AZ EURÓPAI KÖZÖSSÉGEK BIZOTTSÁGA

Brüsszel, 18.4.2007
COM(2007) 199 végleges

A BIZOTTSÁG JELENTÉSE AZ EURÓPAI PARLAMENTNEK ÉS A TANÁCSNAK

a kábítószer-függőséggel kapcsolatos egészségi ártalom megelőzéséről és csökkentéséről szóló 2003. június 18-i tanácsi ajánlás végrehajtásáról

TARTALOMJEGYZÉK

1. HÁTTÉR 3

2. MÓDSZEREK – ADATGYŰJTÉS 3

3. A TANÁCS AJÁNLÁSÁNAK VÉGREHAJTÁSÁHOZ KAPCSOLÓDÓ LEGFONTOSABB EREDMÉNYEK 4

4. KÖVETKEZTETÉSEK 9

5. A 2003-AS TANÁCSI AJÁNLÁS EREDMÉNYEI 11

TECHNICAL ANNEXES 14

5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used 14

5.2. ANNEX II – Figures 15

1. HÁTTÉR

2003. június 18-án a Tanács a kábítószer-függőséggel kapcsolatos egészségi ártalom megelőzéséről és csökkentéséről szóló ajánlást[1] fogadott el. Az ajánlás célja, hogy csökkentse a kábítószer-használattal összefüggő halálozás és egészségkárosodás arányát azáltal, hogy arra ösztönzi a tagállamokat: hozzanak létre és fejlesszenek tovább olyan stratégiákat, amelyekkel megelőzhetők, illetve csökkenthetők a kábítószer-használattal okozott ártalmak. Az EU 2005–2012-es kábítószer-ellenes stratégiájában és 2005–2008-as kábítószer-ellenes cselekvési tervében megerősítették a fellépés sürgető jellegét.

Az ajánlás három fő pontban foglalja össze azt, hogy a tagállamoktól milyen fellépések várhatók el:

(1) közegészségügyi céllá kell tenni a kábítószer-függőség megelőzését, valamint a vele kapcsolatos kockázatok mérséklését, és szükség van ennek megfelelő átfogó stratégiák kialakítására és végrehajtására;

(2) jelentős mértékben csökkenteni kell a kábítószer-használattal összefüggő egészségkárosodás (pl. HIV, hepatitis-B és C, valamint tuberkulózis) arányát és a kábítószer-használattal összefüggő halálozások számát (ehhez 13 alpont nyújt segítséget, amelyek az ártalomcsökkentést célzó szolgáltatásokkal és létesítményekkel kapcsolatosak – pl. injekciós segédeszközök terjesztése, oltás, kezelés, tájékoztatás és képzés);

(3) megfelelő értékelő módszerre van szükség a hatékonyabb és eredményesebb drogprevenció érdekében, valamint a kábítószer-használattal összefüggő egészségügyi kockázatok mérséklése céljából (ezen belül 9 alpont foglalkozik a programok minőségbiztosításával, ellenőrzésével és értékelésével).

Az ajánlás felszólítja a tagállamokat, hogy az ajánlás elfogadását követő két éven belül tegyenek jelentést a fenti pontok végrehajtásáról, a Bizottságot pedig jelentés készítésére kéri fel.

A Kábítószerek és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) évente jelentést tesz közzé a kábítószer-probléma helyzetéről az EU-ban, amelyben információ szerepel a kábítószer-használattal összefüggő halálozásokról, illetve a kábítószer-használattal összefüggő fertőző betegségekről (pl. HIV/AIDS, hepatitis). **Lásd az 1. ábrát.**

2. MÓDSZEREK – ADATGYŰJTÉS

Ez a jelentés két fő forrásra támaszkodik.
Először is, 2005-ben a Bizottság felkérte a 25 tagállamot, hogy készítsék el jelentésüket a Tanács ajánlása végrehajtásának megvalósulásával kapcsolatban.

Emellett a fenti információkat a Trimbos Intézet dolgozta fel, amely a mentális egészség és a függőség területének független kutatóközpontja, és amelyet felkértek, hogy e jelentés előkészítéseként háttérdokumentumot dolgozzon ki. A háttérdokumentum részletes információkat tartalmaz a tagállamokban jelenleg alkalmazott, a kábítószer-függőséggel kapcsolatos egészségkárosodás megelőzésére és csökkentésére irányuló szakpolitikákról és

[1] HL L 165., 2003.7.3., 31–33. o.

gyakorlatokról, valamint áttekintést ad az ártalomcsökkentést célzó intézkedések hatékonyságának jelenlegi helyzetéről[2].

3. A TANÁCS AJÁNLÁSÁNAK VÉGREHAJTÁSÁHOZ KAPCSOLÓDÓ LEGFONTOSABB EREDMÉNYEK

3.1. Az ajánlás 1. pontja – Az ártalmak mérséklése mint közegészségügyi cél

A kábítószer-használattal összefüggő egészségkárosodás megelőzése és csökkentése valamennyi tagállam nemzeti szintű közegészségügyi célkitűzése. Ebben a folyamatban az ajánlásnak fontos szerep jutott, különösen az Európai Unióhoz 2004-ben csatlakozott országok többségében.

A tagállamok az EU 2005–2012-es kábítószer-ellenes stratégiájában is utaltak a Tanács ajánlására.

3.2. Az ajánlás 2. pontja – Az ártalmak csökkentését célzó szolgáltatások és létesítmények a tagállamokban

Valamennyi tagállamban létrehoztak ártalomcsökkentést célzó szolgáltatásokat és létesítményeket, habár néhány tagállamban ez kisebb mértékben valósul meg.

A háttérdokumentum számára összegyűjtött adatok megfelelő áttekintést adnak arról, milyen szolgáltatások és létesítmények állnak rendelkezésre a tagállamokban.

Lásd a II. melléklet 2. ábráját.

- ***Ártalomcsökkentő létesítmények és szolgáltatások a tagállamokban***

Minden tagállam végrehajtotta az arra vonatkozó szakpolitikát, hogy a kábítószer-fogyasztók tájékoztatást és tanácsadást kapjanak. A **tájékoztatásra, felvilágosításra és kommunikációra** irányuló további intézkedések közé tartoznak a telefonos segélyvonalak, valamint a felvilágosító kiadványok széles választéka, melyek minden országban elérhetők a kábítószer-fogyasztók számára. Huszonkét országban készültek ezzel kapcsolatos honlapok, néhány pedig internetes tanácsadást is kínál. Huszonegy országban állnak rendelkezésre olyan képzések, amelyek a kockázat és a károsodás megelőzésére koncentrálnak. Máltán például az ambuláns kezelésben részesülő kábítószer-fogyasztók egyénileg kaphatnak ilyen képzést.

