



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



2011-es ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára
készítette: **Nemzeti Drog Fókuszpont**

“MAGYARORSZÁG”
Új fejlemények, trendek és részletes információk a
kiemelt témákról

REITOX

A KÖTET SZERZŐI:

CSESZTREGI TAMÁS, Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

DUDÁS MÁRIA, Országos Epidemiológiai Központ

FELVINCZI KATALIN, ELTE Pszichológiai Intézet

HORVÁTH GERGELY CSABA, Nemzeti Drog Fókuszpont

HUSZÁR LÁSZLÓ, Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága

KOÓS TAMÁS, Országos Addiktológiai Centrum

KUN GÁBOR, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet

NÉMETH ÁGNES, Országos Gyermekegészségügyi Intézet

NYÍRÁDY ADRIENN, Nemzeti Drog Fókuszpont

PÉTERFI ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

PORT ÁGNES, Nemzeti Drog Fókuszpont

TARJÁN ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

LEKTORÁLTA:

HARSÁNYI KORNÉLIA, KELLER ÉVA, KUN BERNADETTE, PAKSI BORBÁLA, RÁCZ JÓZSEF, RÓDLER NORBERT, SÁROSI PÉTER, SZEMELYÁCS JÁNOS

TARTALOMJEGYZÉK

ÖSSZEFOGLALÁS	5
1. KÁBÍTÓSZER-POLITIKA: JOGALKOTÁS, STRATÉGIA ÉS GAZDASÁGI ELEMZÉS	9
1.1. JOGI KERETEK	9
1.2. NEMZETI AKCIÓTERV, STRATÉGIA, ÉRTÉKELÉS ÉS KOORDINÁCIÓ	11
1.3. KÖZGAZDASÁGI ELEMZÉS	13
2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN	15
2.1. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁLTALÁNOS POPULÁCIÓBAN	15
2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN	15
2.3. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN	18
3. PREVENCIÓ	21
3.1. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ	21
3.2. CÉLZOTT PREVENCIÓ	22
3.3. JAVALLOTT PREVENCIÓ	25
3.4. ORSZÁGOS ÉS HELYI MÉDIAKAMPÁNYOK	28
4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS	30
4.1. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÓK PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSE	30
4.2. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐ PROBLÉMÁS FOGYASZTÓK	30
4.3. INTENZÍV, GYAKORI, HOSSZÚ TÁVÚ ÉS MÁS PROBLÉMÁS DROGHASZNÁLATI MINTÁK	31
5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE: KEZELÉSI IGÉNY ÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉG	34
5.1. SZAKPOLITIKA	34
5.2. ELLÁTÓRENDSZEREK	34
5.3. A KEZELT BETEGEK JELLEMZŐI	36
5.4. TENDENCIÁK A KEZELT BETEGEK KÖRÉBEN	41
6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI	44
6.1. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK	44
6.2. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI	49
6.3. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN	56
7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAINA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE	60
7.1. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE	60
7.2. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE	60
7.3. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KEZELÉSE	67
8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS A TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	69
8.1. TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉG	69
8.2. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	72
9. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS, KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE ÉS A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI SZERVEZET	74
9.1. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS	74
9.2. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE	79
9.3. BEAVATKOZÁSOK A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYÉBEN	80
9.4. KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT ÉS PROBLÉMÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT A BÖRTÖNBEN	80
9.5. A KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEIRE ADOTT VÁLASZOK A BÖRTÖNBEN	82
9.6. A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓK REINTEGRÁCIÓJA A SZABADULÁS UTÁN	82
10. KÁBÍTÓSZERPIAC	83
10.1. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT	83
10.2. LEFOGLALÁSOK	86
10.3. ÁR / TISZTASÁG	90

11. KÁBITÓSZER-FOGYASZTÁSSAL KAPCSOLATOS IRÁNYELVEK ÉS SZOLGÁLTATÁSOK A BÖRTÖNBEN	96
11.1. A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYRENDSZERE ÉS A FOGVATARTOTTI POPULÁCIÓ JELLEMZŐI	96
11.2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI IRÁNYELVEK ÉS A SZOLGÁLTATÁSOK FELÉPÍTÉSE A BÖRTÖNBEN	97
11.3. KÁBITÓSZER-FOGYASZTÁSSAL KAPCSOLATOS SZOLGÁLTATÁSOK A BÖRTÖNBEN	100
11.4. SZOLGÁLTATÁSOK MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSA	106
11.5. DISZKUSSZIÓ, MÓDSZERTANI KORLÁTOK, INFORMÁCIÓHIÁNY	106
12. GYERMEKKEL ÉLŐ SZERHASZNÁLÓ SZÜLŐK (DROGFÜGGŐ SZÜLŐK, GYERMEKNEVELÉS, GYERMEKJÓLÉT ÉS KAPCSOLÓDÓ TÉMÁK)	108
12.1. A PROBLÉMA ELTERJEDTSÉGE	108
12.2. STRATÉGIA ÉS JOGSZABÁLYI KERETEK	111
12.3. SPECIÁLIS VÁLASZLÉPÉSEK	115
FELHASZNÁLT IRODALOM	116
FÜGGELÉK	119
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	119
ÁBRÁK JEGYZÉKE	120
TÉRKÉPEK JEGYZÉKE	121

ÖSSZEFOGLALÁS

Az elmúlt év (illetőleg 2011 első harmadának) legfontosabb fejleményei kábítószerügyben a mefedron tiltott szerré nyilvánítása, a kábítószerügyi koordináció intézményi háttérének és személyi összetételének átalakítása, és az EU-s elnökséggel járó feladatok előkészítése, majd lebonyolítása voltak. A kábítószerügyi koordinációs feladatokat a központi kormányzat strukturális átalakítását követően a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Szociális, család- és ifjúságügyért felelős Államtitkárságának szakmai irányítása alá tartozó Ifjúságügyi Főosztály Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztálya látja el. A nemzeti drogkoordinátor az Drogmegelőzési Koordinációs Osztály vezetője. A korábbi drogkoordinátort 2010 decemberében felmentették, utódját 2011. február 1-én nevezték ki. A 2010. évi kormányváltást követően a kormányzati drogpolitikai célkitűzések változásának megfelelően megkezdődött egy új nemzeti drogstratégia kidolgozása, mely várhatóan 2011 végére készül el.

Az általános népességben a tárgyévben országos szintű felmérés az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC) című kutatás keretében történt. A 2006. évi HBSC vizsgálathoz képest mintegy másfélszeresére növekedett a 9-11. évfolyamos diákok drogérintettsége. A különböző tiltott, ill. legális drogok együttes életprevalencia értéke 10 százalékponttal 30,7%-ra, a marihuána-fogyasztás életprevalencia értéke 17,3%-ról 23,7%-ra nőtt. Ez utóbbi elsősorban a 9. évfolyamosok körében megnövekedett kipróbálási arány következménye. A legnagyobb arányú változás az amfetaminok használata esetében figyelhető meg, ahol több mint másfélszeresére nőtt a kipróbálók aránya. A marihuána és az amfetamin esetében kapott életprevalencia értékek a 2007-es (8-10. évfolyamos diákokra számított) ESPAD adatokhoz képest is magasak, mintegy kétszeresei annak. A fiúk és az idősebb korosztály továbbra is nagyobb arányban fogyaszt drogot. Egyetlen kivétel, hogy míg a visszaélészerű gyógyszerhasználat korábban a lányok körében volt elterjedtebb, a jelenlegi adatok szerint ez a különbség eltűnni látszik.

A prevenciós tevékenységek területén meghatározó átrendeződésre nem került sor a 2010-es év folyamán. Az iskolai szintűen biztosított megelőző tevékenységekre fordított források csökkenést mutatnak az előző évekhez képest. Fokozódó érdeklődés tapasztalható azonban a célzott prevencióval összefüggésben. Előrelépés történt a célzott prevenciós tevékenységek minőségügyi rendszerének kialakításában is, a módszertani levelek végleges verziói 2011 augusztusától érhetők majd el.

A problémás fogyasztók körében tapasztalható új jelenségek azonosítására irányuló felmérés alapján elmondható, hogy 2010 nyarától jelentek meg nagyobb számban mefedron miatti kezelési igénnyel. A kezelőhelyek elsősorban új kliensekkel találkoztak, míg a tűcsere szolgáltatók szerint inkább a régi klienseik tértek át a mefedronra. A kliensek jellemzően stimulánsokról váltottak mefedronra, de a tűcsere-szolgáltatók megemlítik a heroinról való átállást is. A válaszok alapján kirajzolódik a szerhasználók fiatal életkora, valamint hogy a mefedron másodlagos szerként széles körben elterjedté vált. A kezelőhelyek jellemzően olyan szerhasználókról számoltak be, akik orron át szippantják a mefedront, a szerhasználat a partizáshoz kötődik. A mefedron-használat intenzív, a szert naponta többször, az amfetaminnál gyakrabban szippantják vagy injektálják. A mefedron elterjedésének okai között elsősorban az alacsony árát és a könnyű hozzáférést említik, az újdonság és a vélt alacsony kockázat mellett. Több szolgáltató beszámolt ugyanakkor arról, hogy a szerhasználat káros következményei gyorsan kialakulnak. A mefedron mellett megemlítették a szervezetek a szintetikus kannabinoidok és a mefedront követő más designer drogok – elsősorban az MDPV – megjelenését is.

A tűcsere programok kliens adatai alapján is elmondható, hogy az injektáló opiát-fogyasztók száma csökkent. Ezzel párhuzamosan nőtt az amfetamin-fogyasztók aránya (39%-ról 45%-

ra) és az egyéb szert injektálók aránya (4%-ról 8%-ra), mely feltételezhetően a mefedron injektálásának terjedéséből adódott.

Habár a szociális és egészségügyi tárca 2010-ben azonos minisztérium alá került, az egészségügyi és szociális ellátás szervezése, finanszírozása és minőségbiztosítása továbbra is elkülönítve történik.

A kezelésbe nem elterelés révén kerülő kliensekről elmondható, hogy markánsan nőtt a kannabisz- és a stimuláns-használat miatt kezelést kezdők száma és aránya, nem változott a kokain-használat miatti kezelések száma, jelentősen csökkent viszont az opiát-használat miatt kezelést kezdeményezők száma és aránya. Feltehetően a katinon-származékok, azon belül is elsősorban a mefedron elterjedésének köszönhető az „egyéb stimulánsokat” fogyasztók arányának az emelkedése, különösen az első alkalommal kezelésbe lépők körében. Az elterelés révén kezelést kezdők száma és belső szermegoszlási struktúrája azonban nem változott, vagyis a nem eltereltek körében észlelhető változások nem figyelhetők meg az elterelésbe lépők körében. 2010-ben a TDI adatbázisban szereplő kliensek szociális dimenzióinak tekintetében lényeges változás nem történt a korábbi évekhez viszonyítva.

A szubsztitúciós kezelés területén megfigyelhető változás, hogy a buprenorfin-naloxon kezelést egyre nagyobb számban vették igénybe opiát-függő kliensek, azonban a növekedést nem a finanszírozott kapacitás kiszélesedése, hanem a gyógyszer saját költségükre kiváltók számának emelkedése okozta.

2010-ben nem valósult meg a 2006 óta évenként végzett országos HIV, HBV, HCV prevalencia vizsgálat az intravénás szerhasználók körében, azonban 2010 áprilisától lehetőség nyílt a szűrővizsgálatok folyamatos felajánlására 10 szervezetnél. A hazai intravénás kábítószer-használók populációjában a korábbi évekhez hasonlóan nagyon alacsony a HIV, illetve HBV fertőzöttség. A drogambulanciákon kezeltek, illetve a tűcsere szolgáltatásokat igénybevevők körében 2010-ben 21,4%-os HCV prevalencia értéket mértek, a 2009-es országos keresztmetszeti vizsgálathoz (24,4%) viszonyítva nem történt szignifikáns változás.

A börtönökben a HIV, illetve a hepatitis B fertőzöttség mértéke továbbra is nagyon alacsony. A hepatitis C fertőzöttség prevalencia értéke szintén alacsony, 3,4%-os, enyhén emelkedett az általános populációban megfigyelhető képhez.

2010-ben majdnem harmadával csökkent az opiátok okozta mérgezések száma, ugyanakkor 28,8%-os növekedés mutatkozik az amfetamin mérgezések esetében, amely nagyobb mértékben – majdnem kétszeresére – a férfiak körében jelenik meg. Nem volt lehetséges az amfetamin típusú szereket további alkategóriákra bontva elemezni, így nem állapítható meg egyértelműen, hogy a növekedés milyen mértékben tudható be a mefedron terjedésének. Jelentős, 55%-os növekedés tapasztalható a kannabisz okozta mérgezések számában is. A szintetikus kannabinoidok pontos aránya a kannabisz mérgezésekben szintén nem ismert.

2010-ben jelentős mértékben csökkent a kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek száma, 31-ről 17 esetre. Közülük 7 fő vett igénybe korábban kábítószeres szakellátást, hatan legfeljebb egy évvel a halálest bekövetkezése előtt. Némi csökkenés mutatkozik a közvetett halálesetek számában is.

2010-ben tovább nőtt az ország tűcsere szolgáltatásokkal való lefedettsége: egy új megyében indult tűcsere szolgáltatás, továbbá Budapesten is bővült lefedett kerületek köre. Az összesített adatokat tekintve nagymértékben nőtt mind az osztott mind a hozott+gyűjtött fecskendők száma, a becserelési arány is javult, 66%-os volt. Az emelkedő tendencia elsősorban az állandó telephelyű – ezek között is – leginkább a budapesti tűcsere programok 2010-es forgalmának köszönhető. 2010-ben a programok 17%-kal több klienst értek el, mint 2009-ben. A tárgyévben 969 új kliens regisztrált a szervezeteknél.

A szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő fejlesztések támogatását szolgáló pályázat keretében a 2010-ben záruló támogatási időszakot tekintve 34 program nyert támogatást. 17 szervezet relapszus prevenciót szolgáló, valamint önsegítő jellegű programok megvalósítására jutott támogatáshoz. 12 szervezet komplex képzési programot valósított meg, 5 szervezet utógondoskodást biztosító intézményrendszer fejlesztése érdekében jutott infrastrukturális támogatáshoz.

Az ügyészégi bűnügyi statisztika adatai szerint 2009-hez képest mind a kábítószerrel visszaélés bűncselekmények száma, mind a kábítószerrel visszaélés bűncselekményt elkövetők száma növekedett, mintegy 20%-kal. A visszaélés tárgyaként 4493 esetben (81%) marihuánát állapítottak meg. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeket túlnyomó részét továbbra is a fogyasztói típusú magatartások teszik ki. A bűncselekmények 86%-át csekély mennyiségű kábítószerre követték el. 2010-ben az elkövetők között nőtt a fiatalok aránya, 2005 óta először. Szintén növekedett az elkövetők között a büntetlen előéletűek aránya.

A legtöbb kábítószer típus külföldről jut hazánkba, egyedül a marihuána esetében játszik egyre meghatározóbb szerepet a belföldi termesztés. A lefoglalási adatok alapján is a marihuána a legnépszerűbb kábítószer. A kokain előfordulási gyakorisága megegyezik az előző évvel, a heroiné kis mértékben csökkent. Az elmúlt év legjelentősebb kábítószer-piaci fejleménye a szintetikus szerek piacának átalakulása: az ecstasy tabletták eltűnése, és új, sok esetben legális pszichoaktív hatóanyagot tartalmazó porok és tabletták megjelenése, illetve szokatlanul gyors terjedése. A mefedron népszerűsége néhány hónap leforgása alatt meghaladta az addig leggyakoribb szintetikus szer, az amfetamin népszerűségét úgy, hogy mindeközben az amfetamin lefoglalások száma sem csökkent. Az ősz folyamán kezdődött a marihuána legális alternatívájaként számon tartott, szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok terjedése. Emellett számos új szintetikus hatóanyag jelent meg, amelyek nem szerepelnek a jogszabályi listákon. Ezzel párhuzamos folyamat a legális szerek internetes piacának fejlődése.

A kábítószerek ára lényegében nem változott 2010-hez képest, egyedül a heroin grammonkénti ára csökkent kismértékben, a heroin porok hatóanyag-tartalmának csökkenésével párhuzamosan. Az amfetaminok átlagos hatóanyag-tartalma ezzel szemben növekedést mutatott 2010-ben.

Összességében elmondható tehát, hogy minden indikátor mentén megfigyelhető az opiátok lassú térvesztése, ugyanakkor a stimulánsok, a katinonok és a szintetikus kannabinoidok terjedése. Az opiátok hozzáférhetőségének, hatóanyag-tartalmának, sőt árának csökkenése, az opiát-fogyasztók kezelési igényének, illetve az opiát okozta mérgezési- és halálesetek csökkenése mutatja a problémakör zsugorodását. Ezzel párhuzamosan megfigyelhető jelentős növekedés az amfetaminok fogyasztásának terjedése terén, ami nemcsak az átlagpopulációban jelentkezik, hanem a kezelő és ártalomcsökkentő szolgáltatások klienskörének változásában, és egyértelműen utolérhető a drogpiacon adatok elemzésekor is. Emellett megjelent 2010-ben az akkor még legális mefedron, aminek a térnyerésével a rutin adatgyűjtő rendszerek nem tudtak lépést tartani, ezért ezekből a statisztikákból csak következtetni lehet a jelenségre. Kvalitatív és drogpiacon, lefoglalási információk viszont igazolják a szer rohamos terjedését. Emellett detektálható volt egy másik legális szercsoport, a szintetikus kannabinoidok terjedése. Elsősorban a hatósági lefoglalások adatai mutatják, de erre engednek következtetni az átlagpopulációs vizsgálat eredményei, a kannabisz okozta mérgezések számának emelkedése, illetve a kezelőhelyek tapasztalatai.

A büntetés-végrehajtás által fogvatartottak intézetben belüli kábítószer használata – a legális szorongás oldó gyógyszerek abúzusával ellentétben – továbbra sem terjedt el széles körben, ez annak ellenére állítható, hogy a jogi, társadalmi környezet a látenciát magas szinten tartja. Biztonsági szempontból a bv. a bejuttatás, becsempészés lehetséges útvonalait tartja ellenőrzés alatt, a zárakban és egyéb helyiségekben elrejtett kábítószerek előtalálása

érdekében biztonsági ellenőrzéseket tart. E tevékenységek képezik a kínálatcsökkentés gerincét. Az ellátás alapvetően medikális modell alapján szerveződik, a kábítószer-fogyasztást elsősorban, mint egészségügyi problémát képes kezelni a rendszer. Az ellátás legfontosabb elemeinek az elterelés végrehajtására kiépült többszintű rendszer, a kábítószer-prevenációs körletek, és az általános egészségügyi ellátás kábítószer-fogyasztót érintő szegmensei tekinthetők. Ez utóbbiban a bv. egészségügyi szakszolgálat és a bv.-n kívüli egészségügyi ellátórendszer egyaránt szerepet kapnak. E rendszert egészítik ki a különböző civil szervezetek által biztosított programok, amelyek azonban pályázati finanszírozásuk miatt, tartalmukban vegyesek, esetlegesek.

A szerhasználó szülők szociális és egészségügyi addiktológiai szakellátása nem különbözik a többi szerhasználótól, e csoport sajátos igényeit célzó speciális kezelési programok nincsenek. Védett szálláshelyek vagy anyaothonok működnek ugyan, de ezekben az illegális szerhasználattal összefüggő kezelési-ellátási igények azonosítására alkalmas adatgyűjtések hiányoznak. A gyermeket nevelő szerhasználó szülők szociális ellátását, családgondozását a gyermekjóléti szolgálatok végzik. Amikor a szülő vagy együtt élő családtag nem ismeri el a kezelés szükségességét, továbbá a gyermekek súlyos veszélyeztetettsége esetén, a családgondozó hatósági gyermekvédelmi intézkedést, védelembe vételt kezdeményez. Hatósági intézkedés esetén a jegyzői gyámhivatalok járnak el. A szülő vagy nevelő kábítószer-fogyasztásából eredő hatósági intézkedések számáról statisztikai beszámolók azonban nem álltak rendelkezésre.

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

1.1. JOGI KERETEK

Kábítószer-témában hozott törvények, rendeletek, irányelvek

a) 320/2010. (XII. 27.) Kormányrendelet

A Magyar Kereskedelmi Engedélyezési Hivatalról (MKEH) és a területi mérésügyi és műszaki biztonsági hatóságokról szóló 320/2010. Kormányrendelet a kormányváltást követő intézményi átalakulásokhoz igazodóan újra kijelölte a MKEH kábítószer-prekursorokkal kapcsolatos eljárásaiban közreműködő hatóságokat. A rendelet szerint a MKEH kábítószer-prekursorokkal kapcsolatos tevékenységre vonatkozó engedély kiadására irányuló eljárásában az Országos Rendőr-főkapitányság, a kábítószer-prekursorok behozatalával és kivitelével kapcsolatos eljárásában a Nemzeti Adó- és Vámhivatal (korábban: Vám- és Pénzügyőrség) az illetékes szakhatóság.

b) 2010. évi CLXXIII. (XII.20.) törvény

Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2010. évi CLXXIII. törvény módosította az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló 1998. évi XXV. törvény mellékletének A és B jegyzékét.

A módosítással az 1998. évi XXV. törvény mellékletének A) jegyzékére felkerült a mephedrone ((RS)-1-(4-methylphenyl)-2-methylaminopropan-1-one, 4-methylmethcathinone, 4-methylephedrone, 4-MMC) elnevezésű anyag. A mephedron így 2011. január elsejétől a pszichotróp anyagokról szóló, 1971-ben Bécsben aláírt egyezmény I. jegyzékén szereplő anyagokkal azonos elbírálás alá tartozik, azaz kábítószerrel egy tekintet alá eső, veszélyes pszichotróp anyagnak minősül, és gyógyászati célra nem, kizárólag tudományos célra alkalmazható.

A törvény mellékletének B) jegyzékén (gyógyászati célra alkalmazható, szigorúan ellenőrzött szerek) szereplő mákszalma növényre vonatkozó módosítás értelmében 2011. január 1-től a növény minden része kábítószernek minősül - korábban a magok nem minősültek annak -, ugyanakkor a magok a tokból való kifejtés és tisztítás után nem minősülnek ellenőrzött szereknek.

c) 2010 évi. CLXI. (XII.13.) törvény

Az egyes büntető tárgyú törvények módosításáról szóló 2010. évi CLXI. törvény módosította a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény hatálybalépéséről és végrehajtásáról szóló 1979. évi 5. törvényerejű rendelet (*Btk.*) 23. §-át, mely a kábítószeres csekély mennyiségének megállapítására vonatkozó szabályokat tartalmazza. A *Btk.* 23. §-a csak a leggyakrabban előforduló anyagok esetében rögzíti a csekély mennyiségre irányadó konkrét határértéket, az egyéb anyagok akkor minősülnek csekély mennyiségűnek, ha tiszta hatóanyag-tartalmuk élettani hatása legfeljebb 0,9 gramm morfinbázis élettani hatásával megegyező. A módosítással 2011. január 1-től négy anyaggal (pszilocin, pszilocibin, mCPP és BZP) bővült azon szerek köre, melyek esetében egyedileg határozza meg a törvény a csekély mennyiség felső határát. Pszilocibin esetében 0,1 gramm, pszilocin esetében 0,2 gramm, mCPP esetében 1 gramm, BZP esetében pedig 3 gramm bázis formában megadott tiszta hatóanyag-tartalmú anyagban rögzíti a csekély mennyiség felső határát a jogszabály.

¹ A fejezet szerzői: Felvinczi Katalin, Horváth Gergely Csaba, Port Ágnes

d) 212/2010. (VII. 1.) Kormányrendelet

Az egyes miniszterek, valamint a Miniszterelnökséget vezető államtitkár feladat- és hatásköréről szóló 212/2010. Kormányrendelet szerint a nemzeti erőforrás miniszter a Kormány egészségügyért, kábítószer-megelőzésért és kábítószerügyi koordinációs feladatokért felelős tagja. A miniszter egészségügyért való felelőssége körében a kábítószer-prevencióval és a kábítószer-függő személyek egészségügyi ellátásával és rehabilitációjával kapcsolatos jogszabályok előkészítéséért; egészségügyért és egészségbiztosításért való felelőssége körében a kábítószerként és pszichotróp anyagként minősített gyógyszerekkel kapcsolatos jogszabályok előkészítéséért felel. A kábítószer-prekurzorokkal végezhető tevékenységekről szóló szabályozás előkészítéséért a nemzetgazdasági miniszter felel, iparügyekért való felelőssége körében.

e) 2009 évi. LXXX. (VI.29.) törvény

Hatályon kívül helyezte a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény kábítószerfüggő személyek kábítószer fogyasztásával és kereskedelmével foglalkozó 282/C. § (5) bekezdés a)-b) pontjában a „közérdekű munka vagy pénzbüntetés” szövegrészt. A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény 38. § (3) bekezdése alapján, ha a bűncselekmény büntetési tételének felső határa három évi szabadságvesztésnél nem súlyosabb, akkor szabadságvesztés helyett közérdekű munka, pénzbüntetés, foglalkozástól eltiltás, járművezetéstől eltiltás vagy kiutasítás, illetőleg e büntetések közül több is kiszabható, tehát a fenti módosítás nem kizárólag a szabadságvesztésre szűkítette a kiszabható büntetések körét a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt csekély mennyiségű kábítószerre elkövető kábítószerfüggő személyek esetében, hanem lehetővé tette a büntetések nagyobb variálhatóságát.

Jogalkalmazás

A Legfőbb Ügyészség adatai alapján 2010-ben 2174 személy elítélésére került sor, akiket összesen 2680 elkövetési magatartáshoz kapcsolódóan vontak felelősségre, a következők szerint:

- a Btk. 282. ill. 282/B. §-ába ütköző fogyasztói jellegű tevékenységek miatt 1926 főt (91,1%);
- a Btk. 282/A. ill. 282/B. §-ába ütköző kereskedői típusú tevékenységek miatt 662 főt (30,4%);
- a Btk. 282/C. §-ába ütköző magatartások (a kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói, ill. kereskedői típusú tevékenységek) miatt 68 főt (3,1%);
- egyéb magatartások miatt (előkészület, finanszírozás stb.) 24 főt (1,1%).

2010-ben a jogerősen elítélt 2174 személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- 847 szabadságvesztés (ebből 373 végrehajtandó, 474 végrehajtásában felfüggesztett)
- 240 közérdekű munka büntetés
- 666 pénzbüntetés
- 39 megrovás
- 385 próbára bocsátás.

1.2. NEMZETI AKCIÓTERV, STRATÉGIA, ÉRTÉKELÉS ÉS KOORDINÁCIÓ²

Nemzeti stratégia

Az Országgyűlés 2009. december 14-én fogadta el a kormány által beterjesztett "Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére" című dokumentumot [106/2009 (XII. 21.) OGY határozat]. A nemzeti stratégia 2010 és 2018 közötti időtartamra határozta meg a hazai drogpolitikai célkitűzéseket. 2010 decemberében azonban új drogstratégia kidolgozásáról született döntés. A tárca az új drogstratégia elkészítését a 2011-es év végére irányozta elő, a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda, illetve felkért szakértők segítségével. Az új stratégia kidolgozásáért felelős 10 fős munkacsoport alakuló ülését 2011. április 29-én tartotta.

Az akcióterv megvalósítása

A 2010. év vonatkozásában nem született akcióterv, a folyamatos feladatok végrehajtása ugyanakkor biztosított volt.

A 2010 márciusában létrehozott Kábítószer Listák Szakbizottság³ az év folyamán négyszer ülésezett. A szakbizottság elkészítette a mefedron egészségügyi, közegészségügyi és társadalmi kockázataira vonatkozó elemzését, melyben különösen a szer hazai intravénás alkalmazásának terjedésére és ezzel kapcsolatosan a függőség kialakulásának és a rövid hatástartam miatt a szövődmények fokozott kockázatára hívta fel a figyelmet, és ezek alapján javasolta a mefedron listára vételét. A dokumentum nyomán születhetett meg decemberben a mefedront tiltott szerré nyilvánító törvénymódosítás.

2010-ben átalakításra került a kábítószer-probléma kezelésével kapcsolatos pályázati rendszer, mely a 2009 végén elfogadott stratégia szellemében, annak pillér struktúrája mentén kívánta a források allokációját biztosítani. A kábítószerügyi koordinációért felelős tárca az új rendszer szerint az alábbi öt kategóriában írt ki pályázatokat:

- kábítószer-probléma kezelését elősegítő ellátási kapacitások fejlesztése
- prevenciók tevékenységek támogatása
- Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működési feltételeinek biztosítása, valamint a drogprobléma kezelését célzó helyi stratégiák megvalósulásának előmozdítása
- kábítószer-problémával kapcsolatos vizsgálatok, kutatások támogatása
- a szenvedélybeteg ellátás területén szolgáltató szervezetek intézményi feltételeinek fejlesztése.⁴

² A Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztály 2010. évi tevékenységéről szóló beszámolója (NEFMI 2011) alapján.

³ A Kábítószer Listák Szakbizottság létrehozásának célja az volt, hogy a visszaélés szempontjából veszélyes új szer vagy ismert szer új besorolásával kapcsolatos feladatok során elősegítse az egészségügyi miniszter és a kábítószer-megelőzésért és a kábítószerügyi koordinációs feladatokért felelős miniszter szakmailag megalapozott döntéseinek meghozatalát. A szakbizottság kezdeményezi az illetékes hatóságoknál a szükséges vizsgálatok elindítását, szakmai vélemények bekérését, ezek alapján elvégzi a szükséges kockázatelemzést, majd szakmai álláspontjának kialakítását követően javaslatot tesz az illetékes miniszternek a tárgyalt anyag listára vételét, vagy ismert szer új besorolását illetően. További részletekért lásd a 2010-es Éves Jelentés 1.2 alfejezetét.

⁴ A pályázatok finanszírozásával kapcsolatos adatokat lásd az 1.3 alfejezetben.

Koordinációs intézkedések

A 6/2010. (X. 19.) a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Szervezeti és Működési Szabályzatáról szóló NEFMI utasítás alapján a kábítószerügyi koordinációs feladatokat a központi kormányzat strukturális átalakítását követően a Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) Szociális, család- és ifjúságügyért felelős Államtitkárságának szakmai irányítása alá tartozó Ifjúságügyi Főosztály Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztálya látja el. A nemzeti drogkoordinátor a Drogmegelőzési Koordinációs Osztály vezetője. A korábbi drogkoordinátort 2010 decemberében felmentették, utódját 2011. február 1-én nevezték ki. Az Ifjúságügyi Főosztály feladatai közé tartozik a kábítószer-probléma kezelésével összefüggésben a szakmai irányok, fejlesztési koncepciók előkészítése és kidolgozása, illetve az ezzel összefüggő programok kialakításának és megvalósításának koordinációja, valamint a KKB működtetése. A KKB elnöki tiszteit a szociális, család- és ifjúságügyért felelős államtitkár tölti be.

Változás történt a koordináció háttérintézményében is: a kormányzati drogpolitika célkitűzéseinek megvalósításához szakmai támogatást nyújtó Nemzeti Drogmegelőzési Intézet részleges szervezeti önállósága megszűnt, és a Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet keretein belül, mint Nemzeti Drogmegelőzési Iroda működik tovább. Az intézet élére új vezetőt neveztek ki 2011. február 1-től.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2010 során négy alkalommal ülésezett. A Bizottság éves tevékenysége magába foglalta többek között az egészségfejlesztési programok tartalmának szakmai szabályairól szóló rendelet előkészítését, és ennek részeként az iskolai egészségfejlesztési programok minőségi standardjainak és a kapcsolódó akkreditációs rendszernek a kidolgozását. A tárgyban minisztériumi rendelet kiadására egyelőre nem került sor.

2011. március 4-én került sor a KKB nem kormányzati szervek által delegált tagjainak harmadik alkalommal történő újraválasztására. A szavazáson az addigi négy civil képviselő mandátumát újabb négy évre meghosszabbították.

A nemzeti kábítószerügyi koordináció egyik legfontosabb feladata 2010 során az Európai Unió soros elnökségének betöltésével járó feladatokra való felkészülés volt. Ennek keretében az év során kialakult az az intézményi kör, melynek intenzív bevonásával folytak az előkészületi tárgyalások a Tanáccsal, a Bizottsággal és az EMCDDA-el. Az egyeztetett elnökségi program prioritásai jól illeszkedtek a magyar elnökség általánosan megfogalmazott céljaihoz, valamint követték a trió elnökség előző két tagja (Spanyolország, Belgium) által megkezdett utat, továbbá az Európai Unió Kábítószerügyi Akciótervében nevesített aktuális feladatokat. Így a megvitatandó témák sorában szerepelt a prevenció tevékenységek standardizálásával kapcsolatos lehetőségek vizsgálata, a kezelés-ellátás-ártalomcsökkentés hatékonyabbá tétele érdekében a kliens szükségletek módszeres feltárása, a keresletcsökkentési tevékenységek minőségi standardjai (kapcsolódva a Bizottság által kezdeményezett kutatási projekthez). A szakmai prioritások között szerepelt még az új szintetikus szerekkel kapcsolatos egységes fellépés lehetőségeinek vizsgálata, valamint a magyarországi kábítószer bevizsgáló laboratóriumi technikák alkalmazási tapasztalatainak bemutatása. Az elnökségi munka kiemelkedően fontos eleme volt az uniós egyeztetési feladatok lebonyolítása az ENSZ Kábítószerügyi Bizottságának (CND) éves ülésén. Az EU-s elnökség a tagállamok egyetértését bírva kilenc, utóbb elfogadást nyert határozatot támogatott, illetve képviselt, ezek közül az egyik legnagyobb jelentőségű a monitorozással és értékeléssel kapcsolatos (E/CN.7/2011/L8/Rev.1).

1.3. KÖZGAZDASÁGI ELEMZÉS

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium címkézett kiadásai

A kábítószer-fogyasztással összefüggő feladatok ellátására (korábban Szociális és Munkaügyi Minisztérium) 2010-ben mintegy 960 millió forint (3.484.573 €⁵) állt rendelkezésre a Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) költségvetésében, azonban a 2010. júniusban jelzett zárolási kötelezettséget követően az éves költségvetési keret 722 millió forintra (2.620.689 €) csökkent (NEFMI 2011). A költségvetési összeg jelentős hányada a Nemzeti Stratégiában megfogalmazott fejlesztési feladatok ellátását szolgáló pályázati rendszer keretében került felhasználásra. A pályázati úton kiosztott támogatások összege 495 millió forint (1.796.733 €) volt. Összesen 434 nyertes pályázat született.

Az év folyamán hat egyedi kérelem támogatására került sor 30.552.000 forint (110.896 €) összegben. A támogatások egyrészt az évek óta működő és a kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos, a terület szempontjából kiemelten fontos feladatok folyamatosságát illetve modelljellegű programok elindítását biztosították. Minisztériumok és egyéb állami szervek részére a 2010-es évben nem került sor átcsoportosításra. A tárca háttérintézményeként működő, a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet szervezeti keretei között tevékenykedő Nemzeti Drogmegelőzési Iroda részére került átadásra 160 millió forint (580.762 €) az Iroda részére delegált feladatok végrehajtása érdekében. A kábítószer-probléma kezelésével kapcsolatos feladatok ellátására rendelkezésre álló összeg fennmaradó részéből a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság működtetésére, illetve nemzetközi feladatok ellátására került sor.

1. táblázat. A NEFMI által kiírt pályázati keretösszegek célterületek szerint 2010-ben

Támogatási célterület	Pályázati kód	Pályázati keretösszeg (millió forint)
Alacsonyküszöbű intézmények	KAB-EL-10-AL	
Szubsztitúciós kezelés	KAB-EL-10-SZ	
Reszocializációs, reintegrációs programok	KAB-EL-10-RE	165 (598.911 €)
Drogambulanciák és rehabilitációs intézmények kiegészítő működési, fejlesztési támogatása	KAB-EL-10-DE	
Kommunikációs programok	KAB-ME-10-IM	
Iskolán kívüli prevenció (család, szabadidő eltöltés, munkahely, gyermekvédelmi intézményrendszer, büntető-igazságszolgáltatás intézményei színtereken)	KAB-ME-10-CS-SZE-MM-GYV-BV	250 (907.441 €)
Iskolai prevenció	KAB-ME-10-IP	
Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok	KAB-KEF-10	60 (217.785 €)
Kutatási programok	KAB-KT-10	20 (72.595 €)
A szenvedélybeteg ellátás területén szolgáltató szervezetek intézményi feltételeinek, infrastrukturális fejlesztésének támogatása	KAB-FE-10	11,2 (40.653 €)

Forrás: NEFMI 2011

⁵ A fejezetben az értékek a 2010-es hivatalos euró középfolyam (1€ = 275,5Ft) szerint kerültek kiszámításra.

Következtetések

Az elmúlt év (illetőleg 2011 első harmadának) legfontosabb fejleményei kábítószerügyben a mefedron tiltott szerré nyilvánítása, a kábítószerügyi koordináció intézményi háttérének és személyi összetételének átalakítása, és az EU-s elnökséggel járó feladatok előkészítése, majd lebonyolítása voltak. A 2010. évi kormányváltást követően a kormányzati drogpolitikai célkitűzések változásának megfelelően megkezdődött egy új nemzeti drogstratégia kidolgozása, mely várhatóan 2011 végére készül el.

2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN⁶

Háttér, előzmények

2010-ben a fiatalok körében készült országos szintű felmérés, az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC) című kutatás keretében. Emellett a fiatal felnőtt korcsoport szerfogyasztási szokásai jutottak kiemelt szerephez, több adatfelvétel is zajlott a 18-34 év közötti korosztályban, feltérképezve például a posztadoleszcens népességre jellemző sajátosságokat.

2.1. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁLTALÁNOS POPULÁCIÓBAN

Nincs új információ

2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN

A HBSC 2010. évi felmérésében (Németh és Költő 2011)⁷ válaszadó középiskolás tanulók (9. és 11. osztályos⁸) közel egyharmada fogyasztott már életében valamilyen illegális szert, illetve visszaélészerűen gyógyszert vagy inhalánsokat. A kannabisz-fogyasztók aránya a legnagyobb az összes droghasználó fiatal közül. A gyógyszer, valamint az alkohol gyógyszerrel történő együttes alkalmazása (visszaélészerű gyógyszerhasználat) a második leggyakoribb, az összes többi szerhasználat együttes prevalencia-értéke ennél valamivel magasabb: 14,7%.

2. táblázat. A különböző szerfogyasztói magatartások életprevalencia-értékei a 9. és 11. évfolyamos tanulók körében

Fogyasztói magatartás	Életprevalencia- érték (%)	Fogyasztó tanulók száma	Összes tanuló
Tiltott és/vagy legális drogfogyasztás ⁹	30,7	1379	4488
Kannabisz-fogyasztás	23,7	1057	4457
Visszaélészerű gyógyszerhasználat	12,1	544	4496
Amfetaminok – speed	8,7	392	4511
Mágikus gomba, növényi drogok	5,6	255	4512
Ecstasy, MDMA	4,9	220	4517
Inhalánsok (ragasztó, oldószer)	3,8	171	4513
Egyéb drog	3,2	145	4470

Forrás: Németh és Költő 2011

Az egyéb drogoknál említett szerek (rush¹⁰, valamilyen gáz, kokain, LSD, ketamin, mefedron, GHB) egyike sem érte el az 1%-os kipróbálási arányt.

Az illegális szerek első használatának életkora évfolyamonként eltérő. A 9. évfolyamon legnagyobb arányban 14-15 éves korukban kerülnek először kapcsolatba drogokkal, a módusz mind a kannabisz, mind az egyéb drogok esetében 14 év, míg a 11.

⁶ A fejezet szerzői: Németh Ágnes, Nyírády Adrienn

⁷ A kutatást az Országos Gyermekégeszségügyi Intézet végezte, 9. és 11. évfolyamos tanulók országos reprezentatív mintáján (iskola- és településtípus, valamint földrajzi régió szerint rétegzett mintavétellel).

⁸ 15 és 17 évesek

⁹ Azok aránya, akik a kérdőívben felsorolt szerek bármelyikénél megjelölte, hogy valamilyen gyakorisággal fogyasztotta már (kivéve az alkoholt és cigarettát)

¹⁰ Alkil-nitriteket tartalmazó, belélegzéssel fogyasztott drog (gyakran „poppers”-nek is nevezik). Erős értágító hatása miatt szexuális serkentőszerként szokták alkalmazni.

évfolyamosoknál a kipróbálók 60%-ára ez csak 16 éves vagy idősebb korban jellemző. Ugyanakkor nincs számottevő eltérés a kannabisz és az egyéb drogok kipróbálásának életkorában egyik évfolyamon sem.

A különféle szerek használati gyakoriságát vizsgálva azt mondhatjuk, hogy minden drogfajta használatára – köztük a leginkább elterjedt kannabisz esetében is – döntően az 1-2 alkalomra korlátozódó kipróbálás jellemző. A visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás (alkohollal vagy magában való), és az amfetaminok (speed) esetében az alkalmi használat is népszerű a középiskolások körében.

Az életprevalencia-értékek általában szignifikánsan magasabbak a fiúk és az idősebb korcsoport esetében. Kivétel ez alól az ecstasy és a visszaélésszerű gyógyszerhasználat. Előbbi esetében a korosztályos mintázat nem jelenik meg szignifikánsan, az utóbbit tekintve pedig mindkét évfolyamon azonos fogyasztási arányokat találunk a fiúk és lányok között.

