányok kábítószereket, prekurzorokat, fegyvereket, cigarettát, tiltott tevékenységekből származó pénzt vagy akár embereket is tartalmazhatnak. A nyomon követett szállítmányok Európán belül legtöbb esetben kábítószer rejtene (Az Európai Unió Tanácsa, 2009), és ezeket a nemzeti jogtól függően beépített ügynökök vagy informátorok kísérhetik, vagy technológiai felügyelet alatt állhatnak<sup>(27)</sup>.

<sup>(27)</sup> Az európai nyomon követett szállítmányokkal kapcsolatos jogi aspektusok áttekintéséért lásd a kábítószerokról szóló európai jogi adatbázist.



## Az európai rendőrképzés

Az Európai Rendőrakadémia (Cepol) az Európai Unió ügynöksége, amely a nemzeti rendőrakadémiák és egyetemek hálózata formájában működik. Egyik fő feladata, hogy évente körülbelül 100 képzési eseményt szervezzen – elsősorban rangidős rendőrtiszteknek – az európai rendőri erők számára fontos témákban. Az általános cél a rendfenntartási kérdésekkel szembeni közös európai szemlélet előmozdítása.

A saját és az EU-tagállamok képzési tevékenységeinek támogatása érdekében a Cepol közös tantervet dolgozott ki a különböző célcsoportok számára, beleértve a rangidős tiszteket, a nyomozókat és az ügykezelőket, de a nemzeti kormányok és rendőrakadémiák képviselőit is. A kábítószer-kereskedelemtől szóló közös tanterv áttekintést ad a nemzetközi kábítószerhelyzetről, a kábítószerügyi jogszabályokról, alapvető információkat tartalmaz a tiltott anyagokról, a nemzetközi együttműködésről, a meglévő rendfenntartási stratégiákról, valamint a bűncselekmény-specifikus taktikai lehetőségekről (például a fedett műveletekről) és a kihívásokról, ideértve a kábítószerrel összefüggő bűnözést, de a drogprevenációt és a keresletcsökkentést is.

## A kábítószer-törvények megsértése

Európában az egyetlen adat, amely rutinszerűen rendelkezésre áll a kábítószer-bűnözésről, a kábítószer-törvényeket megsértő bűncselekményekre vonatkozó első bejelentésekből származik, többnyire a rendőrségtől<sup>(28)</sup>. Ezek az adatok rendszerint a kábítószer-használattal (használat és használati célú birtoklás) vagy 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 megalapozott összehasonlítást tenni, ezért az abszolút számok helyett helyénvalóbb a tendenciákat összevetni.

Összességében megállapítható, hogy a kábítószer-törvények bejelentett megsértéseinek számában az előző években megfigyelt növekedés 2009-ben lelassult. Az Európai Unió 15–64 év közötti lakosságának 95%-át képviselő 21 tagállam adatai alapján készült egy uniós mutató, amely azt jelzi, hogy a bejelentett bűncselekmények száma 2004 és 2009 között becslések szerint 21%-kal emelkedett. Amennyiben az összes jelentéstevő országot figyelembe vesszük, az adatok 18 országban mutatnak emelkedő tendenciát, tizenegyben pedig stabilizálódást vagy általános csökkenést az adott időszakban<sup>(29)</sup>.

## A használattal és a kínálattal összefüggő bűncselekmények

A használattal és a kínálattal összefüggő bűncselekmények arányában nem történt érdemi változás az előző évekhez képest. A legtöbb (22) európai országban 2009-ben továbbra is a kábítószer-használattal vagy használati célú birtoklással kapcsolatos bűncselekmények alkották a kábítószer-bűncselekmények többségét; a legmagasabb arányokat (81–94%) Észtországból, Spanyolországból, Franciaországból, Magyarországról, Ausztriából és Svédországból jelentették<sup>(30)</sup>.

A használattal összefüggő bűncselekmények számának az előző években megfigyelt növekedése 2009-ben lelassult. 2004 és 2009 között a használattal összefüggő, kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények száma 15 adatközlő országban emelkedett, csak Bulgária, Németország, Észtország, Málta, Ausztria és Norvégia számolt be csökkenésről az időszak folyamán. A használattal összefüggő, kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények száma az Európai Unióban összességében becslések szerint 29%-kal nőtt 2004 és 2009 között.

A kábítószer-kínálatával összefüggő bűncselekmények száma 2007 óta stagnált, bár a 2004–2009 közötti időszakban az Európai Unióban becslések szerint körülbelül 7%-os emelkedést mutatott. Ebből az időszakból 15 ország jelentett növekedést a kínálattal kapcsolatos bűncselekmények terén, három pedig általános csökkenést<sup>(31)</sup>.

## Tendenciák az egyes kábítószeresek szerint

A kábítószer-törvények bejelentett megsértéseiben Európában továbbra is a kannabisz szerepel

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

<sup>(29)</sup> Ld. a DLO-1. ábrát és a DLO-1. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(30)</sup> Ld. a DLO-2. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(31)</sup> Ld. a DLO-1. ábrát és a DLO-5. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

a leggyakrabban tiltott kábítószerként <sup>(32)</sup>. Az európai országok többségében a kannabisszal kapcsolatos bűncselekmények a kábítószer-törvényeket megsértő összes, 2009-ben bejelentett bűncselekmény 50–75%-át jelentették. A más kábítószerhez kapcsolódó bűncselekmények száma csak három országban volt magasabb a kannabiszhoz kapcsolódóknál: a Cseh Köztársaságban és Lettországon a metamfetamin (55% és 27%), valamint Máltán a heroin (36%) esetében.

A 2004–2009 közötti időszakban a kannabiszt érintő, kábítószer-törvényeket sértő bűncselekmények száma 11 adatközlő országban emelkedett, ami az Európai Unióban 20%-os becslést növekedést eredményezett (4. ábra). Csökkenő tendenciáról számoltak be Franciaországból, Olaszországból, Ciprusról, Máltáról és Hollandiából <sup>(33)</sup>.

A kokainnal összefüggő bűncselekmények száma a 2004–2009 közötti időszakban 11 adatközlő országban nőtt, Bulgária, Németország, Olaszország, Ausztria és Horvátország viszont csökkenő tendenciáról számolt be. Az Európai Unióban a kokainnal kapcsolatos bűncselekmények száma összességében körülbelül 39%-kal emelkedett ugyanebben az időszakban, de az utolsó két évben stabilizálódást mutatott <sup>(34)</sup>.

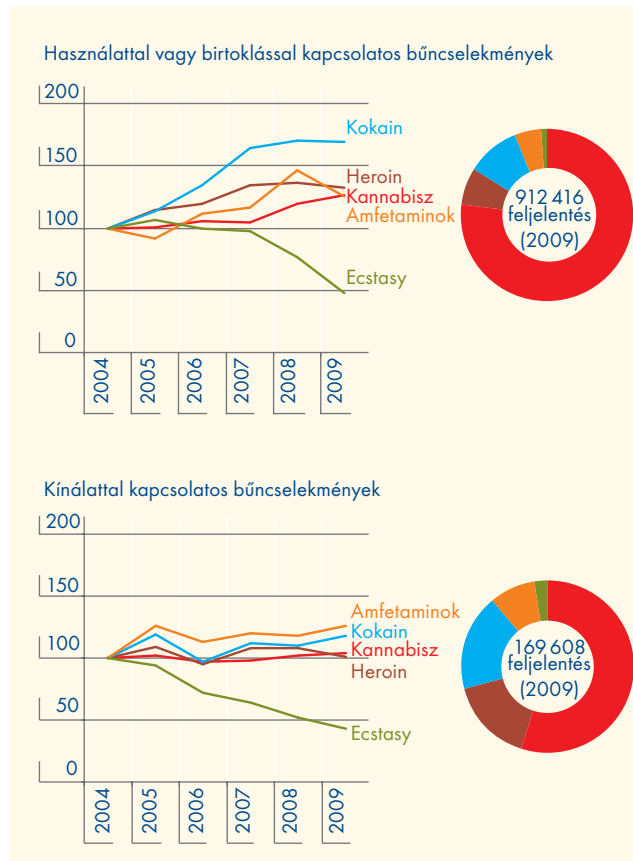
A heroinnal összefüggő bűncselekmények száma 2009-ben valamelyest csökkent. Ugyanakkor az ilyen bűncselekmények száma az egész EU-ra nézve a 2004–2009 közötti időszakban 22%-kal emelkedett. A heroinnal összefüggő bűncselekmények száma 11 adatközlő országban emelkedett, erre az időszakra csökkenést jelentettek viszont Bulgáriából, Németországból, Máltáról, Hollandiából és Ausztriából <sup>(35)</sup>.

Az amfetaminokkal kapcsolatos, bejelentett bűncselekmények száma az Európai Unióban 2009-ben kismértékben csökkent, de az általános tendencia 2004 óta összességében 16%-os becslést növekedést mutat. Ezzel szemben az ecstasyval összefüggő bűncselekmények száma felére csökkent ugyanebben az időszakban (54%-os csökkenés).

## Egészségügyi és szociális válaszok a börtönben lévő kábítószer-fogyasztóknak

A fogvatartottak körében a kábítószer-törvények megsértése miatt elítéltek aránya az Európai Unióban 3–53% között mozog, de az országok feléből 9–25% közötti arányokat jelentettek <sup>(36)</sup>. Ezek a számok nem tartalmazzák azokat,

**4. ábra:** Kábítószer-használattal vagy használati célú birtoklással, illetve kábítószer-kínálattal kapcsolatos bűncselekmények miatti feljelentések az EU tagállamaiban: 2004–2009 közötti indexált tendenciák és a 2009-es jelentésekben szereplő kábítószer szerinti bontás



Megjegyzés: A tendenciák az EU tagállamaiban bejelentett, kábítószer-törvényeket megsértő (bűnügyi és nem bűnügyi) cselekményekről szóló feljelentések számáról elérhető információkon alapulnak; az adatsorok indexálásakor a 2004. évet tekintették bázisévének, 100-nak, és az adatokat az országok népességének nagysága szerint súlyozták az összesített uniós tendencia kialakítása érdekében; a kábítószer szerinti bontás a 2009-es feljelentések teljes számára vonatkozik. További információért ld. a DLO-4. és a DLO-5. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

akiket a saját függőségük fenntartására elkövetett beszerzési bűncselekményekért vagy más, kábítószerrel összefüggő bűncselekményekért ítélték el.

## Kábítószer-használat a börtönpopulációkban

A börtönpopulációkban előforduló kábítószer-használatról szóló vizsgálatokban alkalmazott módszerek szabványosítása még mindig várat magára (Carpentier és mások, 2011). A kutatások mindazonáltal azt mutatják, hogy a kábítószer-használat a fogvatartottak

<sup>(32)</sup> Ld. a DLO-3. táblázatát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(33)</sup> Ld. a DLO-3. ábrát és a DLO-6. táblázatát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(34)</sup> Ld. a DLO-3. ábrát és a DLO-8. táblázatát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(35)</sup> Ld. a DLO-3. ábrát és a DLO-7. táblázatát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(36)</sup> Az Európai Unióban 2009. szeptember 1-jén több mint 640 000 ember élt büntetés-végrehajtási intézményben. A büntetési statisztikákra vonatkozó adatok az Európa Tanácsnál érhetők el.

## A kábítószerpiacokra, a bűnözésre és a kínálatcsökkentésre vonatkozó európai indikátorok kidolgozása

A jelenlegi uniós drogstratégia és cselekvési terv egyik prioritása, hogy fokozni kell a tiltott kábítószeres európai kínálatának ellenőrzését. Miután az Európai Bizottság 2010. októberben kiadott egy munkadokumentumot a kábítószer-kínálatra vonatkozó adatgyűjtésről<sup>(1)</sup>, az Európai Bizottság és az EMCDDA közös szervezésében tartott első európai konferencia a kábítószer-kínálat indikátorairól elindított egy folyamatot az európai kábítószer-kínálat megfigyeléséhez szükséges indikátorok kidolgozására<sup>(2)</sup>.

A tiltott kábítószeres európai kínálatának megfigyelésére szolgáló átfogó fogalmi keret három összetevőt fog integrálni: a kábítószerpiacokat, a kábítószerrel összefüggő bűnözést és a kábítószer-kínálat csökkentését. 2011 folyamán három, az EMCDDA támogatásával működő munkacsoport úttervet fog összeállítani ezekre a területekre, ügyelve a rövid, közép- és hosszú távú megfigyelési célkitűzésekre. Mindegyik területen figyelmet szentelnek majd a meglévő adatgyűjtési rendszerek szabványosítási, kibővítési és fejlesztési lehetőségeinek, és célzott kutatásokat fognak végezni.

A kábítószerpiacok területén a jövőbeni tevékenységek a kábítószeres árakra és tisztaságára vonatkozó adatsorok fejlesztésére és az igazságügyi tudományos adatokban rejlő lehetőségekre fogják helyezni a hangsúlyt. A kábítószer-törvények megsértéseire vonatkozó szabványos európai megfigyelő eszköz és az Európán belüli kábítószer-termelésről szóló indikátorok kidolgozása döntő lépés lesz a kábítószerrel összefüggő bűnözés területén, a kutatási prioritások meghatározásával együtt. A rendfenntartó és büntetőjogi szerveknek központi szerepe lesz a kábítószer-kínálat csökkentésének megfigyelésében. A munka egy felméréssel kezdődik majd ezen a kutatásokban háttérbe szorított területen, hogy áttekintést adjon a kábítószer-kínálat csökkentésére irányuló tevékenységekről Európában. Az egyik kiindulópontot a kábítószeres szakosodott bűnüldöző egységek létezése, szerepe és gyakorlatai fogják jelenteni, az EMCDDA 2011-ben kezdett felméréssel.

<sup>(1)</sup> SEC(2010) 1216 FIN (elérhető online).

<sup>(2)</sup> A konferencia következtetései online elérhetők.

között nagyobb arányban fordul elő, mint az általános népességben. A 2006 óta elvégzett nagyszámú vizsgálatból származó adatok azt mutatják, hogy a fogvatartottak körében előforduló kábítószer-használat terén komoly különbségek lehetnek: arról például, hogy a bebörtönzést megelőzően használt valamilyen tiltott kábítószerrel, néhány országban csak a válaszadók 8%-a számolt be, míg más országokban 65%-uk. A tanulmányok

azt is jelzik, hogy a kábítószer-használat legártalmasabb formái gyakoribbak lehetnek a bebörtönzöttek körében: a megvizsgált személyek 5%-a és 31%-a között volt azoknak az aránya, akik saját bevallásuk szerint használtak már kábítószerrel intravénásan<sup>(37)</sup>.

A börtönbe bekerülve a legtöbb szerhasználó csökkenti vagy abbahagyja a drogfogyasztást, többnyire az anyag beszerzésével járó nehézségek miatt. Elismert tény ugyanakkor, hogy a tiltott kábítószeres – a kínálat csökkentésére tett mindenfajta intézkedések ellenére – a legtöbb börtönbe valahogy mégis bejutnak. A 2006 óta elvégzett vizsgálatokban a börtönön belüli kábítószer-használat mértékét a fogvatartottak 1–51%-ára becsülték. A fogvatartottak körében a leggyakrabban használt kábítószer a kannabisz, amit általában a kokain és a heroin követ<sup>(38)</sup>. Előfordul, hogy a kábítószer-használat vagy a használat ártalmasabb formáinak megkezdéséhez éppen a börtön szolgál helyszínül. Egy 2008-ban készült belga tanulmány például azt állapította meg, hogy a kábítószer-használó fogvatartottak egyharmada a szabadságvesztés idején új kábítószerrel kezdett használni, és ezen belül leggyakrabban a heroint említették (Tods és mások, 2009). Úgy tűnik, hogy az őrizetben lévő intravénás kábítószer-használók gyakrabban osztják meg egymással a felszereléseiket, mint a közösségben élő szerhasználók, ami kérdéseket vet fel a fertőző betegségeknek a börtönpopulációban való potenciális terjedésével kapcsolatban.

### HIV és vírushepatitis a börtönben lévő intravénás szerhasználók körében

Európában csak szórványosan vannak adatok a börtönben lévő intravénás szerhasználók körében előforduló HIV-fertőzésről. Különösen azokból az országokból nem állnak rendelkezésre ilyen adatok, ahol az intravénás szerhasználattal összefüggő fertőzés előfordulási szintje a legmagasabb. Általában véve abban a nyolc országban, ahonnan 2004 óta adatokat közölnek (Bulgária, Cseh Köztársaság, Spanyolország, Magyarország, Málta, Finnország, Svédország, Horvátország)<sup>(39)</sup>, nem lehet nagy különbségeket megfigyelni a HIV előfordulásában a börtönben lévő, illetve az országon belül más körülmények között élő intravénás szerhasználók körében, bár ez részben talán az adatok korlátozottságának tulajdonítható. A HIV előfordulása a börtönben lévő intravénás szerhasználók körében hét országban többnyire alacsony volt (0–7,7%), Spanyolországból ellenben 39,7%-os előfordulást jelentettek. A hepatitis C vírus (HCV) előfordulásáról a börtönben lévő intravénás szerhasználók

<sup>(37)</sup> Ld. a DUP-1., DUP-2. és DUP-105. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(38)</sup> Ld. a DUP-3. és DUP-105. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(39)</sup> Ld. az INF-117. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben, valamint Málta (2005) és a Cseh Köztársaság (2010) Reitox nemzeti jelentését.

körében nyolc ország közölt adatokat, amelyekben 11,5% (Magyarország) és 90,7% (Luxemburg) között mozgott az arányuk. Úgy tűnik, hogy a HCV a Cseh Köztársaságban, Luxemburgban és Máltán gyakrabban fordul elő a börtönben tesztelt intravénás szerhasználóknál, mint a más körülmények között vizsgáltaknál. A HBV-fertőzésről (hepatitis B felületi antigén) a börtönben lévő intravénás szerhasználók körében négy országból vannak adatok: Bulgáriából (2006-ban 11,6%), a Cseh Köztársaságból (2010-ben 15,1%), Magyarországról (2009-ben 0%) és Horvátországból (2007-ben 0,5%).

### Egészségügyi ellátás az európai börtönökben

Azoknak a fogvatartottaknak, akik korábban intravénás szerhasználók voltak, gyakran sokféle, összetett egészségügyi szükségleteik vannak, ami multidiszciplináris megközelítést és szakorvosi ellátást tesz szükségessé. A bebörtönzötteknek a jogi helyzetük alapján történő megkülönböztetéstől mentesen joguk van hozzájutni az országban elérhető egészségügyi szolgáltatásokhoz<sup>(40)</sup>, így a börtönökben működő egészségügyi szolgáltatóktól elvárható, hogy a kábítószer-használattal összefüggő problémákra a börtönön kívülihez hasonló feltételekkel nyújtsanak kezelést (CPT, 2006). Bár az egyenlőség ezen általános elvét az Európai Unióban a kábítószer-függőséggel járó egészségügyi ártalom megelőzéséről és csökkentéséről szóló, 2003. június 18-i tanácsi ajánlás<sup>(41)</sup> elismeri, az EU új kábítószer-ellenes cselekvési terve pedig felszólít annak végrehajtására, a börtönökben nyújtott szolgáltatások gyakran elmaradnak a közösségben működőktől.

### A kábítószer-használók támogatása a börtönökben

Az európai börtönökben a kábítószer-használattal és az ezzel járó problémákkal kapcsolatban szolgáltatások széles köre biztosítható. Ezek közé tartozik a kábítószerrel és az egészséggel kapcsolatos tájékoztatás, a fertőző betegségek egészségügyi ellátása, a detoxifikálás és a kábítószer-függőség kezelése pszichoszociális segítségnyújtással ötvözve, az

ártalomcsökkentő intézkedések és a szabadulásra való felkészítés<sup>(42)</sup>.

A legtöbb országban partnerségeket alakítottak ki a börtönökben működő egészségügyi szolgáltatók és a közösségben működő szolgáltatók, köztük a nem kormányzati szervezetek között, hogy a börtönben egészségügyi oktatást és kezelést nyújtsanak, egyszersmind biztosítsák az ellátás folyamatosságát a szabadulás után. Sok európai ország ezen is túllépve az egészségügyi minisztérium hatáskörébe helyezte vagy állami egészségügyi szolgáltatókon keresztül szervezte meg a börtönökben nyújtott egészségügyi ellátást, hogy csökkentse az egyenlőtlenségeket az egészségügyben. Ezen a téren Norvégia és Franciaország úttörőnek számított, de Svédország, Olaszország, Anglia, Wales és Szlovénia is követte a példájukat. Skóciában és Spanyolországban most folyik ez a reform.

Az opioidhelyettesítő kezelés a közösségben egyre inkább elfogadott, de a börtönkörülmények között lassabban zajlik az elfogadása, a lefedettség pedig nagyon változó<sup>(43)</sup>. A helyettesítő kezelésben részesülő kábítószer-használók 2009-ben hat uniós országban (Észtország, Görögország, Ciprus, Lettország, Litvánia, Szlovákia) nem tudták folytatni ezt a kezelést a letartóztatásuk után. A kábítószer-fogyasztók kezelésének folyamatossága és koherenciája a közösség és a börtön között (illetve fordított irányban) különösen fontos, tekintettel a szabaduláskor bekövetkező túladagolós halálesetek nagy arányára (Merrall és mások, 2010).

A börtönpopuláció körében előforduló hepatitis C fertőzés Európában egyre inkább közegészségügyi aggodalomra ad okot, és Belgiumból, Bulgáriából, Franciaországból, néhány német szövetségi államból, Litvániából, Luxemburgból, Magyarországról és Finnországból speciális szűrőprogramokról számoltak be. Annak ellenére, hogy fontos lenne a fertőzések kiszűrése a börtönbe való bekerüléskor (Sutton és mások, 2006), és a HCV börtönkörülmények között történő kezelése dokumentáltan költséghatékony (Tan és mások, 2008), a fogvatartottakon sok esetben nem végeznek szűrővizsgálatot, és kezelést sem kapnak.

<sup>(40)</sup> ENSZ Közgyűlés, A/RES/45/111 határozat, Alapelvek a fogvatartottakkal való bánásmódról (elérhető online).

<sup>(41)</sup> HL L 165., 2003.7.3., 31. o.

<sup>(42)</sup> Ld. a HSR-7. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(43)</sup> Ld. a HSR-9. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.



## 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 európai országban nőtt. Elképzelhető, hogy Európában most új korszak kezdődik, mivel a normálpopulációs vizsgálatokból és az iskolai felmérésekből származó adatok sok országban a kannabiszhasználat stabilizálódására, sőt, akár a csökkenésére is utalnak. Történeti távlatokban nézve mindazonáltal továbbra is magasak a használati szintek. Az elmúlt néhány évben egyre jobban sikerült megismerni a kábítószer hosszú távú, elterjedt használatának közegészségügyi hatásait, és a kannabisszal összefüggő problémák miatti kezelési igények szintje is emelkedett. Ezért a kábítószerokról 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 termesztnek kannabiszt (UNODC, 2009). Az UNODC legfrissebb becslései elismerik annak nehézségét, hogy pontos számadatokat kapjunk a globális kannabisztermelésről, és a marihuána globális termelését 2008-ban 13 300 tonna és 66 100 tonna közé, a hasisét 2200 és 9900 tonna közé teszik.

A kannabisztermesztés Európában elterjedt jelenség, és úgy tűnik, hogy tovább nő. Az EMCDDA felé adatokat közlő európai országok közül mind a 29 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

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

	Hasis	Marihuána	Kannabisznövény <sup>(1)</sup>
<b>Globális lefoglalt mennyiség</b>	1261 tonna	6022 tonna	n.a.
<b>Lefoglalt mennyiség Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)</b>	584 tonna (594 tonna)	57 tonna (99 tonna)	1,4 millió növény és 42 tonna (1,4 millió növény és 42 tonna) <sup>(2)</sup>
<b>Lefoglalások száma Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)</b>	400 000 (405 000)	324 000 (354 000)	25 000 (25 100)
<b>Átlagos kiskereskedelmi ár (EUR/gramm) Tartomány (Interkvartilis tartomány) <sup>(3)</sup></b>	3-19 (6,8-10,2)	2-70 (6,3-10,9)	n.a. n.a.
<b>Átlagos erősség (THC-tartalom %-ban) Tartomány (Interkvartilis tartomány) <sup>(3)</sup></b>	3-17 (4,3-11,5)	1-15 (4,4-8,9)	n.a. n.a.

<sup>(1)</sup> Az országok a lefoglalt mennyiséget vagy a lefoglalt növények száma, vagy a tömege szerint adják meg; itt mindkét mennyiség összesítésben szerepel.

<sup>(2)</sup> A 2009-ben lefoglalt kannabisznövények teljes mennyiségét valószínűleg alábecsülik, ami nagyrészt abból ered, hogy Hollandiáról még nincsenek friss adatok, noha ez az ország 2007-ig viszonylag nagy lefoglalásokat jelentett be. 2008-as és 2009-es adatok hiányában a Hollandiára vonatkozó értékeket nem lehetett szerepeltetni a 2009-ről szóló európai becslésekben.

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

Megjegyzés: Mindegyik adat 2009-re vonatkozik; n.a.: nem alkalmazható.

Forrás: UNODC (2011) a globális értékek esetében, Reitox nemzeti fókuszpontok az európai adatok esetében.

eredménye. A Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szerv (2011b) a Közép- és Kelet-Európában használt kannabisz forrásaként Albániát, Bulgáriát, Macedónia Volt Jugoszláv Köztársaságot, Moldovát, Montenegrót, Szerbiát és Ukrajnát említette.

A marihuánát importálják is Európába, többnyire Afrikából (pl. Ghána, Dél-Afrika, Egyiptom), ritkábban Amerikából (különösen a Karib-szigetetről), a Közel-Keletről (Libanon) és Ázsiából (Thaiföld).

Egy friss felmérés arra utal, hogy Afganisztán átvette Marokkó helyét a hasis legnagyobb termelőjeként. Az afganisztáni hasistermelést évi 1200 és 3700 tonna közé becsülik (UNODC, 2011). Bár az Afganisztánban termelt hasis egy részét Európában értékesítik, ebből a kábítószerből valószínűleg még mindig Marokkó Európa legnagyobb beszállítója. A Marokkóból származó hasis jellemzően az Ibériai-félszigeten keresztül csempészik be Európába, de másodlagos elosztó- és raktárközpontként ebben Hollandiának és Belgiumnak is szerepe van (Europol, 2011).

### Lefoglalások

2009-ben becslések szerint 6022 tonna marihuánát és 1261 tonna hasist foglaltak le világszerte (3. táblázat), ami az előző évhez képest körülbelül 11%-os összesített csökkenést jelent. A lefoglalt marihuána nagy részéért (70%) továbbra is Észak-Amerika felelt, míg a hasisból lefoglalt mennyiség változatlanul Nyugat- és Közép-Európában (48%) koncentrálódott (UNODC, 2011).

Európában 2009 folyamán becslések szerint 354 000 alkalommal foglaltak le marihuánát, összesen 99 tonnára becsülhető mennyiségben, aminek több mint egyharmada Törökországhoz kötődött (42 tonnás rekordmennyiség), de Görögországból (7 tonna) és Portugáliából (5 tonna) is rekordnagyságú lefoglalásokról számoltak be<sup>(44)</sup>. A lefoglalások teljes száma 2004 és 2009 között megduplázódott, és a lefoglalt marihuána mennyisége is nőtt. 2005 óta a lefoglalások teljes számának nagyjából fele az Egyesült Királysághoz köthető, ami évente legalább 20 tonnát jelent.

A hasislefoglalások Európában mind a lefoglalások száma, mind a mennyisége terén továbbra is meghaladták a marihuána lefoglalásait, bár a különbség csökkenően van<sup>(45)</sup>. 2009-ben körülbelül 405 000 hasislefoglalás történt, ezek eredményeként a kábítószerből becslések szerint 594 tonnát koboztak el, a marihuánából

lefoglalt mennyiség hatszorosát. 2004 és 2009 között a hasislefoglalások száma folyamatosan emelkedett, miközben a teljes lefoglalt mennyiség a 2004-es, 1080 tonnás csúcs óta csökkenően volt. Más évekhez hasonlóan 2009-ben is Spanyolország jelentette a hasislefoglalások teljes számának felét és a lefoglalt mennyiség körülbelül háromnegyedét.

A kannabisznövények lefoglalásainak száma 2004 óta emelkedett, és becslések szerint 2009-ben elérte a 25 100 esetet. Az országok a lefoglalt mennyiség bejelentésekor a lefoglalt növények száma vagy tömege szerint közlik becsléseiket. A növények száma szerint bejelentett lefoglalások a 2004-es 1,7 milliőről 2005–2007-re 2,5 millióra emelkedtek Európában<sup>(46)</sup>. A rendelkezésre álló adatok európai szinten 2008-ban talán csökkenést mutatnak, de a lefoglalt kannabisznövények bejelentett számának jelenlegi tendenciáit nem lehet megrajzolni, mert Hollandiából hiányoznak a friss adatok, noha ez az ország hagyományosan nagy mennyiségeket jelent be. A növények tömege szerint bejelentett lefoglalások 2004 óta több mint háromszorosukra emelkedtek, és 2009-ben elérték a 42 tonnát, amelynek nagy részéért továbbra is Spanyolország (29 tonna) és Bulgária (10 tonna) felelt.

### Erősség és ár

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

2009-ben a hasisminták átlagos bejelentett THC-tartalma 3–17% között volt. A marihuána átlagos erőssége (beleértve a sinsemillát – a marihuána legerősebb formáját) 1% és 15% között mozgott. A sinsemilla átlagos erősségéről csak három országból számoltak be: Romániában 2%, Németországban 11%, Hollandiában 15% volt. A 2004–2009 közötti időszakban a hasis átlagos erőssége az elegendő adatot bejelentő 15 országban különbözőképpen alakult. A marihuána erőssége tíz adatközlő országban viszonylag stabil maradt vagy csökkent, a Cseh Köztársaságban, Észtországban, Hollandiában és Szlovákiában viszont nőtt.

<sup>(44)</sup> Az európai kábítószer-lefoglalásokról ebben a fejezetben említett adatok megtalálhatók az SZR-1–SZR-6. táblázatban a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(45)</sup> 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.

<sup>(46)</sup> Ebben az elemzésben nem szerepelnek a Törökország által bejelentett lefoglalások – 2004-ben 20,4 millió kannabisznövény –, mivel az ezt követő évek esetében nincsenek adatok a lefoglalt mennyiségekről.

A helyileg termesztett marihuána erősségének alakulásához szükséges adatok csak Hollandiából állnak rendelkezésre, ahol a „nederwiet” átlagos erősségében csökkenést tapasztaltak: a 2004-es 20%-os csúcshoz képest 2009-ben 15%-ra csökkent<sup>(47)</sup>.

A hasis átlagos kiskereskedelmi ára 2009-ben grammonként 3–19 euró között mozgott a 18 adatközlő országban, de 12 országból 7–10 euró közötti árakat jelentettek. A marihuána átlagos kiskereskedelmi ára az információt közlő 20 országban grammonként 2–70 euró között volt, de 12 országból 5 és 10 euró közé eső árat jelentettek. A 2004–2009 közötti időszakban a hasis és a marihuána ára az adatokat közlő 18 ország többségében egy szinten maradt vagy emelkedett, Lettország, Magyarország és Lengyelország kivételével, ahol a hasis ára csökkent.

## Előfordulás és használati minták

### Kannabiszhasználat az általános népesség körében

Konzervatív becslések szerint a kannabiszt körülbelül 78 millió európai használta életében legalább egyszer (életprevalencia), ami a 15–64 éves korosztály több mint egyötödét jelenti (az adatok összefoglalását lásd a 4. táblázatban). Az országok között komoly különbségek vannak, 1,5% és 32,5% között változó országos előfordulási számadatokkal, mindazonáltal a legtöbb országból az összes felnőtt 10–30%-a közötti becsült prevalenciát jelentettek.

Becslések szerint az elmúlt évben 22,5 millió európai használt kannabiszt, avagy átlagosan az összes 15–64 év közötti lakos 6,7%-a. Az előző havi prevalencia becslései a rendszeresebb szerhasználókat tartalmazzák, bár ez nem feltétlenül jelent napi szintű vagy intenzív használatot. Becslések szerint körülbelül 12 millió európai, azaz a teljes 15–64 év közötti lakosság átlagosan kb. 3,6%-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, Ciprus és Portugália kivételével<sup>(48)</sup>.

A populációs felmérések adatai azt mutatják, hogy a fiatal európai felnőttek (15–34 évesek) átlagosan 32,0%-a próbálta már a kannabiszt, 12,1%-uk használta az

elmúlt évben és 6,6%-uk használta az előző hónapban. A becslések szerint a 15–24 éves korcsoportban még ennél is magasabb azoknak az aránya, akik az elmúlt évben (15,2%) vagy az elmúlt hónapban (8,0%) 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 hússzorosa a legalacsonyabb prevalenciájú országokban mértnek.

A kannabiszhasználat a fiatal férfiak körében általában gyakoribb, így az elmúlt évi kannabiszhasználatról nyilatkozó fiatal felnőtteket tekintve például a férfiak és a nők aránya portugáliai több mint hat az egyhez és a norvégiai szinte egyenlő arány között mozgott<sup>(49)</sup>.

### Nemzetközi összehasonlítások

Az Ausztráliából, Kanadából és az Egyesült Államokból származó, a kannabiszhasználat életprevalenciájára és előző éves prevalenciájára vonatkozó számadatok a fiatal felnőttek körében jócskán meghaladják a jelenleg 32,0%-os, illetve 12,1%-os európai átlagot. Kanadában például (2009) a kannabiszhasználat életprevalenciája a fiatal felnőttek körében 48,4%, az előző éves prevalencia pedig 21,6% volt. Az Egyesült Államokban a SAMHSA (2010) a kannabiszhasználat életprevalenciáját 51,6%-ra, az éves prevalenciát 24,1%-ra becsülte (16–34 évesek, az EMCDDA-nál átszámítva), Ausztráliában (2007) pedig 46,7%, illetve 16,2% ez az arány a 14–39 évesek körében. A 15–16 éves diákok körében Európán belül csak néhány ország (Cseh Köztársaság, Spanyolország, Franciaország, Szlovákia) számolt be a kannabiszhasználat olyan szintű életprevalenciájáról, amely összemérhető az Ausztráliából és az Egyesült Államokból jelzettekkel.

### 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 2009–2010-ben Olaszország, Szlovákia, Svédország és az Egyesült Királyság országos iskolai felméréseket is végzett.

A 2007-es ESPAD-felmérés és a 2009–2010-es országos iskolai felmérések adataiból kitérnek, hogy a kannabiszhasználat életprevalenciája a 15–16 éves

<sup>(47)</sup> Az erősségre és az arra vonatkozó adatokat ld. a PPP-1. és a PPP-5. táblázatban a 2011. évi statisztikai közlönyben. A kannabisztermékek meghatározását lásd az online glosszáriumban.

<sup>(48)</sup> Ld. a GPS-1. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(49)</sup> Ld. a GPS-5. (iii. rész) és (iv. rész) táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.



**4. táblázat: A kannabiszhasználat prevalenciája a normál 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	78 millió	22,5 millió	12 millió
Európai átlag	23,2%	6,7%	3,6%
Tartomány	1,5–32,5%	0,4–14,3%	0,1–7,6%
A legalacsonyabb prevalenciával rendelkező országok	Románia (1,5%) Málta (3,5%) Bulgária (7,3%) Magyarország (8,5%)	Románia (0,4%) Málta (0,8%) Görögország (1,7%) Magyarország (2,3%)	Románia (0,1%) Málta (0,5%) Görögország, Lengyelország (0,9%) Svédország (1,0%)
A legmagasabb prevalenciával rendelkező országok	Dánia (32,5%) Spanyolország (32,1%) Olaszország (32,0%) Franciaország, Egyesült Királyság (30,6%)	Olaszország (14,3%) Cseh Köztársaság (11,1%) Spanyolország (10,6%) Franciaország (8,6%)	Spanyolország (7,6%) Olaszország (6,9%) Franciaország (4,8%) Cseh Köztársaság (4,1%)
<b>15–34 évesek</b>			
A szerhasználók becsült száma Európában	42 millió	16 millió	9 millió
Európai átlag	32,0%	12,1%	6,6%
Tartomány	2,9–45,5%	0,9–21,6%	0,3–14,1%
A legalacsonyabb prevalenciával rendelkező országok	Románia (2,9%) Málta (4,8%) Görögország (10,8%) Bulgária (14,3%)	Románia (0,9%) Málta (1,9%) Görögország (3,2%) Lengyelország (5,3%)	Románia (0,3%) Görögország (1,5%) Lengyelország (1,9%) Svédország, Norvégia (2,1%)
A legmagasabb prevalenciával rendelkező országok	Cseh Köztársaság (45,5%) Dánia (44,5%) Franciaország (43,6%) Spanyolország (42,4%)	Cseh Köztársaság (21,6%) Olaszország (20,3%) Spanyolország (19,4%) Franciaország (16,7%)	Spanyolország (14,1%) Olaszország (9,9%) Franciaország (9,8%) Cseh Köztársaság (8,6%)
<b>15–24 évesek</b>			
A szerhasználók becsült száma Európában	19 millió	9,5 millió	5 millió
Európai átlag	30,0%	15,2%	8,0%
Tartomány	3,7–53,8%	1,5–29,5%	0,5–17,2%
A legalacsonyabb prevalenciával rendelkező országok	Románia (3,7%) Málta (4,9%) Görögország (9,0%) Ciprus (14,4%)	Románia (1,5%) Görögország (3,6%) Portugália (6,6%) Szlovénia, Svédország (7,3%)	Románia (0,5%) Görögország (1,2%) Svédország (2,2%) Norvégia (2,3%)
A legmagasabb prevalenciával rendelkező országok	Cseh Köztársaság (53,8%) Franciaország (42,0%) Spanyolország (39,1%) Dánia (38,0%)	Cseh Köztársaság (29,5%) Spanyolország (23,9%) Olaszország (22,3%) Franciaország (21,7%)	Spanyolország (17,2%) Franciaország (12,7%) Cseh Köztársaság (11,6%) Olaszország (11,0%)
Az európai becslések kiszámításához a becsült nemzeti prevalenciákat súlyozták az egyes országokban a megfelelő korcsoportba tartozó népesség nagyságával. A szerhasználók összesített európai számának felbecsüléséhez a prevalenciára vonatkozó adatokkal nem rendelkező országokra az uniós átlagot alkalmazták (ezek a célpopuláció legfeljebb 3%-át képviselik). Az alapul vett populációk: 15–64 évesek, 336 millió; 15–34 évesek, 132 millió; 15–24 évesek, 63 millió. Mivel az európai becslések a 2001 és 2009/2010 között (többnyire 2004–2008 között) elvégzett felméréseken alapulnak, egyik konkrét évre sem vonatkoznak. Az itt összefoglalt adatok a „Normálpopulációs vizsgálatok” részben található a 2011. évi statisztikai közlönyben.			

diákok körében a Cseh Köztársaságban a legmagasabb (45%), de Észtországból, Spanyolországból, Franciaországból, Hollandiából, Szlovákiából és az Egyesült Királyságból (Anglia) is 26–33% 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 kettő az egyhez arányt<sup>(50)</sup>.

<sup>(50)</sup> Ld. az EYE-20. (ii. rész) és (iii. rész) táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

### A kannabiszhasználat tendenciái

Az 1990-es évek végén és a 2000-es évek elején sok európai országból a kannabiszhasználat növekedését jelentették mind a normálpopulációs vizsgálatok, mind az iskolai felmérések alapján. Az európai összkép azóta összetettebbé vált. Sok országból a kannabiszhasználat stabilizálódását, sőt, csökkenését jelentették, ugyanakkor néhány országban (Bulgária, Észtország, Finnország, Svédország) növekedést tapasztalhatnak. Bár az elmúlt években majdnem mindegyik európai ország végzett normálpopulációs vizsgálatot, a kannabiszhasználat hosszabb távú alakulásának elemzéséhez csak tizenhat ország közölt elegendő adatot.

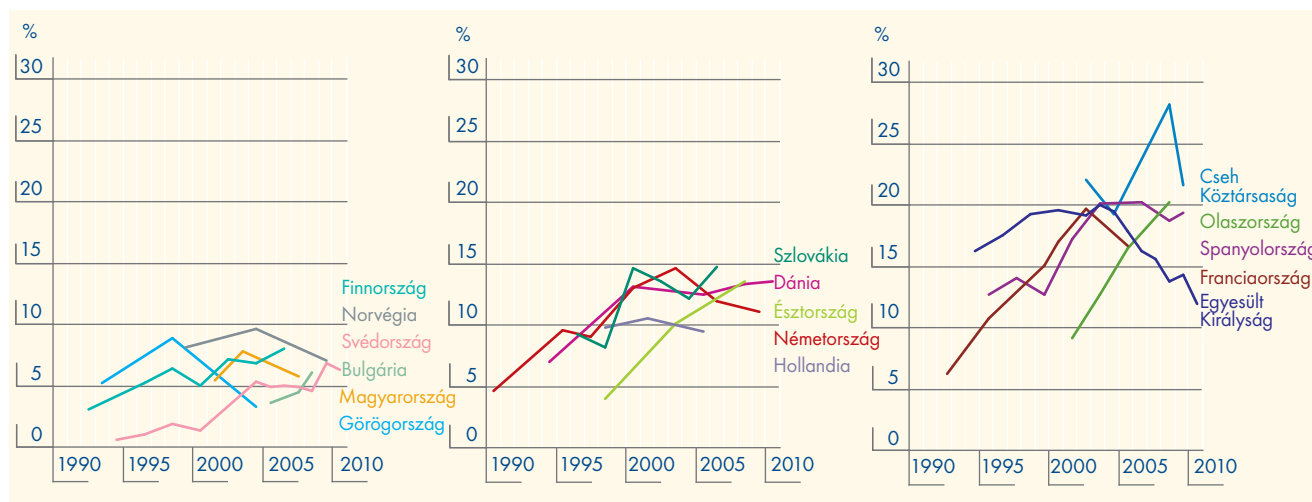
Az ebben a tizenhat országban megfigyelhető tendenciákat a prevalenciaszintek szerint lehet csoportosítani (5. ábra). Az első csoportba tartozó hat, többnyire Európa északi és délkeleti részén található ország (Bulgária, Görögország, Magyarország, Finnország, Svédország, Norvégia) mindig a kannabiszhasználat alacsony szintű előző éves prevalenciájáról számolt be a 15–34 évesek körében, 10%-ot nem meghaladó szintekkel. A második csoportba tartozó öt ország (Dánia, Németország, Észtország, Hollandia, Szlovákia) Európa különböző részein helyezkedik el, és a legfrissebb felméréseikben magasabb, de 15%-ot nem meghaladó prevalenciaszintekről tudósított. Hollandia kivételével e csoport mindegyik országából a kannabiszhasználat számottevő növekedését jelezték az 1990-es években és a 2000-es évek elején. A következő évtizedben viszont az országok e csoportja – Észtország kivételével – egyre inkább stabil tendenciáról számolt be.