A kábítószer-fogyasztók **közössége és családja** nagy szerepet kap az ártalmak mérséklésére irányuló tevékenységekben a tagállamokban, melyek legtöbbjében specifikus információcsomag áll rendelkezésükre. Az Egyesült Királyságban például a családok a túladagolás megelőzésére irányuló képzésben vesznek részt a kábítószer-használattal összefüggő halálozás csökkentése érdekében.

A **megkereső tevékenység (outreach work)** gyakori stratégia a fertőző betegségek megelőzésében. Ezt a megközelítési módot minden tagállamban sikerrel alkalmazzák akár utcai szolgálat keretében, akár szórakozóhelyeken (pl. dance és rave partyk), habár az egyes országokon belül lehet földrajzi eltérés alkalmazásukat illetően. Megkereső tevékenységekre vonatkozó projektek és alacsony küszöbű szolgáltatások például Olaszország egész területén

[2] Lásd a 2. mellékletet

léteznek, a különféle létesítmények spektruma pedig idővel kibővült. Emellett az ország egyes területein nemrég bevezették a mobil metadon-kezelést.

A tagállamok többségében (19-ben) **kortárs segítőket és önkénteseket** vonnak be szisztematikus jelleggel a **megkereső tevékenységekbe**. A kortárs segítők és önkéntesek képzésére vonatkozó információk elérhetők, jóllehet kevés a megkereső tevékenységekben végzett konkrét munkájukra vonatkozó információ. Belgiumban például a (korábbi) droghasználók olyan képzést kapnak, amely alapján a HIV megelőzésére és a túladagolás megelőzésére vonatkozó információkat terjeszthetnek.

A **megkereső tevékenységgel foglalkozó szolgálatok közötti hálózatépítés és együttműködés** a tagállamok döntő többségében (20) megvalósul, habár a szolgálatok száma némelyikben meglehetősen kevés. Ösztönző erejű, hogy Litvánia és Lettország hamarosan végrehajtja ezt a szakpolitikát.

A kábítószer-fogyasztók **kezelése** minden tagállamban megvalósul ópiát-szubsztitúciós kezelés alkalmazásával (Ciprus most készíti elő ezeket a kezelési programokat). Vannak fenntartó és detoxifikációs kezelések, amelyek a kábítószer-fogyasztás stabilizálására, csökkentésére, illetve a kábítószerről való leszoktatásra irányulnak. Az **ópiát-szubsztitúciós kezelés** gyakori stratégia a kábítószer-használattal összefüggő halálozások számának csökkentésére, és szinte minden tagállamban (24) rendelkezésre áll metadon- és/vagy buprenorfin-kezelés, amelyet pszichoszociális ellátás kísér. Svédország volt az első olyan ország például, amely metadon-fenntartó kezelést nyújtott, és jelenleg folyik annak a programnak a megvalósítása, amely szigorú magas küszöbű metadon-fenntartó kezelést nyújt. Számos tanulmány mutatta ki, hogy összefüggés van az ópiátszármazékok használóinak fenntartó kezelése és a kábítószer-használattal összefüggő halálozások számának csökkentése között. Magasabb dózisok alkalmazásával, illetve ha a kezelési programokat pszichoszociális beavatkozás egészíti ki, fokozódhat a kezelés hatékonysága.

A **szubsztitúciós anyagokkal való visszaélés megelőzése** tekintetében csaknem valamennyi tagállam (22) beszámolt arról, hogy a feketepiacra való juttatásuk megakadályozását olyan intézkedések hivatottak szolgálni, mint a szigorú nyilvántartás, a felügyelt fogyasztás, a vizeletvizsgálat, valamint a dózisok napi adagolása. Észtország és Szlovénia például arról számolt be, hogy a visszaélés megelőzésére irányuló szakpolitikát az ajánlás eredményeként hajtották végre.

A **fertőző betegségek vizsgálata/szűrése** 19 tagállamban érhető el országos szinten a droghasználók számára, három országban pedig egyes földrajzi területeken áll rendelkezésre. A droghasználók célcsoportjára irányuló prevenciós és felvilágosító intézkedések, valamint a fertőző betegségek megelőzésére vonatkozó speciális kezelési programok 15 tagállamban országos szinten érhetők el, ötben pedig egyes földrajzi területeken. A kifejezetten a droghasználókra koncentráló, a hepatitis B elleni **oltási kampányok** 15 országban országosan, öt másikban pedig egyes területeken érhetők el. Luxemburgban például 2005-ben a nemzeti tájékoztatási központok[3] cselekvési és kutatási programot indítottak, amelynek keretében speciális nemzeti nem kormányzati szervezetek helyszíni vizsgálatot (hepatitis A, B, C és HIV), valamint oltási lehetőséget (hepatitis A, B) kínálnak. Az EU egészében léteznek **oltási programok**, de nem mindig kifejezetten a kábítószer-fogyasztók jelentik a célcsoportot.

[3] http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=403

24 tagállamban – köztük tizenötben az egész országban – léteznek **tű-és fecskendőcserére** irányuló **programok**. Az addiktológiai szolgálatokon keresztül kevés kivétellel (2) az EU egészében megvalósul az **óvszer-terjesztés**. A tapasztalatok alapján a kábítószer-fogyasztókat megszokott környezetükben elérő tű-és fecskendőcsere-programok a tájékoztató és felvilágosító stratégiákkal kombinálva eredményesnek és költséghatékonynak bizonyultak az injektáló droghasználók kockázattal szemben tanúsított magatartásának kedvező irányú befolyásolásában, ezért valószínű, hogy megelőzik a fertőző betegségek átvitelét.

Minden ország alkalmazza azt a szakpolitikát, amely biztosítja, hogy a **segélyhívó szolgálatok** a túladagolás kezelése tekintetében megfelelően képzettek és felszereltek legyenek, és legtöbbjükben (20) a mentőautók rendes felszerelése közé tartozik az opiát-antagonista naloxon. A segélyhívó szolgálatoknál dolgozó egészségügyi alkalmazottak azonban csak tíz országban részesülnek kábítószer-túladagolással kapcsolatos specifikus képzésben.

Az ajánlás e pontjának utolsó alpontja annak támogatására szólít fel, hogy a **képzési tevékenységekben való részvétel elismert szakmai képzettséget** nyújthasson azon **szakemberek** számára, akik a kábítószer-függőséggel kapcsolatos egészségügyi kockázatok megelőzéséért és csökkentéséért felelősek. Ez a szakpolitika csaknem valamennyi tagállamban jelen van (22). A megkereső tevékenységet folytató dolgozók és a fenntartó kezeléssel foglalkozó szakemberek képzése 21, illetve 20 országban valósul meg. Az alacsony küszöbű szolgáltatások terén szakmai képzés 19 országban létezik.

