



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



**2014-es ÉVES JELENTÉS (2013-as adatok)
az EMCDDA számára
készítette: Nemzeti Drog Fókuszpont**

**“MAGYARORSZÁG”
Új fejlemények, trendek**

REITOX

A KÖTET SZERZŐI:

CSÁK RÓBERT, Nemzeti Drog Fókuszpont

CSESZTREGI TAMÁS, Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

DUDÁS MÁRIA, Országos Epidemiológiai Központ

HORVÁTH GERGELY CSABA, Nemzeti Drog Fókuszpont

NYÍRÁDY ADRIENN, Nemzeti Drog Fókuszpont

PÉTERFI ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

PAKSI BORBÁLA, Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet

PORT ÁGNES, Nemzeti Drog Fókuszpont

TARJÁN ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

VARGA ORSOLYA, Nemzeti Drog Fókuszpont

LEKTORÁLTA:

BURSZKI MÓNIKA, CSÁKÓ IBOLYA, DOMOKOS TAMÁS, FRECH ÁGNES, PETKE ZSOLT, RÁCZ JÓZSEF, RITTER ILDIKÓ

TARTALOMJEGYZÉK

ÖSSZEFOGLALÁS	5
1. KÁBÍTÓSZER-POLITIKA: JOGALKOTÁS, STRATÉGIA ÉS GAZDASÁGI ELEMZÉS	8
1.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	8
1.2. JOGI KERETEK	8
1.3. NEMZETI AKCIÓTERV, STRATÉGIA, ÉRTÉKELÉS ÉS KOORDINÁCIÓ	13
1.4. KÖZGAZDASÁGI ELEMZÉS	14
2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN	17
2.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	17
2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁLTALÁNOS POPULÁCIÓBAN	17
2.3. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN	22
2.4. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN	22
3. PREVENCIÓ	24
3.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	24
3.2. KÖRNYEZETI PREVENCIÓ	25
3.3. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ	25
3.4. CÉLZOTT PREVENCIÓ KOCKÁZATI CSOPORTOKBAN ÉS SZINTEREKEN	26
3.5. JAVALLOTT PREVENCIÓ	29
3.6. ORSZÁGOS ÉS HELYI MÉDIAKAMPÁNYOK	29
4. MAGAS KOCKÁZATÚ SZERHASZNÁLAT	31
4.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	31
4.2. A MAGAS KOCKÁZATÚ SZERHASZNÁLAT PREVALENCIÁJA ÉS TRENDJEI	31
4.3. MAGAS KOCKÁZATÚ SZERHASZNÁLÓK JELLEMZŐI	31
5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE: KEZELÉSI IGÉNY ÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉG	37
5.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	37
5.2. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS	37
5.3. A KEZELÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉGE	42
6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI	53
6.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	53
6.2. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK	53
6.3. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI	63
6.4. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN	64
7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAINA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE	68
7.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	68
7.2. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE	68
7.3. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE	69
7.4. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KEZELÉSE	75
8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	77
8.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	77
8.2. TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉG	77
8.3. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	82
9. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS, KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE ÉS A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI SZERVEZET	83
9.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	83
9.2. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS	83
9.3. VISSZAÉLÉS KÁBÍTÓSZERREL BŰNCSELEKMÉNYEK	83
9.4. KÖVETKEZMÉNYBŰNÖZÉS – A KÁBÍTÓSZER HATÁSA ALATT TÖRTÉNŐ BŰNELKÖVETÉS	90
9.5. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE	91
9.6. BEAVATKOZÁSOK A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYÉBEN	92

9.7. KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT ÉS PROBLÉMÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT A BÖRTÖNBEN	93
9.8. A KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEIRE ADOTT VÁLASZOK A BÖRTÖNBEN	94
9.9. A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓK REINTEGRÁCIÓJA A SZABADULÁS UTÁN	97
10. KÁBÍTÓSZERPIAC	99
10.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	99
10.2. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT	99
10.3. LEFOGLALÁSOK	100
10.4. HOZZÁFÉRHETŐSÉG	105
FELHASZNÁLT IRODALOM	111
FÜGGELÉK	113
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	113
ÁBRÁK JEGYZÉKE	116
TÉRKÉPEK JEGYZÉKE	118

ÖSSZEFOGLALÁS

Az új pszichoaktív szerek megjelenése nyomán a 2012-ben kidolgozott jogszabályi háttér nyújtott alapot a kockázatok értékelésére és a jogszabályi változások megvalósítására. A koordinációs változások következtében jelenleg is zajlanak a kormányközi és a civil részvétellel tartott tanácskozások, melyek feladatai a közeljövőben elfogadásra kerülő szakpolitikai program részletei mentén valósulhatnak meg.

A felnőtt lakosság körében végzett országos reprezentatív felmérés a korábbi vizsgálatokhoz képest szűkebb spektrummal és megváltozott adatfelvételi körülmények között tudott megvalósulni, ami a mintavételen kívüli hibák fokozódását eredményezte. Ebből következően az adatok értelmezése fokozott körültekintést igényel: A mért életprevalencia értékek alapján a legnépszerűbb szer a kannabisz, második helyen a szintetikus kannabinoidok állnak, amit az ecstasy, az amfetaminok és az új pszichoaktív szerek követnek. A fogyasztók harmada kettő, közel negyede 3 vagy többféle drogot is fogyasztott az elmúlt év során. A társadalmi változók alapján a legnagyobb drogérintettség a fiatal felnőtt férfiak, a nagyvárosban élők, az egyetemi végzettséggel rendelkezők, illetve a szegényebb társadalmi csoportok körében tapasztalható.

A korábbi években meghatározott pályázati prioritások figyelembe vételével továbbra is kiírásra kerültek a terület szakmai fejlesztéseit célzó pályázatok. 2013 során létrejött az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlási rendszere, amelynek célja a magyarországi iskolai egészségfejlesztési programok szakmai színvonalának javítása. A szakmai ajánlás rendszeréért felelős intézményhez 2013-ban beérkezett, kábítószer-prevencióhoz kapcsolódó 80 pályázat közül a szakmai megfelelési kritériumokat kevés számú pályázó teljesítette. Az Országos Egészségfejlesztési Intézet, a Nemzeti Drog Fókuszponttal és a Nemzeti Drogmegelőzési Intézettel együttműködve igyekszik erőfeszítéseket tenni a sikeres pályázatok elősegítése érdekében, képzési programokkal, szakmai felkészítő programokkal és konzultációkkal segítve a pályázókat. 2013-ban 25 szervezet működtetett ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet a rekreációs szinten.

A tűcsere programok kliensei körében gyűjtött országos adatok 2013-ra vonatkozóan továbbra is azt mutatják, hogy az új pszichoaktív szerek intravénás használata nő. Ahogy 2012-ben, úgy 2013-ban is a kristály utcai elnevezésű – feltehetően a pentedron hatóanyagot tartalmazó – új szer volt a leggyakoribb az elsődlegesen egyéb szereket injektálók körében. A szintetikus kannabinoidokkal kapcsolatban megállapításra került, hogy ezen szerek esetében a negatív fizikai és pszichológiai következmények sokkal nagyobb gyakorisággal fordulnak elő és sokkal súlyosabbak, mint a THC esetében.

A kábítószer-használók kezelését, ellátását érintő legfontosabb fejlemények 2013-ban is az új pszichoaktív szerek egyre fokozódó térnyeréséhez köthetők. A kábítószer-probléma miatt kezelést kezdő kliensek között tovább növekedett az egyéb szerek és az egyéb stimulánsok miatt kezelést kezdők aránya, ezzel párhuzamosan folytatódott az opiátokkal (heroinnal) összefüggő kezelési igény csökkenése. Az új szerek használóirol elmondható, hogy a klasszikus szerekhez képest magasabb közöttük a nagyon fiatalok (20 éven aluliak) aránya, illetve, hogy a kezelési igény e szerek használata esetén korábban jelentkezik. Az elsődlegesen egyéb stimulánsokat, vagy egyéb szereket használók körében kiemelkedően magas, 50% fölötti, az intenzív - napi vagy heti többszöri - használók aránya, és gyakoribb körökben az injektálás is, mint a „klasszikus” stimulánsokat használók között.

Az intravénás szerhasználók körében is folytatódott az elsődlegesen használt szerek utóbbi öt évben megfigyelhető átrendeződése. Az elsődlegesen heroint injektálók aránya az előző évhez képest további 10 százalékponttal, 32%-ra csökkent. A korábbi évekhez képest új fejleményként jelentősen visszaesett az amfetamint injektálók aránya is. Az egyéb

stimulánsokat vagy egyéb, nem besorolható szereket injektálók aránya ugyanakkor több mint duplájára emelkedett az előző évhez viszonyítva, így elmondható, hogy a 2013-ban kezelést kezdő intravénás szerhasználók legnagyobb csoportja (42%-a) már nem a klasszikus kábítószeres valamelyikét használta elődegesen.

2013-ban folytatódott az elterelés keretében kezelést kezdő kliensek arányának csökkenése az önként kezelést kezdőkhöz képest. Ennek hátterében egyrészt az állhat, hogy a visszaélések tárgya egyre többször új pszichoaktív szer és nem kábítószer, így nincs szükség – fogyasztói típusú magatartás esetén – a büntetőeljárás kiváltása érdekében elterelésre. A Büntető Törvénykönyv módosítása, melynek értelmében elterelés két éven belül nem ismételhető, szintén hatással lehetett az elterelés keretében kezelést kezdők számának alakulására.

2013 júniusáig a HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokat intravénás szerhasználók számára 9 városban, összesen 16 szervezetnél ajánlották fel rutinszerűen. A 223 intravénás szerhasználó vizsgálata alapján nagy valószínűséggel megállapítható, hogy a populációban a korábbi évekhez hasonlóan nagyon alacsony lehet a HIV, illetve a HBV fertőzöttek száma. A drogambulanciákon kezeltek, illetve a tűcsere szolgáltatásokat igénybevevők körében 2013-ban 31,9%-os HCV prevalencia értéket mértek, a 2012. évi adatokkal (23,1%) összehasonlítva a különbség szignifikáns. Külön figyelmet érdemel az utoljára 4 héten belül injektálók, a 25 évnél fiatalabb nők, és az egyéb szereket injektálók magas HCV prevalencia értéke. Az aktív injektálók több mint harmada (38,8%) vallotta, hogy megosztott tűt/fecskendőt, csaknem fele (47,8%) pedig injektáló segédeszközöket az elmúlt 4 hétben.

A kábítószer-fogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetek száma a korábbi évekhez hasonlóan tovább növekedett. Az opiátokhoz köthető halálesetek száma – a heroin szinte teljes eltűnése óta – továbbra is nagyon alacsony, az emelkedés mögött az új szerek további terjedése állt. Minden második esetben új pszichoaktív szer bomlásterméke is megjelent az elhunytak mintáiban. Szinte minden eset polidrog-használathoz volt köthető, és gyakori volt a benzodiazepinek előfordulása is.

A 2012-ben megfigyelt 35%-os csökkenés után minimális mértékben (3,5%-al) emelkedett a kiosztott tűk száma, ugyanakkor a visszahozott illetve begyűjtött tűk számában 15%-os csökkenést tapasztalhattunk. A becserelési arány 58,3% volt 2013-ban. A tűcsere programokban megjelent kliensek száma meredek emelkedést mutatott, 2013-ban a kliensek száma 38%-al, az új kliensek száma 16%-al növekedett az előző évhez képest. A klienskontaktok száma szintén nagy arányban nőtt a 2012-es évhez képest: 54%-al. Feltehető, hogy a steril fecskendők elérhetőségének csökkenését a klienskör gyakoribb megjelenéssel kompenzálta. Ugyanakkor szakértői vélemények alapján a forgalomnövekedésben szerepet játszhatott az is, hogy a kliensek nagy arányban az új pszichoaktív szereket injektálják, amelyekre a klasszikus szereknél intenzívebb használat jellemző. A forgalomnövekedés a vidéki tűcsere programoknál is megfigyelhető volt.

A TDI adatbázisban szereplő kliensek szociális jellemzőinek tekintetében nem látható érdemi változás az előző évekhez képest. A kábítószer-használat miatt kezelésbe lépők között évről évre fokozatosan növekszik a munkanélküliek aránya, és csökken a rendszeresen foglalkoztatottaké. A szociális intézmények szenvedélybeteg kliensei körében végzett felmérés eredményei szerint a kliensek részéről a nem speciálisan szenvedélybetegeknek nyújtott szociális szolgáltatások közül a szociális szolgáltatásokkal kapcsolatos tájékoztatás iránti igény a legmagasabb.

2013-ban 5545 visszaélés kábítószer bűncselekményben zárult le nyomozás, a bűncselekményekhez köthetően 5141 elkövetőt regisztráltak. Mind a bűncselekmények száma, mind az elkövetők száma enyhén emelkedett az előző évhez viszonyítva. A visszaélés tárgya a bűncselekmények 68%-ában kannabisz, 17%-ában amfetamin volt.

2012-höz képest tovább csökkent a bűncselekményeken belül a kannabisszal és növekedett az amfetaminnal, valamint az egyéb szerekkel elkövetett visszaélések aránya. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények 88%-át a fogyasztói típusú elkövetések tették ki, és az esetek 87%-ában csekély mennyiségű kábítószerrel követtek el visszaélést. A bűncselekmények elkövetésének helyét vizsgálva, az országon belül továbbra is meghatározó szerepet tölt be a közép-magyarországi régió (Budapest és Pest megye), 2013-ban itt követték el a regisztrált bűncselekmények 35%-át.

2013-ra a rendőrségi lefoglalások száma tekintetében az új szintetikus szerek lefoglalásainak aránya meghaladta a „klasszikus” kábítószerek lefoglalásainak arányát. A szintetikus kannabinoidokat tartalmazó növényi anyagok lefoglalásai 2010-től folyamatosan emelkedtek, a lefoglalások száma 2013-ra meghaladta a marihuána lefoglalásokét. A „klasszikus” és új szerek előfordulási arányainak eltolódása a tudatmódosító szerek piacának és fogyasztási szokásainak jelentős átrendeződését, az új, korábban ismeretlen szerek előtérbe kerülését mutatja.

A katinonszármazékokat tartalmazó porokban illetve tablettákban 2013-ban a pentedron volt a leggyakoribb hatóanyag, és az intravénás szerhasználatához köthető tárgyakon is ez a hatóanyag jelent meg legnagyobb arányban. A szintetikus kannabinoidok esetében a szabályozás változásának hatására dinamikusan változik a forgalomba kerülő hatóanyagok köre. A korábbi évekhez viszonyítva emelkedett az MDMA-tartalmú (Ecstasy) tabletták piaci részesedése, jellemzőek a magas hatóanyag-tartalmú tabletták. Az amfetamin, a kokain és a heroin előfordulási gyakorisága a korábbi évekhez képest nem mutat jelentős változást.

A kábítószerek átlagos utcai áraiban nem történt érdemi változás, azonban az új szerek árának kis változásai a piac stabilizálódását, illetve növekedését is jelenthetik, valamint összefüggésben lehetnek a C lista bevezetésével és a szigorodó szabályozással.

1. KÁBÍTÓSZER-POLITIKA: JOGALKOTÁS, STRATÉGIA ÉS GAZDASÁGI ELEMZÉS¹

1.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

2013. július 1-én hatályba lépett az új Büntető Törvénykönyv, amely mind struktúrájában, mind szemléletében változást jelent az előző törvényhez képest.

Az új pszichoaktív szerek megjelenése szükségessé tette a jogszabályi környezet megváltoztatását. A 66/2012. Kormányrendelet és a 2005. évi XCV. törvény további módosításai voltak szükségesek a folyamatosan változó piaci körülményeket követve, hogy a kockázatok felmérése mellett reagálhassanak a problémában érintett szervek (lásd még a 2012-es és 2013-as Éves Jelentést).

A kábítószer-megelőzési és kábítószerügyi koordinációs feladatok 2013. január végéig az Emberi Erőforrások Minisztériuma Szociális, Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkárságának hatáskörébe tartoztak, ahol az Ifjúságügyi Főosztály Nemzeti Drogmegelőzés Koordinációs Osztálya látta el ezeket a tevékenységeket. 2013 februárjától a Sportért és Ifjúságért Felelős Államtitkárságon belül, az ifjúságért és sportkapcsolatokért felelős helyettes államtitkár szakmai irányítása alá került a szervezeti egység.

1.2. JOGI KERETEK

Kábítószer-témában hozott törvények, rendeletek, irányelvek

a) 2012. évi C. törvény (VII.13.) a Büntető Törvénykönyvről

Az Országgyűlés által 2012. június 25-én elfogadott új Büntető Törvénykönyv (a továbbiakban: új Btk.) 2013. július 1-én lépett hatályba.

A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (a továbbiakban: régi Btk.) a visszaélés kábítószerrel alcím alatt négy szakaszban hat típusú elkövetési magatartást szabályozott. Az új Btk. ezen változtatott, és a tényállásokat önálló megnevezéssel szerepelteti.

A kábítószer-kereskedelem (forgalomba hozatal, kereskedés) tekintetében a csekély mennyiség mint privilegizált eset megszűnt, mert a kereskedői típusú magatartások esetében indokolt a szigorúbb fellépés. A kábítószer-kereskedelem elleni hatékonyabb fellépés érdekében az új Btk. a kábítószer birtoklása tényállásába (termeszt, előállít, megszerez, tart, ország területére behoz, onnan kivisz, azon átszállít elkövetési magatartások) [178. § (2) bekezdés c) pont, 179. § (2) bekezdés c) pont] külön kategóriaként bevezette a különösen jelentős mennyiségű (a csekély mennyiség kétszázszorosa) kábítószerre történő elkövetést, mint minősített esetet.

Megszűntek a kábítószerfüggőkre vonatkozó speciális (enyhébb) szabályok, de a bíróságnak lehetősége van arra, hogy a büntetés kiszabása során értékelje a terhelt esetleges szenvedélybetegségét.

Az új Btk. önállóan nevesíti a kábítószer-fogyasztást, amelynek büntetési tétele megegyezik a csekély mennyiség megszerzésére vonatkozó büntetési tétellel [178.§ (6) bekezdés]

¹ A fejezet szerzői: Horváth Gergely Csaba, Varga Orsolya

Továbbra is súlyosabban büntetendő annak a felnőtt korú személynek a cselekménye, aki 18. életévét be nem töltött személynek kínál vagy ad át kábítószerrel, vagy az ilyen korú személy felhasználásával valósít meg más kábítószeres bűncselekményt (177.§, 179.§)

Az elterelés gyakorlatában tapasztalható visszaélések kivédése érdekében az új Btk. kimondja, hogy nem alkalmazható a büntethetőséget megszüntető ok, ha a terhelt a kábítószer birtoklása bűncselekmény elkövetését megelőzően két éven belül elterelésben vett részt, és vele szemben emiatt a vádemelést elhalasztották, vagy a nyomozást, illetve az eljárást felfüggesztették, továbbá akkor sem alkalmazható elterelésre vonatkozó rendelkezés, ha a kábítószer birtoklása bűncselekmény elkövetését megelőző két éven belül az elkövető büntetőjogi felelősségét kábítószer-kereskedelem vagy kábítószer birtoklása miatt megállapították (180.§)

A kábítószer-kereskedelem felderítését segítheti, hogy a fogyasztók büntetésének korlátlan enyhítésére ad lehetőséget a részletes beismerő vallomás. A büntetés enyhítését a tiltott kábítószer-kereskedelem területén a bűncselekmények tényállási elemeire és a büntetésekre vonatkozó minimumszabályok megállapításáról szóló 2004/757/IB kerethatározat is lehetőségként említi, ezért az új Btk. is átvette ezt a szabályt.

Az új Btk. önálló tényállásban szankcionálja a kóros szenvedélykeltést (181.§), amely 2003 előtt nevesítve volt. E tényállás a kábítószer fogyasztására való eredménytelen rábírást is büntetni rendeli.

A régi Btk-ban két helyen voltak megtalálhatóak a kábítószer készítéséhez szükséges anyagokkal kapcsolatos rendelkezések, de nem volt egyértelmű ezek egymáshoz való viszonya (ti. a prekursor is anyag). Az új Btk. ezt tisztázta, és a kábítószer előállításához szükséges anyaggal, berendezéssel, felszereléssel kapcsolatos magatartások (kábitószer előállítása céljából ezek készítése, átadása, forgalomba hozatala, stb.) külön tényállásba kerültek. A kábítószer előállításához szükséges anyaggal visszaélés körében egy igazgatási szabály megsértését szankcionálja az új Btk., amely esetében a büntetési tétel nem lehet magasabb a kábítószer készítésének elősegítésénél előírtaknál (hiszen az már egy célzatos magatartás, kifejezetten a kábítószer készítése miatt tartja magánál a prekuzort az elkövető) (182-183.§).

Az új Btk. bővült az „Új Pszichoaktív anyaggal visszaélés” című szakasszal (184.§, 184/A-D.§), melyben az előző szakaszok struktúráját követve, azonban enyhébb büntetési tételekkel szabályozza a területet. Az új szabályozás minősített esetei lényegében azonosak a kábítószerekre vonatkozóakkal, azonban a jelentős mennyiségre történő elkövetést nem tartalmazza. A privilegizált esetek a csekély mennyiséggel való elkövetésre vonatkoznak, mely mennyiség összes anyag tekintetében 10 gramm. A büntetendő cselekmények között szerepel az új pszichoaktív anyag tartása is, amennyiben a mennyiség meghaladja a csekély mennyiséget.

b) 2012. évi II. törvény (I.6.) a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről

A 2012. évi II. törvény módosításával 2013. július 1-től a Kábítószer-rendészeti szabálysértés tényállása kiegészült az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos szabályozással. Ez alapján, aki az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos engedély-, illetve bejelentésköteles tevékenységek végzésének szabályait, továbbá az ezen anyagokkal kapcsolatos adatszolgáltatási kötelezettségre vonatkozó szabályokat megszegi, szabálysértést követ el. Ezen ügyekben az eljárás a rendőrség hatáskörébe tartozik.

- c) 2005. évi XCV. törvény (VII.15.) az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról

A 2005. évi XCV. törvényben található Kábítószeres és pszichotróp anyagok, valamint kábítószerként és pszichotróp anyagként minősített gyógyszerekre és új pszichoaktív anyagokra vonatkozó külön rendelkezések című szakasz kétszer módosult.

A 2012. évi CCXII. törvény (XII.17.) 2013. január 1-i hatállyal módosította a 15/C (4) bekezdést, mely szerint, ha az 1 éven belüli, az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információcseréről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről szóló 2005. május 10-i 2005/387/IB tanácsi határozat szerinti kockázatértékelés lezárásához a szakértői szerv megállapításai szerint nem áll rendelkezésre elegendő adat, az új pszichoaktív anyag minősítése további 1 évre meghosszabbítható.

A 2013. évi CCXLIV. törvény (XII.17.) 2014. január 1-i hatállyal módosította a 15/C (3) bekezdést. A módosítás alapján, ha a kockázatértékelés nem támasztja alá azt, hogy a vizsgált új pszichoaktív anyag hasonló kockázatot jelenthet, mint az 1. § 4. pontjában meghatározott kábítószeres vagy a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény kihirdetéséről szóló 1979. évi 25. törvényerejű rendelet I-II. jegyzékén, valamint az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló törvény mellékletének jegyzékében szereplő anyagok, akkor törölni kell az új pszichoaktív anyagok jegyzékéről és kormányrendeletben meghatározott más jegyzékekre kell helyezni. Ezen anyagok esetében valamennyi gazdasági tevékenység nyilvántartásba vételi kötelezettség mellett végezhető a jövőben is, de büntetőjogi szankciót nem von maga után a jogosulatlan forgalmazás.

- d) 66/2012. Kormányrendelet (IV.2.) a kábítószeresekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékeire vételéről és jegyzékeinek módosításáról

A 66/2012. Kormányrendelet 2013 júliusában két alkalommal módosult. 2013. július 5-től az Országos Addiktológiai Centrum javaslata alapján a rendelet 1. melléklet C jegyzékének egyedi és generikus listája is változott. Felvételre került három egyedi vegyület és a generikus lista bővült az elmúlt év során az EU-ban újonnan megjelent, új típusú és rokon szerkezetű vegyületekre vonatkozó törzsképletekkel. A változást indokolta, hogy az új törzsképletek lefednek számos új, a C jegyzéken korábban nem szerepeltetett vegyületet. A 2013. július 15-től hatályos módosítás szerint a rendelet C jegyzékére került a para-metil-4-metilaminorex nevű anyag, amely vegyülettel több haláleset is összefüggésbe hozható volt 2013 júniusában.

2014. január 1-től a rendelet egy D jegyzékkel bővült tekintettel arra, hogy a C jegyzék anyagainak kockázatértékelésétől függően a közegészségügyi kockázatot nem jelentő, de szabad forgalomba nem engedhető szerek ide kerüljenek áthelyezésre.

- e) 77/2013. (IX. 10.) Vidékfejlesztési Miniszter rendelete a 128/2009. (X. 6.) Földművelésügyi és Vidékfejlesztési Miniszter rendeletének módosításáról

Az állatgyógyászati termékekről szóló 128/2009. (X. 6.) FVM rendelet módosításának célja többek között az volt, hogy megteremtse az összhangot a kábítószeresekkel és pszichotróp anyagokkal, az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékeire vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelettel a kábítószeres vagy pszichotróp anyagnak minősülő állatgyógyászati készítmények tekintetében, az ezen anyagok átadására és rendelésére vonatkozó előírások kiegészítésével.

- f) 1089/2013. (III.4.) Kormány határozat a Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottságról

A Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság (KKB) (korábban Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság – KKB) a jogszabállyal vagy közjogi szervezetszabályozó eszközzel létrehozott testületek felülvizsgálatáról szóló 1158/2011. (V. 23.) Korm. határozat, illetve az abban foglalt feladatok végrehajtásáról szóló 1452/2011. (XII. 22.) Korm. határozat alapján, 2013 tavaszán átalakításra került és tárcaközi bizottság formájában működik tovább az egyes részterületekért felelős kormányzati, illetve államigazgatási szereplők bevonásával, a 1089/2013. (III. 4.) Korm. határozatban foglaltak keretei között.

- g) 1090/2013 (III.4.) Kormány határozat a Kábítószerügyi Tanácsról

A kábítószer-fogyasztással kapcsolatos problémák kezelése, a célzott, közösségi alapú beavatkozások előmozdítása, illetve a civil szervezetekkel történő együttműködés erősítése érdekében a Kormány a Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság átalakítása mellett Kábítószerügyi Tanácsot hozott létre az 1090/2013. (III. 4.) Korm. határozattal. A döntés eredményeképpen az eddigről lényegesen nagyobb számú civil és szakmai szervezet véleménye csatornázódik be közvetlenül a Kormányhoz. Az új konstrukció lehetőséget ad a különféle szakterületek közötti közvetlen, szervezett, rendszeres párbeszédre, ezáltal a szervezetek tevékenységeinek összehangolására, hatékonyságuk erősítésére.

- h) 80/2013. (X.16.) Országgyűlési határozat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020

Az Országgyűlés által elfogadott Nemzeti Drogellenes Stratégia a 2013-2020 időszakra határozza meg a kábítószer-politika alapelveit, főbb cselekvési irányait valamint átfogó szemléleti és értelmezési kereteit. A Nemzeti Drogellenes Stratégia részleteit lásd a 1.3. fejezetben.

Jogalkalmazás²

Az új Btk. (lásd 1.2. fejezet) 2013. július 1-én lépett hatályba, ezért a 2013-ra vonatkozó adatait a Legfőbb Ügyészség a régi és az új Btk. kétféle struktúrája alapján szolgáltatta.

2013-ban a régi Btk. szerint 2321 személy elítélésére került sor visszaélés kábítószerrel bűncselekmény valamely alakzata miatt, a következő szakaszok szerint³:

- 282. §: 1757 fő
- 282/A. §: 385 fő
- 282/B. §: 64 fő
- 282/C. §: 93 fő
- 283/A. §: 3 fő
- 283/B. §: 19 fő

2013. július elseje után indult büntetőeljárásokban az új Btk szerint 196 személy elítélésére került sor, a következő szakaszok szerint:

- Kábítószer kereskedelem
 - 176. §: 38 fő
 - 177. §: 0 fő
- Kábítószer birtoklása
 - 178. §: 159 fő
 - 179. §: 0 fő
- Kóros szenvedélykeltés: 181. §: 9 fő
- Kábítószer készítésének elősegítése: 182. §: 0 fő
- Kábítószer prekúrral visszaélés: 183. §: 1 fő
- Új pszichoaktív anyaggal visszaélés: 184. §: 9 fő

A 2013. évben jogerősen elítélt 2517 személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- végrehajtandó szabadságvesztés 399 fő
- végrehajtásban felfüggesztett szabadságvesztés 680 fő
- közérdekű munka 488 fő
- pénzbüntetés (beleértve a felfüggesztett pénzbüntetést) 481 fő
- megrovás intézkedés 17 fő
- próbára bocsátás intézkedés 492 fő

² A Legfőbb Ügyészség Vádképviselési Informatikai Rendszer (VIR) adatai alapján.

³ 282.§ fogyasztói magatartások: kábítószer termesz, előállít, megszerez, tart, az országba behoz, onnan kivisz, vagy az ország területén átvisz;

282/A.§ kereskedői magatartások: kábítószer kínál, átad, forgalomba hoz, vagy azzal kereskedik;

282/B.§ 18. életévét be nem töltött személy felhasználásával elkövetett fogyasztói és kereskedői típusú magatartások;

282/C.§ kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói és kereskedői típusú magatartások;

283/A.§ kábítószer prekúrral elkövetett visszaélések;

283/B.§ új pszichoaktív anyaggal elkövetett kereskedői típusú visszaélések.

1.3. NEMZETI AKCIÓTERV, STRATÉGIA, ÉRTÉKELÉS ÉS KOORDINÁCIÓ⁴

Nemzeti stratégia⁵

A drogpolitikai irányelvek meghatározása során a korábbiaktól eltérő szemléletmód megjelenítésének igénye új drogstratégia kialakítását tette szükségessé. Ez részben a kábítószer-probléma kezelésében érintett egyes részterületeken végbement jelentős változásokra (pl. egészségügy, köznevelés), részben a szenvedélybetegségek alakulását kedvezőtlenül befolyásoló mélyreható társadalmi és gazdasági változásokra, valamint az egyes szerhasználati (pl. kannabisz, amfetamin) tendenciákban bekövetkezett jelentős negatív irányú elmozdulásokra, illetve a designer drogok megjelenésére vezethetők vissza. Az új stratégiai dokumentum előkészítése - elismert hazai szakértők bevonásával - 2011-ben vette kezdetét.

A stratégiai dokumentum tervezete az Emberi Erőforrások Minisztériuma belső egyeztetéseit követően, 2013 első negyedévében kerülhetett közigazgatási egyeztetésre. A társadalmi és közigazgatási egyeztetést követően az Országgyűlés 2013. október 7-én fogadta el a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020, Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen alcímmel ellátott 80/2013. (X. 16.) OGY határozatot.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia a 2013 és 2020 közötti időszakra állapít meg célkitűzéseket. A stratégia amellett, hogy elismeri a kábítószer-használattal kapcsolatos egyéni és társadalmi kockázatok és károk kezelésének szükségességét, fő céljának az illegális szerhasználat csökkentését tekinti, célzott, közösségi alapú beavatkozások segítségével. A cél elérését a Nemzeti Drogellenes Stratégia széles körű prevenció-s tevékenységgel, a kábítószerfüggők ellátása és kezelése terén a felépülés-központú szemléletmód és a reintegráció megerősítésével, a kínálatcsökkentés területén bűnmegelőzési és bűnüldözési beavatkozások hatékonyabb alkalmazásával, valamint a terjesztői magatartások elleni szigorú fellépéssel kívánja megvalósítani.

Az akcióterv megvalósítása

A 2014-15. évekre vonatkozó szakpolitikai program a keresletcsökkentés területén az egészségfejlesztés és az általános drogmegelőzés minőségbiztosított, rendszerszintű fejlesztését, a kezelő-ellátórendszer, illetve a reintegráció korszerűsítését, valamint szükségletalapú kapacitásbővítését irányozza elő. A kínálatcsökkentést tekintve a dokumentum legfőbb célja a visszaélésre alkalmas pszichoaktív anyagok Magyarországra történő bejutásának, illetve országon belüli kereskedelmének megakadályozása, és ezzel összefüggésben a bűnmegelőzési szempontok fokozott érvényesítése. Ennek érdekében különösen fontos a világhálón elkövetett kereskedelem, és egyéb bűncselekmények megfékezése, továbbá a felnövekvő generációk védelme minden olyan szintéren, ahol a gyermekek, fiatalok fokozott veszélynek vannak kitéve.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia 2014-2015. évekre vonatkozó szakpolitikai programja elkészült, a tervezet közigazgatási egyeztetésre 2014. évben kerül.

Koordinációs intézkedések

2013 februárjáig az Emberi Erőforrások Minisztériuma Szociális, Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkársága gyakorolta a szakmai irányítást a kábítószerügyi koordinációs feladatokat végző Ifjúságügyi Főosztály Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztálya felett. A minisztérium szervezeti átalakulását követően, 2013 februárjától a Sportért és

⁴ Beszámoló az EMMI - Ifjúságügyi Főosztály kábítószer-probléma kezelése érdekében végzett, 2013. évi tevékenységéről (EMMI 2014b)

⁵ A Nemzeti Drogellenes Stratégia részletes bemutatását lásd a vonatkozó fejezeteknél.

Ifjúságért Felelős Államtitkárságon belül, az ifjúságért és sportkapcsolatokért felelős helyettes államtitkár szakmai irányítása alá került a szervezeti egység.

A Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság (KKTB) átalakítását követően, 2013-ban három alkalommal ülésezett. A májusi, szeptemberi és decemberi ülésen a testület tagjai többek között az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlási rendszeréről, az új pszichoaktív anyagok kockázatértékelésével kapcsolatos tapasztalatokról és nehézségekről, a Nemzeti Bűnmegelőzési Tanács munkájáról és a Nemzeti Drogellenes Stratégia első szakpolitikai programjának tervezetéről tájékozódhattak. Sor került továbbá a metadon kezelés alkalmazásával összefüggő kérdések megvizsgálására valamint a kábítószerügyi Éves Jelentés véleményezésére is. A testület 2014-ben egy alkalommal, februárban ülésezett.

A kábítószer-fogyasztással kapcsolatos problémák kezelése, a célzott, közösségi alapú beavatkozások előmozdítása, illetve a civil szervezetekkel történő együttműködés erősítése érdekében a Kormány a Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság átalakítása mellett Kábítószerügyi Tanácsot hozott létre az 1090/2013. (III. 4.) Korm. határozattal. A Kábítószerügyi Tanács 2013-ban három alkalommal ülésezett, a következő témákra helyezve a hangsúlyt: Nemzeti Drogellenes Stratégia, a kábítószerügyi szakterület 2013. évi pályázatait, tájékoztató a magyarországi kábítószerpiac aktuális helyzetéről, a 2013. július 1-jén hatályba lépett új Btk. szakterületet érintő változásai, az új pszichoaktív anyagok uniós szabályozásáról szóló tervezet ismertetése és az Iskolai Bűnmegelőzési Tanácsadói Hálózat működése.

1.4. KÖZGAZDASÁGI ELEMZÉS

Az Emberi Erőforrások Minisztérium címkézett kiadásai⁶

A kábítószer-fogyasztással összefüggő feladatok ellátására részben az Emberi Erőforrások Minisztériuma által koordinált KAB pályázatok biztosították a fedezetet. A 2013-ban kiírt pályázatok támogatási időszaka a 2014-es naptári évre is átnyúlt.

Össességében a 185.000.000 forintos (622.623 €) keretösszegre 374 pályázat érkezett be mintegy 615.965.422 forintot (2.073.050 €) igényelve. A beérkező pályázatokból 370 volt érvényes, és összesen 197 nyertes pályázat született, melyek teljes megítélt támogatása 182.969.194 forint (615.788 €) volt.⁷

A támogatási rendszer területei a következők voltak 2013-ban:

- A szenvedélybetegek felépülési folyamatainak támogatása tárgykörében 110 érvényes pályázat érkezett, ebből 69 pályázat nyert támogatást, összesen 105.978.194 forint (356.673 €) értékben.
- Kábítószer-prevenációs programok támogatására érkezett 215 érvényes pályázatból 89 pályázat nyert támogatást, összesen 59.761.000 forint (201.127 €) értékben.
- A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok tevékenységének támogatására 45 érvényes pályázatból 39 került támogatásra, mintegy 17.230.000 forint (57.988 €) értékben.

⁶ A fejezetben az összegek a 2013-as hivatalos euró középárfolyam (1€ = 297,13Ft) szerint kerültek kiszámításra.

⁷ KAB döntési listák összegzése és NDI beszámoló alapján.

1. táblázat. A célzottan kábítószerügyi pályázati kiíráshoz kapcsolódó megítélt támogatások összege célterületek szerint 2013-ban

Támogatási célterület	Megítélt összeg (HUF)	Megítélt összeg (EUR)
Szenvedélybetegek felépülési folyamatainak támogatása /KAB-FF-13/		
A pályázat célja a szenvedélybetegek, a drogproblémákkal küzdők felépülési folyamatának támogatása. A terápiás folyamat erősítése, alacsonyküszöbű szolgáltatást végző szervezetek és drogambulanciák, reszocializációs és rehabilitációs programok, valamint helyettesítő kezelések kiegészítő működési támogatása.	105.978.194	356.673
Kábítószer-prevenációs programok támogatására /KAB-ME-12/		
A pályázat célja célzott és javallott prevenációs programok támogatása, illeszkedve a nemzeti és nemzetközi kábítószerügyi stratégiai dokumentumok céljaihoz. A pályázat keretében a helyi közösségi résztvevők együttműködésén alapuló, a családi rendszer megerősítését elősegítő programok támogatására van lehetőség.	59.761.000	201.127
Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működési feltételeinek biztosítására, valamint a drogprobléma kezelését célzó helyi stratégiák megvalósulásának előmozdítására /KAB-KEF-12/		
A pályázat célja a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok egységes szakmai tevékenységének előmozdítása, a már működő városi/budapesti kerületi /kistérségi/megyei/regionális KEF-ek folytatólagos működésének támogatása, a koordinációs feladatok ellátásának elősegítése. Kiemelt cél, hogy a KEF-ek multidiszciplináris teamként, a területén működő intézmények és közösségek bevonásával képesek legyenek a térségben adódó, egyes szolgáltatási területekhez (drogprevenáció/egészségfejlesztés, kezelés/ellátás, kínálatcsökkentés) kapcsolódó szükségletet felmérni, prioritásokkal rendelkező helyi stratégiát és cselekvési tervet előkészíteni, megvalósítani.	17.230.000	57.988
Összesen	182.969.194	615.788

Forrás: EMMI 2014b

2013-ban egyedi támogatás útján 19 darab, a kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos, a terület szempontjából kiemelten fontos feladatok finanszírozására került sor 43.860.000 forint (147.612 €) összegben.

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Ifjúsági Igazgatóságának egységeként működő Nemzeti Drogmegelőzési Iroda számára a fejezeti kezelésű előirányzat terhére 67 millió forint (225.491 €) került átadásra. Ebből 65 millió forint (218.759 €) a „Megelőző-felvilágosító szolgáltatás” finanszírozását biztosította, 2 millió forint (6.731 €) a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2014-2015. évi szakpolitikai programjának kidolgozására, valamint a dr. Buda Béla emlékkonferencia támogatására került felhasználásra (EMMI 2014b).

Következtetések

Az új pszichoaktív szerek megjelenése nyomán a 2012-ben kidolgozott jogszabályi háttér nyújtott alapot a kockázatok értékelésére és a jogszabályi változások megvalósítására. A koordinációs változások következtében jelenleg is zajlanak a kormányközi és a civil részvétellel tartott tanácskozások, melyek feladatai a közeljövőben elfogadásra kerülő szakpolitikai program részletei mentén valósulhatnak meg.

2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN⁸

2.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

2013-ban egy más témájú - a népesség társadalmi közérzetének feltárására irányuló - kutatáshoz⁹ un. omnibusz-szerűen kapcsolódva került sor országos reprezentatív vizsgálatra a felnőtt lakosság körében.

Emellett a honvédség személyi állományában történt szűrővizsgálatok és egy nemzetközi, internetes, önkéntes és anonim felmérés, a Global Drug Survey eredményei kerülnek bemutatásra.

2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁLTALÁNOS POPULÁCIÓBAN

Prevalencia adatok

A 2013 tavaszán készült vizsgálatban¹⁰¹¹ a 19-64 éves korosztályba tartozó válaszolók (N=1959) körében a tiltott drogok¹² mért életprevalencia értéke 8,2% volt. Az éves prevalencia értéke 1,7%. A valaha használók 21,1%-a az elmúlt évben is használt valamilyen tiltott szert (az új belépők aránya 6%, a tényleges folyamatos használóké pedig 15,1% volt). A tiltott drogok mért havi prevalencia értéke 0,8% volt, a valaha használókon belül az aktuális fogyasztók aránya 9,7%.

2. táblázat. A tiltott drogok elterjedtségének főbb mutatói a 19-64 éves népesség körében 2013-ban

Főbb mutatók (N)	%
Életprevalencia (N=1688)	8,2
Éves prevalencia (N=1685)	1,7
Havi prevalencia (N=1682)	0,8
Folyamatos fogyasztási ráta (N=135)	21,1
Folyamatos fogyasztási ráta incidenciánál (N=135)	15,1

⁸ A fejezet szerzője: Nyírády Adrienn, Paksi Borbála

⁹ Az ELTE Pszichológiai Intézet Doktori Iskolája által készített (kutatásvezető: Prof. Dr. Hunyady György; alprojektvezető: Felvinczi Katalin), „KÖZ-ÉRZET 2013” című kutatás.

¹⁰ A kutatás a magyarországi 19-65 éves felnőtt népesség bruttó 2000 fős (pótminta alkalmazásával és kvótás pótlással együtt nettó 1997 fős) régió, településméret és korcsoport szerint rétegzett országos reprezentatív mintáján készült. Az adatfelvétel un. kevert módszerrel (a szocio-demográfiai, és a kutatás alaptémáját jelentő kérdések felvétele face to face, a drogepidemiológiai kérdéseké pedig önkitöltős technikával) történt, 2013. május-júniusban.

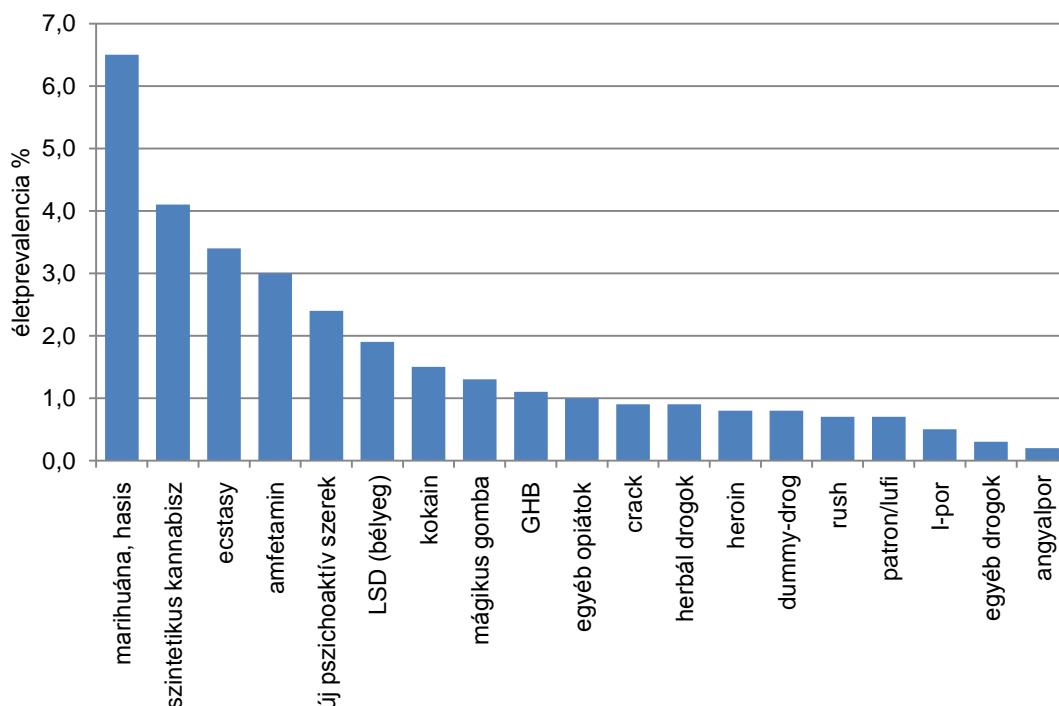
Az a körülmény, hogy a jelen vizsgálat elsődlegesen nem drogepidemiológiai céllal készült, a mintavételen kívüli hibák fokozódását eredményezhette. Egyrészt a jelen kutatás a korábbiaknál kevesebb kérdés mentén tudta vizsgálni a drogproblémát. Másrészt kevésbé volt lehetőség az érzékeny adatok megismerésére irányuló kutatások által igényelt – a korábbi magyarországi célzott drogepidemiológiai vizsgálatok során következetesen alkalmazott – speciális adatfelvételi stratégia érvényesítésére. A kutatás alaptémája is a szokásostól eltérő, nehezen kalkulálható kontextust adhatott a drogkérdéseknek. Az adatok értelmezése tekintetében további nehézséget jelent, hogy az adatfelvétel egybeesett a drogfogyasztás jogi környezetének szigorításával. A mintavételen kívüli hibák fokozott jelenlétére utal a 2007-es vizsgálatához képest a prevalencia kérdésekben a válaszhiányok növekedése (5-6%-ról 12%-ra), valamint a dummy-drog bevallások kedvezőtlen alakulása is (korábban 6 fő, jelen vizsgálatban 14 fő). Mindezekből következően a mért adatok értelmezése fokozott körültekintést igényel (Paksi 2013a).

¹¹ Az adatok feldolgozása részben az OTKA 109375 számú kutatás keretében történt.

¹² A kutatás az alábbi tiltott drogokat vizsgálta: marihuána/hasis, szintetikus kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, heroin, egyéb opiát, LSD, mágikus gomba, crack, GHB, Intravénás drog, herbál drog, rush, angyalpor, l-por, új pszichoaktív szerek, más drog.

A valamilyen tiltott drogot kipróbálók közül a legtöbben (négyötödük) marihuánát vagy hasist fogyasztottak eddig életük során. Az ezt követő leginkább elterjedt szerek a szintetikus kannabisz¹³, az ecstasy, az amfetamin és az új pszichoaktív szerek¹⁴, melyeket minden második-harmadik szerhasználó kipróbált már. Ennél ritkább (minden negyedik-hatodik tiltott szert kipróbáló esetében tapasztalható) az LSD, a kokain, valamint a mágikus gomba előfordulása, 1% felett volt még a GHB kipróbálása. A többi vizsgált tiltott szer mért életprevalencia értéke a dummy-drogra jelzett fogyasztási arány közelében, vagy az alatt helyezkedik el.

