Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelő Központja

ISSN 1830-0766

JELENTÉS 2004

A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA AZ EURÓPAI UNIÓBAN ÉS NORVÉGIÁBAN

HU

Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelő Központja

ÉVES JELENTÉS 2004

A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA AZ EURÓPAI UNIÓBAN ÉS NORVÉGIÁBAN

Jogi megjegyzés

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központjának (KKEM) ezen jelentését szerzői jog védi. A KKEM nem vállal felelősséget vagy kötelezettséget az ebben a dokumentumban lévő adatok felhasználásának bármilyen következményeiért. Ennek a publikációnak a tartalma nem feltétlenül tükrözi a KKEM partnereinek, az Európai Unió tagállamainak vagy az Európai Unió, illetve az Európai Közösségek bármely intézményének vagy hivatalának hivatalos véleményét.

Az Interneten nagy mennyiségű kiegészítő információ áll rendelkezésre az Európai Unióval kapcsolatosan. Ezek az „Európa" szerveren **(http://europa.eu.int)** keresztül érhetők el.

A „Europe Direct" szolgálat segít választ
találni az Európai Unióval kapcsolatos kérdésekre.

A szolgáltatás ingyenesen hívható telefonszáma:
00 800 6 7 8 9 10 11

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

Rendszerező adatok a kiadvány végén találhatók.

Luxembourg: Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, 2004

ISBN 92-9168-208-X

© Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja, 2004
Sokszorosítás a forrás feltüntetése mellett engedélyezett.

Printed in Belgium

FEHÉR, KLÓRMENTES PAPÍRRA NYOMTATVA

Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelő Központja

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

Tartalom

Előszó 5

Köszönetnyilvánítás 7

Bevezetés 7

Pillanatkép – áttekintés az európai kábítószerhelyzetről 9

1. fejezet
Új fejlemények a politika és a jogok terén 15

2. fejezet
Kábítószer-megelőzés – együttműködés a közösségekkel és a legveszélyeztetettebbek megcélzása 24

3. fejezet
Kannabisz 28

4. fejezet
Amfetamin típusú serkentőszerek, LSD és egyéb szintetikus kábítószerek 34

5. fejezet
A kokain és a krekk (crack) 44

6. fejezet
A heroin és az injekciózható kábítószerek használata 50

7. fejezet
Kezelés – a problémákkal küzdők igényeinek kielégítése 63

8. fejezet
A bűnözés és a börtön kérdései 70

1. válogatott téma
Az európai „nemzeti kábítószer-stratégiák" értékelése 75

2. válogatott téma
A kannabiszprobléma összefüggései – az európai kezelési igényben mutatkozó növekedés megértése 82

3. válogatott téma
Együttes előfordulás (komorbiditás) 94

Hivatkozások 105

Reitox nemzeti fókuszpontok 111

Előszó

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központjának (KKEM) (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) idei éves jelentése az Európai Unió 25 tagállama és Norvégia által rendelkezésre bocsátott adatokat tartalmazza.
A bemutatott bőséges információ nem csupán annak jobb megértését segíti, hogy a kábítószeres problémák milyen mértékben hatnak Európa polgáraira és azokra a közösségekre, amelyekben a polgárok élnek, hanem azt is lehetővé teszi, hogy elgondolkozzunk a tagállamok szakpolitikáin és akcióin, amelyeket a kábítószer használatából eredő bonyolult és sokrétű kihívásra válaszul dolgoztak ki.

Akik az előző, európai kábítószer-helyzetről szóló KKEM-jelentéseket már ismerik, azoknak valószínűleg feltűnnek a kibővített perspektívából adódó, jelentős különbségek. A kábítószer-probléma trendjeinek jellegéről és irányáról szóló számos feltételezésünket felül kell vizsgálni, és oly módon hozzáilleszteni a valósághoz, hogy tükrözzék azt a bonyolultabb, dinamikusabb és változatosabb helyzetet, amellyel Európa ma szembesül.

Nem minden ország tud az összes területről információt szolgáltatni, és a hozzáférhető adatokat sem lehet egyszerű módon összevetni, ezért módszertani jegyzeteket bocsátunk rendelkezésre, figyelmeztetve az olvasókat arra, hogy csak körültekintően vonjanak le következtetéseket. Mindamellett az európai kábítószerhelyzetről jelenleg hozzáférhető információk jelentősebbek, és egyre megalapozottabbak. Valószínűsíthető, hogy az elkövetkező években mind átfogóbb adatokat szolgáltathatunk, mivel a tagállamok által jelenleg hozott erőfeszítések a jövőben beérnek.
A szakmailag járatosabb olvasók, ill. azok, akik e jelentés bármely aspektusát illetően speciálisabb részletekhez kívánnak hozzájutni, megtekinthetik az itt bemutatott összefoglalót alátámasztó teljes adattáblázatokat. Ezek a mellékelt statisztikai értesítőben és jelen publikáció terjedelmesebb, on-line változatában találhatók. Azok számára, akik csak tömör áttekintésre tartanak igényt, a „Pillanatkép" című rész foglalja össze a fontos fejleményeket, amelyeket a továbbiakban a jelentés fő része tárgyal részletesebben.

Köszönettel ismerjük el, hogy az e jelentésben közölt információk együttes munka eredményei, továbbá jelentős részben a Reitox hálózatbeli partnereink és a nemzeti és EU-szintű munkacsoportokban közreműködött tudományos szakemberek munkája. A jelentésbe a kábítószerrel kapcsolatos európai cselekvési terv (2000–2004) értékelése érdekében az Európai Bizottsággal folytatott folyamatos munkánkat és annak eredményeit is beemeltük.

Néhány vélemény azokra a nehézségekre összpontosít, amelyek az európai integráció kibővüléséből adódhatnak – különösen a szervezett bűnözés profitálhat a határok megnyitásából, az áruk és a személyek szabad áramlásából. Ezeket a kihívásokat a jelentés nem hagyja figyelmen kívül, de más üzeneteket is tartalmaz. Európai polgárokként egyre inkább osztozunk a kábítószer használatából eredő közös problémákban, emellett azonban eltérő történelmi tapasztalatokat és szempontokat is viszünk a vitába. A jelentésben szereplő adatok a tagállamok közös elkötelezettségét jelenítik meg, melynek lényege, hogy összevethető információkat gyűjtenek, amelyeket hatékonyabb, jobban célzott szakpolitikák és válaszlépések kidolgozására használnak. Az Európai Unió bővítése új lehetőséget nyújt arra, hogy megosszuk tapasztalatainkat arról, hogy mi működik, és hogy szorosabban együttműködjünk a jobban koordinált cselekvések kifejlesztése érdekében. Ebben a törekvésben a KKEM amellett kötelezte el magát, hogy a tagállamokkal együttműködve összegyűjti azokat a minőségi adatokat, amelyek lényegesek a kellően tájékozott vita lefolytatásához.

Marcel Reimen
a KKEM igazgatási tanácsának elnöke

Georges Estievenart
a KKEM ügyvezető igazgatója

Köszönetnyilvánítás

A KKEM köszönettel tartozik a jelentés elkészítésében nyújtott segítségükért a következőknek:

- a Reitox nemzeti hálózat vezetői és személyzete;
- a jelentéshez szükséges nyersadatokat összegyűjtő szolgálat minden tagállamban;
- a KKEM Irányító Testületének és Tudományos Bizottságának tagjai;
- az Európai Parlament, az Európai Unió Tanácsa – különösen a kábítószerekkel foglalkozó horizontális munkacsoport – és az Európai Bizottság;
- az Európa Tanács Pompidou csoportja, az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, az Egészségügyi Világszervezet, az Europol, az Interpol, a Vámigazgatások Világszervezete, a Svéd Alkohol- és Kábítószerügyi Információs Tanács (CAN) és az AIDS Járványtanát Monitorizáló Európai Központ (EuroHIV);
- az Európai Unió Szerveinek Fordítóközpontja és az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala;
- Prepress Projects Ltd;
- eLg Language Integration.

Bevezetés

Ez az éves jelentés az Európai Unió tagállamai és Norvégia (amely 2001 óta vesz részt a KKEM munkájában) részéről a KKEM számára nemzeti jelentés formájában rendelkezésre bocsátott információkon alapul. Az itt közölt statisztikai adatok a 2002. évre (illetve a rendelkezésre álló legutolsó évre) vonatkoznak. A kábítószerek fogyasztásával kapcsolatos válaszok és a válogatott témák területén ennél frissebb adatok is közlésre kerülhetnek.

A Reitox hálózat által kiadott nemzeti jelentések elérhetők a KKEM weblapján: (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Az éves jelentés on-line változata húsz nyelven érhető el a http://annualreport.emcdda.eu.int címen. A további anyagot illetően, a lábjegyzetekben „OL" rövidítéssel jelzettek kizárólag on-line verzióban olvashatóak. Az angol nyelvű szöveg gazdag kiegészítő grafikai részt, táblázatokat és háttéranyagokat tartalmaz.

A 2004. évi KKEM-statisztikai táblázat tartalmazza a statisztikai elemzés alapjául szolgáló forrástáblázatok teljes sorozatát (http://statistics.emcdda.eu.int). Itt további információk is találhatók az alkalmazott módszertannal kapcsolatosan.

Pillanatkép – áttekintés az európai kábítószerhelyzetről

Ebben az áttekintésben néhány fontos fejleményt kívánunk kiemelni a KKEM 2004-es, az európai kábítószer-problémáról szóló éves jelentéséből. A kérdés teljes megvitatása érdekében olvassa el a jelentés főrészét.

A szakpolitikák és a jogi szabályozási keretek

A jelentésben kifejtett jelentős politikai fejlemények közé tartozik a cselekvési terv időközi értékelése is. Ez a cselekvési terv a globális kábítószer-problémával kapcsolatos 1998. évi ENSZ-közgyűlés rendkívüli ülésszakától (UNGASS) ered. Ezenkívül a KKEM hozzájárul az Európai Unió 2004-ben lezáruló, kábítószerrel kapcsolatos cselekvési tervének értékeléséhez (2000–2004).

A Miniszterek Tanácsa 2003 júniusában elfogadta a „A kábítószer-függőséghez kapcsolódó egészségkárosodás megelőzése és csökkentése" című ajánlást. Az ajánlás által lefedett jelentős területekhez az egészségvédelem és a veszélyek csökkentése, a kábítószer-használók körében előforduló, véren keresztül terjedő betegségek (AIDS, HCV és TB), valamint a kábítószer okozta halálesetek csökkentése és a megfelelő értékelési mechanizmusok létrehozása tartozik. A Miniszterek Tanácsa 2003-ban a kábítószer-kereskedelemmel kapcsolatos kerethatározatával szintén politikai egyezségre jutott. Ez az egyezség a büntetések összehangolásának céljára összpontosított, valamint olyan intézkedések kibővítésére, amelyek a kábítószer-kereskedelemből pénzforrásokhoz jutó bűnözői vagy terroristaszervezetekre irányulnak.

2003-ban folytatódott a munka az új szintetikus kábítószerek korlátozására az Európai Unióban: a Miniszterek Tanácsa határozatot fogadott el a 2C-I, a 2C-T-2, a 2C-T-7 és a TMA-2 jelzésű kábítószerekkel kapcsolatos korlátozási intézkedések alkalmazásáról.

2003-ban emelkedett azon országok száma, amelyek egy átfogó nemzeti kábítószer-stratégia keretében kábítószer-politikával rendelkeznek; Dániában, Németországban, Litvániában és Szlovéniában kábítószer-terveket fogadtak el. Amint pedig 2004-ben Észtország és Franciaország is, mint tervezték, a felsorolt országok nyomába lép, elmondható, hogy az EU-tagállamok több mint háromnegyede ezt a megközelítést választotta. A nemzeti stratégiákban foglalt közös témák között a keresleti és kínálati tevékenységekkel kapcsolatos kiegyensúlyozott megközelítés iránti elkötelezettség és a koordináció jelentőségének explicit elismerése is szerepel.

A kábítószer-politika értékelései a jövőre nézve fontos tanulságokat szolgáltathatnak. 2003-ban a tagállamok beszámoltak olyan területek megfigyeléséről és értékeléséről, mint az új kábítószertörvények hatásai; a személyes használat céljára történő kábítószer-birtoklással és különösen a kannabiszbirtoklással kapcsolatos jogszabályok megváltoztatásának hatása; a helyi hatóságoknak a kábítószer-kereskedelemmel vagy garázdasággal kapcsolatba hozható helyszínek elleni fellépést engedélyező intézkedései; rendszerek, amelyeket arra terveztek, hogy a kábítószeres problémákkal küzdőket a büntető igazságszolgáltatáson kívül lévő testületekhez utalják; valamint a kábítószer-kereskedelemmel és a pénzmosással összefüggő tevékenységek leküzdésére irányuló intézkedések.
A tagállamok által a nemzeti kábítószer-stratégiák mérése céljából alkalmazott megközelítések az értékelésről szóló válogatott témában vannak részletezve.

Két ország (Belgium, Egyesült Királyság) a kannabisz jogi besorolásának változásáról számolt be. Mindkét országban kifejezetten törvényekben és irányelvekben közelítik meg a problémás kannabiszhasználatot.
A bevezetett jogi változások számos fontos dimenzióval rendelkeznek, amelyeket a média az ezen intézkedésekről beszámoló közleményeiben néhányszor figyelmen kívül hagyott.

A jövőbeli tevékenységekre és a nemzetközi együttműködésre nézve egyre fontosabb terület az olyan hatáskörök bevezetése, amelyek lehetővé teszik a kábítószer-kereskedők vagy a bűnözői csoportok vagyonának elkobzását. Spanyolország, Franciaország, Írország és az Egyesült Királyság mind új fejleményekről tudósít ezen a területen.

A kábítószer hatása alatt történő járművezetés és az azzal való bánásmód számos tagállamban továbbra is meglehetős aggodalmakat vált ki. 2003-ban három ország (Franciaország, Ausztria és Finnország) lényeges változtatásokat eszközölt az ezen a területen létező jogszabályok tisztázása vagy erősítése érdekében.

Kábítószer-megelőzés

A kábítószer-megelőzési munka Európában az alapján kategorizálható, hogy a teljes közösséget (egyetemes megelőzés) vagy a leginkább veszélyeztetetteket célozza-e meg, akár csoportos (szelektív), akár egyéni szinten (javasolt). Az egyetemes megelőzés legfejlettebb modelljei olyan programok, amelyek az iskoláskorú népességre

irányulnak, és amelyeknél a program tartalmának és közvetítésének irányítására egy viszonylag szilárd bizonyítékalap érhető el. Számos ország számol be biztató fejleményekről az iskolai alapú megelőzési programok lefedettségét és közvetítését illetően. Sok országban azonban mind a lefedettségre, mind az egyetemes megelőzési munka minőségére nézve továbbra is jelentős mértékű javításra volna még lehetőség. Az iskolai környezeten kívüli egyetemes megelőzésre irányuló erőfeszítéseken is számottevően lehetne javítani, ezt a megközelítési fajtát jelenleg viszont csak néhány országban alkalmazzák.

Bár egyre inkább elismerik a legveszélyeztetettebbek körében folytatott megelőzési munka fejlesztésének fontosságát, továbbra is komoly szükség van az ebbe az összpontosított megelőzési fajtába történő beruházásra.

Kannabisz

Az EU-ban a legelterjedtebben használt illegális anyag továbbra is a kannabisz, jóllehet az országok között jelentős eltérések mutatkoznak. A 15 éves iskolai tanulók között a közelmúltban végzett tanulmányok szerint az előfordulási arány 10% alatti értéktől 30% feletti értékig terjed, a legmagasabb arányokról (42,5%) az Egyesült Királyságban élő fiúk számolnak be. Az elmúlt egy év során a kannabiszt használó 15 éves iskolai tanulók kis, de konzisztens hányada (körülbelül 15%) nyilatkozott arról, hogy 40 vagy több alkalommal használta a szert. A kannabisz ilyen intenzív használata aggasztó, különösen annak a lehetősége, hogy ezt a csoportot káros következmények veszélyeztethetik. Ez a téma és az a tény, hogy a kannabiszprobléma miatti bejelentett kezelési igény Európában megnőtt, egy válogatott témában kerül részletesebb leírásra. A kannabisz közelmúltbeli (az utolsó éven belüli) használatának előfordulása a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében mutat csúcsokat, amelyek a legtöbb országban 5% és 20% között mozognak. Úgy tűnik, hogy a kannabiszhasználat az 1990-es években a legtöbb országban jelentősen emelkedett, viszont, legalábbis néhány országban, mostanra stabilizálódott.

Több mint 30 országot említenek az Európában lefoglalt kannabisz forrásaként, ami megvilágítja a kannabisztermesztés globális természetét. Európa a világ legnagyobb kannabiszgyanta-piaca, ennek zöme Marokkóból származik. Jelenleg ez az ország az ilyen típusú kábítószer fő forrása a világon. Kannabiszt a legtöbb európai országban is termesztenek, bár az összes országban, Hollandia kivételével, még mindig az importált kannabisztermékek játsszák a legfontosabb szerepet. Az Európába importált kannabisz hatása, úgy tűnik, hogy néhány éve viszonylag stabil. Az EU-n belül intenzív módszerekkel termesztett kannabiszt a nagyobb hatóerő jellemzi, de a két termék jelentős mértékben átfedi egymást.

Amfetamin típusú serkentőszerek (ATS), LSD és egyéb szintetikus kábítószerek

Európában az amfetamin a múltba visszatekintve is a kannabisz után a leggyakrabban használt kábítószer. Ez most, úgy tűnik, néhány országban változóban van, különösképpen Németországban, Spanyolországban, Hollandiában, Finnországban és az Egyesült Királyságban, ahol újabb keletű felmérések azt sugallják, hogy az extasy használata jelenleg azonos mértékű az amfetaminéval, vagy meg is haladja azt. Az extasy használatának e növekedése ellenére 2002-ben változatlanul Európa aránya tette ki a világszerte lefoglalt amfetamin legnagyobb részét (86% a mennyiség tekintetében). Az extasy előfordulási aránya a felnőtt népesség körében általában 0,5% és 7% között mozog, bár a fiatalabb férfiaknál nagyobb az előfordulási arány: például a 15 és 24 év közötti férfiaknál 11% és 17% között van Csehországban, Spanyolországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban. Összességében az extasy használatának az emelkedése, amelyet az 1990-es években tapasztaltunk, most stabilnak tűnik, csak néhány ország számol be növekvő tendenciáról. Speciális népességeket érintő tanulmányok ismételten azt mutatták ki, hogy az extasy használata elterjedtebb azok között a fiatalok között, akik úgynevezett „táncos eseményeken/bulikon" vesznek részt, ámbár néhány újabb egyéb bizonyíték szerint ez az összefüggés gyengülhet.

Az extasyval kapcsolatos halálesetek az opiáthoz kapcsolódó halálesetekhez képest ritkák, azonban komoly aggodalmat keltenek a közvéleményben. A fogalommeghatározásokkal és a méréssel összefüggő problémák megnehezítik e téma elemzését. Kevesebb mint 100 extasyval kapcsolatos halálesetet jelentettek a KKEM-nek az utolsó évben, amelyre vonatkozóan adatok álltak rendelkezésre. Ezt a számot azonban óvatosan kell kezelni, mivel néhány ország nem jelentett adatot, és ott, ahol hozzá lehetett férni toxikológiai információhoz, sokszor más anyag jelenlétét is kimutatatták. A KKEM-hez érkezett, extasyval kapcsolatos halálesetekről szóló összes jelentésnek körülbelül kétharmada az Egyesült Királyságból származott, ahol a tendencia növekvő. Nem világos, hogy ez az eredmény mennyire tükrözi az extasy-használat nagy előfordulását és milyen mértékben a bejelentési gyakorlat különbségeit.

A tagállamok változatlanul célba veszik a kikapcsolódási célú serkentőszerek használatát a megelőző és kárt csökkentő programokkal, valamint az ezen a területen folytatott tevékenységekkel, amelyek néhány új tagországban a legnyilvánvalóbbak. Az ATS használata a kábítószer-kezelésre való jelentkezés elsődleges okaként ritka, Svédország és Finnország kivételével, ahol a tartós amfetaminhasználattal kapcsolatos problémáknak hosszú történetük van, és kivéve Csehországot, ahol bizonyos idő

óta fennállnak a „pervitin" (helyben előállított metamfetamin) használatával kapcsolatos problémák.

Bár a metamfetamin használata világszerte növekvő problémát jelent, Európában ennek a kábítószernek a jelentős mértékű elterjedtsége eddig Csehországra korlátozódott. Most azonban számos más európai országból is érkeznek szórványos jelentések a metamfetamin használatáról, félelmet kiváltva ennek a különösen károsító kábítószer-használati formának további potenciális elterjedését illetően.

Kokain

A közelmúltban végzett vizsgálatok szerint a felnőttek 0,5–6%-a életében kipróbálta a kokaint (előfordulási arány). A fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az előfordulási arány általában 1% és 10% között mozog. Tipikusan a kokaint valaha is kipróbáló személyek fele úgy nyilatkozott, hogy a megelőző év során használta a szert. A használati számadatok Spanyolországban és az Egyesült Királyságban magasabbak – mindkét országban a közelmúltbeli (az utolsó évi) használat előfordulása a felnőttek körében 2%-nál magasabb, a legtöbb más országban tapasztalt kevesebb mint 1%-hoz képest. Ez azt jelenti, hogy a Spanyolországban és az Egyesült Királyságban tapasztalt közelmúltbeli kokainhasználat jelenleg az USA-ban tapasztalt előfordulásra hasonlít, bár az előfordulási arány alacsonyabb marad. A kokainhasználati trendeket nehéz országos szinten követni, de a létező adatok azt sugallják, hogy a fiatalok közötti közelmúltbeli kokainhasználat Dániában, Németországban, Spanyolországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban bizonyos mértékben növekedett, Görögország, Írország, Olaszország és Ausztria szintén növekedésről számolt be helyi vagy kvalitatív források alapján.

Az 1997 és 2002 közötti időszakban a kokainlefoglalások száma Németország és Olaszország kivételével minden országban emelkedett. A hozzáférhető adatokon alapuló irányzatok azt sugallják, hogy ha majd lehetséges lesz a hiánytalan elemzés, azt fogja kimutatni, hogy a lefoglalások száma EU-szinten 2002-ben újra növekedett. A legtöbb ország jelentése szerint a kokain ára ebben az időszakban szintén csökkent.

A krekk (kokainbázis) dohányzásos elszívása Európában továbbra is néhány nagyobb városra korlátozódik, ahol a használat a peremhelyzetben lévő csoportoknál a leggyakoribb. A kábítószer-fogyasztási szobák használóiról szóló tanulmányokból származó adatok például azt mutatják, hogy a kokain dohányzásos elszívásának az aránya különösen nagy a szexipar női tagjai körében. Bár az átlagnépességnél ritkán fordul elő, a kokain elszívásához különösen az egészségi és társadalmi problémák fokozott veszélye kapcsolódik.

A toxikológiai vizsgálat kimutatja, hogy néhány országban a kábítószerrel kapcsolatos halálesetekben a kokain leggyakrabban más ópiumokkal kombináltan fordul elő. A kokainnak betudható – ópiumok részvételétől mentes – halálesetek még mindig ritkák, de számuk valószínűleg emelkedik. Az Egyesült Királyságban a kokain említésének száma a halotti bizonyítványokban nyolcszorosára nőtt 1993 és 2001 között, Hollandiában a kizárólag a kokainnak betudható halálesetek száma az 1994-es két esetről 2001-ben 26 esetre növekedett. A kokain a szív- és érrendszeri problémák miatti halálesetekhez is hozzájárulhat, ámbár ezek az esetek valószínűleg csak gyengén képviseltek a statisztikai adatokban.

A kezelési lehetőségek a kokainproblémákkal küzdők számára zömükben általános megközelítések felé irányulnak, általában farmakológiai komponens nélkül. Munka folyik a farmakológiai beavatkozások eredményességének növelése érdekében, de a tüneti enyhülésre felírt gyógyszerektől eltekintve nincsen egyértelmű konszenzus arra nézve, hogy ezen a területen mi jelenti a helyes gyakorlatot. Különösen a krekk használóinak kezelése jelenthet kihívást a kábítószer-kezelési központok számára.

Problémás kábítószer-használat, heroinhasználat és kábítószer-injekciózás

A heroin és az injektálható kábítószerek használata a KKEM problémás kábítószer-használati indikátorának fő komponenseit képezik. Ez az indikátor összetett mérőszám, amelyet arra szántak, hogy segítségével felbecsülhessék a nagy részben rejtett krónikus kábítószer-probléma nagyságát. A problémás kábítószer-használat becsült előfordulása a felnőtt népességben 1000 főre vetítve 2 és 10 eset között mozog. A becslések a problémás kábítószer-használó népesség nagyságát illetően jelentősen különböznek az országok között és az országokon belül; Dániában, Olaszországban, Luxemburgban, Portugáliában és az Egyesült Királyságban viszonylag magas számokat jelentettek.

A problémás kábítószer-használók Európában, úgy tűnik, heterogénebb csoporttá válnak. Sok országban a múltban a legtöbb problémás kábítószer-használóra a heroin használata volt jellemző, ma viszont egyre elterjedtebb a politoxikomán droghasználat és a serkentőszerek használata. Jóllehet a becslés nehéz, úgy tűnik, hogy a heroin használata sok országban viszonylag stabil, az új heroinhasználók száma (előfordulás) az 1990-es években fennálló helyzethez képest csökkent. Elképzelhető, hogy ez az elemzés az új EU-tagállamokra nézve nem lesz helytálló.

Európa adja a világszerte lefoglalt összes heroin jó egynegyedét. Az Európai Unióban lefoglalt heroin mennyiségét illetően nem figyelhető meg egyértelmű trend,

összességében viszonylag stabilnak tűnik. Mind a lefoglalások számát, mind a lefoglalt mennyiséget tekintve az Egyesült Királyság, Spanyolországtól követve, több lefoglalásról számol be, mint a többi ország.

Az európai országokban korlátozott mennyiségű opiáttermelés folyik, ami nagyrészt a helyszínen fogyasztott mákszalmatermékek előállítására korlátozódik. A közelmúltbeli adatokban nem figyelhető meg egyértelmű irányzat az utcai heroin tisztaságát és árát illetően.

Európában változatlanul az opiátok képezik a tiltott anyagokkal kapcsolatos halálesetek fő okát. Minden évben 8000–9000 túladagolási halálesetet jelentenek, de ez a szám szinte biztosan alulbecslés. Az áldozatok többsége fiatal férfi, aki húszas éveinek közepén, illetve végén vagy harmincas éveinek elején jár, bár a halálozási életkor emelkedni látszik. Jóllehet jelentős eltérések mutatkoznak az országokon belül, a kábítószerrel összefüggésben lévő elhalálozások száma általánosságban az 1980-as és 1990-es években folyamatosan emelkedett. 2000 és 2001 között az Európai Unió sok tagállama számolt be csökkenésről a kábítószerrel összefüggő halálozások számával kapcsolatosan, melynek eredményeképpen az EU szintjén kis, de statisztikailag szignifikáns csökkenés mutatkozik a jelentett haláleseteknél, 8838-tól 8306-ra. A halálesetek száma azonban történelmi szemszögből nézve még mindig nagy.

Aggasztó fejleménynek számítanak a fentanil kereskedelméről szóló jelentések. A fentanil szintetikus opiát, ami csaknem 100-szor hatásosabb, mint a heroin. A közelmúltban lefoglalásokról számoltak be a Balti-tengert övező országokban és az Orosz Föderációban. Észtországban 2001 végén jelent meg a fentanil a kábítószerpiacon a heroin helyettesítőjeként, Finnországban pedig egy nagy szállítmányt foglaltak le metilfentanilból 2002-ben.

A kezelés alatt álló heroinhasználókról szóló tanulmányok markáns különbségeket mutatnak az országok között a kábítószer injekciós használatának, illetve elszívásának mértéke tekintetében. A új kezelési igényt bejelentő heroinhasználók kevesebb mint fele számol be kábítószer-injekciózásról; néhány országban az injekciózás, úgy tűnik, egyre kevésbé elterjedt. Másutt, és különösen, de nem kizárólag az új tagállamokban, még mindig a kábítószer-injekciózás a bevett módszer a heroinhasználók körében. Összességében az injekciós kábítószer-használat előfordulásáról rendelkezésre álló becslések a felnőtt népesség 1000 egyedére vonatkoztatva kettő és hat eset közé tehetők.

A HIV-fertőzés terjed az Európai Unió néhány új tagállamában és az azokkal szomszédos országokban, bár az előfordulási arányok széles körben változnak az EU országaiban. Nyugat-Európában az AIDS előfordulásának látszólagos stabilizálódását vagy csökkenését néhány új helyi járványt illető aggodalom fenyegeti, amelyek az 1990-es évek közepétől léptek fel, valamint a fertőzés változatlanul magas aránya néhány populációban.

A hepatitis C-fertőzés (HCV) gyakorisága Európában a kábítószert injekciózók körében változatlanul nagy, tanulmányok szerint a megvizsgált injekciózók jelentős részénél (minden negyediktől csaknem az egész populációig) kimutatható a vírus elleni antitestek jelenléte. Néhány esetben a HCV- és a HIV-fertőzés gyakorisága között közvetlen összefüggést lehet megfigyelni.
A hepatitis B-fertőzés Európában az injekciós kábítószer-használók körében továbbra is elterjedt, annak ellenére, hogy a védőoltás elérhető. Néhány balti ország esetleges kivételével a tuberkulózis előfordulása az injekciós kábítószer-használók körében az EU országaiban változatlanul alacsony, viszont az EU-val határos néhány országban a fertőzés igen gyakori.

Általánosságban úgy tűnik, hogy a kábítószert injekciózók számára létrehozott tű- és fecskendőcserélő programokba történt beruházások az egész Európai Unióban növekedtek. Észtország és Lettország gyorsan kibővítette szolgáltatásait ezen a területen, Észak-Írországban és Flandriában (Belgium) szintén bevezettek tű- és fecskendőcserélő programokat. Néhány – megalapozott programokkal rendelkező – országban azonban a kiosztott tűk száma csökkent, ami talán az injekciózás alacsonyabb szintjét tükrözi. Az „alacsony küszöbű" szolgáltatások fejlesztésének fő irányzatához tartozik a túlélésorientált szolgáltatásokkal – pl. menedékekkel, orvosi alapellátási intézményekkel, valamint a nyitvatartási idők nagyobb rugalmasságával – történő erősebb integráció. Három tagállam biztosít kábítószer-fogyasztási szobákat, 2004-ben a KKEM közzétett egy részletezett tanulmányt ezekről az intézményekről.

Kábítószer-kezelés

A kábítószerrel összefüggő kezelés a tagállamok zömében nagyrészt az opiáthasználat vagy az opiátokat magában foglaló politoxikomán droghasználat miatti kezelést jelenti. E csoport számára változatlanul a helyettesítő kezelés valamilyen formája a bevett terápiás lehetőség, bár az új tagállamokban a helyettesítő kezelés elérhetősége korlátozott, elterjedtek maradtak a gyógyszermentes kezelési rendszerek. Arra is rá kell mutatni, hogy Csehországban, Finnországban és Svédországban az injekciózó amfetaminhasználók a kábítószer-kezelésen részt vevők jelentős hányadát képezik.

A kábítószer-problémákkal segítséget kérő személyekről hozzáférhető adatok szerint a segítségre szorulók sajátosságai változatossá váltak. Az injekciós és nem

injekciós heroinhasználaton kívül egy sor polidroggal, serkentőszerrel és kannabiszhasználattal kapcsolatos problémáról számoltak be. 2002-ben a KKEM kezelésiigény-mutatója első alkalommal mutatta ki, hogy az adatokat szolgáltató 11 országban a kannabisz felváltotta az opiátokat azon kábítószer megnevezésében, amely miatt a legtöbb új klienset utalták be kezelésre specializált járóbeteg-intézményekbe. Azt, hogy ez milyen mértékben tükrözi a bejelentési gyakorlat változásait, a szolgáltatások gyors terjesztését vagy a segítségre szorulók sajátosságaiban történt változásokat, részletesebben taglalásra kerül „A kannabiszprobléma összefüggései" válogatott téma alatt.

Egyre inkább elfogadott nézet, hogy a kábítószerrel kapcsolatos szolgáltatásoknak be kell ágyazódniuk más egészségügyi ellátás biztosításába. Ez különösen érvényes a peremhelyzetben és szociálisan elzártan élő, hátrányos helyzetben lévő csoportokat megcélzó szolgáltatásokra. Nagy nehézséget jelent főleg azoknak hatásos választ adni, akik kábítószer-problémával és pszichiátriai problémákkal egyszerre küzdenek. Ezt a pontot a pszichiátriai együttes előfordulásról szóló válogatott téma vizsgálja.

A börtönökkel kapcsolatos kérdések

Az általános népességgel összehasonlítva a börtönben a kábítószer-használók túlreprezentáltak. A börtönlakók között a kábítószer-használat előfordulásáról szóló becslések 22% és 86% között változnak, a börtönlakó populációtól, a javítóintézetektől és az országoktól függően. Mivel az injekciós kábítószer-használat viszonylag gyakran fordul elő, a börtönök veszélyes helynek számítanak a fertőző betegségek terjedését illetően. Az ez ellen irányuló intézkedések közé tartozik, hogy a börtönökben is bevezetik a helyettesítő kezeléseket és a tű- és fecskendőprogramokat.
A börtönlakók kábítószer-használatával járó egészségi következményekkel, amelyeket még fokoz a szolgáltatásokhoz való korlátozott hozzáférés és a börtönbeli egészségügyi szolgáltatásoknak a hivatalos egészségügyi rendszertől való elszigeteltsége, egyre inkább foglalkoznak az országos egészségügyi és szociális rendszerekkel összefüggésben. A börtönök alternatívái, amelyeket a büntetőpolitika megreformálása vezetett be, eltérítik a kábítószer-használókat kvázi-kötelező kezelésekhez vagy közösségi szolgáltatásokhoz, azt feltételezve, hogy ezek a beavatkozások jobban szolgálják igényeiket.

1. fejezet

Új fejlemények a politika és a jogok terén

Ebben a fejezetben bemutatásra kerülnek az Európai Unió egészén, valamint az egyes tagállamokon belüli kábítószer-politika legújabb fejleményei. A legtöbb esetben a megadott információ a 2003. év során bekövetkezett változásokon alapul, amikor is elkezdődött az Európai Unió kábítószerrel kapcsolatos cselekvési tervének (2000–2004) második fele. Ezenkívül a 2003. évben az uniós országok kormányainak félidei áttekintést kellett adniuk a nemzeti kábítószer-szabályozási stratégia kifejlesztésében és megvalósításában elért előrelépésükről, összhangban a „Kábítószerigény csökkentésének alapelveiről szóló nyilatkozattal", amely a világméretű kábítószer-problémával kapcsolatos 1998. évi ENSZ-közgyűlés rendkívüli ülésszakától (UNGASS) ([1]) ered. Mivel az EU-cselekvési terv (2000–2004) az idén befejeződik, időszerű az annak értékelésében elért előrelépések mérlegelése. A KKEM teljes körű, aktív szerepet tölt be ebben a folyamatban, amely remélhetőleg serkentően hat az egészséges stratégia megfogalmazására a kábítószerek területén. Főleg ebből a szempontból kerülnek elemzésre nemzeti és EU-szinten a stratégiák és a törvénykezési fejlemények.

Uniós fejlemények

Két új joganyag került elfogadásra európai szinten 2003-ban a kábítószer-probléma megoldásának előmozdítása érdekében. Az egyik a közegészségügyet érinti, a másik pedig a tiltott kábítószer-kereskedelemmel foglalkozik. EU-szinten a 2003. év során tárgyalt egyéb témák közé tartoznak az új szintetikus kábítószerek figyelembevételét illető intézkedések, a koordinációs tevékenységek és eszközök létrehozása és a KKEM szerepe.

Közegészségügy

2002. szeptember 23-án az Európai Parlament és a Tanács elfogadta az új közösségi közegészségügyi cselekvési programot (2003–2008), amely három általános célkitűzésen alapszik: az egészségügyi információn, az egészség veszélyeztetése elleni gyors fellépésen, valamint az egészségügy meghatározó szereplőin keresztül az egészség előmozdításán. A kábítószerre nézve az egészségügyi információval és az előmozdítás komponenseivel kapcsolatos akciók különösen relevánsak.

A Miniszterek Tanácsa 2003 júniusában elfogadta „A kábítószer-függőséghez kapcsolódó egészségkárosodás megelőzése és csökkentése" című ajánlást, amely az Európai Bizottság kezdeményezésére készült 2002 májusában. Ez a szöveg jelentős eredményt jelent, mivel az első kábítószerrel kapcsolatos EK-ajánlás a közegészségügy területén. Pontosabban a kábítószerfüggéshez társuló egészségkárosodás csökkentésére irányul ([2]). Sok tagállam már be is építette nemzeti kábítószer-stratégiájába ennek a dokumentumnak a megállapításait.

Ez a dokumentum a következőket ajánlja:

- A magas szintű egészségvédelem biztosítása érdekében a tagállamoknak közegészségügyi céllá kell tenniük a kábítószer-függőség megelőzését és a járulékos veszélyek csökkentését, és ennek megfelelően átfogó stratégiákat kell kifejleszteniük és megvalósítaniuk.
- A kábítószerrel összefüggő egészségkárosodás (pl. HIV, hepatitis B és C, valamint TBC) előfordulásának és a kábítószerrel összefüggésben lévő elhalálozások számának jelentős csökkentése érdekében, átfogó kábítószer-megelőzési és kezelési politikájuk integráns részeként, a tagállamoknak különféle – különösen a veszélyek csökkentésre irányuló – szolgáltatásokat és intézményeket kell elérhetővé tenniük.
- A tagállamoknak egy meghatározott akciós lista kidolgozását kell mérlegelniük, hogy megfelelő értékelést fejleszthessenek ki a kábítószer-megelőzés hatékonyságának és hatásosságának növelése, valamint a kábítószerrel összefüggő egészségi veszélyek csökkentése érdekében.

Az ajánlás elfogadását követő két éven belül a tagállamoknak be kell számolniuk a Bizottságnak annak megvalósításáról, továbbá a Bizottság kérésére a későbbiekben is. Ez lehetővé teszi, hogy a Közösségek szintjén követhető legyen az ajánlás, és későbbi megfelelő intézkedések szülessenek az EU kábítószerrel kapcsolatos cselekvési terve céljainak elérése érdekében.

([1]) http://www.unodc.org/adhoc/gass/content.htm.

([2]) A károsodás csökkentésére irányuló politika szerepének áttekintésére l. 1. OL táblázat: A károsodás csökkentésének szerepe.

Ezenkívül az ajánlás felhívja a KKEM-et, hogy technikailag segítse az Európai Bizottságot a beszámoló elkészítésében, az EU kábítószerrel kapcsolatos cselekvési tervével összhangban, azzal a céllal, hogy ezen ajánlást felülvizsgálják, és naprakész állapotba hozzák.

Kábítószer-kereskedelem

Az Európai Tanács 1999-ben a finnországi Tamperében tartott különleges értekezletének következtetései nyomán, és az EU kábítószerrel kapcsolatos stratégiája és cselekvési terve válaszaként, az Európai Bizottság a Tanács és az Európai Parlament részére egy kerethatározati javaslatot nyújtott be, amely a tiltott kábítószer-kereskedelem területén meghatározza a büntetőjogi cselekmények és büntetések alkotmányos elemeinek minimális rendelkezéseit. A Miniszterek Tanácsa 2003 novemberében ezen első kerethatározatával a tiltott kábítószer-kereskedelemmel kapcsolatban politikai egyezségre jutott. Ez a kerethatározat kulcsfontosságú jogi eszköznek minősül a kábítószer-kereskedelem kezelésében, hiszen az ezzel kapcsolatos büntetések problémája egyre nagyobb jelentőségre tesz szert a kibővített EU tagországai között.

Ennek a kerethatározatnak az alapelve az, hogy a tagállamoknak nem csupán magát a kábítószer-kereskedelmet kell büntetniük, hanem annak megkísérlését, mások felbujtását vagy segítését is. A kerethatározat által előirányzott intézkedések a kábítószer-kereskedőket és a bűnözői vagy terroristaszervezeteket veszik célba, amelyek a kereskedelemből jutnak pénzforrásokhoz illegális tevékenységeik finanszírozásához.

Ez a kerethatározat szankciókat helyez kilátásba azokra vonatkozóan, akik az ENSZ-egyezmények és az EK-határozatok által megnevezett anyagok kereskedelmének bármely fázisában – előállítás, értékesítés, szállítás, elosztás és birtoklás vagy kereskedelmi célú vásárlás – részt vesznek. Annak biztosítására szólítja fel az országokat, hogy „a bűncselekményeket 1 év és 3 év közötti börtönbüntetéssel lehessen sújtani", illetve 5 év és 10 év közötti börtönbüntetéssel, ha a bűncselekmény nagy mennyiségű kábítószerre terjed ki, vagy olyan kábítószerre, amely a legnagyobb kárt okozza az egészségben. A kerethatározat gerince az, hogy közös meghatározást ad arról, hogy mi minősül kábítószer-kereskedelemnek az EU szintjén, valamint a kábítószer-kereskedelemmel kapcsolatban ajánlott büntetésformákat fogalmaz meg az Európai Unión belül. A tagállamok közötti egyetértés elérése során át kellett hidalni a személyes fogyasztás meghatározásának problémájával kapcsolatos nemzeti különbségeket. Ezért a személyes kábítószer-fogyasztással kapcsolatos bűncselekmények (a tagállamok nemzeti jogszabályainak meghatározása szerint) kizárásra kerültek a kerethatározatból.

A kerethatározat az *Európai Unió Hivatalos Lapjában* való megjelenése napján lép érvénybe. A tagállamoknak 18 hónap áll rendelkezésükre, hogy meghozzák a jogszabálynak való megfeleléshez szükséges intézkedéseket.

Új szintetikus kábítószerek

Folytatva az új szintetikus kábítószerek korlátozásának feladatát, a Miniszterek Tanácsa 2003 novemberében határozatot fogadott el a 2C-I, a 2C-T-2, a 2C-T-7 és a TMA-2 jelzésű szintetikus kábítószerekkel kapcsolatos büntető szankciókról és korlátozási intézkedésekről. Ezeknek az anyagoknak, amelyek nem szerepelnek az Egyesült Nemzetek Szervezete 1971. évi, a pszichotróp anyagokról szóló egyezményének egyik mellékletében sem, most a tagállamok szintjén korlátozási intézkedések és büntetőjogi büntetések hatáskörébe kell esniük.

2003 októberében a Bizottság bemutatta egy tanácsi határozat tervezetét az 1997-es együttes fellépés az információcsere, a kockázatelemzés és a szintetikus kábítószerek korlátozása helyettesítése céljából ([3]). Ez a kezdeményezés közvetlenül kapcsolatos az együttes fellépés külső értékelésének eredményével, amelyet a Bizottság az Európai Unió kábítószerrel kapcsolatos cselekvési tervében (2000–2004) meghatározottak szerint hajtott végre. A javasolt új joganyag célja a fogalommeghatározások és eljárások tisztázása, továbbá az alkalmazási kör kiterjesztése az összes új szintetikus kábítószerre és minden új narkotikus kábítószerre egyaránt.

Koordináció

Szintén 2003 novemberében a Bizottság közleményt fogadott el a kábítószerek területén meglévő koordinációs tevékenységekről és jogi eszközökről az Európai Unióban. A közlemény a Bizottsággal együttműködésben a KKEM által szervezett, a tagállamokban meglévő koordinációs intézkedésekkel és mechanizmusokkal kapcsolatos egyik tanulmány eredményein alapul ([4]). A Bizottság megerősíti, hogy a koordináció létfontosságú, ha az EU hatásosan kíván reagálni a kábítószer-fogyasztás jelenségének összetett mivoltára és annak következményeire.

A KKEM szerepe

Végül 2003 decemberében a Bizottság javaslatot tett a KKEM-et irányító szabályozás újraformálására. A javaslat, amelyet a Tanács a 2004. év folyamán tárgyal meg, számos területet fed le, beleértve az alapvető szabályok módosítását, a KKEM szerepének erősítését az új kábítószer-felhasználási mintázatok és az EU-bővítés kontextusában, valamint a KKEM szerepének figyelembevételét az Európai Unió kábítószerrel kapcsolatos cselekvési terve értékelésének támogatójaként.

([3]) HL L 167., 1997.6.25., 1–3. o.

([4]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1356.

Nemzeti kábítószer-politika

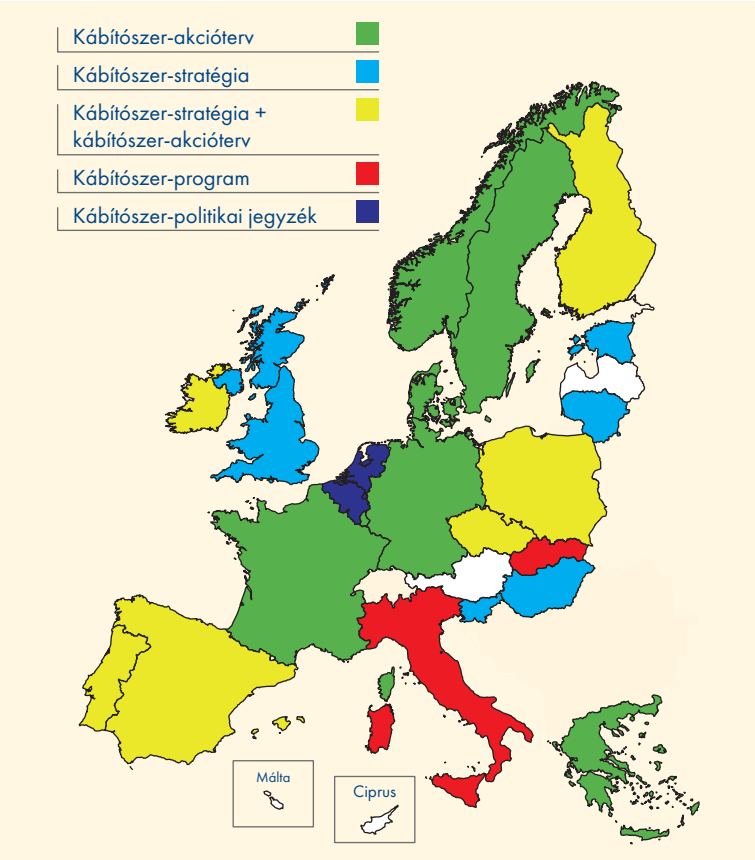
„Kábítószer-stratégiák" ([5])

A tavalyi éves jelentésben került említésre a tagállamok részéről kibontakozó irányzat a „nemzeti kábítószer-stratégia" létrehozásáról az Európai Unió kábítószer-stratégiájának sarokköveként, és ez 2003-ban is folyatódott (1. ábra). Kábítószer-terveket és programokat fogadtak el 2003-ban Dániában, Németországban, Litvániában és Szlovéniában, 2004-ben pedig várhatóan Észtország és Franciaország ([6]) is a felsorolt országok nyomába lép, és ezzel a 25 tagállam közül 21 (illetve 26 államból 22, ha Norvégiát is beleszámítjuk) rendelkezik kábítószer-politikával egy átfogó nemzeti kábítószer-stratégia keretében ([7]) ([8]).

A tény, hogy a „nemzeti kábítószer-stratégiák" széleskörűen, viszonylag rövid időszak alatt (1997–2004) ([9]) és jól meghatározható földrajzi területen valósultak meg, azt a lehetőséget kínálja, hogy az egész Európai Unióra kiterjedő áttekintést kaphatunk a különböző tagállamokban előforduló jelenségek összehasonlításából.

Legelső megfigyelésként, egyre inkább általános a kábítószer-politikában a kereslet- és kínálatcsökkentési tevékenységeket magában foglaló holisztikus, teljességre törekvő, úgynevezett „kiegyensúlyozott megközelítés" ([10]). Az összes vizsgált dokumentum mutatja ezt a sajátosságot. Másrészt a koordinációra mind fontosabb feladat hárul. A nemzeti kábítószer-stratégiák végrehajtása egyre növekvő mértékben központilag koordinált módon történik (a legtöbb EU-tagországban van nemzeti koordinációs hivatal és nemzeti koordinátorok ([11])), szoros együttműködésben a regionális és helyi hivatalokkal. Harmadikként, egyre nagyobb hangsúlyt kap a beavatkozások végrehajtása, valamint a megvalósítás nyomon követése és értékelése a döntéshozók elszámoltathatóságának eszközeként (l. válogatott téma az értékelésről, 75. oldal).

1. ábra: „Nemzeti kábítószer-stratégiák" változatai



Megj.: Az elvi különbségtétel a kábítószer-politika, a nemzeti kábítószer-stratégia (amelynek az általános alapelveket, valamint a keretet és az irányt is azonosítania kell) és az akcióterv (amely a stratégiát cselekvéssé formálja, a részletes specifikus cselekvéseket kijelölve) között nem mindig marad meg a különböző nemzeti dokumentumokban. Az országok közötti különbségek miatt a nemzeti stratégiai dokumentumokat úgy írjuk le, ahogyan hivatalosan közzétették őket, annak megkísérlése nélkül, hogy egységesítsük a definíciókat, vagy párhuzamokat vonjunk.

Forrás: A tagállamok nemzeti stratégiái.

Fontos különbségek vannak azonban a „nemzeti kábítószer-stratégiák" szerkezetében és tartalmában. Jelentős eltérések mutatkoznak például a rendelkezésre bocsátott részletesség szintje, valamint a cselekvésre és a

([5]) Mivel a nemzeti kábítószer-stratégiák nagyon eltérnek az országok között, ebben a jelentésben nem történik kísérlet a meghatározások és koncepciók harmonizálására. Így a „nemzeti kábítószer-stratégia" (idézőjelben) bármely, egy adott kormány által elfogadott hivatalos dokumentumot jelent, amely a kábítószerek területén (meghatározott időtartam alatt) elérendő specifikus beavatkozásokat/célkitűzéseket és általános alapelveket fektet le, függetlenül attól, hogy hivatalosan kábítószer-stratégiának, akciótervnek vagy politikai jegyzéknek nevezik. További információkért l. KKEM *Nemzeti stratégiák és koordinációs mechanizmusok* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

([6]) L. 1. OL doboz: Közelmúltban elfogadott „nemzeti kábítószer-stratégiák".

([7]) Norvégia, bár nem az Európai Unió tagországa, a KKEM tagja. A 25 EU tagállam közül csak négy országban nincsen (még) úgynevezett kábítószer-stratégia, ezek Ciprus, Lettország, Málta és Ausztria. Cipruson és Lettországban már készülőben van a stratégia. Ausztriában minden tartománynak van saját terve, bár nincsen szövetségi kábítószer-stratégia.

([8]) L. 2. OL táblázat: Jelenlegi „nemzeti kábítószer-stratégiák" a kábítószerek területén az Európai Unió tagországaiban.

([9]) Ebbe az időtartamba Hollandiát is beleszámítottuk, amely a kábítószer-politikáját a *Kábítószer-politika Hollandiában: folytonosság és változás* (1995) című szakpolitikai feljegyzésben és különböző követéses dokumentumokban (Extasy 2001, Kokain 2002, Kannabisz 2004) dokumentálja.

([10]) A kiegyensúlyozott megközelítés az UNGASS politikai nyilatkozatában került lefektetésre 1998-ban: „a kereslet csökkentése és a kínálat csökkentése között kiegyensúlyozott megközelítést kell alkalmazni, egymást megerősítő módon, integrált megközelítésben a kábítószer-probléma megoldása érdekében". Ebben a fejezetben nem történik kísérlet annak értékelésére, hogy mely tagállamoknak sikerült elérniük a „kiegyensúlyozott megközelítést", ehelyett csak az a megfigyelés szerepel, hogy egyre nagyobb figyelem összpontosul az ilyen megközelítésre.

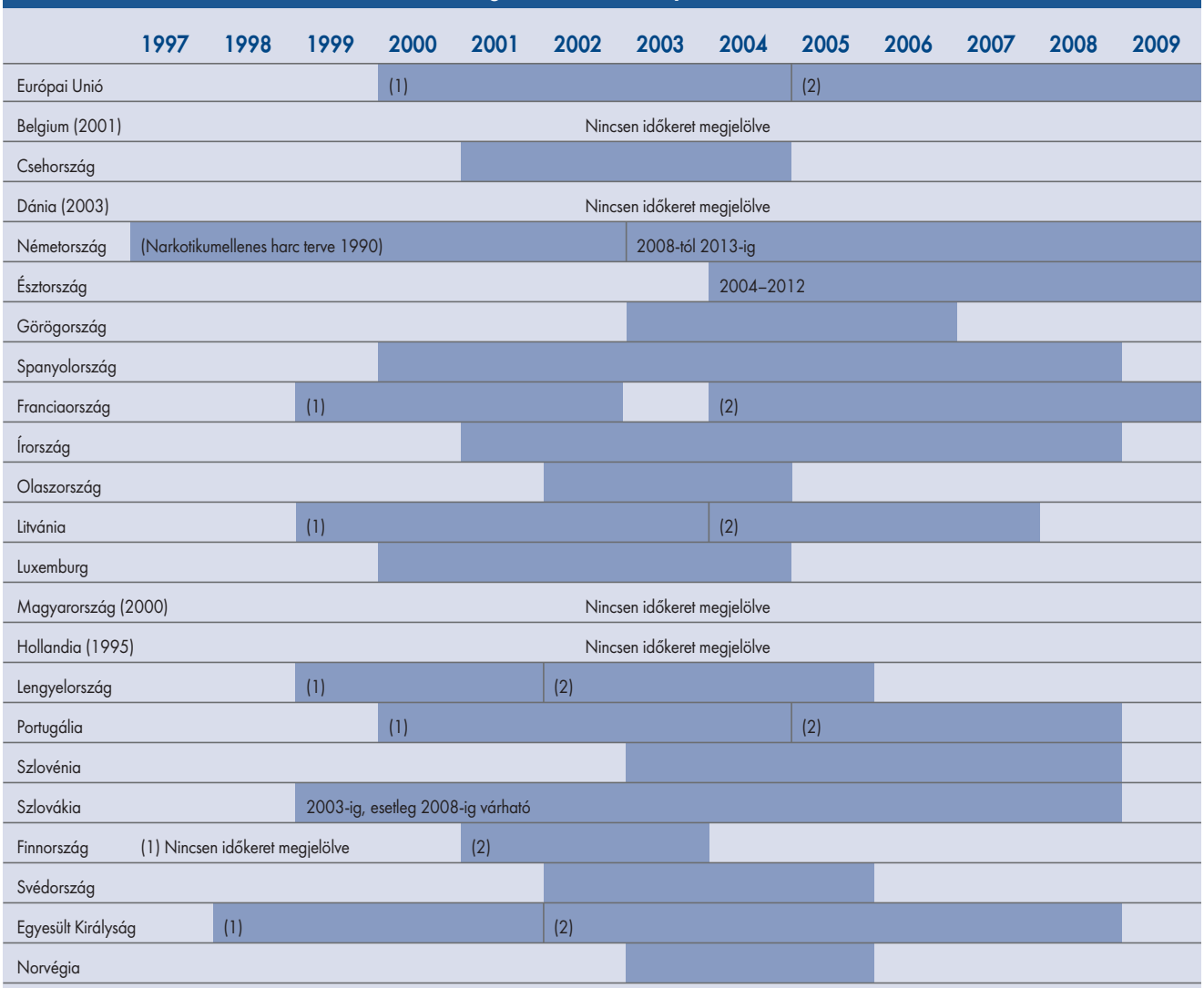
([11]) Részletekért l. http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360.

célokra fektetett hangsúly tekintetében. Néhány dokumentum olyan módon szerkesztett, hogy lehetővé teszi a kimondott cselekvések és átfogó megvalósítások követését; mások kevésbé részletesek, bemutatják az általános célkitűzéseket, de nem kötik operatív célokhoz vagy teljesítménymutatókhoz. A kábítószeres politikával kapcsolatos dokumentumok változatosak a terminológia alkalmazásának tekintetében is: néhány országban akcióterveket, máshol stratégiákat alkalmaznak, megint mások programokat valósítottak meg. A különböző politikai célkitűzések és napirendek valóban nagyon széles képet rajzolhatnak, amelyben a „nemzeti kábítószer-stratégiák" fogalma (1. ábra) alatt teljesen eltérő helyzetek értendők. Mivel azonban az akcióterv, a program és a stratégia szakkifejezést felcserélhetően használhatják ([12]), ezek nem szükségszerűen tükröznek különbségeket a politikai célkitűzésekben és napirendekben.

A nemzeti kábítószer-stratégia időtartama a másik vetület, amely nagyon változatos a tagállamok között. A legtöbb ország 3–5 éves időtartamot tűzött ki, azonban néhány országban a stratégia 8–10 évet fed le, miközben megint másokban egyáltalán nincsen szó időtartamról (1. táblázat). Ebben a tekintetben át kell gondolni a „nemzeti kábítószer-stratégiák" és az Európai Unió kábítószerrel kapcsolatos cselekvési terve közötti kapcsolatot.

A tartalombeli különbségek a különféle politikai célokat vagy a kábítószer-jelenség eltérő nemzeti jellemzőit tükrözhetik. Itt a két legfontosabb széttartó területről adunk hírt: a lefedett anyagok és a stratégiák fő célja.

1. táblázat: A „nemzeti kábítószer-stratégiák" menetrendje



([12]) Egy kábítószer-stratégia meghatározható „egységesített téma, elhatározási, összetartási és iránymutató keret" formájában és akciótervként „részletes specifikus cselekvések terve vagy programja" formájában (*Stratégiák és koordináció a kábítószerek területén az Európai Unióban, egy leíró áttekintés*, 2002. november: http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

Bár a nemzeti kábítószer-stratégiák tipikusan a minősített kábítószerekre összpontosítanak, sok dokumentum kiterjed az úgynevezett legális kábítószerekre, főleg az alkoholra, a dohányra, különösen, amikor az oktatás, a megelőzés és a kezelés területét vizsgálják (2. táblázat). Néhány országban ez a vizsgálat egyedi fellépések és projektek formáját veszi fel, míg más országokban a „legális kábítószerek" csak megemlítésre kerülnek. Sok országban, ahol az alkohol része a „kábítószer-stratégiának", az alkohollal kapcsolatos nemzeti akcióterv is helyénvaló.

Noha minden ország osztozik néhány általános célkitűzés tekintetében (a kereslet csökkentése, a kínálat csökkentése stb.), és az Európai Unió kábítószerrel kapcsolatos akcióterve (2000–2004) hat közös célkitűzést fogalmaz meg ([13]), nagyon eltérő, hogy milyen módon képzelik el ezen célkitűzések elérését, a kábítószer-politika általános céljának függvényében. A legfőbb különbség az, hogy néhány országban a cél egy „kábítószertől mentes társadalom" elérése, miközben más országokban a fő célkitűzés a kábítószerek egyénekre és a társadalomra gyakorolt negatív következményeinek csökkentése. A helyzet azonban nem teljesen világos: a „nemzeti kábítószer-stratégiák" többsége összemossa ezt a két célt (esetleg újabbakat is ad hozzájuk), miközben egyikre vagy másikra több hangsúlyt fektet. A kiválasztott cél (és az elérésére fektetett hangsúly) formálja a „nemzeti kábítószer-stratégiákból" származó cselekményeket.

2. táblázat: „Legális kábítószerek" a nemzeti kábítószer-stratégiákban

Ország	Alkohol	Dohány	Alkohollal kapcsolatos akcióterv ([1])
Belgium	●	●	Nincs
Csehország	●	●	Nincs
Dánia	–	–	Van
Németország	●	●	Van
Észtország	○	○	Van
Görögország	●	–	Nincs
Spanyolország	●	●	Nie
Franciaország	●	●	Van
Írország	●	○	Van
Olaszország	○	–	Van
Litvánia	–	–	Van
Luxemburg	–	–	Nincs
Magyarország	●	○	Van
Hollandia	●	●	Van
Lengyelország	○	○	Van
Portugália	●	○	Van
Szlovénia	○	○	Nincs
Szlovákia	●	●	Nincs
Finnország	–	–	Van
Svédország	–	–	Van
Egyesült Királyság	○	○	Van
Norvégia	●	●	Van

• Tervezett akció; ○ megemlített anyag; – nincsen adat.
([1]) WHO-alkohol-adatbázis (http://www.euro.who.int/alcoholdrugs).

Elismerve azt, hogy különbözőségre van szükség a specifikus politikai napirendek megfogalmazása, valamint a helyi körülmények és kultúra tekintetében, jelentős erőfeszítés várható az európai szintű koordináció területén. Az Európai Unió elmúlt években konszolidálódott és strukturálódott koordinált kábítószer-ellenes megközelítésének (EU Kábítószer-stratégia és EU Kábítószer-akcióterv 2000–2004) átvétele a jövőben is folytatódni fog.

Nyitott kérdés marad a kábítószer-politika jövőbeli iránya a kibővített Európai Unióban, valamint az, hogy az Európai Unió stratégiája alá kerül-e a 25 különböző kábítószer-stratégia (a regionális és a helyi stratégiák figyelembevétele nélkül). Azonban azt, hogy milyen típusú jogi eszközök kerülhetnek mérlegelésre a tagállamok által (stratégia, program, akcióterv), milyen időtartam, alkotmányos alapelv és kritériumok mellett, valamint milyen fő célkitűzések érdekében, arról a tagállamok közösen tárgyalhatnak.

Nemzeti politika: a törvények értékelése ([14])

Az elmúlt néhány év során megerősödő irányzat mutatkozott az új törvények értékelésére vagy azok értékeléséről szóló jelentések készítésére (akár megvalósításukról vagy hatásukról). A kábítószerek területén megeshet a kábítószer-korlátozási törvények különféle aspektusainak követése és értékelése, beleértve a használatot és a birtoklást tiltó alapvető törvényeket, a kábítószeres bűncselekményekre adott válaszreakciókat, valamint a kábítószer-kereskedelem és a pénzmosás elleni küzdelmet. Néhány országban próbaterveket valósítanak meg, és értékelik azokat, mielőtt országszerte alkalmaznák őket.

Például 1999 óta Belgium, Csehország, Németország, Magyarország, Svédország és az Egyesült Királyság

([13]) (1) A kábítószerek használatának, valamint elsősorban a 18 éves kor alattiak körében az új használók számának lényeges csökkentése öt év alatt; (2) a kábítószerrel összefüggő egészségkárosodás (HIV, hepatitis, TBC stb.) előfordulásának és a kábítószerek által okozott elhalálozások számának lényeges csökkentése öt év alatt; (3) a sikeresen kezelt kábítószerfüggők számának lényeges növelése; (4) a tiltott kábítószerek elérhetőségének lényeges csökkentése öt év alatt; (5) a kábítószerekkel összefüggő bűnözés lényeges visszaszorítása öt év alatt; (6) a pénzmosás és a kábítószer-előanyagok tiltott kereskedelmének lényeges csökkentése öt év alatt.

([14]) Ezen rész bővebb változatát l. 2. OL doboz: Nemzeti politika: a törvények értékelése.

beszámolt a kábítószer használatát vagy birtoklását illető bűncselekményről szóló alapvető jogszabályok különféle aspektusainak valamilyen formájú követéséről és értékeléséről. Ez jelentős változásokhoz vezetett a belgiumi, a magyarországi és az egyesült királysági kábítószertörvényeknél.

A viták és értékelések középpontjában a bűncselekménnyé történő minősítés hatásának felbecsülése állt. Az értékelési kezdeményezések közül két olyan nyilvánvalóan hasonló helyzetet emelünk ki, amelyek kimenetele eltérő eredményekhez vezetett. A közelmúltban mind Magyarország, mind Svédország értékelte a kábítószer-használat bűncselekménnyé történő minősítésének hatásait. 1999 márciusában módosították a magyar büntető törvénykönyvet annak érdekében, hogy a kábítószer használata bűncselekménynek minősüljön, továbbá a kábítószerfüggőkre korlátozták azt az alternatívát, hogy a bűnözőtől megköveteljék a gyógyító kezelésen való részvételt. A későbbi tudományos tanulmányok viszont kimutatták, hogy a narkotikus kábítószerekkel való visszaélés, azok használata és forgalma csökkentésének célját nem érték el; a kábítószert kipróbáló személyek, valamint a regisztrált bűncselekmények és bűnözők száma tovább növekedett. Ezenkívül a törvény változása megnehezítette a kábítószerek jogi osztályozását, és bonyolultabbá tette a bírósági eljárást, továbbá hátrányosan hatott a kábítószer-piaci szereplők viselkedésére. A tanulmány szerzői arra a következtetésre jutottak, hogy a büntetések túlságosan szigorúak, és nem veszik figyelembe, hogy a fiatalok nem bűnözői természetük miatt használnak kábítószereket, hanem az adott körülmények miatt. Ennek eredményeként 2003. március 1-jén egy új módosítást hajtottak végre, amely megsemmisítette a változásokat, és figyelembe veszi a tanulmány eredményeit.