- ***Ártalomcsökkentő tevékenységek börtönökben***

A Kábítószerek és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja jelentése szerint a bebörtönzöttek körében az injektáló kábítószer-használat életprevalenciája Európában 7% és 38% közötti. Húsz tagállamban létezik az a szakpolitikai gyakorlat, amely alapján a droghasználók a börtönökben olyan szolgáltatásokhoz jutnak hozzá, amelyek hasonlók azokhoz, amik azon kábítószer-fogyasztók számára érhetők el, akik nincsenek bebörtönözve, és négy országban tervezik bevezetését.

A háttérdokumentum arról számol be, hogy a börtönökben megvalósult tű- és fecskendőcsere-programok valószínűleg eredményesen csökkentik az injektáló droghasználók közötti tűmegosztás arányát, valamint a kábítószer-használattal összefüggő fertőző betegségek átadását. Ezenkívül a tályogok kialakulásának arányát is mérsékelhetik.

A kábítószeres kellékek[4] kiosztása nem mindennapos gyakorlat a börtönökben (mindössze 11 országban valósul meg). Három országban van lehetőség tű- és fecskendőcserére börtönökben. Spanyolországban például 38 börtönben van lehetőség tű- és fecskendőcserére.

A szubsztitúciós és detoxifikációs kezelések 17, illetve 19 országban férhetők hozzá börtönökben, habár a regionális lefedettség nagymértékben eltérő. Óvszerosztást 16 ország börtöneiben végeznek.

Lásd a II. melléklet 3. ábráját.

- ***Az ártalomcsökkentés kombinációja a szociális és mentálhigiénés ellátással***

[4] A kábítószer előkészítéséhez vagy beadásához szükséges eszközök és felszerelés.

A tagállamok jelzése szerint az ártalomcsökkentést szakpolitikai szinten a (mentál)higiénés és szociális ellátás szerves részének tekintik, a háttérdokumentum tanúsága szerint azonban ez az integráció a gyakorlatban nem mindig valósul meg: „A tagállamok továbbra sem találták meg a megfelelő megoldást az olyan a droghasználók kezelése tekintetében, akiknek egyszerre van függőségi és mentális problémájuk (komorbiditás vagy kettős diagnózis), gyakran nehezen megoldható a korábbi droghasználók újbóli beilleszkedése a munka világába, és a lakhatási kérdések is sokszor bizonyulnak problematikusnak."

Huszonhárom ország rendelkezik olyan szakpolitikával, amely támogatja egyrészt az egészségügyi szolgáltatások (beleértve a mentális egészségügyi szolgáltatásokat) és a szociális ellátás, másrészt a kockázatcsökkentésre irányuló specializált megközelítések integrációját. A jelentések szerint ez az országok négyötödében valósult meg a gyakorlatban. Franciaországban például az RMS program (Réseau Micro-Structures) minden függőségi problémával küzdő beteg számára biztosít orvosi, szociális és pszichológusi ellátást.

Ennek ellenére úgy tűnik, hogy e szakpolitika teljes körű végrehajtása még nem valósult meg, mivel láthatólag továbbra is kihívást jelent, hogy a droghasználók számára teljes mértékben integrált ellátási rendszert tegyenek elérhetővé.

3.3. Az ajánlás 3. pontja – Minőségbiztosítás, ellenőrzés és értékelés

A tagállamok közül nem mind véli úgy, hogy a minőségbiztosítás, ellenőrzés és értékelés kormányzati feladat. Általában azonban egyetértenek azzal, hogy az ártalomcsökkentési gyakorlatra nagyobb hangsúlyt kell helyezni, illetve ennek keretében tudományos bizonyítékok alkalmazására van szükség. A szövetségi vagy nem központosított országokban a feladatokat a különböző hatásköri szintek között osztják fel. Másokban a minőségbiztosítást, az ellenőrzést és az értékelést független tudományos szervezetek feladatának tekintik.

Lásd a II. melléklet 4. ábráját.

Az ártalomcsökkentésre irányuló szolgáltatások és létesítmények felmérése, ellenőrzése és értékelése a tagállamokban

A tagállamok többsége (19) arról számolt be, hogy a szakpolitikai döntések kifejezetten a **hatékonyságra vonatkozó tudományos bizonyítékokon** alapulnak. Számos tagállamban folynak olyan kutatási és értékelési projektek, amelyek az ártalomcsökkentésre irányuló beavatkozásokat vizsgálják (pl. szubsztitúciós programok, megkereső tevékenység, tűcsere). Németország például egy szubsztitúciós kezelés (metadon és heroin) értékeléséről számolt be. Litvánia is beszámolt „Blue Bus" elnevezésű tűcsere-projektjéről, amelyet havonta és a felhasználókra irányuló felmérésekkel is értékelnek. Magyarországon a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet Szakmai Információs Portál (SZIP)-adatbázist hozott létre, amely széles körben elérhetővé teszi a tudományos eredményeket, vagyis kombinálja a programra vonatkozó információkat és a tudományos kutatást. Szlovákia beszámolt arról, hogy a nemzetközi kutatások eredményeit szisztematikusan felhasználják a beavatkozások és szakpolitikai gyakorlatok kidolgozásához.

A tagállamok általában egyetértenek abban, hogy a programok kezdeti szakaszában **szükség van felmérésekre**, azonban ezt gyakran nem írják elő a programok és beavatkozások kiválasztásakor. **Írországban azonban** az injektáló droghasználók közötti fertőző betegségek megelőzésének fokozására irányuló kísérleti projekt kialakítása céljából alapfelmérést

végeztek annak megállapítására, a kábítószer-fogyasztók milyen arányban kaptak hepatitis-B oltást.

A beavatkozások értékelésére vonatkozó **értékelő jegyzőkönyvek** kialakítását gyakran tekintik olyan feladatnak, amely a minőségértékeléssel foglalkozó tudományos intézmények feladatkörébe tarozik. Egyes tagállamok – például a Cseh Köztársaság és Dánia – jegyzőkönyveket és iránymutatásokat dolgoznak ki kábítószer-ellenes politikájuk részeként. Cipruson például a Kábítószer-ellenes Tanács tudományos bizottsága különleges iránymutatásokat dolgozott ki az addiktológiai kezelési központok számára a minimális minőségi előírások biztosítása érdekében. Görögországban minden programba beletartozik az értékelés is. Az ajánlás e részét a jelentések szerint 12 országban hajtották végre.

Tizennégy tagállam rendelkezik olyan szakpolitikával, amelynek célja az **értékelés minőségi követelményeinek kialakítása**. Ezek a politikák gyakran még kezdeti szakaszban vannak. Finnországban például a 2004-2007-re vonatkozó kábítószer-ellenes cselekvési program arra szólít fel, hogy hozzanak létre minőségi keretet az addiktológiai szolgáltatók számára. A Kábítószerek és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja számos kézikönyvet és monográfiát készített a minőségről és az értékelésről[5], de az országok nem hivatkoznak kifejezetten ezek használatára.