Az utolsó csoportba öt olyan ország tartozik, amelyek az elmúlt 10 évben egy ponton elérték a kannabiszhasználat legmagasabb európai szintjeit, és a fiatal felnőttek körében az előző évi használat 20% körül vagy afölött alakult. Idetartozik több dél- és nyugat-európai ország (Franciaország, Spanyolország, Olaszország, az Egyesült Királyság) és a Cseh Köztársaság. Ebben a csoportban a tendenciák eltérően alakulhatnak. Miközben az Egyesült Királyság és – kisebb mértékben – Franciaország is csökkenésről számolt be a legutóbbi felmérések alapján, Spanyolországban a jelentések szerint 2003 óta viszonylag stabil a helyzet. Az 1990-es évek folyamán mindhárom országból a kannabiszhasználat növekedését jelentették. Olaszország és a Cseh Köztársaság az utóbbi évek csökkenései után most ismét növekedésről számolt be. A felmérési módszerek és a válaszadási arányok különbségei azonban nem teszik lehetővé a legfrissebb tendenciák megerősítését ebben a két országban.

Érdekes külön felhívni a figyelmet az Egyesült Királyság esetére, ahol a felméréseket évente végzik. Miután a 2000-es évek elején Európán belül itt volt a legmagasabb szintű a kannabiszhasználat, 2010-ben az előző éves prevalencia az uniós átlag alá csökkent, ami az uniós megfigyelés megkezdése óta most először fordult elő.

A kannabiszhasználat érzékelt stabilizálódása vagy csökkenése az elmúlt évi használatra vonatkozik, amibe a rekreációs használati minták is beletartoznak. Az azonban nem derül ki belőle, hogy az intenzív és hosszú távú használat is stabilizálódott-e.

**5. ábra:** A kannabiszhasználat előző évi prevalenciájának alakulása a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében, a legalább három felméréssel rendelkező országokban, a legmagasabb prevalencia szerinti csoportosításban (10% alatti, 10–15%, 15% feletti)



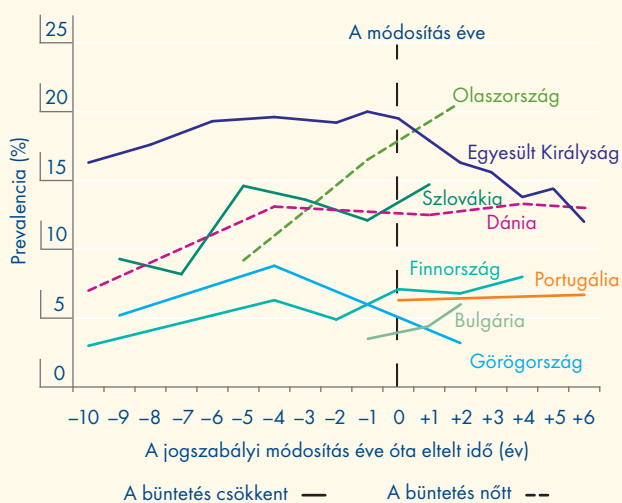
Megjegyzés: A Cseh Köztársaságban még keresik a felmérési eredmények közötti nagy különbségek okait, amelyek részben talán a módszerekben történt változtatásokhoz köthetők. Az adatok tájékoztató célt szolgálnak, de az összehasonlításokkal óvatosan kell bánni. További információért ld. a GPS-4. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti jelentések (2010), amelyek populációs felmérésekre, jelentésekre vagy tudományos cikkekre épülnek.

## A büntetések és a kannabiszhasználat közötti kapcsolat keresése

Az elmúlt tíz év folyamán több európai ország is változtatott kábítószer-törvényein a kannabiszt illetően, és sokan közülük becslést is készítettek a kábítószer használatának prevalenciájáról a jogszabályi változás előtt és után. Ha végzünk egy egyszerű előtte-utána összehasonlítást ezen adatok felhasználásával, kideríthetjük, hogy a törvénymódosítás utáni években történt-e érzékelhető mértékű változás a prevalenciában. Mivel a kannabiszhasználat a fiatalabb korosztályokban koncentrálódik, az elemzést a 15–34 évesekre vonatkozó prevalenciaadatok felhasználásával végezték el. A grafikon a kannabiszhasználat előző éves prevalenciáját ábrázolja az idő függvényében, ahol a vízszintes tengely nulla pontja a jogszabályi változás évét jelenti. Mivel az országok között különbségek vannak a tekintetben, hogy melyik évben módosították a törvényeket, illetve a felmérési adataikban is, az ábrázolt tendenciák eltérő időszakokra vonatkoznak.

A grafikonon szaggatott vonallal jelöltük azokat az országokat, ahol emelték a kannabisz birtoklásáért kiszabható büntetést, folytonos vonallal azokat, ahol csökkentették. A jogi hatás hipotézis – leegyszerűsített formában – azt állítja, hogy a törvény módosítása a prevalenciában is változást idéz elő, a büntetések növelésével a kábítószer-használat visszaesését, a csökkentett büntetésekkel a használat emelkedését. Ezen az alapon a szaggatott vonalaknak csökkenő, a folytonos vonalaknak emelkedő tendenciát kellene mutatniuk a módosítás után. Ennek ellenére ebben a tízéves időszakban a tárgyalt országokban nem lehet ilyen egyszerű összefüggést megfigyelni a jogszabályi változások és a kannabiszhasználat prevalenciája között.



Megjegyzés: A jogszabályi változásokra 2001–2006 között került sor; lásd az 1. fejezetet és az ELDD téma-összefoglalót a birtoklásról.

A diákok körében előforduló kannabiszhasználat időbeli tendenciáit tekintve 1995 és 2007 között Európa-szerte hasonló mintákat figyeltek meg (EMCDDA, 2009a). Hét országból, többnyire Európa északi vagy déli részéről a kannabiszhasználat összességében stabil és alacsony életprevalenciáját jelezték az egész időszak folyamán. A legtöbb nyugat-európai ország, valamint Szlovénia és Horvátország (11 ország), ahol a kannabiszhasználat életprevalenciája 2003-ig magas volt vagy erősen emelkedett, 2007-ben csökkenést vagy stabilizálódást tapasztalt. A közép- és kelet-európai országok többségében az 1995 és 2003 között megfigyelt emelkedő tendencia mintha kiegyenlítődött volna. Ebben a régióban 2003 és 2007 között hat országból jelentettek stabil helyzetet, kettőből pedig növekedést.

A legfrissebb HBSC (egészséges viselkedés az iskoláskorú gyermekeknél) vizsgálatból származó új iskolai felmérési adatok a 2006–2010-es időszakban a legtöbb országból a kábítószer-használat összességében stabil vagy csökkenő tendenciáját jelezték a diákok (15–16 évesek) körében. A felnőttek körében látott tendenciát tükrözve Angliában a diákok körében közel felére, a 2002-es 40%-ról 2010-re 22%-ra csökkent a kannabiszhasználat életprevalenciája. Németországban szintén felére esett vissza a kannabiszhasználat életprevalenciája a diákoknál, 2002-ben 24% volt, de 2010-ben már csak 11%. Ezzel szemben a Cseh Köztársaságban, Görögországban, Lettországban, Litvániában, Romániában és Szlovéniában 2006 óta emelkedést tapasztaltak.

Az Ausztráliában és az Egyesült Államokban végzett iskolai felmérésekből származó hosszú távú adatok szintén a kannabiszhasználat csökkenő tendenciáját mutatják, egészen 2009-ig<sup>(51)</sup>. A legfrissebb, 2010-ben készült amerikai iskolai felmérés azonban a kannabiszhasználat lehetséges feltámadását jelzi, mivel a diákok magasabb előző évi kannabiszhasználatról és a kábítószer helytelenítésének alacsonyabb szintjéről számoltak be (Johnston és mások, 2010). A 2010-es felmérésben a 15–16 éves amerikai diákok körében a kannabiszhasználat szintje bizonyos szempontokból magasabb volt, mint a cigarettázásé: az elmúlt hónapban 16,7%-uk fogyasztott kannabiszt, de csak 13,6% cigarettázott (Johnston és mások, 2010).

Az európai diákok körében más a helyzet, az elmúlt havi cigarettázás szintje továbbra is lényegesen magasabb, mint a kannabiszhasználaté. Az ESPAD iskolai felmérések 2003 és 2007 között 23 uniós országból jelezték az elmúlt havi cigarettázás általános csökkenését (33%-ról 28%-ra) és a kannabiszhasználat csökkenését vagy legalábbis stabilizálódását (9%-ról 7%-ra) (6. ábra). Európában, ahol a kannabiszt és a dohányt rendszerint összekeverve

<sup>(51)</sup> Ld. az EYE-2. (vi. rész) ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

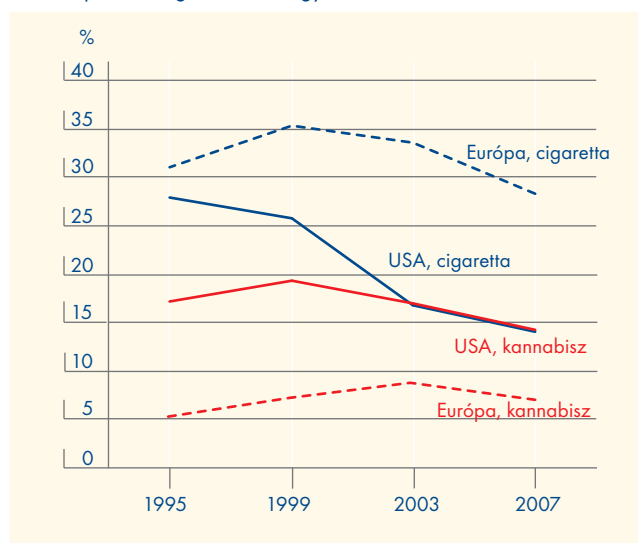
szívják el, a dohányzás csökkenése valamilyen mértékben a kannabisz tendenciáit is befolyásolhatja.

### A kannabiszhasználat mintái

A rendelkezésre álló adatok a kannabiszhasználat változatos mintáira utalnak, a kipróbálás szintű használattól egészen a függőségig. Sokan egy vagy két kísérlet után inkább felhagynak a kannabisz használatával, mások alkalmasszerűen vagy egy behatárolható időszakban élnek vele. Azok közül a 15–64 évesek közül, akik próbálták már a kannabiszt, az elmúlt évben 70% nem használta<sup>(52)</sup>. Azoknak viszont, akik az elmúlt évben használták a kábítószerrel, közel fele az elmúlt hónapban is használta, ami rendszeresebb használatot jelezhet. Ezek az arányok azonban országoként és nemeként nagyon különbözőek.

A kannabiszhasználat különösen nagyarányú a fiatalok bizonyos csoportjai körében, például az éjszakai klubok, szórakozóhelyek és zenei események rendszeres látogatóinál. A Belgiumban, a Cseh Köztársaságban, Hollandiában, Litvániában és az Egyesült Királyságban az éjszakai életben vagy zenés-táncos helyszíneken végzett célzott felmérések a fiatal felnőttek körében mért európai átlagnál jóval magasabb prevalenciaszinteket mutattak ki. A kannabiszhasználat gyakran az erős alkoholfogyasztással is együtt jár: a fiatal felnőttek (15–34 évesek) közül a rendszeres vagy erős alkoholfogyasztók általában véve az átlagpopulációhoz képest kétszer-hatszor nagyobb valószínűséggel számoltak be a kannabisz használatáról.

**6. ábra:** A kannabiszhasználat és a cigarettázás előző havi prevalenciájának alakulása a 15–16 éves diákok körében, 17 európai országban és az Egyesült Államokban



Megjegyzés: Az európai (súlyozatlan) átlag a 15–16 éves diákokon alapul 15 uniós országban, Horvátországban és Norvégiában. Az amerikai diákok átlaga körülbelül 16 000 fős, 10. osztályos (15–16 éves) tanulókból álló mintán alapul.

Forrás: Hibell és mások (2009), Johnston és mások (2010).

A kannabisztermékek típusaihoz és a használati módokhoz különféle veszélyek társulhatnak. A kannabiszhasználat azon mintái, amelyek nagy adagok fogyasztását eredményezik, a függőség vagy egyéb problémák kialakulása szempontjából nagyobb veszélyt jelenthetnek a szerhasználóra (Chabrol és mások, 2003; Swift és mások, 1998). Ennek példái közé tartozik a nagyon magas THC-tartalmú vagy nagy mennyiségű kannabisz fogyasztása, illetve a vízipipából történő belégzés.

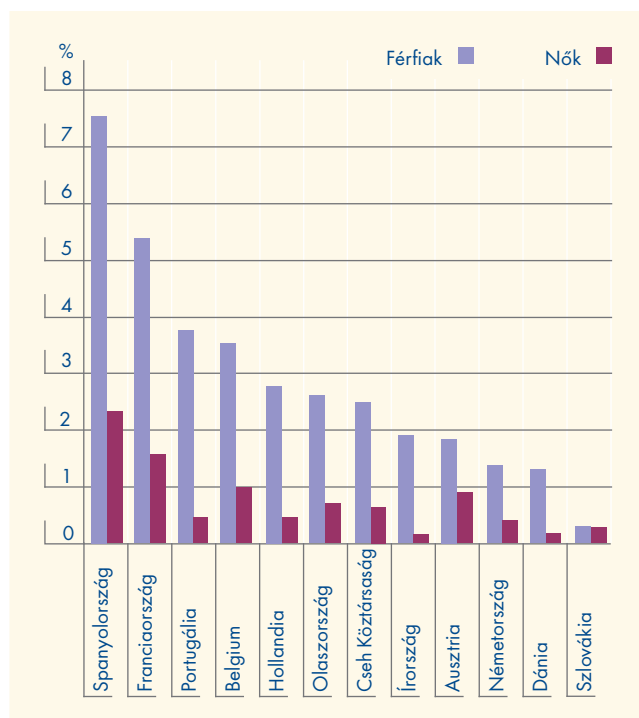
A normálpopulációs vizsgálatok ritkán tesznek különbséget a kannabisz különböző típusainak használata között. Az Egyesült Királyságban végzett normálpopulációs vizsgálatot azonban 2009-ben új kérdésekkel egészítették ki, hogy felmérjék a marihuána használatának prevalenciáját, a „skunk” típusú is beleértve (az utcai szlengben így nevezik a kábítószer általában véve erős formáját). A 2009/2010-es brit bűnügyi felmérés úgy becsülte, hogy a felnőttek nagyjából 12,3%-a fogyasztott már olyan szert, amit „skunk”-nak gondolt. Miközben a kannabiszhasználók hasonló arányban számolnak be a marihuána (50%) és a hasis (49%) kipróbálásáról, azok, akik az elmúlt évben is használták a kábítószerrel, nagyobb valószínűséggel fogyasztottak marihuánát (71%), mint hasist (38%) (Hoare és Moon, 2010). Bár ezekből a becslésekből nem lehet általános következtetéseket levonni az európai népesség többi részére nézve, a megállapítások azt jelzik, hogy a kannabiszfogyasztásban történik némi változás az idő folyamán.

14 európai ország mintája alapján, amely az Európai Unióban és Norvégiában élő felnőtt népesség 65%-ának felel meg, az adatok azt mutatják, hogy azoknak, akik az elmúlt hónapban használtak kannabiszt, közel a fele az említett hónap 1–3 napján fogyasztotta a kábítószerrel, nagyjából egyharmaduk 4–19 napon és egyötödük 20 vagy több napon. A 14 ország többségében a nők nagyobb valószínűséggel alkalmi jelleggel használták a kannabiszt, a napi vagy közel napi szintű kannabiszhasználók pedig többségében férfiak voltak (7. ábra). E szám adatok alapján úgy tűnik, hogy a férfi szerhasználók sok országban különösen ki vannak téve annak a veszélynek, hogy rendszeres használóvá válnak, és ezt a prevencióos tevékenységek kidolgozásakor figyelembe kellene venni.

A serdülők körében előforduló kábítószer-használatról szóló új adatok azt mutatják, hogy az Egyesült Államokban a napi szintű kannabiszhasználat is egyre nagyobb probléma. A kannabisz napi szintű használatának prevalenciája jelentősen emelkedett, és 2010-ben a 17–18 éves középiskolások körében már 6%-ot ért el (Johnston és mások, 2010).

<sup>(52)</sup> Ld. a GPS-2. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

**7. ábra:** A napi vagy közel napi szintű kannabiszhasználat prevalenciája a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében nemek szerint



Megjegyzés: A szövegben azokat nevezzük „napi vagy közel napi szintű használóknak”, akik az interjú megelőző 30 naptól legalább 20 napon fogyasztottak kannabiszt. További információért lásd a GPS-10. (iv. rész) táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

Egyre inkább elismerik, hogy a rendszeres kannabiszhasználat egyik lehetséges következménye a függőség, és néhány európai országban emelkedik is azoknak a száma, akik a kannabiszhasználat miatt kérnek segítséget (lásd alább). Ugyanakkor a jelentések szerint azoknak a függő kannabiszhasználóknak, akik le tudtak szokni a drogról, a fele erre kezelés nélkül volt képes (Cunningham, 2000). Néhány kannabiszhasználó – különösen az erős fogyasztók – problémákat tapasztalhatnak, noha nem szükségszerűen teljesítik a függőség klinikai kritériumait.

### Kezelési igény

A kannabisz 2009-ben 26 országban körülbelül 98 000 bejelentett kezelési igényben (az összes 23%-a) szerepelt elsődleges szerként, ezáltal a heroin után ez volt a második leggyakrabban megnevezett kábítószer. Másodlagos szerként is a kannabiszt nevezték meg a legtöbben, körülbelül 93 000 kliens (28%). Az elsődleges kannabiszhasználók a kezelést megkezdő kliensek több mint

30%-át tették ki Belgiumban, Dániában, Németországban, Franciaországban, Magyarországon, Hollandiában és Lengyelországban, de kevesebb, mint 10%-ot képviseltek Bulgáriában, Észtországban, Görögországban, Litvániában, Máltán, Romániában és Szlovéniában <sup>(53)</sup>.

A kezelési szintek országok közötti különbségeit nemcsak a kannabiszhasználat és a kapcsolódó problémák előfordulásának különbségeivel lehet magyarázni. Más tényezők, például a beutalási gyakorlat és a kezelés szintje és típusa ugyancsak fontosak. Ennek példái jól láthatók Franciaországban és Magyarországon, két olyan országban, ahonnan a kezelésbe lépő kannabiszhasználók magas arányát jelentették. Franciaországban a tanácsadó központok rendszere működik, amely a fiatal kábítószerhasználókat célozza meg <sup>(54)</sup>. Magyarországon a kannabiszhasználó elkövetőknek a kezelést a büntetés alternatívájaként kínálják fel, ami felduzzaszthatja a számokat.

Az elmúlt tíz év tendenciáit tekintve abból a 21 országból, ahonnan rendelkezésre állnak az adatok, Bulgária kivételével mindegyik arról számolt be, hogy nőtt a kannabiszhasználat miatt első alkalommal kezelésre jelentkező kliensek aránya. A 2004–2009 közötti időszakban az adatokkal rendelkező 18 országban az első alkalommal kezelésbe lépők körében kb. 40%-kal, 27 000-ről 38 000-re emelkedett az elsődleges kannabiszhasználók száma <sup>(55)</sup>. A legfrissebb számok (2008–2009) az adatközlő országok többségében folyamatosan emelkedő tendenciát mutatnak.

### A kezelt kliensek jellemzői

A kannabiszhasználó kliensek túlnyomórészt járóbeteg-ellátásban kezdik meg a kezelést, és a jelentések szerint a legfiatalabb klienscsoportok közé tartoznak a kezelésre jelentkezők közül, 25 éves átlagéletkorral. A kannabiszt elsődleges szerként megnevező fiatalok a 15–19 éves korosztályban 74%-ot, a 15 évesnél fiatalabbak között 86%-ot tesznek ki a kezelésre jelentkező kliensek bejelentett számából. A kábítószer-fogyasztó kliensek közül itt a legmagasabb a férfi–nő arány (körülbelül öt az egyhez). Összességében az elsődleges kannabiszfogyasztó kliensek közül 49% napi szintű szerhasználó, körülbelül 18%-uk heti 2–6 alkalommal használja, 12% hetente vagy ritkábban fogyaszt kannabiszt, 22% pedig alkalmi szerhasználó, akik közül néhányan használták a kannabiszt a kezelés megkezdését megelőző hónapban. Ezek az arányok országonként különbözők <sup>(56)</sup>.

<sup>(53)</sup> Ld. a TDI-2. (ii. rész) ábrát és a TDI-5. (ii. rész) és TDI-22. (i. rész) táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(54)</sup> Franciaországban emellett sok opioidhasználót a háziorvosok kezelnek, és nem jelentik be őket a kezelési igény indikátor felé, ami által a más kábítószeres használóinak aránya megemelkedik.

<sup>(55)</sup> Ld. a TDI-1. (i. rész) és (ii. rész) ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(56)</sup> Ld. a TDI-10. (ii. rész) és (iii. rész), TDI-11. (i. rész), TDI-18. (ii. rész), TDI-21. (ii. rész), TDI-24., TDI-103. (vii. rész) és TDI-111. (viii. rész) táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

## A kannabiszhasználat káros egészségügyi hatásai

A kannabisz használatával járó egyéni egészségügyi kockázatról a közmegegyezés azt tartja, hogy alacsonyabb az olyan kábítószerkéknél, mint a heroin vagy a kokain. Ugyanakkor a kannabiszhasználat magas prevalenciája miatt a kábítószer közegészségügyi hatása jelentős lehet.

Számos olyan akut és krónikus egészségügyi problémát felismertek már, amelyek a kannabiszhasználatához köthetők. Az akut káros hatások közé tartozik a szorongás, a pánikreakció és a pszichotikus tünetek, amelyekről nagyobb valószínűséggel számolnak be azok, akik első alkalommal használják a kábítószer. A kannabiszhasználat a közlekedési balesetben való érintettség veszélyét is növeli.

Bizonyos krónikus hatások dokumentáltan összekapcsolhatók a kannabiszhasználattal, például a függőség és több légzőszervi megbetegedés is. A kannabiszhasználat kognitív teljesítményre gyakorolt hatása még nem tisztázott. A serdülőkori rendszeres kannabiszhasználat hátrányosan hathat a fiatal felnőttek mentális egészségére, és a használat gyakoriságával párhuzamosan bizonyítottan nagyobb lesz a pszichotikus tünetek és rendellenességek kockázata (EMCDDA, 2008a, 2008b; Hall és Degenhardt, 2009; Moore és mások, 2007).

## Kezelés

### Kezelési szolgáltatások

Európában a kannabiszhasználók részére biztosított kezelés intézkedések széles körét fogja össze, köztük az internetalapú kezelést, a tanácsadást, a szervezett pszichoszociális beavatkozásokat és a bentlakásos formában nyújtott kezelést. Gyakran átfedés is van a célzott és javallott prevenciót, illetve a kezelést szolgáló beavatkozások között (lásd a 2. fejezetet).

A kannabiszhasználók kezelése többnyire speciális járóbeteg-ellátó létesítményekben történik, és ma már a tagállamok több mint felében működnek kifejezetten a kannabisszal összefüggő problémákkal foglalkozó szolgáltatások. Franciaország területén például több mint 300 ifjúsági tanácsadó központot hoztak létre, amelyek elsősorban a kannabiszproblémákkal küzdő fiatal szerhasználók igényeit látják el. Németországban számos más, kifejezetten a kannabisszal foglalkozó program mellett 161 tanácsadó központ vette át a „Valósítsd meg!” programot, amely a kliensektől azt várja, hogy tüzzenek ki célokat a fogyasztásuk kontrollálása érdekében, és foglalkozik a kannabiszhasználatukhoz kapcsolódó

egyéni és környezeti tényezőkkel. Ez a beavatkozás 10 hét leforgása alatt öt tanácsadási alkalmat jelent, amit évente legfeljebb 1400 kannabiszhasználó tud igénybe venni. Magyarországon a kannabiszhasználó kliensek nagy többsége (80%) prevenciós tanácsadó szolgáltatásokat keres fel. Ezeket a szolgáltatásokat akkreditált szervezetek nyújtják.

Németország és Hollandia különösen aktív volt a kannabiszprogramok kidolgozásában. A kannabiszproblémák gyakran más szerekkel vagy pszichoszociális problémákkal járnak együtt, és ezt tükrözik a kannabiszhasználóknak szóló programtípusok. Az amszterdami egészségügyi központ például családi motivációs beavatkozást dolgozott ki a skizofréniával küzdő fiatal kannabiszhasználóknak és szüleiknek (Holland Reitox nemzeti jelentés, 2009). Egy randomizált kontrollcsoportos vizsgálat pozitív eredményeket mutatott e beavatkozás esetében. A vizsgálatban részt vevő fiataloknál három hónap után csökkent a kannabisz fogyasztása és a sóvárgás, a szülők pedig a stressz enyhüléséről és a közérzet javulásáról számoltak be. A kannabiszhasználat és pszichiátriai problémák, például pszichózis vagy depresszió egyidejű előfordulásával járó esetek integrált módszereket tesznek szükségessé a kezelésre szakosodott szolgáltatók és a mentálhigiéniai központok bevonásával. A gyakorlatban viszont a kettős diagnózis kezelése sokszor még mindig egymás után történik, és az ellátóhelyek közötti együttműködés továbbra is nehézkes.

Egy nemrég készült német tanulmány az elkövetkező évekre a kannabiszhasználattal összefüggő problémák miatt kezelést kérők számának növekedését jósolja, különösen a serdülő fiúk és a fiatal felnőttek körében. Jelenleg a németországi drogügyi létesítmények által elért kábítószer-fogyasztók arányáról szóló becslések azt mutatják, hogy miközben a speciális addikciós szolgálatok az opioidfüggő szerhasználók közül 45–60%-ot tudnak elérni, a becslések szerint kezelésre szoruló kannabiszhasználók közül csak 4–8%-ot. Bizonyos esetekben a most már három tagállamban működő internetalapú beavatkozások újabb kezelési lehetőséget jelenthetnek azoknak a kannabiszhasználóknak, akik támogatásra szorulnak, de nem szívesen keresnek fel a hagyományos kezelési szolgálatokat.

### A kannabiszhasználók kezeléséről szóló friss vizsgálatok

A többi tiltott kábítószerrel összehasonlítva még mindig ritkák a kezeléseket értékelő vizsgálatok, noha

## A kannabisz orvosi használata az Egyesült Államokban

1996 óta 15 amerikai állam és a Columbia Kerület (District of Columbia) olyan törvényeket fogadott el, amelyek megengedik egy meghatározott mennyiségű, orvosi felhasználásra szánt kannabisz személyes célú birtoklását. A betegek rendelkeznie kell egy orvos írásbeli ajánlásával minden államban, Kalifornia és Maine kivételével, ahol az ajánlás szóbeli is lehet. Washington kivételével mindegyik állam titkos nyilvántartást hozott létre betegazonosító kártyákkal, és ezek több államban kötelezők is. Bár minden állam saját listát állított össze a feltételekről, a legtöbb helyen a – „krónikus”, „súlyos” vagy „kezelhetetlen” – fájdalom enyhítésére engedélyezik a kannabiszt.

Majdnem mindegyik állam elfogadta a gondozói modellt, amelynek értelmében egy kijelölt személynek megengedik, hogy korlátozott mennyiségben kannabiszt termessen a beteg számára. A betegek államtól függően egy vagy két gondozót jelölhetnek ki, a gondozók pedig legfeljebb öt beteget láthatnak el. A megengedett mennyiség a felhasználható marihuánából 1 unciától – kb. 28 gramm – (Alaszka, Montana, Nevada) 24 unciáig (Oregon, Washington) terjed, illetve 6–24 növényt jelenthet, amelyek közül néhánynak „éretlennek” kell lennie. Az államok körülbelül felében engedik meg, hogy az orvosi felhasználásra szánt kannabiszt nonprofit gyógyszertárak vagy állami kezelési központok biztosítsák. A betegeknek két kivétellel (New Jersey és Washington D.C.) mindegyik állam megengedi, hogy saját maguknak termesszék az orvosi felhasználású kannabiszt.

A szövetségi jog ezzel szemben orvosi felhasználásra nem adható veszélyes anyagnak minősíti a kannabiszt. Ez lehetővé teszi, hogy a szövetségi kormány vádat emeljen a kannabisz bármely felhasználója vagy szállítója ellen. 2009. októberben azonban a főállamügyész-helyettes körlevelet küldött a szövetségi ügyészeknek, hogy a kannabisz orvosi felhasználásával kapcsolatos ügyekben ne részesítsék előnyben a vádemelést, amennyiben az adott állam joga szerint engedélyezett.

a kannabisz miatti kezelésre egyre nagyobb az igény. Európában ennek ellenére erősödnek a kutatások, és jelenleg Németországban, Dániában, Spanyolországban, Franciaországban és Hollandiában folynak vizsgálatok.

Ezek a vizsgálatok sok esetben azt erősítik meg, hogy a pszichoszociális beavatkozások kedvező eredményeket hozhatnak a kannabiszhasználóknál. Ez vonatkozik például a többdimenziós családterápiára, a szerhasználati és magatartási problémákkal küzdő serdülőknek szóló átfogó, családi alapú ambuláns beavatkozásra (Liddle és mások, 2009), amely a beszámolók szerint sikeresen csökkentette a kábítószer-fogyasztás szintjét. Az országosan több helyszínen zajló vizsgálatban azonban a más rendelkezésre álló kezelésekkel készített összehasonlításból nem lehetett egyértelmű következtetéseket levonni. Ez arra készítette az EMCDDA-t, hogy megbízást adjon az európai és amerikai vizsgálatok metaelemzésére.

A jelenleg értékelés alatt álló egyéb pszichoszociális beavatkozások közé tartozik még a pszichooktatás (amely a viselkedésterápiában és a motivációs interjúkban használt elemekre alapul) és a visszaesés megelőzése, a rövid beavatkozások, a viselkedésben elért változásokat jutalmazó módszer és a kognitív pszichoterápia különféle típusai.

A kutatások eközben olyan gyógyszerkészítményekre is kiterjednek, amelyek támogathatják a pszichoszociális beavatkozásokat (Vandrey és Haney, 2009). Ezen a téren a most folyó kutatások három fő vonala annak a lehetőségeit vizsgálja, hogy gyógyszerek segítségével mérsékelni lehessen a kannabisz elvonási tüneteit, a sóvárgást vagy a szerhasználatot (Marshall, K. és mások, 2011).

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar



## 4. fejezet

# Amfetaminok, ecstasy, hallucinogének, GHB és ketamin

### Bevezetés

Az amfetaminok (gyűjtőnév, amelybe az amfetamin és a metamfetamin egyaránt beleértendő) és az ecstasy Európában a legelterjedtebb tiltott kábítószeresek közé tartoznak. Sok országban a kannabisz után az ecstasy vagy az amfetaminok állnak a második helyen a leggyakrabban használt tiltott szerek sorában. Ráadásul néhány országban az amfetaminok használata a kábítószer-probléma fontos részét képezi, és a kezelésre szorulóknak jelentős hányadáért felel.

Az amfetamin és a metamfetamin a központi idegrendszer serkentőszerei. A két kábítószer közül Európában egyértelműen az amfetamin az általánosabban elérhető, miközben a jelentős mértékű metamfetaminhasználat történetileg a Cseh Köztársaságra és Szlovákiára korlátozódott. A közelmúltban Észak-Európa néhány országából is jelentették e 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). A kábítószer népszerűsége történetileg a zenés-táncos szórakozóhelyekhez köthető. Bár ezeken a helyszíneken még mindig népszerű, az utóbbi években sok európai országban az ecstasy használatának és elérhetőségének fokozatos visszaszorulását lehetett tapasztalni.

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. A ketamin és a gamma-hidroxi-vajsav (GHB) (mindkettő érzéstelenítő, a humán és állatgyógyászatban széles körben használják 30 éve) rekreációs használatáról az 1990-es évek közepe óta érkeztek jelentések bizonyos helyszínekről és az európai drogfogyasztók egyes

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

	Amfetamin	Metamfetamin	Ecstasy	LSD
<b>Globális lefoglalt mennyiség (tonna)</b>	33	31	5,4	0,1
<b>Lefoglalt mennyiség Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt) <sup>(1)</sup></b>	5,3 tonna (6,5 tonna)	500 kilogramm (600 kilogramm)	Tabletta 1,9 millió (2,4 millió)	Egység 59 700 (59 700)
<b>Lefoglalások száma Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)</b>	34 000 (34 200)	7 400 (7 400)	10 300 (11 000)	960 (970)
<b>Átlagos kiskereskedelmi ár (EUR) Tartomány (Interkvartilis tartomány) <sup>(2)</sup></b>	Gramm 8-42 (10-23)	Gramm 9-71	Tabletta 3-16 (4-9)	Adag 4-29 (7-11)
<b>Átlagos tisztaság vagy MDMA-tartalom Tartomány (Interkvartilis tartomány) <sup>(2)</sup></b>	1-29% (6-21%)	10-76% (25-64%)	3-108 mg (26-63 mg)	n.a.

<sup>(1)</sup> A 2009-ben lefoglalt amfetamin, metamfetamin, ecstasy és LSD teljes mennyiségeit valószínűleg alábecsülik, ami nagyrészt abból ered, hogy Hollandiáról még nincsenek friss adatok, noha ez az ország 2007-ig viszonylag nagy lefoglalásokat jelentett be. 2008-as és 2009-es adatok hiányában a Hollandiára vonatkozó értékeket nem lehetett szerepeltetni a 2009-ről szóló európai becslésekben.

<sup>(2)</sup> A bejelentett adatok középső felének tartománya.

Megjegyzés: Mindegyik adat 2009-re vonatkozik; n.a.: nincs adat.

Forrás: UNODC (2011) a globális értékek esetében, Reitox nemzeti fókuszpontok az európai adatok esetében.

alcsoportjai köréből. Ezen anyagok tiltott használata néhány európai országban a kezelési szolgálatok számára aggodalomra ad okot.

## Kínálat és hozzáférhetőség

### Kábítószer-prekurzorok

Az amfetamin, a metamfetamin és az ecstasy szintetikus kábítószeresek, amelyek gyártási folyamatához kémiai prekurzorokra van szükség. Ezen anyagok termelésébe bepillantást adhatnak a gyártásukhoz szükséges ellenőrzött – a legális kereskedelemről eltérített – vegyi anyagok lefoglalásairól szóló jelentések.

A Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szerv (INCB) jelentései szerint az amfetamin és a metamfetamin tiltott előállításához egyaránt használható 1-fenil-2-propanon (P2P, BMK) globális lefoglalásai a 2008-as 5620 literrel 2009-ben 4900 literre csökkentek, és ebből továbbra is Kínából (2009-ben 2275 liter) és Oroszországból (2009-ben 1731 liter) jelentették a legnagyobb lefoglalásokat. Az Európai Unióban a P2P lefoglalásai a 2008-as 62 literrel 2009-ben 635 literre emelkedtek. A metamfetamin két fő prekurzorának világszintű lefoglalásai ugyancsak nőttek 2009-ben: az efedrin esetében a 2008-as 18 tonnáról és a 2007-es 22,6 tonnáról 42 tonnára; a pszeudoefedrin esetében pedig a 2008-as 5,1 tonnáról 7,2 tonnára, bár ez még mindig jócskán elmarad a 2007-ben lefoglalt 25 tonnától. Az EU tagállamai efedrinből körülbelül 0,5 tonnát foglaltak le, az előző évben lefoglalt mennyiség közel kétszeresét, pszeudoefedrinből pedig 67 kilogrammot.

Az MDMA előállításához elsősorban két prekurzor vegyi anyag kapcsolódik: a 3,4-metilén-dioxifenilpropán-2-on (3,4-MDP-2-P) és a szafrol. A 2008-as nulla után a 2009-ben lefoglalt 40 liter PMK azt jelezheti, hogy ennek az anyagnak továbbra is alacsony szintű az elérhetősége. Ez azonban ellentmond a korábbi években tapasztalt magasabb szinteknek (2006-ban 8816 liter, 2007-ben 2297 liter). Az MDMA szintetizálásában Európán belül egyre inkább a PMK helyettesítésére használt szafrol világszintű lefoglalásai a 2007-es 45 986 literes csúcsponttól 2009-ben 1048 literre estek vissza<sup>(57)</sup>. 2009-ben a PMK összes lefoglalása és a szafrol lefoglalásainak többsége az Európai Unióban történt.

A szintetikus kábítószeresek tiltott előállításában használt prekurzor vegyi anyagok eltérítésének megelőzésére szolgáló nemzetközi erőfeszítéseket a Prizma projekt keretében hangolják össze. A projekt eszközei közé tartozik a legális kereskedelmi célú export előtti értesítések rendszere, valamint 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, 2011b). Ugyancsak az INCB friss kezdeményezéseinek sorába tartozik egy útmutatás-sorozat kiadása, amellyel a nemzeti kormányokat szeretné támogatni a vegyi anyagok ipari gyártóival együttműködésben meghozandó önkéntes ellenőrző intézkedések kialakításában, hogy megelőzzék ezen anyagok tiltott kábítószeres előállításának céljából való eltérítését (INCB, 2009).

### A szintetikus kábítószeresek európai előállításához használt prekurzorok kínálatának sokoldalúvá válása

A szintetikus kábítószereseket, köztük az ecstasyt (MDMA, MDEA, MDA) és az amfetamint Európában illegálisan állítják elő, import prekurzor vegyi anyagokból. A nemzetközi ellenőrzési erőfeszítések jobb hatékonyságára reagálva néhány illegális gyártó most már nem megveszi, hanem saját maga szintetizálja a prekurzorokat az úgynevezett „pre-prekurzorokból”. A gyártók ezenkívül a hagyományos prekurzorokat importálás előtt igyekeznek nem ellenőrzött vegyi anyagnak álcázni (Europol, 2007, INCB, 2011a).

Ezt a jelenséget szemléltetik az ecstasy európai piacon történt közelmúltbeli ingadozások. Úgy tűnik, hogy az MDMA-prekurzor PMK (!) tiltott piacra való eltérítésének megakadályozása érdekében tett sikeres intézkedések után most az MDMA szintetizálásához kiinduló anyagként egy sor pre-prekurzort használnak, köztük a szafrolt.

A PMK nemzetközi ellenőrzés alatt áll, az 1988. évi ENSZ-egyezmény és az európai jogszabályok értelmében egyaránt. A PMK legális nemzetközi kereskedelme csekély mértékű, és néhány országra korlátozódik. A szafrolt különféle dél-amerikai és délkelet-ázsiai növényfajokból kivont, szafrolban gazdag illóolajokból nyerik ki (TNI, 2009). Bár a szafrol szerepel a vegyi anyagok jegyzékében, a szafrolban gazdag illóolajok kereskedelme nem ellenőrzött. A szafrolt nemzetközi szinten széles körben használják parfümök és rovarirtó szerek előállításához, ami csökkenti az ellenőrzésre tett nemzetközi erőfeszítések hatékonyságát.

A Hollandiából, az ecstasy előállításával legszorosabb kapcsolatban lévő országból érkező jelentések arra utalnak, hogy a kábítószer gyártói közül sokan szafrolt használnak kiinduló anyagként, nem PMK-t. A Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szervhez 2009. november és 2010. október között körülbelül 40 legális szafrolszállítmányról tettek bejelentést, összesen 101 840 liter mennyiségben. A gyanús szállítmányokról szóló jelentések száma azonban továbbra is alacsony volt az előállított ecstasy becsült mennyiségéhez képest (INCB, 2011a). 2009/10-ben mintegy 1050 liter szafrolt és szafrolban gazdag olajat foglaltak le, többnyire Litvániában, a szomszédos Lettországból pedig 2008-ban 1841 liter elkobzását jelentették (INCB, 2011a).

(!) 3,4-metilén-dioxifenilpropán-2-on.

(57) Lásd „A szintetikus kábítószeresek európai előállításához használt prekurzorok kínálatának sokoldalúvá válása” című keretes írást.

## Amfetamin

A globális amfetamintermelés továbbra is Európában koncentrálódik, ahol a 2009-ben bejelentett összes amfetaminlaboratórium több mint 80%-a működik (UNODC, 2011). Az amfetamin globális lefoglalásai 2009-ben körülbelül 33 tonnára nőttek (lásd az 5. táblázatot). Nyugat- és Közép-Európában továbbra is nagy mennyiségű amfetamint foglaltak le, bár az UNODC a lefoglalt mennyiségek 20%-os csökkenéséről számolt be 2008-hoz képest, amikor 7,9 tonnát foglaltak le. Az amfetaminlefoglalások legnagyobb növekedését Szaúd-Arábiából, Jordániából és Szíriából jelentették. Az UNODC közel-keleti és délnyugat-ázsiai régiójában összesítve körülbelül 25 tonnát foglaltak le 2009-ben, szinte minden esetben „Captagon” tabletták formájában (UNODC, 2011).

Az Európában lefoglalt amfetamin legnagyobb részét – fontossági sorrendben – Hollandiában, Lengyelországban, Belgiumban, Bulgáriában és Törökországban állítják elő. Az Europol jelentése szerint 2009-ben az Európai Unióban 19 olyan telephelyet fedeztek fel, amely amfetamin előállításában, tablettázásában vagy tárolásában vett részt.

Európában becslések szerint 34 200 lefoglalással összesen 5,8 tonna amfetaminport és 3 millió amfetamin-tablettát<sup>(58)</sup> foglaltak le 2009 folyamán<sup>(59)</sup>. Az amfetaminlefoglalások száma az elmúlt öt évben ingadozott, ezen belül 2008-ban és 2009-ben csökkenést jelentettek. Miközben az Európában lefoglalt amfetamin-tabletták száma 2004–2009 között a törökországi lefoglalások csökkenése miatt meredeken visszaesett, a lefoglalt amfetaminpor mennyisége a legtöbb európai országban egy szinten maradt vagy nőtt<sup>(60)</sup>. Ez azonban egyelőre csak előzetes felmérés, mert Hollandiáról nincsenek még friss adatok, de innen 2007-ben – az utolsó adatokkal rendelkező évben – 2,8 tonna amfetaminpor lefoglalását jelentették.

Az Európában lefoglalt amfetaminminták tisztasága 2009-ben továbbra is rendkívül változatos volt, a Bulgáriában, Magyarországon, Ausztriában, Portugáliában, Szlovéniában, Szlovákiában és Horvátországban mért 8% alatti értékektől a jelentett amfetamintermeléssel vagy viszonylag magas fogyasztási szintekkel rendelkező országokban látott, 20% feletti értékekig (Észtország, Litvánia, Hollandia, Lengyelország,

Finnország, Norvégia)<sup>(61)</sup>. Az elmúlt öt évben az amfetamin tisztasága a tendenciák elemzéséhez elegendő adatokkal rendelkező 18 ország közül 17-ben csökkent.

2009-ben az amfetamin átlagos kiskereskedelmi ára a 14 adatközlő ország több mint felében grammonként 10 euró és 23 euró között mozgott. Az amfetamin kiskereskedelmi ára a 2004–2009-es időszakról adatokat közlő 17 ország mindegyikében csökkent vagy stagnált, kivéve Hollandiát, ahol az időszak folyamán növekedett, illetve Szlovéniát, ahonnan 2009-ben nagyarányú emelkedést jelentettek<sup>(62)</sup>.