Svédországban a Nemzeti Tanács a Bűncselekmény-megelőzésért 2000-ben megvizsgálta az (1993-ban szigorított) 1988-as rendelet hatásait, amely az egyszerű kábítószer-használatot bűncselekménnyé minősíti. A vizsgálat kimutatta, hogy a rendelet bevezetése az enyhébb kábítószer-bűncselekmények miatt letartóztatott személyek számának erős emelkedéséhez vezetett. Noha számos letartóztatott ismert kábítószer-használó volt, akadt néhány fiatal, ismeretlen előéletű kábítószer-használó is. E rendelet elfogadásának egyik fontos indoka az volt, hogy a fiatalokat a kábítószer-használatuk korai stádiumában azonosítsák, és a jelentés arra a következtetésre jutott, hogy ez sikerült. A jelentésben megvitatták a rendeletnek a kábítószerpiacra gyakorolt hatását is (a piac eszkalált). A jelentés szerint semmi sem utal egyértelműen arra, hogy a kábítószer kriminalizálása elrettentően hatna a fiatalokra.

Ami a másféle válaszreakciókat illeti, az Egyesült Királyságban több, a kábítószer-használókkal való elbánással kapcsolatos joganyag értékelését hajtják vagy hajtották végre, mint például a bizonyos bűncselekmények utáni tesztelés, a kábítószer-bíróságok és a szociális munkások behívása a letartóztatás után. Kábítószer-használókkal való elbánással kapcsolatos módszereket Németországban (kezelés a büntetés helyett), Írországban (szociális munkások behívása a letartóztatás után) és Hollandiában (kötelező kezelés) is értékelnek.

Hollandiában az utóbbi időben a kábítószer-kereskedelemmel (kábítószer-futárok letartóztatása) és a pénzmosással (közbeszerzések) való szembeszállás céljából elfogadott törvények hatásosságának felbecsülésére értékelési technikákat is alkalmaznak. Svédországban az állami hatóságok irányelvei meghatározott követelményeket tartalmaznak annak érdekében, hogy a kormány értékelje a rendőrség kábítószer elleni küzdelmének szervezését és végrehajtását. Az értékelési technikákat a helyi kábítószer-kereskedelemre és a garázdaságra adott válaszok javítására is használják, mint például a helyi válaszok koordinálására Írországban, az épületek bezárására jogosító hatáskörökre Hollandiában, Németországban pedig arra a lehetőségre, hogy megköveteljék a gépjármű-vezetői vizsga megismétlését.

Az értékelést egyértelműen elismerik mint egyre jelentősebb eszközt a kábítószer-probléma összes aspektusának kezelésében. A törvények ily módon való felbecsülése értékelheti a végrehajtásukat, hatásosságukat és hatékonyságukat. Az értékelések, amelyekről beszámoltak, általában arra hajlottak, hogy támogassák a megvizsgált politikai választ. Az a készség azonban, hogy az értékelés eredménye alapján ténylegesen megváltoztassanak egy politikát, ahogyan ez Magyarországon történt, a bizonyítékalapú vizsgálattal szemben mutatott új bizalomról ad tanúbizonyságot, amely sokszor hiányzott. Ez az üdvözlendő irányzat az értékelés javára egy általánosabb irányzat része, amely szerint a közigazgatás felelősségre vonható, és egyre inkább a hagyományos magánszektori koncepcióban bízik, mint például a teljesítménycélokban és a költséghatékonyságban.

Fejlemények a nemzeti jogalkotásban

Kannabisztörvények

Az elmúlt év során a kannabiszt két országban újraminősítették, amire mindkét esetben nagy figyelmet fordított a média, bár némi pontatlansággal. Belgiumban a két törvényből álló törvénycsomag, egy rendelet és egy ügyészségi irányelv számos változást iktatott be a jogi szabályozási keretbe, amelyek között talán a legalapvetőbb, hogy a kannabisztermékek a többi kábítószertől elválasztott jogi kategóriába kerültek. Új bűncselekmény-kategóriák jöttek létre, ennek megfelelően: amennyiben egy felnőtt első vagy második alkalommal

követi el a kábítószer személyes használat céljából történő birtoklásának bűncselekményét a közháborításra vagy problémás felhasználásra utaló jelek nélkül, akkor csak pénzbüntetéssel sújtják, és rendőrségi nyilvántartásba kerül. Az ügyészségi irányelv értelmezése szerint a kannabiszból maximálisan 3 gramm vagy egy növény mennyisége elegendő a személyes használathoz. A közháborítást azonban három hónaptól egy évig terjedő börtönbüntetéssel és/vagy 5000-től 500 000 euróig kiszabható pénzbüntetéssel büntetik, továbbá a súlyosbító körülmények, például a kiskorúak jelenlétében történő birtoklás, súlyos ítéleteket von maga után.

Az Egyesült Királyságban a kannabiszt és annak származékait átminősítették a brit osztályzási rendszer szerinti B és A kategóriákból a C kategóriába. Ennek eredményeként a személyes használat céljából történő birtoklásra kiszabható maximális büntetés lecsökkent öt évről két év börtönbüntetésre, azonban bármilyen mennyiségű kannabisz birtoklása változatlanul bűncselekménynek minősül. Egy párhuzamos jogalkotási lépés eredményeként változatlan maradt két kapcsolódó tényező: a terjesztési céllal történő birtoklásra kiszabható maximális büntetés, valamint a kannabisz birtoklásának bűncselekményével járó letartóztathatóság. A Rendőrfőkapitányok Egyesülete (Association of Chief Police Officers) azt javasolta, hogy a rendőrök csak adott körülmények között foganatosítsanak letartóztatást, például a nyilvános helyen vagy kiskorúak társaságában történő kannabiszfogyasztás esetén. A fiatalkorúakat is le kell tartóztatni, hogy kezelésre lehessen küldeni őket.

Mind Belgium, mind pedig az Egyesült Királyság speciálisan közelíti meg a problémás kannabiszhasználatot törvényeiben és irányelveiben; ennek az aspektusnak a tárgyalására a jelentésben később kerül sor.

Vagyonelkobzás

Az elmúlt év során számos ország eszközölt jogalkotási változtatásokat a kábítószer-kereskedők vagyonának elkobzásával vagy ebből a vagyonból képzett alapok menedzselésével kapcsolatosan. Írországban a Bűnözési Vagyon Hivatala (Criminal Assets Bureau, CAB) kezdeményezése felöleli az együttműködést a Nemzeti Gárda Kábítószeres Egységgel (Garda National Drugs Unit, GNDU), hogy azonosítsák és megcélozzák a helyi kábítószer-kereskedők vagyonát. Az Egyesült Királyságban a bűncselekményből származó bevételről szóló törvény (Proceeds of Crime Act, 2003) létrehozta a Vagyonfelkutatási Hivatalt (Assets Recovery Agency), és az új törvény értelmében a rendőrség és a vámhatóság tagjai felhatalmazást nyertek pénz lefoglalására és pénz után történő kutatásra. A jogszabály olyan intézkedéseket tartalmaz, amely segíti a vizsgálatot végzőket a pénzmosással kapcsolatos vizsgálatokban és a bűncselekményből származó bevételek követésében.

Skóciában a végrehajtó és ügyészségi szervezetek hatáskörét kiszélesítették, hogy egyaránt erősíthessék a büntető-, illetve a polgári ügyekből származó vagyon felkutatására irányuló tevékenységet.

Spanyolországban egy 2003-ban beiktatott új törvény, amely a kábítószer-kereskedelemből lefoglalt pénzalapokat szabályozza, hatályon kívül helyezte az erről szóló, 1995-ben elfogadott jogszabályt. Az új törvény arra irányul, hogy gyorsabban kerüljenek átadásra azok a dokumentumok, amelyek a lefoglalt áruk azonosításához és a helymeghatározáshoz szükségesek, valamint kiszélesíti a kedvezményezettek körét, kiterjesztve azt nemzetközi és országok feletti egységekre, valamint külföldi kormányokra. Hollandiában az elkobzási jogszabályokkal kapcsolatosan végzett tanulmány,

A pénzmosás elleni küzdelem

Megbízható adatok hiányában jelenleg nem lehet pontos becslést adni a kábítószer-kereskedelem globális folyamatairól. Az Europol jelentése (2002) szerint a „konszenzusos" szám a világ bruttó össztermékének 2–5% -a. Úgy tűnik, hogy a narkotikumok kereskedelme a pénzmosáson átment pénzalapoknak még mindig a legnagyobb forrását jelenti. A nemzetközi pénzmosás szükségszerűen magában foglalja a tőke vagy bizonyos áruk, például az arany, a platina vagy a gyémánt határon történő tiltott vagy szokatlan átvitelét (WCO, 2003c).

A pénzmosásról szóló 91/308/EGK tanácsi irányelv módosítása általánosabb definíciót fogalmaz meg a pénzmosásra az előfeltételül szolgáló bűncselekmények szélesebb tartományára alapozottan, és kiterjeszti a jelentési kötelezettségeket a független jogi szakemberekre is.

Az Europol kibővített mandátuma 2002 januárjától felhatalmazza a szervezetet minden pénzmosási művelettel kapcsolatosan, amelyre vonatkozóan az előfeltétel-bűncselekmény szerepel az Europol-egyezmény (Europol, 2002) 2. mellékletében.

Az Interpol minden tagállamban szakértői pontok hálózatát hozta létre, hogy a pénzmosással kapcsolatos információkat gyorsan és hatékonyan lehessen megosztani (Interpol, 2002). A Vámvégrehajtási Hálózati Rendszer (CEN) a WCO (Vámigazgatások Világszervezete) által létrehozott elektronikus információs és kommunikációs rendszer, amely 2000 júniusában indult. 2003 júniusára 130 ország képviseletében 700-nál több használóval rendelkezett, és több mint 700 bejelentett valutalefoglalást tudhatott maga mögött. A 2002–2003-as időszak során a FATF (pénzmosás elleni akciócsoport) jelentős fejlődést ért el a pénzmosás elleni küzdelemben. A FATF sikeresen elvégezte 40 javaslat felülvizsgálatát (FATF, 2003a). Különös figyelmet fordítottak az alternatív pénzküldő rendszerekkel kapcsolatos visszaélések elleni harcra (FATF, 2003b).

10 évvel azok hatálybalépése után, megvizsgálta az eltelt idő során törvény elé került 52 nagy bűnszervezet vagyonának méretét és jellegét. Arra a következtetésre jutott, hogy a törvénytelenül szerzett, becsült vagyonnak csupán 10%-a került elkobzásra, azonban változatlanul nehéz pontosan megállapítani, mennyi a törvénytelenül szerzett pénz. A vizsgálat résztvevői javasolják a szakértelem fejlesztését a bűnügyekkel kapcsolatos pénzügyi vizsgálatok területén. Franciaországban az Igazságügyi Minisztérium 2002-ben kiadott körlevele pontos operatív szabályokat rögzített, és megszervezte a kábítószer-kereskedelemből vagy pénzmosásból származó pénzalapok követését, arra a tényre alapozva, hogy az 1995-ben felállított kábítószer-politikai alap nem jutott jelentős bevételhez.

A kábítószerek és az autóvezetés

Az Európai Unió három országa lényeges jogszabályi változtatásokat eszközölt a kábítószer-fogyasztás utáni autóvezetéssel kapcsolatosan. Ausztriában 2003-ban hatályba lépett a közúti forgalmi törvény 21. módosítása, amely lehetővé teszi, hogy a rendőrség vérmintát kérjen vizsgálatra, amennyiben gyanú merül fel kábítószer fogyasztása miatti csökkent autóvezetési képességgel kapcsolatosan. A vizsgálat pozitív eredménye, illetve a vizsgálat elutasítása esetében életbe lépő szankciók megegyeznek az alkoholos befolyásoltság állapotában történő vezetés esetén alkalmazott szankciókkal. Ezenkívül a törvény értelmében a pozitív vizsgálati eredmény nem von maga után rendőrségi feljelentést a kábítószertörvény megsértése miatt, hanem csak a kerületi egészségügyi hatóságokat értesítik.

Franciaországban a 2003. februárban hatályba lépett új törvény külön bűncselekményként határozza meg a narkotikumként besorolt anyagok vagy növények fogyasztása utáni vezetést, és kötelezővé teszi a halált okozó közúti balesetek minden érintettjénél a vizsgálat lefolytatását. Sokkal szigorúbb büntetés kerül kiszabásra alkohol és kábítószerek együttes fogyasztása esetén. Ezenkívül a személyi sérülést okozó közúti balesetekben érintett autóvezetők rutinszerű vizsgálatára kerül sor, amennyiben felmerül a kábítószer-fogyasztás gyanúja. A polgárőrségnek és a rendőrségnek pedig engedélyezett az autóvezetők véletlenszerű vizsgálata.

Finnországban a büntető törvénykönyv átdolgozott 23. fejezete kimondja, hogy bármely személy, akiről bebizonyosodik, hogy aktív narkotikus anyaggal vagy annak anyagcsere-származékával a vérében vezetett, ittas vezetéssel vádolható, kivéve, ha a szert orvos írta fel részére. Ha azonban a vezetésre való képessége nem megfelelő, akkor a vezető ittas vezetéssel vádolható, függetlenül attól, hogy a szert orvos írta-e fel. Amennyiben a vezetésre való képtelenség olyan mértékű, hogy az mások biztonságát veszélyezteti, a súlyosan ittas vezetés vádja minimum 60 napi tételes pénzbírságot vagy két évig terjedő börtönbüntetést eredményezhet.

Az Európai kábítószerügyi jogi adatbázis (European Legal Database on Drugs, ELDD) 2003 júniusában összehasonlító tanulmányt ([15]) tett közzé a kábítószerekkel és vezetéssel kapcsolatos jogi helyzetről, amelyben 16 országot elemzett. Megállapította, hogy bár a kábítószer hatása alatt történő vezetés minden országban bűncselekménynek minősül, nagy különbségek mutatkoznak a rendőrök vezetőkkel kapcsolatos ellenőrzési joga, az érintett anyagok és az alkalmazható szankciók tekintetében. A KKEM bemutatta ezt a tanulmányt az Európa Tanács Pompidou csoportjának „Közúti forgalom és a pszichoaktív anyagok” címmel rendezett szemináriumán, 2003 júniusában.

([15]) http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Drugs_and_driving.pdf.

2. fejezet

Kábítószer-megelőzés – együttműködés a közösségekkel és a legveszélyeztetettebbek megcélzása

A kábítószer-megelőző intézkedések célja csökkenteni azoknak az embereknek a számát, akik elkezdik a kábítószerek használatát, illetve – ami gyakrabban előfordul – elhalasztani a kábítószer-használatot egy későbbi életkorra, ezzel legalábbis csökkenteni a kábítószer-probléma nagyságrendjét (Rhodes és társai, 2003). A kábítószer-megelőzés többek között magában foglalja a kábítószerekkel kapcsolatos oktatást és a kábítószerek veszélyeire történő felhívást is. Valójában ez a kábítószer-specifikus komponens csak kis részét alkotja a kábítószer-megelőzésnek. A hatékony stratégiák kombinálják a szerekkel kapcsolatos információt a válogatott viselkedési és kognitív (normatív hiedelmek) technikákkal, amelyek hatást gyakorolnak a kábítószer-használati viselkedésre (Flay, 2000).

A megelőzés besorolása a célcsoport alapján történik. Az egyetemes megelőzés az általános (fiatal) népességet célozza meg, pl. iskolákat, külön veszélyeztetettségi csoportok figyelembevétele nélkül, miközben a célzott prevenció (selective prevention) a sérülékeny csoportokra, a javasolt megelőzés (indicated prevention) sérülékeny egyénekre irányul. Bár az iskolai megelőzés gyakran politikai elsőbbséggel rendelkezik, mégis vitatható, hogy a valóságban a megelőzés egyik fő támasztópillérét jelenti-e. Mivel a megelőzésre fordítható támogatás korlátozott, és néhány országban csökkent is (például Franciaországban a kábítószer-megelőzési költségvetés [állami támogatás] a 2001-es 15 millió euróról 2002-re 11 millió euróra esett vissza), egyre fontosabbá válik, hogy a megelőzés hatékony legyen, és masszív bizonyítékokon alapuljon. Ideális esetben a közegészségügyi szemszögből tervezett és megvalósított megelőzési politika, amelynek célja, hogy alapvető és költséghatékony egyetemes megelőzés jusson el a nagyszámú célba vett népességhez, azzal válik majd teljessé, hogy intenzívebb és személyre szabott beavatkozással él, elsősorban a sérülékeny csoportokat és egyéneket megcélozva ([16]).

Egyetemes megelőzés

A modern kábítószer-megelőzés tartalma és alapelvei, különösen az iskolai alapú egyetemes megelőzési programok, eredményeken alapulnak. A mérhető hosszú távú hatások, még akkor is, ha kicsik, jelentős nyereségnek számítanak, ha nagy populációkban lehet őket elérni (Stothard és Ashton, 2000). Az alapelvek (hogy mi működőképes és mi nem) mára jól kialakultak. A hatásos komponensek: az interaktív oktatás (azonos korúak bevonásával) (Tobler és Stratton, 1997), a normatív elképzelések kijavítása (Flay, 2000), a szociális képzettségre irányított erős figyelem és kevés információ magukról az anyagokról; mindezeknek kiegyensúlyozottnak és a fiatalok szociális realitása szempontjából lényegesnek kell lenniük (Hansen, 1992; Dusenbury és Falco, 1995; Paglia és Room, 1999; Tobler és társai, 2000; Tobler, 2001). A gyakorlatban számos tagállamban a szakpolitikát alakítók és a szakemberek változatlanul olyan megközelítést hangsúlyoznak fontosként, amelyről mások már kimutatták, hogy nem hatékony, mint pl. az affektív (attitűdváltoztató) oktatás (pl. az önértékelés növelése), információszolgáltatás (tudatosság növelése) és az önvizsgálat.

Hasonlóképpen az iskolai alapú megelőzés sikeres közvetítéséhez ([17]) hozzájáruló tényezők ugyancsak ismeretesek: szigorú ragaszkodás egy megalapozott tanmenethez, amelyet megfelelően képzett tanárok közvetítenek; világosan meghatározott tartalom; kézikönyvek és háttéranyagok biztosítása. Ezenkívül a kábítószer-megelőzés részévé kell válnia az átfogó iskolai kábítószer-politikának és egészségvédelemnek (Paglia és Room, 1999; Chinman és társai, 2004). A valóságban azonban három különálló stratégia különböztethető meg, amelyek ritkán integrálódnak. Az első stratégia szerint a megelőzést nagy országos programokkal (Csehország, Írország, Litvánia, Hollandia) vagy akkreditált programok csoportjával (Görögország, Spanyolország, Magyarország, Svédország) kell közvetíteni. A másik megközelítés szerint a hangsúlyt a tanárképzésre kell fektetni (Belgium francia nyelvű területei, Németország bizonyos részei, Ausztria, az Egyesült Királyság), azzal a feltételezéssel, hogy a tanárok a hétköznapi iskolai tevékenységekbe beépítik a megelőzés üzenetét. Végül néhány ország (például Portugália és Finnország) az egészségjavító iskolák hálózatát preferálja. Csak Írországban és Spanyolországban alkalmazzák együtt mind a három megközelítést az egész országban ([18]).

([16]) L. 1. OL ábra: Országos tervek, amelyek megnevezik a megelőzési tartalmakat és stratégiákat.
([17]) L. 2. OL ábra: Az iskolai alapú megelőzés közvetítési módjai.
([18]) L. 3. OL táblázat: Az iskolai alapú megelőzés összesítő paraméterei.

Az iskolai környezeten kívüli általános megelőzés ([19]) általában három úton közelíti meg a fiatalokat: alternatív időtöltési formák ajánlásával, pl. ifjúsági munka vagy kalandélményeket biztosító és kreatív tevékenységek (Görögország, Spanyolország, Lettország, Luxemburg, Egyesült Királyság); a sportban és sportklubokban folyó ifjúsági munkán keresztül, azért, hogy a fiatalokat protektív csoportnormákkal, csoportviselkedéssel és csoportattitűdökkel hozzák kapcsolatba (Németország, Olaszország, Finnország); valamint a fiatalokat megkereső technikák alkalmazásával (Dánia, Ausztria, Lengyelország, Portugália, Norvégia). Az iskolán kívüli megelőző munkával óriási lehetőség van a veszélyeztetett fiatalok azonosítására, a sérülékeny csoportok megcélzására, azonban ezt a lehetőséget csupán néhány tagállamban aknázzák ki (Írország, Magyarország, Hollandia, Ausztria, Egyesült Királyság).

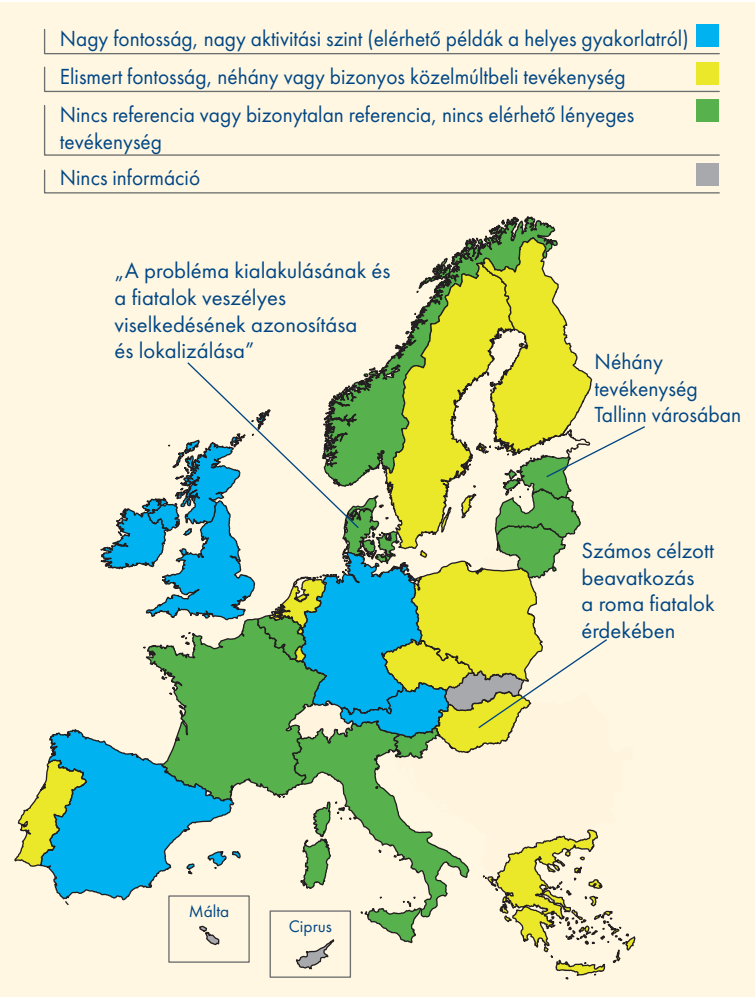
Célzott prevenció

Az egyetemes megelőzés nagyléptékű és átfogó megközelítésével szemben a célzott prevenciós stratégiák a sérülékeny egyénekre vagy csoportokra összpontosítanak. A célzott prevenció a kockázati faktorokkal, sérülékeny csoportokkal és problémás környékekkel kapcsolatos meglévő (lehetőleg helyi) kutatási eredményeket használja fel arra, hogy oda összpontosítsa a választ, ahol a kábítószeres problémákba való belecsúszás veszélye a legnagyobb. A célzott prevencióra egyre nagyobb figyelmet fordítanak bizonyos országokban, például Finnországban és Svédországban, a kikapcsolódási célú alkohol- és kannabiszfogyasztás növekedése miatt (l. 3. fejezet), ez azonban még csupán néhány tagállamra korlátozódik (2. ábra), elsősorban azokra, amelyek már rendelkeznek általános megelőzési stratégiával. Az egészséges elméleti alap és értékelés nélkülözhetetlen ahhoz, hogy kutatási eredmények támasszák alá a célcsoportok vagy célterületek kiválasztását, és a beavatkozások eredményei meghatározhatóak és összekapcsolhatóak legyenek. Például Magyarországon számos beavatkozási akció összpontosít a roma népességre, elemzési homogén csoportos (peer-group) megközelítést alkalmazva. A célzott prevenció részeként a rekreációs környezetben történő megelőzés leírása a 4. fejezetben található.

Jelenlegi fejlődés a kibővített Európai Unióban

Görögországban, Portugáliában és Svédországban a megelőzési politika a modern koncepciók és világosabb struktúrák irányába fejlődik – például az iskolai alapú megelőzés jobban definiált, mint korábban volt. Az óvodás és általános iskolás kisebb gyermekeknek szánt programokat pedig kibővítették, elsősorban Görögországban és Ausztriában.

2. ábra: Tagországok, ahol a stratégiákban a célzott prevenció (azaz a sérülékeny populációk vagy területek megcélzása) említésre kerül, illetve megvalósítása megtörténik



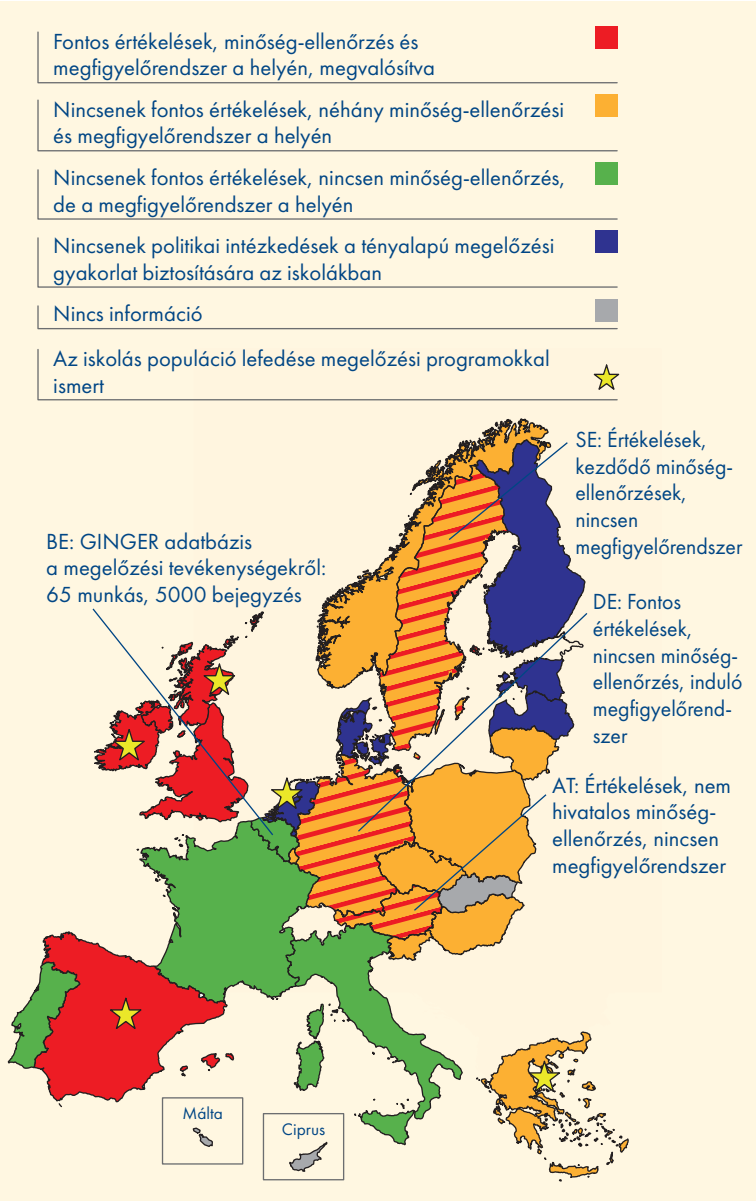
Forrás: Reitox nemzeti jelentések és *Jelentés a célzott prevencióról az Európai Unióban* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1569).

A tagállamok között a minőségbiztosítás körébe tartozó megelőzési politikai stratégiákat (3. ábra) tipikusan szintén a magasabb szintű struktúrák jellemzik (pl. összetett programokkal történő közvetítés ([20]), valamint a célzott prevencióra irányított nagyobb figyelem (l. 2. ábra). Az európai megelőzési politikai stratégiák összehasonlításának kulcsfontosságú tényezői a minőség (a koncepciók tényalapja), a struktúrák (hogyan és kik által történik a közvetítés) és a lefedettség (az elért népességméret).

Minőség-ellenőrzési rendszerek és szabványok vannak Csehországban, Litvániában, Szlovéniában, Svédországban, miközben Németországban és Portugáliában a megelőzési beavatkozások számára új megfigyelőrendszereket helyeztek működésbe vagy fejlesztenek ki. Egyre inkább kialakulnak és a nemzeti

([19]) L. 3. OL ábra: Megelőzés fiatalok számára az iskolán kívül.
([20]) L. 1. OL ábra: Országos tervek, amelyek megnevezik a megelőzési tartalmakat és stratégiákat.

3. ábra: Tagországok, amelyekben elsődlegesnek tartják az iskolai alapú megelőzés minőség-ellenőrzését, megfigyelését és értékelését, és végrehajtják ezeket



Forrás: Reitox nemzeti jelentések.

stratégiákban javasolt szerephez jutnak a megelőzési beavatkozások konkrét összetevői, pl. szociális és döntéshozatali képzettség előmozdítása és az önértékelés növelése Litvániában és Svédországban.

Az iskolai alapú megelőzés lefedettségét, amely az egyetemes megelőzés által elért tanulók részarányaként fejezhető ki, csak a programalapú megelőzés számára lehet mérni, és néhány stratégia célja a kiterjedt lefedettség (Spanyolország, Írország, Egyesült Királyság). Minden spanyolországi autonóm közösségben tovább növekedett az akkreditált és javasolt megelőzési programok által elért iskolai népesség aránya, más tagállamokban pedig (Csehország, Görögország, Norvégia) a lefedettség a közelmúltban került felmérésre. Ezen fejlemények eredményeként számos tagállamban a kábítószer-megelőzési erőfeszítések, amelyeket korábban a „kisfokú fókuszálás (elsősorban aspecifikus beavatkozások és néhány megfelelő háttéranyag), az alacsony intencionalitás (a területen dolgozó szakemberek alacsony képzettségi szintje), a kis előremutató aktivitás és értékelés (alacsony szintű kutatás és az értékelési folyamatok hiánya), a kisfokú folyamatosság (gyakori ad hoc beavatkozás), a kismértékű koordináltság és részvétel (a megvalósított tevékenységekkel kapcsolatos koordináció hiánya)" (portugál nemzeti jelentés) jellemzett, most lassan javuló tendenciát mutatnak.

...és a fejlődés hiánya

Néhány tagállamban a fejlődés lassú, és még mindig elterjedtek a nem tényalapú koncepciók. Ennek okaként nevezhető meg a tehetetlenség, az orvosi és függőségközpontú megközelítés, a szociális hatások jelentőségét elfogadó megközelítés hiánya és az egyéni változatosságra irányított figyelem. Ezenkívül néhány országban a szabványok hiánya azt jelenti, hogy a megelőzés kizárólag a helyi egészségi szakemberek vagy a tanárok feladatköre, akiknek a tényalapú megelőzéssel kapcsolatos ismeretei általában csekélyek, ez pedig azt eredményezi, hogy a megelőzés csak a közhiedelmek és -vélemények szintjén áll. Néhány más tagállamban (pl. Dánia, Észtország, Franciaország, Lettország, Belgium egyes részei, Németország, Olaszország) az iskolai alapú megelőzés még mindig nagyjából az információátadáson alapul (pl. kiadványok, szórványos szemináriumok, akciónapok és kiállítások, találkozók, előadások és szakértői látogatások).

Bár korlátozott mértékben, de bizonyíték van arra (Flay, 2000), hogy a sikeres iskolai alapú megelőzésnek az egészségvédelmi tervbe és az iskolai kábítószer-politikába kell beágyazódnia, és a társadalmi élet és a közösség aspektusait kell megcéloznia (Paglia és Room, 1999). Azonban az „egészséges életmód támogatása", a „holisztikus megközelítés", az „integrált megelőzés" frázisok elkoptatása gyakran elfedi a tényalapú megelőzés iránti elkötelezettség és a megelőzési politika egészséges alapjának hiányát. Nem hozott látható fejlődést a családalapú megelőzés: az egyetemes megelőzés komponenseként csak esti szülői összejövetelekre és csoportokra korlátozódik (például Németország, Görögország, Svédország), miközben csak Spanyolországban, Írországban, Lengyelországban, Svédországban és az Egyesült Királyságban jelenti a célzott prevenció összetevőjét (értsd: a veszélyeztetett családokra összpontosít) ([21]).

([21]) L. 4. OL táblázat: Megelőzési kulcsparaméterek összefoglalója.

3. fejezet
Kannabisz

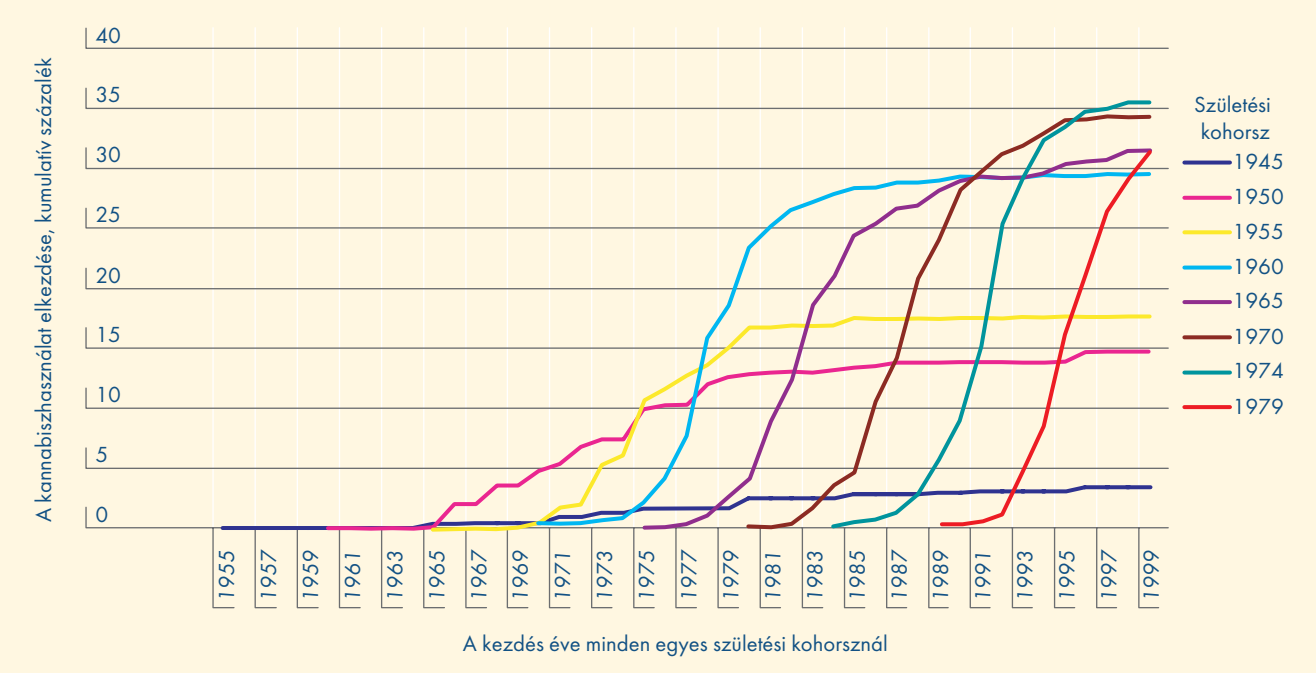
Az Európai Unió összes országában a legelterjedtebben használt illegális anyag a kannabisz, bár jelentős eltérések mutatkoznak az országok között. A kannabisz használata a fiatalok körében az 1970-es években vált elterjedtté néhány európai országban, az Európai Unió más országaiba az 1970-es és az 1980-as évek során terjedt át (4. ábra – egy spanyolországi példa). A széles körű kábítószer-használat az Európai Unióhoz újonnan csatlakozó országokban viszonylag frissebb jelenség.

Elterjedtség és eloszlási mintázat

A lakosság kábítószer-használatának értékelése felmérésekkel történik, amelyek becsléssel szolgálnak a népesség azon hányadáról, amely kábítószert használt egy meghatározott időtartamon keresztül ([22]). A mostani népességfelmérések azt mutatják, hogy az európai felnőtt (15 és 64 év közötti) népesség szignifikáns része legalább egyszer kipróbálta a szert; ez az arány a Belgium, Észtország, Magyarország és Portugália esetében tapasztalt 5–10%-tól a Dánia, Spanyolország, Franciaország és az Egyesült Királyság esetében felmért 24–31%-ig terjed. Összehasonlításként: 2002-ben az Egyesült Államokban végzett országos kábítószer-felmérésben a felnőttek (12 évesek és idősebbek) 40%-a nyilatkozta, hogy legalább egyszer már kipróbálta a kannabiszt vagy a marihuánát, és 11% nyilatkozott úgy, hogy a megelőző 12 hónap során használt ilyen szereket (SAMHSA, 2002) ([23]).

A felmérések szerint a kannabisz használata különösen a fiatal felnőttek (15–34 éves kor) körében fordul elő,

4. ábra: Változó minták a kannabiszhasználat elkezdésének elterjedésében, kiválasztott születési kohorszoknál – Spanyolország példája



Megj.: Az adatok az 1997-es Országos Kábítószer-felmérésen (*n* = 12 515; 15–64 évesek) és az 1999-es Országos Kábítószer-felmérésen (*n* = 12 488; 15–65 évesek) alapulnak.
A születési kohorszok csak akkor kerültek kiválasztásra, ha nincsen szignifikáns különbség az egyéves születési kohorszból gyűjtött felmérések és minták között.

Forrás: Kraus, L. és Augustin R. Analysis of age of first cannabis use in Germany, Greece and Spain. KKEM CT.00.EP.14 jelentés, *Technical implementation and update of the EU databank on national population surveys on drug use and carrying out a joint analysis of data collected.*

([22]) L. módszertani jegyzetek a népességi vizsgálatokhoz a 2004-es statisztikai értesítőben.

([23]) Az amerikai felmérésben az életkortartomány (12 évesek és idősebbek) szélesebb, mint a KKEM által az uniós felmérésekhez használt tartomány (15–64 éves kor).

elsősorban a húszas éveikben járók között. A kannabiszt használók aránya a nőkkel összehasonlítva figyelemre méltóan magasabb a férfiak körében. Az országos felmérések azt is sejtetik, hogy a kannabisz használata elterjedtebb a városi, illetve a nagy népsűrűségű területeken. Az észlelt országos különbségek talán részben az urbanizációs szintek közötti különbségeket tükrözik.

Azoknak a 15 és 16 éves iskolai tanulóknak a száma, akik szerint a kannabisz könnyen vagy nagyon könnyen elérhető, rendre sokkal magasabb, mint a kannabisz használatának előfordulását jelentők száma ([24]), azonban mindkét mérték azonos földrajzi eltéréseket mutat. Az országok között jelentős különbségek tapasztalhatók. A 15 éves iskolai tanulók között a közelmúltban végzett vizsgálatok szerint a kannabisz használatának előfordulási aránya a Görögország, Málta, Svédország és Norvégia esetében tapasztalt 10%-tól a Csehországban, Spanyolországban, Franciaországban és az Egyesült Királyságban tapasztalt 30% feletti értékig terjed ([25]). A legnagyobb arány az Angliában élő fiúknál tapasztalható (42,5%), ennél kicsit kisebb az angliai lányok körében (38%). A fiúk és lányok kannabiszhasználatában tapasztalt különbség szintén változik országonként, és kevésbé kifejezett Észak-Európában. Például Svédországban a kannabiszhasználat előfordulási aránya 7,7% a fiúknál és 6,6% a lányok között, miközben a megfelelő számadatok Görögország esetében 8% és 2,7%.

A kannabiszhasználat legtöbbször alkalomszerű, vagy a használat egy idő után megszakad. Az Európai Unió legtöbb országában a kannabiszt valaha is kipróbáló felnőtteknek csupán 20–40%-a nyilatkozott úgy, hogy használta a szert a megelőző 12 hónap során, és csak 1–10% vallotta be, hogy a megelőző 30 nap során használta.

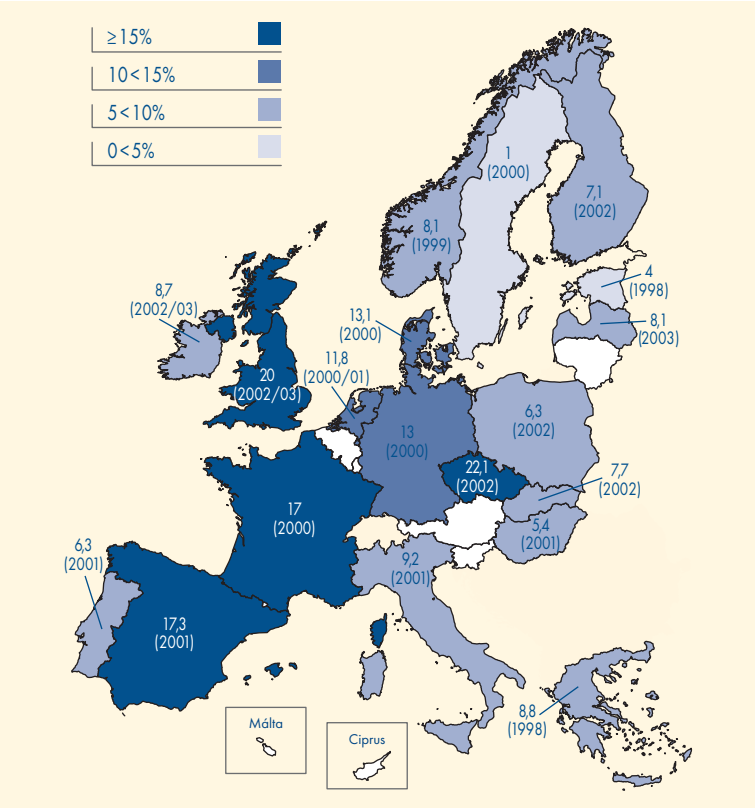
A megelőző 12 hónap során történő használat aránya magasabb a fiatal felnőtteknél (12–34 évesek), mint a teljes felnőtt népességben, amely a legtöbb országban 5% és 20% között mozog (5. ábra).

Az Európai Unióban az elmúlt egy év során kannabiszt használó 15 éves iskolai tanulók kis, de fontos és konzisztens hányada (körülbelül 15%) nyilatkozott arról, hogy 40 vagy több alkalommal használta a szert („masszív" használatnak minősülő szám). A 6. ábra mutatja, hogy a fiú tanulók több mint kétszeres valószínűséggel masszív használók, mint a lány tanulók. A fiúk között a „masszív" használók aránya a Balti-tengert szegélyező legtöbb országban (Észtország, Lettország, Litvánia, Finnország és Svédország), valamint Máltán tapasztalt 1%-os értéktől a Belgium, Németország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Szlovénia és az Egyesült Királyság területén jellemző 5–10%-os értékig terjed. Ezzel összehasonlítva a lányokra jellemző értékek 0%-tól maximálisan 4,6%-ig terjednek. A kannabiszprobléma összefüggései (82. o.) c. válogatott téma ([26]) foglalkozik azzal, hogy a kannabisz használatának „masszív" mintázata milyen mértékben járul hozzá egészségi problémákhoz és a kezelés iránti megnövekedett igényhez.

Trendek

A kábítószer-tendenciák azonosításának határt szab a hosszú távú konzisztens tanulmányok hiánya az Európai Unió legtöbb országában. Ennek ellenére különféle típusú

5. ábra: A közelmúltbeli (elmúlt év) kannabiszhasználat a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az országos népességi felmérések alapján

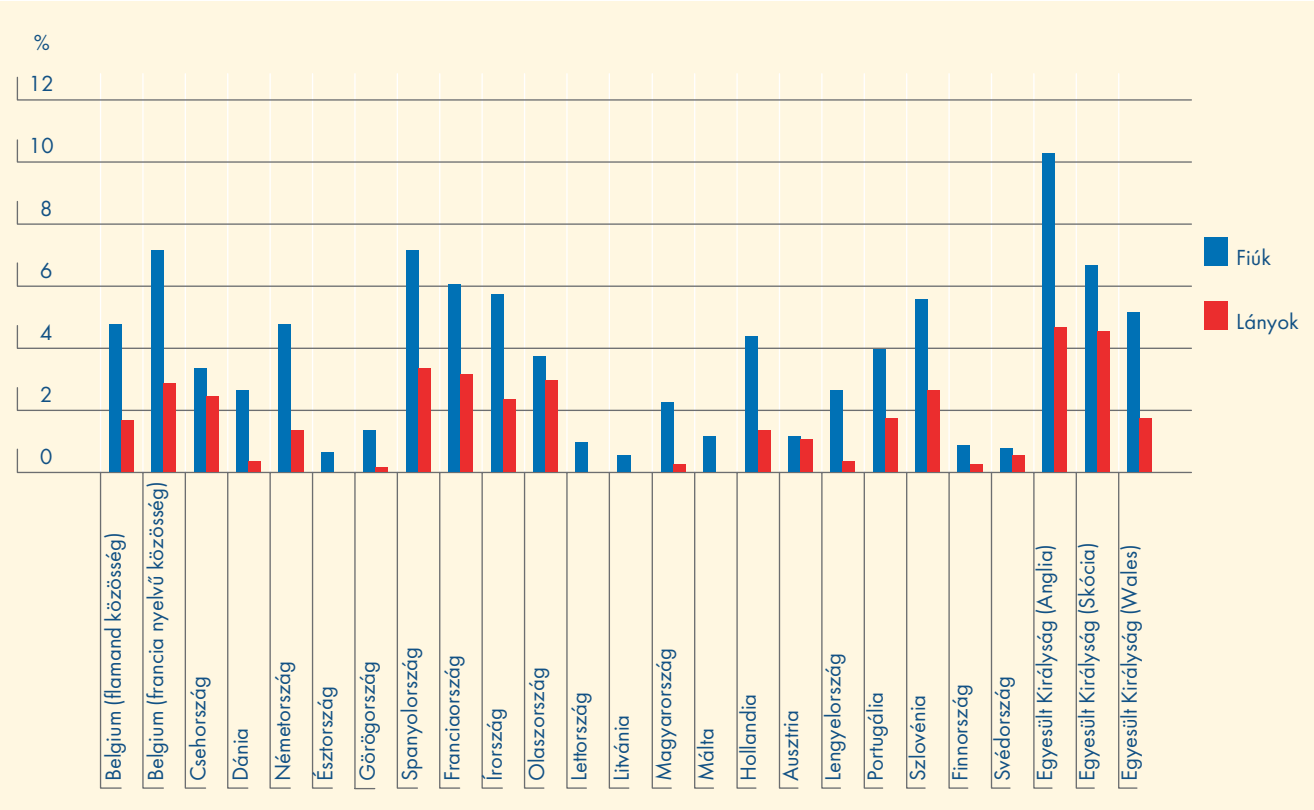


Megj.: Az adatok az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származnak, kivéve Franciaországot, ahol a minta kis terjedelme miatt a 2002-es felmérés adatait nem lehetett használni, így az itt bemutatott adatok 2000-ből valók.
A megkérdezettek életkoronkénti számának részletei tekintetében l. GPSurvey_Tbl 4 a 2004-es statisztikai értesítőben.
Nem minden adat egyezik meg pontosan a KKEM standard életkortartományával (Dánia és Egyesült Királyság: 16–34; Észtország, Magyarország és Németország: 18–34). Az életkortartománybeli különbségek esetleg marginálisan befolyásolják a nemzeti különbségeket. Néhány országban a számokat nemzeti szinten átszámolták, hogy tükrözzék a KKEM definícióit.

Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003, készült: felmérési jelentésekből vagy tudományos szakcikkekből. L. még: népességi felmérési táblázatok a 2004-es statisztikai értesítőben.

([24]) L. Előfordulás_Tbl 2 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([25]) Ibid.
([26]) L. még 4. OL ábra: A kannabisz használatának relatív gyakorisága a 15 éves iskolai tanulók között, akik azt az elmúlt évben használták.

6. ábra: A „masszív" kannabiszhasználat előfordulása a 15 éves iskolai tanulók között nemenként 2001–2002-ben



Megj.: A „masszív" kannabiszhasználat definíciója: 40 vagy több alkalom az elmúlt egy év során. Németország: csak regionális minta. Portugália: a minta terjedelme és a kor miatt korlátozott összehasonlíthatóság.
Forrás: Currie, C. és társai (2004), *HBSC nemzetközi jelentés a 2001–2002-es WHO-felmérésből.*

tanulmányok (országos, helyi, sorkatonai és iskolai) azt mutatják, hogy az 1990-es évek során az Európai Unióhoz tartozó szinte minden országban markánsan növekedett a kannabisz használata, különösen a fiatalkorúak körében. Néhány esetben a növekedés az 1980-as évek csökkenő tendenciáit követte ([27]).

Noha több ország arról számol be, hogy a kannabiszhasználat a mostani években is növekvő tendenciát mutat, négy ország (Hollandia, Finnország, Svédország és Norvégia) jelentése szerint az elmúlt 2–4 év során a használat tetőzött az iskolai tanulók, a hadkötelesek, illetve a tizenévesek között. A közelgő 2003 ESPAD iskolai felmérés jelentése részletesebb leírást fog adni az Európai Unió országainak iskolai tanulói körében létező tendenciákról ([28]).

Következtetésként elmondható, hogy az alkalomszerű és rekreációs kannabiszhasználat jelentősen növekedett az 1990-es években számos európai országban, azonban mára talán tetőzött a növekedés, legalábbis néhány országban. A folyamatos használat valószínűleg szintén növekedett, különösen a fiatalkorúak körében.

Lefoglalások és piaci információk

A 2002. évben a kannabisz világszerte a legszélesebb körben termelt és szállított tiltott kábítószer volt. Azonban a kannabisztermesztés világméretű terjedése, illetve a megfigyelőrendszerek hiánya miatt változatlanul nehéz becslést adni a termelés nagyságáról (UNODC, 2003a; CND, 2004).

Termelés és kereskedelem

Az elmúlt években Marokkó volt a kannabiszgyanta (hasis) világméretű forrása, amelyet Afganisztán és Pakisztán követett; miközben bizonyos mennyiség más közép-ázsiai országokból, az Orosz Föderációból, Libanonból és Albániából származott (UNODC, 2003a). Marokkó 2002-ben változatlanul a kannabiszgyanta forrásaként leggyakrabban említett ország volt, amelyet Albánia és India követett, de 31 egyéb ország is forrásként került megnevezésre, megerősítve azt, hogy a kereskedelem széles körű, és a forrásországok száma is nagy (CND, 2004). Az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala (UNODC) és Marokkó kormánya

([27]) L. 5. OL ábra: A kannabisz használatának evolúciója néhány EU-országban, népességi vizsgálatok alapján mérve.
([28]) L. 3. OL doboz: Európai iskolai alkohol- és egyéb kábítószer-felmérési projekt.

A lefoglalások és piaci adatok értelmezése

A kábítószer-lefoglalások számát egy országban általában a kábítószerek kínálata és hozzáférhetősége közvetett indikátorának tekintik, bár tükrözi a bűnüldözés eszközeit, prioritásait és stratégiáit, valamint a kábítószer-kereskedők sebezhetőségét a bűnüldözésre nézve is. A lefoglalt mennyiségek egyik évről a másikra erősebben ingadozhatnak, pl. ha az egyik évben néhány igen nagy mennyiségű lefoglalás történt. Ezért több ország a lefoglalások számát a kedvezőbb tendencia jeleként értelmezte. A lefoglalások száma minden országban magában foglalja a kiskereskedői szinten történt, kis lefoglalások jelentős hányadát. Amennyiben ismert, a lefoglalt kábítószerek származási, illetve rendeltetési helye utalhat a kereskedelmi útvonalakra és termelési területekre. A legtöbb tagállam beszámol a kiskereskedői szinten árult kábítószerek áráról és tisztaságáról. Az adatok azonban sokféle különböző forrásból származnak, amelyek nem mindig összehasonlíthatók vagy megbízhatók, ami megnehezíti az országok közötti pontos összehasonlítást.

2003-ban végezte az első felmérést a marokkói kannabisztermeléssel kapcsolatosan. A felmérés felfedte, hogy a Rif-térség mezőgazdasági művelés alá vont területének 27%-án folyik kannabisztermesztés, amely 3080 tonna kannabiszgyanta potenciális előállítását jelentette 2003-ban (UNODC és Marokkó kormánya, 2003). Az EU-ban fogyasztott kannabiszgyanta zöme Marokkóból származik; főleg az Ibériai-félszigeten keresztül csempészik, bár Hollandia fontos másodlagos elosztási központot jelent az Európai Unió többi országába történő szállításhoz (Bovenkerk és Hogewind, 2002; nemzeti jelentések, 2003).

A kannabisznövény forrásországai az egész világon megtalálhatók. 2001-ben Albánia, Kolumbia, Dél-Afrika, az Orosz Föderáció, Jamaica és Hollandia voltak a világszerte legtöbbször említett országok. Európa kivételével a kannabisznövény-kereskedelem zöme a régión belül folyik, tehát a helyszínen vagy a szomszéd országokban termelik és fogyasztják (UNODC, 2003a). Az Európai Unióban 2002-ben lefoglalt kannabisznövények a jelentések szerint több országból származtak, főleg Hollandiából és Albániából (CND, 2004; INCB, 2004a), de Ázsiából (Thaiföld), Afrikából (Malawi, Dél-Afrika, Nigéria, Angola) és az amerikai kontinens országaiból (Mexikó, Jamaica, Egyesült Államok) is (Reitox nemzeti jelentések, 2003).

A kannabisz helyi termesztése és termelése az Európai Unió legtöbb tagországában jelen van. Bár néhány esetben a lefoglalt növények egy másik országból származó szállítmány részei lehetnek, az EU-országokban a lefoglalt kannabisznövények (l. 3. táblázat) általában a helyi kannabisztermesztés indikátorainak tekinthetők.

Belgiumban az elmúlt években országszerte elterjedtté vált a kannabisz termesztése. Csehországban 2002-ben fedezték fel a hazai „önellátó", kültéri termesztést felváltó, nagyléptékű, mesterséges (tápoldatban tartott) termesztés első eseteit. Észtországban a felfedezett kannabiszültetvények száma 2002-ben növekedett, és néhány nagy ültetvényt is találtak. Magyarországon a

3. táblázat: Kannabisznövények lefoglalása az EU-országokban és Norvégiában 2001-ben

Ország	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiségek: növények száma (kg-ban, ha a növények száma nem áll rendelkezésre)
Belgium	n. a.	n. a.
Csehország (1)	n. a.	343
Dánia (1)	n. a.	230
Németország	785	68 696
Észtország	24	6 043
Görögország	n. a.	18 821
Spanyolország	n. a.	(3 907 kg)
Franciaország	681	(41 kg)
Írország	20	365
Olaszország	n. a.	3 219 414
Ciprus (1)	n. a.	274
Lettország (1)	n. a.	(72,7 kg)
Litvánia	n. a.	n. a.
Luxemburg	2	11
Magyarország	n. a.	n. a.
Málta	n. a.	n. a.
Hollandia	n. a.	884 609
Ausztria	120	(36 kg)
Lengyelország (1)	n. a.	2 550
Portugália	64	3 807
Szlovénia	426	1 925
Szlovákia (1)	n. a.	535
Finnország	612	(16 kg)
Svédország	51	(3 kg)
Egyesült Királyság (2)	1 875	71 507
Norvégia	n. a.	(17 kg)

n. a.: nincs adat.
Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok; kivéve:
(1) Interpol (2003), *Nemzeti statisztika a tiltott kábítószerek termeléséről, kereskedelméről és használatáról 2001-ben*, Interpol, Lyons.
(2) Corkery, J. M. és Airs, J. (2003), *Seizures of drugs in the UK 2001*, Findings No 202, RDS-Home Office, London.

kannabisznövényt még nagyobb területen termesztik. Az Európai Unió országaiban a legtöbb kannabisz lefoglalása Olaszországban történt, a második helyezett Hollandia, ahol a lefoglalt növények száma 1998 óta növekszik. Ez Hollandiában többek között a helyi szintű egységes, több-hivatalos, sikeres megközelítés (értsd: a helyi hatóságok, villamos művek, adóhivatalok stb. közötti együttműködés) következménye. Becslések szerint, noha a Hollandiában fogyasztott kannabisz körülbelül fele vagy háromnegyede otthon termesztett („nederwiet"), Hollandia egyre kevésbé fontos forrása a többi országba irányuló kannabiszexportnak, viszont egyre jelentősebb a külföldi kannabisz tranzitországaként, különösen, mivel a termesztés növekszik az Európai Unió más országaiban.

Lefoglalások

2002-ben világméretben összesen 1039 tonna kannabiszgyanta és 3800 tonna kannabisznövény került lefoglalásra. Európa és Ázsia változatlanul a lefoglalt kannabiszgyanta legnagyobb részéért (70, illetve 23 százalékáért) felelős, miközben a kannabisznövény lefoglalása az amerikai kontinensekre (70%) és Afrikára (19%) összpontosul (CND, 2004). Mind a lefoglalások számát, mind a teljes lefoglalt mennyiséget tekintve a kannabisz a lefoglalásban vezető kábítószer az Európai Unió országaiban, Lettország kivételével, ahol a heroin lefoglalásának aránya magasabb. A legtöbb kannabiszlefoglalás az Európai Unió országai közül az Egyesült Királyságban történt, ezt Spanyolország és Franciaország követte ([29]). Az elmúlt öt év folyamán, a mennyiséget figyelembe véve, Spanyolországban foglalták le az Európai Unióban lefoglalt összes mennyiség több mint felét. Az Európai Unió szintjén a kannabiszlefoglalások száma, növekvő tendencia mellett, 1997 óta ingadozik ([30]), miközben a mennyiségek 1999 óta csökkentek ([31]). A 2001-es csökkenést követően, azoknak az országoknak az irányzatai alapján, amelyekről adatok állnak rendelkezésre, az Európai Unióban a lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség újra növekedett 2002-ben.

Néhány ország új technológiai rendszerekbe eszközölt befektetéseket a kannabiszkereskedelem elleni harc hatékonyságának növelése érdekében. Például Spanyolország nemrégiben kifejlesztette a Külső Integrált Megfigyelőrendszert (SIVE), amely jelenleg az Algeciras térségben és a Kanári-szigetek némelyikén üzemel. A rendszer célja, hogy segítse a kannabiszcsempészet és az illegális bevándorlás valós idejű észlelését ([32]).

Ár és hatás

2002-ben a kannabiszgyanta áltagos eladási ára az Európai Unióban a spanyolországi grammonkénti 2,7 eurótól a norvégiai grammonkénti 21,5 euróig terjedt. A kannabisznövény ára pedig az észtországi és spanyolországi grammonkénti 2 eurótól a lettországi ([33]) 14 euróig terjedt. Az 1997 és 2002 közötti időszak alatt a kannabiszgyanta átlagos ára stabil maradt, vagy kismértékben csökkent az Unió legtöbb országában – Luxemburg kivételével, ahol kismértékű növekedésről számoltak be. Hasonló irányzat bontakozott ki 2002-ben minden országban, Németország, Franciaország, Lettország, Litvánia és Hollandia kivételével. Ugyanezen ötéves időszak alatt a kannabisznövény ára szintén stabil maradt vagy csökkent, bár Belgium, Csehország, Litvánia és Luxemburg kismértékű növekedésről számolt be. A kannabisznövény ára 2002-ben növekedett Németországban, Litvániában és Lettországban, miközben stabil maradt, vagy éppen csökkent a többi tagállamban.

A kannabisztermékek hatását az elsődlegesen aktív összetevő, a Δ^9–tetrahidro-kannabinol (THC) mennyisége határozza meg (KKEM, 2004c). 2002-ben azokban az országokban, amelyekben rendelkezésre állnak adatok, elárusítói szinten a kannabisztermékek – a gyanta ([34]), illetve a növény ([35]) – THC-szintje az 1% alatti értéktől 15%-ig változott.

([29]) Ezt össze kell vetni a hiányzó 2002-es adatokkal, ha elérhetővé válnak. A 2002-es kannabiszlefoglalások számát jelző adatok nem elérhetők Olaszország, Magyarország, Lengyelország, Szlovénia esetében, a kannabiszlefoglalások számára és a lefoglalt mennyiségekre vonatkozó 2002-es adatok pedig nem elérhetők Ciprus, Málta, Hollandia, Szlovákia és az Egyesült Királyság esetében.

([30]) L. Piacok_Tbl 1 a 2004-es statisztikai értesítőben.

([31]) L. Piacok_Tbl 2 a 2004-es statisztikai értesítőben.

([32]) L. http://www.guardiacivil.es/prensa/actividades/sive03/intro.jsp.

([33]) L. Piacok_Tbl 14 a 2004-es statisztikai értesítőben.

([34]) L. Piacok_Tbl 15 a 2004-es statisztikai értesítőben.

([35]) L. Piacok_Tbl 16 a 2004-es statisztikai értesítőben.

4. fejezet

Amfetamin típusú serkentőszerek, LSD és egyéb szintetikus kábítószerek

Ebben a fejezetben egy sor szintetikusan előállított kábítószer használatát tekintjük át. Ezek közül néhánynak, például az amfetaminoknak, távolra visszanyúló történetük van Európában. Más szerek, például az extasy használata csak az utóbbi években terjedt el, pszichoaktív tulajdonságaik miatt. Ez a fejezet tárgyalja az Európában felbukkanó új szintetikus kábítószerek azonosítására tett erőfeszítéseket is.

Az „amfetaminok" szó általános megnevezés, amely magában foglalja az amfetamint, a metamfetamint és számos kevésbé ismert anyagot, amelyek mindegyike serkenti a központi idegrendszert. Ezek közül Európában az amfetamin a legelterjedtebb. Világszerte a metamfetamin használatának mértéke növekszik, ami meglehetős aggodalmakat vált ki, mivel ez a kábítószer egy sor súlyos egészségi problémával jár együtt. Egyelőre úgy tűnik, hogy Európában a metamfetamin használata Csehországra korlátozódik, bár szórványos jelentések azt a félelmet keltik, hogy ez a kábítószer esetleg máshol is teret nyerhet.

Az extasy-csoport, amelyet néha entaktogéneknek is neveznek, olyan szintetikus anyagokat tartalmaz, amelyek kémiailag rokonságban állnak az amfetaminokkal, azonban hatásukban némileg különböznek tőlük. Az extasy-csoport legismertebb tagja a 3,4-metiléndioxi-metamfetamin (MDMA), de néha egyéb rokon analógok is megtalálhatók az extasy-tablettákban.

Az extasy, az amfetamin és az LSD használatának előfordulása a népesség számához képest kicsi, azonban közelebbi vizsgálatok felfedik, hogy az előfordulás sokkal nagyobb a fiatalok csoportjaiban, és ezeknek a kábítószereknek a használata különösen nagy lehet egyes társadalmi körülmények között és/vagy egyes szubkultúracsoportokban.

Előfordulás és használati mintázatok

A népességi felmérések hagyományosan azt mutatják, hogy a kannabisz után az amfetaminok a legelterjedtebben használt tiltott anyagok, azonban teljes előfordulásuk egyértelműen sokkal alacsonyabb (7. ábra). Néhány országban azonban, ahol ismételt felmérések készültek (például Németország, Spanyolország, Hollandia, Finnország és az Egyesült Királyság), arra a megállapításra jutottak, hogy az elmúlt években az extasy használata utolérte, sőt megelőzte az amfetamin használatát ([36]). Ezenkívül néhány országban (Csehország, Írország, Portugália) a közelmúltban végzett vizsgálatok, bár nem képezik sorozatos felmérések részeit, arra mutatnak, hogy az extasy használata viszonylag magas.

A közelmúltban végzett vizsgálatok szerint az amfetamin-használat előfordulási gyakorisága a felnőtt népességben (15–64 évesek) 0,5% és 6% között mozog az Európai Unió tagállamaiban, az Egyesült Királyság kivételével, ahol eléri a 12%-ot. Az extasyt a népesség körülbelül 0,5–7%-a próbálta már ki.

Az amfetaminok vagy az extasy közelmúltbeli (az utolsó 12 hónapon belüli) használatának aránya a felnőttek között általában kisebb mint 1%, bár a két anyagra vonatkozó számadatok valamivel nagyobbak Csehország, Spanyolország, Írország (1998-as felmérés) és az Egyesült Királyság területén. Ezenkívül az extasy közelmúltbeli használata az átlagosnál nagyobb Hollandiában, az amfetaminoké pedig Dániában.