Huszonhárom tagállam számolt be arról, hogy **megfelelnek a Kábítószerek és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja öt fő mutatójának**[6]. Azonban egyes országok még nem hajtották végre mind az ötöt. A Kábítószerek és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja minden évben visszajelzést ad az egyes országoknak beszámolóik minőségéről, és rámutat az információk esetleges hiányosságaira is. A nemzeti jelentéseket rendszerint a nemzeti honlapokon teszik közzé.

Tizenkilenc tagállam hangsúlyozza azt, hogy **az értékelés eredményei hozzájárulnak a drogprevenciós politikák részleteinek kidolgozásához és kialakításához**. Az országok arról számoltak be, hogy a nemzeti kábítószer-ellenes stratégiák és cselekvési tervek egyre nagyobb jelentőséget kapnak, azonban úgy tűnik, csak kis részük végez olyan szisztematikus értékelést, amely felméri az egyes beavatkozások eredményességét. Sok értékelőprogram nem kifejezetten az ártalomcsökkentő beavatkozásokkal foglalkozik, hanem inkább a kábítószer iránti kereslet csökkentésére irányuló tágabb területtel. Lengyelországban például a börtönben fogva tartott nők számára kidolgozott addiktológiai terápiás programok, amelyek célja a visszaesés megelőzése, azt eredményezték, hogy a nemzeti kábítószer-megelőzési program új célkitűzésekkel bővült. Portugáliában a „Horizonte 2004" elnevezésű nemzeti kábítószer-ellenes stratégia – amelyet külsőleg és belsőleg is fejlesztettek – olyan új ajánlások megfogalmazásához vezetett, mint például a kockázatcsökkentési és az ártalomminimalizálási rendszerek (pl. szubsztitúciós programok, tűcsere, óvszerhasználatot népszerűsítő kampányok) javítását célzó, már meglévő kezdeményezések továbbfejlesztése.

A különböző szintekre és célcsoportokra irányuló, értékelésre vonatkozó **képzési programokat** tizennégy tagállamban valósították meg. A nemzeti tájékoztatási központokat gyakran említik az ilyen képzési programok (társ-) szervezőiként, azonban e programok a jelentések szerint nem képezik az addikciós ellátás szakképzési tantervének részét. A Cseh Köztársaságban azonban az addiktológiai kezelési szolgáltatások minőségi előírásait a

---

5 Elérhetők a következő címen: http://publications.eu.int/others/sales_agents_en.html

6 http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1365

szakembereknek szóló képzési program keretében alakították ki és hajtották végre, Ausztriában pedig a minőségbiztosítás és értékelés a kábítószer-specifikus továbbképzés tantervének részét képezi.

Tizennégy tagállam számolt be arról, hogy működik az a szakpolitika, amely lehetővé teszi, hogy **valamennyi szereplő és érdekelt fél részt vehessen az értékelési folyamatban**, azonban csak néhányuk mutatott be konkrét példákat a részvételre és közreműködésre. Hollandiában például létrehoztak egy úgynevezett „ügyfél-tanácsot" az egészségügyi – az addiktológiait beleértve – ellátásban részesülő betegek számára. Spanyolországban az érdekelt felek bevonása az értékelésbe a nemzeti kábítószer-ellenes cselekvési terv kiemelt része.

Sor került több tagállamot bevonó két-és többoldalú programok létrehozására is, és 21 tagállam számolt be arról, hogy szakpolitikájukban **támogatják az egymással való együttműködést és az egymás között megvalósuló cserét**. Úgy tűnik, jelenleg egyre erősödik az együttműködés közöttük, sőt harmadik országokkal is. Emellett a tagállamok együttműködnek a Bizottsággal is, például a közegészségüggyel kapcsolatos közösségi program keretében, hogy megosszák szakértelmüket és tapasztalataikat az EU-n belül. Az EU PHARE twinning programja[7] fontos eszköznek bizonyult az EU régi és újabb, 2004-ben csatlakozott tagállamai közötti együttműködés erősítésére. Hét ország jelezte, hogy az ajánlás fontos eszköz volt e tevékenység kialakításában.

Lásd a II. melléklet 5. ábráját.

4. KÖVETKEZTETÉSEK

(1) Valamennyi tagállam rendelkezik olyan szakpolitikákkal és intézkedésekkel, amelyek nagyrészt tükrözik az ajánlásban megfogalmazott intézkedéseket, a legtöbb újonnan csatlakozott tagállamban pedig a dokumentumot a szakpolitikai fejlesztés fontos eszközének tekintik. A dokumentum referenciaként is szolgált az ártalomcsökkentő beavatkozások végrehajtásához. Mivel a végrehajtás mértéke országonként és azokon belül is változó, fontos, hogy folytatódjon az ártalomcsökkentő intézkedések fejlesztése, valamint az ártalomcsökkentő szolgáltatások megvalósítása, illetve létesítmények kialakítása a megelőzés és ellátás integrált rendszerének részeként.

(2) Csaknem az összes tagállam rendelkezik olyan szakpolitikával, amely elősegíti az egészségügyi szolgáltatások (köztük a mentálhigiénés szolgáltatások és a szociális ellátás) és a specializált ártalomcsökkentő szolgáltatások közötti megfelelő integrációt. Meg kell erősíteni és tovább kell folytatni azokat az erőfeszítéseket, amelyek arra irányulnak, hogy az általános egészségügyi ellátási rendszer keretébe integrálják ezeket a programokat.

(3) A metadon- és buprenorfin-szubsztitúciós kezelések, amelyeket pszichoszociális ellátás kísér, minden tagállamban rendelkezésre állnak, és az elmúlt évtizedben jelentős javulás következett be elérhetőségük terén. Az azonban országonként eltérő, hogy milyen mértékben felel meg a szolgáltatás a becsült igényeknek. Biztosítani

[7] http://ec.europa.eu/enlargement/key_documents/phare_legislation_and_publications_en.htm.

kell azt, hogy ezek a szolgáltatások elérhetők és fenntarthatók legyenek, és lefedjék az egyes országok egész területét.

(4) A Kábítószerek és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja átfogó és kiváló minőségű adatokat gyűjtött össze az ártalomcsökkentő szolgáltatások/létesítmények hozzáférhetősége vonatkozásában. Azonban több információra van szükség az ilyen létesítmények hozzáférhetőségéről és használatáról – különös tekintettel a veszélyeztetett csoportokra – annak érdekében, hogy áttekintést lehessen nyerni az egyes országok helyzetéről, különösen az egyértelmű lefedettségi mutatók tekintetében, melyek a szakpolitika-értékelés egyik központi elemét jelentik. Emellett foglalkozni kell azzal is, melyek a hiányosságok a Kábítószerek és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja öt kulcsfontosságú mutatójának való megfelelés terén.