## Metamfetamin

A világ különböző részein felszámolt metamfetamin-laboratóriumok száma 2009-ben 22%-kal emelkedett. A legnagyobb növekedést az előző évhez hasonlóan most is Észak-Amerikában mérték, különösen az Egyesült Államokban, de a titkos laboratóriumokról szóló jelentések száma Kelet- és Délkelet-Ázsiában is tovább emelkedett. Emellett a metamfetamintermeléssel kapcsolatban fokozott aktivitást jeleztek Latin-Amerikából és Afrikából is. 2009-ben 31 tonna metamfetamint foglaltak le, ami számottevő emelkedést jelent a 2008-as 22 tonnához képest. A kábítószer legnagyobb részét Észak-Amerikában (44%) foglalták le, ahol Mexikó kivételesen nagy mennyiséget, 6,1 tonnát produkált 2009-ben (UNODC, 2011).

Európában a metamfetamin tiltott előállítása a Cseh Köztársaságban koncentrálódik, ahol 2009-ben 342 gyártó helyszínt, többnyire kis „konyhalaboratóriumokat” fedeztek fel (a 2008-as 434 után). A kábítószer előállítása előfordul még Szlovákiában – ahol 2009-ben növekedett –, valamint Németországban, Litvániában és Lengyelországban is.

Európában 2009-ben közel 7400 metamfetaminlefoglalást jelentettek, ami mennyiségileg hozzávetőlegesen 600 kg-ot tett ki. A metamfetaminlefoglalások száma és mennyisége egyaránt növekedett a 2004–2009 közötti időszakban, ezen belül különösen 2008 és 2009 között volt erős a növekedés. A lefoglalt mennyiségek 2008 és 2009 között duplájára nőttek, főként a Svédországban és Norvégiában felfedezett mennyiségek növekedésének köszönhetően. Európában ez a két ország áll az élen a kábítószer lefoglalásában, mivel itt részben talán az amfetamint helyettesíti. Törökország 2009-ben jelentett be először metamfetaminlefoglalást, a felfedezett

<sup>(58)</sup> A lefoglalt amfetamin-tabletták legnagyobb része (94%) „Captagon”-ként volt címkézve, és Törökországban került elő. A Captagon a fenetilinn, egy szintetikus központi idegrendszeri serkentőszer egyik bejegyzett márkaneve. A tiltott kábítószer piacán Captagon megjelöléssel eladott tablettákról általában kiderül, hogy koffeinnel kevert amfetamint tartalmaznak.

<sup>(59)</sup> Ez egyelőre csak előzetes elemzés, mivel a Hollandiára vonatkozó adatok 2008-ból és 2009-ből még nem elérhetők.

<sup>(60)</sup> Az európai kábítószer-lefoglalásokról ebben a fejezetben említett adatok megtalálhatók az SZR-11–SZR-18. táblázatban a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(61)</sup> Az európai kábítószer-tisztaságáról ebben a fejezetben említett adatok megtalálhatók a PPP-8. táblázatban a 2011. évi statisztikai közlönyben. Az uniós tendenciára vonatkozó indexek a PPP-2. ábrán láthatók a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(62)</sup> Az európai kábítószer-árairól ebben a fejezetben említett adatok megtalálhatók a PPP-4. táblázatban a 2011. évi statisztikai közlönyben.

menyiség szempontjából pedig a harmadik helyre került: a Törökországban elfogott, viszonylag nagy metamfetaminszállítmányok a jelentések szerint Iránból Kelet- és Délkelet-Ázsiába tartottak.

A metamfetamin tisztasága 2009-ben a 17 adatközlő országban változatosan alakult: Bulgáriában és Észtországban 15% alatt maradt az átlag, a Cseh Köztársaságban, Hollandiában, Szlovákiában és Horvátországban viszont 65% felett volt. A metamfetamin tisztasága terén nem lehet átfogó tendenciát felfedezni. A metamfetamin kiskereskedelmi árai ugyancsak nagyon változatosan alakultak 2009-ben, abban a hat országban, ahonnan bejelentették: Bulgáriában, Litvániában és Szlovéniában grammonként kb. 10 euróba került, de Németországban és Szlovákiában a 70 eurós grammonkénti árat is elérte.

### Ecstasy

A 2009-ben felszámolt, ecstasyt gyártó laboratóriumok bejelentett száma – gyakorlatilag változatlanul – 52 volt. A laboratóriumok közül a legtöbb Ausztráliában (19), Indonéziában (18) és Kanadában (12) működött. Úgy tűnik, hogy a kábítószer előállítására földrajzilag tovább terjedt, és a gyártás közelebb került a kelet- és délkelet-ázsiai, észak-amerikai, illetve óceániai fogyasztói piacokhoz. Ennek ellenére Európa valószínűleg továbbra is fontos helyszín az ecstasytermelés szempontjából.

Az ecstasy lefoglalásai világszinten összesen 5,4 tonnát tettek ki 2009-ben (UNODC, 2011), és ebből az Egyesült Államok jelentette be a teljes mennyiség 63%-át.

Az Európában bejelentett ecstasylefoglalások száma 2004 és 2006 között nem változott, utána csökkent, a lefoglalt mennyiségek pedig a legtöbb európai országban már 2004 óta csökkenő tendenciát mutatnak. Európából 2009-ben körülbelül 11 000 ecstasylefoglalást jelentettek, ami több mint 2,4 millió ecstasytabletta lefoglalását eredményezte. Ez azonban a valószínűleg alacsonyabb becslés, mivel Hollandiából nincsenek friss adatok, ugyanakkor ebből az országból 2007-ben, azaz az utolsó adatokkal rendelkező évben 8,4 millió tablettát lefoglalását jelentették.

A 2009-ben vizsgált ecstasytabletták átlagos MDMA-tartalma 3–108 milligramm között volt a 18 adatközlő országban. Emellett sok országból (Belgium, Bulgária, Hollandia, Németország, Olaszország, Törökország) azt jelentették, hogy nagydózisú, 130 mg-ot meghaladó MDMA-tartalmú ecstasytablettákat is lehet kapni. A 2004–2009-es időszakban az ecstasytabletták

MDMA-tartalma mind a 14, elegendő adatot közlő országban csökkent.

Európában az utóbbi pár évben megváltozott a tiltott kábítószer-tabletták tartalma: korábban az elemzett tabletták egyedüli pszichoaktív anyagként többnyire MDMA-t vagy más, ecstasyszerű anyagot (MDEA, MDA) tartalmaztak, mára viszont a tabletták tartalma változatosabbá vált, és kevesebb bennük az MDMA-szerű anyag. Ez a változás 2009-ben olyannyira felgyorsult, hogy az országok közül csak Olaszország (58%), Hollandia (63%) és Málta (100%) volt az, ahol az elemzett tablettákban továbbra is nagy arányban voltak jelen az MDMA-szerű anyagok.

Az amfetaminok, esetenként MDMA-szerű anyagokkal kombinálva viszonylag gyakran fordulnak elő a Görögországban, Spanyolországban, Magyarországon, Lengyelországban, Szlovéniában és Horvátországban elemzett tablettákban. A többi adatközlő országból többnyire azt jelentették, hogy az elemzett tabletták jelentős hányadában piperazinokat, különösen mCPP-t találtak, egymagában vagy más anyagokkal együtt.

Az ecstasy mára lényegesen olcsóbb lett, mint az 1990-es években volt, amikor először vált széles körben hozzáférhetővé. Bár egyes jelentésekben még 1 euróért árusított tablettákról is említést tesznek, a legtöbb országból most tablettánként 4–9 euró közötti átlagos kiskereskedelmi árat jelentettek. A 2004–2009-es időszakról rendelkezésre álló adatok azt jelzik, hogy az ecstasy kiskereskedelmi ára Európa egészét tekintve továbbra is csökkent vagy egy szinten maradt. Hollandiából azonban 2009-ben emelkedésről számoltak be, ugyanakkor ebből az országból jelentették a kábítószer legalacsonyabb árait is.

### Hallucinogének és egyéb anyagok

Az LSD használatát és kereskedelmét Európában marginálisnak tekintik. Az LSD-lefoglalások száma 2004 és 2009 között emelkedett, ezzel szemben a lefoglalt mennyiségek az Egyesült Királyságban történt rekordnagyságú, 1,8 millió egységnyi lefoglalásból eredő 2005-ös csúcspont után viszonylag alacsony szinteken mozogtak azóta<sup>(63)</sup>. Az LSD kiskereskedelmi árai 2004 óta a legtöbb adatközlő országban stagnáltak, de Belgiumból emelkedést, Lettországból, Ausztriából és Horvátországból pedig csökkenést jelentettek. Az átlagos ár 2009-ben egységenként 7–11 euró között mozgott a 11 adatközlő ország többségében.

Hallucinogén gomba, ketamin, GHB és GBL lefoglalását 2009-ben az adott kábítószerrel függően csak négy vagy öt országból jelentették. Nem lehet tudni, hogy a bejelentett

<sup>(63)</sup> Ez egyelőre csak előzetes elemzés, mivel a 2007-ben Európában lefoglalt LSD mennyiségének egyharmadát adó Hollandiára vonatkozó adatok az ezt követő évekből nem elérhetők.

lefoglalások mennyiben tükrözik ezen anyagok használatát, vagy inkább azt, hogy a bűnüldöző szolgálatok számára ezek még nem jelentenek rutinszerű célpontot.

## Előfordulás és használati minták

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 – gyakran alkohollal kombinált – használata és az éjszakai szórakozóhelyek és táncos rendezvények látogatása 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 kábítószeresek, mint például a lizergénsav-dietilamid (LSD) és a hallucinogén gombák összesített prevalenciaszintjei általában alacsonyok, és az elmúlt években nagyjából állandóak voltak.

### Amfetaminok

A kábítószer előfordulására vonatkozó becslések azt mutatják, hogy az amfetamint körülbelül 12,5 millió európai próbálta már, és nagyjából 2 millióan használták az elmúlt év folyamán (az adatok összefoglalását lásd a 6. táblázatban). A fiatal felnőttek körében (15–34 évesek) az amfetaminhasználat életprevalenciáját tekintve az országok között nagy különbségek vannak: az arány 0,1% és 14,3% között mozog, a súlyozott európai átlag 5,0%. Az amfetaminok elmúlt évi használata ebben a korcsoportban 0,1–2,5% között van, de a legtöbb országból 0,5–2,0% közötti prevalenciaszinteket jelentettek. Becslések szerint az elmúlt év folyamán körülbelül 1,5 millió európai fiatal (1,1%) 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 csak Bulgáriából és Lettországból jelentettek 5%-ot meghaladó prevalenciaszinteket. Abból a négy országból, ahol 2009-ben és 2010-ben iskolai felmérést végeztek (Olaszország, Szlovákia, Svédország, Egyesült Királyság), az amfetaminok 3%-os vagy annál alacsonyabb életprevalenciáját jelentették <sup>(64)</sup>.

Az amfetaminok használatának prevalenciájára vonatkozó adatokat az éjszakai életből 2009-ben négy országból közöltek (Belgium, Cseh Köztársaság, Hollandia, Egyesült Királyság), és ezek komoly különbségeket mutatnak, az amfetaminok előző évi használatának 6–24% közötti arányaival.

Az amfetaminok előző évi használata az elmúlt évtizedben a legtöbb európai országban viszonylag alacsony szintű és állandó volt, 3% alatti prevalenciaszintekkel szinte mindegyik adatközlő országban, kivéve az Egyesült Királyságot és Dániát. Az Egyesült Királyságban az amfetaminok előző évi használata a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az 1998-as 6,2%-ról 2009–2010-re 1,8%-ra esett vissza; Dániában 2000-ben 3,1%-ra nőtt, majd 2010-ben 2%-ra csökkent (lásd a 8. ábrát). A 2004–2009 közötti időszakban az amfetaminok használatának előző éves prevalenciájában a fiatal felnőttek körében csak Norvégiából és a Cseh Köztársaságból jelentettek egy százalékpontot meghaladó mértékű változást. A Cseh Köztársaságban a felmérési módszerek különbözősége nem teszi lehetővé a friss tendenciák megerősítését. Az iskolai felmérések a 15–16 éves diákok körében összességében kevés változást mutatnak az amfetaminok kipróbálásának szintjét tekintve. 2003 és 2007 között a legtöbb országból azt jelentették, hogy az életprevalencia ebben a csoportban alacsony és stabil.

### Az amfetaminok problémás használata

Az amfetaminok problémás használatának előfordulásáról csak kevés ország tud becslésekkel szolgálni <sup>(65)</sup>, de az ilyen anyagokkal kapcsolatos problémák miatt kezelést kérő szerhasználókról egész Európából vannak adatok.

Európában a kezelésre jelentkezők kis része nevezi elsődleges szernek az amfetamint: 2009-ben a bejelentett drogfogyasztó kliensek körülbelül 5%-a (20 000 kliens). Svédországban (28%), Lengyelországban (25%) és Finnországban (17%) viszont az amfetaminhasználók számottevő arányban vannak jelen a bejelentett kezelésbe lépők között. Az amfetaminhasználó kliensek ezenkívül még öt országban teszik ki a bejelentett kezelésbe lépők 6–10% közötti részét (Belgium, Dánia, Hollandia, Magyarország, Németország); arányuk a többi országban nem éri el az 5%-ot. Rajtuk kívül még közel 20 000 olyan kliens volt, aki más elsődleges szerek miatt jelentkezett kezelésre, de másodlagos szerként megemlítette a kokaintól eltérő stimulánsokat <sup>(66)</sup>.

A kezelést megkezdő amfetaminhasználók átlagosan 30 évesek, és a férfi–nő arány az összes tiltott kábítószer közül itt a legalacsonyabb (kettő az egyhez). Az

<sup>(64)</sup> Ld. az EYE-11. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(65)</sup> Az amfetaminok problémás használata definíció szerint az injekciós vagy tartós és/vagy rendszeres használatot jelenti.

<sup>(66)</sup> Ld. a TDI-5. (ii. rész) és a TDI-22. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<b>6. táblázat: Az amfetaminok használatának prevalenciája a normál népességben – az adatok összefoglalása</b>		
Korcsoport	A használat időszaka	
	Élete folyamán	Az elmúlt évben
<b>15–64 évesek</b>		
A szerhasználók becsült száma Európában	12,5 millió	1,5–2 millió
Európai átlag	3,8%	0,5%
Tartomány	0,0–11,7%	0,0–1,1%
A legalacsonyabb prevalenciával rendelkező országok	Románia (0,0%) Görögország (0,1%) Málta (0,4%) Ciprus (0,7%)	Románia, Málta, Görögország (0,0%) Franciaország (0,1%) Cseh Köztársaság, Portugália (0,2%)
A legmagasabb prevalenciával rendelkező országok	Egyesült Királyság (11,7%) Dánia (6,2%) Svédország (5,0%) Norvégia (3,8%)	Észtország (1,1%) Egyesült Királyság (1,0%) Bulgária, Lettország (0,9%) Svédország (0,8%)
<b>15–34 évesek</b>		
A szerhasználók becsült száma Európában	6,5 millió	1,5 millió
Európai átlag	5,0%	1,1%
Tartomány	0,1–14,3%	0,1–2,5%
A legalacsonyabb prevalenciával rendelkező országok	Románia (0,1%) Görögország (0,2%) Málta (0,7%) Ciprus (1,2%)	Románia, Görögország (0,1%) Franciaország (0,2%) Cseh Köztársaság (0,3%) Portugália (0,4%)
A legmagasabb prevalenciával rendelkező országok	Egyesült Királyság (14,3%) Dánia (10,3%) Lettország (6,1%) Norvégia (6,0%)	Észtország (2,5%) Bulgária (2,1%) Dánia (2,0%) Németország, Lettország (1,9%)
<p><small>Az európai becslések kiszámításához a becsült nemzeti prevalenciákat súlyozták az egyes országokban a megfelelő korcsoportba tartozó népesség nagyságával. A szerhasználók összesített európai számának felbecsüléséhez a prevalenciára vonatkozó adatokkal nem rendelkező országokra az uniós átlagot alkalmazták (ezek a célpopuláció legfeljebb 3%-át képviselik). Az alapul vett populációk: 15–64 évesek, 336 millió; 15–34 évesek, 132 millió. Mivel az európai becslések a 2001 és 2009/2010 között (többnyire 2004–2008 között) elvégzett felméréseken alapulnak, egyik konkrét évre sem vonatkoznak. Az itt összefoglalt adatok a „Normálpopulációs vizsgálatok” részben találhatóak a 2011. évi statisztikai közlönyben.</small></p>		

amfetamin injektálásának magas szintjeit azokból az országokból jelentették, ahol a kezelésbe lépők között az amfetaminhasználók aránya a legmagasabb (Lettország, Svédország, Finnország); ezekben az országokban az elsődleges amfetaminhasználó kliensek 59–83%-a injektálja a kábítószer<sup>(67)</sup>.

A 2004 és 2009 között kezelésre jelentkező amfetaminhasználók száma a legtöbb országban stabil maradt, ugyanakkor az első alkalommal kezelésbe lépő kliensek körében kis csökkenés történt, ami főként annak tulajdonítható, hogy Finnországban és Svédországban visszaesett az új amfetaminhasználó kliensek száma (EMCDDA, 2010d).

Ellentétben a világ más részeivel, ahol a metamfetamin használata az elmúlt években emelkedett, Európában a használat szintjei korlátozottan tűnnek. E kábítószer használata történetileg nézve Európán belül a Cseh Köztársaságban és újabban Szlovákiában koncentrálódik. 2009-ben a Cseh Köztársaságban

a problémás metamfetaminhasználók számát körülbelül 24 600–25 900 főre becsülték (3,3–3,5 eset/1000 fő a 15–64 éves korcsoportban), ami a problémás opioidhasználók becsült számának durván kétszerese. Ez az előző évekkel összehasonlítva statisztikailag szignifikáns növekedést jelent. 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 metamfetamint a bejelentett kezelésbe lépő kliensek nagy arányban nevezték elsődleges szernek a Cseh Köztársaságban (61%) és Szlovákiában (30%). Mindkét országból a metamfetamin miatt újonnan kezelésbe lépők számának és összesített arányának növekedéséről számoltak be. A metamfetaminprobléma miatt segítséget kérő kliensek között a Cseh Köztársaságban (79%) és kisebb mértékben Szlovákiában is (37%) gyakori az injektálás, de ennek szintje 2004 óta összességében

<sup>(67)</sup> Ld. a TDI-5. (iv. rész) és a TDI-37. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

csökken. A metamfetaminhasználó kliensek ezekben az országokban átlagosan 25 évesek a kezelés megkezdésekor <sup>(68)</sup>.

A metamfetamin az utóbbi években más országokban is felbukkant a kábítószerpiacon, különösen Európa északi részén (Norvégiában, Svédországban, Lettországon, és kisebb mértékben Finnországban is), ahol láthatólag részben átvette az amfetamin helyét, mivel a felhasználók gyakorlatilag nem tudják megkülönböztetni a két szert.

### Ecstasy

A kábítószer előfordulására vonatkozó becslések azt mutatják, hogy az ecstasyt körülbelül 11 millió európai próbálta már, és nagyjából 2,5 millióan használták az elmúlt év folyamán (az adatok összefoglalását lásd a 7. táblázatban). A kábítószer előző évi használata a fiatal felnőttek körében koncentrálnak, és a férfiak – Görögország, Románia, Finnország és Svédország kivételével – minden országban sokkal magasabb szintű használatról számolnak be, mint a nők. Az ecstasyhasználat életprevalenciája a 15–34 éves korcsoportban 0,6% és 12,7% között mozog, de a legtöbb országból a 2,1–5,8%-os tartományon belüli becsléseket közölték <sup>(69)</sup>.

A 15–16 éves diákok körében az ecstasyhasználat életprevalenciája a 2007-ben vizsgált európai országok többségében 1–5% között mozgott. Magasabb előfordulásról csak négy ország számolt be: Bulgária, Észtország, Szlovákia (mindegyikben 6%) és Lettország (7%). Abból a négy országból, ahol 2009-ben iskolai felmérést végeztek (Olaszország, Szlovákia, Svédország, Egyesült Királyság), az ecstasy használatának 5%-os vagy annál alacsonyabb életprevalenciáját jelentették <sup>(70)</sup>.

A minőségi vizsgálatok betekintést adnak a stimulánsok „rekreációs” használatába az éjszakai élet különféle helyszíneit látogató fiatal felnőttek körében, szerte Európában. Ezek a vizsgálatok felhívják a figyelmet a fogyasztók kábítószer-használati profiljában tapasztalható jelentős különbségekre, ezen belül arra, hogy az elektronikus tánczenei helyszínek látogatói sokkal nagyobb valószínűséggel számolnak be a kábítószer-használatról, mint az éjszakai élet más helyszíneinek közönsége. Az éjszakai életben tapasztalt ecstasyhasználat előfordulására vonatkozó 2009-es adatok csak négy országból állnak rendelkezésre (Belgium, Cseh Köztársaság, Hollandia, Egyesült Királyság), de a közelmúltbeli (előző évi) használat bevallott szintjeit tekintve jelentős különbségeket mutatnak, a 10% és 75%

közötti tartományban. A mintavételi helyszíneken az ecstasy használata gyakoribb volt, mint az amfetaminoké.

A 2003–2009 közötti időszakban egy országból sem jelentették az ecstasyhasználat növekedését, viszont Észtország, Spanyolország, Németország, Magyarország és az Egyesült Királyság az előző évi ecstasyhasználat körülbelül egy százalékpontos csökkenéséről számolt be a 15–34 éves korcsoportban. Az országok között mindazonáltal vannak különbségek. Az átlagosnál magasabb szintű ecstasyhasználatról beszámoló országokban a kábítószer előző évi fogyasztása a 15–34 évesek körében jellemzően 3–5% között tetőzött a 2000-es évek elején (Észtország, Spanyolország, Szlovákia, Egyesült Királyság; lásd a 8. ábrát). Kivétel ez alól a Cseh Köztársaság, ahol az előző évi ecstasyhasználat becslések szerint 2008-ban 7,7%-on tetőzött, és 2009-ben 2,8%-ra esett vissza. A Cseh Köztársaságban a felmérési módszerek különbözősége nem teszi lehetővé a friss tendenciák megerősítését.

Az iskolai felmérések a 15–16 éves diákok körében összességében kevés változást mutatnak az ecstasy kipróbálásának szintjét tekintve. 2003 és 2007 között a legtöbb országból azt jelentették, hogy az ecstasy életprevalenciája ebben a csoportban alacsony és stabil, hét országból növekedést, háromból pedig csökkenést jelentettek – amihez a két százalékpontos különbséget tekintették küszöbértéknek. Az európai rekreációs helyszíneken végzett vizsgálatok az ecstasy prevalenciájának csökkenését jelezhetik. Amszterdamban a „coffee shopok” látogatói körében készült vizsgálat az ecstasy előző havi használatának meredek visszaesését mutatta, a 2001-es 23%-ról 2009-ben 6%-ra; a vizsgálat ezenkívül az amfetaminhasználat életprevalenciájában is csökkenést jelzett, 63%-ról 41%-ra ugyanebben az időszakban. Egy, az éjszakai életben rendszeresen elvégzett belga vizsgálat arról számolt be, hogy már nem az ecstasy a második leggyakrabban használt tiltott kábítószer. A korábbi felmérésekben az előző évi ecstasyhasználat mindig 15–20% között volt, 2009-ben viszont 10%-ra csökkent.

Kevés kábítószer-használó kér kezelést az ecstasyval összefüggő problémák miatt. 2009-ben az összes kezelésre jelentkező kliens kevesebb, mint 1%-a (1300) nevezte meg elsődleges szerként az ecstasyt. Az ecstasyhasználó kliensek 26 éves átlagéletkorukkal a legfiatalabbak közé tartoznak a kezelt drogfogyasztók között, a férfi–nő arány pedig három-négy az egyhez. Az ecstasyhasználó kliensek gyakran más anyagok, köztük az alkohol, kokain és kisebb

<sup>(68)</sup> Ld. a TDI-2. (i. rész), TDI-3. (iii. rész) és TDI-5. (ii. rész) és (iv. rész) táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben és a TDI-5. (ii. rész) táblázatot a 2006. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(69)</sup> Ld. a GPS-7. (iv. rész) táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(70)</sup> Ld. az EYE-11. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

**7. táblázat: Az ecstasyhasználat prevalenciája a normál 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	3,2%	0,7%
Tartomány	0,3–8,3%	0,1–1,6%
A legalacsonyabb prevalenciával rendelkező országok	Románia (0,3%) Görögország (0,4%) Málta (0,7%) Norvégia (1,0%)	Románia, Svédország (0,1%) Málta, Görögország (0,2%) Dánia, Lengyelország, Norvégia (0,3%)
A legmagasabb prevalenciával rendelkező országok	Egyesült Királyság (8,3%) Írország (5,4%) Spanyolország (4,9%) Lettország (4,7%)	Egyesült Királyság, Szlovákia (1,6%) Lettország (1,5%) Cseh Köztársaság (1,4%)
<b>15–34 évesek</b>		
A szerhasználók becsült száma Európában	7,5 millió	2 millió
Európai átlag	5,5%	1,4%
Tartomány	0,6–12,7%	0,2–3,2%
A legalacsonyabb prevalenciával rendelkező országok	Románia, Görögország (0,6%) Málta (1,4%) Lengyelország, Norvégia (2,1%) Portugália (2,6%)	Románia, Svédország (0,2%) Görögország (0,4%) Norvégia (0,6%) Lengyelország (0,7%)
A legmagasabb prevalenciával rendelkező országok	Egyesült Királyság (12,7%) Cseh Köztársaság (9,3%) Írország (9,0%) Lettország (8,5%)	Egyesült Királyság (3,2%) Cseh Köztársaság (2,8%) Szlovákia, Lettország, Hollandia (2,7%)

Az európai becslések kiszámításához a becsült nemzeti prevalenciákat súlyozták az egyes országokban a megfelelő korcsoportba tartozó népesség nagyságával. A szerhasználók összesített európai számának felbecsüléséhez a prevalenciára vonatkozó adatokkal nem rendelkező országokra az uniós átlagot alkalmazták (ezek a célpopuláció legfeljebb 3%-át képviselik). Az alapul vett populációk: 15–64 évesek, 336 millió; 15–34 évesek, 132 millió. Mivel az európai becslések a 2001 és 2009/2010 között (többnyire 2004–2008 között) elvégzett felméréseken alapulnak, egyik konkrét évre sem vonatkoznak. Az itt összefoglalt adatok a „Normálpopulációs vizsgálatok” részben találhatóak a 2011. évi statisztikai közlönyben.

mértékben a kannabisz és az amfetaminok egyidejű használatáról is beszámolnak <sup>(71)</sup>.

Az európai vizsgálatokban az ecstasy vagy az amfetaminok alkohollal kombinált használatát is jelezték. Kilenc európai országban a normálpopulációs vizsgálatok azt mutatják, hogy a rendszeres vagy erős alkoholfogyasztók körében az amfetaminok vagy az ecstasy használatának bevallott prevalenciája is sokkal magasabb a népesség átlagánál (EMCDDA, 2009b). Az ESPAD iskolai felmérések 22 országra vonatkozó adatai hasonlóképpen azt jelzik, hogy azoknak a 15–16 éves diákoknak, akik az elmúlt hónapban állításuk szerint ecstasyt használtak, 86%-a egy alkalommal öt vagy több alkoholtartalmú italt is elfogyasztott (EMCDDA, 2009d).

### Hallucinogén anyagok, GHB és ketamin

Európában az LSD használatának becsült életprevalenciája a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében nulla és 5,5% között mozog. Az elmúlt évi használatot tekintve

sokkal alacsonyabb szintű a prevalencia <sup>(72)</sup>. A néhány, összehasonlítható adatokat közlő országból többnyire azt jelzik, hogy hallucinogén gombokat többen használnak, mint LSD-t, az általános népességben és az iskolai diákok körében egyaránt. A hallucinogén gombok 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 legtöbb országból a hallucinogén gombok használatának 1–4% közötti életprevalenciáját jelentették, ennél magasabb szintről csak Szlovákiából (5%) és a Cseh Köztársaságból (7%) tudósítottak <sup>(73)</sup>.

A GHB és a ketamin becsült prevalenciája a felnőtt, illetve az iskolai népességben sokkal alacsonyabb, mint a kokain és az ecstasy becsült használata. E szerek használata azonban bizonyos csoportokban, helyszíneken és földrajzi területeken magasabb lehet. A közelmúltban Belgiumban, a Cseh Köztársaságban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban célzott felmérésekre került sor, amelyek felbecsülték a fenti anyagok használatának előfordulási arányát. E felmérések

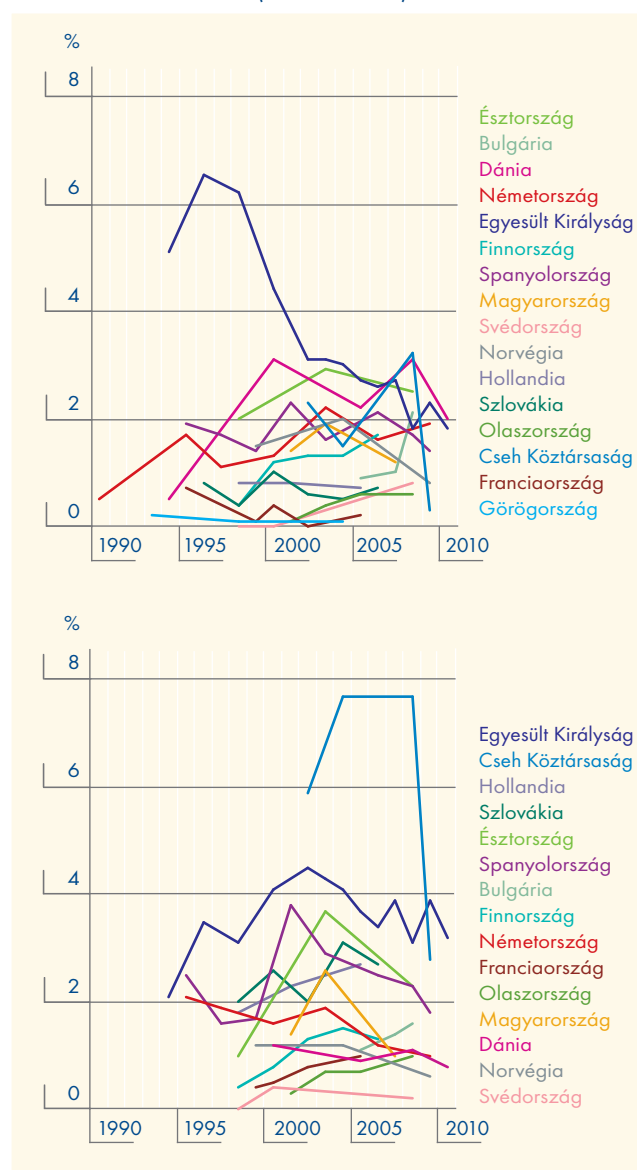
<sup>(71)</sup> Ld. a TDI-5., TDI-8. és a TDI-37. (i. rész), (ii. rész) és (iii. rész) táblázatokat a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(72)</sup> Ld. a GPS-1. táblázatokat a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(73)</sup> Az ESPAD adatai az összes országról, Spanyolország kivételével. Ld. az EYE-3. (v. rész) ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.



**8. ábra:** Az amfetaminok (fenti) és az ecstasy (lent) használatának előző évi prevalenciájában megfigyelt tendenciák a fiatal felnőttek körében (15–34 évesek)



Megjegyzés: Csak azoknak az országoknak az adatai szerepelnek, ahol az 1998–2009/2010 közötti időszakban legalább három felmérés készült. A Cseh Köztársaságban még keresik a felmérési eredmények közötti nagy különbségek okait, amelyek részben talán a módszerekben történt változtatásokhoz köthetők. Az adatok tájékoztató célt szolgálnak, de az összehasonlításokkal óvatosan kell bánni. További információért ld. a GPS-8. és a GPS-21. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

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

alapján a GHB használatának életprevalenciája 3,9–14,3% között van, az előző havi prevalencia pedig legfeljebb 4,6%. Ugyanezekben a felmérésekben a ketamin használatára vonatkozó becslések 2,9% és 62% között voltak az életprevalencia, és 0,3–28% között az előző havi használat esetében. A felmérések és az országok között számottevő különbségek vannak, például a ketamin használatának magas prevalenciája egyedül egy egyesült királysági zenei magazin 2010-es felmérésében jelent meg (Winstock, 2011).

Ebben a felmérésben a ketaminhasználat szintje nagyon sokkal magasabb a GHB-ra kapott eredményénél. A ketamin ilyen magas prevalenciája abból eredhet, hogy a válaszadók önként jelentkeztek a felmérésre, illetve a sajátos kábítószer-fogyasztói profiljuknak és attitűdjüknek is tulajdonítható. Hollandiából azt jelentették, hogy a ketamin némi népszerűsége tett szert a nyugati régióban, a divatot meghatározó személyek körében, de a nagyszabású partik látogatóközönségében az előző havi prevalencia szintje 2009-ben alacsonyabb maradt (1,2%), mint a GHB-é (4,6%). Az amszterdami „coffee shopok” látogatói körében a GHB előző havi használata 2009-ben 1,5% volt, ezáltal megegyezett az előző havi amfetaminhasználattal. Németországban, Észtországban, Franciaországban és Hollandiában sok minőségi tanulmány felhívta a figyelmet a GHB használatával összefüggő, eszméletvesztéshez vagy kómához vezető túladagolás magas észlelt kockázatára.

A partik vagy rekreációs helyszínek látogatóközönsége körében végzett ismételt felmérésekből nem lehetett általános tendenciákat megállapítani a GHB és a ketamin használatában, a bejelentett változások pedig a legtöbb esetben csekély mértékűek. Belgiumban a rekreációs helyszíneken készült vizsgálatok arról számoltak be, hogy a GHB és a ketamin előző havi használata 2008 és 2009 között 2%-ról 3%-ra emelkedett. A Cseh Köztársaságban az éjszakai szórakozóhelyeken végzett felmérések alapján a GHB előző évi prevalenciája a 2007-es 1,4%-ról 2009-re 3,9%-ra nőtt, a ketamin használata pedig ugyanebben az időszakban 2,2%-ról 2,9%-ra emelkedett. Az amszterdami „coffee shopok” látogatói körében viszont a GHB elmúlt havi használatának csökkenéséről számoltak be, a 2001-es 2,8%-ról 2009-ben 1,5%-ra. Az amszterdami tendenciák azonban nem reprezentatívak Hollandia többi részére nézve. Az egyesült királysági zenei magazin felmérésének válaszadói között is visszaesett a GHB előző havi használata – a 2009-es 1,7%-ról 2010-ben 1% alá –, és ugyanebben az időszakban a ketaminhasználat is csökkent, 32,4%-ról 28%-ra.

## Beavatkozások rekreációs körülmények között

A rekreációs körülmények között zajló kábítószer-fogyasztás magas szintjei ellenére csak 13 országból jelentették prevenció vagy ártalomcsökkentő beavatkozások végrehajtását ezeken a helyszíneken. A jelzett beavatkozások központi része továbbra is a tájékoztatás és a tanácsadás volt. Ez a beállítottság tetten érhető a Healthy Nightlife Toolbox („egészséges éjszakai élet eszközkészlet”) kezdeményezéshez tartozó beavatkozásokban is. Ez az uniós finanszírozású,

internetalapú kezdeményezés arra törekszik, hogy csökkentse az éjszakai életben folyó alkohol- és kábítószer-fogyasztásból eredő ártalmat. A „Demokrácia, városok és drogok II. (2008–2011)” programhoz tartozó, szintén uniós támogatású „Safer Nightlife” („biztonságosabb éjszakai élet”) projekt célja, hogy a tájékoztatáson túllépve fejlessze az éjszakai életben végzett prevenciós programokat és a szakembereknek szóló képzéseket.

A rekreációs körülmények között megvalósított ártalomcsökkentő stratégiák közelmúltbeli szisztematikus felülvizsgálata azt állapította meg, hogy ezekről ritkán készül értékelés, és a hatékonyságuk sem mindig egyértelmű (Akbar és mások, 2011). A felülvizsgálat megállapította, hogy a meglévő programok leggyakoribb típusa a rekreációs helyszíneken dolgozó kiszolgáló személyzetnek nyújtott képzést helyezte a középpontba. Ezek a programok jellemzően olyan témákkal foglalkoztak, hogy hogyan lehet felismerni a mérgezés jeleit, illetve hogy mikor és hogyan utasítsák vissza a vásárlók kiszolgálását. Az osztrák „taktisch klug” (okos taktika) projektben egyrészt a partirendezvények szervezőit segítik az előkészítő szakaszban, másrészt a partik látogatóinak kínálnak tanácsadást, hogy kritikusabban tudjanak viszonyulni a pszichoaktív anyagokhoz és a kockázatos viselkedéshez. Az ígéretesebb értékelési eredményekkel rendelkező programok közé tartozó, több komponensű környezeti modellekről elsősorban az észak-európai országok tudósítottak.

A nemzetközi éjszakai életben népszerű üdülőhelyeken végzett vizsgálatok azt mutatják, hogy ezek a helyszínek a kábítószer-használat megkezdésével, felerősödésével és kiújulásával egyaránt összefüggésbe hozhatók, és szerepet játszhatnak a drogg kultúra nemzetközi terjedésében. A kutatások egyes üdülőhelyeken a kábítószer-használat és a használata megkezdésének magas szintjére utalnak. Egy vizsgálat például, amelyet Spanyolországból, Németországból és az Egyesült Királyságból Ibiza-ra és Mallorca-ra látogató fiatalok (16–35 évesek) körében végeztek, nemzetiségek szerint, illetve a két üdülőhely között szignifikáns különbségeket talált a drogfogyasztás terén. A kábítószer-használat különösen az Ibiza-ra látogató spanyol és brit fiatalok között volt magas szintű, olyannyira, hogy az ott töltött vakáció alatt minden ötödik brit látogató kipróbált legalább egy új kábítószer (Bellis és mások, 2009).

## Kezelés

### Az amfetaminok problémás használata

Az amfetaminok használói számára az európai országokban elérhető kezelési lehetőségek gyakran az

### Az amfetaminok egészségügyi következményei

Az amfetaminok orvosi használatát számos mellékhatással összefüggésbe hozták, köztük anorexiával, álmatlansággal és fejfájással. Az amfetaminok tiltott használatát még több negatív következménnyel kapcsolják össze (EMCDDA, 2010d), ilyenek például a rövid távú negatív hatások (nyugalanság, remegés, szorongás, szédülés); az „összeomlás” vagy lecsengő utóhatás (depresszió, alvászavarok, öngyilkos viselkedés); a hosszú távú használat pszichológiai vagy pszichiátriai következményei (pszichózis, öngyilkos viselkedés, szorongás és erőszakos magatartás), valamint az elvonási tünetek széles körével járó függőség.

Az amfetaminok használatának egészségügyi következményeivel sok vizsgálat foglalkozott Ausztráliában és az Egyesült Államokban, ahol a metamfetamin használata, konkrétan a kristályos metamfetamin szívása a drogprobléma egyik fontos része. Bár a metamfetamin használata Európában viszonylag ritka, ezekről az egészségügyi hatásokról Európában is beszámoltak. A problémák közé sorolták az agyérrendszeri történéseket (az iszkémiás és vérzéses agyi érkatasztrófa veszélye), valamint az akut és krónikus szív-ér rendszeri kórképeket is (a szívfrekvencia és a vérnyomás hirtelen megemelkedése). Krónikus használat vagy már meglévő szív-ér rendszeri kórképek esetén ezek súlyos, akár halálos következményeket is kiválthatnak (miokardiális iszkémia és infarktus). Az egészségügyi hatások közé tartozik még a neurotoxicitás, a magzati fejlődés gátlása terhesség alatti amfetaminhasználat esetén és a fogbetegségek.

Bár az európai amfetaminhasználók körében az injektlás ritka, ez is növeli a fertőző betegségek veszélyét (HIV és hepatitis). A Cseh Köztársaságban a metamfetaminhasználók körében a kockázatos szexuális magatartás nagyarányú előfordulásáról számoltak be, ami miatt jobban ki vannak téve a szexuális úton terjedő betegségeknek. A cseh köztársasági, lettországi és hollandiai tanulmányok magasabb halálozási rátákat mutattak a függő vagy krónikus amfetaminhasználók körében. Az amfetaminokkal összefüggő halálozás felbecsülését azonban nehezíti a politoxikománia (többnyire a heroin és a kokain egyidejű használata).

amfetaminok problémás használatának helyi múltjához és mintáihoz igazodnak, amelyek az egyes országokban nagyon különbözők. A nyugat- és dél-európai országokban a kezelési rendszerek főként arra szakosodtak, hogy az opioidhasználók szükségleteit elégítsék ki. Bár az amfetaminok problémás használata ezekben az országokban alacsony szintű, a nekik szóló szolgáltatások hiánya meggátolhatja ezeket a szerhasználókat a kezelés igénybevitelében, különösen a társadalmilag integráltabb amfetaminhasználók esetében (EMCDDA, 2010d). Azokban az észak- és közép-európai országokban,

ahol az amfetaminok használatának kezelése hosszú hagyományokra tekint vissza, néhány program kifejezetten az amfetaminok fogyasztóinak igényeire van szabva. Azokban a közép- és kelet-európai országokban, ahol az amfetaminok nagyarányú problémás használata újabb keletű, a kezelési rendszerek elsősorban a problémás opioidhasználókra vannak berendezkedve, és lassan reagálnak az amfetaminokat használók igényeire. A nemzeti szakértők körében végzett 2008-as felmérés azt állapította meg, hogy az európai országok kevesebb mint feléből jelentették speciális kezelési programok meglétét az amfetaminokat használó, aktívan kezelést kérő kliensek számára.

Az amfetaminokat használó klienseknek szóló kezelés leggyakoribb formája a járóbeteg-ellátásban nyújtott pszichoszociális kezelés. A problémásabb szerhasználók, például azok, akiknél az amfetaminoktól való függőséget egyidejűleg fennálló pszichiátriai zavarok súlyosbítják, fekvőbeteg-ellátó szolgálatoknál, pszichiátriai klinikákon vagy kórházakban is kaphatnak kezelést. Európában a detoxifikáció kezdetén jelentkező korai megvonási tünetek kezelésére gyógyszereket, például antidepresszánsokat, nyugtatókat vagy antipszichotikumokat adnak, a detoxifikációt pedig általában erre szakosodott, fekvőbeteg-ellátó pszichiátriai osztályokon végzik. Az amfetaminok krónikus használatából eredő tartós pszichopatológia esetén időnként antipszichotikumokkal való, hosszabb távú kezelést írnak elő. Az európai szakemberek beszámolóí szerint az amfetaminok problémás használói által tanúsított pszichiátriai problémákat gyakran nehéz kezelni a terápiás közegben. Magyarországon az amfetaminok használóinak szóló kezelésre vonatkozó első szakmai protokollt 2008 elején adta ki az Egészségügyi Minisztérium. A protokoll tárgyalja a diagnózist, a gyógyszeres és a gyógyszermentes kezelés javallott struktúráját és más terápiás és rehabilitációs módszereket.