3. táblázat. A leggyakoribb életprevalenciájú szerek nem és évfolyam szerint

Szertípusok	9. évfolyam				11. évfolyam			
	Fiúk		Lányok		Fiúk		Lányok	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kannabisz	247	22,2	156	14,7	372	32,5	281	24,6
Visszaélésszerű gyógyszerhasználat	106	9,3	112	10,5	162	14,1	164	14,3
Speed	117	10,2	38	3,6	161	13,9	77	6,7
Ecstasy	69	6,0	30	2,8	84	7,3	37	3,2

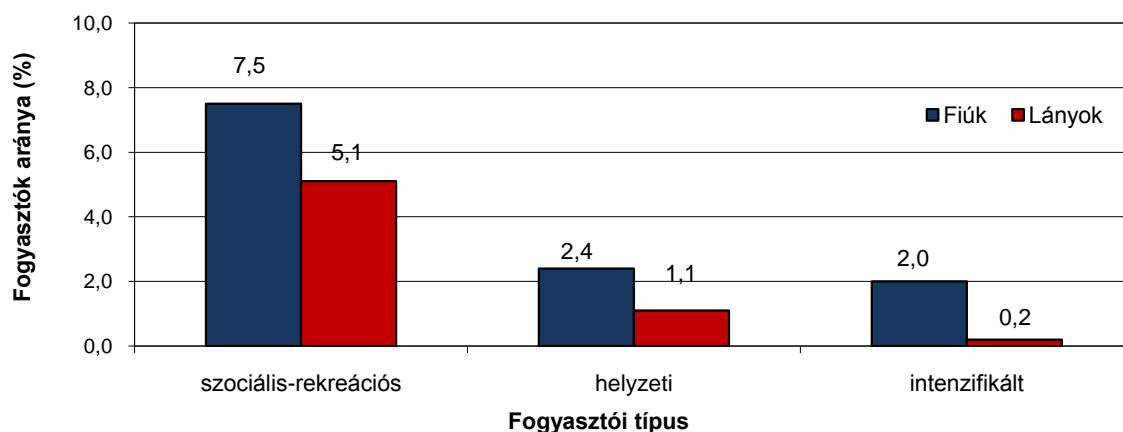
Forrás: Németh és Költő 2011

A kannabisz-fogyasztásban mindkét nemnél mintegy 10 százalékpontos eltérés látható a két évfolyam prevalencia-értékei között. Hasonló eltéréseket tapasztaltunk a gyógyszerhasználat esetében is.

A marihuána-fogyasztás elmúlt évi prevalencia-értéke 15,8%. Itt is szignifikánsan gyakoribb használatot tapasztalunk a fiúk körében, hasonlóan az életprevalencia-értékekhez. Legelterjedtebb a kísérletező fogyasztás – 1-2-szer az elmúlt évben – mindkét nem esetében (fiúk: 8,5%, lányok: 7,6%).

A marihuána fogyasztás havi prevalencia értéke 9,2%. Közülük azok, akik az elmúlt 30 napban 1-5 alkalommal használtak marihuánát vagy hasist, többé-kevésbé lefedik azt a szociális-rekreációs használói csoportot, akik megközelítőleg hétvégéken – társasági alkalmakkor – fogyasztanak szert. Az elmúlt hónapban fogyasztó tanulók többsége ebbe a kategóriába sorolható.

1. ábra. *Elmúlt havi kannabisz-fogyasztás fogyasztói típus¹¹ szerint a 9. és 11. évfolyamos tanulók körében (N=4441)*



Forrás: Németh és Költő 2011

A két leggyakoribb szer, a kannabisz és a visszaélés-szerű gyógyszerfogyasztás esetében az adott szert kipróbálók nagyobb része (kannabisz-fogyasztók 62,5%, gyógyszer-fogyasztók 72,8%) valamilyen más szert is fogyasztott már életében. A két vizsgált évfolyam között e tekintetben nincs szignifikáns eltérés. A kannabisz-fogyasztás esetében a két nem között sincs szignifikáns különbség (fiúk 61,6%, lányok 64,1%), míg a visszaélés-szerű gyógyszerhasználat esetében a fiúk jóval nagyobb hányadára jellemző, hogy más szert is kipróbált már, mint a lányokra (fiúk 83,6%-a, lányok 62,5%-a).

Település- és iskolatípus, valamint a család anyagi helyzete¹² szerinti különbségek

Az életprevalencia-adatok szerint a fővárosban a legmagasabb, 37,7%-os a diákok drogérintettsége. Ennél jóval alacsonyabb mértékű a drogfogyasztás a megyeszékhelyeken és az egyéb városokban (30,3%), továbbá a kisebb községekben és tanyákon (28,9%). Az egyes szerek elemzésénél azonban néhány szerfajta esetében ettől eltérő tendenciát is megfigyelhetünk. A visszaélés-szerű gyógyszerhasználat vidéken szignifikánsan elterjedtebb, mint a fővárosban, ahol inkább a kannabisz-használat és a szintetikus illegális szerek fogyasztása jellemző. Az inhalánsok használata pedig leggyakoribb a legkisebb településeken és legritkább a fővárosban.

A településtípus mellett az iskolatípus is összefüggésben van a drogfogyasztás elterjedtségével: az érettségit adó iskolába járó tanulók minden szer esetében szignifikánsan kisebb arányban próbálkoztak fogyasztással.

A család anyagi helyzete szerint jellegzetes mintázat rajzolódott ki az egyes szerek életprevalenciáját tekintve: jó anyagi helyzetű családok tanulói magasabb arányokkal rendelkeznek, mint a közepes vagy nem jó anyagi helyzetű családokban élők. Különösen igaz ez a szintetikus szereket kipróbálók esetében.

¹¹ A „helyzeti használók” kategóriája azokat tartalmazza, akik 6-19 alkalomig terjedő fogyasztásról számoltak be a kérdezést megelőző hónapban, míg az intenzifikált használói típusba kerültek azok, akik az elmúlt 30 nap során 20-40-szer vagy gyakrabban fogyasztottak kannabiszt.

¹² A család anyagi helyzetét a család saját tulajdonában lévő autók és számítógépek száma, a család elmúlt évi közös nyaralásainak száma szerint, és az alapján, hogy a tanulónak van-e saját szobája, háromfokozatú skálával (FAS: Family Affluence Scale, Családi Jómódúság Skála) jellemeztük. A skála részletes leírása megtalálható: Currie és mtsai, 2008.

2.3. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN

Katonák¹³

Az MH HEK Tudományos Intézet Toxikológiai Kutató Osztálya és a csapat-egészségügyi szolgálatok 13.116 esetben hajtottak végre kábítószer szűrővizsgálatokat, amelyek alapján a vizsgált állomány körében meghatározható volt a kábítószer-fogyasztás mértéke és a fogyasztott kábítószerek típusa.

4. táblázat. A Magyar Honvédségnél 2010-ben végzett drogszűrő vizsgálatok eredményei

Mintavétel célja	Minta száma (db)	Pozitív eredmények					
		Előszűrés			Megerősítő vizsgálat		
		THC	AMF	OPI	THC	AMF	OPI
I. Foglalkozás-egészségügyi (Alkalmassági vizsgálat)							
▪ Civil (szerződéses)	2349	2	0	1	0	0	0
▪ Katona (missziós)	5494	8	0	0	0	0	0
▪ Beiskolázás (hallgató és katona)	1210	4	0	2	4	0	0
II. Szolgálatot teljesítő állomány							
▪ Csapat egészségügyi szolgálat	3995	0	0	0	0	0	0
III. Gyanújel alapján (hatósági)							
▪ Parancsnoki elrendelés	68	6	1	8	6	0	0
▪ HM Vezérkar Főnök elrendelés	0	0	0	0	0	0	0
Összesen	13116	26	1	11	10	0	0

Forrás: Magyar Honvédség 2011

A katonai állományban a bizonyítottan kábítószert fogyasztók száma 10 fő, a bizonyítottan fogyasztott szer típus pedig valamennyi esetben kannabisz volt.

Kábítószer-fogyasztás a posztadoleszcens fiatalok körében¹⁴

A kutatás (Busa et al. 2010) alapsokaságát a Magyarországon élő 18-31 év közötti fiatal felnőttek alkották, akiket - egy szűrőkérdőív alapján - két alcsoportra osztottak fel:

1. azokra a fiatalokra, akik gazdasági aktivitásuk, lakóhelyük, anyagi egzisztenciájuk tekintetében nem rendelkeztek a felnőtt lét szimbólumaival (posztadoleszcens minta)
2. azokra, akik már teljes egészében magukénak tudhatták a felnőtt státusz meghatározó tényezőit (kontroll minta)

Mindkét csoportból kvótás mintavétellel 500-500 fő került megkérdezésre, face-to-face interjúk formájában.

Az eredmények azt mutatják, hogy a posztadoleszcens és a kontroll mintába tartozó fiatalok is egyforma mértékben kerültek kapcsolatba (közvetve, közvetlenül) kábítószerekkel, az általunk vizsgált „egészségkárosító szerek” használatának prevalenciáját, mintázatát tekintve nem különböznek.

A válaszadók 23,2%-a próbált már valamilyen kábítószert. A kutatás során megkérdezett fiatal felnőttek 3,5%-a az elmúlt hónapban is használt drogot. A környezeti érintettséget vizsgálva azt mondhatjuk, hogy a fiatalok több mint fele (54,4%) ismer olyan embert vagy embereket, akik fogyasztanak kábítószert, sőt 45,8%-ukat már kínálták a korábbiak során droggal. A „kilépők” (korábban fogyasztott, de ma már nem használja) kábítószer-fogyasztók aránya 4,3% volt a vizsgált populációban.

¹³ A Magyar Honvédség beszámolója alapján

¹⁴ A kutatást a pécsi Fact Alkalmazott Társadalomtudományi Kutatások Intézete készítette.

Attitűdök

A posztadoleszcens, illetve a kontroll részmintába tartozó válaszadók veszélyességük szerint minősítettek néhány egészségkárosító magatartásformát. A válaszok alapján állított sorrend első helyére a kemény drogok fogyasztása került, amit a fiatalok döntő többsége (86,9%) nagyon veszélyesnek tartott, ezzel szemben a könnyű drogok használata lényegesen enyhébb megítélés alá esett, hiszen ezt a válaszadóknak „csak” a harmada (35,3%) vélte nagyon veszélyesnek. A legális magatartásformák közül a nyugtatók/altatók szedése (48,3%), a dohányzás (48,2%), és a játékszenvedély (37,3%) került a kockázati tényezők listájának élére. A kemény drogok megítélésétől eltekintve a drogokkal szemben kialakult veszélyérzet az életkorral fokozatosan növekszik.

5. táblázat. *Egyes magatartásformák veszélyességének megítélése*

Magatartásformák	Posztadoleszcens minta	Kontroll minta
Könnyű drogok fogyasztása	28,0%	42,6%
Kemény drogok fogyasztása	81,6%	92,2%
Alkoholfogyasztás	35,2%	38,2%
Nyugtatók, altatók szedése	43,6%	53,0%

Forrás: Busa et al. 2010

A posztadoleszcens fiatalok mindegyik magatartásformát kisebb kockázatú magatartásnak ítélték, mint a kontroll minta tagjai (statisztikailag szignifikáns különbségek), különösen nagy az eltérés a könnyű drogok fogyasztását illetően.

Egyetemisták és középiskolások szerfogyasztási szokásainak összehasonlítása

A problémás kannabisz-használat, valamint a nagyivás kialakulásának és intenzifikálódásának személyiség- és szociálpszichológiai, továbbá motivációs hátterének vizsgálata céljából 2010 tavaszán kutatás készült 2391 kollégista egyetemi hallgató és 3126 végzős középiskolás tanuló részvételével (Németh et al. 2011)¹⁵. A vizsgálat ugyan elsődlegesen nem epidemiológiai céllal történt, mindazonáltal a két vizsgált populáció egymáshoz viszonyított érintettségi adatainak vannak epidemiológiai tanulságai.

A megkérdezett középiskolások 22,7% használt valaha életében kannabiszt. Az elmúlt évi prevalencia 13,7%, az elmúlt havi használók aránya pedig 5% volt. Az ezekben az iskolákban végzett egyetemisták körében lényegesen magasabb, 37,7%-os életprevalencia mutatkozott, az éves prevalencia 18,7%, a havi használat prevalenciája azonban nem haladta meg lényegesen a középiskolásoknál mért értéket (6,3%).

A kutatás speciális mintája arra mutatott rá, hogy az egyetemista populációban – a középiskola legutolsó évében tanuló diákokhoz képest - sokkal (mintegy kétharmaddal) nagyobb azok aránya, akik kapcsolatba kerültek kannabisz származékokkal.

Következtetések

A 4 évvel korábbi HBSC vizsgálathoz (Kovacsics és Sebestyén 2007) képest összességében mintegy másfélszeresére növekedett a 9-11. évfolyamos diákok drogérintettsége. A különböző tiltott, ill. legális drogok közül kiemelkedő – a korábban is leginkább elterjedt – marihuána-fogyasztás életprevalencia értékének 10 százalékpontos növekedése, a legnagyobb arányú változás azonban az amfetaminok használata esetében

¹⁵ A kutatást a Pro Psychologia Alapítvány készítette. Az egyetemista mintát ELTE, SOTE, BME, BCE, Képzőművészeti Egyetem kollégiumaiban lakók, a középiskolás mintát az egyetemista mintában megkérdezett hallgatók jellemző középiskolái, illetve az azokban a 2009/2010-es tanévben 12. évfolyamon tanuló diákok képezték.

figyelhető meg, aholis több mint másfélszeresére nőtt a kipróbálók aránya, A marihuána és az amfetamin esetében kapott életprevalencia értékek a 2007-es (8-10. évfolyamos diákokra számított) ESPAD adatokhoz képest is magasak, mintegy kétszeresei annak.

A fiúk és az idősebb korosztály továbbra is nagyobb arányban fogyaszt drogot. Egyetlen kivétel, hogy míg a visszaélősszerű gyógyszerhasználat korábban a lányok körében volt elterjedtebb, a jelenlegi adatok szerint ez a különbség eltűnni látszik. A korábbiakhoz képest növekvő kannabisz életprevalencia-értékek elsősorban a 9. évfolyamosok körében megnövekedett kipróbálási arány következménye.

Egy másik kutatás pedig arra mutatott rá, hogy az egyetemista populációban sokkal jelentősebb a kannabisz-probléma, mint a középiskola legutolsó évében. A közvetlenül az érettségi előtt megkérdezett fiatalok lényegesen alacsonyabb értékeket mutattak, mint három évvel idősebb társaik.

Tehát a drogprevenció további tervezésénél és megvalósításánál a középiskolás korosztályra továbbra is kiemelt figyelmet kell fordítania a szakmának.

3. PREVENCIÓ¹⁶

Háttér, előzmények

A „Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma kezelésére” című dokumentum (106/2009. (XII. 21.) OGY határozat) meghatározta a megelőzési pillér fő célkitűzéseit, valamint a hozzá kapcsolódó beavatkozási területek szemléleti keretét. Ennek értelmében a különböző beavatkozásoknak egyidejűleg kell szem előtt tartaniuk a színtér és a célcsoport megközelítés mérvadó szempontjait. Az év során a prevencióval kapcsolatos tevékenységek keretét és szakmai prioritásait részben a még 2009-ben meghirdetett pályázatok (nemzeti és uniós) megvalósítása, részben pedig a 2010-ben kiírásra került pályázatok teremtették meg.

3.1. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ

Az iskolai prevenció vonatkozásában a legjelentősebb pénzügyi forrásokat és egyben a szakmai prioritásokat is a kábítószerügyi koordináció által meghirdetett KAB-ME-10-IP elnevezésű pályázat teremtette meg. Ennek a támogatási konstrukciónak a keretében az iskolai színtéren olyan univerzális és célzott prevenció programok támogatására lehetett pályázni, melyek az iskolai egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatokra, továbbá az abban megfogalmazott drogstratégiára épülnek. Ebben a kategóriában kizárólag nevelési-oktatási intézmények nyújthattak be pályázatot, 110 nyertes pályázat született, összességében 100,215. millió forint (363.756€¹⁷) összegben.

A családokat megcélzó prevenció elsősorban a kábítószer-problémával kapcsolatos szakszerű és tényszerű információ eljuttatását kívánta biztosítani. Ebben a kategóriában 11 sikeres pályázat született, 9,8 millió forint (35.571€) került megítélésre.

A munkahelyeken zajló univerzális prevenció tevékenység célja az egészséget támogató munkahelyi légkör megteremtése, a munkahelyi drogpolitikák kialakítása és megvalósításuk elősegítése volt, ebben a pályázati kategóriában 4 pályázat támogatására került sor, összességében 5,6 millió forint (20.326€) értékben.

Az Internet és más médiumok tekintetében zömmel az általános prevencióval összefüggésben kerültek programok kimunkálásra és pályázati úton támogatásra. Ezek a programok a kábítószer-fogyasztás jelenségével kapcsolatos információk, ismeretek objektív, korszerű és hatékony közzétételét szolgálják. 20 sikeres pályázat született ebben a kategóriában, támogatásukra 20 millió forint (72.595€) állt rendelkezésre.

A gyermekvédelmi intézmények zajló univerzális prevenció elsősorban a helyi közösségek erőforrásainak megerősítését célozza. Ebben a kategóriában 4 pályázat nyert befogadást, 5,3 millió forint (19.237€) értékben.

A szabadidő eltöltés színterein megvalósuló univerzális prevenció szolgáltatások terén is a programok célja a helyi közösségi erőforrásokra támaszkodva a szerhasználattal szembeni vonzó alternatívák biztosítása. Ebben a kategóriában 14 eredményes pályázat született, összességében 13,2 millió forint (47.912€) értékben¹⁸.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok prevenció tevékenysége¹⁹

A szakmai testületek háromnegyede nyújtott be prevenció tartalmú pályázatot. A pályázati forrásból 13,6 millió forintot (49.364€) fordíthattak a projektek megvalósításra. 23 nyertes projekt született.

¹⁶ A fejezetet írta: Felvinczi Katalin, Nyírády Adrienn, Tarján Anna

¹⁷ Az összegek a 2010-es hivatalos euró középárfolyam (1€ = 275,5Ft) szerint kerültek kiszámításra.

¹⁸ A Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztály tájékoztatása alapján

¹⁹ A Nemzeti Drogmegelőzési Iroda tájékoztatása alapján

A projektek túlnyomó többsége komplex programokat valósított meg, melyek jól felépített tematika szerint igyekeztek elérni a prevenciós beavatkozások során érintett célcsoportokat. A programok igen változatosak, a drogprevenciós célú kiállításoktól a művészet és drámapedagógiai eszközökkel operáló programokon át az egészség- és sportnapig. A prevenciós programok közé soroltuk azon rendezvényeket is, melyek univerzális megközelítéssel nagyobb létszámú csoportot értek el függetlenül a célcsoport életkorától.

A lakosságot a programok 21%-a, a szakembereket (beleértve a pedagógusokat is) a projektek 26%-a, míg az általános és középiskolás korosztályt 52%-a szólította meg. Hiányként fogalmazható meg, hogy kifejezetten szülőket, vagy a felnőtt korosztályt csak áttételesen sikerült bevonni. Vannak azonban a programok között kifejezetten innovatív megközelítésű kezdeményezések, melyben a szülőket külön fórumon, honlapon keresztül kívánták elérni.

Az elmúlt évek tendenciáit követve, még mindig népszerű a kortársképzés, a projekteken belül egyre nagyobb számban törekszenek egyfajta „kortárs-hálózat” kiépítésére, ami az erőforrások jobb kihasználását teszi lehetővé.

A szakemberek prevenciós kapcsolatos szakmai fejlődését is több program igyekezett megvalósítani. A helyi szintű konferenciák és képzések mellett eszmegbeszélésekre és a pedagógusok szakmai fejlődését elősegítő úgynevezett tanári klub rendezvénysorozatra is sor került.

Szakemberek képzése

Az iskolai szinten zajló univerzális prevenciós tevékenység előmozdítását célozta az Oktatási és Kulturális Minisztérium azon kezdeményezése, melynek keretében 1 napos helyi képzésre/konzultációra nyílt lehetőség a korábban iskolai drogügyi koordinátor képzésben részt vett, illetve más szempontból, a közoktatási intézmény keretei között egészségfejlesztési tevékenységet folytató pedagógusok és egyéb szakemberek számára. A képzéseket a helyi KEF-ekkel együttműködésben a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet szervezte, összességében 18 helyszínen 341 szakember részvételével. A képzések tematikáját előzetes szükségletfelmérés alapozta meg, lebonyolításukat követően a résztvevők elégedettségét és további képzési szükségleteiket is felmérték.

Programok nőknek²⁰

A Kék Pont Alapítvány a Fővárosi Önkormányzat támogatásával 2010. márciusától nőknek szóló programokat szervezett a prevenciós szintértől indulva az ártalomcsökkentő szolgáltatásokon át (lásd 7. fejezet) az ambuláns ellátásig. „Nő létünkre” címmel havi rendszerességgel ismeretterjesztő előadásokra és nyilvános beszélgetésekre, interaktív programokra került sor. A programsorozat szenvedélybeteg nőknek, szenvedélybeteg nők hozzátartozóinak, és azoknak a nőknek szól, akiket érdekelnek a tipikusan nőket érintő zavarok és függőségek megelőzésének lehetőségei.

3.2. CÉLZOTT PREVENCIÓ

Holdsgár Program²¹

A Holdsgár Program célja, hogy a települések utcáin csellengő hátrányos helyzetű, 12-25 év közötti fiatalok a péntek és/vagy szombat estéiket a kábítószerrel vagy alkohollal való ismerkedés helyett párkereső, családpótló, szórakoztató, életmódformáló sportklubokban, nevezetesen pingpongozással töltsék, kulturált környezetben, emberséges bánásmód mellett. A programot a Sportért Felelős Államtitkárság 2010-ben 18 millió forinttal (65.335€)

²⁰ Forrás: <http://kekpont.blog.hu/2010/w8>

²¹ A NEFMI Sportért Felelős Államtitkárságának beszámolója alapján

támogatta, amelyből 33 klub szervezett sporteseményeket. Kiemelkedő jelentőségű volt 4 országos bajnokság, hat regionális verseny, valamint az éves szakmai konferencia, ahol a klubvezetők a tapasztalt eseteket elemezték, illetve a módszertanok kialakítására került sor.

Biztonságos Éjszakai Szórakozás Eszközkészlet projekt

A nemzetközi együttműködésben megvalósuló Healthy Nightlife Toolbox (Mervó et al. 2011) (HNT, Biztonságos Éjszakai Szórakozás Eszközkészlet) projekt célja az alkohol és más pszichoaktív szerek okozta ártalmak csökkentése a rekreációs színtereken megjelenő fiatalok körében. Az Európai Unió által támogatott projektben²² öt tagállam (Egyesült Királyság, Belgium, Hollandia, Magyarország és Spanyolország) egy-egy intézménye vesz részt. Magyarország részvételét a Nemzeti Drogmegelőzési Intézetten keresztül biztosította. Az összegyűjtött ismeretek és tapasztalatok terjesztésének központi eszköze a Kézikönyv (Healthy Nightlife Handbook), amely tartalmazza a hatékony programok modelljeit, strukturált módszert ezek kialakításához, valamint olyan információkat, amelyek segítségével azonosíthatók és kivitelezhetők a körülményekhez illeszkedő hatékony intervenciók és irányelvek. A projekt célkitűzése a Kézikönyv és az adatbázis gyakorlati alkalmazásának monitorozása és értékelése volt. Az Nemzeti Drogmegelőzési Intézet által koordinált programelem megvalósításában kilenc (nyolc hazai és egy olasz) szervezet vett részt (partiszervíz és bulisegély szolgáltatók), amelyek értékelték a Kézikönyvet, valamint megterveztek a Kézikönyv és az adatbázisok gyakorlati alkalmazásával egy a rekreációs színtér biztonságosabbá tételét célzó projektet. A folyamatértékelés keretében a Kézikönyvről alkotott vélemények és fejlesztési javaslatok fogalmazódtak meg, míg az eredményértékelés során a kialakított projekttervek kerültek értékelésre független szakemberek segítségével. A vizsgálat eredményei szerint a Healthy Nightlife Toolbox a szolgáltatók szemében is hiánypótló vállalkozásnak számít. A könyv a vizsgált szempontok mentén jól felépített, átlátható, gyakorlatias és könnyen alkalmazható eszköznél bizonyult, ugyanakkor az is kiderült, hogy a szolgáltatók szerint érdemes lenne nagyobb figyelmet szentelni a kulturális különbségeknek, valamint a kommunikáció témakörének. Az eredményértékelés tapasztalatai szerint a Kézikönyv meggyorsította és megkönnyítette a projektterv elkészítésének munkafolyamatát, illetve pozitívan befolyásolta annak eredményét, vagyis a segítségével készült projekttervek rendezettebbé és logikusabbá váltak²³.

ReDNet projekt

A ReDNet projekt az Európai Bizottság Közegészségügyi Programjának (Public Health Programme [2009 12 16]) keretében valósul meg az EAHC (Executive Agency for Health and Consumers) támogatásával rangos európai intézményekkel együttműködve. Magyar részről a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, illetve utódja a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda vesz részt. A projekt egy már rendelkezésre álló, új, a szakirodalom és a szakemberek által kevésbé ismert pszichoaktív szereket tartalmazó adatbázis (Psychonaut Web Mapping Group, 2009; www.psychonautproject.eu) talaján kíván kialakítani egy olyan integratív, ICT alapú megközelítést, amely a veszélyeztetett egyének megfelelő informálására, a szerhasználat prevenciójára, illetve a problémás szerhasználat csökkentésére irányul. A projekt a veszélyeztetett egyéneken kívül a szerhasználó fiatalokkal foglalkozó szakemberek új szerekekkel kapcsolatos informálását is célul tűzte ki.

²² A projektet az Európai Unió Közegészségügyi Program Végrehajtó Ügynöksége (Public Health Executive Agency, PHEA) (2006345 – HNT) támogatta.

²³ A Kézikönyv és a projekt további eredményei az alábbi linken tekinthetők meg: <http://www.hnt-info.eu/>

Rekreációs szintér

2010-ben összesen 16 rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet nyújtó program²⁴ működött az országban, ebből 13 városi, 1 regionális és 2 országos hatókörű program volt.

Mosonmagyaróváron 2010-ben már nem működött bulisegély szolgálat. Egerben és Budapesten a 2009-es leállás után viszont újra elindultak a partiszervíz szolgáltatások, illetve 2010 júniusában Szegeden indult el egy új program.

2010-ben a szervezetek összesen 613 eseményen vettek részt, ahol közel 25.000 fiatallal kerültek kapcsolatba, az egy eseményre jutó átlagos kontaktszám 41 volt (2009-ben: 29 kontakt). A szolgáltatók adatai szerint: több mint 2600 liter ásványvíz, 14.400 db óvszer, szórólapok (8640 db), szőlőcukor, keksz, vitaminok és gyümölcs fogyott el.

A szegedi és a budapesti program képzést szervezett a velük együttműködő szórakozóhelyek üzemeltetőinek, személyzetének a biztonságosabb szórakozás biztosításának feltételeiről. Békéscsabán is volt egy ilyen kezdeményezés, de a program a célcsoport alacsony motiváltsága miatt nem valósult meg.

A Magyar Honvédség drogprevenációs tevékenysége²⁵

Az MH Drogprevenációs Stratégiája meghatározza az egészségügy szakterületét érintően az alapcélokat, a probléma kezelésének értelmezési kereteit. A zéró tolerancia érvényesítése érdekében a 2010. évben az alábbi prevenációs tevékenységeket végezték:

1. MH Egészségmegőrző Program, amely 16 alakulatnál zajlott és 841 főt ért el. Célja a személyi állomány egészségtudatos magatartásának kialakítása, fejlesztése volt. A Program egyik kiemelt témaköre a legális és illegális szerfogyasztás kockázatainak ismertetése, valamint a viselkedési addikciók kialakulásának megelőzése.
2. Prevenációs óriásplakát kiállítás: 17 db, 2,5x1 m-es nagyságú plakátból állt, melyek a legális szerek használatának (dohányzás, alkohol, gyógyszer-abúzus), valamint a kábítószeres fogyasztásának veszélyeit, az egészséges táplálkozás és a testmozgás fontosságát mutatták be.
3. Missziós állomány felkészítése, ahol összesen 398 főt értek el.
4. Fegyelmi értekezlet keretében megtartott tájékoztatók 14 alakulatnál, ahol is a szenvedélybetegségek megelőzésével kapcsolatban előadást tartottak.
5. 13 alkalommal került sor rendezvények szervezésére közösségi szintereken az év folyamán összesen több mint tízezer fő részvételével. A rendezvényeken ismeretátadásra, személyes tanácsadásra, prevenációs kiadványok átadására, szakmai totók kitöltésére volt lehetőség.
6. Prevenációs feladatokat ellátók akkreditált továbbképzése, amelyen 27 fő vett részt.

Minőségbiztosítás – szabályozó anyagok

A TÁMOP 5.4.1 projekt kábítószerügyi fejlesztéseket célzó pillérjének keretei között folyik a célzott és javallott prevenáció érvényességi körébe tartozó, bizonyos szolgáltatásokhoz kapcsolódó szabályozó anyagok - módszertani levelek - kimunkálása²⁶. Az eddigiek során a nemzetközi és a hazai kutatási tapasztalatok, legjobb gyakorlatok és a szabályozási gyakorlatok áttekintését célzó összefoglaló kötet (Kun és Felvinczi 2010) jelent meg ebben a témakörben. A végleges, széles körű szakmai támogatással is bíró módszertani levelek az alábbi szolgáltatásokra vonatkozóan kerültek kialakításra:

- Bevásárlóközpontokban/plázákban működtetett célzott prevenációs programok
- lakótelepeken és egyéb leromló lakókörnyezetekben élő – csellengő fiatalok számára létesített célzott prevenációs programok

²⁴ 16 szervezet töltötte ki 2010-es tevékenységéről a Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőívét.

²⁵ A Magyar Honvédség beszámolója alapján

²⁶ A módszertani levelek végleges verziói 2011 augusztusától elérhetők a www.modernizacio.hu honlapon.

- zenés-táncos szórakozóhelyeken létesített/működtetett célzott prevenció és ártalomcsökkentő programok
- megelőző-felvilágosító szolgáltatások
- túcsere programok

2010 novemberében fejeződött be az Európai Drogprevenció Standardok című projekt²⁷. Magyar részről a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet vett részt a megvalósításban. A projekt teljes időtartama 24 hónap volt, eredményeképpen kialakult a prevenció tevékenységek széles körénél (általános, célzott, javallott) alkalmazható, a beavatkozások életciklusához illeszkedő szakmai elvárások átfogó rendszere. A kimunkált és a szakértői konzultációk során elfogadhatónak és alkalmazhatónak minősített szakmai standardok a kötelező és az ajánlott kategóriák mentén csoportosíthatók. Alkalmazásuk egyfelől a programot megvalósító szervezetek önellenőrzésére teremti meg a lehetőséget, másrészt a döntéshozók tájékozódását is elő tudják segíteni, amennyiben az ezeknek való megfelelés és az állami finanszírozás összekapcsolását megfelelő eljárásrendek biztosítják. A projekt eredményeképpen egy kézikönyv is készült, amelyet az EMCDDA a 2011-es év során jelentet meg.

3.3. JAVALLOTT PREVENCIÓ

A javallott prevenció szempontjából a legjellegzetesebb ellátási forma az elterelés jogintézménye, s azon belül is a megelőző-felvilágosító szolgáltatások biztosítása. Ennek az ellátási formának a keretében 2010-ben 4107 kliens vett részt. Egy részük (1082 fő) az előző évben (2009-ben) kezdte meg az elterelésben való részvételt. Noha a rendszer egészét illető változások nem történtek, fontos megemlíteni, hogy egy több éve tartó kutatási program eredményeképpen információval rendelkezünk ezen ellátási forma eredményességét illetően.

A kutatás alapjait, illetve előzményét egy 2009-es adatfelvétel²⁸ teremtette meg. A kutatás ezen része az elterelés folyamatában részt vevő kliensek és szakemberek/intézményvezetők véleményét ismertette a folyamat egészével és a percipiált eredményességgel kapcsolatban. Az utánkövetéses vizsgálat²⁹ (Vitrai et al. 2010) tovább finomította a képet ezen prevenció-ellátási formában résztvevők addikciós problémáival és egyéb személyiségtényezőivel összefüggésben. Az alábbiakban a kutatás néhány fontos megállapítását mutatjuk be.

²⁷ A projektet az Európai Unió Bizottságának népegészségügyi programja támogatta (Programme of Community Action in the field of Public Health (2003-2008). Project name: 'European standards in evidence for drug prevention', Project No. 2007304.)

http://ec.europa.eu/eahc/phea_ami/pdbview40/printing/print_prijdet.cfm?v_adonis=100944&pkprj=20&prjno=2007304

²⁸ lásd 2010-es Éves jelentés 5.2 alfejezetében

²⁹ A kutatást az Egységmonitor Kft végezte 5 budapesti és 3 vidéki, elterelést végző szolgáltató bevonásával. A vizsgálat alanyai olyan, a közreműködő intézményekben megjelent eltereltek voltak, akik:

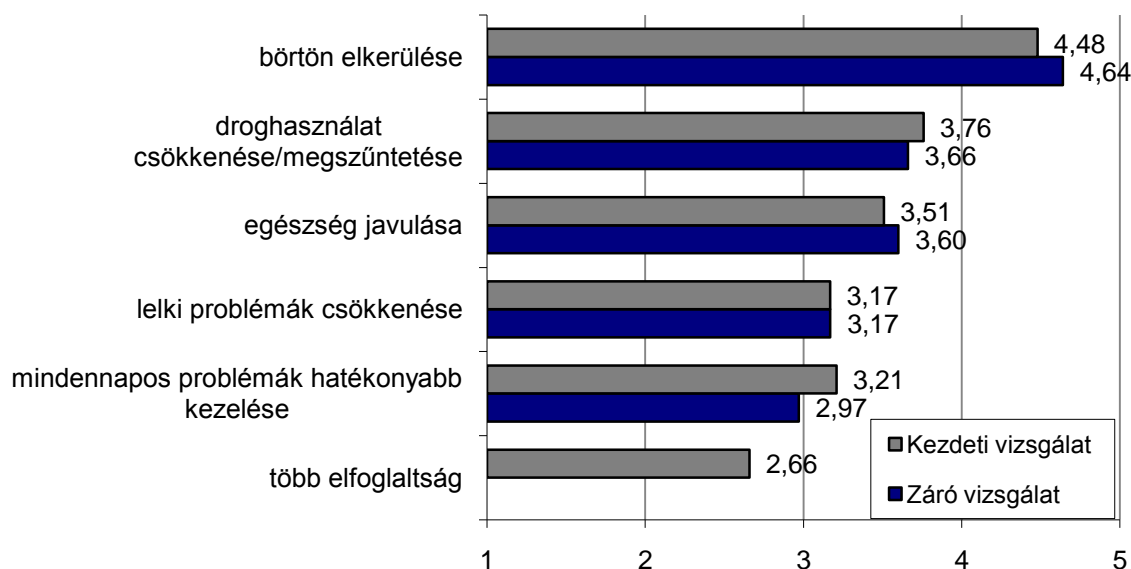
- az adatfelvétel évében betöltötték vagy betöltik a 16. életévüket,
- 2009. május 10. és július 31. között kezdték meg az elterelést

Az utánkövetés vizsgálat szakaszai az alábbiak szerint alakultak:

A kutatás szakaszai	Adatfelvétel ideje	Módszerek ³⁰	Kliensek száma
1. Kezdeti adatfelvétel (az elterelésbe való belépéskor)	2009.05.10. – 2009.07.31.	ASI, önkitöltős kérdőívek	143 fő
2. Záró adatfelvétel (az elterelésből való kilépéskor)	2009.11.10. – 2010.01.31.	ASI, önkitöltős kérdőívek	98 fő
3. Utánkövetéses adatfelvétel (az elterelésből való kilépés után 6 hónappal)	2010.05.10. – 2010.07.31.	ASI, önkitöltős kérdőívek	98 fő (tervezett kliensszám)

Az eredmények egyértelműen azt mutatják, hogy az elsődleges, kimagaslóan fontos cél a börtönbüntetés elkerülése: az elterelésbe való bekerüléskor a válaszadók 86,3%-a, a befejezéskor 77,1%-a választotta ezt célként. Az ötfokú skálán átlagosan egy ponttal alacsonyabb fontosságot kapott a droghasználat csökkentése, mint cél, s még valamivel alacsonyabbat az egészség javulása. A „lelki problémák csökkenése”, illetve „a mindennapos problémák hatékonyabb kezelése” mint cél közepes körüli értéket kapott mindkét adatfelvételnél.

2. ábra. Az eltereléssel kapcsolatos elvárások alakulása az elterelésbe bekerüléskor (N=139) és az elterelés befejezésekor (N=96)



Forrás: Vitrai et al. 2010

Az elterelés megkezdésekor a kliensek (142 fő válaszolta meg a kérdést) 18,3%-a jelezte, hogy egyértelműen nem tervezi a droghasználat abbahagyását, míg további 20% úgy nyilatkozott, hogy bár nem tervez felhagyni a szerhasználattal, örülne, ha mégis sikerülne neki. A fennmaradó 61,3% ugyanakkor célként fogalmazta meg a droghasználat abbahagyását.

³⁰ Az alkalmazott vizsgálati eszközök: ASI (Addiction Severity Index), Lelki Egészség Kérdőív (General Health Questionnaire, GHQ), Beck Depresszió Index (Beck Depression Index, BDI), Rosenberg-féle Önértékelés Kérdőív, Heroin Sóvárgás Kérdőív (Heroin Craving Questionnaire, HCQ), Kannabiszhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (Cannabis Use Disorders Identification Test, CUDIT), Marihuána Szűrés Kérdőív (Marijuana Screening Inventory, MSI), Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív (PIK) (Psychological Immune System Inventory)

A program befejezésekor a szerhasználat tényleges alakulására vonatkozó kérdéssel egybevetve – 86 fő válasza alapján – azt láthatjuk, hogy azok, akik felhagyni szándékoztak szerhasználatukkal, többségük (65,5%) valóban – bevallásuk szerint – nem használt illegális szereket az elterelés időszaka alatt, s további egyharmaduk (32,7%) kevesebbet fogyasztott, mint korábban. Azok körében azonban, akiknek nem volt kifejezett szándéka a szerhasználat visszafogása vagy megszüntetése, lényegesen alacsonyabb volt a nem fogyasztók, illetve a fogyasztásukat mérséklők aránya.

6. táblázat. Az illegális szerhasználat tervezett és tényleges alakulása a program megkezdése előtt és alatt (önbevallás alapján) (N=86)

Illegális szerhasználat	Szándékában áll-e felhagyni a szerhasználattal? (%)			Összesen
	nem	nem, de örül, ha sikerül	igen	
nem fogyasztott (%)	13,3%	31,3%	65,5%	50,0%
kevesebbet fogyasztott (%)	26,7%	43,8%	32,7%	33,7%
többet fogyasztott (%)	0,0%	6,3%	0%	1,2%
változó (hol többet, hol kevesebbet fogyasztott) (%)	26,7%	12,5%	1,8%	8,1%
ugyanannyit fogyasztott (nincs változás) (%)	33,3%	6,3%	0,0%	7,0%
Összesen:	100,0% (15 fő)	100,0% (16 fő)	100,0% (55 fő)	100,0% (86 fő)

Forrás: Vitrai et al. 2010

Fontos megjegyezni, hogy az elterelésben résztvevők jelentős része nem észleli úgy, hogy szerhasználati problémái lennének. Ily módon a programba való belépéskor mindössze 16,5% nyilatkozott úgy, hogy az utolsó 30 napban volt olyan napja, amikor problémával kellett szembesülnie a drogfogyasztás miatt. Azok aránya, akik az egész megelőző hónapot problémásnak értékelték a droghasználatuk szempontjából, összesen 3%. Az elterelés végére ezek az arányok csökkentek, így a program befejezésekor már csak 9,9% jelzett problémát az adatfelvételt megelőző 30 napra vonatkozóan, az egész hónapra kiterjedően pedig senki sem.

Ezzel összhangban a program kezdetekor 81,9% nyilatkozott úgy, hogy „egyáltalán nem zavarták vagy gátolták” őt kábítószer-fogyasztással összefüggő problémák a megelőző 30 nap során, s ez az érték 91,3%-ra nőtt a program végére.

Hasonló eredmények születtek arra a kérdésre vonatkozóan is, hogy a kliens milyen mértékben tartja fontosnak problémái kezelését. A program kezdetekor 70,5% egyáltalán nem látta szükségesnek a kezelését, míg a program befejezésekor ez az arány 81,7%-ra nőtt.

A fentiekkel lényegében összhangban az ASI (Addikció Súlyossági Index) drogfogyasztás skáláján az értékelők a program kezdetekor átlagosan 2,27-es értéket adtak (szórás=2,1), míg a program zárásakor ez az érték 1,49 volt (szórás=1,8). Azon 82 fő adatait összehasonlítva, akikkel mind az elterelés megkezdésekor (átlag=1,93; szórás=2,1), mind a befejezéskor (átlag=1,50; szórás=1,9) készült ASI, a csökkenés szignifikáns ($t=2,071$; $p=0,042$). A relatíve legjelentősebb problémák a drogfogyasztás dimenzióban (1,93), a családi/szociális kapcsolatok dimenzióban, és a foglalkoztatás/megélhetés dimenzióban mutatkoztak. Közülük az első kettőben ugyanakkor a hat hónapos elterelés végére szignifikáns javulás mutatkozott. Szintén szignifikáns javulás volt mérhető az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémák terén, míg a pszichiátriai tünetek tendencia szinten javultak.

A megbeszéléseket tekintve az elterelés kezdetén a kliensek 40,2%-ánál értékelte úgy az interjúkészítő, hogy „valódi probléma nem áll fenn, kezelésre nincs szükség” (0 vagy 1 pont), míg a program végeztével ez az arány 56,3%-ra nőtt. Hasonlóképpen: azok aránya, akiknél közepesen súlyos (4-5 pont) vagy súlyos (6-7 pont) problémát azonosítottak, 29,6%-ról kevesebb mint a felére, 13,8%-ra csökkent.

A valós helyzet megítéléséhez azonban egy további szempontot is figyelembe kell vennünk. A program befejezéséig ugyanis jelentős mintavesztés történt, s az adatok egyértelműen arra utalnak, hogy ez a mintavesztés a problémásabb szerhasználók esetében jelentősebb volt, mint a kevésbé problémások vonatkozásában. Míg az utánkövetésben már nem szereplő 56 személy ASI droghasználatra vonatkozó átlagértéke 2,82 (szórás=2,04), addig az utánkövetéses adattal is rendelkezők esetében az átlag majd egy ponttal alacsonyabb, 1,93 (szórás=2,09), ami szignifikáns különbséget jelent ($t=2,488$; $p=0,014$).

Néhány dimenzióban – elsősorban a drogfogyasztás terén – különbség mutatkozott azon személyek között, akik mindkét adatfelvételben részt vettek, s azok között, akik valamilyen ok miatt csak az első adatfelvételben vettek részt. A droghasználat tekintetében utóbbiak szignifikánsan problémásabbak. Fontos volt tehát, hogy a pszichológiai dimenziókat is megvizsgálják abból a szempontból, hogy eltérnek-e a programot befejezők és be nem fejezők jellemzői.