(5) Csaknem valamennyi tagállam végrehajtotta azokat az intézkedéseket, amelyek célja a börtönben fogva tartott droghasználók közötti fertőző betegségek terjedésének megakadályozása. Azonban a börtönökben megvalósuló ártalomcsökkentő beavatkozások az Európai Unión belül még mindig nincsenek összhangban az ENSZ Közgyűlése[8], az UNAIDS/WHO[9] és az UNODC[10] által elfogadott egyenértékűségi elvvel, amely a börtönben és a társadalom számára azon kívül elérhető egészségügyi szolgáltatások és ellátás (beleértve az ártalomcsökkentést is) közötti egyenértékűségre szólít fel. Ezért lényeges az, hogy az országok a börtönviszonyokra kidolgozott ártalomcsökkentő tevékenységeket fejlesszenek ki, amelyek a börtönökben a droghasználók és az alkalmazottak igényeihez igazodnak, és hozzáférhetőbbé tegyék a szolgáltatásokat. A börtönből való szabadlábra helyezést követően is biztosítani kell azt, hogy ezek a szolgáltatások – a minőség és hozzáférés tekintetében is – elérhetők maradjanak.

(6) A tagállamok egyre inkább felismerik, hogy szükség van kutatási eredményeken és tényeken alapuló politikák kialakítására és bizonyítékokon alapuló tevékenységek végrehajtására, beleértve az egészségkárosodás megelőzését és mérséklését. Az ilyen intézkedések kritikus értékeléséhez elengedhetetlen, hogy a fokozottabb ellenőrzés és az elmélyült kutatás a kábítószerrel kapcsolatos ártalmak megelőzésére és csökkentésére irányuló általános szakpolitika részévé váljon, ahogy azt az ajánlás, az EU 2005–2012-es kábítószer-ellenes stratégiája és a 2005–2008-as kábítószer-ellenes cselekvési terv is tükrözi.

(7) A tagállamok jelenleg módszerek széles skáláját használják az ártalomcsökkentő szolgáltatások és létesítmények vizsgálatához, ellenőrzéséhez és értékeléséhez. Ezért az ő feladatuk a bevált gyakorlatok megvitatása és cseréje az ilyen módszerek tekintetében olyan egységesített megközelítések és eszközök kidolgozása érdekében, amelyek lehetővé teszik a tényszerű, megbízható és összehasonlítható információk összegyűjtését.

(8) Végezetül rendkívül fontos az egészségügyi vonatkozású és esetlegesen a kábítószer-használathoz kötődő (pl. mentális egészség, alkohol, HIV/AIDS-megelőzés,

---

8 http://www.pogar.org/publications/garesolutions/a45-111-90e.pdf

9 http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons_en.pdf

10 http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060701_hiv-aids_prisons_en.pdf.

munkahelyi kábítószer-függőség, kábítószer- vagy gyógyszerhasználat vezetés közben) politikák és kezdeményezések közötti együttműködés biztosítása.

5. A 2003-AS TANÁCSI AJÁNLÁS EREDMÉNYEI

Az ajánlás végrehajtásáról szóló jelentés legfeljebb másfél-kétéves időszakra vonatkozik. Ez az időszak egyelőre túl rövid ahhoz, hogy megbízható képet adjon az ajánlás szerepéről a nemzeti ártalomcsökkentő politikák, szolgáltatások és létesítmények helyzetének alakulásában. Emellett a jelentési időszak során új tagállamok csatlakoztak az Európai Unióhoz (2004-ben).

Ennek következtében ez a jelentés elsősorban alapfelmérésnek tekinthető a tanácsi ajánlás végrehajtása tekintetében. Emellett működhet az EU-ban alkalmazott ártalomcsökkentő intézkedések alapvető áttekintéseként is a 2005–2008-as uniós kábítószer-ellenes cselekvési terv értékeléséhez.

A Bizottság célja, hogy megismételje ezt a felmérést a következő, 2009–2012-es uniós kábítószer-ellenes cselekvési terv keretében, hogy megvizsgálja: az ártalomcsökkentésre irányuló szakpolitikák, szolgáltatások és létesítmények terén milyen előrelépések tapasztalhatók. A Bizottságnak az említett alkalommal módjában áll majd, hogy a tagállamokkal közösen megvizsgálja, van-e szükség további ajánlásokra.

Emellett a Bizottság továbbra is dolgoz majd ki kezdeményezéseket olyan területeken, amelyek szorosan kapcsolódnak a Tanács ajánlásához, és amelyek figyelembe veszik azokat a politikákat és gyakorlatokat, amelyek jelentősen befolyásolhatják fő tevékenységei eredményeit. Az EU 2005–2008-as cselekvési tervében két olyan speciálisan egészségügyi aspektusú intézkedés szerepel, amely a drogprevencióhoz kapcsolódik:

- javaslat kábítószerekről és börtönökről szóló tanácsi határozatra; a börtönben fogva tartottak közül sokan kábítószer-fogyasztók, és a börtön mint helyszín sürgető téma a kábítószer-fogyasztással és különösen az injektáló droghasználókkal kapcsolatban;
- jelentés az addiktológiai kezelés helyzetéről és a bevált gyakorlatok cseréjéről az EU-ban; Európában több mint félmillióan részesülnek szubsztitúciós kezelésben.

A közegészségügyi program

A közösségi közegészségügyi programban olyan drogprevenciós intézkedések szerepelnek, amelyek a számos komoly egészségügyi problémával összefüggő, többdimenziós kérdéseket felvető, az egészséget befolyásoló életmódtényezőket kívánják megvizsgálni.

A 2007–20013-as kábítószer-megelőző és információs program

A tevékenységek az EU kábítószer-ellenes stratégiájának végrehajtását a kábítószer-kereslet csökkentésére, valamint az ártalomcsökkentésre irányuló projektek és tevékenységek finanszírozásával támogatják.

A kábítószer-kereslet csökkentésére irányuló munkának a következő területekhez kell kapcsolódnia:

- HIV/AIDS-megelőzés

A **kábítószer** injektálása a HIV/AIDS átvitelének egyik legfőbb eszköze. *Az Európai Unióban és a szomszédos országokban a HIV/AIDS ellen folytatott küzdelemről (2006–2009)* szóló bizottsági közlemény a Tanácsnak és az Európai Parlamentnek[11] cselekvési tervet határoz meg a HIV-megelőzés érdekében zajló munkához, és felismeri, hogy a fő megelőzési tevékenységek szinergiájára van szükség. Az egyik lényeges pont a „testreszabott" képzési tanterv a szolgáltatásokban (megelőzés, kezelés és ellátás) részt vevő szakemberek számára a HIV/AIDS-fertőzöttek, illetve a HIV/AIDS tekintetében különösen veszélyeztetett népesség (pl. intravénás droghasználók és migránsok) vonatkozásában. Emellett a HIV/AIDS Agytröszt a résztvevő felek tapasztalatainak és információinak eredményekben gazdag fóruma lett.