### **Tanulmányok az amfetaminoktól való függőség kezeléséről**

Bár a Cseh Köztársaságból és az Egyesült Királyságból beszámoltak valamilyen – korlátozott – helyettesítő gyógyszeres kezelésről, e módszer hatásosságának alátámasztására egyelőre nincsenek bizonyítékok. Az orvosok mindenestre aktívan keresik azokat a gyógyszeres terápiás lehetőségeket, amelyek segíthetnek az amfetaminoktól való függőség kezelésében. A központi idegrendszert serkentő dextroamfetamin metamfetaminhasználó betegeknél a tesztek során kedvező eredményeket mutatott a sóvárgás és az elvonási tünetek enyhítését, valamint a kliensek kezelésben való megtartását

tekintve, de a placebóval összehasonlítva nem csökkentette a metamfetamin használatát (Galloway és mások, 2011; Longo és mások, 2010). Az álmoság szabályozására használt gyógyszer, a modafinil metamfetaminfüggő személyekre gyakorolt hatását mérő vizsgálatok a munkamemória esetleges javulását állapították meg (Kalechstein és mások, 2010), de a placebóhoz képest nem találtak különbséget a kábítószer-használat mértéke, a kezelésben maradás, a depresszió vagy a sóvárgás szempontjából (Heinzerling és mások, 2010).

A bupropiont, egy antidepresszánt, amely a dohányzásról való leszokás támogatásához használtak, egy kísérletben kipróbálták metamfetaminfüggő, meleg férfiak egy kis csoportjánál (Elkashef és mások, 2008); az elért kedvező eredmények megerősítéséhez egy meggyőzőbb vizsgálatra van szükség. Egy másik kísérleti vizsgálat, amely a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar tüneteit próbálta kontrollálni problémás amfetaminhasználóknál, az elnyújtott felszabadulású metilfenidátot ötvözte heti rendszerességgű készségfejlesztő foglalkozásokkal, de a placebóval kezelt csoporttal összehasonlítva nem találtak különbséget (Konstenius és mások, 2010).

Ezen a területen még számos folyamatban lévő kísérletet jegyeztek fel, köztük az amfetaminfüggőségre és metamfetaminfüggőségre adott, elnyújtott felszabadulású naltrexonnal foglalkozó vizsgálatot, a monoamin-antagonista, angiotenzin-konvertáló enzimet gátló, *N*-acetilciszteint, rivasztigmin és vareniklin vizsgálatát.

A metamfetaminnal kapcsolatos problémák elleni pszichológiai és viselkedési beavatkozásokkal kevés vizsgálat foglalkozik. Egy ausztrál tanulmányban két, metamfetaminhasználatú foglalkozó pszichológiai módszert próbáltak összehasonlítani, de a résztvevők lemorzsolódási aránya túl nagy volt ahhoz, hogy szignifikáns eredményeket érjenek el (Smout és mások, 2010). Az ezen a területen bejegyzett, folyamatban lévő kísérletek a motivációs interjúk és a kognitív viselkedési készségfejlesztés metamfetaminfüggőségre gyakorolt hatását vizsgálják.

### **Gamma-hidroxi-vajsav-függőség és kezelése**

A gamma-hidroxi-vajsavtól (GHB) való függőség elismert klinikai állapot, és potenciálisan súlyos megvonási szindrómával járhat, amennyiben rendszeres vagy krónikus használat után hirtelen felhagynak a kábítószer fogyasztásával. A bizonyítékok azt mutatják, hogy a fizikai függőség rekreációs szerhasználóknál is előfordulhat, és vannak olyan dokumentált esetek, amikor a GHB és prekursorai használatának abbahagyásakor

elvonási tünetek jelentkeztek. GHB-függőségről korábbi alkoholistáknál is beszámoltak (Richter és mások, 2009).

A rendelkezésre álló tanulmányok elsősorban a GHB elvonási szindróma és a kapcsolódó komplikációk leírására koncentrálnak, amelyeket sürgősségi esetekben olykor nehéz felismerni (van Noorden és mások, 2009). E tünetek közé tartozhat a nyugtalanság, a szorongásrohamok, az álmatlanság, a verejtékezés, a tachycardia és a magas vérnyomás. A betegeknél az elvonás alatt pszichózis és delírium is kialakulhat. Az enyhe lefolyású elvonás járóbeteg-ellátásban is kezelhető, egyébként ajánlott

a fekvőbeteg-felügyelet. Egyelőre nem készült még standard protokoll a GHB elvonási szindróma kezelésére.

A GHB használatához kapcsolódó akut problémák kezelésére gyógyszerként leggyakrabban benzodiazepineket és barbiturátokat használnak. Az Egyesült Államokban most zajlik egy kiskaliberű vizsgálat a lorazepam benzodiazepin és a pentobarbital barbiturát összehasonlítására, a GHB-függő személyek szubjektív elvonási tüneteinek enyhítése szempontjából. Hollandiában a most folyó kutatások célja, hogy bizonyítékokon alapuló útmutatásokat állítsanak össze a GHB-függőség kezeléséhez.



## 5. fejezet

### Kokain és crack kokain

#### Bevezetés

Európában továbbra is a kokain a második leggyakrabban használt tiltott kábítószer, bár az előfordulásának szintjei és tendenciái országonként igen eltérően alakulnak. A kokainhasználat magas szintjeit csak néhány, többnyire nyugat-európai országban figyelték meg, máshol változatlanul korlátozott mértékű e kábítószer fogyasztása. A kokainhasználók között ugyancsak jelentős különbségek lehetnek, beleértve az alkalmi kokainhasználókat és a társadalmilag integráltabb rendszeres használókat, akik rendszerint kokainport szippantanak, illetve marginalizáltabb, gyakran függő használókat, akik injektálják a kokaint vagy crack kokaint használnak.

#### Kínálat és hozzáférhetőség

##### Termelés és kereskedelem

A kokain forrása, a kokacserje termesztése változatlanul az Andok három országában, Kolumbiában, Peruban

és Bolíviában koncentrálódik. Az UNODC (2011) úgy becsülte, hogy a kokacserjével megművelt terület 2010-ben 149 000 hektár volt, ami 6%-os csökkenést jelent a 2009-ben becsült 158 000 hektárhoz képest. Ez a csökkenés nagyjából a kolumbiai kokatermesztő terület csökkentésének tulajdonítható, amelyet részben ellensúlyozott a perui és bolíviai növekedés. A 149 000 hektárnyi kokacserje termesztése átszámítva 786 és 1054 tonna közötti tiszta kokain előállítását jelentette, szemben a 2009-ben becsült 842–1111 tonnával (UNODC, 2011).

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. 2009-ben Kolumbiában 2900 kokainlaboratóriumot számoltak fel (UNODC, 2011), és összesen 23 tonna kálium-permanganátot foglaltak le (a globális lefoglalások 90%-a) (INCB, 2011a).

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

	Kokainpor (hidroklorid)	Crack (kokainbázis) <sup>(1)</sup>
<b>Becsült globális termelés (tonna)</b>	786–1054	n.a.
<b>Globális lefoglalt mennyiség (tonna)</b>	732 <sup>(2)</sup>	n.a.
<b>Lefoglalt mennyiség (tonna)</b>		
<b>Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt) <sup>(3)</sup></b>	49 (49)	0,09 (0,09)
<b>Lefoglalások száma</b>		
<b>Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)</b>	98 500 (99 000)	7500 (7500)
<b>Átlagos kiskereskedelmi ár (EUR/gramm)</b>		
<b>Tartomány (Interkvartilis tartomány) <sup>(4)</sup></b>	45–104 (50,2–78,2)	55–70
<b>Átlagos tisztaság (%)</b>		
<b>Tartomány (Interkvartilis tartomány) <sup>(4)</sup></b>	18–51 (25,0–38,7)	6–75

<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 431–562 tonna tiszta kokainnak felel meg.

<sup>(3)</sup> A 2009-ben lefoglalt kokain teljes mennyiségét valószínűleg alábecsülik, ami nagyrészt abból ered, hogy Hollandiáról még nincsenek friss adatok, noha ez az ország 2007-ig viszonylag nagy lefoglalásokat jelentett be. 2008-as és 2009-es adatok hiányában a Hollandiára vonatkozó értékeket nem lehetett szerepeltetni a 2009-ről szóló európai becslésekben.

<sup>(4)</sup> A bejelentett adatok középső felének tartománya.

Megjegyzés: Mindegyik adat 2009-re vonatkozik; n.a.: nincs adat.

Forrás: UNODC (2011) a globális értékek esetében, Reitox nemzeti fókuszpontok az európai adatok esetében.

Úgy tűnik, hogy az Európába tartó kokainszállítmányok a legtöbb dél- és közép-amerikai országon áthaladnak, de főként Argentínán, Brazílián, Ecuadoron, Venezuelán és Mexikón mennek keresztül. 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 2007 óta „komoly visszaesést” jelentettek (UNODC, 2011), a kábítószer valószínűleg még mindig jelentős mennyiségekben halad át a régióon (EMCDDA és Europol, 2010).

Úgy tűnik, a kokain legnagyobb részét Spanyolországban, Hollandiában és Portugáliában, illetve kisebb mértékben Belgiumban kerül be Európába. A jelentések Európán belül Németországot, Franciaországot és az Egyesült Királyságot említik rendszeresen a fontos tranzit- vagy célországok között. Az Egyesült Királyság becslései szerint évi 25–30 tonna kokaint importálnak az országba. A frissebb jelentések azt is jelezték, hogy a kokainkereskedelem esetleg kelet felé terjeszkedhet (EMCDDA és Europol, 2010; INCB, 2011b). Tizenkét közép- és kelet-európai ország összesített számadatai a kokainlefoglalások számának növekedését mutatják – a 2004-ben bejelentett 666 esetről 2009-ben 1232-re –, de ezek az európai összesítésben még mindig csak körülbelül 1%-ot képviselnek. A régióban lefoglalt kokain mennyisége 2008 és 2009 között több mint kétszeresére nőtt, főként az általában heroinkereskedelemmel kapcsolatban említett balkáni útvonal mentén elhelyezkedő két országban, Bulgáriában (0,23 tonna) és Romániában (1,3 tonna) történt rekordnagyságú lefoglalások miatt.

## Lefoglalások

A marihuána és a hasis után a kokain a legtöbbet forgalmazott kábítószer a világon. 2009-ben a kokain globális lefoglalásai lényegében nem változtak, körülbelül 732 tonnán maradtak (8. táblázat) (UNODC, 2011). A lefoglalt mennyiség legnagyobb részéért, globálisan nézve a 60%-áért változatlanul Dél-Amerika felelt, utána következett Észak-Amerika 18%-kal, majd Európa 8%-kal (UNODC, 2011).

Az európai kokainlefoglalások száma az utóbbi 20 évben folyamatosan emelkedett, és 2004 óta ez még hangsúlyosabb, így 2009-ben az esetek becsült száma elérte a 99 000-et. A teljes lefoglalt mennyiség 2006-ban tetőzött, azóta viszont a felére csökkent; 2009-ben 49 tonnára becsülték. Ez a csökkenés nagyjából

a Spanyolországban és Portugáliában felderített mennyiségek visszaesésének tulajdonítható<sup>(74)</sup>, noha azt nem lehet tudni, hogy ez mennyiben ered a kereskedelmi útvonalak és gyakorlatok vagy a bűnüldözési prioritások megváltoztatásából. 2009-ben Európán belül továbbra is Spanyolországból számoltak be a legnagyobb számú kokainlefoglalásról és a kábítószerből lefoglalt legnagyobb mennyiségekről – ami mindkét szempontból az összes lefoglalás körülbelül felét jelentette. Ez azonban csak előzetes helyzetkép, mivel Hollandiából nem állnak rendelkezésre friss adatok. Az utolsó adatokkal rendelkező évben, 2007-ben Hollandiából körülbelül 10 tonna kokain lefoglalását jelentették.

## Tisztaság és ár

A 2009-re vonatkozó adatokat közlő országok felében 25–43% között mozgott a vizsgált kokainminták átlagos tisztasága. A legalacsonyabb értékeket Dániából (csak a kiskereskedelemben, 18%) és az Egyesült Királyságból (Anglia és Wales, 20%) jelentették, a legmagasabbakat pedig Belgiumból (51%), Spanyolországból és Hollandiából (49%)<sup>(75)</sup>. A kokain tisztaságában a 2004–2009 közötti időszakban tapasztalható tendenciák elemzéséhez huszonegy ország közül elegendő adatot, közülük 19 országból csökkenést jelentettek, kettőben nem volt változás (Németország, Szlovákia), Portugáliában pedig növekedést figyeltek meg. A kokain tisztasága becslések szerint az Európai Unióban összességében átlagosan 20%-kal esett vissza a 2004–2009 közötti időszakban<sup>(76)</sup>.

A kokain átlagos kiskereskedelmi ára grammonként 50 euró és 80 euró között mozgott a 2009-es adatokat közlő országok többségében. A legalacsonyabb átlagárát az Egyesült Királyságból (45 euró), a legmagasabbat pedig Luxemburgból (104 euró) jelentették. Az összehasonlításhoz elegendő adattal rendelkező országok szinte mindegyikéből a kokain kiskereskedelmi árának stabilizálódását vagy csökkenését jelentették a 2004 és 2009 közötti időszakban. A 2004–2009 közötti időszakban a kokain kiskereskedelmi ára az Európai Unióban becslések szerint átlagosan 21%-kal csökkent<sup>(77)</sup>.

## Előfordulás és használati minták

### Kokainhasználat az általános népesség körében

Európában a kannabisz után továbbra is a kokain áll a második helyen a legtöbbször kipróbált kábítószer

<sup>(74)</sup> Ld. az SZR-9. és az SZR-10. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(75)</sup> A tisztaságra és az árra vonatkozó adatokért ld. a PPP-3. és a PPP-7. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(76)</sup> Ld. a PPP-2. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(77)</sup> Ld. a PPP-1. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

## A kábítószer nagy- és kiskereskedelmi ára: kokain

A kábítószer nagykereskedelmi ára az az ár, amelyet egy országon belüli terjesztésre szánt nagy mennyiségekért fizetnek, a kiskereskedelmi ár pedig a szerhasználó által fizetett ár. A kettő összehasonlításával becsléseket lehet készíteni arról, hogy a kábítószer-kereskedők mekkora maximális haszonkulcsra tehetnek szert a kiskereskedelmi piacon.

Az EMCDDA 14 európai országból összegyűjtött friss adatai azt mutatják, hogy 2008-ban az egy kilogrammos kokainszállítmányok nagykereskedelmi árát 31 000 és 58 000 euró közé lehetett becsülni, de a legtöbb országból 35 000 euró körüli számadatokat jelentettek. Az ilyen szállítmányok átlagos tisztasági foka a bejelentéskor közel 70% volt.

A kokain kiskereskedelmi ára 2008-ban egy kilogrammnak megfelelő mennyiség esetén ezekben az országokban 50 000 és 80 000 euró között mozgott, ezáltal tehát 25–83%-kal volt magasabb a nagykereskedelmi árnál. A tisztaság a nagykereskedelmitől a kiskereskedelmi piac felé haladva csökkent, utóbbi szinten a jelentések szerint átlagosan 13–60% között volt, országtól függően. Ahhoz azonban további adatokra van szükség, hogy pontosan fel lehessen becsülni a nagykereskedelmi és kiskereskedelmi szint közötti, a tisztaságnak megfelelően kiigazított árkülönbségeket.

A módszerekről és az Európában elérhető adatokról a kábítószer nagykereskedelmi áraitól szóló, 2011-ben kiadott kísérleti EMCDDA-jelentés ad áttekintést.

sorában, noha használata néhány magas prevalenciával rendelkező országra korlátozódik, amelyek közül némelyik nagy népességű. Becslések szerint körülbelül 14,5 millió európai használ már kokaint életében legalább egyszer; ez átlagosan az összes 15–64 év közötti felnőtt 4,3%-a (az adatok összefoglalását lásd a 9. táblázatban).

Az országos számadatok 0,1% és 10,2% között mozognak, de a 24 adatközlő ország fele – köztük a közép- és kelet-európai országok többsége – alacsony életprevalenciákról számolt be (0,5–2,5%).

Becslések szerint körülbelül 4 millió európai használta a kábítószer az elmúlt évben (átlagosan 1,2%).

A közelmúltban készült országos felmérések az előző évi prevalenciát nulla és 2,7% közé teszik. A kokainhasználat becsült előző havi prevalenciája Európában a felnőtt népesség körülbelül 0,5%-át jelenti, avagy 1,5 millió főt.

Az európai átlagot meghaladó előző évi kokainhasználatot Írországból, Spanyolországból, Olaszországból, Ciprusról és az Egyesült Királyságból jelentettek. Ezen országok

mindegyikében az előző évi prevalenciára vonatkozó adatok azt mutatják, hogy a kokain a leggyakrabban használt tiltott stimuláns.

## Kokainhasználat a fiatal felnőttek körében

Európában becslések szerint körülbelül 8 millió fiatal felnőtt (15–34 évesek) avagy átlagosan 5,9% használ már kokaint életében legalább egyszer. Az országos adatok 0,1% és 13,6% között mozognak. Az elmúlt évi kokainhasználat európai átlagát ebben a korcsoportban 2,1%-ra (kb. 3 millió fő), az elmúlt havi használatot 0,8%-ra becsülik (1 millió fő).

A használat különösen a fiatal férfiak (15–34 évesek) körében gyakori, Dániából, Spanyolországból, Írországból, Olaszországból és az Egyesült Királyságból a kokainhasználat 4–6,7% közötti előző évi prevalenciáját jelentették<sup>(78)</sup>. A fiatal felnőttek körében a kokainhasználat előző évi prevalenciáját tekintve az adatközlő országok közül 13-ban legalább kettő az egyhez volt a férfiak és a nők aránya<sup>(79)</sup>.

## Nemzetközi összehasonlítások

A kokainhasználat becsült előző évi prevalenciája az Európában élő fiatal felnőttek körében összességében alacsonyabb (2,1%), mint az Ausztráliában (a 14–39 évesek körében 3,4%), Kanadában (3,3%) és az Egyesült Államokban (a 16–34 évesek körében 4,1%) élő társaiknál. Spanyolországból (4,4%) és az Egyesült Királyságból (4,8%) azonban magasabb számokat jelentettek (9. ábra). Fontos megjegyezni, hogy az országok közötti kis különbségeket óvatosan kell értelmezni.

## Kokainhasználat a diákok körében

A rendelkezésre álló legfrissebb felmérésekben részt vevő 15–16 éves diákoknál a kokainhasználat életprevalenciája a 29 adatközlő ország több mint felében 1–2% között volt. A maradék országok többségéből 3–4% közötti prevalenciaszinteket jelentettek, Franciaországból és az Egyesült Királyságból pedig 5%-ot. Ahol az idősebb diákokról (17–18 évesek) is vannak adatok, a kokainhasználat életprevalenciája általában magasabb, Spanyolországban eléri a 8%-ot<sup>(80)</sup>.

## A kokainhasználat tendenciái

Az európai kokainhasználat különböző minták szerint alakult. Spanyolországban és az Egyesült Királyságban, a kokainhasználat legmagasabb előfordulási arányával rendelkező két országban a kábítószer használata az

<sup>(78)</sup> Ld. a GPS-13. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(79)</sup> Ld. a GPS-5. (iii. rész) és (iv. rész) táblázatát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(80)</sup> Ld. az EYE-10–EYE-30. táblázatát a 2011. évi statisztikai közlönyben.



**9. táblázat: A kokainhasználat prevalenciája a normál 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	14,5 millió	4 millió	1,5 millió
Európai átlag	4,3%	1,2%	0,5%
Tartomány	0,1–10,2%	0,0–2,7%	0,0–1,3%
A legalacsonyabb prevalenciával 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%) Cseh Köztársaság, Málta, Svédország, Lengyelország, Litvánia, Észtország, Finnország (0,1%)
A legmagasabb prevalenciával rendelkező országok	Spanyolország (10,2 %) Egyesült Királyság (8,8 %) Olaszország (7,0 %) Írország (5,3 %)	Spanyolország (2,7 %) Egyesült Királyság (2,5 %) Olaszország (2,1 %) Írország (1,7 %)	Spanyolország (1,3 %) Egyesült Királyság (1,1 %) Ciprus, Olaszország (0,7 %) Ausztria (0,6 %)
<b>15–34 évesek</b>			
A szerhasználók becsült száma Európában	8 millió	3 millió	1 millió
Európai átlag	5,9%	2,1%	0,8%
Tartomány	0,1–13,6%	0,1–4,8%	0,0–2,1%
A legalacsonyabb prevalenciával 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, Norvégia (0,1%) Cseh Köztársaság, Magyarország, Észtország (0,2%)
A legmagasabb prevalenciával rendelkező országok	Spanyolország (13,6%) Egyesült Királyság (13,4%) Dánia (8,9%) Írország (8,2%)	Egyesült Királyság (4,8%) Spanyolország (4,4%) Írország (3,1%) Olaszország (2,9%)	Egyesült Királyság (2,1%) Spanyolország (2,0%) Ciprus (1,3%) Olaszország (1,1%)
Az európai becslések kiszámításához a becsült nemzeti prevalenciákat súlyozták az egyes országokban a megfelelő korcsoportba tartozó népesség nagyságával. A szerhasználók összesített európai számának felbecsüléséhez a prevalenciára vonatkozó adatokkal nem rendelkező országokra az uniós átlagot alkalmazták (ezek a célpopuláció legfeljebb 3%-át képviselik). Az alapul vett populációk: 15–64 évesek, 336 millió; 15–34 évesek, 132 millió. Mivel az európai becslések a 2001 és 2009/2010 között (többnyire 2004–2008 között) elvégzett felméréseken alapulnak, egyik konkrét évre sem vonatkoznak. Az itt összefoglalt adatok a „Normálpopulációs vizsgálatok” részben találhatóak a 2011. évi statisztikai közlönyben.			

1990-es évek végén nagymértékben megemelkedett, majd egy valamivel stabilabb, de összességében emelkedő tendencia állt be. Négy másik országban (Dánia, Írország, Olaszország, Ciprus) a prevalencia növekedése kevésbé volt markáns, és később következett be. Ezek az országok kivétel nélkül a kokain 2,1%-os uniós átlagot meghaladó előző évi prevalenciájáról számoltak be a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében (9. ábra). A hat ország közül négyből általános növekedést jelentettek az utóbbi 10 évben, bár a legfrissebb felmérésükben csökkenést figyeltek meg (Dánia, Spanyolország, Olaszország, Egyesült Királyság), a Kanadában és az Egyesült Államokban tapasztalt tendenciát tükrözve (10. ábra). A másik két országból a legújabb felmérés alapján emelkedésről számoltak be: Írországban a 2003-as 2,0%-hoz képest 2007-re 3,1%-ra, Cipruson a 2006-ban mért 0,7%-ról 2009-re 2,2%-ra nőtt az előző évi prevalencia.

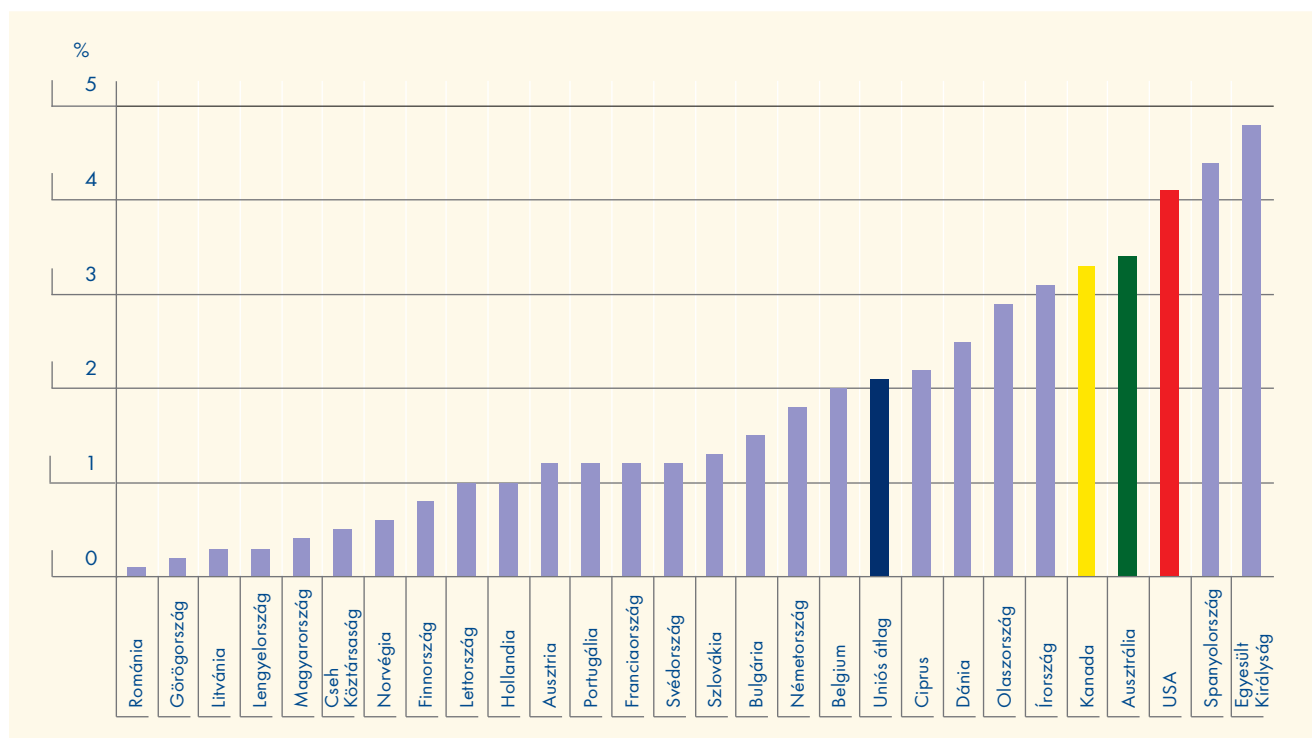
További 17, ismételt felmérésekkel rendelkező országban a kokainhasználat viszonylag alacsony szintű, és

a legtöbb esetben stagnál. Kivétel lehet ez alól Bulgária és Svédország, ahonnan a növekedés jeleiről számoltak be, illetve Norvégia, ahol a tendencia csökkenni látszik. Nem szabad elfelejteni azonban, hogy az alacsony prevalencia mellett történő kis változások értelmezésekor körültekintően kell eljárni. Bulgáriában a kokain elmúlt évi használata a fiatal felnőttek körében a 2005-ös 0,7%-ról 2008-ban 1,5%-ra emelkedett, Svédországban pedig a 2000-ben mért nulláról 2008-ig 1,2%-ra nőtt<sup>(81)</sup>. Norvégiában a 2004-es 1,8%-ról 2009-re 0,8%-ra csökkent a használat.

Abból a négy országból, ahol 2009–2010-ben országos iskolai felmérést végeztek (Olaszország, Szlovákia, Svédország, Egyesült Királyság), csak Szlovákiából jelentették a kokainhasználat életprevalenciájának egy százalékpontot meghaladó változását (csökkenését) a 15–16 éves diákok körében. Németországban a közelmúltban, idősebb diákok körében végzett felmérés azt állapította meg, hogy a Frankfurtban élő 15–18 éves diákok között a kokain bevallott életprevalenciája

<sup>(81)</sup> Ld. a GPS-14. (i. rész) ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

**9. ábra:** A kokainhasználat előző évi prevalenciája 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 (2007, 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 korszávrá. Az ausztráliai adatok 2007-re vonatkoznak, a Kanadából és az USA-ból származók 2009-re. További információért ld. a GPS-20. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok, AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

2008-ban enyhén nőtt, 6%-ra, majd 2009-ben 3%-ra esett vissza.

A célzott vizsgálatok hasznos betekintést adhatnak a tánczenei és egyéb rekreációs helyszíneket látogató fiatal drogfogyasztók magatartásába. Bár ezek a felmérések általában a kokain magas prevalenciáját jelzik, az újabb vizsgálatok néhány európai országban csökkenést mutatnak. Az amszterdami „coffee shopok” látogatói körében végzett vizsgálat például a kokainhasználat életprevalenciájának visszaesését mutatta, a 2001-es 52%-ról 2009-ben 34%-ra, az előző havi használat pedig 19%-ról 5%-ra csökkent ugyanebben az időszakban<sup>(82)</sup>. Ugyancsak Hollandiában egy kvalitatív tendenciafigyelő azt jelezte, hogy a 20–24 évesek korábbi generációival összehasonlítva a mostani korosztály tagjai kevesebb érdeklődést mutatnak a kokain használata iránt. Egy belga vizsgálat alapján, amelyet 2003 óta rendszeresen elvégeznek az éjszakai élet helyszínein, a 2003–2007-es időszakban 11%-ról 17%-ra nőtt az előző évi kokainhasználat, ezt követően pedig 13%-ra csökkent a 2009-es vizsgálatban. A Cseh Köztársaságban a hasonló felmérések szerint a kokainhasználat életprevalenciája a 2007-es 19%-ról 2009-ben 23%-ra emelkedett. Az ilyen

megállapításokat azonban más adatsoroknak is alá kell támasztaniuk.

### A kokainhasználat mintái

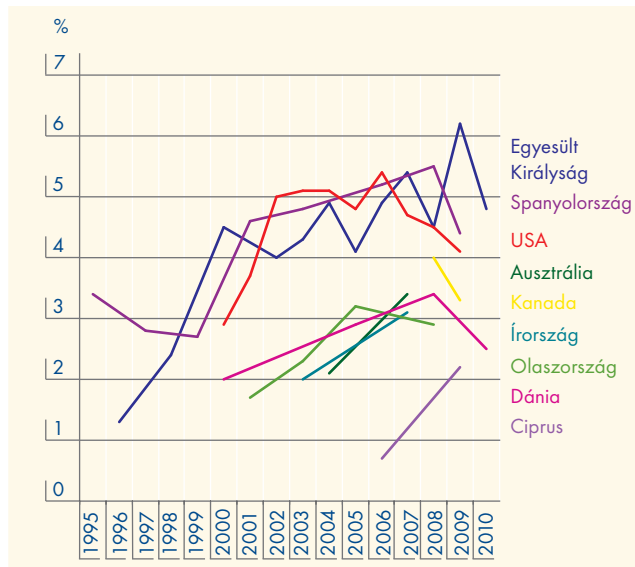
A felmérések azt mutatják, hogy a kokainhasználat – rekreációs körülmények között – erősen összekapcsolódik az alkoholfogyasztással. Kilenc ország normálpopulációs vizsgálatának adataiból kitűnik, hogy a kokainhasználat prevalenciája kétszer–kilencszer nagyobb az alkalmoszerűen nagy mennyiségű alkoholt fogyasztók körében<sup>(83)</sup>, mint a normál népességben (EMCDDA, 2009b). A felmérések azt is kimutatták, hogy a kokainhasználat más tiltott kábítószeres használatával is összefügg. A 2009/10-es brit bűnügyi felmérés adatainak elemzése alapján például azt állapították meg, hogy azoknak a felnőtteknek (16–59 évesek), akik az elmúlt évben kokainport használtak, 89%-a más kábítószeret is használt, míg a kannabiszhasználók közül ez csak 42%-ra igaz (Hoare és Moon, 2010).

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).

<sup>(82)</sup> Meg kell jegyezni, hogy az amszterdami tendenciák Hollandia egészére nézve nem reprezentatívak.

<sup>(83)</sup> Az alkalmoszerű nagymértékű alkoholfogyasztás, más néven a nagyívás definíció szerint egyazon alkalommal hat vagy több pohár alkoholtartalmú ital elfogyasztását jelenti, az elmúlt év folyamán hetente legalább egyszer.

**10. ábra:** A kokainhasználat előző évi prevalenciájának alakulása a fiatal felnőttek körében a hat legmagasabb prevalenciájú uniós tagállamban, Ausztráliában, Kanadában és az USA-ban



Megjegyzés: További információért ld. a GPS-14. (ii. rész) ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok, AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

A rendszeresebb kokainhasználók körében két nagy csoportot lehet megkülönböztetni. Az első csoportot azok a „társadalmilag jobban integrált” szerhasználók alkotják, akik jellemzően hétfégenként, bulikon vagy más különleges alkalmakkor használnak kokaint, néha nagy mennyiségben. Az ilyen szerhasználók közül sokan azt állítják, hogy kokainhasználatukat uralni tudják azzal, hogy szabályokat állítanak például a mennyiségre, a gyakoriságra vagy a használat körülményeire vonatkozóan (Reynaud-Maurupt és Hoareau, 2010). Néhányuknál 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; Toneatto és mások, 1999).

A második csoportot a társadalmilag marginalizáltabb vagy hátrányosabb helyzetű csoportokhoz tartozó intenzív kokainhasználók és crackhasználók alkotják, és közéjük tartozhatnak a korábbi vagy jelenlegi opioidhasználók, akik cracket használnak vagy intravénásan alkalmazzák a kokaint (Prinzleve és mások, 2004).

## A kokainhasználat egészségügyi következményei

A kokainhasználat egészségügyi következményeit valószínűleg alábecsülik. Ez részben talán a hosszú távú

kokainhasználatból eredő jellemző kórképek gyakran tisztázatlan vagy krónikus voltának tulajdonítható (lásd a 7. fejezetet). A rendszeres használat – a szippantásos használatot is beleértve – szív-ér rendszeri, neurológiai és pszichiátriai problémákkal, balesetveszéllyel és a fertőző betegségek átadásának veszélyével járhat a védekezés nélküli szex miatt (Brugal és mások, 2009), illetve esetleg a szívócsövek közös használata miatt is (Aaron és mások, 2008), amelyet mintha egyre több bizonyíték támasztana alá (Caiiffa és mások, 2011). 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). Spanyolországban például úgy tűnik, hogy a kokainhasználatnak a kábítószerrel összefüggő kórházi sürgősségi esetek jelentős részében szerepe van, és egy friss spanyol vizsgálat azt jelezte, hogy a hirtelen halálos esetek 3%-a kapcsolatba hozható a kokainnal (Lucena és mások, 2010). Dániában a használat növekedései egybeestek a kokainnal összefüggő sürgősségi esetek számának megemelkedésével, amely az 1999-es 50 eset után 2009-re közel 150-re nőtt.

A kokainhasználók körében 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 intravénás használattal járó veszélyek, beleértve a fertőző betegségek átadását és a túladagolást (EMCDDA, 2007a).

## 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 kokainhasználókként. E populáció becslött mérete közelítőleg megegyezik azoknak a számával, akik potenciálisan segítségre szorulnak. A becslésekben általában alulreprezentáltak a társadalmilag jobban integrált problémás kokainhasználók.

A problémás kokainhasználókról országos becslések csak Olaszországból vannak, ahol a számukat 2009-ben körülbelül 178 000-re teszik (4,3–4,7/1000 fő a 15–64 éves népességben) <sup>(84)</sup>. A problémás kokainhasználat alakulására vonatkozó adatok és más adatforrások (pl. a kezelésbe lépők) Olaszországban a problémás kokainhasználat fokozatos növekedését jelzik.

A crackhasználat a társadalmilag integrált kokainhasználók körében szokatlan, általában csak a marginalizált,

<sup>(84)</sup> Ld. a PDU-102. (i. rész) táblázatát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

## A kokain és az alkohol

A kokainhasználók gyakran alkoholt is fogyasztanak. A populációs vizsgálatok azt mutatják, hogy a kokainhasználat és az alkoholfogyasztás – különösen az alkalomszerű, nagy mennyiségű alkoholfogyasztás – gyakran összekapcsolódik. Két vizsgálat pedig azt állapította meg, hogy a kezelés alatt álló, kokainfüggő szerhasználók több mint fele alkoholfüggő is.

E kombináció népszerűsége részben a közeggel magyarázható, mivel mindkét anyag erősen kötődik az éjszakai élethez és a szórakozóhelyekhez, de farmakológiai tényezőknek is szerepük van. A két anyag kombinálásával elért „csúcs” a szerhasználók érzékelése szerint túllép bármelyiknek az egymagában vett hatásán. Emellett a kokain mérsékelheti az alkohol okozta itasság hatásait, és az alkohol kiváltotta magatartási és pszichomotoros deficitet némelyikét is ellensúlyozhatja. Az alkoholt arra is használják, hogy enyhítse a kokainos „csúcs” lecsengése utáni rossz közérzetet. Ebből a szempontból a kombinált használat mindkét szer fogyasztását fokozhatja.

Az alkohol és a kokain egyidejű használata dokumentált veszélyekkel és toxikus hatásokkal jár, ideértve a szívfrekvencia emelkedését, a szisztolés vérnyomás emelkedését, ami szív-ér rendszeri komplikációkhoz, valamint a kognitív és motoros funkciók károsodásához vezethet. Retrospektív vizsgálatok alapján azonban úgy tűnik, hogy a kombinált használat nem okoz több szív-ér rendszeri problémát, mint amennyi az egyes kábítószeres pluszhasználatától elvárható (Pennings és mások, 2002). A kombinált használat ezenkívül egy új anyag, a májban képződő kokaetilén nevű metabolit képződéséhez vezet. Vitatott kérdés, hogy a kokaetilén felelős-e az emelkedett szívfrekvenciáért és a kardiotoxicitásért.

Bővebb információért lásd EMCDDA (2007a).

hátrányos helyzetű csoportokban fordul elő – például a szexmunkások, problémás opioidhasználók körében –, és nagyjából városi jelenség. Londonban a crackhasználatot a város kábítószer-problémája egyik meghatározó elemének tekintik. A crack kokain használatára vonatkozó regionális becslések csak Angliából állnak rendelkezésre (Egyesült Királyság), ahol a crack kokain problémás használóinak számát 2008/09-ben 189 000-re becsülték, ami a 15–64 éves népességben 1000 főre jutó 5,5 (5,4–5,8) esetnek felel meg. E crackhasználók többsége a jelentések szerint opioidhasználó is.

## Kezelési igény

A problémás kokainhasználatba nagyobb betekintést adhatnak a kokainhasználat miatt kezelésbe lépő személyek számára és tulajdonságaira vonatkozó adatok.

A bejelentett kokainhasználó klienseket szinte minden esetben járóbeteg-ellátó központokban kezelik, bár lehetnek olyanok, akiket magánklinikákon kezelnek, és ezáltal nincs róluk adat. Sok problémás kokainhasználó azonban egyáltalán nem kér kezelést (Escot és Suderie, 2009; Reynaud-Maurupt és Hoareau, 2010).

A kokaint, főként a kokainport 2009-ben az összes kezelésbe lépő bejelentett drogfogyasztó 17%-a nevezte meg a kábítószer miatti kezelés megkezdésének elsőszámú okaként. A kezelésre életükben először jelentkezők körében magasabb volt az elsődleges kokainhasználók aránya (23%).

Az elsődleges kokainhasználó kliensek arányát és számát tekintve az országok között nagy különbségek vannak; a legmagasabb arányokat Spanyolországból (46%), Hollandiából (31%) és Olaszországból (28%) jelentették. Belgiumban, Írországból, Cipruson és az Egyesült Királyságban a kokainhasználó kliensek az összes kábítószer-használó kliens 11–15%-át képviselik. Európa más részein a kokainhasználók a kezelt drogfogyasztó kliensek legfeljebb 10%-át teszik ki, de hat országból 1% alatti arányt jelentettek<sup>(85)</sup>. Összességében a 26 európai országból bejelentett 72 000 kokainhasználó kliensből közel 58 000-et Spanyolországból, Olaszországból és az Egyesült Királyságból jelentettek.

Az elsődleges kokainhasználat miatt kezelésbe lépő kliensek száma Európában sok éve emelkedik. A 2004–2009 közötti időszakról adatokat közlő 17 ország alapján a kokainhasználó kliensek száma a 2004-es kb. 38 000-ről 2009-re kb. 55 000-re emelkedett. Ugyanebben az időszakban az első alkalommal kezelésbe lépő kokainhasználó kliensek száma közel egyharmadával nőtt, körülbelül 21 000-ről 27 000-re (18 adatközlő ország alapján).

## A járóbeteg-ellátásban kezelt kliensek jellemzői

Az elsődleges kokainhasználat (por és crack) miatt járóbeteg-ellátásra jelentkező kliensek körében magas a férfi–nő arány (körülbelül öt férfi jut egy nőre), és a kezelt drogfogyasztók közül itt az egyik legmagasabb az átlagéletkor (kb. 32 év). Az átlagéletkor Franciaországban, Olaszországban és Hollandiában a legmagasabb (35 év). Az elsődleges kokainhasználók elmondásuk szerint átlagosan 22,5 évesen próbálták először a kábítószerrel, és a használat megkezdése 86%-uknál 30 éves kor előtt volt. Az első kokainhasználat és az első kezelés megkezdése között átlagosan kilenc év telik el. Az összes kokainhasználó kliens közel egyharmadát az Egyesült Királyságból jelentik, ahol jellemzőik eltérnek a más, nagyszámú kezelt kokainhasználóval rendelkező országok

<sup>(85)</sup> Ld. a TDI-2. ábrát és a TDI-5. (i. rész) és (ii. rész) és a TDI-24. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben; a spanyolországi adatok 2008-ra vonatkoznak.

klienseitől: az átlagot tekintve fiatalabbak (31 év), alacsonyabb a férfi–nő arány (körülbelül három az egyhez) és rövidebb idő telik el az első használat és a kezelés megkezdése között (nagyjából hét év).

A kokainhasználó kliensek többsége elmondása szerint fő fogyasztási módként szippantja (66%) vagy elszívja (29%) a kábítószer. Az injektlást mint fő beadási módot csak a kokainhasználó kliensek 3%-a említette, valamint 2005 és 2009 között a kokain intravénás használatának csökkenését figyelték meg. A kokainhasználó kliensek közel fele heti egy–hat alkalommal használta a kábítószer a kezelés megkezdése előtti hónapban, nagyjából egynegyedük használta naponta, a maradék egynegyed pedig nem vagy csak alkalmilag használta az adott időszakban<sup>(86)</sup>. A kokaint gyakran más szerekkel, különösen alkohollal, kannabisszal, más stimulánsokkal vagy heroinnal együtt fogyasztják. 14 ország kezelési adatainak elemzése 2006-ban azt mutatta, hogy az elsődleges kokainhasználó kliensek körülbelül 63%-a polidroghasználó, és legalább még egy másik kábítószerrel is vannak problémái. A leggyakrabban megnevezett további problémát okozó szer az alkohol volt, amit a kokainhasználó kliensek 42%-a fogyaszt, utána következett a kannabisz (28%) és a heroin (16%) (EMCDDA, 2009b). A kokaint másodlagos szerként is meg szokták említeni<sup>(87)</sup>, Olaszországban és Hollandiában például az elsődleges heroinhasználók egyre gyakrabban nevezik meg.