A GHQ skálán (Lelki Egészség Kérdőív), valamint a depresszív tünetek és az önértékelés tekintetében nem mutatkozott szignifikáns különbség a két csoport között. A pszichológiai immunkompetencia, azaz a megküzdési mechanizmusok tekintetében több skála is megfelelőbb funkcionálást jelzett azok esetében, akiknél mindkét adatfelvételre sor került. Ily módon a programot be nem fejező személyek szignifikánsan alacsonyabb pontszámot mutattak a Monitorozó, Megközelítő Alrendszeren ($t=-2,149$; $p=0,033$), és tendencia szinten alacsonyabb pontszámot jeleztek az Önszabályozó Alrendszeren is ($t=-1,716$; $p=0,088$). A Mobilizáló, Alkotó, Végrehajtó Alrendszerben vagy annak alszálláin ugyanakkor nem mutatkozott különbség a két csoport között.

Sem a lelki egészség általános állapotát tekintve, sem a depressziós tüneteket tekintve, sem pedig az önértékelést tekintve nem mutatkozott szignifikáns elmozdulás a programba történő belépés után a program befejezéséig. Meg kell azonban jegyezni, hogy itt is az ASI dimenzióknál tapasztalt jelenséggel állunk szemben, azaz a vizsgált személyek már az elterelés kezdetén is igen kedvező képet mutattak ezeken a skálákon.

Hasonló a helyzet a pszichológiai immunrendszer esetében is. Bár mivel ezek a skálák személyiségdimenziókat, s nem pszichológiai tüneteket mérnek, itt eleve kisebb elmozdulást várhatunk, hiszen ezek a jellemzők a személyiség stabilabb, állandóbb jellemzői. Tendencia szintű ($t=-1,769$; $p=0,080$) elmozdulás mutatkozott ugyanakkor az Önszabályozó Alrendszer vonatkozásában, azaz az elterelés végére a személyek kedvezőbbben „működtek” az önszabályozás (érzelmi kontroll, indulati kontroll) vonatkozásában.

A tüneti dimenziókban a szignifikáns különbségek hiányát a kezdeti és a program végén mért tünetek összehasonlításában valószínűsíthetően az adta, hogy már a kiindulási szinten is nagyon kedvező (lényegében tünetmentes) állapotot mutattak a kliensek.

3.4. ORSZÁGOS ÉS HELYI MÉDIAKAMPÁNYOK

Mértékletesség Éve Kampány

2010-ben is folytatódott a Kék Pont Alapítvány Mértékletesség Éve Kampánya. A programhoz tartozó honlapon másfél év alatt közel ötszázan regisztráltak³¹. A leggyakrabban használt illegális szer a kannabisz volt, 762 alkalomról számoltak be a használók, 6.6-os örömméret-átlagot (10 fokú skálán) adva neki. A leggyakoribb legális szer a dohány volt, 7225 fogyasztási alkalommal és 4,9-es örömmérettel. A viselkedési örömforrások között az internet volt a leggyakoribb, 4,8-as örömmérettel. A Mértékletesség Terei néven kitélepült programokkal jelen voltak a legnagyobb országos fesztiválokon. A kampány záróeseményeként a Kék Pont Alapítvány 2010. szeptember 21-én Hányatott Sors címmel konferenciát rendezett a mértékletes alkoholfogyasztás hazai lehetőségeiről, meghívva a

³¹ Forrás: <http://mertekletes.hu/>

szórakozói, az oktatási és vállalati szcéna, az alkoholforgalmazó- és marketing szakma számos képviselőjét.

Karmák Kampány

Az Északi Támpont Egyesület a Karmák Kampány³² keretében a 2010-es évben hét olyan hőssel kezdte el a sorozat forgatását, akik nem csupán tiszteletreméltó elhivatottsággal élnek, de kivétel nélkül a társadalom leghátrányosabb rétegeiből érkeztek. A pilot epizódok forgatása folyamán a sorozatból nyolc részt készítettek el. Az első részben neves szakértők osztanak meg tartalmas gondolatokat a szegénység összetett jelenségéről, majd hét személyes történet kerül bemutatásra. A Karmák Projekt célkitűzései között szerepel, hogy a bemutatott szereplőket a filmek révén kézzelfogható módon is tudják segíteni missziójukban. A Karmák filmeket televíziós sugárzás révén, az interneten, nyilvános vetítéseken és fesztiválokon keresztül kívánják minél több emberhez eljuttatni.

Újságíró verseny

A Kék Pont Alapítvány az "Addicted2Life" elnevezésű, információs nemzetközi projekt keretében újságíró versenyt hirdetett. A versenyben bolgár, francia, macedón és magyar újságírók vehettek részt. A jelölteknek a droghasználat szociális és egészségügyi aspektusait kellett bemutatniuk, ill. előnyt jelentett, ha a szerző az amfetamin-használat sajátosságairól alkotott képet. A versenyre 2010. március 1. és szeptember 30. között akár online, akár nyomtatott sajtóban, rádióban, televízióban már megjelent vagy megjelenés alatt álló anyagokkal lehetett nevezni³³.

Regionális, helyi kampányok

Békéscsabán a Kábítószer Ellenes Világnap alkalmából egyhetes figyelemfelkeltő reklámkampányt szerveztek rádióbeszélgetésekkel.

Következtetések

A prevenciós tevékenységek területén meghatározó áttrendeződésre nem került sor a 2010-es év folyamán. Az iskolai szinten biztosított megelőző tevékenységre fordított források csökkenést mutatnak az előző évhez képest. Fokozódó érdeklődés tapasztalható azonban a célzott prevencióval összefüggésben. Tartalmukban és módszereikben újszerű projektek jelentek meg az év során. Fontos fejlemény, hogy érdemi lépések történtek a megelőző-felvilágosító szolgáltatások (javallott prevenció) eredményességének vizsgálata tekintetében. És előrelépés történt a célzott prevenciós tevékenységek minőségügyi rendszerének kialakításában is.

³² Forrás: <http://karmak.hu/>

³³ További információk magyar nyelven: <http://www.addicted2life.eu>

4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS³⁴

Háttér, előzmények

A 2010 végére tervezett, fertőző betegségekre irányuló szűrés 2011 elejére átütemezésre került, így az évenkénti országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vevő intravénás szerhasználók jellemzőire vonatkozóan idősoros elemzés 2010-ben nem volt lehetséges.

A 4.2 fejezetben bemutatásra kerülnek a tűcsere programokban részt vevő kliensek főbb adatai. A Nemzeti Drog Fókuszpont felmérést készített a 2010-ben feltűnt új jelenségekről, melynek főbb megállapításait a 4.3 fejezet tartalmazza.

4.1. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÓK PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSE

Nincs új információ.

4.2. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐ PROBLÉMÁS FOGYASZTÓK

Országos tűcsere kliens adatok

2010-ben 17 szervezet 2708 kliensről jelentett szerfogyasztási és demográfiai adatokat (Tarján 2011). Az életkori megoszlás tekintetében elmondható, hogy 2010-ben is a 25 és 34 év közöttiek tették ki a tűcsere programok klienskörének legnagyobb hányadát, 48%-át. A 25 év alattiak illetve a 34 év felettiak közel azonos arányban 26-26%-ban voltak jelen a szolgáltatásban.

Az elsődlegesen injektált szertípus 1729 fő esetében vált ismertté. A kliensek 47%-a elsődlegesen heroint injektál, 45%-uk amfetamint. A heroint injektálók aránya csökkent 2009-hez képest (2009: 55%), míg az amfetamint injektálóké (2009: 39%), illetve az egyéb szereket injektálóké nőtt (2009: 4% 2010: 8%). Az egyéb injektált szertípus jellemzően mofedron volt a szervezetek jelentése szerint.

Az életkori kategóriák tekintetében megfigyelhető, hogy míg a 25 év alatti korcateróriában közel kétszer akkora az elsődlegesen amfetamint injektálók aránya, 25 és 34 év között, illetve 34 év fölött a heroint elsődlegesen injektáló szerhasználók aránya a nagyobb.

7. táblázat. *Elsődleges injektált szertípus szerinti megoszlás a tűcsere-programban részt vevő kliensek körében életkor szerinti bontásban, 2010-ben (N=1729)*

Szertípus	< 25 év		25-34 év		> 34 év		Nem ismert		Összesen	
Heroin	153	32%	400	51%	255	56%	4	57%	812	47%
Amfetamin	270	57%	332	42%	175	38%	3	43%	780	45%
Kokain	1	0%	5	1%	0	0%	0	0%	6	0%
Egyéb	48	10%	55	7%	28	6%	0	0%	131	8%
Összesen	472	100%	792	100%	458	100%	7	100%	1729	100%

Forrás: Tarján 2011

³⁴ A fejezet szerzői: Horváth Gergely Csaba, Tarján Anna

A nemek szerinti megoszlást az alábbi két táblázat mutatja be. A nők körében közel azonos arányú az elsődlegesen heroint, illetve elsődlegesen amfetamint injektálók aránya, egyéb szereket (elsősorban mofedront) a nők 11%-a injektál elsődlegesen. A teljes mintában megfigyelt tendenciától eltérően a nők körében 34 év felett az elsődlegesen amfetamint injektálók aránya a magasabb.

8. táblázat. *Elsődlegesen injektált szertípus szerinti megoszlás a tüssere programban részt vevő nők körében életkor szerinti bontásban, 2010-ben (N=397)*

Szertípus	< 25 év		25-34 év		> 34 év		Nem ismert		Összesen	
Heroin	52		93		32		0		177	44,6%
Amfetamin	70		60		45		0		175	44,1%
Kokain	1		1		0		0		2	0,5%
Egyéb	20		16		7		0		43	10,8%
Összesen	143	36%	170	42,8%	84	21,1%	0	0%	397	100%

Forrás: Tarján 2011

A férfiak esetében a teljes mintára jellemző tendenciák figyelhetők meg, azaz az életkor emelkedésével párhuzamosan nő az elsődlegesen heroint injektálók aránya. A férfiak körében elsődlegesen egyéb szereket csak a minta 7%-a injektál.

9. táblázat. *Elsődlegesen injektált szertípus szerinti megoszlás a tüssere programban részt vevő férfiak körében életkor szerinti bontásban, 2010-ben (N=1332)*

Szertípus	< 25 év		25-34 év		> 34 év		Nem ismert		Összesen	
Heroin	101		307		223		4		635	47,7%
Amfetamin	200		272		131		3		606	45,5%
Kokain	0		3		0		0		3	0,2%
Egyéb	28		39		21		0		88	6,6%
Összesen	329	24,7%	621	46,6%	375	28,2%	7	0,5%	1332	100%

Forrás: Tarján 2011

A tüssere programok forgalmi adatai a 7.2. fejezetben kerülnek bemutatásra.

4.3. INTENZÍV, GYAKORI, HOSSZÚ TÁVÚ ÉS MÁS PROBLÉMÁS DROGHASZNÁLATI MINTÁK

A Nemzeti Drog Fókuszpont felmérést végzett³⁵ (Horváth et al. 2011) a kábítószer-fogyasztással összefüggő, 2010-ben tapasztalt új jelenségekkel – különös tekintettel a mofedron megjelenésére – kapcsolatosan.

A megkérdezettek válasza alapján az elmúlt év legmarkánsabban kirajzolódó jelensége az új szerek megjelenése volt. A leggyakrabban említett ilyen szer a mofedron volt, emellett a szintetikus kannabinoidok és az MDPV okozta kezelési igények megjelenése azonosítható. További új jelenségeként a fürdőszóként árusított új anyagok visszaélészerű használatát és a metilon megjelenését említhetjük.

A heroin-fogyasztással kapcsolatos kezelési igények száma csökkent a kezelőhelyek elmondása szerint. A heroin hozzáférhetősége és tisztasága jelentősen romlott, ezzel párhuzamosan a mofedron injektálásának terjedéséről számoltak be a tüssere-szolgáltatók.

A klienskör életkorában is tapasztaltak változást: az új szerek használata fiatalabb kliensek megjelenésével járt mind a kezelőhelyek, mind a tüssere-szolgáltatók esetében. A

³⁵ A Nemzeti Drog Fókuszpont 2011 májusában kvalitatív kutatást végzett, amelyben 20 egészségügyi kezelőhely és 9 tüssere-szolgáltató vállalta az önkéntes részvételt.

válaszadók felhívták a figyelmet a mefedron okozta gyors fizikai, pszichés és szociális leépülésre, ami a mefedron-fogyasztással összefüggő kliensszám növekedését eredményezte programjukban.

A mefedron-használattal összefüggő kezelési igények nagyobb arányú megjelenése 2010 nyarára tehető, jölehet 2009 végétől már találkoztak néhány esettel a szolgáltatók. A 2011 január elején történt betiltást követően a kezelési igények száma nem csökkent. A tiltás feltételezhetően érdemben nem befolyásolta a keresletet, de befolyásolta a kínálati oldal alakulását, mert a tiltást követően megjelent más designer drogok – elsősorban az MDPV – használata is a kliensek szerhasználati mintázataiban.

Az elmondottak alapján a mefedronnak kétféle szerhasználati mintázata rajzolódott ki: egyrészt, a szervezetbe juttatás leggyakoribb módja az orron át szippantás vagy szájon át bevitel, gyakran folyadékban oldva. A szerhasználat ezeknél a beviteli módoknál jellemzően a partizáshoz, szórakozáshoz kapcsolódik; a fogyasztás napjai a hétvégére koncentrálódnak, akár több napon keresztül is. A hatás időtartama rövidebb, mint az amfetaminoknál, ezért gyakoribb a napi többszöri fogyasztás. Az ellátást igénybe vevők fiatalok általában, olyan új kliensek, akikkel korábban nem találkoztak.

Másrészt, az intravénás szerhasználók körében is megjelent a mefedron. Ők jellemzően olyan idősebb szerhasználók, akik már korábban is injektáltak más szereket, de áttértek a mefedronra; jölehet megjelentek a mefedron miatt injektálni kezdő kliensek is az ellátásban. A mefedront intravénásan használók naponta többször is injektálják a szert, ami megnöveli a fecskendőkre iránti keresletet.

A mefedron elsősorban az amfetamin-származékokat váltotta, bár intravénás szerhasználók körében az amfetamin mellett heroinról és metadonról történt váltásról is beszámoltak. A mefedron másodlagos szerként általánosan elterjedtté vált: az elsődleges szer típusától függetlenül megjelent kannabisz-, amfetamin- vagy opiát-fogyasztás mellett egyaránt.

A szerváltás okaként elsősorban a könnyű hozzáférhetőség, majd az alacsony ár említendő. További szempontként jelent meg a szer korábbi legális státusza, a kimutathatóság hiánya, valamint intenzívebb hatása is. Az elmondások alapján a heroin hozzáférhetősége és tisztasága jelentősen romlott 2010 közepén csakúgy, mint ahogyan az amfetaminok alacsony hatóanyagtartalma is a váltást erősítette. Végül, gyakran megjelent a válaszokban az újdonságkeresés, a legális státusz okozta téves percepció a szer alacsony kockázatáról, valamint a szer körül kialakult hírverés is.

A Nemzeti Drog Fókuszpont felmérésének eredményeit Csák és munkatársai (2011) tapasztalatai is megerősítik³⁶. Az eredmények szerint minden tőcsere programban találkoztak 2010 folyamán mefedron használatával, a 16 programból 14-ben intravénás mefedron használatával is. Az intravénás használaton túl 10 tőcsere program jelezte azt, hogy az orra szippantás a legjellemzőbb fogyasztási forma. Mefedronhoz tipikusan barátokon, dealereken, illetve az interneten keresztül jutnak hozzá a tőcsere programok kliensei. A többségük (a 16 szervezetből 10) azt mondta el, hogy a mefedront injektálók egyébként más illegális szereket is használtak – bár két szolgáltató nem rendelkezett információval ezzel kapcsolatban. A más szereket használatáról beszámoló 10 tőcsere programból 5 úgy tapasztalta, hogy a mefedron injektálók amfetamint és heroint is használnak, míg két válaszadó a heroint, három az amfetamint jelölte meg, mint a mefedron mellett használt szer.

³⁶ A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia munkatársai 2010 novemberében kutatást végeztek az injekciós mefedron-használatról. A kutatás során a 19 magyarországi alacsonyküszöbű ellátó közül 16 tőcsere programot működtető szolgáltatót kerestek meg egy 15 kérdésből álló kérdőívvel. A kérdések az intravénás mefedron használat mintázatát, a kapcsolódó kockázatokat és következményeket térképezték fel.

Következtetések

A tűcsere-szolgáltatók kliens adatai alapján elmondható, hogy az injektló szerhasználók 47%-a opiát-fogyasztó, ami 8%-al kevesebb, mint 2009-ben. Ezzel párhuzamosan nőtt az amfetamin-fogyasztók aránya (39%-ról 45%-ra) és az egyéb szert injektlók aránya (4%-ról 8%-ra), mely feltételezhetően a mefedron injektlásának terjedéséből adódott. 2010-ben is folytatódott tehát az opiátokról az amfetaminok injektlása irányába mutató lassú átrendeződés, amely 2009-ben már bemutatásra került.

A 2010 új jelenségeinek azonosítására irányuló felmérés alapján elmondható, hogy 2010 nyaratól jelentek meg nagyobb számban mefedron miatti kezelési igénnyel a kliensek, de a szer már ennél korábban hozzáférhető volt. A kezelőhelyek elsősorban új, korábban kezelést igénybe nem vevő kliensekkel találkoztak, míg a tűcsere szolgáltatók szerint inkább a régi klienseik tértek át a mefedronra. A kliensek jellemzően stimulánsokról váltottak mefedronra, de a tűcsere-szolgáltatók megemlítik a heroinról való átállást is. A válaszok alapján kirajzolódik a szerhasználók fiatal életkora, valamint az, hogy a mefedron másodlagos szerként széles körben elterjedté vált. A kezelőhelyek jellemzően olyan szerhasználókról számoltak be, akik orron át szippantják a mefedront, a szerhasználat a partizáshoz kötődik. A mefedron-használat intenzív, a szert naponta többször, az amfetaminnál gyakrabban szippantják vagy injektlják. A mefedron elterjedésének okai között elsősorban az alacsony árát és a könnyű hozzáférést említik, az újdonság és a vélt alacsony kockázat mellett. Több szolgáltató beszámolt ugyanakkor arról, hogy a szerhasználat káros következményei gyorsan kialakulnak. A mefedron mellett megemlítették a szervezetek a szintetikus kannabinoidok és a mefedront követő más designer drogok – elsősorban az MDPV – megjelenését is.

5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE: KEZELÉSI IGÉNY ÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉG³⁷

Háttér, előzmények

A 76/2004. (VIII.19.) ESzCsM-rendelet 1211/06 számú jelentéséhez kapcsolódó ún. „OSAP” adatgyűjtés 2010. évi eredményei adatexportálási hiba következtében nem voltak hozzáférhetőek a jelentésírás lezárulásáig. A 2009-es adatok adatexportálási hiba és a jelentést beküldők számának jelentős (2008-hoz képest 57%-os) csökkenése következtében elemzésre nem voltak alkalmasak.

5.1. SZAKPOLITIKA³⁸

2010-ben azonos minisztérium, a Nemzeti Erőforrás Minisztériuma (NEFMI) alá került a szociális és egészségügyi tárca, azonban a kezelési programokkal kapcsolatos szakpolitika, finanszírozás és minőségbiztosítás továbbra is elkülönül egymástól. A szerhasználók egészségügyi ellátásáért a NEFMI-n belül az Egészségügyért Felelős Államtitkárság, a szociális ellátásáért a Szociális, Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkárság felel.

Az egészségügyi ellátással kapcsolatban a 2010. évre megállapított költségvetés, ill. az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló 291/2009. (XII. 18.) Korm. rendelet 1. sz. melléklete további 50%-os csökkentést irányzott elő a gondozói kasszában. Ez azt eredményezte, hogy a gondozói intézményrendszer (addiktológia, pszichiátria, bőr és nemibeteg, tüdőgyógyászati és onkológiai járóbeteg ellátás) bázis-finanszírozása a 2001. évben kifizetett összeg kevesebb, mint 20%-a alá süllyedt, miközben a kompenzálásra hivatott intézkedések hatástalannak bizonyultak. Új finanszírozási rendszer híján a 2010. júniustól életbe lépő finanszírozási feltételek veszélyeztették a pszichiátriai és addiktológiai gondozók működését, ezért 2010 folyamán a Kormány a gondozóintézeti ellátás 2010. évi kiadási előirányzat csökkenés egy részét visszapótolta, majd további 1146 millió forintos (4.16 millió €) forrás-átcsoportosítással biztosította a gondozói rendszer életben tartását a fenntartható finanszírozási rendszer kialakításáig.

A finanszírozási probléma tartós és megnyugtató kezelése érdekében a tárca – 2010 júniusától kezdődően – soron kívüli szakmai egyeztetéseket kezdeményezett a szakterület képviselőivel. A jelenlegit a jövőben felváltó új finanszírozási forma lényege egy olyan új komplex gondozói finanszírozás, amely a bázisfinanszírozás helyett a különböző gondozási típusokon alapul, és átláthatóbb feltételeket teremt.

5.2. ELLÁTÓRENDSZEREK

Kezelési paletta és hozzáférhetőség

Szubsztitúciós kezelés

2010-ben a Nyíró Gyula Kórház drogambulanciája által koordinált adatgyűjtésbe 11 szolgáltató jelentett opiát szubsztitúciós kezelésben részt vevő klienst. A 11 szolgáltató közül 9 kezelőhelyén érhető el metadon kezelés, míg buprenorfin-naloxon kezelés minden

³⁷ A fejezet szerzői: Horváth Gergely Csaba, Koós Tamás, Péterfi Anna

³⁸ A NEFMI Egészségpolitikai Főosztályának beszámolója alapján

jelentést beküldőnél. A 11 szolgáltató közül 4 esetében a kliens kizárólag receptre felírva, vagyis saját költségére juthatott buprenorfin-naloxonhoz.

A szolgáltatók által beküldött adatok alapján 2010-ben összesen 1031 kliens részesült szubsztitúciós kezelésben az országban, közülük 678 fő (66%) esetében a metadon, 353 fő (34%) esetében a buprenorfin-naloxon volt a szubsztitúciós szer. A buprenorfin-naloxon kezelésben résztvevők 42%-ának (148 fő) részben vagy teljes egészében az OEP finanszírozta a szubsztitúciós szerét, míg 58%-a (205 fő) saját költségére váltotta ki a receptre felírt gyógyszert.

A kezelés természetét illetően 84% (610 fő metadon, 248 fő buprenorfin-naloxon) fenntartó kezelésben, 16% (55 fő metadon, 104 fő buprenorfin-naloxon) detoxikációs kezelésben vett részt. A metadon esetében a kezelések 9%-a, míg a buprenorfin-naloxon esetében a kezelések 30%-a volt detoxikációs célzatú.

10. táblázat. *Metadon és buprenorfin-naloxon kezelésben részt vevők száma (fő) a kezelés típusa szerinti bontásban 2010-ben (N=1031)*

	metadon	buprenorfin-naloxon	
		finanszírozott	receptre
fenntartó	619	124	124
detoxikáció	55	24	80
nem ismert	4	0	1
összesen	678	148	205

Forrás: Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia

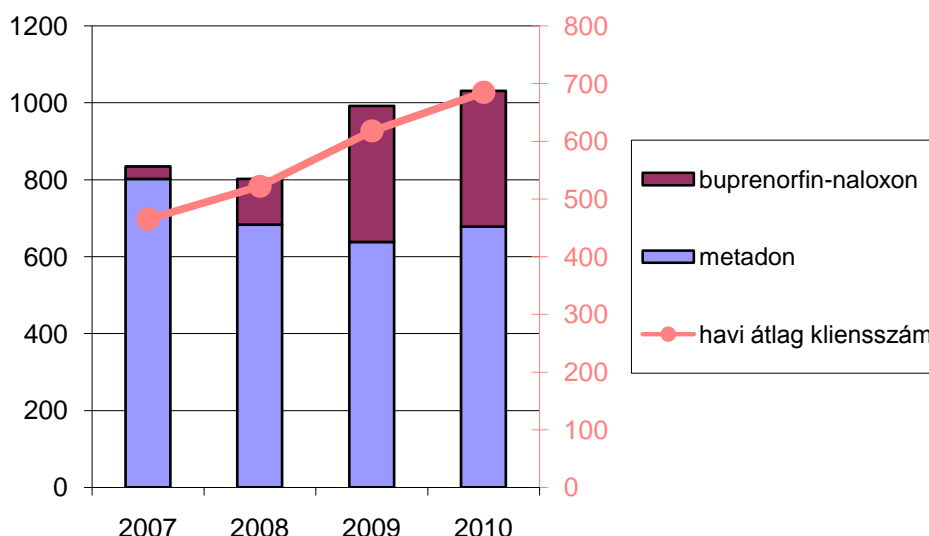
A szubsztitúciós kezelésben lévők nemi megoszlása nem mutatott változást az előző évekhez viszonyítva, a férfiak és nők aránya továbbra is 3:1.

A büntetés-végrehajtás intézeteiben kezeltokről lásd a 11.3. fejezetet.

Az elmúlt négy év adatait összehasonlítva láthatjuk, hogy összességében növekvő tendenciát mutat az adott évben szubsztitúciós kezelésben részesülők száma 2007 és 2010 között. Ugyancsak növekedő tendenciát figyelhetünk meg az – e kezelési lehetőség hozzáférhetőségét talán érzékletesebben mutató – havi kliensszám éves átlagát tekintve. A buprenorfin-naloxon 2007-es bevezetése óta jelentősen megnövekedett az ezt a típusú kezelést kínáló kezelőhelyek (2007: 4; 2010: 11) és a kezelésben részesülő kliensek száma is (2007: 33; 2010: 353). Fontos megjegyezni azonban, hogy míg 2009-ben a buprenorfin-naloxon készítményt kapó kliensek 46%-a, addig 2010-ben már 58%-a saját költségére jutott a helyettesítő szerhez. Vagyis a szubsztitúciós kezelések igénybevételében tapasztalható emelkedés vélhetően nem a finanszírozott kapacitások kiszélesedésének, hanem a gyógyszer saját költségükre kiváltók megnövekedett számának köszönhető. A buprenorfin-naloxon finanszírozási konstrukciója³⁹ több szubsztitúciós kezelést végző szakember szerint komoly akadályt jelent e kezelés hozzáférhetőségében.

³⁹ Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 8 mg/2 mg napi dózist finanszíroz a kezelőhelyenként meghatározott számú kliensnek.

3. ábra. Szubsztitúciós kezelésben részt vevők száma szubsztitúciós szer és év szerinti bontásban, valamint az összesített havi kliensszám éves átlaga⁴⁰ 2007-2010 (fő)



Forrás: Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia

On-line önsegítő program problémás kannabisz-használók számára

2010. júniusában elindult az első magyar nyelvű on-line önsegítő program⁴¹, mely interneten elérhető terápiás lehetőséget kínál problémás kannabisz-használók számára⁴². A Kék Pont Alapítvány által kialakított 4 hetes, önsegítő módszerre épülő anonim program elsődleges célja, hogy a hagyományos orvosi ellátást nem kérő fogyasztók képesek legyenek csökkenteni kannabisz-használatukat, vagy teljesen felhagyni vele. A programban a kliens maga tűzi ki a célokat, és a weboldal folyamatos visszajelzésekkel és személyre szabott „házi feladatokkal” támogatja őt azok elérésében. Amennyiben igény van rá a szerhasználó részéről, úgy a Kék Pont budapesti ambulanciáin lehetőség van személyes konzultációra is.

5.3. A KEZELT BETEGEK JELLEMZŐI

A kezelési igény indikátor (TDI) alapján

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

2010-ben kábítószer-használatból eredő probléma miatt kezelést kezdő klienst összesen 82 kezelőhely jelentett. Az év során összesen 4543 fő kezdte meg kezelését hazai egészségügyi vagy szociális ellátónál, közülük 3042 fő (67%) életében először lépett kezelésbe kábítószer-probléma miatt.

A 4543 kliens 78%-át (3525 főt) járóbeteg-ellátók jelentették, 5%-át (228 főt) fekvőbeteg-ellátók. Az összes eset 3%-a (141 fő) büntetés-végrehajtás intézeteiben került ellátásra, 14%-a (649 fő) pedig alacsonyküszöbű intézményeknél. A járóbeteg-ellátók esetszámának csökkenésében és ezzel párhuzamosan az alacsonyküszöbű szolgáltatók által jelentett esetek számának növekedésében az játszható elsősorban szerepet, hogy az ún. megelőző-felvilágosító szolgáltatók egy része tévesen nem járóbeteg-ellátónak, hanem

⁴⁰ A havi átlag kliensszámmra vonatkozó 2007-es érték kizárólag a metadon kezelésben résztvevőket tartalmazza.

⁴¹ A weboldal kifejlesztéséhez a Jellinek Alapítvány által működtetett knowcannabis.org.uk oldalt vették alapul.

⁴² Forrás: http://kekpont.blog.hu/2010/06/02/title_1561746 (2011.06.06.)

alacsonyküszöbű szolgáltatónak definiálta magát, és ezen esetek, az előző évvel szemben ebben az évben nem lettek korrigálva.

Az összes kezelést megkezdő körében (beleértve a nem elterelteket és az elterelteket is) a leggyakrabban jelentett elsődleges szer a kannabisz volt (3229 fő, 71%), a következő két leggyakoribb szertípus a stimulánsok (570 fő, 12,5%), és az opiátok (384 fő, 8,5%) voltak.

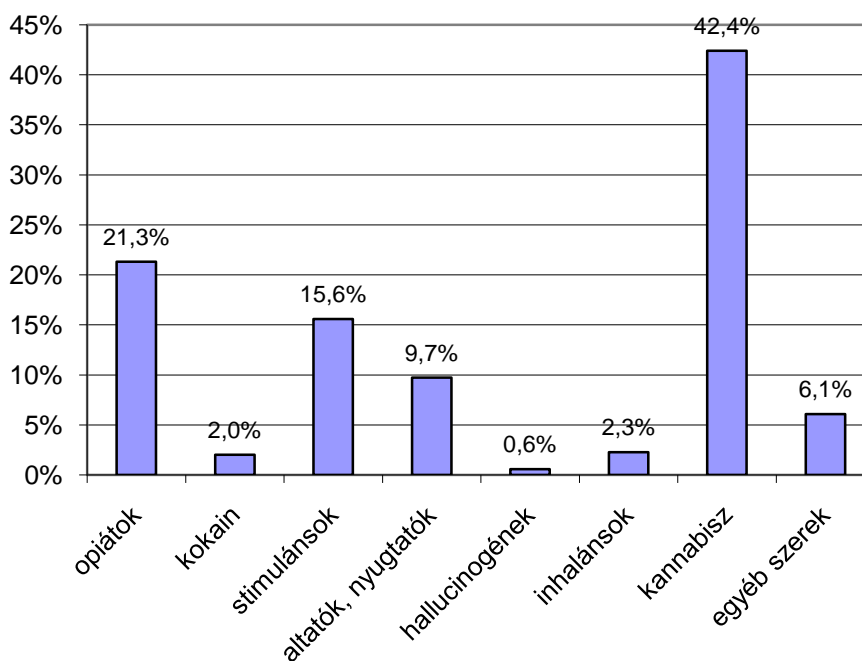
Nem elterelés révén kezelésbe lépő kliensek

2010-ben 54 szolgáltató jelentett összesen 1233 olyan klienst (958 férfi és 267 nő, 8 esetben nem jelezték a kliens nemét), aki nem elterelés, vagyis nem a büntető eljárás elkerülése miatt lépett kezelésbe. A megelőző évekhez képest ez érzékelhető növekedést mutat, 2009-ben 1054 főt, 2008-ban 1032 főt jelentettek a szolgáltatók.

A kezelést megkezdők közül 573 fő már állt korábban kezelés alatt kábítószer-fogyasztással kapcsolatos probléma miatt, 506 fő életében először jelentkezett kezelésbe (154 fő – 12% – esetében nem ismert a korábbi kezelés megléte).

A 2010-ben kezelésbe lépőket elsődleges szer szerint vizsgálva tapasztalhatunk néhány lényeges változást a 2009-es évhez viszonyítva. Az első szembetűnő változás a kannabisz-használók arányának 9 százalékpontos növekedése: a 2009-ben mért 33%-ról 42%-ra nőtt arányuk az összes (nem elterelt) kezelésbe lépő körében (348 főről 523 főre). Ugyancsak változott az opiát-használat miatt kezelést keresők aránya (és száma), mely 32%-ról 21%-ra csökkent. E változás oka – megítélésünk szerint – nem az egészségügyi ellátórendszerben keresendő, hanem az új, szabályozatlan anyagok megjelenésében valamint a heroin hozzáférhetőségének lecsökkenésében. A stimuláns használók számának és arányának növekedése az egyik legmarkánsabb változás 2010-ben: az összes kezeltre vetített arányuk 11%-ról 16%-ra nőtt (számuk 113-ról 192 főre emelkedett). Az altatók, nyugtatók használata miatt kezelést kezdők arányában kismértékű, 3 százalékpontos csökkenést figyelhetünk meg, míg a kokain esetében nem történt érdemi változás.

4. ábra. *Elsődleges szer az összes (nem elterelt) kezelésbe lépő körében 2010-ben (%) (N=1233)*

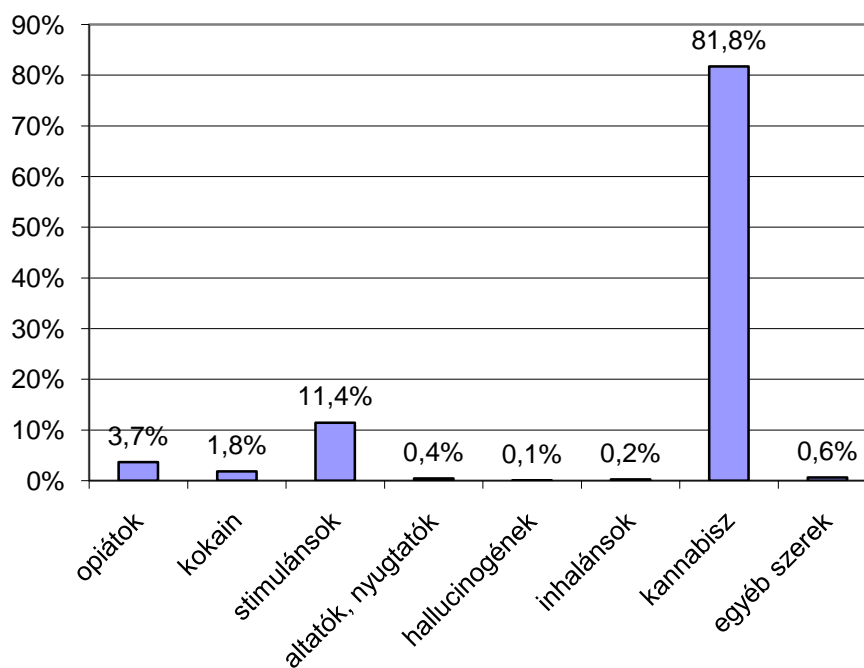


Forrás: OAC 2011a

Elterelés révén kezelésbe lépő kliensek

2010-ben 3310 fő kezdte meg az elterelést. Számuk nem mutat lényegi eltérést a 2009-es adatokhoz viszonyítva (2009: 3263 fő). Az elterelést kezdők szermegoszlási struktúráját vizsgálva sem figyelhető meg érdemi változás 2009 és 2010 között: a kannabisz- (82%), a stimuláns- (11%) és az opiát-fogyasztók (4%) aránya lényegében változatlan maradt. Vagyis az eltereltek esetében nem észlelhetők az egyéb indokból kezelést keresők (nem eltereltek) körében megfigyelt elmozdulások.

5. ábra. Elsődleges szer az összes kezelésbe lépő elterelt körében 2010-ben (%) (N=3310)



Forrás: OAC 2011a

Az egyes szerfogyasztó csoportok jellemzése⁴³

Opiát-fogyasztók

2010-ben 384 opiát-fogyasztót jelentettek a szolgáltatók a TDI adatgyűjtési rendszerbe. 263 fő (68%) volt közülük nem elterelt és 121 fő (32%) valamely elterelési program keretében került ellátásba. 77 fő (20%) életében először lépett kezelésbe.

Szociodemográfiai összetételüket tekintve az opiát-használat miatt kezelést kezdők háromnegyede továbbra is férfi volt (299 fő, 78%). A kezelték az idősebb korcsoportokból kerültek ki, a három legnagyobb létszámú korcsoport a 25-29 (27%), 30-34 (26%) és a 35-39 év közöttiek (20%) csoportja volt.

Az első szerhasználat időpontja legtöbbször esetében 15-19 (41%) illetve 20-24 éves koruk közé (33%) esett. Az opiát-típusú szerek között a vezető szer a heroin, 89%-uk (342 fő) heroin-használó volt, további 7% (27 fő) esetében egyéb opiát-származék volt a kezelésbe lépés oka (ez lehet opiát-tartalmú gyógyszer visszaélészerű használata vagy mákból készített főzet), míg a metadon visszaélészerű használata miatt 4%-uk (15 fő) lépett kezelésbe.

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.

Az opiát-fogyasztók 58%-a (224 fő) rendszeres szerhasználó, azaz naponta vagy hetente többször fogyaszt valamilyen opiátot. Ehhez hasonló, 56%, a rendszeres használók aránya az első alkalommal kezelésbe lépők körében is.

Az opiát-fogyasztók 67%-a intravénás szerhasználó. Fontos megjegyezni, hogy az életükben első alkalommal kezelésbe lépők körében ennél alacsonyabb, 53% az intravénás használók aránya, ugyanakkor az anyagot füstölőké („fóliázóké”) 27% – több mint kétszerese az összes opiát-fogyasztó esetében megfigyelhető arálynak (12%). Ez a jelenség kezdeti jele lehet egy olyan tendenciának, amely számos nyugat-európai országban is megfigyelhető, és az opiát-használat nem-intravénás használati módjának a terjedését jelenheti.

Az opiát-használók esetében a leggyakoribb másodlagos szer⁴⁴ valamilyen stimuláns (döntően amfetamin) 112 említéssel (29%), a második leggyakoribb másodlagos szer a kannabisz 111 említéssel (29%).

Kokain-fogyasztók

2010 során összesen 86 kokain-használót (79 kokain- és 7 crack-használót) jelentettek a szolgáltatók, közülük 62-en (72%) először léptek kezelésbe. A kokain-használók közül 25 fő (30%) lépett „önként” kezelésbe, míg 61 fő valamely elterelési program keretében (70%).

72 férfi és 12 nő kezdett kokain-típusú szer miatt kezelést. A kokain-használó kliensek a 30-34 éves (30%), illetve a 35-39 éves korcsoportba (24%) tartoztak jellemzően.

Az első kokain-használat jellemzően 20-24 (28%), ill. 25-29 éves korban (23%) történt meg körükben. Szerfogyasztásuk intenzitására jellemző, hogy 22% (19 fő) tekinthető rendszeres, heti többszöri vagy napi szerhasználónak, míg a kokain-fogyasztás miatt kezelésbe lépők kétharmada (64%) alkalmi fogyasztó. Fontos megjegyezni, hogy a nem elterelés révén kezelést kezdők körében jóval magasabb az intenzív fogyasztók aránya (52%). A kokain-fogyasztók körében is észlelhető az intravénás használat, összesen 7 fő (8%) esetében jelentették a szolgáltatók ezt a beviteli módot.

A kokain-fogyasztás miatt kezelést kezdők körében a leggyakrabban említett másodlagos szerek a stimulánsok 27 említéssel (31%), és a kannabisz 18 említéssel (21%).

Stimuláns-fogyasztók

A stimuláns-fogyasztás miatt kezelésbe lépők számának növekedése (2009: 484 fő, 2010: 570 fő) az egyik leginkább figyelemre méltó változás 2010-ben. 34%-uk (192 fő) kezdett kezelést „önként”, és 66%-uk (378 fő) valamely elterelési programban. A növekedés elsősorban a nem eltereltek számának növekedéséből adódik, a 2009-es 113 helyett 2010-ben 192 fő jelentkezett kezelésbe. Az eltereltek száma lényegében nem változott (2009: 371 fő, 2010: 378 fő).

A stimuláns-fogyasztás miatt kezelésbe lépők 63%-a (163 fő) első alkalommal lépett kezelésbe.

A kezelésbe lépő stimuláns-használók nagy része (79%, 452 fő) férfi volt. A stimuláns-fogyasztás miatt kezelésbe kerülő populáció fiatalabb, mint az opiát- vagy kokain-használat miatt kezelésbe lépők, legtöbbjük a 20-24 éves (29%) és a 25-29 éves (27%) korosztályba tartozott.

A stimuláns-használók körében a vezető szer az amfetamin volt 2010-ben, 481 esetben emiatt kezdődött kezelés, 49 esetben MDMA vagy származéka miatt, és további 40 esetben egyéb stimuláns, feltehetőleg mefedron vagy egyéb katinon-származékok, esetleg metamfetamin használata következtében. Fontos jelezni, hogy az elterelés miatt kezelést kezdő stimuláns-használók körében jóval alacsonyabb az elsődlegesen „egyéb stimuláns”

⁴⁴ A 2010-ben kezelésbe lépők esetében nincs információ a másodlagos szerként nikotint fogyasztók számáról.

fogyasztók aránya (4%), mint az „önként” kezelésbe lépő stimuláns-fogyasztók körében (13%). Ennek lehet az is az indoka, hogy 2010-ben a mepredon nem volt tiltólistán, tehát az ilyen szerrel való visszaélés nem vont maga után büntetőeljárást, vagyis az eltereltek körében ez a szer kisebb valószínűséggel jelent meg.

A legtöbb kliens esetében (47%) 15-19 éves kor közé tehető az első stimuláns-használat.

A szerfogyasztás gyakorisága tekintetében megállapítható, hogy a stimuláns-használat miatt kezelést kezdők 28%-a tekinthető rendszeres szerhasználónak (napi vagy heti többszöri), míg a szerhasználók fele (51%) alkalmi fogyasztó.