- Alkoholmegelőzés

A kombinált kábítószer-fogyasztás keretében az alkoholfogyasztás és a kábítószer-fogyasztás káros hatásait összefüggésükben kell szemlélni. A tagállamokat az alkohollal kapcsolatos károk csökkentésében támogató uniós stratégiáról szóló bizottsági közlemény[12] tartalmazza a gyermekek és serdülőkorúak tényleges magatartásbeli változásainak támogatását az iskolában és családjukban, illetve más megfelelő környezetben, valamint sürgeti az alkohol- és kombinált kábítószer-fogyasztással összefüggő közlekedési balesetek számának csökkentését.

- A mentális egészség támogatása

A droghasználat és a mentális betegségek gyakran együttesen jelentkeznek. A gyógyszeres és pszichiátriai kezeléshez való hozzáférésnek a kábítószer-fogyasztók számára való megkönnyítése továbbra is a közegészségügyi politika egyik nagy kihívása marad. A népesség mentális egészségének javításáról szóló, 2005. októberi bizottsági zöld könyv[13] uniós szintű mentális egészségügyi stratégia kialakítását javasolta. A stratégia, amelynek jelenleg folyik az előkészítése, a közösségi szakpolitikákhoz tartozó egyéb kezdeményezésekkel – mint például az EU 2005-2012-es kábítószer-ellenes stratégiája – folytatott közös együttműködést tesz lehetővé.

- A civil társadalom hozzájárulása

Minden erőfeszítést meg kell tenni a kábítószer-fogyasztók által másoknak közvetetten okozható kár mérséklése érdekében. A kábítószer-fogyasztóknak aktívan részt kell vállalniuk ezekben az erőfeszítésekben. A civil társadalomnak az Európai Unió kábítószer-ellenes politikájában játszott szerepéről szóló zöld könyv[14], amelyet a Bizottság 2006 júniusában fogadott el, megvizsgálta, milyen lehetőségek vannak a civil társadalom bevonásának erősítésére.

---

11 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2005/com2006_0654en01.pdf
12 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0625en01.pdf
13 http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
14 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf

- Kábítószer/gyógyszer és vezetés[15]

A kombinált kábítószer-fogyasztás és vezetés kérdésével a közlekedéspolitika foglalkozik. A Bizottság emellett társfinanszírozója a DRUID (DRiving Under the Influence of Drugs, alcohol and medicines, azaz kábítószer, alkohol és gyógyszer hatása alatti vezetés) elnevezésű projektnek az Európai Közösség hatodik kutatási és technológiafejlesztési keretprogramján (FP6) belül.

- Munkahelyi kábítószer-függőség

A Bizottság jelenleg készíti elő 2007–2012-re vonatkozó munkahelyi biztonsági és egészségvédelmi stratégiáját. Konkrét kezdeményezéseket kell kidolgozni, amelyek a munkahelyi kábítószer-függőséggel foglalkozó közegészségügyi fellépéseket támogatják.

---

15 A Tanács 2003. november 27-i állásfoglalása a közlekedési balesetek vonatkozásában a pszichoaktív anyagok fogyasztásának hatása elleni küzdelemről (Résolution du Conseil du 27 Novembre 2003 relative ŕ la lutte contre la consommation de substances psychoactives associées aux accidents de la route): *HL C 97., 2004.4.22., 1–3. o.*