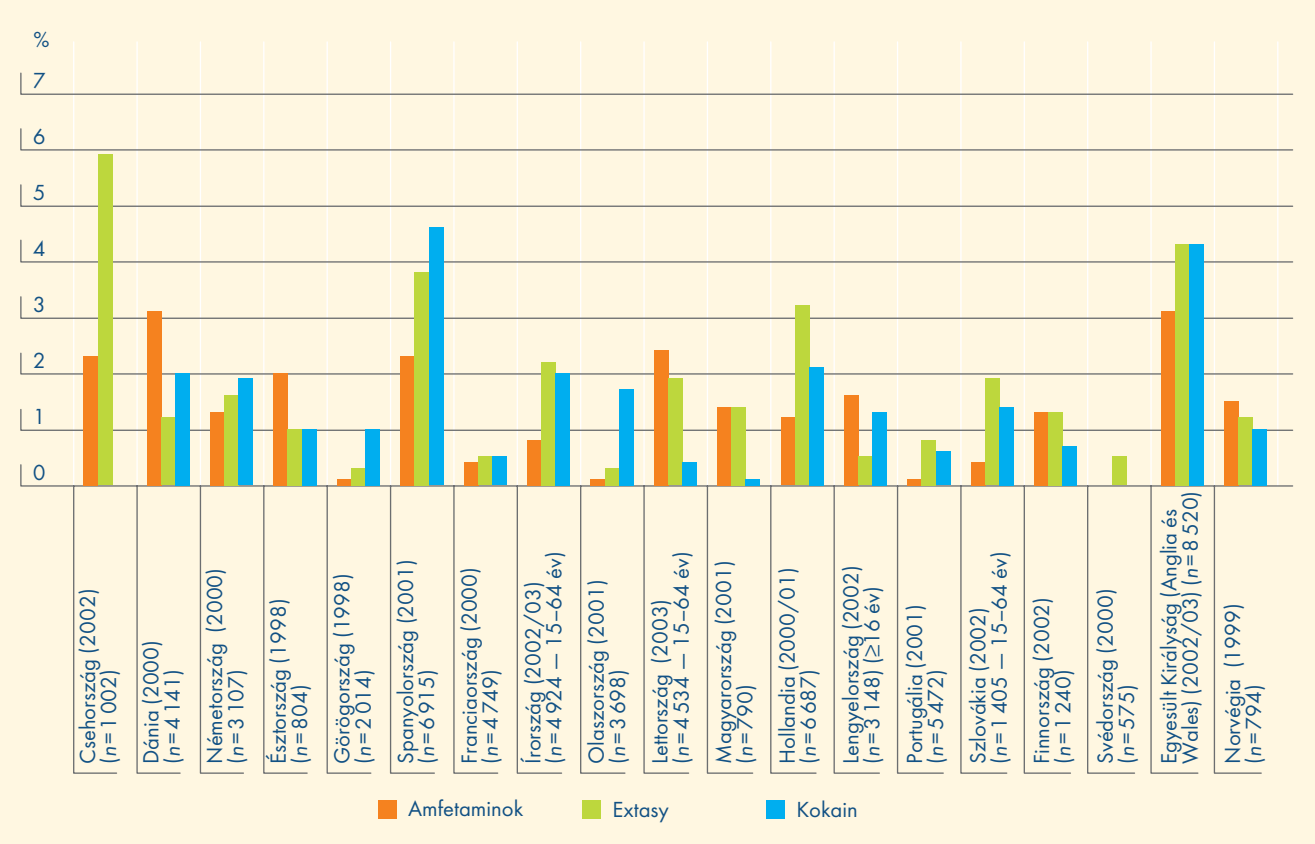
A teljes népességen belül az amfetamin és az extasy használata főleg a fiatalokra jellemző jelenség. A fiatal felnőttek (15–34 évesek) között az előfordulás 2% és 11% között változik, a közelmúltbeli használat pedig 0,5% és 6% között. A nemzeti jelentések szerint az extasy használatának előfordulása a 15–24 éves férfiak között 11–17% Csehországban, Spanyolországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban; a közelmúltbeli használat aránya 5–13% Csehországban, Spanyolországban, Írországban (1998), Lettországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban. Valószínű, hogy ezek a számadatok még magasabbak lennének, ha csak a városi lakosságot vennék figyelembe (8. ábra).

Az extasy használata általában növekedett az 1990-es évek során. Bár használata talán még mindig növekszik a fiatalok körében, növekedése az általános népesség szintjén, úgy tűnik, korlátozott, legalábbis egy időre.

Összehasonlításképpen: Az Egyesült Államokban 2001-ben a kábítószerekkel kapcsolatosan a háztartásokban végzett országos felmérésben az extasy használatának előfordulása a felnőttek (12 évesek és idősebbek) között 4,3% volt, és 9% nyilatkozott úgy, hogy valaha is használt serkentőszereket (beleértve azt az 5,3%-ot, akik metamfetamin használatáról számoltak be). Az extasy

([36]) L. 6. OL ábra: Az amfetaminok és az extasy jelenlegi (tavalyi) használatának evolúciója az Egyesült Királyság fiatal felnőttjei (15–34 éves korúak) körében (brit bűnügyi felmérés).

7. ábra: Közelmúltbeli (elmúlt év) amfetamin-, extasy- és kokainhasználat a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében az országos népességi felmérések alapján



Megj.: Az adatok minden egyes országból a legfrissebb rendelkezésre álló országos felmérésekből származnak, kivéve Franciaországot, ahol a minta kis terjedelme miatt a 2002-es felmérés adatait nem lehetett használni, így az itt bemutatott adatok 2000-ből valók (l. GPSurvey_Tbl 4 a 2004-es statisztikai értesítőben).
A minta (*n*) a felmérés során a 15–34 éves korcsoportba tartozó megkérdezettek számára utal. A minták méretei és a teljes felmérésben megkérdezettek száma tekintetében l. GPSurvey_Tbl 4 a 2004-es statisztikai értesítőben.
Nem minden adat egyezik meg pontosan a KKEM standard életkortartományával (Dánia és Egyesült Királyság: 16–34; Észtország, Magyarország és Németország: 18–34). Az életkor-tartománybeli különbségek esetleg marginálisan befolyásolják a nemzeti különbségeket. Néhány országban a számokat nemzeti szinten átszámolták, hogy tükrözzék a KKEM definícióit.
Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003, készült: felmérési jelentésekből vagy tudományos szakcikkekből. L. még: népességi felmérési táblázatok a 2004-es statisztikai értesítőben.

közelmúltbeli (elmúlt 12 hónapon belüli) használata 1,3% volt, a serkentőszereké 1,4% (beleértve a 0,7% metamfetamin-használót is) ([37]).

Fiatalokat érintő felmérések és tanulmányok

A fiatalokkal kapcsolatos összehasonlítható adatok leginkább a 15 és 16 éves iskolai tanulókra összpontosító iskolai felméréseken alapulnak.

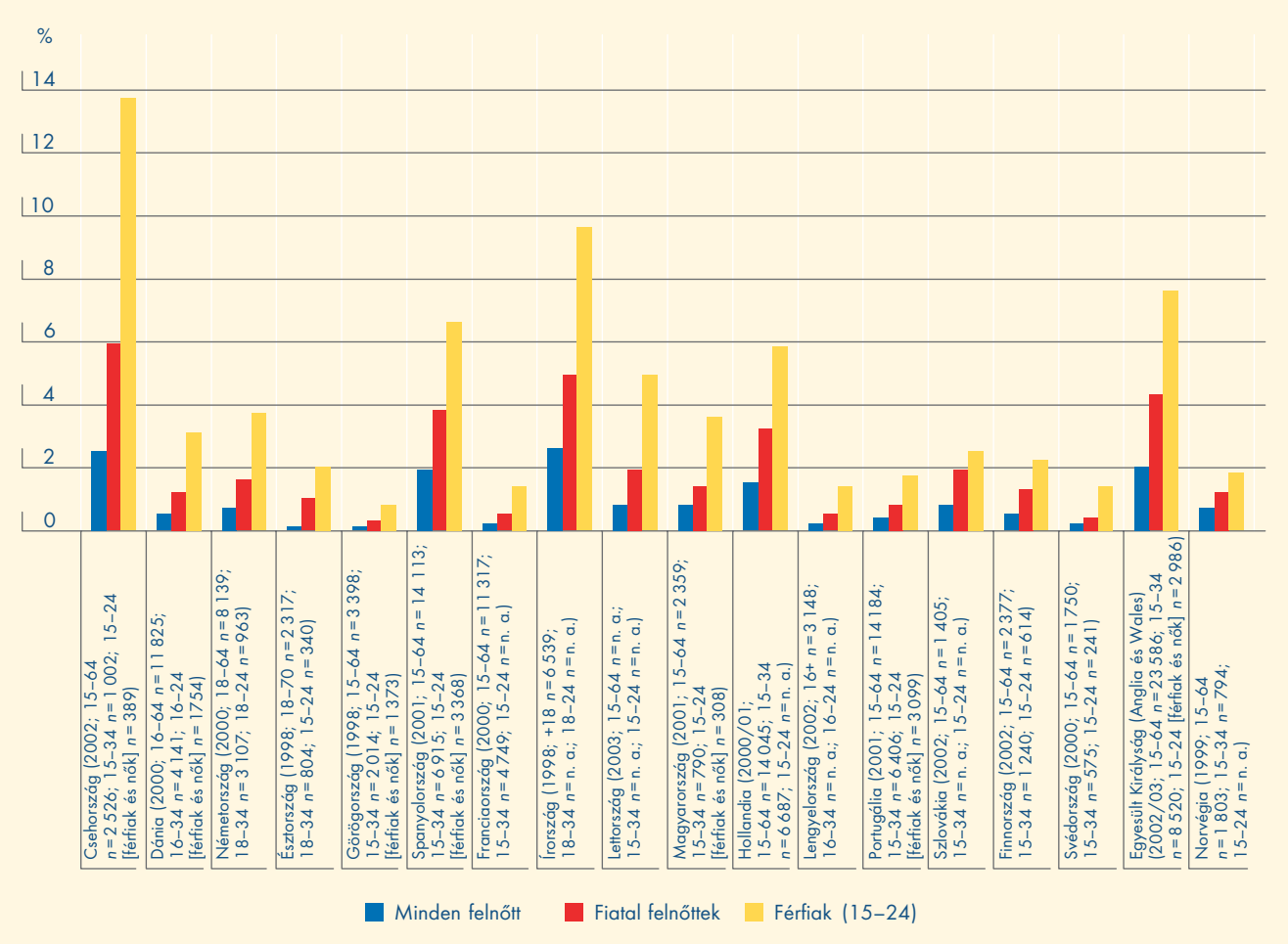
A 2001–2002-es iskolai felmérési adatok azt mutatják, hogy az extasy használatának előfordulása a 15 és 16 éves iskolai tanulók között hat tagállamban (Belgiumban, Csehországban, Spanyolországban, Olaszországban, Magyarországon és Svédországban) stabilizálódott, vagy csökken. Az extasy használatának előfordulása ezekben az országokban 1% és 4,7% között van ([38]).

A 15 és 16 éves iskolai tanulók körében az extasy használata 1%-os növekedést mutat Angliában (5%). A közeledő Európai Iskolai Felmérési Projekt (ESPAD) jelentése ([39]) fontos irányzati adatokat szolgáltat az Európai Unió több tagállamáról már 1995, illetve 1999 óta.

Magyarország kivételével az amfetamin előfordulása stabil maradt, vagy csökkent a 15–16 éves iskolai tanulók körében minden olyan országban, amely új adatokat szolgáltatott a 2001–2002-es időszakra ([40]).

([37]) A 2002-es amerikai kábítószer-használati országos felmérés eredményei és egészségügyi statisztikák (SAMHSA, Alkalmazott Vizsgálatok Hivatala). Elérhető a SAMHSA weboldaláról (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Az amerikai felmérésben szereplő életkortartomány (12 évesek és idősebbek) szélesebb, mint a KKEM által az EU felméréseknél használt (15–64 évesek).
([38]) L. Előfordulás_Tbl 1 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([39]) 3. OL doboz: Európai iskolai alkohol- és kábítószer-felmérési projekt.
([40]) L. Előfordulás_Tbl 1 a 2004-es statisztikai értesítőben.

8. ábra: Az extasy közelmúltbeli használata (elmúlt év) az összes felnőtt (15–64 évesek), a fiatal felnőttek (15–34 évesek) és a fiatalabb férfiak között (15–24 évesek) az országos népességi felmérések alapján



Megj.: Az adatok az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származnak, kivéve Franciaországot, ahol a minta kis terjedelme miatt a 2002-es felmérés adatait nem lehetett használni, így az itt bemutatott adatok 2000-ből valók.
Nem minden adat egyezik meg pontosan a KKEM standard életkortartományával (Dánia és Egyesült Királyság: 16–34; Észtország, Magyarország és Németország: 18–34). Az életkor-tartománybeli különbségek esetleg marginálisan befolyásolják a nemzeti különbségeket. Néhány országban a számokat nemzeti szinten átszámolták, hogy tükrözzék a KKEM definícióit.

Forrás: Reitox nemzeti jelentések, készült: felmérési jelentésekből vagy tudományos szakcikkekből. L. GPSurvey_Tbl 3 és Tbl 4 a 2004-es statisztikai értesítőben.

Az amfetamin típusú serkentőszerek előfordulása és intenzív használatuk általában nagyobb arányú a fiúk, mint a lányok között, kivéve Csehországot, ahol az Egészségügyi Világszervezet és az ESPAD felmérései egyaránt gyakoribbnak találták a metamfetamin (főleg a „pervitin") használatát a lányok között. Ez egyezik a csehországi kábítószer-kezelési központokat látogató fiatalokkal kapcsolatban kapott eredményekkel: a serkentőanyagok (főleg a „pervitin") használatával kapcsolatos problémákkal kezelésre jelentkező tizenéves kliensek fele lány. Ehhez képest a legalább 20 évesek csoportjában kétszer annyi férfi van, mint nő. Erre a tizenéveseket érintő jelenségre még nem született magyarázat, de azt jelzi, hogy a nőkkel és az amfetamin típusú serkentőszerek használatával kapcsolatos helyzet körültekintő megfigyelésére van szükség.

A Hollandiában és az Egyesült Királyságban nemrégiben végzett tanulmányok szerint az általános népességben az extasy használata változatlanul sokkal elterjedtebb azok között, akik (techno)bulikon vesznek részt (Deehan és Saville, 2003; Ter Bogt és Engels, 2004). Az extasy-használat gyakoriságával és az elfogyasztott mennyiségekkel kapcsolatos adatok csak korlátozottan állnak rendelkezésre, azonban az elérhető információk azt sugallják, hogy a használat mintázatai rendkívül változatosak. Például 2001-ben Hollandiában a „rave party"-k meghívottjai között végzett vizsgálat úgy találta, hogy több mint felük (58%) a megelőző hónap során használta az extasyt. Ezek közül 17% – meghatározásuk: „jelenlegi extasy-használók" – vallotta be, hogy „hetente néhány alkalommal" használja az extasyt, 22% pedig azt nyilatkozta, hogy ezt hetente egyszer teszi. Három közül

egy (32%) fogyasztott extasyt „havonta néhány alkalommal". A jövőbeli tendenciákat illetően Spanyolország azt nyilatkozta, hogy az extasy használata és a specifikus zenei irányzatok vagy események közötti összefüggés gyengül, és ez a kábítószer talán kevésbé fontossá válik a specifikus csoportok azonosításában.

A serkentő kábítószereket és az autóvezetést övező általános aggodalom ellenére egy 2002-ben elvégzett, a közlekedési balesetek során bekövetkezett halálesetekről szóló spanyol toxikológiai tanulmány 1441 megvizsgált vezető közül csak 0,4%-nál azonosította az extasyt.

Az extasyval kapcsolatos elhalálozás

Az extasyval kapcsolatos halálesetek ritkák az opiáteredetű halálesetekhez képest, azonban komoly aggodalmat keltenek a közvéleményben, valószínűleg az áldozatok fiatal kora és a teljesen váratlan kimenetel miatt. Az „extasyval kapcsolatos haláleset" kifejezés pontosításra szorul. Jelenleg egyaránt jelentheti azt, hogy a halotti bizonyítványban említésre kerül a szer, illetve azt, hogy kimutatták a toxikológiai vizsgálat során (általában opiát szerekkel, alkohollal, kokainnal vagy egyéb kábítószerekkel kombináltan).

A 2003-as Reitox-jelentés adatai szerint az „extasyval kapcsolatos halálesetek" az Európai Unió legtöbb országában nagyon ritkák, és az olyan halálesetek, amelyekben az extasy nyilvánvalóan közvetlenül játszik szerepet, még ritkábbak (két eset Ausztriában; kettő Franciaországban, az egyik kizárólag az extasy hatásának tudható be; 19 Németországban, amelyből nyolc tudható be kizárólag az extasy hatásának; egy Görögországban és kettő Amszterdamban, ebből az egyik alkohollal összefüggésben), bár a jelentési folyamatok nem homogének. Az Egyesült Királyság 2001-ben 55 extasyval kapcsolatos halálesetet jelentett, ez pedig növekedés az 1998-as 16 esethez képest. Az 1996 és 2002 között a Kábítószerrel Történő Visszaéléses Halálesetek Nemzeti Programjánál bejelentett 202 esetből álló sorozaton alapuló brit tanulmány ugyancsak azt találta, hogy növekedett az extasyval kapcsolatos halálesetek száma 1996–1997 (12 eset) és 2001–2002 (72 eset) között, és az esetek 17%-ában az extasy volt az egyetlen említett kábítószer (Schifano és társai, 2003). Az Egyesült Királyságban az extasyval kapcsolatos halálesetek viszonylag nagy számának esetleg az lehet az oka, hogy általánosságban nagyobb az extasy használatának előfordulása, azonban ok lehet a jobb megfigyelő- és elemzőeljárás is.

A kórházi vészesetek szintén a kábítószer használatával kapcsolatos akut egészségi problémák egyik indikátorának tekinthetők. Spanyolországban az 1996–2001 közötti időszakban mérsékelt emelkedést mutatott az extasyval vagy az amfetaminokkal kapcsolatos vészesetek száma ([41]) ([42]); más országok nem gyűjtenek rendszeresen országos adatokat a sürgősségi betegellátásról, és mostanáig nem számoltak be hasonló emelkedésről.

Az extasyval kapcsolatos halálesetek veszélyét a használók számának figyelembevételével felmérő egyik brit tanulmány nagyon széles tartományt (0,2–5,3/10 000 felhasználó) állapított meg, és nyomatékosította az extasyval kapcsolatos haláleset, valamint a veszélyeztetett referencia-populáció jobb definiálásának szükségességét (Gore, 1999; Schifano és társai, 2003).

Néhány, az extasyval kapcsolatos haláleset viszonylag egyszerű intézkedések foganatosításával megelőzhető, mint például a szellőztetés javítása, a vízhez való hozzáférés biztosítása, valamint a biztonságosabb viselkedés előmozdítása a szükséges egészségvédelmi nevelés segítségével. Más esetben úgy tűnik, hogy a halál oka az idioszinkráziás reakció a kábítószerre. Az ilyen előreláthatatlan reakciókat csak nehezen lehet megelőzni, és ezért a beavatkozási lehetőségek, az orvosi segítségen kívül, korlátozottak.

Beavatkozások rekreációs körülmények között

A kikapcsolódási körülmények között történő megelőzés valószínűleg a célzott prevenció legmegalapozottabb specifikus formája. Néhány tagállamban ([43]) a rendelkezésre álló szolgáltatások, útmutatások és tartalmak már jó ideje kialakultak. A megelőzési tevékenységek terén kevés fejlődés tapasztalható, különösen az új tagállamokban ([44]).

A beavatkozások palettája a tartózkodásorientált intézkedésektől kezdődően – ilyen volt például a 2003. nyári, a „Számtalan oka van annak, hogy ne próbálj ki kábítószereket" elnevezésű svéd kampány (amelynek célja az volt, hogy megerősítse a kábítószereket már ellenezők eltökéltségét, és a helyes út választására biztassa az ingadozókat) – a kábítószer-használók számára szervezett tablettatesztelésig terjed (l. az alábbi tanulmányt) ([45]). A közelmúltban azonban egyre több tagállamban tett szert nagyobb jelentőségre a strukturális megközelítés, különösen az északi államokban (főleg az alkohol kapcsán) és Olaszországban. Ezek közös kooperatív stratégiák kidolgozásán alapulnak, amely éttermeket, klubokat, bárokat, a rendőrséget, kábítószer-megelőzési szolgáltatásokat, valamint az éttermi dolgozók szakszervezeteit és az önkormányzatokat foglalja magában. A középpontban általában a biztonsági kérdések, az elsősegély, a kábítószer-megfigyelés, valamint a

([41]) Spanyolországban a pszichoaktív anyagokra adott akut reakciók okozta kórházi sürgősségi eseteket már több éve megfigyelés alá vonták az ország több kórházát magában foglaló mintában, egy havonta véletlenszerűen kiválasztott hét alapján. Az anyagok „említésének" száma feljegyzésre kerül. A módszertani részletek tekintetében l. Reitox nemzeti jelentés, 2003 (34–36. oldal).

([42]) L. 7. OL ábra: Az említések aránya a kábítószerekre adott akut reakciók okozta kórházi vészesetekben Spanyolországban 1996 és 2001 között.

([43]) L. 8. OL ábra: Kikapcsolódási körülmények közötti megelőzésre adott válaszoknak tulajdonított fontosság a tagállamokban.

([44]) L. 5. OL táblázat: A kikapcsolódási körülmények között történő megelőzés összefoglalt paraméterei.

([45]) L. még 8. OL ábra: Kikapcsolódási körülmények közötti megelőzésre adott válaszoknak tulajdonított fontosság a tagállamokban.

vészhelyzetek és az erőszak megelőzése áll. Személyeket képeznek ki arra, hogy felismerjék a veszélyes helyzeteket, és professzionális módon avatkozzanak közbe.

Dánia két „modell megyéjében" az extasy-megelőzés fejlesztési projektje a városi szintű megelőzésre összpontosít (helyi akciótervek és kábítószer-stratégiák kidolgozása) egyrészt az iskolákban és főiskolákon, másrészt szórakozási környezetben. A beavatkozás részeként a kábítószerekkel szembeni „toleranciamentességi útmutatót" (no tolerance guide) készítettek az éjszakai szórakozóhelyek részére, valamint egy weboldalt alakítottak ki a háttéranyagoknak. Az éttermek személyzete és vezetése képzésben részesült, hogy milyen módon kell a kábítószerekkel bánni. Az első jelentések azt mutatják, hogy az extasy-specifikus szolgáltatások – például telefonos segélyvonal és tanácsadó szolgáltatás – fogadtatása alacsony szintű volt. Kevés felvétel volt a sürgősségi osztályokon és a betegellátó intézményekben.

Egy nemrégiben készült holland–német–osztrák tanulmány (Benschop és társai, 2002) ([46]) a tablettatesztelési szolgáltatásoknak a kábítószer-fogyasztásra gyakorolt hatását és az extasyt használók kockázattudatosságát elemezte három európai városban (Amszterdam, Hannover és Bécs). A három városban figyelemre méltóan hasonlóak voltak a válaszadók: kis különbség mutatkozott azok között, akik igénybe vették a tablettatesztelési szolgáltatást és azok között, aki nem. Az extasyval kapcsolatos információk legáltalánosabb forrását a kortársak jelentik, a média és az életmód-folyóiratok csak kis szerepet játszanak. A használók tájékoztatják barátaikat a tesztek eredményéről. Ezt a nem hivatalos információterjesztési útvonalat a tablettatesztelés rejtett előnyének tartják: kiszélesíti a kábítószer-megelőzés hálózatát, és csökkenti a megelőzési szolgáltatások irányában mutatkozó küszöböt. Úgy tűnik, hogy a használóknak és a nem használóknak különálló szociális hálózatuk van, és még akkor sem keveredenek, ha azonos eseményeken (pl. bulikon) vesznek részt. A tanulmány nem talált utalást arra, hogy a tablettatesztelés serkentené az extasy használatát, vagy szélesítené az extasyt használók körét.

Kezelés

Az amfetamin típusú serkentőszerek (ATS) ritkán jelentik a kábítószer-kezelési központok felkeresésének elsődleges okát. Vannak azért figyelemre méltó kivételek: Csehországban a kliensek 52%-a, Finnországban 35,3%-a, Svédországban pedig 29%-a az ATS-t vallja a kezelésre való jelentkezés elsődleges okának. Csehországban a kezelés iránti legnagyobb igény a „pervitint" használók részéről mutatkozik ([47]), akiknek körülbelül egyharmada tizenéves (20 év alatti), és a tizenéves használók több mint fele pedig nő. Mind Svédországban, mind pedig Finnországban az amfetaminok történelmileg fontos szerepet játszottak a nemzeti kábítószer-probléma meghatározásában, és bizonyos mértékig ma is ez a helyzet.

Lefoglalások és piaci információk ([48])

Az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala (UNODC, 2003a) szerint az ATS (a kémiailag rokon amfetamint, metamfetamint és az extasyt magában foglaló szintetikus kábítószerek) termelését nehéz mennyiségi értelemben megállapítani, mivel „készen elérhető vegyszerekből készülnek, könnyen elrejthető laboratóriumokban". Ezzel együtt a globális éves ATS-termelést körülbelül 520 tonnára teszik (UNODC, 2003b). Az ATS globális lefoglalása 2000-ben tetőzött 46,2 tonnánál, ami 2002-ben 25,7 tonnára esett vissza (CND, 2004).

Metamfetamin

Globális szinten, a termelt és forgalmazott mennyiség tekintetében legfontosabb ATS a metamfetamin. A legnagyobb mennyiségeket Kelet- és Délkelet-Ázsiában (Thaiföldön és Kínában) foglalták le, őket Észak-Amerika követi (UNODC, 2003a). Az európai metamfetamin-termelés sokkal kisebb mértékű: a 2000–2001-es időszakban a világszerte megszüntetett titkos metamfetamin-laboratóriumoknak csak 2%-a volt Európában – főleg Csehországban, az Orosz Föderációban és Szlovákiában. Az Európai Unión belül kismértékű metamfetamin-termelést jelentettek Belgiumból, Németországból, Észtországból, Franciaországból, Lettországból, Litvániából és az Egyesült Királyságból (UNODC, 2003a,b). Csehországban az 1980-as évek elejétől számolnak be metamfetamin-termelésről; ennek legnagyobb része a helyi fogyasztást szolgálja, kisebb részt Németországba és Ausztriába csempésznek (UNODC, 2003a). Bár a KKEM nem gyűjt szisztematikusan adatokat a metamfetamin-lefoglalásokról, Csehország, Dánia, Észtország, Litvánia, Norvégia és Svédország mégis beszámolt ilyen, 2002-ben történt lefoglalásokról.

Egy év eleji időszakot leszámítva, amikor az előanyag (efedrin) hiánya miatt megemelkedtek az árak, 2002-ben a „pervitin" átlagos eladási ára Csehországban 32 euró/gramm szinten viszonylag stabil maradt. A jelentések szerint értékesítési szinten az átlagos tisztaság 40%-os volt.

Amfetamin

A megszüntetett laboratóriumok száma alapján a globális amfetamin-termelés változatlanul Európában koncentrálódik. Amfetamin-laboratóriumokat fedeztek fel 2002-ben Lengyelországban és Hollandiában, valamint néhányat Németországban, Észtországban,

([46]) EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828).

([47]) A „pervitin" – egy Csehországban illegálisan előállított metamfetamin-típusnak a helyi neve – már régóta van használatban, és főképpen injekcióval adják be. Előállítása a törvényes efedrin-iparhoz kapcsolható (az UNODC átfogó felmérése az extasyról és az amfetaminokról, 2003).

([48]) L. 3. fejezet, A lefoglalások és piaci adatok értelmezése, 31. o.

Franciaországban és Litvániában ([49]) (Reitox nemzeti jelentések, 2003; CND, 2004). A 2002 folyamán az Európai Unióban lefoglalt amfetamin forrásországai főleg Hollandia és Lengyelország, valamint kisebb mértékben Belgium, Észtország és Litvánia voltak.

Az amfetaminlefoglalások nagy része is Nyugat-Európában történt. Ehhez a régióhoz tartozott a 2002 folyamán világszerte lefoglalt amfetamin-mennyiség 86%-a, Kelet-Európa 10%-ot, a Közel- és Közép-Kelet országai pedig 3%-ot tettek ki (CND, 2004). Az elmúlt öt év során a legfőbb amfetamint lefoglaló ország az Európai Unióban az Egyesült Királyság volt ([50]). Az Európai Unió szintjén a növekedés az amfetaminlefoglalások számában ([51]) 1998-ban, mennyiségében ([52]) pedig 1997-ben tetőzött. Az elérhető adatokkal rendelkező országokban tapasztalt tendenciák alapján mind a lefoglalt mennyiségek, mind pedig a lefoglalások száma 2000, illetve 2001 óta egyaránt újra növekedésnek indult ([53]). Az átlagos felhasználói amfetaminárak 2002-ben a magyarországi és észtországi 11 euró/gramm értéktől a norvégiai 37,5 euró/gramm értékig változtak ([54]). Az elmúlt öt év során a legtöbb országban, amely adatokat tudott szolgáltatni, az árak stabilak voltak, vagy estek.

Az amfetamin átlagos eladási tisztasága 2002-ben 10%-tól (Németország) 52%-ig (Norvégia) változott. Norvégia után a legtisztább anyagokat a Balti-tenger partján lévő országokban – Észtország, Lettország, Litvánia és Finnország – találták. Figyelemre méltó kivétel Portugália, ahol az átlagos tisztaság 2002-ben kevesebb mint 1% volt. Az elmúlt öt évben az amfetamintisztaság stabil volt vagy csökkenő tendenciát mutatott minden országban, bár 2002-ben emelkedést jelentettek Belgiumból, Észtországból és az Egyesült Királyságból.

Extasy

Globális értelemben változatlanul Európa az extasy termelésének fő központja, bár ennek viszonylagos jelentősége, úgy tűnik, csökkenőben van, mivel az extasy gyártása elterjedőben van a világ más területein is, elsősorban Észak-Amerikában, valamint Kelet- és Délkelet-Ázsiában (UNODC, 2003a; CND, 2004). Európán belül a legnagyobb volumenű extasy-termelés Hollandiában és Belgiumban folyik. Európában például az 1999–2001-es időszakban az extasy-előanyagok lefoglalásának több mint 63%-a Hollandiában, 21%-a Belgiumban történt, miközben az Európai Unióban a megszüntetett extasy-laboratóriumok 75%-a Hollandiában, 14%-a Belgiumban, 6%-a az Egyesült Királyságban, 4%-a pedig Németországban volt. Extasy- (és/vagy ATS-) laboratóriumok felszámolásáról Észtországban, Spanyolországban, Lettországban, Litvániában, Magyarországon, Lengyelországban és Norvégiában is beszámoltak az 1991–2001-es időszakban (UNODC, 2003a). 2002-ben 54 extasy-laboratóriumot fedeztek fel világszerte, ebből 18-at Hollandiában ([55]), hármat az Egyesült Királyságban, egyet Franciaországban és egyet Észtországban (CND, 2004). Az Európai Unióban lefoglalt extasy a jelentések szerint elsősorban Belgiumból és Hollandiából származik, bár Észtország és az Egyesült Királyság is számos jelentésben a termelő országok között szerepel (Reitox nemzeti jelentések, 2003).

Az extasy-kereskedelem erősen Nyugat-Európában koncentrálódik, bár akárcsak a termelés, az elmúlt néhány évben ez is kiterjedt az egész világra (UNODC, 2003a). A 2002-ben lefoglalt mennyiség tekintetében Nyugat-Európa 73%-ot, Észak-Amerika pedig 20%-ot tett ki (CND, 2004). Az elmúlt öt év során az Európai Unió tagállamai közül konzisztens módon az Egyesült Királyság volt a legtöbb extasyt lefoglaló ország ([56]).

Az 1997-es időszak visszaesését követően az extasy-lefoglalások száma ([57]) az Európai Unió szintjén gyors növekedésnek indult. Az adatokat szolgáltató országokban tapasztalható tendenciák alapján az extasy-lefoglalások száma, úgy tűnik, hogy csökkent 2002-ben. Ezt azonban meg kell erősíteni az egyelőre hiányzó 2002-es adatokkal – különösen az Egyesült Királyság adataival –, amikor azok elérhetővé válnak. A lefoglalt extasy mennyiségét ([58]) tekintve, 1997 és 2000 között ez gyorsan emelkedett, és 2001-ben egy szintre állt be.

([49]) Bár nem szerepel ezen a listán, de számos titkos amfetamin-laboratóriumot fedtek fel az elmúlt néhány év során az Egyesült Királyságban. Ezenfelül, 2003 elején, első alkalommal fedeztek fel titkos amfetamin-laboratóriumot Luxemburgban is.

([50]) Ez a helyzet összehasonlítandó az Egyesült Királyság 2002-es adataival, ha azok rendelkezésre állnak. Nem érhetők el a 2002-es amfetaminlefoglalások számára vonatkozó adatok Belgiumban, Olaszországban, Magyarországon, Hollandiában és Lengyelországban; az amfetaminlefoglalások számára és a lefoglalt mennyiségekre vonatkozó 2002-es adatok nem érhetők el Írországban, Cipruson, Magyarországon, Máltán, Lengyelországban, Szlovákiában és az Egyesült Királyságban.

([51]) L. Piacok_Tbl 7 a 2004-es statisztikai értesítőben.

([52]) L. Piacok_Tbl 8 a 2004-es statisztikai értesítőben.

([53]) Összevetendő a hiányzó 2002-es adatokkal, amikor azok elérhetőek.

([54]) L. Piacok_Tbl 14 a 2004-es statisztikai értesítőben.

([55]) A 2002-ben Hollandiában összesen 43, a szintetikus kábítószerek előállítására használt laboratórium közül 18-at kifejezetten az MDMA-val lehetett kapcsolatba hozni.

([56]) Ez a helyzet összehasonlítandó az Egyesült Királyság 2002-es adataival, ha azok rendelkezésre állnak. Az extasy-lefoglalások számával kapcsolatos 2002-es adatok nem érhetők el Belgiumban, Magyarországon, Hollandiában és Lengyelországban; az extasy-lefoglalások számára és a lefoglalt mennyiségekre vonatkozó 2002-es adatok nem érhetők el Olaszországban, Cipruson, Máltán, Szlovákiában és az Egyesült Királyságban.

([57]) L. Piacok_Tbl 9 a 2004-es statisztikai értesítőben.

([58]) L. Piacok_Tbl 10 a 2004-es statisztikai értesítőben.

A legtöbb adatszolgáltató országban pedig 2002-ben újra növekedésnek indult.

A jelentések szerint 2002-ben az extasy-tabletták átlagos darabonkénti ára 6 euró (Csehország) és 20–25 euró (Olaszország, Finnország) között mozgott ([59]). Nemrégen (DrugScope, 2004) azonban az extasy-tabletták ára az Egyesült Királyság egyes területein elérte az 1,5 eurót. Az elmúlt öt év során a tabletták egyre olcsóbbakká váltak az Európai Unió legtöbb országában. Ez a tendencia 2002-ben minden országban folytatódott, Észtország kivételével, ahol a tabletta ára kismértékben emelkedett.

Az öt évvel ezelőttihez képest az extasyként árult tabletták amfetamintartalma, úgy tűnik, hogy csökkent, miközben az extasy és extasyszerű anyagok aránya növekedett. Az Európai Unió összes országában 2002-ben az extasyként árult és elemzett tabletták legtöbbjében kizárólag az extasy (MDMA) és az extasyszerű anyagok (MDEA, MDA) voltak a pszichoaktív anyagok. Belgiumban, Dániában, Németországban, Litvániában, az Egyesült Királyságban és Norvégiában az ilyen tabletták tették ki az elemzett extasy-tabletták több mint 95%-át. Az extasy-tabletták MDMA-tartalma nagyon változik mintánként (még az azonos logóval terjesztett tablettáknál is), országokon belül és országok között. Az Európai Unió legtöbb országában 2002-ben a tablettánkénti átlagos hatóanyag-tartalom (MDMA) a jelentések szerint 60 és 80 mg között mozgott, bár Magyarországon és Norvégiában a tartomány szélesebb volt.

LSD

Az LSD gyártása és kereskedelme sokkal kisebb mértékű, mint az egyéb szintetikus kábítószereké, például az ATS-é. Az egész világon az LSD-lefoglalások 73%-kal csökkentek 2000 és 2001 között. 2001-ben a legnagyobb számú egységet lefoglaló ország az Egyesült Államok, Spanyolország és Hollandia volt (UNODC, 2003a). 2000-ig a legnagyobb LSD-lefoglalásokat magáénak tudó ország az Európai Unióban az Egyesült Királyság volt, azonban mára Németország vette át a helyét ([60]). Az elmúlt öt év során, az Európai Unió szintjén, mind az LSD-lefoglalások száma ([61]), mind pedig a lefoglalt mennyiség ([62]) folyamatosan csökkent – kivéve egy stagnáló időszakot 2000-ben. Az Európai Unióban 2002-ben egy egységnyi LSD átlagos felhasználói vételára az Egyesült Királyságban tapasztalt 5 euró és az Olaszországban tapasztalt több mint 20 euró ártartományban mozgott ([63]).

Nemzetközi akció a szintetikus kábítószerek kereskedelme ellen

2003 decemberében a Bizottság, az Europollal együttműködve, jelentést készített az elosztási hálózat és az ezen a területen uniós szinten, a tagállamokban és a csatlakozó országokban nyert tapasztalatok feltérképezésével foglalkozó jelentős multilaterális projektek jelenlegi állapotáról. A jelentésben bemutatott kulcsfontosságú projektek közé tartozik az Átfogó cselekvés a szintetikus drogok ellen Európában (CASE), amely összeköti a Svéd Nemzeti Igazságügyi Tudományos Szolgálat Laboratóriuma (SKL) által végzett törvényszéki amfetamin-profilozást és a bűnügyi adatok európai szinten történő egyeztetését, hogy azonosíthassák a szintetikus kábítószereket előállító laboratóriumokat és a szintetikus kábítószerek előállításával és kereskedelmével foglalkozó bűnözői szervezeteket, valamint hogy bűnvádi eljárást indíthassanak. A projekt az Europol CASE elemzési aktája segítségében részesül. Egy másik projekt, az Europol Illicit Laboratory Comparison System (EILCS) összehasonlítja a fényképi és technikai információkat az Európai Unión belüli szintetikus kábítószereket előállító laboratóriumokról, és így lehetőséget teremt a különböző laboratóriumok közötti összeköttetések, a lefoglalt felszerelések és a felszerelések szállításáért felelős személyek vizsgálatára.

Ezenkívül az Europol Ecstasy Logo System (EELS) évente összeállít egy logókatalógust, amelyet kiad a releváns bűnüldöző hatóságoknak. Az EELS szorosan együttműködik a Central Analysis Programme Ecstasyval (CAPE), amelyet a Német Szövetségi Bűnügyi Hivatal működtet.

Az Interpol projektet indított el a szintetikus kábítószereket előállító és forgalmazó szervezett bűnözőcsoportok ellen. A SYDRUG projekt összegyűjti és összeköti az operatív adatokat, ezzel lehetőséget biztosítva a többnemzetiségű műveletek számára ([64]). A tendenciák arra mutatnak, hogy az extasyt Nyugat-Európából csempészik Észak-Amerikába, Délkelet-Ázsiába és Óceániába (Interpol, 2002).

Egyre nyilvánvalóbbá válik, hogy kapcsolat van a kábítószercsempész-hálózatok és az előanyagokat szállító hálózatok között. 2003 januárjában indult el az operatív tevékenység „Prizma Projekt" néven, amely az ATS tiltott gyártásához szükséges fő előanyagok eltérítésével foglalkozó nemzetközi kezdeményezés. A kereskedők előanyagok forrásaként egyre inkább gyógyszerészeti készítmények felé fordulnak (INCB, 2004b).

([59]) L. Piacok_Tbl 14 a 2004-es statisztikai értesítőben.

([60]) Ez a helyzet összehasonlítandó az Egyesült Királyság 2002-es adataival, ha azok rendelkezésre állnak. Az LSD-lefoglalások számával kapcsolatos 2002-es adatok nem érhetők el Spanyolországban, Olaszországban, Litvániában, Magyarországon és Hollandiában; az LSD-lefoglalások számára és a lefoglalt mennyiségekre vonatkozó 2002-es adatok nem érhetők el Belgiumban, Írországban, Cipruson, Máltán, Szlovákiában és az Egyesült Királyságban.

([61]) L. Piacok_Tbl 11 a 2004-es statisztikai értesítőben.

([62]) L. Piacok_Tbl 12 a 2004-es statisztikai értesítőben.

([63]) L. Piacok_Tbl 14 a 2004-es statisztikai értesítőben.

([64]) SYDRUG, az Interpol világméretű szintetikuskábítószer-projektje, Lyons, 2003. április.

Az együttes fellépés által korlátozás alá helyezett új szintetikus kábítószerek

1998 és 2002 között az együttes fellépés keretében öt új szintetikus kábítószert vetettek alá veszélyelemzésnek (MBDB, 4-MTA, GHB, ketamin és PMMA). 2003-ban a KKEM Tudományos Bizottsága – kiegészítve a tagállamok által jelölt szakértőkkel és az Európai Bizottság, az Europol és az Európai Gyógyszerértékelő Ügynökség (EMEA) képviselőivel – négy új szintetikus kábítószer veszélyértékelését végezte el: 2C-I (2,5-dimetoxi-4-jodofenetilamin), 2C-T-2 (2,5-dimetoxi-4-etiltiofenetilamin), 2C-T-7 (2,5-dimetoxi-4-(n)-propiltiofenetilamin) és TMA-2 (2,4,5-trimetoxiamfetamin) ([1]). Eredményképpen 2003. november 27-én az Európai Tanács elfogadta a négy vegyületnek a 15 EU-országban korlátozás alá vonásáról és büntethetőségéről szóló határozatot ([2]).

Az új szintetikus kábítószerek meghatározott tudományos kockázatelemzése rendkívül nehéz a szakértői bírálatnak alávetett tudományos adat korlátozott mennyisége miatt. Így hát az állatkísérletekben tesztelt toxikus hatásokon (pl. a TMA-2 esetében) alapuló információk, a részben rokon komponensek analógiája, valamint más információforrások, mint az egyes használók beszámolói, a média és a nem hivatalos publikációk képezik az elemzés alapját.

([1]) A kockázatfelmérésről szóló jelentések elérhetők a KKEM weboldalán (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1584).
([2]) A Tanács 2003. november 27-i 2003/847/JHA határozata a 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 és TMA-2 új szintetikus kábítószerekkel kapcsolatos korlátozó intézkedésekről és büntető szankciókról.

A Korai Figyelmeztetési Rendszerrel kapcsolatos információk

Az együttes fellépés ([65]) és a Korai Figyelmeztetési Rendszer (EWS) azért jött létre, hogy azonosítsa az új szintetikus kábítószereket ([66]), felmérje veszélyeiket, és döntéshozatali folyamatot hozzon létre, amellyel ezek ellenőrizhetővé válhatnak. Az új szintetikus kábítószerek csupán kis hányadát jelentik a teljes szintetikuskábítószer-piacnak, amelyet változatlanul az MDMA (extasy), az amfetaminok és az LSD ural. Az együttes fellépésnek az új szintetikus kábítószerek azonosításában elért sikerei ellenére azonban fontos megjegyezni, hogy az új összetevőkről szóló adatok olyan országokból származnak, amelyek fejlett analitikai és adatszolgáltatási lehetőségekkel rendelkeznek mind törvényszéki, mind pedig toxikológiai laboratóriumok terén, valamint az adatszolgáltatók operatív hálózatát illetően. Ebből következően a helyzet leírása inkább az új szintetikus kábítószerekkel kapcsolatos nemzeti korai figyelmeztetési rendszerek működésére utal, mint a tényleges európai kábítószer-piaci helyzetre.

A Korai Figyelmeztetési Rendszer (EWS) által figyelemmel kísért kábítószerek

A Korai Figyelmeztetési Rendszer keretei között 2003-ban rutinszerűen figyelemmel kísérték mind a kilenc anyagot – MBDB, 4-MTA, PMMA, GHB és ketamin, valamint a következő fenetilaminok: 2C-I, 2C-T-2 és 2C-T-7, valamint TMA-2 –, amelyet 1998 óta veszélyelemzésnek vetettek alá. Ezenkívül számos olyan anyag, amelyről a KKEM információt szerzett, szintén megfigyelés alá került, többek között a triptaminok (5-MeO-DMT, 5-MeO-DiPT, A-MT, 5-MeO-AMT és 5-MeO-triptamin) és a piperazinok (BZP és TFMPP) egy-egy csoportja ([67]).

2003-ban mind Spanyolország, mind pedig az Egyesült Királyság jelentette, hogy MBDB-ből kis mennyiségeket foglalt le. A 4-MTA – amely 1999-ben az együttes fellépés keretén belül korlátozás alá került – úgy tűnik, hogy eltűnt a piacról, mivel nem jelentettek lefoglalásokat az elmúlt néhány évben. PMMA-ból egyetlen lefoglalás történt Svédországban, egy dániai lefoglalás során pedig PMMA- és PMA-tartalmú tablettákat találtak. Belgiumban egy laboratórium jelentett PMMA-pozitív vizeletmintát, és ezenkívül egy sürgősségi osztály által bejelentett egyetlen intoxikált személy toxikológiai vizsgálata fedezett fel PMA-t (MDA-val és MDMA-val kombináltan). Úgy tűnik, hogy a három anyag – MBDB, 4-MTA és PMMA – egyike sem népszerű már a szintetikus kábítószereket használók körében.

Ami a triptamin-csoportba tartozó kábítószereket illeti, a legtöbb lefoglalás Svédországban és Finnországban történt. Franciaország és Dánia 5MeO-DiPT-minták beszerezéséről számolt be. Sok triptamin-összetevőre nem vonatkozik országos vagy nemzetközi korlátozás, ezért kereskedelmi laboratóriumokban is előállíthatók, és „kutatási vegyszerekként" értékesíthetők az Interneten (ezeket főleg amerikai cégek értékesítik). Ezenkívül szinte bármelyik „új" vagy „régi" szintetikus kábítószer szintézisének leírása széles körben megtalálható az Interneten.

A BZP – amely gyakran fordul elő a TFMPP-vel együtt – egyre inkább megjelenik a jelentésekben Svédországban, és szintén azonosították Belgiumban, Spanyolországban, Hollandiában és Finnországban.

A 2003-ban veszélyelemzésen átesett fenetilamin közül egy – a 2C-I, amely gyakran az „i" logót viselő tabletták formájában kerül eladásra –, úgy tűnik, egyre nagyobb népszerűségre tesz szert. Sok kisebb lefoglalásról küldött

([65]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1346.
([66]) Az 1997-es együttes fellépés az információcseréről, kockázatfelmérésről és az új szintetikus kábítószerek korlátozásáról (HL L 167., 1997.6.25.) a következő módon határozza meg az új szintetikus kábítószereket: olyan szintetikus kábítószerek, amelyek jelenleg nem szerepelnek az ENSZ 1971. évi, a pszichotróp anyagokról szóló egyezményének egyik mellékletében sem, és amelyek a közegészségügyre nézve összehasonlíthatóan súlyos fenyegetést jelentenek, mint az egyezmény I. és II. mellékletében szereplő anyagok, valamint amelyek korlátozott terápiás értékkel rendelkeznek. Az együttes fellépés a végtermékekre és nem az előanyagokra vonatkozik.
([67]) A felsorolt anyagok legtöbbje nagyon új a piacon, és nincsen populáris (utcai) neve.

jelentést Finnország, Svédország, az Egyesült Királyság, továbbá a kábítószert kimutatták Franciaországban, Spanyolországban és Hollandiában. Ezenkívül a 2C-H (olyan összetevő, amely nem hat az emberi szervezetre, de a 2C-I és a 2C-B előanyaga) viszonylag nagy mennyiségben került lefoglalásra Finnországban és Hollandiában, továbbá tények igazolják, hogy Hollandiában az anyagot a 2C-I gyártásának előanyagaként használják.

Potenciális későbbi elterjedésű szintetikus kábítószerek

Az európai Korai Figyelmeztetési Rendszer előrejelzése és a KKEM Tudományos Bizottsága által az együttes fellépés keretében végzett veszélyelemzés szerint a GHB és a ketamin az a két szintetikus kábítószer ([68]), amely potenciálisan kikapcsolódási körülmények közötti jelentős további elterjedés elé nézhet.

GHB

Az ENSZ 2001. márciusi döntését a GHB korlátozásáról a legtöbb EU-tagállam végrehajtotta. A GHB (általában folyadék formában) rendőrségi vagy vámügyi lefoglalásáról 2003-ban Belgiumban, Dániában, Észtországban, Spanyolországban, Franciaországban, Finnországban, Svédországban és Norvégiában tettek jelentést. A GHB-vel kapcsolatos tendenciák a jelentések szerint vegyesek. Svédország a GHB-lefoglalások csökkenéséről számolt be 2003-ban, miközben Norvégia jelentős növekedést jelentett, az Egyesült Királyságban viszont nem történt változás. Hollandia szintén változatlanságról számolt be a Kábítószer-információs Megfigyelőrendszerhez (DIMS) beérkező GHB-minták számát illetően, bár a Holland Nemzeti Méregközpont enyhe növekedést jelentett a GHB-vel kapcsolatos információkérések számában. Észtország jelentős növekedésről tájékoztatott a GHB elérhetőségével kapcsolatosan. Hollandia és Belgium arról számolt be, hogy por alakban kapott csekély számú GHB-mintát.

Norvégia és Svédország figyelemre méltó növekedésről számolt be a GHB előanyagainak – GBL (gamma-butirolakton) és BD (1,4-butándiol) ([69]) – lefoglalása terén, amelyeknek számos felhasználási területe van a különféle ipari folyamatokban, ezért széles körben elérhetőek (lenyelés után mindkettőből gyorsan GHB keletkezik). Norvégiában és Svédországban a GHB-előanyagok a jelentések szerint 2003-ban könnyebben elérhetők voltak az illegális piacon, mint a korábbi években.

A GHB használatával kapcsolatos kérdések egyre inkább részévé válnak az éjszakai életben és táncklubokban végzett kábítószer-felméréseknek. Németországban a Német Szövetségi Bűnügyi Hivatal (BKA) a GHB növekvő fogyasztásáról számolt be ([70]), miközben Amszterdamban – az Antenna Amsterdam 2002-es vizsgálata szerint ([71]) – „a GHB-t még mindig szinte minden klubhálózatban használják, a tendenciákat meghatározók azonban kevésbé preferálják ezt a kábítószert, mint egy évvel korábban, és a GHB terjedése, úgy tűnik, megállt". Ausztriában egy tablettatesztelési vizsgálatban azt találták, hogy a GHB-használat előfordulása egy bécsi „rave party" 225 fiatal résztvevőjének esetében 12,6%-os volt (Benschop és társai, 2002).

2003 folyamán a GHB-t emberi mintákban kimutatták Belgiumban, Svédországban és Norvégiában, valamint intoxikált személyektől és kórházi sürgősségi betegektől vett mintákban Spanyolországban (Barcelona) és Hollandiában. A GHB-vel kapcsolatos igények az amszterdami sürgősségi ellátásban nem változtak 2001 és 2002 között, minden évben kevéssel több, mint 60 esetet regisztráltak.

Ketamin

Ketamin lefoglalásáról és/vagy emberi mintákból történő kimutatásáról 2003-ban Belgium, Görögország, Spanyolország, Franciaország, Finnország, Svédország, az Egyesült Királyság és Norvégia tett jelentést. Ausztriában Benschop és társai (2002) egy bécsi „rave party" 225 fiatal résztvevőjének esetében a ketamin használatának előfordulását 11,7%-nak találták. A ketamin további terjedésének megelőzésében akadályként merül fel, hogy a ketamin állatorvosi gyógyszerként engedélyezett, ezért a jogszerű előállítás „eltérítésével" hozzáférhető.

Az új használati mintázatok egészségi veszélyei

A Korai Figyelmeztetési Rendszer 2003-ban lehetővé tette, hogy az Európai Unió tagállamai információt cseréljenek néhány olyan, korlátozás alá vont anyagról, amely komoly egészségi veszélyt jelenthet az új használati módozatok miatt. Például az Európai Unió országai Belgiumtól, Franciaországtól és az Europoltól kapott információk alapján korai figyelmeztetéseket kaptak nagy dózist tartalmazó MDMA-tablettákról, valamint Írországtól kapott információk alapján extasyként árult olyan tablettákról, amelyek veszélyes anyagokat – pl. DOB-ot (2,5-dimetoxi-4-bromoamfetamin) – tartalmaztak.

([68]) Szigorú értelemben egyikük sem új szintetikus kábítószer az 1997-es együttes fellépés szerint, azonban mindkettőt megfigyelés alá vonták kockázatelemzésüket követően.

([69]) A Reitox 2003-as Korai Figyelmeztetési Rendszerének jelentései.

([70]) Ibid.

([71]) Az Antenna Amsterdam egy többféle módszert használó megfigyelőrendszer, amelynek célja, hogy azonosítsa és értelmezze az amszterdami fiatalok körében a legális és tiltott kábítószer-használat és a szerencsejáték új irányzatait és fejleményeit, valamint fejlessze és frissítse a kábítószer-megelőzést.

5. fejezet

A kokain és a krekk (crack)

Bevezetés

Elterjedt az a felfogás, hogy a kokainhasználók vagy jómódúak, divatosak és szociálisan integráltak, vagy peremhelyzetben, ill. elnyomott helyzetben lévők és szociálisan elzártak, miközben a kokain elszívása („füstölés") különösen a problémás használathoz kapcsolódik. Fontos figyelembe venni, hogy a kokainhasználat meghatározott alcsoportokon és földrajzi területeken belül történő koncentrálódása miatt az országos adatok esetleg rosszul tükrözik azokat az irányzatokat, amelyek az adott közösségekben vagy népességeken belül fontosak lehetnek. Azonban egyre nőnek az aggodalmak arra nézve, hogy a kokainhasználat Európában mindinkább elterjedhet, és hogy e kábítószer használóinak szociális összetétele egyre változatosabbá válik.

A kokainhasználat előfordulása

Általános népességi felmérések

A közelmúltban végzett országos népességi felmérések szerint a felnőtt népesség 0,5–0,6%-a vallotta, hogy életében legalább egy alkalommal kipróbálta a kokaint (előfordulási arány); Spanyolország és az Egyesült Királyság van a tartomány felső határán. A kokain közelmúltbeli (az utolsó 12 hónapon belüli) használatáról általában a felnőttek kevesebb mint 1%-a számol be, bár Spanyolországban és az Egyesült Királyságban a közelmúltbeli előfordulási arány 2%-nál nagyobb. Ezek a számadatok egyértelműen alacsonyabbak, mint a kannabiszra vonatkozó összehasonlítható adatok, bár a fiatal felnőttek közötti használat szintje sokkal nagyobb, mint a népességi átlag.

A fiatal felnőttek (15–34 évesek) között az előfordulás 1% és 10% között mozog. Általában az egész élettartamra vonatkozó aránynak körülbelül felét teszik ki a közelmúltbeli előfordulási arányok; Spanyolország és az Egyesült Királyság pedig 4% feletti adatokról számol be.

A népességben a kokain használata vagy megszakad a fiatal felnőttkori kísérleti időszakot követően, vagy alkalomszerűen, azaz főleg hétvégeken és kikapcsolódási körülmények között (bárokban és diszkókban) fordul elő.

A felmérések kiválasztott csoportokat azonosítottak, amelyekben a kokainfogyasztás nagyobb, mint a lakossági átlag. Például öt országban (Dánia, Németország, Spanyolország, Hollandia és az Egyesült Királyság) a közelmúltban végzett felmérések azt találták, hogy a 15 és 24 év közötti férfiak körében a bevallott előfordulás 5% és 13% között van, miközben a közelmúltbeli használat aránya Spanyolországban és az Egyesült Királyságban 5–7% is lehet. Valószínű, hogy a városi területeken a használat aránya jelentősen magasabb. Ezenkívül a táncos klubokat látogatókra összpontosító (nem reprezentatív) felmérések 40% és 60% közé teszik a kokainhasználat előfordulási arányát (KKEM, 2001).

Európán kívüli referenciaként az Egyesült Államokban 2002-ben a kábítószerekkel kapcsolatosan a háztartásokban végzett országos felmérésben a felnőttek (azaz a 12 évesek és idősebbek) 14,4%-a vallotta be, hogy életében már használt kokaint, és ez nagyobb bármely európai országban megfigyelt aránynál. A kokain közelmúltbeli (az utolsó 12 hónapon belüli) használata a jelentések szerint 2,5%, amely szintén nagyobb bármely európai ország hasonló adatánál, kivéve Spanyolországot (2,6%) ([72]). A 18–25 éves korú férfiak között 2002-ben az Egyesült Államokban az egész élettartamot figyelembe vevő előfordulás 18,1%, a közelmúltbeli használat előfordulása pedig 8,4% volt.

Trendek a kokainhasználatban

A kokainnal kapcsolatos tendenciákat nehéz nemzeti szinten követni, mivel a következetes országos felmérések ritkák, és néhány esetben a statisztikai minták mérete kicsi. A konzisztens sorozatok előmozdítják a trendek jobb azonosítását, különösen az elemzés és a mintavétel olyan kiválasztott csoportokra történő összpontosításával, mint például a városi területen élő fiatal férfiak.

Általános népesség

Úgy tűnik, hogy a fiatalok közötti közelmúltbeli kokainhasználat az Egyesült Királyságban konzisztensen

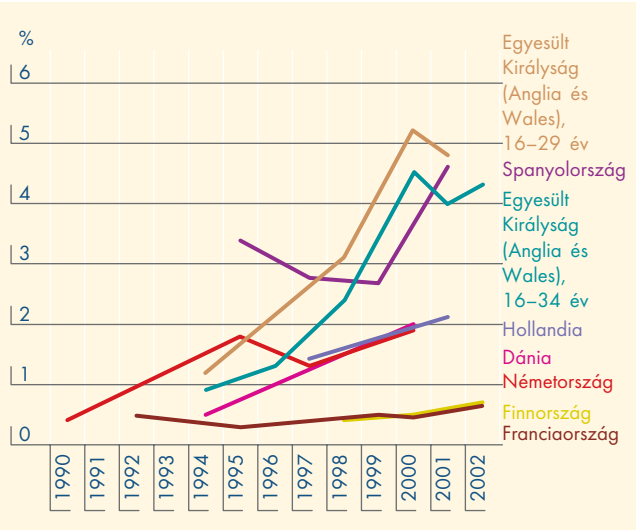
([72]) A 2002-es amerikai országos kábítószer- és egészségügyi statisztikai felmérés (SAMHSA, Alkalmazott Vizsgálatok Hivatala) eredményei. Elérhető a SAMHSA weboldalán (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Az amerikai felmérésben szereplő életkortartomány (12 évesek és idősebbek) szélesebb, mint a KKEM által az uniós felméréseknél használt (15–64 évesek). Valószínű, hogy amennyiben az USA adatait a 15–64 évesekre vonatkozóan közölnék, mint az EU esetében, akkor ezek a számok magasabbak lennének.

növekedett 2002-ig ([73]), és valószínűleg kisebb mértékben Dániában, Németországban, Hollandiában és Spanyolországban (9. ábra). Más országok a közelmúltbeli Reitox nemzeti jelentésükben (2001–2003) növekedésről számoltak be helyi vagy kvalitatív információk alapján (Görögország, Írország, Olaszország és Ausztria).

Iskolai népesség

Spanyolország az egyetlen tagállam, amely új adatokat szolgáltatott a kokainhasználat előfordulásának növekedéséről a 15–16 éves korú iskolai tanulók körében, amely a 2000-es 4,1%-ról 2002-ben 5,9%-ra emelkedett ([74]). Noha Olaszországban nem tapasztaltak növekedést a 15–16 éves korúak körében, az idősebb olasz iskolai tanulókat illetőleg növekedésről számoltak be.

9. ábra: A kokainhasználat előfordulása (elmúlt év) a fiatal felnőttek között az Európai Unió néhány országában az országos népességi felmérések alapján



Megj.: Az adatok az egyes országokban rendelkezésre álló nemzeti jelentésből származnak. Az egyes felmérések adatai és módszertana megtekinthető a GPSurvey Tbl_3 és Tbl_4 alatt a 2004-es statisztikai értesítőben.
A fiatal felnőttekre a KKEM a 15–34 éves életkortartományt használja (Dánia és Egyesült Királyság: 16-tól, Németország: 18-tól, Franciaország 1992: 25–34 és 1995: 18–39).
A mintaméretek (megkérdezettek) az egyes országokra és évekre, a 15–34 éves csoportra vonatkozóan a 2004-es statisztikai értesítőben találhatók GPSurvey_Tbl 4 néven.
Dániában az 1994-es adat a „kemény kábítószerekre" vonatkozik.
Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003, készült: felmérési jelentésekből vagy tudományos szakcikkekből. L. egyéni források a népességi felmérési táblázatokban a 2004-es statisztikai értesítőben.

Egyéb mutatók

Néhány országban aggodalmat kelt a kokainhasználat mutatóinak növekedése (kezelések iránti igény ([75]), alacsony küszöbű kábítószer-szolgáltatások igénybevétele, a kórházi sürgősségi esetek száma, rendőrségi lefoglalások, toxikológiai vizsgálati eredmények halálesetek nél).

Úgy tűnik, hogy az Európai Unióban a kokainnal kapcsolatos kezelések gyakoribbá válnak, néhány országban pedig konkrétan megállapított növekedés tapasztalható. A kokain a gyógykezelési beszámolókban második leggyakrabban bejelentett kábítószer Hollandiában és Spanyolországban (az összes igény 35%-a, illetve 26%-a). Európában feltehetően a legtöbb kezelési igény a por formában lévő kokainnal (általában kokain-hidroklorid) kapcsolatosan merül fel.

Globális szinten, az elszívható (belélegezhető) kokainpreparátumok különösen a problémás használati módozatokhoz kapcsolódnak. Németországban, Spanyolországban, Franciaországban, Írországban, Hollandiában, Ausztriában és az Egyesült Királyságban bizonyos városokban vagy területeken a krekk használatáról mint felmerülő vagy növekvő problémáról számolnak be.

Használati módok

A fiatal, kikapcsolódási célú használók körében a kokainfogyasztás általában nem jelentős, a folyamatos használat pedig nagyon ritka. Néhány országból (Németország, Spanyolország, Hollandia, Ausztria és az Egyesült Királyság) származó beszámolók azt sejtetik, hogy még az alacsony küszöbű kábítószer-kezelési szolgáltatásokat igénybe vevő problémás kábítószer-használók között is nagyon változó a kokain és a krekk használata, a különböző eseteket és időpontokat tekintve egyaránt. A kokain és a krekk használatának gyakoriságára és a fogyasztott mennyiségekre vonatkozó adatok nagyon korlátozottak. A fogyasztással kapcsolatos vizsgálatok azt mutatják, hogy a szívható kokain különösen népszerű a szexipar női tagjai körében, akik ezeket a szolgáltatásokat igénybe veszik (Stöver, 2001; Zurhold és társai, 2001).

A beadás módszerei

Több és jobb információra van szükség a kokain beadásának módozatairól, hogy jobban megérthessük az egészségi veszélyeket és a használat mutatóit. A kokain-

([73]) Jóllehet a 2001–2002-es felmérés eredményei azt sejtetik, hogy ez a felnőttek és fiatal felnőttek körében tapasztalható tendencia stagnálni látszik (l. 7. ábra). Az angol belügyminisztérium szerint a kokainhasználatban 1996 és 1998, valamint 1998 és 2000 között tapasztalt növekedés szignifikáns volt 5%-os szinten. Azonban nem volt szignifikáns növekedés 2000 és 2001–2002 között.
([74]) L. Előfordulás_Tbl 1 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([75]) L. 20. ábra és TDI_Tbl 10 a 2004-es statisztikai értesítőben.

hidrokloridot (por formájú kokain) általában orron keresztül belélegzik, ritkábban beinjekciózzák, miközben a krekket felhevített pipával elszívják, a szabad bázisú kokaint pedig belélegzéssel „füstölik", tipikusan a láng felett egy vékony fólián hevített kábítószer gőzeinek beszippantásával. Vannak beszámolók arról is, hogy a kokaint cigaretta vagy „joint" formájában elszívják.

Az Egyesült Királyság kábítószer-kezeléssel foglalkozó szociális munkásai arról számolnak be, hogy a heroinhasználattal társítva a krekket is néha beinjekciózzák a kábítószer-használók. A krekk, akárcsak a barna heroin, nem oldható, és savval kell keverni ahhoz, hogy átalakuljon az aktív, oldható só formába ([76]).

A kokain – akár krekként, akár szabad bázisú kokainként (farmakológiailag egyenértékűnek tekinthető különböző preparátumok) történő – bevitelének szokásos módja, a dohánnyal kevert elszívás gyakorisága 2002-ben a 2000. évvel összehasonlítva csökkent.

Kokainos halálesetek

A kokain-, amfetamin- vagy extasy-intoxikáció következtében történő halálesetek az opiát-használat bizonyítékának hiányában ritkának tűnnek Európában.