Az összesen 570 fő, stimuláns-használat miatt kezelésbe lépő kliens közül 97-nél (17%) jeleztek a szolgáltatók intravénás szerhasználatot, közülük 86-nak amfetamin volt az elsődleges szere, 11 esetben az „egyéb stimuláns” kategóriába sorolták az elsődleges szert. Ez lehetett mepredon (több szolgáltató jelezte, hogy növekvő problémát jelent az intravénás mepredon-fogyasztás), esetlegesen metamfetamin, de érkezett jelzés MDPV, 4-MEC, MPPP intravénás használatáról is (további részletekért lásd a Nemzeti Drog Fókuszpont kutatását a 4.3. fejezetben).

A stimulánsokat használók körében leggyakrabban említett másodlagos szer a kannabisz 216 említéssel (38%), ezt követi az alkohol problémás fogyasztása 99 említéssel (17%).

Kannabisz-fogyasztók

2010-ben 3229 fő lépett kezelésbe kannabisz-fogyasztás miatt, közülük 523 fő önként és 2706 elterelés révén. A megelőző évhez képest a kannabisz-fogyasztás miatt kezelést kezdők száma növekedett (2009: 3013), a növekedés elsősorban a nem-eltereltek számának növekedéséből adódik – számuk másfélszeresére, a 2009-es 348 főről 523-ra nőtt. A kannabisz-fogyasztás miatt kezelést kezdők közül 2442 fő (76%) életében először kezdett kezelést kábítószer-problémája miatt.

A kannabisz miatt kezelést kezdők 90%-a férfi (2920 fő).

Az összes kezelésbe lépő (amely csoporton belül értelemszerűen az eltereltek dominálnak) 37%-a 20-24 év közötti, 25%-a 15-19 év közötti, és a 25-29 év közöttiek alkotják a harmadik legnépesebb csoportot 22%-kal.

A szerhasználat megkezdése 15-19 éves korban jellemző (61%).

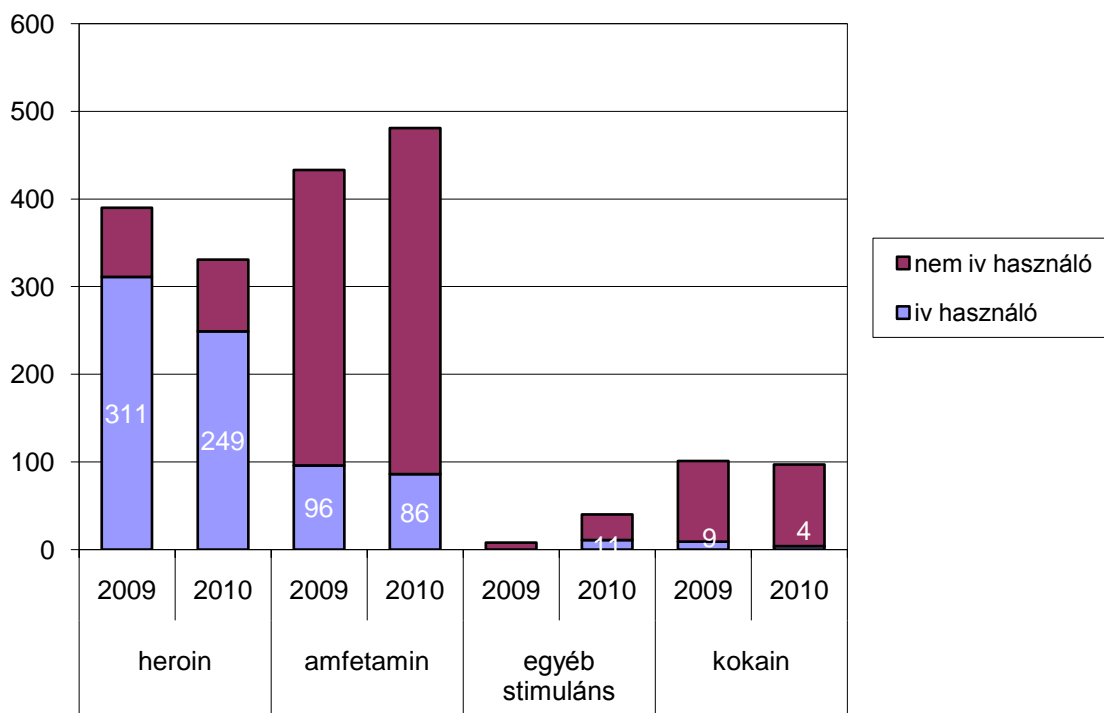
A kannabisz-fogyasztás miatt kezelésbe kerülők szerfogyasztás gyakoriságát tekintve 21% mondható rendszeres (napi vagy heti többszöri) szerfogyasztónak, a nem-elterelt csoportban ez az arány 38%.

A másodlagos szerek között a leggyakrabban említett a stimuláns-csoport 681 említéssel (21%), melyből a legtöbbször az amfetamint említik. Ehhez hasonló gyakoriságot az alkohol említése mutat – 524 említéssel (16%). Összevetve az elsődlegesen opiátot, stimulánsokat vagy kokaint fogyasztókkal lényegesen alacsonyabb a másodlagos szereket fogyasztók aránya.

Intravénás fogyasztók

A kezelést kezdő intravénás-fogyasztók aránya csökkent minden szertípuson belül, kivéve az „egyéb stimulánsokat”. Ez utóbbi csoport esetében 2009-ben a szolgáltatók által jelentett 0 esethez képest 2010-ben 11 olyan kliens került ellátásba, aki intravénás fogyasztásról számolt be (az egyéb stimulánsokat fogyasztók 28%-a).

6. ábra. Intravénás (iv) és nem intravénás (nem iv) fogyasztók megoszlása szertípusok és év szerinti bontásban 2009-2010 (fő)



Forrás: OAC 2011a

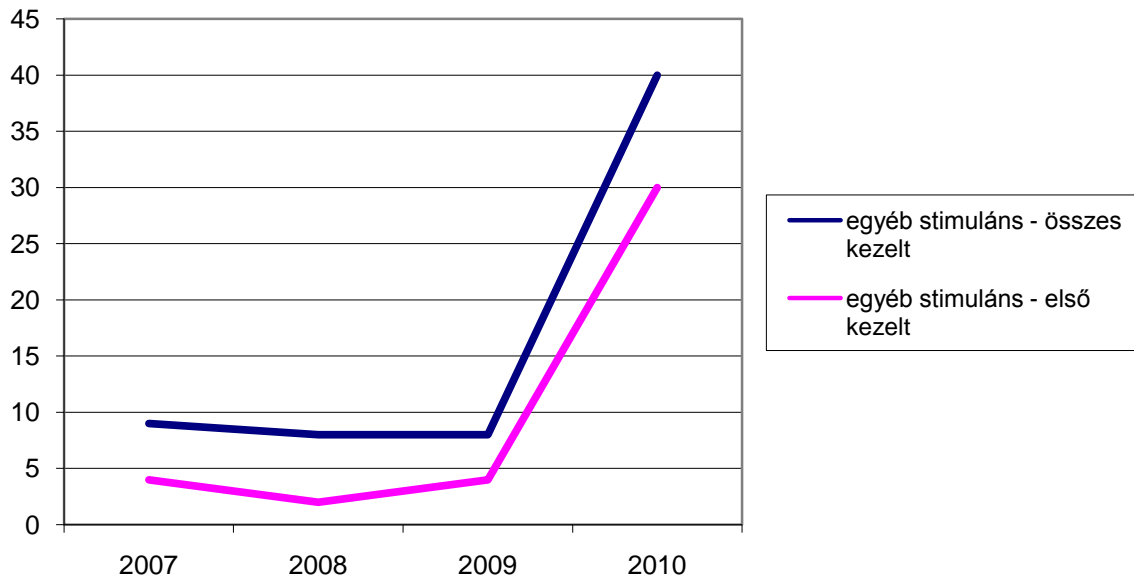
5.4. TENDENCIÁK A KEZELT BETEGEK KÖRÉBEN

A TDI adatok alapján

A összes, és az elsőként kezelést kezdők adatait vizsgálva⁴⁵, az utóbbi évekhez viszonyítva, 2010-ben emelkedés figyelhető meg az elsődlegesen „egyéb stimulánst” fogyasztók számában. A pontos szerre részben a Nemzeti Drog Fókuszpont által végzett vizsgálatból (lásd 4.3. fejezet), részben az ellátó intézményektől az év során beérkezett információkra alapozva következtethetünk. Ezek alapján feltételezhető, hogy elsősorban a mefedron, másodsorban egyéb katinon-származékok (pl. MDPV, 4-MEC) fogyasztása kapcsán jelentkeztek kezelési igénnyel a szerhasználók.

⁴⁵ Az adatok a TDI adatgyűjtésből származnak.

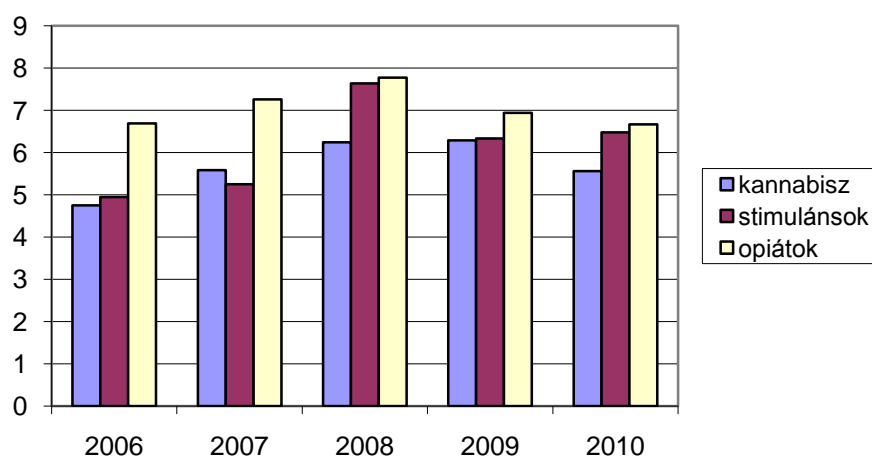
7. ábra. Elsődleges szerként „egyéb stimulánsokat” fogyasztók száma az összes és első kezelésbe lépő körében 2007-2010 között (fő)



Forrás: OAI, OAC

A szerhasználat megkezdése és a kezelésbe lépés között eltelt időt – vagyis a látencia periódust – az elsőként és önkéntesen (vagyis nem elterelés révén) kezelésbe lépők körében vizsgáltuk. A leghosszabb idő a kezelésbe vételig továbbra az opiát-használóknál volt megfigyelhető, és a három vizsgált szertípus közül a kannabisz esetében a legrövidebb. Az egyes szertípusokat tekintve azonban különböző elmozdulásokat figyelhettünk meg. A kannabisz-használók körében a korábbi években tapasztalt növekvő tendencia 2010-ben megfordulni látszott, vagyis a látencia periódus mérséklődése volt megfigyelhető (a 2009-ben mért átlagos 6,3 évről 5,6 évre). Az opiát-használók esetében minimális csökkenés (2009: 6,9 évről; 2010: 6,7 évre), a stimuláns-használók esetében pedig minimális növekedés (2009: 6,3 évről; 2010: 6,5 évre) volt látható.

8. ábra. Átlagos látencia periódus az egyes szertípusok esetében 2006–2010 között (év)



Forrás: OAC 2011a

Következtetések

Habár a szociális és egészségügyi tárca 2010-ben azonos minisztérium alá került, az egészségügyi és szociális ellátás szervezése, finanszírozása és minőségbiztosítása továbbra is elkülönülve történik. Az addiktológiai és pszichiátriai járóbeteg ellátást érintő ún. gondozói finanszírozás átalakítása 2010-ben új irányt vett, a végleges finanszírozási modell elkészítése 2011-re várható.

A buprenorfin-naloxon kezelést egyre nagyobb számban veszik igénybe opiát-függő kliensek, azonban a növekedést nem a finanszírozott kapacitás kisértése, hanem a gyógyszer saját költségükre kiváltók számának emelkedése okozza.

A kezelésbe nem elterelés révén kerülő kliensekről összegezve elmondható, hogy markánsan nőtt a kannabisz- és a stimuláns-használat miatt kezelést kezdők száma és aránya, nem változott a kokain-használat miatti kezelések száma, jelentősen csökkent viszont az opiát-használat miatt kezelést kezdeményezők száma és aránya. Feltehetően a katinon-származékok, azon belül is elsősorban a mefedron elterjedésének köszönhető az „egyéb stimulánsokat” fogyasztók arányának az emelkedése, különösen az első alkalommal kezelésbe lépők körében.

Az elterelés révén kezelést kezdők száma és belső szermegoszlási struktúrája azonban nem változott 2009-ről 2010-re, vagyis a nem eltereltek körében észlelhető változások nem figyelhetőek meg az elterelésbe lépők között.

6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI⁴⁶

Háttér, előzmények

2010-re 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. 2011).

2010-ben nem valósult meg a 2006 óta évenként végzett országos HIV, HBV, HCV prevalencia vizsgálat az intravénás szerhasználók körében⁴⁷, azonban 2010 áprilisától kezdődően lehetőség nyílt az Országos Epidemiológiai Központ koordinálásában arra, hogy a programba jelentkező tűcsere programok és drogambulanciák egész évben folyamatosan felajánlják a HIV, HBV, HCV szűrővizsgálat lehetőségét intravénás kábítószer-fogyasztó klienseiknek. A projektet az Egészségügyi Minisztérium finanszírozta. Így 2010-re vonatkozóan ebből a programból származó adatok alapján kerül bemutatásra a HIV, HBV, HCV előfordulási gyakorisága az intravénás kábítószer-fogyasztók körében. (Dudás et al. 2011)

6.1. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

Bejelentett HIV/ AIDS, HBV, HCV esetek

HIV/AIDS

2010-ben Magyarországon összesen 182 újonnan diagnosztizált HIV-pozitív esetet jelentettek be, az incidencia 18 eset/1 millió lakos értéknek felelt meg. A regisztrált HIV-fertőzöttek közel négyötödénél volt ismert a fertőződés módja. Az ismert rizikócsoporthoz tartozó HIV-fertőzöttek és AIDS betegek közül egy személy sem tartozott az intravénás kábítószer-használók rizikócsoportjába. (Csohán et al. 2011)

11. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoporthoz szerinti megoszlása 2006-2010 között (fő)

	2006	2007	2008	2009	2010
Homo/biszexuális	39	62	93	87	124
Heteroszexuális	14	15	17	23	19
Hemofília	0	0	0	0	0
Transzfúziós recipiens	0	1*	0	0	0
Intravénás kábítószer-fogyasztó	0	3*	2	0	0
Nosocomiális	0	1*	0	0	0
Maternalis	0	2	0	2	0
Ismeretlen	28	35	33	28	39
Összesen	81	119	145	140	182

* Importált esetek

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2011)

⁴⁶ A fejezet szerzői: Dudás Mária, Horváth Gergely Csaba, Tarján Anna

⁴⁷ 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 2010. év végére tervezett országos prevalencia vizsgálat 2011. év elejére csúszott át, melynek adatai a következő Éves Jelentésben kerülnek bemutatásra.

Akut hepatitis B

2010-ben 59 akut hepatitis B megbetegedést jelentettek be, 10%-kal kevesebbet, mint az elmúlt évben. Az incidencia 0,6‰ volt. 24 főnél volt ismert a fertőződés módja, közülük 2 fő (8,3%) – egy 25-34 év közötti és egy 34 évnél idősebb férfi – tartozott az intravénás kábítószer-fogyasztók rizikócsoportjába. (Csohán et al. 2011)

Akut hepatitis C

Míg 2009-ben 31-et, addig 2010-ben 10 heveny hepatitis C megbetegedést jelentettek, az incidencia 0,1‰-nak bizonyult. A 10 beteg közül nyolcnál volt ismert a fertőződés módja, közülük 1 fő (12,5%), egy 25 évnél fiatalabb férfi fertőződött intravénás kábítószer-használat révén. (Csohán et al. 2011)

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

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

Az Országos Epidemiológiai Központ koordinálásában 2010 áprilisától kezdődően 10 szervezet egész évben folyamatosan felajánlotta a HIV, HBV, HCV szűrővizsgálatok lehetőségét a klienseinek (Dudás et al. 2011), akik önkéntesen, motivációs díj nélkül jelentkeztek a mintavételre⁴⁸ (további részleteket lásd: 7.2. fejezet). A vizsgálatba olyan személyek kerültek, akik a 2010. év során megjelentek az intézmények valamelyikében, intravénás kábítószer-fogyasztónak vallották magukat, vagy emlékeztek arra, hogy valaha intravénásan szert használtak és egy évnél régebben vettek részt HIV, HBV vagy HCV szűrővizsgálaton. A vizsgálatban Budapesten négy tűcsere program és egy drogambulancia, vidéken három drogambulancia⁴⁹, és két tűcsere program vett részt 2010 év végéig, a szervezetek munkatársai összesen 312 intravénás kábítószer-használótól vettek vérmintát.

HIV vírus esetében az összes vérminta⁵⁰ negatívnak bizonyult. Egy főt találtak hepatitis B vírus fertőzöttnek (0,3%), aki azonban egyidejűleg anti-HCV negatívnak bizonyult. 66 kliens mintája HCV ellenanyag pozitív volt (21,4%).⁵¹

A minta 59,7%-a aktív intravénás szerhasználó volt (4 héten belül injektált utoljára), 20%-a 4 hétnél régebben de egy éven belül, míg 20,4% 1 évnél régebben injektált utoljára.

A mintában 221 fő (70,8%) volt férfi és 91 fő (29,2%) volt nő. A három korcsoport közül a 25-34 év közötti korcsoportba tartozott a mintát szolgáltatók több mint fele (162 fő, 51,9%), a 34 év feletiek adták a vizsgálatban résztvevők egynegyedét (80 fő), és a 25 évnél fiatalabbak alkották a legkisebb csoportot 70 fővel (22,4%).

Csak a HCV prevalencia értékeit vizsgálva tovább, a férfiak és a nők fertőzöttségi arányában (19% és 27%) az eltérés nem szignifikáns. A hepatitis C prevalenciája a 25-34 év közötti korcsoportban a legmagasabb (23,5%), a fiatal (25 év alatti) intravénás szerhasználók 16,4%-a fertőzött. A 25-34 év közötti, és a 34 évnél idősebb nők HCV prevalencia értékei meghaladják az átlagos prevalencia értéket, azonban az eltérés nem szignifikáns. (A női intravénás szerhasználók számára létrehozott speciális programot lásd: 7.2. fejezet.) A 25 év alatti intravénás kábítószer-fogyasztók esetében a férfiak körében magasabb a prevalencia, mint a nőknél, de az átlagos prevalencia alatt marad mindkét érték.

⁴⁸ 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).

⁴⁹ Mind a 3 drogambulancia tűcsere szolgáltatást is nyújt.

⁵⁰ Egy kétes eredmény született, amelyet kizártak a statisztikai feldolgozásból, így HIV esetében 311 vérminta került bele a statisztikai feldolgozásba.

⁵¹ Kétes eredményt három személy esetében kaptak, amelyeket kizártak a statisztikai feldolgozásból, így HCV esetében 309 vérminta került bele a statisztikai feldolgozásba.

12. táblázat. Az intravénás kábítószer-fogyasztók HIV, HBV, HCV fertőzöttsége nem és korcsoport szerinti bontásban, 2010-ben

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	50	0	51	0	0	50	10	20
	nő	19	0	19	0	0	17	1	5,8
	férfi+nő	69	0	70	0	0	67	11	16,4
25-34 év	férfi	116	0	116	1	0,9	116	23	19,8
	nő	46	0	46	0	0	46	15	32,6
	férfi+nő	162	0	162	1	0,6	162	38	23,5
> 34 év	férfi	54	0	54	0	0	54	9	16,6
	nő	26	0	26	0	0	26	8	30,7
	férfi+nő	80	0	80	0	0	80	17	21,3
Összesen	férfi	220	0	221	1	0,5	220	42	19
	nő	91	0	91	0	0	89	24	27
	férfi+nő	311	0	312	1	0,3	309	66	21,4

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2011)

Az intravénás szerhasználat kezdete szerint azon intravénás kábítószer-fogyasztók csoportjában, akiknél az első injekció 10 évnél régebben történt a szerhasználók 29,5%-a, az 5-9 éve injekcióknál a kliensek 22,2%-a volt HCV fertőzött. A 2-4 éve intravénás szerhasználók fertőzöttségének aránya 18,4% volt, az új (kevesebb mint 2 éve) injekcióknál csak öten (12,2%) fertőződtek a vírussal.

Míg az elsődlegesen opiát-származékokat injekciók 25,3%-a, addig a nem opiát-származékokat injekciók⁵² 15,6%-a fertőződött hepatitis C vírussal, a különbség szignifikáns.

Területi felosztás szerint a fővárosból érkezett 211 mintából 55 bizonyult hepatitis C pozitívnak, ami 26%-os átfertőzöttséget jelent. Ezzel szemben a vidékről érkezett minták 11,2%-ánál diagnosztizáltak hepatitis C pozitívást (11 fő). A különbség szignifikáns. Vidéken Szegeden volt a legmagasabb az átfertőzöttség, ahol a beérkezett minták 22,8%-a bizonyult hepatitis C pozitívnak, Pécsen a minták 7,7%-ánál, Debrecenben 6,3%-ánál találtak HCV ellenanyagot. A HBsAg pozitív személy Budapestre került kiszűrésre.

⁵² A elsődlegesen nem opiát származékokat injekciók 75%-a (93 fő) elsődlegesen amfetamint, 6%-a kokaint használt. Az esetek 19%-ban egyéb kábítószer típusú injekciókat elsődlegesen.

13. táblázat. HBV és HCV jelenlétére vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók száma, a fertőzöttek száma és aránya területenként, 2010-ben

Terület/város	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	N	közül pozitív		N	közül pozitív	
		N	%		N	%
Budapest	214	1	0,5	211	55	26
Szeged	35	0	0	35	8	22,8
Pécs	26	0	0	26	2	7,7
Miskolc	19	0	0	19	0	0
Szekszárd	2	0	0	2	0	0
Debrecen	16	0	0	16	1	6,3
Vidék összesen	98	0	0	98	11	11,2
Összesen	312	1	0,3	309	66	21,4

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2011)

Fertőző betegségek a büntetés-végrehajtási intézetekben⁵³

2010-ben immár 22 bv. intézetben folytatódott a vírusfertőzések megelőzésére irányuló felvilágosító és szűrő-gondozó program⁵⁴. 2010-től kezdődően a vérminták vizsgálatát hepatitis C és B vírusra az Országos Epidemiológiai Központ helyett a Szent László Kórházban működő laboratórium végzi.

2010-ben összesen 3457 fő, az átlag fogvatartotti létszám (16 328 fő) 21,2%-a vett részt a szűrésben, 116 fő (3,4%) volt közülük HCV ellenanyag pozitív. A hepatitis B fertőzöttséget szintén 3457 fogvatartott esetében vizsgálták, közülük 48 fő (1,4 %) esetében mutattak ki HBsAg pozitivitást. HIV szűrést 2010-ben csak az átlag fogvatartotti létszám 8%-ánál, 1357 fogvatartott esetében végeztek, közülük 3 fő (0,2%) mintája bizonyult verifikáltan pozitívnek. 2007-2009 között az Országos Epidemiológiai Központ végezte a HCV szűrőprogram miatt beérkezett vérminták HIV vírusra való vizsgálatát is, azonban 2010-től nem hozzájuk érkeznek a vérminták, ezért csökkent a HIV szűrések száma.

14. táblázat. A büntetés-végrehajtási intézetekben elvégzett HIV szűrések és a kiszűrt pozitív esetek száma 2001-2010 között

év	szűrésen részt vettek száma	pozitívak száma	incidencia (%)
2001	15936	7	0,04
2002	15537	3	0,02
2003*	2773	2	0,07
2004	2921	3	0,10
2005	2294	0	0
2006	943	1	0,11
2007	2992	0	0
2008	3367	2	0,06
2009	3806	3	0,08
2010	1357	3	0,2

* 2003-tól az önkéntesség elve szerint
Forrás: BVOP 2011

A börtönökben a HIV, illetve a hepatitis B fertőzöttség mértéke továbbra is nagyon alacsony. A hepatitis C fertőzöttség prevalencia értéke szintén alacsony, azonban enyhén emelkedett az általános populációban megfigyelthez (1%) képest (Tresó et al. 2011). Az eddigi

⁵³ A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága jelentése alapján.

⁵⁴ Előzményeket lásd a 2008-as Éves Jelentés 6.2. fejezetében.

kutatások (lásd 2010-es és 2009-es Éves Jelentés 6.1. fejezet) és elemzés (Tresó et al. 2011), azt mutatták, hogy a vizsgálatban mért HCV prevalencia a szűrésre jelentkező, korábban intravénásan kábítószerrel fogyasztó fogvatartottak fertőzöttsége miatt mutat emelkedettebb értéket. A 2010-es szűrőprogram során 8 bv. intézetben nyílt lehetőség a szűrésben részt vevő fogvatartottak esetleges kábítószer-fogyasztói/ intravénás kábítószer-fogyasztói múltjának és egyéb kockázati magatartásainak lekérdezésére, a kérdőívet 1135 fogvatartott töltötte ki. A kérdezés módszertana az előző évi gyakorlattal megegyezően történt⁵⁵, azonban a kérdőívek adatai ezidáig a vérminták vizsgálatát végző új laboratórium adatszolgáltatása hiányában nem voltak összekapcsolhatóak a HCV szerológiai eredményekkel.

A fogvatartottak körében mért TBC fertőzések adatait lásd alább ebben a fejezetben.

A fertőzött fogvatartottak kezeléséről szóló információ a 11. fejezetben olvasható.

TBC és kábítószer-használat

A pulmonológiai intézmények adatai szerint (Strausz 2011), az 1811 új TBC-s beteg körében összesen 656 főnél vált ismertté valamilyen rizikócsoporthoz, közülük legtöbben alkoholfüggők (311 fő, 47,4%) és hajléktalanok (200 fő, 35,4%) voltak. 6 fő (0,9%) új TBC-s beteg tartozott a kábítószer-fogyasztók rizikócsoportjába. 1 új TBC-s beteg (0,2%) HIV-vel társfertőzött volt. A büntetés-végrehajtási intézetekben 17 036 fogvatartott esetében történt tüdőszűrés 2010-ben, közülük 16 fő új TBC-s beteget szűrtek ki a vizsgálatok során⁵⁶.

Kockázati magatartások

A drogambulanciákon és tűcsere programokban végzett vizsgálat adatai

Az EMCDDA útmutatója és standard táblája⁵⁷ alapján 2010-ben az Országos Epidemiológiai Központ által koordinált HIV/HBV/HCV szűrővizsgálathoz (Dudás et. al 2011, 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 (312 fő) kétharmadánál (207 fő) már történt HIV szűrővizsgálat a múltban. Azon személyek, akiknél történt ilyen jellegű vizsgálat, több mint 90%-a tudta, hogy negatív a szerostátusza HIV-re nézve.⁵⁸

A válaszadók 60%-a (191 fő) volt már HCV szűrővizsgálaton élete folyamán. A szűrővizsgálaton részt vett kliensek háromnegyede negatívnak, 15%-a pozitívnak vallotta magát HCV-re nézve. 14 fő nem emlékezett az eredményre, 6 fő nem válaszolt erre a kérdésre. A magukat HCV pozitívnak vallók közül (29 fő) 24-en bizonyultak pozitívnak a 2010. évi szűrővizsgálat során, azonban a magukat HCV negatívnak vallók közül is 20 személy HCV ellenanyag pozitív lett. Azok közül, akiknél nem volt információ, 8 fő lett pozitív.

Az aktív⁵⁹ injektlók 30,6%-a (52 fő) osztotta meg az elmúlt 4 hétben a tűt/fecskendőt, 43,3%-a (74 fő) az injektló segédeszközöket. Bár magasabb a HCV prevalencia a tűt/fecskendőt megosztók, illetve injektló segédeszközöket megosztók körében, a fertőzöttségi arányok közötti különbség nem szignifikáns a fecskendőt/eszközt megosztók és nem megosztók között.

⁵⁵ Lásd: 2009-es Éves Jelentés 6.1. fejezet.

⁵⁶ A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának információja alapján.

⁵⁷ Protocol for the implementation of the EMCDDA key indicator: Drug-related infectious diseases (DRID), draft version 6 October 2006, Project CT.04.P1.337 és a 9. Standard tábla 3. része

⁵⁸ 5 fő nem válaszolt, 10 fő pedig nem emlékezett a HIV szűrővizsgálat eredményére.

⁵⁹ Az elmúlt 4 hétben legalább egyszer injektlók

15. táblázat. Az aktív intravénás szerhasználók HCV fertőzöttség szerinti megoszlása a tűt/fecskendő illetve egyéb injektáló segédeszköz megosztás szerinti bontásban

Tű és/vagy fecskendő megosztása	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek			Injektáló segédeszköz megosztása	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	közül pozitív				közül pozitív		
	N	N	%		N	N	%
megosztotta	52	15	28,8	megosztotta	74	22	29,7
nem osztotta meg	118	29	24,6	nem osztotta meg	97	22	22,7
Összesen:	170	44	25,9	Összesen:	171	44	25,7

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2010), Nemzeti Drog Fókuszpont

Az elmúlt 4 hétben a szűrésen részt vett kliensek 42%-a nem injektált, 15%-a heti gyakorisággal, 16%-uk hetente többször (2-6 alkalom), 10% naponta, míg 17% naponta többször. Az aktív - elmúlt 4 hétben is - injektáló szerhasználók átlagosan 2,08-szor (terjedelem: 0-10; SD: 1,88) használták újra az utolsó eldobott fecskendőjüket, 13%-uk kapott használt fecskendőt 2 vagy annál több személytől. Az elmúlt négy hétben az összes mintát szolgáltató kliens 62%-a (196 fő) élt szexuális életet, közülük 70% (139 fő) nem használt óvszert az utolsó szexuális együttlétnél. A szexuális életet élők közül 9 személy (4,6%) nyújtott szexuális szolgáltatást pénzért vagy kábítószerért cserébe az elmúlt 4 hétben.

A minta 12,5%-a (39 fő) az utóbbi egy évben élt egy hétnél tovább hajléktalan szállón vagy az utcán stabil lakhely nélkül. A minta 30%-a (91 fő) volt már valaha börtönben.

Az aktív szerhasználók átlagosan 59⁶⁰ steril tűt/fecskendőt kaptak az elmúlt négy hétben.

59%-uk (104 fő) vásárolt gyógyszertárban fecskendőt az elmúlt 4 hétben. 20%-uk nem volt tűcsere programban a kérdezést megelőző 4 hétben, 59%-uk 1 tűcsere programot látogatott, 15%-uk 2 programot, 1%-uk 3 programban járt.

2005-től kezdődően⁶¹ a 312 fő közül 115 fő jelent meg legalább egy alkalommal kezelésben. Ebből 2010-ben 54 fő lépett kezelésbe, közülük 9 főnek ez volt az első kezelési igénye.

Az elsődlegesen opiátot injektáló szerhasználók (187 fő) 47%-a (87 fő) vett részt az elmúlt 4 hétben szubsztitúciós kezelésben. (A szűrésben részt vevő szolgáltatók közül 4-nél szubsztitúciós kezelés is elérhető.)

A fogvatartottak kockázati magatartásai a 9.4. fejezetben olvashatók.

A 4.3 fejezetben két kutatás beszámolója is olvasható, amelyek kitérnek az intravénás kábítószer-fogyasztók körében megfigyelt új szerhasználati mintázatokra, elsősorban a mefedron megjelenésére és ennek következményeire.

6.2. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI

Kábítószer-mérgezési esetek⁶²

2010-ben 1962 főt kezeltek kábítószer, illetve szerves oldószer mérgezés miatt (2009-ben 1808 főt) a toxikológiai osztályon, ami 8%-os emelkedést jelent. A kezelt férfiak számában kis mértékű növekedés mutatkozott (2010-ben 1111 fő, 2009-ben 1042 fő). Ennél nagyobb,

⁶⁰ Arról nincs információ, hogy csak saját használatra vitték, vagy másoknak is adták belőle.

⁶¹ Azóta folyik a TDI adatgyűjtés hazánkban. A szűrővizsgálatok során a TDI adatgyűjtésben is alkalmazott kódot használják, amely által meg lehet vizsgálni, hogy hány a szűrésen részt vett intravénás szerhasználó lépett már kezelésbe.

⁶² Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán keletkezett adatok alapján. Az adatgyűjtés problémáiról lásd a 2007-es Éves Jelentés 6.3 fejezetét.

11%-os, a növekedés a toxikológiai ellátásban részesült nők számában (2010-ben 851 fő, 2009-ben 766 fő).

2009-hez képest (642 fő) jelentősen, 27,5%-kal csökkent 2010-ben az opiát típusú szerek okozta mérgezési ellátások száma (465 fő). Mintegy felére csökkent (132 eset szemben a 2009-es 241 fővel) a heroin miatt kezelésre szorulóknak száma mindkét nem esetében. Változatlanul tekinthető a metadon mérgezés száma (2010: 18 fő, 2009: 12 fő). Változás a korábbiaktól eltérően, hogy morfin mérgezés miatt 2010-ben senki nem vett igénybe ellátást. Változatlanul nagyon magas volt az opiátok kategóriájában a külön megnevezés nélküli opiátok aránya⁶³ (67,8% az összes opiáton belül), a kezelték száma növekedett az elmúlt évekhez képest (2010: 315 fő, 2009: 286 fő).

A korábbi évhez viszonyítva nagymértékben (28,8%) nőtt az amfetamin típusú szerek túladagolása (2010-ben 882 eset, 2009-ben 685 eset). A tendencia az utóbbi hat évet tekintve monoton növekvő. 2010-ben amfetamin típusú szer miatt 403 férfi és 479 nő részesült toxikológiai ellátásban (2009-ben 259 férfi és 426 nő). A toxikológiai osztály 2010-ben az amfetamin típusú stimulánsok közül csak az ecstasy típusú szereket különböztette meg, további felosztás nem történt. Az ecstasy okozta mérgezések száma továbbra is alacsony (47 eset 2010-ben). Mivel az új designer drogok és a különféle amfetamin-származékok aggregát formában jelennek meg a statisztikában, nem lehetséges elkülöníteni, és ezzel igazolni a mepredon vagy más katinonok terjedését. Az amfetaminok okozta mérgezések számának nagymértékű emelkedése ugyanakkor önmagában is ezen új szerek fokozottabb megjelenésére utalhat.

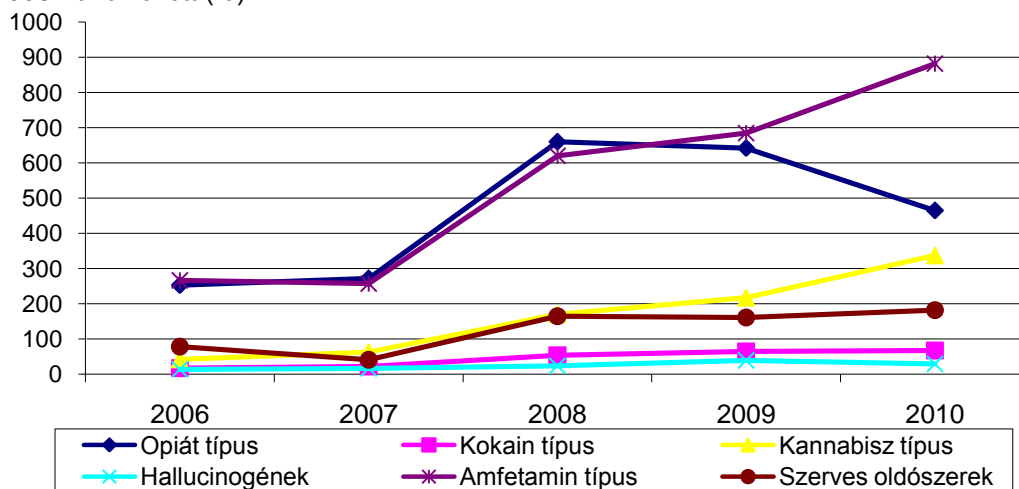
Kannabisz típusú szerek túladagolása miatt 337 fő részesült sürgősségi ellátásban, mely 55%-os emelkedést jelent (2009-ben 217 fő). A trend nagymértékű emelkedést mutat az utóbbi öt évben. A kezelésben részesültek kétharmada férfi volt, a nemek közötti arányok érdemben nem változtak az elmúlt években.

A kokain-fogyasztás miatti kezelések száma 2010-ben lényegében nem változott, 67 főt kezelték (2009-ben 64 főt).

A szerves oldószerek okozta mérgezések számában kis mértékű emelkedés (12%) volt látható 182 fő (2009-ben 161 fő).

Az adatgyűjtés nem ad lehetőséget a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás miatt bekövetkezett esetek leválogatására. Az időskori opiát és amfetamin típusú szerek okozta mérgezésekkel kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy ezek jelentős része feltételezhetően orvosi javallatra alkalmazott szerekkel történik.

9. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelték száma 2006-2010 között (fő)



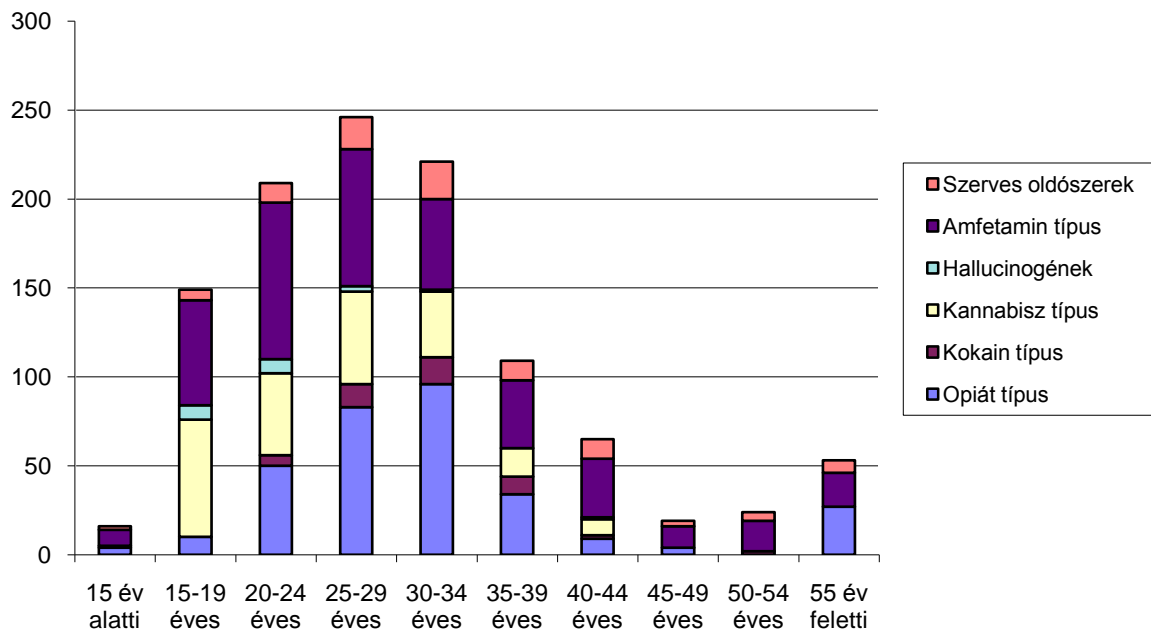
Forrás: OAC 2011b; OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz.⁶⁴

⁶³ Részletesebben lásd 2010-es Éves Jelentés 6.2. fejezetében.

⁶⁴ Az OSAP adatgyűjtés keretében a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztálya által jelentett adatok, melyeket az osztály megküldött az Országos Addiktológiai Centrum részére.

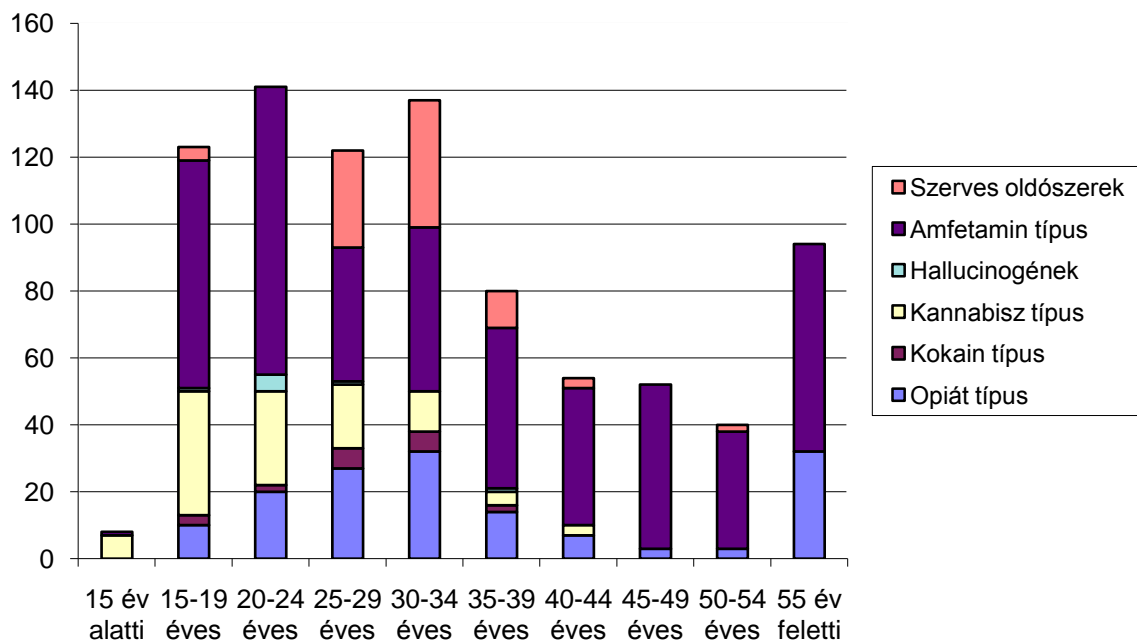
Az életkori megoszlásokat vizsgálva megállapítható, hogy mindkét nem esetében a 20-24, 25-29 és 30-34 éves korcsoport a leginkább érintett (férfiaknál 209, 246, illetve 221 eset, nőknél 141, 122, illetve 137 eset). Az idősebb korosztályok körében megjelenő opiát és amfetamin típusú szerek okozta túladagolások feltehetően a receptre kapható gyógyszerekkel történő túladagolások. Emelkedés látható a 25-29 éves férfiak életkori kategóriájában és emelkedés tapasztalható a szerves oldószerek miatti kezelési igények számában a 25 és 34 év közötti nők körében.

10. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt férfiak esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint (N=1111) (fő)



Forrás: OAC 2011b; OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz.

11. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt nők esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint (N=851) (fő)



Forrás: OAC 2011b; OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz.

Közúti balesetek

2010-ben a rendőrség 125 közúti baleset során vett vizeletmintát küldött az Országos Toxikológia Intézetbe további vizsgálatra, mivel az előszűrő teszt pozitív eredményt adott. A 125 mintából 71 esetben állapítottak meg pozitivitást, amelyek közül 39 minta esetében vérben is kimutatható volt a kábítószer jelenléte.

16. táblázat. *Kábítószer jelenléte a közúti balesetekből származó vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban 2010-ben*

Hatóanyag	Esetek száma
THC	20
Amfetamin	5
Kokain	1
Morfin (heroin)	4
Morfin + metadon	2
Amfetamin + THC	7
THC + kokain	4
Amfetamin + metamfetamin	1
Fentanil	1
Mefedron	3
Morfin (heroin) + THC	1
MDMA + MDA	1
benzodiazepinek + THC	1
Benzodiazepinek + morfin(heroin)	2
Benzodiazepin+amfetamin+mefedron	1
Benzodiazepinek	13
Benzodiazepinek + amfetamin	3
Morfin+THC+kokain	1
Összesen	71
A vérben is kimutatható volt	39

Forrás: Országos Toxikológiai Intézet 2011

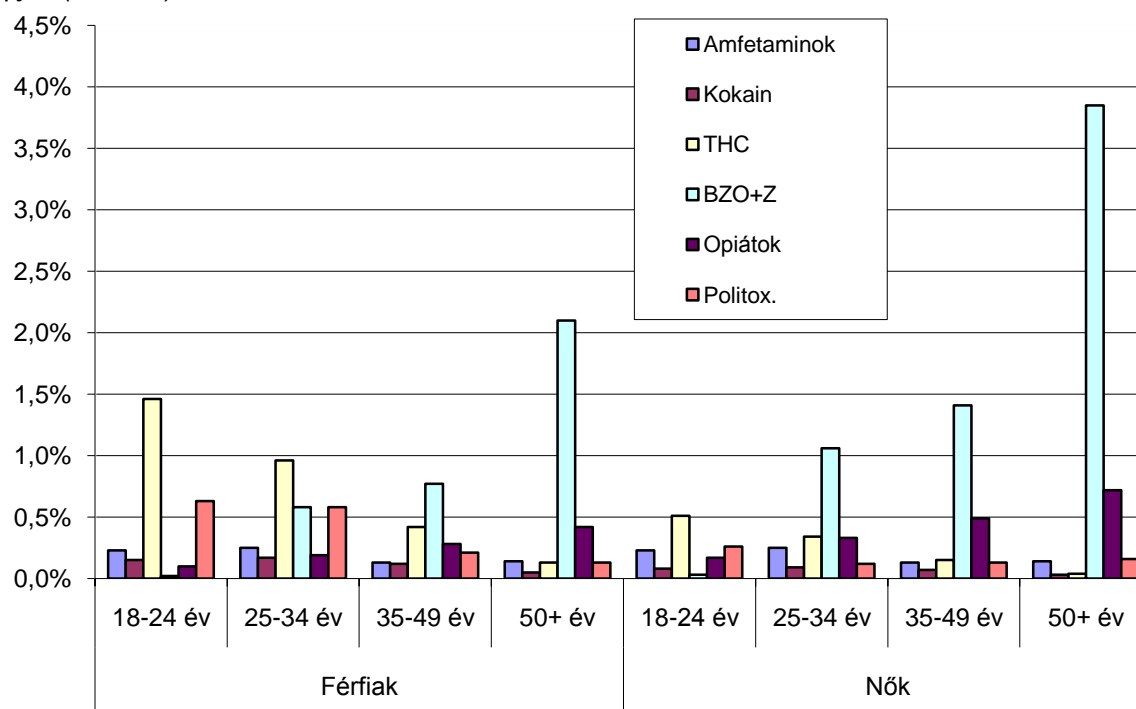
Befolyásoltság alatti gépjárművezetés a normál népességben

A kábítószerek és pszichotróp anyagok fogyasztásának gyakoriságát a személygépkocsi vezetők körében a DRUID EU-6 projekt keretében vizsgálták⁶⁵.

A rendőrség által megállított 3110 gépkocsivezetőből 2738 fő (87,7%) vett részt a további vizsgálatokban. A mintában a 35-49 éves korosztály felülreprezentált (45,2%) volt. Az eredmények alapján csak kábítószerre pozitívnak bizonyult 25 fő, a vizsgált gyógyszerekre és metabolitjaikra 47 fő, illetve 27 esetben figyelték meg két vagy több anyag együttes előfordulását. A leggyakrabban előforduló kábítószerek a THC és az amfetaminok, a leggyakoribb gyógyszer-hatóanyagok a diazepam, a klonazepam és az alprazolam voltak. Az egyes kábítószer- és gyógyszer-csoportok kor és nem szerinti megoszlását az alábbi ábra mutatja.

⁶⁵ A DRUID EU-6 projekt magyarországi partnere a Szegedi Orvostudományi Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézete volt. A 2008. április 1-től 2009. december 31-ig tartó mintagyűjtési periódus során Csongrád megyében a rendőrség által véletlenszerűen megállított vezetőket kérték fel a részvételre. A vizsgálat önkéntes volt, anonim módon történt. Egy rövid kérdőív kitöltése mellett a befolyásoltság jellemzésére szolgáló fizikális vizsgálatokat végeztek. Ezt követően a résztvevőktől nyálmintát vettek, amelyből a következő kábítószerek és gyógyszerek, illetve metabolitok minőségi és mennyiségi meghatározását végezték el: amfetamin, metamfetamin, MDA, MDMA, MDEA, morfin, 6-MAM, THC, kokain, benzoil-ekgonin, metadon, kodein, ketamin, tramadol, diazepam, nordiazepam, oxazepam, temazepam, clonazepam, 7-amino-clonazepam, alprazolam, midazolam, nitrazepam, lorazepam, zopiclone, zolpidem.

12. ábra. Az egyes kábítószer- és gyógyszercsoportok korcsoportok szerinti megoszlása nyálminta alapján (N=2738)



Forrás: Varga et al. 2011

Az amfetaminok kivételével a kábítószer-fogyasztás prevalenciája a férfiaknál magasabb, mint a nőknél. Mindkét nem vonatkozásában a marihuána és a kokain használata a 18-24 éves korcsoportban a legmagasabb, az életkor növekedésével csökken. Ugyancsak csökken az életkorral a politoxikomán esetek gyakorisága is. A gyógyászatban használt természetes és szintetikus opiátok és a benzodiazepinek esetében ellentétes tendencia figyelhető meg: a benzodiazepinek gyakorisága nők esetében jelentősen magasabb, a különbség különösen szembeötlő az 50 év feletti korosztályban.

A DRUID projekt keretében – az országok közötti összehasonlíthatóság kedvéért – a nyers adatokat az általános forgalomsűrűségi adatok szerint súlyozták. Emellett a vizsgálat kezdetén vére megadott cut off értékeket nyálra konvertálták. Az átszámítás következtében a nyál cut off értékek az eredetihez képest gyakran több mint egy nagyságrenddel emelkedtek, így a nemzetközi összehasonlításhoz figyelembe vett pozitív esetek száma alacsonyabb volt, mint a nyers adatok esetében. Ennek eredményeként a nemzetközi összehasonlításban szereplő prevalencia értékek is alacsonyabbak a ténylegesnél.

17. táblázat. Az egyes kábítószer- és gyógyszercsoportok korcsoportok szerinti prevalenciája. A táblázatban csak a konvertált cut off érték feletti pozitív minták szerepelnek a forgalomsűrűségi adatok szerint súlyozva

Életkori kategória	18-24	25-34	35-49	50+	Összesen
Szerkategória	Prevalencia (%) C.I. (%)	Prevalencia (%) C.I. (%)	Prevalencia (%) C.I. (%)	Prevalencia (%) C.I. (%)	Prevalencia (%) C.I. (%)
Amfetaminok	-	-	-	-	-
Kokain	0.00 0.00 – 1.49	0.06 0.01 – 0.54	0.05 0.01 – 0.51	0.00 0.00 – 0.59	0.04 0.01 – 0.21
THC	0.41 0.08 – 2.22	0.36 0.13 – 1.02	0.11 0.02 – 0.61	0.00 0.00 – 0.59	0.19 0.08 – 0.44
Illegális opiátok	-	-	-	-	-
Benzodiazepinek	1.85 0.77 – 4.35	1.10 0.59 – 2.02	0.83 0.42 – 1.64	2.89 1.85 – 4.48	1.50 1.11 – 2.03
Z-szerek ⁶⁶	0.00 0.00 – 1.49	0.22 0.06 – 0.80	0.00 0.00 – 0.41	0.00 0.00 – 0.59	0.07 0.02 – 0.26
Orvosi opiátok	0.00 0.00 – 1.49	0.11 0.02 – 0.63	0.09 0.01 – 0.57	0.16 0.03 – 0.87	0.11 0.04 – 0.32
Alkohol	0.00 0.00 – 1.49	0.00 0.00 – 0.43	0.28 0.09 – 0.88	0.23 0.05 – 0.99	0.15 0.06 – 0.38
Alkohol és gyógyszerek	-	-	-	-	-
Többféle gyógyszer	0.00 0.00 – 1.49	0.54 0.23 – 1.28	0.26 0.08 – 0.84	0.00 0.00 – 0.59	0.27 0.13 – 0.54

Forrás: Varga et al. 2011

A táblázatban szereplő eredményeket a DRUID másik 12 résztvevőjével összehasonlítva: az alkoholfogyasztás aránya Svédország mellett hazánkban a legalacsonyabb. A kábítószerfogyasztás tekintetében Magyarország a kevésbé érintett országok közé tartozik, a pszichotróp gyógyszerek fogyasztása viszont nálunk az egyik legmagasabb Európában.

Befolyásoltság alatti gépjárművezetés a balesetet okozók körében

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézete végzi a Csongrád megyében történt balesetek biológiai mintáinak toxikológiai vizsgálatát⁶⁷ (Varga 2011). Az elmúlt 3 évben (2008-2010) Csongrád megyében 2327 személyi sérüléssel járó közlekedési balesetet regisztráltak, amelyből 1307 esetben (55%) a balesetet személygépkocsi-vezető okozta. Ebből a fizikális tünetek alapján 164 esetben (12,5%) merült fel a vezető befolyásoltságának gyanúja. A 164 gépkocsivezető közül 97 (59,1%) esetben (86 férfi és 11 nő) került sor vér- és/vagy vizeletminta vételére; a mintákból alkohol, illetve a korábban már felsorolt kábítószeres és gyógyszerek meghatározását végezték el. A maradék 67 fő befolyásoltságát a kilégzett levegő alkoholtartalma alapján igazolták. A 97 mintából 95 bizonyult pozitívnak alkoholra (> 0,02 g/l), míg 23 mintában (23,7%) találtak kábítószeres és/vagy pszichotróp hatású gyógyszert, illetve azok metabolitjait. Kábítószeres a vizsgált minták 9,28%-ában (9 eset), pszichotróp hatású gyógyszert 15,5%-ában (15 eset) tudtak kimutatni.

A személyi sérüléssel járó balesetet okozó összes személygépkocsi-vezetőre vonatkoztatva az esetek 7,29%-a bizonyult pozitívnak alkoholra, 0,69%-a kábítószeres és 1,15%-a pszichotróp hatású gyógyszerekre. Bár a vizsgálat alapján a befolyásoltság elsősorban az alkoholfogyasztásnak tulajdonítható, a 97 esetből 21-ben találtak együttes alkohol- és

⁶⁶ Az ún. Z típusú, nem benzodiazepin jellegű altató/nyugtató szerek pl. zolpidem, zaleponon.

⁶⁷ Az ETT 082-08/2009 finanszírozásával.

kábítószer- vagy gyógyszerfogyasztást (2 esetben a klonazepam önmagában okozott befolyásoltságot).

A vizsgált vérmintákból a kannabisznak csak inaktív metabolitja, a THC-COOH volt kimutatható, alacsony koncentrációban (5,51-25,7 ng/ml). Így a baleset során a korábbi kannabisz-fogyasztás biztosan nem járult hozzá a befolyásoltság kialakulásához. Ezzel szemben az amfetamin (10,5 – 35,0 ng/ml) kis mértékben fokozhatta az alkohol hatását, míg a morfin pozitív minták esetében az eredmények alapján csak a fogyasztás ténye igazolható. Meg kell azonban jegyezni, hogy a kábítószer hatás elmúlása után jelentkező „módosult állapot” is szerepet játszhatott a baleset kialakulásában. A vizsgált gyógyszerek közül a mintákból elsősorban tramadol, klonazepam, diazepam és alprazolam volt kimutatható, egy esetben a terápiás tartományt jelentősen meghaladó koncentrációban (43 éves nő, 2657 ng/ml klonazepam). Bár arra vonatkozó adatok, hogy a gépkocsivezetők a nyugtatókat orvosi rendelvényre rendszeresen szedték-e, nem állnak rendelkezésre, az előző vizsgálat tapasztalatai alapján feltételezhető, hogy többségük alkalmi használó volt. Ilyen körülmények között a befolyásoltság már terápiás adagban is fennállhat, amelyet az egyidejűleg fogyasztott alkohol jelentősen súlyosbít.

Ugyancsak a DRUID EU-6 projekt keretében vizsgálták Dél-kelet Magyarországon⁶⁸ a balesetben meghalt gépkocsivezetők vérmintáiból az alkohol, valamint a már említett kábítószeres és gyógyszerek előfordulásának gyakoriságát. A régióban 2008-2010-ben 474 halálos közlekedési baleset történt, amelyből 140 esetben (29,5%) hunyt el a gépkocsivezető a balesetben (118 férfi, 22 nő). Közülük 125 személy mintáját vizsgálták alkoholra, 122 esetet pedig kábítószeresre és gyógyszerekre. A vizsgált mintákból 42 eset (33,6%) bizonyult pozitívnak alkoholra (> 0,2 g/l; átlagosan 1,64 g/l véralkohol koncentráció), míg 6 esetben (4,92%) tudtak korábbi kábítószer-fogyasztást, és 13 esetben (10,7%) gyógyszerfogyasztást igazolni. A hat kábítószeres eset közül háromban a kannabisz inaktív metabolitját, két esetben ketamint mutattak ki. A morfin-alprazolam kombinációban a morfin koncentrációja igen alacsony volt, ami arra utal, hogy a befolyásoltságot az alprazolam okozhatta. A leggyakrabban használt benzodiazepinek az alprazolam (8 fő) és a klonazepam (3 fő) voltak, a vérkoncentrációjuk minden esetben elérte a terápiás tartományt. 3 személynél a benzodiazepinek mellett alkohol is kimutatható volt.

A személyi sérüléssel járó balesetet okozó vezetők körében az alkohol előfordulási gyakorisága 7,29%, a kábítószereseké 0,69%, a pszichotróp hatású gyógyszereké 1,15% volt, míg ugyanezek az értékek a balesetet okozó és a balesetben elhunyt gépkocsivezetők esetében 33,6%, 3,28% és 9,84% voltak.

Az utóbbi két csoport eredményei alapján a kábítószer-fogyasztás gyakorisága nem ad felvilágosítást a kábítószeres baleseti kockázatot növelő hatásáról. A legtöbb esetben a mintákban vagy inaktív metabolitot találtak, vagy a hatóanyag koncentrációja olyan alacsony volt, amely önmagában nem igazolta a kábítószeres biológiai hatásának fennállását.

A pszichotróp hatású gyógyszer hatóanyagok (elsősorban az alprazolam, a klonazepam és a diazepam) vérkoncentrációja a legtöbb esetben elérte, olykor meg is haladta a terápiás tartományt. Ezekben az esetekben a befolyásoltság mértéke függ attól, hogy az adott gyógyszert valaki rendszeresen, orvosi rendelvényre vagy alkalmi módon szedi. Míg az előbbi esetben a baleseti kockázat kb. másfélszeres, az utóbbiban akár 3-6-szorosra is nőhet.

A várandósság alatti droghasználat

A Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciája által koordinált éves szubsztitúciós adatgyűjtés keretében 11 szolgáltató összesen 5 várandós nőt jelentett 2010-re vonatkozóan, közülük 4 fő budapesti, 1 fő pedig vidéki kezelőhelyen részesült szubsztitúciós kezelésben.

⁶⁸ Csongrád, Bács-Kiskun, Békés, Szolnok megyék

A Józan Babák Klub „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” programjában (lásd: 7.3. fejezet) részt vevő szerhasználó várandós nők közül 16 fővel félig strukturált életút-interjúkat készítettek a program munkatársai. A válaszadók közül 4 főnek tervezett, 11 fő nem tervezett volt a terhessége, 1 fő nem válaszolt. 11 főnek már volt abortusza, 6 főnek több abortusza is volt (1 főnek 10 db), 5 főnek nem volt. A válaszadók mindegyike problémás szerhasználó, 13 fő az utolsó 30 napban is fogyasztott intravénásan amfetamint.

18. táblázat. *A valaha illetve az utolsó hónapban az egyes szertípusokat fogyasztó illetve intravénásan fogyasztó várandós nők (N=16 fő) száma 2010-ben, (fő)*

	Használat valaha	utóbbi 30 napban	utóbbi 30 napban injektálva
Marihuána	16	9	-
Kokain	9	2	1
Heroin	14	3	1
Amfetamin-heroin	8	1	1
Utcai metadon	13	1	-
Más opiátok	6	-	-
Amfetamin	16	14	13
LSD	4	1	1
mefedron	5	4	3

Forrás: Józan Babák Klub 2011

6.3. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN

Közvetlen túladagolás okozta halálesetek⁶⁹

2010-ben 17 illegális szerhasználattal közvetlenül összefüggő esetet jelentettek, amely jelentős csökkenést jelent az elmúlt évekhez képest (2009-ben 31 eset). 10 elhunyt rendelkezett budapesti lakhellyel (2009-ben 22 eset), egy esetben hajléktalan, egy esetben ismeretlen, további öt esetben valamely nagyváros volt az elhunyt lakóhelye.

19. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2010-ben*

	Férfi	Nő	Összesen
Opiát okozta túladagolás/mérgezés (metadon és más szer nélkül)	6	1	7
Opiát és egyéb szer okozta túladagolás/mérgezés	3	2	5
Metadon okozta túladagolás/mérgezés	2	0	2
Több szer okozta mérgezés (opiát nélkül)	3	0	3
Összesen	14	3	17

Forrás: OAC 2011c

A közvetlen túladagolás miatt elhunytak átlagéletkora 36,2 év volt. A férfiak és nők átlagéletkora között érdemi különbség nem mutatkozott (férfiak 36,1 év, nők 37 év). A legfiatalabb férfi elhunyt 24 éves (metadon okozta túladagolás), a legidősebb 53 éves (opiát okozta túladagolás) volt; a legfiatalabb nő elhunyt 27 éves (opiát és egyéb szer okozta túladagolás) volt.

⁶⁹ Az adatgyűjtési rendszerről részletes információk a 2010-es Éves Jelentés 6.3. fejezetében olvashatók.

Kábítószer-fogyasztással összefüggésbe hozható indirekt halálesetek

2010-ben 12, kábítószer-fogyasztással közvetetten összefüggő halálesetet jelentettek a regiszterbe. Az indirekt halálesetek két csoportját különböztetik meg⁷⁰:

a.) A természetes halálesetek közé egy 48 éves, leromlott fizikai állapotú férfi tartozott, halálát heveny szívbélhártya-gyulladás okozta, vizeletében amfetamin volt kimutatható.

b.) Az erőszakos halálesetek csoportjába 11 esetet jelentettek. Négy esetben baleset (két közúti baleset, egy szén-monoxid mérgezés és egy vízbe fulladás) történt. További hét esetben öngyilkosságot követő boncolás során azonosítottak kábítószereket a vizeletben, hat esetben önakasztás, egy esetben magasból leugrás történt. Leggyakrabban marihuána (THC) jelenlétét mutatták ki (6 eset), egy esetben kokainnal együtt. Két esetben került kokain bomlásterméke kimutatásra, mindkét esetben valamely más szer (kannabisz, benzodiazepin) kíséretében. Nem jelent meg a heroin sem önállóan, egy öngyilkossági esetben benzodiazepin jelenléte mellett mutatták ki a heroin bomlástermékét, a morfin. Kannabiszt öt esetben, amfetamint három esetben mutattak ki az igazságügyi orvosszakértők.

2010-ben gyilkosság áldozatává vált személy biológiai mintáiban nem mutattak ki kábítószert.

Az erőszakos halálesetek áldozatainak átlagéletkora 31,7 év (2009: 29,7 év) volt. A legfiatalabb 18 éves férfi (amfetamin, vízbe fulladásos baleset), a legidősebb, 66 éves nő (morfin, akasztásos öngyilkosság) volt.

A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek körülményei

A feltalálás helyét tekintve a közvetlen túladagolós haláleseteknél az elhunytakat legnagyobb arányban saját lakásukban találták meg. Az egyéb helyszínek között több esetben említettek lépcsőházat vagy romos épületet.

20. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen, természetes és erőszakos halálesetek megoszlása a feltalálás helyszíne szerint 2010-ben (fő)*

	saját lakás	idegen lakás	szórakozó-hely	közút	egyéb közterület	kórház	egyéb	össz.
Közvetlen	7	2	1	1	0	2	4	17
Természetes	0	0	0	0	0	1	0	1
Erőszakos	3	0	0	2	2	0	4	11
Összesen	10	2	1	3	2	3	8	29

Forrás: OAC 2011c

Az elhunytaknál végeztek vér- és vizeletalkohol vizsgálatot is. Az esetek több mint felében negatív eredményt találtak, a legmagasabb koncentrációt az erőszakos haláleseteknél mérték.

A 2010-ben elhunytak közül a 2005-től rendelkezésre álló TDI adatok alapján 8 fő jelent meg korábban valamilyen típusú kezelésben. Három fő két vagy több alkalommal is megjelent az ellátórendszerben az elmúlt 5 év során. Az első kezelésbe vételnél a 8 főből 7 esetében heroin volt az elsődleges szer. Két esetben volt eltérés a boncolási jegyzőkönyvekhez képest: egy esetben a TDI szerint heroin volt az elsődleges szer, míg a boncolás amfetamint mutatott ki; egy másik esetben a TDI szerint elsődlegesen kannabiszt használó férfi biológiai mintáiban morfin, a heroin bomlástermékét mutatták ki.

⁷⁰ Részletes információ a 2010-es Éves Jelentés 6.3. fejezetében

21. táblázat. 2005 és 2010 között kezelésben megjelent, 2010-ben kábítószer-fogyasztással összefüggően elhunyt személyek jellemzői

	nem	életkor halálozás	elsődleges kábítószer TDI szerint	első kezelés	beutaló szerv	korábbi kezelés	életkor elsődleges szer használatának kezdetekor
Közvetlen	férfi	24	heroin	2008	Család, baráti kör	2008, 2009	17
	nő	27	heroin	2006	Saját maga	2006	15
	férfi ⁷¹	31	heroin	2005	Szociális intézmény	2005, 2009	15
	férfi	31	heroin	2006	Család, baráti kör	2006	20
	férfi	22	heroin	2010	Saját maga	2010	18
	férfi	28	heroin	2008	Saját maga	2008, 2009, 2010	22
	férfi	41	kannabisz	2010	Hatósági beutalás	2010	24
Erőszakos	férfi	22	heroin	2010	Saját maga	2010	18

Forrás: OAC 2011c

Halandóság és halálokok a drogfogyasztók körében

Nincs adat.

Következtetések

2010 áprilisától lehetőség nyílt a HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatok intravénás szerhasználók számára történő folyamatos felajánlására 10 szervezetnél. A 312 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 2010-ben 21,4%-os HCV prevalencia értéket mértek, a 2009-es országos keresztmetszeti vizsgálatban mért HCV prevalenciával összehasonlítva (24,4%) a különbség nem szignifikáns. Az aktív injektlók harmada vallotta, hogy megosztott tűt/fecskendőt, 43,3%-a pedig injektló segédeszközöket az elmúlt 4 hétben. Az érték hasonló az országos keresztmetszeti vizsgálatban mért 2009-es adatokhoz.

A teljes börtön populációban a HIV, illetve a hepatitis B fertőzöttség mértéke továbbra is nagyon alacsony. A hepatitis C fertőzöttség prevalencia értéke szintén alacsony, 3,4%-os, azonban enyhén emelkedett az általános populációban megfigyelthez (1%) képest.

2010-ben majdnem 30%-al csökkent az opiátok okozta mérgezések száma, ugyanakkor növekvő tendencia jelenik meg az amfetaminok vonatkozásában, különösen – majdnem kétszeresére – a férfiak körében. Jelentős, 55%-os növekedés tapasztalható a kannabisz okozta mérgezések számában is.

2010-ben korábban nem tapasztalt mértékben csökkent a kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek száma, 31-ről 17 esetre. A 17 elhunyt közül 7 fő vett

⁷¹ Hajléktalan férfi

igénybe korábban kábítószeres szakellátást, közülük hatan legfeljebb egy évvel a haláleset bekövetkezte előtt. Némi csökkenés mutatkozik a közvetett halálesetek számában is, 2010-ben 12 halálesetet jelentettek az igazságügyi orvostani intézetek.

7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE⁷²

Háttér, Előzmények

A tűcsere szervezetek 2011-ben is a három éve létrehozott adatgyűjtő internetes portálon jelentették az adatokat a Nemzeti Drog Fókuszpont számára. 2010-re vonatkozóan a szervezetek ismét beszámoltak forgalmi és kliens adataikról.

Emellett felmérés készült a tűcsere szervezetek által biztosított egyéb steril injektáló segédeszközök és ártalomcsökkentő szolgáltatások hozzáférhetőségéről is.

7.1. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE

2010-ben folytatódott a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet által működtetett „Kritikus kábítószeres hatóanyag-tartalmának fokozott monitorozása” nevű projekt⁷³, a tárgyévre vonatkozó eredményei a 10.3. fejezetben olvashatóak.

7.2. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE

Prevenció

A tűcsere programok hozzáférhetősége és forgalmi adatai

2010-ben 21 helyett már 23 szervezet (újonnan Szekszárdon és Budapesten) nyújtott tűcsere szolgáltatást hazánkban (Tarján 2011).

1. térkép. Tűcsere szolgáltatók (N=23) 2010-es országos megoszlása



Forrás: Tarján 2011

⁷² A fejezet szerzője: Tarján Anna

⁷³ Bővebben lásd: 2010-es Éves Jelentés 7.1. fejezet

A szolgáltatók összesen 504.251 fecskendőt osztottak ki, a hozott+gyűjtött fecskendők száma 333.468 darab volt. (Ebbe beleértendő a tűcsere automaták által adott, és az automaták mellett elhelyezett gyűjtőedénybe dobott fecskendők száma is). A becserélési arány 2010-ben 66%-ra emelkedett.

2010-ben 29%-kal több fecskendőt osztottak ki a szolgáltatók, a hozott+gyűjtött fecskendők száma pedig 34%-os emelkedést mutat 2009-hez képest. A legjelentősebb emelkedés 2010-ben is az állandó telephelyeken kiosztott, illetve begyűjtött fecskendők számában jelenik meg, de emellett elmondható, hogy minden programtípusban növekvő trend jellemző, mind a kiosztott, mind a hozott+gyűjtött fecskendőket illetően.

A kliensek száma 2010-ben tovább emelkedett 17%-kal, a programok 2810 főt értek el, azonban a kontaktok száma stagnált 2009-hez képest, 2010-ben 29.688 alkalommal cseréltek fecskendőt a kliensek. 2010-ben 969 új klienst regisztráltak a tűcsere programok.

22. táblázat. A tűcsere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2009-ben és 2010-ben

	Állandó telephelyű	Mobil tűcsere	Utcai megkereső	Tű automata	Összesen
2009					
osztott	317579	34326	23033	17398	392336
hozott (+gyűjtött)	196541	32375	19694	271	248881
becserélési arány	62%	94%	86%	2%	63%
kliensek száma	2020	148	231	-	2399
Új kliensek száma	746	69	78	-	893
kontaktok száma	21661	2515	5800	-	29976
szervezetek száma*	17	2	12	5	21
2010					
osztott	422357	37553	25098	19243	504251
hozott (+gyűjtött)	266961	39740	25065	1702	333468
becserélési arány	63%	105%	100%	9%	66%
kliensek száma	2533	98	179	-	2810
új kliensek száma	925	17	27	-	969
kontaktok száma	23799	517	5372	-	29688
szervezetek száma*	21	2	13	5	23

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

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont, Tarján 2011

2010-ben nőtt mind az 1 kliensre mind az 1 kontaktra jutó osztott és hozott fecskendők száma. Az osztott fecskendők egy főre jutó mennyisége 173-ra (2009: 156 db) emelkedett, az egy kontaktra jutó pedig 16-ra (2009: 13 db). Ez a tendencia megfigyelhető a behozott+gyűjtött fecskendők esetében is: 2010-ben az egy főre jutó hozott+gyűjtött fecskendők száma 118 darab volt (2009: 103 db), az egy kontaktra jutó pedig 11 darab (2009: 8 db). 2010-ben egy kliens átlagosan kevesebbszer vett részt tűcsere szolgáltatásban, mint 2009-ben, az egy kliensre jutó kontaktszám 11 volt (2009: 13).

23. táblázat. Az egy kliensre/ egy kontaktra jutó osztott illetve hozott+gyűjtött fecskendők, és az egy kliensre jutó kontaktok száma, 2010-ben

Program típusa	osztott / kliens	(hozott+gyűjtött) / kliens	osztott / kontakt	(hozott+gyűjtött) / kontakt	kontakt / kliens
Állandó telephelyű	167	105	18	11	9
Mobil program	383	406	73	77	5
Megkereső program	140	140	5	5	30
Összesen	173	118	16	11	11

Forrás: Tarján 2011

Egy 2010-ben készült becslést⁷⁴ alapul véve - amely 5699 főre becsülte a hazai intravénás kábítószer-fogyasztók számát - a tűcsere szolgáltatások a teljes intravénás szerhasználói populáció 49%-át érték el 2010-ben. Egy intravénás kábítószer-fogyasztóra átlagosan 88 steril fecskendő jutott.

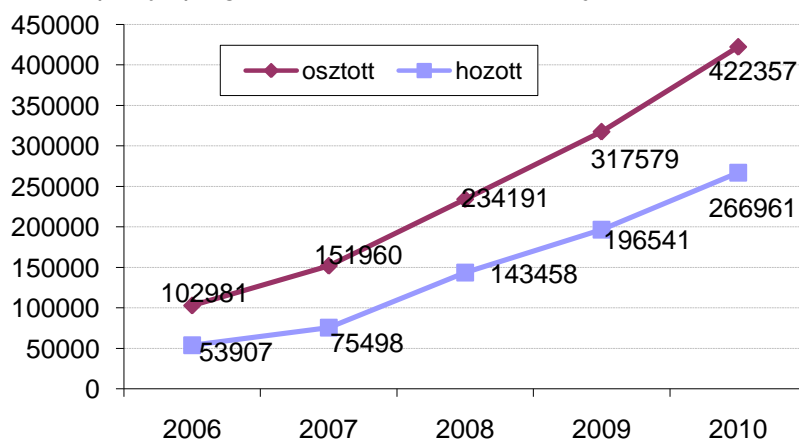
Tűcsere programok forgalmi adatai programtípusonként

Állandó telephelyű programokat 2010-ben már 21 szervezet működtetett a tavalyi 17 helyett, ebből 5 budapesti és 16 vidéki volt.

Budapesten 2010-ben Budán – ahol eddig nem működött állandó telephelyű tűcsere szolgáltatás –, illetve Csepelen indult el egy-egy új program. Vidéken Szegeden illetve a tárgyév végén Szekszárdon kezdte meg működését egy-egy állandó telephelyű tűcsere program. Szegeden így már két állandó telephelyen lehet tűt cserélni, Szekszárdon pedig eddig nem volt ilyen jellegű szolgáltatás.

A 21 program keretében összesen kiosztott fecskendők száma 422.357 db volt, amely az előző évhez képest harmadával nőtt. A behozott fecskendők száma 266.961 db volt, amely szintén jelentős – 36%-os növekedést mutat. A becserélési arány szintén javult, 2010-ben 63%-os volt.

13. ábra. Az állandó telephelyű programokban osztott és hozott injektorok száma 2006-2010 között



Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont, Tarján 2011

A növekedő trend egyrészt a budapesti adatoknak köszönhető: az Art Éra Alapítvány 2010-ben a 2009-es induláskori 6418 fecskendő helyett 77.363 fecskendőt osztott ki, a behozott fecskendők aránya is hasonlóan alakult. A két legnagyobb szolgáltató – a Kék Pont Alapítvány és a Drogprevenációs Alapítvány - a 2009-es évben mérthez hasonló mennyiségű fecskendőt osztott ki illetve gyűjtött össze. Továbbá a két új budapesti telephelyen is nagyszámú fecskendő került mind kiosztásra, mind begyűjtésre.

Vidéken a két miskolci program keretében történt számottevő növekedés mind az osztott, mind a hozott fecskendők tekintetében. Emellett növekvő trend figyelhető meg továbbá a gyulai, a pécsi, illetve a veszprémi programok osztott, illetve hozott fecskendő számát illetően is. A többi vidék program esetében vagy stagnáló, vagy enyhén csökkenő tendencia volt megállapítható.

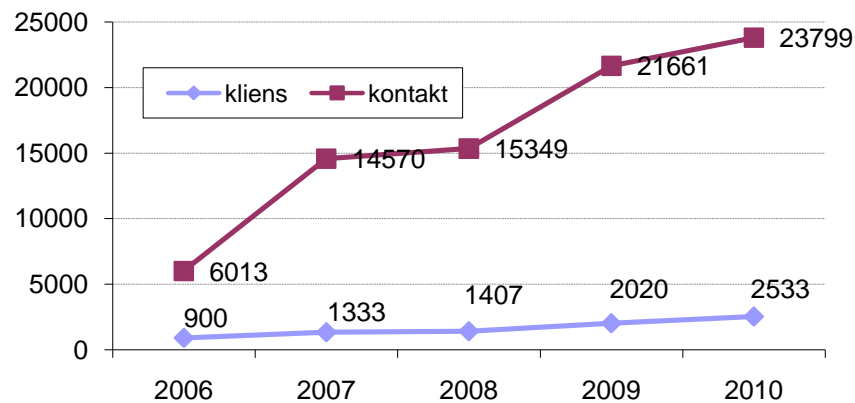
Az állandó telephelyen megforduló kliensek száma 2010-ben 2533 fő volt, amely 2009-hez képest 25%-os emelkedést jelent. A kontaktok száma 23.799 volt, amely szintén nőtt a megelőző évhez képest, de nem olyan mértékben, mint a kliensek száma, így 2010-ben az egy kliensre jutó átlagos kontaktszám kevesebb volt, mint 2009-ben (2009: 11 kontakt; 2010: 9 kontakt).

⁷⁴ Lásd: 2010-es Éves Jelentés 4.1. fejezet.

A kliensszámban történő nagyarányú növekedés egyrészt köszönhető a budapesti Kék Pont Alapítvány továbbra is bővülő klienskörének, illetve az Art Éra Alapítvány kliensszám 2010-es nagymértékű emelkedésének. A tárgyévben indult két új budapesti szolgáltatás szintén újabb intravénás szerhasználókat vont a programba. Vidéken a miskolci Baptista Szeretetszolgálat kliensszáma emelkedett számottevően, 40%-kal (2009: 76 fő; 2010: 107 fő). Az orosházi, az ajkai és a nagykanizsai szervezet arról számolt be, hogy bár a tűcsere szolgáltatás biztosított volt, 2010-ben nem vették igénybe azt.

Az állandó telephelyű programok 2010-ben összesen 925 új klienst értek el, azaz olyan intravénás-szerhasználót, aki a tárgyévben regisztrált először a programban.

14. ábra. Az állandó telephelyű programokban a kliensek és kontaktok száma 2006-2010 között



Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont, Tarján 2011

Mobil tűcsere továbbra is csak egy budapesti és egy miskolci szervezet folytat. A kiosztott és a hozott+gyűjtött fecskendők száma enyhe emelkedést mutat 2009-hez képest. A programok több használt fecskendőt gyűjtöttek be, mint ahányat kiosztottak, így a becserélési arány 105%-os volt. 2010-ben tovább csökkent a kliensszám és a kontaktszám is. Ez annak köszönhető, hogy 2010-ben a budapesti Baptista Szeretetszolgálat beindította állandó telephelyű programját és klienseik nagy részét átirányították az új programtípusba. Az egy főre eső átlagos kontaktszám a 2009-es 17 alkalomról 6 alkalomra csökkent 2010-ben.

Az utcai megkereső programok száma 2010-ben 13-ra emelkedett az előző évi 12-ről, amelyből 6 található Budapesten és 7 vidéki városokban.

Az osztott fecskendők száma 8%-kal emelkedett, 25.098 darab volt a hozott+gyűjtött fecskendők aránya pedig 27%-os emelkedést mutat (25.065 darab). A növekvő tendencia a budapesti Baptista Szeretetszolgálat, a Drogprevenció Alapítvány, továbbá a miskolci Drogambulancia Alapítvány adataiban megfigyelhető növekvő trendeknek köszönhető. A hozott+gyűjtött fecskendők számának nagyarányú növekedése miatt a becserélési arány 100%-os volt az utcai megkereső programok keretében. A kliensek száma azonban tovább csökkent 23%-kal, a kontaktok száma nem ilyen jelentős mértékben, de szintén csökkent 8%-kal. Ez többek között annak is köszönhető, hogy a legtöbb ilyen jellegű program elsősorban a használt fecskendők begyűjtését végzi, a klienseket pedig megpróbálják állandó telephelyű programjuk felé terelni, és ott látják el őket steril fecskendővel.

Az automaták fecskendő forgalma a tavalyi csökkenő tendenciával ellentétben nőtt 2009-hez képest 11%-kal. Az összegyűjtött használt fecskendők száma szintén jelentős növekedést mutat. 2010-től Békéscsabán az állandó telephelyű és az utcai megkereső program mellett tűcsere automatát is üzemeltet a MI-ÉRTÜNK Prevenció és Segítő Egyesület. Kecskeméten a tárgyévben nem működött a tűcsere automata.

A tűcsere programokban nyújtott egyéb szolgáltatások

2011-ben telefonos lekérdezésre⁷⁵ került sor az állandó telephelyű, mobil vagy utcai megkeresést végző 21 tűcsere program körében, hogy a fecskendők mellett milyen egyéb steril eszközöket és szolgáltatásokat nyújtanak még a klienseknek. A legtöbb szervezet a steril fecskendők mellett oszt alkoholos törülközőt, óvszert, szűrőt, főzőedényt és aszkorbinsavat. Továbbá gyakori még a szervezetek körében vitamin, illetve vénakrém osztása a kliensek számára.

A szervezetek 81%-a végez egyéni kockázatfelmérést, minden szervezet végez tanácsadást a biztonságos injektálási módszerekről, 6 szervezet erről írásos anyagot is átad a klienseknek.

24. táblázat. *Injektáló és ártalomcsökkentő segédeszközök osztása és egyéb szolgáltatások nyújtása a tűcserét végző szervezetek körében, 2010-ben (N=21)*

Osztott eszközök, szolgáltatások	Szervezetek	
	száma	%
alkoholos törülköző	14	67
száraz törülköző, vatta	5	24
steril szűrő	12	57
steril főzőedény	9	43
desztillált víz	6	29
óvszer	17	81
aszkorbinsav	9	43
fólia	3	14
vénakrém	7	33
vitamin	13	62
érszorító	2	10
egyéni kockázatfelmérés	17	81
tanácsadás biztonságos injektálásról (szóbeli)	21	100
tanácsadás biztonságos injektálásról (írott szóróanyag)	6	29

Forrás: Tarján 2011

A tűcsere szervezetek forgalmi adatait gyűjtő internetes portálon 2010-re vonatkozóan a szervezetek ismét jelentették intravénás kábítószer-fogyasztó klienseik nemét, elsődleges szerét és életkorát, az adatok a 4.2. fejezetben olvashatók.

A 4.3 fejezetben két kutatás beszámolója is olvasható, amelyek kitérnek az intravénás kábítószer-fogyasztók körében megfigyelt új szerhasználati mintázatokra, elsősorban a mefedron megjelenésére és ennek következményeire, amely többek között hozzájárulhatott a tűcsere programok forgalmi adatiban megfigyelt növekvő tendenciához.

A tűcsere programokra vonatkozó szakmai szabályzó anyag kidolgozását lásd a 3.2. fejezetben.

A tűcsere programok finanszírozása⁷⁶

A támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások⁷⁷ finanszírozásának rendjéről szóló 191/2008. (VII. 30.) Korm. rendelet a közösségi ellátások, s ezen belül az alacsonyküszöbű ellátások új finanszírozási rendszerét vezette be.⁷⁸ A szolgáltatások működtetését az állam

⁷⁵ A lekérdezést a Nemzeti Drog Fókuszpont végezte.

⁷⁶ A Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztály 2010. évi tevékenységéről szóló beszámolója (NEFMI 2011) alapján.

⁷⁷ pszichiátriai betegek közösségi alapellátása, szenvedélybetegek közösségi alapellátása, alacsonyküszöbű ellátás.