A kezelésbe lépők adatainak elemzése azt mutatja, hogy a crackprobléma Európában továbbra is földrajzilag behatárolt. 2009-ben a jelentések szerint 10 540 kliens jelentkezett járóbeteg-kezelésre a crack kokain elsődleges használata miatt, ami az összes kokainhasználó kliens 16%-át és a járóbeteg-kezelésben részt vevő összes kliens 3%-át jelentette. A legtöbb crackhasználó kliensről az Egyesült Királyságból számoltak be, ahol a számuk kb. 7500, és ezzel az országban kezelt kokainhasználó kliensek 40%-át, illetve az összes, járóbeteg-ellátásban kezelt kábítószer-fogyasztó kliens 6%-át tették ki. Hollandiából 1231 crackhasználó kliensről érkezett jelentés, akik az ország kokainhasználó klienseinek 38%-át és az összes drogfogyasztó kliens 12%-át képezték<sup>(88)</sup>. A kezelésre jelentkező crack kokain használók körében gyakori a heroin használata. Az Egyesült Királyságban például az elsődleges crackhasználó kliensek körülbelül 31%-a nevezte meg másodlagos szerként a heroint, és ez az arány emelkedőben van.

## Kezelés és ártalomcsökkentés

Európában a kábítószer-használati problémák kezelésének központi témája történetileg az opioidfüggőség volt.

A kokain és a crack kokain használatához kapcsolódó közegészségügyi aggályok felerősödésével azonban sok országban egyre több figyelmet fordítanak az ezekkel a kábítószerrel járó problémák megválaszolására. Bár a kokainfüggőséget általában speciális járóbeteg-ellátó szolgálatoknál kezelik, Dániában, Írországban, Olaszországban, Ausztriában és az Egyesült Királyságban kifejezetten kokainhasználóknak szóló szolgáltatások is vannak. A kokain miatti kezelés korlátozott mértékben az egészségügyi alapellátásban is elérhető. Jelenleg csak Németország és az Egyesült Királyság ad útmutatást a kokainproblémák kezeléséhez.

Kokainfüggőség esetén az elsődleges kezelési lehetőségek a pszichoszociális beavatkozások, köztük a motivációs interjúk, a kognitív viselkedésterápiák, a viselkedési önkontroll tréning, a visszaesést megelőző beavatkozások és a tanácsadás. Az önsegítő csoportok, amilyen például a Cocaine Anonymous, szintén szerepet játszhatnak a kokainhasználati problémákkal küzdő személyek felépülésében. Az általuk nyújtott támogatást formális kezeléssel is lehet kombinálni.

### Tanulmányok a kokainfüggőség kezeléséről

Németországban Koerke és Verthein (2010) azt mérte fel, hogy a viselkedési önkontroll tréning hogyan hat a heroin- és kokainhasználat csökkenésére függő személyeknél. A tréning a beszámoló szerinte segítette a résztvevőket, hogy csökkenteni tudják mindkét szer használatát, és saját maguk által meghatározott szinten tartásuk a kábítószer-fogyasztást. Két friss tanulmány a drogfogyasztóknak szóló angol kezelések hatékonyságát vizsgálta. A drogfogyasztók kezelésének kimeneteléről szóló kutatási tanulmány (Jones, A. és mások, 2009) azt állapította meg, hogy a kezelés megkezdése után három–öt hónappal a kokainhasználó kliensek több mint fele abbahagyta a szerhasználatot. Egy teljes év kezelés után 60%-uk volt absztinens. Hasonló eredményeket jelentettek a 12 londoni közösségi szolgálatnál kezelt crackkokain-használók esetében is (Marsden és Stillwell, 2010).

Több randomizált kísérlet is folyik, amelyekben új gyógyszereket próbálnak ki a kokainfüggőség kezelésére. Jelenleg két szer tűnik ígéretesnek. Az alkohol anyagcseréjébe beavatkozó diszulfiram ígéretesnek bizonyult a kokainfüggőség kezelésében (Pani és mások, 2010a), és most egy brazil vizsgálatban kognitív viselkedésterápiával együtt tesztelik crackkokain-addikció kezelésére. A vigabatrin nevű antiepileptikumot a rövid távú utókövetés alapján kedvező eredményekkel tesztelték 103, feltételesen szabadlábra helyezett mexikói fogolyánál.

<sup>(86)</sup> Ld. a TDI-18. (ii. rész) táblázatát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(87)</sup> Ld. a TDI-22. táblázatát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(88)</sup> Ld. a TDI-115. táblázatát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

Most az USA-ban 200 betegen tesztelik. Hollandiában folyamatban van egy új módszer kipróbálása a rimonabant (korábban elhízás elleni gyógyszerként használt szelektív kannabinoid antagonistá) alkalmazásával. Emellett egy Hollandiában nemrég bejegyzett randomizált kontrollcsoportos vizsgálatban többféle gyógyszerterápiás lehetőséget (topiramát, dexamfetamin és modafinil) hasonlítanak össze a crackkokain-függőség kezelésére (Hicks és mások, 2011).

Számos más kísérlet volt már, amelyek gyenge vagy nem szignifikáns eredményt hoztak a kokainfüggőség kezelésében. A központi idegrendszert serkentő modafinil a kokainhasználat kezelésében nem bizonyult jobbnak a placebónál (Anderson és mások, 2009). Az (opioid antagonistá) naltrexont és a (dohányzásról való leszokáshoz használt) vareniklint egyaránt kipróbálták a kokaintól és az alkoholtól vagy dohányzástól való többszörös függőségben szenvedő betegeknél, de a placebohoz képest nem befolyásolta a használatot. A memantint (Alzheimer-gyógyszer) ösztönző utalványokkal kombináltan tesztelték, de a kokainhasználat csökkentésében nem volt sikeresebb a placebónál.

A viselkedésben elért változásokat jutalmazó kezelést etnikai hovatartozástól függetlenül hatékonyak találták (Barry és mások, 2009), és a visszaesés megelőzősével kombinálva sikeres stratégiának bizonyult (McKay és mások, 2010). Egy spanyol vizsgálatban a közösségi megerősítés mellett utalványokat használtak ösztönzőként, és úgy találták, hogy ez támogatja az absztinenciát a függő kokainhasználóknál (Garcia-Rodriguez és mások, 2009). Egy másik vizsgálatban azonban az ösztönző utalványok gyenge eredményeket mutattak az absztinencia hosszabb távú megerősítése szempontjából (Carpenedo és mások, 2010).

Az ígéretes eredményekkel rendelkező beavatkozások közé tartozik még az absztinencia foglalkoztatáson alapuló megerősítése, amelynek keretében a klienseket hat hónapig készítik fel a munkahelyi készségekből, majd egy évig foglalkoztatják, és közben véletlenszerű időközönként tesztelik náluk a kokainhasználatot. Az absztinencia elérését segítő, tesztelés alatt álló módszerek közé tartozik még a tudatos figyelem tréning és az integratív meditáció. Hollandiában jelenleg olyan vizsgálatok folynak, amelyek a neurológiai és pszichiátriai problémák kezelésére használt, koponyán keresztül végzett mágneses stimuláció segítségével próbálják enyhíteni a sóvárgást.

A kokainvakcina kifejlesztésére tett próbálkozások is folytatódnak. Az Egyesült Államokban egy randomizált kontrollcsoportos kísérlet (Martell és mások, 2009) egy kokainszármazékot kapcsolt össze egy kolera

B fehérijével, de az eredmények nem elég meggyőzőek ahhoz, hogy továbbhaladjanak a Spanyolországban és Olaszországban tervezett terepvizsgálatokkal. Az amerikai kutatócsoport most 300 beteget toboroz a vakcina módosított változatának kipróbálásához, az eredmények pedig 2014-re várhatók (Whitten, 2010). Egy másik vizsgálatban a vakcina kifejlesztéséhez egy közönséges náthavírust használtak hordozóként, hogy felerősítse az antitest reakciót, de a modellt embereken még nem tesztelték.

### Ártalomcsökkentés

A kokain és a crack kokain használata viszonylag új témakör az ártalomcsökkentő beavatkozások esetében, és a hagyományos stratégiák újraértelmezését teszi szükségessé. A tagállamok az intravénás kokainhasználóknak rendszerint ugyanolyan szolgáltatásokat és létesítményeket biztosítanak, mint az opioidhasználóknak. A kokain intravénás használata azonban sajátos kockázatokkal jár. Különösen maga után vonja az injektlás potenciálisan nagyobb gyakoriságát, a kaotikus injektló magatartást és a fokozottan kockázatos szexuális magatartásformákat. A biztonságosabb használatról szóló ajánlásokat hozzá kell igazítani a csoport igényeihez. Az injektlás potenciálisan nagy gyakorisága miatt nem szabad korlátozni az intravénás szerhasználók steril felszerelésekhez való hozzájutását, hanem inkább a kokainhasználati minták helyi felmérésére és az intravénás szerhasználók szociális helyzetére kell alapozni azt (Des Jarlais és mások, 2009).

Európában csak korlátozottan állnak rendelkezésre kifejezetten a crack kokaint szívó személyeknek szóló ártalomcsökkentő programok. Bár az ilyen beavatkozások ellentmondásosak, képesek lehetnek visszaszorítani a szerhasználók saját bevallás szerinti injektló viselkedését és a drogfogyasztó pipák közös használatát (Leonard és mások, 2008), de azt még tovább kell vizsgálni, hogy összességében mennyire hatékonyak a vérrel terjedő vírusok átadásának csökkentésében. Három országban (Németország, Spanyolország, Hollandia) néhány drogfogyasztó létesítmény a kábítószerek, köztük a kokain belélegzéséhez szükséges eszközöket is biztosítja. A jelentések szerint Belgiumban, Németországban, Spanyolországban, Franciaországban, Luxemburgban és Hollandiában bizonyos alacsonyküszöbű létesítmények a crack kokaint szívó drogfogyasztók részére szórványosan biztosítanak belélegzéshez használt higiénikus eszközöket, köztük crackpipát vagy „crackkészletet” (csőrös üvegcső, fémszűrő, ajakbalzsam és kéztörölő). Hét uniós tagállamban egyes alacsonyküszöbű intézményeknél fíóliát is adnak a heroint vagy kokaint szívó szerhasználóknak.



## 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. A túlnyomórészt növekvő heroinproblémák két évtizede után az 1990-es évek végén és a mostani század elején Európában a heroinfogyasztás és a kapcsolódó ártalmak csökkenését lehetett megfigyelni. 2003–2004 óta azonban már nem ilyen egyértelmű ez a tendencia, mivel az indikátorok stabilabb vagy éppen vegyes képet mutatnak. A heroin mellett 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 kábítószeres európai piacán hagyományosan két formában kínálják: az egyik az általánosan elérhető nyers heroin (a heroin bázis formája), amely többnyire Afganisztánból származik, a másik a fehér heroin (só forma), amely jellemzően Délkelet-Ázsiából származik, bár ez a forma lényegesen ritkábban fordul elő. Néhány észak-európai országban (pl. Észtország, Finnország, Norvégia) egy szintetikus opioid, a fentanil és analógjai vannak használatban. Emellett Európán belül is készítenek opioid kábítószeret, főleg házi mákkészítményeket (pl. mákszalma, őrölt mákgubókból vagy mákszárakból készült koncentrátum), bizonyos kelet-európai országokban (Lettország, Litvánia, Lengyelország).

### 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 délkelet-ázsiai piacokat látják el, Pakisztán, Laosz, illetve Mexikó és

Kolumbia, amelyeket az Egyesült Államok legnagyobb heroinbeszállítóinak szokás tekinteni (UNODC, 2011). A globális ópiumtermelés becslések szerint egy 2007-es csúcstól csökkent, ami főként annak köszönhető, hogy az afgán termelés a 2009-es 6900 tonnáról 2010-ben 3600 tonnára esett vissza. A globális potenciális herointermelést a legfrissebb becslések 396 tonnára teszik (lásd a 10. táblázatot), ami a 2009-ben becsült 667 tonnás szinthez képest csökkenést jelez (UNODC, 2011).

A heroin többnyire két fő csempészútvonalon érkezik Európába. A történetileg fontos balkáni útvonalon az Afganisztánban termelt heroint átszállítják Pakisztánon, Iránon és Törökországon, majd továbbviszik más, többnyire nyugat- és dél-európai tranzit- vagy célországok felé.

**10. táblázat: A heroin termelése, lefoglalásai, ára és tisztasága**

Termelés és lefoglalások	Heroin
Becsült globális termelés (tonna)	396
Globális lefoglalt mennyiség (tonna)	76
Lefoglalt mennyiség (tonna) Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)	8 (24)
Lefoglalások száma Az EU és Norvégia (Horvátországgal és Törökországgal együtt)	56 000 (59 000)
<b>Ár és tisztaság Európában <sup>(1)</sup></b>	<b>Heroinbázis (nyers)</b>
Átlagos kiskereskedelmi ár (EUR/gramm) Tartomány (Interkvartilis tartomány) <sup>(2)</sup>	23–135 (37,5–67,9)
Átlagos tisztaság (%) Tartomány (Interkvartilis tartomány) <sup>(2)</sup>	13–37 (16,8–33,2)

<sup>(1)</sup> Mivel a heroin-hidroklorid (fehér heroin) kiskereskedelmi áráról és tisztaságáról kevés országból érkezik jelentés, ezek az adatok itt nem szerepelnek. Az adatok megtekinthetők a PPP-2. és PPP-6. táblázatban a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(2)</sup> A bejelentett adatok középső felének tartománya.  
Megjegyzés: Az adatok 2009-re vonatkoznak, a becsült globális termelés kivételével (2010).

Forrás: UNODC (2011) a globális értékek esetében, Reitox nemzeti fókuszpontok az európai adatok esetében.



Az Európába érkező heroint a „selyemúton” is szállíthatják, Közép-Ázsián keresztül Oroszország felé. Ezt a heroint aztán korlátozott mértékben továbbcsempészik Belaruzszon, Lengyelországon és Ukrajnán át más célországokba, például Litvánián keresztül a skandináv országokba (INCB, 2010, 2011a). Az Európai Unión belül másodlagos elosztó központként Hollandia és kisebb mértékben Belgium játszik fontos szerepet.

### Lefoglalások

Az ópium világszinten bejelentett lefoglalásai 2008 és 2009 között egy szinten maradtak, 657, illetve 653 tonnával. A teljes lefoglalás közel 90%-áért Irán felelt, körülbelül 5%-áért Afganisztán. A heroinból bejelentett globális lefoglalások 2009-ben stagnáltak (76 tonna), miközben a morfin globális lefoglalásai 14 tonnára csökkentek (UNODC, 2011).

Európában becslések szerint 2009-ben 59 000 lefoglalással körülbelül 24 tonna heroint foglaltak le, amelynek kétharmadát (16,1 tonna) Törökországból jelentették be. A legnagyobb számú lefoglalást változatlanul az Egyesült Királyságból jelentették (a második helyen Spanyolország állt) <sup>(89)</sup>. A 2004–2009-re vonatkozó, 28 adatközlő országból származó adatok összességében a lefoglalások számának emelkedését mutatják. A Törökországban lefoglalt heroin mennyiségének alakulása eltér az Európai Unióban megfigyelt tendenciától, ami részben a török és az uniós bűnüldözési szervek közötti fokozottabb együttműködésből eredhet. Miközben Törökország arról számolt be, hogy a 2004 és 2009 között lefoglalt heroin mennyisége kétszeresére 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.

A heroin illegális előállításához használt ecetsavanhidrid globális lefoglalásai a 2008-as kb. 200 000 literes csúcsról 2009-ben 21 000 literre estek vissza. Az Európai Unióra vonatkozó számok még határozottabban csökkenő tendenciát mutatnak: a 2008-ban lefoglalt közel 150 800 literes csúcs után 2009-ben mindössze 866 liter volt az eredmény. 2010-ben viszont Szlovéniából rekordmennyiségű, 110 tonna ecetsavanhidrid lefoglalását jelentették. Az INCB (2011a) szerint a prekursor eltérítésének megakadályozására irányuló uniós erőfeszítések sikere a sok uniós tagállam és Törökország összehangolt nyomozásainak köszönhető.

### Az afganisztáni ópiumtermelés nagyarányú visszaesése

Az afganisztáni ópiumtermelés a 2010-es 3600 tonnával a becslések szerint az előző évben elért szintnek körülbelül a felére esett vissza. Az ópiummák terméshozamának ilyen nagy arányú visszaesése háttérben feltételezett okok közé tartoznak a kedvezőtlen időjárási feltételek és a mákot megtámadó gombás fertőzés terjedése, amely a nagyobb máktermelő tartományokat, különösen Hilmend és Kandahár tartomány ópiummezőit sújtotta (UNODC és MCN, 2010). A penész nem változtatott jelentősen az ópiumtermelő térségen, de kihatott a megtermelt ópium mennyiségére.

A terméshozam visszaesése betakarításkor a bejelentett ópiumárak drasztikus megemelkedéséhez vezetett. A száraz ópium kilogrammonkénti átlagos termelői ára a 2,6-szorosára, a 2009-es 64 dollárról 2010-ben 169 dollárra emelkedett (UNODC és MCN, 2010). A heroin afganisztáni átlagára ugyanakkor csak 1,4-szeresére nőtt.

A magas ópiumár nem feltétlenül tart sokáig. A 2004-ben történt áremelkedés, amikor az ópiumtermelés betegség miatt visszaesett, kevesebb mint egy évig tartott (UNODC és MCN, 2010). Gondosan figyelni kell, hogy az ópiumtermelés legfrissebb visszaesése hogyan hat a fogyasztói piacokra, különösen Európában.

### Tisztaság és ár

A 2009-ben vizsgált nyers heroin átlagos tisztasága a legtöbb adatközlő országban 16–32% között mozgott; alacsonyabb átlagértékeket jelentettek Franciaországból (14%), Ausztriából (csak a kiskereskedelembe, 13%), magasabbakat Máltáról (36%), Romániából (36%) és Törökországból (37%). A nyers heroin tisztasága 2004 és 2009 között négy országban nőtt, négy másikban stabil maradt, háromban pedig csökkent. A fehér heroin átlagos tisztasága a három, adatokat közlő európai országban általában magasabb volt (25–50%) <sup>(90)</sup>.

A nyers heroin kiskereskedelmi ára a skandináv országokban továbbra is lényegesen magasabb volt, mint Európa többi részén: 2009-ben Svédországból grammonkénti 135 eurós, Dániából 95 eurós átlagárat jelentettek. Az adatközlő országok felében grammonként 40–62 euró között mozgott az ár. A 2004–2009 közötti időszakban az időbeli tendenciákról is beszámoló 14 európai ország felében csökkent a nyers heroin kiskereskedelmi ára.

### Problémás kábítószer-használat

A problémás kábítószer-használat az EMCDDA definíciója szerint intravénás kábítószer-használatot vagy az opioidok, kokain és/vagy amfetamin tartós/rendszeres használatát

<sup>(89)</sup> Ld. az SZR-7. és az SZR-8. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben. Meg kell jegyezni, hogy ahol a 2009-es adatok hiányoznak, az európai összmennyiségek becsléséhez a 2008-as adatokat használták fel.

<sup>(90)</sup> A tisztaságra és az árra vonatkozó adatokat ld. a PPP-2. és a PPP-6. táblázatban a 2011. évi statisztikai közlönyben.

jelenti. A problémás kábítószer-használat Európában nagyobb részben az intravénás kábítószer-használatot és az opioidok használatát jelenti, bár néhány országban az amfetaminok vagy a kokain használói is fontos szerepet játszanak. Érdeemes megjegyezni, hogy a problémás kábítószer-használók többnyire polidroghasználók, és a prevalencia számszerűleg sokkal magasabb a városi területeken és a társadalomból kirekesztett csoportok körében.

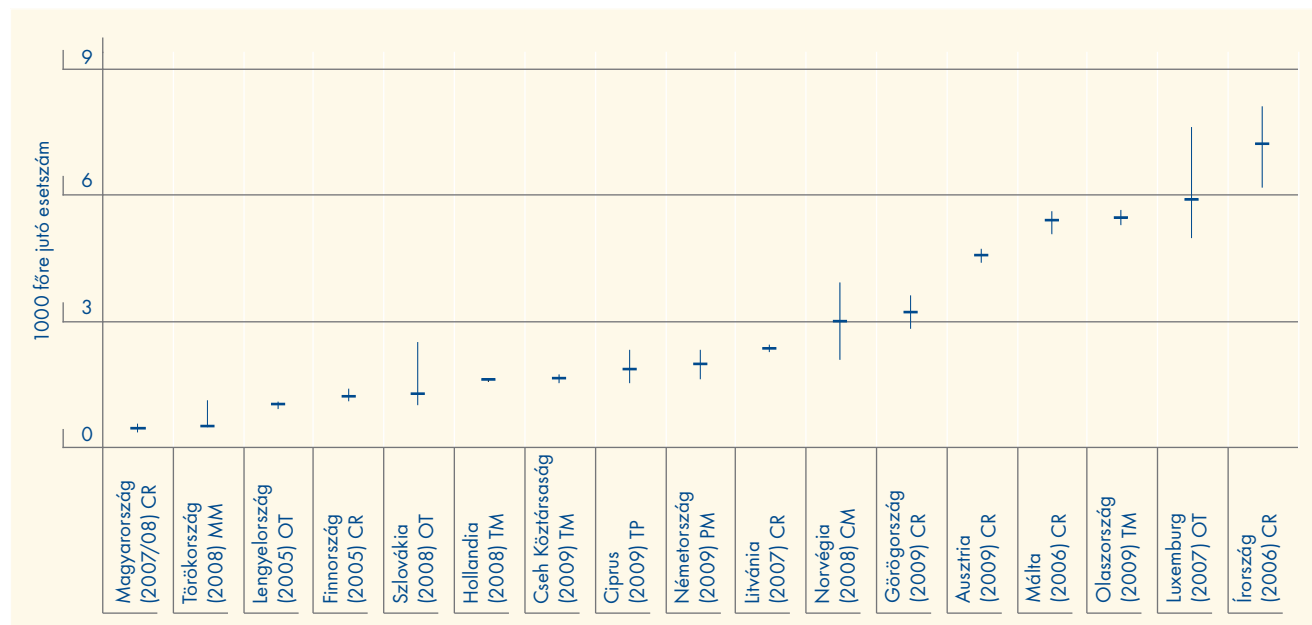
Tekintettel a problémás kábítószer-használat viszonylag alacsony előfordulási arányára és rejtőzködő jellegére, statisztikai extrapolálásra van szükség ahhoz, hogy a rendelkezésre álló adatforrásokból (elsősorban a kezelések adataiból és a bűnüldözési adatokból) az előfordulásra vonatkozó becsléseket nyerjünk. A problémás kábítószer-használat összesített előfordulása a jelentések szerint 1000 főre jutó kettő-tíz esetet jelent a 15-64 éves népességben. Az ilyen becslések nagy bizonytalansági tartománnyal és sajátos korlátokkal dolgozhatnak. Például a kezelés alatt álló szerhasználókat általában tartalmazzák, ellenben az aktuálisan börtönben lévő drogfogyasztók – különösen a hosszabb szabadságvesztésre ítélték – alulreprezentáltak lehetnek a becslésekben.

### Problémás opioidhasználat

A legtöbb európai ország most már külön prevalenciabecsléseket tud adni a „problémás opioidhasználatról”. A friss országos becslések 1000 főre jutó egy és nyolc eset közé teszik az esetek számát a 15-64 éves népességben (11. ábra). A problémás opioidhasználat legmagasabb, jól dokumentált becsléseit Írországból, Olaszországból, Luxemburgból és Máltáról közölték, a legalacsonyabbakat pedig a Cseh Köztársaság, Hollandia, Lengyelország, Szlovákia és Finnország jelentette. Csak Törökországból és Magyarországról jelentették egynél kevesebbet a 15-64 éves népességben 1000 főre jutó esetek számát.

Az országos vizsgálatokból kiszámítva 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 2009-ben mintegy 1,3 millió (1,3-1,4 millió) problémás opioidhasználót jelentett az Európai Unióban és Norvégiában. Összehasonlításként, az Európával szomszédos országok becslései ennél magasabbak: Oroszországban 16 eset jut 1000 főre a 15-64 éves népességben (UNODC, 2009), Ukrajnában pedig 1000 főre jutó 10-13 esettel számolnak

11. ábra: Becslések a problémás opioidhasználat éves prevalenciájáról (a 15-64 éves népességben)



Megjegyzés: A vízszintes jelzés egy becsült pontot jelent, a függőleges vonal pedig egy bizonytalansági intervallumot: egy 95%-os konfidenciaintervallumot vagy egy érzékenységi elemzést alapulót. A célcsoportok a különböző becslési 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 legalacsonyabb és legmagasabb határát jelöli, a becsült pont pedig a középpontok egyszerű átlaga. A becslési módszerek rövidítése: CR = fogás-visszafogás eljárás; TM = kezelési szorzó; MM = halálozási szorzó; CM = kombinált módszerek; TP = csonkolt Poisson-eloszlás; PM = rendőrségi szorzó; OT = egyéb módszerek. További részletekért ld. a PDU-1 (ii. rész) ábrát és a PDU-102. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

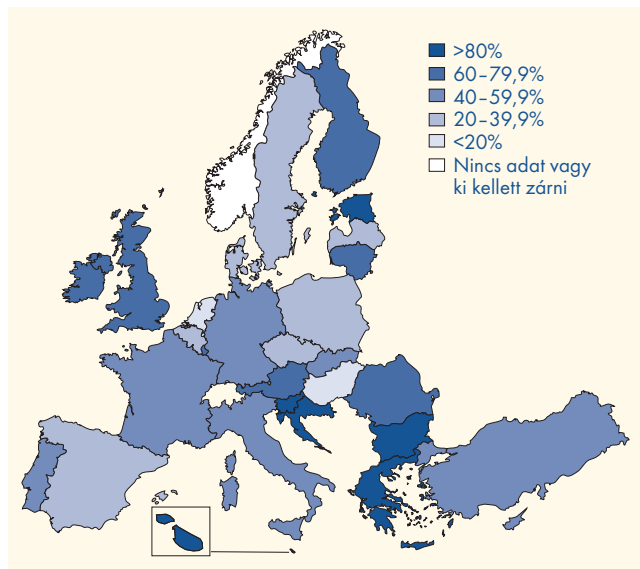
Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

a 15–64 éves népességben (UNODC, 2010). A problémás opioidhasználat prevalenciájának az európai átlagnál magasabb becsléseit jelentették a fejlett világ több pontjáról: az 1000 főre jutó esetszám Ausztráliában 6,3 a 15–64 éves népességben (Chalmers és mások, 2009), Kanadában 5,0 és az USA-ban 5,8 (UNODC, 2010). Az országok közötti összehasonlításokkal óvatosan kell bánni, mivel a célpopuláció meghatározása nem feltétlenül egyezik.

### Kezelésre jelentkező opioidhasználók

2009-ben a 29 európai országban speciális kezelésre jelentkező kábítószer-fogyasztók 51%-a avagy körülbelül 216 000 fő nevezte meg elsődleges szerként az opioidokat, főként a heroint. Európán belül mindazonáltal komoly különbségek vannak: az opioidhasználó kliensek hat országban a kezelésbe lépők több mint 80%-át képviselték, hét országban 60–80% között volt az arányuk, a maradék 16 ország közül pedig csak kettőből jelentették 20% alattinak az opioidhasználó kliensek arányát (12. ábra). Rajtuk kívül további 30 000, egyéb kábítószereket fogyasztó

**12. ábra:** Az elsődleges opioidhasználók százalékos aránya a 2009-ben bejelentett összes, kezelésre jelentkező drogfogyasztóhoz képest



Megjegyzés: Az adatok azoknak a százalékos arányát tükrözik, akiknél az elsődleges szer ismert (a bejelentett kliensek 92%-a). Az adatok 2009-re vagy a legfrissebb adatokkal rendelkező évre vonatkoznak. A lettországi, litvániai és portugáliai adatok azokra a kliensekre vonatkoznak, akik életükben először kezdtek kezelésbe. Az elsődleges opioidhasználók száma a bejelentettnél magasabb lehet néhány országban, köztük Belgiumban, a Cseh Köztársaságban, Németországban és Franciaországban, mert sokan háziorvosi kezelés alatt állnak, és nem feltétlenül jelentik be őket a kezelési igény indikátor felé.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

szerhasználó (a drogfogyasztó kliensek 9%-a) említette az opioidokat másodlagos szerként <sup>(91)</sup>.

A szakirányú kezelést megkezdő opioidhasználók átlagosan 34 évesek, de a legtöbb országban a nők és a kezelésre első alkalommal jelentkezők fiatalabbak. Az opioidhasználó kliensek között Európában mindenhol létszámfölényben vannak a férfiak, körülbelül három az egyhez aránnyal, de az északi országokban rendszerint alacsonyabb a férfi–nő arány. A kezelést megkezdő opioidhasználó kliensek körében a más elsődleges szereket használó kliensekkel összehasonlítva általában magasabbak a munkanélküliségi ráták, alacsonyabb az iskolai végzettség és gyakoribbak a pszichiátriai zavarok <sup>(92)</sup>.

Az opioidhasználó kliensek közel fele elmondása szerint 20 éves kora előtt használta először a kábítószert (47%), és a nagy többségnél 30 éves kor előtt történt az első használata (88%). Az opioidok első használata és az első kezelés megkezdése között az opioidhasználó kliensek elmondása szerint átlagosan kilenc év telik el, de a nők átlagban rövidebb időt jelöltek meg (hét év) <sup>(93)</sup>. Az intravénás használatot Európában a kezelésre jelentkező opioidhasználó kliensek körülbelül 40%-a nevezte meg szokásos alkalmazási módként, a maradék 60% pedig állítása szerint szippantja, belélegzi vagy elszívja a kábítószert. Az opioidhasználó kliensek közel kétharmada (64%) a kezelés megkezdése előtti hónapban napi szinten használta a kábítószert <sup>(94)</sup>, és a legtöbben egy másodlagos szer is használnak, gyakran alkoholt, kannabiszt, kokaint vagy más stimulánsokat. A heroin és kokain (beleértve a cracket is) kombinációja meglehetősen gyakori a kliensek körében, akár egy injekcióban beadva, akár külön-külön használva.

### A problémás opioidhasználatban megfigyelhető tendenciák

A 2004–2009 közötti időszakból nyolc ország ismételt prevalenciabecsléseket tartalmazó adatai a problémás opioidhasználat terén viszonylag stabil helyzetet mutatnak. A 2004–2009 közötti időszakról adatokkal rendelkező 17 európai országból álló minta alapján Európában összességében nőtt a speciális kezelésre jelentkező drogfogyasztó kliensek bejelentett száma, az elsődleges heroinhasználat miatt kezelésbe lépőket is beleértve (123 000-ról 143 000-re). Ez azonban nagyjából az ismételt kezelésre jelentkező heroinhasználóknak köszönhető, nem az első kezelésre jelentkezőknek <sup>(95)</sup>. Az első

<sup>(91)</sup> Ld. a TDI-2. (ii. rész) ábrát, a TDI-5. és a TDI-22. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben. A járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátó központoktól származó adatok.

<sup>(92)</sup> Ld. a TDI-10., TDI-12., TDI-13., TDI-21., TDI-32. és TDI-103. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(93)</sup> Ld. a TDI-11., TDI-33., TDI-106. (i. rész) és TDI-107. (i. rész) táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(94)</sup> Ld. a TDI-18. és a TDI-111. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(95)</sup> Ld. a TDI-1. és a TDI-3. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

kezelésüket megkezdő klienseket tekintve a heroinhasználók száma szinte egyáltalán nem változott (18 országból álló mintában körülbelül 32 000) <sup>(96)</sup>. A többnyire opioidhasználathoz köthető, kábítószer okozta halálesetekre vonatkozó adatok a 2004–2009-es időszakban az adatközlő országok többségében 2008-ig stagnálást vagy növekedést mutattak. A 2009-re vonatkozó előzetes adatok most stabil vagy csökkenő számú halálesetet jeleznek <sup>(97)</sup>.

Az összességében stabil helyzetre utaló jelek ellenére az európai opioidprobléma jellemzői átalakulóban vannak. A kezelt opioidhasználó kliensek átlagéletkora megemelkedett, miközben az intravénás használók aránya csökkent, nőtt viszont a herointól eltérő opioidokat használók aránya és a polidroghasználóké is <sup>(98)</sup>.

## Intravénás kábítószer-használat

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

Az intravénás kábítószer-használat előfordulásáról csak 14 ország tudott friss becslésekkel szolgálni <sup>(99)</sup>. A rendelkezésre álló adatok nagyarányú országok közötti különbségeket jeleznek: 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. Ezt a 14 országot együttvéve kiszámítható, hogy a 15–64 éves népességben 1000 főre körülbelül 2,6 intravénás szerhasználó jut. Az aktív intravénás szerhasználók mellett Európában nagy számban élnek egykori intravénás szerhasználók is (Sweeting és mások, 2008), de a számukat a legtöbb uniós ország esetében nem lehet tudni.

A speciális kezelésbe lépő elsődleges opioidhasználók, túlnyomórészt heroinhasználók körülbelül 41%-a az injektlást jelöli meg szokásos fogyasztási módként. Az opioidhasználók körében az injektlás mértéke országonként változó lehet, a hollandiai 8%-tól egészen a Lettországból és Litvániából mért 99%-ig (13. ábra), amit olyan tényezők magyarázhatnak, mint a heroinhasználat múltja az adott országban, a kapható

## A herointól eltérő opioidok

A herointól eltérő opioidok növekvő arányú tiltott használatáról Ausztráliából, Kanadából, Európából és az Egyesült Államokból egyaránt érkeztek jelentések (SAMHSA, 2009). A legtöbb ilyen anyagot az orvosi gyakorlatban használják fájdalomcsillapítónak (morfin, fentanil, kodein, oxikodon, hidrokodon) vagy a heroinfüggőség kezelésében helyettesítő gyógyszerként (metadon, buprenorfin). Ezeknek az anyagoknak a nem orvosi használata a heroinhoz hasonlóan különféle káros egészségügyi hatásokhoz vezethet, ideértve a függőséget, a túladagolást és az intravénás használattal együtt járó ártalmakat.

Európában a kezelésbe lépő összes kliens körülbelül 5%-a (kb. 20 000 beteg) jelölt meg a herointól eltérő opioidokat elsődleges szerként. Ez különösen jellemző Észtországra, ahol 75% a fentanilt nevezi elsődleges szernek, illetve Finnországra, ahol a kezelést megkezdő kliensek 58%-a a buprenorfin jelöli meg elsődleges szernek. A metadon, morfin és más opioidok elsődleges szerként való használatáról nyilatkozó kliensek számottevő arányban voltak még Dániában, Franciaországban, Ausztriában, Szlovákiában és Svédországban, ahol a herointól eltérő opioidok használói az összes drogfogyasztó kliens 7–17% közötti részét jelentik (!). A Cseh Köztársaságból szintén arról számoltak be, hogy a buprenorfin használói az összes problémás opioidhasználó több mint 40%-át tették ki 2006 és 2009 között.

Az opioidok tiltott használatának mértéke több tényező együtteséhez kapcsolható, ideértve a kábítószerpiacot és a gyógyszerfelírási gyakorlatokat. A heroin hozzáférhetőségének csökkenése, illetve árának emelkedése például más opioidok használatához vezethet, amint azt Észtországból már megfigyelték a fentanillal (Talu és mások, 2010) és Finnországból a buprenorfinnal (Aalto és mások, 2007) kapcsolatban. A nem megfelelő gyógyszerfelírási gyakorlat szintén hozzájárulhat az opioid gyógyszerek tiltott használatához. A helyettesítő kezelés kiterjesztése a felügyelet hiányával párosulva illegális piacot hozhat létre, míg a helyettesítő kezelés korlátozott hozzáférhetősége és a túl alacsony helyettesítő adagok felírása oda vezethet, hogy a szerhasználók öngyógyszerezés gyanánt más szereket is szednek (Bell, 2010; Roche és mások, 2011; Romelsjö és mások, 2010).

(!) Ld. a TDI-113. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

heroin típusa (fehér vagy nyers), ára és a szerhasználói kultúra.

Az intravénás kábítószer-használat prevalenciájának időbeli alakulásáról az adatok hiánya és egyes esetekben a becslések tág bizonytalansági tartománya miatt nehéz ismételt prevalenciabecsléseken alapuló következtetéseket

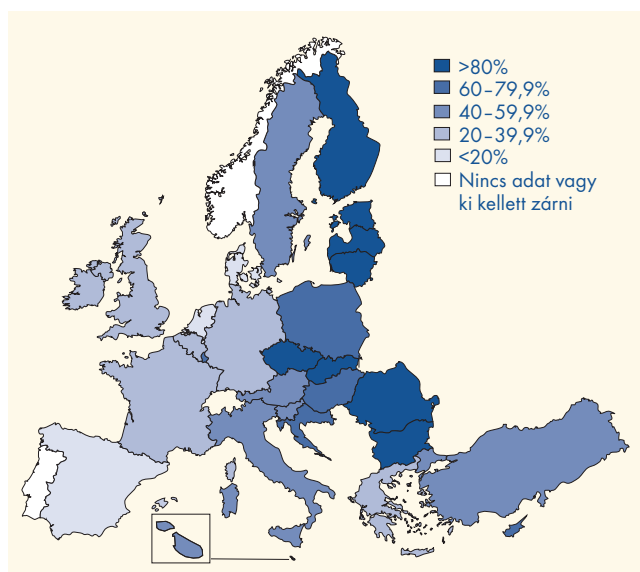
<sup>(96)</sup> Ld. a TDI-3. és a TDI-5. táblázatot a 2009. és a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(97)</sup> Ld. a DRD-2. (i. rész) táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(98)</sup> Ld. a TDI-113. táblázatot a 2008., 2009., 2010. és 2011. évi statisztikai közlönyben, valamint a TDI-114. táblázatot a 2009. évi statisztikai közlönyben. Az adatok az opioid típusa szerinti bontásban a 2005. és 2009. évre vonatkozóan érhetőek el. Lásd még EMCDDA (2010f).

<sup>(99)</sup> Ld. a PDU-2. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

**13. ábra:** Az injektlás, mint szokásos fogyasztási mód a 2009-ben kezelésbe lépő elsődleges opioidhasználók körében



**Megjegyzés:** Az adatok azoknak a bejelentett klienseknek a százalékos arányát tükrözik, akiknél a fogyasztási mód ismert. Az adatok 2009-re vagy a legfrissebb adatokkal rendelkezésre álló évről vonatkoznak. Ld. a TDI-5. (iii. rész) és (iv. rész) táblázatát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

**Forrás:** Reitox nemzeti fókuszpontok.

levonni. Európában a rendelkezésre álló adatok az opioidinjektlás, különösen a heroininjektlás általános csökkenését jelzik. Néhány országban azonban úgy tűnik, hogy az injektlás viszonylag stabil szinten maradt (Görögország, Ciprus, Magyarország, Horvátország, Norvégia), a Cseh Köztársaságból pedig 2004 és 2009 között az intravénás szerhasználók – többnyire metamfetaminhasználók – számának növekedését jelezték<sup>(100)</sup>.

A legtöbb európai országból azt jelentették, hogy az elsődleges heroinhasználó kliensek körében 2004 és 2009 között csökkent az intravénás szerhasználók aránya. Ahol nem ez történt, abból a néhány országból jelentik a heroinhasználók legmagasabb arányát a kezelésbe lépő kliensek között.

## A problémás opioidhasználat kezelése

### Szolgáltatás és lefedettség

Az opioidhasználat gyógyszermentes és helyettesítő kezelése az EU valamennyi tagállamában, Horvátországban, Törökországban és Norvégiában egyaránt elérhető. Az opioidhasználók kezelése a legtöbb országban járóbeteg-ellátásban folyik, ami történhet speciális központokban, háziorvosi rendelőkben és

### Heroinínség Európában?

Az Egyesült Királyságban és Írországból a jelentések szerint 2010 végén és 2011 elején drasztikusan visszaesett a heroin hozzáférhetősége. Ezt azok a számadatok is alátámasztják, amelyek szerint az Egyesült Királyságban lefoglalt heroin tisztasága 2009 harmadik negyedévé és 2010 harmadik negyedévé között jelentősen csökkent (UNODC, 2011).

Más európai országokban nem volt ilyen egyértelműen nagy a hiány, noha a jelentések arra utaltak, hogy a heroinhiányt Olaszországban és Szlovéniában is tapasztalták. Más uniós tagállamok, köztük Németország, Franciaország és a skandináv országok a jelentéseik szerint csak csekély csökkenést érzekeltek a heroin hozzáférhetőségében, vagy annyit sem.

A látszólagos heroinínségre számos magyarázat született. Először felmerült, hogy talán a 2010. tavaszi mákbetegség miatt csökkent afganisztáni ópiumtermelés lehet az ok. Ez azonban vitatható, mivel a rendőrségi jelentések alapján az afgán ópiumból készült heroin csak a betakarítás után nagyjából 18 hónappal jelenik meg az európai kábítószerpiacokon. A második érv az volt, hogy a Nyugat-Európába szánt heroint eltérítették az orosz piacra, de úgy tűnt, hogy Oroszországban szintén heroinhiány van. Azt is felvetették, hogy a bűnüldözési erőfeszítések zavarták meg a kereskedelmet, különösen azzal, hogy felszámolták a Törökország és az Egyesült Királyság közötti nagykereskedelmi heroinhálózatokat. Emellett az utóbbi években (2007, 2008) a heroin prekursorából, az ecetsavanhidridből rekordmennyiséget foglaltak le Európában, és ezek a lefoglalások hosszabb távon kihathattak a kábítószerpiacra. Végül más afganisztáni fejlemények is befolyásolhatták az Európába tartó heroinszállítást, például az ország déli részén dúló heves harcok vagy a bűnüldöző szervek fellépése a heroinlaboratóriumok és ópiumtartalékok ellen.

Valószínűleg e tényezők közül néhánynak a kombinációja játszott szerepet az Európába irányuló heroinszállítás megakadályozásában, ami néhány piacon komoly hiányt idézett elő.

alacsonyküszöbű létesítményekben. Néhány országban a speciális fekvőbeteg-ellátó központok fontos szerepet játszanak az opioidfüggőség kezelésében<sup>(101)</sup>. Néhány ország heroinnal támogatott kezelést is kínál a krónikus heroinhasználók válogatott csoportjának.

Az opioidhasználók számára a gyógyszermentes kezelést általában egy detoxifikációs program előzi meg, amelynek során gyógyszeres támogatást kapnak a fizikai elvonási tünetek kezeléséhez. Ez a terápiás módszer rendszerint azt igényli, hogy a résztvevők tartózkodjanak mindenfajta szertől, a helyettesítő gyógyszereket is beleértve. A betegek részt vesznek a napi tevékenységekben, és intenzív

<sup>(100)</sup> Ld. a PDU-6. (iii. rész) táblázatát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(101)</sup> Ld. a TDI-24. táblázatát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

pszichológiai támogatást kapnak. Bár a kezelés járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátásban egyaránt történhet, a jelentések leggyakrabban a bentlakásos (vagy rehabilitációs) programtípusról szólnak, amelyek sok esetben a terápiás közösség elveit vagy a Minnesota-modellt alkalmazzák.

Az általában pszichoszociális gondozással egybekötött helyettesítő kezelést jellemzően speciális járóbeteg-ellátó központok biztosítják. Tizennégy országból jelentették, hogy házi orvosok is nyújthatják, általában a speciális kezelési központokkal közös praxisban. Az Európai Unióban, Horvátországban és Norvégiában helyettesítő kezelésben részesülő opioidhasználók teljes számát 2009-ben 700 000-re becsülték (az EU-tagállamokra szűkítve 690 000-re), tehát a 2007-es 650 000, illetve a 2003-ban becsült kb. félmillió után tovább emelkedett <sup>(102)</sup>.