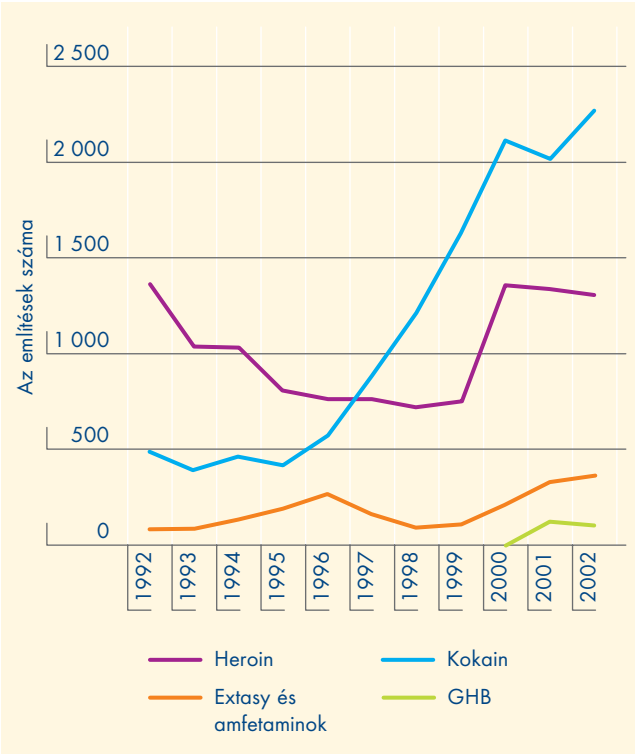
A jelenlegi statisztikák azonban valószínűleg nem megfelelő módon jegyzik a kokainnal kapcsolatos haláleseteket, és az információ jelentése különböző formákban történik. Néhány országban a kokain más opiátokkal kombináltan fordul elő a kábítószerrel kapcsolatos halálesetek nagy hányadában (Portugália: 22%, Spanyolország: 46%). Ez a számadat ugyanilyen nagy lehet más országokban is, de a jelentési rendszerek a haláleseteket általában kizárólag az opiátoknak tulajdonítják opiátok kimutatása esetén. Az Egyesült Királyságban a kokain „említésének" száma a halotti bizonyítványokban nyolcszorosára emelkedett az 1993–2001 közötti időszakban. Hollandiában a kokainnak betudható halálesetek száma az 1994-es két esetről 26 esetre növekedett 2001-ben. A kizárólag kokainnak betudható – opiátok jelenlététől mentes – kábítószeres halálesetek aránya 1% és 10% között változik, bár az abszolút számok kicsik.

A kokain fontos hozzájárulója lehet a szív- és érrendszeri problémák (ritmuszavar, szívizominfarktus, feji bevérzések) miatti haláleseteknek, különösen a veszélyeztető tulajdonságokkal (pl. feji értágulattal vagy szubklinikai szívbetegségekkel) rendelkező használók körében. Ezek közül az esetek közül sok észrevétlen maradhat a tudatosság hiánya miatt és/vagy az opiáthasználókkal történő összehasonlításban az áldozatok szociális helyzetének különbsége miatt.

A kokainhasználattal összefüggő potenciális veszélyek jelzése Spanyolországból származik ([77]), ahol az 1999 és 2001 közötti időszakban a kábítószerekre adott akut reakciók miatti sürgősségi kórházi felvételek 44–49%-ában említették a kokaint. Ezeknek az eseteknek nagy hányadában a kokaint belélegezték vagy beinjekciózták. Barcelonában, a legfontosabb városi kórházakban, egész évben, hosszabb időszak alatt a sürgősségi esetekről szóló adatok gyűjteménye átfogó kép alkotására nyújt lehetőséget a kábítószer-reakciók okozta kórházi felvételekkel kapcsolatosan (10. ábra).

A kokainnal közvetlen összefüggésben álló egészségügyi gondokon kívül egyre nő az aggodalom arra nézve, hogy néhány hígításhoz használt anyag önmagában is egészségi kockázatot jelenthet. A lefoglalt kokainpor esetében például a fenacetinről számoltak be, mint használatos hamisítószerről. Ez a kábítószer a májban, a vesében és a vérben tapasztalt rendellenességekkel kapcsolatos, közöttük a rákkal is.

10. ábra: A kábítószer említésének száma a kórházi vészhelyzetekben kábítószer-típusonként, Barcelonában, 1992 és 2002 között



Megj.: Egy kórházi vészhelyzeti epizód több anyag megemlítését is tartalmazhatja.
Forrás: Sistema d'Informació de Droges de Barcelona (2003), *La Salut a Barcelona, 2002*, Agència de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona, Barcelona.

([76]) Az Egyesült Királyság Igazságügyi Tudományos Szolgálatának kábítószer-információs részlege (Forensic Science Service Drug Intelligence Unit), *Drug Abuse Trends: Crack Issue* 24, 13. o. (2003).

([77]) Spanyolországban a pszichoaktív anyagokra adott akut reakciók okozta kórházi sürgősségi eseteket már több éve megfigyelés alá vonták az ország több kórházát magában foglaló mintában, évente egyhetes időszakra. Az anyagok „említésének" száma feljegyzésre kerül. A módszertani részletek tekintetében l. Reitox nemzeti jelentés, 2003 (34–36. oldal).

Válaszok

Problematikus kokainhasználat kezelése

A problematikus kokainhasználatot tipikusan nem kábítószer-specifikus körülmények között kezelik, pl. más tiltott (vagy engedélyezett) kábítószerek használata miatt kezelt kliensekkel együtt. A kezelési lehetőségek nagy vonalakban nem farmakológiai beavatkozásokra korlátozódnak, amelyek célja a függő viselkedés módosítása a fogyasztott adott kábítószerfajtára való tekintet nélkül. Ezek a beavatkozások egyrészt kis intenzitású beavatkozások, például tanácsadás, kórházi beutaló, másrészt nagy intenzitású beavatkozások, például hosszabb ideig tartó fekvőbeteg-kezelés. Alternatív kezelések, például akupunktúra, szintén rendelkezésre állnak (Seivewright és társai, 2000).

Az orvosi segédlettel történő kezeléseket tekintve nincs jól megalapozott farmakológiai kezelés a problémás kokainhasználók számára. Részükre csak korlátozott számú gyógyszertani kezelés áll rendelkezésre, és ezeknek kevés bizonyított hatása van, ha egyáltalán van. Két rendszeres szakirodalmi áttekintés úgy találta, hogy a kokainfüggőség kezelésében nincsen a karbamazepin görcsoldó vagy az antidepresszánsok klinikai használatát alátámasztó bizonyíték (Lima és társai, 2004a,b).

A speciálisan problematikus kokainhasználóknak kialakított kezelési beavatkozások korlátozott tartományát bővítették ezt a klienscsoportot megcélzó néhány kezdeményezéssel. Hollandiában nemrégiben a kokainhasználók számára weboldalt hoztak létre, az Egyesült Királyságban pedig 2003 tavaszán új ügynökségek kialakításával, újszerű irányítással és jobb színvonalú oktatással bővültek a szolgáltatások. Ausztriában a kezelési szolgáltatások arra törekednek, hogy a problémás kokainhasználók igényeihez alakítsák szolgáltatásaikat.

Egyéb kokainnal kapcsolatos szolgáltatások velejárói

A felügyelt kábítószer-fogyasztási intézményekben tett megfigyelések szerint a kokainnal kapcsolatos vészeseteket a rendkívüli nyugtalanság és a gyakori paranoia jellemzi, és a személyzetnek nehézségei vannak azzal kapcsolatban, hogy milyen módon reagáljon ezekre (KKEM, 2004a). A krekkel való kereskedésben tapasztalt növekedéssel együtt jár a magasabb szintű agresszió a kliensek és a kábítószer-kereskedők között (Stöver, 2001).

Nem világos, hogy a problémák milyen mértékben közvetlen következményei magának a kokain belélegezhető használatának, a kokainhasználat gyakoriságának és az elfogyasztott mennyiségnek vagy a meglévő szociális, pszichológiai- és kábítószeres problémáknak. A válaszreakció részét képezik a veszélyekről és a biztonságosabb használatról szóló, speciálisan kifejlesztett információs anyagok, a felügyelt „belövőszobák" (consumption rooms), a „pihenőszobák" (chill-out room) és a „nappali menedékek" (day-shelters), ahova a kábítószer-használók visszavonulhatnak, és ahol megnyugodhatnak, valamint a járóbeteg-kezelések is (Stöver, 2001).

Aggodalmat okozott annak potenciális veszélye, hogy a kezelésekre elsősorban a kannabisszal kapcsolatos problémák miatt jelentkező fiatal kábítószer-használók esetleg ki lehetnek téve a kokainhasználók viselkedésének és problémáinak (Neale és Robertson, 2004).

Lefoglalások és piaci információk ([78])

Termelés és kereskedelem

Az egész világon Kolumbia a tiltott koka legnagyobb forrása, amelyet a sorban Peru és Bolívia követ (UNODC, 2003a). A globális kokaintermelés 2002-ben 800 tonnára rúgott, amelyhez Kolumbia 72%-ban, Peru 20%-ban, Bolívia pedig 8%-ban járult hozzá. Az Európában lefoglalt kokain legnagyobb része közvetlenül Dél-Amerikából (különösen Kolumbiából) vagy Közép-Amerikán és a Karib-térségen keresztül érkezik. Azonban 2002-ben az Európába szállított kokain egy része Brazílián keresztül (onnan Portugáliába) vagy az Egyesült Államokon keresztül (onnan Olaszországba) érkezett. Európa fő beléptető helyei Spanyolország, Portugália és Hollandia, valamint kisebb mértékben Franciaország és az Egyesült Királyság (Reitox nemzeti jelentések, 2003; UNODC, 2003a; INCB, 2004a).

Lefoglalások

A Kábítószerügyi Bizottság (CND, 2004) szerint a kokain a harmadik legintenzívebb kereskedelemmel rendelkező kábítószer a világon a kannabisznövény és a kannabiszgyanta után. A lefoglalt mennyiség tekintetében 2002-ben a legnagyobb kereskedelmi tevékenység változatlanul az amerikai kontinenseken és Európában folyt. Utóbbi felelős a világszerte lefoglalt kokainmennyiség 13,5%-áért (CND, 2004). Európában a legtöbb kokainlefoglalás a nyugati államokban történik. Spanyolország 1997 és 2002 között rendre az Európai Unió legnagyobb mennyiségeket lefoglaló országa volt. 2001 és 2002 folyamán ([79]) Spanyolországra jutott az egész Európai Unió területén történt lefoglalások számának, illetve a lefoglalt mennyiségnek több mint a fele.

([78]) L. 3. fejezet, A lefoglalások és piaci adatok értelmezése, 31. o.

([79]) Ez a helyzet összehasonlítandó a 2002-es adatokkal, ha azok rendelkezésre állnak. A kokainlefoglalások számával kapcsolatos 2002-es adatok nem érhetők el Belgiumban, Olaszországban, Hollandiában és Szlovákiában; a kokainos lefoglalások számára és a lefoglalt mennyiségekre vonatkozó 2002-es adatok nem érhetők el Írországban, Cipruson, Magyarországon, Máltán, Lengyelországban, Szlovákiában és az Egyesült Királyságban.

Az 1997 és 2002 közötti időszak alatt a kokainlefoglalások ([80]) száma Németország és Olaszország kivételével minden országban emelkedett. Az adatokat rendelkezésre bocsátó országokban megfigyelhető tendenciák alapján a kokainlefoglalások számának növekedése az Európai Unió szintjén valószínűleg megerősítést nyer 2002-ben.

Ugyanezen ötéves időszak alatt a lefoglalt kokain mennyisége ([81]) ingadozott, de növekvő tendenciával. A 2001-es rekordméretű kokainlefoglalások után az Európai Unió szintjén lefoglalt kokain mennyisége jelentősen csökkent 2002-ben ([82]) – főleg a Spanyolország (és Portugália) által lefoglalt mennyiség csökkenése miatt, 2001-hez viszonyítva, bár néhány ország (Németország, Franciaország. Olaszország, Norvégia) nagy növekedésről számolt be a lefoglalt kokain mennyiségét tekintve. A 2002-ben Spanyolországban, Hollandiában és Portugáliában a lefoglalt kokain mennyiségében tapasztalt visszaesés, egybevetve a Franciaország, Németország és Olaszország által jelentett növekedéssel, az Európába tartó kokain számára a kereskedők által hagyományosan használt belépőhelyek relatív fontosságában történt változásra utalhat (CND, 2004). Ezzel kapcsolatosan arra kell rámutatni, hogy Hollandia 2002 eleje óta radikális intézkedéseket foganatosított annak érdekében, hogy a Karib-térségből a Schiphol repülőtérre utazó kokainfutárok növekedő áramlását csökkentse, és ennek következtében a letartóztatott kokainfutárok száma drasztikusan csökkent.

Bár a krekk lefoglalásáról az Európai Unió néhány országa beszámolt, ezek néha nem különböztethetők meg a kokainlefoglalásoktól. Ezért a kokainlefoglalások fent említett tendenciája esetleg a krekkre is vonatkozik.

Nemzetközi akció a kokainkereskedelem ellen

A kokainkereskedelmet változatlanul nagyrészt kolumbiai bűnözők irányítják. A szer elosztásában azonban albániai és afrikai csoportok is részt vesznek. Az Interpol „Trampolin" fedőnevű művelete Venezuelából és Kolumbiából Curaçãóba irányuló csempészetet fedett fel. Ez a művelet a Karib-térségből a világ gyakorlatilag minden részére szállító számos nagy kábítószer-kereskedelmi szervezet azonosítását eredményezte (Interpol, 2002). 2003 folyamán számos nagyon fontos tengeri művelet került végrehajtásra a kokaincsempészet elleni harc részeként Európa atlanti-óceáni partvidékén. Csaknem 29 tonna került lefoglalásra. Ezeknek a műveleteknek nagy részét a spanyol hatóságok hajtották végre.

A kálium-permanganát (amely a kokain illegális előállítására használatos) követésére 1999-ben indított nemzetközi program – a „Purple" művelet – változatlanul sikereket ér el. 2003 folyamán csaknem 900 tonna kálium-permanganátnak a tiltott kábítószer-termelés irányába való átirányítását sikerült megakadályozni.

2002-ben az Interpol és a WCO közös kezdeményezése, az „Andok" művelet vette kezdetét, amely lehetővé teszi, hogy a nemzeti vámhatóságok és a rendőrség információt cserélhessen, és azokat elemezhesse, amely segít azonosítani a Chilébe, Bolíviába, Kolumbiába, Argentínába és Peruba irányuló, kábítószer-előanyaghoz szükséges vegyszereket tartalmazó illegális szállítmányokat (WCO, 2003).

Ár és tisztaság

A kokain átlagos eladói ára ([83]) nagy különbségeket mutatott 2002-ben az Európai Unióban. Az ár a Portugáliában tapasztalható 38 euró/gramm és a Norvégiában tapasztalható 175 euró/gramm között mozgott. 1997 és 2002 között a kokain átlagos eladási ára stabil volt vagy esett az Európai Unió minden országában. Hasonló eredményekről számoltak be 2002-ben, Csehország és Litvánia kivételével, ahol az árak a korábbi évekhez képest növekedtek.

A heroinnal összehasonlítva a felhasználói szinten jelen lévő kokain átlagos tisztasága nagy: 2002-ben az Észtországban tapasztalható 28%-tól a Csehországban és Norvégiában tapasztalható 68%-ig változott. 1997 és 2002 között a kokain átlagos tisztasága az időbeli irányzati adatokat szolgáltató legtöbb EU-országban csökkent. A kokain tisztasága 2002-ben továbbra is csökkent a legtöbb országban, kivéve a legnagyobb átlagos tisztaságról beszámoló országokat – pl. Belgium, Csehország, Luxemburg és Norvégia –, ahol emelkedést tapasztaltak.

([80]) L. Piacok_Tbl 5 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([81]) L. Piacok_Tbl 6 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([82]) Összevetendő a hiányzó 2002-es adatokkal, amikor azok rendelkezésre állnak.
([83]) L. Piacok_Tbl 14 a 2004-es statisztikai értesítőben.

6. fejezet

A heroin és az injekciózható kábítószerek használata

Problémás kábítószer-használat

A heroin rendszeres és fenntartott használata, a kábítószer-injekciózás, valamint néhány országban a serkentőszerek intenzív használata felelős Európában a kábítószerrel összefüggésben lévő egészségi és társadalmi problémák jelentős hányadáért. Az effajta viselkedést mutató egyének száma alacsony a népesség egészéhez viszonyítva, azonban a problémás kábítószer-használat hatása jelentős. A probléma mértékének megértéséhez és a tendenciák időbeli változásának figyelemmel kíséréséhez a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (KKEM) együttműködik a tagállamokkal a „problémás kábítószer-használat" koncepciójának új meghatározásában, valamint mértékének és hatásának mérésére irányuló stratégiák kidolgozásában.

A problémás kábítószer-használat operatív meghatározása: „injekciózott kábítószer használata vagy opiátok, kokain és/vagy amfetaminok hosszú távú, illetve rendszeres használata" ([84]). A definíciók változatossága és a módszertani bizonytalanság azt jelenti, hogy ezen a területen nehéz megbízható becsléseket kapni, és óvatosságot igényel az országok vagy az időpontok közötti különbségek értelmezése.

Előfordulás

A problémás kábítószer-használat becsült előfordulása a 15–64 éves népesség körében 1000 főre vetítve 2 és 10 eset közé esik (a becslések középértékének alapján), vagy a felnőtt népesség közel 1%-át jelenti ([85]). A problémás kábítószer-használat aránytalanul nagyobb mértékben érint bizonyos földrajzi területeket, például a lepusztult belvárosokat, és néhány specifikus csoportot, konkrétan a fiatal férfiakat, és ezek néhány közösségben különösen intenzívnek láttatják a problémás használatot. A becslések nagyobb arányú előfordulásról számolnak be Dánia, Olaszország, Luxemburg, Portugália és az Egyesült Királyság esetében (6–10 eset jut 1000 15–64 év közötti lakosra), viszont kis arányokról számol be Németország, Görögország, Hollandia, Lengyelország és Finnország (< 4 eset/1000 15–64 éves lakos; l. 11. ábra). Az Európai Unió új tagállamai közül csak Csehország, Lengyelország és Szlovénia estében vagyunk birtokában jól dokumentált becsléseknek; ezek szerint ők alacsony számokkal rendelkeznek, vagy a középmezőnyben foglalnak helyet a 15–64 éves népesség 1000 tagjára jutó 4,9%-os, 1,9%-os és 5,3%-os értékkel.

Bár jelentős fejlődés ment végbe a becslési módszerek terén, a megbízható és következetes történeti adatok hiánya megnehezíti a problémás kábítószer-használat irányzatainak felmérését. Néhány országban a becslésekben történt változásokról szóló beszámolók, amelyeket egyéb adatok is alátámasztanak, azt sejtetik, hogy az 1990-es évek közepe óta emelkedett a problémás kábítószer-használat. Becslések 19 országból állnak rendelkezésre, amelyek közül 9 ország, Belgium, Dánia, Németország, Olaszország, Luxemburg, Finnország, Svédország (1992 és 1998 között), az Egyesült Királyság és Norvégia az 1990-es évek közepe vagy vége óta a problémás kábítószer-használat növekedéséről számol be. A Belgiumban, Finnországban és Norvégiában észlelt növekedés az injekciós használat becslésén alapul. Bár az országos becslések időbeli sorozatáról nincsen elérhető adat az új tagállamokban, egyéb bizonyítékok szerint a tendenciák eltérők. Csehországban számos mutató azt jelzi, hogy a problémás kábítószer-használat stabilizálódott az 1990-es évek vége óta, miközben Észtországban erős növekedéseket tapasztaltak egyes mutatók terén. A társadalmi és gazdasági átalakuláson átmenő országoknak a problémás kábítószer-használattal kapcsolatos potenciális sérülékenységét figyelembe véve égetően szükséges a felügyeleti kapacitás fejlesztése az új tagállamokban.

A használat módozatai és mértéke

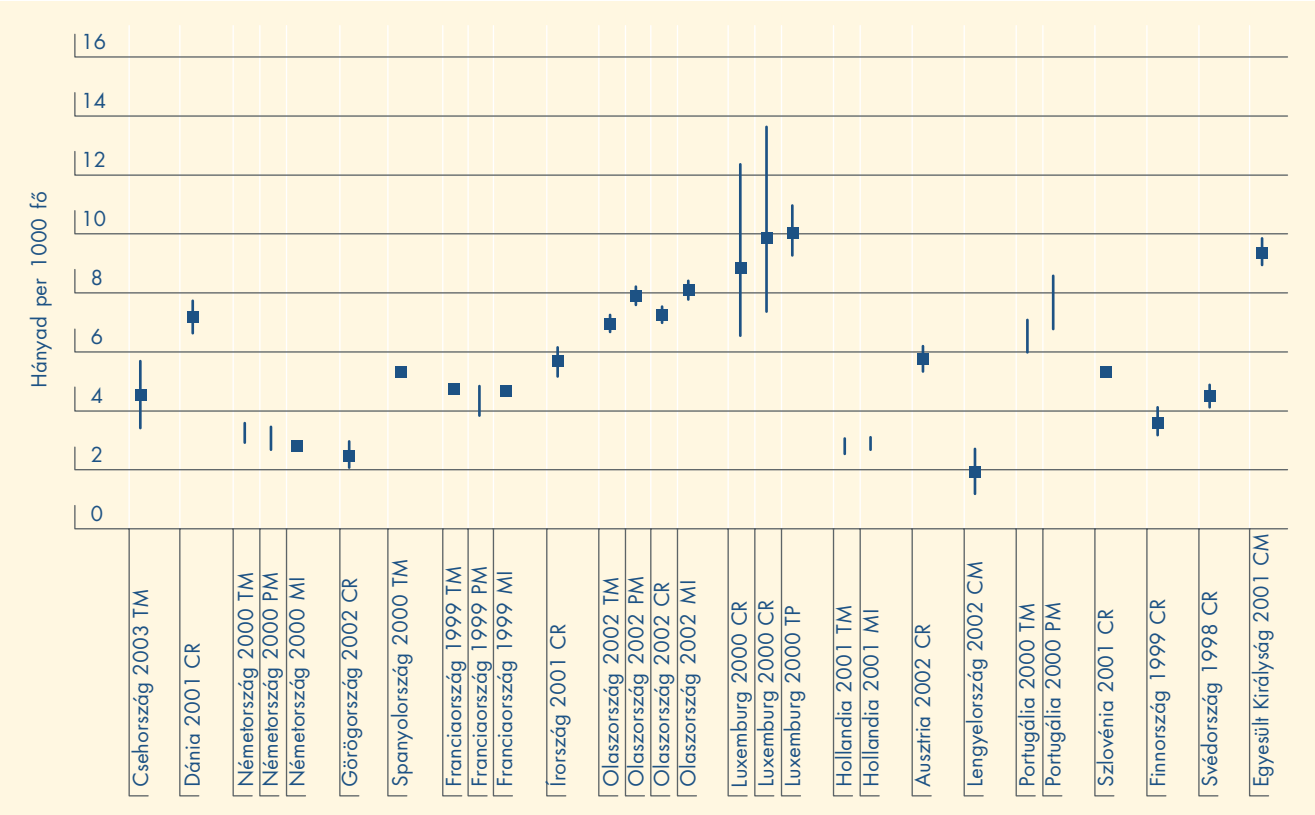
A problémás kábítószer-használat fogalma több fontos csoportra bontható. Általános különbséget lehet tenni a heroinhasználat – amely az EU-országok többségében történetileg a legtöbb problémás kábítószer-használatért felelős – és a serkentőszerek problémája között, amely utóbbi Finnországban és Svédországban játszik fontos szerepet, ahol a problémás kábítószer-használók elsősorban amfetaminhasználók. Ehhez hasonlóan Csehországban is a metamfetamin-használók teszik ki hagyományosan a problémás kábítószer-használók jelentős hányadát.

A problémás kábítószer-használat egyre sokfélébbé válik, és a KKEM jelenleg vizsgálja, hogy szükséges-e az európai operatív definíció finomítása a változó kábítószeres jelenségek fényében. A politoxikomán droghasználat (többféle kábítószer [polidrog] használata) problémája például egyre jelentősebbé válik a legtöbb országban, miközben néhány országban, ahol hagyományosan az opiátproblémák voltak dominánsak, most más kábítószerek

([84]) További részletekért l. a problémás kábítószer-használat módszertani jegyzeteit a 2004-es statisztikai értesítőben.

([85]) L. Előfordulás_Tbl 3 és Előfordulás_Tbl 4 a 2004-es statisztikai értesítőben.

11. ábra: A problémás kábítószer-használat becsült hányada (15–64 évesek, per 1000 fő)



Megj.: CR = Fogás-visszafogás eljárás *(Capture-recapture)*; TM = Kezelési multiplikátor; PM = Rendőrségi multiplikátor; MI = Többváltozós indikátor; TP = csonkolt Poisson-eloszlás; CM = Kombinált módszerek.
A célcsoportok a különböző módszerektől és adatforrásoktól függően kissé változhatnak, ezért az összehasonlításokat csak óvatosan szabad végezni. További részletek tekintetében l. Prevalence *(Előfordulás)* Tbl 3 és Tbl 4 a 2004-es statisztikai értesítőben. A svéd becslés most került kiigazításra, hogy illeszkedjen a KKEM problémás kábítószer-használati definíciójához. A spanyol becslés nem tartalmazza a problémás kokainhasználatot; nagyobb becslés található a Prevalence *(Előfordulás)* Tbl 3 és Tbl 4 táblázatokban, ahol ez a csoport is figyelembe van véve, de ami esetleg nem megbízható.
Forrás: Nemzeti fókuszpontok. L. még KKEM-projekt, *A problémás kábítószer-használat előfordulásának országos becslése az Európai Unióban, 1995–2000*, CT.00.RTX.23, KKEM, Lisszabon, 2003. Koordinálta: az Institut für Therapieforschung, München (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

irányába történő elmozdulásról számolnak be. Spanyolországban a problémás kábítószer-használat becslései csökkenést mutatnak, és növekedés tapasztalható a kokainnal kapcsolatos kábítószer-problémák terén, viszont nem érhetőek el a problémás kábítószer-használat megbízható időbeli irányzatai, amelyek a problémás kokainhasználatot is magukban foglalják. Németország és Hollandia a problémás kábítószer-használó népességen belül a krekk használóinak növekvő arányáról számol be, miközben a problémás kábítószer-használók teljes becsült száma Hollandiában változatlan maradt.

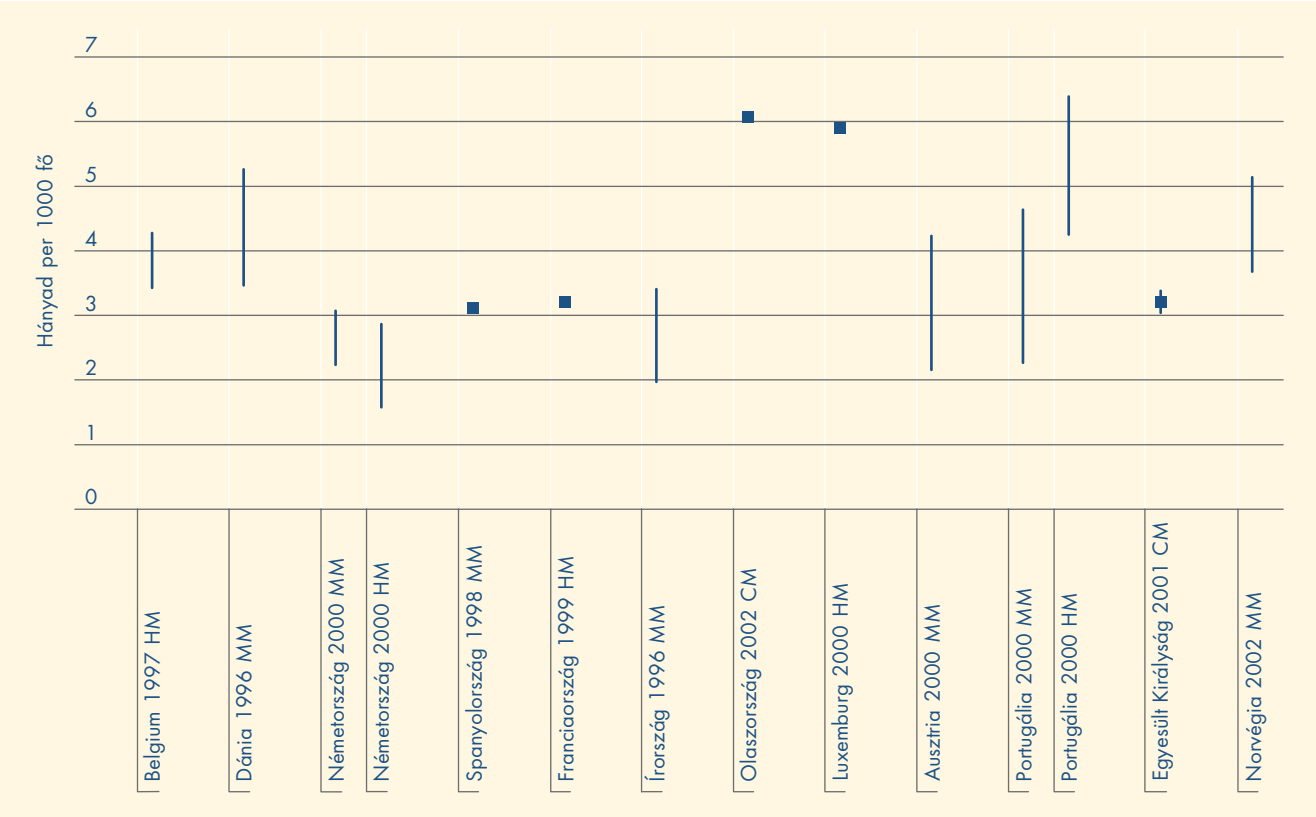
A problémás kábítószer-használat súlyozott átlagos gyakorisága az Európai Unióban valószínűleg négy és hét eset között van a 15–64 éves népesség 1000 egyénére vetítve, ez pedig 1,2–2,1 millió problémás kábítószer-használót jelent az Európai Unió bővítését követően, akik közül 850 000–1,3 millió gyakori injekciós használó. Ezek a becslések azonban durvák, és finomításra szorulnak, amint egyre több adat áll rendelkezésre a tagállamok részéről.

Kábítószer-injektálás

A kábítószert injektálók esetében a káros következmények veszélye nagyon nagy, ezért fontos a kábítószer-injektálást külön, a problémás kábítószer-használat alapkategóriájaként kezelni.

Az injekciós kábítószer-használat becslésének elvégzése közvetett (multiplikátor) módszerekkel történt, halálozási adatokból vagy a szerzett immunhiány vírusára (HIV), illetve a hepatitis C-vírusra vonatkozó (HCV) fertőzési adatokból kiindulva. Az adatok minősége és a módszertani megfontolások ismét csak értelmezési kérdésekhez vezettek; például ezekben a becslésekben nehéz megkülönböztetni a jelenlegi injekciózást az élet során bekövetkezett korábbi előfordulásoktól, ezért az országok közötti összehasonlításokat óvatosan kell elvégezni. Az injekciós kábítószer-használatról rendelkezésre álló országos szintű becslések a 15–64 éves népesség 1000 egyedére vonatkoztatva kettő és hat eset közé tehetők (12. ábra).

12. ábra: Az injekciós kábítószer-használat becsült hányada (15–64 évesek, per 1000 fő)



Megj.: MM = Halálozási multiplikátor; HM = HIV-multiplikátor; CM = Kombinált módszerek az injekciós kábítószer-használók becslésére.
A célcsoportok a különböző módszerektől és adatforrásoktól függően kissé változhatnak, ezért az összehasonlításokat csak óvatosan szabad végezni. A halálozási és a HIV-multiplikátorok az injekciós kábítószer-használat (főleg jelenlegi) becslését szolgálják, amely csak egy része a problémás kábítószer-használatnak. A többi módszer a problémás kábítószer-használat becslését eredményezi. További részletek tekintetében l. Prevalence *(Előfordulás)* Tbl 3 és Tbl 4 a 2004-es statisztikai értesítőben.

Forrás: Nemzeti fókuszpontok. L. még KKEM-projekt *A problémás kábítószer-használat előfordulásának országos becslése az Európai Unióban, 1995–2000,* CT.00.RTX.23, KKEM, Lisszabon, 2003. Koordinálta: az Institut für Therapieforschung, München (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

A kezelés alatt álló injekciós heroinhasználók arányának elemzése markáns különbségeket mutat az országok között a jelenlegi injekciós kábítószer-használat előfordulásában, valamint különféle időbeli tendenciák tekintetében ([86]). A rendelkezésre álló adatok szerint a heroinhasználat kapcsán első alkalommal kezelés alatt állók kevesebb mint fele (43%) számol be jelenlegi injekciózásról, szemben az összes kezeltre vonatkozó kétharmados (62%) aránnyal (súlyozott átlagok). Néhány országban (Spanyolország, Hollandia, Lengyelország) a heroinhasználók viszonylag kis hányada injekciózik, miközben más országokban (Csehország, Szlovénia, Finnország) a szokásos módszer még mindig a heroin injekciózása. Úgy tűnik, hogy az Európai Unió számos régi tagállamában – ahonnan adatok állnak rendelkezésre – az injekciós kábítószer-használat az 1990-es években csökkent. Ennek ellenére aggasztó, hogy más országokban (Németország, Írország, Finnország) az injekciós kábítószer-használat feltehetően nem csökken, hanem még emelkedhet is, az új tagállamokban pedig – legalábbis, ahol rendelkezésre állnak adatok – úgy tűnik, hogy szinte minden heroinhasználó injekciózik.

Lefoglalások és piaci információk ([87])

Az opiátok előállítása, kereskedelme és lefoglalása

Az egész világon a tiltott ópium és heroin nagy része néhány országból származik (UNODC, 2003a). A tiltott ópium globális termelése 2002-ben körülbelül 4500 tonnára rúgott, amelyhez Afganisztán 76%-ban járult hozzá; a fennmaradó rész Délkelet-Ázsiából származik, 18% Mianmarból, 3% pedig Laoszból. A világ ópiumtermelése az elmúlt öt év folyamán stabil maradt, 2001 kivételével, amikor az ópiummák termesztésének Afganisztánban a talibán rezsim által foganatosított betiltása drámai, azonban rövid életű csökkenést eredményezett.

Az Európai Unióban fogyasztott heroin termelése elsősorban Afganisztánban történik, illetve az ópium kereskedelmi útvonalai mentén, konkrétan Törökországban (UNODC, 2003a). A szer két fő kereskedelmi útvonalon éri el Európát. A történetileg fontos balkáni útvonal változatlanul kulcsszerepet tölt be a heroincsempészetben. A Pakisztánon, Iránon és Törökországon keresztüli szállítást követően az

([86]) L. 9. OL ábra: Tendenciák az injekciós kábítószer-használatban.
([87]) L. 3. fejezet, A lefoglalások és piaci adatok értelmezése, 31. o.

útvonal elágazik egy déli ágra Macedónia Volt Jugoszláv Köztársaságon, Albánián, Olaszország egy részén, Szerbián, Montenegrón és Bosznia-Hercegovinán keresztül, valamint egy északi ágra Bulgárián, Románián, Magyarországon és Ausztrián át. Az 1990-es évek közepe óta a heroin egyre inkább a „Selyemúton" kerül becsempészésre Európába Közép-Ázsián, a Kaszpi-tengeren és az Orosz Föderáción keresztül (Reitox nemzeti jelentések, 2003; UNODC, 2003a; CND, 2004; INCB, 2004a). Bár ezek az útvonalak a legfontosabbak, alkalomszerűen máshol is történnek lefoglalások, beleértve néhány afrikai országot és Kolumbiát.

Az importált heroinon kívül néhány opiát kábítószert az Európai Unióban készítenek. Ez főleg házi mákkészítmények elkészítésére (pl. mákkoncentrátum az őrölt mákfejekből vagy mákszárakból) korlátozódik számos keleti EU-országban, pl. Csehországban, Észtországban, Litvániában és Lengyelországban. Van bizonyíték arra, hogy ezeket a házi készítésű termékeket a tiltott piacon felváltotta az importált heroin.

Volumen tekintetében 2002-ben a világszerte lefoglalt heroin legnagyobb részét változatlanul Ázsia (52,5%) és Európa (28,1%) tette ki (CND, 2004); az európai heroinlefoglalások a nyugati országokra koncentrálódtak. 1998 óta a legnagyobb számú és mennyiségű heroinlefoglalásokat magáénak tudó ország az Európai Unióban az Egyesült Királyság, amelyet Spanyolország követ a sorban ([88]). 2001-ben az Egyesült Királyságban került sor az összes heroinlefoglalás egyharmadára, a mennyiség az Európai Unióban lefoglalt heroin mennyiségének 40%-át tette ki.

Az Európai Unióban lefoglalt heroin mennyisége ([89]) 1998-ig stabil volt, 1999-ben és 2000-ben emelkedett. Az adatokat szolgáltató országokban megfigyelhető tendenciák alapján az Európai Unióban lefoglalt heroin teljes mennyisége feltehetően stabil maradt 2000 óta ([90]), bár a heroinlefoglalások száma 2002-ben minden adatszolgáltató országban csökkent ([91]).

Aggasztó fejleménynek számítanak a fentanil kereskedelméről szóló közelmúltbeli jelentések. A fentanil szintetikus opiát, amely csaknem százszor hatásosabb, mint a heroin ([92]). A közelmúltban lefoglalásokról számoltak be a Balti-tengert övező országokban és az Orosz Föderációban. Svédországban két fentanillefoglalás történt 2002-ben, 2003-ban viszont 23. Észtországban 2001 végén jelent meg a fentanil és a metilfentanil a kábítószerpiacon a heroin helyettesítőjeként, amely 2002-ben 68 fentanil-lefoglaláshoz és 11 metilfentanil-lefoglaláshoz vezetett. Finnországban egy nagy viszonteladói szállítmányt foglaltak le 3-metilfentanilból 2002-ben. Litvániában fentanilt találtak hat lefoglalás során 2002-ben. Az INCB (2004a) 41 kg fentanil közelmúltbeli lefoglalásáról, valamint az előállító három laboratórium megszüntetéséről számolt be Ukrajnában. Az európai kábítószerpiacon a fentanil jelenlétének növekedése aggasztóvá válhat, mivel a szer problémákat okozó képessége nagyon nagy. Ezt hangsúlyozzák a balti országok jelentései az elmúlt két év során bekövetkezett olyan kábítószer-túladagolási halálesetekről, ahol a toxikológiai elemzés fentanilt mutatott ki, általában heroinnal együtt. Éberségre van szükség, mivel ez a szer kimaradhat a jelentésekből, különösen, ha a tiltott heroinnal keverik a hatás növelésének céljából. Ezenkívül beszámolók ismertek eltérített fentaniltermékekről; például Görögországban beszámoltak olyan kábítószer-használókról, akik fentanilt vontak ki a Durogesic® nevű fájdalomcsillapítóból.

A buprenorfin – egy gyógyszerészeti opioid –, úgy tűnik, hogy az Európai Unió néhány országában megjelent a feketepiacon, úgymint Csehországban, ahol a Subutex® megjelent 2002-ben, és az Egyesült Királyságban, ahol az elmúlt három évben számoltak be lefoglalásokról. Finnország jelentős Subutex®-lefoglalásokról számolt be 2001 és 2002 folyamán, Norvégia pedig a Temgesic® nagy lefoglalásáról adott hírt 2002-ben. Bizonyos fokig ez nem meglepő, mivel a buprenorfin receptre való felírása sok országban jelentősen növekedett. Azonban a szer úgy készül, hogy alacsony szintű visszaélési lehetőségekre nyújt lehetőséget, ezért ezek a jelentések további vizsgálatokat érdemelnek.

Nemzetközi akció a heroinkereskedelem ellen

Erősödik a nemzetközi együttműködés a megnövekedett afganisztáni herointermelés problémájával történő szembenézés érdekében (Europol, 2003). Az Interpol NEHRO-projektje ([93]) 2002 óta a Közép-Ázsia és Nyugat-Európa közötti új heroinkereskedelmi útvonalra összpontosít (Interpol, 2002; Europol, 2003). A Vámigazgatások Világszervezete (WCO) is elindította a „Tamerlán" elnevezésű műveletet, amelynek célja, hogy integrálja a vámhatóságokat, a rendőrséget és a határőrséget érintő jogérvényesítést minden olyan ország részéről, amelyen áthalad a Selyemút, vagy határos azzal (WCO, 2003a).

2003-ban a „Topáz" művelet – a heroin előállításában használt fontos vegyszer, az ecetsavanhidrid eltérítésének megelőzésére létrehozott program – a vegyszer Európába történő eltérítésével foglalkozó fedővállalkozásokat és kereskedelmi hálózatokat azonosított. Afganisztán és más ázsiai országok csatlakoztak a művelethez. A „Topáz" művelet egyike a számos nemzetközileg koordinált

([88]) Ez összehasonlítandó a hiányzó 2002-es adatokkal, amikor azok rendelkezésre állnak. A heroinlefoglalások számával kapcsolatos 2002-es adatok nem érhetők el Belgiumban, Olaszországban, Magyarországon, Hollandiában és Lengyelországban; a heroinlefoglalások számára és a lefoglalt mennyiségekre vonatkozó 2002-es adatok nem érhetők el Írországban, Cipruson, Máltán, Szlovákiában és az Egyesült Királyságban.

([89]) Pl. Piacok_Tbl 4 a 2004-es statisztikai értesítőben.

([90]) Összehasonlítandó a hiányzó 2002-es adatokkal, amikor azok elérhetővé válnak.

([91]) Ibid.

([92]) A fentanil véletlen fogyasztása esetén, ha heroinnal tévesztik össze, a mérgezés kockázata nagyon magas.

([93]) Észak-európai heroinútvonal.

tevékenységnek, amely a tiltott kábítószer-termeléshez szükséges előanyagok, valamint a tényleges kábítószerek megcélzása felé mutató irányzatot képviseli.

A heroin ára és tisztasága

Európában a heroin két formában fordul elő: általánosan elérhető barna heroin (a heroin bázikus formája), valamint a kevésbé általános és drágább fehér heroin (sóforma), amely tipikusan Délkelet-Ázsiából származik. Az Európai Unióban 2002-ben a barna heroin átlagos utcai ára a jelentések szerint a Magyarországon tapasztalt 29 euró/gramm és a svédországi 161 euró/gramm között változik, miközben a fehér heroin ára 32 euró/gramm (Magyarország) és 213 euró/gramm (Svédország) között mozog ([94]). Ez az árkülönbözet valószínűleg az eladott kábítószer tisztaságát tükrözi. Az elmúlt öt év során a barna és a fehér heroin átlagos eladási ára stabil volt vagy csökkent az adatokat szolgáltató országokban, kivéve Csehországot, ahol a jelentések szerint az árak növekedtek. 2002 folyamán a barna heroin átlagos utcai ára a kilenc adatszolgáltató EU-ország közül hat országban csökkent, miközben a fehér heroin átlagos árára vonatkozólag a többség (hat országból négy) növekedésről számolt be.

Az Európai Unióban 2002-ben a barna heroin átlagos tisztasága az utcai szinten a luxemburgi 10%-tól a spanyolországi 43%-ig változott, miközben a fehér heroin átlagos tisztasága az észtországi és finnországi 7% és a norvégiai 75% között mozgott. Az elmúlt öt év során a heroin tisztasága csökkent vagy azonos szinten maradt az Európai Unió legtöbb országában. A 2001. év során a barna heroin tisztasága a legtöbb olyan országban emelkedett, amely adatokat közölt erről (10-ből 7), azonban ez a trend 2002-ben megfordult, amikor öt (hét közül) ország, Dánia, Luxemburg, Portugália, az Egyesült Királyság és Norvégia számolt be jelentős visszaesésről az átlagos tisztasággal kapcsolatban. A fehér heroin átlagos tisztasága az utcai szinten 2001-ben és 2002-ben is egyaránt csökkent, azonban időbeli irányzati adatok csak három országban állnak rendelkezésre (Dánia, Észtország, Finnország).

Kábítószerekkel kapcsolatos fertőző betegségek

AIDS

Az AIDS-járvány gyorsan terjed az Európai Unió néhány új tagállamában és azok szomszédainál. Észtország, Lettország, Oroszország és Ukrajna azok közé az országok közé tartozik, ahol a betegség a leggyorsabban terjed. Az előfordulási arány széles körben változik az Európai Unió többi új tagállamában, és közülük többeket hasonló járvány veszélye fenyeget. Az Európai Unió „régi" tagállamai közül néhány, amelyet eddig elkerültek a nagy AIDS-járványok az injekciós kábítószer-használók körében, most a megnövekedett járványveszély jeleit mutatja.

Az injekciós kábítószer-használókról jelentett adatok elemzése azt mutatja, hogy a HIV-esetek gyakorisága Észtországban és Lettországban 2001-ben tetőzött, 991, illetve 281 eset/egymillió lakos aránynál, amelyet 2002-ben csökkenés követett a még mindig nagynak nevezhető 525, illetve 170 eset/egymillió lakos gyakoriságig (13. ábra) (EuroHIV, 2004). Az észlelt csökkenés lehetséges okai között az adatgyűjtési változók, a legnagyobb veszélyt jelentő injekciós kábítószer-használók telítődése és/vagy viselkedési változások szerepelnek. Az új EU-tagországok közül Észtország (6,2–13%), Lettország (6,6–14,6%) és Lengyelország (6,8–9,1%) jelentette a legnagyobb előfordulási arányokat a 2001 és 2003 között tesztelt injekciós kábítószer-használók különféle nemzeti mintái között, miközben ezekben az években a három országban a helyi csúcs 41%-os (964 esetből), 22%-os (205 esetből), illetve 29,7%-os (165 esetből) volt. Észtországban a többféle forrásból származó HIV-előfordulási adatok a tesztelt injekciós kábítószer-használók közötti előfordulás legújabb csökkenését látszanak megerősíteni (2002-ben az országos szinten tesztelt 1186 injekciós kábítószer-használó közül 6,2%, szemben a 2001-es 13%-kal a 2078 személy közül). Lettországban a kábítószer-kezelési központokból származó nemzeti adatok a tesztelt injekciós kábítószer-használók között szintén csökkenő előfordulást mutatnak (a 2001-es 13,7%-tól a 2003-as 6,6%-ig), más országos forrásból származó adatok (kórházi és letartóztatási adatok: a 2000-es 7,8%-tól a 2002-es 14,6%-ig) és helyi forrásokból származó adatok (többféle színhelyek Riga térségében és Tukumsban: a 2000-es 18,3%-tól a 2003-as 22,0%-ig) azonban a tesztelt injekciós kábítószer-használók más mintáiban az előfordulás folytatódó növekedésére utalnak. Litvániában az újonnan bejelentett HIV-pozitív esetek terén a közelmúltban – 2002-ben – nagy növekedést tapasztaltak egy börtönbeli járványkitörés miatt, azonban az előfordulás az injekciós kábítószer-használók körében alacsony maradt (2002-ben és 2003-ban: 1,0% a 2831, illetve 2,4% az 1112, országos szinten többféle helyről származó injekciós kábítószer-használó között, valamint 0,6% a 641, illetve 0,4% a 235 injekciós kábítószer-használó között, akik egy tűcserélő programban vettek részt Vilniusban). A börtönbeli járványkitörés jól példázza a megelőző intézkedések foganatosításának sürgősségét ebben az országban és egyéb területeken, ahol az injekciós kábítószer-használók aránya még mindig kicsi, valamint azt a fontos szerepet is, amelyet a börtönök játszhatnak a betegség terjedésében az injekciós kábítószer-használók körében (Dolan, 1997–1998; Dolan és társai, 2003).

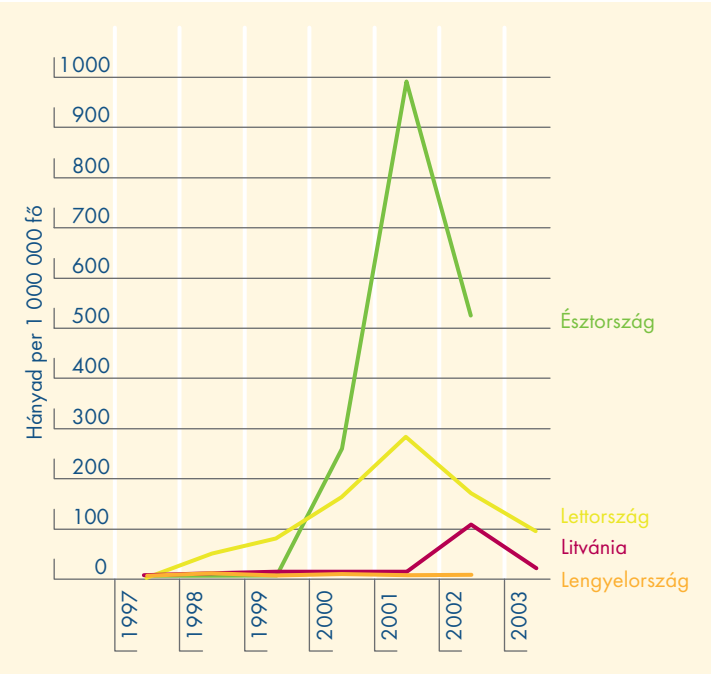
Lengyelországban a közegészségügyi laboratóriumokból származó országos előfordulási adatok csökkenést mutatnak a tesztelt injekciós kábítószer-használók közötti HIV-előfordulásokban a 2000-es 10,7%-ról (3106 közül) a 2002-es 6,8%-ra (2626 közül). Ez a csökkenés konzisztens az injekciós kábítószer-használók körében újonnan jelentett esetek tendenciájával, amely a 2000-es magas 8,6 eset/egymillió lakos szintről a 2001-es és 2002-es

([94]) L. Piac_Tbl 14 a 2004-es statisztikai értesítőben.

5,1 és 6,9 esetre csökkent. A helyi előfordulási adatok viszont Pomorskie térségében 2002-ben nagy előfordulást mutattak (165 kezelésből és utcáról toborzott injekciós kábítószer-használó 30%-a; a 69 utcáról toborzott 15%-a), bár meg kell jegyezni, hogy a kábítószer-kezelésre járó injekciós kábítószer-használók közötti előfordulás túlbecsüli az előfordulást az injekciós kábítószer-használó népesség egészében. Az Unió többi új tagállamában az AIDS előfordulása az injekciós kábítószer-használók körében még mindig nagyon alacsony volt 2001-ben és 2002-ben, bár a frissebb adatok nagyrészt hiányoznak. Az AIDS előfordulása átlagosan 1% alatti volt Csehországban, Szlovéniában és Szlovákiában, hasonlóan a szomszédos EU-tagjelölt országokban, azaz Romániában és Bulgáriában (KKEM, 2003a). Bár ezeket az országokat eddig elkerülték a járványok az injekciós kábítószer-használók körében, az injekciós kábítószer-használat növekedéshez vezethet a HIV- és a hepatitis-fertőzés előfordulásában a közeljövőben, amennyiben a megelőzési intézkedések nem lesznek megfelelők (l. a kábítószerrel kapcsolatos fertőzések csökkenéséről szóló részt ebben a fejezetben).

Az EU tizenöt korábbi tagállamában az AIDS-járvány mértéke az injekciós kábítószer-használók körében már nagyjából stabilizálódott vagy csökkent, a HIV-esetek bejelentési adatai szerint; a 2002-es gyakoriságok a Görögországban tapasztalt, egymilliós népességre vetített 1,3 új eset és a Portugáliában tapasztalt 115,7 között változtak (az utóbb említett 2003-ban 88,4-re csökkent) (EuroHIV, 2004). Azonban, mivel az országos esetbejelentés nem kialakult az injekciós kábítószer-használókkal kapcsolatos legnagyobb járvánnyal rendelkező országokban, az eseti bejelentéseken alapuló időbeli trendek félrevezetőek lehetnek az Európai Unió szintjén, és az injekciós kábítószer-használók szérumbeli előfordulási adatai fontos kiegészítést jelentenek. A rendelkezésre álló országos előfordulási adatok nagy változatosságot mutatnak az országok között és országokon belül is: a finnországi 0–1%-tól (tűcserélő akcióból származó adatok) a spanyolországi 9,7–35%-ig, ahol a kábítószer-használók különböző országos mintákból származnak (2001–2003) (14. ábra). A tesztelt injekciós kábítószer-használók előfordulása általában stabil vagy csökkenő ([95]), bár a stabil előfordulás nem jelenti azt, hogy átterjedés nem fordul elő, és néhány országban helyi vagy regionális szinten történt növekedés az előfordulások terén az 1990-es évek közepe óta. Ezenkívül néhány területen, ahol korábban növekedést jelentettek, hiányoznak a frissebb adatok. Az előfordulás növekedése azt sejteti, hogy a megelőzés ezeken a területeken elégtelen, még néhány régi járvánnyal rendelkező területen is. Az injekciós kábítószer-használók közötti folyamatos átterjedésnek számos területen további bizonyítéka a fiatal (25 év alatti) és az új (két évnél rövidebb ideje injekciózó) injekciós kábítószer-használók körében tapasztalt nagy előfordulási arány (KKEM, 2003b) ([96]). Ahol a betegség előfordulása nagy maradt az injekciós kábítószer-használók körében, ott fontosak a folyamatos megelőzési erőfeszítések, annak érdekében, hogy az új injekciós kábítószer-használókra, az injekciós kábítószer-használók szexuális partnereire, valamint az anyáról gyermekére történő átterjedés megakadályozható legyen.

13. ábra: Bejelentett újonnan diagnosztizált HIV-fertőzési esetek injektáló kábítószer-használók között, egymilliós népességre, néhány új EU-tagállamban



Forrás: AIDS Járványtanát Monitorizáló Európai Központ (EuroHIV).

Hepatitis B és C és egyéb fertőzések

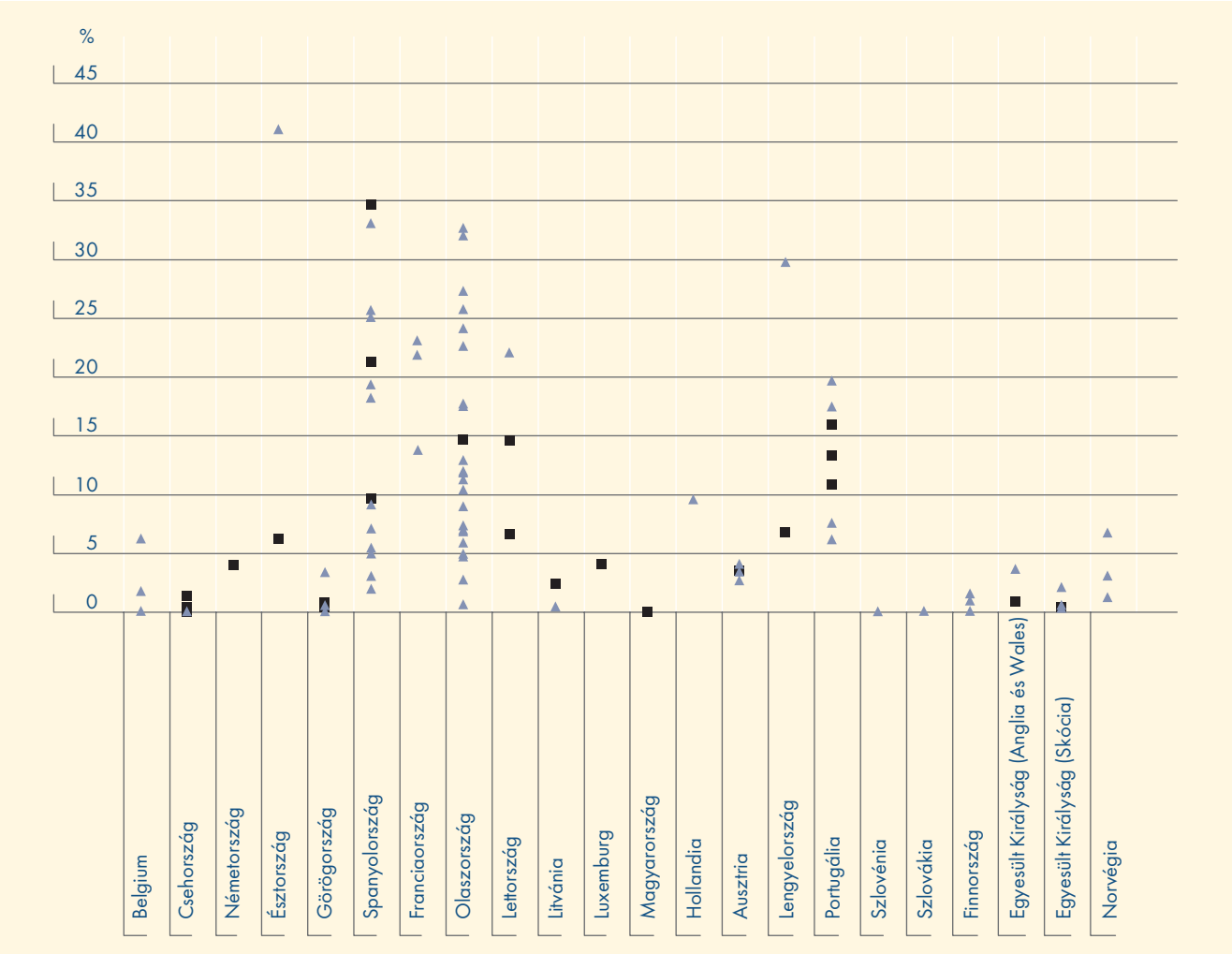
A hepatitis B-vírus (HBV) ellenanyagának és a hepatitis C-vírus (HCV) ellenanyagának előfordulása (6–85%, ill. 17–95%) az injekciós kábítószer-használók körében az Európai Unióban általában rendkívül nagy, ami a kezelések és a megelőzés komoly szükségességét jelzi (15. ábra). A HCV előfordulása alacsonyabb (25–33%) néhány országban, ahol a HIV-előfordulás is alacsony (figyelemre méltó néhány új EU-tagország: Magyarország, Szlovénia, Szlovákia), sejtetve, hogy a nagy veszélyt jelentő viselkedés ezekben az országokban nem elterjedt. Ez azt jelzi, hogy ezen betegségek terjedésének megelőzése kárt csökkentő beavatkozásokkal még mindig lehetséges (l. alább).

Az injekciós kábítószer-használat egy sor egyéb fertőző betegség átterjedésének útja lehet, például az elmúlt években injekciós kábítószer-használókkal kapcsolatos tetanusz és seb-botulizmus járvány fordult elő az Egyesült

([95]) Az adatokkal kapcsolatos további részletek és eredeti források tekintetében l. Fertőző betegség_Tbl 1 és Fertőző betegség_Tbl 8 a 2004-es statisztikai értesítőben.

([96]) Ibid.

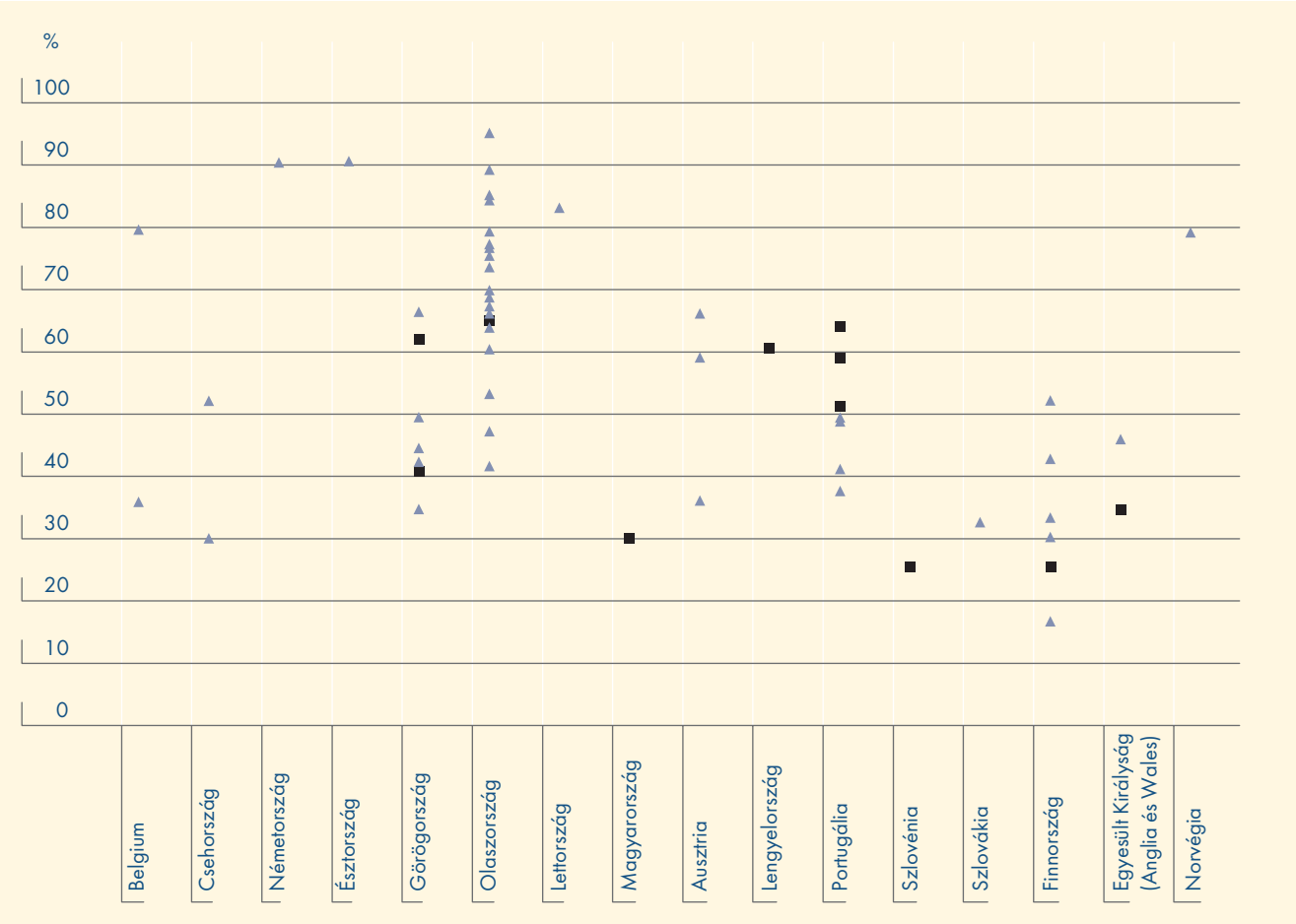
14. ábra: A HIV-fertőzés előfordulása az injekciós kábítószer-használók között – tanulmányok országos és helyi lefedettséggel, 2001–2003



Megj.: ■ = minták országos lefedettséggel; ▲ = minták helyi/regionális lefedettséggel.
Az országok közötti eltéréseket a különböző körülmények és/vagy vizsgálati módszerek miatt csak óvatosan szabad elemezni; az országos mintavételi stratégiák változók.
A portugál és az olasz adatok nem injekciós kábítószer-használókat is tartalmaznak, ezért esetleg alábecsülik az injekciós kábítószer-használók közötti előfordulást (a nem injekciós kábítószer-használók hányada a mintákban: Olaszország 5–10%, Portugália ismeretlen). Franciaországnál ez néhány más mintára érvényes.
A német, az olasz, a magyar, a portugál és a szlovák adatok a kezelésben lévő injekciós kábítószer-használók közötti HIV-előfordulásra korlátozódnak, és esetleg nem reprezentatívak a kezelésben részt nem vevő injekciós kábítószer-használók közötti HIV-előfordulásra vonatkozóan.
A német és a luxemburgi adatok, valamint részben a Belgiumra és Franciaországra vonatkozó adatok alapját a saját jelentésű teszteredmények képezik, amelyek nem olyan megbízhatók, mint a klinikailag dokumentált tesztek.
Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok. Az elsődleges forrásokat, a tanulmány részleteit és a 2001 előtti adatokat illetően l. IDisease *(Fertőző betegség)* Tbl 8 a 2004-es statisztikai értesítőben.

Királyságban, valószínűleg a heroin szennyezettsége és/vagy a specifikus injekciós gyakorlatok miatt (Hope és társai, 2004). A tuberkulózis (TBC) előfordulása az injekciós kábítószer-használók körében az Európai Unióban általában alacsonynak tűnik, és nem mutat növekedést, kivéve talán a balti országokban (Migliori és Centis, 2002). Kelet-Európa szomszédos országaiban azonban ez egyre nagyobb problémává válik, a kezelés iránt tanúsított ellenállás és a börtönlakók közötti nagy előfordulás miatt, akik között sok a kábítószer-fogyasztó. A szexuális úton továbbított fertőzések egyrészt a nagy veszélyt jelentő szexuális viselkedés mutatói, másrészt a HIV-fertőzés kockázati tényezői (Estebanez és társai, 2001). Jelenleg a szexuális úton továbbított fertőzések száma gyorsan növekszik számos EU-országban, főleg a homoszexuális férfiak körében. A kábítószer-használók között a szexuálisan továbbított fertőzések nagyon gyakoriak bizonyos országokban, pl. Írországban és Olaszországban (Giuliani és Suligoi, 2004), míg más országokban (pl. Svédország és Norvégia) alig említik; azonban úgy tűnik, hogy a legtöbb országban speciálisan a kábítószer-használókra vonatkozó megfigyelési adatok hiányoznak. Amennyiben a szexuális úton továbbított fertőzések megfigyelési adatai hasznosnak bizonyulnak az injekciós kábítószer-használók közötti, nagy

15. ábra: A HCV előfordulása az injekciós kábítószer-használók között – tanulmányok országos és helyi lefedettséggel, 2001–2002



Megj.: ■ = minták országos lefedettséggel; ▲ = minták helyi/regionális lefedettséggel.
Az országok közötti eltéréseket a különböző körülmények és/vagy vizsgálati módszerek miatt csak óvatosan szabad elemezni; az országos mintavételi stratégiák változók.
A portugál és az olasz adatok nem injekciós kábítószer-használókat is tartalmaznak, ezért esetleg alábecsülik az injekciós kábítószer-használók közötti előfordulást (a nem injekciós kábítószer-használók hányada a mintákban: Olaszország 5–10%, Portugália ismeretlen). Csehországnál ez egy mintára érvényes.
Az angol, a walesi és részben a finn adatok nyáltesteken alapulnak, amelyek alábecsülik a HCV előfordulását.
A belga, az olasz, a magyar, a portugál, a szlovén és a szlovák adatok a kezelésben lévő injekciós kábítószer-használók közötti HCV-előfordulásra korlátozódnak, és esetleg nem reprezentatívak a kezelésben részt nem vevő injekciós kábítószer-használók közötti HCV-előfordulásra vonatkozóan.
Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok. Az elsődleges forrásokat, a tanulmány részleteit és a 2001 előtti adatokat illetően l. IDisease *(Fertőző betegség)* Tbl 11 a 2004-es statisztikai értesítőben.

veszélyt jelentő szexuális viselkedés indikátoraként az AIDS szexuális úton történő továbbításának mérésére (Wiessing és Kretzschmar, 2003), akkor fontos körülmény, hogy ezek megkülönböztessék az injekciós kábítószer-használókat, és ezzel lehetővé tegyék a trendek figyelemmel kísérését – különösen az injekciós kábítószer-használók körében. Összességében az injekciós kábítószer-használók körében a fertőző betegségek járványügyi helyzete súlyos. Mindez szorgalmazza a kábítószer-használók szisztematikus szűrését bármely olyan alkalommal, amikor kapcsolatba kerülnek az egészségügyi szolgáltatásokkal, valamint szorgalmazza az elégséges források biztosítását a megelőzésre és a kezelésre.