⁷⁸ Ezt megelőzően a támogató szolgáltatások és a közösségi ellátások finanszírozási rendjét a szociális törvény 2007. évi módosítása alakította át. 2008. év végéig kötelező önkormányzati feladat volt a 30 000 főnél nagyobb

három évre megkötött finanszírozási szerződések útján támogatja. A pályázatokat a szociálpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium írja ki, a pályázatát és a finanszírozás technikai feladatait a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal bonyolítja le. Az általános pályázatot követően ellátatlanul maradt területek lefedésére a költségvetési források függvényében újabb nyílt pályázat vagy meghívásos pályázat írható ki. Ha a megfelelő források rendelkezésre állnak, fejlesztési pályázat is lebonyolítható, amelyben a fenntartó a működési támogatáson túl fejlesztési támogatást is nyerhet a szolgáltatás feltételeinek kialakításához. Alacsonyküszöbű szolgáltatások esetén a 2009-2011.12.31-ig tartó időszakra a fix összegű éves működési támogatás 7.000.000 Ft (25.408€⁷⁹) volt. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások által nyújtott alaptevékenységek közül kettő biztosítása alapfeltétel: pszicho-szociális intervenciók, információs, felvilágosító szolgáltatások, megkereső munka, drop in „toppanj be központ”. A kiegészítő tevékenységek, melyek önállóan nem, kizárólag a meghatározott alaptevékenységekkel együtt pályázhatóak a következők: telefonos, információs vonal, partiszervíz, tűcsere szolgáltatások. Ezekon kívül további támogatások bevonása is lehetséges. Ilyen forrás lehet a minisztériumi pályázatokon belül az infrastrukturális fejlesztésre, dologi kiadásokra és személyi költségekre kiírt pályázatok, emellett az önkormányzatok is írhatnak ki ilyen típusú pályázatokat. (Csák et al. 2010)

Tanácsadás, szűrővizsgálatok

Az Egészségügyi Minisztérium 2006 óta folyamatosan biztosítja az anyagi háttérrel az intravénás szerhasználók évenkénti, 2 hónapig tartó szűrővizsgálatára a HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálata⁸⁰ céljából. 2010 áprilisa óta az arra vállalkozó tűcsere szervezeteknél és drogambulanciáknál egész évben elérhető a HIV/HBV/HCV szűrővizsgálat intravénás kábítószer-fogyasztók részére. A programot szintén az Egészségügyi Minisztérium finanszírozta. Az Országos Epidemiológiai Központ koordinálásában 10 szervezet a program kezdete óta egész évben folyamatosan felajánlotta a HIV, HBV, HCV szűrővizsgálatok lehetőségét a klienseinek, akik önkéntesen, az évenkénti országos prevalencia vizsgálat során adott motivációs díj nélkül jelentkeztek a mintavételre. A szűrővizsgálatok módszertana megegyezett az elmúlt négy évben a HIV, HBV, HCV fertőzések prevalenciájának mérésére irányuló szűrővizsgálatok módszertanával⁸¹. A vizsgálat sok esetben kiegészült kliensre szabott tanácsadással is. A szűréshez kapcsolódóan a szervezetek egyéni kockázatfelmérést is készítettek: egy kérdőíven a szervezetek rákérdeztek a kockázati magatartásformákra (közös tű/fecskendő használat, bármely injekcióhoz szükséges eszköz közös használata az elmúlt 4 hétben), korábbi szűrésen való részvételre, injekciós szokásokra, a szexuális magatartásra és további kiegészítő információkra.⁸² A 2010-ben végzett szűrővizsgálatok HIV/HBV/HCV prevalenciájára és a kockázati magatartásokra vonatkozó adatokat lásd: 6.1. fejezet.

2010 márciusában a Kék Pont Alapítvány egyedülálló szolgáltatást indított el tűcsere programja keretében Budapesten a VIII. kerületben (Kováts 2011). Az intravénás kábítószer-használó nőknek és a tűcsere programba járó szerhasználók női hozzátartozóinak kéthetente hétfőnként, "Csere Csak Csajoknak" felhívással, nőknek szóló szolgáltatásokat kínálnak, kizárólag női szakemberekkel. A tűcsere mellett speciális egészségügyi és szociális szolgáltatásokat nyújtanak úgy, mint orvosi, védőnői és szociális munkás

lélekszámú településeknek a közösségi ellátásokat – azon belül az alacsonyküszöbű szolgáltatást biztosítani. 2009. január 1-jétől megszűnt az önkormányzati kötelező feladatellátás, s ez által az állami normatív hozzájárulás, mely a működési engedély megszerzését követően jutott a Magyar Államkincstáron keresztül a szolgáltatókhoz.

⁷⁹ Az fejezetben az értékek a 2010-es hivatalos euró középárfolyam (1€ = 275,5Ft) szerint kerültek kiszámításra.

⁸⁰ 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

⁸¹ Lásd: 2007-es Éves Jelentés, 6.2. fejezet.

⁸² A kérdőív az EMCDDA ajánlásai és a 9. standard tábla 2. és 3. részei alapján lett kidolgozva.

konzultációt, HIV és hepatitisz szűrést, általános életvezetési-, higiénés és táplálkozási tanácsadást, óvszer és terhességi teszt hozzáférést, családtervezési és gyermeknevelési ismeretek terjesztését, szex-edukációt, jogsegélyszolgálatot és internet hozzáférést. A programnak köszönhetően a budapesti legnagyobb tűcsere program klienskörében 20%-ról 25%-ra nőtt a nők aránya a tárgyévben. A program elindítása időszerű volt többek között az elmúlt években a nők körében mért átlagosnál magasabb hepatitisz C prevalencia értékek miatt⁸³.

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2010-ben könyvformátumban, magyar nyelven is kiadta az EMCDDA által publikált „Útmutató az intravénás kábítószer-fogyasztók körében végzett HIV vírushepatitisz és egyéb fertőzések szűréséhez” című szakmai kiadványt, amely elsősorban a tűcsere szervezetek és a drogambulanciák körében került kiosztásra a 2010. év végén a Nemzeti Drog Fókuszpont által szervezett országos tűcsere szakmai találkozón.

Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról szóló 46/2003. (IV. 16.) OGY határozattal meghirdetésre került Népegészségügyi Program „Egészséges életmód” programján belül szerepel a drogmegelőzés, valamint a HIV/AIDS-megelőzés alprogram.⁸⁴ Ennek keretein belül 2010-ben HIV/AIDS counselling tanfolyam került megrendezésre a bőr- és nemibeteg-gondozó dolgozóinak számára, melyen összesen 29 szakember vett részt 10 megyéből és Budapestről.

Az AIDS Világnapalkalmából 2010. november 30.-december 1. között a Semmelweis Egyetemen és a Ferencvárosi Művelődési Központban HIV/AIDS megelőzés zajlott, „Védd magad” címmel. A tevékenység fő irányvonalai: megelőzés, felvilágosítás, ingyenes szűrővizsgálatok voltak. A Népegészségügyi Program a rendezvényt 2 millió forinttal (7.260€) támogatta.

2010. december 8-án került meghirdetésre a „HIV/AIDS megelőzése a civil szervezetekkel” elnevezésű pályázat. Célja a magas HIV fertőzési kockázatnak kitett közösségek tagjaival a kockázatok megismertetése és azokat csökkentő magatartásformák kialakítása, a szűrés fontosságának hangsúlyozása, valamint a fiatalok iskolai keretek között történő HIV/AIDS megelőzését és a szexuális úton terjedő betegségek elkerülését szolgáló tevékenységek megvalósítása volt. A Népegészségügyi Program a pályázatra 15 millió forintot (54.446€) biztosított.

A 2010-es Sziget fesztiválon a PLUSS Alapítvány, hasonlóan az előző évekhez, anonim, ingyenes, megvárható, tanácsadással, beszélgetéssel, egybekötött HIV szűrést végzett. A Májbetegekért Alapítvány közreműködésével az érdeklődők 2010-ben is ingyenes hepatitisz C szűrésen és tanácsadáson vehettek részt.

Az Országos Tisztiorvosi Hivatal továbbra is 17 db anonim HIV/AIDS tanácsadó szolgálatot működtet azzal a céllal, hogy az önkéntesség elvén nyugvó, az egyén számára térítésmentes HIV/AIDS szűrővizsgálatok lehetősége biztosított legyen.

A fertőzött fogvatartottak körében végzett tanácsadásról, szűrővizsgálatokról és kezelésről szóló információ a 11. fejezetben olvasható.

⁸³ Előző országos prevalencia adatokat lásd: 2007-es és 2008-as Éves Jelentés 6.2. fejezet; 2009-es és 2010-es Éves Jelentés 6.1. fejezet, illetve ez évi jelentés: 6.1. fejezet.

⁸⁴ Forrás: Nemzeti Erőforrás Minisztérium 2010. évről szóló beszámolója

7.3. MÁÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KEZELÉSE

Kábítószer-fogyasztással összefüggő közúti balesetek megelőzése

Magyarország 2010-ben is részt vett a TISPOL nemzetközi közúti ellenőrző akciójában. Az ellenőrzést decemberben hajtották végre 7 napon keresztül. A kábítószer-fogyasztásra utaló anyagok jelenlétét kimutató vizeletminta előszűrő vizsgálat (gyorsteszt) 16.638 vizsgálat során 4 esetben lett pozitív.

Kábítószer-használó várandós anyákat és gyermekeiket érintő beavatkozások

Várandósok ellátása

2010-ben is működött a Józan Babák Klub „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” című programja Budapesten a VIII. kerületben, amelyet szerhasználó várandós nők vagy legfeljebb 1 éve szült édesanyák vehetnek igénybe⁸⁵.

A programot 2010-ben 55 fő vette igénybe, 28 fő személyesen, a többiek telefonon vagy törvényes képviselőjük által. A 28 fő közül 14 fő volt aktuálisan várandós.

A várandós nők közül 12 volt gondozatlan terhes, közülük, miután ellátták őket információval, 7 fő önállóan jelentkezett terhesgondozáson vagy más egészségügyi ellátást kért, 4 fő esetében a szolgáltatás hozta létre az ellátási (klinikai) kapcsolatot, 1 fő kimaradt a programból.

A program látogatói (28 fő) a következő anonim szolgáltatásokat vették igénybe: adományozás (24 fő); droghasználó szülők önszolgáltató csoportja (15 fő), ellátásszervezés (12 fő); jogsegély (9 fő); nőgyógyászati tanácsadás (6 fő), pszichoterápia (5 fő), addiktológiai (orvosi) tanácsadás (3 fő). Továbbá a kliensek egyes egészségügyi ellátásokat a Józan Babák Klub közreműködésével vettek igénybe: szülész-nőgyógyász (9 fő), addiktológiai (1 fő), védőnői (1 fő), háziorvosi (1 fő)⁸⁶.

A Józan Babák Klub klienseinek szociodemográfiai és szerhasználati jellemzői a 6.2. fejezetben olvashatóak.

A Józan Babák Klub kezdeményezésére, a szolgáltatás önszolgáltatói, munkatársai és más szervezetekből csatlakozott szakemberek 2010-ben publikálták a szervezet honlapján a „Droghasználat és gyermekvállalás” c. szakmai ajánlás első részét, amely informális és formális anonim szolgáltatások segítő tevékenységét dolgozza fel.

Következtetések

2010-ben tovább nőtt az ország tűcsere szolgáltatásokkal való lefedettsége: egy új megyében indult tűcsere szolgáltatás, továbbá Budapesten is bővült a lefedett kerületek köre. Az összesített adatokat tekintve nagymértékben tovább növekedett mind az osztott mind a hozott+gyűjtött fecskendők száma, a becserelési arány is javult, 66%-os volt. Az emelkedő tendencia elsősorban az állandó telephelyű – ezek között is – leginkább a budapesti tűcsere programok 2010-es forgalmának köszönhető. 2010-ben a programok 17%-kal több klienst értek el, mint 2009-ben. A tárgyévben 969 új kliens regisztrált a szervezeteknél.

A szervezetek nagy része a steril fecskendők mellett oszt alkoholos törlőkendőt, óvszert, szűrőt, főzőedényt, aszkorbinsavat, vénakrémet és vitamint, végez egyéni kockázatfelmérést, illetve tanácsadást a biztonságos injektálási módszerekről. 2010 márciusától a legnagyobb budapesti tűcsere program női klienseire szabott speciális szolgáltatásokkal kiegészített, csak nőknek szóló programot indított a VIII. kerületben.

⁸⁵ Bővebben lásd: 2010-es Éves Jelentés 7.3. fejezet

⁸⁶ Beszámoló a Józan Babák Klub Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás programja 2010. évi tevékenységéről

2010-ben is folytatódott a Józan Babák Klub „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” című programja Budapesten a VIII. kerületben, amelyet szerhasználó várandós nők vagy legfeljebb 1 éve szült édesanyák vehettek igénybe.

2010 áprilisától kezdődően az Országos Epidemiológiai Központ által koordinált programban részt vevő tűcsere szervezeteknél és drogambulanciáknál egész évben elérhető a HIV/ HBV/ HCV szűrés, és legtöbb esetben ehhez társuló tanácsadás és egyéni kockázatfelmérés is.

8. A DROGFogyasztás szociális vonatkozásai és a társadalmi reintegráció⁸⁷

Háttér, előzmények

2010-ben nem készült célzottan a kábítószer-fogyasztók társadalmi kirekesztettségét vizsgáló széles körű kutatás. Készült azonban néhány tanulmány, melyek, ha érintőlegesen is, de tárgyalnak reintegrációval kapcsolatos kérdéseket. Ezzel együtt meghirdetésre került számos pályázat is, melyek a társadalmi kirekesztettség csökkentését, a reintegráció elősegítését hivatottak szolgálni.

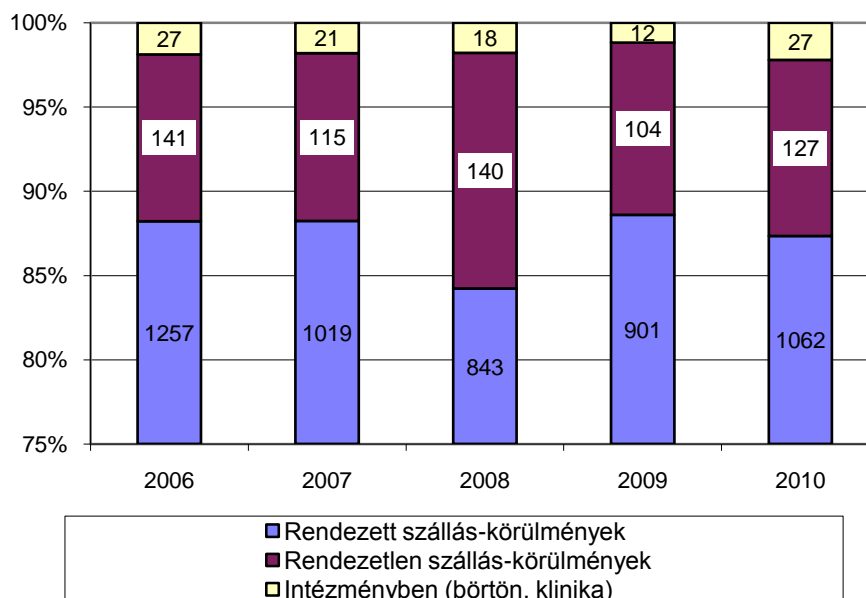
8.1. Társadalmi kirekesztettség

A drogfogyasztók társadalmi kirekesztettségét a kezelésbe lépő kliensekről rendelkezésre álló információkat az a TDI adatbázisból származtatott adatok (OAC 2011a) segítségével mutatjuk be.⁸⁸ Készült továbbá egy vizsgálat (Arnold és Paksi 2010), mely a posztadoleszcencia és a drogfogyasztás összefüggéseit vizsgálta kvalitatív módszerrel.

Lakhatás

A 2010-ben kezelésben megjelenő kliensek 87,3%-a élt rendezett szálláskörülmények között, ami lényegében megegyezik a korábbi években tapasztaltakkal (2009-ben 89%, 2008-ban 84%).

15. ábra. Lakhatási körülmények a kezelésbe lépők körében 2006-2010 között (fő)



Forrás: OAC 2011a

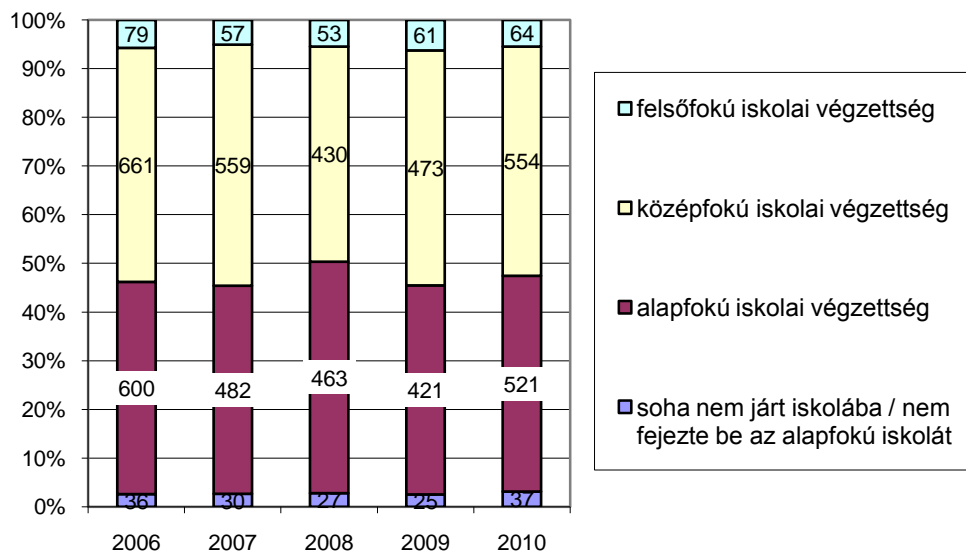
⁸⁷ A fejezet szerzői: Horváth Gergely Csaba, Kun Gábor, Péterfi Anna

⁸⁸ A kezelési adatok a 2010-ben kezelést kezdő kliensek adatait tartalmazzák, akik nem elterelésben – tehát nem a büntetőeljárás alternatívájaként választható ellátási programban – vettek részt.

Iskolai végzettség

2010-ben a kezelésbe lépő kliensek 3,1%-a alacsonyabb végzettséggel sem rendelkezett, ami változatlan helyzetet mutat a korábbi évekkel összevetve. Alapfokú végzettsége a kliensek 44,3%-ának volt, mely megegyezik a megelőző évben tapasztalttal (2009-ben 43%), folytatódik tehát a 2008-hoz (48%) viszonyított kismértékű csökkenés. Középfokú végzettséggel rendelkezett a kliensek 47,1%-a (2009-ben 48%, 2008-ban 44%), mely lényegében azonos a korábbi évben tapasztalttal. A felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya 2010-ben 5,4% volt. Ez az érték évek óta 5-6% között mozog, változás nem történt.

16. ábra. Befejezett iskolai végzettség a kezelésbe lépők körében 2006-2010 között (fő)

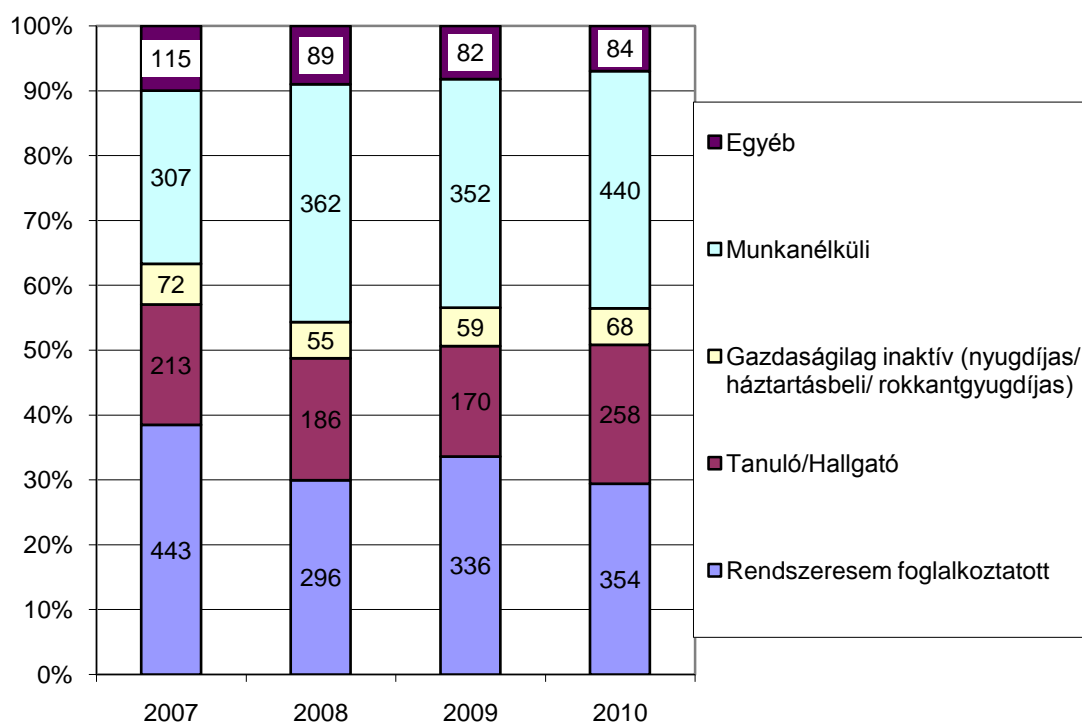


Forrás: OAC 2011a

Munkügyi státusz

2010-ben az újonnan kezelésbe lépő kliensek 29,4%-a volt rendszeresen foglalkoztatott, mely ugyan kismértékű csökkenés a korábbi évhez viszonyítva (2009-ben 33,6%), de lényegében megegyezik a 2008-as értékkel (30,1%), a helyzet tehát stabilnak tekinthető. A tanulók/hallgatók aránya 21,4% volt, mely kismértékű növekedést jelez (2009-ben 17%, 2008-ban 19%). A munkanélküliek arányában változás nem történt, 36,5% volt (2009-ben 35,2%, 2008-ban 36,8%). A kliensek 7%-a nem volt besorolható az említett kategóriákba.

17. ábra. Munkaügyi státusz a kezelésbe lépők körében, korcsoportonként 2007-2010 között (fő)



Forrás: OAC 2011a

Posztadoleszcencia és drogfogyasztás

A „Posztadoleszcencia és drogfogyasztás” (Arnold és Paksi 2010) című kvalitatív kutatás⁸⁹ alacsony elemszámú, nem reprezentatív vizsgálat volt, ugyanakkor tartalmaz néhány fontos, a szerhasználat szempontjából jelzés értékű következtetést. A vizsgálat eredményeit tekintve: szinte valamennyi interjúalany külön élt a szülői háztól. Általában a problémás szerhasználók előbb költöztek el a családjuktól (átlagosan 18,6 évesen), mint az alkalmi és nem fogyasztó interjúalanyok (átlagosan 19 éves korban). A problémás drogfogyasztók rövidebb ideig folytatták iskolai tanulmányaikat, mint a nem fogyasztók és az alkalmi fogyasztók. A problémás droghasználók esetében a legalacsonyabb az első munkavégzés kezdetének életkora. Ők valamivel több, mint 16 évesen kezdtek el rendszeresen dolgozni, szemben az alkalmi fogyasztókkal és a nem fogyasztókkal, akik átlagosan 20 éves korukban léptek a munkaerőpiacra. Ugyanakkor a munkavégzés intenzitása és tartóssága tekintetében a vizsgálat időpontjában a problémás droghasználók nagyobb része nem folytatott kereső tevékenységet, akik viszont igen, azokra az alkalmi munkavállalás volt a jellemző. Velük ellentétben az alkalmi és a szert nem használók szinte mindegyike végzett a vizsgálat időpontjában valamilyen kereső tevékenységet, legtöbbször ezt állandó munkaviszony keretében tették. A kutatás során párkapcsolati jellemzők is elemzésre kerültek. Párkapcsolati jellemzők vonatkozásában a nem fogyasztók és az alkalmi használók között nincs markáns különbség. Az interjúalanyok e két csoport esetében nagyobb részt tartós párkapcsolattal rendelkeznek. Mindhárom csoport esetében elmondható, hogy az élettársi, vagy házastársi viszony nem jellemző rájuk. A problémás szerhasználók között a legmagasabb azok száma, akik nem rendelkeznek semmilyen formában tartós kapcsolattal.

⁸⁹ A kutatás három vizsgálati csoportot vizsgálva (szert nem használó, alkalmi fogyasztó és problémás szerhasználó) összesen 45 fő részvételével készült; mélyinterjú, önkitöltős kérdőív és életmód-időmérleg naplót tartalmazó kombinált technikával.

Szegénység és társadalmi kirekesztés

A 2009 augusztusa és szeptembere között folyó Eurobarometer felmérés⁹⁰ „a szegénységről és a társadalmi kirekesztésről” eredményei 2010 februárjában kerültek jelentés formájában publikálásra. Bár a vizsgálat elsődleges fókuszában nem a kábítószer-használók álltak, néhány kérdés vizsgálta a szegénység és társadalmi kirekesztettség, viszonyát a káros szenvedélyekkel (beleértve a kábítószer-használatot is).

Arra a kérdésre, hogy mi a hajléktalanná válás 3 legfőbb oka, a magyarországi válaszadók 64%-ban az egyéni eladósodást jelölték meg, 61%-ban a munkanélküliséget és 37%-ban a szenvedélybetegségeket (alkohol, kábítószer, egyéb addikció). Minden más ok csak ezek után következett. A szegénység magyarázó okaként a válaszadók 19%-a (negyedik leggyakoribb válaszként) jelölte meg, hogy a szenvedélybetegség az oka az egyén szegénységének. A válaszadók arra a kérdésre, hogy a lakosság mely csoportjai vannak kitéve leginkább a szegénységnek, a lehetséges 15 kategória közül, a 8. legveszélyeztetettebb csoportként⁹¹ a függőségben szenvedőket jelölték meg.

Míg az egyes szegénységet kiváltó okok között viszonylag meghatározó helyen szerepel a válaszadók véleménye szerint a szenvedélybetegség, addig a szociálisan támogatandók sorrendjében a szenvedélybetegek csoportja a legutolsók között szerepel. A válaszadók mindössze 7%-a gondolta, hogy a szenvedélybetegeknek elsőbbséget kell élvezniük a szociális ellátások tekintetében.

8.2. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ

Szociális ellátás (alacsonyküszöbű ellátás és közösségi ellátás szenvedélybetegek részére)

A rendelkezésre álló adatok alapján 2010-ben összesen 125 szolgáltató nyert befogadást a normatív szociális szolgáltatás finanszírozási rendszerbe. 53 szolgáltató alacsonyküszöbű, illetve 72 szolgáltató szenvedélybetegek részére történő közösségi ellátást végzett az ellátási területeken (alkohol- és drogfüggőségben szenvedők részére összesen). A szolgáltatók részére kiutalt támogatás 1.191.548.628 (4.325.040 €⁹²)forint volt. A 2010-es évben a működési finanszírozáson túl lehetőség nyílt fejlesztési támogatás igénybevételére, szolgáltatóként legfeljebb 400.000 forint (1452 €) értékben. A 106 támogatást elnyert szolgáltató szervezet eszközbeszerzést, kisebb épület-átalakítást hajtott végre, illetve képzési programokat valósított meg összesen 23.649.165 (85.840 €) forint értékben.⁹³

Oktatás

A Belvárosi Tanoda Alapítvány Gimnázium és Szakközép iskola 2010 októberében kezdte meg a Hullott Körték Paradicsoma című projektjét, melynek tervezett befejezése 2011 júniusában várható. A program Európai Unió forrásból, közel 40 millió forint (145.190 €) támogatással valósul meg (TÁMOP-3.2.1/B-09/3).

A Hullott Körték Paradicsoma című projekt közvetlen célcsoportjába negyven, 16-25 éves fiatal tartozik, akik számos problémával – többek között labilis pszichés állapot, magatartászavar, sajátos nevelési igény, halmozottan hátrányos helyzet,

⁹⁰ Special Eurobarometer 321: Poverty and Social Exclusion.

⁹¹ A legtöbben a munkanélkülieket (68%), majd az idős embereket (47%), harmadik leggyakrabban említett csoportként pedig a fogyatékkal élőket és tartós betegségben szenvedőket említették (33%). A szenvedélybetegek csoportját megelőzik oktatási, szakképzési vagy készségbeli hiányosságokkal küzdők (30%), a fiatal felnőttek (29%), az egyedülálló szülők (26%), valamint a roma származásúak és a bizonytalan munkaviszonyban foglalkoztatottak (25-25%).

⁹² A fejezetben az értékek a 2010-es hivatalos euró középárfolyam (1€ = 275,5Ft) szerint kerültek kiszámításra.

⁹³ Forrás: Szociális és Munkaügyi Minisztérium (a Nemzeti Erőforrás Minisztérium jogelődje).

szenvedélybetegség – küzdenek és ebből adódóan más, „normál” középiskolából kimaradtak.

A projekt keretében megvalósuló fejlesztések:

- tanórán kívüli szolgáltatások fejlesztése,
- drámapedagógus és pszichológus alkalmazása,
- főállású iskolai szociális munkás alkalmazása,
- a szakembergárda 10 mentorral történő növelése,
- a mentorálás óraszámának növelése,
- szabadidős és közösségi programok körének bővítése,
- szupervizor alkalmazása a csapatmunka erősítésére.

Foglalkoztatás

A KAB-RE pályázat keretében megvalósított programok

A szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő fejlesztések – vissza nem térítendő – támogatását szolgáló pályázat⁹⁴ 2009 tavaszán 50 millió forint (181.488€) keretösszeggel, került kiírásra. A támogatási időszak 2009. június 1. - 2010. június 30. volt.

Infrastrukturális, utógondozást biztosító intézményrendszer fejlesztésre összesen 5 intézmény nyert támogatást. A nyertes pályázatok közül 2 Baranya megyében (Dél-Dunántúl), 2 Hajdú-Bihar megyében (Észak-Alföld) és egy pedig a fővárosban valósult meg. A nyertes pályázatok, céljuk szerint rehabilitációs otthoni, lakóotthoni, félutas ház, védett szállás és munkához kapcsolódó fejlesztésre kaptak támogatást.

Relapszus prevenciót, és önsegítő jellegű programokat 17 szervezet tudott nyújtani ebből a pályázati forrásból. A támogatott programok között megtalálhatók hozzátartozóknak nyújtott csoportfoglalkozás, önsegítő (internetes önsegítő csoport is), józanság megtartó, reszocializációt célzó csoportok is. Az alkalmazott módszerek között szabadidős, sportprogramok, művészeti eszközökkel dolgozó, irányított csoportfoglalkozások és a lovas terápia is szerepelt.

Komplex képzési program megvalósítására 12 szervezet nyert támogatást.

Következtetések

2010-ben a TDI adatbázisban szereplő kliensek szociális dimenzióinak tekintetében lényeges változás nem történt a korábbi évekhez viszonyítva.

A szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő fejlesztések támogatását szolgáló pályázat keretében a 2010-ben záruló támogatási időszakot tekintve 34 program nyert támogatást. 17 szervezet relapszus prevenciót szolgáló, valamint önsegítő jellegű programok megvalósítására jutott támogatáshoz. 12 szervezet komplex képzési programot valósított meg, 5 szervezet utógondoskodást biztosító intézményrendszer fejlesztése érdekében jutott infrastrukturális támogatáshoz.

⁹⁴ Bővebben lásd 2010-es Éves Jelentés 8.2. fejezet.

9. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS, KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE ÉS A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI SZERVEZET⁹⁵

Háttér, előzmények

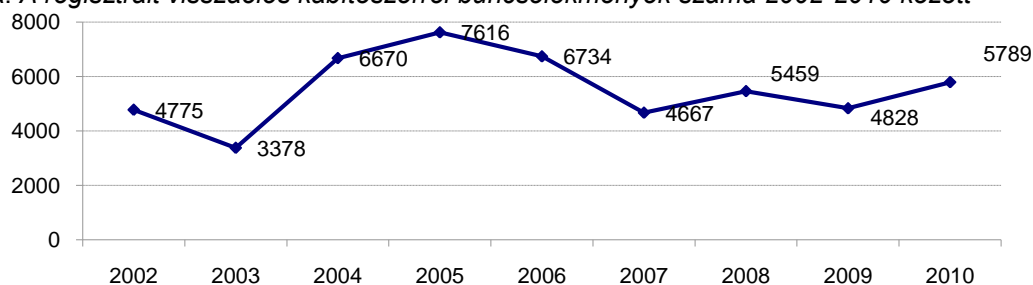
A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények, illetve a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők adatainak elemzése és a kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos fejlemények bemutatása a Legfőbb Ügyészség által vezetett Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerből (ENYÜBS 2011) nyert adatokon alapul. Az ENYÜBS rendszerében a nyomozás lezárásakor rögzítik az adatokat, melyek a bűncselekményre és az elkövető jellemzőire is kiterjednek.⁹⁶

9.1. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS

Visszaélés kábítószerrel bűncselekmények

2010-ben 5789 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indított eljárás fejeződött be.⁹⁷ 2009-hez képest ez viszonylag magas, 19,9%-os növekedést jelent. Az összes bűncselekmény száma 14%-kal növekedett a megelőző évhez képest, tehát - a 2009-es arányt tekintve 100%-nak - valamelyest a kábítószer-bűnözés össz-bűnözésen belüli aránya is növekedett (+4,8%-kal).

18. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 2002-2010 között



Forrás: ENYÜBS 2011

A visszaélés kábítószerrel bűncselekményekben a büntetőeljárás kezdeményezője az esetek túlnyomó többségében (91,6%) 2010-ben is a Rendőrség valamely szerve volt. A fennmaradó 8,4%-ban a büntetőeljárás kezdeményezői között szerepelt a Vám- és Pénzügyőrség, az Ügyészség, a sértett vagy más személy, a Honvédség, illetve valamilyen büntetés-végrehajtási testület.

⁹⁵ A fejezet szerzői: Port Ágnes, Tarján Anna

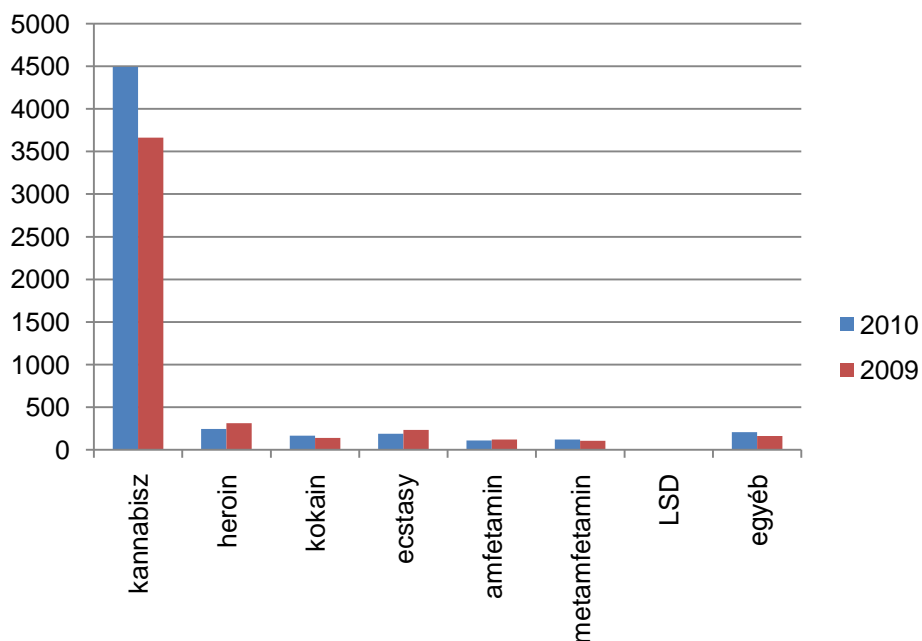
⁹⁶ Részletekért lásd még a 2010-es Éves Jelentés 9. fejezet Háttér/ Előzmények és 9.1. alfejezet részét.

⁹⁷ A 2010-ben lezárt nyomozásokat vizsgálva, a bűncselekmények elkövetése és a nyomozás elrendelése között az esetek háromnegyedében kevesebb, mint fél év, 89%-ában kevesebb, mint egy év telt el. A nyomozás elrendelését követően a bűncselekmények 55%-ában fél éven belül, 30%-ában egy éven belül, 13,5%-ában két éven belül zárult le az eljárás. A visszaélés elkövetése és a nyomozás befejezése között tehát jellemzően 0,5-2 év telt el.

Szertípus szerinti megoszlás⁹⁸

Az 5789 regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény közül 5526 esetben került rögzítésre az elkövetés tárgyaként valamilyen kábítószer. 4493 esetben (81,31%) a visszaélés tárgyaként marihuánát állapítottak meg. Heroin 243 esetben (4,40%), ecstasy 186 (3,37%), kokain 164 (2,97%), a metamfetamin 119 (2,15%), amfetamin 109 (1,97%), LSD 7 esetben (0,13%) szerepelt az elkövetés tárgyaként. Egyéb anyag 204 esetben került rögzítésre, ebből 28 esetben morfin, 23 esetben ketamin, 14 esetben mCPP, 7 esetben BZP volt a visszaélés tárgya. Az előző évhez képest növekedett az egyéb anyagokkal (+25,8%), a marihuánával (+22,7%), a kokainnal (+18,8%), és a metamfetaminnal (+12,3%) való visszaélések száma. Ezzel szemben kevesebbszer fordult elő az elkövetés tárgyaként a heroin (-22,4%), az ecstasy (-20,5%) és az amfetamin (-8,4%).

19. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma az elkövetés tárgya szerinti bontásban, 2009-ben és 2010-ben



Forrás: ENYÜBS 2011, Nemzeti Drog Fókuszpont

Elkövetői magatartások

A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeket elkövetői magatartás szerint vizsgálva megállapítható, hogy a visszaélések túlnyomó részét továbbra is a fogyasztói típusú magatartások teszik ki: 2010-ben a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények között 85,5% (4952 eset) volt a fogyasztói típusú bűncselekmények aránya, szemben a bűncselekmények 13,7%-át (795 eset) kitevő kereskedői típusú tevékenységekkel. A maradék 0,8% a következők között oszlott meg: 18. életévét be nem töltötteket veszélyeztető magatartás 1 esetben, büntetendő előkészületek 20 esetben, finanszírozói magatartások 7 esetben, kábítószer előállításához szükséges anyag szolgáltatása 14 esetben került rögzítésre.

2009-hez képest a fogyasztói típusú elkövetések száma 22,3%-kal, a kereskedői típusú bűncselekmények száma 17,4%-kal emelkedett. Folytatva a tavalyi tendenciát, a visszaélés

⁹⁸ Az adatok értékelésénél figyelembe kell venni, hogy a bűncselekmények adatait rögzítő statisztikai lapon csak egy szertípus kerül rögzítésre, és abban az esetben, ha több kábítószerrel is történt visszaélés, nincs egységes előírás arra vonatkozóan, hogy miként kerül kiválasztásra a rögzítendő szertípus.

kábítószerrel bűncselekményeken belül a fogyasztói típusú magatartások aránya 2,0%-kal nőtt.

25. táblázat. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma és aránya az elkövetési magatartás és a kábítószer mennyisége⁹⁹ szerinti bontásban 2010-ben

Elkövetői magatartás	Csekély mennyiség		Alapeset		Jelentős mennyiség		Összesen	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Fogyasztói magatartások	4392	88,69	458	9,25	102	2,06	4952	100
Kereskedő típusú magatartások	542	68,18	180	22,64	73	9,18	795	100
Összesen	4934	85,84	638	11,12	175	3,04	5747	100

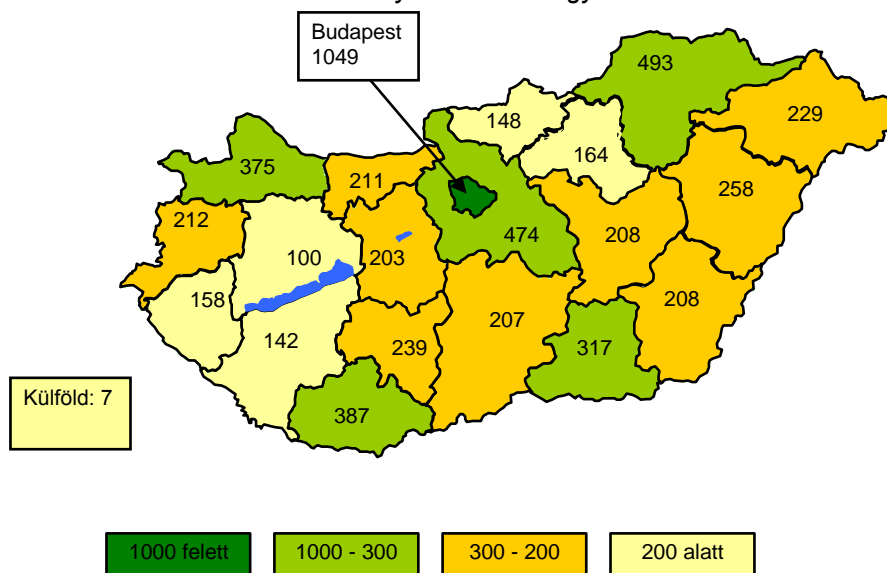
Forrás: ENYÜBS 201

A bűncselekmények 86%-át csekély mennyiségű, 11%-át alapeset szerinti, 3%-át pedig jelentős mennyiségű kábítószerrel követték el. 2009-hez képest (74,98%) a csekély mennyiségre elkövetett bűncselekmények aránya 14,5%-kal emelkedett. Az alapesetre elkövetett bűncselekmények aránya 49,6%-kal (11 százalékponttal) csökkent.

A fogyasztói típusú visszaélések 89%-át, a kereskedői típusú bűncselekmények 68%-át tették ki a csekély mennyiségű kábítószerrel elkövetett bűncselekmények. Jelentős mennyiséggel való visszaélés a fogyasztói típusú magatartásoknak mindössze 2%-ában, a kereskedői típusú magatartások 9%-ában volt jelen. 2009-hez képest jelentősebb változás a fogyasztói magatartásokon belül a csekély mennyiségű kábítószerrel elkövetett bűncselekmények arányában volt tapasztalható, ahol is jelentős (13 százalékpontos) növekedés történt.

Az elkövetés helye

2. térkép. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma megyék szerinti bontásban 2010-ben



Forrás: ENYÜBS 2011, Nemzeti Drog Fókuszpont

A legnagyobb számú kábítószerrel visszaélés bűncselekményt 2010-ben is Budapesten követték el, bár a fővárosban 173 esettel kevesebb történt, mint 2009-ben. Győr-Sopron,

⁹⁹ A mennyiségi definíciókat a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény hatálybalépéséről és végrehajtásáról 1979. évi 5. törvényerejű rendelet tartalmazza.

Komárom-Esztergom, Veszprém, és Heves megye kivételével valamennyi megyében növekedett a visszaélések száma, a legnagyobb mértékben Borsod-Abaúj-Zemplén (a megye az ötödik helyről Budapest után a második helyre jött fel), Békés, Hajdú-Bihar és Tolna megyékben. Általában elmondható, hogy a fő trendek nem változtak: a kábítószer-bűnözés által leginkább érintett területek a főváros és Pest megye, a déli határ menti területek, illetve az ország ÉNY-i és ÉK-i csücskei.