A helyettesítő kezelések túlnyomó többségét továbbra is a 2004 előtti 15 EU-tagállam nyújtja (az összes kb. 95%-át), és a számok ezekben az országokban 2003 és 2009 között tovább emelkedtek (14. ábra). A 15 ország közül a legnagyobb növekedést Finnországban figyelték meg, háromszoros szorzóval, illetve Ausztriában és Görögországban, ahol a kezelések száma kétszeresére nőtt.

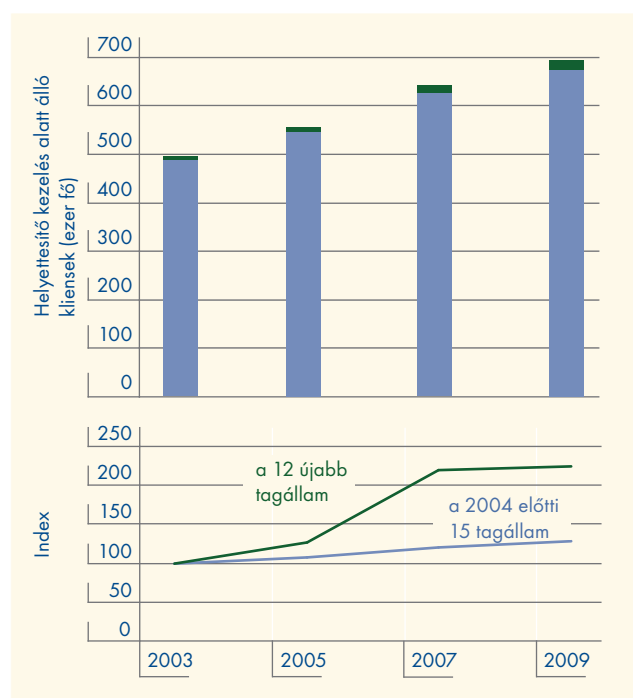
Az EU-hoz a közelmúltban csatlakozó 12 országban a helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek száma 2003 és 2009 között közel háromszorosára, 6400-ról 18 000-re emelkedett. A viszonyítási pontként használt 2003-as évhez képest 2005–2007-ben meredek emelkedést lehet megfigyelni, de azóta alig volt további növekedés. Az arányokat tekintve ebben a hatéves időszakban a helyettesítő kezelés kibővítése ezen országok közül Észtországban (16-szoros növekedés, 60-ról több mint 1000 kliensre, de még így is csak az intravénás opioidhasználók 5%-át éri el) és Bulgáriában (nyolcszoros) volt a legjelentősebb, miközben Lettországban háromszoros növekedés történt. A legkisebb növekedést Szlovákiából és Magyarországról jelentették, Romániában pedig gyakorlatilag nem változott a kliensek száma. A helyettesítő kezelés fokozott biztosítása számos tényezőhöz köthető, köztük a következőkhöz: válasz az intravénás kábítószer-használat és a HIV ezzel járó átadásának magas szintjére; igazodás az uniós drogellenes stratégiához; kísérleti projektek finanszírozása nemzetközi szervezetek, például a Globális Alap és az UNODC részéről.

A helyettesítő kezelés alatt álló kliensek számát összehasonlítva a problémás opioidhasználók becsült számával látható, hogy a lefedettség mértéke Európán belül nem egyenletes. Azon 16 ország közül, amelyek megbízható becslésekkel rendelkeznek a problémás opioidhasználók számáról, nyolcból jelentettek a célpopuláció 40%-ának vagy nagyobb részének

megfelelő számú helyettesítő kezelést. Ezek sorában hét ország 2004 előtti EU-tagállam, a nyolcadik nagy lefedettségű ország pedig Málta. A lefedettség Hollandiában 37%-os, a Cseh Köztársaságban és Magyarországon 32%. A 30%-nál alacsonyabb lefedettségű öt ország közül négy az újabb tagállamok csoportjába tartozik. A kivétel ebben a csoportban Görögország, 23%-os becsült lefedettséggel <sup>(103)</sup>.

A közép- és kelet-európai országok a helyettesítő kezelés hozzáférhetőségének, minőségének és biztosításának javítására tett erőfeszítésekről számoltak be. Litvániában 2010-ben klinikai iránymutatásokat adtak ki az opioidfüggőség metadonnal és buprenorfinnal való kezeléséről. Lettországban most bővítik a helyettesítő kezelés földrajzi elérhetőségét, a fővároson, Rigán kívüli új szolgáltatókkal. A Cseh Köztársaságban az opioidhelyettesítő kezelésnek a nemzeti egészségbiztosítás keretében történő finanszírozására vonatkozó szabályokat fogadtak el. A helyettesítő kezelés finanszírozásának hiánya Lengyelországban viszont a jelentések szerint határt szab a földrajzi lefedettségnek, Bulgáriában pedig jelentősen csökkenti a rendelkezésre álló kezelési időpontok számát a helyettesítő kezelés fő szolgáltatói körében, amelyek nem állami finanszírozású szervezetek.

**14. ábra:** Opioidhelyettesítő kezelés alatt álló kliensek a 2004 előtti 15 és a 12 újabb tagállamban – becsült számok és indexált tendenciák



Megjegyzés: Bővebb információért lásd a HSR-2. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.  
 Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

<sup>(102)</sup> Ld. a HSR-3. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(103)</sup> Ld. a HSR-1. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

Összességében úgy becsülik, hogy az Európai Unióban élő problémás opioidhasználók körülbelül fele fér hozzá helyettesítő kezeléshez, ami hasonló az Ausztráliából és az Egyesült Államokból jelentett szinthez, és magasabb a Kanadából jelzetté. Kínából sokkal alacsonyabb szinteket jelentettek, Oroszországban pedig még nem vezették be ezt a kezeléstípust, noha a becslések szerint itt a legmagasabb a problémás opioidhasználók száma (lásd a 11. táblázatot).

Európában helyettesítő gyógyszerként leggyakrabban metadont írnak fel, ezt a kliensek legfeljebb háromnegyede kapja. Buprenorfin a helyettesítő kezelés alatt álló európai kliensek legfeljebb egynegyedének írnak fel; a Cseh Köztársaságban, Franciaországban, Cipruson, Finnországban, Svédországban és Horvátországban ez az első számú helyettesítő gyógyszer<sup>(104)</sup>. A buprenorfin-naloxon kombináció 15 országban érhető el. Az összes kezelés töredékét képviselik a lassan felszabaduló orális morfínnal (lásd alább), kodeinnel (Németország, Ciprus) és diacetil-morfínnal<sup>(105)</sup> (Belgium, Dánia, Németország, Spanyolország, Hollandia, Egyesült Királyság) végzett kezeléseket.

A gyakrabban használt helyettesítő gyógyszereken kívül az opioidfüggőség helyettesítő kezelésére Bulgáriában, Ausztriában, Szlovéniában és Szlovákiában jelenleg alternatív gyógyszerként az eredetileg daganatos betegek számára, fájdalomcsillapításra engedélyezett, lassú felszabadulású orális morfint is használják. Egy 13 vizsgálatról készült friss áttekintés (Jegu és mások, 2011) azt állapította meg, hogy a kezelésben maradás kielégítően magasnak tűnik ezzel a szerrel (80,6–95% közötti), és nem különbözik a metadon esetében jelentettektől. A legtöbb vizsgálat szerint az életminőség, az elvonási tünetek, a sóvárgás és a tiltott kábítószeres fogyasztása

a morfínnal javult, de más helyettesítő gyógyszerekkel nem hasonlították össze. A készülő szisztematikus Cochrane-áttekintés talán bővebb információkkal szolgál majd.

### Opioidhelyettesítő kezelés: hatékonyság és eredmények

Az opioidfüggőség esetére a leghatékonyabb kezelési módnak a pszichoszociális beavatkozásokkal kombinált opioidhelyettesítő kezelést tartják. A detoxifikációval vagy

#### Heroinnal támogatott kezelés

Heroinnal támogatott kezelésben öt uniós tagállamban (Dánia, Németország, Spanyolország, Hollandia, Egyesült Királyság) összesen körülbelül 1100 problémás opioidhasználó részesül, Svájcban pedig 1360. Ezt a kezelést első vonalbeli lehetőségként nem javasolják, csak azoknak a betegeknek tartják fent, akik nem reagálnak más módszerekre, például a metadonfenntartó kezelésre. Minden intravénásan beadható adagot (jellemzően injekciónként körülbelül 200 milligramm diamorfin) közvetlen felügyelet alatt tartanak, hogy biztosítsák az együttműködést és a biztonságot, és megelőzzék a szer esetleges eltérítését a tiltott piacra: ehhez viszont arra van szükség, hogy a klinikák az év minden napján, napi sok órában fogadják a klienseket.

Az elmúlt tizenöt évben hat randomizált klinikai kísérletben vizsgálták meg e kezeléstípus eredményeit és költséghatékonyságát (lásd EMCDDA, 2011a). Mindegyik kísérletben olyan krónikus heroínfüggő személyek vettek részt, akik más kezelési módszerekkel már többször kudarcot vallottak, és akiket véletlenszerűen osztottak be a heroinnal támogatott kezelésben vagy orális metadonkezelésben részesülő csoportba. A vizsgálatok különböző módszerekkel és kimeneti változókkal dolgoztak, az eredményeik ezért csak mérsékelten voltak következtetések. Összességében azt jelezték, hogy a metadon kiegészítő adagjai mellett, felügyelet alatt adott injektálható heroinnak többletértéke volt azoknál a hosszú távú opioidhasználóknál, akiknél más módszerek nem vezettek sikerre. A betegek kevesebb utcai kábítószeres használtak, és a fizikai és mentális egészségük terén is látszott némi javulás.

A heroinnal támogatott kezelés becslések szerint Németországban betegenként évi 19 020 euróba kerül, Hollandiában 20 410 euróba (a 2009-es árakhoz igazítva). Ez lényegesen magasabb, mint az orális metadonnal folytatott kezelés betegenkénti éves költsége, amelyet Németországban 3490 euróra, Hollandiában 1634 euróra becsülnek. A heroinnal támogatott kezelés és a metadonfenntartó kezelés költségének különbsége nagyrészt abból ered, hogy a speciális klinikákhoz nagyobb személyzetre van szükség. A magasabb költség ellenére a heroinnal támogatott kezelés költséghatékony beavatkozásnak bizonyult a krónikus heroínhasználók kiválasztott csoportja esetében (EMCDDA, 2011a).

**11. táblázat: A problémás opioidhasználók becsült számának és az opioidhelyettesítő kezelés alatt álló kliensek számának nemzetközi összehasonlítása**

	Problémás opioidhasználók	Opioidhelyettesítő kezelés alatt álló kliensek
<b>Az Európai Unió és Norvégia</b>	1 300 000	695 000
<b>Ausztrália</b>	90 000	43 000
<b>Kanada</b>	80 000	22 000
<b>Kína</b>	2 500 000	242 000
<b>Oroszország</b>	1 600 000	0
<b>USA</b>	1 200 000	660 000

Megjegyzés: Év: 2009, Kanada kivételével (a bázisév 2003).  
 Forrás: Arfken és mások (2010), Chalmers és mások (2009), Popova és mások (2006), UNODC (2010b); Yin és mások (2010).

<sup>(104)</sup> Ld. a HSR-3. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(105)</sup> Lásd a „Heroinnal támogatott kezeléseket” című keretes írást.

a kezelés teljes hiányával összehasonlítva a metadonnal vagy a magas dózisu buprenorfinnal végzett kezelés esetén egyaránt jobb a kezelésben való megtartás arányai, emellett szignifikánsan jobb eredményeket mutatnak a kábítószer-használatot, a bűnözői tevékenységet, a kockázati magatartást és a HIV átadását, a túladagolást és az összesített halálozást tekintve (WHO, 2009).

A közelmúltban több vizsgálat foglalkozott olyan gyógyszerekkel, amelyek kiegészíthetik a helyettesítő kezelést. Két szisztematikus áttekintés azt vizsgálta, hogy az antidepresszánsok csökkentik-e a lemorzsolódást a metadonnal vagy buprenorfinnal kezelt betegek körében, de a hatékonyságra nem találtak bizonyítékot (Pani és mások, 2010b; Stein és mások, 2010). Egy másik vizsgálat azt mutatta, hogy egyetlen plusz adag metadon segíthet csökkenteni a sóvárgás kiváltotta hangulatproblémákat a metadonnal kezelt, már stabil betegeknél (Strasser és mások, 2010).

Az opioid receptor antagonistá naltrexont az opioidhasználat kiújulásának megelőzésére használják. Egy kisméretű vizsgálatban úgy találták, hogy a naltrexon implantátumok hatékonyabbak az orálisan adagolt naltrexonnál, mind a sóvárgás, mind a visszaesés csökkentésében (Hulse és mások, 2010). Egy börtönből szabadult elítéltek körében végzett vizsgálat azt mutatta, hogy a naltrexon implantátumok a metadonhoz hasonló mértékben csökkentették a heroin és a benzodiazepinek használatát (Lobmaier és mások, 2010). Az Egyesült Államokban az engedetlenségi problémák leküzdésére és a kezelés elkerülésének megakadályozására kifejlesztett buprenorfin implantátumokat hasonlítottak össze placebo implantátumokkal. Egy előzetes vizsgálat az absztinencia terén kis különbséget mutatott az aktív implantátumok javára (Ling és mások, 2010), a következő lépés pedig az implantátumok más kezelési formákkal való összehasonlítása lesz (O'Connor, 2010). Európában egy finn vizsgálat azt próbálja felmérni, hogy amennyiben a Suboxone-t egy elektronikus eszközzel adagolják, amely feljegyzi a használatot, ezzel lehet-e javítani az együttműködésen és határt szabni az elvihető gyógyszerek eltérítésének.

A kezelés kimeneteléről szóló kutatási dokumentumok biztató eredményeket mutatnak. A drogfogyasztók

kezelésének kimeneteléről szóló kutatási tanulmány 12 hónapos időszakot vett alapul az Anglia különböző részein működő 342 szervtől<sup>(106)</sup> toborzott 1796 kábítószer-használó kezelési eredményeinek értékeléséhez (Jones, A. és mások, 2009). A kiinduló interjúkban megkérdezett heroinhasználók közül az első utókövetéskor 44%, a második utókövetéskor 49% hagyta abba a szerhasználatot, és a felmérésben vizsgált összes többi fontosabb anyag esetében is következetes csökkenést tapasztaltak.

### Opioidhelyettesítő kezelés terhesség esetén

Az opioidfüggő várandós anyáknak azt ajánlják, hogy terhességük alatt metadonnal végzett helyettesítő kezelést vegyenek igénybe. Bár sok nő szeretne felhagyni az opioidok használatával, amikor megtudja, hogy állapotos, a terhesség idején kerülni kell az opioidmegvonást, mert nagy a veszélye a heroinhasználat kiújulásának, illetve annak, hogy az elvonási tünetek vetélést vagy koraszülést okoznak (WHO, 2009). A méhen belüli metadonexpozíció azonban szintén újszülöttkori absztinenciaszindrómával jár, amely gyógyszeres kezelést és kórházi tartózkodást igényel.

A buprenorfin a metadon alternatívája a fenntartó kezelésben, és a közelmúltban egy nemzetközi randomizált kontrollcsoportos kísérlet keretében egy 175 opioidfüggő terhes nőtől álló mintán tanulmányozták (Jones, H. és mások, 2009a), amelyet az USA-ban hat helyszínen, egy kanadai és egy bécsi helyszínen végeztek. A kísérletet a terhesség 13-30. hete között megkezdő nőket véletlenszerűen osztották be a metadonnal vagy buprenorfinnal kezelt csoportba, és az újszülött gyermekkel együtt a szülés után még hat hónapig részesültek utókövetésben. Más vizsgálatokhoz hasonlóan a buprenorfin ezúttal is magasabb lemorzsolódási aránnyal járt (33%), mint a metadon (18%), de úgy tűnt, hogy a buprenorfinnal kezelt csoportban a gyermekeknek kevesebb morfinra van szükségük az újszülöttkori absztinenciaszindróma kezelésére, és kevesebb napot kellett kórházban tölteniük. A vizsgálat azt állapította meg, hogy amennyiben sikerül a terhes nőket kezelésben tartani, a buprenorfin vagy metadont egyaránt lehet ajánlani a számukra a terhesség alatti opioidfüggőség kezelésére (Jones, H. és mások, 2009b).

<sup>(106)</sup> Közösségi alapú kezelés (többnyire orális metadonfenntartó kezelés) és bentlakásos kezelés.





## 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 a normál népességétől.

Az opioidhasználat és az intravénás kábítószer-használat a drogfogyasztás 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 (Bargagli és mások, 2006; Degenhardt és mások, 2009).

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

Az EMCDDA szisztematikusan figyeli a HIV-fertőzés és a hepatitis B és C vírus előfordulását az intravénás kábítószer-használók körében <sup>(107)</sup>. Az e vírusok által okozott fertőző betegségek a kábítószer-használat leg súlyosabb egészségügyi következményei közé tartoznak. Más fertőző betegségek – köztük a hepatitis A és D, a szexuális úton terjedő betegségek, a tuberkulózis,

a tetanusz, a botulizmus, a lépfene és a humán T-limfotróp vírus – szintén aránytalanul nagymértékben sújthatják a kábítószer-használókat.

### A HIV és az AIDS

Az intravénás kábítószer-használók körében bejelentett új HIV-diagnózisok aránya 2009 végére az Európai Unió legtöbb országában alacsony maradt, és az EU egészének helyzete világviszonylatban, illetve a tágabb európai közegben egyaránt kedvezőnek tűnik (ECDC és WHO-Europe, 2010; Wiessing és mások, 2009) (15. ábra). Ez legalább részben a megelőzési, kezelési és ártalomcsökkentési intézkedések jobb elérhetőségéből következik, ideértve a helyettesítő kezelést és a tű- és fecskendőcsere-programokat is. Más tényezők, például az intravénás kábítószer-használat sok országból jelzett visszaesése, szintén fontos szerepet játszhattak (EMCDDA, 2010g). Az újonnan diagnosztizált esetek átlagos aránya abban a 26 EU-tagállamban, amelyek 2009-re vonatkozó adatokkal tudtak szolgálni, a korábbiaknál alacsonyabb szintet ért el: 1 millió lakosra 2,85 eset jutott, illetve 1299 újonnan bejelentett eset volt <sup>(108)</sup>. Mindazonáltal az adatok Európa néhány részén azt mutatják, hogy a HIV intravénás kábítószer-használattal összefüggő átadása 2009-ben folytatódott, ami nyomatékosítja, hogy gondoskodni kell a helyi prevenciók gyakorlat kiterjedtségéről és hatékonyságáról.

A HIV intravénás kábítószer-használók mintáiban megfigyelt előfordulásáról rendelkezésre álló adatok az EU-ban ismét kedvezően alakulnak a kelet felé szomszédos országokkal összehasonlítva <sup>(109)</sup>, bár az országok közötti összehasonlításokkal a vizsgálati módszerek és a lefedettség különbözőségei miatt óvatosan kell bánni.

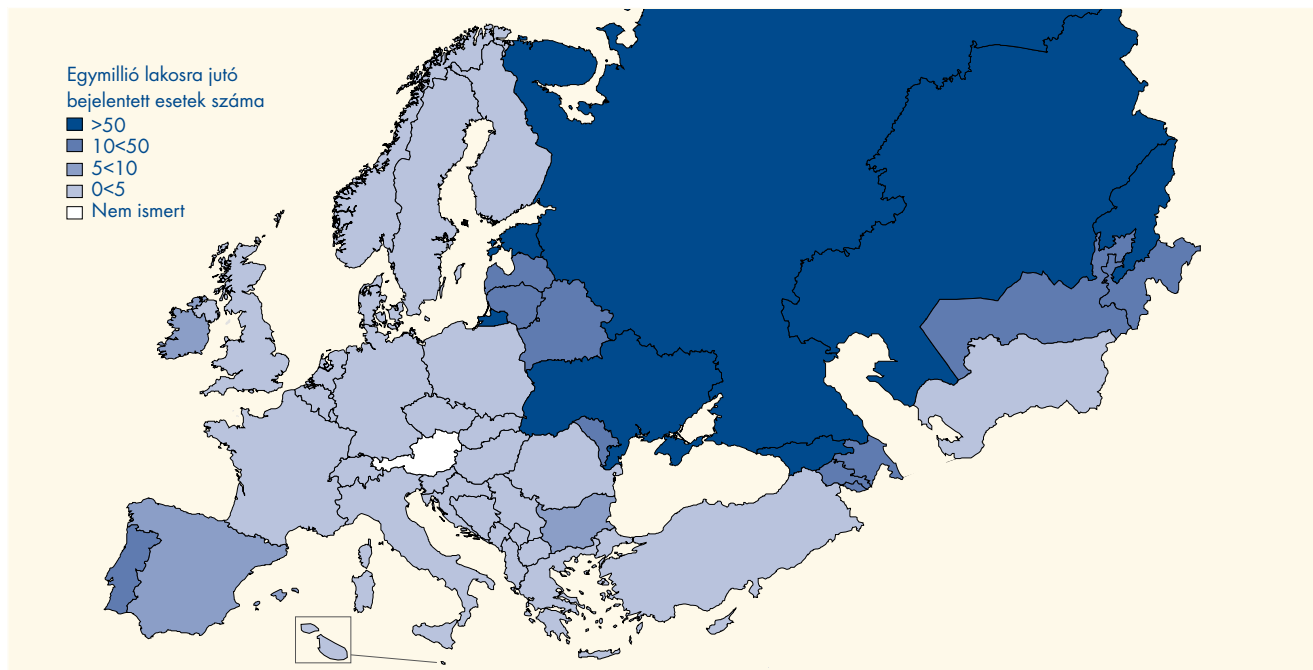
### A HIV-fertőzés tendenciái

Az intravénás kábítószer-használathoz kötődő, újonnan diagnosztizált bejelentett esetekre vonatkozó 2009-es adatok azt jelzik, hogy a fertőzési ráták összességében továbbra is csökkennek az Európai Unióban,

<sup>(107)</sup> A módszerek és a definíciók részletes bemutatását ld. a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(108)</sup> Ausztriáról nincsenek adatok. Az EU-tagállamokra, Horvátországra, Törökországra és Norvégiára vonatkozó átlagos ráta 2,44 eset/1 millió lakos.

<sup>(109)</sup> Ld. az INF-1. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

**15. ábra:** Az intravénás kábítószer-használók körében 2009-ben újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések Európában és Közép-Ázsiában

Megjegyzés: A színek az egymillió lakosra jutó bejelentett, 2009-ben újonnan diagnosztizált, intravénás kábítószer-használói kockázati csoportnak tulajdonított HIV-esetek arányát jelölik.

Forrás: ECDC és WHO-Europe, 2010. Az orosz adatok az AIDS megelőzésével és leküzdésével foglalkozó szövetségi módszertani kutatóközponttól származnak. HIV-fertőzés. Tájékoztató közlöny 34. szám, 35. o., Moszkva, 2010 [orosz nyelven].

a 2001–2002-es csúcs után, amely az észtországi, lettországi és litvániai járványkitörések következménye volt. Az intravénás kábítószer-használók körében 2004 és 2009 között újonnan diagnosztizált fertőzések legmagasabb arányát közlő öt ország (Észtország, Spanyolország, Lettország, Litvánia, Portugália) közül háromban folytatódott a csökkenő tendencia, Észtországban és Litvániában viszont a 2008-as szintekhez képest újra emelkedett a ráta (16. ábra) <sup>(110)</sup>. Észtországban a 2008-ban egymillió lakosra jutó 26,8 eset 2009-re 63,4-re nőtt, Litvániában pedig a 2008-as 12,5 eset/egymillió fő arány 2009-re 34,9 eset/egymillió főre emelkedett. Ugyanebben az időszakban, Bulgáriában is nőtt az új fertőzések aránya az intravénás szerhasználók körében: 2004-ben 0,9 új eset jutott egymillió lakosra, de 2009-ben már 9,7, Svédországban viszont 2007-ben tetőzött a ráta, egymillió lakosra jutó 6,7 új esettel (61 új diagnózis). Ezek az adatok azt jelzik, hogy néhány országban továbbra is van esély a HIV járványos kitöréseire az intravénás kábítószer-használók körében.

A HIV intravénás kábítószer-használók mintáiban megfigyelt előfordulásából származó adatok a tendenciákra vonatkozóan fontos kiegészítői a HIV-esetbejelentésből származó adatoknak. A 2004–2009 közötti időszakban 27 európai országból vannak adatok a prevalencia

alakulásáról <sup>(111)</sup>. A HIV becsült prevalenciája 19 országban változatlan maradt. Öt országban (Franciaország, Olaszország, Ausztria, Lengyelország, Portugália) mutattak csökkenést a HIV prevalenciájára vonatkozó adatok; ez háromban országos mintákon alapult, Franciaországban pedig öt város adatai alapján számolták ki a tendenciát. Ausztriában az országos minta nem mutatott változást, de Bécsben csökkenést figyeltek meg. Két országból jelentették a HIV prevalenciájának növekedését: Szlovákiából (országos adatok) és Lettországból (önbevallásos teszteredmények hét városból). Bulgáriában az országos szintű csökkenést nem tükrözi a főváros (Szófia), ahol emelkedő a tendencia. Olaszországban országosan csökkenő tendenciát érzékeltek, a 21 régió közül csak egyből jelentettek növekedést <sup>(112)</sup>.

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

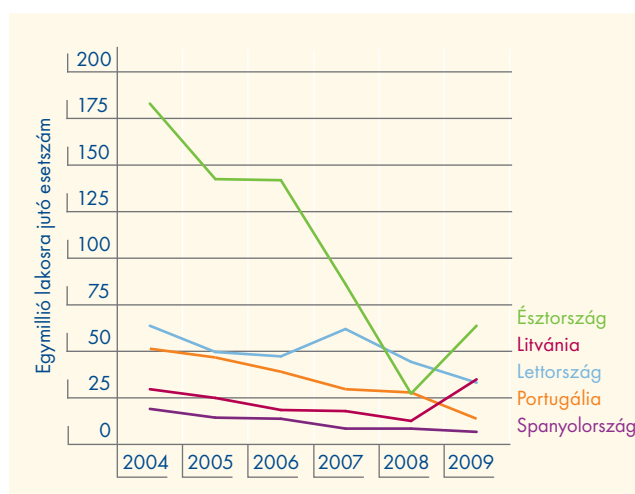
A 2004 óta zömében csökkenő tendenciák ellenére az intravénás kábítószer-használattal összefüggő, bejelentett új

<sup>(110)</sup> A spanyolországi adatok nem rendelkeznek országos lefedettséggel.

<sup>(111)</sup> Észtországból, Írországból és Törökországból nem állnak rendelkezésre a tendenciára vonatkozó adatok. Ld. az INF-108. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(112)</sup> Az olaszországi adatok a kezelés alatt álló drogfogyasztókra vonatkoznak, ahol az injektlási helyzet nem ismert, ezért a HIV prevalenciájának csökkenése abból is eredhet, hogy a vizsgált népességben csökkent az intravénás szerhasználat.

**16. ábra:** Az intravénás kábítószer-használók körében újonnan bejelentett HIV-fertőzések tendenciái a legmagasabb fertőzési rátát bejelentő öt EU-tagállamban



Megjegyzés: 2010. október végéig bejelentett adatok, lásd az INF-2. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.  
Forrás: ECDC és WHO-Europe, 2010.

HIV-diagnózisok aránya (egymillió lakosra nézve) 2009-ben Észtországban (63,4), Litvániában (34,9), Lettországban (32,7), Portugáliában (13,4) és Bulgáriában (9,7) még mindig viszonylag magas volt, ami azt jelzi, hogy ezekben az országokban az intravénás szerhasználók körében továbbra is jelentős számban fordulnak elő új fertőzések<sup>(113)</sup>.

A HIV folyamatban lévő terjedésére utaló további jeleket 2005–2007-ben hat országban figyeltek meg (Észtország, Spanyolország, Franciaország, Lettország, Litvánia, Lengyelország), a fiatal (25 év alatti) intravénás kábítószer-használókból álló minták körében mért 5% fölötti prevalenciával<sup>(114)</sup>, két másik országban (Bulgária, Ciprus) pedig a 2004–2009-es időszakban nőtt a prevalencia a fiatal intravénás szerhasználóknál.

### AIDS-es esetek és a HAART elérhetősége

Az AIDS incidenciájáról szóló információk a HIV átadását ugyan rosszul jelzik, de fontosak lehetnek abból a szempontból, hogy megmutatják a tüneti betegség új előfordulásait. Az AIDS magas megjelenési rátái azt jelezhetik, hogy a HIV-fertőzött intravénás szerhasználók közül sokan nem részesülnek hatékony antiretrovirális gyógykezelésben a fertőzés kellően korai szakaszában ahhoz, hogy a kezelésből a lehető legnagyobb előnyökhöz jussanak. Egy nemrég készült globális áttekintés arra utal, hogy néhány európai országban továbbra is ez lehet a helyzet (Mathers és mások, 2010).

Az AIDS intravénás kábítószer-használattal összefüggő megjelenése most Lettországban a legmagasabb: ez 2009-ben a becslések szerint egymillió lakosra jutó 20,8 új esetet jelentett, tehát a 2008-ban mért, egymillió lakosra jutó 26,4 új esethez képest csökkent. Az AIDS intravénás szerhasználók esetében mért incidenciájának viszonylag magas szintjét jelentették még Észtországból, Spanyolországból, Portugáliából és Litvániából, egymillió lakosra jutó 19,4, 7,3, 6,6, illetve 6,0 új esettel. A felsorolt országok közül Spanyolországban és Portugáliában 2004 és 2009 között csökkenő volt a tendencia, Észtországban és Litvániában viszont nem<sup>(115)</sup>.

### Hepatitis B és C

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 szintjei 2008–2009-ben 22% és 83% között mozogtak, de a 12 ország közül 8-ban 40%-ot meghaladó szinteket jelentettek<sup>(116)</sup>. Három ország (Cseh Köztársaság, Magyarország, Szlovénia) közölt 25% alatti prevalenciát; bár az ilyen szintű fertőzési arány még mindig jelentős közegészségügyi problémát képez.

Az országokon belül a HCV előfordulási szintjei igen változatosak lehetnek, ami a regionális különbségeket és a mintavételhez kiválasztott népesség sajátosságait egyaránt tükrözi. Olaszországban például a regionális becslések 37–81% között mozognak (17. ábra).

A friss vizsgálatok (2008–2009) a HCV igen változatos előfordulási szintjeit mutatják 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>(117)</sup>. Ezek a vizsgálatok ugyanakkor azt is jelzik, hogy az intravénás szerhasználók közül sokan már az injektáló pályafutásuk elején megfertőződnek a vírussal. Ebből az következik, hogy a HCV elleni hatékony megelőző intézkedésekre esetenként csak nagyon rövid idő áll rendelkezésre.

A 2004–2009 közötti időszakban nyolc országból jelentették a HCV prevalenciájának csökkenését az intravénás szerhasználóknál, és csak egyből (Ciprus) jeleztek növekedést, további négy ország pedig a különböző adatsorokban eltérő tendenciákat tapasztalt. Az óvatosság mindazonáltal indokolt, tekintettel a vizsgálatok behatárolt földrajzi lefedettségére és/vagy

<sup>(113)</sup> Ld. az INF-104. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

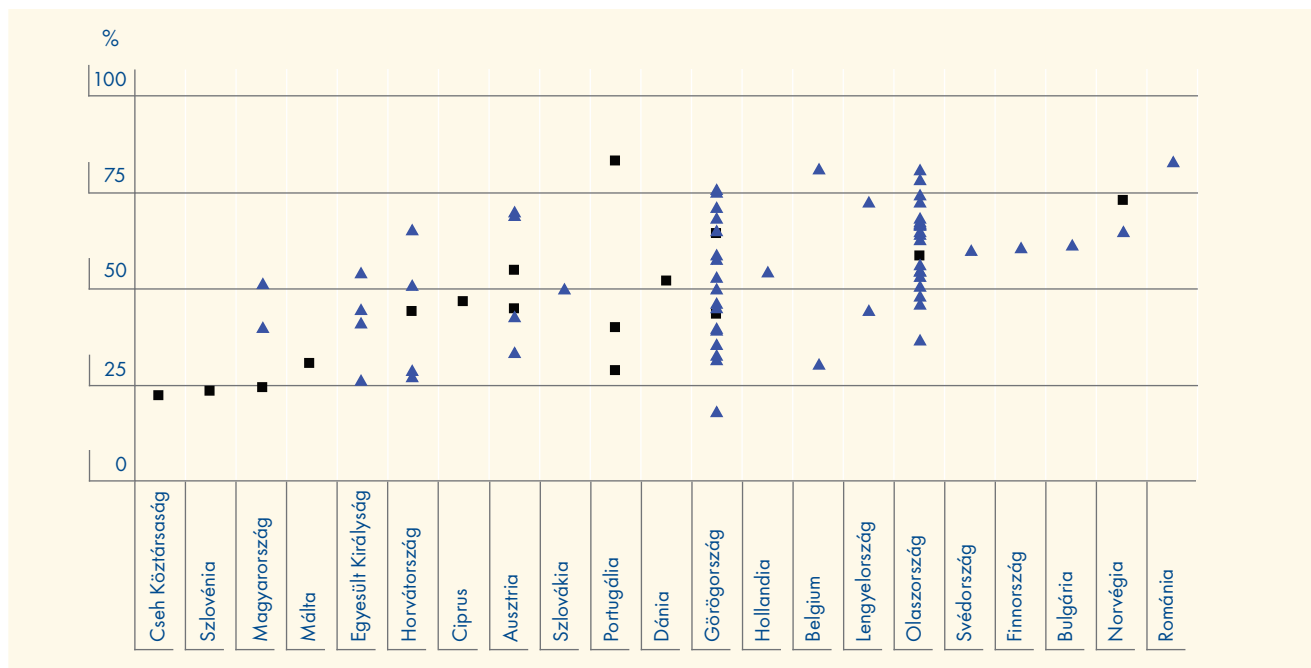
<sup>(114)</sup> Ld. az INF-109. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(115)</sup> Ld. az INF-1. ábrát és az INF-104. (ii. rész) táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(116)</sup> Ld. az INF-2. és az INF-111. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(117)</sup> Ld. az INF-112. és INF-113. táblázatot és az INF-6. (ii. rész) és (iii. rész) ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

17. ábra: A HCV-antitestek előfordulása az intravénás kábítószer-használók körében



Megjegyzés: Az adatok a 2008. és 2009. évre vonatkoznak. A fekete négyzet országos lefedettségű mintákat, a kék háromszög országosnál kisebb (helyi vagy regionális) lefedettségű mintákat jelöl. 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 szűkebb körű adatok átlaga alapján. Bővebb információért ld. az INF-6. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

mintaméretére bizonyos esetekben <sup>(118)</sup>. A fiatal (25 év alatti) intravénás szerhasználók körében végzett vizsgálatok szintén azt mutatják, hogy egyes országokban csökkenő prevalenciát tapasztalhatnak ebben a csoportban országos (Bulgária, Szlovénia, Egyesült Királyság) vagy az országosnál alacsonyabb szinten (Görögországban Kréta, Ausztriában Vorarlberg), ami az átadási ráták csökkenését jelezheti. Emellett azonban helyenként növekedésről is beszámoltak (Ciprus, Ausztriában Graz). E tendenciák némelyikét az új intravénás szerhasználókra (a két évnél rövidebb ideje injektálók) vonatkozó adatok is megerősítik. Az új intravénás szerhasználók körében a HCV növekvő prevalenciáját jelentették Görögországból (Attika), viszont csökkenést tapasztaltak Ausztriában (Vorarlberg) és Svédországban (Stockholm) <sup>(119)</sup>.

A hepatitis B-vírus (HBV) antitestjeinek előfordulása szintén nagyon változatos, feltehetőleg a védőoltás eltérő mértékéből eredően, bár más tényezők is szerepet játszhatnak. A HBV-fertőzés leginkább informatív szerológiai markere a HBsAg (hepatitis B-vírus felületi antigén), amely az aktuális fertőzést jelzi. 2004–2009-re vonatkozóan az intravénás kábítószer-használók körében a vírus jelenlétéről adatokat közlő 14 ország közül négyből számoltak be

5% feletti HBsAg prevalenciaszintet jelző vizsgálatokról (Bulgária, Görögország, Litvánia, Románia) <sup>(120)</sup>.

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 2004–2009 közötti időszakra adatokkal rendelkező 20 ország átlaga alapján az intravénás szerhasználat tehető felelőssé az összes olyan bejelentett HCV-fertőzés 63%-áért és az akut HCV-esetek 38%-áért, ahol ismert a kockázati kategória. A hepatitis B esetében az intravénás szerhasználók az összes bejelentett eset 20%-át és az akut esetek 26%-át teszik ki. Ezek az adatok megerősítik, hogy az intravénás szerhasználók Európában továbbra is fontos kockázati csoportot jelentenek a vírushepatitis-fertőzés szempontjából <sup>(121)</sup>.

### Más fertőzések

Az intravénás szerhasználók a vírusfertőzések mellett bakteriális megbetegedéseknek is ki vannak téve <sup>(122)</sup>. Az európai intravénás szerhasználók körében kitört

<sup>(118)</sup> Ld. az INF-111. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(119)</sup> Ld. az INF-112. és az INF-113. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(120)</sup> Ld. az INF-114. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(121)</sup> Ld. az INF-105. és az INF-106. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(122)</sup> Lásd a „Tuberkulózis a kábítószer-használók körében” című keretes írást.

lépfenejárvány (lásd EMCDDA, 2010a) felhívta a figyelmet arra a problémára, hogy az intravénás szerhasználóknál előforduló spóráképző baktériumok súlyos betegséget okozhatnak. Egy európai tanulmány négy, intravénás szerhasználóknál előforduló bakteriális fertőzés (botulizmus, tetanusz, *Clostridium novyi* és lépfene) bejelentett eseteinek adatait vetette össze az elmúlt évtizedből. A 2000–2009 közötti időszakban hat országból 367 esetet jelentettek, egymillió lakosra jutó 0,03 és 7,54 eset között mozgó populációs rátákkal. A fertőzések többségét (92%) három északnyugati európai országból jelentették: Írországból, az Egyesült Királyságból és Norvégiából. Ezt a földrajzi megoszlást egyelőre nem sikerült értelmezni, ezért további vizsgálat szükséges (Hope és mások, megjelenés alatt).

## 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 betegségek megelőzése és kontrollálása érdekében az országok rendszerint több módszert alkalmaznak együttesen, ideértve a fertőzések felügyeletét, kezelését és a vakcinázást; a kábítószer-fogyasztók kezelését, különösen az opioidhelyettesítő kezelést; a steril injektáló eszközök biztosítását; valamint az olyan közösségi tevékenységeket, amelyek felvilágosítást, oktatást és viselkedési beavatkozásokat kínálnak, gyakran megkereső vagy alacsonyküszöbű ügynökségeken keresztül. Ezeket az intézkedéseket az antiretrovirális gyógykezeléssel és a tuberkulózis diagnosztizálásával és kezelésével együtt az ENSZ-ügynökségek is támogatták a HIV megelőzésére, kezelésére és az intravénás kábítószer-használók gondozására szolgáló alapvető beavatkozásokként (WHO, UNODC és UNAIDS, 2009).

### Beavatkozások

Már számos tanulmány és felülvizsgálat igazolta az opioidhelyettesítő kezelés hatékonyságát a HIV átadásának csökkentésében és a bevallott kockázatos injektáló viselkedés visszaszorításában. Egyre több bizonyíték támasztja alá, hogy az opioidhelyettesítő kezelés és a tű- és fecskendőcsere-programok kombinációja hatékonyabban csökkenti a HIV vagy a HCV incidenciáját és a kockázatos injektáló magatartást, mint bármelyik külön-külön (ECDC és EMCDDA, 2011).

A hepatitis C kezelésében elért fejleményekre építve sok ország fokozott erőfeszítésekkel törekszik a hepatitis

## Tuberkulózis a kábítószer-használók körében

A tuberkulózis (tbc) egy bakteriális megbetegedés, amely általában a tüdőt támadja meg, és halálos kimenetelű is lehet. 2008-ban 26 uniós tagállamban és Norvégiában összesen 82 605 esetet fedeztek fel, ezen belül a 100 000 főre jutó esetszám Romániában (114,1), Litvániában (66,8), Lettországból (47,1), Bulgáriában (41,2), Észtországból (33,1) és Portugáliában (28,7) volt 20-nál magasabb (ECDC, 2010). A betegség Európában túlnyomórészt a nagy kockázatú csoportokban koncentrálódik, például a migránsok, hajléktalanok, drogfogyasztók és fogvatartottak körében. A kábítószer-fogyasztókat a marginalizálódás és az életmód miatt az általános népességnél nagyobb mértékben fenyegetheti az a veszély, hogy elkapják a tbc-t. A HIV-fertőzöttség tovább növeli a tbc kialakulásának veszélyét, amely becslések szerint 20–30-szorosra nő azokhoz képest, akiknek nincs HIV-fertőzésük (WHO, 2010a).

A drogfogyasztó populációkban a tbc prevalenciájáról csak ritkán van adat. Európában az aktív (tüneti) tbc magas arányait jelentették a kezelés alatt álló kábítószer-használók körében Görögországban (1,7%), Litvániában (3%) és Portugáliában (1–2%), ellenben a drogfogyasztókat kezelő létesítményekben végzett szisztematikus tesztelés egy esetet sem derített fel Ausztriában, Szlovákiában és Norvégiában.

A tuberkulózis hatékonyan kezelhető a kábítószer-használóknál, de legalább hat hónapig tartó, összetett gyógykezelést igényel. Alapvető fontosságú, hogy a kezelést végigvigyék, mert a betegséget okozó organizmus hamar tolerálni kezdi a gyógyszereket, és ellenállóvá válik a kezeléssel szemben. A problémás kábítószer-használók, különösen a kaotikus életvitelt folytatók esetében a kezelés betartását olykor nehéz elérni. A kezelés időtartamának lerövidítésére törekvő új módszerek lehetőséget adhatnak a sikeres befejezés valószínűségének növelésére.

## A fertőzések megelőzése az intravénás szerhasználók körében: az ECDC és az EMCDDA közös iránymutatásai

Az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) és az EMCDDA 2011-ben közös iránymutatást adott ki a fertőző betegségek megelőzéséről és ellenőrzéséről az intravénás szerhasználók körében. Az iránymutatás átfogó képet ad a beavatkozások hatékonyságáról, beleértve az olyan intézkedéseket, mint például a tiszta fecskendők és egyéb injektáló kellékek biztosítása, a drogfogyasztók kezelése, többek között az opioidhelyettesítő kezelés, a védőoltás, a szűrés, valamint a fertőzések kezelése a drogfogyasztók körében. Az iránymutatás megvizsgálja a szolgáltatási modelleket és az ennek a populációnak szóló legalkalmasabb tájékoztató és felvilágosító üzeneteket.