A kábítószerrel kapcsolatos fertőzések csökkentése

További növekedés tapasztalható 2001 óta számos tagállamban a tű- és fecskendőprogramok számában és földrajzi lefedettségében ([97]). Észtországban és Lettországban az új szolgáltatások gyors terjesztése folyik, amelyet helyi, nemzeti és nemzetközi pályázatok támogatnak a jelentős AIDS-járványra való reagálásként. Skóciában a cserélt tűk száma csaknem háromszorosára növekedett 1997 és 2002 között, és további növekedéseket várnak, miután a fecskendők maximális számát ügyfelenként 60-ra emelték, amely serkenti a kortársakkal történő cserét. A nyugat-európai országokban meglévő maradék földrajzi

([97]) L. 6. OL táblázat: Tű- és fecskendőprogramok típusai és biztosítása, gyógyszerészeti beavatkozás, terjesztett/értékesített fecskendők száma.

akadályok eltűnésével a tű- és fecskendőprogramok mára szintén kialakultak Észak-Írországban (gyógyszertáralapú) és Flandriában (Belgium). Svédországban azonban a tű- és fecskendőprogramok kiterjesztéséről folyó viták még mindig folyamatban vannak.

Ahol végeztek a fecskendők elérhetőségével kapcsolatos vizsgálatokat, az eredmények azt mutatták, hogy az injekciós felszerelés legáltalánosabb forrása a gyógyszertári vásárlás (pl. a tű- és fecskendőprogramok klienseinek 30–45%-a Belgiumban, 32%-a Luxemburgban és 30–40%-a Magyarországon). Négy országban a gyógyszertárak játszanak jelentős szerepet a fecskendő cseréjében vagy ellátásában: Spanyolországban, Portugáliában és az Egyesült Királyságban a gyógyszertárak ingyen cserélik a fecskendőket, Franciaországban pedig államilag támogatott steril csomag vásárolható, elsősorban a gyógyszertárakban. A gyógyszertárak szerepvállalásának eredményeként ez a négy ország jó földrajzi lefedettséget ért el a tűcserélő pontok terén. A többi országban a kábítószer-használóknak meg kell vásárolniuk a fecskendőket (és egyéb kiegészítőket), és a drága ár néhány országban aggodalmat keltő ([98]).

Franciaország és Portugália arról számol be, hogy a gyógyszertárakból szerzett fecskendők száma csökkenőben van. Franciaországban az eladott fecskendők száma 45%-kal csökkent 1999 és 2002 között, azaz 16,5 millióról 9 millióra. Ezeket a csökkenéseket nem ellensúlyozta a tű- és fecskendőprogramokban való növekvő részvétel.
A lehetséges magyarázatok között van a nem injekciós fogyasztási módok növekedése, az injekciós kábítószer-használók növekvő hozzáférése a helyettesítő kezelésekhez, vagy éppen a növekvő szintű közös tűhasználat (Emmanuelli, 2003).

A tű- és fecskendőprogramokat többféle eltérő módon lehet megvalósítani: „alacsony küszöbű" kábítószer-hivatalokon, gyógyszertárakon, közegészségügyi és szociális létesítményeken keresztül vagy mozgó tű- és fecskendő-cserélő pontokkal (felszerelt busz vagy terepre látogató utcai szociális munkások) és speciális gépekkel. Számos új tagállamban (Csehország, Lengyelország, Szlovénia, illetve Bulgária) konkrétan, de Belgiumban, Írországban és az Egyesült Királyságban is a kortárs generációhoz tartozó felkutató szociális munkások egyre növekvő szerepet játszanak kábítószer-használók steril felszereléssel történő ellátásában (McVeigh és társai, 2003).

Fejlemények a kábítószerrel kapcsolatos fertőzések kezelésében

A kábítószer-használók közötti hepatitis C-vírusfertőzés (HCV) nagy gyakorisága egyre növekvő aggodalmat kelt az egészséggondozási szakemberek körében. A vírussal megfertőződő emberek 60–80%-a krónikusan fertőzötté válik, amely végső stádiumú májbetegséghez vezet az esetek csaknem 20%-ában, azonban a kábítószer-használók nehezen jutnak hozzá a hepatitis C-kezeléshez. A KKEM által készített, a hepatitis C-ről szóló politikai összefoglaló és tudományos monográfia on-line módon elérhető (KKEM, 2003c; KKEM, 2004d) ([99]).

A kábítószer-használók helyzete a májbetegségek kezeléséhez való hozzáférést illetően a legtöbb országban még javítandó. Mivel az orvosi ellátás biztosításának irányításához fontos eszköznek tekintik a kezelési útmutatókat, a KKEM 2003/2004 folyamán elemezte a 15 „régi" EU-országban és Norvégiában a kábítószer-használók HCV-fertőzésének kezelésére irányuló útmutatókat ([100]). A tanulmány kimutatta, hogy számos országban folyik az országos útmutatók felülvizsgálata, és annak során figyelembe veszik a jobb kezelési lehetőségeket és a jelentősen jobb eredményeket. Néhány új útmutató kifejezetten utalt azokra a kutatásokra, amelyek dokumentálták a kábítószer-használók hasznát, amennyiben a kezelést hepatológusokból és kábítószerre szakosodott orvosokból álló szakmaközi csoportok végezték.

Az AIDS, Tuberkulózis és Malária Elleni Világalap (GFATM) különleges támogatást nyújt ahhoz, hogy Észtországban és a tagjelölt Bulgáriában lévő betegek számára retrovírus elleni kezelést biztosítsanak. A kezelésben előreláthatólag 500 fő vesz részt Észtországban és 200 fő Bulgáriában (GFATM Titkárság, 2004).

Új irányzatok a szolgáltatásban

A kábítószer-használók számára biztosított „alacsony küszöbű" – eredetileg a tű és fecskendő cseréjére összpontosuló – szolgáltatások fő irányzatához tartozik a túlélésorientált szolgáltatásokkal – pl. menedékekkel, egészségvédelmi és orvosi szolgáltatásokkal – történő integráció, valamint a nyitvatartási idők kiterjesztése az estékre, éjszakákra és hétvégekre.

Mivel egyre több kaotikus kábítószer-használóval állnak szemben, akik nemigen hajlandók kapcsolatot felvenni a szolgáltatásokkal, a holland kábítószeres szolgáltatások megint a „barátságos" meggyőzést alkalmazzák, hogy így a különben elérhetetlen kábítószer-használók is gondozásba kerüljenek. Ez a megközelítés – amelyet interferenciálisnak neveznek – kiemelkedő és asszertív egészségügyi szolgáltatást biztosít olyan sérülékeny személycsoportoknak, amelyek tagjai többféle problémával küzdenek, és aggasztó, életminőségüket erősen fenyegető helyzetük ellenére sem fordulnak rendszeresen az egészségügyi intézményekhez (Roeg és társai, 2004).

A kábítószer-használókkal és a veszélyeztetettekkel való kapcsolattartás létfontosságú az egészségnevelési üzenetek átadásában, a kábítószerrel összefüggő egészségkárosodások megelőzésében. Ezt magas szinten

([98]) L. 7. OL táblázat: Általánosan használt fecskendőtípusok ára euróban (tűvel).
([99]) 4. OL doboz: A hepatitis C-vírusról szóló kulcsfontosságú téma bemutatja a hepatitis C-vírusról szóló három közelmúltbeli KKEM-publikáció eredményeit.
([100]) A hepatitis C-vírusfertőzés kezelésére irányuló útmutatók elemzése, tekintetettel a kábítószer-használók ilyen kezeléshez való hozzáférésére.

sikerült megvalósítani Csehországban, ahol 93 szolgáltatásból álló, sűrű hálózat szövi át az országot, és jutott el 2002-ben több mint 22 000 egyéni problémás kábítószer-használóhoz – amely a problémás kábítószer-használók becsült népességének több mint felét jelenti (Csehország, nemzeti jelentés, 2003., 35. oldal).

Számos ország ismeri el a kábítószerrel kapcsolatos „alacsony küszöbű" szolgáltatások szerepét az olyan alapvető egészségvédelmi szolgáltatások platformjaként, mint pl. a sebek és zúzódások kezelése, pl. a norvégiai „mozgó ápolóállomásokon". Finnországban az „alacsony küszöbű" orvosi szolgáltatások – az úgynevezett „egészségügyi tanácsadó központok" – sikeresen hajtanak végre vizsgálati és vakcinabeadási akciókat. Az orvosi ellátásban részesülés lehetősége még az olyan kábítószer-használók számára is vonzó, akiket egyébként nehéz elérni, és az egészségügyi személyzettel való kapcsolat lehetőséget teremt, a tű- és fecskendőcsere alkalmain túl, hogy más szolgáltatásokra, például AIDS-tanácsadásra és -vizsgálatra, illetve egészségvédelmi és kábítószer elleni kezelésre kapjanak beutalót (KKEM, 2004a).

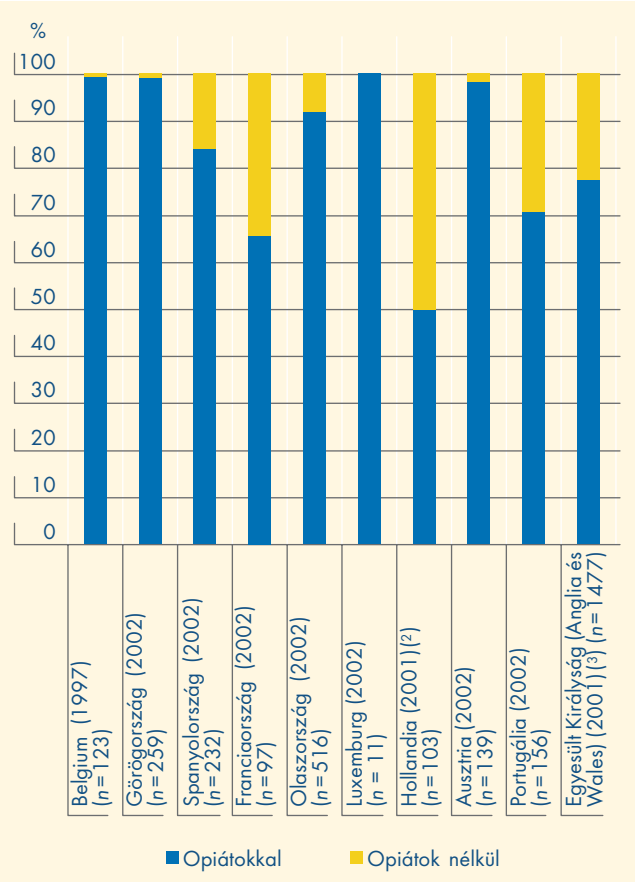
Az „alacsony küszöbű" szolgáltatások szükségessége nagyobb a „régi" járványokkal küzdő országokban, ahol a régóta injekciózóknak már jelentős egészségi problémái vannak, valamint még inkább peremhelyzetben és szociálisan elzártan élnek. A szolgáltatások szélesedő köre talán ennek a csoportnak a növekvő szolgáltatásfüggését is tükrözi.

Kábítószerrel összefüggő halálesetek ([101])

Az Európai Unióban bejelentett illegális anyagok miatt az opiátok jelen vannak a legtöbb „kábítószerrel összefüggő halálesetben" ([102]), bár sok esetben egyéb anyagokat szintén azonosítanak a toxikológiai vizsgálat során (16. ábra) ([103]).

1995 és 2001 között az Európai Unió országai 8–9000 túladagolásos halálesetet jelentettek be évente ([104]). Ezek a számok minimális becslésnek tekintendők, és valószínű, hogy a legtöbb országban a jelentések bizonyos mértékben alulreprezentáltak. A túladagolásos áldozatok többsége fiatal férfi (70–93%), aki húszas éveinek végén vagy harmincas éveiben jár, az életkori közép 31 és 40 év között helyezkedik el. Az Unió legtöbb országában az áldozatok egyre idősebbek, ami „öregedő kohorsz hatást" sejtet ([105]). Finnországban és kisebb mértékben Görögországban és az Egyesült Királyságban ez az irányzat nem figyelhető meg, és ez figyelmet érdemel, mivel az injekciós vagy az opiáthasználat növekedését jelezheti a közelmúlt évek során (17. ábra).

16. ábra: Opiátokat tartalmazó és nem tartalmazó kábítószerek okozta halálesetek aránya néhány EU-tagországban 2001/2002 ([1]) között

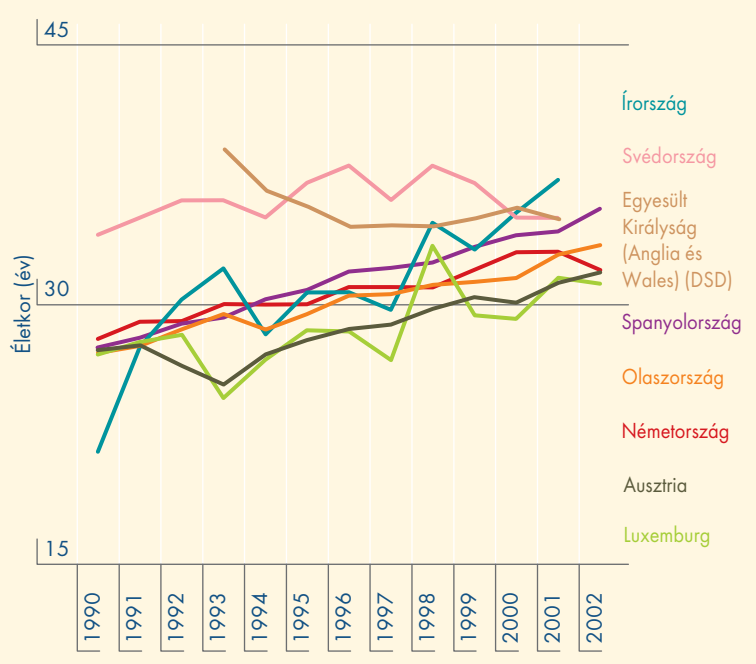


([1]) Vagy a legutóbbi év, amelyről információ áll rendelkezésre.
([2]) Hollandiában néhány esetben az „opiátok nélkül" az „egyéb és specifikálatlan narkotikumokra" vagy az „egyéb és specifikálatlan pszichodiszleptikumokra" vonatkozik, amely tartalmazhat opiátos eseteket és kokainos eseteket is.
([3]) Az Egyesült Királyságban a toxikológiai információ a halottkémjelentéseken alapuló np-SAD (St George's Hospital Medical School) rendszeren alapul. A legalább egy opioidot említő esetek szerepelnek; átfedés lehetséges, és a teljes arány esetleg kisebb.
Megj.: Néhány országban a „nemzeti definíciók" a kábítószer okozta halálesetekről korlátozott számban olyan eseteket is tartalmaznak, amelyekben a kábítószer-használat közvetett módon okozta a halált.
Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003, az adatok az országos halotti nyilvántartásokból vagy speciális (igazságügyi orvostani vagy rendőrségi) nyilvántartásokból származnak. „Az akut kábítószerrel kapcsolatos elhalálozás definíciója a tagállamokban" módszertani jegyzeteiben bemutatott országos definíciók alapján. L. még: DRDeaths *(A kábítószer okozta halálesetek)* Tbl_1 a 2004-es statisztikai értesítőben.

Rendszeres jelentések érkeznek az Európai Unió különböző országaiból kábítószerrel összefüggő halálesetek áldozatairól, akiknek a szervezetében metadon jelenlétét mutatták ki. Mint minden opiátféle, a metadon is

([101]) A kábítószerrel összefüggő halálesetek áttekintését l. a „Kábítószerrel összefüggő halálesetek és halálozás a kábítószer-használók körében" c. részben, a tavalyi éves jelentésben (KKEM, 2003b).
([102]) L. módszertani jegyzetek, „Kábítószerrel összefüggő halálesetek – KKEM-definíció" a 2004-es statisztikai értesítőben. L. KKEM-jegyzőkönyv a kábítószerrel összefüggő halálesetekre (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419).
([103]) L. Kábítószerrel összefüggő halálozás_Tbl 1 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([104]) L. Kábítószerrel összefüggő halálozás_Tbl 2 és Kábítószerrel összefüggő halálozás_Tbl 3 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([105]) L. 10. OL ábra: A 35 év felettiek arányának változása a kábítószerrel összefüggő akut halálozás áldozatai között az EU-országokban 1990-től 2001–2002-ig.

17. ábra: A kábítószer okozta halálesetek áldozatainak átlagéletkora néhány EU-tagállamban, 1990–2002



Megj.: Az ábra azokat az országokat mutatja, amelyek a jelentési időszak legtöbb évére vonatkozóan megadták az áldozatok átlagos életkorát. L. még 10. OL ábra: A 35 év felettiek arányának változása a kábítószerrel összefüggő halálozás áldozatai között az EU-országokban 1990-től 2001–2002-ig.
A kábítószerrel kapcsolatos akut elhalálozás definíciója módszertani jegyzetekben bemutatott országos definíciókon alapul. Angliában és Walesben a „kábítószer-stratégiai definíciót" használják (2004-es statisztikai értesítő).

Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003, az adatok az országos halotti nyilvántartásokból vagy speciális (igazságügyi orvostani vagy rendőrségi) nyilvántartásokból származnak.

potenciálisan toxikus anyag, azonban a kutatások egyértelműen azt mutatják, hogy a helyettesítő kezelés csökkenti a túladagolásos halálozás veszélyét a program résztvevőinél. Számos tanulmány jelezte, hogy azok a halálesetek, amelyeknél metadon jelenléte merül fel, valószínűleg a tiltott, semmint az orvos által felírt metadonhasználat eredményei. Mások azt találták, hogy nagyobb veszélyt jelent a metadonfenntartó kezelés első fázisa. Ezek az eredmények a helyettesítési programokra vonatkozó minőségszabványok biztosításának igényét jelzik.

Trendek az akut kábítószerrel összefüggő halálozásban

A kábítószerrel összefüggő halálozás tendenciái országonként különbözőek, bár néhány általános irányvonal kirajzolódik az Európai Unió országaiban. Általános, markáns emelkedés volt tapasztalható a kábítószerrel összefüggő halálozásban az 1980-as évek során és az 1990-es évek elején ([106]). Az 1990 és 2000 közötti időszakban a néhány országban tapasztalható csökkenés ellenére az összesített növekedési tendencia folytatódott, bár kisebb ütemben. 2000-ben 8838 haláleset került bejelentésre, szemben az 1990-es 6284 esettel (40%-os növekedés).

2000-ben és 2001–2002 során az Európai Unió sok tagállama számolt be csökkenésről a kábítószerrel összefüggő halálozások számával kapcsolatosan, ami néhány esetben (Németország, Görögország, Írország, Olaszország és Portugália) statisztikailag szignifikáns szintet ért el. Norvégiában a rendőrség 2002-re vonatkozóan szintén a kábítószerrel összefüggő halálozások szignifikáns csökkenéséről számolt be. Az Európai Unió szintjén általános csökkenés volt megfigyelhető 2000 (8838 eset) és 2001 (8306 eset) között, ami szerény, ámde statisztikailag szignifikáns csökkenést jelent (6%) (18. ábra) ([107]).

Az új tagállamokban és a tagjelölt országokban valószínűleg a kábítószerrel összefüggő halálozás növekedése várható. Jelenleg néhány ilyen országban korlátozottan állnak rendelkezésre a kábítószerrel összefüggő halálozásokról szóló információk, és a megfigyelt tendenciák elemzésénél óvatosan kell eljárni. Észtországban és Szlovéniában növekvő tendencia érzékelhető, Bulgáriában és Csehországban azonban nem lehet semmilyen irányzatot kimutatni.

Annak ellenére, hogy az injekciózás az opiáthasználók körében több országban csökken, a kezelések elérhetősége növekszik, és az elmúlt két év során a kábítószerrel összefüggő halálozás csökkent (bizonyos országokban nincs), a jelenlegi értékek hosszú távú szemszögből nézve még mindig magasak.

Összesített halálozás az opiáthasználók között

A „halálozási kohorsszal (életkori csoport)" kapcsolatos tanulmányok kimutatták, hogy az opiáthasználók közötti halálozás csaknem hússzor nagyobb mértékű, mint az azonos korú általános népesség körében. A KKEM egy együttműködési projektet koordinál, amely nyolc ország „halálozási kohorszára" terjed ki, és az előzetes eredményeket az előző KKEM-jelentések ismertették. További elemzés folyik franciaországi és skóciai kohorszok bevonásával. Az eredmények várhatóan a következő éves jelentésekben szerepelnek majd.

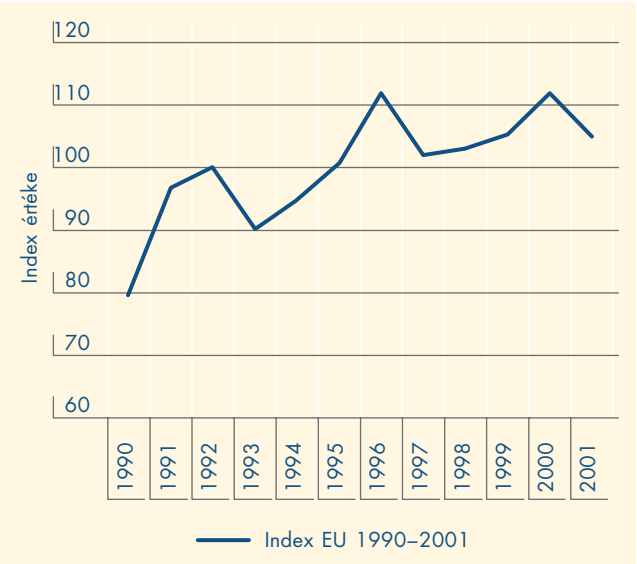
A kábítószerrel összefüggő halálozás csökkentése

Az 1990-es évek közepe óta növekedett a szociális és személyi kockázati tényezők ismerete, valamint a kábítószerrel összefüggő halálozás veszélyének és a valószínű előfordulási körülményeknek – különösen a

([106]) L. 11. OL ábra: Hosszú távú uniós tendencia a kábítószer-használattal közvetlenül összefüggő akut halálozásokban (1985–2001).

([107]) L. még 12. OL ábra: Tendenciák a kábítószerrel összefüggő akut halálozásokban a különböző uniós országokban és az EU-ban összesítve 1985–2001. Az Egyesült Királyság adatait l. még „Módszertani jegyzetek a kábítószerrel összefüggő halálozás nemzeti definícióiról" (statisztikai értesítő): „Kábítószerstratégia-definíció" és „ONS hagyományos definíció". A Kábítószerstratégia-definíció által képzett becslések nagyon hasonlóak a KKEM standard európai definíciójához („B válogatás").

18. ábra: A kábítószer-használathoz kötődő akut halálesetek számának változása – EU és Norvégia (1990–2001) (Az 1990–2001 közötti időszakban az indexet átlagosan 100-ra tette)



Megj.: Az elégtelen adatok miatt a 2002-es index kiszámítása nem történt meg. Egyes országonkénti irányzatok a 11. OL ábra alatt elérhetők. Az országonkénti esetszámról szóló adatok A kábítószer okozta halálesetek _Tbl 2 és Tbl_3 táblázatokban találhatók (2004-es statisztikai értesítő).
Az Egyesült Királyságban az Országos Statisztikai Hivatal (ONS) által megadott adatokat választották, mivel azok hosszabb időszakra vonatkozóan rendelkezésre állnak.

Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003, az adatok az országos halotti nyilvántartásokból vagy speciális (igazságügyi orvostani vagy rendőrségi) nyilvántartásokból származnak. Az akut kábítószerrel kapcsolatos elhalálozás országos definíciói módszertani jegyzeteiben bemutatott országos definíciókon alapuló adatok (2004-es statisztikai értesítő).

fatális herointúladagolásnak – az ismerete (pl. Best és társai, 2000, 2001; Origer és Delucci, 2002). Az eredmények arra utalnak, hogy az orvosi és oktatási megközelítéseknek jelentős szerepük van a halálesetek számának csökkentésében. A túladagolásos halálesetek számának a közelmúltban számos országban (Franciaország, Spanyolország) tapasztalt csökkenését a helyettesítő kezelések jobb elérhetőségének (pl. Franciaországban: nemzeti jelentés, 2002, 2003) tulajdonítják, valamint a kábítószer beadásának módjában történt változásoknak és az injekciózás csökkenésének (KKEM, 2004b).

A kábítószerrel összefüggő halálozás csökkentése az Európai Unió szintjén az egyik cél (az Európai Unió kábítószer-stratégiája, 2000–2004, 2. cél), és ezt hangsúlyozzák a tagállamok növekvő számú nemzeti kábítószer-stratégiái is ([108]).

A túladagolás veszélyeiről és annak kezeléséről szóló információs és oktatási anyagok (tájékoztató füzetek, poszterek, brosúrák és videoanyagok) terjesztése a kábítószer-használók körében és a szociális hálózatokban általános gyakorlat az Európai Unió legtöbb régi tagállamában, azonban nem szokásos az új tagállamokban. Néhány ország beszámol egyéb reagálásról is, pl. a kortársak beavatkozása kábítószerrel kapcsolatos vészhelyzetek esetén, valamint a mentők hívására való bátorítás az esetleges túladagolást észlelő kábítószer-használók körében, azonban még mindig nem érhető el az ezekkel kapcsolatos rendszerezett ismeretanyag. Egyes országok már alkalmazzák vagy mérlegelik az egyik opiát-antagonista (naloxon) terjesztését a kábítószer-használók között, hogy csökkentsék a kábítószer-túladagolási haláleseteket ([109]) (KKEM, 2003a).

Néhány országban ellenőrzött kábítószer-fogyasztási létesítmények állnak rendelkezésre a kábítószer-használók számára, akiknél a túladagolás veszélye nagy: ilyen szolgáltatások léteznek Németországban, Spanyolországban és Hollandiában, valamint előkészületben van létrehozásuk Luxemburgban, Szlovéniában és Norvégiában. Ha a lefedettség megfelelő, ezek a szobák segíthetik a kábítószerrel összefüggő halálozás csökkentését a városokban.

Ausztriában sürgősségi osztályokon alapuló projekt foglalkozik a gyakran túladagoló kábítószer-használókkal ([110]).

„Belövőszobák" (Consumption rooms)

„Belövőszobák" – olyan létesítmények, ahol a kábítószer-használók számára higiénikus körülmények között, képzett személyzet felügyelete alatt, a letartóztatástól való félelemtől mentesen engedik a kábítószer-fogyasztást – 39 európai városban működnek. A *European report on drug consumption rooms* (Kábítószer-fogyasztási szobákról szóló európai jelentés) (KKEM, 2004a) bemutatja ezeket a szobákat, ismerteti, hogy milyen módon és miért hozták őket létre; kifejti ezen létesítmények meghatározott célcsoportjait, célkitűzéseit és működését; továbbá összefoglalja a rendelkezésre álló bizonyítékokat.

Mivel a kábítószer-fogyasztási szobák erősen specializált szolgáltatások, amelyek egy szélesebb, a kábítószer-használók számára létrehozott szolgáltatási hálózathoz tartoznak, ezek a szobák az egészségügyi dolgozók, a rendőrség, a helyi hatóságok és helyi közösségek beleegyezésén és aktív együttműködésén alapulnak. A jelentés kimutatja, hogy a szobák sikeresen teremtenek kapcsolatot a kábítószer-használók problémás csoportjaival, és eredményesen előmozdítják az igen szükséges orvosi alapellátáshoz, valamint a szociális és kezelési szolgáltatásokhoz való hozzáférésüket. Mivel hozzáférést nyújtanak a tiszta injekciós felszereléshez, valamint felügyelt környezethez a kábítószer fogyasztására, a morbiditás és a halálozás kockázatai, valamint a nyilvános kábítószer-használat okozta zaklatás csökken.

([108]) L. 8. OL táblázat: A kábítószerrel összefüggő halálozás csökkentésére irányuló stratégiák és intézkedések a 25 EU-tagállamban és Norvégiában.
([109]) Ibid.
([110]) L. Ausztriai EDDRA projekt kapcsolat az EDDRA-adatbázishoz (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=2066).

7. fejezet

Kezelés – a problémákkal küzdők igényeinek kielégítése

A kábítószerrel kapcsolatos problémákkal küzdők közül sokakon segít valamilyen gyógykezelési intézménnyel felvett kapcsolat. Az Európai Közösségben egy sor különféle gyógykezelési lehetőség áll rendelkezésre, amely a probléma nemzeti és történeti környezetét is tükrözi, valamint a segítségre szoruló népesség különböző sajátosságait. Ezeket foglaljuk össze az alábbiakban. A gyógykezelés elérhetősége országonként különböző, és általában kevésbé fejlett az új tagállamokban. Úgy tűnik azonban, hogy összességében a gyógykezelési szektor kapacitásának növelésére folyamatos beruházásokat valósítanak meg, és a kábítószeres problémákkal küzdők számára elérhető lehetőségek terén bizonyítottan fejlődés ment végbe.

Az új fejlemény ezen a területen az új technológia, mint az Internet, kommunikációs lehetőségeinek kihasználása a kábítószer-használók számára rendelkezésre álló szolgáltatások fejlesztésében. Jelentős figyelmet fordítottak az Internetnek az illegális kábítószer-használattal kapcsolatos tájékoztatásban betöltött szerepére is. Ennek megfelelően pozitív eredmény, hogy néhány ország, például Hollandia és Finnország kezdeményezéseket tett az Internet célzott felhasználására a rendelkezésre álló információs és gondozási lehetőségek fejlesztése érdekében. Olyan tevékenységek tartoznak ide, mint pl. az e-mail- és mobiltelefon-használókkal létrehozott közvetlen kommunikációs kapcsolat kiaknázása, valamint annak megvizsgálása, hogy miként válhatnak hasznára a kábítószer-használóknak az elektronikus tanácsadási és az SMS (szöveges) -szolgáltatások.

Az egész Európai Unióban általános tendencia, hogy a kábítószerrel kapcsolatos gyógykezelés eltávolodik a kórházaktól, és közelebb kerül a közösségi környezetben lévő gyógykezelési központokhoz. A fejlődés kevésbé látható az új tagállamokban, ahol változatlanul a pszichiátriai kórházak maradnak az elsődleges gyógykezelési szolgáltatók (Észtország, Lettország, Litvánia, Szlovénia), bár ez éppen változhat néhány országban: például Csehországban a gondozás mindkét területen folyik.

A gyógykezelési szolgáltatások sajátosságai

Gyógyszermentes kezelés

A gyógyszermentes kezelés a kábítószerektől való hosszú távú tartózkodás elérése érdekében alkalmazott pszichoszociális és oktatási technikákat jelenti. A gyógyszermentes kezelés hagyományosan rehabilitációs otthonokban és hosszú távon történt, pl. terápiás közösségekben. Manapság is sokszor közösségalapú. Gyógyszereket is használhatnak az elvonási tünetek enyhítésére. Ez általában antidepresszánsokra és/vagy benzodiazepinekre korlátozódik, bár néhány terápiás közösségben nem adnak ilyen gyógyszereket ([111]).

Mivel a gyógyszeresen támogatott kezelés általában csak az opioidhasználóknak áll rendelkezésükre, a nem opioid kábítószerekkel kapcsolatos problémákkal küzdők számára az egyetlen terápiás lehetőség többnyire a gyógyszermentes kezelés valamilyen fajtája.

Gyógyszeresen támogatott kezelés

A gyógyszeresen támogatott kezelésnek egyaránt része az agonistákkal és antagonistákkal végzett helyettesítő kezelés. Ez a fajta farmakológiai beavatkozás a naltrexont (egy antagonista) használja fel, vagy a következő opioid-agonisták valamelyikét: metadon, buprenorfin, dihidrokodein, heroin, lassan felszabaduló morfin.

A metadon változatlanul a leggyakrabban felírt helyettesítő anyag a kibővített Európai Unióban. A kezelési lehetőségek azonban az elmúlt évek folyamán kiszélesedtek. Hollandia és Írország (ahol csupán a detoxikációra használják) ([112]) kivételével 2002-re minden akkori tagállam beszámolt a buprenorfin használatáról. Egyéb helyettesítő anyagok, például a dihidrokodein (Belgium, Németország, Luxemburg, Ausztria), a lassú felszívódású morfin (Ausztria) és a heroin (Németország, Hollandia, Egyesült Királyság) ritkábban vagy orvosi kísérlet részeként kerülnek felhasználásra (Springer, 2003a) ([113]).

Az abszolút számokat tekintve a helyettesítő kezelés az opiáthasználók számára a leginkább elérhető specializált kábítószer-kezelési fajtává vált az Európai Unióban; több

([111]) L. 13. OL ábra: Kábítószermentes fekvőbeteg-kezelési módok.
([112]) Írországban a buprenorfint is használják, de csak a megvonási tünetek kezelésére.
([113]) L. 9. OL táblázat: Alkalmazott helyettesítő anyagok az EU tagállamaiban.

mint 400 000 egyén részesül ilyen kezelésben. Szlovénia kivételével a beavatkozás ilyen formája sokkal kevésbé érhető el az Európai Unió új tagállamaiban, ahol a gyógyszermentes kezelési eljárások a meghatározók ([114]).

A helyettesítő gyógykezelés elérhetősége és igénybevételének feltételei

Folytatódik az a tendencia, amely arra törekszik, hogy a helyettesítő kezelés igénybevételének feltételei kevésbé legyenek korlátozóak. Történetileg tekintve az igénybevétel feltételei mindig nagyon szelektívek voltak, és ezt a fajta kezelést csak olyanokra korlátozták, akiknek konkrét krónikus problémái voltak. Ma a helyettesítő gyógykezelés igénybevétele általában a 18 éves vagy ennél idősebb, 1–2 éves problémás kábítószer-használati előélettel rendelkező személyekre korlátozódik (pl. Belgium, Írország, Hollandia). A legtöbb új tagállam nagyobb küszöbökről számol be, pl. minimálisan 20 éves életkor és legalább ötéves problémás kábítószer-használati előélet (pl. Észtország és Lettország), bár Szlovénia 16 éves kortól engedélyezi a helyettesítő kezelést a kábítószer-használóknak. Viszonylag szigorú felvételi kritériumok vannak Görögországban, Finnországban, Svédországban és Norvégiában, ahol a kezelés minimális életkori határa 20 és 25 év között változik, és 4–5 éves problémás használat szükséges.

A helyettesítő kezelés elérhetőségében tapasztalt növekedés ellenére számos ország tudósított arról, hogy az igények még mindig felülmúlják a kínálatot. Várólistákról számoltak be Belgiumban, Csehországban, Észtországban, Magyarországon, Írországban, Svédországban és Norvégiában. Az elérhetőséget szintén korlátozhatja, hogy milyen módon szerveződnek a kábítószeres szolgáltatások; például Litvániában a betegeknek fizetniük kell saját gyógyszereikért, és ez csökkenti a szolgáltatás igénybevételét.

A helyettesítő kezelés bevezetése

Jelentős eltérés mutatkozik a tagállamok között a helyettesítő kezelés megvalósításának időzítése tekintetében. Néhány tagállam már az 1960-as évek végén, illetve az 1970-es évek elején bevezette a metadonos helyettesítő programokat, más országok (Belgium, Görögország, Franciaország, Norvégia) az 1990-es évekig nem vezették be széleskörűen ezt a fajta kezelést. A helyettesítő kezelés közelmúltbeli fejlemény az új tagállamok többségében, ahol a legtöbb ország az 1990-es évek során indította el az ezzel kapcsolatos folyamatokat, sőt Észtország csak 2001-ben vezette be az első ilyen programot. Szlovénia kivételnek számít, mivel már 1990 óta megalapozott programokkal rendelkezik ([115]).

Pszichoszociális támogatás a helyettesítő kezelésben

Bár széles körben elfogadott, hogy a helyettesítő kezelést pszichoszociális támogatásnak is kísérnie kell, azonban erről közel sem lehet kijelenteni, hogy rutinszerűen kiegészítené a kezelést. Csehországban, Németországban és Hollandiában a források hiánya korlátozza a megfelelő pszichoszociális támogatás biztosítását. Norvégiában, bár elméletileg a helyettesítő kezelés minden résztvevőjét egy szociális konzulenshez kellene utalni, a gyakorlatban nem mindig áll rendelkezésre elegendő kapacitás ennek megvalósításához. Egy dán tanulmány szerint azok a metadonos betegek, akik nem kapnak pszichoszociális támogatást, szignifikánsan gyakrabban használnak másodlagos kábítószereket, mint az ilyen támogatásban részesülők. További kutatás vizsgálja, hogy a kiterjesztett pszichoszociális támogatás javíthatja-e a kezelés kimenetelét (Pedersen, 2001). A Ír Orvosi Kamara a pszichoszociális komponens szükségességét hangsúlyozó, bizonyítékokon alapuló helyettesítési kezelési irányelveket (2003) hagyott jóvá.

A pszichoszociális támogatás hasznossága azonban a kliens részéről ennek a terápiás lehetőségnek az értékéről kialakuló véleményen is múlik. Görögországban a jelentések szerint a metadonos kezelési programokban részt vevő betegek gyakran fordulnak pszichoszociális tanácsadáshoz, Lettországban viszont csak néhány beteg szeretne ilyen beavatkozást.

Minőségbiztosítás

A kezelés minőségbiztosítása így határozható meg: „a biztosított szolgáltatások minőségének figyelemmel kísérésére, dokumentálására és javítására irányuló rendszeres erőfeszítés”. Az Európai Unióban általánosan öt minőségbiztosítási mechanizmus elfogadott: a kezelési szolgáltatások, a kezelési szabványok és a személyzet képzésének akkreditációja, a kliensek és a kezelési kimenetelek megfigyelése, és végül a visszatartási arányok, kimenetel, elégedettség, elbocsátás stb. értékelése (19. ábra).

A kábítószer-kezelési szolgáltatások minőségbiztosításával kapcsolatos új fejleménynek számít a minőségbiztosításnak a nemzeti kábítószer-stratégiákba történő beillesztése (Görögország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Svédország) vagy az ilyen szolgáltatások minimális követelményeinek rögzítése (Belgium, Csehország, Németország, Hollandia, Lengyelország, Szlovénia és az Egyesült Királyság). A kezelési szolgáltatások akkreditációja számít a minőségbiztosítás egyik mechanizmusának számos országban (Németország, Spanyolország, Franciaország,

([114]) L. 14. OL ábra: Az opiáthasználati helyettesítő, ill. a kábítószermentes kezelés dominanciája.

([115]) L. 15. OL ábra: A metadonkezelés bevezetése az Európai Unióban.

Írország, Luxemburg, Hollandia, Lengyelország, Portugália és az Egyesült Királyság), bár néhányan azt vallják, hogy szükség van még továbbiak megvalósítására is (Csehország, Hollandia). Sok ország számol be az alkalmazottak képzésének javításáról, bár ennek tényleges mértékét és a lefedettséget nem mindig monitorozzák rendszeresen. A kábítószeres kezelések rendszerezett, nagyléptékű értékelése viszonylag ritka, csak Dániában, Olaszországban, Lettországban, Luxemburgban, Lengyelországban, az Egyesült Királyságban és Norvégiában fordul elő.

Szociális beilleszkedés

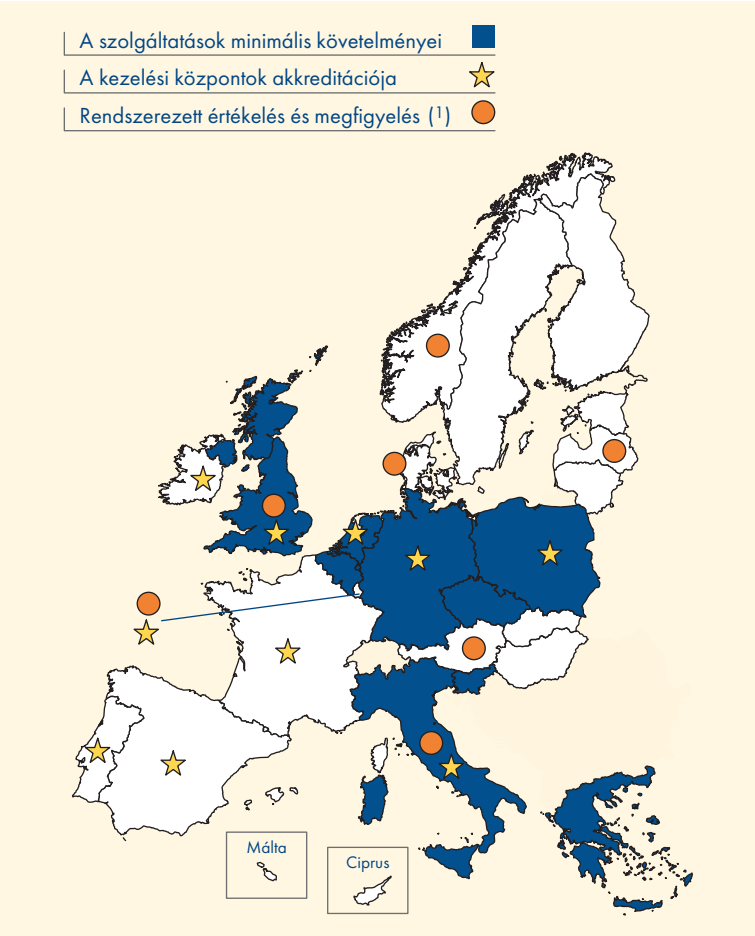
A szociális beilleszkedés három „pilléren" alapul: (1) lakhatás, (2) oktatás és (3) munkavállalási és szakmai képzés. A lakhatás a stabil élet előfeltétele, és a beavatkozások arra irányulnak, hogy a (korábbi vagy jelenlegi) kábítószer-használók számára lakóhelyet biztosítsanak, illetve a lakásbérletet támogassák. A legtöbb kábítószer-használó viszonylag kevés formális oktatásban részesült, ezért jól járna az olvasási vagy számolási készsége vagy egyéb képessége továbbfejlesztésével. Végül a munkavállalási és szakmai képzési kezdeményezések a szociális függetlenség elérésére irányulnak azzal, hogy a klienseket integrálni próbálják a munkaerőpiacra, munkahelyek keresésével vagy akár támogatásával, illetve speciális szakmai oktatással.

A szociális beilleszkedés kevésbé régi alapokkal rendelkező válasz a problémás kábítószer-használatra, mint a kezelés, ennek megfelelően a megfigyelés és jelentéskészítés ezen a területen szintén szórványos. Néhány tagállam arról számol be, hogy ez a terület sokkal több figyelmet és anyagi forrást igényel (Németország, Észtország, Finnország). Bizonyos országokban viszont a politika fordít egyre több figyelmet a szociális beilleszkedésre azzal, hogy a nemzeti kábítószer-stratégiák részévé teszi, valamint anyagi támogatást nyújt hozzá (Görögország, Írország, Anglia és Wales) ([116]).

Kezelési igényekkel kapcsolatos adatok

A kábítószer-problémára kezelést kereső emberek számával kapcsolatos információk hasznos betekintést engednek a problémás kábítószer-használat általános irányaiba, valamint képet adnak az európai kezelési létesítmények szerveződéséről és kapacitásáról is. A KKEM kezelésiigény-mutatója (treatment demand indicator, TDI) egységes struktúrát biztosít a kábítószeres kezelési létesítményekbe utalt kliensek számáról és sajátosságairól történő jelentésekhez. Bár a TDI-adatok a speciális kábítószeres szolgáltatásokhoz beutalt kliensek

19. ábra: A kábítószerrel összefüggő kezelés minőségbiztosítása



([1]) Egy központi helyen lévő jegyzék vagy adatbank, amely a betegeket és/vagy kezeléseket kíséri figelemmel.
Forrás: Reitox nemzeti jelentések.

sajátosságainak megfelelően nagyméretű és hasznos reprezentációnak tekinthetők, számos technikai ok miatt óvatosan kell bánni az eredményeknek az ilyen szolgáltatások teljes ügyfélkörére történő extrapolálásával.

A legfrissebb TDI-adatok és a nemzeti jelentések által felfedett általános kép változatlanul az elmúlt években kibontakozó tendenciát tükrözi, amely szerint a kezelési szolgáltatásokhoz csatlakozók száma összességében növekszik. A kezelési számok tapasztalható növekedése ellenére az új kezelési igény – tehát a kezelésre első alkalommal jelentkező egyének száma – meglehetősen stabilnak látszik ([117]). Az összesített igényben tapasztalt növekedést különböző tényezők kombinálódása magyarázhatja meg, különösen maga a jelentési rendszer általi lefedettség javulása és a kezelés elérhetőségében történt bővülés ([118]).

([116]) L. 16. OL ábra: A szociális beilleszkedés biztosításának áttekintése.
([117]) L. 17. OL ábra: A kábítószer-kezelést évente újonnan igénybe vevő kliensek néhány EU-tagállamban.
([118]) L. TDI_Tbl 1 és TDI_Tbl 2 a 2004-es statisztikai értesítőben.

A kábítószeres gyógykezelést igénylő kliensek sajátosságai

Mind a kábítószerrel kapcsolatos szolgáltatások, mind pedig azok kliensei a belvárosokban és városi területeken koncentrálódnak, ahol a kábítószeres problémák egy sor egyéb szociális és egészségügyi problémával kombináltan jelennek meg, amelyek mindegyike általánosabban jellemző a peremhelyzetű és hátrányos helyzetű közösségekre.

A legtöbb kliens huszonévesen vagy harmincas évei elején kerül be a specializált kábítószer-kezelésre; az első alkalommal kezeléshez forduló kliensek átlagos életkora 26 év. Az európai adathalmazban megfigyelt életkoreloszlás azonban nem egységes, és csúcsokat mutat a 20 év alattiaknál és a 39 év felettieknél. Ennek fő oka az, hogy az életkoreloszlás tükrözi azt a tényt, miszerint a problémás opiáthasználók vagy kokainhasználók az átlagosnál idősebbek, míg akik kannabiszhasználat vagy serkentő kábítószerek használata miatt igényelnek kezelést, azok tipikusan fiatalabbak az átlagnál ([119]). Így azokban az országokban, ahol markáns növekedést tapasztaltak a kannabiszproblémával beutaltak számában – pl. Dánia, Németország és Finnország –, a kliensek tipikusan fiatalabbak olyan országokkal összehasonlítva, mint pl. Görögország, Spanyolország és Hollandia, ahol a heroin- és kokainprobléma a meghatározó. A kábítószer-probléma történeti kifejlődése is szerepet játszik a kezelésre járó populáció életkorának meghatározásában; például Finnországban a kliensek viszonylag fiatalok, és ez azt a tényt tükrözi, hogy a kábítószer-probléma viszonylag új. Hasonló eredmények várhatók számos új tagállammal kapcsolatosan, ahol a kábítószer-problémák szintén gyakran viszonylag új történeti jelenségnek számítanak, bár a kábítószer-kezelést keresők legnagyobb része számára a heroinproblémák a meghatározók ([120]).

Noha a férfi kábítószer-használók az összes európai országban többségben vannak, a férfiak és nők aránya országonként változik, a 3:1 és a 6:1 között. Az országok közötti különbségek ismét a kábítószer-probléma típusát tükrözik, valamint a területet (a női kábítószer-használók legnagyobb arányban az észak-európai országokban és az új tagállamokban találhatók) és a kliensek életkorát.

Érdekes megjegyezni, hogy a heroin, a kokain, a hipnotikumok és a nyugtatók miatt kezelésre jelentkező kliensek legtöbbje naponta fogyasztja ezeket a kábítószereket, míg más kábítószerek esetén a használat szélesebb eloszlást mutat. Ezt a témát részletesebben tárgyalja A kannabiszprobléma összefüggései (82. oldal) című válogatott téma.

A legtöbb kezelésre járó kliens arról számol be, hogy fiatal korában kezdte el a kábítószer-használatot – általában 15 és 19 éves kor között. Azonban markáns különbségről tudósítanak az első heroin- és kokainhasználattal kapcsolatosan, ezt ugyanis a kliensek 20–30%-a 25 éves korában vagy később kezdte el ([121]).

Szociális demográfia

A demográfiai információk azt sejtetik, hogy a kezelésre járó kliensek valószínűleg szociálisan és gazdaságilag hátrányos helyzetben vannak. A kliensek több mint fele nem képes befejezni a középfokú iskolát ([122]). A rendes-munkaviszony-nélküliek aránya közöttük nagyobb, mint a munkanélküliség általános aránya: néhány országban a kezelés alatt álló kábítószer-használók több mint fele munkanélküli ([123]). A lakhatási körülmények gyakran szintén bizonytalanok: a kezelés alatt állók körülbelül 15%-a szociális intézményekben vagy bizonytalan lakóhelyen él ([124]). Ezenkívül nem szabad elfelejteni azt sem, hogy a hajléktalanság maga is korlátozza az egyéneket abban, hogy éljenek a kezelési lehetőségekkel, valamint azt sem, hogy a hajléktalanság súlyosbítja mind a kábítószer-problémákat, mind pedig azok következményeit (KKEM, 2003b, 65. oldal).

A stabil lakhatással rendelkező kliensek egyharmada él egyedül, másik egyharmada szülőkkel, a fennmaradó hányad pedig egy partnerrel vagy másokkal. Több mint 10% lakik gyermekekkel; bizonyítékok utalnak arra, hogy a kábítószer-használók gyermekei egy sor nehézséggel nézhetnek szembe. A kábítószer-problémák a párkapcsolatokban különösen nagy nehézséget jelentenek (Murphy-Lawless, 2002).

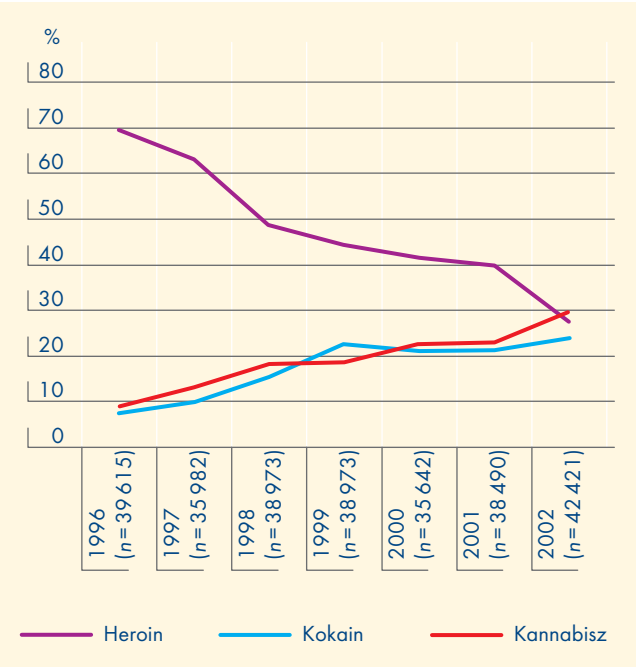
A használatos kábítószer

A TDI-ben bejegyzésre kerül az elsődleges kábítószer, amely miatt az illető egyén kezelésre jelentkezett, valamint a másodlagosan használt anyag (ha van ilyen). A három leggyakrabban bejegyzett anyag – akár a kezelés elsődleges okaként, vagy másodlagos kábítószerként – az opiát, a kokain és a kannabisz (20. ábra).

Az egyének részéről a kezelésre való jelentkezésért felelős kábítószerekről azért nehéz egyértelmű képet rajzolni, mert a kábítószer-használók általában egy sor pszichoaktív anyagot fogyasztanak. Gyakran nehéz azonosítani, hogy milyen mértékben kapcsolódik az adott egyén problémája valamelyik anyaghoz. Az összes országban elterjedt a

([119]) L. TDI_Tbl 5 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([120]) L. TDI_Tbl 4 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([121]) L. 18. OL ábra: Első használati életkor fő kábítószerenként és TDI_Tbl 5 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([122]) L. 19. OL ábra: Az összes kliens oktatási szintek szerint és TDI_Tbl 6 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([123]) L. 20. OL ábra: Az összes kliens a munkahelyi státusz szerint és TDI_Tbl 7 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([124]) L. 21. OL ábra: Életkörülmények az összes kliens között (hol) és életkörülmények az összes kliens között (kivel).

20. ábra: A kábítószer-kezelési szolgáltatásokat látogató új kliensek aránya, akik elsődleges kábítószerként heroint, kokaint és kannabiszt jelölnek meg, 1996–2002



Megj.: Országok, amelyek évente adatokat szolgáltatnak: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SI, SK, FI és SE (kivétel: FI, 1996–1997 között nincs adat; SE, 2000-re nincs adat).
Az adatszolgáltató országok adatait minden évben összeadják.
Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003.

polidroghasználat (többféle kábítószer használata), és az összes kliens 40–80%-a arról számol be, hogy legalább még egy másik kiegészítő kábítószert is használ. Sok egyén számára a többszörös kábítószer-használat általános, az ehhez társuló alkoholproblémák pedig tovább bonyolítják a kezelést. Aggasztó fejlemény, hogy sok országban a többféle anyaggal kapcsolatosan problémákkal küzdők száma növekszik.

Opiátok

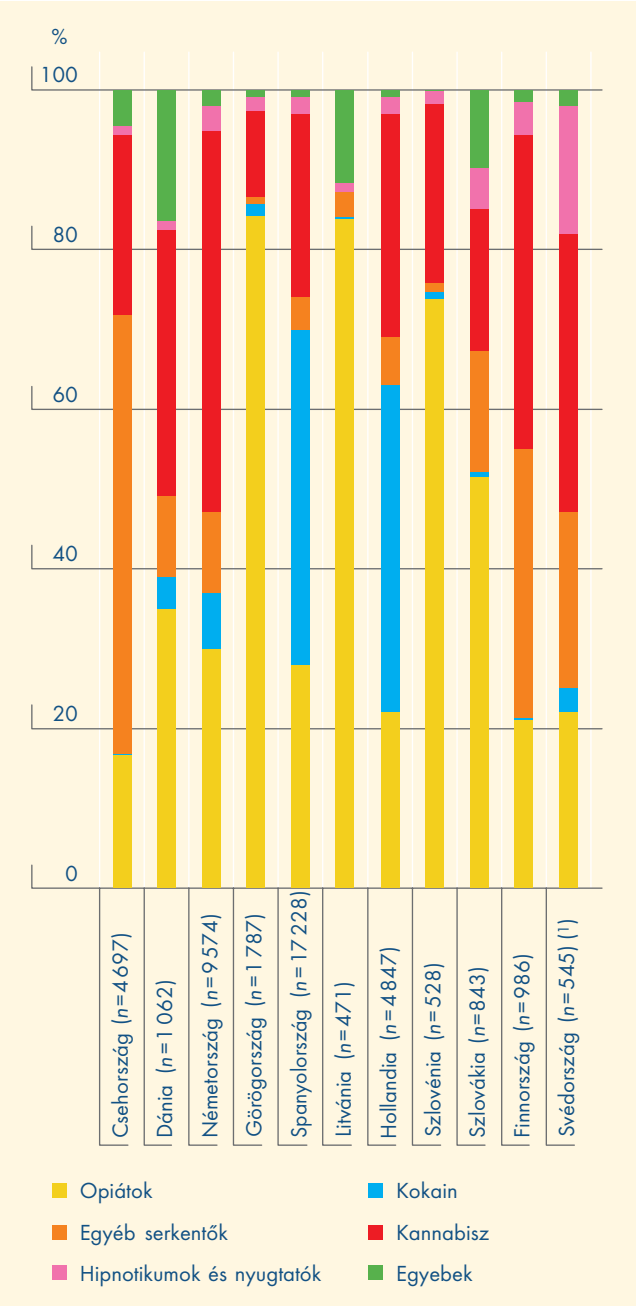
A legtöbb országban az opiátok (leginkább a heroin) azok a kábítószerek, amelyek miatt a kliensek kezelésben részesülnek, és tipikusan ez teszi ki a teljes kezelési igény 40–90%-át. Az Európai Unió országai három csoportra oszlanak abban a tekintetben, hogy milyen arányban fordulnak elő a heroinproblémákkal küzdők a kezelésre járó népességen belül:

- 40% alatt – Csehország, Magyarország, Finnország, Svédország;
- 40–70% – Dánia, Németország, Spanyolország, Hollandia, Szlovákia;
- 70% felett – Görögország, Olaszország, Litvánia, Luxemburg, Szlovénia, Egyesült Királyság.

Kannabisz

Általános értelemben a kannabisz a legtöbbször említett kábítószer a kezelésre jelentkezők beszámolóiban. Ez különösen igaz az új kliensekre (21. ábra), akiknek csaknem egyharmada (29,5%) kerül elsődlegesen kannabiszproblémával bejegyzésre. A kannabisz miatt kezelést keresők aránya országonként nagyon eltérő ([125]).

21. ábra: Kábítószer-kezelésre járó új kliensek 2002-ben: különböző fő kábítószerenkénti bontásban



Megj.: Összes eset száma: 42 568.
(1) Csak járóbeteg-kezelés.
Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003.

([125]) L. TDI_Tbl 10 és TDI_Tbl 11 a 2004-es statisztikai értesítőben.

A kannabiszos kezelési igények részletes tárgyalása ebben a jelentésben egyéb helyen (82. oldal) szerepel.

Kokain

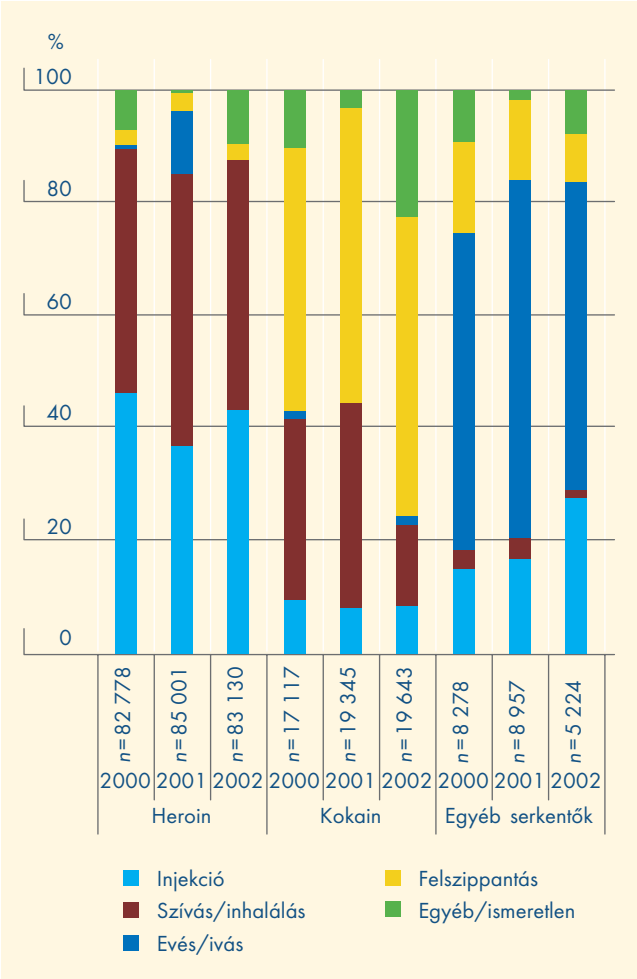
A kokain a harmadik leggyakoribb kábítószer, amelyről a kábítószer-kezelésre jelentkezők beszámolnak, azonban markáns különbségek mutatkoznak az országok között. A kokainhasználattal kapcsolatos igények például rendkívül kis mértékűek; az új tagállamokban előfordul, hogy teljesen hiányoznak a statisztikából. A legtöbb egyéb országban a kokain mint elsődleges kábítószer a teljes kezelési igény kevesebb mint 10%-áért felelős, bár a százalékos arány nagyobb (25%) az új kliensek között.

A kokainhasználat miatt kezelésre jelentkezők kevesebb mint 8%-a számol be injekciózásról a beadás szokásos módjaként.

Egyéb serkentőszerek

A kokainon kívül más serkentőszerek ritkán szerepelnek a kábítószer-kezelésre való jelentkezés elsődleges okaként, kivéve Csehországot, Finnországot és Svédországot, ahol ezek felelősek az összes elsődleges kezelési igény negyede és több mint fele része közé eső hányadáért. Csehországban a bejelentett elsődleges kezelési igény több mint 50%-a metamfetamin-problémával kapcsolatos. Máshol a kezelésre jelentkezés a serkentő kábítószerek használata miatt kevésbé általános, azonban Szlovákiában a jelentkezők csaknem 10%-a, Németországban 7%-a, Dániában 6%-a és Magyarországon 5%-a számol be erről. Az összes többi országban az arány még kisebb. A 2002-es adatok szintén növekedést mutattak az injekciózásról beszámoló serkentőszer-használók számában, a 2000-es 14%-ról a 2002-es 27%-ra, bár ez a csoport viszonylag kisszámú marad az abszolút számokat tekintve (22. ábra).

22. ábra: A bevitel módjának eloszlása a heroinra, a kokainra és az egyéb serkentőszerekre nézve a járóbeteg-kezelésben részt vevők körében: 2000–2002



Megj.: DK, DE, EL, ES, IE, NL, FI, SE és UK vonatkozásában rendelkezésre álló adatok (2002-es adat nem állt rendelkezésre Írországból). A bevitel módját bejelentők teljes számának az alapszáma került kimutatásra.

Forrás: Reitox nemzeti jelentések (2001, 2002, 2003); TDI-adatok (2000, 2001, 2002) járóbeteg-kezelési központokból.

8. fejezet

A bűnözés és a börtön kérdései

Kábítószerrel kapcsolatos bűnözés

A kábítószerrel kapcsolatos bűnözés a következő négy kategóriába sorolható:

- Pszichofarmakológiai bűncselekmények: pszichoaktív anyag hatása alatt elkövetett bűncselekmények.
- Gazdasági kényszerből elkövetett bűncselekmények: valamilyen kábítószeres szokás fenntartásához pénz (vagy kábítószer) megszerzésére irányuló bűncselekmények.
- Szervezett bűnözés: a tiltott kábítószerpiac működésében, a tiltott kábítószer-elosztás és -ellátás részeként elkövetett bűncselekmények.
- Kábítószerrel kapcsolatos törvénysértések: kábítószerrel kapcsolatos jogszabályok (vagy egyéb kapcsolódó jogszabályok) ellen elkövetett bűncselekmények.

Az Európai Unióban ritkák az első három bűncselekmény-kategóriával kapcsolatos adatok, a ténylegesen hozzáférhető adatok pedig „ad hoc" tanulmányokból származnak, amelyek elvégzése nem rutinszerűen történt, ezért nehéz belőlük extrapolációval következtetést levonni.

A kábítószertörvények elleni bűncselekményekről (használat, birtoklás, eladás, kereskedelem stb.) szóló „jelentések" ([126]) nemcsak a nemzeti jogalkotás különbségeit tükrözik, hanem a jogalkalmazási és jogérvényesítési utak különbözőségeit, valamint az igazságszolgáltatás szervei által a különböző bűncselekményekhez rendelt prioritások és források különbségeit is. Ezenkívül a kábítószertörvények elleni bűncselekményekkel kapcsolatos információs rendszerek jelentősen különböznek az országok között, különösen a jelentési és rögzítési gyakorlatban, azazhogy mit, mikor és hogyan rögzítenek. Ezek az eltérések meglehetősen nehézzé teszik az Európai Unióhoz tartozó országok összehasonlítását.

Az 1997 és 2002 közötti időszakban a kábítószertörvények elleni bűncselekményekről szóló „jelentések" száma az Európai Unió legtöbb tagállamában nőtt. A növekedés különösen jelentős (kétszeres vagy többszörös) volt Csehországban, Észtországban, Litvániában, Magyarországon, Lengyelországban, Szlovéniában és Norvégiában. A kábítószertörvények elleni bűncselekményekről szóló „jelentések" száma azonban 2001-ben és 2002-ben csökkent Olaszországban és Portugáliában ([127]), valamint 2002-ben Észtországban ([128]), Írországban, Lettországban, Szlovéniában és Finnországban.