1. ábra. Az egyes tiltott drogok életprevalencia értéke a 19-64 éves népesség körében 2013-ban (%)



Forrás: Paksi 2013b

A 19-34 évesek körében – a 19-64 éves korosztályhoz képest – közel kétszeres prevalenciaértékek mutatkoztak: a tiltott szerek életprevalencia értéke 14,7%, az éves prevalencia 3,2%, az adatfelvételt megelőző 30 napban is fogyasztók aránya pedig 1,4% volt. Ebben a korcsoportban szintén a marihuána/hasis bizonyult a leggyakrabban fogyasztott szernek (LTP 12,2%), amit itt is a szintetikus kannabisz (LTP 7,7%), az ecstasy (LTP 6,5%), az amfetamin (LTP 5,1%) és az új pszichoaktív szerek (LTP 3,8%), valamint az LSD (LTP 3,1%) követték.

Polidrog-használat

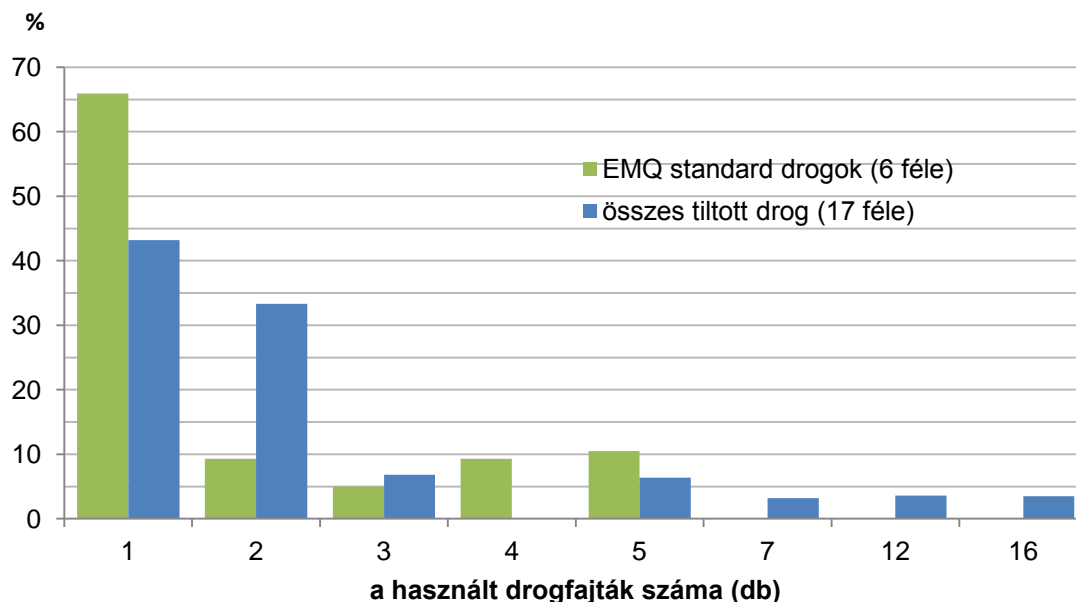
Az elmúlt évben használók valamivel több mint kétötöde a vizsgált 17 féle tiltott drog közül mindössze egyféle szert használt. Egyharmaduk kettő, közel egynegyedük azonban 3 vagy többféle drogot is fogyasztott az elmúlt év során.

¹³ A szintetikus kannabiszra vonatkozó kérdés: Használt Ön valaha marihuánára hasonló szereket? (jellemzően növényi törmelék formájúak, mint például a spice, potpurri, „biofű”, „műfű”, stb.)?

¹⁴ Az új pszichoaktív szerekre vonatkozó kérdés: Használt Ön valaha stimulánsokra (amfetamin, kokain) hasonló szereket? (jellemzően por formájúak, mint például a mepredon, 4-mec, MDPV, pentakristály, stb.)?

A polidrog-használat előfordulását a hatféle EMQ standard drogra (kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, heroin, LSD) számítva az elmúlt évben használók kétharmada (65,9%) a hatból csak egyféle, közel egynegyedük azonban legalább háromféle szert fogyasztott.

2. ábra. A polidrog-használat előfordulása (19-64 éves népesség, az elmúlt évben használók százalékában, 2013-ban)



Forrás: Paksi 2013b

A droghasználat társadalmi mintázódása

A társadalmi elhelyezkedés vizsgált változói (nem, életkor, iskolai végzettség, jövedelem, deprivációs index, település típusa, nagysága) alapján az életkor, a kulturális, ill. gazdasági státus egyes mutatói és a lakóhely mérete mentén bontakozott ki szignifikáns ($p < 0,05$) mintázódás. Az idősebb korcsoportok felé haladva lineárisan csökken a drogfogyasztási tapasztalattal rendelkezők aránya, a legfiatalabb és a legidősebb korcsoportok életprevalencia értéke között mintegy 14-szeres különbség mutatkozott. Hasonlóképpen markánsan megmutatkozik az urbanizációs mintázat: a 150 ezer fős, vagy nagyobb nagyvárosokban élők körében több mint kétszeresen nagyobb életprevalencia értékek jelentek meg, mint a kisebb településeken. Kevésbé egyértelmű, bár szintén szignifikáns a kulturális státus, illetve a gazdasági státus mentén mutatkozó, egymással inverz kapcsolatot jelző mintázódás. A különböző iskolai végzettségű csoportok közül csak a legmagasabb kulturális státusúak, az egyetemi végzettséggel rendelkezők mutattak az átlagosnál jelentősen nagyobb kitétséget. A háztartás jövedelme alapján viszont az alacsonyabb gazdasági státus jelent nagyobb kockázatot, azonban a deprivációs index alapján már ez utóbbi összefüggés nem mutatkozott meg. Ezen túlmenően tendencia jelleggel a férfiak életprevalencia értéke meghaladja a nőkéét.

3. táblázat. A tiltott drogok életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 19-64 éves népességben, 2013-ban (%)

szocio-demográfiai jellemzők		LTP %	sign.
Nem	férfi	9,4	p=0,050
	nő	7,1	
Kor	19-25 év	18,1	p<0,001
	26-35	12,8	
	36-45 év	6,8	
	46-55 év	4,0	
	56-65 év	1,3	
Legmagasabb iskolai végzettség	8 általánosnál kevesebb	0	p=0,017
	8 általános	6,1	
	szakmunkás	8,9	
	érettségi	8,9	
	főiskola	5,0	
	egyetem	15,7	
Település típus	község	6,2	p=0,154
	vidéki város	8,8	
	Budapest	9,7	
Településméret	<150000 lakos	6,5	p<0,001
	≥150000 lakos	13,5	
A háztartás nettó havi jövedelme	<50.000 Ft	27,3	p=0,042
	50.000 – 150.000Ft	13,0	
	150.000-300.000Ft	6,4	
	300.000 Ft <	8,6	
		átlag	
Deprivációs index átlagértéke	fogyasztott tiltott szert	3,6806	p=0,475
	nem fogyasztott tiltott szert	3,5141	

Forrás: Paksi 2013b

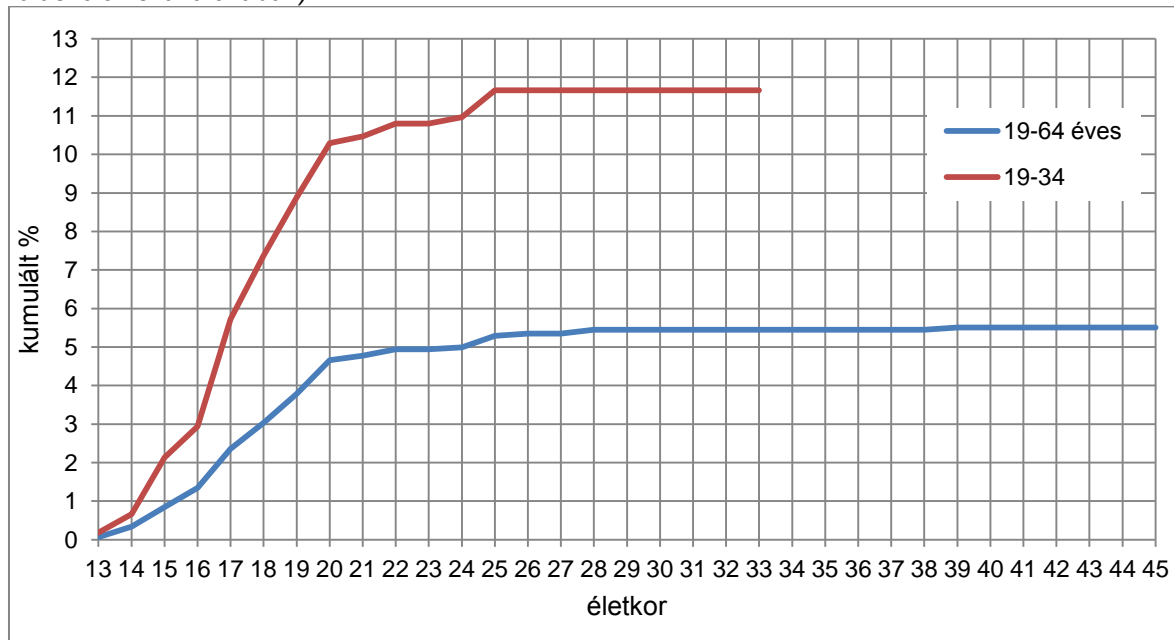
Első droghasználat

A vizsgált felnőtt népesség tiltott droggal való első találkozása leggyakrabban 17 éves korban, átlagosan 18 és fél évesen történt. A valaha használók több mint fele (55%) 18 évesen, vagy ennél fiatalabb életkorban próbálkozott először, minden hatodik-hetedik használó (15,3%) már 15 évesen, illetve minden negyedik használó 16 éves korára túl volt az első használaton.

Az első drogfogyasztás életkora alapján számított kumuláltprevalencia-görbe pedig azt mutatja, hogy a ma 19-64 éves felnőtt népesség körében a tiltott drogot kipróbálók aránya 14 és 20 éves kor között gyakorlatilag egyenletesen emelkedett, azaz minden korévben a népesség újabb fél-egy százaléka került kapcsolatba a drogokkal. Ezt követően a drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázata az egyes korévekben már minimalizálódik, majd 28 éves kor után gyakorlatilag megszűnik. Az egyes korévekben intenzívebb kockázatok mellett a

felőtt népességhez hasonló a kitétségi periódus a mai fiatal felnőttek körében is: 14 és 20 év között intenzív, az egyes korévekben 1-3%-os, majd csökkenő kockázat jellemző, 25 éves kor után pedig már nem tapasztalható első használat.

3. ábra. A tiltott drogfogyasztás kumulált prevalencia-görbéje a 2013-as vizsgálat adatai szerint (a válaszolók százalékában)



Forrás: Paksi 2013b

Trendek

Amennyiben a 2007 és 2013 közötti változásokat vizsgáljuk, azt tapasztaljuk, hogy a mért életprevalencia értékben nem mutatkozik hibahatáron túli elmozdulás, a rövidebb idejű prevalencia értékek, illetve a folyamatos fogyasztási ráta tekintetében pedig kétharmados megbízhatósági szinten azt mondhatjuk, hogy csökkenés történt¹⁵. A fiatal populációkban végzett kutatások során az utóbbi években jelzett intenzív növekedés a felnőtt lakosság körében kapott adatokban nem jelenik meg.

Az elmúlt hat évben – a 19-64 éves felnőtt népesség körében – átlagosan közel 2 évvel csökkent az első droghasználat életkora. Jelentősen (3 évvel) alacsonyabb lett az első használat jellemző életkora is: míg a 2007-ben 19-64 év közötti népesség a leggyakrabban 20 éves korban került kapcsolatba a tiltott szerekkel, addig a mai felnőttek a legnagyobb arányban 17 éves korban fogyasztottak először valamilyen tiltott drogot.

¹⁵ Meg kell jegyeznünk azonban, hogy a korábbi vizsgálatokhoz képest a mintavételen kívüli hibák már jelzett növekedése miatt a tendenciák értelmezése további elemzéseket igényel. Ennek egyik módja, ha a 2013-as és a 2007-es célzott drogepidemiológiai vizsgálat megfelelő korcsoportjaira vonatkozó adatokat kohorsz-vizsgálatként kezeljük. Az elemzés kiindulópontját ebben az esetben az a tény jelenti, hogy ugyanabban a populációban az életprevalencia érték nem csökkenhet. Mivel a 2007-es vizsgálatához képest 6 év telt el, így az akkor 18-59 éves népességet a 2013-as vizsgálat 24-65 éves népessége fedi le. A 18-59 éves korcsoportban 2007-ben 10,3% volt a tiltott droghasználat életprevalencia értéke. Ugyanakkor 2013-ban a 24-65 éves korcsoportban mindössze 6,9%-os értéket mértünk. Ez azt jelenti, hogy a kohorszvizsgálatként kezelhető alpopulációban – azt feltételezve, hogy a most 24 év feletti korosztályban nem történt az elmúlt 6 évben új kipróbálás – a minimálisan várható prevalencia értékhez képest a 2013-as kutatás 33%-os alulbecslést eredményezett. Ha azt is figyelembe vesszük, hogy a 2013-as kutatás adatai szerint a valaha fogyasztók 10%-a az elmúlt 6 évben használt először valamilyen drogot, akkor az alulbecslés mértéke 39% (Paksi 2013a,b).

Az utóbbi hat évben növekedett a polidrog-használat - a hatféle EMQ standard drogra vonatkozóan vizsgálva - előfordulása is. Míg 2007-ben 19-64 éves felnőtt népességben az elmúlt évben valamilyen tiltott szert használóknak csak egynegyede használt egynél többféle drogot, 2013-ra már minden harmadik. Megduplázódott azoknak az aránya, akik a kérdezést megelőző évben több mint háromféle szert is használtak: míg 6 évvel ezelőtt minden tizedik droghasználó fogyasztott legalább négyféle szert, addig ez a vizsgálat idején már minden ötödik használóra jellemző volt.

2.3. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN

Nincs új információ.

2.4. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN

Katonák

A korábbi évekhez hasonlóan a Magyar Honvédség állományában a kábítószer-fogyasztás felderítése alkalmasság-vizsgálat, szolgálatteljesítésre alkalmas állapot ellenőrzése és kábítószer befolyásoltság (hatósági) vizsgálata céljából történt. A SKAVI MH Kábítószer-vizsgáló Laboratóriuma és a csapat-egészségügyi szolgálatok végezték a szűrővizsgálatokat, melyek alapján az állomány körében meghatározható volt a kábítószer-fogyasztás mértéke és a fogyasztott szerek típusa. A 2013. évben összesen 11431 vizsgálat történt, melyből 16 minta bizonyult megerősítő vizsgálattal pozitívnak. Az eredmények szerint 14 fő kannabiszt, 1 fő amfetamint és 1 fő új pszichoaktív szert fogyasztott.

A kimutatott drogérintettségi mutató 2013-ban 0,14%, ami az előző évihez képest (4 pozitív eset, 0,02%) hétszeres emelkedést jelent. A drogérintettségi mutatók emelkedése 1998 óta nem fordult elő. A kábítószer előszűrési vizsgálaton pozitív eredményű (30 minta), de megerősítő vizsgálat során negatív minták (14 db) arányából feltételezhető, hogy olyan új pszichoaktív szer fogyasztása történt, melynek kimutatására a laboratórium még nem alkalmas. (Magyar Honvédség 2014)

Global Drug Survey¹⁶

Magyarország 2013-ban első alkalommal vett részt a Global Drug Survey (GDS 2014) fogyasztási szokásokat, tapasztalatokat vizsgáló nemzetközi felmérésben. Az interneten elérhető, önkéntes, magyar nyelvre fordított, anonim kérdőívet 3239-en töltötték ki, 3174 fő adott értékelhető válaszokat. Háromnegyedük férfi, jellemző életkoruk 20-29 év közötti volt. Túlnyomó többségük azt vallotta, hogy dolgozik vagy tanul, több mint felének felsőfokú végzettsége volt.

A válaszadók 77,6%-a fogyasztott már életében illegális szert, 54,5%-a az elmúlt évben is, 38,7%-a az elmúlt hónapban is.

A valaha fogyasztók körében a leggyakrabban kipróbált tiltott drogok a kannabisz, az ecstasy (MDMA), a mágikus gomba és az amfetamin voltak, 7-8. helyen szerepelt a szintetikus kannabisz, a mefedron és bizonyos herbál drogok. Az új pszichoaktív szerek jelentős részének életprevalencia értéke 1% alatti a teljes mintában a bevallások szerint.

¹⁶ Forrás: <http://www.globaldrugsurvey.com/wp-content/uploads/2014/04/last-12-months-drug-prevalence.pdf>

A kérdéskérdést megelőző évben a válaszadók valamivel több mint harmada fogyasztott kannabiszt. 3%-uk vallotta, hogy főként gyógyászati céllal, a többség kikapcsolódáshoz. A legtöbben dílertől vagy barátoktól jutottak hozzá, 2,7% viszont saját termesztésről számolt be.

A válaszadók körülbelül tizede ecstasyt, amfetamint, kokaint vagy mágikus gombát használt az elmúlt évben. A ecstasyt inkább tabletták formájában fogyasztották, mint porként. Ugyanakkor a többségük szerint a tabletták minősége romlott az utóbbi években, a poré viszont változatlan maradt.

Az új pszichoaktív szereket¹⁷ illetően 5% alatt volt azok aránya, akik az elmúlt évben olyan szert fogyasztottak, amiről nem tudták pontosan, hogy micsoda, vagy eredetileg minek árulták. A válaszadók többsége partin és szórakozóhelyen, több mint negyede viszont otthon fogyasztotta. Kétharmaduk már módosult tudatállapotban tette. 70%-uk vallotta, hogy olyasvalakitől kapta, akiben megbízott. Az új pszichoaktív szereket közel azonos arányban szerzik be interneten, mint más forrásból (díler, barát, bolt).

A válaszadók közel fele vallotta, hogy az elmúlt egy évben aggódott egy barátjáért alkohol- vagy drogfogyasztás miatt. Tanácsért és segítségért többségük a családjához vagy más barátokhoz irányítaná az ismerősét, kevesebb, mint ötödük ajánlana drogambulanciát vagy droginformációs weboldalt.

Következtetések

A felnőtt lakosság körében végzett országos reprezentatív felmérés a korábbi vizsgálatokhoz képest szűkebb spektrummal és megváltozott adatfelvételi körülmények között tudott megvalósulni, ami a mintavételen kívüli hibák fokozódását eredményezte. Ebből következően az adatok értelmezése fokozott körültekintést igényel: A mért életprevalencia értékek alapján a legnépszerűbb szer a kannabisz, második helyen a szintetikus kannabinoidok állnak, amit az ecstasyt, az amfetaminok és az új pszichoaktív szerek követnek. A fogyasztók harmada kettő, közel negyede 3 vagy többféle drogot is fogyasztott az elmúlt év során. A társadalmi változók alapján a legnagyobb drogérzettség a fiatal felnőtt férfiak, a nagyvárosban élők, az egyetemi végzettséggel rendelkezők, illetve a szegényebb társadalmi csoportok körében tapasztalható.

Kedvezőtlen drogérzettségi tendencia mutatkozott meg a honvédség állományában, minden korábbinál magasabb arányban találtak pozitív mintát a szűrővizsgálatok.

A Global Drug Survey adatai azt mutatják, hogy a felmérés egy speciális, a drogfogyasztásban érintett, kvalifikált, fiatal felnőtt populációt talált meg.

¹⁷ Az új pszichoaktív szerekre vonatkozó kérdés: Az elmúlt 12 hónapban szippantottál vagy vettél be olyan port, amiről nem tudtad pontosan, hogy micsoda, vagy eredetileg minek árulták?

3. PREVENCIÓ¹⁸

3.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

Az év során a prevencióval kapcsolatos tevékenységek finanszírozási háttérét és szakmai prioritásait részben a 2012-ben meghirdetett pályázatok megvalósítása, részben pedig a 2013-ban az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) által meghirdetett kábítószerügyi pályázatok teremtették meg.

Az iskolai prevenció programok megvalósításának jogszabályi keretét a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012 (VIII. 31.) EMMI rendelet adja. A rendelet alapján a teljes körű egészségfejlesztés célja, hogy a nevelési-oktatási intézményben eltöltött időben minden gyermek részesüljön a teljes testi-lelki jóllétét, egészségét, egészségi állapotát hatékonyan fejlesztő, a nevelési-oktatási intézmény mindennapjaiban rendszerszerűen működő egészségfejlesztő tevékenységben. A rendelet 128. § (3) bekezdése a meghatározott feladatok között nevesíti a viselkedési függőségek, a szenvedélybetegségekhez vezető szerek fogyasztásának megelőzését, azaz a kábítószer-prevenció tevékenysége az iskolai egészségfejlesztés integrált részeként kerülhetnek megvalósításra (részleteket lásd 2013-as Éves Jelentés 3.1. fejezet). Az EMMI rendelet testi, lelki, mentális egészség fejlesztésére, a magatartási függőség, a szenvedélybetegség kialakulásához vezető szerek fogyasztásának megelőzésére vonatkozó rendelkezései 2013. szeptember 1-jével léptek hatályba (EMMI, 2014).

Az iskolai droprevenció programok minőségbiztosítása felé tett lépésként a tavalyi év során bevezetésre került egy, az iskolákban megvalósított droprevenció programokat az iskolai egészségfejlesztés átfogó rendszerén belül szabályozó szakmai ellenőrző eljárás. Az eljárást az előzőekben említett EMMI rendelet 128 § (7) szabályozza, amely alapján az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) kiemelt feladatává vált az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlásához kapcsolódó feladatok elvégzése, a folyamat szakmai és adminisztratív lebonyolítása. Az OEFI 2013. február 1-től indította el az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlásának rendszerét (OEFI, 2014)¹⁹.

2013-ban lépett hatályba a Nemzeti Drogellenes Stratégia (részleteket lásd: 1.3. fejezet), amely meghatároz prioritásokat a prevenció területén is. A Stratégia kábítószer-megelőzéssel foglalkozó V.2. fejezete szerint „a kábítószer-problémával kapcsolatos megelőzési tevékenységnek valamennyi szintjén és célcsoportban az egészségfejlesztés tágabb összefüggésében kell megfogalmazódnia” valamint fontos, hogy „a kábítószer-megelőzés szűkebb értelmezése helyett a programok középpontjába az egészségfejlesztés, az átfogó testi, lelki, szellemi, társadalmi jólét” kerüljön. Leírják azt is, hogy jelenleg a prevenció programok minőségbiztosítása nem megoldott, így „olyan minőségbiztosítási rendszer kialakítására van szükség, amely a bemeneti (akkreditáció), a nyomon követési (monitoring) és a kimeneti (hatásvizsgálatok, jó gyakorlatok) követelményeket egyaránt felöleli és összehangolja”.

A Stratégia a prevencióval kapcsolatban 10 szintjén határoz meg feladatokat: helyi közösségek, család, köznevelési és gyermekvédelmi intézményrendszer, felsőoktatás, kortárs csoportok, média, munkahely, büntetés-végrehajtási intézetek és a „büntetés helyett kezelés” intézménye (indikált prevenció). A stratégiában megfogalmazott prioritások a kábítószer-megelőzéssel kapcsolatban a következők:

¹⁸ A fejezet szerzője: Csák Róbert

¹⁹ További információ: www.oefi.hu/iskolaiprajanlas/iskolaiprogramokajanlasi.html

- Szermentes életformát népszerűsítő programok számának növelése;
- A teljes körű iskolai egészségfejlesztési programok 2020-ra ériék el a tanulók 50%-át;
- A családi megközelítést alkalmazó programok ériék el évente egyszer a gyermeket nevelő családok 20%-át;
- A kábítószereket kipróbáló és alkalmoszerűen használó serdülők aránya az adott korosztályon belül csökkenjen 10%-kal;
- A megelőző, felvilágosító programok minőségbiztosítási rendszerének kialakítása és bevezetése;
- Csak szakmai ajánlással rendelkező és minőségbiztosítási rendszert tartalmazó egészségfejlesztési programok valósulhassanak meg Magyarországon, beleértve ebbe a köznevelési intézmények tevékenységét is;
- A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) helyi szerepvállalása és koordinációs tevékenysége erősödjön;
- Az elfogadásra kerülő, a lelki egészség fejlesztését, az alkoholprobléma és más viselkedési függőségek kezelését célzó nemzeti stratégiákat és programokat hangolják össze a drogellenes stratégiával.

A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet működtető szervezetek forgalmi adatait 2013-ban is strukturált kérdőív mentén a Nemzeti Drog Fókuszpont gyűjtötte össze.

3.2. KÖRNYEZETI PREVENCIÓN

Nincs új információ.

3.3. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓN

2013-ban került meghirdetésre a KAB-ME-13-A/B „Kábítószer-prevenációs programok támogatására” elnevezésű pályázat, amelynek teljes keretösszege 65.000.000 forint volt. A pályázat keretében – illeszkedve a nemzeti és nemzetközi kábítószerügyi stratégiai dokumentumok céljaihoz – a helyi közösségi résztvevők együttműködésén alapuló, a drogfogyasztással szemben alternatívát nyújtó, valamint a családi rendszer megerősítését elősegítő programok támogatására volt lehetőség. A pályázatban két kategória volt, az "A" kategória keretében a családi rendszer megerősítését, a szülői készségek fejlesztését szolgáló univerzális, célzott, javallott programok pályázhattak. A "B" kategóriában pedig olyan helyi, közösségi erőforrásokra támaszkodó programok, kezdeményezések voltak támogathatóak, amelyek vonzó alternatívát jelenthetnek a szerhasználattal szemben a szabadidő eltöltésére, akár a gyermekvédelmi intézményrendszer, a büntető-igazságszolgáltatás intézményei, az internet illetve más médiumok vagy munkahely színterein.

Összesen 217 (215 érvényes) pályázat érkezett be, 338.092.706 forintot igényelve. Ezek közül az Értékelő Bizottság 89 pályázatnak ítelt támogatást, amelyek teljes támogatása 59.761.000 forint volt.

A rendőrség által megvalósított, részben drogprevenációs célú programok ismertetése a 9.4. fejezetben található.

3.4. CÉLZOTT PREVENCIÓ KOCKÁZATI CSOPORTOKBAN ÉS SZÍNTEREKEN

A Magyar Honvédség drogprevenációs tevékenysége

A 2013. évben a Magyar Honvédség szervezeti keretein belül végzett drogprevenációs tevékenység fő irányait a 106/2009. (XII. 21.) OGY határozattal elfogadott „Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelése érdekében” című, majd a jelenleg hatályos 80/2013 (X. 16.) OGY határozattal elfogadott Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 és a MH Drogprevenációs Stratégiája határozták meg. Ezek alapján 2013 folyamán a MH a következő tevékenységeket valósította meg (Magyar Honvédség, 2014):

- Kognitív ismeretátadás, tájékoztató kiadványok, vizuális szemléltetés keretében törzstanuló napon illetve továbbképzés keretein belül 10 alkalommal összesen 841 fő részvételével zajlottak tájékoztató előadások a drogprevenációt érintően. A közösségi, színtér programok alkalmával felkérés alapján 9 alkalommal vettek részt rendezvényeken, ahol összesen 3600 főt értek el.
- A MH Egészségmegőrző Program keretében - melynek célja a személyi állomány egészségtudatos magatartásának kialakítása, fejlesztése - kiemelt témakörként ismertették a legális és illegális szerfogyasztás kockázatait, valamint foglalkoztak a viselkedési addikciók kialakulásának megelőzésével is. 2013-ban 17 alakulatnál 585 fő vett részt ilyen programon.
- A misszióra tervezett állomány felkészítésében 2008 óta szerepel a szenvedélybetegségek megelőzése témakör, tekintettel a külföldi szolgálatteljesítés speciális körülményeire, a stressz és a frusztrációs tényezők fokozott jelenlétére. 2013-ban 5 alkalommal, 92 fő részvételével tartottak drogprevenációs felkészítést.
- Képzések: a katonai szervezeteknél drogprevenációs feladatokat ellátók (egészségügyi szakszemélyzet és a csapatpszichológusi állomány) részére 2013-as évben két alkalommal került sor továbbképzésre 18 fő részvételével.

Rekreációs színtér

2012-ben új, három éves támogatási ciklus (2012-2014) kezdődött meg a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátást – többek között party service szolgáltatást – működtető szolgáltatók számára.²⁰ A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal adatbázisa alapján a megkeresett 24 szervezet közül 22 szolgáltatott adatot 2013. évi forgalmukra és tevékenységeikre vonatkozóan. Egy további szervezet adatai kerültek feldolgozásra, amely a tavalyi évben kezdte meg működését és az állami támogatástól függetlenül, saját forrásokból, önkéntes munkában végzi tevékenységét.²¹ Az önkéntesek alkalmazása ezen szolgáltatás-típusnál egyébként is jellemző, az adatot szolgáltató szervezeteknél összesen 62 fizetett alkalmazott és 148 önkéntes munkában dolgozó végzett alacsonyküszöbű ártalomcsökkentő munkát 2013 folyamán.

²⁰ Részletesebb információ a 2013-as jelentés 5.2. fejezetében található. A befogadott, illetve elutasított pályázatok listája és a támogatási összeg itt érhető el: <http://nrszh.kormany.hu/foigazgatoi-dontes-palyazatrol-2> és <http://nrszh.kormany.hu/foigazgatoi-dontes-palyazatrol>

²¹ Az adatgyűjtést a Nemzeti Drog Fókuszpont végzi a szervezetek körében, egy standard kérdőív alapján minden évben.

Így tehát 2013-ban összesen 23 alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtó szervezet vett részt az adatgyűjtésben, amelyből 11 városi, 6 kistérségi, 1 megyei, 2 regionális és 3 országos hatókörrel működtetett ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet a rekreációs szinten (Csák 2014a).

1. térkép. A rekreációs szinten ártalomcsökkentő tevékenységet nyújtó szervezetek (N=25) 2013-as országos megoszlása hatókör szerint



Forrás: Csák 2014a

2013-ban a 23 szervezet összesen 572 eseményen vett részt, ahol 28.485 fiatalal került kapcsolatba, az egy eseményre jutó átlagos kontaktszám 50 volt (ugyanaz az arány 2012-ben 55, 2011-ben 37 kontakt volt). A szolgáltatók adatai szerint összesen több, mint 4500 liter ásványvíz, 18.212 darab óvszer, 27.907 darab szórólap, 1773 csomag szőlőcukor, 2743 doboz pezsgőtabletta és 4482 darab vitamin valamint keksz és gyümölcs került kiosztásra. Két szervezet (egy budapesti és egy pécsi) jelezte, hogy tartott képzést a velük együttműködő szórakozóhelyek üzemeltetőinek, személyzetének. A képzéseken összesen 71 fő vett részt. A budapesti szervezet egyszer öt órás képzést tartott az új pszichoaktív szerekéről, a lelki segítségnyújtásról és általános elsősegélynyújtással kapcsolatban. A pécsi szervezet négy alkalommal tartott képzést a szervezettel együttműködésben kialakított helyi "Tudatos-Biztonságos Szórakozóhely" programmal kapcsolatban.

2013. év elején Pécsen elindult a „Party Busz - Érj haza biztonságosan“ kampány, amelyek az INDIT Közalapítvány és Drogprevenációs Munkacsoport, Pécs Megyei Jogú Város Önkormányzata, a TÜKE Busz Zrt. a Pécs és Térsége Közösségi Közlekedéséért Egyesület és négy pécsi szórakozóhely együttműködésében jött létre. A kezdeményezés célja az volt, hogy egységes szemlélet mentén összefogja az érintett szervezetek és szolgáltatók munkáját, hogy biztonságosabbá tegyék Pécs éjszakai életét. A kampányhoz kapcsolódva elsőként kialakították a szórakozóhelyeket, kollégiumokat érintő Party-Busz szolgáltatást, majd az INDIT Bulisegély Szolgálat munkatársai által gyűjtött visszajelzések alapján további fejlesztésekbe fogtak. A résztvevő partnerekkel együtt új éjszakai menetrendet dolgoztak ki, amelyet Pécs Megyei Jogú Város közgyűlése elfogadott, és így 2013. június 17-től az így kialakított, az egész várost érintő komplex éjszakai menetrend jött létre, amely a főbb útvonalakon nappali járatsűrűséget biztosít, és érinti a pécsi kistérség településeit is.

Minőségbiztosítás

A 3.1. fejezetben említett 20/2012 (VIII. 31.) EMMI rendelet kimondja: "a nevelési-oktatási intézmény saját pedagógus-munkakörben foglalkoztatott alkalmazottján kívül csak olyan, a nevelési-oktatási intézménnyel jogviszonyban nem álló szakember vagy szervezet programjait, alkalmazásában álló munkatársát vonhatja be tanórai vagy gyermek, tanuló részére szervezett egyéb foglalkozás vagy egyéb egészségfejlesztési és prevenciók tevékenység megszervezésébe, aki, vagy amely rendelkezik minőségbiztosított egészségfejlesztési, prevenciók programmal és az egészségpolitikáért felelős miniszter által kijelölt intézmény szakmai ajánlásával."

Az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlási rendszere létrehozásának célja a magyarországi iskolai egészségfejlesztési programok szakmai színvonalának, hatékonyságának és megbízhatóságának emelése, közvetve pedig a magyar fiatalok egészségi állapotának javítása. Az ajánlási rendszer lényege, hogy minden iskolai keretek között megvalósuló egészségfejlesztési programnak meg kell felelnie egy előre megadott szakmai követelményrendszernek. A kapcsolódó tanúsítványt pályázati rendszerben, jogszabályi felhatalmazás alapján, átlátható eljárásrend²² szerint lehet megszerezni. A pályázó programoknak az alábbi szakmai és adminisztratív feltételeknek kell megfelelniük:

- a program az egészségfejlesztés korszerű elvein alapul;
- a program tényeken alapuló, egészségfejlesztési szempontból lényeges célokat tűz ki, amelyekre bizonyítékokon (tapasztalatokon) alapuló módszertannal válaszol;
- a megvalósítási terv átfogó, kiterjed a lényegi elemekre;
- monitorozási és értékelési rendszer szakszerű módszertanon alapul és biztosítja a visszacsatolás lehetőségét.

Minden programot két, egymástól független értékelő értékeli, akik különböző országos intézményekhez tartoznak, ezzel is biztosítva az értékelési folyamat objektivitását. Az értékelésben egyebek mellett részt vesz a Nemzeti Drog Fókuszpont is.

Annak érdekében, hogy a programot használó köznevelési intézmények monitorozni tudják a náluk megvalósított beavatkozásokat, az OEFI honlapján elérhetővé teszik az ajánlást megszerzett programok rövid leírását, a megvalósításhoz szükséges emberi erőforrásokra vonatkozó információkat, a program indikátorait valamint minden szakmai anyagot, amely a tanulók elé kerül.

A 2013-as év során 135 iskolai egészségfejlesztési programajánlás iránti kérelem érkezett az OEFI-be, ebből 81 volt szerhasználathoz kapcsolódó prevenciók program. A szakmai ajánlás rendszeréért felelős intézményhez 2013-ban beérkezett, kábítószer-prevenciókhoz kapcsolódó pályázatok közül a szakmai megfelelési kritériumokat kevés számú pályázó teljesítette. Az Országos Egészségfejlesztési Intézet, a Nemzeti Drog Fókuszponttal és a Nemzeti Drogmegelőzési Intézettel együttműködve igyekszik erőfeszítéseket tenni a sikeres pályázatok elősegítése érdekében, képzési programokkal, szakmai felkészítő programokkal és konzultációkkal segítve a pályázókat. A nagy számú elutasítással kapcsolatban árnyalja a képet, hogy a szerhasználathoz kapcsolódó témákban elutasított 69 pályázatból 43 pályázatot egy szervezet adott be (OEFI 2014) közel ugyanazzal a tartalommal – amely nem felelt meg a követelményeknek, így mind a 43 esetben el kellett utasítani a pályázatot. Az OEFI munkatársainak eddigi tapasztalatai alapján pályázó szervezetek számára a célok pontos megfogalmazása, a célokhoz kapcsolódó indikátorok meghatározása illetve a

²² „Eljárásrend az iskolai egészségfejlesztési, prevenciók programok ajánlásához” lásd: http://www.oefi.hu/iskolajrajanlas/eljarasrend_vegleges.pdf

monitorozás és értékelés cél- és eszközrendszerének szétválasztása jelentette a legnagyobb problémát.

4. táblázat. Az OEFI-hez az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlásáért benyújtott és támogatott pályázatok száma és téma szerinti megoszlása

Téma	Pályázat (db)	Támogatott pályázatok
bűnmegelőzés	1	
lelki egészség	4	
csecsemőgondozás	5	5
biztonságos szerelem	6	
balesetmegelőzés	6	3
tisztaság	7	4
kortárssegítés	6	1
iskolai erőszak megelőzés	8	
táplálkozás	8	
szenvedélybetegség megelőzés	9	
komplex	10	2
drogmegelőzés	66	2
Összesen	136	17

Forrás: OEFI, 2014

5. táblázat. Az OEFI-hez az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlásáért benyújtott, droghasználathoz kapcsolódó pályázatok eredmény szerinti megoszlása

	Beérkezett kérelmek száma	Támogatást kapott	Formai okok miatt elutasított	Nem kapott támogatást
drogmegelőzés	66	2	7	57
szenvedélybetegség megelőzés	9	0	1	8
kortárssegítés	6	1	1	4
Összesen	81	3	9	69

Forrás: OEFI, 2014

3.5. JAVALLOTT PREVENCIÓ

A kábítószerrel való visszaélés esetén a büntetőeljárás alternatívájaként felkínált kezelő- illetve megelőző szolgáltatásokban résztvevőkről az 5.2.2. fejezetben található részletesebb leírás.

3.6. ORSZÁGOS ÉS HELYI MÉDIAKAMPÁNYOK

2013-ban második alkalommal is megrendezésre került a fiatalok számára meghirdetett Országos drogprevenációs kisfilmkészítő verseny (az első kisfilm-készítő versenyt a tavalyi évben a Designer Drog Kampányhoz kapcsolódva tartották meg, erről bővebben lásd a 2012-es Éves Jelentés 3.6. fejezetét). A versenyt az előző évhez hasonlóan az EMMI megbízásából a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda (NDI) az Éltrevaló Egyesülettel közösen rendezte meg. A beérkezett pályamunkák az EMMI-vel és külső szakértők bevonásával

kerültek elbírálásra, majd a – szintén az NCSSZI-NDI által június 21-én megrendezett –, a Kábítószer-ellenes Világnaphoz kapcsolódó központi rendezvény keretében került sor az eredményhirdetésre és díjátadásra. 2013 őszén az Életrevaló Egyesület 8 helyre juttatta el a filmeket, ahol iskolákban, művelődési központokban a fiatalok a filmvetítés után szakértők által moderált beszélgetésen vehettek részt.²³

Az NDI gondozásában, az EMMI felkérésére és támogatásával jelent meg a szülőknek szóló könyv és a kapcsolódó honlap²⁴ „Érdemes beszélni róla... Szülőknek a kábítószer-problémákról” címmel. A kiadvány 1000 nyomtatott példányban, és ingyenesen letölthető elektronikus formátumban készült el, valamint kiegészítésként kapcsolódik hozzá egy hasonló formátumokban elérhető szórólap is, amely a segítő helyek listáját tartalmazza. A kiadványt nyomtatott formában az NDI eljuttatta az érintett szakmai szervezetek és döntéshozók számára. A honlapon található e-mail postafiókon keresztül közvetlenül is segítséget, tanácsot kérhetnek az erre igényt tartók.

Következtetések

A korábbi években meghatározott pályázati prioritások figyelembevételével továbbra is kiírásra kerültek a terület szakmai fejlesztéseit célzó pályázatok. 2013 során létrejött az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlási rendszere, amelynek célja a magyarországi iskolai egészségfejlesztési programok szakmai színvonalának javítása. A szakmai ajánlás rendszeréért felelős intézményhez 2013-ban beérkezett, kábítószer-prevencióhoz kapcsolódó pályázatok közül a szakmai megfelelőségi kritériumokat kevés számú pályázó teljesítette. Az Országos Egészségfejlesztési Intézet, a Nemzeti Drog fókuszponttal és a Nemzeti Drogmegelőzési Intézettel együttműködve igyekszik erőfeszítéseket tenni a sikeres pályázatok elősegítése érdekében, képzési programokkal, szakmai felkészítő programokkal és konzultációkkal segítve a pályázókat. Az értékelést végzők eddigi tapasztalatai alapján pályázó szervezetek számára a célok pontos megfogalmazása, a célokhoz kapcsolódó indikátorok meghatározása illetve a monitorozás és értékelés cél- és eszközrendszerének szétválasztása jelentette a legnagyobb problémát. 2013-ban 25 szervezet működtetett ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet a rekreációs szintén.

²³ A pályázatról bővebb információ található az Életrevaló Egyesület honlapján, ahol a nyertes filmek is megtekinthetők: <http://eletrevaloegyesulet.gportal.hu/>

²⁴ <http://www.drogrolszuloknak.hu>

4. MAGAS KOCKÁZATÚ SZERHASZNÁLAT²⁵

4.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A túcserre programot megvalósító szervezetek – forgalmi adataik (lásd: 7.3. fejezet) mellett – az erre létrehozott online felületen keresztül beszámoltak a szolgáltatást igénybe vevő intravénás szerhasználók klienseik nem, elsődlegesen injektált szer és korcsoport szerinti megoszlásáról²⁶ (Csák 2014b), így az intravénás szerhasználók jellemzői többek között ezen adatok alapján kerülnek bemutatásra.

A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokon 2013-ban 223 fő intravénás szerhasználó vett részt. A szűrésen részt vett aktív, elmúlt 4 hétben is injektált, szerhasználók elsődleges szer és az injektálás kezdete szerint kerülnek bemutatásra (Dudás et al. 2014; módszertant, szocio-demográfiai és további szerhasználati jellemzőket, szerológiai eredményeket és a kockázati magatartásokra vonatkozó elemzést lásd: 6.1. és 6.2. fejezet).

Az új pszichoaktív szereket használók pszichiátriai kezelési igényéről Szilii és Bitter (2013) magyarországi kutatásokat és adatokat összefoglaló cikke, illetve Rácz és Bodrogi (2014) vizsgálata alapján számolunk be, és bemutatjuk Andrassy (2013) cikke alapján, hogy a szintetikus kannabinoidok használata milyen pszichiátriai problémákat eredményezhet.

4.2. A MAGAS KOCKÁZATÚ SZERHASZNÁLAT PREVALENCIÁJA ÉS TRENDJEI

Nincs új információ.

4.3. MAGAS KOCKÁZATÚ SZERHASZNÁLÓK JELLEMZŐI

Országos túcserre kliens adatok

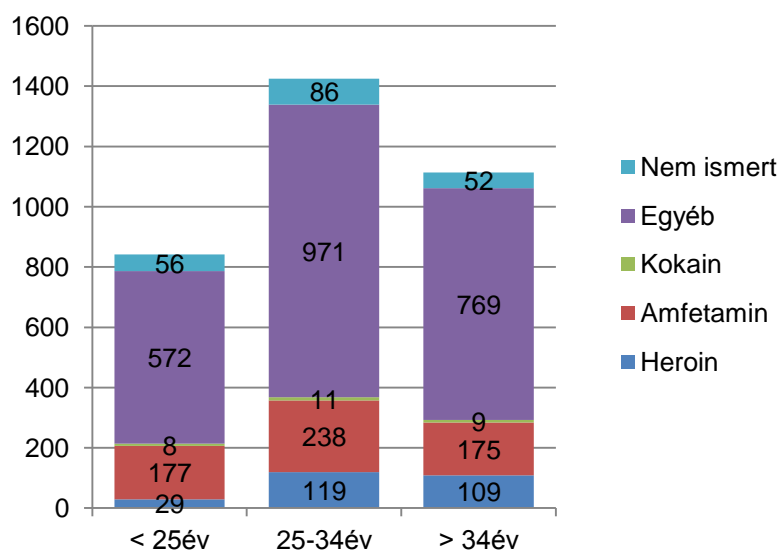
A fecskendőforgalmi adatokhoz hasonlóan az adatgyűjtésben részt vevő szervezetek között nagyon nagy egyenlőtlenségek vannak a kliensek száma alapján is. Az adatgyűjtő rendszerbe összesen 3408 kliens adatait töltötték fel a szolgáltatók, amelynek közel fele (1582 kliens, 46,4%) egyetlen szervezettől származik (Kék Pont Alapítvány), így ezen szervezet klienskörének jellemzői nagyban meghatározzák az itt bemutatott adatokat (Csák 2014b; módszertant lásd 7.3. fejezet).

Az előző évekhez hasonló volt a nemek aránya 2013-ban is: a kliensek döntő része férfi (73,9%), a nők mindössze a kliensek közel negyedét (26,1%) tették ki. Az életkori kategóriák szerinti megoszlás is hasonlóan alakult, mint az előző évben: a legjellemzőbb életkori kategória a 25-35 éves kor közöttiek kategóriája volt, ide tartozott a kliensek 42,1%-a. A legfiatalabb, 25 éves kor alatti kliensek közé az összes kliens negyede (24,9%), a legidősebb, 35 éves kor feletti kategóriába a kliensek közel harmada (32,9%) tartozott.

²⁵ A fejezet szerzői: Csák Róbert, Horváth Gergely Csaba

²⁶ 2013-ban összesen 28 szervezet jelentett a programban megfordult kliensekről részletesebb, nem, életkor és elsődlegesen injektált szerinti bontásban adatokat. A rendszerbe összesen 3409 fő kliens adatait töltötték fel a szolgáltatók. A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

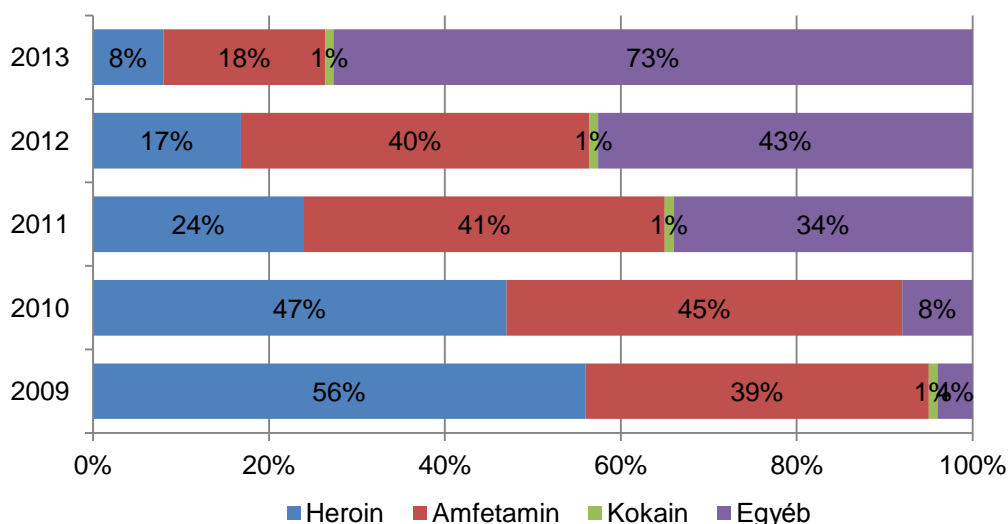
4. ábra. A tüssere programban részt vevő kliensek megoszlása elsődlegesen injektált szer és életkor szerint 2013-ban (N=3381)



Forrás: Csák 2014b

Az elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlásról összesen 3049 kliens esetében számoltak be a szolgáltatók. A használt szerek eloszlása az új pszichoaktív szerek felbukkanása óta eltelt években tapasztalt trendet követi, a kliensek egyre nagyobb aránya injektál "egyéb" (azaz a "tradicionális" szerek közé nem sorolható) anyagokat. 2013-ban a kliensek 73%-a tartozott ebbe a kategóriába – míg 2009-ben mindössze 4% volt ez az arány. A 2013-as év fontos változása, hogy az előző évekkel ellentétben 2013-ban már csupán a kliensek 18% volt olyan kliens, aki elsődlegesen amfetamint injektált, míg az eddigi években az amfetamint használók aránya nem változott jelentős mértékben (arányuk 2009-2012 között 40% körül volt). Az elsődlegesen injektált szer korcsoportok szerinti bontásban vizsgálva látható, hogy az új pszichoaktív szerek injektálása mindhárom korcsoportban hasonló arányt mutatott. A heroint injektálók aránya az előző évekhez hasonlóan tovább csökkent, 2013-ban a kliensek 8%-a injektált heroint (2009-ben ez az arány még 56% volt).