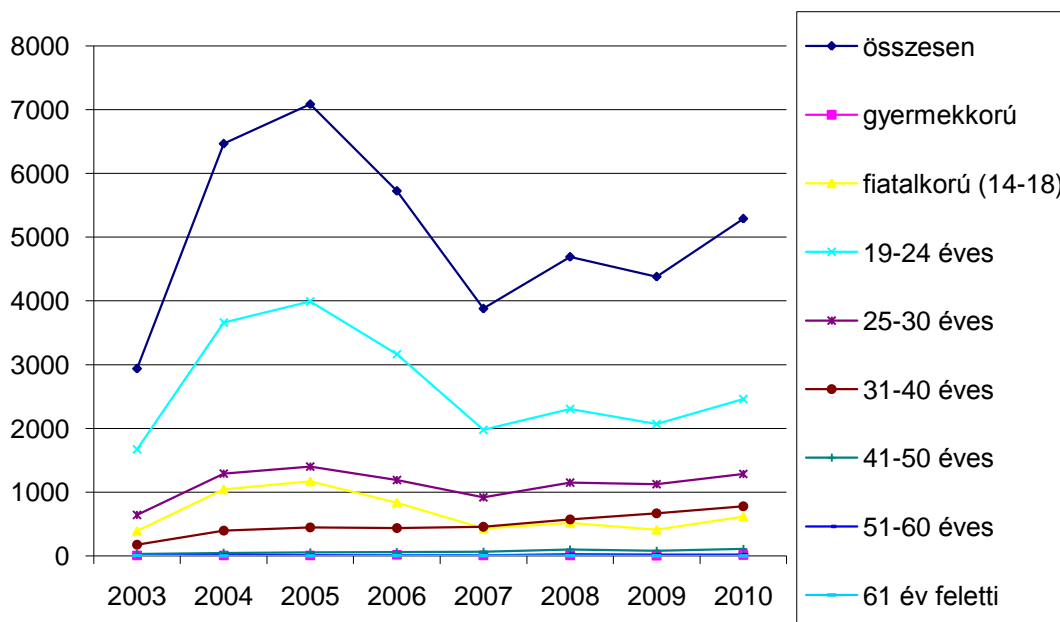
Az elkövetők

2010-ben az 5789 rendbeli bűncselekményhez kötődően 5291 elkövetőt regisztrált a bűnügyi statisztika. Az előző évhez képest 20,7%-kal - a bűncselekmények számában tapasztalható növekedés mértékével megegyező mértékben - növekedett az elkövetők száma. Az elmúlt 4 évre visszatekintve, 2010-ben volt a legmagasabb az elkövetők száma, ugyanakkor még mindig nem érte el az azt megelőzően, 2004 és 2006 között jellemző 6-7000-es számot. Az elkövetők száma az összes bűncselekményt figyelembe véve 8,21%-kal nőtt, vagyis a kábítószerrel visszaélést elkövetők között a növekedés mértéke az összes elkövető számában látható növekedésnek több, mint kétszerese volt.

Nemek és életkor szerinti megoszlás

A 2010-ben regisztrált kábítószerrel való visszaélést elkövetők nemek és életkor szerinti megoszlása nem változott számottevően az elmúlt évekhez képest. Kivételt csak a fiatalok elkövetők képeznek. Számuk 616, arányuk a kábítószerrel visszaélést elkövetők között 11,6% volt 2010-ben. 2009-hez képest a fiatalok elkövetők száma másfélszeresére, aránya a kábítószerrel visszaélést elkövetők között 23,6%-kal (2,2 százalékponttal) nőtt. 2005 óta először fordult elő, hogy a fiatalok aránya növekedett az elkövetők között.

20. ábra. A regisztrált visszaélést kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma korcsoportonként és összesen 2003 és 2010 között



Forrás: ENYÜBS 2011, Nemzeti Drog Fókuszpont

A fenti grafikonból látható, hogy az egyes korcsoportokba tartozó elkövetők számának alakulása követi az összes elkövető számának alakulására jellemző trendet (vagyis arányuk az elkövetőkön belül nagyjából állandó), kivéve a 31-40 év közötti elkövetőkét, akiknek az aránya 2002 és 2009 között folyamatosan emelkedett (6%-ról 15%-ra), majd idén először kis mértékben csökkent (14,7%-ra).

2009-hez képest a kábítószerrel visszaélést elkövetők összes elkövetőhöz viszonyított életkori eltérései nem változtak. A kábítószer-bűnözést elkövetők életkora jóval alacsonyabb, mint az elkövetők általában: a 19-30 év közöttiek aránya a kábítószerrel visszaélők között 70,8%, csaknem kétszer akkora, mint az összes elkövető között (36,3%).

Iskolai végzettség szerinti megoszlás

Az elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlása lényegében nem változott tavalyhoz képest, egyedül a gimnáziumot végzetek aránya csökkent említésre méltó mértékben, 9,4%-ról 4,5%-ra.

Előélet szerinti megoszlás

Az 5291 kábítószerrel visszaélést elkövető közül 3792 fő, azaz az elkövetők 71,7%-a volt büntetlen előéletű, ami a tavalyi 61,8%-hoz képest 16%-os növekedést jelent, és az elmúlt öt évre visszamenőleg is a legmagasabb arány. Ezzel párhuzamosan, a büntetett előéletűek aránya 37%-ról 26%-ra csökkent. A büntetett előéletűek között a nem visszaesők aránya csökkent a legnagyobb mértékben.

26. táblázat. Az elkövetők előélet szerinti megoszlása 2010-ben

Előélet	Fő	%
Büntetlen	3792	71,67
Büntetlen, de intézkedés hatálya alatt áll	117	2,21
Összes büntetett előéletű	1382	26,12
Ebből:		
<i>többszörös visszaeső</i>	85	1,61
<i>különös visszaeső</i>	135	2,55
<i>visszaeső</i>	179	3,38
<i>nem visszaeső</i>	983	18,58

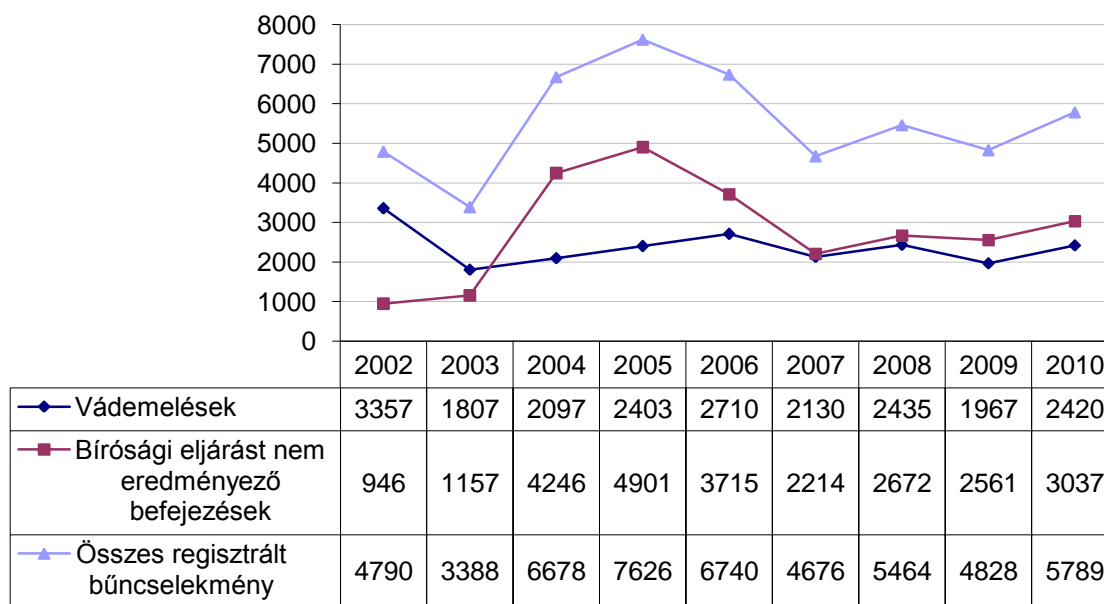
Forrás: ENYÜBS 2011

Vádemelés elhalasztása

A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények miatt indított nyomozásoknak 2010-ben is csak 41,8%-a (2009: 40,7%) végződött vádemeléssel. Az elterelés alkalmazásának köszönhetően a nyomozások 52,5%-a (2009: 53,0%) fejeződött be bírósági eljárást nem eredményező módon (megrovás 74 esetben, büntethetőséget megszüntető egyéb ok 1177 esetben, vádemelés elhalasztása 1786 esetben). A vádemelést nem eredményező befejezések között 2007 óta folyamatosan nő a büntethetőséget megszüntető egyéb ok címen történő befejezések aránya (2010-ben 38,7%), és visszaszorul a megrovás, illetve a vádemelés elhalasztásának alkalmazása.¹⁰⁰

¹⁰⁰ Ennek háttérében a büntetőeljárás szabályok 2006. évi LI. Törvény által történt módosítása áll, ami lehetővé tette, hogy a bűncselekmény elkövetését követően, de a vádemelés elhalasztását megelőzően megkezdett elterelés a büntethetőséget megszüntető ok megállapítását eredményezze, függetlenül attól, hogy a vádemelés elhalasztására mikor kerül sor. Lásd a 2006-os Éves Jelentés 1.1. alfejezetét.

21. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül a bírósági eljárást nem eredményező eljárási formák és a vádemelések száma 2002-2010 között



Forrás: ENYÜBS 2011

Következménybűnözés – a kábítószer hatása alatt történő bűnelkövetés

A kábítószer hatása alatt – visszaélés kábítószerrel bűncselekményen kívül – bűncselekményt elkövetők száma 2010-ben 310 volt, vagyis kevesebb, mint fele az egy évvel korábbinak (637 fő). Az előző évhez képest szembetűnően, 426-ról 60-ra esett vissza a közlekedési bűncselekményt elkövetők száma.

Bűncselekményi csoportokra lebontva, vagyon elleni bűncselekményt 150-en, közlekedési bűncselekményt 60-an (ebből 57 járművezetés bódult állapotban), személy elleni bűncselekményt 23-an, garázdaságot 36-an követtek el kábítószer hatása alatt.

9.2. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE¹⁰¹

Az IRM Bűnmegelőzési Osztály számára, a közép- és felsőfokú rendvédelmi képzést nyújtó oktatási intézmények kábítószer-témával foglalkozó képzési rendszerének kialakítására előirányzott 2 millió forintból (7259€¹⁰²) elkészült a szakterület kompetencia térképe, és kialakításra került egy modulrendszerű, kompetencia alapú képzési struktúra, illetve az oktatásból való kilépéskor a képességek mérését lehetővé tevő értékelési rendszer. A Rendőrtiszti Főiskolán a „Drogproblémák kezelése” c. féléves tantárgy keretein belül kísérleti jelleggel sor került a képzés bevezetésére is.

A 2001-es frissítést követően 2010-ben ismételten megújult a Rendőrség általános iskolai biztonságra nevelő, bűnmegelőzési programja a DADA (Dohányzás-Alkohol-Drog-AIDS). Az új DADA rugalmasabb, az iskolák, a szülők, a fiatalok és az oktató rendőrök elvárásainak is hatékonyabban megfelelő tananyagot tartalmaz.

¹⁰¹ A Belügyminisztérium 2010. évi beszámolója alapján.

¹⁰² Az összeg a 2010-es hivatalos euró középárfolyam (1€ = 275,5Ft) szerint került kiszámításra.

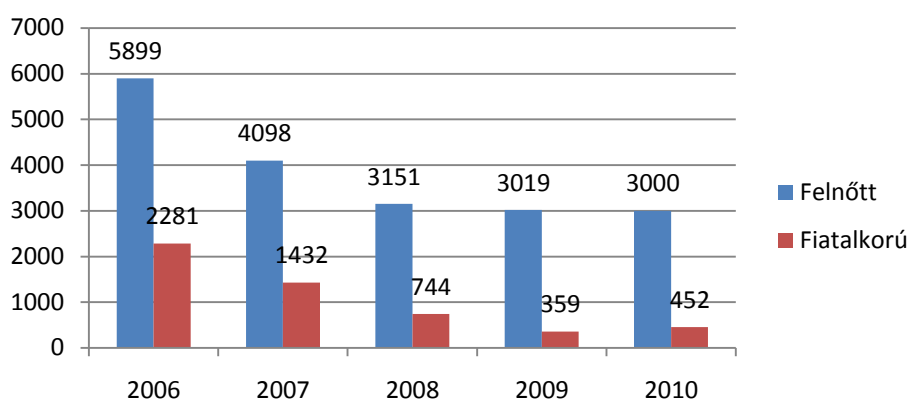
9.3. BEAVATKOZÁSOK A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYÉBEN

Elterelés intézménye

A büntetőeljárás alternatívájaként kezeltek adatainak részletes elemzése az 5.3. fejezetben olvasható. A büntetés-végrehajtás intézményein belül kezelt eltereltek adatai a 11. fejezetben kerülnek bemutatásra.

Az eltereltek esetében továbbá kiemelendő az Igazságügyi Hivatal Pártfogó Felügyelői Szolgálatát. (A tevékenység részletes leírását lásd: 2010-es Éves Jelentés 9.3. fejezet.) 2010-ben az előző évhez hasonlóan alakult a pártfogó felügyeletek száma, azonban nőtt a pártfogoltakon belül a fiatalok aránya, amely összhangban áll a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények elkövetők 2010-es életkor szerinti eloszlásával.

22. ábra. Az adott évben folyamatban lévő kábítószerrel való visszaélésekkel kapcsolatos pártfogó felügyeletek száma, 2006-2010 között



Forrás: KIMISZ 2011

Egyéb beavatkozások a büntetés-végrehajtási intézetekben

Lásd 11. fejezet.

9.4. KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT ÉS PROBLÉMÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT A BÖRTÖNBEN

Fogyasztási mintázatok, kockázati magatartások

Kvalitatív kutatás

2010-ben zárult le a „Börtön és kockázatok” című kutatás (Takács 2010), amely célja a büntetés-végrehajtási intézményekben a kábítószer-használat, illetve a vér útján terjedő betegségek kockázati tényezőinek feltárása, valamint az ártalomcsökkentő információ-átadás és szolgáltatások megvalósíthatósági lehetőségeinek és korlátainak felmérése volt¹⁰³.

¹⁰³ A kutatás a CONNECTIONS - Integrated responses to drugs and infections across European criminal justice systems című nemzetközi együttműködés keretében került megvalósításra 2007-2010 között. A nemzetközi program célja a tagállamok büntetés-végrehajtási intézményeinek HIV/AIDS és egyéb kábítószer-használattal kapcsolatos fertőző betegségekre adott válaszainak fejlesztése volt. A Connections program magyarországi együttműködő partnere a Társaság a Szabadságjogokért egyesület volt, amely megbízta a Drogprevenció Alapítványt a kutatás elvégzésével.

A kvalitatív kutatásban 15, a Drogprevenció Alapítvány tucsera programját igénybe vevő intravénás kábítószer-fogyasztó vett részt (12 férfi és 3 nő), 128 kérdést tartalmazó strukturált interjút készítettek velük. Az interjúban való részvétel feltétele az volt, hogy 2006-ban az alanynak még bv. intézetben kellett tartózkodnia. Az interjúkért

A kutatás eredménye szerint a hazai börtönökben létezik pszichoaktív szerhasználat. Legelterjedtebb a gyógyszerek visszaélészerű használata (többnyire a Rivotrilé). A fogvatartottak nagymennyiségű kávé és cigarettát fogyasztanak. A börtönökben létezik kábítószer-használat, legelterjedtebb a kannabisz, kapcsolatoktól és pénztől függően minden kábítószer beszerezhető. Létezik intravénás használat is, de - bár a válaszadók közül többen is használtak ezen a módon az intézményben - az interjúalanyok véleménye szerint ritka jelenség. A válaszadók maguk nem osztották meg másokkal túikat, de láttak olyan helyzeteket, ahol ez megtörtént. Elmondásuk szerint gyakori az intézetben belüli tetoválás és a testékszerek behelyezése. A szexuális kapcsolatokat az interjúalanyok nem tartják gyakorinak, egy részük szerint óvszer használata jellemző, mások szerint nem. A nemi erőszakot szintén nem tartják gyakorinak.

Az ártalomcsökkentő információátadás és szolgáltatások lehetőségeiről és korlátairól szóló rész a 11. fejezetben olvasható.

Nemzetközi kutatás részadatai

Egy nemzetközi kutatás¹⁰⁴ részeként (Stöver 2011) a magyar büntetés-végrehajtási intézeteket is vizsgálták a kábítószer-fogyasztás elterjedtsége és az arra adott válaszok szempontjából. A kutatás megállapításai szerint a kábítószer-fogyasztás börtönbeli elterjedtsége alacsony, azonban a benzodiazepinek (elsősorban Rivotril) visszaélészerű használata elterjedt a fogvatartottak között.

Kábítószerhez való hozzáférhetőség a börtönben

A nemzetközi kutatás részeként (Stöver 2011) többek között rákérdeztek a kábítószerek börtönbeli hozzáférhetőségére is. A kérdőíves vizsgálatban résztvevők 71,6%-a szerint a börtönökben nehéz kábítószerhez jutni, a nők 81,9%-a míg a férfiak 69,8% gondolta ezt így. Nagyon könnyűnek a minta 9%-a tartotta a kábítószerekhez való hozzáférhetőséget.

A BVOP jelentése szerint míg 2009-ban 88 esetben 91 fogvatartottnál, addig 2010-ben 76 esetben 73 fő birtokában találtak kábítószergyánús anyagot¹⁰⁵ a bv. intézetekben. A bejuttatás módja döntően (63%) továbbra is a fogvatartottak részére biztosított csomagküldés útján történik.

Stöver és munkatársainak kutatása szerint (Stöver 2011) a benzodiazepinek orvosi rendelvényre történő használatán túl jellemző az említett szer körül kiépült piac és kereslet a hazai bv. intézetekben.

A BVOP közlése szerint¹⁰⁶ az orvosi indikáció alapján rendelt, adagolt gyógyszerekkel történő visszaélések megakadályozására szigorú gyógyszeresztási szabályok vannak életben: az ápoló jelenlétében kell bevenni a gyógyszert; ha volt visszaélésre gyanú, kísérlet, porított formában kapja a beteg a gyógyszert. Ennek ellenére alkalmanként előfordul visszaélés.

minden válaszadó 2000 forintot kapott. A vizsgálat korláta, hogy nem lehet tudni, hogy az elmesélt történetek mely évekre vonatkoznak, így bár lehet, hogy 2006-ban, 2007-ben vagy 2008-ban az interjúalany még börtönben volt, de a történet, amit elmesél még 2001-es.

¹⁰⁴ A vizsgálat részeként 102 fogvatartottal vettek fel kérdőívet. A cél az volt, hogy főleg kábítószert fogyasztó/valaha fogyasztó fogvatartottak kerüljenek a mintába, azonban az alacsony elemszám miatt bevontak nem szerhasználó fogvatartottakat is (az arányokról nincs információ), a minta nem reprezentatív. A kérdőívek felvétele 2008 novembere és 2009 februárja között történt. A fogvatartottak a budapesti férfi, a kalocsai női, a márianosztrai férfi és a balassagyarmati férfi börtönből kerültek ki. A kérdőíves vizsgálatot kiegészítve két börtönben (Budapest, Kalocsa) is készítettek fogvatartottak részvételével fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálatot, továbbá az egészségügyi szolgálatok munkatársaival interjút.

¹⁰⁵ A kábítószerek típusáról nincs pontos információ.

¹⁰⁶ Személyes konzultáció útján.

9.5. A KÁBITÓSZER-HASZNÁLAT EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEIRE ADOTT VÁLASZOK A BÖRTÖNBEN

Lásd 11. 3. fejezet.

9.6. A KÁBITÓSZER-FOGYASZTÓK REINTEGRÁCIÓJA A SZABADULÁS UTÁN

Lásd 11. 3. fejezet.

Következtetések

Az ENYÜBS statisztika adatai szerint 2009-hez képest mind a kábítószerrel visszaélés bűncselekmények száma (5789), mind a kábítószerrel visszaélés bűncselekményt elkövetők száma (5291) növekedett, mintegy 20%-kal. A visszaélés tárgyaként 4493 esetben (81%) marihuánát állapítottak meg. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeket túlnyomó részét továbbra is a fogyasztói típusú magatartások teszik ki: 2010-ben a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények között 85,5% (4952 eset) volt a fogyasztói típusú bűncselekmények aránya, szemben a bűncselekmények 13,7%-át (795 eset) kitevő kereskedői típusú tevékenységekkel. A bűncselekmények 86%-át csekély mennyiségű kábítószerrel követték el.

Továbbra is elmondható, hogy a kábítószer-bűnözést elkövetők életkora jóval alacsonyabb a más bűncselekményt elkövetőkéhez képest: a 19-30 év közöttiek aránya a kábítószerrel visszaélők között 70,8%, csaknem kétszer akkora, mint az összes elkövető között (36,3%). 2010-ben az elkövetők között nőtt a fiatalok (14-24) aránya, 2005 óta először. Szintén növekedett az elkövetők között a büntetlen előéletűek aránya, 16%-kal. Jelentősen visszaesett ugyanakkor a kábítószer hatása alatt más bűncselekményt elkövetők száma, és ezen belül is a kábítószer hatása alatt közlekedési bűncselekményt elkövetőké.

Két börtönben végzett kvalitatív kutatás eredményei is azt mutatják, hogy a börtönbeli pszichoaktív szerfogyasztás során a benzodiazepinek (elsősorban Rivotril) visszaélésszerű használata a legelterjedtebb a fogvatartottak között.

10. KÁBÍTÓSZERPIAC¹⁰⁷

Háttér, előzmények

2010-ben a kábítószer gyanús anyagok vizsgálatára a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet (BSZKI), illetve – a Vám és Pénzügyőrség által lefoglalt kábítószeres esetekben – a Vám és Pénzügyőrség Vegyvizsgáló Intézetének laboratóriuma volt jogosult. A lefoglalási adatok összegzése és kiértékelése a BSZKI-nál történt¹⁰⁸.

10.1. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT

Hozzáférhetőség

Online kereskedelem Magyarországon

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2011 elején felmérést¹⁰⁹ (Péterfi és Port 2011) végzett a Magyarországon internetről legálisan beszerezhető, kábítószer listán még nem szereplő új pszichoaktív szerek internetes beszerzési lehetőségeiről és kereskedelmének jellemzőiről. A kutatás négy előre meghatározott szerre fókuszált: a GBL-re, a JWH-018-ra, a mefildrononra (amely egy kitalált anyagnév), valamint az MDPV-re.

A kutatás eredményei szerint az internetes kereskedelem legjellemzőbb értékesítési csatornáit az apróhirdetések és a konkrét szerek értékesítésére létrehozott oldalak. A felmérés során 19 olyan oldalt sikerült azonosítani, ahonnan a négy vizsgált anyag valamelyike beszerezhető volt (JWH-018: 14, MDPV: 12, GBL: 7, mefildronon: 4)¹¹⁰. Az MDPV-t és mefildronont általában növénytápszerként, a GBL-t tisztítószerként (festékdoldó, felnitisztító), a JWH-018-at pedig illatosítóként vagy füstölőként árusították. Származási helyként az MDPV esetében egy apróhirdetés Hollandiát, kettő pedig Oroszországot nevezte meg, GBL esetében egy oldal Németországot tüntette fel.

Az egyes szerekből rendelhető mennyiség a minimálistól (1g) a kifejezetten nagy tételekig (1000g) terjed. Az ár mindenhol a kiszérelés függvényében változott¹¹¹. A szállítás legjellemzőbb módja a postán keresztüli kézbesítés (16/18 oldalon), ahol a fizetés utánvétellel történik. 9 oldal futárral is kézbesít, illetve néhány helyen (5/18) lehetőség van személyes átvételre is. A szállítás módja több helyen a rendelés mennyiségének/ értékének függvényében változik.

A vizsgálat kiterjedt az oldalakon a szerekről adott tájékoztatás fő jellemzőire is. Szinte valamennyi oldal feltünteti, hogy csak legális anyagok kereskedelmével foglalkozik (15/18). Mindenütt felhívják a figyelmet arra, hogy a szerek emberi fogyasztásra nem alkalmasak, valamint arra is, hogy kizárólag 18 éven felülieknek értékesítenek. Az egyes anyagok várható hatásáról csak az oldalak 15%-ában (3/18), pontos összetételéről és hatóanyagáról az oldalak 28%-ában (5/18) volt információ. A szerek tisztasága az oldalak információi szerint 98-100% között van (10 oldal közölt erről információt). Használati utasítás a rendelhető anyagokhoz az oldalak felénél volt megtalálható, ugyanakkor több helyen írták, hogy azt a rendelt termékhez mellékelik.

¹⁰⁷ A fejezet szerzői: Csesztregi Tamás, Port Ágnes

¹⁰⁸ Előzményeket lásd: 2010-es Éves Jelentés 10. fejezet Háttér, előzmények részében.

¹⁰⁹ A kutatás kizárólag magyar nyelvű oldalakra terjedt ki. A kereséshez használt keresőszavak a következők voltak: GBL tisztító, GBL rendelés, gamma-butyrolactone, MDPV eladó, MDPV online shop, JWH-018, JWH potpourri, mefildronon. A keresést 2011. január 13. és február 4. között végezték.

¹¹⁰ A 4 vizsgált szer mellett a keresés időpontjában a következő anyagok szerepeltek a boltok kínálatában: 4-MEC, 5-iai, Benzo Fury (6APB), Methylon, Butylon, Dimethocain, 2-FMC (Bubble), Shrek, M3.

¹¹¹ Lásd a 10.3 alfejezetet.

A Nemzeti Drog Fókuszpont az egészségügyi ellátók és túcseres szolgáltatók körében kérdőíves felmérést végzett (Horváth et al. 2011) a 2010-ben történt, kábítószer-fogyasztással összefüggő, új jelenségekről. A kutatás egyes szerek hozzáférhetőségében bekövetkezett változásokra (mefedron elterjedése, heroinhoz való nehezebb hozzáférés) vonatkozó eredményei a 4.3 alfejezetben olvashatók.

Hazai kábítószer-termesztés és előállítás¹¹²

Kannabisz

A legtöbb kábítószer-típus külföldről jut hazánkba, egyedül a kannabisz esetében játszik egyre meghatározóbb szerepet a belföldi előállítás a kínálat biztosításában.

A 2010. év során az előző évhez képest a kábítószer piacon további átrendeződés volt megfigyelhető és tovább növekedett a hazai kannabisz termesztés. A termesztéshez szükséges anyagok, eszközök forgalmazásával foglalkozó vállalkozások szaporodása miatt észlelhetően egyre több fogyasztó próbálja meg szükségleteit kisebb méretű, kapacitású termesztő hely kiépítésével fedezni.

2008 második felében kezdte meg tevékenységét hazánkban egy Csehországból áttelepült vietnámi állampolgárok által álló, és onnan irányított szervezett csoport, mely kannabisz-termesztésre szakosodott. A csoport felderítését-felszámolását 2009 elején kezdte meg a magyar rendőrség¹¹³. 2010 végéig már több mint 50, professzionálisan felszerelt ültetvény felszámolására került sor, amelyek országonként kb. 30.000 tő kannabisz növényt foglaltak le. A rendőrségnek sikerült behatolnia a bűnszervezetbe, és többek között a szervezet két irányítóját elfogni, és eljárás alá vonni.

Illegális kábítószer laboratóriumok

2010 januárjában a rendőrség Tatabánya környékén derített fel és foglalt le illegális kábítószer-laboratóriumot. Az elkövetők efedrin tartalmú tablettákból kiindulva állítottak elő metamfetamint, az előállítás több helyszínen, néhány száz grammos méretben folyt.

Csempészútvonalak, a hazai piac szerkezeti felépítése¹¹⁴

Kannabisz

A külföldről hazánkba érkező kannabisz hosszú időn keresztül jellemzően közúton, elsősorban Hollandiából került a magyarországi fogyasztókhoz. A heroin-exporttól, illetve tranzittól eltérően, itt még nem volt tapasztalható egy, az egész kereskedelmet kézben tartó szervezet. Ugyanakkor, a vietnámi csoportok az általuk előállított, illetve csempésztett mennyiség, a termelésbe és beszerzésbe befektetett pénz nagyságrendje és ezáltal az általuk biztosított kedvező ár miatt 2010 évre a magyarországi kannabisz piac elsőszámú, meghatározó tényezőjévé váltak.

A vietnámi csoportok a kereslet kielégítése érdekében a hazai előállítás mellett a kannabiszt nagy mennyiségben csempézik hazánkba Szlovákiában, Csehországban és Lengyelországban található, szintén vietnámiak által üzemeltetett ültetvényekről. A kábítószer szállítását a határok nyitottságára tekintettel elsősorban poggyászokban személygépkocsival és menetrendszerű autóbuszjáratokon, vasúton szervezik. Jellemzővé vált az is, hogy Magyarországon élő vietnámi állampolgárok a magyar vásárlókat közvetlenül az elsősorban Csehországban élő szintén vietnámi forrásukhoz irányítják, ezáltal a szállítást már a magyar vásárló biztosítja. Mindennek következményeként napjainkra a

¹¹² A Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet információi és a Belügyminisztérium 2010. évi kábítószerügyi tevékenységéről szóló beszámolója alapján.

¹¹³ Lásd: 2010-es Éves Jelentés. 10.1. fejezet

¹¹⁴ A Belügyminisztérium 2010. évi kábítószerügyi tevékenységéről szóló beszámolója alapján.

Csehországból importált kannabisz mennyisége elérte, sőt talán meghaladta a hollandiai import mennyiségét.

Ezen jelenség felszámolása érdekében az érintett társországok illetékes szerveivel szoros együttműködés zajlik. 2010 októberében egy olyan csoport került felszámolásra, mely heti rendszerességgel szervezte több tíz kilógramm kannabisz Csehországból történő csempészetét, és annak hazai kereskedelmét.

Heroin

A Magyarországon és Törökországban élő, főként török nemzetiségű szervezett bűnözői körrel szemben folytatott eljárásokból megállapítható, hogy Magyarországnak továbbra is jelentős szerepet szánunk: Magyarország az Európán átívelő illegális heroin csempészet láncolatában egy biztos, jórészt megkerülhetetlen kapcsolódási pontot, illetve állomást jelent, a közúti és a vasúti szállítmányok döntő többségét Magyarországon keresztül igyekeznek célba juttatni.

Eljárás folyik Magyarországon élő vietnámi nemzetiségű személyekkel szemben, akik hosszabb időn keresztül, szárazföldi úton, jelentős mennyiségű heroint csempészték Törökországból – Bulgária és Szerbia, illetve Románia érintésével – hazánkba. A kábítószereknek a Balkán útvonalon történő csempészetében részt vevő, török szervezett bűnözői csoportokkal kapcsolatot tartanak a vietnámi nemzetiségű személyekből álló bűnszervezetek.

A 2007-ben heroin terjesztés miatt felszámolt homogén vietnámi szervezet alacsonyabb szinten lévő terjesztői egymástól elkülönülten, külön sejtenként folytatták tevékenységüket, a beszerzést egymástól függetlenül, kisebb mennyiségekben, a lehető legolcsóbb forrás megkeresésével végezték.

Kokain

A Belügyminisztérium beszámolója szerint a kokain csempészet és nagybani elosztás terén továbbra is jelentős szerepet töltenek be hazánkban menekültként tartózkodó afrikai országok - elsősorban Nigéria - állampolgárai, akik a csempészetre rossz anyagi körülmények között élő magyarokat vesznek rá. A beszerzett magyar futárokkal nemcsak, sőt nem elsősorban Magyarországra szállítatnak kokaint. Emellett egyre több magyar nemzetiségű, korábban szintetikus kábítószer terjesztésével foglalkozó csoport áll át ennek az anyagnak a terjesztésére a növekvő kereslet miatt. Szintén nagy mennyiségben foglalkoznak kokain csempészetrel és értékesítéssel albán nemzetiségű elkövetők, akik elsősorban a Fekete-tenger és a Földközi-tenger kelet-európai kikötőiből csempészik hazánkba a kábítószer.

Szintetikus kábítószer

A szintetikus kábítószer nagybani beszerzésének, csempészetének, terjesztésének struktúrájában nincs jelentős változás hazánk Európai Unió, illetve Schengeni csatlakozása óta, melynek következtében a határok nyitottá váltak¹¹⁵.

Egy, a hazai amfetamin kínálati piacot feltérképező kutatás¹¹⁶ (Ritter 2010) szerint Hollandián keresztül jut Magyarországra a legtöbb típusú kábítószer (marihuána, kokain, amfetaminok),

¹¹⁵ Lásd korábbi Éves Jelentések: 10.1. fejezet

¹¹⁶ A 2010-ben, az Egészséges Ifjúságért Alapítvány által a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatásával készült kutatás célja a hazai amfetamin kínálati piac működési struktúrájának feltárása volt. A kínálati oldalt jellemző indikátorok: lefoglalások a vizsgált időszakban; büntetőeljárások a vizsgált időszakban; hazai előállítók, befektetők, beszerzők tevékenysége; az amfetamin-elosztás szervezettsége, struktúrája. A vizsgálati mintát egyrészt az elmúlt 10 év kriminálstatisztikai és drogfoglalási adatai, másrészt az ORFK, a BRFK szakembereivel, drogos ügyekben legalább 3 éve rendszeresen eljáró ügyészekkel és bírókkal készült

viszont az előállításához szükséges alapanyagok, prekursorok hazánkból, vagy tranzit országgént rajtunk áthaladva kerülnek Hollandiába. A nem helyben előállított anyag a Holland-Antillák érintésével általában hajón kerül Hollandiába, ez jellemzően a kokain, melynek a fő forrása Dél-Amerika. Magyar elkövetők jellemzően csak Hollandiából, Belgiumból és Spanyolországból hoznak szert, ritka a balkáni államokból vagy Dél-Amerikából történő behozatal. A dél-szláv államokból is kerül áru hazánkba, de ők mint terjesztők, csak csekély részt vesznek ki a piacból. A behozott szer jellemzően az amfetaminok és az előállításukhoz szükséges alapanyagok, és elsősorban vidéken, főleg Szegeden vannak érdekeltségeik. A kutatás szerint a Csehországból és Szlovákiából származó metamfetamin nem jellemző a hazai drogpiacon. Egyre jellemzőbb viszont a prekursorok interneten történő rendelése, elsősorban Kínából.

Az új szerek és legális anyagok jelentős változást hoztak a drogpiacon szereplők jellemzőiben. (Ritter 2010) Egyre több szervezett csoporttól elkülönülő, kisebb társaság vagy egyén próbálkozik előállításal (bár ennek a kockázata jellemzően még mindig magasabb, mint a csempészetnek), ami azt eredményezi, hogy egyre inkább fragmentálódik az amfetamin-piac. A kereskedők, beszerzők jellemzően egy vagy két szertípussal foglalkoznak, csak terjesztői szinten jelenik meg a szélesebb paletta. Az amfetaminokhoz általában a kokain társul, ritkán a marihuána. A hazai amfetamin-kereskedelemmel foglalkozó bűnözői csoportok befektető vagy kereskedelemmel foglalkozó tagjainak szociális jellemzői eltérnek az „átlag” bűnözőétől: jellemzően fiatal 30 év körüli legalább középiskolai végzettséggel rendelkező középosztálybeli, vagy a közelmúltban meggazdagodott családokból származnak. Előfordul, hogy korábban már más bűncselekmény miatt büntetett, bűnözői tapasztalatokkal rendelkezők kezdenek amfetamin-kereskedelemmel foglalkozni, befektetve az egyéb bűncselekményekből származó pénzeszközöket, de gyakran még büntetlen előéletű fiatalok vágnak bele, jelentős és rövid idő alatt megszerzhető jövedelem reményében, az illegális tevékenységbe.

10.2. LEFOGLALÁSOK

Az alábbi táblázat a Rendőrség, valamint a Vám- és Pénzügyőrség által lefoglalt anyagok együttes mennyiségét tartalmazza.

27. táblázat. *Lefoglalások száma és mennyisége 2009-ben és 2010-ben*

Szertípus	2009		2010	
	lefoglalások száma	lefoglalt mennyiség	lefoglalások száma	lefoglalt mennyiség
Marihuána (kg)	1939	293,4	2220	528,1
Kannabisz növény (tő)	171	20 501	213	14 824
Hasis (kg)	67	16,1	44	8,5
Heroin (kg)	110	124,7	73	97,8
Kokain (kg)	139	19,9	132	14,4
Amfetamin (kg)	388	52,3	484	71,2
Metamfetamin (kg)	24	0,08	41	3,4
Ecstasy tableta (db)	33	5413	9	1135
/MDMA, MDA, MDE/				
LSD (adag)	16	389	12	461
Mefedron (kg)	2	0,001	339	19,0
Növényi anyagok szintetikus kannabinoidokkal (kg)	2	0,003	51	14,8

Forrás: BSZKI 2011

beszélgetések, valamint az amfetamin-kereskedelem/terjesztés miatt jogerősen elítéltekkel készült interjúk alkották. Összesen 48 interjú készült, ebből 39 elítéltekkel és 9 szakemberekkel.

2010 folyamán tovább nőtt a kannabisz-növény lefoglalások száma, ami a hazai termesztés további terjedésére utal. A lefoglalások között ebben az évben is jelentős volt a mesterséges körülmények között nevelt kannabisz-növények aránya.

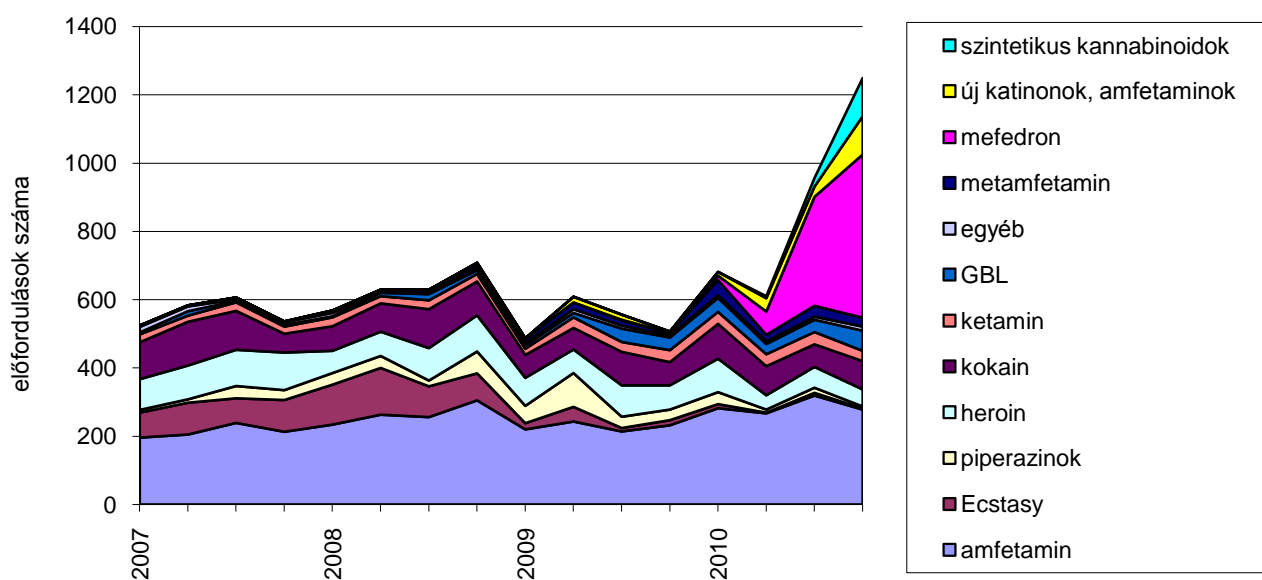
A szintetikus szerek piaca Magyarországon az elmúlt 2 évben teljesen átrendeződött. A korábban népszerű ecstasy tabletták 2009-re gyakorlatilag eltűntek a feketepiacról: a lefoglalások száma a 2008-as 186-ról 2009-ben 33-ra, 2010-ben pedig mindössze 9-re csökkent, a lefoglalt mennyiség pedig a 2009-ben lefoglaltnak csak az ötöde. Ezzel párhuzamosan jelentős számban tűntek fel porokban és tablettákban új, korábban nem ismert anyagok. Az új hatóanyagok közül a legdinamikusabb terjedési ütemet a mefedron mutatta: 2010 nyarának elején jelent meg számottevő mennyiségben a lefoglalásokban, majd ősze az előfordulási gyakorisága meghaladta az amfetaminét.

A Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézetben vizsgált anyagokból és tárgyakból kimutatott hatóanyagok előfordulási adatai alapján megállapítható, hogy az év folyamán a mefedron megjelenésének ellenére nem változott jelentősen az amfetamin lefoglalásainak száma (sőt, valamelyest még növekedett is), vagyis az új szer térhódítása nem befolyásolta az addig legnépszerűbb szintetikus szer elterjedtségét, hanem ahhoz hozzáadódott, jelentősen növelve a szintetikus szerek piacát.

A lefoglalási adatok alapján szignifikánsan emelkedett a metamfetamin gyakorisága is, ami részben a Komárom-Esztergom megyében lefoglalt illegális laboratórium tevékenységének volt köszönhető. A metamfetamin továbbra is főként Komárom-Esztergom megyében, illetve kisebb számban Baranya megyében fordult elő, sok esetben leforrasztott végű műanyag fecskendőbe tömörítve.

A kokain gyakorisága 2010-ben a lefoglalási adatok alapján az előző évvel közel azonosnak tekinthető. A heroin lefoglalások száma és mennyisége is kis mértékben csökkent.