Az Európai Unió legtöbb tagállamában a kábítószertörvények elleni legtöbb bejelentett bűncselekmény a kábítószer-használattal vagy a használati célú birtoklással kapcsolatos ([129]), amely a kábítószertörvények elleni bűncselekmények Finnországban tapasztalt 44–52%-ától az Ausztriában tapasztalt 90%-ig terjed. Csehországban a kábítószertörvények elleni bejelentett bűncselekmények 90%-a a kábítószer-eladással vagy kábítószer-kereskedelemmel kapcsolatos, miközben Olaszországban és Spanyolországban – ahol a kábítószer-használat és a használati célú birtoklás nem számít bűncselekménynek – minden kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény az eladással és a kereskedelemmel kapcsolatos. Végül Luxemburgban, Portugáliában és Norvégiában ([130]) a bűncselekmények többsége a kábítószer-használattal vagy kábítószer-eladással és a kábítószer-kereskedelemmel egyaránt kapcsolatos.

Minden olyan országban, ahol rendelkezésre állnak kapcsolódó adatok – Portugália kivételével – növekedett a kábítószer-használat vagy használati célú birtoklás aránya a kábítószertörvények elleni bűncselekményeken belül az elmúlt ötéves időszakban, 1997 és 2002 között ([131]). A növekedés üteme általában lassú volt, azonban markánsabb tendenciákról adtak hírt Belgiumban, Luxemburgban és Szlovéniában, valamint 2001-ig Írországban. Portugáliában

([126]) A kábítószertörvények elleni bűncselekményekről szóló „jelentések" azért kerültek idézőjelbe, mert a különböző országokban különféle koncepciókat írnak le (kábítószertörvények elleni bűncselekménnyel gyanúsítottakról szóló rendőrségi jelentések, kábítószertörvények elleni bűncselekmények vádjai stb.). Az egyes országokban használatos pontos definíció tekintetében l. a kábítószertörvények elleni bűncselekményekről szóló „jelentések" definícióival kapcsolatos módszertani jegyzeteket a 2004-es statisztikai értesítőben. (2001-ig az éves jelentésekben az „őrizetbe vesz" kifejezés volt használatban.)

([127]) A kábítószertörvények elleni bűncselekményekről szóló „jelentések" számának csökkenése Portugáliában a kábítószer-használat és kábítószer-birtoklás nem bűncselekménnyé történő átminősítésének (2001 júliusában) eredménye.

([128]) A kábítószertörvények elleni bűncselekményekről szóló „jelentések" számának csökkenése Észtországban az ismételt kábítószer-használat és a kábítószer kis mennyiségű, személyes használatra szánt birtoklása nem bűncselekménnyé történő átminősítésének (2002 szeptemberében) eredménye.

([129]) L. Kábítószerrel kapcsolatos bűnözés_Tbl 2 a 2004-es statisztikai értesítőben.

([130]) Norvégiában nem tesznek különbséget önmagában csak „kábítószer-eladás és -kereskedelem" és a „kábítószer-használat vagy kábítószer-eladás és kábítószer-kereskedelem" között. A fennmaradó, kábítószertörvény elleni bűncselekmények egyedül a „kábítószer-használattal" kapcsolatosak.

([131]) L. Kábítószerrel kapcsolatos bűnözés_Tbl 4 a 2004-es statisztikai értesítőben.

4. táblázat: A kábítószeres bűncselekményekről szóló „jelentésekben" leggyakrabban szereplő kábítószer az Európai Unió országaiban és Norvégiában

Ország	Megjegyzés	Év	Arány (%)		
			Kannabisz	Heroin	Kokain
Belgium		2002	67	8	7
Csehország	(2)	2002	37	8	1
Dánia			n. a.	n. a.	n. a.
Németország	(2) (3)	2002	56	17	9
Észtország			n. a.	n. a.	n. a.
Görögország			n. a.	n. a.	n. a.
Spanyolország	(1) (4)	2002	52	7	33
Franciaország	(2)	2002	87	5	3
Írország	(2)	2002	65	9	6
Olaszország	(1) (4)	2002	42	27	28
Ciprus			n. a.	n. a.	n. a.
Lettország			n. a.	n. a.	n. a.
Litvánia	(1)	2002	10	15	1
Luxemburg	(1)	2002	28	51	21
Magyarország	(2)	2002	66	16	2
Málta			n. a.	n. a.	n. a.
Hollandia	(2) (5)	2002	37	58	
Ausztria	(1)	2002	58	11	11
Lengyelország			n. a.	n. a.	n. a.
Portugália	(3) (4) (6)	2002	36	17	8
Szlovénia	(1)	2002	82	10	2
Szlovákia			n. a.	n. a.	n. a.
Finnország			n. a.	n. a.	n. a.
Svédország	(1) (7)	2001	34	7	2
Egyesült Királyság	(1)	2000	69	12	5
Norvégia			n. a.	n. a.	n. a.

Megj.: Az egyes országokra vonatkozó definíciók vonatkozásában keresse meg a 2004-es statisztikai értesítőben a módszertani jegyzeteket a kábítószertörvények elleni bűncselekményekről szóló „jelentésekről".
n. a.: nincs adat.
(1) Az összes említett kábítószer között (egyedül vagy nem).
(2) A főbb kábítószerek között.
(3) Az összes bűncselekmény között kábítószerenkénti bontásban (néhány bűncselekményre a kábítószerenkénti lebontás nem hozzáférhető).
(4) A kábítószer-eladással/-kereskedelemmel kapcsolatos bűncselekmények között (mivel a kábítószer-használat/-birtoklás nem minősül bűncselekménynek).
(5) A „heroin" alatt szereplő adatok a „kemény drogokra" utalnak (ezek alatt olyan kábítószert értenek, amely elfogadhatatlan közegészségügyi kockázatokat jelent, mint a heroin, a kokain, az extasy, az LSD). Néhány bűncselekmény kannabiszt és „kemény drogokat" is magában foglal, és nem kerül itt említésre, ami megmagyarázza, hogy az összes miért kevesebb, mint 100%.
(6) Ez a hányad alulbecsült, mivel egyedül az egyes kábítószerekre jutó bűncselekményeket képviseli, pl. a csak kannabisszal kapcsolatos bűncselekményeket (ez nem tartalmazza a kannabisz + egyéb kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményeket).
(7) Az ügyész által összegző bírsággal sújtott vagy bíróság által elítélt személyek között.
Forrás: Nemzeti fókuszpontok.

a használattal összefüggő bűncselekmények aránya csökkenésnek indult 2000-ben, egy évvel azelőtt, hogy a kábítószer-használat és kábítószer-birtoklás tette már nem minősült bűncselekménynek (2001 júliusában) ([132]).

A legtöbb tagállamban a kábítószertörvény elleni legtöbb bűncselekménnyel kapcsolatos tiltott kábítószer a kannabisz (4. táblázat). Azokban az országokban, ahol ez a helyzet, a kannabisszal kapcsolatos bűncselekmények a kábítószertörvények elleni bűncselekményeknek minimálisan 34%-át (Svédország), maximálisan 87%-át (Franciaország) teszik ki. A heroin Litvániában és Luxemburgban a leggyakrabban kapcsolódó kábítószerfajta, ahol a kábítószertörvények elleni bűncselekmények 15%-át, illetve 51%-át teszi ki, miközben Hollandiában a „kemény drogokkal" kapcsolatos bűncselekmények a meghatározóak ([133]). A kábítószertörvény elleni bűncselekményekkel kapcsolatos valamely meghatározott kábítószer relatív hányada több tényezőtől függ, többek között a bűnüldöző tisztviselők működési prioritásaitól, valamint az explicit vagy implicit stratégiai döntésektől a különböző formájú, kábítószertörvény elleni bűncselekmények megkülönböztetett megcélozásával.

1997 óta a kannabisszal kapcsolatos kábítószeres bűncselekmények aránya növekedett Németországban, Spanyolországban, Franciaországban, Luxemburgban, Magyarországon és Portugáliában, miközben stabil maradt Belgiumban, Olaszországban, Litvániában, Hollandiában, Szlovéniában és Svédországban. Ausztriában a kábítószeres bűncselekmények között a kannabisszal kapcsolatos bűncselekmények aránya 1999-ig növekedett, de azóta csökken ([134]).

Ugyanezen időszak alatt a heroinnal kapcsolatos bűncselekmények aránya az Európai Unió minden tagállamában csökkent, ahol adat állt rendelkezésre ([135]), kivéve Magyarországon és az Egyesült Királyságban, ahol növekedett ([136]), és Litvániában, ahol 2000 óta ingadozik ([137]). Ellenkező irányzat figyelhető meg a kokainnal kapcsolatos bűncselekményeknél, amelyek aránya a kábítószeres bűncselekmények között 1997 óta növekedett minden adatszolgáltató országban, kivéve Németországot, Litvániát, Luxemburgot és Magyarországot, ahol csökkenő tendenciákról számolnak be ([138]).

Kábítószer-használók és a börtön

Kábítószer-használók a börtönökben

Ritka az országos információ a börtönlakók közötti kábítószer-használati típusokról és mintákról. Az Európai Unióban hozzáférhető adatok nagy része helyi szinten

([132]) A kábítószer-használat nem bűncselekménnyé történő átminősítéséről szóló törvényt 2000 novemberében fogadták el, és 2001 júliusában lépett hatályba.
([133]) Hollandiában a „kemény drog" kifejezés alatt az olyan kábítószert értik, amely elfogadhatatlan közegészségügyi kockázatokat jelent, mint a heroin, a kokain, az extasy és az LSD.
([134]) L. Kábítószerrel kapcsolatos bűnözés_Tbl 5 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([135]) A következő országok szolgáltattak kábítószerenként és kábítószeres bűncselekményenként lebontott adatokat: Belgium, Németország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Olaszország, Litvánia, Luxemburg, Magyarország, Hollandia (csak kannabisz és „kemény drogok"), Ausztria, Portugália, Szlovénia, Svédország és az Egyesült Királyság (csak 2000-ig).
([136]) Az Egyesült Királysággal kapcsolatos adatok csak 2000-ig állnak rendelkezésre.
([137]) L. Kábítószerrel kapcsolatos bűnözés_Tbl 6 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([138]) L. Kábítószerrel kapcsolatos bűnözés_Tbl 7 a 2004-es statisztikai értesítőben.

végzett, „ad hoc" tanulmányokból származik, amelyeket börtönlakók jelentősen különböző méretű és különböző módon kiválasztott mintáin végeztek. Ezenkívül a vizsgált börtönök néha nem reprezentatívak az egész börtönrendszerre nézve, és az ismételt felmérések hiánya meggátolja a tendenciák elemzését a legtöbb országban. Ezek a tényezők nagyon megnehezítik az eredmények extrapolálását.

Az általános népességgel összehasonlítva a börtönlakó populációban a kábítószer-használók túlreprezentáltak. A börtönlakók között a kábítószer-használat előfordulása széles körben változik, 22%-tól 86%-ig a különböző börtönlakó populációk, javítóintézetek és országok között ([139]). Az általános népességhez hasonlóan a kannabisz a leggyakrabban bejelentett tiltott kábítószer, amelynek használati előfordulása a bebörtönzöttek között 11% és 86% között mozog. A börtönlakóknál a kokain- és krekkhasználat aránya 5–57%, a heroiné pedig 5–66%.

Az Európai Unióban a bebörtönzés előtti rendszeres kábítószer-használat vagy kábítószer-függőség előfordulása 8%-tól 73%-ig terjed ([140]).

Börtönök: közegészségügyi probléma

Néhány börtönlakó úgy tekinthet a bebörtönzésre, mint egy olyan lehetőségre, amely megoldhatja kábítószer-problémáját, ez azonban a valóságban nehezen érhető el (Long és társai, 2004). A kábítószer-használók többsége csökkenti vagy abbahagyja a kábítószer-használatot a börtönbe kerüléskor. A rendelkezésre álló tanulmányok azt mutatják, hogy a börtönlakók 8–60%-a számol be kábítószer-használatról a börtönben töltött idő alatt, és 10–36% számol be rendszeres kábítószer-használatról ([141]).

Sok börtönlakó korlátozott hozzáféréssel rendelkezik az egészségügyi szolgáltatásokhoz. A börtönökben dolgozó egészségügyi szakembereknek kevés kapcsolatuk van a hivatalos egészségügyi rendszerrel; ezenkívül gyakran nem tudnak továbbképzésen részt venni, amely tovább súlyosbítja a börtönbeli egészségügyi szolgáltatások elszigeteltségét. Ezeken a problémákon nehéz túllépni, ahogy az Írországban is látszik, ahol nagyon kis előrelépés tapasztalható a kábítószer-használók számára a kezelés és az egészségvédelmi szolgáltatások elérhetőségének javításában, a börtönhatóságok és az egészségügyi személyzet erre irányuló erőfeszítései ellenére.

Kibontakozóban van egy irányzat a börtönbeli egészségügyi szolgáltatások felelősségének a büntetésvégrehajtásról az országos egészségügyi rendszerre történő átruházására. Spanyolországban a nemrégiben beiktatott törvény – a „Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud" (az országos egészségügyi rendszer kohéziójáról szóló törvény) – a közegészségügyi rendszer és a börtönök egészségügyi rendszerének integrálásával kapcsolatos igény kérdéskörével foglalkozik. Észtországban az igazságügyi minisztérium a szociális minisztériummal együttműködve arra törekszik, hogy 2006 előtt integrálja a börtönbeli egészségvédelmet az általános egészségvédelmi rendszerbe. Franciaországban ez a felelősség már 1994-ben átkerült az egészségügyi minisztériumhoz. Olaszországban 2000 óta a helyi egészségügyi szolgálatok felelősek a börtönlakók kezeléséért és gondozásáért. Angliában és Walesben a börtönökön belüli egészségvédelem az egészségügyi minisztérium, illetve a walesi parlament hatáskörébe tartozik (néhány magánbörtönben az egészségvédelem mindkét térségben a belügyminisztérium hatáskörébe tartozik). 2006-ig minden nem magánkézben lévő angliai börtönben működő egészségügyi gondozás a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat részévé válik ([142]).

Börtönbeli fertőző betegségek és megelőzésük

A börtönlakók körében az injekciós kábítószer-használat előfordulása általánosan 15% és 50% között mozog; azonban néhány tanulmány 1%-os, mások pedig 69%-os értékekről is beszámolnak.

Ahol összehasonlítható adatok állnak rendelkezésre, azok azt mutatják, hogy a fiatal bűnözők kisebb valószínűséggel használnak injekciós módszereket, mint a felnőttek, a börtönlakók körében a nők pedig nagyobb valószínűséggel, mint a férfiak ([143]). Az Európai Unióban készült több tanulmány alapján Bird és Rotily (2002) kimutatta, hogy a felnőtt férfi börtönlakók körülbelül egyharmada kábítószer-injekciózó. A Reitox hálózati pontok által szolgáltatott hozzáférhető adatok tanúsága szerint a börtönlakók 0,2–34%-a ([144]) injektált kábítószert a börtönbüntetés ideje alatt. Ez felveti a steril injekciós felszereléshez történő hozzáférés és a higiénikus megosztási gyakorlatok kérdéskörét a börtönlakókkal kapcsolatban, valamint a fertőző betegségek potenciális terjedésének problémáját, amennyiben ezekre a kérdésekre nem reagálnak.

A börtönök veszélyes helynek számítanak az ilyen betegségek terjedésében. A fertőző betegségek csökkentésére bizonyítottan képes gyakorlatok közé tartoznak a nemi úton terjedő betegségek kezelése és óvszerek biztosítása, a helyettesítő kezelés, a védőoltásprogramok és a tű- és fecskendőcserélő programok.

A helyettesítő kezelést egyre inkább biztosítják a börtönökben is. Belgiumban, Dániában, Spanyolországban, Ausztriában és Szlovéniában minden börtönben elérhető a helyettesítő kezelés. Belgiumban, Dániában, Luxemburgban és Norvégiában megengedik a börtönlakóknak, hogy börtönbüntetésük alatt megkezdjék a helyettesítő kezelést. Olaszországban a helyettesítő kezelés általában a vizsgálati

([139]) L. Börtön_Tbl 1 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([140]) L. Börtön_Melléklet a 2004-es statisztikai értesítőben.
([141]) L. Börtön_Tbl 3 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([142]) L. 10. OL táblázat: Közelmúltbeli börtönbeli kábítószer-stratégiák, miniszteri rendeletek és szolgáltatási szabványok az Európai Unióban és Norvégiában.
([143]) L. Börtön _Tbl 2 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([144]) L. Börtön _Tbl 4 a 2004-es statisztikai értesítőben.

foglyokra céloz. A legtöbb német tartományban, Hollandiában, Szlovéniában és Olaszországban a nagyobb városok börtöneiben lehetőség van progresszíven csökkentő helyettesítő kezelések felírására egészen az absztinencia eléréséig. Az Egyesült Királyságban a fenntartó programokat főleg a vizsgálati fogságban lévők vagy a rövid börtönbüntetésre ítéltek számára tartják megfelelőnek.

Az Ír Nemzeti Immunizálási Bizottság 2002-ben egy börtönlakók részére adaptált speciális hepatitis B-védőoltási programot ajánlott. Ez három egymást követő heti oltást tartalmaz és egy 12 hónappal későbbi emlékeztető oltást, amelynek eredménye 99%-os védettség a 13. hónap leteltével (Zuckerman, 2003).

A börtönökben végrehajtott tű- és fecskendőcserélő programok hatásosságát vizsgáló 14 nemzetközi vizsgálatot áttekintő tanulmány arra a következtetésre jutott, hogy az ilyen programok megvalósíthatók, és a veszélyesnek tekinthető viselkedés, valamint a vérrel terjedő vírusok átterjesztésének csökkenését eredményezik, olyan veszélyek nélkül, mint pl. a tűszúrásos balesetek vagy a tűk szándékos használata a börtönszemélyzet vagy a börtöntársak ellen (Dolan és társai, 2003). 2002 során, 27 spanyolországi büntetés-végrehajtási intézményben valósították meg tű- és fecskendőcserélő programokat, és 12 970 fecskendőt osztottak ki egyetlen bejelentett baleset nélkül.

Bár Spanyolországban növekvő számú börtön nyújt lehetőséget a tű- és fecskendőcserélő programokra, az ilyen programokat nem folytatták Németországban, Hamburg és Alsó-Szászország tartományban (Stöver és Nelles, 2003). Ennek ellenére jelenleg is van tű- és fecskendőcserélő program egy női börtönben Németországban (Berlin) (Weilandt, személyes tájékoztatás, 2004). A bécsi Josefstadt börtönben egy próbaprojekt van előkészület alatt, Luxemburgban pedig tervbe vették, hogy injekciós felszerelést biztosítanak a börtönbeli kábítószer-használóknak az egészségvédelmi program keretében ([145]).

Alternatívák a börtön helyett a kábítószer-használó bűnelkövetők számára

A börtönök alternatívái a következő éves jelentés egyik válogatott témája lesz, amikor az Európai Unióban lévő ilyen témájú intézkedések részletes és alapos áttekintését adjuk. Az idei éves jelentés ezért a kábítószer-használók alternatív büntetésének egy speciális vetületével foglalkozik.

Felmerülő kezdeményezések: kábítószer-bíróságok és közvetítés az áldozat és a bűnelkövető között

A kábítószer-bíróságok részei a néhány országban kifejlesztett új struktúráknak, amelyek a nem erőszakos bűncselekményt elkövető kábítószer-használókkal foglalkoznak. Ezek úgy működnek, hogy késleltetik az ítéletet, és a folyamatba bevonnak hagyományosan a kábítószeres kezelésekbe be nem vont személyeket is (bíró, ügyész és egyéb jogérvényesítők). Az elv az, hogy a kezeléssel és a büntető igazságszolgáltatás által gyakorolt nyomással előzzék meg a bűnelkövető kábítószer-használatát és visszakerülését a büntető igazságszolgáltatásba. Kábítószer-bíróságokat hoztak létre Írországban és Skóciában, ahol a büntetőrendszer az esetjogon alapul. Az Európai Unió más országaiban, ahol polgári törvénykönyv van, kábítószer-bíróságok – a szó szoros értelmében – nem léteznek, azonban hasonló kezdeményezéseket már kialakítottak.

A német Baden-Württemberg tartományban, a kábítószer-bíróságokhoz hasonlóan, 2003-ban létrehoztak egy fiatalkorú bűnelkövetőkkel foglalkozó projektet (Kiút) a rendőrség, az ügyészek, a bírók, a feltételesen szabadlábon lévők és kábítószeresek tanácsadó szolgálatai és három bírósági kerület kulcsfontosságú letéteményesei szövetségének eredményeként (Baudis, 2004). Hasonlóképpen, Milánóban „A gyógyulás megéri az erőfeszítést" egy olyan program, amely bevonja a központi bíróságot, szoros együttműködésben a helyi addikciós és egészségvédelmi szolgálatokkal. Itt a kábítószerfüggő bűnelkövetők az ítélethirdetés napján beutalót kapnak kezelésre.

A dublini kábítószer-bíróság értékelése (Farrell, 2002) megállapította, hogy a tényezők erősen utalnak arra, hogy a kábítószer-bíróság költségmegtakarításhoz vezet a büntető igazságszolgáltatásban. Az igazságügyi minisztérium kiterjesztette a kábítószer-bíróság hatáskörébe tartozó dublini területet.

A nemzetközi kábítószer-bíróság fejleményeinek és hatásosságának áttekintése – amelyet 2003-ban a Pompidou csoport hajtott végre – arra a következtetésre jutott, hogy egy terápiás kábítószer-bíróság bevezetését egyértelműen megnyilvánuló igényre kell alapozni, és ez politikai támogatást igényel, intézmények közötti együttműködési mechanizmusokat és megfelelő strukturális/pénzügyi támogatást egy minimum ötéves garantált időszakra (Moyle, 2003).

A helyreállító igazságszolgáltatást használják egyre inkább a nem erőszakos bűnelkövetők (akik között a kábítószer-használók nagy arányban vannak jelen) elleni büntetőeljárás felgyorsítására. Ez összhangban van a közérdekkel, azaz a túlterhelt büntető igazságszolgáltatási rendszerben a kihágásos esetek kezelésével járó költségek csökkentésével. Az egyik legjelentősebb fejlemény a bíróságon kívüli közvetítés. A rendszer arra törekszik, hogy az áldozatok és a bűnelkövetők közötti vitákat rendezze, és a büntetőeljárással kapcsolatos konfliktusokat feloldja.

Hollandiában a rendőrség a 12 és 18 év közötti korú, első alkalommal bűncselekményt elkövetők számára felajánlja a bűncselekmény közvetítés útján történő jóvátételének lehetőségét. Csehországban 2001-ben megalapították a Próbaidő- és Közvetítő Szolgálatot, amelynek fő célpontját fiatalkorúak és kábítószer-használók jelentik. A Szolgálat 29 291 esetet jegyzett fel 2002-ben, amelyek közül 765 volt kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény.

([145]) L. 11. OL tábla: Az Európai Unió börtöneiben kábítószer-használókat célzó szociális-egészségügyi szolgáltatások 2002-ben.

1. válogatott téma

Az európai „nemzeti kábítószer-stratégiák” értékelése

A nemzeti kábítószer-stratégiák mérésének megközelítései

A közelmúltban sok ország dolgozott ki „nemzeti kábítószer-stratégiát” ([146]). Ebben a részben az ilyen stratégiák értékelésének terveire összpontosítunk, amely az első alkalommal vált lehetővé európai szinten a nemzeti fókuszpontok ez évi munkája alapján. Ez a munka segített egyértelművé tenni a „nemzeti kábítószer-stratégiák” értékelésének viszonyítási pontjait, amelyek nem mindig magától értetődők vagy egyértelműek.

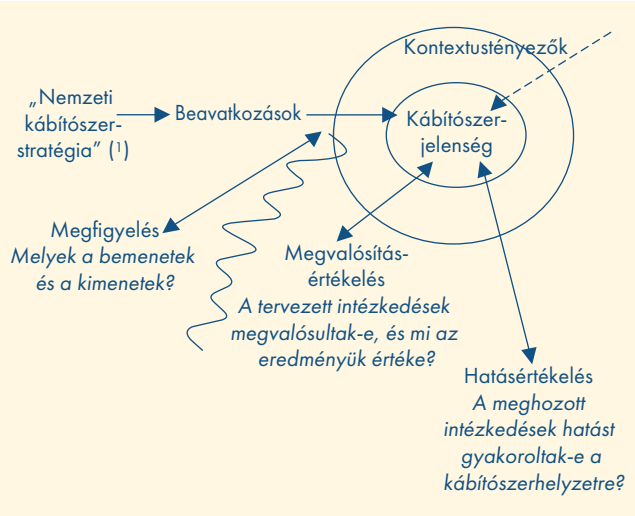
Az európai „nemzeti kábítószer-stratégiák” értékelésére hozott intézkedéseket három fő tevékenységre lehet osztani: (1) megfigyelés, ami a kábítószer-jelenséggel, valamint a reagálással és beavatkozásokkal kapcsolatos adatok rutinszerű gyűjtését jelenti; (2) a megvalósítás értékelése, azaz a kezdeményezések megvalósítása és a kábítószer-stratégia által elképzelt források biztosítása által hozzáadott érték felbecsülése; és (3) a hatás értékelése (általában a hatásosság felbecsülésének nevezik), amely a kábítószer-jelenségre vonatkozó kimenetelek (rövid távú effektusok) és a hatások ([147]) (hosszú távú effektusok) megítélése, amelyet (legalább részben) a nemzeti kábítószer-stratégia eredményezett (23. ábra) ([148]).

A fő különbség a nemzeti kábítószer-stratégia értékelésének megközelítésében olyan országok között van, amelyek megfigyelik (monitorozzák) a kábítószer-stratégiát, illetve amelyek a megvalósítás és/vagy a hatás értékelését végzik.

A megfigyelés és az értékelés koncepciói nem mindig különböztethetők meg egyértelműen a nemzeti kábítószer-stratégiákban, tehát fontos tudatában lenni a különbségüknek. A megfigyelés egy folyamatos és rendszerezett folyamat, amely rutinszerű kvantitatív és kvalitatív adatokat generál a kábítószer-jelenséggel és annak követésére foganatosított beavatkozásokkal kapcsolatosan. Rendszeres visszajelzést szolgáltathat a megvalósítási tevékenységekről (a bemenetekről: milyen forrásokat költöttek; és a kimenetekről: milyen intézkedéseket valósítottak meg, milyen időintervallumban és kik által). A megfigyelés azonban általában nem szolgáltat információt a stratégia hatásairól, sem válaszokat arról, hogy miért éri el vagy éppen miért nem éri el céljait egy adott tevékenység. Bár a megfigyelőrendszer gyakran képes információt szolgáltatni a kábítószer-jelenség különböző aspektusainak evolúciójáról és a jelenség elleni küzdelemben megvalósított intézkedésekről, azt azonban általában képtelen meghatározni, hogy ezek a változások vajon közvetlen következményei a megvalósított intézkedéseknek, vagy sem (okszerűség-tulajdonítás [causality imputation]).

Az okszerűség témáját és az egyéb összetett tudományos kérdéseket célozza meg az értékelés (5. táblázat), amelynek jelentése „a nyilvános beavatkozás értékének megítélése” (ebben az esetben a nemzeti kábítószer-stratégia) „kritériumokra” (lényegesség, hatásosság, hatás) és „explicit szabványokra (minőség, mennyiség) történő hivatkozással” (a definíció az Európai Bizottságtól származik, 1999), amely általában mélyreható

23. ábra: A „nemzeti kábítószer-stratégiák” értékelési szintjei



(1) A „kábítószer-stratégia” kifejezés magában foglalja a stratégiából származó bármely ekvivalens akciótervet is.

([146]) Definíció: 1. fejezet, 17. oldal.

([147]) Az egyszerűség kedvéért itt a „hatásértékelés” kifejezést használjuk mind a kimenetel, mind pedig a hatás értékelésére, ami pedig két egészen különböző tudományos gyakorlat, amelyet általában megkülönböztet a megfelelő szakirodalom.

([148]) Egy átfogó értékelés magában foglalná a hatásosság értékelését is, amely széles körben méri a kimenetel és hatás eléréséhez szükséges költséget. Ezzel az aspektussal kapcsolatos adat azonban csak Spanyolországból áll rendelkezésre (l. alább).

5. táblázat: Általánosan használt értékelési kifejezések (strukturális akciókhoz tartozó értékelési módszerek)

Átfogó értékelés	A beavatkozás értékelése a maga teljességében
Koherencia	Annak mértéke, hogy a beavatkozási logika mennyire nem ellentmondásos/a beavatkozás mennyire nincs ellentmondásban a hasonló célú egyéb beavatkozásokkal
Lényegesség	Annak mértéke, hogy egy beavatkozás célkitűzései mennyire kapcsolatosak az érintett igényekkel, problémákkal és kérdésekkel
Konzisztencia	Annak mértéke, hogy mennyire maximalizálják/minimalizálják az egyéb gazdasági, szociális vagy környezetvédelmi politikára gyakorolt pozitív/negatív áthatást
Használhatóság	Annak mértéke, hogy mennyire felelnek meg a hatások az érintett igényeknek, problémáknak és kérdéseknek
Hatásosság	Annak mértéke, hogy mennyire érték el a kitűzött célokat
Hatékonyság	Annak mértéke, hogy a kívánt célok elérése elfogadható áron történt-e
Költséghatékonyság-elemzés	Értékelési eszköz a hatékonyságról hozott ítéletalkotáshoz
Költség-haszon elemzés	Értékelési eszköz a beavatkozás előnyeinek megítéléséhez a teljes érintett csoport szempontjából és a beavatkozás következményeihez rendelhető pénzbeli érték alapján
Kimenet	A beavatkozásra szánt pénzzel mit finanszíroztak, mit értek el (vagy konkretizáltak)
Hatás	A közvetlen címzetteket érintő következmények a beavatkozásban való részvételüket követően, vagy egy nyilvános létesítmény befejezését követően, vagy másként az esetleg nyertes vagy vesztes címzetteket érintő közvetett következmény

Forrás: Európai Bizottság, 1999.

vizsgálatok elvégzését igényli. Az értékelés állandó összetevője tehát kétféle: (1) bizonyíték, amely jó minőségű, pl. tudományos módszerrel (megfigyelés és mélyreható vizsgálatok) gyűjtött adatokon alapul, és egy stratégia megvalósítása és a vizsgálat tárgyát képező jelenség változása közötti okszerűség létének bizonyítéka; (2) az elért hatás értékítélete, amelyet ténylegesen a döntéshozatalhoz kell kapcsolni.

A gyakorlatban az „értékelés" koncepciója elválaszthatatlanul kapcsolódik a „megfigyeléshez", azonban, jóllehet néhány dokumentum a két kifejezést szinonimaként kezeli, szem előtt tartandó, hogy a megfigyelés nem azonos az értékeléssel (bár a megfigyelés bizonyosan részét képezi).

Az Egyesült Királyságban egy átfogó felülvizsgálat után, amely figyelembe vette a bizonyítékalapot, többek között a kínálat és kereslet komponenseinek az értékelését, 2002-ben kiadták a frissített nemzeti kábítószer-stratégiát. Ezt a nemzeti kábítószer-stratégiát „megfigyelik", „követik", „teljesítmény szempontjából irányítják", azonban nem „értékelik" (az Egyesült Királyság nemzeti jelentése, 106. oldal). Norvégiában az új kábítószer- és alkohol-akcióterv célja egy olyan rendszer kifejlesztése, amely mérni tudja, hogy milyen mértékben teljesültek a terv meghatározó és alárendelt célkitűzései (norvég nemzeti jelentés, 65. oldal). Csehországban a 2001–2004-es nemzeti kábítószer-politikai stratégia célkitűzéseket és sikeresség-mutatókat, valamint a stratégia egyes pilléreinek hatékonyságát értékelő eszközöket definiál. A feladatok teljesítését rendszeresen megfigyelik, azonban a stratégiát még nem értékelték szisztematikusan a meghatározott sikeresség-mutatók és a definiált értékelési eszközök szerint. Ennek egyik oka a külső értékelés jelentős költsége lehet (Csehország nemzeti jelentése, 114. oldal). Az új dán cselekvési terv szerint sok speciális tevékenységet folyamatos alapon „értékelnek" majd (Dánia nemzeti jelentése, 67. oldal). Magyarországon és Lengyelországban a nemzeti kábítószer-stratégiák a feladatok teljesülését követni képes rendszert ajánlanak (Reitox nemzeti jelentések), míg Szlovéniában eddig még semmilyen értékelést nem hajtottak végre, bár az új nemzeti stratégia „a megvalósítás rendszeres értékelését" helyezi kilátásba (Szlovénia nemzeti jelentése, 61. oldal). Litvániában a nemzeti kábítószer-stratégia (2004–2008) megvalósítását az „ország anyagi lehetőségei szerint" fogják végrehajtani (Litvánia nemzeti jelentése, 35. oldal). Észtországban az új nemzeti kábítószer-stratégia „magában foglalja a megfigyelési és értékelési komponenseket, és definiálja a teljesítménymutatókat" (Észtország nemzeti jelentése, 86. oldal).

Finnországban és Svédországban (Finnország nemzeti jelentése, 113. oldal; Svédország nemzeti jelentése, 75–76. oldal) a nemzeti kábítószer-stratégiák nagyobb hangsúlyt helyeznek a stratégia megvalósításának megfigyelésére, mint hatásának értékelésére. Svédországban a 2002-ben kinevezett kábítószer-koordinátor tartozik felelősséggel annak biztosításáért, hogy a nemzeti akcióterv nyomon követése megtörténjen (éves jelentések formájában). Finnországban is tervezetten a kutatás fektet le néhány mércét, amelyhez képest a

kábítószer-adminisztrátor megfigyeli és értékeli a tevékenységet. Luxemburg nemzeti fókuszpontja arról számol be, hogy a 2000–2004-es terv kimenete 2005-ben kerül értékelésre további és későbbi stratégiák kidolgozása érdekében (Luxemburg nemzeti jelentése, 94. oldal). Németországban a 2002-es Kábítószer és Addikció Cselekvési Terv első ízben tartalmaz kísérletet olyan operatív célpontok és kritériumok felállítására, amelyek a beavatkozások sikerének vagy kudarcának megállapítására használhatók (Németország nemzeti jelentése, 101. oldal), miközben Olaszországban a 2002–2004-es, hároméves program a megelőzés és társadalmi reintegráció értékelését mozdítja elő.

A nemzeti kábítószer-stratégia megvalósításának vagy hatásosságának értékelését prezentáló országok között van Görögország, Spanyolország, Franciaország, Írország és Portugália (6. táblázat). A spanyol és görög stratégiák a „hatásosság értékelésére” utalnak. Spanyolországban a kilencéves nemzeti stratégia a teljes és szektoronkénti megvalósítás időközi értékelésére szólít fel 2003-ban és 2008-ban. A cél „javítani a (kábítószer-) politika hatásosságát és hatékonyságát” (Spanyolország nemzeti jelentése, 85. oldal), a biztosított szolgáltatások mennyiségének és minőségének mérésével. Ehhez hasonlóan Görögországban, az új, 2002-es kábítószerrel kapcsolatos cselekvési terv utalást tesz a megvalósított politika összesített hatásosságának külső értékelésére, amely a jövőben valósulhatna meg európai uniós és nemzetközi mércék alapján (Görögország nemzeti jelentése, 110. oldal).

Franciaországban, Írországban és Portugáliában a nemzeti kábítószer-stratégiák összesített ([149]) és szektoronkénti értékelésre szólítanak fel, néhány esetben a hatásosságra vonatkozóan (Írország nemzeti jelentése). A kapott adatok azonban azt mutatják, hogy az eddigi értékelések tulajdonképpen inkább a megvalósítás szintjére vonatkoztak, mint a stratégia hatásosságára. Franciaországban a hároméves cselekvési terv, 1999–2002 értékelése (amelyet az Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies [OFDT] hajtott végre 2000-től 2003-ig) tartalmazott egy „átfogó értékelést” és az öt legnagyobb prioritású program értékelését is ([150]). Az értékelés az átfogó kábítószeres helyzettel kapcsolatosan hozott intézkedések hatásának megítélésénél lezárult. Így lényegében a haladás értékelése volt, amiben a működési célok elérését értékelték. Írországban a nemzeti kábítószer-stratégia „2004 végéig a teljes keret hatékonyságának független értékelésére” szólít fel (nemzeti kábítószer-stratégia 2001–2008: Építés a tapasztalatokra, 111. oldal). Úgy tűnik azonban, hogy az értékelés nem tartalmazza a stratégia kábítószer-használati hatásának teljes értékelését, hanem inkább annak vizsgálatát, hogy milyen mértékben került megvalósításra a kábítószer-stratégia, és elérte-e stratégiai céljait. Portugáliában a kábítószer-stratégia a „globális és szektoronkénti megvalósítás külső független értékelését” vetíti előre (Portugália nemzeti jelentése, 65. oldal). Egy belső értékelési folyamatról is beszámolnak.

Azokban a tagállamokban, ahol nincsen szó szerint értett „nemzeti kábítószer-stratégia”, az átfogó értékelés kevés érdeklődést váltott ki az elmúlt néhány évben, még olyan országokban is, ahol van kultúrája specifikus kábítószer-projektek értékelésének. Hollandiában például, ahol a kutatás, a megfigyelés és az értékelés hagyományosan része a kábítószer-politikának, egy új (2002-es) „kormányzati irányítási stratégia” arra törekszik, hogy az államigazgatási szervek (amelyek egészségvédelemmel és kábítószerekkel foglalkoznak) teljesítményével kapcsolatosan adjon útmutatást (Hollandia nemzeti jelentése, 83–84. oldal). Ausztriában, bár a kábítószerrel kapcsolatos megfigyelés jelentősen fejlődött az elmúlt években, sem tartományi szintű (a Vorarlbergben végrehajtott előzetes értékeléseken kívül), sem átfogó kábítószer-politika nem volt értékelés tárgya (Ausztria nemzeti jelentése, 63. oldal). A többi országban (Ciprus, Lettország, Málta, Szlovákia, Bulgária, Románia és Törökország) nem áll elegendő mennyiségű információ

6. táblázat: Néhány nemzeti stratégia értékelésének sajátosságai

	„Nemzeti kábítószer-stratégia”	Az értékelés hatóköre	Az értékelés célja	Értékelési időszakok
Görögország	Cselekvési terv 2002–2006	Átfogó és specifikus	Hatásosság	Nincs
Spanyolország	Nemzeti kábítószer-stratégia, 2000–2008	Átfogó és specifikus	Hatásosság és hatékonyság	2003–2008
Franciaország	Hároméves terv a kábítószerek ellen és a függőségek megelőzéséért, 1999–2001	Átfogó és specifikus	Megvalósítás	2002
Írország	Nemzeti kábítószer-stratégia, 2001–2008: „Építés a tapasztalatokra”	Átfogó és specifikus	Megvalósítás	2004–2008
Portugália	Nemzeti stratégia a kábítószerek elleni küzdelemre, 1999; Cselekvési terv 2000–2004	Átfogó és specifikus	Megvalósítás	2004

([149]) Átfogó értékelés: a beavatkozás értékelése a maga teljességében (5. táblázat).

([150]) (1) Regionális megállapodások az egészségügyben és igazságszolgáltatásban, (2) minisztériumok közötti politika a professzionális képzésről, (3) regionális politikai programok az addikció megelőzésére, (4) aktívan elébe menő kísérletek a specializált létesítmények részéről az addiktív viselkedést mutató emberek általános gondozására, és (5) kockázatcsökkentő programok Párizs 18. kerületében.

rendelkezésre a nemzeti kábítószer-stratégiák (már ahol egyáltalán vannak) értékeléséről történő jelentéshez.

Értékelések: „előzetes", „időközi" és „utólagos"

Az Európai Unió tevékenységértékelésének útmutatója (Európai Bizottság, 2003) az értékelések végrehajtásának négy fő okát azonosítja: (1) a beavatkozások megtervezéséhez történő hozzájárulás; (2) a beavatkozás minőségének javítása; (3) a források hatékony elosztásának segítése; (4) a beavatkozás eredményeinek jelentése (értsd: elszámoltathatóság). Ugyanez az útmutató az értékelés három stádiumát írja le: előzetes, időközi és utólagos.

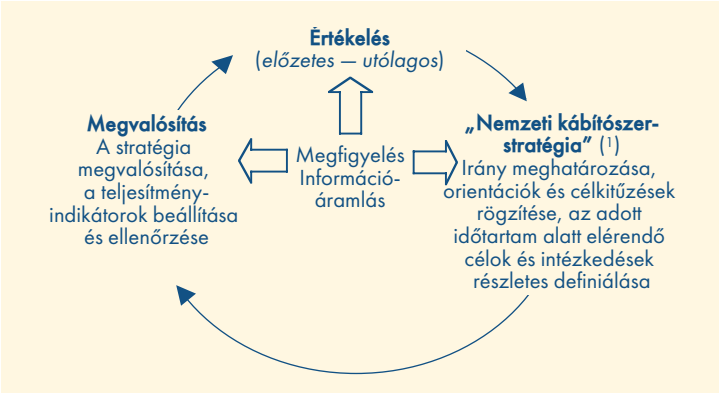
Az előzetes értékelés végrehajtása a megvalósítás előtt történik, a cselekvés iránti igény felmérésére vagy egy alapvető vonal felállítására. Az előzetes értékelés a nemzeti kábítószer-stratégiák jelentéseiben szerepel a parlamenti bizottságok, kormányzati bizottságok vagy kormányzati osztályok által végzett felülvizsgálati folyamatként, amely számos nemzeti kábítószer-stratégiának (Belgium, Németország, Spanyolország, Írország, Portugália, Svédország) az alapját jelenti.

Időközi értékelésről a spanyol, az ír és a portugál nemzeti kábítószer-stratégiák számoltak be, mint a beavatkozások és célok „menet közbeni" kiigazításának eszközeiről. A „menet közbeni" kiigazítás nem korlátozódik azokra az országokra, amelyek rendes értékelési folyamattal rendelkeznek. Az ilyen értékelés alkalmazásáról olyan országokban is beszámolnak, amelyek megfigyelőrendszereket állítanak fel, ahol a jövőbeli akciók alakításához és igazításához nyújtanak segítséget megbízható információk szolgáltatásával. Ez inkább az értékelési tevékenységekre jellemző értékfelmérést jelent. A megfigyelés és értékelés kifejezéseket ismételten felcserélhetően használják.

Az utólagos értékelés az egész beavatkozási időszakot öleli fel, általában főleg a beavatkozás végeredményére összpontosítva, azzal a céllal, hogy bemeneti adatokat szolgáltasson a jövőbeli beavatkozások számára. Ilyen tevékenységről Franciaországban számoltak be, ahol a francia cselekvési terv végső értékelésének célja az volt, hogy egy új kábítószer-stratégiai terv céljait és beavatkozásait vizsgálja felül, Spanyolországban, Írországban és Portugáliában pedig 2008-ra terveznek hasonló értékelést.

A kábítószerek területén az értékelési folyamat célja mindig a meglévő beavatkozások minőségének javítása és újak tervezése. Várható azonban, hogy amikor egyik kábítószer-stratégia követi a másikat, akkor az előzetes és utólagos értékelések összeolvadnak, és körkörös folyamatot eredményeznek, amelyben az elmúlt stratégia

24. ábra: Az értékelés mint ciklikus folyamat



(1) A „kábítószer-stratégia" kifejezés magában foglalja a stratégiából származó bármely ekvivalens akciótervet is.

végső eredménye a jövőbeli stratégia számára képez bemeneti adatokat (24. ábra).

Az értékelés résztvevői

A „nemzeti kábítószer-stratégiákban" foglalt másik kulcsfontosságú kérdés, hogy az értékeléssel megbízottak vajon a szervezet „belső" tagjai legyenek, vagy „külsősök". Mindkettőre található példa, és mindkét típusnak vannak előnyei és hátrányai egyaránt.

A belső értékelők a struktúrák és a kommunikációs mechanizmusok szélesebb körű ismeretét nyújthatják, ismerik a szervezetet és a felülvizsgálat tárgyát, valamint azonnali hozzáféréssel rendelkeznek az adatforrásokhoz. Azonban esetleg indokolhatják, hogy miért fulladt kudarcba a célok elérése, és kevésbé hajlandóak olyan észrevételeket vagy változtatási javaslatokat tenni, amelyekre a szervezetet érintő fenyegetésként is lehet tekinteni. A külső értékelőknek ezzel szemben objektívabb és megbízhatóbb képet kell adniuk, mivel nem kapcsolódnak a szervezethez, azonban több nehézségük akadhat az információforrásokhoz való hozzáférésben, és annak veszélye is fennáll, hogy a megrendelőnek megelégedést próbálnak nyújtani olyan jó eredményekkel, amilyen jó egyáltalán elvárható. Ezenkívül a külső értékelők általában költségesek. Tehát választani kell egyfelől a helyzet jobb megértése és az információs objektivitás elérésének képessége, másfelől a nagyobb objektivitás és az értékelési szakértelem között.

A legtöbb tagállam „kevert" megközelítés mellett tör lándzsát: Írországban a nemzeti kábítószer-stratégia időközi értékelését külső konzulensekkel végeztetik el 2005-ben, egy szektorok közötti irányítócsoport irányítása alatt; Portugáliában a belső személyzet és külső konzulensek fogják elvégezni a 2000–2004-es cselekvési terv értékelését; Franciaországban pedig külső értékelők

és az OFDT belső személyzete hajtotta végre a hároméves akcióterv értékelésének különféle aspektusait. Spanyolországban az időközi értékelést (2004) a Kábítószerügyi Nemzeti Terv (PNSD) személyzete éppen jelenleg hajtja végre, míg a görög terv külső értékelést igényel. Svédországban az Országos Közegészségügyi Intézet fogja értékelni a közegészségügyi politikát sokféle életvezetési változó mérésével. Egyik célja a politikának (11. számú), hogy csökkentse a dohányzást és az alkohol használatát, tiltott kábítószerektől és doppingtól mentes társadalmat hozzon létre, és csökkentse a túlzásba vitt szerencsejáték káros hatásait.

Minden országban, ahol értékelési folyamatot hajtottak végre, úgy tűnik, hogy a nemzeti koordinációs hivatal az a hatóság, amely felelős az értékelési folyamat megszervezéséért és végrehajtásáért: Franciaországban a Minisztériumközi Misszió (MILDT), Spanyolországban a PNSD, Portugáliában a Kábítószerekért és a Kábítószer-függőségért Felelős Intézet (IDT), Írországban a Kábítószerügyi Igazgatóság, Svédországban a Kábítószerügyi Koordinációs Hivatal és Belgiumban, ahogyan ezt a 2001-es belga „stratégiában” kihirdették, az Általános Kábítószerügyi Egység, amikor működésbe lép. Ezeken a hivatalokon belül a kábítószer-megfigyelő központok – amelyek általában azonosak a Reitox nemzeti fókuszpontokkal – felelősek az értékeléshez szükséges információ- és adatszolgáltatásért, valamint néha műszaki értelemben is felelősek az értékelésért.

Célok és mutatók

Gyakran felmerül a kérdés, hogy milyen mértékben lehet mérni a „nemzeti kábítószer-stratégia” eredményeként megvalósított intézkedések hatását. Valójában mind a nemzetközi, mind pedig a „nemzeti kábítószer-stratégiák” meglehetősen „általános célokra” hivatkoznak. Ilyen például „a kábítószer-használókat fenyegető veszélyek csökkentése”, „a kábítószermentes társadalom létrehozásának célja”; vagy „operatív célokra”, pl. „a kezelési pontok számának növelésére” vagy „kábítószerügyi koordinációs hivatal felállítására” hivatkoznak. Mind az „általános”, mind pedig az „operatív” céloknak javára válhat a specifikus célok meghatározása. Az előbbiek fontos alapját képezik a nemzeti kábítószer-politikának, és megjelölnek egy irányt, azonban ezeket nehéz mérni; az utóbbiak pedig a kvalitatív és kvantitatív kezdeményezések végrehajtására utalnak, azzal a következménnyel, hogy ezeket könnyebben lehet mérni.

A szakértők és szakemberek arra figyelmeztetnek, hogy egy stratégia tudományos értékeléséhez világos, egyértelmű és mérhető módon kell meghatározni a célokat, megkülönböztetve, azonban összekapcsolva az „általános” és „operatív” célokat. Az „operatív célokra” ténylegesen úgy kell tekinteni, mint az „általános célok” megerősítésére. Ezután kell felállítani a célkitűzések elérését mérő teljesítménymutatókat. Jelenleg csak néhány nemzeti kábítószer-stratégiát lehet ebbe a kategóriába sorolni.

Hatékonyság

Néhány nemzeti stratégia említést tesz költség/haszon vagy költséghatékonyság-elemzésről, a spanyol stratégia kivételével, amely kimondja, hogy a nemzeti stratégia elemzése egyben a nyilvános politika hatékonyságát is megpróbálja mérni. Bár a költségvetés és a költség a közigazgatás ügye, a kábítószerek területén (amint azt a legutolsó éves jelentés megállapította, KKEM, 2003b) általános az ismeretek hiánya a területen történő közérdekű beavatkozások globális költségével kapcsolatosan. Az ilyen elemzéseket általában mellékesnek tekintik, és csak néhány kutatási tevékenységben kapnak helyet.

Az értékelés kényszerei

A tudományos közösségen belül elfogadott, hogy nagyon nehéz meghatározni a kábítószer-politika hatásosságát vagy hatástalanságát. Szakértők és szakemberek figyelmeztetnek a kábítószer-politika hatásértékelésével kapcsolatos nehézségekre: az „összetettségi szinteket” és az „okok és hatások összekapcsolódásainak sokaságát” figyelembe kell venni. Nehéz a kábítószer-politika és annak eredménye és a hatás közötti oksági kapcsolatot detektálni, a mérni tervezett beavatkozások és hatások sokfélesége miatt, valamint a valóságot (pl. társadalmi-gazdasági feltételek, szubkultúrák) befolyásoló lehetséges külső tényezők (megtévesztő tényezők) miatt is. Néhány kutatás arra utal, hogy a kábítószer-jelenség inkább a viselkedési és társadalmi tényezőkön múlik, mint a politikai beavatkozásokon.

Ezenkívül a kábítószer-használat tiltott jellege komoly akadálya lehet az adatgyűjtésnek – amely bármely értékelési folyamat alapvető eszköze –, és emiatt a kábítószer-jelenség számos fontos aspektusa felderítetlen maradhat. Így a kábítószerügyi beavatkozás területén az értékelést nagyon óvatosan kell kigondolni, eredményeit óvatosan kell értelmezni.

Következtetés

A megvizsgált adatokból kiindulva úgy tűnik, hogy a „nemzeti kábítószer-statégiák” általában az értékelést a megvalósítás – a fejlődés, az eredmények vagy kudarcok – méréseként értik, és végül valamilyen ítéletet formálnak azokról, ahelyett hogy a teljes kábítószeres helyzetre gyakorolt hatást értékelnék. Ez fontos következtetés. A legtöbb ország, amely már sok évtizede néz szembe a kábítószer-problémával, most képes (vagy szándékozik)

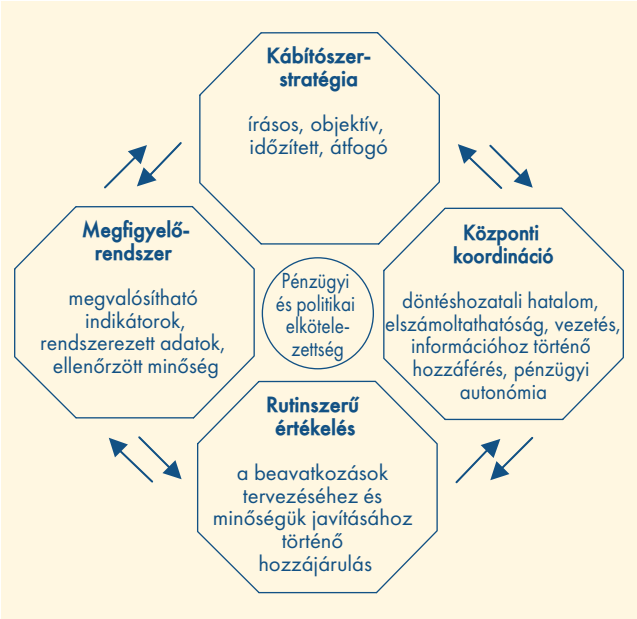
alapot vetni – a megfigyelőrendszeren keresztül – a kábítószer-jelenség, valamint az erőfeszítéseik hatásának méréséhez. Így a kábítószer-politika sokkal inkább elszámoltathatónak tekinthető, mint bármikor korábban, ami maga is egy fontos eredmény.

Néhány ország továbblépett, és bejelentette, hogy a megfigyelőrendszerek fejlesztése mellett a „nemzeti kábítószer-stratégia" megvalósításának értékelését is végrehajtja, ami alatt a teljes stratégia vagy annak egy része érdemességét vagy egyéb tulajdonságát értékelő tudományos tanulmányt értenek. Eddig azonban nem látszik semmi jele az egész nemzeti kábítószer-stratégiával kapcsolatos hatás tudományos értékelésének.

Általában azok az országok, amelyek strukturáltabb megközelítést alkalmaznak a kábítószer-stratégia terén, azaz amelyek írott, céltudatos és átfogó „nemzeti kábítószer-stratégiával", egy nemzeti koordinátorral és stabil megfigyelőrendszerrel működő központi koordinációs mechanizmussal rendelkeznek, kifinomultabb értékelési rendszerről számolnak be (25. ábra). Úgy tűnik, hogy a strukturált megközelítés léte, önmagában a pénzügyi és politikai elkötelezettség, előfeltétele a nemzeti kábítószer-stratégia fejlettebb értékelési megközelítésének. Ezt a hipotézist természetesen további kutatásoknak meg kell erősíteniük.

A megfigyelés és az értékelés kultúrájának terjedése hozzáadódik az Európai Unióban lévő kábítószer-problémával kapcsolatos tudáshoz, és ennek következtében az ajtó nyitva áll a jobban informált döntések előtt. A jelenlegi kábítószer-stratégiák már komolyan elismerik az értékelést az elszámoltathatóság, a teljesítmény és a pénzügyi megalapozottság kritikus összetevőjeként. A kábítószerek területén számos projekt és speciális beavatkozás tartalmaz egy értékelési összetevőt, és amennyiben minden nagyobb kábítószer-politikai beavatkozásra kiterjed, ez fokozatosan hozzá fog járulni az európai nemzeti kábítószer-stratégiák hatékonyságának méréséhez.

25. ábra: A strukturált kábítószer-politikai megközelítés fő sajátosságai



2. válogatott téma

A kannabiszprobléma összefüggései – az európai kezelési igényben mutatkozó növekedés megértése

Bevezetés

A „kannabisz" szó sokféle termék meghatározására használatos, amelyeket a kannabisz- vagy indiai vadkender (*Cannabis sativa* L.) növényből állítanak elő. A kannabisz évelő növény, amely Közép-Ázsiában őshonos, de ma a világ számos mérsékelt és trópusi égövi területén is terem. A *Cannabis sativa* számtalan variációja a különböző hozzá tartozó biológiai és kémiai sajátosságok széles tartományát öleli fel. A tiltott kannabisz három formája található az európai piacon: a „kannabisznövény", amely a növény szárított leveleiből, száraiból és virágcsúcsaiból áll; a „kannabiszgyanta" (hasis), a virágcsúcs barna vagy fekete gyantaszerű szekrétumának szárított formája, amelyet általában összepréselt tömbökben, de néha por alakban árulnak; valamint a legritkábbnak számító „kannabiszolaj", amely ragadós viszkózus folyadék.

A kannabisz ember általi használata hosszú történetre tekint vissza; egykor számos társadalomban, közösségben használták fontos rostforrásként kötelekhez és ruhákhoz, vallási rituálékat segítő anyagként, gyógynövényként és mámort kiváltó anyagként. Ma világszerte a kannabisz a leggyakrabban előállított, szállított és fogyasztott tiltott kábítószer (UNODC, 2003a). Használatának hosszú története és jelenlegi népszerűsége ellenére a kannabiszhasználat közegészségügyi hatásaival kapcsolatos ismereteink korlátozottak. Az utóbbi időben egyre több a kannabiszhasználat – főleg az intenzív kannabiszhasználat – és egy sor egészségügyi és társadalmi probléma közötti potenciális kapcsolatra utaló bizonyíték. A kábítószerre szakosodott szolgáltatásoknál segítséghez folyamodó kannabiszhasználók számának látható növekedése szintén növekvő aggodalmat kelt. Változatlanul nem világos azonban a problémák természete és mértéke az európai kannabiszfogyasztók populációjában. Az sem világos, hogy a kezelések iránti növekvő igényről szóló statisztikai információk milyen mértékben tükrözik a bejelentési és hivatkozási gyakorlat változásait a segítséget igénylő egyének tényleges számával szemben. Ahhoz, hogy megválaszoljuk ezeket a kérdéseket, a kannabiszos kezelési igényt a változó európai fogyasztási mintáknak, a jelentési rendszerek evolúciójának és maga a kábítószer változó természetének figyelembevételével szélesebb perspektívában kell megvizsgálnunk. Ezek a kérdések szerepelnek ebben a kannabiszproblémáról szóló válogatott témában, amelynek célja, hogy jobb tájékoztatás mellett mozdítsa elő a társadalmi vitát annak potenciális közegészségügyi hatásaival kapcsolatosan, mivel az összes tiltott kábítószerfajta közül ez bizonyult a legelterjedtebbnek.

Jogalkotási kontextus: a kannabisz jogi státusza Európában

A kannabiszhasználókra vonatkozó jogszerű büntetések kérdésköre változatlanul vitatott téma az Európai Unión belül ([151]), és a tagállamok meglehetősen különbözőképpen közelítik meg a kérdéskört.

A kannabiszszármazékokat kábítószerként minősíti az ENSZ 1961-es Egységes Kábítószer-egyezményének I. és IV. melléklete ([152]). Az egyezmény megfelelő intézkedések megtételét kívánja meg annak biztosítására, hogy tevékenységek széles köre – beleértve a kábítószerek birtoklását is – büntetendő legyen. A tagállamoknak azonban saját körülményeiket figyelembe véve kell értelmezniük és alkalmazniuk az egyezményt, és a 36. 1. b) cikk utat enged a „kezelés, oktatás, utógondozás, rehabilitáció és szociális beilleszkedés" lehetőségeinek.

Ez a gyakorlatban az Európai Unióban azt jelenti, hogy a kannabiszos bűncselekmények kezelése heterogén. Néhány ország ügyészségi útmutatókat vagy jogi kódexeket adott ki, amelyek szabályozzák, hogy miként kell bizonyos kannabiszos bűncselekményeket kezelni, és gyakran javasolnak különböző jogi utakat az enyhébbnek, illetve súlyosabbnak tekintett bűncselekményekkel kapcsolatosan. Néhány országban kibontakozóban van egy tendencia, miszerint terápiás intézkedésekkel váltják fel a büntetőeljárást olyan esetekben, ahol, súlyosbító körülmények nélkül, kis mennyiségű kábítószer használata vagy birtoklása áll fenn. Ezenkívül a büntető törvénykönyvek úgy is közelíthetik a problémás használatot, hogy megengedik (kötelező vagy elbírálási alapon) a büntetőeljárás felfüggesztését, feltéve, ha a bűnelkövető tanácsadáson vagy kezelésen esik át. Bár ezek az alternatívák általában az összes kábítószer-használóra érvényesek, az elmúlt év

([151]) L. Európai kábítószerjogi adatbázis (ELDD) weboldala (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).
([152]) L.: http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm.

során történt változások eredményeként Belgiumban és az Egyesült Királyságban a jogszabályok és az útmutatók speciálisan kitérnek a problémás kannabiszhasználókra azzal a céllal, hogy segítségre irányítsák őket.

A kannabiszhasználattal összefüggő testi, lelki és fejlődési problémák ([153])

A tagállamok részéről benyújtott nemzeti jelentések rámutatnak, hogy a kannabiszos kezelési igény számának növekedése valószínűleg konkrétan az intenzív kannabiszhasználathoz kapcsolódó problémák megnövekedett szintjét tükrözi. Megjegyzendő azonban, hogy meglehetősen hiányoznak a rendszerezett és összehasonlítható adatok a kannabiszhasználók részéről tapasztalt problémákkal kapcsolatosan. Ennek a területnek a tudományos ismereti alapja még fejlődik, azonban egyre meggyőzőbb bizonyítékot szolgáltat a kannabiszhasználat és egy sor probléma összekapcsolódására, bár az oksági kapcsolat természete nem mindig világosan érthető. A kannabiszhasználattal kapcsolatos problémák szakirodalmának áttekintése on-line módon hozzáférhető (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811).

Fontos különbséget tenni a kannabisz akut (rövid távú) és hosszú távú vagy krónikus hatásai között. Számos pozitív és negatív akut hatásról számoltak be eddig. A negatív hatások közé tartozik a figyelemhiány, a koncentrálási nehézségek, a mozgató funkciókra (reflexek, koordináció) gyakorolt kellemetlen hatás, a rövid távú memóriaproblémák, az idegesség és a pánikrohamok, valamint a depresszió. A pozitív hatások között említhető az eufória, az ellazulás és a megnövekedett szociabilitás. A legnagyobb aggodalmat keltő akut hatása ennek a kábítószernek a rövid távú kábítószer-indukált pszichózis vagy súlyos pánikroham, a megnövekedett balesetveszély, különösen autóvezetéskor és veszélyes munkakörülmények között, valamint fiatalok körében az iskolai teljesítményre gyakorolt negatív hatás (Hall és társai, 2001).

A kannabisz krónikus hatásainak megértése számos oknál fogva egy sokkal komplexebb kérdés, nem kevéssé azért, mert nehéz elválasztani a kannabisz hatásait más tiltott kábítószerek, a dohány és az alkohol hatásaitól. A legfőbb aggodalmat ezen a területen a tüdőrák és egyéb légúti betegségek megnövekedett veszélye okozza, valamint a hosszú távú pszichiátriai problémák kifejlődésével való kapcsolat, beleértve a depressziós betegségeket, a pszichózist és a skizofréniát. A krónikus használattal kapcsolatosan aggodalmat kelt még a függő viselkedés esetleges kialakulása. Hogy milyen mértékben utalnak bizonyítékok arra, hogy a kannabiszhasználat kockázati tényező, oksági tényező, vagy csak egyszerűen valamilyen komplexebb viszonyban kapcsolódik ezekhez a problémákhoz, azt az on-line módon elérhető áttekintő összefoglaló tárja fel.

A legtöbb tagállamban a kannabisz a kábítószertörvények elleni bűncselekményekhez leggyakrabban kapcsolódó tiltott kábítószer, amely nem meglepő, figyelembe véve azt, hogy egyben a leggyakrabban használt kábítószer is ([154]). Más kábítószerekkel – pl. a heroinnal – ellentétben azonban nem látszik erős kapcsolat a kannabiszhasználat és a bűncselekmények egyéb típusai között.

Kannabiszhasználat és a problémák mérése

Bár a megállapodás szerinti nemzetközi diagnosztikus kritériumok hasznos útmutatást adnak a káros kábítószerhasználat, a visszaélés és a függőségi használat definiálásához, a problémák akkor merülnek fel, amikor a kannabiszt a rendelkezésre álló európai bizonyítékok fényében vizsgáljuk ([155]). Jelentős eltérés jellemzi a legfontosabb mérési kérdéseket. Például kevés konszenzus mutatkozik olyan kifejezések definíciójában, mint az „intenzív használat", „rendszeres használat", „problémás használat", és ez nehezíti a különböző eredmények összehasonlítását. Ezenkívül elsősorban a felmérési munkákban történt kísérlet arra, hogy a „függőség" és a „visszaélés" mérését az ICD vagy a DSM definíciója szerint végezzék a népességi szinten; itt pedig ismételten hiányoznak a szabványosított eszközök, amelyek megengedik különböző tanulmányokból származó adatok, illetve az adatok népességek közötti összehasonlítását.

Ezen a területen bizonyos munkák jelenleg is folynak. Például egy mostani francia tanulmány arra törekszik, hogy jobb definíciót adjon a problémás használatra, és speciális eszközöket fejlesszen ki a használati gyakoriság, az érzékelt veszély, a pszichés és fizikális hatások mérésére (Beck, 2003).

A mai napig a használat intenzitásának leggyakoribb mértéke azoknak a napoknak a száma egy meghatározott időszak alatt, amelyeken a kábítószer-használat történt. A kannabisz mindennapos vagy csaknem mindennapos használatát az „intenzív" használat jeleként lehet tekinteni. Bár a mindennapos kannabiszhasználat nem feltétlenül jelent függőséget, valószínű, hogy a mindennapi használók jelentős része pozitívnak mutatkozna a függőségi és visszaélési teszten a szabványos diagnosztikus kritériumok

([153]) Speciálisan a kannabiszhasználatról és a kapcsolódó problémákról szóló monográfia kerül kiadásra 2005 első felében. A kannabiszhasználat testi és egészségi hatásaival kapcsolatos információk találhatók a KKEM weboldalán.