5. ábra. A tüssere programban részt vevő kliensek elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009- 2013 között (2013: N=3409)

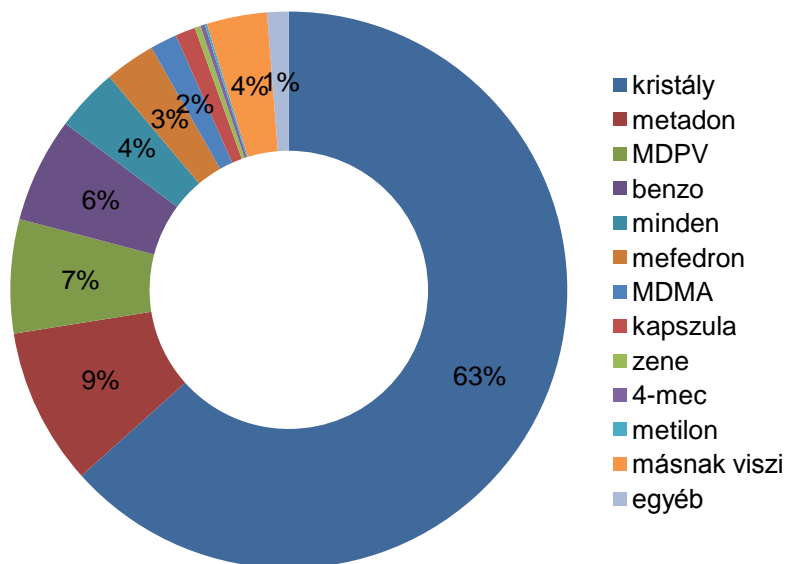


Forrás: Csák 2014b

Az egyéb szerek között 2013-ban a leggyakrabban előforduló szer a "kristály" volt, ezt az esetek 64%-ban említették az egyéb szerek között. A „kristály” név nagy valószínűséggel a pentedron nevű szert takarja – ez volt a rendőrségi vizsgálatokban lefoglalt fecskendő vizsgálatok során a leggyakrabban előforduló hatóanyag (Csesztregi 2014) (a lefoglalásokkal kapcsolatos adatokat lásd bővebben 10.3 fejezet). A 2012-ben még a kristállyal hasonló gyakorisággal előforduló MDPV 2013-ban már csupán az esetek 7%-t tette ki. Azon túl, hogy a kristály gyakorlatilag egyeduralmúvá vált az egyéb szerek között, érdemes kiemelni, a nehezen, vagy egyáltalán nem meghatározható szert használók nagy arányát. Ebben a kategóriába tartoznak a "benzo", "kapszula", "zene" említések vagy a bármit injektáló "minden" kategória. Ez utóbbiak összesen több, mint tizedét (11%) teszik ki az egyéb szerek kategóriájának.

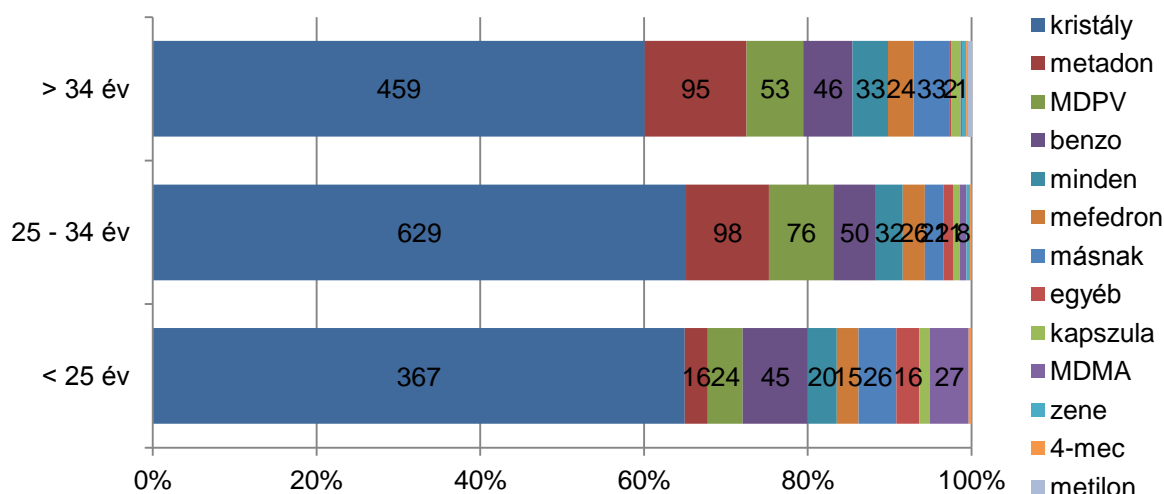
Az egyéb szereket életkor szerinti bontásban vizsgálva nincs jelentős különbség, nem volt látható életkori sajátosság az elsődlegesen injektált szert tekintve, döntő többségében kristályt használnak mindhárom életkori kategóriában. Egyedül a metadonnal kapcsolatban látszik eltérés, ezt a 25 éves kor alattiak sokkal kisebb arányban használták, mint a 25 éves kornál idősebbek.

6. ábra. Az elsődlegesen egyéb szereket injektálók szertípus szerinti megoszlása 2013-ban (N=2315)



Forrás: Csák 2014b

7. ábra. Az elsődlegesen egyéb szereket injektálók szer típus és korcsoport szerinti megoszlása 2013-ban (N=2295)



Forrás: Csák 2014b

A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokon részt vevő intravénás szerhasználók jellemzői

Az Országos Epidemiológiai Központ koordinálásával 2010-től 2013 júniusáig HIV/HBV/HCV szűrővizsgálat zajlott 8 városban. (Dudás et al 2014, bővebben lásd 6.2 fejezet). A következőkben a 2013 januárjától a projekt végéig megjelent kliensek adatai kerülnek bemutatásra.

Az adatok interpretálásához fontos megjegyezni, hogy míg a tűcsere kliens adatok egy aktív intravénás szerhasználói populációról²⁷ nyújtanak információt országos szinten, addig a kezelőhelyeken és tűcsere programokban végzett rutinszerű szűrővizsgálatok egy intravénás szerhasználat szempontjából heterogénebb szerhasználói populációt érnek el, regionális lefedettséggel. A rutin szűrővizsgálaton való részvétel esetleges, így érvényes trendek megállapítására csak korlátozottan van lehetőség.²⁸ 2013-ban a rutinszerű szűrővizsgálatok során a vizsgáltba került 223 fő 60,5%-a (135 fő) volt aktív - az elmúlt 4 hétben injektáló – intravénás szerhasználó, a továbbiakban csak erre a csoportra vonatkozó adatok kerülnek elemzésre a szerhasználati mintázatok tekintetében.

Az elmúlt 4 hétben is injektáló 135 kliens 30,4%-a használt elsődlegesen opiát-származékokat, 21,5%-a amfetamint, 48,1%-a új pszichoaktív szereket²⁹, amelyek közül 2013-ban a domináns szer az utcai elnevezésű „pentakristály”³⁰ volt, hasonlóan 2012-höz. A kevesebb mint két éve és a 2-4 éve injektálók körében jellemzőbb az új pszichoaktív anyagok injektálása, ennek megfelelően a régebb óta injektálók körében gyakoribb az opiát elsődleges használata.

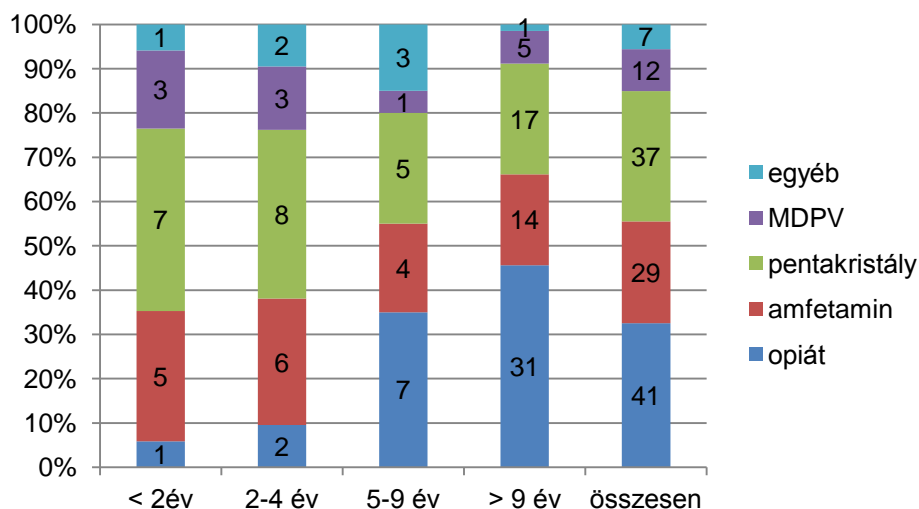
²⁷ Az elmúlt 4 hétben legalább egyszer injektálók.

²⁸ A HIV/HBV/HCV rutin szűrővizsgálatokon az vehet részt, aki valaha intravénásan használt kábítószer, illetve több mint 1 éve volt utoljára szűrővizsgálaton. Az országos prevalencia vizsgálattal ellentétben a résztvevők nem részesülnek motivációs díjban.

²⁹ Az új pszichoaktív szerek kategóriájába kerültek besorolásra a következő elsődlegesen injektált szer említések: 4-MEC, pentakristály, MDPV, a pentilon, a PV, az I-por és a „designer” említések.

³⁰ A pentakristály elnevezés feltehetően a pentedron, szintetikus katinon származékra utal.

8. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett aktív intravénás szerhasználók megoszlása az injektlás kezdete és az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban 2013-ban (N=126 fő)



Forrás: Dudás et al. 2014

Az 5.3.2. fejezetben a TDI adatok alapján kerül bemutatásra a kezelésbe lépő intravénás szerhasználók szertípus szerinti megoszlásának átrendeződése az elmúlt 5 évre vonatkozóan.

Új pszichoaktív szerek használatához, illetve a használatból eredő problémákhoz kapcsolódó információk

Szily és Bitter (2013) a rendelkezésre álló adatok alapján összefoglalót készített az új pszichoaktív szerhasználat magyarországi vonatkozásairól a pszichiátriai kezelési igény szempontjából. Cikkükben az aktuális helyzettel kapcsolatban megállapították, hogy az MDPV-t injektáló klienseknél nagyon gyorsan nőtt a napi injektálások száma, ami így a sokkal magasabb, mint a heroin-használók esetében. Ugyanakkor a mindennapi pszichiátriai gyakorlatban rendszeresen találkoztak drog indukálta pszichózissal, és ezekben az esetekben gyakran számoltak be a páciensek az MDPV-hez hasonló új szerek használatáról, mint a „kristály”, „pentakristály”, „benzon”. A szerzők megjegyezték, hogy ezek a nevek nagy valószínűséggel valamilyen ismeretlen amfetamin, vagy katinon származékot takarnak. A szerzők által ennek kapcsán említett szerek a pentilon, a pentedron, a benzedron, de hozzátették, hogy a (szándékos vagy nem szándékos) polidrog-használat gyakori az új szereket használó páciensek körében. A szintetikus kannabinoidokkal kapcsolatban pedig megállapították, hogy ezen szerek esetében a negatív fizikai és pszichológiai következmények sokkal nagyobb gyakorisággal fordulnak elő és sokkal súlyosabbak, mint a THC esetében. Ennek hátterében a szerzők szerint az állhat, hogy a szintetikus kannabinoidok gyakran magasabb receptor affinitásúak, mint a THC, és teljes agonistaként viselkednek. Összességében a szerzők úgy látták, hogy az új szereket használók nagyon hamar kapcsolatba kerülnek az ellátórendszerrel és viszonylag magas közöttük a pszichiátriai ellátásra szoruló eset.

Rácz és Bodrogi (2014) az új pszichoaktív szereket használók kliensútjait a medikalizáció szükségességének és kényszerének kontextusában vizsgáló előadásukban bemutattak egy rövid elemzést 2013. január és 2014 március között kezelt 207 kliens pszichiátriai vizsgálatáról. Az adatok alapján 32 esetben feltételezhető, hogy valamilyen új szert használtak, amelyből 18 kliens túcsere programon keresztül, 12 kliens pedig

drogambulancián keresztül érkezett. 21 kliens súlyos pszichopatológiai tünetet mutatott (pszichózis: 17, szorongás: 2, agresszió: 3 eset). Ezen kliensek közül mefedront 6, MDPV-t 3, „kristályt” 14, szintetikus kannabinoidot 6, nem beazonosítható új szert 3 kliens használt. 6 esetben történt beutalás: 2 „kristályt” használó klienst akut pszichiátriai ellátásra, 2 klienst addiktológiai osztályra (közülük 1 „kristályt” és 1 nem beazonosítható új szert használt), valamint további 2 klienst rehabilitációs otthonba (1 szintetikus kannabinoidot használt, 1 pedig nem beazonosítható új szert) utaltak. Az előadásban arra a következtetésre jutottak, hogy a medikalizáció az új szereket használók esetében gyakran szükséges, azonban az alacsonyküszöbű illetve közösségi ellátások nem megfelelő kapacitása miatt sokszor kényszer is.

A szintetikus kannabinoidokat használók lehetséges kezelési igényével kapcsolatban közölt összefoglaló tanulmányt Andrassy (2013). A szerző kiemeli, hogy a kórházi tapasztalatok, valamint a szintetikus kannabinoidokat használók beszámolóinak alapján ezen szerek pszichiátriai zavarokat kiváltó hatása a hagyományos kannabiszéhoz hasonló, azonban annál erőteljesebb és kiszámíthatatlanabb. További kockázatot jelent ezeknél a szereknél, hogy ez a hatás a különböző molekulák esetében eltérő lehet. Emellett azt is leírja, hogy a szintetikus kannabinoid használata miatt ellátásra szorulóknak többnyire hagyományos kannabiszt évek óta probléma nélkül használó személyek, amely szintén erősíti, hogy a kannabiszhoz képest ezek az új szerek nagyobb kockázatot jelentenek. A cikkben négy esetet leírása után bemutatja a kialakult pszichózis kezelésére alkalmazott eljárásokat, gyógyszereket is.

A szubsztitúciós kezelésben részt vevő kliensek jellemzőiről bővebb leírás az 5.3 fejezetben olvasható. Az új pszichoaktív szerek és a pszichiátriai komorbiditás kapcsolatáról a 6.3 fejezetben áll rendelkezésre információ.

Következtetések

A tűcsere programok kliensei körében gyűjtött országos adatok 2013-ra vonatkozóan továbbra is azt mutatják, hogy az új pszichoaktív szerek intravénás használata nő. Ahogy 2012-ben, úgy 2013-ban is a kristály utcai elnevezésű – feltehetően a pentedron hatóanyagot tartalmazó – új szer volt a leggyakoribb az elsődlegesen egyéb szereket injektálók körében. Új fejlemény viszont, hogy 2013-ban már az amfetamin injektálók aránya is csökkent, azaz az új pszichoaktív szerek terjedése miatt a heroin után egy újabb „klasszikus” szer, az amfetamin is elkezdett kiszorulni az elsődlegesen injektált szerek közül.

A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók körében tetten érhető, hogy az új pszichoaktív anyagok injektálása a 2 éven belül vagy a 2-4 éven belül injektálást kezdők körében gyakoribb.

A szintetikus kannabinoidokkal kapcsolatban Szily és Bitter (2013) megállapítja, hogy ezen szerek esetében a negatív fizikai és pszichológiai következmények sokkal nagyobb gyakorisággal fordulnak elő és sokkal súlyosabbak, mint a THC esetében. A többi új pszichoaktív szer kapcsán felmerült a polidrog-használat gyakoribb előfordulása.

5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE: KEZELÉSI IGÉNY ÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉG³¹

5.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A kábítószer-használattal összefüggésben kezelést kezdő kliensek adatai az Országos Addiktológiai Centrum (OAC) által koordinált TDI adatgyűjtés alapján kerülnek bemutatásra. Az adatok elemzését a Nemzeti Drog Fókuszpont végezte. A TDI-ben az új pszichoaktív szerek, kifejezetten ilyen kategória hiányában, az „egyéb szerek”³² vagy az „egyéb stimuláns” kategóriában kerülnek rögzítésre. Az új pszichoaktív szereket használó kliensekre vonatkozó megállapítások a TDI kérdőív kitöltésekor elsődlegesen használt szerként e kategóriák valamelyikét megjelölő kliensekre vonatkoznak.³³

A metadon ill. buprenorfin-naloxon kezelésben lévő betegek bemutatása a 2010-ben bevezetett, Országos Addiktológiai Centrum által koordinált modell adatgyűjtés³⁴ alapján történik. Az adatok csak korlátozottan alkalmasak az idősoros összehasonlításra a régi (a Metadon módszertani levélben meghatározott, és a Nyírő Gyula Kórház Drogambulancia által 2010-ig koordinált) és az új adatgyűjtés közötti módszertani különbségekből adódóan.

5.2. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS

Szakpolitika

2013 folyamán elfogadásra került a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-20 c. szakpolitikai dokumentum. Az kábítószer-használók ellátását illetően a Stratégia konkrét céljai között nevesítésre került a gyermek- és fiatalok ellátását szolgáló, a valós szükségleteknek megfelelő, országos lefedettségű és általános hozzáférést biztosító intézményrendszer kialakítása. A Stratégia célul tűzi ki, hogy a problémás szerhasználók és a kábítószerfüggők legalább 20%-a kerüljön ellátásba, továbbá, hogy általában javuljon a szenvedélybetegek egészségügyi és szociális ellátását biztosító intézményrendszer hozzáférhetősége és országos lefedettsége, valamint hogy 2020-ra mindegyik járásban legyen közös működési indikátorokat használó, összehangolt, komplex ellátórendszer, amely aktív megkereső és kezelésbe vonó technikákat alkalmaz. A kezelés-ellátást területén további prioritás, hogy az egészségügyi és szociális szolgáltatók legalább 80%-a a vonatkozó szakmai irányelvek alapján végezze tevékenységét, a szolgáltatók mindegyike essen át klinikai vagy szociális intézményi minőségbiztosítási auditon.

A Stratégia ún. ellátás-szervezési alapelveket fogalmaz meg, melynek elemei a különböző szakterületeken működő szolgáltatók által nyújtott ellátások egymásra épülése, a szolgáltatók szakmai tartalmának és területi lefedettségének összehangolása, az egyes ellátástípusok közötti, intézményi határokon átívelő, átlátható betegutak, valamint a kliensek úttévesztésének megelőzése, kezelésben tartása és követése.

A Stratégia kezelés-ellátás területén is a felépülés-központú megközelítést tekinti alapvetésnek, melynek célja a kliens egészségi állapotának javítása, illetve helyreállítása,

³¹ A fejezet szerzője: Port Ágnes

³² A TDI más kategóriába nem besorolható anyagok.

³³ Bár a teljes megfeleltetés az elsődlegesen e szerek használatát megjelölő kliensek és az új pszichoaktív szereket használók között értelemszerűen nem lehetséges, a szolgáltatók elmondása alapján az e kategóriákban rögzített szerek nagy része az új pszichoaktív szerek közül kerül ki.

³⁴ Az OAC által koordinált szubsztitúciós modell adatgyűjtés célja a metadon és buprenorfin-naloxon kezelésben lévő kliensek számának és jellemzőinek meghatározása. Jelentők köre: szubsztitúciós és detoxifikációs (metadon, ill. buprenorfin-naloxon) kezelést nyújtó szolgáltatók. Jelentés gyakorisága: havi. Adatok: anonim, (a TDI adatgyűjtésben is használt) egyedi azonosítóval ellátott eset alapú adatok. Az adatok jelentése önkéntes alapon történik, sem jogszabályi kötelezettség, sem kapcsolat a finanszírozással nem áll fenn.

továbbá a társadalomba történő reintegráció elősegítése. Az alacsonyküszöbű ellátásokra a stratégia a kezelési lánc első állomásaként tekint, mely a megkereső tevékenységgel együtt segíthet a rejtőzködő szerhasználók felkutatásában és kezelés-ellátásba vonásában, valamint a fertőző betegségek megelőzésében, szűrésében, terjedésének mérséklésében.

Az egyes szakosított szociális és gyermekvédelmi szakellátási intézmények állami átvételéről és egyes törvények módosításáról szóló 2012. évi CXCV. törvény alapján a települési önkormányzatok fenntartásában lévő fogyatékos, pszichiátriai beteg, továbbá szenvedélybeteg személyek szakosított szociális ellátását nyújtó intézmények, valamint a gyermekvédelmi szakellátást biztosító intézmények 2013. január 1-jével állami fenntartásba kerültek. A települési önkormányzatok ellátási kötelezettsége e célcsoportok és ellátások esetén megszüntetésre került. A Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóságról szóló 316/2012. (IX.13.) Korm. rendelet az átvett intézményekkel kapcsolatos fenntartó feladatok ellátására a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóságot jelölte ki.

Az új Btk. 2013. július 1-jei hatályba lépését követően módosultak a büntetőeljárás alternatívájaként igénybe vehető ellátások (elterelés) szabályai, oly módon, hogy az két éven belül maximum egy alkalommal vehető igénybe. (Az új Btk. rendelkezéseire vonatkozóan további részletekért lásd az 1.2 fejezetet.)

Ellátórendszerek

Az ellátórendszer felépítése és minőségbiztosítása

2013. január elsejétől került bevezetésre a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényben a támogatott lakhatás, mint új szolgáltatási forma. A támogatott lakhatás megfelelő feltételeket teremt ahhoz, hogy a fogyatékos, pszichiátriai- és szenvedélybeteg, valamint hajléktalan emberek életkoruknak, egészségi állapotuknak és önellátási képességüknek megfelelő lakhatási, illetve szociális szolgáltatásokban részesüljenek. A támogatott lakhatás alapelve, hogy a lakhatási és a szociális szolgáltatások egymástól elkülönülnek. Fontos, hogy a lakhatás és a napközbeni tevékenységek (pl. oktatás, gondozás, szabadidős tevékenységek) ne azonos helyen történjenek, valamint mindenki személyre szabott, egyéni szükségletre válaszoló szolgáltatást kapjon. A támogatott lakhatás az igénybe vevők komplex szükségletfelmérésén alapul, az egyéni igényekhez minél jobban igazodó ellátás érdekében. Az ellátáshoz kapcsolódó komplex szükségletfelmérés elvégzése a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság feladata. A szolgáltatói nyilvántartásba bejegyzett támogatott lakhatás állami finanszírozásban részesül. Az állami támogatás egy főre számított évi finanszírozása: 827 418 Ft/fő/év (2785 EUR)³⁵. Miután a komplex szükségletfelmérések csak a működési engedélyeztetéseket követően, 2014. januárban kezdődtek meg, így 2013-ban nem volt még támogatott lakhatást igénybe vevő kliens. (SZGYF 2014)

A TIOP 3.4.2-11/1 „Önkormányzati, állami, egyházi, nonprofit fenntartású bentlakásos intézmények korszerűsítése” pályázat célja a szociális és gyermekvédelmi intézményrendszer korszerűsítése és a nyújtott szolgáltatások minőségének javítása az igénybevevők méltó életkörülményeinek megteremtése érdekében. A pályázat keretében két szenvedélybeteg számára szolgáltatást biztosító intézmény korszerűsítése valósult meg. (EMMI 2014c)

2013-ban folytatódott az ÚSZT „Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése” c. pályázat keretében a pszichiátriai és addiktológiai rehabilitációs – ezen belül gyermek- és ifjúsági

³⁵ A fejezetben szereplő összegek a 2013-as hivatalos euró középárfolyam (1€=297,1Ft) szerint kerültek kiszámításra.

addiktológiai rehabilitációs – fejlesztések megvalósítása (lásd 2013-as Éves Jelentés 5.2.2. fejezet).

A Norvég Finanszírozási Mechanizmus 2009-2014. „Népegészségügyi kezdeményezések” támogatási programjának részeként sor kerül a járóbeteg gyermek- és ifjúság-addiktológiai szakellátás fejlesztésére. A kapcsolódó szakmai és finanszírozási feltételrendszer kidolgozására (irányelvek, protokollok, működési mechanizmusok) kb. 70 millió Ft (236 000 EUR), a hiányzó szakellátási struktúra kialakítására (infrastruktúra és humánerőforrás fejlesztés) kb. 404 millió Ft (1 360 000 EUR) került elkülönítésre. A program részeként szintén sor kerül egy mentális egészségügyi koordinátori hálózat létrehozására, melynek célja a pszichiátriai/addiktológiai megbetegedésben szenvedők és családtagjaik ellátásának hatékonyabbá tétele, az ellátásból való kiesésük megelőzése, és az ellátásban érintett egészségügyi, szociális és egyéb szolgáltatók működésének összehangolása. Erre a célra (szakmai és finanszírozási feltételrendszer kidolgozása, koordinátorok foglalkoztatása) összesen kb. 530 millió Ft (1 784 000 EUR) áll rendelkezésre. (EMMI 2014a)

2013. január elsejétől a detoxikálási feladatokat a fővárosban is a sürgősségi és toxikológiai osztályok látják el (az addiktológiai osztályok helyett). (EMMI 2014a)

Kezelési paletta és hozzáférhetőség

Közösségi szenvedélybeteg ellátás³⁶

A szenvedélybetegek közösségi és alacsonyküszöbű ellátására 2012-ben történt szerződéskötés a normatíva pályázaton nyertes szervezetekkel a 2012-2014-es időszakra. 2013-ban szenvedélybetegek közösségi ellátására 643 millió Ft (2 164 000 EUR), szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátására 378 millió Ft (1 273 000 EUR) került kiutalásra. A kiosztott támogatások összege nagyságrendileg az előző évivel azonos volt. (NRSZH 2014) Mivel mindkét ellátási forma magában foglalja az alkoholfüggők és egyéb szenvedélybetegségekben szenvedők ellátását is, a kábítószer-használók ellátására szánt összeg nem határozható meg pontosan.

2013-ban szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátására 54, közösségi szenvedélybeteg ellátásra 77 szolgáltató volt jogosult. A közösségi szenvedélybeteg ellátás keretében ellátottak száma összesen 4143 fő volt, közülük 3262 fő ellátását biztosította a pályázati szerződés keretében nyújtott támogatás, további 881 fő ellátását ezen felül, egyéb forrásból finanszírozták a szolgáltatók. Az ellátottak BNO diagnóziskódjai alapján, a közösségi ellátás keretében ellátott szenvedélybetegek 28%-a vette igénybe az ellátást pszichoaktív szer használatából adódó probléma miatt (57% alkohol-probléma miatt, 15% dohányzással összefüggésben részesült ellátásban.)

³⁶ A *közösségi ellátások* a pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére nyújtott alapszolgáltatások, valamint speciálisan a szenvedélybetegek részére nyújtott ún. *alacsonyküszöbű* szolgáltatások. A közösségi alapellátás keretében biztosítani kell: a lakókörnyezetben történő segítségnyújtást az önálló életvitel fenntartásában, a meglévő képességek megtartását, illetve fejlesztését, a háziorvossal és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését, a pszicho-szociális rehabilitációt, a szociális és a mentális gondozást, a szolgáltatások igénybevételére ösztönzést, valamint megkereső programok szervezését az ellátásra szorulóknak elérése érdekében. Forrás: Az NCSSZI Addiktológiai Munkacsoportja által 2011-ben készített „Közösségi ellátás szenvedélybetegek részére” c. szakmai ajánlás.

6. táblázat. A közösségi szenvedélybeteg ellátás keretében ellátott kliensek száma (fő) BNO diagnóziskódok szerinti bontásban, 2012-ben és 2013-ban

BNO diagnóziskódok	2012	2013
BNO F10 Alkohol okozta mentális- és viselkedészavarok	2362	2339
BNO F11 Opiátok használata okozta mentális- és viselkedészavarok	88	81
BNO F12 Cannabis és származékai által okozott mentális- és viselkedészavarok	243	229
BNO F13 Nyugtatók és altatók használata által okozott mentális- és viselkedészavarok	260	264
BNO F14 Kokain használata által okozott mentális- és viselkedészavarok	8	9
BNO F15 Egyéb stimulánsok használata által okozott mentális és viselkedészavarok beleértve a koffeint	128	125
BNO F16 Hallucinogének használata által okozott mentális - és viselkedészavarok	5	3
BNO F17 Dohányzás okozta mentális- és viselkedészavarok	607	638
BNO F18 Illékony oldószerek okozta mentális- és viselkedészavarok	13	8
BNO F19 Többféle drog és egyéb pszichoaktív anyagok használata által okozott mentális- és viselkedészavarok	198	231
BNO F10 - F19 összesen	3912	3927
BNO Egyéb	214	216
Összesen	4126	4143

Forrás: NRSZH 2014

Szenvedélybetegek nappali ellátása

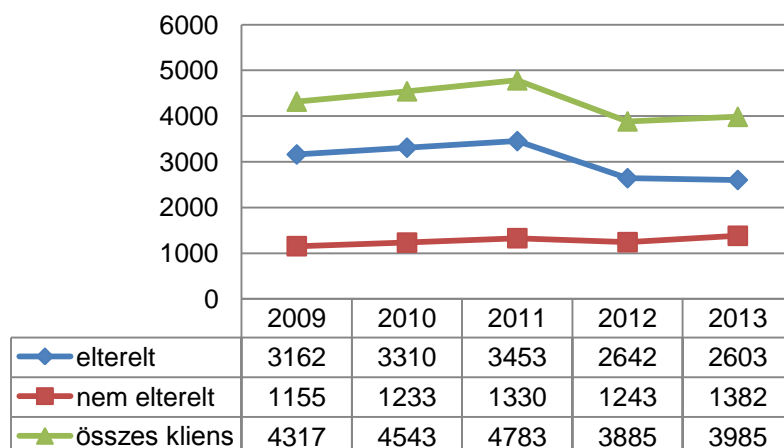
2013 folyamán szenvedélybetegek nappali ellátására biztosított normatív támogatás formájában összesen 1 000 400 000 Ft (3 367 000 EUR) került lehívásra.

Elterelés

A 2013-ban kezelést kezdő 3985 kliens 65,3%-a a büntetőeljárás alternatívájaként igénybe vehető kezelő, illetve megelőző-felvilágosító szolgáltatás keretében lépett kezelésbe. Bár az összes kezelést kezdő kliens száma enyhén növekedett 2012-höz képest, az elterelés keretében kezelést kezdők számának alakulása ezt nem követte: míg 2012-ben 2642 fő, 2013-ban 2603 fő kezdett kezelést elterelés eredményeként. Miután a nem elterelés révén kezelésbe lépők száma 11%-kal emelkedett az előző évhez képest, az elterelt kliensek aránya az összes kezelést kezdő között 68%-ról 65%-ra esett vissza.

A kezelési ellátások között az elterelés részesedésének csökkenését egyrészt az magyarázhatja, hogy a piac átrendeződését és a heroin eltűnését követően megnőtt az új pszichoaktív szerekkel való visszaélések előfordulásának gyakorisága, ezek az esetek viszont kevesebb esetben vezetnek büntetőeljárás megindításához és így az elterelés igénybevételéhez. (A már 2012-ben is jellemző trendről lásd bővebben a 2013-as Éves Jelentés 5.2.2. fejezetét.) Másrészt közrejátszhatott benne az a 2013. július 1-től hatályos törvénymódosítás is, melynek értelmében nem vehet részt elterelésben az, aki a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetését megelőző két évben már élt ezzel a lehetőséggel (lásd: 1.2 fejezet).

9. ábra. Elterelt, nem elterelt és összes kezelésbe lépő kliens számának alakulása 2009 és 2013 között (fő)



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2014b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Opiát-szubsztitúciós kezelés

2013-ban az Országos Addiktológiai Centrum által koordinált pilot adatgyűjtésbe 9 szolgáltató jelentett fenntartó vagy detoxikációs célú³⁷ szubsztitúciós kezelésben részt vevő klienst (az országban ilyen kezelést nyújtó 12 szolgáltató közül). Az év során az adatgyűjtésben részt vevő szolgáltatóknál összesen 786 kliens részesült metadon vagy buprenorfin-naloxon kezelésben, ami 17%-os növekedést jelent az előző évhez képest (2012: 672 fő).

A metadon vagy buprenorfin-naloxon kezelésben részesülők 97,1%-a (763 fő) fenntartó kezelés céljából, 2,9%-a (23 fő) detoxikálás céljából kapta a helyettesítő szert. A detoxikációs célú kezeléseket 2013-ban is jellemzőbb volt a buprenorfin-naloxon alkalmazása. A fenntartó kezeléseket 78%-ában metadont használtak, ez az arány megegyezik az előző évben mérttel.

7. táblázat. A detoxikációs és fenntartó kezelésben részesülők megoszlása a helyettesítő szer alapján 2013-ban (N, %) (N_{total}=786)

	detoxikáció		szubsztitúció	
	N	%	N	%
metadon	9	39%	603	78%
buprenorfin-naloxon	14	61%	160	22%
összesen	23	100%	763	100%

Forrás: Szubsztitúciós adatgyűjtés (OAC 2014c), elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Az ellátottak bemutatása az 5.3 pont alatt olvasható.

³⁷ Az opiát szubsztitúciós és a detoxikációs kezelés meghatározása az „Egészségügyi Minisztérium módszertani levele a metadon kezelésről” c. dokumentumot követi.

5.3. A KEZELÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉGE

A kezelt betegek jellemzői

Kábítószer-használatból eredő probléma miatt kezelésbe lépők (TDI adatok alapján)

A TDI rendszerbe jelentő kezelőhelyek és a jelentett esetek legfontosabb összesített jellemzői

2013-ben összesen 83 kezelőhely jelentett a TDI rendszerbe kábítószer-használatból eredő probléma miatt kezelést kezdő személyt. 15 további szolgáltató volt, mely jogosult lett volna kábítószer-problémával küzdő betegek ellátására, de a tárgyévben nem látott el ilyen problémával jelentkező klienst. A 83 jelentő kezelőhely közül 53 járóbeteg, 16 fekvőbeteg, 20 alacsonyküszöbű ellátás keretében fogadott klienseket. Fogvatartott ellátásáról 6 intézmény számolt be.³⁸

A 2013-ban a TDI rendszerbe jelentő szolgáltatók összesen 3985 kezelésbe lépőről számoltak be. A kezelést kezdők száma az előző évhez képest minimálisan, 2,6%-kal emelkedett. Az év során életében először kezdett kezelést kábítószer-használatból eredő probléma miatt 2552 fő, az összes kezelést kezdő kliens 64%-a (2012: 66%). A kliensek valamivel kevesebb, mint harmada (29,5%, 1177 fő) ugyanakkor már korábban is részesült kezelésben.³⁹

A kezelésbe lépők 70%-a (2780 fő) járóbeteg, 14%-a (563 fő) alacsonyküszöbű, 13%-uk (512 fő) fekvőbeteg-ellátás keretében kezdett kezelőprogramot. A kliensek 3%-ának (130 fő) ellátására büntetés-végrehajtási intézetben került sor (ezen esetek részletes bemutatását lásd a 9.7. fejezetben). Az előző évhez viszonyítva némileg csökkent a járóbeteg-ellátás (túl)súlya az alacsonyküszöbű és a fekvőbeteg ellátáshoz képest.

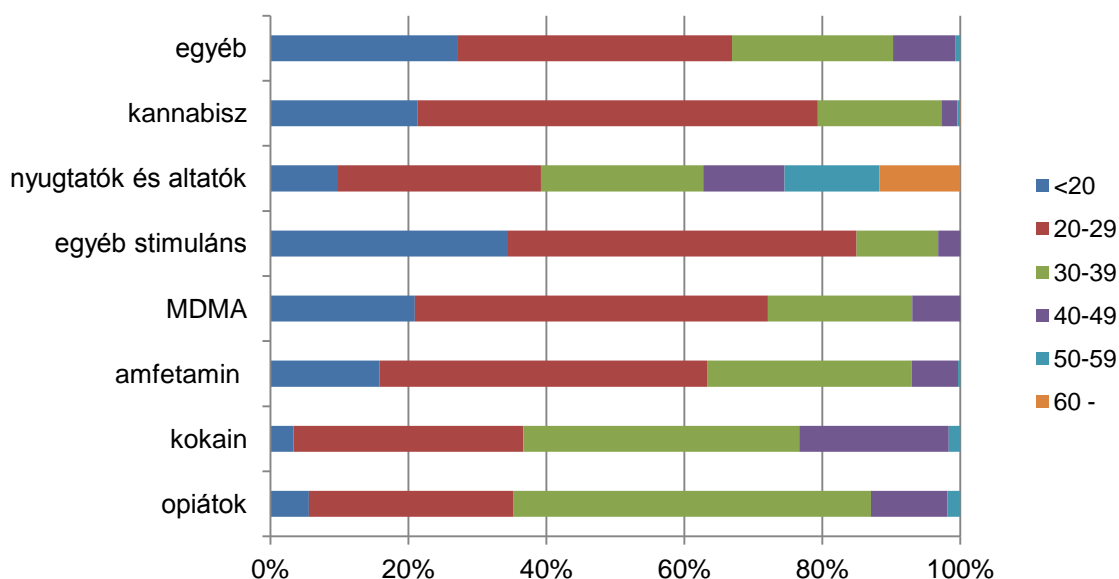
A 2013-ban kezelést kezdők életkori megoszlását elemezve, a kannabiszhasználók és a stimulánshasználók közül a legtöbben 20 és 30 éves koruk között léptek kezelésbe a szerhasználathoz kötődő probléma miatt. Kokain- és opiáthasználattal összefüggésben jellemzően 30 és 40 éves kor között kerültek ellátásba a használók. A legidősebb a nyugtatóhasználattal összefüggésben kezelést kezdő klienskor: körükben több mint 50% volt a 40 év fölött kezelést kezdők aránya.

Az egyéb szereket vagy egyéb stimulánsokat használó kliensek között kiemelkedően magas volt a 20 évnél fiatalabbak aránya: 20%, illetve 27%, az életükben először kezelést kezdők között pedig még ennél is magasabb: 27%, illetve 34%.

³⁸ Egy intézmény több típusú kezelést is nyújthat és jelenthet.

³⁹ 256 fő kezelési múltja nem ismert.

10. ábra. *Életkori megoszlás az életükben először kezelésbe lépők (N=2552) körében, az elsődlegesen használt szer szerinti bontásban⁴⁰ 2013-ban (%)*



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2014b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Valamennyi szertípus esetében az első használat időpontja leggyakrabban a kliensek 15 és 19 éves kora közé esett. Ekkor próbálta ki elsődleges szerét a kliensek fele (50,7%). 15 éves kora előtt kezdte a szerhasználatot a kliensek 17%-a, 20 és 24 éves kora közé tette a szerhasználat kezdetének időpontját szintén 17%-uk.

A kezelési igényt meghatározó szer (elsődleges szer) mentén tekintve a klienseket, a kliensek legnagyobb hányada 2013-ban is kannabiszhasználat miatt kezdett kezelést (61%; 2429 fő). A kliensek között az előző évhez képest 5 százalékponttal csökkent a kannabisz használat miatt kezelést kezdők aránya (véltetően az eltereltek arányának enyhe csökkenésével összefüggésben). Stimulánshasználat következtében 699 fő (17,5%) kezdett kezelést, ezen belül amfetaminnal összefüggésben 12%, egyéb stimulánsokhoz köthetően 4%. Az előző évhez képest valamelyest emelkedett az egyéb szerek - túlnyomóan új pszichoaktív szerek - használatával összefüggésben kezelést kezdők száma (247 fő, 6,2%). A kezelést kezdők között az elsődlegesen opiáthasználók (236 fő), valamint az elsődlegesen nyugtatókat/ altatókat használók (236 fő) aránya szintén 6-6% volt.

Az opiát-, kokain-, stimuláns-, és hallucinogén-használók körében a kannabisz, az inhalánsok, és a nyugtatók/altatók használóinak körében pedig az alkohol a leggyakrabban említett másodlagosan használt szertípus. Az opiáthasználók és a kokainhasználók elsődleges szerük mellett stimulánsok (elsősorban amfetamin) másodlagos használatát is viszonylag gyakran említik a többi csoporthoz képest.

Bár az összes klienst vizsgálva nem látható lényeges átrendeződés a kezelést indokló szerek tekintetében, az elterelésen kívül kezelésbe lépő kliensekre szűkítve az elemzést, már markánsabb változások rajzolódhatnak ki a kezelési igényekben, követve a megváltozott piaci feltételeket és használati mintákat. Ezek a változások a következő szakaszban, valamint a fejezet végén, a trendek bemutatásánál kerülnek leírásra.

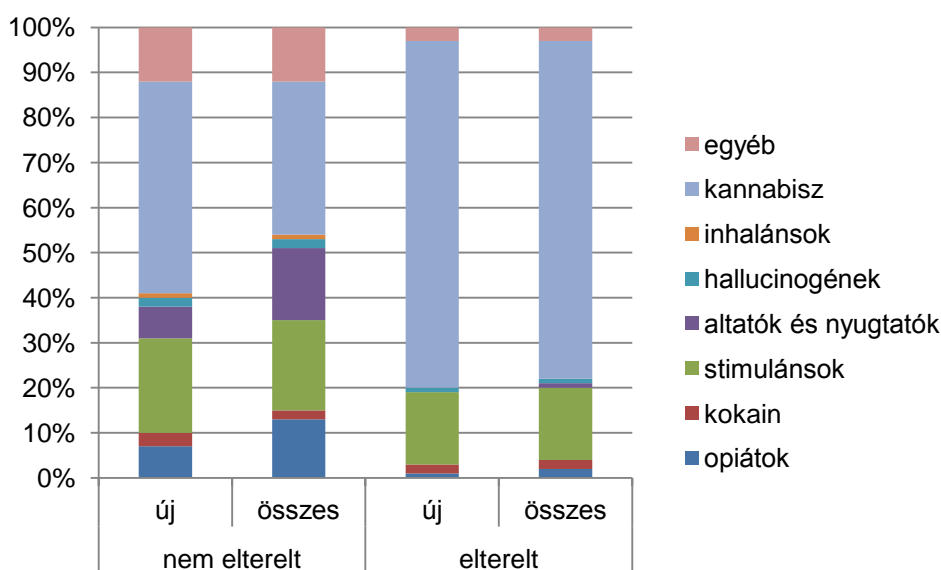
⁴⁰ Kivéve hallucinogének és inhalánsok.

Nem elterelés révén kezelésbe lépő kliensek

2013-ban összesen 1382 fő kezdett kábítószer-használattal összefüggő kezelést nem elterelés keretében.⁴¹ Közülük 600 fő (43,4%) kezdett életében először kezelést kábítószer-használatból eredő probléma miatt, további 669 főt (48,4%) már korábban is kezeltek hasonló problémával.⁴² A nem elterelt kliensek között az előző évhez képest valamelyest csökkent a kábítószer-probléma miatt életükben először kezelésbe lépők aránya és nőtt a visszatérő klienseké. A kliensek közül 1052 fő (76%) férfi, 318 fő (23%) nő volt, 12 fő neme nem került rögzítésre.

A kliensek elsődleges szerét megvizsgálva, tovább csökkent az opiáthasználat miatt kezelést kezdők aránya (2009: 32%; 2011: 16%; 2013:10%). Az opiáttal összefüggő kezelési igény visszaesése különösen látványos volt az először kezelésbe kerülők körében: 2013-ban már csak 6%-uk használt elsődlegesen opiát típusú szert, míg ugyanez az arány a visszatérő kliensek között még 21% volt. Elsődlegesen stimulánshasználó volt a nem elterelt kliensek 20%-a (2012: 22%), ezen belül elsődlegesen amfetaminokat használt 10%, egyéb élnkítőket 8%. Az „egyéb” kategóriába sorolt szerekkel összefüggésben lépett kezelésbe az önként kezelést kezdő kliensek 12%-a (2011: 5%; 2012: 11%). Míg az opiáttal összefüggő kezelési igény visszaesése az új kliensek körében sokkal kifejezettebb volt, az egyéb szerek és egyéb stimulánsokkal összefüggő kezelési igény alakulása nem vált élesen szét a két klienscsoport esetében, mind a korábban már kezeltek, mind az újonnan kezelésbe lépők körében enyhe emelkedést mutatott. Az előző évhez viszonyítva emelkedett a nyugtatóhasználat miatt kezelést kezdők aránya is, főként a nem először kezelésbe lépők között.

11. ábra. Elsődleges szer az összes és az újonnan kezelésbe lépő elterelt és nem elterelt kliens körében 2013-ban (%) ($N_{nem-elterelt-új}=600$; $N_{nem-elterelt-összes}=1382$; $N_{elterelt-új}=1952$; $N_{elterelt-összes}=2603$)



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2014b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

⁴¹ Ezek azok a kliensek, akik saját indíttatásból, családi vagy baráti nyomásra, más intézmény továbbirányítása révén, vagy egyéb módon, de nem a büntetőeljárás alternatívájaként kezdtek kezelést.

⁴² 113 fő kezelési múltja nem ismert.

Elterelés révén kezelésbe lépő kliensek

2013-ban a büntető eljárás alternatívájaként, elterelés keretében 2603 fő lépett kezelésbe. Kannabiszhasználattal összefüggésben kezdett kezelést az elterelésben részt vevők 75%-a, stimulánsokhoz köthetően 16%-uk (ebből egyéb stimuláns: 2%), opiát- illetve kokainhasználat miatt 2-2%-uk, egyéb szerek használata következtében 3%-uk.

Az elterelés keretében kezelést kezdő kliensek elsődleges szer szerinti megoszlásában nem látható érdemi változás a korábbi évekhez viszonyítva.

Az egyes szerfogyasztó csoportok jellemzése⁴³

Opiát-fogyasztók⁴⁴

2013-ban 236 fő kezdett kezelést opiáthasználatból kifolyólag (175 férfi, 51 nő, 10 ismeretlen nemű). Közülük 54 olyan kliens volt (23%), aki életében első alkalommal lépett kezelésbe. Az opiát használók között tovább csökkent a büntetőeljárás elkerülése érdekében kezelésbe lépők aránya (2013: 21%, 2012: 25%, 2011:34%).

Az előző évhez hasonlóan, az opiáthasználók 75%-a (178 fő) heroin-használat miatt, 16%-a (38 fő) egyéb opiátokkal összefüggésben, 9%-uk (20 fő) metadonhasználat miatt kezdett kezelést.