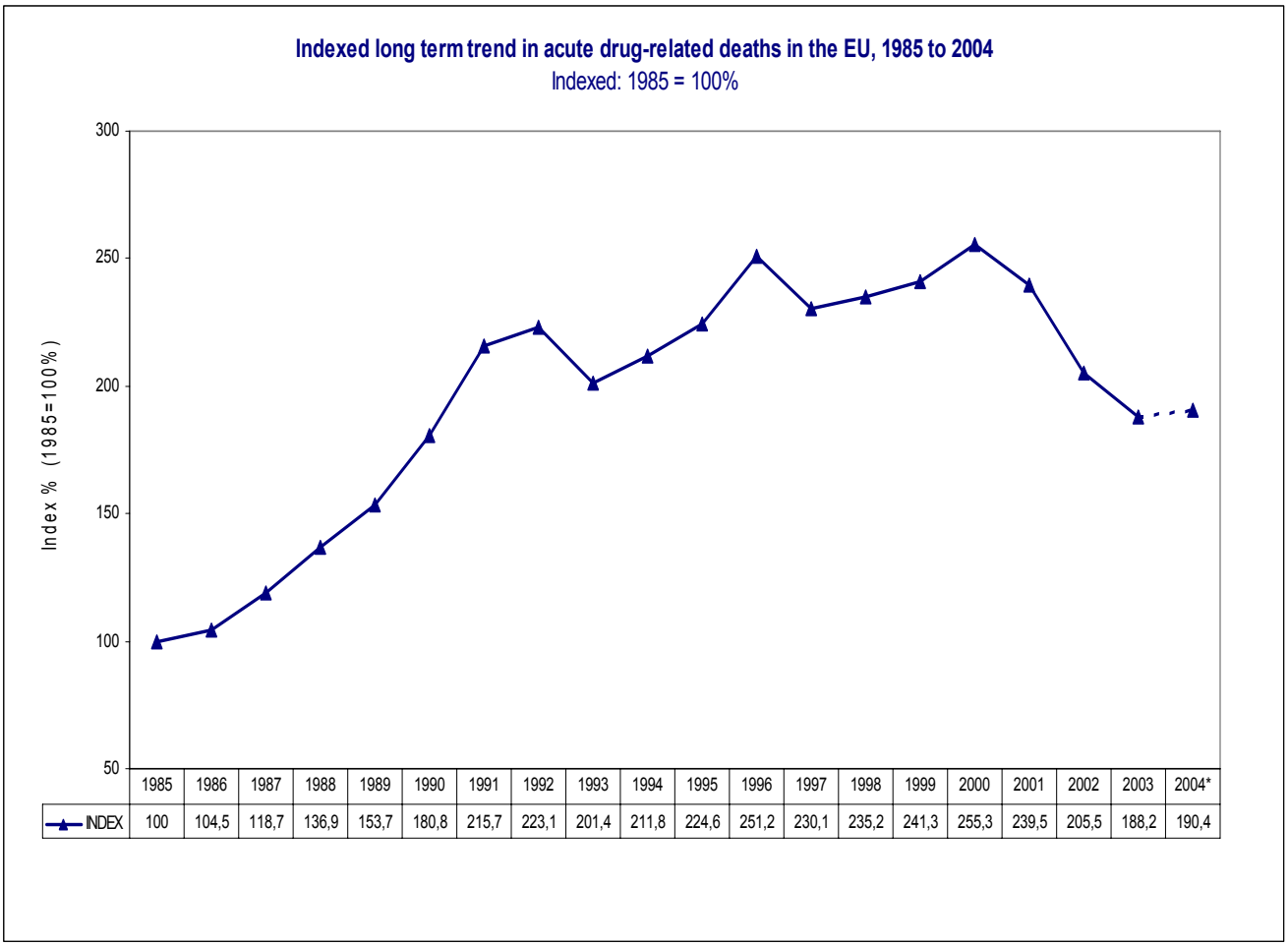
TECHNICAL ANNEXES

5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used

DRD	**Drug-Related Death**
EMCDDA	**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction**
IDU	**Injecting Drug User**
IEC	**Information, Education, Communication**
NFPs	**National Focal Points**
UNAIDS	**Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**
WHO	**World Health Organization**
UNODC	**United Nations Office on Drugs and Crime**

5.2. ANNEX II – Figures

Figure 1



	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*
INDEX	100	104,5	118,7	136,9	153,7	180,8	215,7	223,1	201,4	211,8	224,6	251,2	230,1	235,2	241,3	255,3	239,5	205,5	188,2	190,4

EMCDDA annual report 2006

Notes:

The new Member States and Candidate Countries are not included in this graphic due to the lack of retrospective data in most of them.

Index: 1985=100%.

A few countries did not provide data for some years (see Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2]). To correct this situation, it has been used the computation method defined in the report "European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001). Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths. Project CT.99.RTX.04, Co-ordinated by the Trimbos Institute. Lisbon: EMCDDA.

Ten countries provided information for 2004 and six did not. Therefore, the figure for 2004 is provisional, based in comparing 2003 and 2004 only for those countries with data for both years. The trends for those countries that provided information can be seen in the figures with

trends by country. Number of cases per country per year are presented in Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2].

The EMCDDA estimates the yearly number of acute DRDs (overdoses) in the EU since 1990 to be from 6500 to over 9000.

Recently published estimates show that a substantial proportion of mortality among young adults in some EU urban areas can be attributed to opioid use. In addition, HIV transmission is continuing to be a concern in specific injecting groups across Europe, although most countries report low rates of newly diagnosed HIV infection attributable to drug injecting and estimate the HIV infection rates among injectors to be below 5%. A far more negative picture presents itself for rates of infection with the hepatitis C virus (HCV), which remain almost universally high among drug injectors.

Since 2000, many EU countries have reported decreases in DRD numbers. In 2004, however, there was an increase. While the number of DRDs is still far too high from a longer-term public health perspective, a better availability of drug treatments and increased coverage of harm reduction services in recent years seem to have had an impact.

***Figures from the background document on "*prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence - an inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003".**

The document is available in print (EN) and can be downloaded (EN, FR, DE) at the following web address: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug_en.htm

The Trimbos Institute extracted and analysed relevant data, in particular from the EMCDDA sources (the NFPs coordinated by the EMCDDA confirmed and updated the information provided for the Recommendation point 2), the projects funded under the 'Programme of Community action on the prevention of drug dependence' and the ongoing Public Health Programme, the projects funded under the 4th, 5th and 6th Framework Programmes for Research and Technological Development as well as from some field organisations, the World Health Organization (WHO), the Pompidou Group (PG), and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Finally, a literature review was conducted to identify, assess and summarise scientific evidence on harm reduction interventions and approaches.