([154]) L. Kábítószerrel kapcsolatos bűnözés_Tbl 5 a 2004-es statisztikai értesítőben.

([155]) A „függőség" és a „káros használat" definícióját l. Betegségek nemzetközi osztályozása (International Classification of Diseases), 10. kiadás (ICD-10, World Health Organisation), F10-től F19-ig bejegyzett kódok: pszichoaktív anyagok használata miatt fellépő mentális és viselkedési rendellenességek. A *Mentális rendellenességek diagnosztikus és statisztikai kézikönyve (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* (IV. kiadás) (DSM-IV, American Psychiatric Association) szintén gyakran használatos, amely a „függés" és a „visszaélés" fogalmakat használja.

szerint (ICD-10, DSM-IV). Mivel a használat gyakoriságát viszonylag egyszerű mérni és harmonizálni a kérdőívekben, ez a mérés szerepel az Európai modell kérdőívhez tartozó KKEM-útmutatóban. Jelenleg kilenc ország tesz jelentést a kannabiszhasználat gyakoriságáról ebben a formában ([156]).

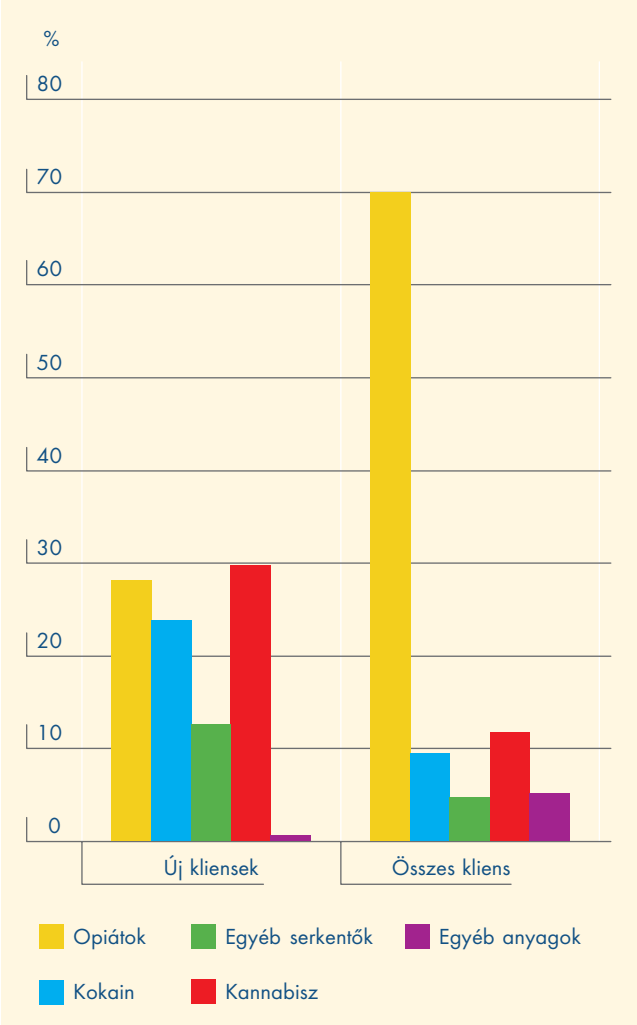
A kannabiszprobléma miatti kezelési igények irányzatai

A kannabisz Európában a leginkább használatos tiltott kábítószer, azonban azoknak az embereknek csupán kis hányada keres kezelést, akik ezt a kábítószert valaha is használták. Ennek ellenére sok országban jelenleg a kannabisz a második leggyakrabban bejelentett elsődleges kábítószer, amely miatt az emberek specializált kábítószer-gyógykezelésben részesülnek. A TDI (kezelésiigény-mutató) -adatok szerint (l. 65. oldal), amelyeket a specializált kezelési szolgáltatások minden típusából gyűjtöttek össze, az összes kliens körülbelül 12%-a és az új kezelésűek 30%-a a bejelentések alapján elsődlegesen kannabiszproblémával rendelkezik (26. ábra).

A kannabiszhasználat miatt kezelésre jelentkező új kliensek (azaz a korábbi kezelési előélettel nem rendelkezők) aránya jelentősen különbözik az országok között a Litvániában tapasztalt csaknem nullától a Németországban csaknem az esetek felét (48%) kitevő arányig, azonban általában az arány több mint egyötöd (20%) (27. ábra). Mindamellett nem minden ország tud az új kezelési igényekről szóló adatot szolgáltatni, és az összes kezelési igényről szóló adatok körében a kannabiszproblémák kevésbé nyilvánvalók.

Az elérhető irányzati adatokkal rendelkező országok TDI-adatai szerint, 1996 és 2002 között, a kannabisz mint elsődleges kábítószer miatt kezelésre jelentkező új kliensek száma 3713-ról 12 493-ra emelkedett. Az adatokat szolgáltató 11 ország között átlagolva, 2002-ben, az ilyen kliensek az összes új kliens 29%-át tették ki az 1996-os 9%-hoz képest (az adatforrások tekintetében l. 20. ábra). Bár Görögország és az Egyesült Királyság ([157]) kivételével ezek az országok mind növekedésről számoltak be a kannabiszt használó új kliensek összeshez viszonyított arányában, a növekedés nagyságrendje a hollandiai 6%-tól a németországi 31%-ig terjedt. A Reitox nemzeti jelentésekben megadott információk arra utalnak, hogy az elsődlegesen kannabiszhasználat miatt kezelésben részesülő egyének száma az új tagállamok némelyikében szintén növekszik (28. ábra). A kannabiszos kezelési igényeknek a Holland Nemzeti Alkohol- és Kábítószer-információs Rendszer (LADIS) által a közelmúltban végzett felmérése kimutatta, hogy a 2002-ben kezelésre jelentkezett új kliensek 29%-a kannabiszproblémával került bejelentésre, valamint, hogy

26. ábra: A kezelési szolgáltatásokon részt vevő új és összes kliens körében bejelentett elsődleges kábítószer 2002-ben



Megj.: *n* = 42 568 (új kliensek), 351 372 (összes kliens).
Adatot szolgáltató országok (új kliensek): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.
Adatot szolgáltató országok (összes kliens): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SI, SK, FI, SE, UK.
Országonként a kliensek számára súlyozva.
Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003.

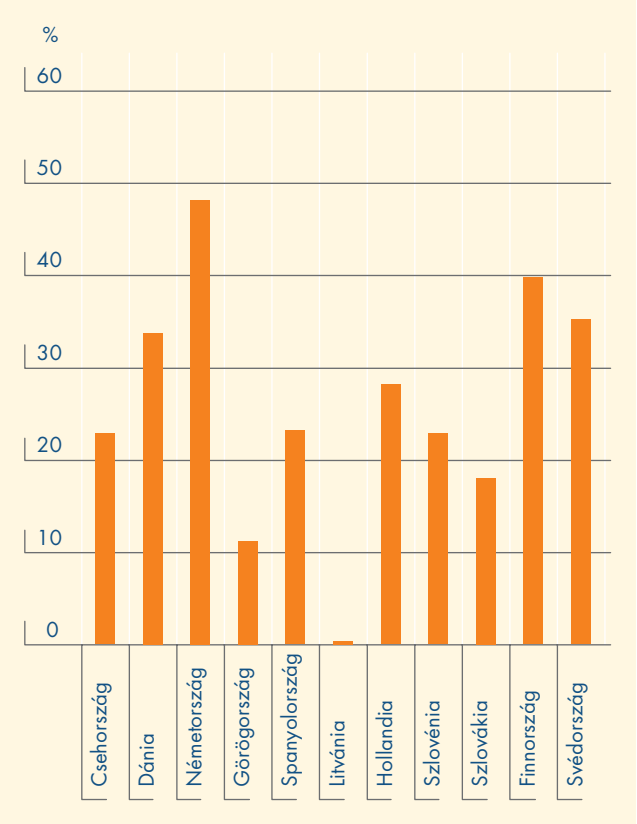
a kannabiszos kliensek az egyének kis, de évente növekvő hányadát képviselték. A jelentés azt is közzétette, hogy a hollandiai kannabiszhasználat léptékét figyelembe véve, a kezelést igénylők hányada, bár növekszik, még mindig viszonylag kicsi.

Óvatosan kell eljárni azzal kapcsolatosan, hogy milyen mértékben szűrhetők le általánosítások a konszolidált európai adathalmazból. Új kezelési igényekkel kapcsolatos, időben nyomon követett adatok csak 11 országból állnak rendelkezésre. Itt fontos azt is megjegyezni, hogy a kannabiszos kezelési igényekben a

([156]) Görögország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Olaszország, Lettország, Hollandia és Portugália. Finnországgal kapcsolatos adatok nem szerepelnek a felmérésben, az utolsó hónapban kannabiszt használók alacsony száma (35) miatt. Az esetek száma és a százalékok minden országra vonatkozóan a GPSurvey_Tbl 7 adatai között szerepelnek a 2004-es statisztikai értesítőben.

([157]) Új kliensekkel kapcsolatos adatok nem állnak rendelkezésre az Egyesült Királyságban, és az információt a nemzeti jelentésben jelentették.

27. ábra: A kannabisz mint bejelentett elsődleges kábítószer a kezelésen részt vevő új kliensek körében 2002-ben



Megj.: Összes eset száma: 42 421.
Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003.

TDI-adatok által tükrözött emelkedést erősen befolyásolják a Spanyolországból és Németországból származó adatok; ezekben az országokban különösen nagy növekedésről számolnak be az elsődleges kannabiszproblémák terén, továbbá az összesített számok tekintetében Spanyolország teszi ki az összes bejelentett kezelési igény körülbelül 50%-át.

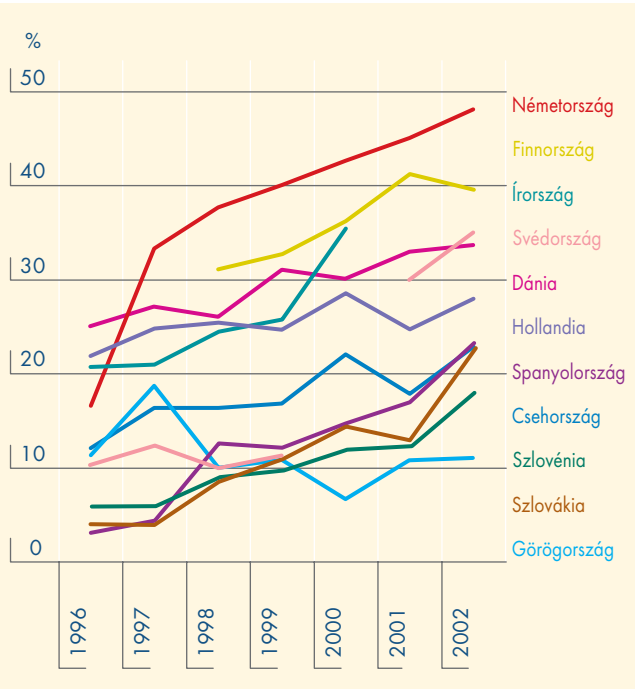
A kannabisz-gyógykezelési igényben tapasztalt növekedés nem korlátozódik Európára. Az Egyesült Államokban, ahol eltérő kábítószeres kezelési regisztrációs rendszer van használatban ([158]), a marihuánával kapcsolatos kezelési felvételek az 1992-es kb. 20 000-ről csaknem 90 000-re növekedtek 2000-ben (SAMHSA, 2001; KKEM, 2003d).

A kannabisszal kapcsolatos megnövekedett kezelési igény következményeinek mérlegelésekor a következő kulcsfontosságú kérdések merülnek fel:

- Ez az eredmény a kannabiszhasználattal kapcsolatosan testi és pszichológiai problémákkal rendelkező emberek számának növekedését mutatja? Ha igen,
  - ez a kannabisz rendszeres intenzív használatából ered?
  - tükröz más tényezőket is, mint pl. a kannabisz potenciáljának növekedését?
- Megmagyarázható ez a növekedés a segítség iránti megnövekedett igénytől független tényezőkkel? Mint pl:
  - a kezelésekkel kapcsolatos jelentési rendszer általi lefedettség javulásával;
  - az elérhető kezelési létesítmények típusainak megsokasodásával, különösen a tizenéveseket és a fiatalokat megcélzó specifikus kezelési szolgáltatások tekintetében (Reitox nemzeti jelentések, 2003);
  - a kannabiszhasználat kezelésének változásával a büntető igazságszolgáltatási rendszer részéről, az iskolákon belül vagy a fiatalokkal dolgozó szolgálatok részéről, az egyébként spontán módon segítséget nem kérő egyének kezelésre történő növekvő számú beutalásával.

Fontos megérteni, hogy minden egyes ilyen tényező milyen mértékben érinti a kezelések látogatását. Az első lépés figyelembe venni az elsődlegesen kannabisz-

28. ábra: A kannabisszal mint bejelentett elsődleges kábítószerrel összefüggő tendenciák a kezelésen részt vevő új kliensek körében: 1996–2002



Megj.: Kezelés a teljes számot tekintve (az összes kliens %-a).
Országon belüli irányzatok átlaga (%).
Svédországban az 1996 és 1999 közötti adatok a fekvőbetegek kezeléséből származnak, ezért a kannabiszos esetek száma a többi évhez képest viszonylag alacsony.
Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003.

([158]) Az Egyesült Államokban a kezelési felvételek és nem az egyének regisztrációja történik. Ezenkívül Európával szemben az alkohol is szerepel a visszaéléssel kapcsolatos szerek között. L. SAMHSA weboldal (http://www.samhsa.gov); az USA-ban, Kanadában, Ausztráliában a marihuána kifejezést használják, mert a „hasis" kifejezés (kannabiszgyanta) nem elterjedt.

problémával kezelésre jelentkezők sajátosságait. Ez az elemzés a járóbeteg-/ambuláns kezelési létesítményeket látogatókon alapul.

Kannabiszos kliensek: sajátosságok és használati minták

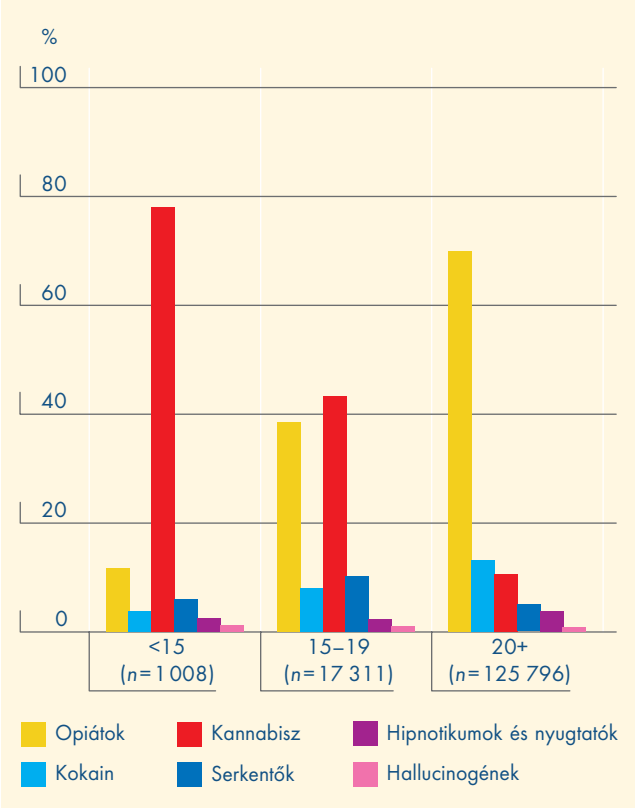
Számos szabványos választási lehetőség áll rendelkezésre a kezelésekre jelentkező kábítószer-használók beutalási eredetének rögzítésére. Ezek megkülönböztetik azokat a kábítószer-használókat, akik saját magukat utalták be, azoktól, akiket más szervek, pl. szociális vagy büntető igazságszolgáltatási hivatalok utaltak be. A legtöbb kannabiszos klienst a család vagy barátok, a szociális szolgálatok vagy büntető igazságszolgáltatási rendszer utalja be. Az egyéb kábítószer-használókkal összehasonlításban a kannabiszos kliensek kisebb hányada utalja be saját magát kezelésre ([159]). Hasonló kép bontakozik ki az Egyesült Államokban és Kanadában, ahol a marihuánával mint elsődleges kábítószerrel kapcsolatos kezelési igény az eredmények szerint az esetek jelentős részében nem saját indíttatású (KKEM, 2003d).

A beutalási utak közötti fontos különbség az, hogy akiket a családtagok vagy a szociális szolgálatok (gyakran iskolák) utalnak be, azok általában fiatalabbak, kevésbé valószínűleg használnak egyéb kábítószereket a kannabisz mellett, valamint szociálisan integráltabbak, míg a jogi hatóságok által vagy saját maguk által beutaltak általában korosabbak, és gyakran a kannabisz mellett más kábítószereket is használnak (Reitox nemzeti jelentések, 2003). Németországban és Finnországban, ahol a legnagyobb az elsődlegesen kannabiszos kliensek aránya, a jogi hatóságok és iskolák fontos szerepet játszanak a kliensek kezelésre történő beutalásában.

A kezelésre újonnan jelentkező kannabiszos kliensek jellemzően fiatalok, férfiak (83%) 22–23 éves átlagéletkorral, míg a többi kábítószer esetében a kliensek között a férfiak aránya ennél valamivel kisebb, és az átlagéletkor nagyobb. A „nagyon fiatalként" (15 éves kor alatt) besorolt új kliensek csaknem 80%-a, a 15–19 évesek 40%-a esetén az elsődleges kábítószer, amely miatt kezelésre jelentkeznek, a kannabisz (29. ábra) ([160]). Ezek a csoportok még mindig jellemzően férfiakból állók, de nagyobb arányban tartalmaznak nőket, mint a teljes klienscsoport. Az életkorbeli és nembeli eloszlás különbségei országonként nagyjából az összes kliens között talált mintákkal azonos mintákat tükröznek.

Nagy hányadot (45%) tesznek ki azok a viszonylag fiatal kannabiszos kliensek, akik még az oktatásban vesznek részt, miközben a más kábítószerekkel kapcsolatos problémák miatt kezelt klienseknek csak 4–8%-a ilyen. A kannabiszproblémákkal kezeltek további 24%-a rendes

29. ábra: A bejelentett elsődleges kábítószer eloszlása a járóbeteg-kezeléseken részt vevők körében, életkor szerint: 2002



Megj.: Összes kliens. Adatot szolgáltató országok: DK, DE, EL, ES, LU, HU, SE, FI, UK.
A dániai és az egyesül királyságbeli férfiak a kannabiszkezelésre járó 20 év alatti kliensek 56%-át teszik ki, a spanyolországiak pedig további 17%-ot tesznek ki.
Forrás: Reitox nemzeti jelentések; TDI járóbeteg-kezelési központok.

munkaviszonyban van; ez egyenlő a munkanélküliek arányával ([161]), amely éles ellentétben áll az olyan kábítószereket használó kliensekkel, mint pl. a heroin. Ezenkívül a kannabiszos kliensek gyakrabban jelentenek be stabil lakóhelyet, mint azok, akiket egyéb kábítószerekkel kapcsolatos problémák miatt kezelnek ([162]); ez azt tükrözi, hogy legtöbbjük fiatal, tanul, és a szüleivel lakik.

Az elsődlegesen kannabiszhasználat miatt járóbeteg-gyógykezelésben részesülő kliensek között a használat mintája nagymértékben változó, és teljesen különbözik a többi kábítószerfajta, különösen az opiátok esetében tapasztaltaktól (30. ábra). A 2002-ben elsődlegesen kannabiszproblémával kezelt kliensek között csak 36% volt napi fogyasztó, és csak 17% használta a szert heti egy alkalomnál gyakrabban (heti 2–6 alkalom); 15% használta heti egyszer vagy kevesebbszer a szert; és 28%

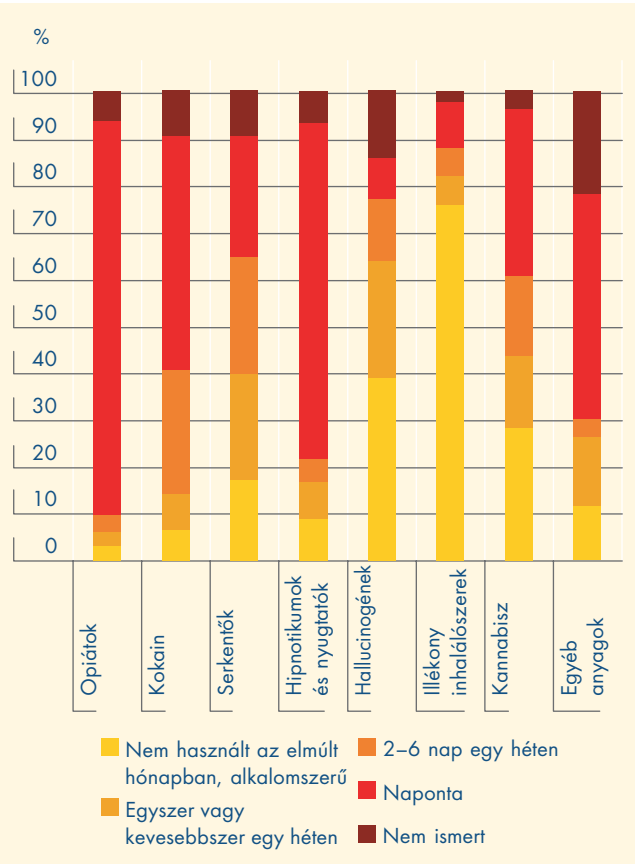
([159]) L. 22. OL ábra: Beutalások forrása az összes kliens között: minden kábítószer, illetve a kannabisz viszonylatában.
([160]) L. TDI_Tbl 4 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([161]) L. 23. OL ábra: Munkaviszonyok a kannabiszos kliensek és az összes kliens körében.
([162]) L. 24. OL ábra: Életkörülmények a kannabiszos kliensek körében és az összes kliens körében.

volt alkalmi használó, vagy egyáltalán nem használt kannabiszt az adott hónapban. Ellentétben ezzel az opiáthasználók 84%-a napi fogyasztó.

A járóbeteg-kezelésen részt vevő kliensek között a naponta kannabiszt használók aránya országonként változó. A legnagyobb arányban napi kannabiszhasználók Hollandiában (80%) és Dániában (76%) találhatók, az alkalomszerű kannabiszhasználók pedig Németországban vannak a legnagyobb arányban (41%) ([163]).

Minél fiatalabb életkorban kezd el valaki kannabiszt használni, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy kábítószer-problémái lesznek a jövőben (Kraus és társai, 2003). Európában a 2002-ben kezelés alatt álló kannabiszos kliensek 28%-a kezdte el a kábítószer használatát 15 éves kora előtt, és többségük (80%) a 20. életévének betöltése előtt. Az opiátokra vonatkozó

30. ábra: A bejelentett elsődleges kábítószer használati gyakoriságának eloszlása az összes járóbeteg-kezelésen részt vevő körében 2002-ben



Megj.: *n* = 109 699 (összes kliens). Adatot szolgáltató országok: CZ, DK, DE, EL, LU, HU, SE, FI, UK (CZ – minden kezelésiközpont-típus).
Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003; TDI járóbeteg-kezelési központok.

megfelelő adatok a 9% és a 42,8%, valamint a kokain esetében 6% és 26,5%.

A legtöbb ország arról számol be, hogy elsődlegesen kannabiszproblémával kezelés alatt álló kliensek gyakran politoxikomán használati mintát mutatnak. Ez esetleg azt jelezheti, hogy a politoxikomán problémával rendelkezőket – a kényelem kedvéért – elsődlegesen kannabiszhasználóknak jegyeznék be. Nem áll rendelkezésre azonban kvantitatív adat a kliensek között a politoxikomán droghasználók arányáról. Különbségek vannak az olyan kliensek között, akik csak kannabiszt használnak, és azok között, akik a kannabiszt egy másik kábítószerrel együtt használják (Reitox nemzeti jelentések, 2003): az előbbiek általában fiatalabbak, és szociálisan jobban integráltak (valószínűbb, hogy munkaviszonyban vannak, jobb tanulmányi eredményt értek el, kisebb valószínűséggel maradnak vagy maradtak ki az iskolából), mint az utóbbiak. A leggyakrabban jelentett másodlagos anyag az elsődlegesen kannabiszos kliensek körében az alkohol (32,9%) és a serkentőszerek (25%) ([164]), bár az eloszlás országról országra változik.

Néhány kezelés alatt álló kannabiszos kliens más kábítószerek injekciózásáról is beszámol, és néhányan injekciózás előfordulásáról tudósítanak az életük során annak ellenére, hogy jelenleg a kannabiszon kívül semmi más kábítószert nem használnak. Görögországban például 2002-ben, bár a másodlagos kábítószer-használó kannabiszos kliensek 14,7%-a injekciózott a megelőző 30 nap folyamán, az összes kannabiszos kliens 25,4%-a jelentette be más anyag injekciózásának előfordulását élete során (Görögország nemzeti jelentése, 2003). Hasonlóképpen egy Csehországból származó információ (nemzeti jelentés) arra utal, hogy bizonyos kezelési környezetben a kannabiszos kliensek fele egyben injekciózó kábítószer-használó.

Tendenciák a kezelési igényben: változó tényezők

Az elsődlegesen kannabiszproblémákkal kezelést igénylők számának növekedését meg kell vizsgálni a használati mintában és jellegzetességekben történt változások kontextusában. Az adatszolgáltató országokban 2000 és 2002 között a jogi hatóságok, a család, a barátok és a szociális szolgálatok részéről beutaltak összesített száma kiugróan – 103%-kal, 81%-kal és 136%-kal – megnövekedett ([165]). Nem találtak lényeges különbséget az országok között, kivéve, hogy Németországban a büntető igazságszolgáltatási rendszer részéről indítványozott beutalások aránya is növekedett (21,7%-ról 26,7%-ra).

Nem áll rendelkezésre kézzelfogható adat a kannabiszos kliensek szociodemografikus sajátosságainak irányzatairól, bár néhány nemzeti jelentés (Csehország,

([163]) L. 25. OL ábra: A kannabiszhasználat gyakoriságának összehasonlítása országonként.
([164]) L. 26. OL ábra: A legelterjedtebb másodlagos kábítószerek az összes kannabiszos kliens körében, ország szerint és TDI_Tbl 9 a 2004-es statisztikai értesítőben.
([165]) L. 27. OL ábra: Beutalások forrása az összes kliens között, 2000–2002.

Franciaország és Luxemburg) a tanulmányi, szociális és pszichés problémákkal rendelkező kliensek számának növekedését írja le. 2001 és 2002 között a kannabiszos kliensek között a napi használók aránya 31,7%-ról 39,2%-ra emelkedett ([166]); néhány ország arról számol be, hogy a napi használók aránya nagyobb az idősebb (20 év feletti) kliensek körében.

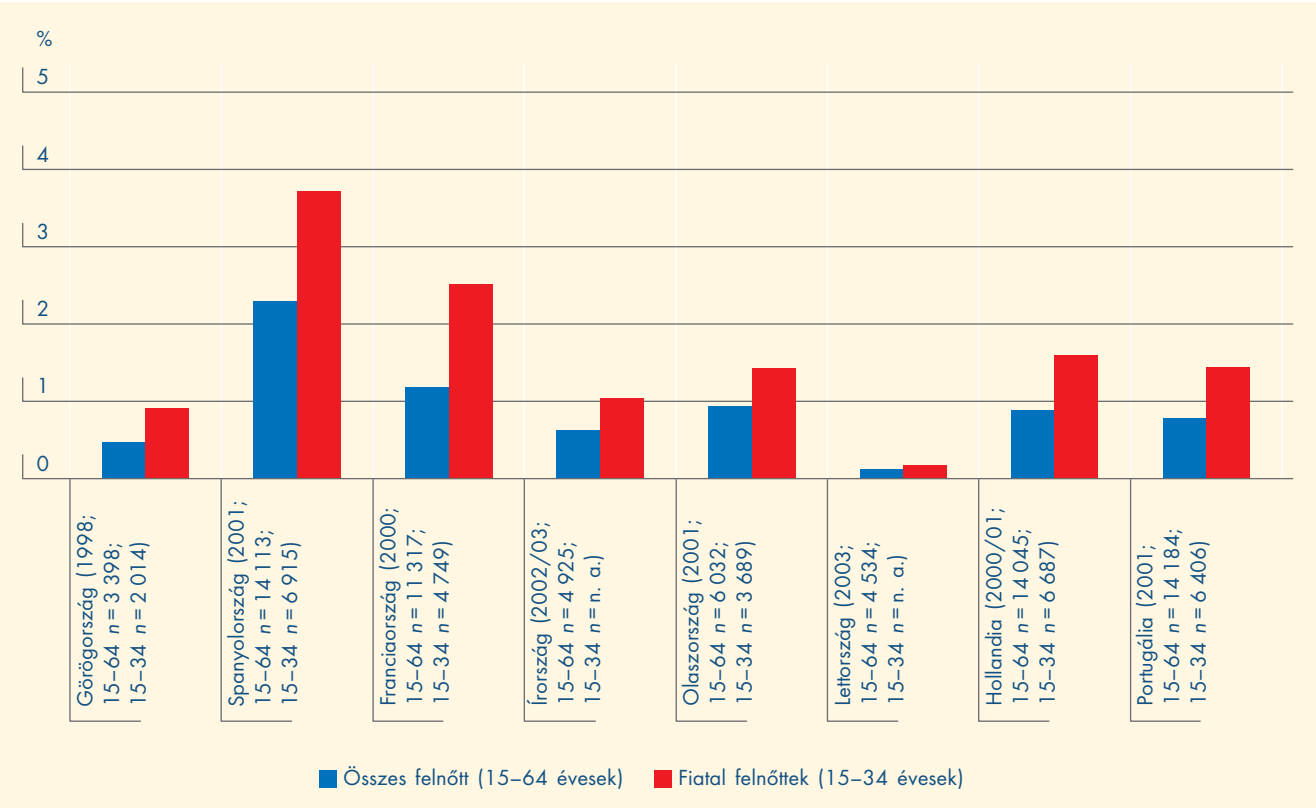
Kannabisz az általános népesség körében: a kísérleti használattól a napi használatig

Amint az korábban bemutatásra került, bár a kannabiszhasználat az 1990-es években szinte minden országban jelentősen emelkedett, és a kannabisz a legáltalánosabban használt kábítószer, a legtöbb használat alkalomszerű vagy rövid távú. Valószínű, hogy a problémák kialakulására vagy a függőségre nézve legnagyobb veszély azokat fenyegeti, akik intenzíven használják a szert, azonban ezen a területen a legszűkösebbek az információforrások, bár ismert, hogy a jelenlegi használók (az elmúlt 30 nap alatti használatot tekintve) tipikusan városi környezetben lakó, fiatal férfiak.

Az „elmúlt 30 nap alatti használat" a jelenlegi használat mutatója, és azokat is magában foglalja, akik intenzíven használják a szert. Az utóbbi időkben végzett felmérésekben – ha Svédországot (0,1%) nem tekintjük – a felnőttek 1–7%-a és a fiatal felnőttek 3–12%-a jelentette, hogy a megelőző 30 nap alatt használta a szert. Különbségek vannak azonban az országok között, és a jelenlegi használat a legáltalánosabb Csehországban, Spanyolországban, Franciaországban, Írországban és az Egyesült Királyságban. Azokban az országokban, ahol elemezhetők az elmúlt néhány év használatának irányzatai, növekedést tapasztaltak, igaz, nem drámai mértékűt.

Az elmúlt 30 nap alatti kannabiszhasználat gyakoriságának részletes elemzését lehetővé tevő adatok kilenc országból állnak rendelkezésre – Görögország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Olaszország,

31. ábra: A „napi vagy csaknem napi gyakoriságú kannabiszhasználók" aránya az összes felnőtt és a fiatal felnőttek között néhány EU-országban az országos népességi felmérések alapján



Megj.: Napi vagy csaknem napi gyakoriságú használó = aki az interjú előtti hónap alatt legalább 20 napon használt kábítószert.
Az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származó adatok.
A felnőttek tartománya a 15–64 éves kor (Olaszország: 44 éves kor), a fiatal felnőttek tartománya a 15–34 éves kor. Az életkortartomány különbségei kis különbségeket eredményezhetnek az országok között.
Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003, a népességi felmérési jelentések vagy tudományos szakcikkek alapján. L. még standard járványtani táblázatok a 2004-es statisztikai értesítőben.

([166]) L. 28. OL ábra: A használat gyakorisága az összes kannabiszos kliens között és TDI_Tbl 8 a 2004-es statisztikai értesítőben.

Lettország, Hollandia, Portugália és Finnország (nem szerepel). Egyetlen kivétellel (Lettország), az elmúlt hónapban kannabiszt használók körülbelül egynegyede (19–33%) ezt napi vagy csaknem napi szinten tette ([167]) ([168]). Ezekben az országokban a napi használók a teljes népesség 0,5–2,3%-át ([169]) és a fiatal felnőttek (15–34 évesek) 0,9–3,7%-át tették ki (31. ábra). A legtöbb ember (76–92%), aki az elmúlt hónap során kannabiszhasználatról számolt be, 15 és 34 év közötti életkorú volt, és a napi használók is erre az életkortartományra koncentrálódtak. Ezenkívül a napi használók általában férfiak, bár az arány a hollandiai 62%-tól a görögországi 92%-ig változik.

Ezekből az adatokból durva becslést lehet tenni a kannabiszt intenzíven használó emberek számáról Európában. Feltéve, hogy a népesség körülbelül 1%-a használ kannabiszt napi gyakorisággal, egy 25 millió lakosú országban (15–64 évesek) 250 000 személy van, aki a kannabiszt napi rendszerességgel használja. Az egész Európai Unióban, amelyben a 15–64 év közötti népesség 302 milliót tesz ki, az előfordulás körülbelül 3 millióra tehető.

Még a fiatal felnőttek körében is az intenzív kannabiszhasználat különbözik az életkori csoportokban, és általában nagyobb arányú a fiatalabb csoportokban. A 2002-es spanyol iskolai felmérésben a 14–18 éves iskolai tanulók 3,6%-a számolt be napi vagy csaknem napi gyakoriságú használatról (ami a 15–34 éves fiatal felnőttek közötti tartomány felső vége). A 17–19 évesek évenkénti francia felmérésében (ESCAPAD) a napi gyakoriságú kannabiszhasználat az elmúlt 30 napon belül még nagyobb volt: a fiúk 9,2%-a és a lányok 3,3%-a (Beck és Legleye, 2003).

A kannabiszfüggőség vagy kannabisz-visszaélés hatásai, úgy tűnik, kevésbé súlyosak, mint más kábítószereké. A legintenzívebb kannabiszhasználók, úgy tűnik, viszonylag integrált, fiatal emberek, akiket más szociális problémák terén (autóbalesetek, tanulmányok befejezésének elmulasztása, felbomló, ill. csonka család) nagyobb veszély fenyeget, mint egyéb bűncselekmények terén, és a beavatkozásnak ennek megfelelőnek kell lennie, és nem szabad további problémákhoz vagy kirekesztéshez vezetnie.

A kannabisz hatóerejével és dózisával kapcsolatos kérdések

Feltevések szerint a kannabisz hatóerejének növekedése felelős részben a megnövekedett szintű problémákért és ennek megfelelően a megnövekedett számú kezelési felvételekért. A kannabisz hatóerejével, az egyedi használók által kapott dózisokkal és azoknak az akut és krónikus problémákra valószínűleg kifejtett hatásával összefüggő kérdések megértése számos komplex kérdéskört vet fel. A kannabisz hatóerejéről rendelkezésre álló tudományos bizonyítékok feltérképezésére a KKEM egy speciális tanulmányt végzett, amelynek eredményei a 90. oldalon találhatók.

A kannabisz hatóereje csak az egyik tényező annak kiszámításában, hogy egy egyén milyen dózist kap egy adott időszak során (Hall és társai, 2001). A bevitel módja, a szívási technika, az alkalmanként használt kannabisz mennyisége és az egyén részvételével történő szívások száma mind egyformán fontosak az egyéni expozíciós szint kiszámításában. A nagy hatóerejű kannabisz egy bizonyos mértékben mindig is elérhető volt, és az ezzel a témával kapcsolatos aggodalom sem új keletű. Szintén fontos megjegyezni, hogy nem lehet tudni, mennyiben változtatnak a kannabiszhasználók a viselkedésükön a kívánt dózis hatásának elérése érdekében. Ezért további vizsgálatokra van szükség annak kiderítéséhez, hogy a nagy hatóerejű kannabisz milyen mértékben vezet szükségszerűen magas dózishoz.

A kannabiszproblémával rendelkezők igényeire adott válasz

A hatékony válaszok kifejlesztéséhez elengedhetetlen a kannabiszproblémákkal segítséget kérők igényeinek megértése. A kezelési igények és egyéb adatok elemzése azt mutatja, hogy mind a kezelésre beutalt kannabiszhasználók, mind pedig az általános használók nagyon heterogén populációt alkotnak, ennek megfelelően heterogén igényekkel. Ez arra utal, hogy a válaszok egyfajta folytonosságára van szükség, amely a megelőzéstől és kockázatcsökkentő tevékenységektől egészen a hivatalos kezelési tevékenységekig terjed. Kérdés, hogy megfelelő-e olyan fiatalokat specializált kábítószerközpontokba beutalni, akiknél a kannabiszhasználat csak alkalomszerű. Az erre a kérdésre adható válasz nagymértékben függ attól, hogyan állnak össze a szolgáltatások, és milyen mértékben keveredne a kliensek más szerek krónikus használóival. Ennek ellenére a különféle kannabiszfogyasztási mintákkal rendelkezők számára megfelelő beutalási útvonalak kérdésköre további mérlegelést igénylő, fontos téma.

A megelőzési oldalon kevés kezdeményezés született speciálisan a fiatalok körében növekvő kannabiszhasználatra adandó válaszreakciók terén, mivel a megelőzés ritkán anyagtól függő. Néhány tagállam azonban új fejleményekről számol be ezen a területen, két fő stratégia szerint: (1) annak a kockázatnak a kihangsúlyozása, hogy a kannabiszhasználó fiatal a

([167]) Ebben a részben a „napi vagy csaknem napi szintű használat" kifejezés az „elmúlt 30 nap alatt 20 vagy több alkalommal történt használatra" utal. Az Európai modell kérdőív a használati napok pontos számának gyűjtését irányozza elő, de az országos adatoknál a használati gyakoriság négy diszkrét kategóriába került csoportosításra, amelyek közül a „20 nap vagy annál több" a legnagyobb.

([168]) L. 29. OL ábra: A napi (vagy csaknem napi) használók hányada a felnőttek (15–64 évesek) körében, akik az elmúlt hónapban kannabiszt használtak.

([169]) A „múlt havi használók" aránya szorozva a „napi vagy csaknem napi használók" arányával, azaz 6% (múlt havi előfordulás) x 25% (a „20-szor vagy többször" használók aránya) = 1,5%.

A kannabisz hatóereje (forrás: KKEM, 2004c)

1. Az Európai Unió országai két különböző csoportba sorolhatók abból a szempontból, hogy a kannabisznövény vagy a kannabiszgyanta a legelterjedtebben fogyasztott termék. A információt rendelkezésre bocsátó országok közül a kannabiszgyanta Németországban, Írországban, Portugáliában és az Egyesült Királyságban volt elterjedtebb, míg a kannabisznövény gyakoribb volt Belgiumban, Csehországban, Észtországban, Hollandiában és Ausztriában.

2. Hosszú távon nem volt erősen növekvő tendencia az Európába importált kannabisznövény vagy kannabiszgyanta hatóerejében, és Hollandia esetleges kivételével az Európai Unió összes országában importált kannabiszt fogyasztanak, bár a házilag termesztett kannabisznövény elérhetőségével kapcsolatos adatok jelenleg hiányoznak.

3. A kannabisz zárt helyen történő termesztése bizonyos mértékben előfordul minden európai országban. Becslések szerint Hollandiában az így termesztett kábítószer az elfogyasztott kannabisz több mint felét képviseli, a legtöbb országban viszont az importált termékek jelentősebbek.

4. A zárt helyen intenzív módszerekkel (pl. tápoldatrendszer, mesterséges fény, vágással történő szaporítás és a nappali megvilágítás hosszának szabályozása) termesztett kannabisznövény általában nagyobb THC-tartalommal rendelkezik, mint az importált kábítószer. Bár a házilag termesztett kannabisz hatóerejének fokozatai egybeeshetnek az importált kannabisz fokozataival, a házilag termesztett kannabisz átlagos hatóereje két- vagy háromszor nagyobb is lehet.

5. A hatóerőben történt növekedés – amelyről néhány országban beszámolnak – csaknem teljes egészében a házilag termesztett kannabisz arányában tapasztalt növekedésnek tudható be.

6. A különböző kannabisztermékek piaci részesedését figyelembe véve az effektív hatóerő szinte minden országban viszonylag stabil maradt sok éven át, körülbelül 6–8%-os szinten. Az egyetlen kivétel Hollandia, ahol 2001-ig 16%-ot ért el.

7. Hollandiában a helyben termesztett kannabiszgyantának különösen nagy THC-tartalma van, azonban ez az anyag még ebben az országban is ritka, máshol pedig szinte ismeretlen.

8. A médiákban megjelenő, a kannabisz hatóerejének a mostani évtizedekben tízszeres vagy nagyobb arányú növekedéséről szóló állításokat nem támasztják alá sem az Amerikából, sem az Európából elérhető korlátozott adatok. A legnagyobb hosszú távú változások a hatóerő tekintetében az Egyesült Államokban történtek, azonban nem szabad megfeledkezni arról, hogy az USA-ban a kannabisz hatóereje 1980 előtt kicsinek számított az európai szinthez képest.

9. A tanulmány végkövetkeztetése az, hogy a THC-tartalom tekintetében szerény változások történtek, amelyek nagyrészt az Európai Unióban intenzív körülmények között, házilag termesztett kannabisz viszonylag közelmúltbeli piaci megjelenésére korlátozódnak. A tanulmány ezenkívül megemlíti, hogy a kannabisztermékek THC-tartalma rendkívül változó. Egyértelműen szükség van információkra, hogy kifejleszthessenek olyan megfigyelőrendszert, amely felmérheti a különböző kannabisztermékek piaci részesedését, és követheti az időbeli változásokat. Jelenleg ez az információ meglehetősen hiányzik.

10. A tanulmány számos fontos területet azonosít, ahol több figyelemre van szükség, ha a kannabisz hatóerejével kapcsolatos kérdéseket alaposan akarjuk értékelni. Idetartozik a konszenzus a kannabisztermékek nómenklatúrája tekintetében; a piaci információk megfigyelésének javítása, a laboratóriumi analitikai szabványok és az adatgyűjtés, valamint az európai szinten történő bemutatás javítása; a dohányzási viselkedés, a hatóerő és a vér THC-/metabolitszintje közötti kapcsolat feltérképezése Európában; valamint annak vizsgálata, hogy milyen mértékben eredményez a nagy hatóerejű kannabisz erősebb dózist, és ez mennyiben függ össze a lehetséges egészségügyi problémákkal. Megjegyzendő, hogy a különböző kannabisztermékekre történő különböző reagálás költsége és haszna megfontolást érdemel.

büntető igazságszolgáltatási rendszerrel kerül kapcsolatba; (2) a kannabiszhasználat normatív viselkedésként történő társadalmi felfogásának megfordítására tett kísérletek a tömegtájékoztatási és célzott médiakampányokon keresztül.

Németországban, Görögországban, Írországban, Finnországban és az Egyesült Királyságban intézkedéseket vezettek be a fiatalok körében az első alkalommal történő kannabiszhasználati bűncselekmények pszichoszociális következményeinek csökkentésére. Ennek egy közelmúltbeli példája (2000-től folyamatosan) a németországi FRED-program, amely jelenleg nyolc tartományban működik, és a fiatal kábítószer-használók számára rövid idejű korai beavatkozást biztosít önkéntes alapon ([170]). Az Egyesült Királyságban a fiatal bűnelkövetési csoportok hasonló alapon működnek. Azután, hogy a büntető igazságszolgáltatás változtatott a kannabiszhasználat bizonyos aspektusai kezelésének módján, és átminősítette a kábítószert (B osztályból C osztályba), a birtoklás és nem a használat számít bűncselekménynek; a birtoklás bírói megrovást

([170]) További információk erről és egyéb megelőzési programról eléhetők a KKEM EDDRA adatbázisból (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

eredményez. A fiatalok (azaz a 18 éven aluliak) számára meghatározott megrovási folyamat létezik. Az Egyesült Királyság bevezetett egy tömegtájékoztatási kampányt, hogy megerősítést adjon a kannabisz negatív és tiltott természetét illetően.

Egy másik közelmúltbeli kezdeményezés a megelőzési kampány bevitele a „coffee shopokba", ahol kis mennyiségű kannabisz kapható. Ez a beavatkozás az üzlet tulajdonosainak szóló kurzus és kézikönyv formájában történik, hogy megelőzze a kábítószerrel kapcsolatos problémákat ezekben a létesítményekben. A kézikönyv tájékoztatást nyújt a kannabisszal, a kábítószertörvényekkel, a pszichiátriai rendellenességekkel, elsősegéllyel, vállalkozói ismeretekkel és oktatási képzettséggel kapcsolatosan. Hollandiában hagyománya van a személyre szabott és közvetlen megközelítéseknek a kannabiszhasználattal összzefüggésben, amint azt a „Hasis és fű hét" ([171]) is jelzi, amikor „kemény" kannabiszhasználók tartanak csoportgyűléseket, ahol az intenzív használat következményeit és a viselkedési változások lehetőségeit tárgyalják.

Bizonyos mértékig ezek a megközelítések károsodáscsökkentő, valamint megelőzésorientált megközelítéssel rendelkeznek. A dohányzás és a légúti problémák közötti jól ismert kapcsolat és a kannabiszhasználat negatív egészségi hatásaival kapcsolatos aggodalom ellenére azonban a kannabiszhasználat következtében fellépő károsodások csökkentésére irányuló beavatkozások változatlanul alulfejlettek a más kábítószerek használatára irányulókkal összehasonlítva.

A kannabiszproblémákkal rendelkezők számára elérhető kezelési lehetőségek főleg kezelési központokban találhatók, amelyek legális vagy tiltott kábítószerektől függő vagy egyéb függőségi viselkedéssel rendelkező klienseknek nyújtanak segítséget. Néhány ország (Dánia, Németország, Görögország, Franciaország, Hollandia, Ausztria, Svédország és Norvégia) beszámol ugyan kannabiszhasználókra szabott szolgáltatásokról, azonban általában ez a fajta speciális kezelés rendkívül korlátozottnak tűnik. Sok országban (Belgium, Csehország, Dánia, Németország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Olaszország, Luxemburg, Hollandia, Ausztria, Portugália, Szlovénia és Norvégia) a problémás kannabiszhasználóknak szánt kezelési szolgáltatások beágyazódnak az általános kábítószer-problémák kezelésével foglalkozó létesítményekbe.

A kannabisszal összefüggő problémával rendelkezők kezelése legnagyobbrészt az egyéb tiltott kábítószerek – tipikusan opioidok – problémás használatával kapcsolatban kezelt kliensekkel együtt történik. Mivel ezek a specializált kábítószer-kezelési központok úgy vannak kialakítva, hogy megfeleljenek a gyakran kaotikus és peremhelyzetű kábítószeres populáció igényeinek, ezért vitatható a megfelelőségük a kevésbé akut igényekkel rendelkezők számára, mint amilyen pl. a legtöbb kannabiszhasználó is. A tagállamokban lévő kezelőközpontok tisztában vannak ezzel a helyzettel, és számos ország – a Reitox nemzeti jelentésben – megjegyezte, hogy nemkívánatos eredményre vezető és előnytelen a problémás kannabiszhasználókat keverni a problémás heroinhasználókkal vagy polidroghasználókkal, és ezt emelték ki annak okaként, hogy miért nem részesülhetnek a kannabiszhasználók fekvőbeteg-ellátásban. Könnyebb a specifikusan kannabiszhasználóknak szóló programokat járóbeteg-ellátási alapon megvalósítani. A osztrák nemzeti jelentés azt állítja, hogy a fekvőbeteg-ellátás helyeként – ha szükség van arra – inkább egy általános pszichiátriai osztály a megfelelőbb, mint egy specialista kábítószeres kezelési egység. A tagállamok által a kannabiszhasználók igényeire adott válaszreakciók terén a közelmúltban született innovációk között van egy Svédországban készült „kognitív kezelési kézikönyv" a krónikus kannabiszhasználók számára, egy Hollandiában létrehozott internetes önsegítő weboldal a problémás kannabiszhasználattal kapcsolatosan és az akupunktúrás kezelés bevezetése Finnországban.

Következtetések

Ennek az áttekintésnek az a célja, hogy szélesebb összefüggések között mutassa be a bejelentett kannabiszos kezelési igényekben jelentkező növekedést. Látható, hogy erről a vitás kérdésről szóló, megfelelően informált szakpolitikai vitához elengedhetetlen, fontos kérdések megválaszolatlanul maradnak. Az is látható, hogy a rendelkezésre álló bizonyítékok nem indokolják a riogató álláspontot, de a felelőtlenséget sem.

A kannabisszal kapcsolatos problémákkal rendelkező emberek néhány országban a specializált létesítménybeli kezelési igények nem elhanyagolható hányadát jelentik, és fontos alcsoportot képeznek a nagyobb kezelési populációban. A legtöbbjük fiatal férfi – tipikusan 20 éves körüli –, és legtöbbjük 16 vagy 17 éves korában kezdte el használni a kábítószert.

A kannabiszos kliensek eltérő kábítószer-használati mintával rendelkeznek, mint az egyéb szereket fogyasztók, sőt fontos különbségek vannak a kannabiszos kliensek között is. A különböző kezelés alatt álló kannabiszhasználó alcsoportok profiljai valószínűleg közvetlen módon lényegesek az igényeik megértéséhez és ezáltal a megfelelő válaszok biztosításához. A fontos dimenziók a használat gyakorisága, a jelenlegi és múltbeli egyéb kábítószer-használat és a beutalási eredet. Nagy vonalakban, a nemzeti jelentéseket és a

([171]) http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385.

TDI-adatokat összesítve, két kliensprofilt lehet egyértelműen elkülöníteni:

- fiatal használók, gyakran tanulók, akiket a család vagy az iskola utalt be kezelésre, és egyedül vagy néha alkohollal, illetve serkentőszerekkel együtt fogyasztják a kannabiszt;
- politoxikomán droghasználók, akik tipikusan korosabbak, szociálisan kevésbé integráltak, akiket gyakrabban a jogi hatóságok, egészségügyi vagy szociális szolgálatok utaltak be, és átfednek a krónikus kábítószer-használó populációval.

Ezenkívül bizonyíték van a jogi hatóságok által kezelésre beutalt egy további csoportról is, akik nem használnak egyéb kábítószereket, és a kannabisz csak alkalomszerű használóinak tűnnek.

Az elsődlegesen kannabiszos kezelési igény sajátosságaiban történt változásokra tekintve a rendelkezésre álló információk arra utalnak, hogy:

- néhány országban megnövekedett számú egyént utalnak be a büntető igazságszolgáltatási rendszerből;
- megnövekedett a családból és egyéb szociális támogató hálózatokból (család, barátok, szociális szolgálatok, iskolák) történt beutalások száma;
- megnövekedett az intenzív (napi) kannabiszhasználat aránya, bár a napi használók kisebbségben vannak;
- néhány országban megnövekedett a szociális és oktatási problémák szintje, bár ezen a területen kevés adat áll rendelkezésre.

A kezelési igényben tapasztalt növekedést nézve úgy tűnik, hogy a beutalási gyakorlatban történt változásoknak van hatása, és a beutaltak jelentős hányada nem tűnik intenzív kábítószer-használónak. Ennek ellenére, legalábbis néhány országban, jelentős számú kezelési igény származik intenzív kannabiszhasználó egyénektől. Ennek a csoportnak a problémáját változatlanul kevéssé értjük, ezért haladéktalanul kutatásokra van szükség ezen a területen. Az a megfigyelés, miszerint a nagyon fiatalok részéről mutatkozó kezelési igény nagy hányada a kannabisszal kapcsolatos, arra utal, hogy az ezzel a csoporttal összefüggő igények, beutalási utak és válaszreakciók speciális figyelembevételére van szükség.

Azt is fontos felismerni, hogy a kezelési igény nem közvetlen mutatója a kannabiszproblémák mértékének és természetének. Az általános népesség felmérési adatai arra utalnak, hogy az alkalomszerű használattal összehasonlítva az intenzív kannabiszhasználat viszonylag kevésbé általános. Ugyanakkor a kannabisz széles körű elterjedtsége azt jelenti, hogy az emberek jelentős száma intenzíven használhatja ezt a szert – legalább életének egy részében.

Becslések arra utalnak, hogy az intenzív használat a felnőtt népesség 0,5–2%-át és a fiatalok 1–3%-át érintheti. A fiatal férfiak között az előfordulás aránya valószínűleg lényegesen nagyobb. Nehéz egyértelmű képet rajzolni a felmérési bizonyítékokból a problémákkal rendelkező használók vagy a kannabisztól függővé válók számára vonatkozóan. Bár a kannabiszfüggőség vagy -visszaélés hatásai kevésbé súlyosak, mint más kábítószereké, ezeknek mindenesetre jelentős közegészségügyi hatása lehet a használat léptéke miatt, és azon tény miatt is, hogy a leginkább érintettek közül sokan fiatalok, és fontos fejlődési állapotokban, illetve amikor különösen sérülékenyek, esetleg intenzíven használhatják a szert. A szociálisan hátrányos helyzetű családokban vagy közösségekben a kannabiszfüggőség vagy -visszaélés még súlyosbíthatja az egyének problémáit a tanulmányi vagy munkavállalási lehetőségek károsításával.

Összegzésként, változatlanul kritikus szükség van kutatásokra, hogy megérthessük a kannabiszhasználat különféle mintái és a problémák kialakulása közötti kapcsolatot. Változatlanul nem kielégítően ismert, hogy milyen mértékben tapasztalnak problémákat a kannabiszhasználók, és milyen a fellelhető problémák természete. Módszertani eszközökre van szükség ahhoz, hogy a problémákat a populáció szintjén lehessen értékelni. Az ilyen információk az előfeltételei az európai kannabiszhasználatra adott hatékony közegészségügyi válaszreakciók kidolgozásának, célok megjelölésének és megvalósításának.

3. válogatott téma

Együttes előfordulás (komorbiditás)

Bevezetés

A pszichés betegségek és kábítószeres rendellenességek együttes előfordulása nem számít új jelenségnek. Az elmúlt években ez a téma azonban nagy lendületet kapott politikai és szakmai vitákban, mivel nyilvánvalóvá vált, hogy nagy- és valószínűleg növekvő számú embert érint a probléma. Ez a fejezet a pszichiátriai és személyiségi rendellenességek és a tiltott kábítószerek együttélésére összpontosít. Tulajdonképpen gyakran helyénvaló multimorbiditásról (többszörös előfordulás) beszélni, mivel az érintett egyének gyakran szomatikus betegségekben, pl. humánimmundefficiencia- (HIV) vagy hepatitis C-vírusfertőzésben is szenvednek, valamint szociális rendellenességektől, mint pl. a családi problémák, a munkanélküliség, szabadságvesztés vagy hajléktalanság. A gondozó és kezelési szolgáltatások általában nem megfelelően felszereltek, hogy ennek a klienscsoportnak a diagnosztikus és kezelési igényeivel foglalkozzanak; nem törődnek vagy képtelenek megküzdeni a kliensek problémáinak összességével. Az eredmény gyakran a „forgóajtó" helyzet, azaz a kezelésre nagyon rászoruló egyéneket egyik szolgálattól a másikhoz utalják át, miközben helyzetük egyre romlik.

A kannabiszhasználat és a pszichiátriai rendellenességek közötti specifikus kapcsolatot részletesebben tárgyalja a kannabiszról szóló válogatott téma (83. oldal).

Definíció

Az együttes előfordulást, vagy kettős diagnózist, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) így határozza meg: „valamely pszichoaktív anyag használatából származó rendellenesség és egy másik pszichiátriai rendellenesség együttes előfordulása azonos személyben" (WHO, 1995). Az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala (UNODC) szerint a kettős diagnózisú személy az „alkohol- vagy kábítószer-visszaélési problémával diagnosztizált személy, aki ezenkívül más egyéb, általában pszichiátriai diagnózissal – pl. kedélybetegség, skizofrénia – is rendelkezik" (UNODCCP, 2000). Más szóval, az együttes előfordulás ebben a kontextusban a két vagy több pszichiátriai vagy személyiségi rendellenesség időbeli együttlétére utal, amelyek közül egyik a problémás kábítószer-használat.

Kialakulás

Az együttes előfordulás kialakulásának meghatározása a tyúk és a tojás vitához vezet: melyik volt előbb? A pszichiátriai és kábítószeres rendellenességek közötti okozati kapcsolatról szóló kutatás nem ad végső választ. A mentális rendellenesség tünetei és az addikciós problémák kölcsönhatásba lépnek, és kölcsönösen befolyásolják egymást.

Kutatási bizonyítékok azt jelzik, hogy a pszichiátriai és személyiségi rendellenességek általában már a kábítószer-használati rendellenességek előtt megjelennek, azaz növelik az egyén fogékonyságát az ilyen problémák iránt (pl. Kessler és társai, 2001; Bakken és társai, 2003), azonban a pszichiátriai rendellenességeket a kábítószer-használat is súlyosbíthatja (pl. depresszió: McIntosh és Ritson, 2001), vagy párhuzamosan is felbukkanhatnak.

A kábítószer-használat felfogható egy pszichiátriai vagy személyiségi rendellenesség egyik komponenseként és önorvoslási kísérletként (pl. Williams és társai, 1990; Murray és társai, 2003). A tény, hogy a kábítószer-használat könnyít a zavaró tüneteken, serkenti az addikció kialakulását. Amint a kábítószer-használat abbamarad, pl. elvonás vagy helyettesítő kezelés alkalmazásával, a tünetek újra megjelenhetnek. A kábítószer által indukált akut pszichózisok különösen a kokain-, amfetamin- és hallucinogén-használóknál jelennek meg, és általában viszonylag gyorsan felszámolódnak. Nagyon nehéz lehet azonban különbséget tenni a kábítószeres intoxikáció és a nem kapcsolódó pszichotikus epizódok okozta tünetek között.

Krausz (1996) négy kategóriát javasol a kettős diagnózisnál:

- egy mentális betegség elsődleges diagnózisa, egy olyan kábítószeres visszaélés későbbi (kettős) diagnózisával, amely károsan érinti a mentális egészséget;
- kábítószerfüggés elsődleges diagnózisa pszichiátriai komplikációkkal, amely mentális betegséghez vezet;
- kábítószer-visszaélés és pszichiátriai rendellenességek együttes diagnózisa;

- kábítószer-visszaélés és kedélybetegség kettős diagnózisa, ahol mindkettő egy háttérben lévő traumatikus tapasztalatból származik, pl. poszttraumatikus stressz-rendellenességből.

Hasonlóképpen a svéd nemzeti jelentés különbséget tesz az együttes előfordulással rendelkező pszichiátriai betegek és a kábítószer-használat által súlyosbított, de nem mindig megfelelően diagnosztizált személyiségi rendellenességekkel küzdő kábítószerfüggő kliensek között.

Morel (1999) a kábítószerfüggők között talált nem specifikus pszichiátriai rendellenességeket megkülönbözteti a kábítószer-használattal specifikusan összefüggő komplikációktól. A kábítószer-használók között gyakran talált rendellenességekhez tartozik:

- nyugtalansági-depresszív rendellenességek;
- alvászavarok, amelyek depresszióból, nyugtalansági rendellenességből vagy pszichózisból származnak;
- agresszív és erőszakos viselkedés, amely antiszociális, pszichopata, skizofrén vagy paranoid személyiségi rendellenességeket jelez.

A specifikusan a kábítószer-használathoz kapcsolódó problémák a következőket foglalják magukban:

- hallucinogén kábítószerek vagy amfetaminok által indukált farmakopszichózisok;
- zavartsági szindrómák.

A jelenlegi idegélettani és neurobiológiai tanulmányok, valamint az agyi folyamatok láthatóvá tételét lehetővé tevő technikák feltűnése lehetővé tette a hipotézis felállítását a mentális és a fizikális trauma közötti kölcsönhatásokról, az agyi fejlődésről, kábítószerhatásokról, a stresszről és a mentális fejlődésről. A jutalmazórendszer létfontosságú az addikció kifejlődésében, az addikció pedig strukturális változásokhoz és az agy mikro- és makroszinten végbemenő adaptációjához kapcsolódik (Nestler, 2001).

Más elméletek specifikus kábítószereket specifikus mentális rendellenességekhez kötnek. Pl. felmerült az az állítás, hogy a heroin képes csökkenteni a stresszt, enyhíteni a fájdalmat és megszüntetni a baljós hangokat a skizofrén és borderline (határeseti) skizofrén betegekben; azonban a súlyos mentális betegségben szenvedők nem használnak heroint. A kokainról azt állítják, hogy enyhíteni tudja a depresszív állapotokat, képes a viselkedési gátlásokat felfüggeszteni, és lehetővé teszi, hogy nárcisztikus személyiségek kimutathassák grandiózusságukat. A kannabisz enyhítheti a feszültséget, és az extasy könnyíthet a szociális gátlásokon (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

A 2002-es ír nemzeti jelentés számos tanulmány eredményei alapján vizsgálta a depresszió jelenségét a kábítószer-használók között, és arra a következtetésre jutott, hogy erős kapcsolat van a problémás kábítószer-használat – konkrétan az opiátok és benzodiazepinek használata – és a depresszió jelentkezésének nagy előfordulási aránya között. Német kutatások a kábítószeres rendellenességek, a depresszió és az öngyilkosság közötti összefüggések kapcsán arra a következtetésre jutottak, hogy az öngyilkosság veszélye jelentősen megnövekedett mértékű a depresszív rendellenességgel rendelkezőknél (Bronisch és Wittchen, 1998). Lehetséges, hogy néhány depressziós egyén öngyógyítást hajthat végre opiátokkal és benzodiazepinekkel: a kezelési programokban részt vevő klienseknek kisebb depressziós értékeik vannak, mint az alacsony küszöbű szolgáltatások klienseinek (Rooney és társai, 1999) vagy a kezelések elején járóknak (McIntosh és Ritson, 2001).

Egy Norvégiában végzett felmérés (n = 2359) azt találta, hogy a kábítószer-használók nagy hányada élt át súlyos családi problémákat gyermekkorában és fiatalkorában. 70%-uknak volt tanulási vagy magatartási problémája az iskolában, 38% volt erőszak áldozata, és 21% részesült pszichiátriai kezelésben gyermekkorában és fiatalkorában (Lauritzen és társai, 1997). A pszichiátriai együttes előfordulással rendelkező női kábítószer-használók gyakran traumatikus szexuális visszaélés áldozatai voltak (pl. Beutel, 1999).

Diagnózis

A pszichiátriai és személyiségi rendellenességek rutinszerű felmérése nem mindig része a kábítószeres szolgálatoknál a kezelések megkezdésekor végzett szabványos diagnosztikai eljárásoknak. Néhány különösen tudatos és/vagy specializált szolgálat kivételével a mentális tüneteket és rendellenességeket ritkán fedezik fel a kábítószer-kezelési szolgálatoknál.

Mindenesetre az együttes előfordulást hírhedten nehéz diagnosztizálni. A kábítószeres addikció és az általa okozott szétesett viselkedés gyakran uralja a klinikai képet, és elfedi a pszichiátriai tüneteket. Ezenkívül a kábítószer-visszaélés is okozhat pszichiátriai tüneteket, amelyek alig különböztethetők meg a pszichiátriai rendellenességekétől (Berthel, 2003), miközben a kábítószer-megvonás vagy az akut intoxikáció szintén csaknem bármelyik ilyen rendellenességet képes utánozni (Liappas, 2001). Továbbá a depresszió és az idegesség az intoxikáció-megvonás ciklusok természetes velejáró tünetének tekinthető; olyan tünetek, amelyeket enyhítettek a kábítószerek, és az absztinencia vagy a helyettesítő kezelés során kerülnek felszínre, manifesztálódnak.

A módszertani fejlődés egyaránt javította a pszichiátriai és kábítószer-használati rendellenességek diagnózisát. Szabványosított és érvényesített (validált) berendezések széles köre áll rendelkezésre a pszichiátriai tünetek és személyiségi rendellenességek mérésére, és

hasonlóképpen különféle eszközök vannak a kábítószer-használati minták és az addikció szintjének értékelésére is. Az addikciós súlyossági index (ASI) egy többfunkciós eszköz, amelyet diagnózishoz, kezeléstervezéshez és kezeléskövetéshez, valamint kutatáshoz lehet használni. Az ASI azzal az előnnyel rendelkezik, hogy multidimenzionális, és hét területen méri a múltbeli és jelenlegi problémákat: egészségi státusz, munkavállalás és önellátás, alkoholhasználat, kábítószer-használat, jogi státusz, családi és szociális kapcsolatok és pszichiátriai tünetek (Krausz, 1999a; Öjehagen és Schaar, 2003). Szabványosított, és angolról a legtöbb egyéb európai nyelvre lefordították (EuroASI) ([172]). A Trimbos Intézet jegyzőkönyveket fejlesztett ki és tesztelt a figyelemhiányos/hiperaktivitási rendellenességgel (ADHD) rendelkező kábítószerfüggő kliensek diagnózisához és kezeléséhez (Eland és Van de Glint, 2001).