Az első opiáthasználat a kliensek 46%-ánál 15-19 éves kor között történt, további 23% 20 és 24 éves kora közé helyezte az első opiáthasználat időpontját életében. A kliensek 11%-a 15 éves kora előtt próbálta ki elsődleges szerét.

Az összes elsődlegesen opiáthasználó kliens között az intenzív (heti 2-6 vagy napi) használók aránya 61% volt (143 fő), az először kezelést kezdő körében valamivel alacsonyabb, 48% (26 fő).

A heroin-használók 75%-a (133 fő) elsősorban injektálta a szert, az elfüstölők („fóliázók”) aránya 11% (19 fő) volt. A kliensek közül 25% (45 fő) mondta azt, hogy a TDI felvételének idején is injekciózta magát. Az életükben először kezelést keresők között 64% (28 fő) számolt be elsődlegesen intravénás használatról és 18% (8 fő) füstölésről.

Az opiáthasználók által leggyakrabban említett másodlagosan használt szer⁴⁵ a kannabisz volt, melyet 31%-uk használt az elsődleges szere mellett. Az opiátok mellett amfetamin használatáról 28%, MDMA használatáról 15%, metadon használatáról 14% számolt be.

Kokainfogyasztók⁴⁶

2013-ban összesen 81 kokainhasználó (ebből 73 kokain- és 8 crackhasználó) kezelésbe lépéséről számoltak be a szolgáltatók. Nemi megoszlásukat tekintve a kliensek közül 72 férfi, és 8 nő volt (1 kliens neme nem ismert). Életében először kezdett kezelést 60 fő (74%), korábban is részt vett már kezelésben 17 fő (21%).⁴⁷ Elterelés keretében lépett kezelésbe a kokainhasználó kliensek 65%-a (53 fő).

15 és 19 éves kora között használt először kokaint a kezelést kezdők 36%-a, 20-24 éves kora között kezdte a szerhasználatot 22%-uk, 25-29 éves kora között 17%-uk.

Alkalmi szerhasználattal volt jellemezhető a kliensek 57%-a (46 fő), intenzív szerhasználat (heti 2-6 alkalom vagy napi gyakoriságú) 23 %-uk (19 fő) esetében volt jellemző. A crackhasználók között a 8 főből 6 napi használatról számolt be. Az összes kokainhasználót

⁴³ Ebben a fejezet részben nem választjuk külön az elterelt és nem-elterelt csoportokat, hanem kizárólag az elsődlegesen fogyasztott szer alapján vizsgáljuk a kezelésbe lépőket.

⁴⁴ Heroin, metadon (nem orvosi rendelvényre) és egyéb opiátok használói.

⁴⁵ Több (de legfeljebb 4) másodlagos szer megjelölésére volt lehetőség.

⁴⁶ Kokain só és crackhasználók.

⁴⁷ 4 fő esetében nem ismert a kezelési múlt.

tekintve az orrba szippantás volt a legjellemzőbb beviteli mód (72%, 58 fő), a crackhasználók többségében elfüstölésről/inhalálásról számoltak be.

A kokainhasználók legtöbbször említett másodlagos szereit a kannabisz (31%), az alkohol (26%), az amfetamin (20%) és az MDMA (11%) voltak.

Stimuláns-fogyasztók⁴⁸

Stimulánshasználattal összefüggésben 669 fő lépett kezelésbe 2013-ban, ebből 581 fő (83%) férfi, 109 fő (16%) nő volt, és 9 fő neme nem ismert.

A stimulánshasználó kliensek 66%-a (461 fő) az amfetaminokat, 10%-a (69 fő) az MDMA-t és származékait, 24%-a (169 fő) az egyéb stimulánsok kategóriát jelölte meg elsődleges szereként. Az előző két évhez viszonyítva tovább nőtt az elsődlegesen egyéb stimulánsokat használók aránya a kliensek között.

Életében első alkalommal kezdett kezelést az ellátottak 62%-a (433 fő), 31%-uk (216 fő) nem először részesült kezelésben problémája miatt.⁴⁹ A már korábban is kezelték körében az egyéb stimulánsok használata miatt ellátásba kerülők aránya magasabb volt, mint az összes stimulánshasználó kliens körében (29%).

Elterelés keretében lépett kezelésbe a stimulánshasználók 61%-a, 426 fő.

A stimulánshasználók körében az első szerhasználat időpontja 15 és 19 éves kor között történt az esetek 48%-ában, 15 éves kor alatt az esetek 17%-ában.

Az elsődlegesen egyéb stimulánsokat használók között kiugróan magas, 54%-os volt az intenzív használatról beszámoló (heti 2-6 vagy napi) fogyasztók aránya a másik két stimuláns kategóriához képest (az MDMA-t és származékait használók 33%-a, az amfetamin-használók 28%-a minősült intenzív használónak). Az injektlás mint beviteli mód is e csoportra a legjellemzőbb: az egyéb stimulánsokat használók 22%-a jelölte meg elsődleges beviteli módként az injektlást. Az amfetamin-használók körében ez az arány 15%, az MDMA-használók körében 16% volt.

Az orrba szippantás a legjellemzőbb beviteli mód az amfetamin-használók (45%) és az egyéb stimulánsokat használók (31%) körében. Az MDMA és származékait fogyasztók 51%-a szájon át történő bevitt említette leggyakoribb fogyasztási módként. Elsődlegesen intravénás beviteli módról az összes stimulánshasználó 17%-a számolt be.

A legtöbb stimulánshasználó által másodlagos szerként megjelölt szer a kannabisz (31%), az alkohol (21%), valamint az amfetamin-használók esetében az egyéb stimulánsok, az elsődlegesen egyéb stimulánsokat használók körében pedig az amfetamin volt (9-9%).

Kannabiszfogyasztók⁵⁰

2013-ban kannabiszhasználat következtében 2429 fő lépett kezelésbe, 81%-uk (1958 fő) a büntetőeljárás alternatívájaként igénybe vehető elterelés keretében.

A kannabisz miatt kezelésbe lépők száma tovább csökkent 2012-höz képest, bár a csökkenés mértéke nem érte el a 2011 és 2012 között megfigyelt 25%-os mértéket. A kannabisszal összefüggő kezelési igény csökkenése feltehetően az elterelést kezdők arányának visszaesésével függ össze, melynek okai az 5.2 fejezetben, az ellátórendszerek leírásánál kerültek kifejtésre.

A kannabiszhasználó kliensek nemi megoszlását tekintve 90%-uk (2178 fő) férfi volt, 9%-uk (229 fő) nő, 22 fő neme nem ismert.

A kannabiszhasználat összefüggésben kezelést kezdők 74%-a (1787 fő) életében először jelentkezett kezelési programba kábítószer-problémája miatt.

Az első kannabiszhasználat a többség (57%) esetében 15 és 19 éves kor között következett be. A kliensek csaknem ötöde (19%) számolt be 15 éves kor előtti kannabiszhasználatról.

⁴⁸ Amfetaminok, MDMA és egyéb származékok, valamint egyéb stimuláns vegyületek használói.

⁴⁹ 7% kezelési múltja nem ismert.

⁵⁰ Marihuána- és hasis-fogyasztók.

A szerhasználat gyakoriságát tekintve, a kliensek 24%-a minősült intenzív szerhasználónak (heti 2-6 alkalom vagy napi), 16%-uk heti egyszeri vagy ritkább használatról, 55%-uk alkalmankénti használatról számolt be. A kannabiszhasználók közül némileg növekedett (4 százalékponttal) az intenzív használók aránya és visszaesett (9 százalékponttal) az alkalmi használók részesedése.

A kannabiszhasználók a többi szerhasználó csoporthoz képest kisebb arányban és kevesebb féle másodlagos szer használatáról számoltak be. A kannabisz mellett alkohol használatát 19%-uk, amfetamin használatát 14%-uk említette, további szerek másodlagos használatát elenyésző arányban jelölték meg.

Egyéb szerek

A 2013-ban kezelésbe lépők között elsődlegesen egyéb szerek⁵¹ használatát jelölte meg 247 fő (6%). A kliensek 54%-a életében először kezdett kezelést szerhasználati problémája miatt, 81%-uk férfi, 19%-uk nő volt. Az egyéb szerekkel összefüggésben kezelésbe lépők csaknem ötöde 20 év alatti, 23%-uk 20-24 év közötti volt.

A szerek beviteli módját tekintve, 33% esetében a szájon át történő bevitel, 27% esetében az elszívás/inhalálás volt jellemző. A kliensek ötödénél az injektlás volt a legjellemzőbb beviteli mód. A kliensek 32%-a számolt be arról, hogy valaha injektlált már, 15% esetében a kezelésbe lépés idején is előfordult injektlás.

Az intenzív szerhasználat előfordulása kiugróan gyakori volt e klienscsoport esetében: 56% mondta azt, hogy naponta vagy heti 2-6 alkalommal használta a kezelésbe lépést indokló szert. Az intenzív használók között a szereket elsődlegesen injektlva fogyasztók aránya 25% volt.

Az elsődlegesen az egyéb kategóriába sorolt szereket használók leggyakrabban kannabisz (24%), alkohol (24%) és amfetamin (11%) másodlagos használatáról számoltak be.

Subsztitúciós kezelésben lévők

A 2013 folyamán fenntartó és detoxikációs célú opiát-helyettesítő kezelésben lévők jellemzői az OAC subsztitúciós adatgyűjtése alapján kerülnek bemutatásra.

A 2013-ban fenntartó vagy detoxifikációs kezelésben lévők 75%-a (589 fő) férfi, 25%-a (197 fő) nő volt. A detoxikációs céllal kezelésben lévők átlagéletkora 35,1 év, a fenntartó kezelésben lévőké 37,4 év volt.

A subsztitúciós kezelésben lévők átlagosan 3,7 éve (szórás 3,7 év) léptek kezelésbe⁵², 24%-uk 2013-ban kezdte meg a kezelést.

Tendenciák a kezelt populációban és az ellátásban

A TDI adatok alapján

2013-ban folytatódott a heroinkínálat beszűkülésével és ezzel párhuzamosan az új pszichoaktív szerek térnyerésével jellemezhető átrendeződés a piacon, mely a kezelési-ellátási igényeket is jelentősen átalakította (lásd a 2012-es és a 2013-as Éves Jelentés 5.3.2 fejezetét).

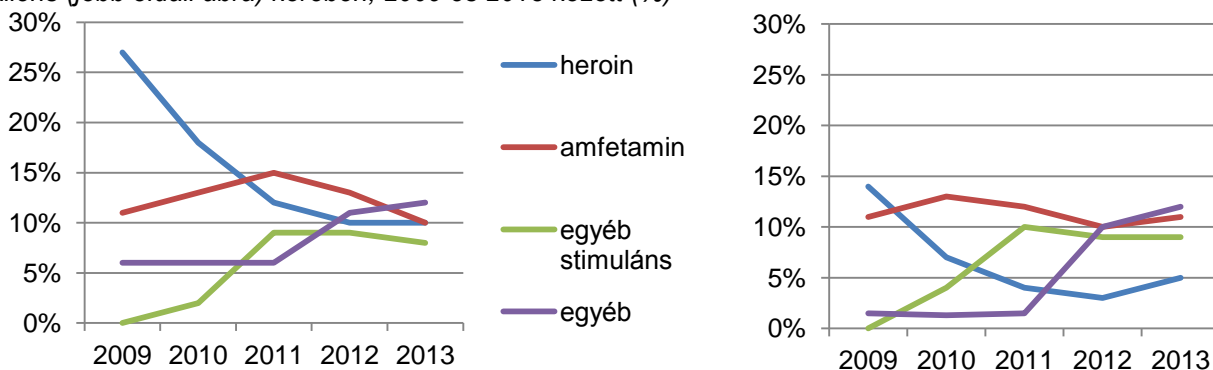
A kezelésbe lépők elsődleges szer szerinti megoszlásának változása továbbra is elsősorban a nem elterelés keretében kezelésbe lépők körében figyelhető meg. Az összes kezelésbe lépőt vizsgálva, az amfetamin-használók aránya tovább csökkent, az egyéb, nem besorolható szereket használók aránya pedig növekedett az előző évhez képest. Az újonnan

⁵¹ A TDI kérdőívben felkínált kategóriák egyikébe sem besorolható szerek. A kezelőhelyek elmondása alapján főként új pszichoaktív anyagnak minősülő katinon származékokat jelentettek ide.

⁵² Az aktuális év és a kezelés kezdete évének különbségéből számítva.

kezelésbe lépők között szintén tovább nőtt az egyéb szerekhez kapcsolódó kezelési igény az előző évhez viszonyítva, bár a korábbi évben tapasztaltnál kisebb mértékben. Az elsődleges szerként egyéb stimulánsokat megjelölők aránya az utóbbi két évhez hasonlóan, 10% körül alakult mindkét csoportban.

12. ábra. A heroin, amfetamin, egyéb stimuláns⁵³ és egyéb (nem besorolható) szereket használók arányának alakulása a nem elterelés keretében kezelésbe lépő összes kliens (bal oldali ábra) és új kliens (jobb oldali ábra) körében, 2009 és 2013 között (%)



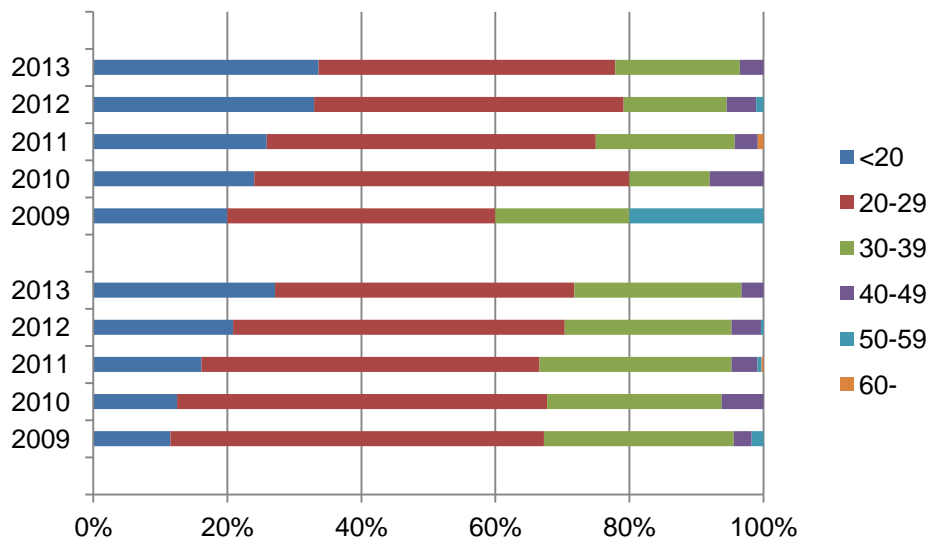
Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2014b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

A kezelőhelyek elmondása szerint az új pszichoaktív szerek használata miatt kezelést kezdők között egyre több a fiatalok. Ezt a tendenciát a TDI adatok is alátámasztják: az egyéb stimulánsokat vagy egyéb szereket használók között jóval magasabb a 20 évnél fiatalabbak aránya, mint a klasszikus szereket használók körében (lásd 2. ábra).

Az elmúlt öt év adatait megvizsgálva, a stimuláns használók, és azon belül is az egyéb stimuláns használók között leginkább, évről évre nő a 20 éves koruk előtt kezelésbe lépők aránya. Míg 2009-ben a stimulánsok miatt kezelést kezdők 12%-a, addig, 2013-ban 27%-uk volt 20 év alatti. Az elsődlegesen egyéb, be nem sorolható szereket használók között is nőtt a 20 év alattiak aránya 2009 és 2013 között, 12%-ról 20%-ra.

⁵³ A „stimulánsok (kivéve kokain)” csoportban az „amfetamin” illetve az „MDMA és egyéb származékok” mellett alkalmazott kategória.

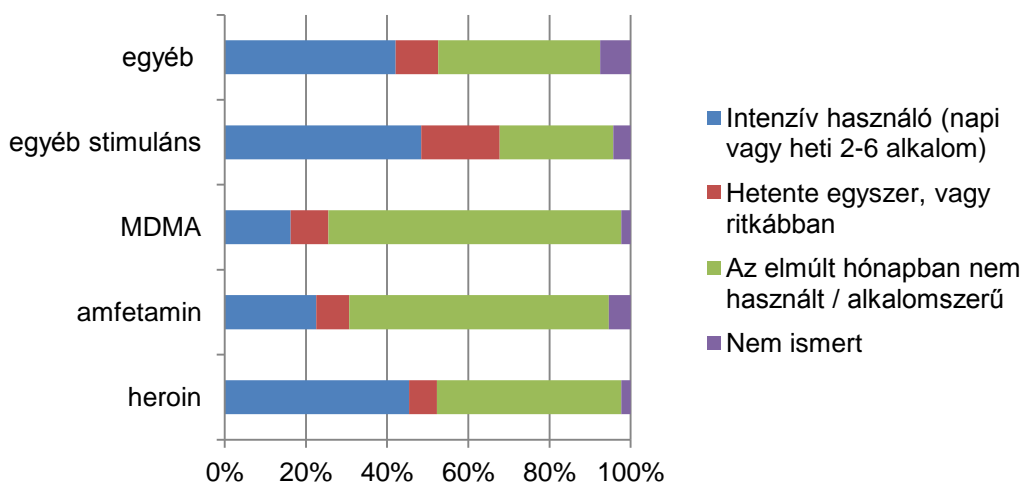
13. ábra. Stimulánshasználók⁵⁴ (alsó ábra) és „egyéb stimuláns” használók (felső ábra) életkor szerinti megoszlása a nem elterelés keretében kezelést kezdők körében (%), 2009 és 2013 között



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2014b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

A szerfogyasztás gyakorisága tekintetében, az elsődlegesen egyéb stimulánsokat vagy egyéb, nem besorolható szereket használók között jóval magasabb az intenzív, napi vagy heti többszöri, használatról beszámoló aránya, mint az amfetamin vagy MDMA-t használók között. Ez a tendencia mind az életükben először kezelést kezdő kliensek, mind az összes kezelést kezdő körében megfigyelhető. Az újonnan kezelésbe lépők között az elsődlegesen amfetamin-használók 22%-a minősült intenzív használónak, míg az elsődlegesen egyéb stimulánsok, vagy egyéb szerek használatát megjelölők esetében 40% fölött volt az intenzív használók aránya. Az összes klienst vizsgálva, az intenzív használók aránya az amfetamin-használók körében 28%, az egyéb stimulánsokat használók körében 54%, az egyéb nem besorolható szereket fogyasztók között 56 % volt.

14. ábra. A heroin-, stimuláns-, és egyéb szereket használók megoszlása a szerhasználat gyakorisága szerint, az először kezelésbe lépők körében (%)

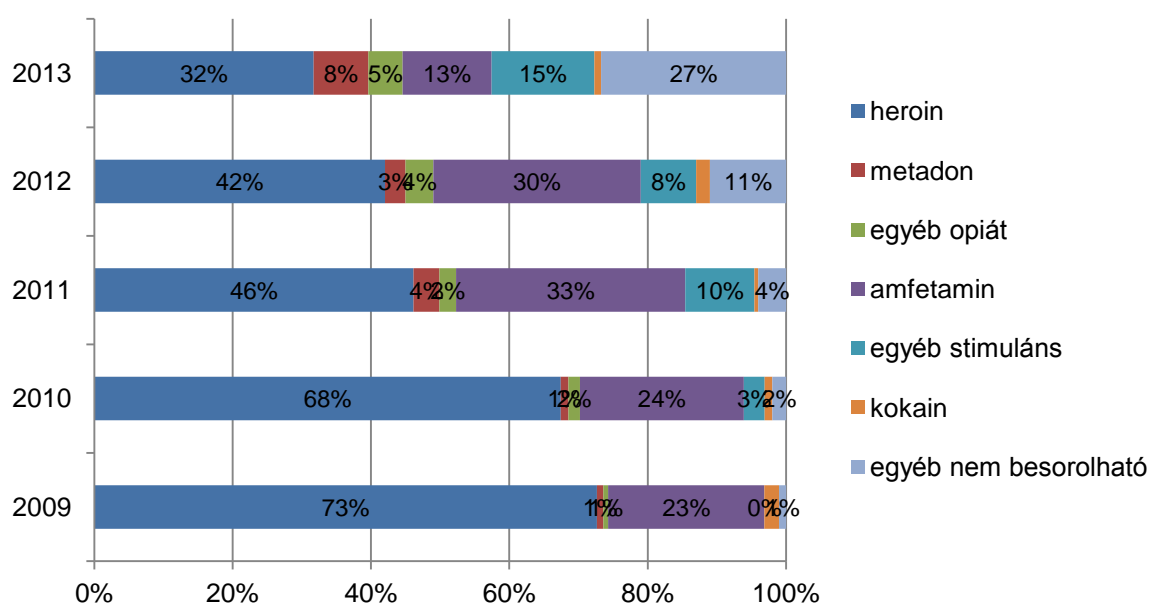


Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2014b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

⁵⁴ Elsődlegesen amfetamin vagy MDMA és egyéb származékok vagy egyéb stimulánsok használatát megjelölő kliensek.

Az intravénás szerhasználók körében szintén tovább folytatódott az elsődlegesen használt szerek utóbbi öt évben megfigyelhető átrendeződése. Az elsődlegesen heroint injektálók aránya az előző évhez képest további 10 százalékponttal, 32%-ra csökkent. A korábbi évekhez képest új fejleményként jelentősen, több mint felére esett vissza az előző évhez viszonyítva az amfetamint injektálók aránya is (2012: 30%; 2013: 13%). Az egyéb stimulánsokat injektálók aránya ugyanakkor jelentősen emelkedett (2012: 8%, 2013: 15%). Ennél is nagyobb mértékű növekedés látható az egyéb (nem besorolható) szerek injektálásáról beszámoló arányában (2012: 11%, 2013: 27%). Összességében, a két „egyéb” kategória részesedése 42% volt az elsődlegesen injektált szerek között, vagyis a kezelést kezdő intravénás szerhasználók legnagyobb hányada 2013-ban már nem a klasszikus kábítószerek valamelyikét használta. A TDI adatok alapján itt leírt trendeket megerősítik a lefoglalt injektáló eszközökben azonosított hatóanyagok vizsgálata során kapott eredmények (lásd 10.3. fejezet), és a hazai tűcsere szolgáltatók kliensadatai is (lásd 4.3. fejezet). Az „egyéb stimuláns”, illetve az „egyéb nem besorolható” kategóriákba sorolt lehetséges konkrét szerekről szintén ezekben a fejezetekben olvasható bővebb információ.

15. ábra. Intravénás szerhasználó kliensek megoszlása az injektált szer alapján 2009 és 2013 között⁵⁵ (%)

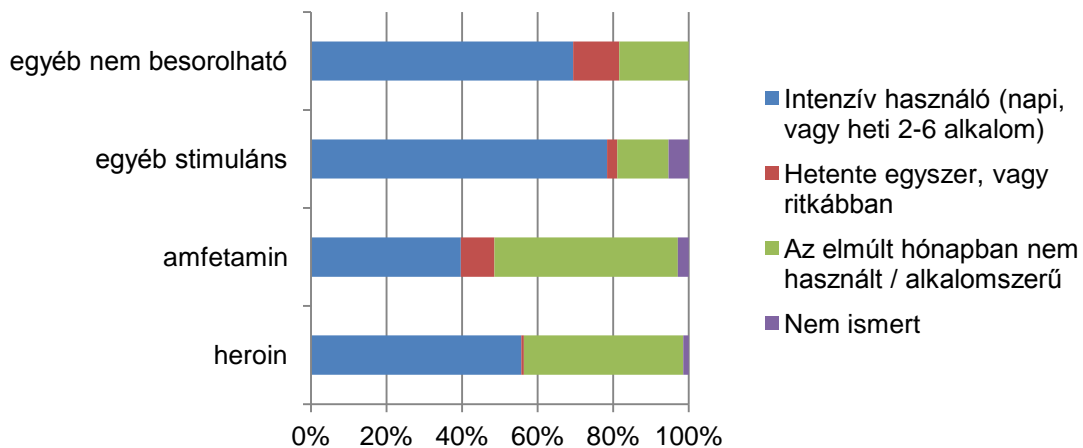


Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2014b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

A használt szerüket elsődlegesen intravénásan fogyasztó kliensek között is megfigyelhető, hogy az új pszichoaktív szerek használói között magasabb a szerüket napi gyakorisággal, vagy heti több alkalommal használók aránya. Az elsődlegesen amfetamint injektálók között 40% minősült intenzív használónak, ugyanez az arány az egyéb stimulánsokat injektálók között 78% (napi szintű használó: 43%), az egyéb kategóriába sorolt szereket injektálók között 69% (napi szintű használó: 55%) volt. A kezelő - ellátó helyek elmondása szerint az új típusú stimulánsokat injektálók között nem ritka a napi többszöri (akár napi 10-16) injektálás előfordulása sem - mivel egyes szerek felezési ideje rendkívül alacsony és intenzív hatásuk csak 10-15 percig tart -, ami viszont a fertőzések kockázatát is megnöveli.

⁵⁵ Az opiát-, amfetamin-, egyéb stimuláns, kokainhasználók és egyéb, nem besorolható szerek figyelembe vételével, a kezelésbe lépést megelőző 30 napban jellemző beviteli mód alapján.

16. ábra. Intravénás szerhasználók⁵⁶ megoszlása a szerhasználat gyakorisága szerint (%)



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2014b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Új pszichoaktív szerek használata szubsztitúciós kezelésben résztvevők körében

2014 januárjában és februárjában a szubsztitúciós kezelésben résztvevők körében kérdőíves felmérés zajlott négy - két vidéki és két fővárosi -, szubsztitúciós kezelést végző intézményben⁵⁷. (Csorba és Pataki 2014) A felmérésben részt vevő 484 kliens 69%-a férfi volt, 31%-a nő. A kliensek átlagéletkora 39,1 év volt, és átlagosan 8,1 éve voltak kezelésben. A kliensek 89%-a metadon, 11%-uk suboxone kezelésben részesült.

A kérdőív célja a kliensek új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos ismereteinek és szerhasználati szokásainak feltérképezése, továbbá az új szerek hatásának és a használatukhoz kapcsolódó egészségügyi/szociális ártalmaknak, valamint az új szerek indukálta kezelési igényeknek a feltárása volt.⁵⁸

Az új szerek használatára vonatkozóan, a 484 megkérdezett kliens 37,6%-a mondta azt, hogy kipróbálta már valamelyik „designer drog”-ot. A kliensek összesen 35 olyan különböző szert neveztek meg, amit használtak már. A legtöbbször említett nevek a következők voltak: kristály, kati, penta, 4-mec. Az elsőként említett szert a kliensek 48%-a egy-két alkalommal próbálta, havi rendszerességgel 9%-uk, heti rendszerességgel 13,5%-uk használta azt. Napi szintű használatról 29,3%-uk számolt be. A szereket naponta használók csaknem kétharmada naponta több alkalommal is használta az elsőként említett szert.

Az új pszichoaktív szereket használók 78,7%-a injektálta az elsődlegesen használt szert, 17,2%-uk számolt be szippantásról, 3,4%-uk szájon át történő bevitelről, 2,3%-uk inhalálásról.

A kérdőív rákérdezett arra is, hogy milyen hatásokat váltottak ki a használt szerek. A válaszadók 68,9%-a számolt be kiélesedett érzékelésről, 60,8% a szexuális vágy fokozódásáról. Hallucinációkat a kliensek 43%-a tapasztalt, és 40,9%-nak volt olyan érzése, mintha figyelnek. Megvonáskor jelentkező tünetként leggyakrabban alvási zavar (55,6%), agresszivitás (35,9%) és memóriaproblémák (memória zavar 28,5%, emlékezetkiesés 25,3%) kerültek említésre, valamint több napos dezorientáltságról számolt be a kliensek 27,1%-a.

⁵⁶ A elsődlegesen heroint, amfetamint, egyéb stimulánsokat, vagy egyéb, nem besorolható szereket használók figyelembe vételével.

⁵⁷ A kutatást a Mátix Szociális és Egészségügyi Közhasznú Egyesület végezte. A kérdőíveket három intézményben a kezelőhely munkatársai vették fel a kliensekkel, egy intézményben a felvétel önkéntes módszerrel történt.

⁵⁸ A kérdőívet kitöltők 90%-a hallott már a designer drogról, 87%-uk legalább egyet meg tudott nevezni, 16,4% négyet vagy négyenél több szert is megnevezett. A kliensek összesen 48 különböző szert neveztek meg; leggyakrabban a következők kerültek említésre: kristály (50%), kati (29,9%), penta (17,6%), 4-mec (8,8%). A kliensek 83%-a az általa megnevezett szerek közül egyiknek sem tudta a konkrét hatóanyagát megjelölni.

Az új szerekhez kapcsolódó egészségügyi ártalmak tekintetében, hirtelen testsúlycsökkenésről számolt be a válaszadók 52,2%-a, nehézlégzésről 42,5%-a, gyomorpanaszokról 39,5%-a. Intravénás szerhasználattal összefüggésben sebesedés a szerhasználók 38,3%-ánál, hegesedés 34,3%-uknál, érgyulladás 29,5%-uknál fordult elő.

A szerhasználat negatív szociális hatásai között a legtöbbször a következők kerültek említésre: családi problémák (44,7%), párkapcsolati problémák (37,4%), baráti kör megváltozása (36,8%), törvénnyel való összeütközés (30,2%), munkahelyi problémák (17,2%), munkahely elvesztése (12,8%).

A kliensek viszonylag nagy hányada mondta azt, hogy az új pszichoaktív szerek használatának következtében szüksége volt alacsonyküszöbű vagy egyéb ellátás igénybevételére. A legtöbben túcsere szolgáltatást vettek igénybe (31,4%-a). Sürgősségi ellátásra a szerhasználók 13,0%-ának, pszichiátriai ambuláns kezelésre 12,9%-uknak, detoxikációs célú kórházi kezelésre 8,6%-uknak volt szüksége. Túladagolás megelőzése céljából került sor kórházi kezelésre az esetek 4,9%-ában. Pszichiátriai kórházi kezelésben a kliensek 7,4%-a, pszichiátriai zárt osztályos kezelésben 6,8%-uk részesült.

Következtetések

A kábítószer-használók kezelését, ellátását érintő legfontosabb fejlemények 2013-ban is az új pszichoaktív szerek egyre fokozódó térnyeréséhez köthetők. A kábítószer-probléma miatt kezelést kezdő kliensek között tovább növekedett az egyéb szerek és az egyéb stimulánsok miatt kezelést kezdők aránya, ezzel párhuzamosan folytatódott az opiátokkal (heroinnal) összefüggő kezelési igény csökkenése. Az új szerek használóirol elmondható, hogy a klasszikus szerekhez képest magasabb közöttük a nagyon fiatalok (20 éven aluliak) aránya, illetve, hogy a kezelési igény e szerek használata esetén korábban jelentkezik. Az elsődlegesen egyéb stimulánsokat, vagy egyéb szereket használók körében kiemelkedően magas, 50% fölötti, az intenzív - napi vagy heti többszöri - használók aránya, és gyakoribb körükben az injektlálás is, mint a „klasszikus” stimulánsokat használók között.

Az intravénás szerhasználók körében is folytatódott az elsődlegesen használt szerek utóbbi öt évben megfigyelhető áttrendeződése. Az elsődlegesen heroint injektlálók aránya az előző évhez képest további 10 százalékponttal, 32%-ra csökkent. A korábbi évekhez képest új fejleményként jelentősen visszaesett az amfetamint injektlálók aránya is. Az egyéb stimulánsokat vagy egyéb, nem besorolható szereket injektlálók aránya ugyanakkor több mint duplájára emelkedett az előző évhez viszonyítva, így elmondható, hogy a 2013-ban kezelést kezdő intravénás szerhasználók legnagyobb csoportja (42%-a) már nem a klasszikus kábítószerek valamelyikét használta elődlegetesen.

2013-ban folytatódott az elterelés keretében kezelést kezdő kliensek arányának csökkenése az önként kezelést kezdőkhöz képest. Ennek háttérében egyrészt az állhat, hogy a visszaélések tárgya egyre többször új pszichoaktív szer és nem kábítószer, így nincs szükség – fogyasztói típusú magatartás esetén – a büntetőeljárás kiváltása érdekében elterelésre. Az új Btk. életbe lépését követően az elterelés két éven belül nem ismételtető, ami szintén hatással lehetett az elterelés keretében kezelést kezdők számának alakulására.

6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI⁵⁹

6.1 HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

2013-ra vonatkozóan Magyarországon az intravénás kábítószer-használók körében bejelentett HIV/AIDS esetekre, valamint a heveny HBV, HCV okozta hepatitisek incidenciájára vonatkozó adatok az előző évekhez hasonlóan az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi Osztályán működő országos fertőzőbeteg nyilvántartásból, valamint a speciális HIV/AIDS, illetve hepatitis surveillance adatbázisból származnak (Csohán et al. 2014).

2013-ban nem valósult meg az országos HIV, HBV, HCV prevalencia vizsgálat az intravénás szerhasználók körében⁶⁰, azonban 2010 áprilisától 2013 júniusáig lehetőség nyílt az Országos Epidemiológiai Központ koordinálásában arra, hogy tűcsere programok és drogambulanciák egész évben folyamatosan felajánlják a HIV, HBV, HCV szűrővizsgálat lehetőségét az intravénás kábítószer-fogyasztó klienseiknek. A szűrővizsgálatokat az Egészségügyi Minisztérium finanszírozta. A múlt évben a program keretén belül 9 városban, 16 szolgáltató júniusig biztosította a HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatok lehetőségét az intravénás szerhasználóknak⁶¹ (módszertant lásd: 2011-es Éves Jelentés 6.1. fejezet). Így 2013-ra vonatkozóan ebből a programból származó adatok állnak rendelkezésre hazánkban a HIV, HBV, HCV és a kockázati magatartások⁶² előfordulási gyakoriságára vonatkozóan az intravénás kábítószer-fogyasztók körében. (Dudás et al. 2014)

6.2. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

Bejelentett HIV/ AIDS, HBV, HCV esetek

HIV/AIDS

2013-ban Magyarországon összesen 240 újonnan diagnosztizált HIV-pozitív esetet jelentettek be, az incidencia 24 eset/1millió lakos értéknek felelt meg. A regisztrált HIV-fertőzöttek több mint háromnegyedénél volt ismert a fertőződés módja. Az ismert rizikócsoportba tartozó HIV-fertőzöttek és AIDS betegek közül egy litván állampolgár tartozott az intravénás kábítószer-használók rizikócsoportjába. (Csohán et al. 2014)

⁵⁹ A fejezet szerzői: Dudás Mária, Horváth Gergely Csaba

⁶⁰ Előző országos prevalencia vizsgálatokat lásd: 2007-es és 2008-as Éves Jelentés 6.2. fejezet; 2009-es és 2010-es Éves Jelentés 6.1. fejezet. A 2014. évi országos prevalencia vizsgálat adatai a következő Éves Jelentésben kerülnek bemutatásra.

⁶¹ 2013-ban összesen 16 szervezet (kilenc tűcsere program és hét kezelőhely) vett részt ebben a programban.

⁶² A kérdések az EMCDDA útmutatójára - Protocol for the implementation of the EMCDDA keyindicator: Drug-related infectious diseases (DRID), draft version 6 October 2006, Project CT.04.P1.337. és a 9. standard tábla 2. és 3. részére épülnek.

8. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása 2009-2013 között (fő)

	2009	2010	2011	2012	2013
Homo/biszexuális	87	124	106	146	160
Heteroszexuális	23	19	18	23	24
Hemofília	0	0	0	0	0
Transzfúziós recipiens	0	0	2*	1*	0
Intravénás kábítószer-fogyasztó	0	0	0	0	1*
Nosocomiális	0	0	0	0	0
Maternalis	2	0	0	1	1
Ismeretlen	28	39	36	48	54
Összesen	140	182	162	219	240

* Importált esetek

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2014)

Akut hepatitis B

2013-ban 62 akut hepatitis B megbetegedést jelentettek be, 19%-kal többet, mint az elmúlt évben. Az incidencia 0,6‰ volt. Húsz főnél volt ismert a fertőződés módja, közülük 5 fő – négy 25-34 év közötti férfi és egy 34 évesnél idősebb férfi – tartozott az intravénás kábítószer-fogyasztók rizikócsoportjába. (Csohán et al. 2014)

Akut hepatitis C

2013-ban 46 heveny hepatitis C megbetegedést jelentettek, az incidencia 0,5‰-nek bizonyult. A 46 beteg közül 15-nél volt ismert a fertőződés módja, közülük tízen – egy 25-34 év közötti és két 34 évesnél idősebb nő, illetve két 25 évnél fiatalabb, négy 25-34 év közötti és egy 34 évesnél idősebb férfi fertőződött intravénás kábítószer-használat révén. (Csohán et al. 2014)

HIV, HBV, HCV prevalencia az intravénás kábítószer-fogyasztók körében

A drogambulanciákon és tűcsere programokban végzett rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatok adatai

Az Országos Epidemiológiai Központ koordinálásában 2013 júniusáig 16 szervezet folyamatosan felajánlotta a HIV, HBV, HCV szűrővizsgálatok lehetőségét a klienseinek (Dudás et al. 2014), akik önkéntesen, motivációs díj nélkül jelentkeztek a mintavételre⁶³ (további részleteket lásd: 7.2. fejezet). A vizsgálatba olyan személyek kerültek, akik a 2013. év során megjelentek az intézmények valamelyikében, intravénás kábítószer-fogyasztónak vallották magukat, vagy emlékeztek arra, hogy valaha intravénásan szert használtak. A vizsgálatban Budapesten öt tűcsere program és két drogambulancia, vidéken⁶⁴ öt drogambulancia⁶⁵, és négy tűcsere program vett részt 2013 év júniusáig. A szervezetek munkatársai összesen 231 vérmintát küldtek el laboratóriumi vizsgálatra, amelyből 223 minta került a statisztikai elemzésbe.

HIV vírus esetében az összes vérminta negatívnak bizonyult. Öt főt találtak hepatitis B vírus fertőzöttnek (2,2%), akik közül hárman egyidejűleg anti-HCV pozitívnak is bizonyultak. 66

⁶³ A szűrővizsgálatok módszertana megegyezett az elmúlt négy évben a HIV, HBV, HCV fertőzések prevalenciájának mérésére irányuló szűrővizsgálatok módszertanával (Lásd: 2007-es Éves Jelentés, 6.2. fejezet).

⁶⁴ Budapest, Debrecen, Eger, Pécs, Salgótarján, Szeged, Szekszárd, Veszprém

⁶⁵ Közülük a pécsi és a szegedi drogambulancia tűcsere szolgáltatást is nyújt.

kliens mintája HCV ellenanyag pozitív volt (31,9%)⁶⁶, amely szignifikánsan magasabb a 2012-ben mért 23,1%-os HCV prevalencia értékhez viszonyítva. A továbbiakban az epidemiológiai adatok a HCV fertőzöttség tükrében kerülnek elemzésre.

A vérminták 24%-a drogambulanciáktól érkezett vizsgálatra. A drogambulanciákból érkezett vérminták 13,1%-a, a tűcsere programokból érkezett vérminták 49,1%-a bizonyult anti-HCV ellenanyag pozitívnak.

Az elemzésbe került 221 fő 61,1%-a aktív intravénás szerhasználó volt (4 héten belül injektált utoljára), 19%-a 4 hétnél régebben de egy éven belül, míg 13,5%-a 1 évnél régebben injektált utoljára. Azon szerhasználók között, akik 4 héten belül injektáltak utoljára, 43,1% volt a HCV ellenanyag pozitív személyek aránya. Azok, akik 4 hétnél régebben, de 1 éven belül injektáltak utoljára ez az arány 25%, az 1 évnél régebben injektáltak között 10,3% volt. A 4 héten belül injektáltak prevalencia értéke, illetve a másik két csoport prevalencia értékei között a különbség szignifikáns.

9. táblázat. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-használók megoszlása az utolsó injektálás időpontja szerint 2013-ban⁶⁷

Az utolsó injektálás időpontja	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	N	közül pozitív		N	közül pozitív	
		N	%		N	%
< 4 hét	135	5	3,7	123	53	43,1
4 hét-1 év	42	0	0	40	10	25,0
> 1 év	30	0	0	29	3	10,3
Nem tudja	14	0	0	13	0	0,0
Összesen	221	5	2,3	205	66	32,1

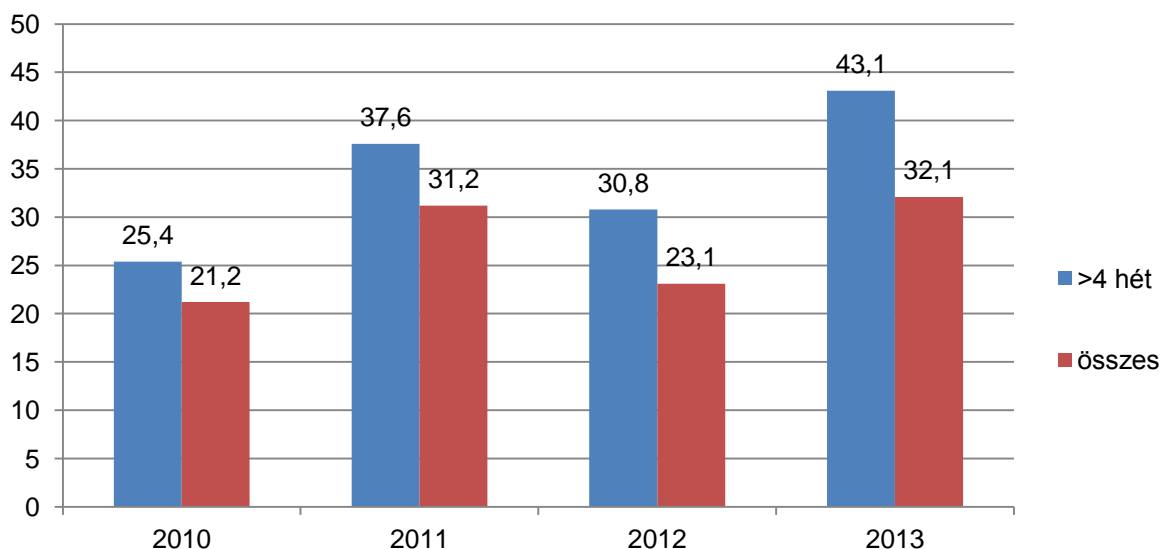
Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2014)

Az elmúlt 4 évben a 4 héten belül injektáltak körében mért HCV prevalencia minden alkalommal meghaladta a teljes mintában talált HCV prevalenciát. A két prevalenciában mért eltérés 2012-ben és 2013-ban szignifikáns volt.

⁶⁶ Kétes eredményt 16 személy esetében kaptak, amelyeket kizártak a statisztikai feldolgozásból, így HCV esetében 207 vérminta került bele a statisztikai feldolgozásba.

⁶⁷ Az utolsó injektálás időpontja két esetben ismeretlen volt.

17. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett HCV pozitív intravénás kábítószer-használók megoszlása az utolsó injektlás időpontja szerint, 2010-2013



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2014)

A vizsgálatba került személyek közül 150 fő (67,3%) volt férfi és 73 fő (32,7%) volt nő. A három korcsoport közül a 34 év felettek közé tartozott a mintát szolgáltatók több mint 40%-a (93 fő, 41,7%), a 25-34 éves korcsoportba tartozók adták a vizsgálatban résztvevők 40%-át (89 fő), és a 25 évnél fiatalabbak alkották a legkisebb csoportot 41 fővel (18,4%).

Csak a HCV prevalencia értékeket vizsgálva tovább, a férfiak és a nők fertőzöttségi arányában (31,4% és 32,8%) az eltérés nem szignifikáns, mint ahogy a korcsoportokon belül sem mutatkozik a nemek HCV prevalenciájában szignifikáns különbség. A hepatitis C prevalenciája a 25 év alattiak korcsoportjában volt a legmagasabb (40%), különösen magas a 25 évnél fiatalabb nők HCV fertőzöttsége (52,6%). A 25 év alatti nők HCV fertőzöttsége szignifikánsan magasabb az egész mintára vonatkoztatott értéknél.

10. táblázat. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás kábítószer-fogyasztók HIV, HBV, HCV fertőzöttsége nem és korcsoport szerinti bontásban, 2013-ban

Korcsoport	HIV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek			
	N	közül pozitív	N	közül pozitív N	%	N	közül pozitív N	%	
< 25 év	férfi	22	0	22	0	0	21	6	28,6
	nő	19	0	19	0	0	19	10	52,6
	férfi+nő	41	0	41	0	0	40	16	40,0
25-34 év	férfi	55	0	55	0	0	51	17	33,3
	nő	34	0	34	0	0	31	8	25,8
	férfi+nő	89	0	89	0	0	82	25	30,5
> 34 év	férfi	73	0	73	5	6,8	68	21	30,9
	nő	20	0	20	0	0	17	4	23,5
	férfi+nő	93	0	93	0	0	85	25	29,4
Összesen	férfi	150	0	150	5	3,3	140	44	31,4
	nő	73	0	73	0	0	67	22	32,8
	férfi+nő	223	0	223	5	2,2	207	66	31,9

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2014)

Az intravénás szerhasználat kezdete szerint, az új (kevesebb mint 2 éve) injektálók 41,7%-a fertőződött a vírussal, a 2-4 éve intravénás szerhasználók fertőzöttségének aránya 36,4% volt. Az 5-9 éve injektálónál a kliensek 38,7%-a, a 10 évnél régebben injektálók 28,7%-a volt HCV fertőzött. A kis esetszámok miatt a HCV prevalenciák közötti különbségek nem szignifikánsak.

11. táblázat. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-használók megoszlása az iv. kábítószer-használat kezdete szerint 2013-ban (N=223)⁶⁸

Az intravénás kábítószer-használat kezdete	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	közül pozitív szám	%	száma	közül pozitív szám	%
< 2 év	25	1	4	24	10	41,7
2 - 4 év	34	0	0	33	12	36,4
5 - 9 év	33	0	0	31	12	38,7
> 10 év	190	4	3,3	108	31	28,7
Nem tudja	9	0	0	9	0	0
Összesen	221	5	2,3	205	65	31,7

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2014)

Míg az elsődlegesen opiát-származékokat injektálók 25%-a, addig a nem opiát-származékokat injektálók⁶⁹ 35,8%-a fertőződött hepatitis C vírussal, a különbség szignifikáns.

⁶⁸ Az intravénás kábítószer-használat kezdete kérdésére két fő nem válaszolt.

Az elsődlegesen nem opiát származékokat injektálók körében, az egyéb szereket injektálóknál volt a legmagasabb a HCV fertőzöttség (46,9%), az elsődlegesen amfetamint injektálók 18,9%-a fertőződött.