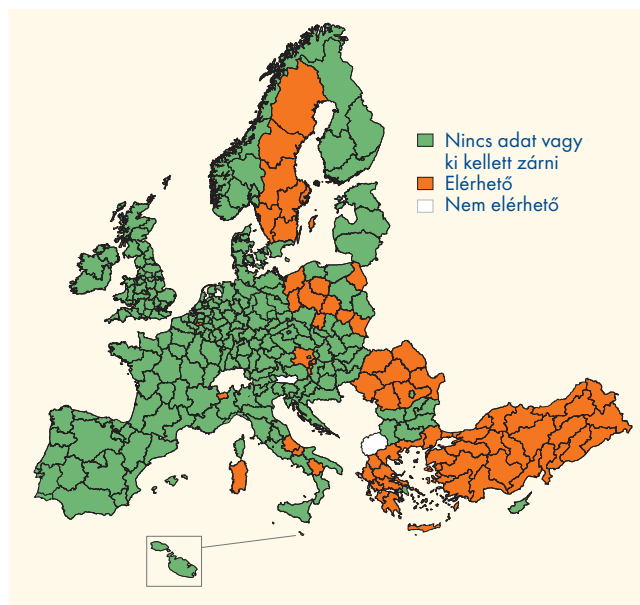
Ez a kiadvány nyomtatásban és az EMCDDA weboldalán csak angol nyelven érhető el.

megelőzésére, felismerésére és kezelésére a drogfogyasztók körében. Az Európai Unió számos kezdeményezést támogat annak érdekében, hogy megelőzze a hepatitisz C-fertőzést a kábítószer-használók között. E kezdeményezések közé tartoznak a következők: a HCV megelőzésére vonatkozó országos előírások és útmutatások feltérképezése az EU-ban (Zurhold, 2011); összeállítás a figyelemfelhívó, prevenciós, kezelési és gondozási beavatkozások példáiról (Correlation Project és EHRN, 2010); oktatóanyagok kidolgozása a politikai döntéshozók, egészségügyi szakemberek és helyi szolgáltatók számára (pl. Hunt és Morris, 2011).

Az ingyenes, tiszta fecskendők biztosítása Törökországon kívül minden országban működik, erre szakosodott létesítmények vagy gyógyszertárak révén, de az elmúlt két évtizedben történt nagyarányú bővítés ellenére a földrajzi lefedettség továbbra sem kiegyensúlyozott, így sok közép- és kelet-európai ország, illetve Svédország is az elérhetőség hiányát jelezte egyes területeken (lásd a 18. ábrát).

A speciális tű- és fecskendőcsere programokon keresztül történő fecskendőellátásról szóló friss adatok három kivétellel minden országból rendelkezésre állnak, de két másikban hiányosak<sup>(123)</sup>. Ezek alapján évente közel 50 millió fecskendőt osztanak ki ezeken a programokon

**18. ábra:** A tű- és fecskendőcsere-programok földrajzi elérhetősége regionális szinten



Megjegyzés: A statisztikai célú területi egységek némenklatúrája (NUTS) 2. szintje szerint meghatározott régiók; bővebb információért lásd az Eurostat weboldalát.

Forrás: Ld. a HSR-4. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

keresztül. Ez a szám a fecskendőkről adatot közlő országokban egy becsült intravénás kábítószer-használóra nézve átlagosan 94 fecskendőnek felel meg.

13 ország esetében fel lehet becsülni az évente és intravénás kábítószer-használónként kiosztott fecskendők átlagos számát<sup>(124)</sup>. Ezek közül hét országban 100 alatt volt a speciális programok által egy intravénás szerhasználónak kiadott fecskendők átlagos száma, négy országban 100–200 fecskendőt osztottak ki, Luxemburg és Norvégia pedig injektálónként több mint 200 fecskendőt kiosztásáról számolt be<sup>(125)</sup>. A HIV megelőzése szempontjából az ENSZ-ügynökségek az egy intravénás kábítószer-használóra jutó évi 100 fecskendő kiosztását alacsonynak, a 200 fecskendő/injektáló arányt magasnak ítélik (WHO, UNODC és UNAIDS, 2009).

Az elmúlt négy bejelentési évben (2005–2009) a fecskendőprogramok keretében kiosztott fecskendők teljes száma 32%-kal nőtt. A fecskendőellátás tendenciáinak alrégiók szerinti elemzése azt mutatja, hogy a 2004 előtti uniós tagállamokban lelassult a növekedés, míg az újabb tagállamokban határozottabb lett.

## A kábítószerrel összefüggő halálesetek és halálzási arány

Az európai fiatalok körében a kábítószer-használat az egészségügyi problémák és a halálozás fő okai közé tartozik, és a felnőttek között előforduló összes halálozás egy jelentős hányadéért 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 halálozásokat jelenti, amelyek közvetlen vagy közvetett oka a drogfogyasztás. Ebbe beletartoznak a kábítószer-túladagolás (kábitószer okozta halálozesetek), a HIV/AIDS, a közlekedési balesetek – különösen alkohollal kombinált használat esetén –, az erőszak, öngyilkosság és a kábítószeres ismételt használata által okozott krónikus egészségügyi problémák (pl. a kokainhasználóknál fellépő szív-ér rendszeri problémák) miatti halálozesetek<sup>(126)</sup>.

### A kábítószer okozta halálozesetek

A legfrissebb becslések azt jelzik, hogy az EU tagállamaiban és Norvégiában 2009-ben körülbelül

<sup>(123)</sup> Ld. a HSR-5. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben. A fecskendők számáról szóló adatok 2007–2009-ből Dánia, Németország és Olaszország esetében nem álltak rendelkezésre. A hollandiai adatok csak Amszterdamra és Rotterdamra vonatkoznak, az egyesült királysági adatok pedig nem tartalmazzák Angliát.

<sup>(124)</sup> Ld. a HSR-3. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(125)</sup> Ezek a számok nem tartalmazzák a gyógyszerári értékesítést, amely sok országban a steril fecskendők fontos forrása lehet a kábítószer-használók számára.

<sup>(126)</sup> Ld. „Kábítószerrel összefüggő halálozás: összetett fogalom”, a 2008-as éves jelentésben.

7630 kábítószer okozta haláleset történt, ami a 2008-ban bejelentett 7730 esettel összevetve stabil helyzetre utal<sup>(127)</sup>. Ezek a számok valószínűleg konzervatív becslések, mivel az országos adatoknál előfordulhat, hogy a ténylegesnél kevesebb esetet jelentenek be, vagy kevesebbszer állapítják meg, hogy kábítószer okozta a halált. Az országos adatok alulbecslésének mértékét csak kevés ország próbálta felmérni.

Az 1995–2008 közötti időszakban az EU tagállamaiból és Norvégiából minden évben 6300–8400 közötti, kábítószer okozta halálesetet jelentettek. 2008-ban, a legutóbbi olyan évben, amelyről szinte minden országból vannak adatok, az összes bejelentett, kábítószer okozta haláleset több mint felét két országból, Németországból és az Egyesült Királyságból jelentették, amelyek Spanyolországgal és Olaszországgal együttvéve az összes bejelentett eset kétharmadát (5075) jegyezték.

A 2009-es évre nézve a túladagolásnak tulajdonítható átlagos halálozási rátát az EU-ban 21 haláleset/egymillió lakosra becsülték a 15–64 éves népességben; a legtöbb országból egymillió főre jutó 4–59 közötti számú halálesetet jelentettek (19. ábra). 28 európai ország közül 13-ban találtak az egymillió főre jutó

20 halálesetet meghaladó arányt, de hét országban az arány a 40 haláleset/egymillió főnél is magasabb volt. A 15–39 éves európaiak körében a kábítószer-túladagolás az összes haláleset 4%-áért felelt<sup>(128)</sup>.

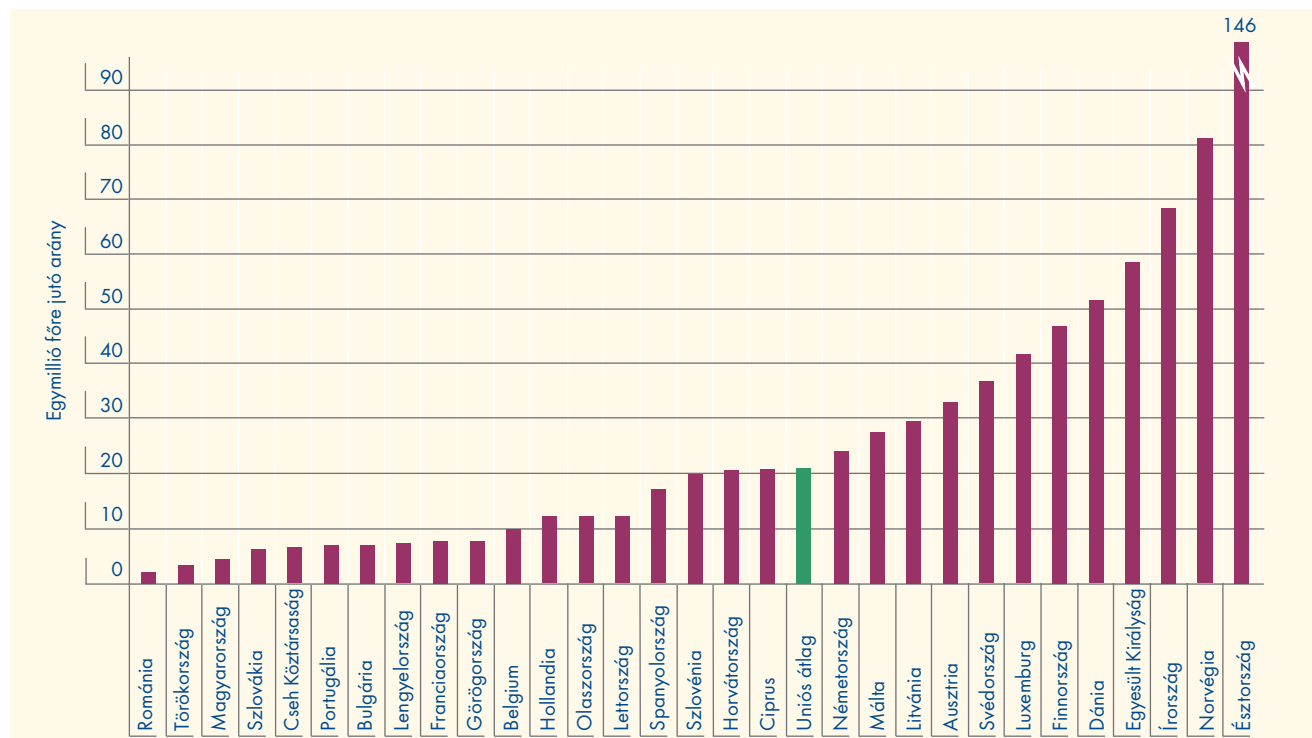
A kábítószer okozta halálesetek bejelentett számát befolyásolhatja a kábítószer-használat előfordulása és mintái (injektálás, politoxikománia), a kábítószer-használók életkora és komorbiditása, a kezelő és sürgősségi szolgálatok elérhetősége, valamint az adatgyűjtés és bejelentés minősége. Az európai adatok megbízhatósága terén történt fejlemények lehetővé teszik a tendenciák jobb leírását, és a legtöbb ország mostanra az EMCDDA által jóváhagyott esetmeghatározást fogadott el<sup>(129)</sup>. Az országok összehasonlításakor mindazonáltal óvatosan kell eljárni, mert a bejelentési módszertan és az adatforrások terén még mindig vannak különbségek.

### Az opioidokkal összefüggő halálesetek

#### Heroin

Az opioidok, főként a heroin vagy metabolitjai az Európai Unióban bejelentett, kábítószer okozta halálesetek többségében jelen vannak. A 2008-ról vagy 2009-ről

19. ábra: A kábítószer okozta halálesetek miatti becsült halálozási arányok az összes felnőtt körében (15–64 évesek)



Megjegyzés: További információért lásd a DRD-7. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.  
 Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

<sup>(127)</sup> Az európai becslés a 27 tagállam és Norvégia közül 17 ország esetében 2009-es adatokon, kilenc országnál 2008-as adatokon, egy ország esetében pedig kivett adatokon alapul. Belgiumot adatok hiányában ki kellett zárni. Bővebb információért ld. a DRD-2. (i. rész) táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(128)</sup> Ld. a DRD-7. (i. rész) ábrát és a DRD-5. (ii. rész) és DRD-107. (i. rész) táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(129)</sup> Részletes módszertani információért lásd a 2011. évi statisztikai közlönyt és a kábítószerrel összefüggő halálesetek kulcsindikátoráról szóló oldalakat.



adatok közlő 22 országban az opioidok feleltek az összes eset nagy többségéért: öt országban több mint 90%-ért, további 12-ben pedig 80–90% közötti hányadért. A heroin mellett gyakran kimutatják még az alkohol, a benzodiazepinek, egyéb opioidok és néhány országban a kokain jelenlétét is. Ez azt jelzi, hogy az összes, kábítószer okozta haláleset jelentős hányada többféle szer együttes használatával összefüggésben következhet be, amint azt Skóciában a 2000–2007 közötti, kábítószerrel összefüggő halálesetek toxikológiai felülvizsgálata szemlélteti. Ebben kimutatták, hogy a heroin és az alkohol jelenléte között pozitív összefüggés volt, különösen az idősebb férfiak körében. Azok közül a férfiak közül, akiknek a halála a heroinhoz volt köthető, az alkohol a 35 év felettiéknél 53%-ban, míg a 35 év alattiaknál az esetek 36%-ában volt jelen (Bird és Robertson, 2011; lásd még GROS, 2010).

Az Európában bejelentett túladagolások halálesetek többsége (81%) férfiakat érint. Összesítésben körülbelül négy férfi jut egy női esetre (az arány a lengyelországi 1,4:1 és a romániai 31:1 között mozog) <sup>(130)</sup>. Az EU-hoz a közelmúltban csatlakozott tagállamokban a bejelentett kábítószer okozta halálesetek áldozatai nagyobb valószínűséggel férfiak és fiatalabbak, mint a 2004 előtti tagállamokban és Norvégiában. A minták Európa-szerte különbözően alakulnak, a férfiak aránya például magasabb a déli országokban (Görögország, Olaszország, Románia, Ciprus, Magyarország, Horvátország), illetve Észtszországban, Lettországban és Litvániában. Dániából, Hollandiából, Svédországból és Norvégiából az idősebbekkel kapcsolatos esetek magasabb arányairól számoltak be. Az országok többségében a herointúladagolás miatt elhunytak átlagéletkorukat tekintve a harmincas éveik közepén járnak, és az átlagéletkor sok országban emelkedik is. Ez a fiatal heroinhasználók számának lehetséges stabilizálódására vagy csökkenésére és a problémás opioidhasználók öregedő kohorszára utal. Összességében az Európában bejelentett túladagolások halálesetek 12%-a történik a 25 év alattiak körében <sup>(131)</sup>.

A halálos és nem halálos kimenetelű herointúladagolás számos tényezővel összefügg. Ezek közé tartozik az injektlás és más szerek, különösen az alkohol, a benzodiazepinek és egyes antidepresszánsok egyidejű használata. A túladagolással összefüggő tényezők közé tartozik még a mértéktelen kábítószer-használat, a komorbiditás, a hajléktalanság, a rossz mentális egészségi állapot (pl. depresszió és szándékos mérgezés), a kezelés mellőzése, a korábban átélt túladagolások

és az egyedüllet a túladagolás idején (Rome és mások, 2008). A közvetlenül a börtönből való szabadulást (WHO, 2010a) vagy a kezeléssel való elbocsátást követő időszak különösen kockázatos a túladagolás szempontjából, amint azt több longitudinális vizsgálat is szemléltette.

#### Más opioidok

A heroin mellett a toxikológiai jelentések számos más opioidot is kimutatnak, köztük a metadont <sup>(132)</sup> és a buprenorfin. A buprenorfinmérgezés miatti halálesetek ritkák, és csak nagyon kevés országból jelentenek ilyen, noha a gyógyszert Európán belül egyre többször használják a helyettesítő kezelésben. Finnországban azonban az opioidok közül változatlanul a buprenorfin mutatják ki leggyakrabban az igazságügyi boncolások során, de általában más szerekkel kombinálva. Ezt szemléltette egy nemrég készült finn jelentés a véletlen mérgezéses esetekben kimutatott kábítószerekről, amely szerint a benzodiazepinek jelenléte kimutatható volt szinte minden (40-ből 38) olyan esetben, amikor a buprenorfin jelölték meg a halál első számú okaként. Az alkoholt szintén fontos járulékos tényezőnek találták, amely 40 esetből 22-ben volt jelen (Salasuo és mások, 2009). Észtországban a 2009-ben bejelentett, kábítószer okozta halálesetek legnagyobb része – a korábbi évekhez hasonlóan – a 3-metilfentanil miatt történt.

#### Más kábítószerekkel összefüggő halálesetek

Az akut kokainmérgezés által okozott halálesetek viszonylag ritkának tűnnek (EMCDDA, 2010a). Mivel azonban a kokaintúladagolásokat nehezebb meghatározni és azonosítani, mint az opioidokhoz kapcsolódókat, előfordulhat, hogy ezekből a ténylegesnél kevesebbet jelentenek be (lásd az 5. fejezetet).

2009-ben 21 országból körülbelül 900, kokainnal összefüggő halálesetet jelentettek. Mivel a rendelkezésre álló adatok nem összehasonlíthatók, az európai tendenciát nehéz meghatározni. A kokain legmagasabb prevalenciájával rendelkező két országra, Spanyolországra és az Egyesült Királyságra vonatkozó legfrissebb adatok a kábítószerhez kapcsolódó halálesetek csökkenésére utalnak: Spanyolországban a 2007-ben bejelentett esetek 25,1%-ában találtak kokaint (és nem opiátokat), de 2008-ban már csak 19,3%-ban; az Egyesült Királyságban pedig a 2008-as 12,7%-ról 2009-re 9,6%-ra csökkent az arány. Nagyon ritkán állapítják meg, hogy a kokain volt az egyetlen anyag, amely hozzájárult a kábítószer okozta halálesethez.

<sup>(130)</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 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(131)</sup> Ld. a DRD-2. és DRD-3. ábrát és a DRD-1. (i. rész) táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(132)</sup> Lásd „A metadon és a halálozás” című keretes írást.

## A metadon és a halálozás

Miután becslések szerint 700 000 opioidhasználó áll helyettesítő kezelés alatt, a kábítószer okozta halálesetek kapcsán nagyobb figyelem jut a metadonra és a hozzá hasonló gyógyszerekre. A metadont gyakran említik a kábítószer-használattal összefüggő halálesetek toxikológiai jelentéseiben, és esetenként a halál okaként jelölik meg. Ennek ellenére az aktuálisan rendelkezésre álló bizonyítékok határozottan alátámasztják a pszichoszociális támogatást nyújtó beavatkozásokkal ötvözött, jól szabályozott és felügyelt opioidhelyettesítő kezelés előnyeit a betegek kezelésben tartása, illetve a tiltott opioidhasználat és a halálozás csökkentése szempontjából.

Az obszervációs vizsgálatok szerint a metadonkezelés alatt álló opioidhasználók halálozási rátája körülbelül egyharmada a nem kezeltékének. A kezelés időtartama fontos tényező, a friss tanulmányok ugyanis azt jelzik, hogy az opioidhelyettesítő kezelés 85%-nál is nagyobb eséllyel csökkenti az összesített halálozást az opioidhasználók körében, ha 12 hónapig vagy tovább maradnak kezelés alatt (Cornish és mások, 2010). A túlélési előnyök a kezelésnek való halmozott kitétséggel együtt nőnek (Kimber és mások, 2010). Úgy tűnik ezenkívül, hogy az elvonáshoz vagy a kezelés hiányához képest a metadon körülbelül 50%-kal csökkenti a HIV-fertőzés veszélyét (Mattick és mások, 2009). A metadonnal összefüggő halálesetekkel kapcsolatban egy nemrég készült skóciai és angliai vizsgálat azt állapította meg, hogy a metadon felügyelet melletti adagolásának bevezetése nyomán jelentősen csökkent azoknak a haláleseteknek a száma, amelyekben a metadonnak is szerepe volt. 1993 és 2008 között legalább negyedére csökkent a metadonnal összefüggő túladagolás miatti halálesetek aránya a felírt metadon mennyiségéhez képest, miközben a kezelés kibővült (Strang és mások, 2010).

A kokainhasználók körében mért halálozásról szóló friss nemzetközi áttekintés azt állapította meg, hogy a problémás vagy függő kokainhasználók megnövekedett halandóságának mértékéről csak korlátozottan vannak adatok (Degenhardt és mások, 2011). Az áttekintés három európai utókövetés vizsgálat eredményein alapult: egy francia vizsgálat kokainnal kapcsolatos bűncselekmények miatt őrizetbe vett személyeket követett nyomon; egy holland vizsgálatban alacsonyküszöbű szolgálatokon keresztül bevont intravénás kokainhasználók vettek részt; egy olasz vizsgálat pedig kezelésben részesülő függő kokainhasználókkal foglalkozott. A vizsgálatokban a nyers halálozási ráták 0,54–4,6/100 személyév között mozogtak. Egy kokainhasználat miatt kezelt személyek bevonásával készült friss dán kohorszvizsgálat 6,4-nek mutatta a halálozás pluszkockázatát az általános népesség azonos korú és nemű tagjaival összehasonlítva (Arendt és mások, 2011).

Az ecstasy (MDMA) jelenlétét mutató halálesetekről ritkán érkeznek jelentések, és sokszor az ilyen esetekben sem a kábítószer azonosítja a halál közvetlen okaként<sup>(133)</sup>. Katinonokkal potenciálisan összefüggő haláleseteket 2009-ben Angliából (mefedron) és Finnországból (MDPV) jelentettek (lásd a 8. fejezetet).

## 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>(134)</sup>. 2000 és 2003 között a legtöbb uniós tagállamból csökkenést jelentettek, amit 2003-tól 2008-ig növekedés követett. A 2009-ről rendelkezésre álló előzetes adatok összességében a 2008-assal megegyező vagy annál valamivel alacsonyabb számot jeleznek. A bejelentett halálesetek száma – amennyiben van mód az összehasonlításra – csökkent a legnagyobb országok némelyikében, köztük Németországban, Olaszországban és az Egyesült Királyságban.

A kábítószer okozta bejelentett halálesetek számának néhány országban tapasztalt stagnálását vagy növekedését nehéz megmagyarázni, különösen ha az intravénás kábítószerhasználat csökkenésére és a kezelő és ártalomcsökkentő szolgálatokkal kapcsolatba kerülő opioidhasználók számának növekedésére utaló jeleket is figyelembe vesszük. A lehetséges magyarázatok közé tartoznak a következők: a politoxikománia (EMCDDA, 2009b) vagy a kockázatos viselkedésmódok gyakoribb előfordulása; a börtönből vagy kezelésről távozó visszaeső opioidhasználók számának növekedése; a veszélyeztetettebb kábítószer-használók kohorszának öregedése.

## A kábítószer-használattal összefüggő összesített halálozás

A kábítószer-használattal összefüggő összesített halálozásba a kábítószer okozta halálesetek mellett a kábítószeres használat által közvetve, például a fertőző betegségek átadása, szív-ér rendszeri problémák vagy balesetek révén okozott halálesetek is beletartoznak. A kábítószer-használattal közvetve összefüggő haláleseteket nehéz számszerűsíteni, de közegészségügyi hatásuk jelentős lehet. Az ilyen 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 becslült értékét különböző módszerekkel lehet kiszámítani, például

<sup>(133)</sup> A herointól eltérő kábítószerekkel összefüggő halálesetekre vonatkozó adatokért ld. a DRD-108. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(134)</sup> Ld. a DRD-8. és a DRD-11. ábrát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

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 és okonkénti halálozási rátáit, és fel lehet becsülni, hogy a csoport halálozása mennyivel haladja meg a normál népességét <sup>(135)</sup>.

Az adatfelvételi helyszínektől (pl. a kezelő létesítmények) és a felmérésbe való bevonás kritériumaitól (pl. intravénás kábítószer-használók, heroinhasználók) 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 populációnként, országonként és időben változó. Általában azonban Európa-szerte a problémás kábítószer-használók között a halál fő oka a kábítószer-túladagolás: a HIV/AIDS alacsony előfordulási arányaival rendelkező országokban ennek tulajdonítható az injekciós szerhasználók körében történő halálesetek 50–60%-a. A HIV/AIDS és más betegségek mellett a halálesetek rendszeresen bejelentett okai közé tartozik még az öngyilkosság, a baleset és az alkohollal való visszaélés.

### 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>(136)</sup>, de ezeknek a haláleseteknek a 90%-a Spanyolországban, Franciaországban, Olaszországban és Portugáliában történt.

A kábítószer-használók körében előforduló halálesetek egy része más krónikus betegségeknek tulajdonítható, így például májbetegségeknek, amelyeket főként a hepatitis C vírussal (HCV) való megfertőződés okoz, és amelyeket

### „Kiemelt téma”: A kábítószer-használattal összefüggő halálozás – átfogó megközelítés és közegészségügyi kihatások

Az EMCDDA egyik idén kiadott „kiemelt témája” a kábítószerrel összefüggő halálozásra vonatkozó megállapításokat mutatja be az Európában élő problémás kábítószer-használók körében végzett friss longitudinális vizsgálatok alapján. Megvizsgálja az összesített és az egyes okok szerinti halálozást, és bemutatja a kutatások során felismert kockázati és védelmet nyújtó tényezőket. A közegészségügyi kihatásokról szintén képet ad.

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

sokszor erős alkoholfogyasztás és a hozzájuk társuló HIV-fertőzés súlyosbít. Az egyéb fertőző betegségek által okozott halálesetek ritkábbak. A kábítószer-használók körében előforduló egyéb halálokok – például az öngyilkosság, trauma vagy emberölés – sokkal kevesebb figyelemben részesülnek, annak ellenére, hogy a jelek szerint komoly hatásuk lehet a halálozásra.

### A kábítószerrel összefüggő halálozás csökkentése

Tizenöt európai ország számolt be arról, hogy a nemzeti drogstratégiájuk külön tárgyalja a kábítószerrel összefüggő halálozás csökkentését, hogy regionális szinten is rendelkeznek ilyen politikákkal, illetve hogy külön cselekvési tervük van a kábítószerrel összefüggő halálesetek megelőzésére. Néhány másik országban (Észtország, Franciaország, Ausztria) a kábítószerrel összefüggő halálesetek számának közelmúltbeli növekedése (részben a fiatalabb korcsoportokban és az integrált szerhasználók között) hívta fel a figyelmet arra, hogy jobb válaszlehetőségekre van szükség.

A kezelés jelentősen csökkentheti a kábítószer-használók halálozásának veszélyét, bár a kábítószer-toleranciával kapcsolatos kockázatok megnövekednek 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.

Néhány országban a gyógyszerbiztonsági profilja miatt a buprenorfint ajánlják az opioidfenntartásra <sup>(137)</sup>, a buprenorfin–naloxon kombináció pedig az országok legalább felében forgalomba hozatali engedélyt kapott <sup>(138)</sup>.

<sup>(135)</sup> A halálozási kohorszvizsgálatokra vonatkozó információért ld. a Legfontosabb mutatókat az EMCDDA weboldalán.

<sup>(136)</sup> Ld. a DRD-5. (iii. rész) táblázatát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(137)</sup> Lásd a kezelési iránymutatásokat a bevált gyakorlatokról szóló portálon.

<sup>(138)</sup> Ld. a HSR-1. táblázatát a 2011. évi statisztikai közlönyben.

Bár néhány európai országban történt némi előrelépés annak érdekében, hogy a közösség és a börtön között ne szakadjon meg a kezelés folytonossága <sup>(139)</sup>, a drogfogyasztók esetében a kezelés megszakításáról – függetlenül attól, hogy letartóztatás, bebörtönzés vagy szabadon bocsátás miatt történik – megállapították, hogy növeli a túladagolás kockázatát (Dolan és mások, 2005). Az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodája (WHO, 2010c) ebből következően ajánlásokat adott ki a túladagolás megelőzéséről a börtönökben és a gondozás jobb folytonosságáról szabadulás után.

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. Az országok többségében tájékoztató anyagok készültek a túladagolás veszélyeiről – gyakran sok nyelven, hogy a migráns drogfogyasztókhöz is elérjenek –, és ezeket a szerhasználókkal foglalkozó speciális szerveken és weboldalakon keresztül, de újabban telefonos üzenet és e-mail formájában is terjesztik. 27 országban létezik tanácsadás és a biztonságosabb használatról szóló képzés a kábítószer-használóknak, amelyet drogfogyasztókkal foglalkozó szociális munkások vagy kortárs segítők biztosítanak, de ezek a beavatkozások gyakran csak szórványosan, korlátozott mértékben működnek <sup>(140)</sup>.

Néhány országból ezenkívül még a következő válaszlépésekről számoltak be: a kábítószerrel összefüggésben sürgősségi ellátásban részesülők nyomon követése (Belgium, Dánia, Luxemburg, Hollandia, Ausztria); „korai előrejelző rendszerek”, amelyek figyelmeztetik a szerhasználókat a veszélyes anyagokra (Belgium, Cseh Köztársaság, Franciaország, Magyarország, Portugália, Horvátország); jobb ellenőrzések a többszörös gyógyszerfelírás megelőzésére (Luxemburg, Egyesült Királyság). A felügyelet mellett működtetett drogfogyasztó létesítmények, amilyenek például Németországban, Spanyolországban, Luxemburgban, Hollandiában és Norvégiában vannak, lehetőséget adnak arra, hogy túladagolás esetén azonnal szakszerű beavatkozás történjen, és ezáltal csökkentik a nem halálos kimenetelű túladagolás egészségügyi hatásait. A felügyelet mellett

működő fogyasztói szobák által a közösségben előforduló, kábítószer okozta halálesetekre gyakorolt hatást bizonyítja többek között egy nemrég végzett vizsgálat Vancouverből, amely a túladagolásos halálesetek 35%-os csökkenéséről számolt be az érintett közösségben, a felügyelt injekciós létesítmény megnyitását követően (Marshall, B. és mások, 2011). Ez az eredmény ugyanabba az irányba mutat, mint az ártalomcsökkentésről szóló monográfiában felülvizsgált korábbi tanulmányok (EMCDDA, 2010b).

A túladagolásról szóló képzés az opioidok hatását visszafordító – a kórházi és sürgősségi ellátásban széles körben használt – naloxon elvihető adagjával kombinálva olyan módszer, amellyel meg lehet előzni az opioidtúladagolás miatti haláleseteket. Néhány európai ország olyan közösségi alapú programok meglétéről számolt be, amelyek keretében receptre felírják a naloxont az opioidtúladagolás veszélyének kitétt szerhasználóknak. A naloxon felírásához kötelező oktatás is tartozik a túladagolás felismeréséről, az alapvető életmentő technikákról (pl. mesterséges lélegeztetés, megfelelő testhelyzet), valamint a naloxon beadásáról. Ez a beavatkozás a kábítószer-használóknak, családjuknak és társaiknak szól, és arra szolgál, hogy képessé tegye őket a hatékony fellépésre túladagolás esetén, a sürgősségi szolgálatok kiérkezéséig.

A jelentések szerint naloxont Olaszországban (ahol a drogfogyasztókkal foglalkozó intézmények 40%-a biztosítja a gyógyszert), Németországban és az Egyesült Királyságban (Anglia és Wales) osztanak a kábítószer-használóknak. Új kezdeményezésekről Bulgáriából, Dániából és Portugáliából számoltak be. Skóciában 2010-ben vezették be országos szinten az elvitelre szánt naloxon biztosítását minden, börtönből szabaduló veszélyeztetett személynek, és a kormány támogatja az országos „naloxont elvitelre” programot azok részére, akiket az opioidtúladagolás veszélye fenyeget, illetve a velük kapcsolatba kerülő személyeknek. Angliában az N-Alive projekt tanulmány keretében most vizsgálják a szabaduláskor adott naloxon hatékonyságát a börtönből való szabadulást követő hetekben előforduló túladagolásos halálesetek csökkentése szempontjából, amihez randomizált kontrollcsoportos kísérletet fognak végezni 5600 fogvatartott bevonásával.

<sup>(139)</sup> Ld. a 2. fejezetet és a HSR-9. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.

<sup>(140)</sup> Ld. a HSR-8. táblázatot a 2011. évi statisztikai közlönyben.



## 8. fejezet

# Új kábítószeres és újonnan megjelenő tendenciák

### Bevezetés

Az új kábítószeresről és az újonnan megjelenő tendenciákról szóló időszaki, objektív tájékoztatás egyre fontosabb, tekintettel az európai kábítószer-probléma egyre inkább dinamikus, gyorsan változó jellegére. Az új kábítószeres piacának különlegessége az a gyorsaság, amivel a beszállítók az ellenőrző intézkedések bevezetésére reagálva új alternatívákat kínálnak a betiltott termékek helyett. A különféle információforrások és csúcstechnológiai mutatók, köztük az internetes megfigyelés és a szennyvízelemzés hozzásegíthetnek ahhoz, hogy jobb képet kapjunk a kábítószeres terén újonnan megjelenő európai tendenciákról. Ez a fejezet részletesen tárgyalja a korai előrejelző rendszer révén felfedezett új pszichoaktív anyagokat, és bemutatja a mepredon kockázatértékelésének utóéletét. Ezt követően megvizsgálja a „legal high” jelenséget is, valamint az új anyagok nyílt árusítására tett különféle, nemzeti szintű válaszlehetőségeket.

### Fellépés az új kábítószeres ellen

Az Európai Unió korai előrejelző rendszerét azért fejlesztették ki, hogy gyorsreagálású mechanizmust biztosítson a kábítószeres között újonnan felbukkanó pszichoaktív anyagok megjelenésének esetére. A rendszert az Európai Bizottság most vizsgálja felül a 2005/387/IB tanácsi határozat<sup>(141)</sup> működésének értékelése keretében.

### Új pszichoaktív anyagok

A korai előrejelző rendszeren keresztül 1997 és 2010 között több mint 150 új pszichoaktív anyagról küldtek hivatalos értesítést, és ezek azóta megfigyelés alatt állnak. Ebben az időszakban egyre nőtt az új anyagok piaci megjelenésének sebessége, így az utóbbi két évben már rekordszámú új anyagot jelentettek be: 2009-ben 24-et, 2010-ben 41-et<sup>(142)</sup>. Az új anyagok közül sokat az interneten és az erre szakosodott boltokban (pl. smart

shopok, headshopok) forgalmazott termékek tesztelésével fedezték fel.

A 2010-ben azonosított 41 új pszichoaktív anyag többsége a szintetikus katinonok vagy a szintetikus kannabinoidok közé tartozik. A 2010-ben felfedezett tizenöt új származékkal mára a fenetilaminok után a szintetikus katinonoké a második legnagyobb olyan kábítószeres család, amely a korai előrejelző rendszer megfigyelése alatt áll. Az újonnan bejelentett anyagok listáján a vegyi anyagok sokszínű csoportja is megtalálható, köztük egy szintetikus kokainszármazék, egy természetes prekursor és különféle szintetikus pszichoaktív anyagok. A ma kábítószerként széles körben használt, korábban a humán vagy állatgyógyászatban használatos fenciklidin (PCP) és ketamin származékait 2010-ben jelentették be először.

Az ismert visszaélési potenciállal rendelkező gyógyszereken alapuló új kábítószeres megjelenése példa arra, hogy az illegális piacon zajló újítások miért kívánnak közös, egységes fellépést a gyógyszer- és kábítószer-felügyeleti szabályozóktól. Egyelőre még inkább potenciális fenyegetésről van szó, semmint azonnali problémáról, tekintettel azonban arra, hogy az új fejlemények milyen sebességgel jelentkeznek ezen a területen, fontos lehet előre jelezni a jövőbeni kihívásokat.

### Kockázatértékelés

A mepredon (4-metilmetkatinon) lett az első katinonszármazék, amelyről 2010-ben hivatalos kockázatértékelés készült. Egyúttal ez volt az első olyan anyag, amelynek a kockázatértékelését az új operatív iránymutatások alapján végezték el<sup>(143)</sup>. A kockázatértékelés nehézségekre ütközött az adatok korlátozott elérhetősége miatt, illetve azért is, mert a mepredon nem hasonlít a korábban értékelt vegyületekhez. Most először azonban egy mepredonhasználói csoportról szóló feltáró vizsgálatból származó toxikológiai szűrési adatokat is beépítettek,

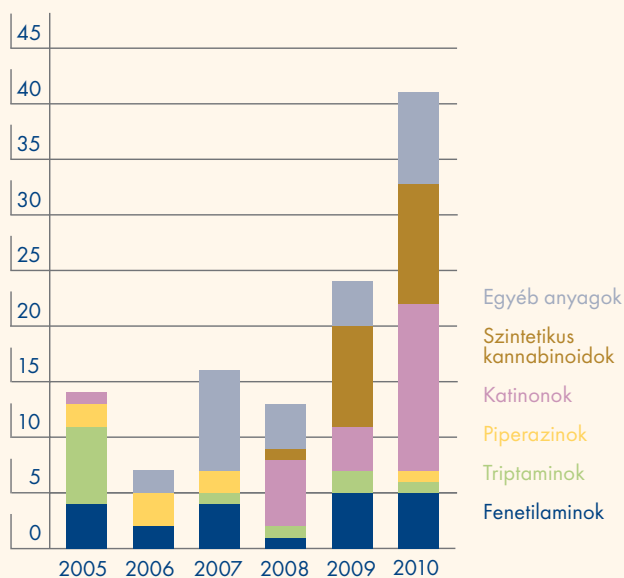
<sup>(141)</sup> A Tanács 2005/387/IB határozata az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információcseréről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről. HL L 127., 2005.5.20. 32. o.

<sup>(142)</sup> Lásd „A korai előrejelző rendszerben megfigyelt új pszichoaktív anyagok fontosabb csoportjai” című keretes írást.

<sup>(143)</sup> Lásd a „Kockázatértékelési iránymutatások” című keretes írást.

## A korai előrejelző rendszerben megfigyelt új pszichoaktív anyagok fontosabb csoportjai

Az európai kábítószerpiacon megjelenő új pszichoaktív anyagok történetileg mindössze néhány vegyianyag-családba tartoztak, közülük is a legtöbbet a fenetilaminokból és a triptaminokból jelentették be a korai előrejelző rendszer felé. Az elmúlt öt évben azonban vegyianyag-családok egyre szélesebb köréből, egyre több új anyagról érkezik bejelentés (lásd az ábrát).



Megjegyzés: A 2005/387/IB tanácsi határozat alapján az európai korai előrejelző rendszer felé bejelentett új pszichoaktív anyagok száma.

A fenetilaminok anyagok széles körét fogják össze, amelyeknek stimuláns, entaktogén vagy hallucinogén hatásai lehetnek. A példák közé tartoznak a szintetikus anyagok közül az amfetamin, a metamfetamin és az MDMA (3,4-metiléndioxi-metamfetamin), valamint a természetben előforduló meszkalin.

A triptaminok közé tartozó anyagoknak túlnyomórészt hallucinogén hatásai vannak. Fő képviselőik a természetben előforduló vegyületek közül a dimetiltriptamin (DMT), a (hallucinogén gombákban található) pszilocin és a pszilocibin, valamint a félszintetikus lizergénsav-dietilamid (LSD).

A piperazinokat az *m*CPP (1-(3-klorofenil)piperazin) és a BZP (1-benzilpiperazin) képviseli, amelyek a központi idegrendszer serkentőszerei.

A katinonok serkentő hatással rendelkeznek. A legfontosabb katinonszármazékok a félszintetikus metkatinon és a szintetikus vegyületek, a mefedron, a metilon és az MDPV (3,4-metiléndioxi-pirovaleron).

A szintetikus kannabinoidok funkcionálisan hasonlóak a kannabisz hatóanyagához, a delta-9-tetrahidrokannabinolhoz (THC). A THC-hez hasonlóan hallucinogén, csillapító és idegnyugtató hatásai lehetnek. Ezeket az olyan növényi füstölőkeverékekben fedezték fel, mint például a „Spice” (lásd EMCDDA, 2009d).

A korai előrejelző rendszer felé bejelentett anyagok közé tartoznak még a különféle, növényi eredetű, illetve szintetikus pszichoaktív anyagok (pl. indánok, benzodifuránok, narkotikus analgetikumok, szintetikus kokainszármazékok, ketamin- és fenciklidinszármazékok), amelyek szigorúan véve egyik korábbi családhoz sem tartoznak. Ugyanitt szerepel néhány gyógyszer és származéka is.

A kiválasztott új pszichoaktív anyagokról szóló bővebb információért lásd az EMCDDA drogprofiljait.

ezáltal a megállapítások jobban alá voltak támasztva, mint a korábbi kockázatértékelésekben.

A kockázatértékelési jelentés (EMCDDA, 2010e) megállapításai alapján az Európai Tanács 2010. decemberben úgy határozott, hogy a mefedront Európa-szerte ellenőrzési intézkedések és büntetőjogi szankciók alá vonja<sup>[144]</sup>. Addigra az európai országok közül tizennyolcban már ellenőrzési intézkedéseket vezettek be a mefedronra vonatkozóan<sup>[145]</sup>. A többi uniós tagállamnak egy éve van arra, hogy megtegye a szükséges intézkedéseket.

## A mefedron nyomon követése

Néhány forrás lehetővé teszi a mefedron Európán belüli használatának és hozzáférhetőségének folyamatos

megfigyelését; ezek elsősorban a szórakozóhelyek látogatói körében végzett internetes felmérések és az online értékesítésről szóló vizsgálatok. Az Egyesült Királyságban a szórakozóhelyek látogatóinak szóló egyik magazin olvasói körében végzett internetes felmérések 2010-ben 40% körülire becsülték a mefedron életprevalenciáját (2295 válaszadó, Dick és Torrance, 2010), 2011-ben pedig 61%-ra (2560 válaszadó, Winstock, 2011), bár az elmúlt havi használat ugyanebben az időszakban 33%-ról 25%-ra csökkent. Ezek a felmérések mindazonáltal nem tekinthetők reprezentatívnak a szórakozóhelyek tágabb közönségére nézve.

Az EMCDDA 2009. december és 2011. február között hat internetes vizsgálattal (körkép) mérte fel a mefedron online hozzáférhetőségét. 2010 első felében a mefedront

[144] A Tanács 2010/759/EU határozata a 4-metilmetkatinon (mefedron) ellenőrzési intézkedéseknek történő alávétetéséről, HL L 322., 2010.12.8., 44. o.

[145] Belgium, Dánia, Németország, Észtország, Írország, Franciaország, Olaszország, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Málta, Ausztria, Lengyelország, Románia, Svédország, Egyesült Királyság, Horvátország, Norvégia.

## Kockázatértékelési iránymutatások

Az új pszichoaktív anyagok kockázatértékelésére vonatkozó jelenlegi operatív iránymutatásokat 2008-ban fogadták el, és először 2010-ben hajtották végre a mefedron esetében (EMCDDA, 2010c). Az iránymutatások fogalmi keretet biztosítanak a tudományosan megalapozott, bizonyítékokkal alátámasztott, időszzerű értékelés elvégzéséhez, korlátozott információforrások alapján. A következő fő területeket vizsgálják meg: egészségügyi és szociális kockázatok, előállítás és kereskedelem, a szervezett bűnözés részvétele, az ellenőrzési intézkedések lehetséges következményei.