Előfordulás

Számos tanulmányt végeztek a pszichiátriai és személyiségi rendellenességek előfordulásának mérésére, valamint az általános népességben, illetve a gyógykezelési szolgálatokon belüli, illetve azokon kívüli pszichiátriai betegek és kábítószer-használók között tapasztalható kábítószer-használati minták mérésére. Az eredmények mind a számok, mind pedig a diagnózisok tekintetében nagymértékben változóak a populáció elérhetőségétől, a szelekciós és mintavételi módszerektől, a diagnosztikus kompetenciától és képzettségtől, a felhasznált diagnosztikus eszközök érvényességétől és megbízhatóságától, valamint a tanulmány időtartamától függően.

Különböző tanulmányok áttekintésekor Uchtenhagen és Zeiglgänsberger (2000) arra a következtetésre jutott, hogy a legelterjedtebb pszichiátriai diagnózis a kábítószer-használók között a személyiségzavar, amely 50–90%-ot érint, ezt követi a hangulatzavar (20–60%) és a pszichotikus rendellenességek (20%). A betegek 10–50%-ának van egynél több együttesen előforduló (komorbid) pszichiátriai vagy személyiségi zavara.

Kábítószerfüggők pszichopatológiájával kapcsolatos nemzetközi tanulmányokat áttekintő összefoglalójában Fridell (1991, 1996) egy képet vázol a kábítószeres addikcióban az együttes előfordulásról, amelyet a svédországi Lundban végzett saját vizsgálatai is megerősítenek. Három rendellenességi csoport azonosítható: személyiségzavarok (65–85%), depressziós és ideges állapotok (30–50%) és pszichózisok (15%). Kezelt kábítószerfüggőkről szóló hat tanulmány áttekintésében Verheul (2001) úgy találta, hogy különösen nagy az antiszociális (23%), borderline (határvonali) (18%) és paranoid (10%) személyiségi rendellenességgel rendelkezők előfordulása.

Sok kábítószer-szakember úgy gondolja, hogy a kábítószerfüggésnek a mentális rendellenességekkel együtt történő előfordulása növekszik, bár néhányuk amellett érvel, hogy mindez a témával kapcsolatos nagyobb tudatosságnak és/vagy a pszichiátriai betegségek diagnózisában és besorolásában történt változásoknak és/vagy az egészségvédelmi rendszer újrastrukturálásának köszönhető. Finnországban a kórházi elbocsátási jegyzék szerint a kábítószeres és egyéb mentális problémák együttes előfordulásával kapcsolatos kezelési időszakok száma az 1987-es 441-ről 2001-re 2130-ra emelkedett. A pszichiátriai rendellenességekkel együttes opiáthasználat kezelési időszakai megháromszorozódtak 1996 óta. Ez összhangban van a kábítószer-használat növekedésével, bár nem látszik közvetlen okozati kapcsolat. Írországban a kábítószer-használók pszichiátriai szolgálatokhoz történő első felvételének aránya csaknem négyszeresére növekedett 1990 és 2001 között.

A spanyol nemzeti jelentés megjegyzi, hogy az együttes előfordulásban tapasztalt növekedés részben talán a pszichostimulánsoktól való függés növekedése miatt lehetséges.

Az együttes előfordulás kezelési körülmények között

A 7. táblázat tartalmazza a tagállamokban különböző kábítószer-kezelési és pszichiátriai körülmények között tapasztalt együttes előfordulási tanulmányok részleteit, a nemzeti jelentésekben megadottak szerint. A pszichiátriai körülmények közötti kábítószeres rendellenességekkel kapcsolatos adatok nem annyira hozzáférhetők, mint a kábítószeres kezelési környezetben a pszichiátriai rendellenességekkel kapcsolatos adatok. Bár az ebben a összefoglalóban bemutatott tanulmányok nem összehasonlíthatóak, mégis jelzik az Európai Unió országaiban lévő helyzetet. Meglehetős eltérés mutatkozik a vizsgált populációk, a kiválasztott diagnosztikus kritériumok, a felhasznált eszközök és a diagnózis ideje tekintetében. A fent említett okoknál fogva sok esetben valószínű az aluldiagnosztizálás.

Egy Görögországban és Franciaországban végzett összehasonlító tanulmány úgy találta, hogy bár a kezelés alatt álló opiáthasználók pszichopatológiai gyakorisága meglehetősen hasonló volt a két országban, a pszichopatológiai minta különbözőnek mutatkozott: a hangulatzavar előfordulási aránya nagyobb volt a francia, mint a görög kábítószer-használók között (19% vs. 7%), az antiszociális személyiségi minták előfordulási aránya azonban a görög mintában volt nagyobb (20% vs. 7%). A szerzők ezeket a különbségeket a kábítószer-használat kisebb görögországi előfordulásának tulajdonították: „minél korlátozottabb a szociálisan elfogadhatatlan viselkedés mértéke, annál

([172]) L. EMCDDA Evaluation Instrument Bank (http://eib.emcdda.eu.int).

7. táblázat: Az együttes előfordulás kezelési körülmények között különböző EU-országokban

Ország	Környezet	Populáció	*n*	Együttes előfordulás (%)	Diagnózis	Forrás
Belgium	Pszichiátriai kórházak és pszichiátriai szolgáltatások az általános kórházakban	Kábítószer-problémákkal felvettek (1996–1999)	18 920	86	Skizoid, paranoid, skizotipikus: 86% Depresszió: 50% Személyiségzavarok: 43%	Minimum pszichiátriai adatok adatbázisa ([1])
Csehország	Terápiás közösségek	Lakossági kliensek (2001–2002)	200	35	Személyiségzavarok: 14% Depresszió: 7% Neurotikus rendellenességek: 6% Evési rendellenességek: 5%	Cseh nemzeti jelentés ([1])
Németország	Kezelési központok	Opiátfüggők	272	55	Stressz és szomatoform rendellenességek: 43% Kedélybetegség: 32% Fóbiák: 32% Depresszív epizódok: 16%	Krausz (1999b) ([1])
Görögország	Börtön és kezelési központok	Opioidfüggő férfiak	176	86	Nyugtalanság: 32% Kedélybetegség: 25% Skizofrénia: 6%	Kokkevi és Stefanis (1995) ([1])
Spanyolország	Metadonszolgálat	Opiátfüggő személyek	150	n. a.	Borderline: 7% Antiszociális rendellenesség: 6% Szociális fóbia: 6% Depresszió: 5%	Spanyol nemzeti jelentés ([1])
Franciaország	Metadonszolgálat	Opiátfüggő személyek	3 936	n. a.	Nyugtalanság: 4% Depresszió: 3% Viselkedési rendellenességek: 3% Evési rendellenességek: 2%	Facy (1999) ([1])
Írország	Fekvőbetegek akut pszichiátriai szolgálata	Kábítószerfüggésről szóló diagnózis miatt először felvettek (1996–2001)	1 874	26	Depresszió: 21% Skizofrénia és egyéb pszichózisok: 11% Személyiségzavarok: 19%	Országos Pszichiátriai Fekvőbeteg-jelentési Rendszer ([1])
Olaszország	Mentális egészségi szolgálatok	Élethosszig tartóan kábítószert használók	58	> 22	Hangulatzavarok: 22% Nyugtalanság: 21% Skizofrénia: 16%	Siliquini és társai (2002) ([1])
Luxemburg	Specializált kábítószer-kezelési szolgálatok	Korábban pszichiátriai szolgálatokkal (kivéve detoxikáció) kapcsolatban álló betegek (1996–2002)	380	32	n. a.	AST/RELIS (2002) ([1])
Hollandia	A holland népesség	Kábítószerfüggő 18–64 éves személyek (1996)	n. a.	n. a.	Depresszió: 29% Szociális fóbia: 29% Bipoláris rendellenesség: 24% Dysthymia: 22%	Ravelli és társai (1998) ([1])
Ausztria	Különböző kezelési szolgálatok (áttekintés)	Kábítószeres kliensek	n. a.	41–96	Személyiségzavarok, antiszociális rendellenességek, borderline, nárcizmus	Osztrák nemzeti jelentés ([1])
Portugália	Xabregas CAT kezelési központ	Kábítószeres kliensek	596	> 73	Rögeszmés-kényszeres rendellenesség: 73% Depresszió: 72% Szomatizáció: 60% Paranoid gondolkodás: 58%	Portugál nemzeti jelentés ([1])
Finnország	Kórházak	Kábítószer-kezelés miatt kórházban töltött időszak (2002)	2 180	29	Paranoid gondolkodás: 58% Pszichotikus rendellenességek: 32% Hangulatzavarok: 28% Neurotikus rendellenességek: 10% Személyiségzavarok: 29%	Kórházi betegelbocsátási jegyzék
Svédország	Egyetemi Klinika, Lund	Detoxikálóosztályon lévő betegek (1977–1995)	1 052	83	Antiszociális rendellenesség: 23% Bármely pszichózis: 14% Depresszív rendellenesség: 11%	Fridell (1996) ([1])
Egyesült Királyság	Közösségi és lakossági addikciós kezelési központok	Kábítószerfüggő betegek, 90% opiátfüggő	1 075	> 33	Pszichoticizmus Nyugtalanság Depresszió Paranoia	Marsden és társai (2000) ([1])

Megj.: Az ebben a táblázatban található adatok különböző időkeretekre vonatkoznak (pl. az élethosszig tartó vagy az elmúlt évi diagnózisokra).
n. a.: nincs adat.
([1]) E tanulmány további részletei az éves jelentés on-line változatában találhatók: 12. OL táblázat: Országtáblázatok az együttes előfordulásról.

valószínűbb, hogy szociálisan deviáns egyénekkel kapcsolatos" (Kokkevi és Facy, 1995).

Egy Norvégiában végzett tanulmány megvizsgálta a több kábítószert használó kábítószeresek (akik közül 85% heroinfogyasztó volt) és a csupán alkoholisták között a nemi különbségeket. A mintának nagyon nagy hányadát (93%) tették ki pszichiátriai és személyiségi rendellenességekkel rendelkező egyének. Összességében a nők között szignifikánsan nagyobb volt a depresszióval, egyszerű fóbiával és határeseti személyiségi rendellenességgel rendelkezők aránya, mint a férfiaknál. Az antiszociális személyiségzavar együttes előfordulása a több kábítószert használó férfiaknál volt a legnagyobb (Landheim és társai, 2003).

Előfordulás – börtönök és kötelező kezelés

A börtönlakó populáció különös figyelmet érdemel. A pszichiátriai zavarok, pl. a kábítószer-használat előfordulása sokkal nagyobb a börtönbeli populációban, mint a teljes populációban. Az ír adatok arra utalnak, hogy a férfi bebörtönzöttek 48%-a, a női börtönlakók 75%-a mentálisan zavart, miközben a börtönbeli férfiak 72%-a és a nők 83%-a számol be kábítószer-használat előfordulásáról (Hannon és társai, 2000). 1999-ben a Bécsi Rendőrség javítóintézetében tartott problémás kábítószer-használók 23%-a rendelkezett pszichiátriai problémákkal (Dialog, 2000). A visszaesés aránya a börtönbüntetést töltő kábítószer-használók között nagy, és egyre inkább elterjed a felismerés, hogy a bebörtönzés hozzájárulhat a mentális problémák súlyosbodásához. A helyzet még drámaibb a hosszú időtartamú és nagy biztonsági szintű börtönökben.

Svédországban a kötelező kábítószer-kezelésen részt vevő felnőttek 72–84%-a pszichiátriai problémáktól is szenved azonfelül, hogy kábítószer-használó (Gerdner, 2004). A gyermekek és fiatalok számára kötelező gondozásban lévő 46 kábítószerfüggő lány kétharmada rendelkezett pszichiátriai diagnózissal vagy személyiségzavarral (Jansson és Fridell, 2003).

Az együttes előfordulás kezelésének akadályai

Az együttes előfordulás diagnosztizálásának és kezelésének fő gátja az a tény, hogy a pszichiátriai személyzet általában kevés tudással rendelkezik a kábítószer-kezelésekkel kapcsolatosan, a kábítószer-kezelési személyzet pedig keveset tud a pszichiátriáról. A két speciális terület paradigmái meglehetősen különbözők: egyikük az orvostudomány és a tudomány diszciplínáin alapul, a másik a pszichoszociális módszereken és elméleteken. Ezenkívül a mentális egészségügyi szolgálatok filozófiája általában főleg az egyén és a köz biztonságának megőrzésével foglalkozik, míg az addikciós szolgálatok elvárják, hogy a kliens egy bizonyos mértékig motivált legyen a kezelésre járásban. Ezek az elkülönülő kezdőpontok gyakran megakadályozzák a globális integrált megközelítést.

Amint fentebb kifejtésre került, mind a pszichiátriai csoportok, mind pedig a kábítószeres szolgálatok általában képtelenek azonosítani jelentős számú együttes előfordulással rendelkező beteget. Amikor kettős diagnózissal rendelkező betegek keresnek kezelést, akkor az akut pszichiátriai szindrómáikat gyakran összetévesztik a kábítószer-indukált tünetekkel, vagy éppen fordítva, az elvonási vagy intoxikációs jelenségeket értik félre pszichiátriai betegségként. Nagyon gyakran megtörténik, hogy a mentális egészségügyi dolgozók az együttes előfordulással rendelkező embereket addikciós kezelésre küldik, és az addikciós gondozásban dolgozók azonnal visszaküldik őket, vagy éppen fordítva. A kezelés folyamatossága ilyen körülmények között lehetetlen. Még akkor is, ha diagnosztizálják az együttes előfordulást, azt nagyon gyakran nem veszik figyelembe a későbbi kezelési beavatkozások során (Krausz és társai, 1999). Ugyanez igaz a pszichiátriai gondozásban lévő, kábítószer-használati problémákkal diagnosztizált betegekre is, akik normálisan nem kapnak semmilyen kábítószerrel kapcsolatos beavatkozást (Weaver és társai, 2003). Ezek az általánosítások persze nem zárják ki azt a tényt, hogy néhány pszichiátriai és kábítószeres szolgálat nagyon jó eredményeket ér el az együttes előfordulással rendelkező betegekkel.

Ezenkívül amikor azonosítják őket, a kábítószer-használók gyakran gyanakvással találják szembe magukat a pszichiátriai szolgálatoknál, és sokukat nem is veszik fel, amint ez megtörténhet a stabil helyettesítési kezelés alatt állókkal. Hasonlóképpen mentális problémáik miatt kizárhatnak klienseket a kábítószer-kezelésből. Spanyolországban például a legtöbb pszichiátriai szolgálat kizárja a kábítószeres rendellenességekkel rendelkező klienseket, és a személyzet nem rendelkezik megfelelő képzettséggel. Az ausztriai pszichoterapeuták között végzett felmérés felfedte, hogy csak némelyikük hajlandó kábítószer-addikcióval rendelkező beteget kliensként fogadni (Springer, 2003). Olaszországból arról számoltak be, hogy nincsenek egyértelmű szabályok a klienseknek a kábítószeres kezelési szolgálatokból a mentális egészségügyi szolgálatokhoz történő beutalását illetően, és a szakértelem hiánya miatt ellenállás mutatkozik a mentális egészségügyi szolgálatok részéről. Norvégiában arról tudósítanak, hogy nehézkes az alacsony küszöbű kábítószeres szolgálatoktól a pszichiátriai kezelésre történő beutalás.

Görögországban a kábítószeres kezelési programok 54%-a nem vesz fel pszichiátriai rendellenességgel rendelkező kábítószer-használókat. A kábítószermentes lakossági kezelésben Szlovéniában és egyéb országokban is a kezelési program felvételi kritériumként megköveteli, hogy a betegek kábítószermentesek

legyenek. A kettős diagnózissal rendelkező betegek esetében ez súlyos akadályt jelent, mivel a teljes absztinencia egyéb kezelések abbahagyását igényelné, ami nem mindig lehetséges.

Kezelési struktúrák

Az együttes előfordulás kezelésére a nemzetközi szakirodalom három modellt ad meg:

1. *Szekvenciális vagy sorozatos kezelés.* A pszichiátriai és kábítószeres rendellenességek kezelése egymás után történik, és kevés kommunikáció van a szolgálatok között. A betegek általában a legsúlyosabb problémákra kapnak először kezelést, és amint az befejeződik, akkor kezelik az egyéb problémáikat. Ez a modell azonban ahhoz is vezethet, hogy a betegeket egyik szolgálattól a másikhoz küldözgetik, és egyik szolgálat sem képes az igényeiket kielégíteni.
2. *Párhuzamos kezelés.* A kétfajta különböző rendellenesség kezelése egyidejűleg folyik; a kábítószeres és a mentális egészségügyi szolgálatok kapcsolatot tartanak, hogy egyidejűleg nyújtsanak szolgáltatásokat. A két kezelési igényt gyakran különböző terápiás megközelítésekkel elégítik ki, és a pszichiátria orvosi modellje összeütközésbe kerülhet a kábítószeres szolgálatok pszichoszociális beállítottságával.
3. *Integrált kezelés.* A kezelést egy pszichiátriai vagy kábítószeres kezelési szolgálat vagy egy speciális együttes előfordulási program vagy szolgálat biztosítja. Az egyéb intézményekbe történő kölcsönös beutalást kerülik. A kezelésnek része a motivációs és viselkedési beavatkozás, visszaesés-megelőzés, farmakoterápia és szociális megközelítések (Abdulrahim, 2001).

Az együttes előfordulási kezelések az Európai Unióban, a nemzeti jelentések leírásai alapján, nem könnyen kategorizálhatók ebbe a három csoportba. Az integrált kezelésre a kiválóság modelljeként tekintenek, ez azonban nehezen elérhető színvonal. A lényeges kutatások általában Európán kívülről származnak. Az Ausztrál Nemzeti Együttes Előfordulási Projekt (Nemzetközösségi Egészségügyi és Öregedési Hivatal [Commonwealth Department for Health and Ageing], 2003) egy szakirodalmi összefoglaló áttekintésből azt a következtetést vonta le, hogy az együttes előfordulással rendelkező kliensek kezelésének és gondozásának megközelítéseit még nem tanulmányozták rendszerezetten, és nem értékelték következetes szigorral, részben a mentális betegséggel és kábítószeres rendellenességgel együttesen rendelkező emberek tanulmányozásának nehézsége, valamint – egyéb okok mellett – rendszertelen életmódjuk miatt. Egy másik összefoglaló arra a következtetésre jutott, hogy bizonyítékok szólnak amellett, hogy a kettős diagnózissal rendelkező emberek integrált kezelése mind a mentális, mind pedig a kábítószer-használati kimenetelnek előnyére válik (Drake és társai, 1998). Csak egyetlen tanulmány hasonlította össze az integrált és a párhuzamos megközelítést, azonban nem talált semmi szignifikáns különbséget, és semmilyen tanulmány sem hasonlította össze az integrált és a sorozatos megközelítést.

Sorozatos kezelés

Néhány szakértő – pl. Dániában (Andreason, 2002), az Egyesült Királyságban (Department of Health, 2002a) és Norvégiában (Sosial- og helsedepartementet, 1999) – úgy gondolja, hogy a kezelési szolgáltatásoknak – legalábbis a kábítószer-használati problémákkal rendelkező súlyos mentális betegek esetén – a pszichiátrián kell alapulniuk, esetleg külső kábítószer-terapeuták bevonásával. Dániában hivatalos hidakat képeztek a pszichiátriai kórházak és a helyi kábítószeres szolgálatok között. Luxemburgban és Norvégiában specifikus intézkedéseket kezdeményeztek a pszichiátriai szolgálatok korai stádiumokban lévő skizofrén egyének elérése érdekében, akik közül sokaknak súlyos kábítószeres problémáik vannak, mivel a kutatások azt jelzik, hogy a korai kezelés javítja a prognózist.

A csehországi nemzeti jelentés arra utal, hogy az addikciós problémákkal sürgősebben kell foglalkozni, mint a mentális problémákkal, mivel nehezebb a pszichiátriai rendellenességeket kezelni, amikor az addikció eltorzítja a klinikai képet. Jelenleg azonban a cseh kábítószeres kezelések klienseinek 10–20%-a szed pszichiáter által felírt gyógyszert, ami elképzelhetetlen volt még néhány évvel ezelőtt. Görögországban is rendkívül ritka a pszichiátriai tünetek gyógyszeres kezelése a kábítószeres kezelések klienseinél. A görög büntető igazságszolgáltatási rendszerben a mentális rendellenességeket úgy tekintik, hogy előrébb valók az addikciónál, és az együttes előfordulással rendelkező bűnelkövetőket pszichiátriai kórházba utalják vagy a börtönben, vagy a közösségben (K. Matsa, személyes közlés, 2004). Spanyolországban a kábítószer-használókat általában a kábítószer-kezelési rendszerben gondozzák, és a pszichiátriai szolgálatokhoz történő beutalás csak akkor történik, amikor olyan súlyosak a rendellenességek, hogy kórházi ápolásra van szükség.

Néhány szakember már régóta azt a véleményt hangoztatja, hogy minden farmakoterápiát el kell kerülni a kábítószerfüggő személyeknél, az együttes addikció – pl. heroin és benzodiazepinek – veszélye miatt, azonban ezt az álláspontot újra át kell gondolni (pl. Popov, 2003). Néhány esetben megkülönböztetés nélkül felírnak pszichofarmakológiai gyógyszereket a kábítószer-használóknak, részben a szükséges vizsgálatok végrehajtásához kellő idő hiánya miatt. Az osztrák nemzeti jelentés rámutat, hogy a kábítószer-használók közötti kis megfelelés nehézzé teszi a pszichiátriai körülmények farmakológiai kezelését, és emellett ha nem felügyelik megfelelően, akkor a narkotikus anyagok és a gyógyszerek együttes hatása kölcsönhatást

8. táblázat: Integrált kezelési szolgáltatások különböző európai országokban

Ország	Integrált kezelési szolgáltatás
Belgium	Integrált szolgáltatások fejlesztése a megvalósíthatósági fázisban
Németország	Az első kezdeményezések húsz évvel ezelőtt történtek. Az integrált kezelés elérhetősége még mindig nem megfelelő.
Görögország	Egy integrált program indult 1995-ben, amely két különböző kezelési lehetőséget nyújt a pszichiátriai rendellenesség súlyossága szerint. Az eredmények pozitívak.
Spanyolország	2002-ben 185 központ gondozta az együttes előfordulással rendelkező 4803 beteget. Egy specializált integrált egység van Katalóniában és egy terápiás közösség Kantabriában együttes előfordulással rendelkező, lakossági kezelést igénylő betegek számára.
Hollandia	Két specializált integrált fekvőbeteg-ellátási osztály van. A legjobb gyakorlat kifejlesztéséhez folyamatértékelés zajlik.
Ausztria	A kábítószeres szolgálat és egy közeli pszichiátriai kórház közötti együttműködés; a kórházi pszichológusok egy része a kábítószer-kezelési létesítményben dolgozik. A kliensek kábítószer-kezelésen vannak, és csak akkor utalják be őket a kórházba, ha a pszichiátriai tünetek túl súlyosakká válnak.
Egyesült Királyság	Több integrált szolgálat létezik különféle közösségi körülmények között. Számos kettős diagnózisos orvos kap kinevezést az addikciós szolgálatoknál vagy mentális egészségügyi csoportokban.
Norvégia	Egy integrált projekt Oslóban egy pszichiátriai központhoz kapcsolódóan. Kétéves követéssel és értékeléssel rendelkezik az alapvető igényekre összpontosítva: pl. lakhatás, munka, szociális hasznok és szociális kapcsolatok.

eredményezhet a tiltott és a felírt szerek között, vagy a felírt gyógyszer semlegesítéséhez vezethet.

Párhuzamos kezelés

A beteggel kapcsolatos közös felelősség egy párhuzamos kezelési modellben egy mentális egészségi és egy kábítószeres szolgálat között a gyakorlatban ritkának tűnik. A kábítószeres szolgálatok és egészségügyi szolgálatok képviselőit magában foglaló helyi munkacsoportok azonban gyakran a csere, együttműködés és a hálózatos tevékenység fontos médiumai. Franciaországban, Olaszországban és Hollandiában a hivatalos szabályzatok vagy jegyzőkönyvek megkövetelik, hogy a kábítószeres szolgálat szoros kapcsolatot tartson fenn és lehetőleg hivatalos regionális megállapodásokat hozzon létre a pszichiátriai szolgálatokkal a beutalási folyamatot és a klinikai információcserét illetően (Olin és Plaisait, 2003). A kettős diagnózissal rendelkező holland betegek több mint fele úgy gondolja, hogy az ilyen megállapodások nem eredményeznek javuló gondozást (Van Rooijen, 2001).

Luxemburgban és Ausztriában a kábítószeres személyzet követheti a saját klienseit, akiket a pszichiátriai kórházakba utalt. Az Egyesült Királyság útmutatója hangsúlyozza, hogy a kettős diagnózisú kliensek gondozásának tervezésébe egyaránt be kell vonni az addikciós és a mentális gondozási szolgálatok szakembereit, a gondozási útvonalak prioritásának meghatározása érdekében (Department of Health, 2002a).

Integrált kezelés

Ebben a modellben egy munkacsoport kezeli mindkét rendellenességet. Ez azzal az előnnyel jár, hogy a kliens nem szembesül ellentmondó üzenetekkel. Néhány országban különálló adminisztratív rendszerek (pl. Spanyolország) vagy különböző finanszírozási rendszerek (pl. Németország) bonyolítják az ilyen integrációt.

A legtöbb országban csak néhány specializált integrált program vagy egység van az együttes előfordulással rendelkező betegek számára, és ezek elérhetősége is messze az igényszint alatt van, amint azt a rendelkezésre álló információt bemutató 8. táblázat is demonstrálja.

Az integrált kezelési modell legelterjedtebb megvalósítása a pszichiáter alkalmazása a kábítószer-kezelési szolgálatoknál, és/vagy kábítószeres dolgozók alkalmazása a mentális egészségi szolgálatoknál. Ez lehet a leggyakorlatiasabb megoldás a kisebb régiókban, ahol a specializált, integrált klinikák nem jelentenek életképes megoldást. Spanyolországban 2002 óta a kábítószeres kezelések területén dolgozó általános orvosok megszerezhetik a „pszichiátriai szakorvos” címet, amennyiben vizsgát tesznek, és dokumentált tapasztalattal rendelkeznek a mentális rendellenességekkel rendelkező betegekkel való munka terén. Portugáliában a kezelési központok számára kötelező az akkreditációhoz és az engedélyezéshez, hogy legalább egy pszichiáter legyen a személyzet tagjai között. Azonban a kábítószer-kezelési szolgálatoknál dolgozó pszichiáterek nem mindegyike rendelkezik a kábítószer-használók kezeléséhez szükséges speciális tudással és képzettséggel, ezért továbbképzésre lehet szükség.

Esetirányítás

Az Európai Unióban, úgy tűnik, ritka az esetirányítás mint módszer a kliensek kezelésének koordinálására, egyénre szabott sorozatos vagy egyidejű gondozás biztosítására, valamint a kliensek segítésére a kezelési rendszeren való átjutásban. Franciaországból azt jelentik, hogy a kábítószer-kezelés és a pszichiátriai szolgálatok között kooperáció alakult ki azzal a céllal, hogy közös

felvételeket és esetirányítást valósítsanak meg a pszichiátriai rendellenességekkel és addikcióval rendelkező betegek számára, azonban az ilyen kollaboráció gyakran egy konkrét esetre szorítkozik. Luxemburgban, valamint Hollandiában a szakemberek ráébredtek, hogy az esetirányítás a leghatásosabb módszer a kettős diagnózisú betegek kezeléséhez, azonban költséges és időigényes, valamint specifikus szakértelmet igényel. Néhány országban azonban megvalósítás alatt áll az „asszertív közösségi kezelés" néven ismert egyik esetirányítási típus (l. alább).

Kezelési módok és helyes gyakorlatok

Az együttes előfordulással rendelkező kliensek kezelését sok probléma jellemzi, rendkívül megpróbáltató a személyzet számára, és gyakran hálátlan. Bomlasztó és agresszív szociális viselkedésük vagy érzelmi instabilitásuk miatt a klienseket gyakran nehéz kezelni – különösen a „drámaibb" személyiségtípusokat. Gyakran nem képesek vagy nem hajlandók megfelelni a kezelés szabályainak és követelményeinek, pl. találkozók időpontjának betartása, gyógyszerek beszedése, és az okozott csalódást még tovább rontja a hálátlan személyes kapcsolat. A siker általában ritka, a kiesők aránya nagy, ami a kezelést időrablóvá és költségessé, a személyzet számára pedig frusztrálóvá teszi; nem is csoda, hiszen a munkatársak gyakran tapasztalják a türelmetlenség, fojtott agresszió és a kiégettség tüneteit. A követő folyamatok és az utógondozás hiánya nagy visszaesési arányhoz vezet, továbbá a mentális és a kábítószeres rendellenességek gyakran válnak krónikussá. Másfelől, a kliensek is gyakran élnek át negatív találkozásokat a támogató szolgálatokkal, ezért esetleg nem szívesen vesznek részt vagy nem hajlandók részt venni a kezeléseken.

A nehéz helyzet ellenére a szakemberek folyamatosan keresik és fejlesztik a hatékonyabb megközelítési módokat. A rendszeres, interdiszciplináris esetmegbeszélések és az intenzív együttműködés orvosolhatja a személyzet tagjai közötti megértés kölcsönös hiányát. Az ilyen próbálkozások minden érintett számára részletesebb információt biztosítanak a kliensekről, és elősegítik a legjobb gondozási gyakorlatok vagy stratégiák kifejlesztését. A pozitív eredmények eléréséhez a kezelés minősége a legfontosabb tényező.

Akárcsak számos kábítószeres területen, az együttes előfordulás kezelésének területén végzett kutatás, értékelés és dokumentáció jól felhasználható. A bizonyíték alapja még messze nem nyilvánvaló arra vonatkozóan, hogy mely kezelésfajta a legsikeresebb. A Cochrane Collaboration pszichoszociális kezelési programok áttekintését végezte el (Ley és társai, 2003). Az áttekintéshez felhasznált anyag korlátozott volt: hat tanulmány, amelyből négy rövidebb tanulmány volt, továbbá megtervezését és jelentési dokumentációját tekintve általánosan mindegyikük rossz minőségűnek mondható. A fő eredmény az volt, hogy „nincsen egyértelmű bizonyíték arra, hogy a súlyos mentális betegséggel rendelkezők számára bármelyik kábítószeres programtípus előnyösebb lenne, mint a szabványos gondozás". A végkövetkeztetés pedig: „a súlyos mentális betegségekkel rendelkezők számára az új speciális kábítószeres szolgáltatásokat egyszerű, jól megtervezett, ellenőrzött klinikai kipróbálás kontextusában kell megvalósítani".

A nemzetközi alkohol- és kábítószer-kezelési kutatás nagy áttekintő összefoglalója csak nyolc randomizált tanulmányt talált a súlyos pszichiátriai rendellenességgel élő kábítószerfüggők kezelésére vonatkozóan (Jansson és Fridell, 2003). A kimaradás nagyon nagy volt már a kezelés megkezdése előtt is. A rövid távú követés felfedte, hogy a lakossági kezelés, különösen terápiás közösségekben, jobb eredményeket hozott az életkörülmények és a kábítószer-használat terén, azonban a pszichiátriai tünetekkel kapcsolatosan nem.

Van néhány sajátság, amely minden kezelési helyzetben lényeges. Az alábbiakban szereplő javaslatok nemzetközileg publikált, ellenőrzött kábítószer-kezelési tanulmányokon alapuló áttekintő összefoglalókból, metaelemzésekből származnak (Berglund és társai, 2003):

1. Folyamatos figyelmet kell fordítani a változó kábítószeres szokás(ok)ra.
2. A beavatkozásoknak jelentős mértékben kidolgozottaknak kell lenniük.
3. A beavatkozásoknak elegendő ideig kell folytatódniuk, hogy hatásuk legyen.
4. A beavatkozásoknak legalább három hónapig kell folytatódniuk, vagy lehetőség szerint tovább is.

Az Egyesült Királyságban az egészségügyi minisztérium útmutatója (Department of Health, 2002b), valamint a kutatási projektek és szakirodalmi áttekintések (pl. Crawford, 2001) fontosabb helyre tették a kettős diagnózist. Az alapul vett bizonyíték azonban főleg észak-amerikai; Crawford kivonatainak kevesebb mint 10%-a származik az Egyesült Királyságból.

Nemzetközi tanulmányok egy holland összefoglalója szerint a potenciálisan hatékony esetirányító modell az asszertív közösségi kezelés, amely strukturális (esetmegbeszélés, csapatmunka, más egészségügyi szakemberekkel történő együttműködés), szervezeti (explicit befogadási kritériumok, új kliensek korlátozott felvétele, 24 órás krízisbeavatkozás) és tartalmi (napi helyzetekben nyújtott támogatás és gondozás, aktív megközelítés, gyakori kapcsolat) aspektusokkal rendelkezik (Wolf és társai, 2002). Az egyesült királyságbeli Birminghamben az asszertív közösségi kezelési csoportok egy kézikönyvalapú megközelítés alkalmazásával kapnak képzést a kognitív viselkedési integrált kezelésről. A csoportok folyamatos támogatásban részesülnek a beavatkozások elvégzéséhez, és mind a

folyamat, mind pedig a kimenetel tekintetében értékelik őket (Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association, 2003). Norvégiában az asszertív közösségi kezelésen alapuló néhány integrált csapatot teszteltek.

A következő áttekintés a Reitox nemzeti fókuszpontok által jelentett legjobb gyakorlatok bizonyítékait tartalmazza:

- A hamburgi kábítószeres szolgálatok kezelése alatt álló 219 opiátfüggő személy követéses tanulmánya csökkenést mutatott ki a két év alatt a heroin- és kokain-használatban. 47% mutatott pozitív változást a pszichiátriai rendellenességek terén (Krausz és társai, 1999).
- Egy olasz tanulmány úgy találta, hogy a metadonfenntartási kezelés eredménye nem különbözött lényegesen a súlyos vagy enyhe pszichiátriai tünetekkel rendelkező betegeknél sem a visszatartás (retenció), sem a heroinhasználat tekintetében. Úgy tűnik azonban, hogy a súlyosabb pszichiátriai rendellenességekkel rendelkező kliensek nagyobb átlagos metadondózist igényeltek (Pani és társai, 2003).
- A dialektikus viselkedési terápia ([173]) olyan kezelési lehetőség, amely, úgy tűnik, különösen alkalmas súlyos határeseti (borderline) személyiségzavarokkal és/vagy öngyilkossági hajlammal rendelkező női kábítószer-használók kezelésére. A dialektikus viselkedési terápia egy hollandiai ellenőrzött kipróbálása arra a megállapításra vezetett, hogy mind a kísérleti, mind pedig a „szokásos kezelésű" csoport számára előnyös volt az önpusztító viselkedés csökkentése tekintetében. A kísérleti csoport szignifikánsan nagyobb csökkenést mutatott az alkoholfogyasztásban, azonban nem találtak különbséget a kábítószer-használatban (Van den Bosch és társai, 2001).
- Egy svéd tanulmányban az ASI-kérdőív ismételt alkalmazása a fenntartható minőségirányító modellben végzett kezelési időszak alatt azt fedte fel, hogy a betegek 46%-a a kétéves követési idő alatt absztinens maradt. A kettős diagnózisú betegek súlyosabb profilt mutattak az ASI-kérdőíven, mint a pszichózis nélküli betegek. Általában kis változások voltak a személyiségi profilokban és tünetekben, azonban sok beteg számára az életminőség jobb és az élethelyzet stabilabb volt a követéskor (Jonsson, 2001).
- Az Egyesült Királyságban Barrowclough és társai (2001) azt találta, hogy a motivációs interjú, a kognitív viselkedési terápia és a családi beavatkozások kombinációja javulást hozott a skizofréniával és kábítószer-rendellenességgel rendelkező betegeknél.
- A kettős előfordulással rendelkező kliensek kezeléséről szóló norvégiai tanulmányok áttekintő összefoglalója arra a következtetésre jutott, hogy az agresszív, impulzív viselkedést a családi terápiával kombinált konfrontációs, strukturált csoportterápiával lehet legjobban kezelni. A depressziós vagy ideges betegeknek több előnyük származott az egyéni pszichoterápiából, mint a támogató csoportterápiából (Vaglum, 1996).

Kutatás

A kettős diagnózissal kapcsolatos kutatási projekt az Európai Bizottság Ötödik Kutatási és Fejlesztési Keretprogramja keretében nemrégiben kezdődött el. Ezt a hamarosan elkezdődő – Dániát, Franciaországot, Lengyelországot, Skóciát, Angliát és Finnországot magában foglaló – tanulmányt arra tervezték, hogy szolgáltatásokat írjon le kettős diagnózissal rendelkezőknek hét európai pszichiátriai szolgálatnál, és 12 hónapos időszak alatt összehasonlítsa az együttes előfordulást és a szolgáltatás igénybevételét a kettős diagnózisú és az egyes diagnózisú betegek között. A vizsgált kimenetel magában foglalja az addikció súlyosságát, a pszichiátriai tüneteket, a kezelési megfelelőséget, a pszichoszociális működést, a szociális hálózatot, a visszaesést és a halálozást. Az eredmények 2005-re várhatók ([174]).

Képzés

A legtöbb országban a képzésben részt vevő orvosok és ápolók nagyon kevés instrukciót kapnak a kábítószerfüggéssel kapcsolatosan, és még ennél is kevesebbet az együttes előfordulás kapcsán. Olaszországban a mentális egészségügyi és kábítószer-kezelési személyzet együttes képzése növekvő tendenciát mutat. Hollandiában a Trimbos Intézet a kettős diagnózisú betegek kezelésével foglalkozó addikciós és mentális egészségvédelmi szakembereknek egyaránt szervez képzési programokat. Más országok szolgálatokon belüli képzésekről és kurzusokról számolnak be, azonban ezek megvalósítása véletlenszerű és szórványos.

Az Egyesült Királyságban a Royal College of Psychiatry képzésiigény-felmérést végzett (Mears és társai, 2001) a mentális egészségügyi és a kábítószer-használókat kezelő szolgálatok köréhez tartozó különböző professzionális csoportok között. A mintában szereplők 55%-a azt nyilatkozta, hogy érzése szerint nem megfelelően felkészült az együttes előfordulással rendelkező betegekkel való munkához, és kifejezte továbbképzési igényét.

([173]) A dialektikus viselkedési terápia (DBT) a kognitív és viselkedési terápiás stratégiák széles körét használja fel a határeseti személyiségzavar (BPD) problémáihoz, beleértve az öngyilkossági hajlamot.

([174]) Lásd http://www.entermentalhealth.net/papers/kbm02.pdf.

Hivatkozások

Abdulrahim, D. (2001), *Substance misuse and mental health co-morbidity (dual diagnosis). Standards for mental health services,* The Health Advisory Service, London.

Andreasen, J. (2002), Ansvaret for de psykotivke stofmisbrugere skal vara psykiatriens, *Ugeskrift for læger,* 51.

AST/RELIS (2002), Point Focal OEDT Luxembourg – Direction de la santé. Réseau national d'information sur les drogues et les toxicomanies – RELIS – Rapport national, PFN, Luxembourg.

Bakken, K., Landheim, S. és Vaglum, P (2003), Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders?, *Alcohol and Alcoholism* 38, 54–59.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., és társai (2001), Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with co-morbidity schizophrenia, *American Journal of Psychiatry* 158, 1706–1713. o.

Baudis, R. (2004), A drug court type project for juvenile drug-related offenders in Germany. Conference's Acts: Substance Abuse, Drug Courts and Mental Health Treatment Services, Servizi Area Penale Carceri, Milánó, 2004. február 5–7.

Beck, F. (2003), *Dépistage de l'usage problématique de cannabis: échelle et référence* (draft report), ESCAPAD, OFDT, Párizs.

Beck, F. és Legleye, S. (2003), *Drogues et adolescence: usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans évolutions récentes,* ESCAPAD 2002, OFDT, Párizs.

Benschop, A., Rabes, M. és Korf, D. (2002), *Pill testing – ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities,* Rozenberg Publishers, Amszterdam.

Berglund, M. és társai (szerk.) (2003), *Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review,* Wiley, London.

Berthel, T. (2003), Psychiatrische Komorbidität, in: Beubler, E., Haltmayer, H. és Springer, A. (szerk.), *Opiatabhängigkeit. Interdisciplinäre Aspekte für die Praxis,* Springer, Bécs.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D., és társai (2000), Overdosing on opiates. Thematic review. Part I – causes, *Drug and Alcohol Findings,* Issue 4, 4–20. o.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D., és társai (2001), Overdosing on opiates. Thematic review. Part II – prevention, *Drug and Alcohol Findings,* Issue 5, 4–18. o.

Beutel, M. (1999), Sucht und sexueller Missbrauch, *Psychotherapeut* 44, 313–319. o.

Bird, S. és Rotily, M. (2002), Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons, *Howard Journal* 41 (2).

Bovenkerk, F. és Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding,* Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.

Bronisch, T. és Wittchen, H.-U. (1998), Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen, *Suizidprophylaxe* 1, 22–26. o.

Chinman, M., Imm, P. és Wandersmann, A. (2004), *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation,* RAND Corporation, Santa Monica.

CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the Secretariat,* United Nations, Economic and Social Council, Bécs.

Commonwealth Department for Health and Ageing (2003), National Co-morbidity Project. Current practice in the management of clients with co-morbidity mental disorders and substance use disorders in tertiary care settings, Ausztrál Nemzetközösség, Canberra.

Crawford, V. (2001), *Co-existing problems of mental health and substance misuse ('dual diagnosis'): a review of relevant literature,* Royal College of Psychiatrists, London.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., és társai (2004), Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study, international report from the 2001/2002 survey, *Health Policy for Children and Adolescents,* No 4, WHO Európa, Genf.

Deehan, A. és Saville, E. (2003), *Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South East of England,* Home Office On-line Report 43/03.

Department of Health (2002a), *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide,* Department of Health, London.

Department of Health (2002b), *Models of care for substance misuse treatment: promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services. Full report for consultation,* Department of Health, London.

Dialog (2000), *Jahresbericht 1999.* Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige, Bécs.

Dolan, K. (1997–98), Evidence about HIV transmission in prisons, *Canadian HIV-AIDS Policy and Law Newsletter* 3-4, 32–38. o.

Dolan, K., Rutter, S. és Wodak, A. D. (2003), Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development, *Addiction* 98, 153–158. o.

Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., és társai (1998), Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders, *Schizophrenia Bulletin* 24, 589–608. o.

DrugScope (2004), *Druglink* 19 (1) 2004. jan./febr.

Dusenbury, L. és Falco, M. (1995), Eleven components of effective drug abuse prevention curricula, *Journal of School Health* 65, 420–425. o.

Eland, A. és Van de Glint, G. (2001), Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg, Trimbos Instituut, Utrecht.

Emmanuelli, J. (2003), Siamois: Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie iv., in: Bello, J.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M., és társai (szerk.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND,* 263–267. o. OFDT, Párizs.

Estebanez, P., Russell, N. K., Aguilar, M. D., és társai (2001), Determinants of HIV prevalence amongst female IDU in Madrid, *European Journal of Epidemiology* 17, 573–580. o.

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV) *(2004), HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report, 2003, No 70,* Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.

Európai Bizottság (1999), *Evaluating socioeconomic programmes: glossary of 300 concepts and technical terms,* Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, Luxemburg.

Európai Bizottság (2003), *Evaluating EU activities – a practical guide for Commission services,* Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, Luxemburg.

Europol (2002), *Serious crime overviews: counter money laundering, a European Union perspective,* Europol, Hága.

Europol (2003), *European Union organised crime report,* Europol, Hága.

Facy, F. (1999), *Toxicomanes et prescription de méthadone,* EDK, Párizs.

Farrell, M. (2002), *Final Evaluation of the Pilot Drug Court,* Courts Service, Dublin.

FATF (2003a), *Annual report 2002–2003* (http://www.fatf-gafi.org).

FATF (2003b), *Combating the abuse of alternative remittance systems: international best practices,* FATF, Párizs.

Flay, B. (2000), Approaches to substance use prevention utilising school curriculum plus social environment change, *Addictive Behaviours* 25, 861–866. o.

Fridell, M. (1991), *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie 10,* Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN), Stockholm.

Fridell, M. (1996), Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare, *SoS-rapport 1996,* 14, Socialstyrelsen, Stockholm.

Gerdner, A. (2004), *Utfall av LVM-vård: översikt och syntes av hittilsvarande studier,* Bilaga 4 till LVM-utredningen, *SOU,* 2004, 3, Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård, Socialdepartementet, Stockholm.

GFATM Secretariat (2004), *The Global Fund Grant status report* (http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreport.xls).

Giuliani, M. és Suligoi, B (2004), Italian STI Surveillance Working Group, Differences between non-national and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections, *Sexually Transmitted Diseases* 31(2), 79–84. o.

Gore, S. M. (1999), Fatal uncertainty: death-rate from use of ecstasy or heroin, *Lancet* 354, 1265–1266. o.

Hall, W., Degenhardt, L. és Lynskey, M. (2001), *The health and psychological effects of cannabis use,* Monograph Series No 44, second edition, Ausztrál Nemzetközösség, Canberra.

Hannon, F., Keleher, C., és Friel, S. (2000), *General healthcare study of the Irish prison population,* Stationery Office, Dublin.

Hansen, W. (1992), School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–1990, *Health Education Research* 7, 403–430. o.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., és társai (2000), *The 1999 ESPAD Report: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs,* A Svéd Alkohol- és Kábítószerügyi Információs Tanács (CAN) és az Európa Tanács, Pompidou csoport.

Hope, V., Ncube, F., de Souza, L., és társai (2004), Shooting up: infections in injecting drug users in the United Kingdom, 2002, *Eurosurveillance Weekly* 8(4), 2004. január 22. (http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp).

INCB (2004a), *Report of the International Narcotics Control Board 2003,* Egyesült Nemzetek, INCB, New York.

INCB (2004b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances,* Egyesült Nemzetek, INCB, New York (http://www.incb.org).

Interpol (2002), *Activities report,* Interpol, Lyon.

Jansson, I. és Fridell, M. (2003), Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor, LVM och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden, *SiS-rapport* 1/03, Statens Institutionsstyrelse, Stockholm.

Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association (2003), Innovations in the treatment of addiction, Barcelona, 2003. május 1–2.

Jonsson, S. (2001) Långstorps vård- och behandllingshem – En ufallsstudie. *Psykologexamensuppsats,* Vol. III:20, Institutionen för psykologi, Lund.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., és társai (2001), Mental-substance co-morbidities in the ICPE surveys, *Psychiatrica Fennica* 32, 62–79. o.

KKEM (2001), Cocaine and crack (special issue). In: *Annual report 2001: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union,* Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja, Lisszabon.

KKEM (2003a), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union,* Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja, Lisszabon.

KKEM (2003b), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the European Union and Norway,* Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja, Lisszabon.

KKEM (2003c), *Hepatitis C: a hidden epidemic, Drugs in focus no. 11,* Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja, Lisszabon.

KKEM (2003d), *The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand – meeting with international organisations,* Lisszabon, 2003. június 24. (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1881).

KKEM (2004a) *European report on drug consumption rooms,* Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja, Lisszabon.

KKEM (2004b), *Deaths, Drugs in focus No 13,* Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja, Lisszabon.

KKEM (2004c), *An overview of cannabis potency in Europe, EMCDDA Insights 6,* Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja, Lisszabon.

KKEM (2004d), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options, EMCDDA Monographs 7,* Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja, Lisszabon.

Kokkevi, A. és Facy, F. (1995), Personality traits and psychopathology in drug addiction, *European Addiction Research* 1, 194–198. o.

Kokkevi, A. és Stefanis, C. (1995), Drug abuse and psychiatric co-morbidity, *Comprehensive Psychiatry* 36, 329–337. o.

Kraus, L., Augustin, R., Korf, D., és társai (2003), Cannabis use in France, Germany, Greece and Spain: has age of first use experience shifted towards younger age? (report).

Krausz, M. (1996), Old problems – new perspectives, *European Addiction Research* 2, 1–2. o.

Krausz, M. (1999a), Editorial. Addiction and mental health, *European Addiction Research* 5, 53–54. o.

Krausz, M. (1999b), Komorbidität – Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen, in: Bellebaum, Jellinek, C., és Westermann, B. (szerk.), *Mehr als Abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin,* 100–114. o., Deutscher Studienverlag: Weinheim.

Krausz, M., Verthein, U. és Degkwitz, P. (1999), Psychiatric co-morbidity in opiate addicts, *European Addiction Research* 5, 55–62. o.

Landheim, A. S., Bakken, K. és Vaglum, P. (2003), Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics, *European Addiction Research* 9, 8–17. o.

Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. és Arner, O. (1997), A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings, *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 14, 43–63. o.

Ley, A., Jeffery, D. P., McLaren, S. és Siegfried, N. (2003), Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse, Cochrane Review, *The Cochrane Library,* Issue 4, Wiley, Chichester, Egyesült Királyság.

Liappas, J. (2001), Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem, *Itaca* 6, 9–22. o.

Lima, A. R., Lima, M. S., Soares, B. G. O. és Farrell, M. (2004a), Carbamazepine for cocaine dependence, Cochrane Review, *The Cochrane Library,* Issue 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002023.htm).

Lima, M. S., Reisser, A. A. P., Soares, B. G. O., és Farrell, M. (2004b), Antidepressants for cocaine dependence, Cochrane Review, *The Cochrane Library,* Issue 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002950.htm).

Long, J., Allwright, S. és Begley, C. (2004), Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons, *International Journal of Drug Policy,* nyomtatás alatt.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., és társai (2000), Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence, intake data from the national treatment outcome study, *British Journal of Psychiatry* 176, 285–289. o.

McIntosh, C. és Ritson, B. (2001), Treating depression complicated by substance misuse, *Advances in Psychiatric Treatment* 7, 357–364. o.

McVeigh, J., Beynon, C. és Bellis, M. A. (2003), New challenges for agency-based exchange schemes: analysis of 11 years of data (1991–2001) in Merseyside and Cheshire, United Kingdom, *International Journal of Drug Policy* 14, 399–405. o.

Mears, A., Clancy, C., Banerjee, S., és társai (2001), *Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): a training needs analysis,* Royal College of Psychiatrists, London.

Migliori, G. B. és Centis, R. (2002), Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries, *Monaldi Archive of Chest Diseases* 57, 285–290. o.

Morel, A. (1999), Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie, *Interventions* 72, 35–40. o.

Moyle, P. (2003), *International drug court developments, models and effectiveness,* Pompidou Group Drug Court Project, Strasbourg.

Murphy-Lawless, J. (2002), *Fighting back: women and the impact of drug abuse on families and communities,* Liffey Press, Dublin.

Murray, R., Grech, A., Phillips, P. és Johnson, S. (2003), What is the relationship between substance abuse and schizophrenia?, in: Murray, R., Jones, P., Susser, E., és társai (szerk.), *The epidemiology of schizophrenia,* Cambridge University Press, Cambridge.

Neale, J. és Robertson, M. (2004), Recent cocaine and crack use among new drug treatment clients in Scotland, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11(1), 79–90. o.

Nestler, E. J. (2001), Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction, *Nature Reviews Neuroscience* 2(2): 119–128. o.

Öjehagen, A. és Schaar, I. (2003), Mentally ill substance abusers in Sweden: a five-year follow-up of a multisite study of co-operation between psychiatric services and social authorities, in: Carrà, G. és Clerici, M. (szerk.), *Dual diagnosis: filling the gap,* John Libbey Eurotext, Párizs.

Olin, N. és Plasait, B. (2003), *Drogue: l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites,* Sénat, Párizs.

Origer, A. és Delucci, H. (2002), *Etude épidemiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite des substances psycho-actives, Analyse comparative (1999–2000),* Séries de recherche No. 3, Point focal OEDT Luxembourg-CPR Santé, Luxemburg.

Paglia, A. és Room, R. (1999), Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations, *Journal of Primary Prevention* 20(1), 3–50. o.

Pani, P. P., Trogu, E., Carboni, G., és társai (2003), Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes: new evidence, *Heroin Addiction & Related Clinical Problems* 5, 23–36. o.

Pedersen, M. U. (2001), *Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder,* Del 1. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, Århus.

Popov, P. (2003), Alkohol, in: Kalina, K. és társai (szerk.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup,* Kapitola 3/1, Úřad vlády ČR – NMC, Prága.

Ravelli, A., Bijl, R. V. és Van Zessen, G. (1998), Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Nemesis), *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40, 531–544. o.

Reitox nemzeti jelentések (2003) (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., és társai (2003), Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, 303–329. o.

Roeg, D. P. K., van de Goor, L. A. M. és Garretsen, H. F. L. (2004), When a push is not a shove: assertive care, Dutch-style, *Drugs and Alcohol Today,* Vol 4 (nyomtatás alatt).

Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L., és társai (1999), Co-abuse of opiates and benzodiazepines, *Irish Journal of Medical Science* 168, 36–41. o.

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), Office of Applied Studies (2001), *Trends in initiation of substance use,* 2001 National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA).

SAMHSA, Office of Applied Studies (2002), *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health, national findings* (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm).

Schifano, F., Oyefeso, A., Corkery, J., és társai (2003), Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996–2002, *Human Psychopharmacology and Clinical Exposure* 18, 519–524. o.

Seivewright, N., Donmall, D., Douglas, J., és társai (2000), Cocaine misuse treatment in England, *International Journal of Drug Policy* 11, 203–215. o.

Siliquini, R., Zeppegno, P. és Faggiano, F. (2002), Patologia psichiatrica e consumo di sostanze: descrizione preliminare dei casi di uno studio caso–controllo, in: Faggiano, F. (szerk.), *OED Piemonte – Rapporto 2002,* Osservatorio Epidemiologico Dipendenze, Torino.

Sosial- og helsedepartementet (1999), *Rapportane I, II, III, frå Arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmisbrukarar.*

Springer, A. (2003a), *Different types of medically assisted treatment,* Treatment monitoring conference, KKEM, Lisszabon.

Springer, A. (2003b), Psychotherapeutische Aspekte, in: Beubler, E., Haltmayer, H. és Springer, A. (szerk.), *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis,* Springer, Bécs.

Stothard, B., és Ashton, M. (2000), Education's uncertain saviour, *Drug and Alcohol Findings* 3, 4–7., 16–20. o.

Stöver, H. (2001), *Bestandsaufnahme 'Crack Konsum' in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote,* Endbericht, Kábítószer-kutatási Intézet (BISDRO), Brémai Egyetem, Bréma.

Stöver, H. és Nelles, J. (2003), Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons, *International Journal of Drug Policy* 14, 437–444. o.

Ter Bogt, T. és Engels, R. C. M. E. (2004), Party style: notice for and effects of MDMA at rave parties, *Substance Use and Misuse,* nyomtatás alatt.

Tobler, N. (2001), Prevention is a two-way process, *Drug and Alcohol Findings,* Issue 5, 25–27. o.

Tobler, N. és Stratton H. H. (1997), Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research, *Journal of Primary Prevention* 18(1), 71–128. o.

Tobler, N. S., Roona, M. R. és Ochshorn, P. (2000), School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 20: 275–336. o.

Uchtenhagen, U. és Zeiglgänsberger, W. (2000), *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management,* Urban & Fischer Verlag, München.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003,* az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003,* az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.

UNODC és Marokkó kormánya (2003), *Morocco cannabis survey 2003,* az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnüldözési Hivatala, Bécs.

UNODCCP (az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala) (2000), *Demand reduction: a glossary of terms,* Egyesült Nemzetek, New York.

Vaglum, P. (1996), Psychopathology and substance abuse: clinical lessons from six Norwegian studies, *Psychiatric Fennica* 27, 55–67. o.

Van den Bosch, L. M., Verheul, R. és Van den Brink, W. (2001), Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates, *Journal of Personality Disorders* 15, 416–424. o.

Van Rooijen, M. (2001), Zendingswerk: dubbele diagnose kliniek, *Psy 5,* 24–28. o.

Verheul, R. (2001), Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders, *European Psychiatry* 16, 274–282. o.

WCO (2003a), *Drug routes from Central Asia to Europe* (hozzáférhető a WCO weboldalán: http://www.wcoomd.org).

WCO (2003b), An integrated international response to drug smuggling, WCO, Brüsszel.

WCO (2003c) *World money laundering report,* Volume 4, Issue 10.

Weaver, T., Madden, P., Charles, V., és társai (2003), Co-morbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services, *British Journal of Psychiatry* 183, 304–312. o.

WHO (1995), *Lexicon of alcohol and drug terms,* WHO, Genf.

Wiessing, L. és Kretzschmar, M. (2003), Can HIV epidemics among IDUs 'trigger' a generalised epidemic?, *International Journal of Drugs Policy* 14, 99–102. o.

Williams, H., O'Connor, J. J. és Kinsella, A. (1990), Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance, *Irish Journal of Psychological Medicine* 7, 45–46. o.

Wolf, J., Mensink, C. és Van der Lubbe, P. (2002), *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect,* Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, Utrecht.

Zuckerman, J. (2003), The place of accelerated schedules for hepatitis A and hepatitis B vaccinations, *Drugs* 63, 1779–1784. o.

Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P. és Verthein, U. (2001), *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten,* Lambertus, Freiburg.

Reitox nemzeti fókuszpontok

Belgique/België
Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tél. (32-2) 642 50 35 — Fax (32-2) 642 57 49
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Česká republika
Secretariat of the National Drug Commission Office of the Government of the Czech Republic
Nabř. Edvarda Beneše 4
118 01 Praha 1 — Malá Strana
CZ-Prague
Viktor MRAVČÍK
Tel. (420-29) 61 53 222/391 — Fax (420-29) 61 53 264
E-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

Danmark
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67 Postboks 1881
DK-2300 København S
Else SMITH/Kari GRASAASEN
Tlf. (45) 72 22 77 60 — Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: esm@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland
DBDD — Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tel. (49) 89 36 08 04 40 — Fax (49) 89 36 08 04 49
E-Mail: Simon@ift.de

Eesti
National Institute for Health Development (NIHD)
Department of Epidemiology and Biostatistics
Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)
Hiiu 42, Room 471
EE-11619 Tallinn
Ave TALU
Tel. (372) 6593 997 — Fax (372) 6593 998
E-mail: Ave.Talu@tai.ee

Ελλάδα/Greece
Greek Reitox Focal Point — UMHRI
University of Mental Health Research Institute
Soranou Tou Efesiou, 2
(PO Box 66517)
GR-15 601 Papagou — Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (302-10) 6536 902 — Fax (302-10) 6537 273
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Carmen MOYA GARCÍA/Ana ANDRÉS BALLESTEROS
Tel. (34) 915 37 27 25/26 86 — Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du stade de France
F-93200 Saint-Denis
Jean-Michel COSTES
Tél. (33) 141 62 77 16 — Fax (33) 141 62 77 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160 — Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia
Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, direzione generale per la Prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e alcodipendenze e per l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. C
I-00192 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06 — Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Κύπρος (Cyprus)
Cyprus National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Magnolia Centre, Offices 11–12,
32, Strovolos Avenue
CY-Nicosia 2018
Neoklis GEORGIADES
Tel. (357-22) 44 29 73 — Fax (357-22) 30 50 22
E-mail: neoklis@ektepn.org.cy, info@ektepn.org.cy (general matters)

Latvija
The State Centre for Drug Abuse Prevention and Treatment (Narcology Centre)
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga
Ieva MATISONE
Tel. (371-7) 37 77 83 — Fax (371-7) 37 23 37
E-mail: ieva.matisone@latnet.lv

Lietuva
Ministry of Health of the Republic of Lithuania
Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania
Vilniaus st. 33
LT-2001 Vilnius
Ernestas JASAITIS
Tel. (3705-2) 66 14 00 — Fax (3705-2) 66 14 02
E-mail: ernestas.jasaitis@vvspt.lt

Luxembourg
Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tél. (352) 47 85 625 — Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Magyarország
National Centre for Epidemiology
Gyáli út 2-6.
H-1097 Budapest
PO Box 64
Adrienn NYIRADY
Tel. (36-1) 476 11 00 — Fax (36-1) 476 12 23
E-mail: nyiradya@oek.antsz.hu

Malta
Maltese National Focal Point
Ministry of Family & Social Solidarity
Palazzo Ferreria
Valletta CMR 02
Malta
Anna GIRARD
Tel. (356) 25 90 32 17/32 20
E-mail: anna.girard@gov.mt

Nederland
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45 — Postbus 725
3500 AS Utrecht
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86 — Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich
ÖBIG — Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Vienna
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60 — Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Polska
National Bureau for Drugs Prevention
ul. Dereniowa 52/54
PL-02-776 Warszawa
Janusz SIEROSŁAWSKI
Tel. (48-22) 641 15 01 — Fax (48-22) 641 15 65
E-mail: sierosla@ipin.edu.pl

Portugal
Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Nuno FREITAS/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26 — Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Maria.Moreira@idt.min-saude.pt

Slovenija
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Trubarjeva 2
SI-1000 Ljubljana
Mercedes LOVREČIČ
Tel. (386-1) 244 14 79 — Fax (386-1) 244 15 36
E-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

Slovensko
Central Node of the Drug Information System
General Secretariat of the Board of Ministers for Drug Dependencies and Drug Control
Námestie slobody 1
SK-81370 Bratislava
Alojz NOCIAR
Tel. (421-2) 5729 5554 — Fax (421-2) 5729 5571
E-mail: alojz.nociar@government.gov.sk, alojz.nociar@vlada.gov.sk

Suomi/Finland
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
PO Box 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78 — Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige
Statens folkhälsoinstitut
(Kontor: Olof Palmes gata 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tfn (46-8) 56 61 35 13 — Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom
Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21 — fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne
Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires intérieures — Unité «Coordination de la lutte antidrogue»
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU/Elsa MAIA
Tél. (32-2) 299 57 84 — Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int, Elsa.Maia@cec.eu.int

Norge
Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
N-0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tel. (47) 22 34 04 00 — Fax (47) 22 34 04 01
E-mail: kb@sirus.no, odd@sirus.no

Bălgarija
National Centre for Addictions
117, Pirotska Str.
BG-1303 Sofia
Momtchil VASSILEV
Tel. (359-2) 83 13 079 — Fax (359-2) 83 21 047
E-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

România
National Anti-drug Agency
37, Unirii Bulevard, BL. A4 — Sector 3
RO-Bucharest
Angela PANTEA
Tel. (40-21) 326 47 87/323 30 30 ext. 21706
Fax (40-21) 326 47 87
E-mail: angelapantea@yahoo.com

Türkiye
TADOC Müdürlüðü
Necatibey Cd. No:108
TR-Anýttepe/Ankara
Ylhami HÜNER
Tel. (90-312) 412 75 00 — Fax (90-312) 412 75 05
E-mail: ihuner@tadoc.gov.tr

Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja, 2004

Éves jelentés 2004: A kábítószer-probléma az Európai Unióban és Norvégiában

Luxembourg: Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala
2004 – 113 oldal – 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-208-X

ÉRTÉKESÍTÉS ÉS ELŐFIZETÉSEK

A Kiadóhivatal gondozásában megjelent, térítés ellenében kapható kiadványokat a világ minden pontján megtalálható értékesítési irodáinkban kérheti.

Mi a teendő, ha szeretnék egy kiadványhoz hozzájutni?

Miután megtekintette értékesítési irodáink listáját, kérjük, válassza ki az Önnek megfelelőt, és a rendeléshez lépjen kapcsolatba velük.

Hogyan juthatok hozzá az értékesítési irodák listájához?

- letöltheti azt a Kiadóhivatal honlapjáról: http://publications.eu.int/
- kérését faxon is leadhatja a (352) 2929-42758-as számon,
  és mi elküldjük Önnek a kért listát.

16 17 5 TD-AC-04-001-HU-C

A KKEM-ről

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő központja (KKEM) egyike az Európai Unió decentralizált hivatalainak. 1993-ban alapították, Lisszabonban található a székhelye, és a kábítószerekkel és kábítószer-függőséggel kapcsolatos átfogó információk központi forrása Európában.

A KKEM objektív, megbízható és összehasonlítható információt gyűjt, elemez és terjeszt a kábítószerekről és a kábítószer-függőségről. Ennek során az európai szintű kábítószer-jelenség bizonyítékalapú képét vázolja fel a célközönségnek.

A Központ kiadványai elsődleges információforrást jelentenek széles célközönség számára, beleértve a szakpolitika-formálókat és tanácsadóikat, szakembereket és a kábítószeres területen dolgozó kutatókat, valamint – tágabb értelemben – a médiát és az általános nyilvánosságot.

A jelentés a KKEM éves áttekintését tartalmazza az Európai Unió tagállamaiban és Norvégiában tapasztalható kábítószer-jelenség vonatkozásában, egyben nélkülözhetetlen referencia azoknak, akik a kábítószerekkel kapcsolatos legfrissebb európai eredmények iránt érdeklődnek.

Kiadóhivatal
Publications.eu.int

ISBN 92-9168-208-X
9 789291 682089