Az egyéb szereket injektálók HCV fertőzöttsége szignifikánsan magasabb az elsődlegesen opiátot vagy amfetamint használók prevalencia értékeinél. Az egyéb injektált szer 2013-ban érdemben két szert takar. Az elmondásuk szerint jellemzően pentakristályt injektáló 43 fő esetében a HCV prevalencia 51,1%-nak, az MDPV-t injektáló 16 fő körében 50%-nak bizonyult.⁷⁰

12. táblázat. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2013-ban

Kábítószer típusa	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	N	közül pozitív		N	közül pozitív	
		N	%		N	%
Opiát	79	2	2,5	72	18	25,0
Amfetamin	54	0	0	53	10	18,9
Kokain	1	0	0	0	0	0,0
Egyéb	88	3	3,4	81	38	46,9
Összesen	222	5	2,6	206	66	32,0

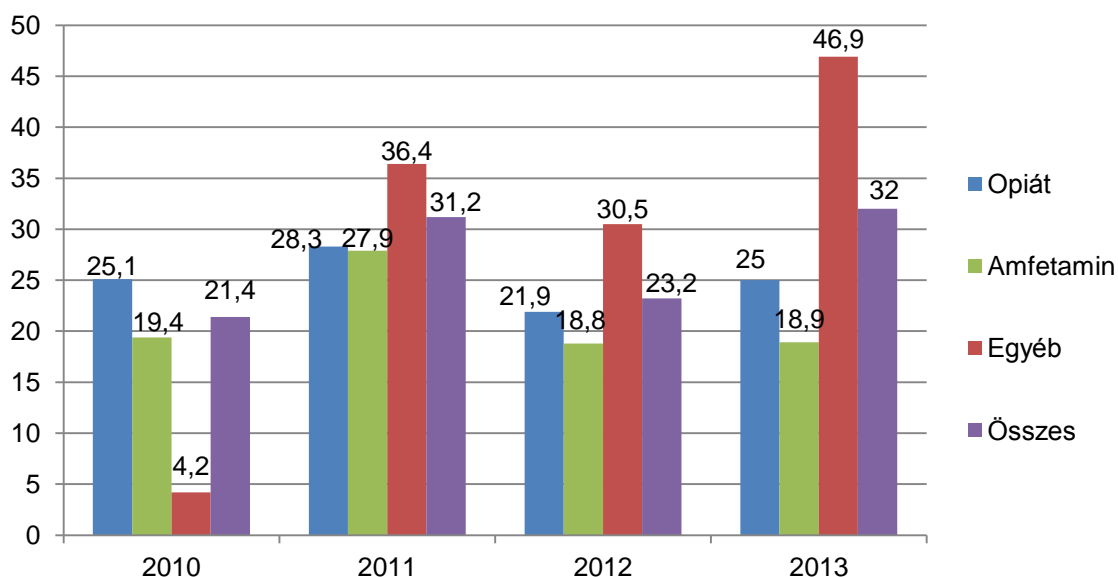
Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2014)

2013-ban az egyéb szert injektálók HCV prevalenciája szignifikánsan magasabb volt az előző évben, ugyanebben a csoportban mért prevalencia értékkel összehasonlítva. Az elsődlegesen opiátot és amfetamint használók HCV fertőzöttsége nem változott szignifikánsan az elmúlt két évben.

⁶⁹A nem opiát származékokat injektálók 39,6%-a (53 fő) amfetamint, 60,4%-a (81 fő) egyéb kábítószer típust injektált elsődlegesen.

⁷⁰ 89 fő injektált valamilyen egyéb szert. Az esetek csaknem fele (48,3%) pentakristályhoz, további ötöde (18%) MDPV-hez volt köthető. Egyéb említések: „designer szer” 3 esetben; 4-MEC 2 esetben; metilon, PV, ipor, JWH és LSD egy-egy esetben fordult elő. 20 esetben nem került megnevezésre az egyéb szer.

18. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban 2010-2013 között



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Drog Fókuszpont

Területi felosztás szerint a fővárosból érkezett 131 mintából 54 bizonyult hepatitis C pozitívnak, ami 41,2%-os átfertőzöttséget jelent. Ezzel szemben a vidékről érkezett minták 15,8%-ánál diagnosztizáltak hepatitis C pozitivitást (18 fő). A különbség szignifikáns. Vidéken Debrecenben volt a legmagasabb az átfertőzöttség, ahol a beérkezett minták 26,1%-a bizonyult hepatitis C pozitívnek, Pécsen a minták 4,5%-ánál, Szegeden 16,7%-ánál találtak anti-HCV ellenanyagot. Mind az öt HBsAg pozitív személyt Budapesten szűrték ki.

13. táblázat. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás kábítószer-fogyasztók száma, a fertőzöttek száma és aránya területenként, 2013-ban

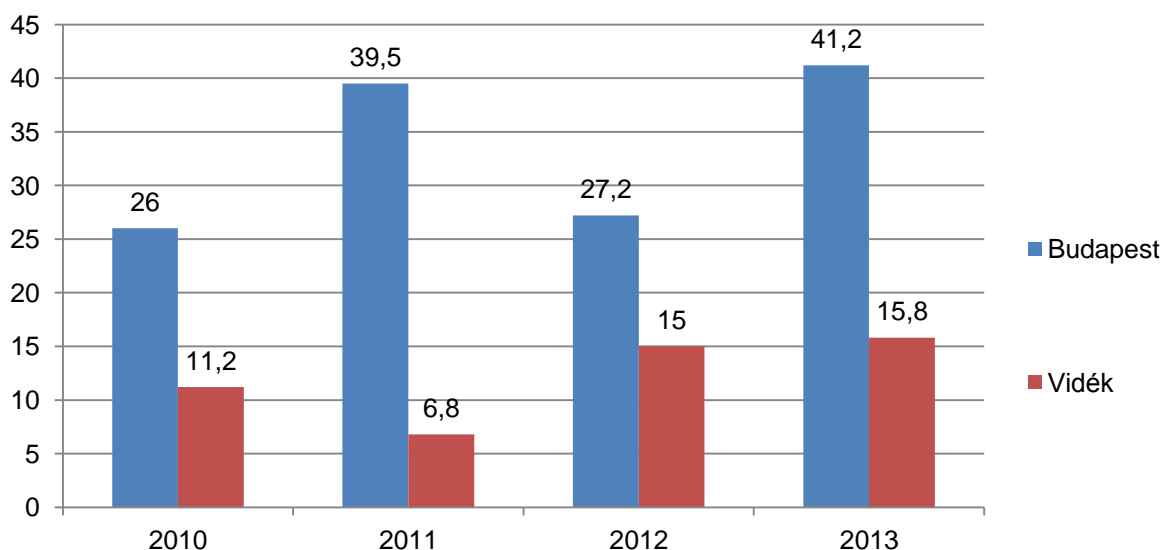
Terület/város	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	N	közül pozitív		N	közül pozitív	
		N	%		N	%
Budapest	144	5	3,5	131	54	41,2
Debrecen	25	0	0	23	6	26,1
Eger	9	0	0	8	2	25
Kecskemét	1	0	0	1	0	0
Pécs	22	0	0	22	1	4,5
Salgótarján	1	0	0	1	0	0
Szeged	18	0	0	18	3	16,7
Szekszárd	2	0	0	2	0	0
Veszprém	1	0	0	1	0	0
Vidék összesen	79	0	0	76	12	15,8
Összesen	223	5	2,2	207	66	31,9

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2014)

Az adatok helyes interpretálásához figyelembe kell venni, hogy a 8 vidéki városból csupán három esetében (Debrecen, Pécs, Szeged) lehet a HCV prevalencia értékeket validnak tekinteni, mivel a vizsgálatba került minták száma ezekben a városokban haladta meg a 20-at.

A budapesti HCV prevalencia szignifikánsan magasabb volt az előző évben mért értéknél, vidéken a HCV fertőzöttség nem változott számottevően az elmúlt két évben.

19. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) földrajzi megoszlás szerint 2010-2013 között



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Drog Fókuszpont

Kockázati magatartások

A drogambulanciákon és tűcsere programokban végzett rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatok adatai

Az EMCDDA útmutatója és standard táblája alapján 2012-ben az Országos Epidemiológiai Központ által koordinált HIV/HBV/HCV szűrővizsgálathoz (Dudás et. al 2013, lásd korábban ebben a fejezetben, illetve 7.2 fejezet) kapcsolódóan sor került a kockázati magatartásokat mérő változók lekérdezésére is. A válaszok a HCV szerológiai eredmények tükrében kerültek elemzésre egyes változóknál.

A feldolgozott adatok alapján a vizsgált intravénás szerhasználók 68%-ánál (152 fő) már történt HIV szűrővizsgálat a múltban. Azon személyek, akiknél történt ilyen jellegű vizsgálat, 85%-a tudta, hogy negatív a szerostátusza HIV-re nézve.⁷¹

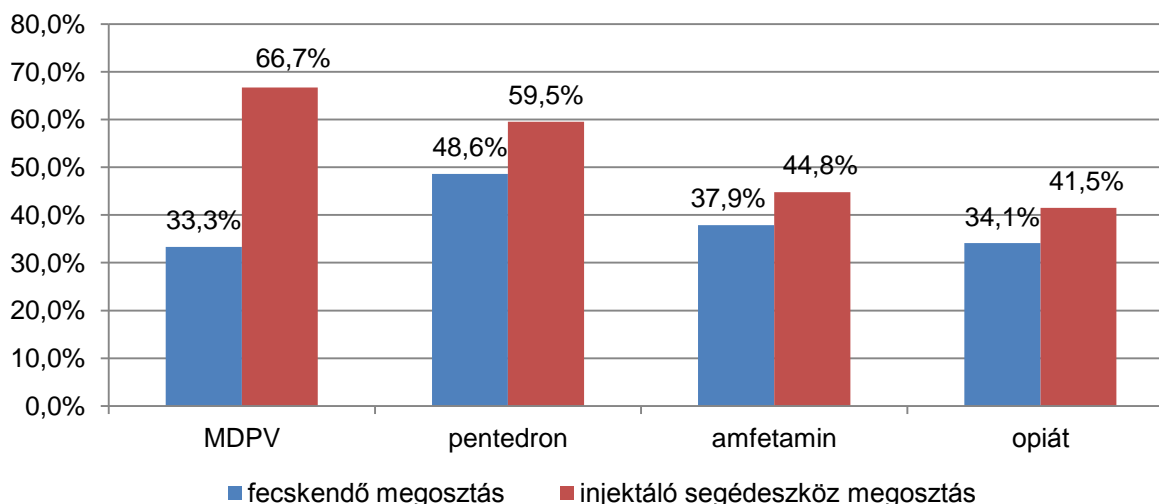
A válaszadók 68%-a (150 fő) volt már HCV szűrővizsgálaton élete folyamán. A szűrővizsgálaton részt vett kliensek 76%-a negatívnak, 7,3%-a pozitívnak vallotta magát HCV-re nézve, 25 főnél nem volt érdemi információ erre a változóra. A magukat HCV pozitívnak vallók közül (11 fő) 10-en bizonyultak valóban ellenanyag pozitívnak a szűrővizsgálat során. A magukat HCV negatívnak vallók 24%-ánál (27 fő) azonban HCV pozitívítást találtak. A 25 fő közül, akiknél nem volt információ, 10 fő lett pozitív.

⁷¹ 3 fő úgy tudta, hogy kétes volt a legutóbbi HIV szűrővizsgálat eredménye, 3 fő nem válaszolt, 7 fő pedig nem emlékezett a HIV szűrővizsgálat eredményére. 10 esetben nem volt elérhető információ.

Az elmúlt 4 hétben a szűrésen részt vett 135 kliens⁷² 37,2%-a nem injektált, 15,7%-a heti gyakorisággal, 16,6%-uk hetente többször (2-6 alkalom), 6,7% naponta egyszer, míg 18,4% naponta többször.

Az aktív⁷³ injektálók 38,8%-a (52 fő) osztotta meg az elmúlt 4 hétben a tűt/fecskendő, 47,8%-a (64 fő) az injektáló segédeszközöket. Az aktív injektálók 15,6%-a nem steril fecskendőt használt az utolsó injektálás során. Kettő vagy annál több személytől használt fecskendőt 10 fő (7,4%) kapott az elmúlt 4 hétben.

20. ábra. Fecskendő, illetve injektáló segédeszköz megosztásának prevalenciája (%) az elmúlt 4 hétben a rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett aktív intravénás szerhasználók körében, egyes elsődlegesen injektált szerek szerinti bontásban, 2013-ban (N=125)⁷⁴



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2013), elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Az összes vizsgálatba került személyt elemezve, az utolsó napi injektálás-szám és az utolsó eldobott fecskendő újrahasználásainak száma (csoport átlag) szintén az új szereket használók körében volt magasabb.

⁷² A szűrésben részt vevő összes kliens 60,5%-a.

⁷³ Az elmúlt 4 hétben legalább egyszer injektálók, itt 135 fő.

⁷⁴ A fecskendő megosztás ideje egy fő esetében nem ismert, az injektált szer 9 esetben nem ismert, így a 135 fő aktív szerhasználóból 125 főre vonatkozóan tartalmaz adatokat. Elemszám szer típusonként (megosztók + nem megosztók): 4-MEC: 2 fő; amfetamin: 29 fő; MDPV: 12 fő; opiát: 41 fő; pentakristály: 37 fő; LSD: 1 fő; egyéb szer: 4 fő.

14. táblázat. Az utolsó napi injektlás-szám és az utolsó eldobott fecskendő újrahhasználásainak száma (csoport átlag) a rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók körében egyes elsődlegesen injektlált szerek szerint, 2013-ban⁷⁵

		MDPV	pentedron	amfetamin	opiát
napi injektlás szám	Válaszadók száma	16	38	42	39
	Átlag	4,9	4,8	2,8	2,2
	Szórás	3,5	7,9	2,6	1,6
utolsó eldobott fecskendő újrahhasználásainak száma	Válaszadók száma	13	40	51	79
	Átlag	4	3,3	2,5	2,3
	Szórás	3,3	5,2	3,3	2,6

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2014), elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

A vizsgálatba került 223 kliens 61,9%-a élt szexuális életet a megkérdezés előtti négy hétben, 78,3%-uk nem használt óvszert az utolsó szexuális együttlétnél. 9 fő nyújtott valamilyen szexuális szolgáltatást az elmúlt 4 hétben. A kliensek 31,8%-a, 71 fő vett részt opiát helyettesítő kezelésben. A szűrés megelőző egy évben 1 hétnél tovább élt stabil lakóhely nélkül 19,3%-uk, 43 fő. A kliensek több mint harmada (35,4%) volt már élete során börtönben.

A szűrésben megjelent 223 kliens közül 26 fő (11,6%) részt vett már valamilyen addiktológiai kezelésben⁷⁶. 7 fő életében először 2013-ban, 14 fő korábban is kapcsolatba került az ellátórendszerrel, 5 fő esetében nem derült ki, hogy első alkalommal kezelték-e.

A tűcsere programok körében végezett adatgyűjtésből származó, a szolgáltatást igénybe vevő intravénás szerhasználó kliensek szocio-demográfiai és szerhasználati jellemzőire vonatkozó országos adatok a 4.3. fejezetben kerülnek bemutatásra.

Az 5.3.2. fejezetben a TDI adatok alapján kerül bemutatásra a kezelésbe lépő intravénás szerhasználók szer típus szerinti megoszlása.

⁷⁵ Az összes elért intravénás szerhasználó körében. Injektlási alkalmak száma az utolsó napon, amikor injektlált ismert 157 fő esetében. Utolsó eldobott fecskendő újrahhasználásainak száma ismert 211 fő esetében.

⁷⁶ 2006 óta, TDI adatgyűjtés alapján.

6.3. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI

Közúti balesetek

2013-ban a rendőrség 114 közúti baleset során vett vér- és/vagy vizeletmintát küldött az Országos Toxikológiai Intézetbe igazságügyi toxikológus szakértői vizsgálatra, vezetési képességre hátrányosan ható szer fogyasztásának gyanújával. Az intézet a 114 mintából 48 esetben állapított meg pozitivitást.

15. táblázat. *Kábítószer/ pszichotróp anyag/ új pszichoaktív szer jelenléte a közúti balesetekből származó vér és/vagy vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban 2013-ban*

A vér és/vagy vizeletvizsgálat alapján valószínűsíthetően fogyasztott kábítószer, pszichotróp anyag vagy "új pszichoaktív anyag"	Eset (db)
3-MMC	1
3-MMC + alfa-metil-triptamin + amfetamin + pentedron	1
3-MMC + alfa-PVP + pentedron + THC	1
3-MMC + amfetamin + MDMA + pentedron	1
3-MMC + amfetamin + pentedron	1
3-MMC + MPA + pentedron	1
4-MEC	1
alfa-PVP + pentedron	1
amfetamin	8
amfetamin + mefedron + pentedron + THC	1
amfetamin + metamfetamin	1
amfetamin + metamfetamin + THC	1
amfetamin + pentedron	1
amfetamin + pentedron + THC	1
amfetamin + THC	2
bk-MPA	1
ketamin	1
kodein + metadon + morfin + THC	1
kokain	2
kokain + MDMA	1
MDMA + THC	3
mefedron + pentedron + THC	1
morfin	1
pentedron	2
THC	12
<i>negatív</i>	66
Összesen	114

Forrás: Országos Toxikológiai Intézet

Pszichiátriai és szomatikus komorbiditás

Az új pszichoaktív szerek és a pszichiátriai komorbiditás kapcsolatáról bővebben lásd a 4.3 fejezetet.

6.4. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN

Az adatgyűjtés (lásd 6.1. fejezet) eredményeképp eset alapú adatbázis (SR) áll rendelkezésre a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetekről. Részletes információk állnak rendelkezésre a közvetlen és a közvetett halálesetekről is, melyek további kategóriákra (természetes és erőszakos) bontva is elemezhetők.

16. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen, természetes és erőszakos halálesetek megoszlása 2013-ban (fő)*

	Összesen
Közvetlen	31
Természetes	4
Erőszakos	12
Összesen	47

Forrás: OAC 2014a

Közvetlen túladagolás okozta halálesetek

Országos adatok

2013-ban 31 kábítószer-használattal közvetlenül összefüggő esetet jelentettek, amely további emelkedést mutat a korábbi években tapasztalt esetszámokhoz (2012: 24; 2011:14, 2010:17 eset) viszonyítva⁷⁷.

A 31 halálesetből 4 esetben utaltak jelek arra, hogy öngyilkossági céllal történt a szerfogyasztás.

Kizárólag opiáthasználathoz köthető haláleset 2013-ban nem történt. Opiát és más kábítószerek együttes használata 3 esetben volt végzetes kimenetelű. Kilenc esetben állapított meg halálos mérgezést az igazságügyi orvosszakértő metadon miatt, minden esetben kimutatható volt benzodiazepin típusú gyógyszer használata is.

Az egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés 15 esetben fordult elő, ebből nyolc esetben új pszichoaktív anyag is jelen volt az elhunytak biológiai mintáiban.

Egyéb szer használata 4 esetben vált végzetessé, minden esetben polidrog-használat volt kimutatható.

A 31 közvetlen túladagolásból 14 esetben jelen volt egy vagy több új pszichoaktív anyag is. A kimutatott anyagok a következők voltak: pentedron, alfa-PVP, p-metil-4-metil-aminorex, MPA, 3-MMC, 2-MPA, mefedron. Metamfetamin egy esetben került kimutatásra.

Vérből 8, vizeletből 4 esetben volt kimutatható alkohol jelenléte.⁷⁸

A 31 közvetlen halálesetből két alkalommal egyetlen szer fogyasztása okozta a mérgezést, jellemző volt a polidrog-használat⁷⁹; 18 esetben (58%) megjelent benzodiazepin is.

⁷⁷ A tramadolhoz köthető esetek kizárásra kerültek.

⁷⁸ Véralkohol 4, vizeletalkohol vizsgálat 13 esetben nem készült.

⁷⁹ 29 esetben legalább két, 13 esetben három, 8 esetben négy, 3 esetben öt, 1-1 esetben hat ill. hét anyag került kimutatásra (alkohol nélkül), leggyakrabban benzodiazepin.

17. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2013-ban⁸⁰

	Férfi	Nő	Összesen
Opiát okozta túladagolás/mérgezés (metadon és más szer nélkül)	0	0	0
Opiát és egyéb szer okozta túladagolás/mérgezés	1	2	3
Metadon okozta túladagolás/mérgezés ⁸¹	7	2	9
Egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	9	6	15
Egyéb szer okozta mérgezés	2	2	4
Összesen	19	12	31

Forrás: OAC 2014a

A 31 közvetlen halálesetben elhunyt közül 19 férfi, 12 nő volt. Az elhunytak átlagéletkora 32,6 év volt (férfi: 30,3 év; nő: 36,3 év), a legfiatalabb elhunyt férfi 19, a legidősebb 45 éves; a legfiatalabb elhunyt nő 19, a legidősebb 61⁸² éves volt.

18. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek korcsoportok szerinti megoszlása 2013-ban (fő)

	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	60- 64	összesen
Opiát okozta túladagolás/mérgezés (metadon és más szer nélkül)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Opiát és egyéb szer okozta túladagolás/mérgezés	0	0	0	0	1	0	1	0	1	3
Metadon okozta túladagolás/mérgezés	0	3	2	0	4	0	0	0	0	9
Egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	2	2	6	1	2	1	1	0	0	15
Egyéb szer okozta mérgezés	1	0	0	0	1	0	0	1	1	4
Összesen	3	5	8	1	8	1	2	1	2	31

Forrás: OAC 2014a

Minden áldozat magyar állampolgár volt. A 31 közvetlen halálesetből 15 eset Budapesthez volt köthető, ebből két esetben hajléktalan személy volt az áldozat. 8 eset megyeszékhelyen, egy eset nagyvárosban, öt eset kisvárosban, két eset községben történt.

A közvetlen halálesetek időbeli alakulását vizsgálva látható, hogy az opiátokhoz köthető esetek 2009 után jelentősen lecsökkentek. Kizárólag heroinhoz⁸³ köthető eset 2013-ban nem volt. A metadonhoz köthető esetek száma némi növekedést mutat, ám ezekben az esetekben a párhuzamos benzodiazepin és/vagy alkohol-fogyasztás is közrejátszik.

A lefoglalási és a tűcsere programok kliens adatai (bővebben lásd a 4., 7. és 10. fejezeteket) a korábbi években is arra utaltak, hogy a heroin injektálása szinte teljesen visszaszorult. Ennek megfelelően a nem opiát típusú szerek – ezen belül az „egyéb amfetaminok” – és az

⁸⁰ Special register Selection D.

⁸¹ Alkohol és/vagy benzodiazepinek előfordulása mellett.

⁸² Két esetben 61 éves nő volt az áldozat, egyik esetben ketamin, másik esetben 4-metilamfetamin volt kimutatható.

⁸³ Kizárólag morfin és alkohol és/vagy benzodiazepinek.

„egyéb szerek” kategóriákban volt megfigyelhető növekedés, az új pszichoaktív szerek terjedésének megfelelően (bővebben lásd: 4. fejezet, illetve 2013-as Éves Jelentés 4.fejezet).

19. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2009-2013 között (fő)*

	2009	2010	2011	2012	2013
Opiát típusú kábítószer okozta mérgezés ⁸⁴	28	12	6	8	3
Metadon (egyéb kábítószer nélkül) okozta túladagolás/mérgezés ⁸⁵	2	2	4	5	9
Egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	1	3	3	7	15
Egyéb szer okozta mérgezés	0	0	1	4	4
Összesen	31	17	14	24	31

Forrás: OAC 2014a

Kábítószer-fogyasztással összefüggésbe hozható indirekt halálesetek

2013-ban 16 kábítószer-fogyasztással közvetetten összefüggő halálesetet jelentettek a halálozási regiszterbe. Az indirekt halálesetek két csoportját lehetett megkülönböztetni: A hosszú távú kábítószer-fogyasztás okozta egészségromlás áll a természetes halálok mellett bekövetkezett halálozás háttérében. 4 esetben regisztráltak 2013-ban természetes okot, jellemzően valamilyen szívbetegséget.

A másik csoportba az erőszakos módon elhaltak kerültek, akiknél a biológiai minták vizsgálata megerősítette, hogy a halált megelőzően fogyasztottak kábítószerrel. 2013-ban 12 ilyen esetet jelentettek. A 12 erőszakos halálesetből nyolc esetben közlekedési baleset történt, 2 esetben egyértelműen öngyilkosság, 2 esetben gyilkosság történt.

A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek körülményei

A halálozási regiszterben rendelkezésre álló adatoknak köszönhetően átfogóbb képet kapunk a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek körülményeiről. A következő táblák a közvetlen, természetes és erőszakos halálokok mentén mutatják be az esetekről rendelkezésre álló információkat.

A feltalálás helyét tekintve a közvetlen túladagolások haláleseteinél az elhunytakat jellemzően saját vagy más lakásában találták meg. Az erőszakos haláleseteinél a közút vagy valamilyen közterület a leggyakoribb helyszín. Az alacsony esetszámok részletesebb elemzést nem indokolnak.

20. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen, természetes és erőszakos halálesetek megoszlása a feltalálás helyszíne szerint 2013-ban (fő)*

	saját lakás	idegen lakás	közút	egyéb közterület	kórház	egyéb	össz.
Közvetlen	12	8	0	0	8	3	31
Természetes	0	1	0	0	3	0	4
Erőszakos	2	1	4	4	1	1	12
Összesen	14	10	4	4	12	4	47

Forrás: OAC 2014a

⁸⁴ Opiát bomlástermék (morfin) mellett más szerek előfordulhatnak, beleértve a metadont is, de a kizárólag metadonhoz köthető esetek kizárására kerültek.

⁸⁵ Alkohol és/vagy benzodiazepinek előfordulása mellett.

Következtetések

2013 júniusáig a HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokat intravénás szerhasználók számára 9 városban, összesen 16 szervezetnél ajánlották fel rutinszerűen. A 223 intravénás szerhasználó vizsgálata alapján nagy valószínűséggel megállapítható, hogy a populációban a korábbi évekhez hasonlóan nagyon alacsony lehet a HIV, illetve a HBV fertőzöttek száma. A drogambulanciákon kezeltek, illetve a tűcsere szolgáltatásokat igénybevevők körében 2013-ban 31,9%-os HCV prevalencia értéket mértek, a 2012. évi adatokkal (23,1%) összehasonlítva a különbség szignifikáns. Külön figyelmet érdemel az utoljára 4 héten belül injektálók, a 25 évnél fiatalabb nők, és az egyéb szereket injektálók magas HCV prevalencia értéke. Az aktív injektálók több mint harmada (38,8%) vallotta, hogy megosztott tűt/fecskendőt, csaknem fele (47,8%) pedig injektáló segédeszközöket az elmúlt 4 hétben.

A kábítószer-fogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetek száma a korábbi évekhez hasonlóan tovább növekedett. Az opiátokhoz köthető halálesetek száma – a heroin szinte teljes eltűnése óta – továbbra is nagyon alacsony, az emelkedés mögött az új szerek további terjedése állt. Minden második esetben új pszichoaktív szer bomlásterméke is megjelent az elhunytak mintáiban. Szinte minden eset polidrog-használathoz volt köthető, és gyakori volt a benzodiazepinek előfordulása is.

7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE⁸⁶

7.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A túcserre szervezetek 2014-ben is a Nemzeti Drog Fókuszpont által létrehozott adatgyűjtő internetes portálon jelentették 2013-ra vonatkozó forgalmi és kliens adataikat, valamint információt nyújtottak beszerzési forrásaikról is, és beszámoltak a túcserre program keretein belül nyújtott egyéb segédeszközökről és szolgáltatásokról.

2012-ben új három éves támogatási ciklus (2012-2014) kezdődött meg a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátást – többek között túcserét – működtető szolgáltatók állami támogatása tekintetében⁸⁷ (az új támogatási ciklusról részletesen lásd a 2013-as Éves Jelentés 5. ill. 7. fejezetét). 2012. év során a legnagyobb forgalmú túcserre programok esetében jelentősen csökkent a rendelkezésre álló kiosztható fecskendők száma. Erre reagálva 2012. végén szakmai szervezetek és az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) közötti egyeztetés eredményeképp az EMMI 2013 folyamán egyedi támogatásként két alkalommal, 6 illetve 7 millió forint összeggel támogatta az injektorok beszerzését. Mindkét egyedi támogatás 2013 folyamán érkezett, de a második támogatási körben beszerzett injektorok kiszállítása már csak 2014-ben történt meg. Az első támogatási körben 255.400, a második támogatási körben 298.000 steril injektor került szétosztásra).

2013-ban lépett hatályba a Nemzeti Drogellenes Stratégia (részleteket lásd: 1. fejezet), amely megfogalmaz megállapításokat a drogfogyasztás egészségügyi következményeire adott válaszokkal kapcsolatban is. A Stratégia 6. fejezetében (Kezelés, ellátás, felépülés) kijelentik, hogy „a felépülés-központú szemlélet alapján működő teljes kezelési láncnak a különböző alacsonyküszöbű, illetve ártalomcsökkentő programok is részei, annak mintegy első állomását jelentik”, valamint, hogy ezen szolgáltatás-típusnak célja a rejtőzködő kábítószer-használók megkeresése, amely lehetőséget jelent a kezelésbe kerülésükre is. Ugyanakkor a Stratégia kiemeli, hogy ezen szolgáltatásoknál fontos, hogy integrálódjanak a felépülés-központú komplex programokba és szorosan működjenek együtt a gyógyító-rehabilitáló intézményekkel, és hogy a kábítószerrel összefüggő halálozások és a kábítószer-túladagolások megelőzése érdekében a kezelési és ártalomcsökkentési beavatkozásokat összehangoltan kell alkalmazni. A Stratégia „Helyzetkép és következtetések” fejezete megállapítja a túcserre programokkal kapcsolatban, hogy a „veszélyeztetett, rejtőzködő droghasználói csoportokkal sok esetben kizárólag ezek a szolgáltatók állnak kapcsolatban.”, a fogalomtárban (3. számú melléklet a Nemzeti Drogellenes Stratégiához) pedig leírják, hogy „Ártalomcsökkentés például a túcserre, amely csökkenti a túmegosztást és így a fertőző betegségek terjedését az intravénás kábítószer-fogyasztók között, míg más károkat nem befolyásol.”.

7.2. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE

A rekreációs szinten végzett ártalomcsökkentő programok a 3.4. fejezetben kerülnek bemutatásra.

A túcserre szervezetek által nyújtott egyéb ártalomcsökkentő szolgáltatásokat lásd: 7.3. fejezet.

⁸⁶ A fejezet szerzője: Csák Róbert

⁸⁷ A befogadott, illetve elutasított pályázatok listája és a támogatási összeg (forint) itt érhető el:

<http://nrszh.kormany.hu/foigazgatoi-dontes-palyazatrol-2> és <http://nrszh.kormany.hu/foigazgatoi-dontes-palyazatrol>.

7.3. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE

Prevenció

A tűcsere programok hozzáférhetősége és forgalmi adatai

A tavalyi évben a pályázat nyomán kialakult ellátási struktúra nem változott, 2013-ban az előző évhez hasonlóan 29 szervezet működtetett tűcsere programot összesen 20 városban, amely az ország 14 megyéjét és 7 régióját jelenti. 2013-ban az országban 28 állandó telephelyű program működött – ez volt a legjellemzőbb program típus. 16 szervezetnél végeztek utcai megkereső munkát, 1 szervezet működtetett mobil tűcsere programot, és 4 helyen tudtak igénybe venni tű-automatát az injektló szerhasználók. 14 szervezet üzemeltetett két típusú programot, ez minden esetben az állandó telephelyű programhoz kapcsolódva végzett utcai megkereső munka – ez volt a legjellemzőbb kombinációja a különböző típusú tevékenységeknek. Három féle programot három szolgáltató tartott fenn, itt az állandó telephelyű programhoz az utcai munka mellett mobil tűcsere program vagy tűautomata fenntartása társult. 12 szolgáltató esetében csupán egy típusú tűcsere volt elérhető, ez döntően az állandó telephelyű program volt (egy szervezetet kivéve, ahol a tűautomata fenntartását vállalták).

2. térkép. Tűcsere szolgáltatók országos megoszlása 2013-ban (N=29)

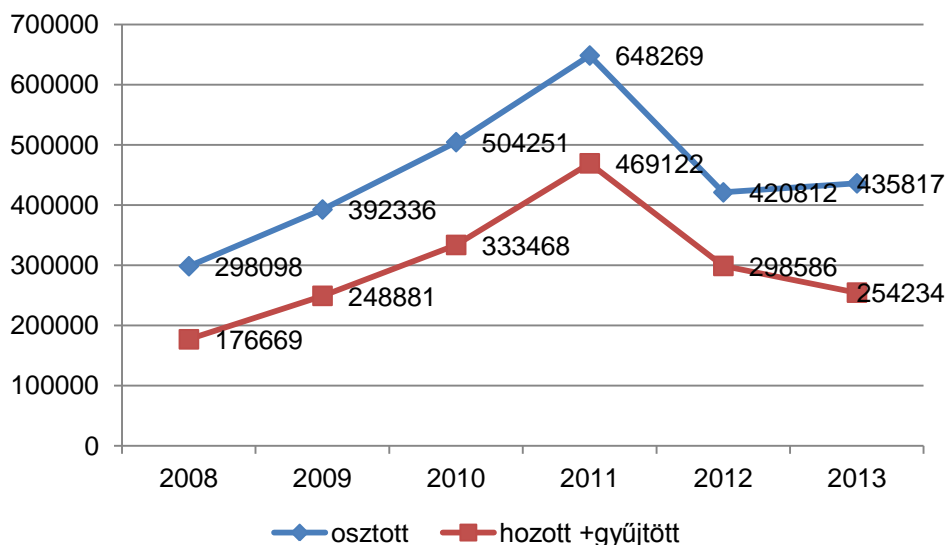


Forrás: Csák 2014b

A magyarországi tűcsere programok a tavalyi évben összesen 435817 steril injektlort osztottak ki a klienseknek, a hozott illetve gyűjtött használt fecskendők száma 254234 darab volt.⁸⁸ A 2012-ben megfigyelt 35%-os csökkenés után minimális mértékben (3,5%-al) ugyan, de emelkedett a kiosztott tűk száma. A visszahozott illetve begyűjtött tűk száma viszont 15%-al csökkent 2013-ban, így a becserelési arány a 2012-es stagnáláshoz képest a tavalyi évben romlott.

⁸⁸ Ebbe beleértendő a tűcsere automaták által adott, és az automaták mellett elhelyezett gyűjtőedénybe dobott fecskendők száma is.

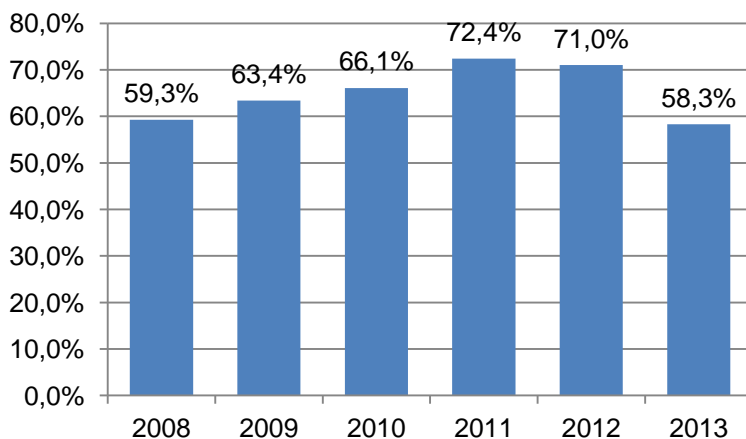
21. ábra. A tucsere programok fecskendőforgalmi adatai, 2008-2013



Forrás: Csák 2014b

A romló tendencia mögött az állhat, hogy a kliensek, illetve a klienskontaktok száma növekedett a tavalyi évben (lásd a 23. számú ábrát), viszont a szolgáltatóknál bevezetett, a kiadható/becserélhető tűk számát érintő, 2012-ben bevezetett korlátozások megmaradtak, azaz a több kliens nem járt együtt a visszahozott tűk számának emelkedésével. A korábbi években a becserélési arányban mutatkozó emelkedő tendencia tehát 2012-ben megállt, míg 2013-ban az előző évhez képest, mintegy 13 százalékponttal csökkent, így ebben az évben a visszahozott és begyűjtött használt fecskendő a kiosztott tűk 58,3%-át tették ki (2012-ben a becserélési arány 71% volt).

22. ábra. Becserélési arány változása, 2008-2013



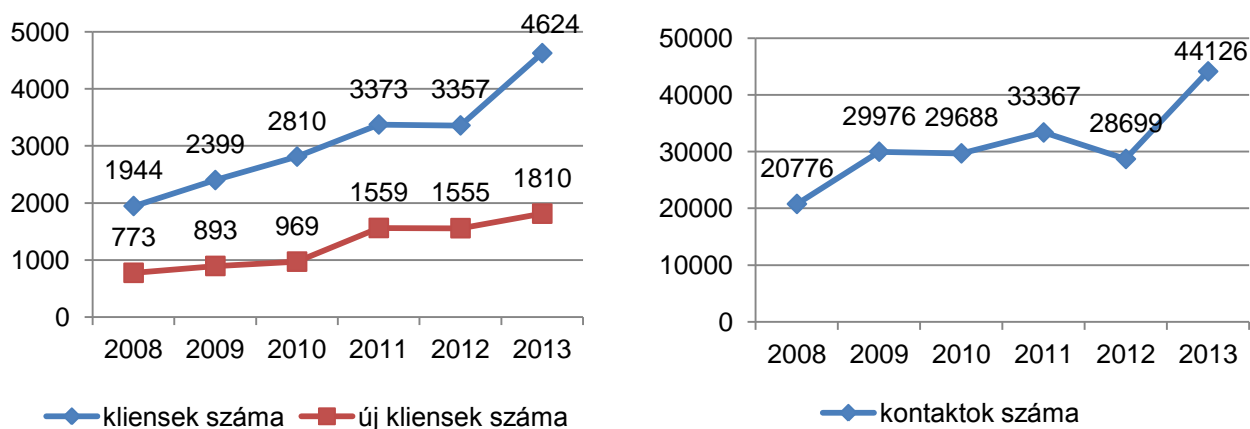
Forrás: Csák 2014b

A kiosztott fecskendők számának változásaival ellentétben a tucsere programokban megjelent kliensek száma⁸⁹ meredek emelkedést mutatott 2012-höz képest, a programok 4624 klienst értek el, amelyből 1810 volt új kliens. 2013-ban a kliensek száma 38%-al, az új

⁸⁹ A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

kliensek⁹⁰ száma 16%-al növekedett az előző évhez képest. A klienskontaktok száma viszont még drasztikusabb emelkedést mutatott a 2012-es évhez képest: 54%-al, 28700-ról 44100-ra emelkedett. Feltehető, hogy a steril fecskendők elérhetőségének csökkenését a klienskör nagyobb számú megjelenéssel kompenzálta.

23. ábra. Kliensek és klienskontaktok számának alakulása a magyarországi tűcsere programokban, 2008-2013



Forrás: Csák 2014b

21. táblázat. A tűcsere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2012-ben és 2013-ban

	Állandó telephelyű	Mobil tűcsere	Utcai megkereső	Tű-automata	Összesen
2012					
osztott	328060	69968	9987	12797	420812
hozott (+gyűjtött)	217741	69764	9937	1144	298586
becserélési arány	66%	100%	99%	9%	71%
kliensek száma	3122	123	112	0	3357
új kliensek száma	1452	56	47	0	1555
kontaktok száma	26887	768	1044	0	28699
szervezetek száma*	27	1	18	4	29
2013					
osztott	357358	57946	10759	9754	435817
hozott (+gyűjtött)	182751	58055	12466	875	254234
becserélési arány	51%	100%	116%	9%	58%
kliensek száma	4374	160	90	0	4624
új kliensek száma	1727	51	32	0	1810
kontaktok száma	41751	1533	842	0	44126
szervezetek száma*	28	1	14	4	29

*egy szervezet többféle programtípust is működtethet, így a programtípusonkénti szervezetek száma nem egyezik meg az összes szervezet számával

Forrás: Csák 2014b

⁹⁰ A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

Azzal, hogy a kliensforgalom ilyen nagy mértékben emelkedett, viszont a kiosztott tűk száma csak nagyon kis mértékben nőtt, tovább romlott az egy kliensre illetve egy kontaktra jutó kiosztott illetve hozott és gyűjtött tűk száma. 2013-ban már csupán 92 kiosztott tű jutott egy kliensre az előző évi 122 darabhoz képest. A cserearány romlása itt is megjelenik: egy kliensre már csupán 55 darab visszahozott/begyűjtött injektor jutott (2012-ben ez a szám 89 volt). A hazai intravénás kábítószer-fogyasztók becsült számát tekintve (lásd: 2010-es Éves Jelentés 4.1. fejezet) 2013-ban egy intravénás kábítószer-fogyasztóra 76,5 steril fecskendő jutott, amely valamivel magasabb a tavalyi adatnál (2012-ben egy intravénás kábítószer-fogyasztóra átlagosan 74 steril fecskendő jutott⁹¹).

22. táblázat. Az egy kliensre/egy kontaktra jutó osztott illetve hozott+gyűjtött fecskendők, és az egy kliensre jutó kontaktok száma, 2012-2013

Program típusa	osztott / kliens	(hozott+gyűjtött) / kliens	osztott / kontakt	(hozott+gyűjtött) / kontakt	kontakt / kliens
2012					
Állandó telephelyű	105	70	12	8	9
Mobil program	569	567	91	91	6
Megkereső program	89	89	10	10	9
Összesen	122	89	14	10	9
2013					
Állandó telephelyű	82	42	9	4	10
Mobil program	362	363	38	38	10
Megkereső program	120	139	13	15	9
Összesen	92	55	10	6	10

Forrás: Csák 2014b

Tűcsere programok forgalmi adatai területi bontásban

A területi megoszlást vizsgálva 2013-ban a budapesti tűcsere programok tették ki mind az eszköz, mind a kliens forgalom döntő részét. Az előző évhez képest a vidéki városokban működő programok aránya a hozott ill. gyűjtött fecskendők számát tekintve növekedett (2012: 6,4%, 2013: 10,7%), míg az osztott fecskendők számát tekintve kisebb mértékben de szintén emelkedést láthatunk (2012: 8%, 2013: 9,6%).

A területi bontás alapján a kliensek illetve a klienskontaktok számában mutatkozó fővárosi túlsúly nem változott jelentős mértékben, ugyanakkor a 2013-ban tapasztalt jelentős növekedés a vidéken működő programokat is érintette – úgy tűnik, hogy ez az emelkedés nem kizárólag fővárosi jelenség. A kliensszámban mutatkozó emelkedés okai azonban lehetnek eltérőek, valószínűleg Budapesten az eszközök számában, nyitva tartásban bevezetett korlátozások kompenzálása a fő motívum a kliensforgalmi jellemzők emelkedése mögött, míg a vidéki városokban működő programok kliensforgalmában mutatkozó

⁹¹ Ugyanakkor a intravénás szerhasználók számára vonatkozó becslés statikus, így abban nem tükröződik a kliensszámban és a klienskontaktokban 2013 folyamán tapasztalt emelkedés. Emellett az idézett becslés (lásd: 2010-es Éves Jelentés 4.1. fejezet) 2008-2009 közötti két éves időszakra vonatkozik, így abban nem látszanak azok a változások, amelyek az új pszichoaktív anyagok 2010-es megjelenése okozott az intravénás szerhasználó populációban.

emelkedésben az is szerepet játszik, hogy a 2012-ben újonnan indult programok 2013-ra kialakították a klienskörüket, a célcsoport elkezdte megtalálni ezeket az új programokat.

23. táblázat. A tűcsere programok által kiosztott és begyűjtött fecskendők, kliensek és kliens kontaktok száma és aránya területi bontásban, 2012-2013

Osztott fecskendők				
	2012		2013	
Budapest	387304	92,0%	393929	90,4%
Vidéki városok	33508	8,0%	41888	9,6%
Hozott + Gyűjtött fecskendők				
	2012		2013	
Budapest	279538	93,6%	227122	89,3%
Vidéki városok	19048	6,4%	27112	10,7%
Kliensek száma				
	2012		2013	
Budapest	2938	87,5%	4137	89,5%
Vidéki városok	419	12,5%	487	10,5%
Kontaktok száma				
	2012		2013	
Budapest	25807	89,9%	40189	91,1%
Vidéki városok	2892	10,1%	3937	8,9%

Forrás: Csák 2014b

Tűcsere programok forgalmi adatai programtípusonként

Az állandó telephelyű programok képviselik a legnagyobb arányt a hazai tűcsere forgalomban. 2013-ban 28 szervezet működtetett állandó telephelyű tűcsere programot 20 magyarországi városban (6 Budapesten, 3 Miskolcon, 2 Szegeden a többi vidéki városban 1-1 – lásd részletesen: 2. térkép). Az állandó telephelyű programokban osztott fecskendők (352358 db) a teljes országos forgalom 82%-t teszik ki, ez az arány nem változott jelentősen az előző évhez képest (2012-ben 78% volt az állandó telephelyű programokban kiosztott fecskendők aránya). Az előző évhez képest valamelyest (9%-al) emelkedett a kiosztott tűk száma, ugyanakkor ez a 2011-es értéknek 63%-a. A hozott és gyűjtött fecskendők száma tovább csökkent, 16%-al kevesebb használt tűt gyűjtöttek ezekben a programokban, mint 2012-ben. A kliensforgalomban ugyanakkor növekedést láthatunk, 2013-ban 40%-al magasabb volt a kliensszám, mint 2012-ben (2012: 3122 fő, 2013: 4374 fő), a kontaktszám még nagyobb arányban, 55,3%-al emelkedett az előző évhez képest (2012: 26887, 2013: 41751). Az új kliensek száma szintén emelkedett, 2013-ban 19 %-al több, összesen 1727 kliens⁹² jelent meg először valamelyik állandó telephelyű programban, míg 2012-ben ez a szám 1452 volt.

⁹² A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

2013-ban összesen 16 szervezet jelezte, hogy végeznek utcai megkereső munkát. Ebben a program-típusban kiemelkedően magas a cserearány, 116% – bár ez arányaiban nem tudja befolyásolni az országos adatokat (2013-ban utcai megkereső munka során összesen 10759 fecskendőt osztottak ki, amely 2,5%-a az országban összesen kiosztott fecskendőnek).

Bár 2013-ban nem szűnt meg újabb tű-automata, az osztott fecskendők száma tovább csökkent. Az elmúlt éveket vizsgálva csökkenő tendencia látszik ezen a területen, 2010 óta folyamatosan egyre kevesebb tű fogy az automatákból: 2010-ben 19243 darabot, 2013-ban pedig körülbelül fele annyit, 9754 darab fecskendőt forgalmaztak automatákon keresztül.

A tűcsere programokban nyújtott egyéb szolgáltatások

A steril injektor mellett a biztonságos injektálással kapcsolatos szóbeli tanácsadás érhető el a legtöbb programban (24 helyen). Emellett a legtöbb szolgáltatónál elérhető az alkoholos törlőkendő, az óvszer és a vitamin, a HIV ill. HCV szűrés 17 ill. 16 szervezetnél érhető el. Az aszkorbinsav volt az egyetlen olyan kiegészítő eszköz, amely elérhetősége – párhuzamosan a szerhasználati struktúra átalakulásával – jelentősen változott az előző évhez képest: 2013-ban már csupán 8 helyen biztosították, míg 2012-ben 22 szolgáltatónál volt elérhető, amellyel a második helyen volt az egyéb eszközök szolgáltatások között.