Figure 2

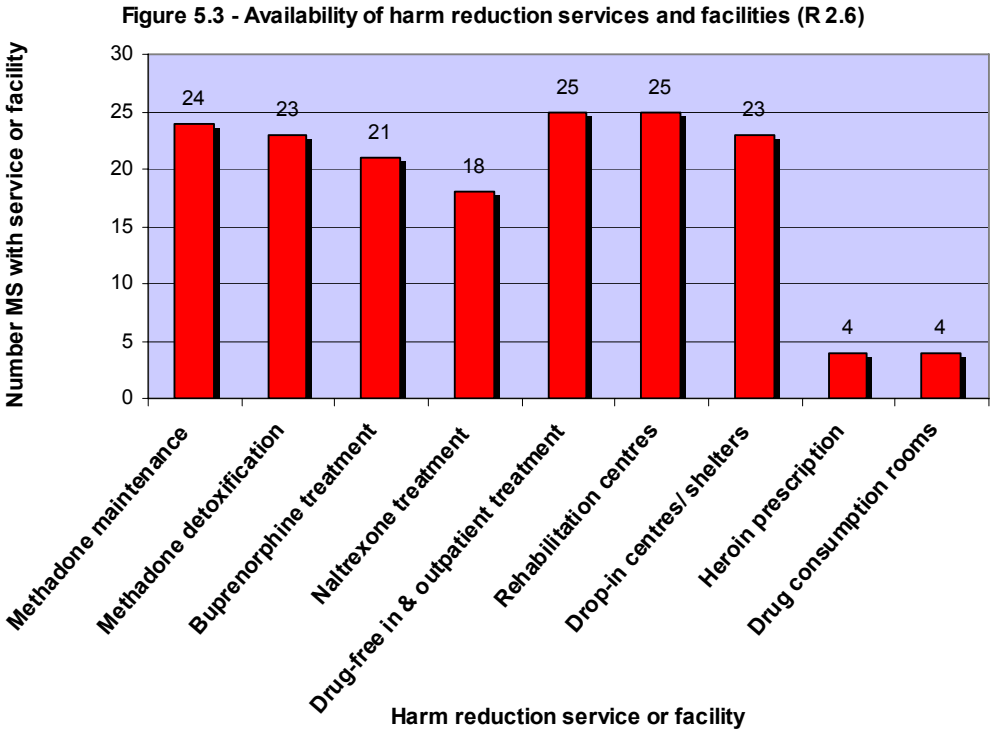


Figure 3

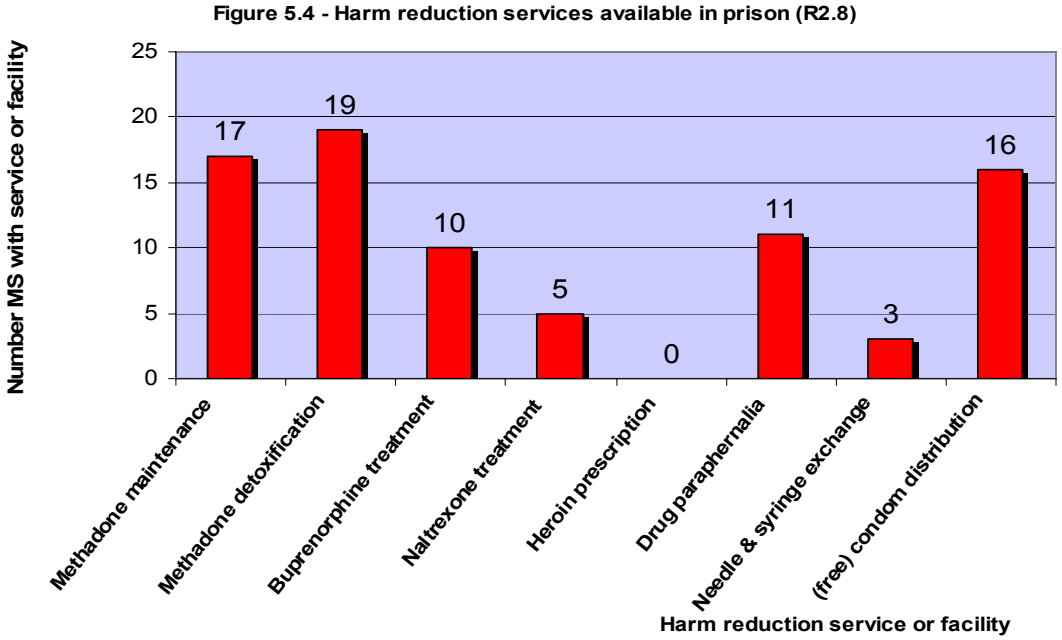


Figure 4

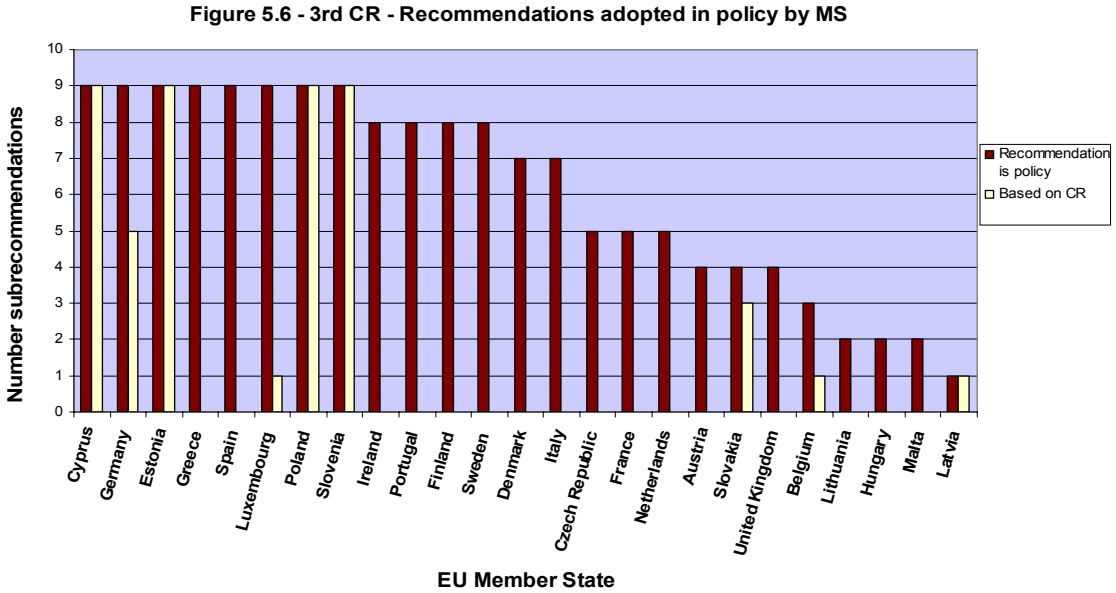


Figure 5

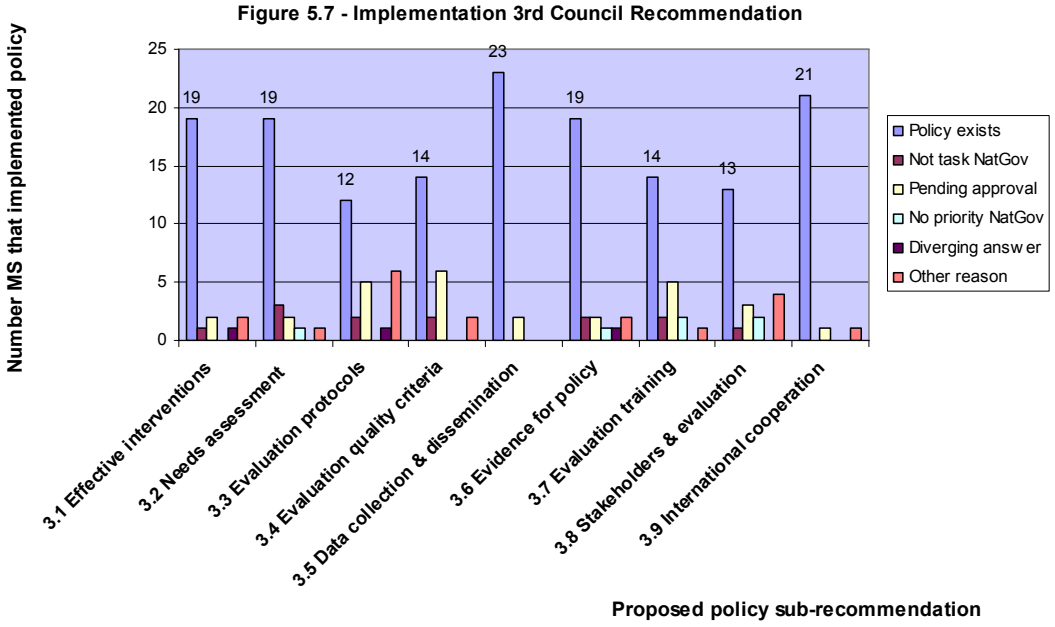


Figure 5.7 - Implementation 3rd Council Recommendation
Number MS that implemented policy
25
20
15
10
5
0
19
19
12
14
23
19
14
13
21
Policy exists
Not task NatGov
Pending approval
No priority NatGov
Diverging answ er
Other reason
3.1 Effective interventions
3.2 Needs assessment
3.3 Evaluation protocols
3.4 Evaluation quality criteria
3.5 Data collection & dissemination
3.6 Evidence for policy
3.7 Evaluation training
3.8 Stakeholders & evaluation
3.9 International cooperation
Proposed policy sub-recommendation