Az iránymutatások mérlegelik mindazokat a tényezőket, amelyek az 1961-es és 1971-es ENSZ-egyezmények szerint indokolhatják egy anyag nemzetközi ellenőrzés alá helyezését. Emellett egy újfajta, szakértői megítélésen alapuló, félig kvantitatív pontozási rendszert is bevezettek. Az iránymutatások figyelembe veszik a kockázat kettős meghatározását, azaz egyrészt annak a valószínűségét, hogy valamilyen kár történik (általában ezt határozzák meg „kockázatként”), másrészt az ilyen kár súlyosságát (általában ezt határozzák meg „veszélyként”). Emellett megvizsgálják a használat előfordulási gyakoriságát; az anyag lehetséges előnyeit és kockázatait a tagállamokban érvényes jogi helyzetétől függetlenül; valamint összehasonlítják az ismertebb kábítószerekkel.

Az Egészségügyi Világszervezet 2010-ben szintén átdolgozta a pszichoaktív anyagok nemzetközi ellenőrzésének felülvizsgálatára vonatkozó iránymutatásait (WHO, 2010b).

széles körben, legálisan be lehetett szerezni internetes beszállítóktól, akik kiskereskedelmi mennyiségben és nagy tételben egyaránt árusították. Az EMCDDA angolul készült körképei az online kábítószerüzletekről 2010. márciusban jelezték a mefedron internetes hozzáférhetőségének csúcspontját, amikor 77 kiskereskedő kínálta eladásra. A mefedront árusító online üzletek teljes száma azóta csökkenőben van, mivel az európai országok 2010. áprilistól elkezdtek bevezetni az anyagra vonatkozó ellenőrzési intézkedéseket. Bár a mefedron 2011 elejére már a tagállamok többségében ellenőrzött volt, az EMCDDA többnyelvű körképe azt mutatta, hogy a kábítószer ekkor még továbbra is lehetett kapni az interneten: az Európai Unió belül 23 olyan honlapot azonosítottak, amely mefedront kínált a vásárlóknak. A 2010. márciusban azonosított eredeti 77 online üzlet közül egy évvel később már csak 15 működött, és közülük csak kettő árulta tovább a mefedront. A maradék 13 üzlet

a továbbiakban más termékeket árusított, amelyeket gyakran „kutatási vegyi anyagokként” jelöltek meg, és „a mefedron legális alternatívájaként” hirdettek<sup>(146)</sup>. Az EMCDDA 2011-es körképe azt is megállapította, hogy 2010 óta nagymértékben csökkent azoknak a mefedront árusító online üzleteknek a száma, amelyek feltehetőleg egyesült királysági székhellyel működnek. 2011-ben a mefedront árusító online üzletekből a legtöbbet az Egyesült Államokban találták (hat), utána következett a Cseh Köztársaság és az Egyesült Királyság (három-három). Ugyanebben az időszakban a mefedron ára is emelkedett, a 2010-es 10–12 euró/gramm helyett 2011-ben grammonként 20–25 euróba került.

A korai előrejelző rendszer továbbra is gondosan figyeli a mefedronnal kapcsolatos mérgezéseket és haláleseteket. A mefedronfogyasztás nem halálos kimenetelű káros egészségügyi hatásairól Írországból és az Egyesült Királyságból érkeztek jelentések. 2010-ben Angliából 65 olyan halálesetről számoltak be, ahol felmerült a mefedronnal való kapcsolat gyanúja, és ezek közül 46-ban mutatták ki a kábítószer jelenlétét. Ha azonban a toxikológiai mintában azonosítanak egy anyagot, az még nem feltétlenül jelenti azt, hogy a halált ez okozta vagy hozzájárult ahhoz, ezért a mefedronhoz kapcsolódó haláleseteket óvatosan kell értelmezni.

## Más anyagok nyomon követése

A kockázatértékelésen átesett anyagok nyomon követése Európában nem tartozik a rutinjelölések közé, azok esetében sem, amelyeket ellenőrzés alá vonnak. Az ilyen anyagokról rendelkezésre álló információk főként a kábítószer-lefoglalásokból és az ellenőrzött anyagoknak a korai előrejelző rendszer felé bejelentett káros egészségügyi hatásairól szóló jelentésekből származnak. Több tagállam is jelezte, hogy a BZP és az mCPP nevű piperazinokat 2009-ben és 2010-ben még mindig lehetett kapni. Az mCPP-t gyakran a tablettatesztelő programokkal megvizsgált, ecstasyként árult tablettákban találták meg, például Hollandiában. Finnország ugyancsak 2010-ben az MDPV<sup>(147)</sup> jelenlétéről számolt be 13 post mortem toxikológiai mintában, három másik országból pedig két fenetilamin, a PMA és a PMMA<sup>(148)</sup> újbóli megjelenéséről tudósítottak. Hollandiában amfetaminként árult porban legfeljebb 10%-nyi PMA-t, ecstasyként árusított tablettákban pedig magas PMMA-tartalmat találtak; Norvégiában jelentős mennyiségű PMMA-t foglaltak le; Ausztriában pedig

<sup>(146)</sup> Ilyen termékek például: MDAI (5,6-metiléndioxi-2-aminoindán), 5-IAI (5-jód-2-aminoindán), MDAT (6,7-metiléndioxi-2-aminotetralin), 5-APB (5-(2-aminopropil)benzofurán, „Benzo fury” néven árulják), 6-APB (6-(2-aminopropil)benzofurán), nafiron (naftil-pirovaleron, NRG-1 néven árulják), 4-MEC (4-metilketoninon, NRG-2 néven árulják) és metoxetamin (2-(3-metoxifenil)-2-(etilamino)ciklohexanon).

<sup>(147)</sup> 3,4-metiléndioxi-pirovaleron, a pirovaleron származéka, amely az 1971. évi ENSZ-egyezmény IV. jegyzéke szerint ellenőrzött anyag.

<sup>(148)</sup> A PMA (parametoxi-amfetamin) 1986 óta szerepel az 1971. évi ENSZ-egyezmény I. jegyzékében, a PMMA (parametoxi-metilamfetamin) pedig 2002 óta ellenőrzött uniós szinten; lásd EMCDDA (2003).



egy amfetaminként árult keverék 50% PMMA-t tartalmazott. Mindegyik országból jelentettek a PMA-val és a PMMA-val összefüggő egészségügyi incidenseket és haláleseteket – mindkét anyagról ismert, hogy jelentős mértékben toxikus, és korábban is okozott halálos kimenetelű túladagolásokat.

## „Legal high” szerek

Az új pszichoaktív anyagokat az 1980-as évek óta „designer drogok” néven emlegetik, de az utóbbi években a „legal high” megnevezés is népszerű lett. A „legal high” szerek azoknak a szabályozatlan pszichoaktív vegyületeknek vagy az ezeket tartalmazó termékeknek a tág kategóriáját jelentik, amelyeket a közismert, ellenőrzött kábítószeres legális alternatívájaként forgalmazznak, többnyire az interneten keresztül vagy smart shopokban, illetve head shopokban. Ezt a kifejezést szintetikus és növényi eredetű anyagok és termékek széles körére alkalmazzák; ide tartoznak a „herbal high” szerek, a „partitabletták” és a „kutatási vegyi anyagok”, amelyek közül sokat feltehetőleg kifejezetten a meglévő drogellenőrzések megkerülésére fejlesztettek ki. Maga a megnevezés széles körű használata ellenére továbbra is problémás<sup>(149)</sup>.

### Előfordulás és internetes hozzáférhetőség

Európában kevés vizsgálat foglalkozik „legal high” szerek (az egyes anyagokat összefoglaló gyűjtőnév) használatának gyakoriságával. Egy 1400 fős, 18 éves diákokból álló mintán végzett 2008-as lengyel tanulmány azt állapította meg, hogy „legal high” szereket 3,5%-uk használt már életében legalább egyszer, de egy 2010-ben, 1260 diák bevonásával végzett utókövető vizsgálat szerint ez az arány 11,4%-ra nőtt. A „legal high” szerek elmúlt 12 hónapban történt használatáról 2008-ban a diákok 2,6%-a számolt be, ami 2010-re 7,2%-ra emelkedett. Az előző havi használat viszont a 2008-as 1,5%-ról 2010-ben 1,1%-ra esett vissza. A „legal high” szerek használatának prevalenciájáról 2011-ben további vizsgálatokra lehet számítani a Cseh Köztársaságból, Írországból és Spanyolországból.

Az EMCDDA rendszeres, célirányos internetes körképek készítésével követi nyomon a „legal high” szerek online hozzáférhetőségét. A legutóbbi ilyen körkép az EU 23 hivatalos nyelve közül 18 – az uniós népesség 97%-a által anyanyelvként beszélt – nyelven<sup>(150)</sup>, valamint orosz és ukrán nyelven készült. Ezekben a vizsgálatokban a „legal high” kifejezésen kívül rá szoktak keresni a „herbal high” anyagokra („Spice”, kratom és salvia), a GBL-re (gamma-butirolakton) és a hallucinogén gombákra is. A 2011-es internetes körkép 314 „legal high” szereket forgalmazó online üzletet azonosított,

## Nem teljesen legális „legal high” szerek

A „legal high” szerek kifejezés a kábítószer törvények ellenőrzésén kívül eső pszichoaktív anyagok gyűjtőneve. A vásárlókkal szemben helytelen vagy félrevezető lehet ezeket az anyagokat „legális”-nak nevezni, hiszen közülük sok a gyógyszer- vagy élelmiszer-biztonsági törvények hatálya alá tartozhat.

Az európai termékbiztonsági irányelv értelmében a termelők csak biztonságos termékeket hozhatnak forgalomba. Egy termék a szokásos vagy ésszerűen előrelátható használati feltételek mellett nem jelenthet „veszélyt, vagy kizárólag a termék használatával összeegyeztethető, elfogadhatónak tekinthető, és a személyek biztonsága és egészsége magas szintű védelmének megfelelő legkisebb veszélyt” jelentheti, figyelembe véve a termék sajátosságait, címkézését, bármely használati figyelmeztetést és utasítást. Az online üzletek – talán éppen erre reagálva – egyre gyakrabban tüntetnek fel a termékeikkel kapcsolatos egészségügyi figyelmeztetéseket. Az irányelv szerint a forgalmazóknak az illetékes hatóságokat is tájékoztatniuk kell a súlyos veszélyekről és az elhárításuk érdekében meghozott intézkedésekről. A szabályok megsértése szabadságvesztéssel is büntethető.

Európában egy új kábítószer árusítása semmivel nem „legálisabb”, mint bármely más teszteletlen, félrevezetően címkézett termék eladása. A „legal high” szerek értékesítése ellen hozott intézkedések példái fogyasztóvédelmi szabályozásokon alapulnak; Olaszországban és az Egyesült Királyságban például nem megfelelő címkézés miatt foglaltak le „Spice”-t és mepedront a beszállítóktól. Emellett Lengyelországban az egészségügyi felügyelet 2010-ben 1200 „head shopot” záratott be.

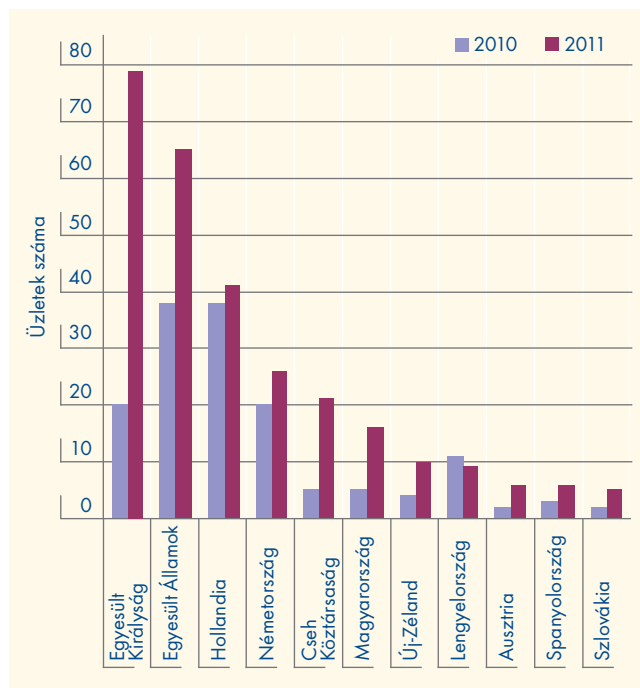
amelyek legalább egy uniós tagállamba szállítottak a termékeikből. Az online üzletek származási országát nem könnyű meghatározni, de a kapcsolattartási információk, az országkód domain, a pénznem és a szállítási információk alapján az Egyesült Királyság tűnt a leggyakoribbnak (20. ábra). A honlapokon leggyakrabban használt nyelv az angol volt: a 2011-ben vizsgált online üzletek 83%-a ezt használta. A „legal high” szerek közül a leggyakrabban a kratom és a salvia szerepelt a kínálatban – előbbi 92, utóbbit 72 online üzletben lehetett kapni.

A „Spice”-szerű termékek internetes elérhetősége 2011-ben tovább csökkent: a vizsgált online kiskereskedők közül 12 kínálta az anyagot, míg 2010-ben 21, 2009-ben 55 volt az ilyen üzletek száma. A „Spice”-szerű termékből egy 3 grammos csomag ára 2011-ben 12–18 euró volt, szemben a 2009-es 20–30 euróval. A hozzáférhetőség és az ár egyidejű visszaesése arra utalhat, hogy más kábítószerrel kell versengenie.

<sup>(149)</sup> Lásd a „Nem teljesen legális »legal high« szerek” című keretes írást.

<sup>(150)</sup> Bolgár, cseh, dán, német, görög, angol, spanyol, francia, olasz, lett, magyar, máltai, holland, lengyel, portugál, román, szlovák és svéd.

**20. ábra:** A 2010-es és 2011-es internetes körkép során felfedezett, „legal high” szereket kínáló online üzletek feltételezett származási országa



Megjegyzés: A számadat csak azokat a tagállamokat tartalmazza, ahol legalább két online üzletet találtak, 2010-ben és 2011-ben is. Román nyelven 2011-ben végeztek először keresést, amely 13 romániai székelyhelyi online üzletet talált.

## Az új kábítószeres nyílt árusításának ellenőrzése és rendszabályozása

Az új kábítószeres gyors terjedése rákényszeríti a tagállamokat arra, hogy a drogproblémára adott szokásos válaszaik némelyikét átgondolják és módosítsák. Írországban és Lengyelországban 2010-ben gyorsan elfogadták a kábítószer-törvények alapján nem ellenőrzött pszichoaktív anyagok nyílt árusítását korlátozó jogszabályokat. Ehhez mindkét országban arra volt szükség, hogy gondosan kidolgozzák az ilyen anyagok jogi meghatározását. Az ír törvény olyan, a meglévő jogszabályok alapján nem kifejezetten ellenőrzött pszichoaktív anyagokként határozza meg ezeket, amelyek képesek serkenteni vagy csillapítani a központi idegrendszer működését, ezáltal hallucinációkat, függőséget vagy a motoros funkciók, a gondolkodás vagy a viselkedés terén jelentős változásokat idéznek elő. A meghatározásból kizárták a gyógyszer- és élelmiszertermékeket, az állatgyógyszereket, az alkohol- és dohánytermékeket. A lengyel törvény „helyettesítő kábítószeresről” szól, amelyeket úgy határoz meg, hogy az ellenőrzött kábítószeres helyett vagy azokkal azonos

## Az újonnan ellenőrzött pszichoaktív anyagok rendszabályozása

Az Egyesült Királyságban 2010-ben a rendőrség számára részletes útmutatót adtak ki az újonnan ellenőrzött pszichoaktív anyagok rendszabályozásáról, különös tekintettel a szintetikus kannabinoidokra, a piperazinokra és a katinonokra, valamint a GBL-re és az 1,4-butándiolra (ACPO, 2010). Az útmutató tájékoztat a kábítószeres megjelenéséről, használati mintáiról, hatásairól és veszélyeiről, illetve az előírásos kezelésükről. Az útmutató országos szinten következetes hozzáállást javasol az ilyen anyagok birtoklásának és terjesztésének rendszabályozásában. Ugyancsak elismeri az igazságügyi szakértői elemzés szükségességét az anyagok helyes azonosítása és a megfelelő bizonyítottság érdekében. Hangsúlyt helyez arra, hogy a rendőrség és a helyi hatóságok közös szemléletet alakítsanak ki a head shopok rendszabályozásában. Szorgalmazza a head shopokban tett rendőri látogatásokat, egyrészt az információgyűjtés céljából, másrészt hogy felvilágosítsák a tulajdonosokat, és lehetőséget adjanak nekik az ellenőrzött anyagok átadására. Ennek érdekében javasoltak egy szabványlevelet, amelyben az üzlettulajdonost a hatályos intézkedések tanulmányozására és a törvény betartására szólítják fel.

célra használt anyagok vagy növények, amelyek gyártását vagy forgalomba hozatalát külön rendelkezések nem szabályozzák. Arról nem tesz említést, hogy a kábítószeres ártalmasnak kell-e tekinteni.

Az ír törvényt a rendőrség hajtja végre. A magas rangú rendőrtiszteknek joga van „tiltó értesítést” kiadni az eladóra, amennyiben pedig az elkövető ennek nem tesz eleget, a bíróság „tiltó végzést” adhat ki. Az árusítás, a reklámozás és a „tiltó végzés” betartásának elmulasztása öt évig terjedő börtönbüntetéssel büntethető. Lengyelországban ezzel szemben az állami népegészségügyi felügyelet hajtja végre a törvényt. A helyettesítő kábítószeres előállításáért vagy forgalomba hozataláért súlyos bírságot lehet kiszabni, a hirdetésükért pedig legfeljebb egy évig terjedő börtönbüntetést. Az állami népegészségügyi felügyelők legfeljebb 18 hónapra betilthatják egy „helyettesítő kábítószer” kereskedelmét, hogy felmérjék a biztonságosságát, amennyiben indokolt gyanú merül fel, hogy veszélyt jelenthet az emberi életre vagy egészségre. Ha a kábítószeresről megállapítják, hogy ártalmas, a forgalmazó köteles megtéríteni az értékelés költségeit. A felügyelőknek a telephelyek legfeljebb három hónapos bezáratására is joguk van. Az ilyen anyagok használóira egyik országban sem határoztak meg büncselekményi vagy büntetési kategóriát.

## Szennyvízelemzés

A szennyvízelemzés vagy szennyvíz-epidemiológia gyorsan fejlődő tudományág, amely lehetőséget ad a tiltott drogok fogyasztásának lakossági szintű tendenciái megfigyelésére.

Az analitikus kémia fejlődése lehetővé teszi, hogy a szennyvízben már nagyon alacsony koncentráció esetén is azonosítani lehessen a vizelettel kiválasztott tiltott kábítószereket és fő metabolitjaikat. Ez ahhoz hasonló, mintha erősen hígított vizeletmintát vennének egy teljes közösségtől (az egyes szerhasználók helyett). A szennyvízben lévő metabolitok mennyiségéből bizonyos feltételezéseket alapul véve vissza lehet számolni a közösségben elfogyasztott kábítószer mennyiségének becsült értékét.

Míg a korai kutatások a kokaint és metabolitjait keresték a szennyvízben, az újabb vizsgálatok a kannabisz, az

amfetamin, a metamfetamin, a heroin és a metadon szintjeiről készítették becsléseket. A ritkábban használt kábítószeresek, például a ketamin vagy az új pszichoaktív anyagok azonosítása is ígéretesnek tűnik.

Ez a munkaterület multidiszciplináris módon fejlődik, több tudományterület, köztük az analitikus kémia, az élettan, a biokémia, a szennyvízgyártás és a hagyományos kábítószer-epidemiológia jelentős közreműködésével. 2011-ben az EMCDDA szennyvízelemzésről tartott szakértői találkozóján azt állapította meg, hogy 13 európai országban legalább 18 kutatócsoport dolgozik ezen a területen. A kutatásban most az a legfontosabb, hogy konszenzusra jussanak a mintavételi módszerekről és eszközökről, és kidolgozzák a terület magatartási kódexét.



## Hivatkozások <sup>(151)</sup>

- Aalto, M., Halme, J., Visapaa, J.-P. és Salaspuro, M. (2007), „Buprenorphine misuse in Finland”, *Substance Use & Misuse* 42, 1027–8. o.
- Aaron, S., McMahon, J.M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M., Tortu, S. és mások (2008), „Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence”, *Clinical Infectious Diseases* 47(7), 931–4. o.
- ACPO (2010), *Guidance on policing new psychoactive substances (formerly legal highs)*, Association of Chief Police Officers of England, Wales and Northern Ireland, London.
- AIHW (2008), *2007 National drug strategy household survey: detailed findings*, Drug statistics series 22. szám, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B. és Humphris, G. (2011), „Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings”, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35, 1186–202. o.
- Allen, D., Coombes, L. és Foxcroft, D.R. (2007), „Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10–14: UK Phase I study”, *Health Education Research* 22, 547–60. o.
- Anderson, A.L., Reid, M.S., Li, S.H., Holmes, T., Shemanski, L. és mások (2009), „Modafinil for the treatment of cocaine dependence”, *Drug and Alcohol Dependence* 104(1–2), 133–9. o.
- Arendt, M., Munk-Jørgensen, P., Sher, L., és Jensen, S.O. (2011), „Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: A nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment”, *Drug and Alcohol Dependence* 114, 134–9. o.
- Arfken, C.L., Johanson, C.E., di Menza, S. és Schuster, C.R. (2010), „Expanding treatment capacity for opioid dependence with office-based treatment with buprenorphine: National surveys of physicians”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), 96–104. 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.
- Barry, D., Sullivan, B. és Petry, N.M. (2009), „Comparable efficacy of contingency management for cocaine dependence among African American, Hispanic, and White methadone maintenance clients”, *Psychology of Addictive Behaviors* 23(1), 168–74. o.
- Bell, J. (2010), „The global diversion of pharmaceutical drugs: opiate treatment and the diversion of pharmaceutical opiates: a clinician’s perspective”, *Addiction* 105, 1531–7. o.
- Bellis, M.A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M. és Schnitzer, S. (2009), „Relative contributions of holiday location and nationality to changes in recreational drug taking behaviour: a natural experiment in the Balearic Islands”, *European Addiction Research* 15, 78–86. o.
- Best, D., Rome, A., Hanning, K.A., White, W., Gossop, M., Taylor, A. és Perkins, A. (2010), *Research for recovery: a review of the drugs evidence base*, Scottish Government Social Research (online elérhető).
- Bird, S.M. és Robertson, J.R. (2011), „Toxicology of Scotland’s drugs-related deaths in 2000–2007: Presence of heroin, methadone, diazepam and alcohol by sex, age-group and era”, *Addiction Research and Theory* 19, 170–8. 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. o.
- Bröring, G. és Schatz, E. (szerk.) (2008), *Empowerment and self-organisations of drug users: experiences and lessons learnt*, Foundation Regenboog AMOC, Amsterdam (online elérhető).
- Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J. és mások (2009), „Injecting, sexual risk behaviours and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain”, *European Addiction Research* 15, 171–8. o.
- CADUMS (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada. Controlled Substances and Tobacco Directorate (online elérhető).
- Caiaffa, W.T., Zoccrato, K.F., Osimani, M.L., Martínez, P.L., Radulich, G., Latorre, L. és mások (2011), „Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge?”, *Addiction* 106(1) 143–51. o.
- Carpenedo, C.M., Kirby, K.C., Dugosh, K.L., Rosenwasser, B.J. és Thompson, D.L. (2010), „Extended voucher-based reinforcement therapy for long-term drug abstinence”, *American Journal of Health Behavior* 34(6), 776–87. o.
- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A. és Hedrich, D. (2011), „Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: issues and challenges”, *The Howard Journal of Criminal Justice* (megjelenés alatt).

<sup>(151)</sup> Az online forrásokra mutató hiperhivatkozások az éves jelentés PDF-változatában található, amely az EMCDDA weboldalán érhető el (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>).

- Chabrol, H., Roura, C. és Armitage, J. (2003), „Bongs, a method of using cannabis linked to dependence”, *Canadian Journal of Psychiatry* 48, 709. o.
- Chalmers, J., Ritter, A., Heffernan, M. és McDonnell, G. (2009), *Modelling pharmacotherapy maintenance in Australia: exploring affordability, availability, accessibility and quality using system dynamics*, Australian National Council on Drugs research paper (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).
- Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P. és Hickman, M. (2010), „Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database”, *BMJ* 341, c5475. o.
- Correlation Project és Eurasian Harm Reduction Network (2010), *Hepatitis C transmission and injecting drug use: harm reduction responses*, Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.
- CPT (Kínzás, Embertelen vagy Megalázó Bánásmód vagy Büntetések Megelőzésére Létrehozott Európai Bizottság) (2006), *The CPT Standards: 'Substantive' sections of the CPT's General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (online elérhető).
- Cunningham, J.A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, 211–3. o.
- 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).
- Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C. és Hickman, M. (2010), „Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed”, *Lancet* 376, 285–301. o.
- Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., Kirk, G. és Hall, W.D. (2011), „Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies”, *Drug and Alcohol Dependence* 113, 88–95. o.
- Dennis, M. és Scott, C.K. (2007), „Managing addiction as a chronic condition”, *Addiction Science and Clinical Practice* 4(1), 45–55. o.
- Derzon, J.H. (2007), „Using correlational evidence to select youth for prevention programming”, *Journal of Primary Prevention* 28 (5), 421–47. o.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C. és Purchase, D. (2009), „Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States”, *Addiction* 104(9), 1441–6. o.
- Dick, D. és Tarrant, C. (2010), „MixMag Drugs Survey”, *Mix Mag* 225, 44–53. o.
- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J. és Wodak, A.D. (2005), „Four year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection”, *Addiction* 100, 820–8. o.
- ECDC (2010), *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010*, Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ, Stockholm.
- ECDC és EMCDDA (2011), *Joint ECDC-EMCDDA guidance on infection prevention and control among injecting drug users*, Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ, Stockholm.
- ECDC és a WHO Európai Regionális Irodája (2010), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*, Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ, Stockholm.
- Elkashef, A.M., Rawson, R.A., Anderson, A.L., Li, S.H., Holmes, T. és mások (2008), „Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence”, *Neuropsychopharmacology* 33(5), 1162–70. o.
- Emberi Jogok Európai Bírósága: Case of Teixeira de Castro kontra Portugália, 1998. június 9-i ítélet, Reports 1998-VI, 38 és 39. pont
- EMCDDA (2003), *Report on the risk assessment of PMMA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg (online elérhető).
- EMCDDA (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, kiemelt téma, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2007b), *A kábítószer és a bűnözés: összetett kapcsolat*, Célpontban a kábítószer, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, monográfia, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, Insight, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2008c), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, kiemelt téma, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2009a), *Éves jelentés, 2009: a kábítószer-probléma Európában*, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, kiemelt téma, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, tematikus dolgozat, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg (online elérhető).
- EMCDDA (2009d), *Understanding the 'Spice' phenomenon*, tematikus dolgozat, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg (online elérhető).
- EMCDDA (2010a), *Éves jelentés, 2010: a kábítószer-probléma Európában*, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.

- EMCDDA (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, monográfia, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2010c), *Operating guidelines for risk assessment of new psychoactive substances*, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg (online elérhető).
- EMCDDA (2010d), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, kiemelt téma, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2010e), *Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-methylmethcathinone (mephedrone)*, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2010f), *Treatment and care for older drug users*, kiemelt téma, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2010g), *Trends in injecting drug use in Europe*, kiemelt téma, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2011a), *Cost and financing of drug treatment services in Europe*, kiemelt téma, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2011b), *Drug policy profiles: Portugal*, 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.
- Escot, S. és Suderie, G. (2009), „Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles”, *Tendances* 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Párizs.
- Európai Bizottság (2011), *European Economic Forecast: Spring 2011*, European Economy 1/2011, Gazdasági és Pénzügyi Főigazgatóság, Európai Bizottság.
- Az Európai Unió Tanácsa (2009), *Manual on cross-border operations*, 10505/4/09 Rev. 4 (online elérhető).
- Europol (2007), *Amphetamine-type stimulants in the European Union 1998–2007*, Europol contribution to the Expert Consultations for the UNGASS assessment.
- Europol (2011), *EU organised crime threat assessment: OCTA 2011*, Europol, Hága.
- 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 (3), 209–20. o.
- Galloway, G.P., Buscemi, R., Coyle, J.R., Flower, K., Siegrist, J.D. és mások (2011), „A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction”, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 89(2), 276–82. o.
- Garcia-Rodriguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R., Carballo, J.L. és mások (2009), „Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: a randomized controlled trial”, *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 17(3), 131–8. o.
- Gregoire, T. és Snively, C. (2001), „The relationship of social support and economic self-sufficiency to substance abuse outcomes in long-term recovery program for women”, *Drug Education* 31(3), 221–37. o.
- Gripenberg, J., Wallin, E. és Andréasson, S. (2007), „Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises”, *Substance Use and Misuse* 42 (12–13), 1883–98. o.
- GROS (General Register Office for Scotland) (2010), *Drug-related deaths in Scotland in 2009*, General Register Office for Scotland (online elérhető).
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E. és McKendry, R. (2003) „Continuity of care: a multidisciplinary review”, *BMJ* 327, 1219–21. o.
- Hall, W. és Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use”, *Lancet* 374, 1383–91. o.
- Heinzerling, K.G., Swanson, A.N., Kim, S., Cederblom, L., Moe, A. és mások (2010), „Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for the treatment of methamphetamine dependence”, *Drug and Alcohol Dependence* 109(1–3), 20–9. 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*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm.
- Hicks, M., De, B., Rosenberg, J., Davidson, J., Moreno, A. és mások (2011), „Cocaine analog coupled to disrupted adenovirus: a vaccine strategy to evoke high-titer immunity against addictive drugs”, *Molecular Therapy* 19, 612–9. o.
- Hoare, J. és Moon, D. (szerk.) (2010), „Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey”, *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (online elérhető).
- Hope, V., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., White, J., Ncube, F. és Goldberg, D. (2011), „A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation”, *American Journal of Public Health* (megjelenés alatt).
- Horsley, T., Grimshaw, J. és Campbell, C. (2010), „Maintaining the competence of Europe’s workforce”, *BMJ* 341, c4687. o.
- Hughes, C.A. és Stevens, A. (2010), „What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?”, *The British Journal of Criminology* 50, 999–1022. o.

- Hulse, G.K., Ngo, H.T. és Tait, R.J. (2010), „Risk factors for craving and relapse in heroin users treated with oral or implant naltrexone”, *Biological Psychiatry* 68(3), 296–302. o.
- Hunt, N. és Morris, D. (2011), *Hepatitis C treatment and care for IDUs*, Training module, Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.
- Hunt, N., Albert, E. és Montañés Sánchez, V. (2010), „User involvement and user organising in harm reduction”, megjelent: EMCDDA (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- INCB (Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szerv) (2009), *Guidelines for a voluntary code of practice for the chemical industry*, Egyesült Nemzetek, New York.
- INCB (2010), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, Egyesült Nemzetek, New York (online elérhető).
- INCB (2011a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Egyesült Nemzetek, New York (online elérhető).
- INCB (2011b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*, Egyesült Nemzetek, New York (online elérhető).
- Jegu, J., Gallini, A., Soler, P., Montastruc, J.L. és Lapeyre-Mestre, M. (2011), „Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review”, *British Journal of Clinical Pharmacology* 71(6), 832–43. o.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. és Schulenberg, J.E. (2010), *Marijuana use is rising; ecstasy use is beginning to rise; and alcohol use is declining among U.S. teens*, University of Michigan News Service, Ann Arbor, MI (online elérhető).
- Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., Gittins, M., Abeywardana, V. és D'Souza, J. (2009), *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report*, Home Office, London (online elérhető).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil S., Stine, S., Coyle, M. és mások (2009a), *RCT comparing methadone and buprenorphine in pregnant women*, National Institute on Drug Abuse (online elérhető).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M. és mások (2009b), „Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure”, *New England Journal of Medicine* 363, 2320–31. o.
- Kalechstein, A.D., De La Garza, R. és Newton, T.F. (2010), „Modafinil administration improves working memory in methamphetamine-dependent individuals who demonstrate baseline impairment”, *American Journal on Addictions* 19(4), 340–4. o.
- Kaskutas, L., Ammon, L. és Weisner, C. (2004), „A naturalistic analysis comparing outcomes of substance abuse treatment programme with different philosophies: Social and clinical model perspectives”, *International Journal of Self Help and Social Care* 2, 111–33. o.
- Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J. és mások (2010), „Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment”, *BMJ* 341, c3172. o.
- King, K., Meehan, B., Trim, R. és Chassin, L. (2006), „Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment”, *Addiction* 101, 1730–40. o.
- Koerkel, J. és Verthein, U. (2010), „Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain”, *Suchttherapie* 11 (1), 31–4. o.
- Konstenius, M., Jayaram-Lindstrom, N., Beck, O. és Franck, J. (2010), „Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study”, *Drug and Alcohol Dependence* 108(1–2), 130–3. o.
- Kruisbergen, E.W., De Jong, D. és Kleemans, E.R. (2011), „Undercover policing: assumptions and empirical evidence”, *The British Journal of Criminology* 51, 394–412. o.
- Kumpfer, K.L., Pinyuchon, M., de Melo, A.T. és Whiteside, H.O. (2008), „Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program”, *Evaluation and the Health Professions* 31, 226–39. o.
- Laudet, A., Becker, J. és White, W. (2009), „Don't wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained substance use remission”, *Substance Use and Misuse* 44, 227–52. o.
- Lawless, M. és Cox, G. (2000), *From residential drug treatment to employment: final report*, Merchants Quay Ireland, Dublin.
- Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L., és mások (2008), „I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed”, *International Journal of Drug Policy* 19, 255–64. o.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C.E. és Greenbaum, P.E. (2009), „Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77(1), 12–25. o.
- Ling, W., Casadonte, P., Bigelow, G., Kampman, K.M., Patkar, A. és mások (2010), „Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial”, *JAMA* 304(14), 1576–83. o.
- Lloyd, C. (2010), *Sinning and sinned against: The stigmatisation of problem drug users*, The UK Drug Policy Commission (UKDPC) (online elérhető).
- Lobmaier, P.P., Kunoe, N., Gossop, M., Katevoll, T. és Waal, H. (2010), „Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release”, *European Addiction Research* 16(3), 139–45. o.



- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S. és White, J.M. (2010), „Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence”, *Addiction* 105(1), 146–54. o.
- Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vazquez, R., Thiene, G. és Basso, C. (2010), „Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain”, *European Heart Journal* 31(3), 318–29. o.
- Marsden, J. és Stillwell, G. (2010), *Effective community treatment for drug misusers: outcome monitoring at Blenheim CDP*, Blenheim CDP, The London Drug Agency (online elérhető).
- Marshall, B.D.L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J.S.G. és Kerr, T. (2011), „Reduction of overdose mortality after the opening of North America’s first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study”, *Lancet* 377, 1429–37. o.
- Marshall, K.S., Gowing, L. és Ali, L. (2011), „Pharmacotherapies for cannabis withdrawal”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. szám.
- 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(10), 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.
- 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, CD002209. o.
- McKay, J.R., Lynch, K.G., Coviello, D., Morrison, R., Cary, M.S. és mások (2010), „Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine-dependent patients following initial engagement”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(1), 111–20. o.
- Merrall, E.L.C., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M.S., Farrell, M., Marsden, J. és mások (2010), „Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison”, *Addiction* 105, 1545–54. o.
- Milby, J., Schumacher, J., Wallace, D., Freedman, M. és Vuchinich, R. (2005), „To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment”, *American Journal of Public Health* 95, 1259–65. o.
- Moore, T. (2008), „The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia”, *Drug and Alcohol Review* 27, 404–13. o.
- 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.
- O’Connor, P.G. (2010), „Advances in the treatment of opioid dependence: continued progress and ongoing challenges”, *JAMA* 304(14), 1612–4. o.
- OECD (2006), „The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach”, *OECD Economic Studies* 43, 115–54. o.
- Pani, P.P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. és Davoli, M. (2010a), „Disulfiram for the treatment of cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. szám, CD007024. o.
- Pani, P.P., Vacca, R., Trogu, E., Amato, L. és Davoli, M. (2010b), „Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. szám, CD008373. o.
- Pennings, E.J., Leccese, A.P. és Wolff, F.A. (2002), „Effects of concurrent use of alcohol and cocaine”, *Addiction* 97(7), 773–783. o.
- Popova, S., Rehm, J. és Fischer, B. (2006), „An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada” *Public Health* 120(4), 320–8. o.
- Prieto, L. (2010), „Labelled drug-related public expenditure in relation to GDP in Europe: a luxury good?”, *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 5, 9. o.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. és mások (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups”, *European Addiction Research* 10, 147–55. o.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F., 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, 502–6. o.
- Reuter, P. (2006), „What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures”, *Addiction* 101, 315–22. o.
- Reynaud-Maurupt, C. és Hoareau, E. (2010), „Es carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés»”, *Trends, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*, Saint-Denis (online elérhető).
- Richter, C., Romanowski, A. és Kienast, T. (2009), „Gamma-Hydroxybutyrat (GHB)-Abhängigkeit und -Entzug bei vorbestehender Alkoholabhängigkeit”, *Psychiatrische Praxis* 36(7), 345–7. o.
- Roche, A., McCabe, S. és Smyth, B. (2011), „Illicit methadone use and abuse in young people accessing treatment in opiate dependence”, *European Addiction Research* 14, 219–25. o.
- Rome, A., Shaw, A. és Boyle, K. (2008), *Reducing drug users’ risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburgh.

- Romelsjö, A., Engdahl, B., Stenbacka, M., Fugelstad, A., Davstad, I. és mások (2010), „Were the changes to Sweden's maintenance treatment policy 2000–06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity?”, *Addiction* 105, 1625–32. o.
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. és Hakkarainen, P. (2009), *Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyysakirjoista* [A kábítószerrel összefüggő finnországi halálesetek 2007-ben. Tudományos tanulmány a halál okát megállapító igazságügyi orvoszakértői dokumentumokról.], THL. Raportti 43/2009, Yliopistopaino, Helsinki.
- SAMHSA (2009), *Trends in non medical use of prescription pain relievers: 2002 to 2007*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (online elérhető).
- SAMHSA (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: I. kötet Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (online elérhető).
- Smout, M.F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. és White, J.M. (2010), „Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy”, *Substance Abuse* 31(2), 98–107. o.
- Stein, M.D., Herman, D.S., Kettavong, M., Cioe, P.A., Friedmann, P.D. és mások (2010), „Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), 157–66. o.
- Strang, J., Hall, W., Hickman, M. és Bird, S.M. (2010), „Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993–2008): analyses using OD4 index in England and Scotland”, *BMJ* 341, c4851. o.
- Strasser, J., Wiesbeck, G.A., Meier, N., Stohler, R. és Dursteler-Macfarland, K.M. (2010), „Effects of a single 50% extra dose of methadone on heroin craving and mood in lower-versus higher-dose methadone patients”, *Journal of Clinical Psychopharmacology* 30(4), 450–4. o.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. és Gill, O.N. (2006), „Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison”, *BMC Public Health* 6, 170. o. (online elérhető).
- 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., 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.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., Ruutel, M., Rahu, M. és mások (2010), „HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: Implications for intervention”, *Journal of Drug Policy* 21(1), 56–63. o.
- Tan, J.A., Joseph, T.A. és Saab, S. (2008), „Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving”, *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 48(5), 1387–95. o.
- TNI (2009), *Withdrawal symptoms in the Golden Triangle: a drugs market in disarray*, Transnational Institute, Amszterdam (online elérhető).
- Todts, S., Gilbert, P., Malderen, V.S., Huyck, V.C., Saliez, V. és Hogge, M. (2009), *Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires*, Service Public Fédéral Justice, Brüsszel.
- Toneatto, T., Sobell, L.C., Sobell, M.B. és Rubel, E. (1999), „Natural recovery from cocaine dependence”, *Psychology of Addictive Behaviors* 13, 259–68. o.
- UNODC (2009), *World drug report 2009*, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, Bécs.
- UNODC (2010), *World drug report 2010*, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, Bécs.
- UNODC (2011), *World drug report 2011*, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, Bécs.
- UNODC és MCN (Afganisztán kormányának kábítószer-ellenes minisztériuma) (2010), *Afghan opium survey 2010*, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, Bécs (online elérhető).
- 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, 143–151. o.
- Van Noorden, M.S., van Dongen, L.C., Zitman, F.G. és Vergouwen, T.A. (2009), „Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known”, *General Hospital Psychiatry* 31(4), 394–6. o.
- Vandrey, R. és Haney, M. (2009), „Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we?”, *CNS Drugs* 23(7), 543–53. o.
- Whitten, L. (2010), „A clinical trial encourages continued development of strategy based on immune system response”, *NIDA Notes* 23(3) (online elérhető).
- WHO (1986), *Ottawa Charter for health promotion*, Egészségügyi Világszervezet, Genf (online elérhető).
- WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Egészségügyi Világszervezet, Genf.
- WHO (2010a), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 Report*, Egészségügyi Világszervezet, Genf.

WHO (2010b), *Guidance on the WHO review of psychoactive substances for international control*, Egészségügyi Világszervezet, Genf (online elérhető)

WHO (2010c), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, WHO, Európai Regionális Irodája, 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 Surveill* 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.

Winstock, A. (2011), „The 2011 Mixmag drugs survey”, *Mixmag* March 49–59. o.

Yin, W., Hao, Y., Sun, X., Gong, X., Li, F., Li, J., Rou, K., Sullivan, S.G., Wang, C., Cao, X., Luo, W. és Wu, Z. (2010), „Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges”, *International Journal of Epidemiology* 39 Suppl 2, ii29–37. o.

Zurhold, H. (2011), *European standards and guidelines for HCV prevention*. Report on WP 2 of the DPIP-funded project „Identification and optimisation of evidence-based HVC prevention in Europe for young drug users at risk”, ZIS, Hamburg (online elérhető).





Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja

**Éves jelentés, 2011: A kábítószer-probléma Európában**

Luxembourg: Az Európai Unió Kiadóhivatala, 2011

2011 – 113 o. – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-475-5

doi:10.2810/45030

## HOGYAN JUTHAT HOZZÁ AZ EURÓPAI UNIÓ KIADVÁNYAIHOZ?

### **Ingyenes kiadványok:**

- az EU-könyvesbolton (EU Bookshop) keresztül (<http://bookshop.europa.eu>);
- az Európai Unió képviseletein és küldöttségein keresztül.  
A képviseletek 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, elemez és terjeszt a kábítószerekkel és a kábítószer-függőséggel kapcsolatban. E tevékenysége révén célközönségének tényeken alapuló képet ad a kábítószerek európai szintű jelenségéről.

A központ kiadványai elsődleges információforrásnak számítanak a közönség széles köre számára, ideértve a politikai döntéshozókat és tanácsadókat, a 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

ISBN 978-92-9168-475-5



9 789291 684755