24. táblázat. *Injektáló és ártalomcsökkentő segédeszközök osztása és egyéb szolgáltatások nyújtása a tűcserét végző szervezetek körében, 2013-ban (N=28)*

Tanácsadás biztonságos injektálásról (szóbeli)	24
Alkoholos törlőkendő	21
Óvszer	21
Vitamin	20
HIV szűrővizsgálat	17
HCV szűrővizsgálat	16
Steril szűrő/filter	14
Vénakrém	13
Tanácsadás biztonságos injektálásról (írott szóróanyag)	12
Egyéni kockázatfelmérés	10
Steril főzőedény/kupak	9
Aszkorbinsav/ savasító	8
Előre összeállított, egységcsomagban kiszerelt steril inj. eszközök	7
Száraz törlőkendő, vatta	6
Fertőtlenítőszer eszköztisztításhoz	6
Érszorító	3
Desztillált víz	2
Fólia	2

A tűcsere szervezetek klienseinek jellemzői a 4.3. fejezetben olvashatóak. Ugyanitt kerülnek bemutatásra a 2013-ban végzett rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokon részt vett, elmúlt négy hétben is injektáló intravénás szerhasználók szerhasználati jellemzői is.

A 6.2. fejezet mutatja be a 2013. évre vonatkozó HIV/HBV/HCV fertőzés és a kockázati magatartások előfordulási gyakoriságát az intravénás szerhasználók körében.

A szubsztitúciós kezelésre vonatkozó adatok az 5.2. fejezetben olvashatóak.

Tanácsadás, szűrővizsgálatok

A fogvatartottak körében végzett tanácsadásról, szűrővizsgálatokról és kezelésről szóló információ a 9.8. fejezetben olvasható.

Hepatitis C kezelés

Nincs új információ.

7.4. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KEZELÉSE

Kábítószer-fogyasztással összefüggő közúti balesetek megelőzése

Magyarország 2013-ban is részt vett a TISPOL Alkohol és Kábítószer nemzetközi közúti ellenőrző akciójában. Az ellenőrzést júniusban és decemberben hajtották végre 4 napon keresztül. A vizsgálat során összesen 23437 járművezetőt ellenőriztek, ebből 5 esetben (0,02%) indítottak eljárást bódult (kábitószertől befolyásolt) állapotban elkövetett járművezetés gyanúja miatt.

Kábítószer-használó várandós nőket és gyermekeiket érintő beavatkozások

Alacsonyküszöbű szolgáltatás kábítószer-használó várandós nők részére Budapesten

2013-ban a Józan Babák Klub „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” elnevezésű programját⁹³ Budapesten a VIII. kerületben összesen 61 fő vette igénybe (Oberth et al, 2014). Ebből személyesen 53 szerhasználó nő jelent meg, míg 8 fő telefonon vagy interneten keresztül kereste meg a programot. Összesen 10-en szültek 2013-ban, 6-an az azt megelőző két évben, 2013 folyamán művi vagy spontán vetélés 6 esetben történt. 2013-ban utánkövetés keretében 14-en vettek részt a programban, ők 2011 előtt kapcsolódtak be az alapítvány munkájába. Az alapítványnál elérhető szolgáltatások közül 11 fő vett részt a szerhasználó szülők önsegítő anyacsoportjában, 4 fő vett részt Narcotics Anonymous csoportban. A szociális munka/addiktológiai konzultáció szolgáltatást 23-an vettek igénybe, szüléset-nőgyógyászati szakorvosi tanácsadáson 15 fő, védőnői tanácsadáson 21 fő vett részt, a lelki tanácsadást 10-en vették igénybe. A 61 megjelent többsége részt vett vagy sikeresen tovább irányítható volt magasabb küszöbű, nem anonim egészségügyi és szociális ellátásba – 4 fő volt, aki akut ellátási szükséglettel nem rendelkezett, és 3 fő volt, aki akut ellátási szükséglettel nem került adekvát ellátásba.

2013 végén az alapítvány email és telefonos elérhetőségét továbbfejlesztve elindították „Józan Babák Klub Krízisdiszpécser-szolgálatát” azzal a céllal, hogy országos lefedettségű, ágazatközi és intézményesített hálózatot hozzanak létre. A szolgáltatás 1-3 éves célja, hogy Magyarországon minden régióban kijelöljenek olyan addiktológiai szolgáltató szervezetet (alacsonyküszöbű szolgáltatás, drogambulancia stb.), amely a területen elsődlegesen fogadja a droghasználó várandós nők, illetve az őket ellátó szakemberek jelzéseit.

Pszichiátriai komorbiditás kezelése

Az új pszichoaktív szerekkel összefüggő pszichiátriai komorbiditást és annak kezelését lásd a 6.3. fejezetben.

⁹³ a program háromlépcsős működésének leírását lásd: 2012-es Éves Jelentés 7.4. fejezet

Következtetések

A 2012-ben megfigyelt 35%-os csökkenés után minimális mértékben (3,5%-al) emelkedett a kiosztott tűk száma, ugyanakkor a visszahozott illetve begyűjtött tűk számában 15%-os csökkenést tapasztalhattunk. A becserélési arány 58,3% volt 2013-ban, azaz a 2012-es stagnáláshoz képest a tavalyi évben romlott ez az arány. A tűcsere programokban megjelent kliensek száma meredek emelkedést mutatott, 2013-ban a kliensek száma 38%-al, az új kliensek száma 16%-al növekedett az előző évhez képest. A klienskontaktok száma szintén nagy arányban nőtt a 2012-es évhez képest: 54%-al, 28700-ról 44100-ra emelkedett. Feltehető, hogy a steril fecskendők elérhetőségének csökkenését a klienskör nagyobb számú megjelenéssel kompenzálta. Ugyanakkor szakértői vélemények alapján a forgalomnövekedésben szerepet játszhatott az is, hogy a kliensek nagy arányban az új pszichoaktív szereket injektálják, amelyekre a klasszikus szereknél intenzívebb használat jellemző (lásd bővebben: 4.3. fejezet illetve 5.3. fejezet). A forgalomnövekedés a vidéki tűcsere programoknál is megfigyelhető volt, így országos jelenségről beszélhetünk.

A klienskontaktok számának emelkedése hatott a cserearány csökkenésére is, ugyanis, a 2012-ben, a források szűkülése miatt a kiadható illetve becserélhető tűk számában bevezetett korlátozások érvényben maradtak 2013-ban is, így a kliensforgalom emelkedésével nem járt együtt a visszavitt használt fecskendők számának növekedése.

A hazai intravénás kábítószer-fogyasztók becsült számát tekintve (lásd: 2010-es Éves Jelentés 4.1. fejezet) 2013-ban egy intravénás kábítószer-fogyasztóra 76,5 steril fecskendő jutott, amely valamivel magasabb a tavalyi adatnál (2012-ben egy intravénás kábítószer-fogyasztóra átlagosan 74 steril fecskendő jutott).

8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ⁹⁴

8.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A kábítószer-problémában érintettek szociodemográfiai jellemzői elsődlegesen a 2013-ban nem elterelés keretében kezelést kezdő kliensek TDI adatai alapján kerülnek bemutatásra.

2013-ban az Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (NCSSZI) a TÁMOP-5.4.1-12 kiemelt projekt keretében reprezentatív felmérést végzett a szenvedélybetegeket (is) ellátó szociális intézmények munkatársai és az ellátott szerhasználó kliensek körében. A kutatás célja a különféle szenvedélybetegségek tényleges társadalmi kiterjedtségének és az ellátórendszer működésének feltérképezése, illetve a függőséggel küzdők valós ellátási, valamint szociális, társadalmi, és gazdasági szükségleteinek felmérése volt.

8.2. TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉG

Kábítószer problémával küzdők szociodemográfiai jellemzői a kezelést kezdő kliensek TDI adatai alapján

2013-ban 1382 fő kezdett kábítószer-használattal összefüggésben kezelést elterelésen kívül⁹⁵ – tehát nem a büntetőeljárás alternatívájaként – a TDI rendszerbe jelentő szolgáltatók adatai szerint. A kliensek 76%-a (1052 fő) férfi, 23%-a (318 fő) nő volt, 12 fő neme nem került rögzítésre. A kezelést kezdők 43%-a (600 fő) életében első alkalommal vett részt kezelésben.

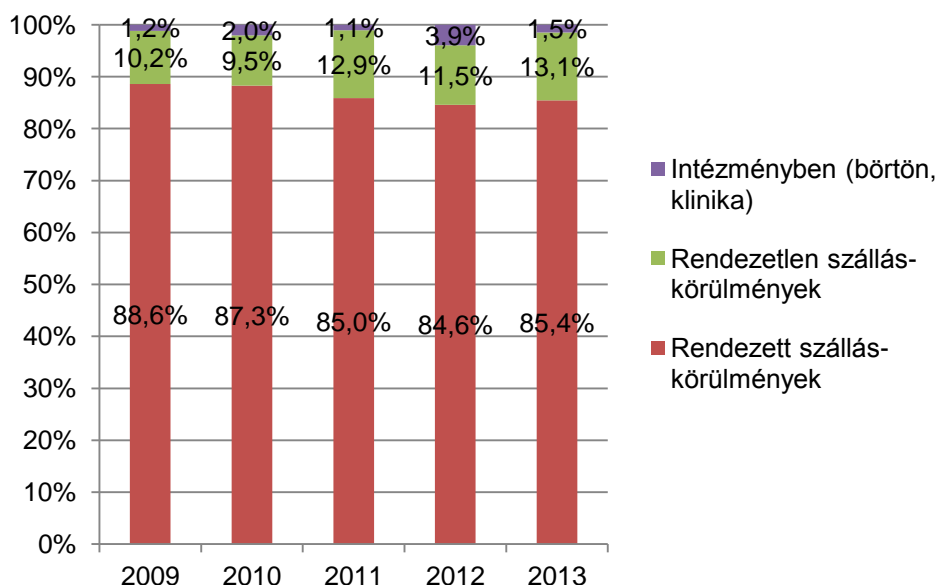
Lakhatás

A nem elterelés keretében kezelést kezdő 1382 kliens közül a lakhatás körülményeire vonatkozó információ 1352 főről volt elérhető. 1155 fő (a kliensek 85,4%-a) rendezett szálláskörülményekkel rendelkezett, 177 fő (13,1%) rendezetlen körülmények között, 20 fő (1,5%) pedig intézményi körülmények között élt. Az elmúlt öt évet vizsgálva, a kliensek lakhatási körülményeinek alakulásában nem volt érdemi változás.

⁹⁴ A fejezet szerzője: Port Ágnes

⁹⁵ Lehetséges beutaló szerv kategóriák a TDI-ben a hatóságon kívül: saját maga jelentkezett; családi- / baráti kör; másik kábítószer kezelő/ellátó hely; házi orvos; kórház / egyéb egészségügyi intézmény; szociális ellátó intézmény; egyéb.

24. ábra. Lakhatási körülmények a nem elterelés keretében kezelésbe lépők körében, 2009-2013 között (%)

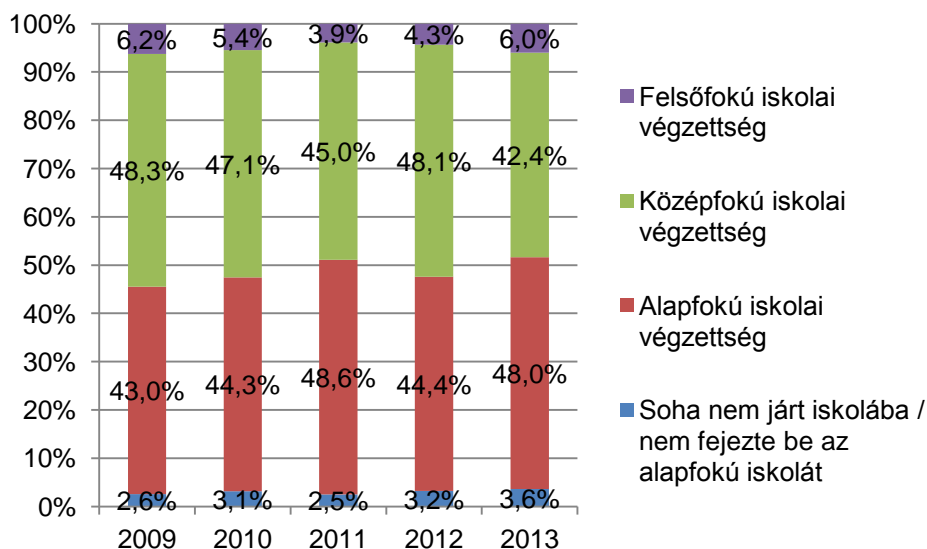


Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2014b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Iskolai végzettség

A 2013-ban kábítószer-használat miatt nem elterelésben kezelést kezdő kliensek közül 1308 főről rendelkezünk az iskolázottságra vonatkozó információval. A kliensek 3,6%-a (47 fő) az általános iskola befejezése előtt hagyta abba a tanulmányait, 48%-uk (626 fő) alacsonyabb végzettséggel rendelkezett. A kezelést kezdő kliensek között csökkent a középfokú végzettséggel rendelkezők aránya, mely az elmúlt 5 évben a tárgyévben volt a legalacsonyabb (2013: 42,4%, 2009: 48,3%). Felsőfokú végzettséggel a kliensek 6,0%-a rendelkezett, arányukban az elmúlt öt évre visszatekintve számottevő változás nem látható.

25. ábra. Befejezett iskolai végzettség a nem elterelés keretében kezelésbe lépők körében, 2009-2013 között (%)



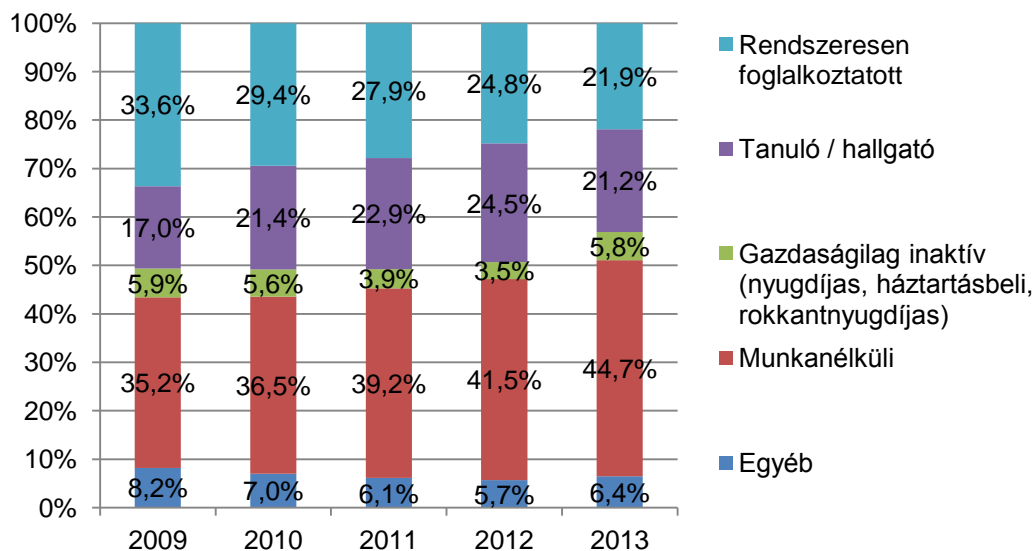
Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2014b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Munkaügyi státusz

A 2013-ban kezelést kezdő, munkaügyi státuszáról a TDI felvételekor nyilatkozó 1319 kliens 44,7%-a (589 fő) nem rendelkezett rendszeres munkaviszonnyal. A munkanélküliek aránya a nem elterelt kliensek között az elmúlt öt évben folyamatosan növekedett, 2009-hez viszonyítva már csaknem 10 százalékpontos emelkedést mutat. Ezzel párhuzamosan csökkenő tendencia figyelhető meg a rendszeresen foglalkoztatottak arányában, mely 33,6%-ról 21,9%-ra csökkent 2009 és 2013 között.

A kliensek között a tavalyi évhez viszonyítva valamelyest csökkent a diákok aránya is (21,2%, 280 fő). Gazdaságilag inaktívnak minősült a kliensek 5,8%-a (76 fő); ez az arány évek óta 3 és 6% között mozog. 85 kliens nem volt besorolható a fenti kategóriák egyikébe sem, további 63 kliens esetében pedig nem került rögzítésre a munkaügyi státusz.

26. ábra. Munkaügyi státusz a nem elterelés keretében kezelést kezdők körében, 2009-2013 között (%)

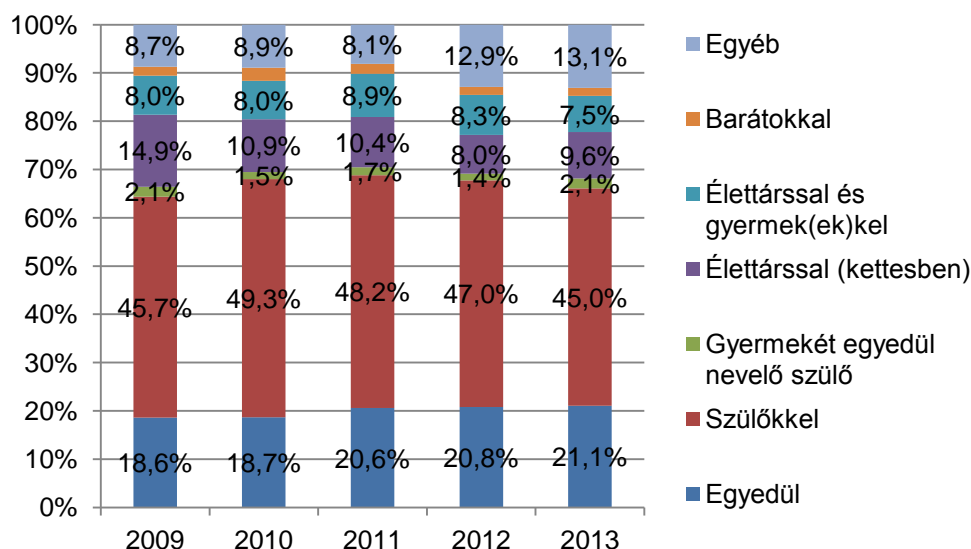


Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2014b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Szociális kapcsolatok

A 2013-ban kábítószer-használattal összefüggésben nem elterelés keretében kezelést kezdő kliensek legnagyobb hányada (45%, 611 fő) a szüleivel élt a kezelés megkezdésekor. Nagyjából minden ötödik kliens egyedül élt (286 fő), minden tizedik pedig élettársával kettesben (130 fő). A kliensek 10%-a élt gyermekével egy háztartásban, élettárrsal együtt (7,5%, 102 fő) vagy egyedül (2%, 28 fő). Összességében, a kezelésbe lépők társas együttélés szerinti megoszlása az előző évekhez hasonlóan alakult.

27. ábra. A nem elterelés keretében kezelést kezdő kliensek társas együttélés szerinti megoszlása, 2009-2013 között (%)



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2014b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

A szociális ellátórendszerrel kapcsolatba kerülő kábítószer-használók jellemzése

A TÁMOP-5.4.1-12 kiemelt projekt keretében az Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (NCSSZI) reprezentatív felmérést végzett a szenvedélybetegséggel küzdő emberek és az őket gondozók körében (NCSSZI 2013). A kutatás célja a különféle szenvedélybetegségek tényleges társadalmi kiterjedtségének és a függőséggel küzdők valós ellátási szükségleteinek feltérképezése, valamint az ellátórendszer működésének megismerése volt, továbbá annak felmérése, hogy az egyén, illetve a családja életében megjelenő probléma milyen további szociális, társadalmi és gazdasági szükségleteket generál.

A kutatás részét képezte két kvantitatív, kérdőíves felmérés, melyet a nem speciálisan szenvedélybetegeket ellátó szociális intézmények⁹⁶ munkatársai körében (N=711), illetve a speciálisan szenvedélybetegeket ellátó szociális intézmények szenvedélybeteg kliensei körében (N=1422) végeztek, valamint egy mélyinterjú vizsgálat, melyet a szenvedélybetegek környezetében élő hozzátartozók körében (N=50) végeztek.

A szociális intézmények munkatársai⁹⁷ körében a válaszadók háromnegyede értett egyet azzal az állítással, hogy a kábítószer-használat súlyos társadalmi probléma (az alkoholizmus esetében valamennyi intézménytípusnál 85% fölött volt azok aránya, akik azt súlyos társadalmi problémának vélték.) A családsegítő intézmények megkérdezett munkatársai közül 58% nem találkozott még kábítószer-problémával rendelkező klienssel, a gyermekjóléti szolgáltatók esetében ez az arány 67% volt. Az intézményi dolgozók becslése szerint a családsegítő intézmények kliensei körében 2% körüli a kábítószer problémával rendelkezők aránya, és 6-7-szer annyian szorulnának segítségre, mint ahányan igénybe vesznek segítséget. Hasonló a helyzet a gyermekjóléti szolgáltatók ellátottjainak a körében is. A további három területen a dolgozók percepciója alapján jóval ritkább a kábítószer-probléma előfordulása, 0,5% alatti.

⁹⁶ A kutatás a szenvedélybetegeket is ellátó szociális intézmények alábbi típusaira terjedt ki: családsegítő intézmények, gyermekjóléti szolgáltatók, nappali és bentlakásos idősellátás intézményei, valamint az ellátottaknak az otthonukban segítséget nyújtó intézmények.

⁹⁷ A kutatás elsősorban az intézmények vezetőit igyekezett elérni, illetve, a több terület ellátását is végző, többfunkciójú intézetek esetében a szakmai vezetőt vagy a szolgáltatásvezetőt.

A speciálisan szenvedélybetegeket ellátó intézmények megkérdezett kliensei közül 32% említette, hogy használt kábítószer.⁹⁸ Kizárólag kábítószer fogyasztását a kliensek 12%-a említette. Alkohol és kábítószer is szokott használni a megkérdezettek 7%-a, míg 2%-uk a kábítószer mellett orvosi rendelvény nélkül beszerzett gyógyszereket is fogyaszt. Azok aránya, akik kábítószer, alkohol, és gyógyszerek használatáról is beszámoltak, 10% volt. A használt kábítószerfajtákat tekintve, a kliensek 13%-a mindössze egy szert nevezett meg, 8%-uk kettő, 11%-uk kettőnél több szert említett. A kliensek körében a leggyakrabban használt kábítószerfajta a kannabisz (20%) és a „designer drogok” (14%) voltak. Amfetaminszármazékokat a kliensek 12%-a használt, ecstasy-t 8%-uk.

A megkérdezett kliensekről összességében elmondható, hogy a teljes népesség átlagos iskolázottságához viszonyítva⁹⁹ alacsonyán képzettek. A rendszeres droghasználókkal küzdők között a legfeljebb 8 általánost végzettségűek aránya 39% volt, felsőfokú végzettséggel mindössze 4%-uk rendelkezett.

A kliensek lakóhely szerinti megoszlását tekintve, az alkalmi droghasználók 29%-a, a rendszeres droghasználók 36%-a, a rendszeres drog- és alkoholproblémával küzdők 39%-a a fővárosban lakott. A hajléktalanok aránya az alkalmi droghasználók között 8%, a rendszeres droghasználók között 12% volt.

A teljes vagy részmunkaidőben dolgozók aránya az alkalmi droghasználók között volt a legmagasabb. A munkanélküliek aránya a rendszeres droghasználók között kiugróan magas volt (36%), de az alkalmi droghasználók között is igen jelentős (21%).

A szenvedélybetegekkel felvett kérdőív rákérdezett arra is, hogy a szenvedélybetegségükből adódó nehézségeiken túl, milyen más, elsősorban szociális jellegű nehézségekkel kell szembenéznük. A legtöbb problémáról a rendszeres droghasználók számoltak be, míg a legkevesebbet az alkalmi droghasználók említették. Valamennyi szegmensben az anyagi nehézségekkel küzdők aránya volt a legmagasabb. A tartós egészségügyi problémák említése az alkohollal küzdők között, míg a mentális és pszichiátriai jellegű problémák említése a rendszeres droghasználók között volt a leggyakoribb. Az olyan jellegű szociális problémák, mint az elmagányosodás, életvezetési és beilleszkedési nehézségek, kiugróan magas arányban fordultak elő a rendszeres droghasználók körében.

A kliensek többsége jónak vagy közepesnek értékelte az intézmények segítségnyújtási képességét. A rendszeres szerhasználók körében több mint 70% volt azok aránya, akik számára nagy, vagy nagyon nagy segítséget jelentettek az intézményben kapott szolgáltatások. Valamennyi szegmens esetében 10% alatt volt azoknak az aránya, akik szerint legfeljebb csekély (vagy elhanyagolható) segítséget jelentettek a szenvedélybetegekre szakosodott szociális intézmények szolgáltatásai.

A nem speciálisan szenvedélybetegeknek nyújtott szociális szolgáltatások igénybevételére vonatkozóan, valamennyi szegmensben a szociális szolgáltatásokkal kapcsolatos tájékoztatás iránti igény volt a legmagasabb, és szintén gyakori volt az egészségügyi tanácsadás igénybevétele. Pszichiátriai betegeknek nyújtott szociális ellátásokat elsősorban a rendszeres droghasználók vettek igénybe. A hajléktalanoknak nyújtott szolgáltatásokat minden szegmensben a kliensek kb. negyede vette igénybe.

A speciálisan szenvedélybetegeknek nyújtott szociális szolgáltatások esetében, a rendszeres droghasználó kliensek között az alacsonyküszöbű ellátásokat igénybevevők aránya volt a legmagasabb (49%). Közösségi ellátás igénybevételéről 31%-uk, nappali ellátás igénybevételéről 25%-uk, rehabilitációs ellátás igénybevételéről 10%-uk számolt be. Szendélybetegek számára biztosított egészségügyi ellátást a rendszeres droghasználók

⁹⁸ A kutatók szerhasználat tekintetében négy szegmenst különítettek el és az egyes jellemzőket e szegmensekre lebontva vizsgálták: csak alkoholproblémával küzdők; csak rendszeres droghasználókkal küzdők; alkalmi droghasználókkal küzdők; rendszeres drog- és alkoholproblémával küzdők.

⁹⁹ A teljes magyar 7 évesnél idősebb népesség körében a legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya 32%, a középfokú végzettséggel rendelkezőké 50%, a felsőfokú végzettségűeké 18% (a KSH 2011-es népszámlálási adatai szerint).

31%-a vett igénybe. Az alkalmi droghasználók körülbelül ugyanolyan arányban vettek igénybe alacsonyküszöbű (44%) és közösségi ellátásokat (43%).

8.3. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ

A kábítószer-használók és a felépült szenvedélybetegek reszocializációs és/vagy reintegrációs ellátása (pl. a lakhatás, tanulás vagy munkavállalás támogatása) a szociális ellátórendszer integrált részeként, az ellátási igény mögött meghúzódó indok differenciálása nélkül történt, ezért a kábítószer-használattal összefüggő kifejezetten reszocializációs/reintegrációs célú ellátási események elkülönítése nem volt lehetséges.

Reintegrációs és reszocializációs programok megvalósításának pályázati úton történő támogatása 2013-ban a KAB-FF-13-C "Speciális szükségletű csoportok ellátását biztosító rehabilitációs programok fejlesztése és a józan szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő programok támogatása" c. pályázati kiírás keretében történt. Összesen 20 programnak ítéltek meg támogatást, mindösszesen 46,6 millió Ft (156 850 EUR)¹⁰⁰ értékben. A támogatások kiutalására és a programok megvalósítására 2013. július 1. és 2014. június 30. között került sor.

Következtetések

A TDI adatbázisban szereplő kliensek szociális jellemzőinek tekintetében nem látható érdemi változás az előző évekhez képest. A kábítószer-használat miatt kezelésbe lépők között évről évre fokozatosan növekszik a munkanélküliek aránya, és csökken a rendszeresen foglalkoztatottaké.

A szociális intézmények szenvedélybeteg kliensei körében végzett felmérés (NCSSZI 2013) eredményei szerint a kliensek részéről a nem speciálisan szenvedélybetegeknek nyújtott szociális szolgáltatások közül a szociális szolgáltatásokkal kapcsolatos tájékoztatás iránti igény a legmagasabb. A speciálisan szenvedélybetegeknek nyújtott szociális szolgáltatások közül a rendszeres droghasználó kliensek között az alacsonyküszöbű ellátásokat igénybevevők aránya volt a legmagasabb.

¹⁰⁰ A 2013-as hivatalos euró középárfolyam (1€=297,1Ft) szerint számítva.

9. KÁBITÓSZER-BŰNÖZÉS, KÁBITÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE ÉS A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI SZERVEZET¹⁰¹

9.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények és a bűncselekmények elkövetőinek jellemzői a Legfőbb Ügyészség nyomozás lezárásakor rögzített adatai¹⁰² alapján kerülnek bemutatásra. Az adatok elemzését a Nemzeti Drog Fókuszpont végezte.

2013-ban a hazai Büntető Törvénykönyv Különös Része jelentősen módosult, benne a kábítószerrel visszaélés bűncselekmény törvényi tényállása is. (Az új Btk. által bevezetett módosítások ismertetése az 1.2 fejezetben olvasható.) A 2013. július 1-je után elkövetett bűncselekmények már az új Btk. hatálya alá tartoztak, a 2013. július 1-je előtt elkövetett visszaélések ugyanakkor még a régi Btk. alapján kerültek megítélésre. Az elemzést az idei évben jelentősen megnehezítette, hogy az anyagi jogi rendelkezések módosításához igazodóan változott a bűnügyi statisztikai adatgyűjtés rendszere is, így két különböző statisztikai rendszerből kellett az adatokat összegyűjteni és „egységesíteni”. Mivel a kábítószer-bűnügyi statisztikában a régi és az új Btk. tényállásait lefedő kategóriák nem minden esetben feleltethetők meg egymásnak egyértelműen, így az adatok értelmezése, illetve idősoros összehasonlítása egyes változók esetében csak korlátozottan lehetséges.

A büntetés-végrehajtási intézményekben fogvatartottak kábítószer-használatával összefüggő adatok és információk a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságától (BVOP 2014), a TDI adatgyűjtésből (OAC 2014b), valamint a Nemzeti Drog Fókuszpont és a BVOP együttműködésében a magyarországi büntetés-végrehajtási intézményekben 2013 folyamán végzett kérdőíves felmérés eredményeiből származnak (Port és Tarján 2014).

9.2. KÁBITÓSZER-BŰNÖZÉS

Nincs új információ.

9.3. VISSZAÉLÉS KÁBITÓSZERREL BŰNCSELEKMÉNYEK

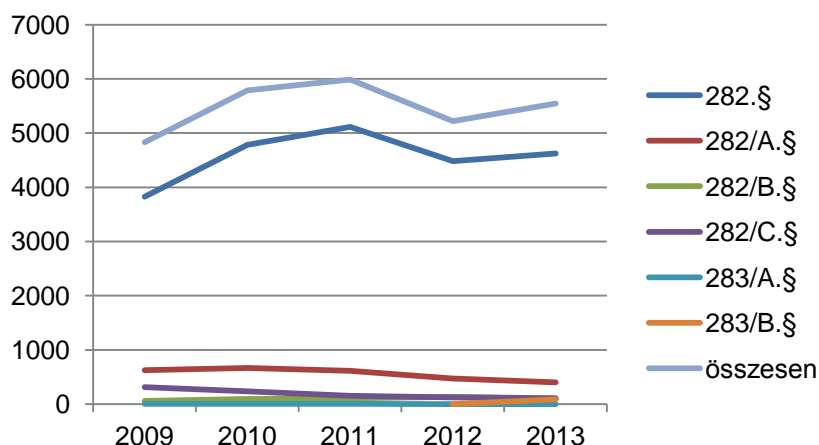
2013-ban mindösszesen 5545 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indított eljárás lezárására került sor. Az előző évhez képest a regisztrált bűncselekmények száma 6,3%-kal emelkedett.

2013 első félévében a régi Btk. hatálya alá tartozóan 5328 esetben, az év második felében, már az új Btk. alapján, 217 esetben zárult le nyomozás visszaélés kábítószerrel vagy új pszichoaktív anyaggal kapcsolatos ügyben. Új pszichoaktív anyaggal való visszaélést kimerítő tényállás a régi Btk. (283/B.§) hatálya alá tartozóan 88 esetben, az új Btk. (184.§) hatálya alá tartozóan 10 esetben szerepelt. (Az új pszichoaktív anyagokkal való visszaélés 2012 márciusa óta von maga után büntetőjogi felelősséget. Részletekért lásd: 2012-es Éves Jelentés 1.2 fejezet.)

¹⁰¹ A fejezet szerzője: Port Ágnes

¹⁰² A Legfőbb Ügyészség Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének - ENYÜBS - keretében történő adatgyűjtésről részletesen lásd: 2010-es Éves Jelentés 9. fejezet Háttér, előzmények és 9.1. fejezet.

28. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma összesen és a 2013. július 1. előtt hatályos Btk. visszaélés kábítószerrel tényállásai¹⁰³ szerinti bontásban 2009 és 2013 között¹⁰⁴



Forrás: ENYÜBS 2014, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményekben a büntetőeljárást az esetek 89%-ában a Rendőrség valamely szerve¹⁰⁵ kezdeményezte, hasonlóan a korábbi évekhez. A büntetőeljárás kezdeményezői között szerepelt még többek között a bűncselekményt észlelő személy, a kábítószer hatása alatt egyéb bűncselekményt elkövetők sértettjei, és a Nemzeti Adó- és Vámhivatal.

Szertípus szerinti megoszlás¹⁰⁶

Az 5545 regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény 68,4%-ában (3775 eset) a visszaélés tárgya kannabisz volt. A bűncselekmények 17,3%-t amfetaminnal, 2,5%-át kokainnal, 1,8%-át MDMA-val (ecstasy), 1,2%-át heroinnal, 0,9%-át metamfetaminnal követték el.

A visszaélés tárgyaként új pszichoaktív anyag 190 esetben (3,4%) került rögzítésre. Az új pszichoaktív anyagokkal összefüggésben indított nyomozások 31%-a szintetikus kannabinoidokkal, 41%-a katonon származékokkal, 7%-a fenetilamin származékokkal, 9%-a GBL-lel, a fennmaradó 12% pedig egyéb új pszichoaktív anyagokkal való visszaélés miatt indult.

„Egyéb” kategóriába sorolt szer volt az elkövetés tárgya 232 esetben (4,2%), ezek között morfin 37 esetben, metadon 22 esetben, ketamin 24 esetben, GHB 10 esetben szerepelt az elkövetés tárgyaként. 4 esetben a visszaélést prekuzorral követték el, 23 esetben az elkövetés tárgya nem került rögzítésre.

¹⁰³ 282.§ fogyasztói magatartások: kábítószerrel természet, előállít, megszerez, tart, az országba behoz, onnan kivisz, vagy az ország területén átvisz;

282/A.§ kereskedői magatartások: kábítószerrel kínál, átad, forgalomba hoz, vagy azzal kereskedik;

282/B.§ 18. életévét be nem töltött személy felhasználásával elkövetett fogyasztói és kereskedői típusú magatartások;

282/C.§ kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói és kereskedői típusú magatartások;

283/A.§ kábítószer prekuzorral elkövetett visszaélések;

283/B.§ új pszichoaktív anyaggal elkövetett kereskedői típusú visszaélések.

¹⁰⁴ 2013-ra vonatkozóan a 2013. július 1. után indult, már az új Btk. hatálya alá eső 217 eljárás az összes bűncselekmény között szerepel, azonban a tényállások szerinti bontásban megadott bűncselekményszámokban nem, mivel a régi Btk. és az új Btk. tényállásai nem pontosan fedik le egymást.

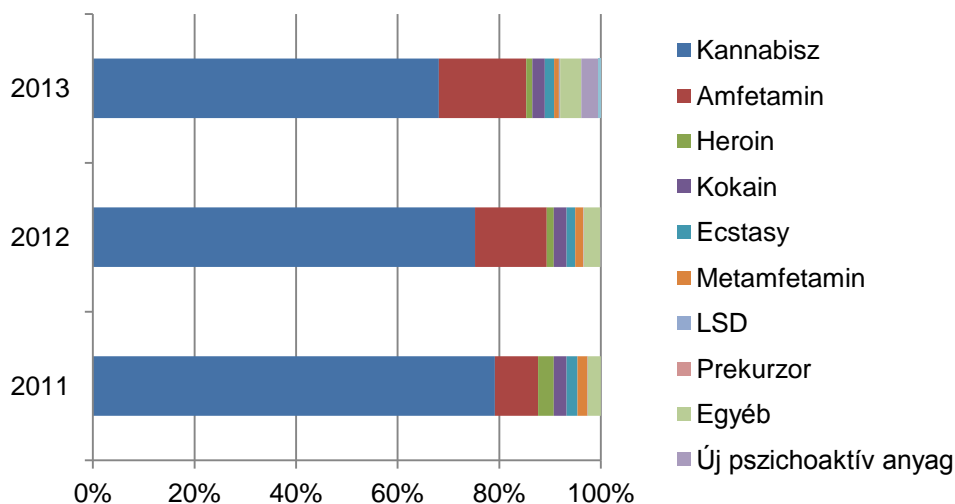
¹⁰⁵ Rendőrség bűnügyi szerve: 66%, rendészeti szerve: 21%, közlekedésrendészeti szerve: 2%.

¹⁰⁶ Az adatok értékelésénél figyelembe kell venni, hogy a bűncselekmény adatait rögzítő statisztikai lapon csak egy szertípus kerül rögzítésre (egy bűncselekményhez csak egy szertípus rendelhető). Abban az esetben, ha több kábítószerfajttal is történt visszaélés, nincs egységes előírás arra vonatkozóan, hogy melyik szertípus rögzítendő.

Az előző évhez viszonyítva a bűncselekmények között tovább csökkent (7 százalékponttal) a kannabisszal elkövetett visszaélések aránya és emelkedett (3 százalékponttal) az amfetaminnal elkövetett visszaéléseké. A szertípusok között évről évre növekszik az egyéb kategóriába sorolt szerek részesedése is.

A többi szertípus az előző évvel közel megegyező arányban szerepelt az elkövetés tárgyaként.

29. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának megoszlása szertípus szerint, 2011 és 2013 között



Forrás: ENYÜBS 2014, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Elkövetői magatartások

2013-ban a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények között a fogyasztói típusú elkövetések aránya 87,8% (4868 eset), a kereskedői típusú tevékenységek aránya 12,2% (677 eset) volt. A fogyasztói/kereskedői típusú elkövetési magatartások az előző két évben ugyanilyen arányban fordultak elő a bűncselekmények között.

A fogyasztói elkövetéseken belül a törvény által nevesített egyéb magatartások 10 esetben (büntetendő előkészületek 9 esetben, anyagi eszközök szolgáltatása 1 esetben) szerepeltek. A kereskedői típusú elkövetéseken belül büntetendő előkészületek 1 esetben, anyagi eszközök szolgáltatása 2 esetben, kóros szenvedélykeltés 78 esetben fordult elő.

A klasszikus kábítószereket vizsgálva, valamennyi szertípus esetében 90% körül alakult a fogyasztói típusú visszaélések aránya.

25. táblázat. A 2013-ban regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények szertípus és elkövetési magatartás szerinti bontásban

	Fogyasztói	Kereskedői	Összesen
Kannabisz	3382	393	3775
Amfetamin	886	69	955
Heroin	62	4	66
Kokain	127	10	137
Ecstasy	90	11	101
Metamfetamin	46	6	52
LSD	9	1	10
egyéb	188	44	232
prekurzor	1	3	4
új pszichoaktív anyag	57	133	190
szertípus nem ismert	20	3	23
Összesen	4868	677	5545

Forrás: ENYÜBS 2014, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Elkövetői magatartás és mennyiség

A visszaélés kábítószerrel bűncselekményeket a kábítószer mennyisége szerinti bontásban vizsgálva, a csekély mennyiségű kábítószerrel elkövetett visszaélések tették ki a bűncselekmények 86,5%-át. Alapeset szerinti mennyiség az esetek 10,9%-ában szerepelt, jelentős mennyiség mindössze 2,7%-ban.

A fogyasztói típusú visszaélések csaknem 90%-át, a kereskedői típusú visszaélések 62%-át csekély mennyiségű kábítószerrel követték el. Jelenős mennyiségű kábítószer a kereskedői típusú elkövetési magatartásoknak is csak 11%-ában szerepelt.

Az előző évhez viszonyítva, a fogyasztói magatartások között enyhén csökkent a csekély mennyiségű kábítószerrel elkövetett bűncselekmények aránya, és nőtt az alapeset szerinti visszaéléseké. A kereskedői magatartások között szintén emelkedett valamelyest az alapeset szerinti mennyiséggel elkövetett visszaélések aránya, ugyanakkor csökkent a jelentős mennyiséggel elkövetett visszaéléseké.

Összességében, a bűncselekmények kábítószer mennyisége szerinti megoszlásában nem látható érdemi változás az elmúlt 5 évre visszamenően.

26. táblázat. A 2013-ban regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma és aránya az elkövetési magatartás és a kábítószer mennyisége¹⁰⁷ szerinti bontásban

Elkövetői magatartás	Csekély mennyiség		Alapeset		Jelentős mennyiség	
	N	%	N	%	N	%
Fogyasztói magatartások	4 363	88,9%	456	9,3%	89	1,8%
Kereskedői típusú magatartások	311	62,4%	131	26,3%	56	11,2%
Összesen	4674	86,5%	587	10,9%	145	2,7%

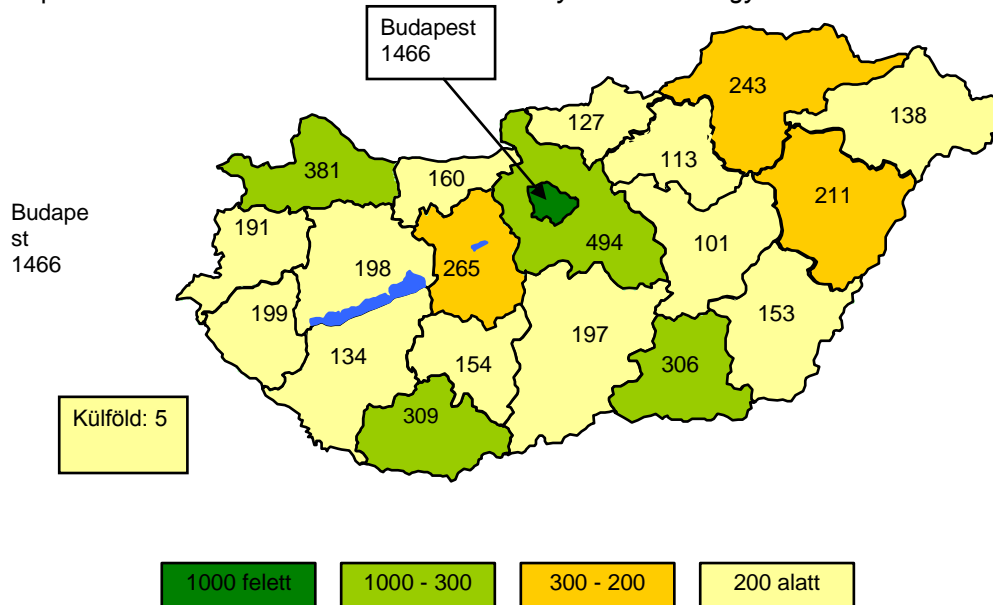
Forrás: ENYÜBS 2014, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

¹⁰⁷ A 2013. július 1-től hatályos új Btk. bevezette a különösen jelentős mennyiség fogalmát (461.§.), amely alatt az adott kábítószerre megállapított csekély mennyiség felső határának kétszázszorosát meghaladó mennyiség értendő (lásd 1.2 fejezet). A 2013-ban regisztrált bűncselekmények között nem volt olyan visszaélés, amit különösen jelentős mennyiségű kábítószerrel követtek el, így az új kategória még nem szerepel a táblázatban.

Az elkövetés helye

2013-ban a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények mintegy harmadát a fővárosban (26%), vagy Pest megyében (9%) követték el. Sorrendben a legnagyobb számú visszaélést a főváros és Pest megye után Győr-Moson-Sopron, Baranya, és Csongrád megyékben regisztrálták. Az előző évhez képest a regisztrált bűncselekmények száma 20%-ot meghaladó mértékben nőtt Budapesten, valamint Békés, Fejér, Nógrád, Tolna, Somogy, Vas és Csongrád megyékben. Ugyanakkor, Komárom-Esztergom megyében 50%-kal, Baranya megyében 25%-kal kevesebb visszaélést regisztráltak, mint 2012-ben.

3. térkép. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma megyék szerinti bontásban 2013-ban



Forrás: ENYÜBS 2014, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Az elkövetők

A 2013-ban regisztrált 5545 visszaélés kábítószerrel bűncselekményhez kötődően 5141 elkövetőt regisztrált a bűnügyi statisztika¹⁰⁸. Az előző évhez képest a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma a bűncselekmények számához hasonló mértékben, 7%-kal emelkedett.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 90%-a férfi, 10%-a nő volt. Az elkövetők nemek szerinti megoszlásában nem látható változás a korábbi évekhez viszonyítva.

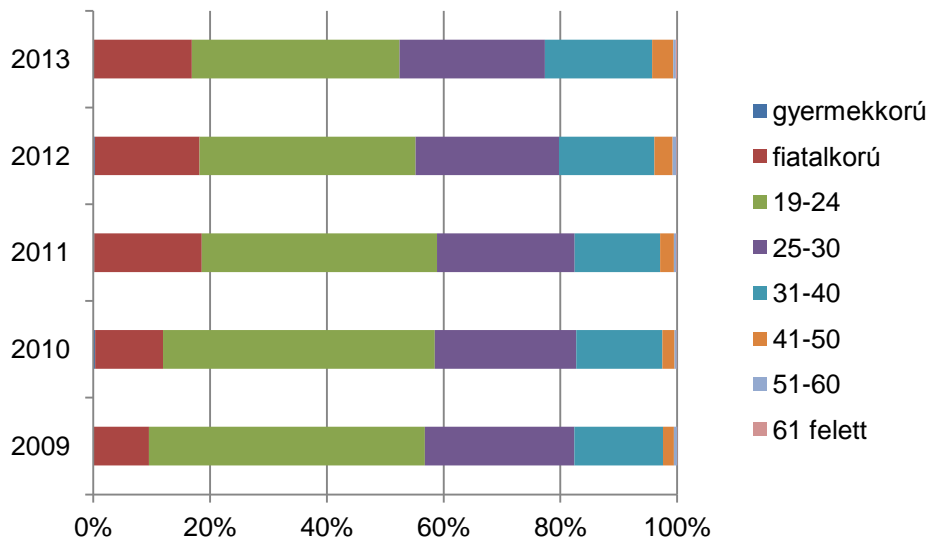
Életkor szerinti megoszlás

Az elkövetők életkor szerinti megoszlását tekintve, az elkövetők 16,7%-a 18 év alatti volt, 35,6%-uk 19 és 24 év közötti, 24,9%-uk 25 és 30 év közötti. Összességében tehát a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 77,3%-a 30 év alatti fiatal volt, ami jóval magasabb az összes elkövető körében mért 47%-os aránynál. Az előző három évet

¹⁰⁸ Egy elkövető több bűncselekményt is elkövethet. A bűncselekményekre vonatkozóan a kinyert adatok teljeskörűek, az elkövetőkre vonatkozóan azonban nem, mivel az elkövetői adatok rögzítésére szolgáló „T” lapon csak a legsúlyosabb, illetve gyermekkorúként vagy fiatalokként elkövetett bűncselekményt kell feltüntetni.

megvizsgálva ugyanakkor, a 30 évnél idősebb elkövetői csoport aránya lassú, fokozatos emelkedést mutat (2010: 18%, 2013: 23%). Ettől eltekintve az elkövetők életkor szerinti megoszlása az előző két évben tapasztaltnál hasonlóan alakult.

30. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkor szerinti megoszlása, 2009 és 2013 között



Forrás: ENYÜBS 2014, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Iskolai végzettség szerinti megoszlás

A 2013-ban visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető 5141 fő 0,2%-a semmilyen iskolai végzettséggel nem rendelkezett, 41%-nak általános iskolai, 40,8%-nak középiskolai, 2,2%-nak felsőfokú végzettsége volt.¹⁰⁹ Az elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlása lényegében nem változott az előző évekhez képest.

¹⁰⁹ Az elkövetők 15,9%-ának (816 fő) iskolai végzettsége nem ismert.

Előélet szerinti megoszlás

A 2013-ban visszaélés kábítószerrel bűncselekményben lezárt nyomozásokban a visszaélést elkövetők 77,4-a büntetlen előéletű volt. Az előző évhez képest valamelyest emelkedett a büntetlen előéletűek aránya az elkövetők között (2012: 74,8%), folytatva az elmúlt négy évben megfigyelhető enyhén növekedő tendenciát.

27. táblázat. Az elkövetők előélet szerinti megoszlása 110 2013-ban

Előélet	Fő	%
Büntetlen	3838	74,7
Büntetlen, de intézkedés hatálya alatt áll	136	2,7
Összes büntetett előéletű	1171	22,8
Ebből:		
<i>többszörös visszaeső</i>	64	1,2
<i>különös visszaeső</i>	94	1,8
<i>visszaeső</i>	131	2,6
<i>nem visszaeső bűnismétlő</i>	882	17,2

Forrás: ENYÜBS 2014, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Vádemelés elhalasztása

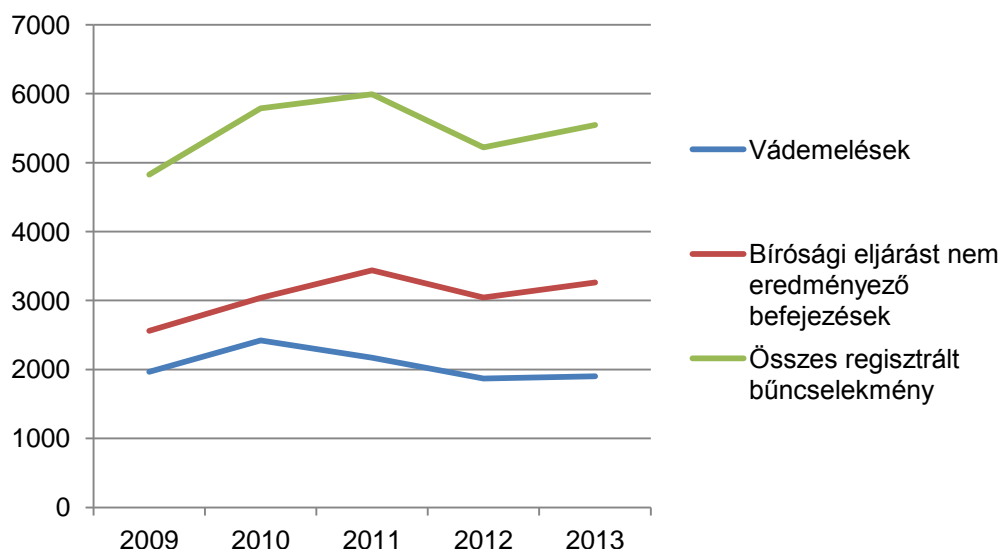
2013-ban a visszaélés kábítószerrel ügyekben indított eljárások 58,8%-a (3261 eset) zárult le még a bírósági eljárás megkezdése előtt a nyomozati szakaszban, jórészt a büntetőeljárás alternatívájaként igénybe vehető elterelés intézményének köszönhetően. A nyomozások 34,3%-a (1901 eset) végződött vádemeléssel.

Az elterelést lefedő, bírósági eljárást nem eredményező befejezésekre az esetek döntő többségében vádemelés elhalasztása (2013: 51%) vagy büntethetőséget megszüntető egyéb ok (2013: 37%) jogcímen kerül sor. A két befejezési mód közül évről évre gyakoribb a vádemelés elhalasztásának az alkalmazása, szemben a büntethetőséget megszüntető egyéb ok kategória alkalmazásával. A vádemeléssel végződő nyomozások aránya az elmúlt öt évet vizsgálva lassan, de folyamatosan csökkenő tendenciát mutat (2009: 41%, 2013: 34%).

Az elterelés keretében kezelést kezdők jellemzői az 5.2.2. fejezetben olvashatók.

¹¹⁰ A egyes alkategóriák pontos jogszabályi definícióját lásd a 2010-es Éves Jelentés 9.1 fejezetében.

31. ábra. A bírósági eljárást nem eredményező eljárási formák és a vádemelések száma a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül 2009-2013 között



Forrás: ENYÜBS 2014, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

9.4. KÖVETKEZMÉNYBŰNÖZÉS – A KÁBÍTÓSZER HATÁSA ALATT TÖRTÉNŐ BŰNELKÖVETÉS

2013-ban kábítószer hatása alatt összesen 3941 fő követett el bűncselekményt, közülük 3629-en (92,7%) visszaélés kábítószerrel bűncselekményt, 312-en (8,9%) egyéb bűncselekményt követtek el. Az összes regisztrált bűnelkövető között a kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövetők aránya 3,6% volt.

Az előző évhez képest a kábítószer hatása alatt nem visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma 8,8%-kal csökkent (2012: 354 fő).

A kábítószer hatása alatt nem visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető 312 fő közül vagyon elleni bűncselekményt követett el 114 fő, közlekedési bűncselekményt 107 fő (ebből járművezetést ittas és/vagy bódult állapotban: 103 fő). Személy elleni bűncselekményt 38-an¹¹¹ (ebből befejezett emberölést 8-an, testi sértést 15-en), garázdaságot 30-an, egyéb bűncselekményt 23-an követtek el.

¹¹¹ A régi Btk. hatálya alá eső összes esetet tartalmazza, az új Btk. hatálya alá eső eseteket csak részben, mivel a régi Btk.-ban a személy elleni bűncselekmények főcím alá sorolt egyes tényállásokat az új Btk. eltérő címek alatt nevesíti.

28. táblázat. Kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövetők megoszlása 2013-ban

Kábítószer hatása alatt elkövetett bűncselekmény megnevezése	Elkövetők száma	Elkövetők aránya a nem visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők között	Elkövetők aránya az összes kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövető között
Vagyon elleni bűncselekmények	114	36,5%	2,9%
Közlekedési	107	34,3%	2,7%
Személy elleni	38	12,2%	1,0%
Garázdaság	30	9,6%	0,8%
Egyéb	23	7,4%	0,6%
Összesen	312	100%	7,9%
Visszaélés kábítószerrel	3629		92,1%
Mindösszesen	3941		100%

Forrás: ENYÜBS 2014, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

9.5. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE

Nemzeti Bűnmegelőzési Tanács

A Kormány a magas szintű közbiztonság megteremtése és fenntartása, a bűnözés visszaszorítása, a bűnözést kiváltó jelenségek, a bűnalkalmak és a bűnelkövetők ellen történő következetes fellépés érdekében tett intézkedéseinek erősítésére, a bűnmegelőzés új modelljének hatékony működtetésére, valamint a bűnmegelőzés érdekében szükséges cselekvési tervek kidolgozásának és végrehajtásának koordinálására a Nemzeti Bűnmegelőzési Tanácsról szóló 1087/2011. (IV. 12.) Korm. határozattal (a továbbiakban: Korm. határozat) létrehozta a Nemzeti Bűnmegelőzési Tanácsot (a továbbiakban: NBT), mely tárcaközi szervként arra hivatott, hogy irányítsa, koordinálja a nemzeti bűnmegelőzést, valamint ennek érdekében operatív, érdemi döntéseket hozzon.

Az NBT kiemelten fontos feladatként kezelte az új Nemzeti Bűnmegelőzési Stratégia megalkotását, melyet a Kormány a 1744/2013. számú kormányhatározattal fogadott el. A stratégia tíz évre, 2023-ig határoz meg célokat a bűnmegelőzés vonatkozásában. A stratégia részét képezi a 2013-2015 közötti időszakra vonatkozó intézkedési terv, amely az ezen idő intervallumban elindítani tervezett bűnmegelőzési témájú projekteket (intézkedések) tartalmazza.

A Stratégia kiemelt prioritásai között szerepel a gyermek- és fiatalkori bűnözés megelőzése melyen belül az egyik terület a szenvedélybetegségek megelőzése, alkohol- és drogpreevenció. (NBT 2014)

A Rendőrség bűnmegelőzési tevékenysége

A 2013-14-es tanévtől iskolai bűnmegelőzési tanácsadói hálózat működik a hazai középiskolákban. 2013 augusztusában, egy speciális kiválasztási folyamat után, 100 rendőrtiszt felkészítésére került sor 60 órás elméleti és gyakorlati képzés keretében. 2013

szeptemberében az ország 194 közép fokú oktatási intézményében 99 rendőr kezdte meg a bűnmegelőzési tanácsadói tevékenységet. (BM 2014).

A bűnmegelőzési tanácsadó elsődleges feladata az iskolájába járó fiatalok bűncselekményekkel szembeni fokozott védelme mind az elkövetői, mind a sértetti oldal tekintetében, kiemelt figyelemmel a visszaélés kábítószerrel bűncselekményekre. Ennek érdekében szolgálati ideje túlnyomó részét az iskolában kell töltenie, folyamatos, élő kapcsolatot kell létrehoznia a diákokkal, pedagógusokkal és a szülőkkel. Eredményes együttműködést kell kialakítania a rendőrkapitányság illetékességi területén tevékenykedő, az ifjúságvédelemben szerepet játszó állami, önkormányzati, társadalmi és civil szervezetekkel, szervezetekkel. Egy tanácsadóhoz, az iskolák diáklétszámától függően legfeljebb három iskola tartozik. Munkáját a hozzá tartozó iskolák vezetésével és a tankerülettel egyeztetett éves munkaterv alapján, az iskolák vezetőivel történő szoros együttműködésben látja el.¹¹²

A 2012/13-as tanévben a Rendőrség tematikus kábítószer-prevenációs programjai közül az általános iskolásoknak szóló DADA programban 33 258 gyermek vett részt, akiket 165 rendőr oktatott. A középiskolásoknak szóló ELLEN-SZER programban 4 187 diák vett részt, akiket 31 rendőr oktatott. Az ORFK képzési tervének megfelelően 2013 szeptemberében lezajlott a DADA programba újonnan belépő rendőrök alapképzése, összesen 38 fő részvételével. (BM 2014)

9.6. BEAVATKOZÁSOK A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYÉBEN

Elterelés intézménye

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték adatainak részletes elemzése az 5.3. fejezetben olvasható. A büntetés-végrehajtás intézményein belül kezelt eltereltek adatai a 9.8. fejezetben kerülnek bemutatásra.

Egyéb beavatkozások a büntetés-végrehajtási intézetekben

Prevenció

A 31 magyarországi bv. intézet közül 2013-ban is 25 bv. intézetben működött prevenációs körlet, összesen 372 férőhellyel. A prevenációs részlegek változó kihasználtsággal működtek. (BM 2014)

A kábítószerügyi pályázatokon (lásd 1.4 fejezet) belül a 2013-as évben sem került kiírásra célzottan a börtönökben megvalósítandó drogprevenációs és egyéb, a kábítószer-problémakört érintő programokat támogató pályázat. A korábbi évek gyakorlatának megfelelően a bv. intézetek civil partnerekkel együttműködésben, a problémát általánosságban célzó forrásokra nyújtottak be projektterveket. (BM 2014)

2013-ban a BVOP és a Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőíves felmérést végzett a magyarországi bv. intézetekben.¹¹³ A kutatás elsődleges célja annak felmérése volt, hogy milyen információk és számszerű adatok érhetőek el a börtönbeli kábítószer-probléma és az arra adott válaszlépések vonatkozásában, valamint annak feltérképezése, hogy a jövőben érdemes-e azonos vagy rövidített tartalommal rendszeres - ideálisan évenkénti - jelleggel megismételni a felmérést. A kérdőív alapjául az EMCDDA (Kábítószer és Kábítószer-

¹¹² Forrás: ORFK Kommunikáció Szolgálat (police.hu)

¹¹³ A felmérés a magyarországi bv. intézetek 100%-át lefedte: a kérdőív mind a 31 hazai bv. intézet által kitöltésre került. A kérdőívek felvételére 2013 július-augusztusában került sor, a válaszokat 2012-re vonatkozóan kellett megadni.

függőség Európai Megfigyelőközpontja) standard kérdőíve szolgált, melyet a szervezet a börtönbeli kábítószer-problémával kapcsolatos európai adat- és információgyűjtéshez használ.

A kérdőívet kitöltő 31 büntetés-végrehajtási intézet közül 21 (67,7%) működtetett drogprevenációs körletet 2012-ben. A körletekben a tárgyévben elhelyezett fogvatartottak száma összesen 493 fő volt.¹¹⁴

A prevenációs körleten elhelyezett fogvatartottak közül 342 fő (83,6%) mondta azt, hogy fogyasztott már életében kábítószer.¹¹⁵ 148 fő (38%) visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt, 221 fő (56%) egyéb bűncselekmény elkövetése miatt került börtönbe.¹¹⁶

A prevenációs körletek által nyújtott szolgáltatások és programok vonatkozásában túlnyomórészt pszichológiai/pszichoterápiás csoportfoglalkozások, és egyéni konzultáció lehetősége kerültek említésre.

A 2012-ben az intézetben elérhető, prevenációs körletektől független, egyéb drogprevenációs programok számáról a 31 bv intézet közül 30 adott meg információt. Az intézetek közül 8-ban nem volt egyéb drogprevenációs program, 8 intézetben 1, 11 intézetben 2, 1 intézetben pedig 3 ilyen típusú program zajlott az év során. Két olyan intézet volt, mely 6 prevenációs programnak is helyet adott az év során. A programok tartalmukban lényegében nem különböztek a prevenációs körletekben elérhető szolgáltatásoktól: jellemzően egyéni és csoportos pszichológiai foglalkozásokat, valamint ismeretterjesztő előadásokat tartalmaztak. Az alkalmazott módszerek köre igen tág volt: konzultáció, segítő beszélgetés, kortárssegítő csoport, életvezetési tréning, pszichodráma, munkaterápia, meseterápia, autogén tréning stb. A foglalkozások céljaként a következők kerültek említésre: felvilágosítás, a kábítószer használat megelőzése, illetve a használat következményeinek megismertetése, önismeret és önsegítés előmozdítása, szabadulás utáni absztinencia, pszichoedukáció, megküzdési technikák elsajátítása, börtönártalmak csökkentése, szabadulásra felkészítés, szabadulás utáni reintegráció, konfliktuskezelés, egészségfejlesztés. A programok egy bv intézet kivételével valamilyen külső szervezet közreműködésével kerültek megvalósításra.

9.7. KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT ÉS PROBLÉMÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT A BÖRTÖNEN

Fogyasztási mintázatok, kockázati magatartások

A büntetés-végrehajtási intézetekben fogvatartottak kábítószer-használati szokásai és kockázati magatartásai a BVOP és a Nemzeti Drog Fókuszpont 2013-ban végzett kérdőíves felmérésének (Port és Tarján 2014) eredményei alapján kerülnek bemutatásra.

A fogvatartotti állományban lévők körében a magát kábítószerfüggőnek vallók arányáról az intézetek fele (15) tudott pontos adatot szolgáltatni 2012-re vonatkozóan. A befogadaskor magát kábítószerfüggőnek vallók aránya a fogvatartottak között jellemzően 10% alatt volt, ugyanakkor 3 intézet esetében meghaladta a 30%-ot; a 15 intézet¹¹⁷ átlagában 15% volt (859 fő).

A kérdőív rákérdezett arra is, hogy a befogadás során hány fő vallotta magáról, hogy fogyasztott már életében kábítószer. A fogvatartottak számáról, valamint a valaha kábítószer fogyasztók számáról is jelteni tudó intézetekben¹¹⁸ 38% (3148 fő) volt azoknak az aránya, akik saját bevallásuk szerint fogyasztottak már valaha kábítószer. A

¹¹⁴ A 21 prevenációs körletet működtető intézet közül 1 intézet nem adott meg adatot a prevenációs részlegben elhelyezettek számára vonatkozóan.

¹¹⁵ 19 intézet adatai alapján, $N_{\text{fogvatartottak}}=409$.

¹¹⁶ 18 intézet adatai alapján, $N_{\text{fogvatartottak}}=395$.

¹¹⁷ $N_{\text{fogvatartottak}}=5732$

¹¹⁸ 16 intézet, $N_{\text{fogvatartottak}}=8259$

fogvatartottak közül a befogadás során összesen 219 fő vallotta azt, hogy fogyasztott már intravénásan kábítószer, ami az erről információt adó bv intézetekben fogvatartottak¹¹⁹ átlagosan 4%-át jelentette.

A tárgyévben felderítésre került drogfogyasztás vonatkozásában 27 intézet szolgáltatott adatot, az előállítottak száma mindösszesen 13 fő volt. A szöveges válaszok szerint esetükben rivotril vagy egyéb gyógyszer, valamint marihuána fogyasztása került felderítésre. Intravénás kábítószer-fogyasztás felderítését a válaszoló 28 intézet közül egyetlen intézet sem jelentette.

Az intézeteken belüli tetoválás felderítéséről 11 intézet számolt be a kérdésre érvényes választ adó 23 intézet közül, mindösszesen 50 fő esetében. A tetoválás eszközeként többször említésre került golyóstoll, valamint tű és tinta használata. Öt intézet házilag előállított tetoválógépet lefoglalásáról is beszámolt.

Kábítószerhez való hozzáférhetőség a börtönben

A BVOP adatai szerint 2013-ban kábítószergyanús anyagok lefoglalására a büntetés-végrehajtási intézetekben 123 esetben került sor (beleértve az intézet területén történt lefoglalásokat, valamint a fogvatartottak számára küldött csomagokat is). Leginkább ismeretlen eredetű por, növényi származék és tabletták formájában foglalták le az anyagokat.¹²⁰ Az előző évhez képest növekedett a kábítószergyanús anyagok lefoglalásainak száma (2012-ben 67 esetben 67 fogvatartottnál találtak kábítószergyanús anyagot).

Intravénás kábítószer-fogyasztásra utaló eset felderítésére nem került sor 2013 során, sem injekcióhoz kapcsolódó eszközök lefoglalására.

Kábítószerrel való visszaélés miatt 8 esetben 10 fő ellen történt feljelentés a BVOP által.

9.8. A KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEIRE ADOTT VÁLASZOK A BÖRTÖNBEN

Kezelés

A bv. intézetekben kezelést megkezdők száma és jellemzői a TDI adatok alapján

A TDI adatok alapján 2013-ban összesen 130 fogvatartott (127 férfi és 3 nő) kezdett kezelést kábítószer-probléma miatt, valamennyien a büntetőeljárás alternatívájaként, elterelés keretében¹²¹. A kezelésbe lépők kétharmada életében első alkalommal kezdett kábítószer-problémájával összefüggésben kezelést.

A kezelést kezdő fogvatartotti populáció és a többi kezelést kezdő kliens jellemzőiben számos eltérés látható, mind szociodemográfiai, mind szerhasználati jellemzők tekintetében. A fogvatartottként kezelést kezdők között alacsonyabb a 30 év alattiak aránya, és számottevően magasabb a 30-39 közöttiek aránya, mint a nem-fogvatartott kezelésbe lépők körében (37%, a nem fogvatartottak esetében jellemző 25%-kal szemben).

Jelentősen alacsonyabb az iskolázottság a fogvatartás alatt kezelésbe kerülők körében: a fogvatartottak 81%-a legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezett, míg a nem fogvatartott kezelésbe lépők körében ez arány 47% volt. Középfokú végzettséggel a fogvatartottak 16%-a, a nem-fogvatartottak 45%-a rendelkezett.

¹¹⁹ 13 intézet, N_{fogvatartottak}=5417

¹²⁰ A kábítószer típusáról nincs pontos információ.

¹²¹ Az elterelést a fogvatartottnak is lehetősége van igénybe venni, a fogvatartásukat megelőzően elkövetett csekély mennyiségű, saját használatra szánt kábítószer birtoklás bűncselekmény elkövetése esetén.

A kezelést kezdőket a kezelésbe lépést indokló, elsődlegesen használt szer mentén vizsgálva, a kezelést kezdő fogvatartottak leggyakrabban stimulánshasználattal (44,5%), azon belül is túlnyomó többségében amfetamin-használattal összefüggésben léptek kezelésbe (41,5%), szemben a többi kezelést kezdő klienssel, akik 62%-ban elsődlegesen kannabiszhasználók voltak. A nem fogvatartott kezelésbe lépőkhöz képest jóval alacsonyabb volt a fogvatartottak körében a kannabiszhasználók aránya, ugyanakkor magasabb az opiát-használóké és a kokainhasználóké is.

A fogvatartotti szerhasználói populációban sokkal magasabb volt azoknak a klienseknek az aránya, akik injekálás előfordulásáról is beszámoltak. Az elsődleges szerüket jellemzően intravénásan fogyasztók aránya a fogvatartott kliensek között 32% volt, a nem-fogvatartottak között 8%.

29. táblázat. A 2013-ban kezelésbe lépő fogvatartott és a nem fogvatartott kliensek főbb jellemzői ($N_{fogvatartott}=130$; $N_{nem-fogvatartott}=3855$)¹²²

Fogvatartottak		Nem fogvatartottak	
30 év	átlagéletkor	27,4 év	
98%	férfiak aránya	84%	
81%	legfeljebb 8 általánost végzettek aránya	47%	
31%	kannabiszhasználók aránya	62%	
45%	stimulánshasználók aránya	17%	
13%	opiáthasználók aránya	6%	
9%	kokainhasználók aránya	2%	
32%	elsődleges szerüket injekáló aránya	8%	
40%	valaha injekáló aránya	16%	

Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2014b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

A büntetés-végrehajtási intézetekben elérhető kezelési programok

A 2013-ban végzett kérdőíves felmérés (Port és Tarján 2014) során kábítószer-probléma kezelését célzó program(ok) megvalósításáról 2012 folyamán 18 intézet számolt be. Az intézetek a kezelési programokat nagyjából az elterelés részeként igénybe vehető megelőző-felvilágosító szolgáltatás (12 említés), esetenként kábítószer-függőséget gyógyító kezelés (2 említés) keretében, külső szolgáltatók bevonásával valósították meg. Több intézetben nem váltak szét élesen a kezelési és prevenciós programok, vagyis a kezelést is a prevenciós körlet/csoport keretében „oldották meg”.

A kezelési programok, a prevenciós programokhoz hasonlóan, főként egyéni vagy csoportos foglalkozás, tanácsadás keretében zajlottak, és olyan kompetenciák fejlesztését célozták meg, mint a megküzdési erőforrások felismerése és megküzdési technikák elsajátítása, börtönártalmak csökkentése, szabadulásra felkészítés, önismeret fejlesztése, szociális kompetencia fejlesztése, asszertivitás növelése, visszaesés megelőzése. Módszerüket tekintve a programok változatosak voltak: pszichodráma, film, viselkedés terápia, stb.

A különböző kezeléstípusok¹²³ elérhetőségéről a 31-ből 25 intézet adott meg információt. Ez alapján alacsony intenzitású, járóbeteg típusú ellátás 14 intézetben, közepes/magas

¹²² Az arányok kiszámítása az adott változóra „nem ismert” választ adók kizárásával történt.

¹²³ Kezelési típusok:

- Alacsony intenzitású programok: tanácsadást biztosító beavatkozások, illetve rövid távú programok, melyet „járóbeteg típusú” ellátás keretében biztosítanak a fogvatartási intézeten belül. A kizárólag detoxikációs célú gyógyszeres kezelés nem tartozik ebbe a kategóriába.
- Közepes/magas intenzitású programok: olyan gyógyszermentes ellátási formák, melyeket „fekvőbeteg típusú” ellátás formájában, bentlakásos részlegen valósítanak meg a bv intézeten belül. A kizárólag detoxikációs célú gyógyszeres kezelés nem tartozik ebbe a kategóriába.
- Közép- és hosszú távú opiát helyettesítő kezelés (metadon/Suboxone)
- Megelőző-felvilágosító szolgáltatás

intenzitású, fekvőbeteg típusú ellátás keretében biztosított kezelés 5 intézetben volt elérhető. Megelőző-felvilágosító szolgáltatás elérhetőségét 18 intézet biztosította.

Opiát-helyettesítő kezelést a 25 válaszadó intézetben egy fogvatartott sem igényelt 2012-ben; a bv. intézeten kívül eső (a területileg illetékes ellátó-hely által biztosított) metadonkezelés biztosítására egy fogvatartott esetében került sor.

A kérdőív rákérdezett arra is, hogy az egyes intézetekben hogyan történik az esetlegesen kábítószer elvonási tünetekkel jelentkező fogvatartottak kezelése. A 27 érvényes választ adó intézet közül az elvonási tünetek kezelése jellemzően gyógyszeres úton történik 11 intézetben, további 12 intézetben a gyógyszeres kezelést kiegészíti pszicho-szociális kezelés is. Több intézet jelezte, hogy az intézeten belül elvonási tüneteket nem kezelnek, mert arra már azelőtt sor kerül, hogy hozzájuk kerülne a fogvatartott.

A fertőző betegségek prevenciója, kezelése, gondozása

Védőoltás

A Hepatitis B elleni védőoltás biztosításának háttérét lásd a 2010-es Éves Jelentés 9.5. fejezetében. 2013-ban 49 fogvatartott részesült ilyen védőoltásban.

Tanácsadás

A büntetés-végrehajtási intézetekben 2013-ban végzett kérdőíves felmérés adatai szerint (Port és Tarján 2014), kábítószer-fogyasztással összefüggésbe hozható fertőző betegségekkel (HCV/HBV/HIV/TBC) kapcsolatos tájékoztató/felvilágosító előadást a hazai bv intézetek felében¹²⁴ tartottak 2012-ben. Prevenció célú *egyéni* tanácsadásra vagy felvilágosításra 17 intézetben, a témával kapcsolatos írásos tájékoztató anyag kiosztására 9 intézetben került sor. Az egyes intézetekben az előadások által elért személyek száma 30 és 400 fő között, az egyéni tanácsadás által elértéké 2 és 130 fő között alakult. A felvilágosításra több intézetben a fogvatartottak befogadásakor került sor és abban minden fogvatartott részesült; volt, ahol elsősegélynyújtás-oktatás keretében került rá sor; és volt ahol a prevenció körleten tartott előadás formájában. A felvilágosítás több intézetben külső partner (gyógyszercég) közreműködésével történt.

A BVOP adatai szerint 2013-ban HCV/HBV/HIV betegségekkel kapcsolatos prevenció előadások tartására 12 intézetben, 1091 fő részvételével került sor.

Szűrővizsgálatok

2013-ban finanszírozási forrás hiányában szünetelt a bv. intézetekben 2007 óta minden évben megvalósított, a vírushordozók megelőzésére irányuló kampány jellegű felvilágosító és szűrő-gondozó program. (A program a korábbi években gyógyszercég részvételével valósult meg, leírását lásd a 2009-es Éves Jelentés 9.5 fejezetében). Ennek következtében a korábbi éveknél lényegesen kevesebb fogvatartott esetében került sor fertőző betegségek szűrővizsgálatára.

HCV szűrésen 2013-ban összesen 221 fő, az átlag fogvatartotti létszám (18 042 fő¹²⁵) 1,2%-a vett részt. A szűrésen résztvevők 20,4%-a (45 fő) volt HCV ellenanyag pozitív, akik közül 34 fő egyidejűleg fertőzőképes hepatitis C vírus hordozó is volt. Hepatitis B fertőzöttség szűrésére 2013-ban egyetlen fogvatartott esetében sem került sor. HIV fertőzöttséget 739 fogvatartott esetében vizsgáltak (az átlag fogvatartotti létszám 4,1%-a), közülük 6 fő mintája bizonyult verifikáltan pozitívnak. (BVOP 2014)

¹²⁴ A kérdésre érvényes választ adó 29 intézet közül 15 intézetben.

¹²⁵ 2013. december 31-én mért statikus adat.

A büntetés-végrehajtás intézményein belül TBC szűrés is elérhető. A 18/1998. NM rendelet módosítása értelmében 2013-tól minden újonnan bekerülő fogvatartottnak kötelező részt venni tüdőszűrésen a befogadását követően. Ennek köszönhető, hogy 2013-ban tüdőszűrés a korábbi évekhez képest nagyobb számú fogvatartottnál, 23 601 esetben történt. Közülük 16 fő TBC-s beteget szűrtek ki, az előző évhez képest új eset kiszűrésére nem került sor. (BVOP 2014).

Kezelés, Gondozás

A kiszűrt és a terápiás kritériumoknak is megfelelő HIV, HBV és HCV beteg fogvatartottak gyógykezelése megkezdődött, illetve folytatódott, a kezelésbe valamilyen egészségügyi okból nem kerülőket gondozásba vették. 2013-ban 14 HIV-fertőzött fogvatartott részesült antiretrovirális kezelésben, 51 HCV-fertőzött és 11 HBV-fertőzött fogvatartott pedig antivirális kezelésben.

30. táblázat. *HIV/HBV/HCV kezelésben részesülő/ kezelést nem vállaló/ kezelésbe nem kerülő/ kezelést abbahagyó fogvatartottak száma (fő), 2013-ban*

	Kezeltek száma	Nem vállalta a kezelést	Nem került kezelésbe eü. okokból (pl. nem felelt meg a terápiás kritériumoknak)	Kezelést abbahagyta szabadulás miatt
HIV	14	0	1	2
HCV	51	4	4	5
HBV	11	3	3	1

Forrás: BVOP 2014

A fogvatartottak HIV/HCV/TBC kezelésének leírását lásd a 2009-es Éves jelentés 9.5. fejezetében. Az aktív TBC betegek esetében (16 fő) a kezeléseket folytatódottak.

Szabadulás utáni túladagolás megelőzése

A BVOP és az NFP közös kérdőíve rákérdezett arra is, hogy az egyes bv intézetekben elérhető volt-e valamilyen, a szabadulás utáni túladagolás megelőzését célzó program vagy tanácsadás. 4 intézet számolt be arról, hogy ilyen jellegű segítségnyújtás elérhető volt, 21 válaszolt nemmel, 6 intézet esetében pedig nem állt rendelkezésre információ. A 4 igennel válaszoló intézet közül ugyanakkor csak egy jelezte, hogy kifejezetten ilyen profilú programot általános jelleggel, valamennyi fogvatartott számára biztosítottak, a többi 3 intézetben az egyedi szükségletekhez igazodva volt elérhető a témában nyújtott egyéni tanácsadás. Egy intézet említette, hogy drogprevenációs csoportfoglalkozás keretében foglalkoztak a témával.

9.9. A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓK REINTEGRÁCIÓJA A SZABADULÁS UTÁN

A magyarországi bv intézetek körében 2013-ban végzett felmérés (Port és Tarján 2014) eredményei szerint a szabadulás utáni társadalmi reintegrációt, reszocializációt elősegítő, kimondottan kábítószer-fogyasztó fogvatartottak számára szóló programot 6 bv intézet valósított meg 2012 folyamán.¹²⁶ A 6 intézet közül 4 intézet egy-egy program, egy intézet 2 db, egy pedig 6 db program megvalósításáról számolt be. A programok megvalósítására valamennyi esetben külső szervezetek bevonásával került sor. A programok jellemzően csoportfoglalkozás keretében zajlottak, céljuk a fogvatartottak pszichológiai támogatása, valamint a szabadulás utáni visszailleszkedést segítő ismeretek átadása volt.

¹²⁶ A reszocializációs/reintegrációs programok számával kapcsolatosan a 31-ből 25 intézet adott információt.

Egyéb olyan reszocializációval/reintegrációval kapcsolatos programot, mely nem kifejezetten kábítószer-fogyasztó fogvatartottaknak szült, de érintette a kábítószer-problémát is, 7 intézet szervezett: 4 intézet 1-1 programot, 2 intézet 2 programot, 1 intézet 1 programot.

A szabadulásukat megelőzően kábítószer-probléma miatt kezelésben részesülő fogvatartottakra vonatkozó formális eljárásrend rendszerint nincs az intézetekben, ugyanakkor több intézet is említette, hogy az érintett fogvatartottakat tájékoztatják a megfelelő szervezetek elérhetőségéről vagy továbbirányítják őket a helyi drogambulanciára vagy pszichiátriára, illetve hogy egyéni/csoportos foglalkozás keretében lehetőséget biztosítanak ilyen jellegű problémák kezelésére is. Két intézet említette, hogy a fogvatartottakkal foglalkozó tanácsadó/támogató személy a szabadulás után is kapcsolatban marad az azt igénylő fogvatartottakkal.

Következtetések

2013-ban 5545 visszaélés kábítószerrel bűncselekményben zárult le nyomozás, a bűncselekményekhez köthetően 5141 elkövetőt regisztráltak. Mind a bűncselekmények száma, mind az elkövetők száma enyhén emelkedett az előző évhez viszonyítva. A visszaélés tárgya a bűncselekmények 68%-ában kannabisz, 17%-ában amfetamin volt. 2012-höz képest tovább csökkent a bűncselekményeken belül a kannabisszal és növekedett az amfetaminnal, valamint az egyéb szerekkel elkövetett visszaélések aránya. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények 88%-át a fogyasztói típusú elkövetések tették ki, és az esetek 87%-ában csekély mennyiségű kábítószerrel követtek el visszaélést. A bűncselekmények elkövetésének helyét vizsgálva, az országon belül továbbra is meghatározó szerepet tölt be a közép-magyarországi régió (Budapest és Pest megye), 2013-ban itt követtek el a regisztrált bűncselekmények 35%-át.

10. KÁBÍTÓSZERPIAC¹²⁷

10.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A rendőrség által lefoglalt kábítószeranyagok vizsgálatát 2013-ban a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet (BSZKI) végezte.

A Nemzeti Adó- és Vámhivatal (korábban Vám és Pénzügyőrség) laboratóriumában előzetesen megvizsgált, de az eredmények alapján kábítószernek illetve új pszichoaktív anyagnak nem minősülő készítmények adatait az alábbi elemzés nem tartalmazza.

A 2009 májusában elindított a „Kritikus kábítószeranyagok hatóanyagtartalmának fokozott monitorozása” projekt keretében (bővebb információ a 2010-es Éves Jelentés 7.1 fejezetében) 2013 decemberében összefoglaló készült a 2012 júliusától hatályba lépett jogszabályi változásokról, illetve az új pszichoaktív anyagok lefoglalásainak alakulásáról.

Az „új pszichoaktív anyagok” listára vételével kapcsolatos jogszabályi változások, valamint az új büntetőjogi következmények ismertetése a 2013-as és a 2014-es Éves Jelentés 1.2 fejezetében található.

10.2. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT

A kínálat forrásai: hazai előállítás

Magyarországon a kábítószer belföldi előállítása továbbra sem jellemző. Ez alól az egyetlen kivétel a kannabisz volt, mely esetében 2011-ig egyre nőtt a belföldi termesztés szerepe a kínálat biztosításában, ugyanakkor azt követően fokozatosan csökken. 2009-ben került sor az első vietnámiak által üzemeltetett ültetvény realizálására. 2013 végéig már több mint 50 professzionálisan felszerelt ültetvény felszámolására került sor (Belügyminisztérium 2014). (A hazai kannabisz-termesztés jellemzőiről lásd még a 2012-es Éves Jelentés 10.2 fejezetét, valamint a 2010-es Éves Jelentés 10.1 fejezetét.)

A Magyarországon 2013-ban lefoglalt, kábítószereket előállító illegális laboratóriumokra vonatkozó adatokat lásd a 10.3 fejezetben.

Csempészútvonalak, a hazai piac szerkezeti felépítése

„Klasszikus” kábítószer

Kannabiszt vietnámi elkövetők nagy mennyiségben csempésznek az országba, Szlovákiában és Csehországban szintén vietnámiak által üzemeltetett ültetvényekről. Új jelenség a marihuánát illetően, annak Albánia és Koszovó területén történő tömeges termesztése és onnan való terjesztése. A lefoglalási adatok alapján, a marihuána legnagyobb mennyiségben a szerb-magyar határszakaszon keresztül kerül az országba.

A termesztéshez szükséges anyagok, eszközök forgalmazásával foglalkozó vállalkozások szaporodása miatt észlelhetően egyre több fogyasztó próbálja meg szükségleteit kisebb méretű, kapacitású termesztőhely kiépítésével fedezni. A marihuána vonatkozásában említésre méltó az a tendencia is, hogy egyre több a fiatalok elkövető, mind a fogyasztói, mind a terjesztői oldalon (lásd még: 9.3 fejezet).

¹²⁷ A fejezet szerzői: Csesztregi Tamás, Varga Orsolya

A piacon az elmúlt két évben tapasztalható „heroin-hiány” 2013-ban is folytatódott, a lefoglalásokban a heroin elenyésző mennyiségben volt csak jelen. (Lefoglalási adatokat lásd: 10.3. fejezet)

2013-ban továbbra is emelkedő mennyiségben volt jelen a hazai piacon az Ecstasy (MDMA hatóanyagú tabletták) (a tabletták hatóanyagtartalmáról lásd még a 10.4 fejezetet), mely 2012 előtt évekig alig került lefoglalásra.

Új pszichoaktív anyagok

Az új pszichoaktív anyagok ideiglenes listájának bevezetése ellenére továbbra is jelentős az új pszichoaktív szerek terjedése, amely érzékelhetően átalakította az elkövetői kört, a piacot, és a vevői réteg igényeit is.

Az értékesítést elősegítette 2013. december 31-ig az enyhébb büntetőjogi szankcionálás mellett, a beszerzési árhoz viszonyított jelentős haszon. (Belügyminisztérium 2014) 2014. január 1-jét követően egy jelentős szigorítás következett be, amely differenciáltabb és súlyosabb büntetési tétellel fenyegetettséget jelent. (A kapcsolódó jogszabályi változásokról részletesen lásd a 2012-es és 2013-as Éves Jelentés 1.2 fejezetét.)

10.3. LEFOGLALÁSOK

2013-ban, az előző évhez képest a kannabisz növény lefoglalások száma nem változott jelentősen. A lefoglalt marihuána mennyiségének jelentős részét (mintegy 80%-át) továbbra is a szerb-magyar határ környezetében felderített szállítmányok tették ki.

A lefoglalások száma és a lefoglalt anyagok mennyisége alapján, a hasis, a heroin, a kokain, a metamfetamin és az LSD feketepiaci részesedése is a megelőző évekhez hasonlóan tekinthető. Ugyanakkor a metamfetamin esetében a viszonylagos olcsóság miatt előfordulhat, hogy erőteljesebb lesz a növekedés a következő években.

Az amfetamin esetében a lefoglalások száma a korábbi évekhez képest kis mértékben emelkedett, ezzel együtt az előző két évhez képest mintegy megháromszorozódott a lefoglalt anyag mennyisége.

31. táblázat. *Lefoglalások száma és mennyisége 2012-ben és 2013-ban*¹²⁸

Szertípus	lefoglalások száma		lefoglalt mennyiség	
	2012	2013	2012	2013
Marihuána (kg)	2092	2040	1776,7	863,4
Kannabisz növény (tő)	193	196	7382	5307
Hasis (kg)	103	101	3,1	5
Heroin (kg)	26	32	2,5	5,7
Kokain (kg)	118	117	13,3	8,1
Amfetamin (kg)	454	536	29,9	74,8
Metamfetamin (kg)	38	50	0,06	0,2
Ecstasy tablettá (db) /MDMA, MDA, MDE/	91	181	12 437	17 664
LSD (adag)	28	22	599	342
Növényi anyagok szintetikus kannabinoidokkal (kg)	1298	2099	179,2	44,5
Szintetikus kannabinoidok porokban (kg)	61	60	4,3	15,5
Kátonon származékok por formában (kg)	700	855	58,7	81,5
Kátonon származékok tablettában (db)	174	174	27 876	55 421

Forrás: BSZKI 2014

¹²⁸ Az alábbi táblázat a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet kábítószer-vizsgáló laboratóriumaiban vizsgált lefoglalások adatait, valamint botanikai vizsgálat alapján, a helyszínen lefoglalt kender-ültetvények adatait tartalmazza.

2013-ban tovább nőtt a lefoglalt, kábítószer vagy – kábítószernek nem minősülő – új hatóanyagokat tartalmazó tabletták száma. 2013-ban 93.410 db ilyen tablettát került lefoglalásra Magyarországon. A tablettákon belül, az MDMA hatóanyagot tartalmazó ecstasy tabletták lefoglalások száma a 2012. évhez képest megduplázódott, illetve emelkedett a lefoglalt tabletták mennyisége is. A hatályos jogszabályok szerint kábítószernek minősülő hatóanyagokat tartalmazó tabletták száma 2013-ban a lefoglalt tabletták mennyiségének mindössze 20%-át tette ki. A tabletták fennmaradó 80%-ának hatóanyagai elsősorban az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó szabályozás alá tartozó vegyületek voltak. (A tabletták hatóanyagairól az „Ár/tisztaság” fejezetben található részletesebb információ.)

Az MDMA hatóanyagot tartalmazó tabletták mellett továbbra is megfigyelhető az MDMA-porok piaci jelenléte: 2013 folyamán 51 esetben került ilyen anyag lefoglalásra.

A GBL új pszichoaktív anyagok körében történő ellenőrzés alá vonását követően, 2012-től folyamatosan csökkent a GBL lefoglalásainak száma. Míg 2010-2011 folyamán 85, illetve 84 lefoglalás történt, addig 2012-ben 57, 2013-ban pedig mindössze 29 ilyen eset volt. 2013-ban összesen 6,2 liter GBL került lefoglalásra.

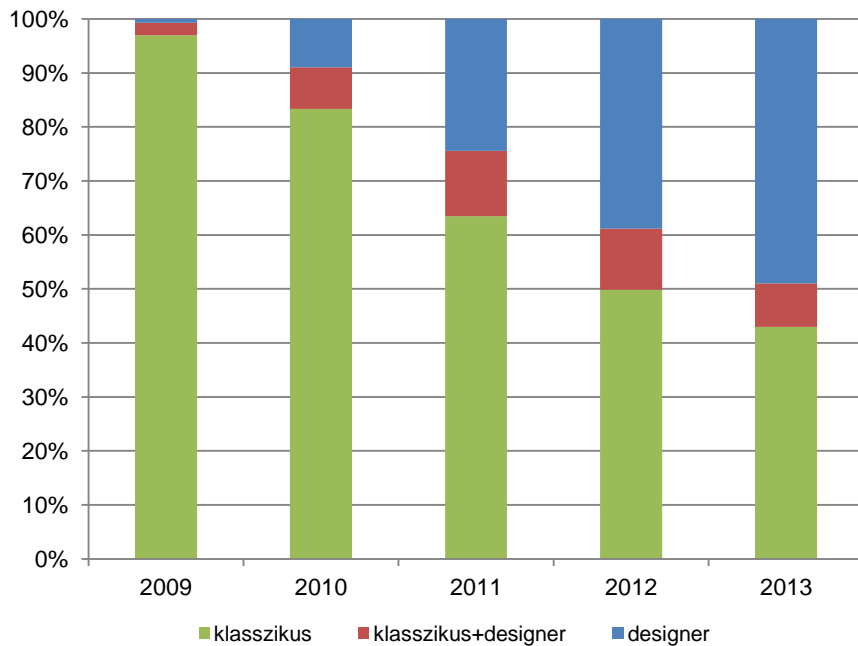
A ketamin hatóanyagot tartalmazó porok feketepiaci jelenléte továbbra is alacsonynak tekinthető, 2013-ban 32 esetben, összesen 31 gramm anyag került lefoglalásra.

2013-ban a korábbi évekhez hasonló, nagy tételben mák-kivonatot előállító laboratórium lefoglalás nem történt, azonban 2152 kilogramm mákszalmát és mákőrleményt foglaltak le északkelet Magyarországon.

Új szintetikus szerek

A lefoglalt anyagok vizsgálati eredményei alapján, az új szerek („designer drogok”) piaci részesedésének 2010 óta tartó emelkedése tovább folytatódott. 2013-ban a lefoglalások mindössze 43%-a tartalmazott csak „klasszikus” szereket, ezzel szemben a lefoglalások 49%-a kizárólag új hatóanyagokat tartalmazott, és 8% volt azon esetek aránya, ahol a „klasszikus” és az új szerek együttesen kerültek lefoglalásra. A lefoglalási adatok alapján tehát, 2013-ra az új szerek piaci részesedése meghaladta a „klasszikus” szerek piacát Magyarországon.

32. ábra. „Klasszikus”¹²⁹ és „designer” szerek előfordulási gyakorisága (%) a lefoglalt anyagok között, 2009-2013 között

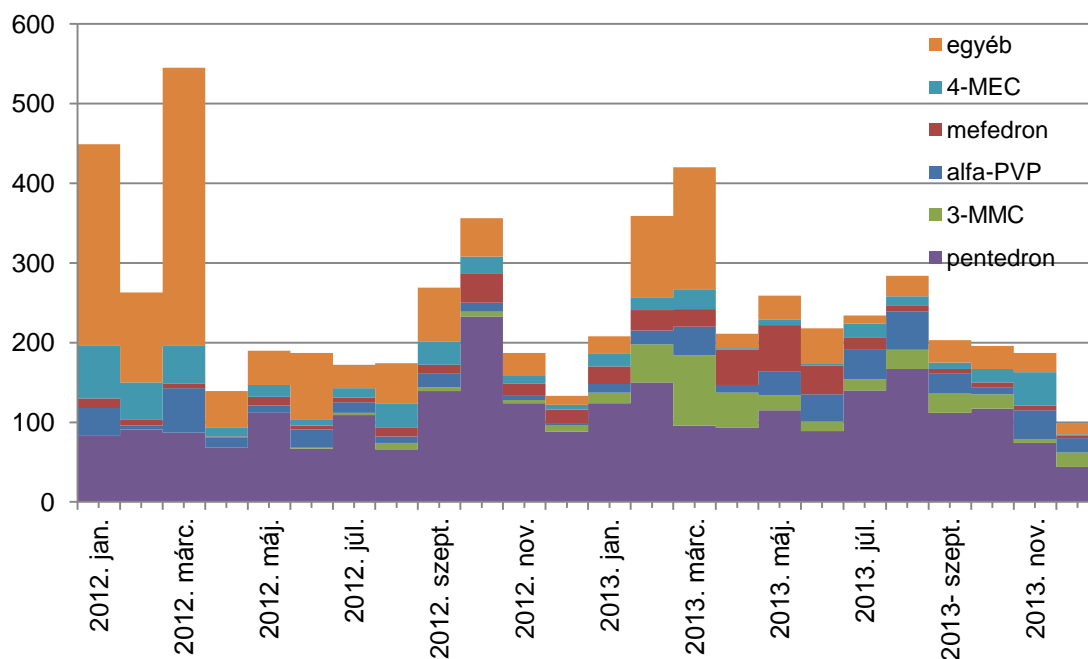


Forrás: BSZKI 2014

A katinonszármazékok körében, 2013-ban a leggyakoribb szer a – 2012. április 3-tól új pszichoaktív anyagnak minősülő – pentedron volt, amely elsősorban por formában került lefoglalásra (531 esetben, összesen 48,06 kg), de 89 lefoglalás esetében tabletták hatóanyagaként is megjelent. A katonák családjába tartozó anyagok közül megemlítendő még a 3-MMC (3-metil-metkatinon) és a mefedron, amelyekből az első félévben történt több lefoglalás, valamint az alfa-PVP amely egész évben folyamatosan jelen volt a lefoglalásokban.

¹²⁹ Klasszikus szerek az ENSZ Kábítószer Egyezményeinek valamely jegyzékén szereplő anyagok minősültek.

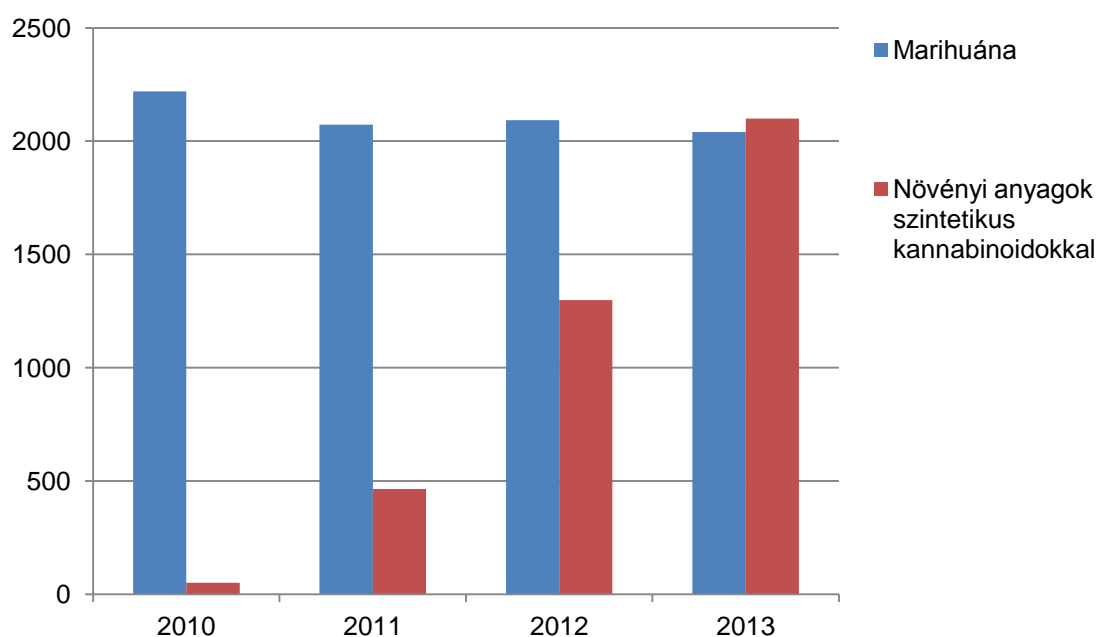
33. ábra. Katinonszármazékok előfordulási gyakorisága (hatóanyag kimutatások száma) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2012-ben és 2013-ban



Forrás: BSZKI 2014

A szintetikus kannabinoid hatóanyagokkal kezelt növényi készítmények lefoglalásainak száma 2010 óta folyamatosan emelkedik, 2013-ban az előző évhez képest közel megduplázódott. A lefoglalások száma (2099 eset) 2013-ban már meghaladta a marihuána lefoglalásainak számát (2040 eset).

34. ábra. Marihuána és szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok lefoglalásainak száma 2010-2013 között

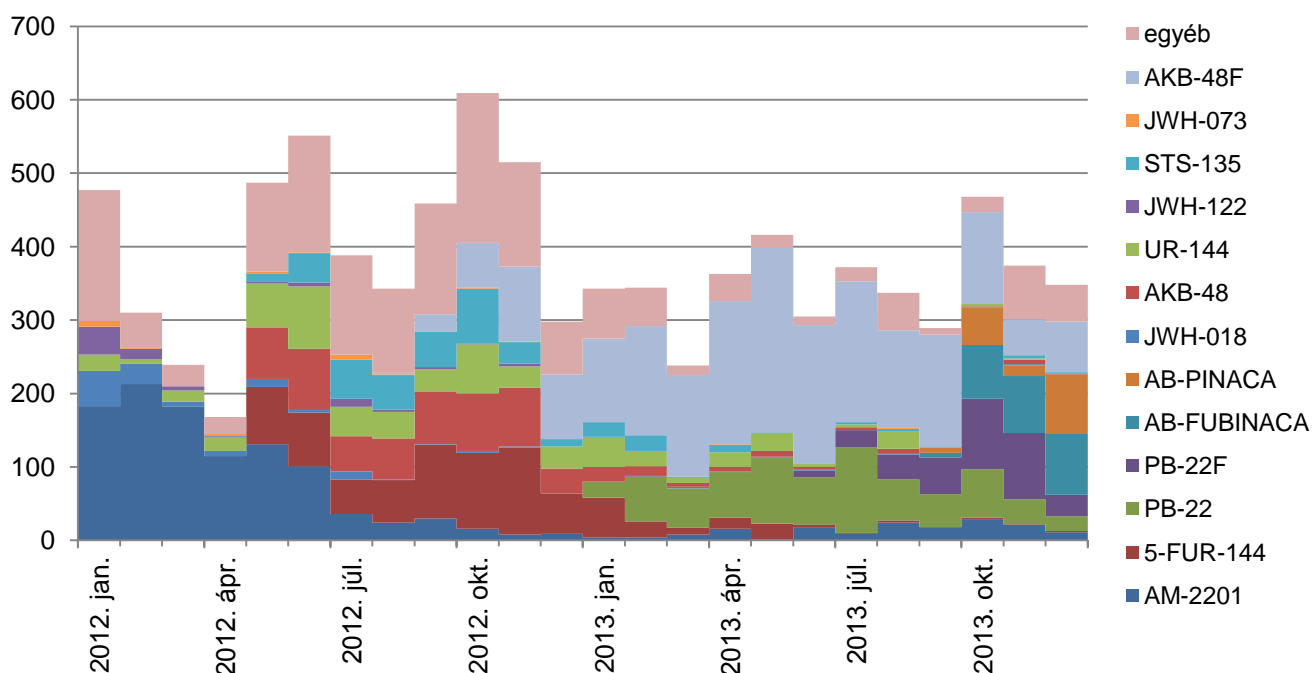


Forrás: BSZKI 2014

A szintetikus kannabinoidok családjába tartozó vegyületek elsősorban növényi hordozóra felvitt formában kerültek lefoglalásra, de 2013 folyamán 60 esetben por formájában is előfordult ilyen hatóanyag.

A feketepiaci forgalomban lévő szintetikus kannabinoidok köre a jogszabályi környezet hatására 2013-ban is dinamikusan változott. 2013 elején az akkor még nem ellenőrzött AKB-48F hatóanyag volt a legnépszerűbb, de 2013 januárjától számottevő mennyiségben jelentek meg a piacon a PB-22 illetve az 5F-PB-22 hatóanyagokat tartalmazó készítmények. Az új pszichoaktív anyagok listájának júliusi módosulását (lásd 1.2. fejezet) követően 2013 októberében jelentek meg a lefoglalásokban jelentős esetszámmal olyan új hatóanyagok (AB-PIANACA, AB FUBINACA, 5F-AB-PINACA), amelyek még nem tartoztak ellenőrzés alá.

35. ábra. Szintetikus kannabinoid vegyületek előfordulási gyakorisága (hatóanyag kimutatások száma) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2012-ben és 2013-ban



Forrás: BSZKI 2014

Intravénás szerhasználathoz köthető lefoglalások

A laboratóriumi vizsgálatra kerülő, intravénás szerhasználathoz köthető tárgyakról kimutatott hatóanyagok összesítése alapján figyelemmel kísérhető az ehhez a fogyasztási módhoz kapcsolódó szerek körének és hozzávetőleges arányának alakulása. 2013-ban folytatódott a megelőző két évben tapasztalt tendencia, a 2010 előtt domináló heroin és amfetamin az esetek mindössze 2%, illetve 7%-ában volt kimutatható. A vizsgált tárgyakról az esetek többségében katinonszármazékok voltak kimutathatók, ezek közül a leggyakoribb a pentedron volt (az esetek 27%-a), de ismételten megjelent a mefedron is (3%). Az esetek 39%-ában többféle hatóanyag, vagy kisebb gyakorisággal előforduló egyéb hatóanyagok voltak azonosíthatók. (Az intravénás szerhasználók átalakuló szerhasználata nyomon követhető a tűcsere szolgáltatók adataiban - lásd 4. fejezet -, valamint a kábítószerhasználat miatt kezelést kezdők adataiban - lásd 5.3 fejezetet - is.)

Az egyéb hatóanyagok között, a lefoglalások száma szempontjából a 2-MPA (a metamfetamin tiofén analógja) emelkedik ki: 2013 tavaszán 13 esetben porok, 17 esetben tabletták hatóanyagaként jelent meg, leggyakrabban katinonszármazékokkal kombinálva.

2013 júniusától több olyan haláleset is történt, ahol a para-metil-4-metilaminorex (PMAR) elnevezésű új hatóanyag megjelenése volt a közös momentum. Az új hatóanyag először fehér por formájában jelent meg a lefoglalásokban, majd később többféle tablettá hatóanyagként is előfordult. (A halálozási adatokról további információt lásd az Éves Jelentés 6.4. fejezetében.) A lefoglalások főként július-augusztus hónapra koncentráltak. Összesen 53 lefoglalás esetében került azonosításra para-metil-4-metilaminorex hatóanyag. A lefoglalt mennyiség 110 gramm por, illetve közel 1800 db tablettá volt. A lefoglalt anyagok az esetek mintegy negyedében tartalmaztak más hatóanyagot is, a legtöbb esetben pentedront. A lefoglalt porokból az alfa-PVP hatóanyag is kimutatható volt néhány alkalommal.

Illegális kábítószer laboratóriumok

2013 szeptemberében Szegeden került lefoglalásra amfetamint előállító illegális laboratórium. A rendelkezésre álló információk alapján, a laboratórium több száz grammos nagyságrendben állított elő amfetamint, a prekursor ellenőrzés alá nem tartozó benzaldehidből kiindulva. Három esetben olyan illegális laboratóriumot derítettek fel, amelyben nem előállítás, hanem tablettázás történt.

10.4. HOZZÁFÉRHETŐSÉG

Kábítószeres és új pszichoaktív anyagok beszerzési forrásai

A Nemzeti Drog Fókuszpont kábítószeres utcai árával kapcsolatos felmérésének (Varga 2014, a felmérés módszertanának és részletes eredményeinek bemutatását lásd a 10.4 fejezetben) részeként a drogambulanciák klienseinek körében lekérdezésre került az is, hogy a 2013-ban kábítószeres és/vagy pszichoaktív anyagokat vásárló kliensek honnan szereztek be az egyes anyagokat.¹³⁰

A hasis és a marihuána beszerzési forrásaként a szerből vásárlók közel fele a barátját/ismerősét jelölte meg, de laertól megközelítőleg ugyanekkora hányaduk vásárolt. Heroinhoz és kokainhoz a vásárlók 25-30%-a, amfetaminhoz 40%-a ismerőstől vagy baráttól jutott hozzá. Dealertól vásárolt heroint vagy kokaint a válaszadók közel 70%-a, amfetamint kb. 60%-uk. A heroin szubsztitúciós szereként alkalmazott metadont leggyakrabban (84%) ismerőstől szereztek be a kliensek.

A weboldal mint beszerzési forrás inkább a nem klasszikus kábítószeres¹³¹ esetében szerepelt. A Magyarországon 2012-től már kábítószernek minősülő MDPV-t és mefedront a szerből vásárlók 9%-a, illetve 7%-a rendelte weboldalról, szintetikus füvet 17%-uk, a 2012 áprilisától új pszichoaktív anyagnak minősülő pentedront 7%-uk. A weboldalon rendelt szere aránya az elmúlt évekhez képest jelentős csökkenést mutat. Ezen szere beszerzési forrása is elsősorban a dealertól való vásárlás lett.

A bolt (headshop), mint beszerzési forrás, egyedül a szintetikus fű (Spice) esetében került említésre, azonban itt is csökkenés figyelhető meg: míg 2012-ben a szerből vásárlók 15,7%-a szerezte be boltban a szert, addig 2013-ban mindössze 8%.

A kérdőív rákérdezett arra is, hogy a kliensek vásároltak-e olyan szert 2013-ban, melyről nem tudták, hogy mi az. A 147 válaszadó közül 24 (16,3%) mondta azt, hogy olyan szerből is vásárolt, melyről nem pontosan tudta, hogy mi az (2012-ben 29,7% fogyasztott számára ismeretlen szert). 25-en (17%) nem tudták, vagy nem akarták megmondani, hogy vásároltak-e ilyen szert.

¹³⁰ Az egyes kábítószerfajták beszerzési forrásaként a következő opciókat jelölhették meg a válaszadók: barát/ismerős, dealer, weboldal, bolt/headshop, egyéb. Egy adott szer esetében több válasz is megjelölhető volt.

¹³¹ Az ENSZ kábítószer-egyezmények jegyzékein nem szereplő anyagok.

Kábítószeres utcai árai

Az előző évekhez hasonlóan, a Nemzeti Drog Fókuszpont 2014 elején kérdőíves felmérést végzett a drogambulanciák kliensei körében a kábítószeres utcai áráról (Varga 2014).¹³²

A kérdőív a klasszikus kábítószeres mellett, a mefedron, az MDPV, a pentedron és a szintetikus fű (szintetikus kannabinoiddal kezelt növényi keverékek) legutolsó vásárláskori árára is rákérdezett. A 2012 januárja óta kábítószernek minősülő MDPV-ből 27-en vásároltak a tavalyi évben (kb. fele annyian, mint 2012-ben). A szer egy grammra vonatkozó átlagos legutolsó vásárláskori ára 5100 Ft volt, ami 31%-kal magasabb, mint 2012-ben. A piacon a tavalyi évben újdonságnak számító pentedron áráról 53-an rendelkeztek információval, a válaszok alapján ennek a szernek egy grammjához átlagosan 3650 Ft-ért lehetett hozzájutni, ami 11%-os emelkedést jelent az előző évhez képest. A marihuána alternatívájaként kínált szintetikus fű („spice”) áráról a válaszadók fele rendelkezett információval. Az elmúlt években megfigyelhető csökkenő ár azonban 2013-ban csaknem megegyezett az előző évvel.

32. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban 2013-ban

Szertípus	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Marihuána (gr)	1000	3500	2500	2275	135
Hasis (gr)	1500	4500	2500	2545	62
Heroin (gr)	4000	28000	10000	11379	28
Heroin (pakett)	1000	15000	5000	3636	17
Kokain (gr)	3000	30000	15000	16836	60
Amfetamin (gr)	1500	5000	3000	2904	95
Ecstasy (tabletta)	500	4000	1500	1484	77
Metamfetamin	1500	15000	3000	3986	20
LSD (adag)	1000	5000	2000	2792	35
Metadon (20 mg)	600	5000	1000	1338	229
Metadon (5 mg)	250	2000	500	846	10
GBL (adag)	1500	8000	3000	3231	12
Mefedron (g)	800	5000	3000	3217	28
MDPV (g)	850	10000	3000	5106	27
Pentedron (g)	1000	10000	3000	3649	53
Spice (g)	400	3000	1000	1451	74

Forrás: Varga 2014

¹³²A kérdőíves felvétele önkitöltős módszerrel történt 2014. január 1-30. között, 7 nagyváros 7 drogambulanciájának részvételével. A felmérés módszertanának leírását lásd a 2010-es Éves Jelentés 10.3 fejezetében.

33. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban¹³³ 2013-ban

Szertípus	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Marihuána (gr)	3,4	11,8	8,4	7,7	135
Hasis (gr)	5,0	15,1	8,4	8,6	62
Heroin (gr)	13,5	94,2	33,7	38,3	28
Heroin (pakett)	3,4	50,5	16,8	12,2	17
Kokain (gr)	10,1	101,0	50,5	56,7	60
Amfetamin (gr)	5,0	16,8	10,1	9,8	95
Ecstasy (tabletta)	1,7	13,5	5,0	5,0	77
Metamfetamin	5,0	50,5	10,1	13,4	20
LSD (adag)	3,4	16,8	6,7	9,4	35
Metadon (20 mg)	2,0	16,8	3,4	4,5	229
Metadon (5 mg)	0,8	6,7	1,7	2,8	10
GBL (adag)	5,0	26,9	10,1	10,9	12
Mefedron (g)	2,7	16,8	10,1	10,8	28
MDPV (g)	2,9	33,7	10,1	17,2	27
Pentedron (g)	3,4	33,7	10,1	12,3	53
Spice (g)	1,3	10,1	3,4	4,9	74

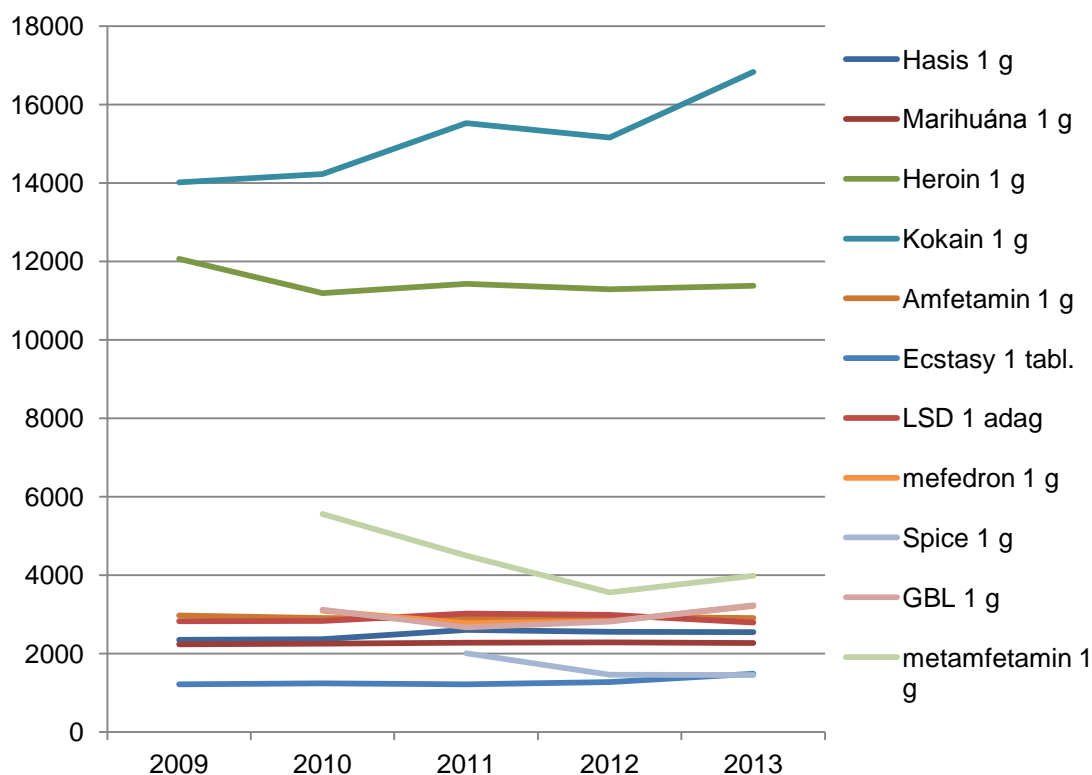
Forrás: Varga 2014

A klasszikus kábítószeres árban nem történt érdemi változás a megelőző évekhez képest. Az Ecstasy és a kokain átlagos utcai ára növekedett 16%-kal, illetve 11%-kal.

A nem klasszikus kábítószeres átlagos utcai áraiban is növekedés volt megfigyelhető: az MDPV 30,2%-kal, a GBL, mefedron és a pentedron 10-15%-kal került többre, mint 2012-ben.

¹³³A táblázatban szereplő árak a 2013-as hivatalos euró középárfolyam (1€=297,13 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

36. ábra. Kábítószeresek átlagos utcai árai forintban 2009-2013 között



Forrás: Varga 2014

Tisztaság

A 2013 folyamán mért marihuána és hasis minták jellemző totál-THC-koncentrációi az előző év eredményeihez képest nem mutattak jelentős változást (marihuána: 0,1-20%, hasis 2-20%).

A kokain esetében a nagyobb tételekben lefoglalt porok hatóanyag-tartalma a 60-90% tartományba esett, ezekben a lefoglalásokban – a korábbi évektől eltérően – nem voltak jelentősen felhígított porok.

2013 folyamán több esetben foglaltak le 50% amfetamin-bázis tartalmat meghaladó, gyakorlatilag hígítatlan amfetamin-szulfát porokat. Ezek a lefoglalások jellemzően kisebb, néhány tized grammnyi tételek voltak.

Az MDMA hatóanyagot tartalmazó tabletták esetében, a hatóanyag-tartalom általában a 20-150 milligramm/tabletta tartományba esett, az esetek harmadában 100 milligramm/tabletta értéket meghaladó hatóanyag-tartalom volt mérhető. Ez az érték jelentősen magasabb, mint a 2000-es évek közepén általános 50-70 milligramm/tabletta érték.

Új szintetikus szerek

Az új szintetikus szerek nagy része büntetőjogi értelemben nem minősül kábítószernek, így kriminalisztikai szempontból nem is szükséges a tiszta hatóanyag mennyiségének megállapítása.

A 2012-től kábítószernek minősülő mefedron és 4-MEC hatóanyagot tartalmazó porokra rendelkezésre álló adatok alapján megállapítható, hogy ezek a vegyületek általában 10-80%, illetve 5-85% hatóanyag-tartalmú készítményekben fordultak elő, de leginkább a hígítatlan formában történő előfordulás volt jellemző.

A vizsgálati eredmények alapján, az új hatóanyagok porokban gyakran hígítatlanul, tiszta formában fordulnak elő. 2013-ban a katinonszármazékokat tartalmazó porok 77%-a egyféle

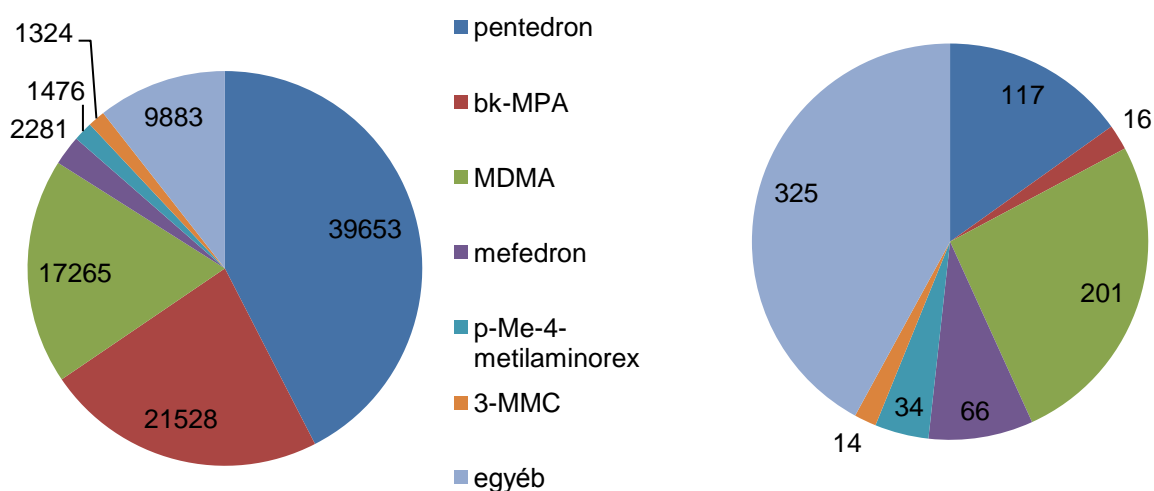
hatóanyagot tartalmazott, az esetek 23%-ában volt a lefoglalt porokban többféle hatóanyag, míg a tabletták formájában árult készítmények esetében ez az arány mindössze 7% (lásd lejjebb).

A szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok 2013-ban az esetek 30%-ában tartalmaztak több hatóanyagot.

Tabletták összetétele

2013-ban a kábítószer vagy kábítószernek nem minősülő, pszichoaktív hatóanyagot tartalmazó tabletták 93%-a egyféle hatóanyagot tartalmazott. A lefoglalási tételek száma (előfordulás gyakorisága) szerint az MDMA hatóanyagú tabletták voltak a leggyakoribbak (a lefoglalási tételek 26%-a), míg a lefoglalt darabszám tekintetében a pentedron hatóanyagú tabletták jelentették a legnagyobb mennyiséget.

37. ábra. Hatóanyagok előfordulási gyakorisága (db, %) a 2013-ban lefoglalt tablettákban, a lefoglalt tabletták számát (N=93 410) és a lefoglalási tételeket (N=773) vizsgálva



Forrás: BSZKI 2014

Következtetések

2013-ra a rendőrségi lefoglalások száma tekintetében az új szintetikus szerek lefoglalásainak aránya meghaladta a „klasszikus” kábítószeres lefoglalásainak arányát. A szintetikus kannabinoidokat tartalmazó növényi anyagok lefoglalásai 2010-től folyamatosan emelkedtek, a lefoglalások száma 2013-ra meghaladta a marihuána lefoglalásokét. A „klasszikus” és új szerek előfordulási arányainak eltolódása a tudatmódosító szerek piacának és fogyasztási szokásainak jelentős átrendeződését, az új, korábban ismeretlen szerek előtérbe kerülését mutatja.

A katinonszármazékokat tartalmazó porokban illetve tablettákban 2013-ban a pentedron volt a leggyakoribb hatóanyag, és az intravénás szerhasználathoz köthető tárgyakon is ez a hatóanyag jelent meg legnagyobb arányban.

A szintetikus kannabinoidok esetében a szabályozás változásának hatására dinamikusan változik a forgalomba kerülő hatóanyagok köre.

A korábbi évekhez viszonyítva emelkedett az MDMA-tartalmú (Ecstasy) tabletták piaci részesedése, jellemzőek a magas hatóanyag-tartalmú tabletták. Az amfetamin, a kokain és a heroin előfordulási gyakorisága a korábbi évekhez képest nem mutat jelentős változást.

A kábítószeresek átlagos utcai áraiban nem történt érdemi változás, azonban az új szerek árának kis változásai a piac stabilizálódását, illetve növekedését is jelenthetik, valamint összefüggésben lehetnek a C lista bevezetésével és a szigorodó szabályozással.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Andrássy, G. (2013.): Új világ, új kannabisz – osztályos tapasztalatok szintetikus kannabinoidokkal. Orvostovábbképző Szemle Online, 2013. 05. 21. http://www.otszonline.hu/szimposium_rovat/cikk/uj_vilag_uj_kannabisz_osztalyos_tapasztalatok_szintetikus_kannabinoidokkal

BM (Belügyminisztérium) (2014): A BM 2013. évről szóló kábítószerügyi beszámolója.

BSZKI (Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet) (2014): A Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet 2013. évre vonatkozó adatai.

BVOP (Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokság) (2014): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokság 2013. évre vonatkozó adatai.

Csák, R. (2014a): A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet végző szervezetek 2013. évi működési és forgalmi adatai. Nemzeti Drog Fókuszpont

Csák, R. (2014b): Tűcsere programok adatai, 2013. Nemzeti Drog Fókuszpont.

Csesztregi, T. (2014): Mit rejthet ma a tasak? Kábítószer-helyzet a lefoglalási adatok tükrében – 2013. Elhangzott: Nemzeti Drog Fókuszpont, Tűcsere szervezetek országos találkozója, 2014. 04.10.

http://drogfokuszpont.hu/szakteruleteink/artalomcsokkentek/artalomcsokkentek-kapcsolododokumentumok/#hr_eloadas

Csohán, Á., Krisztalovics, K., Molnár, Zs., Dudás, M., Horváth, K., Szilágyi, A., Fogarassy, E., Lendvai, Gy., Kaszás, K., Molnárné Kozma, E. (2014): Magyarország járványügyi helyzete 2013. Országos Epidemiológiai Központ.

Csorba J., Pataki Z. (2014): Szubsztitúciós kezelés és designer drogok. Elhangzott: Magyar Addiktológiai Társaság VI. Szubsztitúciós Fórum. 2014. május 29., Budapest.

Dudás, M., Rusvai, E., Győri, Z., Tarján, A., Minárovits, J., Takács, M., Csohán, Á. (2014): A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2013. évi prevalenciájának vizsgálata 8 városban. Országos Epidemiológiai Központ.

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2014a): Az EMMI Egészségpolitikai Főosztály 2013-as beszámolója.

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2014b): EMMI Ifjúságügyi Főosztály beszámolója a 2013. évről.

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2014c): EMMI szociális és gyermekvédelmi ágazati beszámoló a 2013. évről.

ENYÜBS (Egységes Nyomozó Hatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika) (2014): Legfőbb Ügyészség Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos, 2013. évre vonatkozó adatai.

GDS (2014): Global Drug Survey Study Report.

<http://www.globaldrugsurvey.com/wp-content/uploads/2014/04/last-12-months-drug-prevalence.pdf>

<http://www.globaldrugsurvey.com/facts-figures/the-global-drug-survey-2014-findings/>

Magyar Honvédség (2014): Beszámoló a kábítószerügyi Éves jelentéshez.

NBT (Nemzeti Bűnmegelőzési Tanács) (2014): A Nemzeti Bűnmegelőzési Tanács 2013. évi tevékenységéről szóló beszámolója.

NCSZI (Nemzeti Család-és Szociálpolitikai Intézet) (2013): A Szenvedélybetegséggel küzdő emberek szociológiai jellemzői és kapcsolatuk a szociális szolgáltatások rendszerével. Beszámoló a TÁMOP-5.4.1-12 „Szociális szolgáltatások modernizációja” c. projekt keretében megvalósult „Országos reprezentatív adatfelvétel a szenvedélybetegséggel küzdő emberek körében” kutatás eredményeiről. Nemzeti Család-és Szociálpolitikai Intézet 2013.

NRSZH (Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal) (2014): A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal 2013. évi közösségi szenvedélybeteg ellátásra vonatkozó tájékoztatása.

OAC (2014a): TDI adatgyűjtés halálozási modul: Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozási adatok 2013.

OAC (2014b): TDI adatgyűjtés 2013.

OAC (2014c): Szubsztitúciós adatgyűjtés 2013.

Oberth J., Bíró Zs., Mándi B. (2014): Beszámoló a Józan Babák Klub Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás programja 2013. Évi tevékenységéről.

OEFI (Országos Egészségfejlesztési Intézet) (2014): Minőségfejlesztési Iroda 2013-as beszámolója.

Paksi Borbála (2013a): Módszertani dilemmák egy 2013-ban készült lakossági vizsgálat szerhasználatra vonatkozó adatai kapcsán. A Magyar Addiktológiai Társaság IX. Országos Kongresszusa 2013. november 21-23, Siófok, Supplementum kötet, pp. 36. http://www.mat.org.hu/doksi/kongresszus-2013/Absztraktfuzet_MAT_IX_2013.pdf

Paksi Borbála (2013b): Stagnálás vagy növekedés? - a magyarországi felnőtt népesség drogérintettségének becslése. A Magyar Addiktológiai Társaság IX. Országos Kongresszusa 2013. november 21-23, Siófok, Supplementum kötet, pp. 35. http://www.mat.org.hu/doksi/kongresszus-2013/Absztraktfuzet_MAT_IX_2013.pdf

Rácz. J., Bodrogi, A. (2014): Kliensutak az új pszichoaktív szerek használóinál: a re-medikalizáció kérdése. Elhangzott: „Új szerek, új (kliens) utak” konferencia, Budapest, 2014. március 27-28. <http://www.slideshare.net/raczjosef/kliens-utak-sz-j>

SZGYF (Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság) (2014): A Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság Módszertani Osztályának 2013. évre vonatkozó tájékoztatása.

Szily, E., Bitter, I. (2013): Designer drugs in psychiatric practice – A review of the literature and the recent situation in Hungary, *Neuropsychopharmacol Hung*, 15(4): 223-231

Port Á., Tarján A. (2014): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokság és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben végzett kérdőíves felmérés – kutatási beszámoló.

Varga, O. (2014): A kábítószeres utcai árak alakulása 2013-ban. Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőíves adatgyűjtés.

FÜGGELÉK

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A célzottan kábítószerügyi pályázati kiíráshoz kapcsolódó megítélt támogatások összege céletterületek szerint 2013-ban.....	15
2. táblázat. A tiltott drogok elterjedtségének főbb mutatói a 19-64 éves népesség körében 2013-ban 17	
3. táblázat. A tiltott drogok életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 19-64 éves népességben, 2013-ban (%).....	20
4. táblázat. Az OEFI-hez az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlásáért benyújtott és támogatott pályázatok száma és téma szerinti megoszlása	29
5. táblázat. Az OEFI-hez az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlásáért benyújtott, droghasználathoz kapcsolódó pályázatok eredmény szerinti megoszlása	29
6. táblázat. A közösségi szenvedélybeteg ellátás keretében ellátott kliensek száma (fő) BNO diagnóziskódok szerinti bontásban, 2012-ben és 2013-ban	40
7. táblázat. A detoxikációs és fenntartó kezelésben részesülők megoszlása a helyettesítő szer alapján 2013-ban (N, %) (N _{total} =786).....	41
8. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása 2009-2013 között (fő).....	54
9. táblázat. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-használók megoszlása az utolsó injekció időpontja szerint 2013-ban	55
10. táblázat. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás kábítószer-fogyasztók HIV, HBV, HCV fertőzöttsége nem és korcsoport szerinti bontásban, 2013-ban.....	57
11. táblázat. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-használók megoszlása az iv. kábítószer-használat kezdete szerint 2013-ban (N=223)	57
12. táblázat. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) elsődlegesen injekciós szer típus szerinti bontásban, 2013-ban	58
13. táblázat. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás kábítószer-fogyasztók száma, a fertőzöttek száma és aránya területenként, 2013-ban.....	59
14. táblázat. Az utolsó napi injekció-szám és az utolsó eldobott fecskendő újrahhasználásainak száma (csoport átlag) a rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók körében egyes elsődlegesen injekciós szerek szerint, 2013-ban.....	62
15. táblázat. Kábítószer/ pszichotróp anyag/ új pszichoaktív szer jelenléte a közúti balesetekből származó vér és/vagy vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban 2013-ban	63
16. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen, természetes és erőszakos halálesetek megoszlása 2013-ban (fő)	64
17. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2013-ban.....	65
18. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek korcsoportok szerinti megoszlása 2013-ban (fő)	65
19. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2009-2013 között (fő).....	66
20. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen, természetes és erőszakos halálesetek megoszlása a feltalálás helyszíne szerint 2013-ban (fő).....	66
21. táblázat. A tőcsere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2012-ben és 2013-ban.....	71
22. táblázat. Az egy kliensre/egy kontaktra jutó osztott illetve hozott+gyűjtött fecskendők, és az egy kliensre jutó kontaktok száma, 2012-2013	72
23. táblázat. A tőcsere programok által kiosztott és begyűjtött fecskendők, kliensek és kliens kontaktok száma és aránya területi bontásban, 2012-2013	73
24. táblázat. Injekciós és ártalomcsökkentő segédeszközök osztása és egyéb szolgáltatások nyújtása a tőcsere végző szervezetek körében, 2013-ban (N=28).....	74
25. táblázat. A 2013-ban regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények szerit típus és elkövetési magatartás szerinti bontásban.....	86
26. táblázat. A 2013-ban regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma és aránya az elkövetési magatartás és a kábítószer mennyisége szerinti bontásban	86
27. táblázat. Az elkövetők előélet szerinti megoszlása 2013-ban.....	89
28. táblázat. Kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövetők megoszlása 2013-ban.....	91

29. táblázat. A 2013-ban kezelésbe lépő fogvatartott és a nem fogvatartott kliensek főbb jellemzői ($N_{fogvatartott}=130$; $N_{nem-fogvatartott}=3855$)	95
30. táblázat. HIV/HBV/HCV kezelésben részesülő/ kezelést nem vállaló/ kezelésbe nem kerülő/ kezelést abbahagyó fogvatartottak száma (fő), 2013-ban	97
31. táblázat. Lefoglalások száma és mennyisége 2012-ben és 2013-ban	100
32. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban 2013-ban.....	106
33. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban 2013-ban.....	107
1. ábra. Az egyes tiltott drogok életprevalencia értéke a 19-64 éves népesség körében 2013-ban (%)	18
2. ábra. A polidrog-használat előfordulása (19-64 éves népesség, az elmúlt évben használók százalékában, 2013-ban)	19
3. ábra. A tiltott drogfogyasztás kumulált prevalencia-görbéje a 2013-as vizsgálat adatai szerint (a válaszolók százalékában)	21
4. ábra. A tüsszere programban részt vevő kliensek megoszlása elsődlegesen injektált szer és életkor szerint 2013-ban ($N=3381$).....	32
5. ábra. A tüsszere programban részt vevő kliensek elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009- 2013 között (2013: $N=3409$).....	32
6. ábra. Az elsődlegesen egyéb szereket injektálók szertípus szerinti megoszlása 2013-ban ($N=2315$)	33
7. ábra. Az elsődlegesen egyéb szereket injektálók szertípus és korcsoport szerinti megoszlása 2013- ban ($N=2295$).....	34
8. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett aktív intravénás szerhasználók megoszlása az injektálás kezdete és az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban 2013-ban ($N=126$ fő).....	35
9. ábra. Elterelt, nem elterelt és összes kezelésbe lépő kliens számának alakulása 2009 és 2013 között (fő).....	41
10. ábra. Életkori megoszlás az életükben először kezelésbe lépők ($N=2552$) körében, az elsődlegesen használt szer szerinti bontásban 2013-ban (%).....	43
11. ábra. Elsődleges szer az összes és az újonnan kezelésbe lépő elterelt és nem elterelt kliens körében 2013-ban (%) ($N_{nem-elterelt-új}=600$; $N_{nem-elterelt-összes}=1382$; $N_{elterelt-új}=1952$; $N_{elterelt-összes}=2603$)	44
12. ábra. A heroin, amfetamin, egyéb stimuláns és egyéb (nem besorolható) szereket használók arányának alakulása a nem elterelés keretében kezelésbe lépő összes kliens (bal oldali ábra) és új kliens (jobb oldali ábra) körében, 2009 és 2013 között (%).....	48
13. ábra. Stimulánshasználók (alsó ábra) és „egyéb stimuláns” használók (felső ábra) életkor szerinti megoszlása a nem elterelés keretében kezelést kezdők körében (%), 2009 és 2013 között.....	49
14. ábra. A heroin-, stimuláns-, és egyéb szereket használók megoszlása a szerhasználat gyakorúsága szerint, az először kezelésbe lépők körében (%).....	49
15. ábra. Intravénás szerhasználók kliensek megoszlása az injektált szer alapján 2009 és 2013 között (%).....	50
16. ábra. Intravénás szerhasználók megoszlása a szerhasználat gyakorisága szerint (%).....	51
17. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett HCV pozitív intravénás kábítószer- használók megoszlása az utolsó injektálás időpontja szerint, 2010-2013.....	56
18. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban 2010-2013 között.....	59
19. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) földrajzi megoszlás szerint 2010-2013 között	60
20. ábra. Fecskendő, illetve injektáló segédeszköz megosztásának prevalenciája (%) az elmúlt 4 hétben a rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett aktív intravénás szerhasználók körében, egyes elsődlegesen injektált szerek szerinti bontásban, 2013-ban ($N=125$)	61
21. ábra. A tüsszere programok fecskendőforgalmi adatai, 2008-2013	70
22. ábra. Becserelési arány változása, 2008-2013.....	70
23. ábra. Kliensek és klienskontaktok számának alakulása a magyarországi tüsszere programokban, 2008-2013.....	71
24. ábra. Lakhatási körülmények a nem elterelés keretében kezelésbe lépők körében, 2009-2013 között (%).....	78
25. ábra. Befejezett iskolai végzettség a nem elterelés keretében kezelésbe lépők körében, 2009- 2013 között (%).....	78

26. ábra. Munkaügyi státusz a nem elterelés keretében kezelést kezdők körében, 2009-2013 között (%).....	79
27. ábra. A nem elterelés keretében kezelést kezdő kliensek társas együttélés szerinti megoszlása, 2009-2013 között (%).....	80
28. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma összesen és a 2013. július 1. előtt hatályos Btk. visszaélés kábítószerrel tényállásai szerinti bontásban 2009 és 2013 között	84
29. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának megoszlása szertípus szerint, 2011 és 2013 között.....	85
30. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkor szerinti megoszlása, 2009 és 2013 között.....	88
31. ábra. A bírósági eljárást nem eredményező eljárási formák és a vádemelések száma a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül 2009-2013 között.....	90
33. ábra. Katinonszármazékok előfordulási gyakorisága (hatóanyag kimutatások száma) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2012-ben és 2013-ban	103
34. ábra. Marihuána és szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok lefoglalásainak száma 2010-2013 között	103
35. ábra. Szintetikus kannabinoid vegyületek előfordulási gyakorisága (hatóanyag kimutatások száma) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2012-ben és 2013-ban.....	104
36. ábra. Kábítószeresek átlagos utcai árai forintban 2009-2013 között.....	108
37. ábra. Hatóanyagok előfordulási gyakorisága (db, %) a 2013-ban lefoglalt tablettákban, a lefoglalt tabletták számát (N=93 410) és a lefoglalási tételeket (N=773) vizsgálva	109

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. Az egyes tiltott drogok életprevalencia értéke a 19-64 éves népesség körében 2013-ban (%)	18
2. ábra. A polidrog-használat előfordulása (19-64 éves népesség, az elmúlt évben használók százalékában, 2013-ban)	19
3. ábra. A tiltott drogfogyasztás kumulált prevalencia-görbéje a 2013-as vizsgálat adatai szerint (a válaszolók százalékában)	21
4. ábra. A tűcsere programban részt vevő kliensek megoszlása elsődlegesen injektált szer és életkor szerint 2013-ban (N=3381)	32
5. ábra. A tűcsere programban részt vevő kliensek elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009- 2013 között (2013: N=3409)	32
6. ábra. Az elsődlegesen egyéb szereket injektálók szertípus szerinti megoszlása 2013-ban (N=2315)	33
7. ábra. Az elsődlegesen egyéb szereket injektálók szertípus és korcsoport szerinti megoszlása 2013-ban (N=2295)	34
8. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett aktív intravénás szerhasználók megoszlása az injektálás kezdete és az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban 2013-ban (N=126 fő)	35
9. ábra. Elterelt, nem elterelt és összes kezelésbe lépő kliens számának alakulása 2009 és 2013 között (fő)	41
10. ábra. Életkori megoszlás az életükben először kezelésbe lépők (N=2552) körében, az elsődlegesen használt szer szerinti bontásban 2013-ban (%)	43
11. ábra. Elsődleges szer az összes és az újonnan kezelésbe lépő elterelt és nem elterelt kliens körében 2013-ban (%) ($N_{nem-elterelt-új}=600$; $N_{nem-elterelt-összes}=1382$; $N_{elterelt-új}=1952$; $N_{elterelt-összes}=2603$)	44
12. ábra. A heroin, amfetamin, egyéb stimuláns és egyéb (nem besorolható) szereket használók arányának alakulása a nem elterelés keretében kezelésbe lépő összes kliens (bal oldali ábra) és új kliens (jobb oldali ábra) körében, 2009 és 2013 között (%)	48
13. ábra. Stimulánshasználók (alsó ábra) és „egyéb stimuláns” használók (felső ábra) életkor szerinti megoszlása a nem elterelés keretében kezelést kezdők körében (%), 2009 és 2013 között	49
14. ábra. A heroin-, stimuláns-, és egyéb szereket használók megoszlása a szerhasználat gyakorisága szerint, az először kezelésbe lépők körében (%)	49
15. ábra. Intravénás szerhasználó kliensek megoszlása az injektált szer alapján 2009 és 2013 között (%)	50
16. ábra. Intravénás szerhasználók megoszlása a szerhasználat gyakorisága szerint (%)	51
17. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett HCV pozitív intravénás kábítószer-használók megoszlása az utolsó injektálás időpontja szerint, 2010-2013	56
18. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban 2010-2013 között	59
19. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) földrajzi megoszlás szerint 2010-2013 között	60
20. ábra. Fecskendő, illetve injektáló segédeszköz megosztásának prevalenciája (%) az elmúlt 4 hétben a rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett aktív intravénás szerhasználók körében, egyes elsődlegesen injektált szerek szerinti bontásban, 2013-ban (N=125)	61
21. ábra. A tűcsere programok fecskendőforgalmi adatai, 2008-2013	70
22. ábra. Becserélési arány változása, 2008-2013	70
23. ábra. Kliensek és klienskontaktok számának alakulása a magyarországi tűcsere programokban, 2008-2013	71
24. ábra. Lakhatási körülmények a nem elterelés keretében kezelésbe lépők körében, 2009-2013 között (%)	78
25. ábra. Befejezett iskolai végzettség a nem elterelés keretében kezelésbe lépők körében, 2009-2013 között (%)	78
26. ábra. Munkaügyi státusz a nem elterelés keretében kezelést kezdők körében, 2009-2013 között (%)	79
27. ábra. A nem elterelés keretében kezelést kezdő kliensek társas együttélés szerinti megoszlása, 2009-2013 között (%)	80
28. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma összesen és a 2013. július 1. előtt hatályos Btk. visszaélés kábítószerrel tényállásai szerinti bontásban 2009 és 2013 között	84

29. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának megoszlása szertípus szerint, 2011 és 2013 között.....	85
30. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkor szerinti megoszlása, 2009 és 2013 között.....	88
31. ábra. A bírósági eljárást nem eredményező eljárási formák és a vádemelések száma a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül 2009-2013 között	90
33. ábra. Katinonszármazékok előfordulási gyakorisága (hatóanyag kimutatások száma) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2012-ben és 2013-ban	103
34. ábra. Marihuána és szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok lefoglalásainak száma 2010-2013 között	103
35. ábra. Szintetikus kannabinoid vegyületek előfordulási gyakorisága (hatóanyag kimutatások száma) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2012-ben és 2013-ban.....	104
36. ábra. Kábítószeres átlagos utcai árai forintban 2009-2013 között.....	108
37. ábra. Hatóanyagok előfordulási gyakorisága (db, %) a 2013-ban lefoglalt tablettákban, a lefoglalt tabletták számát (N=93 410) és a lefoglalási tételeket (N=773) vizsgálva	109

TÉRKÉPEK JEGYZÉKE

1. térkép. *A rekreációs színtéren ártalomcsökkentő tevékenységet nyújtó szervezetek (N=25) 2013-as országos megoszlása hatókör szerint* 27
2. térkép. *Túcsere szolgáltatók országos megoszlása 2013-ban (N=29)*..... 69
3. térkép. *A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma megyék szerinti bontásban 2013-ban*87