23. ábra. Főbb hatóanyagok előfordulása a BSZKI-ban vizsgált anyagokban és tárgyakon (THC nélkül, negyedéves bontásban)



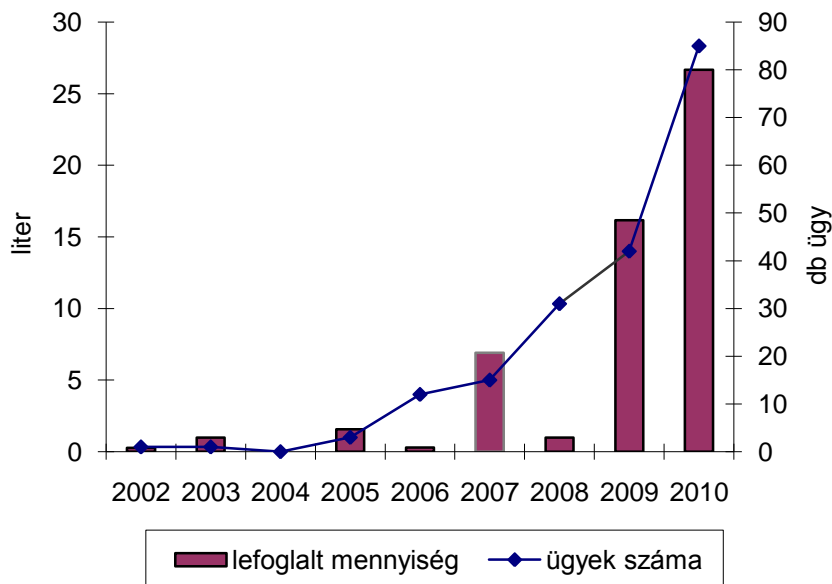
Forrás: BSZKI 2011

Kábítószer vagy – kábítószernek nem minősülő – új hatóanyagot tartalmazó tablettákból 2010 folyamán 18.411 darabot foglaltak le, ami mennyiség tekintetében az előző két évben lefoglalt 181.942 db, illetve 149.374 db tablettához képest jelentős visszaesés. A

legszenbetűnőbb változás, hogy a tabletták több mint fele új, büntetőjogi szempontból kábítószernek nem minősülő hatóanyagokat¹¹⁷ tartalmazott.

A kábítószernek nem minősülő GBL-ből (gamma-butirolakton) 2010 folyamán 85 ügyben, összesen mintegy 26,7 litert foglaltak le, ami mind a lefoglalások száma, mind a lefoglalt mennyiség tekintetében meghaladja a korábbi évek szintjét. A lefoglalási adatok a GBL-el való visszaélések folyamatos terjedését jelzik.

24. ábra. GBL lefoglalások 2002-2010 között (liter, ügyek száma)



Forrás: BSZKI 2011

A ketamint tartalmazó porok lefoglalásainak száma 2009-hez viszonyítva nem változott számottevően, 2010 folyamán 36 ügyben, összesen 1,13 kilogramm került lefoglalásra. A ketamin több esetben, más hatóanyagok mellett, kisebb mennyiségben volt azonosítható. Gyógyászati kiegészítésű ketamin-oldatokból 2010 folyamán 19 alkalommal, összesen 139 üveg oldat került lefoglalásra.

2010 folyamán – más európai országokhoz hasonlóan – számos új szintetikus hatóanyag jelent meg a magyar kábítószerpiacon is. A Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet a 2009-ben megjelent 5 új hatóanyaggal szemben, 2010 folyamán 15 új vegyületet azonosított a rendőrségi lefoglalásokban. A Vám és Pénzügyőrség laboratóriumában vizsgált anyagokban ezeken felül további 3 új hatóanyag került kimutatásra. A 2010-ben azonosított új hatóanyagok legtöbbje három főbb vegyületcsaládba sorolható:

¹¹⁷ Lásd: 10.3. alfejezet

28. táblázat. 2010-ben azonosított új hatóanyagok

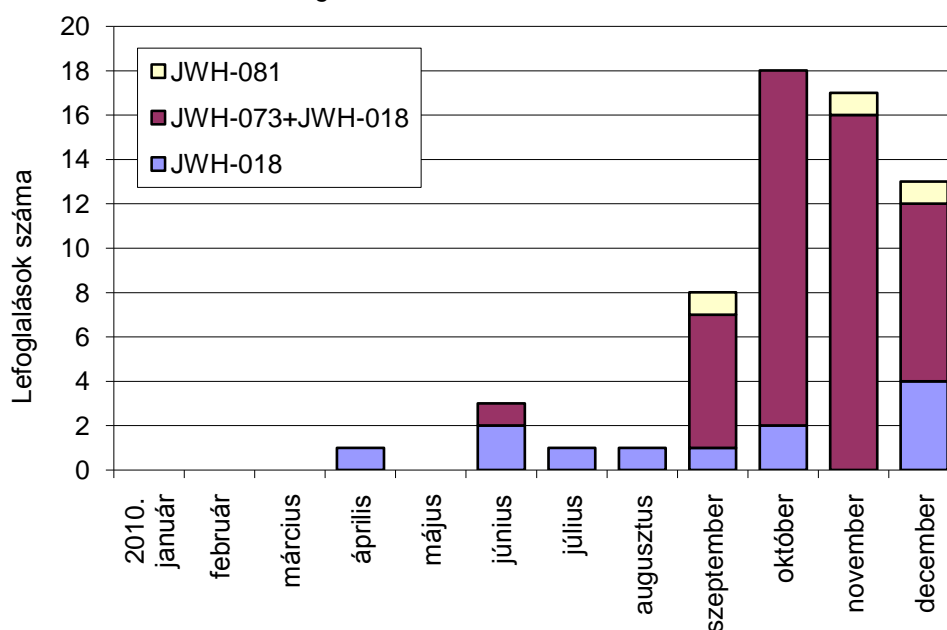
szintetikus kannabinoidok	JWH-081 JWH-210 JWH-122 RCS-4
katinonok	metilon 3,4-dimetil-metkatinon (3,4-DMMC) 4-metil-etkatinon (4-MEC) pentilon etil-katinon MPPP MDPBP MPBP 3-fluor-metkatinon 4-fluor-metkatinon
amfetaminok	4-fluor-metamfetamin 4-metil-amfetamin
egyéb vegyületek	para-fluorfenil-piperazin (pFPP) dezoxi-ripradol (2-DPMP)

Forrás: BSZKI 2011

Az amfetaminok és katinonok jellemzően porban, gyakran tiszta, hígíthatatlan formában, vagy több új hatóanyagot is tartalmazó keverékként, illetve egyes esetekben tablettá formában kerültek lefoglalásra.

A szintetikus kannabinoidok legtöbbször a hatóanyaggal kezelt növényi törmelékek formájában fordultak elő. Ezek az anyagok leggyakrabban nem a „Spice”-termékekre jellemző csomagolásban voltak, hanem általában simítózáras műanyag tasakokba, alufóliába, cigarettásdoboz celofánjába csomagolva kerültek lefoglalásra. Az ilyen növényi törmelékek lefoglalásainak száma 2010 szeptemberétől mutatott számottevő emelkedést. A lefoglalt, összesen 14,8 kilogramm tömegű növényi anyag – a jellemzően 1 grammos kiszerezési tételt tekintve – jelentős mennyiség. Néhány esetben por formájában vagy gyantaszzerű anyag hatóanyagaként is előfordultak a lefoglalásokban szintetikus kannabinoidok.

25. ábra. Szintetikus kannabinoid lefoglalások száma 2010-ben, havonkénti bontásban



Forrás: BSZKI 2011

10.3. ÁR / TISZTASÁG

Kábítószeres utcai árai

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2010-ben is kérdőíves felmérést¹¹⁸ végzett a kábítószeres utcai árairól. A válaszadók száma a marihuána (137) és az amfetamin (110) esetében volt a legmagasabb, ezt követte az ecstasy (86), a kokain (80), a mefedron (78) és a hasis (73), majd a heroin (46), az LSD (47) és a GBL (37). Az előző évhez képest nőtt az ecstasy és a kokain áráról információt adók száma. Jól tükrözi a mefedron piaci elterjedtségét a szer áráról információval rendelkezők viszonylag magas aránya: a 140 kérdőívet kitöltő közül 79-en vásároltak tavaly a szerből.

29. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban 2010-ben

Szertípus	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Marihuána (gr)	1500	3000	2500	2252	137
Hasis (gr)	800	5000	2500	2368	73
Heroin (gr)	5000	25000	10000	11196	46
Heroin (pakett)	3000	15000	5000	6045	40
Kokain (gr)	9000	20000	15000	14225	80
Crack (gr)	3000	25000	20000	14156	16
Amfetamin (gr)	1700	4000	3000	2911	110
Ecstasy (tabletta)	300	3500	1000	1239	86
Metamfetamin	1000	20000	3000	5563	35
LSD (adag)	1500	4500	2500/3000	2836	47
Metadon (20 mg)	500	4000	1000	1847	45
Metadon (5 mg)	120	1500	500	667	22
GBL (adag)	1500	6000	2000	3122	37
Mefedron (g)	1000	5000	3000	3095	78

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

30. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban¹¹⁹ 2010-ben

Szertípus	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Marihuána (gr)	5,4	10,9	9,1	8,2	137
Hasis (gr)	2,9	18,1	9,1	8,6	73
Heroin (gr)	18,1	90,7	36,3	40,6	46
Heroin (pakett)	10,9	54,4	18,1	21,9	40
Kokain (gr)	32,7	72,6	54,4	51,6	80
Crack (gr)	10,9	90,7	72,6	51,4	16
Amfetamin (gr)	6,2	14,5	10,9	10,6	110
Ecstasy (tabletta)	1,1	12,7	3,6	4,5	86
Metamfetamin	3,6	72,6	10,9	20,2	35
LSD (adag)	5,4	16,3	9,1/10,9	10,3	47
Metadon (20 mg)	1,8	14,5	3,6	6,7	45
Metadon (5 mg)	0,4	5,4	1,8	2,4	22
GBL (adag)	5,4	21,8	7,3	11,3	37
Mefedron (g)	3,6	18,1	10,9	11,2	78

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

Az egyes kábítószeres átlagos utcai árai lényegében nem változtak 2009-hez képest. Egyedüli kivétel a heroin, melynek átlagos grammonkénti ára valamelyest csökkent. A már 2009-ben is jellemző és 2010-ben folytatódó tendencia valószínűleg a heroin porok átlagos hatóanyag-tartalmának csökkenésével magyarázható, melyet a Rendőrség által lefoglalt és bevizsgált porok vizsgálatának eredményei is alátámasztanak. (Lásd lentebb.)

¹¹⁸A felmérés módszertanát lásd a 2010-es Éves Jelentés 10.3 fejezetében.

¹¹⁹A táblázatban szereplő árak a 2010-es hivatalos középárfolyam (1€=275,5Ft) szerint kerültek kiszámításra.

A Nemzeti Drog Fókuszpont 4 új pszichoaktív szer magyarországi online kereskedelmét elemző kutatása¹²⁰ szintén kiterjedt a vizsgált anyagok árára. Mind a 18 azonosított online shopról elmondható, hogy a kínált szerek ára a rendelt mennyiség függvényében változott, és nagy tételek (>100g) rendelése esetén az egy grammra/adagra eső ár csak fele-harmada volt az egy gramm rendelése esetén fizetendőnek.

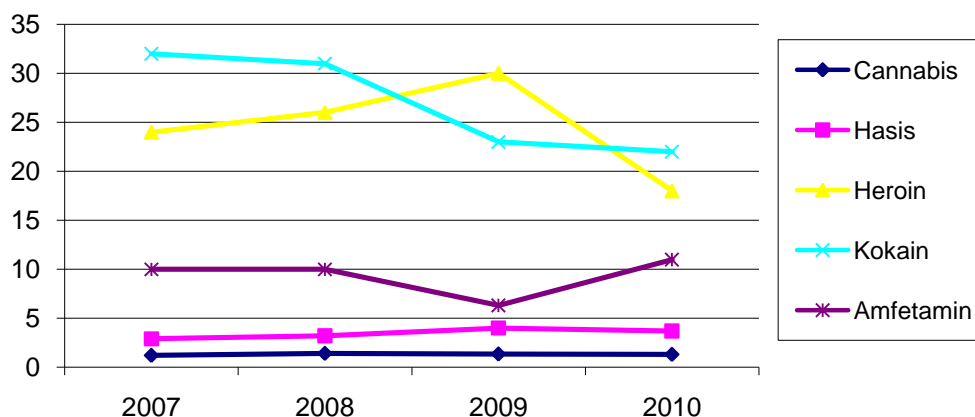
A 14 online shop kínálatában szereplő JWH-018 elnevezésű szintetikus kannabinoid grammonként ára 550 Ft (2,0€) és 3000 Ft (10,9€) között mozgott, a rendelt mennyiségtől és a bolttól függően. A keresés időpontjában 12 oldal által árusított MDPV átlagos grammonkénti ára 900Ft (3,3€) és 10000 Ft (36,3€) között változott. 100 g rendelése esetén (7 bolt adatai alapján) az átlagos grammonkénti ár mindössze 30%-a volt az 1 grammos kiszérés esetén fizetendőnek. A mefedron legális alternatívájaként hirdetett mefildronon (kitalált vegyületnév) 1 grammja 1 gramm rendelése esetén átlagosan 4000Ft-ba (14,5€), 100g rendelése esetén átlagosan 1483 Ft-ba (5,4€) került. A GBL áráról a 7 azonosított online bolt közül 4 rendelkezett információval, ezek szerint a GBL 1 ml-re vonatkoztatott ára 55 Ft (0,2€) és 150 Ft (0,5€) között volt.

Tisztaság

A bevizsgált marihuána és hasis minták átlagos hatóanyagtartalma lényegében évek óta változatlan: a marihuána átlagos hatóanyagtartalma 1,3% körül, a hasisé 3 és 4% között mozog.

A kokain esetében számottevően csökkent a jelentősen felhígított porok aránya. 2010-ben, a kis tételekbe kiszerezett porok vizsgálata során a porok mintegy 5%-ában fordult elő 10 tömeg% alatti koncentráció, az előző évben az ilyen koncentrációjú porok a lefoglalások több mint 15%-át tették ki. Mindamellett a kokain porok átlagos koncentrációja nem változott 2009-hez képest, továbbra is valamivel 20% fölött van.

26. ábra. Egyes kábítószeresek átlagos hatóanyag-tartalmának alakulása 2007 és 2010 között



Forrás: BSZKI 2011 és Nemzeti Drog Fókuszpont

Heroin és amfetamin hatóanyag-tartalmának monitorozása

A fogyasztási adagban lévő, heroin és amfetamin tartalmú porok hatóanyag-tartalmára vonatkozóan, a „Kritikus kábítószeresek hatóanyag-tartalmának fokozott monitorozása” nevű projekt¹²¹ keretében jelentős mennyiségű adat gyűlt össze.¹²²

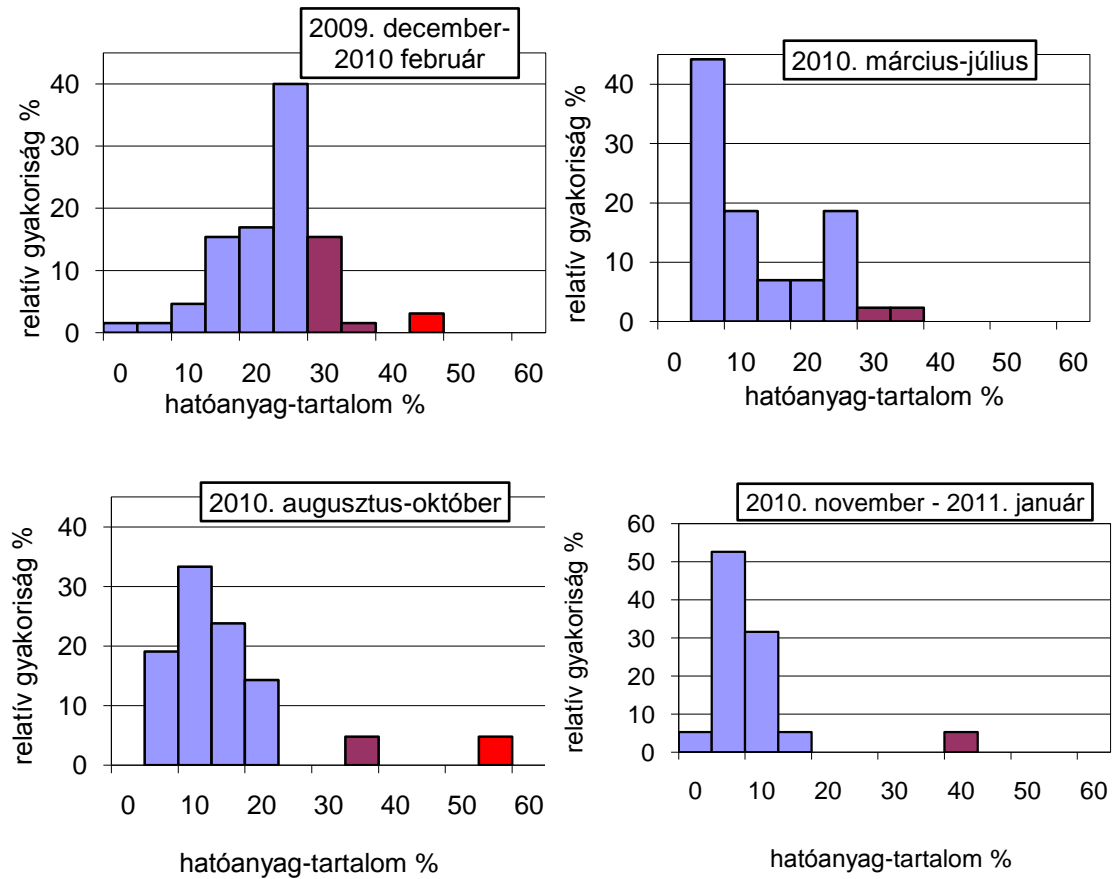
¹²⁰ A felmérés leírását és eredményeit részletesen lásd a 10.1 alfejezetben.

¹²¹ Bővebben lásd: 2010-es Éves Jelentés 7.1. fejezet.

¹²² A projekt időtartama alatt a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézetbe érkezett összes heroin és amfetamin fogyasztási adag koncentrációja mérésre került. Bár a monitorozás periódusainak határai nem illeszkednek pontosan a naptári évhez, a vizsgált időszakok összesítései jól jellemzik a 2010-ben tapasztalható folyamatokat.

A heroin esetében 2010 folyamán a porok hatóanyag-tartalma fokozatosan csökkent, az előző évben jellemzően 15-20% feletti koncentrációjú porokkal szemben, az év végére a 10% körüli koncentráció vált általánossá. Ezzel párhuzamosan, 2010-ben fokozatosan csökkent a heroin lefoglalásainak száma.

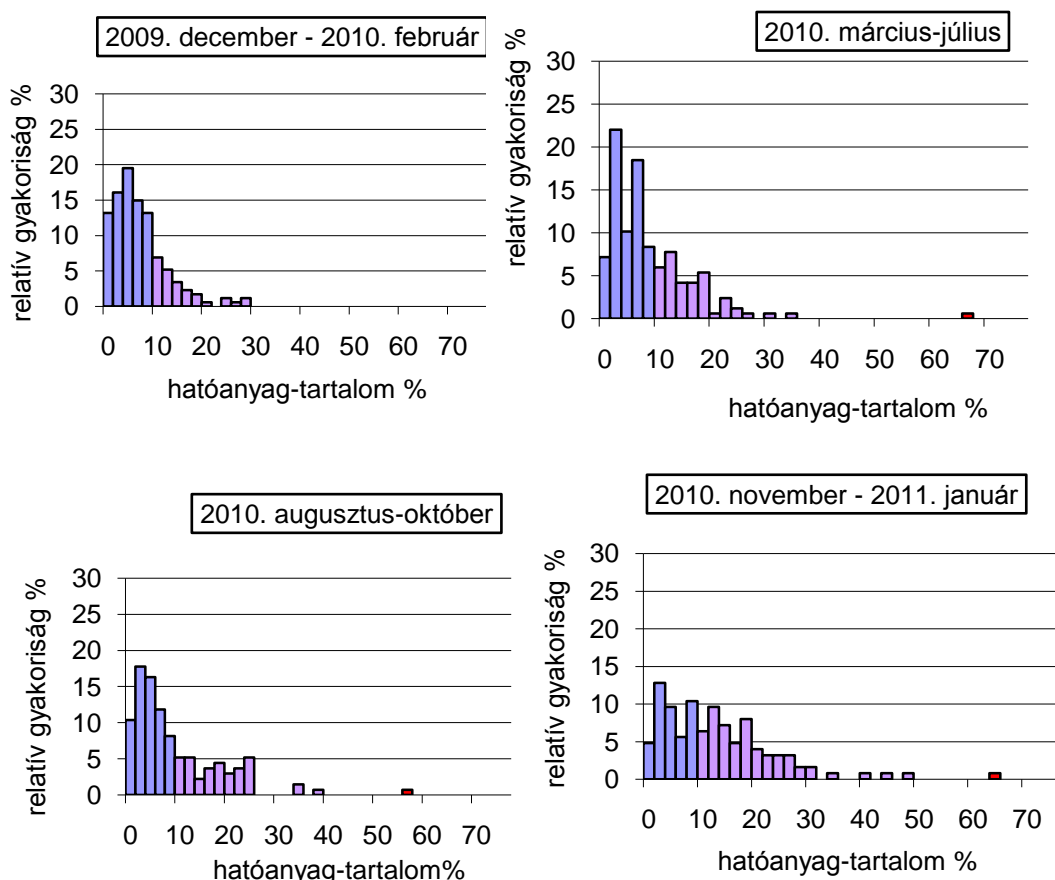
27. ábra. Fogyasztási adagokban lefoglalt, heroin tartalmú porok hatóanyag-tartalma (2009. december - 2011. január)



Forrás: BSZKI 2011

Az amfetamin tartalmú porok koncentrációjának 2006-2009 időszakban tapasztalt csökkenő tendenciája megfordult. 2009-ben a porok legnagyobb részére a 10% alatti hatóanyag-tartalom volt jellemző, majd 2010-ben folyamatosan emelkedett a magasabb, 10-30% hatóanyag-tartalmú szerek aránya. Az év folyamán több esetben foglaltak le kisebb mennyiségben gyakorlatilag tiszta amfetamin-szulfát porokat.

28. ábra. Fogyasztási adagokban lefoglalt, amfetamin tartalmú porok hatóanyag-tartalma (2009. december – 2011. január)



Forrás: BSZKI 2011

A katonok és az amfetamin-származékok családjába tartozó új pszichoaktív anyagok általában porként, sokszor hígítatlanul, tiszta formában fordulnak elő. Gyakori, hogy egy-egy por nem csak egy hatóanyagot tartalmaz, hanem 2-3 új szer keveréke. A szintetikus kannabinoidekkel kezelt növényi anyagok esetében szintén jellemző, hogy nem egyetlen hatóanyagot tartalmaznak.

Az újonnan megjelenő vegyületek nagy száma és változatossága következtében, a laboratóriumok általában nem rendelkeznek megfelelő referenciaanyaggal a hatóanyag-tartalom méréséhez. Mivel ezek az anyagok büntetőjogi értelemben nem minősülnek kábítószernek, kriminalisztikai szempontból nem is szükséges a tiszta hatóanyag mennyiségének megállapítása. Ebből adódóan az új szerekre vonatkozóan nem állnak rendelkezésre pontos hatóanyag-tartalom adatok.

Tabletták összetétele

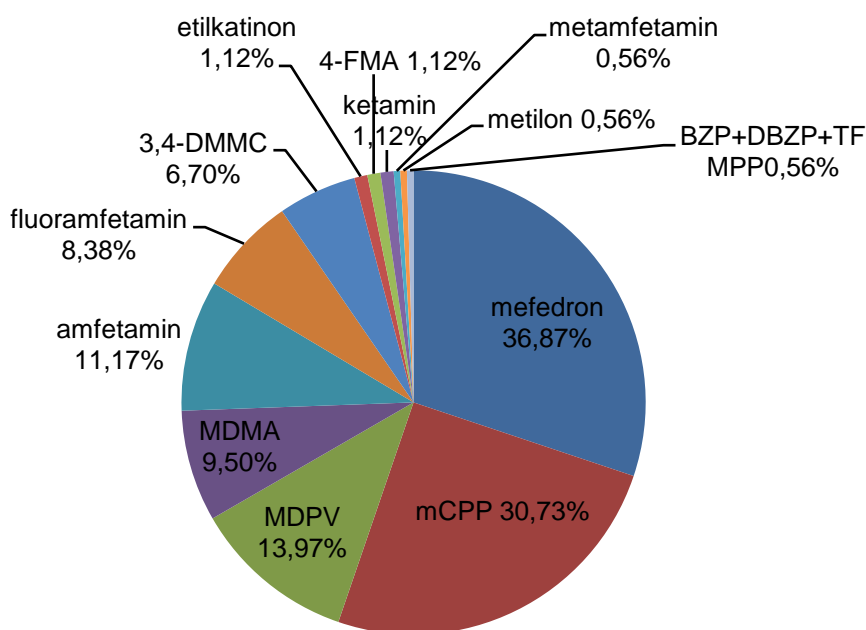
A szintetikus szerek magyarországi piaca komoly átalakuláson ment át az elmúlt két évben, melyet a rendőrség információi és a lefoglalási adatok is egybehangzóan alátámasztanak¹²³. Míg az 1999-2008 közötti időszakban a lefoglalt tabletták nagy része MDMA hatóanyagot tartalmazott, addig 2009-re egyrészt jelentősen visszaesett a tabletták lefoglalásának száma, másrészt a hatóanyagok között háttérbe szorult az MDMA, és helyette az mCPP és az amfetamin együttes jelenléte vált jellemzővé.

¹²³ Lásd: 2010. évről szóló Éves Jelentés 10.2 és 10.3 alfejezeteit.

A fenti változásokat megerősíti a hazai amfetamin kínálati piacot feltérképező kutatás is (Ritter 2010), mely a lefoglalási adatok mellett az ISZKI Országos Toxikológiai Intézetének¹²⁴ vizsgálati eredményeire is hivatkozik. Ezek szerint 2009-ben az MDMA már alig volt jelen a testnedvekben, miközben az amfetamin-pozitív mintákban mind az amfetamin, mind a metamfetamin egyre nagyobb arányt képviselt. A testnedvekben elsősorban 2009-ben és 2010-ben megjelent egyéb amfetamin-származékok a következők voltak: p-fluoro-amfetamin, trimetoxi-amfetamin, fentermin.

2010-ben összesen 18 411 db kábítószer vagy annak még nem minősülő, pszichoaktív hatóanyagot tartalmazó tablettát foglaltak le, 179 lefoglalási tételben.¹²⁵ A tabletták több mint fele büntetőjogi szempontból kábítószernek nem minősülő új hatóanyagot vagy hatóanyagokat tartalmazott.

29. ábra. Hatóanyagok előfordulási gyakorisága (%) a 2010-ben lefoglalt tablettákban, a lefoglalási tételeket (N=179) vizsgálva



Forrás: BSZKI 2011, Nemzeti Drog Fókuszpont

Következtetések

A legtöbb kábítószer típus külföldről jut hazánkba, egyedül a marihuána esetében játszik egyre meghatározóbb szerepet a belföldi előállítás a kínálat biztosításában: a tavalyi évben további, vietnamiak által professzionális technológiával üzemeltetett ültetvények felderítésére került sor.

Az elmúlt év legjelentősebb kábítószer-piaci fejleménye a szintetikus szerek piacának átalakulása: az ecstasy tabletták eltűnése, és új, sok esetben legális pszichoaktív hatóanyagot tartalmazó porok és tabletták megjelenése, illetve szokatlanul gyors terjedése. A mefedron népszerűsége néhány hónap leforgása alatt meghaladta az addig leggyakoribb szintetikus szer, az amfetamin népszerűségét úgy, hogy mindeközben az amfetamin lefoglalások száma sem csökkent. Az ősz folyamán kezdődött meg a marihuána legális alternatívájaként számon tartott szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok terjedése is. A két legelterjedtebb legális szer mellett számos új szintetikus hatóanyag jelent

¹²⁴ itt történik a vér és vizelet-minták toxikológiai vizsgálata

¹²⁵ Az azonos helyről lefoglalt, azonos csomagolású, egyforma tabletták képeznek egy lefoglalási tételt.

meg, amelyek nem szerepelnek a jogszabályi listákon. Ezzel párhuzamos folyamat a legális szerek internetes piacának fejlődése.

A kábítószeres árak lényegében nem változtak tavalyhoz képest, egyedül a heroin grammonkénti ára csökkent kissé, a heroin porok hatóanyag-tartalmának csökkenésével párhuzamosan.

11. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL KAPCSOLATOS IRÁNYELVEK ÉS SZOLGÁLTATÁSOK A BÖRTÖNBEN¹²⁶

11.1. A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYRENDSZERE ÉS A FOGVATARTOTTI POPULÁCIÓ JELLEMZŐI

A büntetés-végrehajtás intézményrendszere

A Belügyminisztérium Alapító Okirata 2010. május 29-én lépett hatályba, amely 47 év elteltével az igazságügyi területről ismét a Belügyminisztérium hatáskörébe utalta a büntetés-végrehajtási tevékenység központi igazgatását. A Belügyminisztérium felügyelete alatt a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága 31 bv. intézetet (17 országos/regionális és 14 megyei intézet), 5 egyéb intézményt és 12 gazdasági társaságot irányít, koordinál.

A fogvatartotti populáció jellemzői

A statisztikai adatok alapján 2010. január 1-jén 15.351 fő, december 31-én 16.328 fő volt az össz fogvatartotti létszám, mely 977 fős növekedést mutat. Az év során 15.885 befogadás és 15.735 szabadítás történt.

Az elhelyezhető fogvatartotti létszám 12.335 főre emelkedett, a 2009-es 12.042 fős férőhelyhez viszonyítva.

31. táblázat. A bv. intézetek telítettsége a tárgyév végén 2006-2010 között

év	telítettség (%)
2006	130
2007	128
2008	117
2009	128
2010	132

Forrás: BVOP 2011

Az előzetesen letartóztatottak száma a 2010. év végén 4844 fő volt. A jogerős ítéletig eltöltött átlagos időtartam 8,03 hónap. Továbbra is magas (83 fő) a 2 évet meghaladó előzetes letartóztatásban lévő fogvatartotti létszám, azonban ez 22 fővel alacsonyabb az előző év adataihoz képest.

A jogerősen elítéltek létszáma 11.218 fő. A fiatalok elítéltek létszáma összesen 357 fő (3,2%). A női elítéltek aránya 6,6%. Az 52 országból származó, összesen 543 fő nem magyar állampolgárságú fogvatartott jelentős részét (41%) továbbra is a román állampolgárságúak tették ki, ezek nagy része feltehetően magyar etnikumú, de ez utóbbiról nincs statisztikai adat.

A büntetés-végrehajtási intézetekben elhelyezettek között öngyilkossági cselekmények esetszáma – a jelentősen növekvő fogvatartotti létszám ellenére – 2009-hez képest csekély mértékben emelkedett (2010-ben 7 fő, 2009-ben 6 fő). A szándékos egészségkárosítás vétségek száma azonban 190-ről 283-ra emelkedett.

2010-ben az elhunytak száma 50 (47 férfi és 3 nő) volt. A haláleseteket – az ország lakosságára általában is jellemző halálozási adatokhoz hasonlóan – közel egyenlő arányban okozták rosszindulatú daganatos kórképek valamint szív- és érrendszeri megbetegedések.

A büntetés-végrehajtás közegészségügyi viszonyai, járványügyi helyzete kielégítő. A bejelentendő fertőző betegségek halmozódása, szezonális megbetegedések (felső légúti, influenza) átlagosnál nagyobb számú előfordulása évek óta nem jellemző.

A fogvatartottak fertőző betegségeire vonatkozó adatokat lásd a 6.1. fejezetben.

¹²⁶ A fejezet szerzői: Huszár László, Koós Tamás, Tarján Anna

Egy nemzetközi kutatás¹²⁷ szerint (Stöver 2011) a legtöbb megkérdezett fogvatartott jónak vagy akár nagyon jónak ítélte egészségi állapotát. A megkérdezett 102 fő fele nem jelzett semmilyen egészségügyi problémát. Ennél alacsonyabb szintűnek ítélték mentális egészségüket. Alvászavarról a minta 47,3%-a, depresszióról 24,2%-a számolt be.

Iskolai végzettség tekintetében a BVOP 2010. év végi adatai szerint a fogvatartotti populáció 1%-a analfabéta volt, 27,8%-a kevesebb mint 8 osztályt végzett el, 46,3% általános iskolai végzettséggel rendelkezett. Szakmunkásképző iskolát 14,9%, szakközépiskolát 4,4%, gimnáziumot 3,3% végzett. Főiskolai/ egyetemi végzettséggel a fogvatartottak 27,4%-a rendelkezett.

A fogvatartottak lakhatásra és munkaügyi státuszra vonatkozó jellemzői egy 2008-ban készült a fogvatartotti populáció drogérinthettségét vizsgáló országos reprezentatív kutatás¹²⁸ (Paksi és Arnold 2010) részadatai¹²⁹ alapján kerülnek bemutatásra.

A fogvatartottak 25,9%-a a bekerülés előtti félévben Budapesten élt, 23,3%-uk megyeszékhelyen, 29%-uk egyéb városban, 21,8% községben. A legtöbb fogvatartott saját vagy házastársa lakásában (37,8%) vagy egyéb családtagja tulajdonában lévő lakásban lakott (37,1%). 6,6%-uk főbérő¹³⁰ volt, 14,7%-uk albérletben lakott, 1,2%-uk ismerősöknél, míg 2,5%-uk egyéb lakhatási körülményeket nevezett meg.

A munkaügyi státusz tekintetében a fogvatartottak fele alkalmazottként dolgozott a bekerülés előtti fél évben, 21,4%-uk vállalkozó volt, 5,6% alkalmi munkás, míg 23,2%-uk nem dolgozott. A fogvatartottak jövedelmének fő forrása a bekerülés előtti fél évben főleg alkalmazotti bér volt (33,9%), 18,7%-uk esetében önálló/vállalkozó/családi foglalkoztatás, 14,2%-uknál alkalmi munka. A fogvatartottak 5,9%-a élt elsősorban segélyekből¹³¹, 3,2%-a nyugdíjból/rokkantnyugdíjból, 2,7%-ukat eltartották. Elsődleges jövedelemforrás a fogvatartottak 12,6%-a esetében volt vagyonelleni bűncselekmény, 4,3%-uk esetében droggal kapcsolatos bűncselekmény és 4,5%-uknál egyéb bűncselekmény.

11.2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI IRÁNYELVEK ÉS A SZOLGÁLTATÁSOK FELÉPÍTÉSE A BÖRTÖNEN

Börtön-egészségügy

A fogvatartottak egészségügyi alapellátását (általános, fogászati) teljes körben, járó- és fekvőbeteg-szakellátását döntő mértékben a bv. szervezet saját hatáskörben biztosítja, összességében átlagos, sok esetben – a fogvatartottak jellemző szocioökonómiai státuszát figyelembe véve – a civil életben elérhetőnél magasabb színvonalon. Az egészségpolitikai feladatokat is ellátó Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányító, ellenőrző szerepét az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) illetékes szervein keresztül gyakorolja.

Az alapellátás és járóbeteg-szakellátás a büntetés-végrehajtás költségvetési előirányzatából finanszírozott. A fekvőbeteg-szakellátás kettős finanszírozású: 2010-ben a 948 millió forintos feladatfinanszírozási támogatás (amely, nevével ellentétben, bázis alapú) hozzávetőleg az e területen keletkező költségek felét fedezte, a kiegészítő forrást a büntetés-végrehajtás biztosítja. A gyógyszerek ártámogatása az általános szabályok szerint történik, de a fogvatartottak térítésmentesen jogosultak a szükséges gyógyszeres kezelésre, a térítési díj is a költségvetést terheli. Bár az egyre csökkenő mértékű támogatások, a térítési díjak, a fogvatartotti létszám emelkedése, illetve a felhalmozódó tartozások egyaránt feszített gazdálkodásra kényszerítették az egészségügyi szolgálatot, a kötelező ellátásokban érdemi

¹²⁷ Módszertant lásd: 9.4. fejezet.

¹²⁸ A módszertant és a minta további bemutatását lásd 2009-es Éves Jelentés 9.4. fejezet.

¹²⁹ A lakhatásra és munkaügyi státuszra vonatkozó változók háttérváltozóként lettek felvéve a vizsgálatban.

¹³⁰ Főbérő volt vagy ő vagy egy családtagja.

¹³¹ 4 szociális juttatás/segély/családi pótlék/jövedelempótló támogatás

fennakadás nem volt. A fogvatartottak a jogszabályokban foglaltak és a szakmai szabályok szerint, a progresszív betegellátás szintjeinek megfelelően részesültek az állapotuk által indokolt gyógyító-megelőző szolgáltatásokban.

A fekvőbeteg ellátásra három bv. intézmény, a Bv. Központi Kórház (297 férőhely), a Krónikus Utókezelő Részleg (Szegedi Fegyház és Börtön, nagyfai objektum, - 80 férőhely), illetve a 311 férőhellyel rendelkező Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (IMEI) szakosodott. Amennyiben a bv. keretei között a megfelelő szolgáltatás nem áll rendelkezésre, az ellátásra a bv.-től független, civil intézményben kerül sor.

Az orvosok foglalkoztatása hivatásos szolgálati vagy közalkalmazotti jogviszony, illetve megbízási vagy vállalkozói szerződés alapján történik, a munkáltató, megbízó a bv. szervezet. Minden intézet egészségügyi szolgálatába tartozik 1-4 általános orvos (főállású vagy részmunkaidős), 1-2 fogorvos (főállású vagy részmunkaidős), 1-4 szakorvos (részmunkaidős) és 3-20 ápoló (főállású). (Harsányi 2011)

32. táblázat. A 2010-ben foglalkoztatott egészségügyi személyzet létszáma

Beosztás	Főállású (fő)	Részmunkaidős (fő)
Orvos	49	14
Gyógyszerész	1	0
Egészségügyi dolgozók	446	17
Összesen:	496	31
Mindösszesen:	527	

Forrás: BVOP 2011

2010-ben a bv. intézetek alapellátó és járóbeteg-szakellátó rendelkezései több mint 270 ezer ellátási eseményt regisztráltak, melyből az orvos-beteg találkozások száma is meghaladta a 200 ezer esetet. A bv. egészségügyi intézményeinek betegforgalma, valamint külső egészségügyi szolgáltatók közreműködése – a fogvatartotti létszám emelkedését is tekintve – nem változott számottevően, mivel csak szakmailag indokolt vagy sürgős esetben utaltak betegeket a területileg illetékes, illetve magasabb progresszivitási szintű civil szakintézményekbe.

33. táblázat. Járó- és fekvőbeteg ellátási események száma a börtönökben, illetve bv.-n kívüli egészségügyi intézményben, 2006-2010 között

	2006	2007	2008	2009	2010
Fogvatartotti létszám	15 706	14 331	14 748	15 432	16 328
Járóbeteg ellátás a börtönben	187 805	190 456	217 565	220 243	236 777
Járóbeteg ellátás külső intézményben	18 753	15 466	11 554	8069	9679
Fekvőbeteg ellátás a börtönben	11 620	8176	9837	4075	7250
Fekvőbeteg ellátás külső intézményben	428	474	336	364	295

Forrás: Harsányi 2011

50 teljes- és 9 részmunkaidős pszichológus szintén a bv. egészségügy keretei között tevékenykedik (közülük: 23 klinikai – ebből 5 addiktológiai -) (Harsányi 2011). Az intézetek specialitásaitól függően részt vettek a gyógyító-nevelő csoportok, a pszicho-szociális-, kábítószer-prevenciós különleges biztonságú körletrészek munkájában, melynek keretében személyiség-, szociális készség- és kommunikációfejlesztő, agressziókezelő, gyógyító- és rehabilitációs programokat szerveztek. Változatlanul kiemelt figyelmet fordítottak a fiatalok fogvatartottakra, az öngyilkosság megelőzésére, törekedtek az önkárosításra hajlamos elítéltek kiszűrésére, továbbá azon fogvatartottak kezelésére, akiket testi, lelki vagy szexuális erőszakos támadás ért.

A fogvatartottakra vonatkozó kábítószer-fogyasztással kapcsolatos irányelvek

Nemzeti Drogstratégia

A Nemzeti Drogstratégiáról további információk az 1.2. fejezetben olvashatóak.

A büntetés-végrehajtásban alkalmazott irányelvek

Az utóbbi évekre tehető érdemi jogi történésként hatályba lépett a fogvatartottak jogszabályban meghatározott elterelésének, azaz kábítószer-függőséget gyógyító kezelésének, kábítószer-használatot kezelő más ellátásának vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételének részletes szabályait tartalmazó 42/2008. (XI.14.) EüM-SZMM együttes rendelet, illetve annak 4. § (3) bekezdésében foglaltak végrehajtására kiadott 4/2009. (III. 20.) IRM utasítás is. Ennek értelmében a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésre és más ellátás biztosítására az IMEI mellett hat további bv. intézet került kijelölésre, a megelőző-felvilágosító szolgáltatást a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet által meghatározott, területi ellátási kötelezettséggel bíró szolgáltató útján kell biztosítani (lásd: 2010-es Éves Jelentés 9.5. fejezet). Ezután röviddel hatályba lépett a fogvatartottak kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban ill. megelőző-felvilágosító szolgáltatásban való részvételéről szóló 1-1/14/2009 (V.13.) számú OP intézkedés is, amely az utasítás részletes végrehajtási szabályait tartalmazza.

A börtönök belső drogstratégiájának célkitűzései között egyenlő súllyal szerepelnek a kereslet- és kínálatcsökkentő valamint a prevenció elemek. A büntetés-végrehajtásban az illegális szerek fogyasztásának teljes tiltása érvényes, a Btk. joghatálya ezen intézményre is kiterjed. Ezen túl a fogyasztás és minden más elkövetési magatartás egyben fegyelmi vétségnek is tekintendő. A bv. a tudomására jutott esetek gyanúja esetén köteles büntető feljelentést tenni, e tekintetben nem mérlegelheti a cselekmény jellegét, súlyát. Biztonsági szempontból a bejuttatás, becsempészés lehetséges útvonalait (csomag, látogatás, személyi állomány korrupciós cselekményei) tartja ellenőrzés alatt, a zárakban és egyéb helyiségekben elrejtett kábítószerek előtalálása érdekében biztonsági ellenőrzéseket, szemléket tart, sok esetben kábítószer-kereső kutyák bevonásával. E tevékenységek képezik a kínálatcsökkentés gerincét.

Az ellátás alapvetően medikális modell alapján szerveződik, a kábítószer-fogyasztást elsősorban mint egészségügyi problémát képes kezelni a rendszer. Ehhez hozzájárul az a fogvatartotti állományt jellemző szociokulturális közeg is, amelyben az azt meghatározó rétegek fogyasztási szokásai csak szűk körben érik el a problémás használók szintjét, és e réteget a szubkultúra negatív értékítélete sújtja. A punitív szemléletű szabályozással együtt e tényezők a többi börtönrendszerrel összehasonlítva amúgy is gyengébb fogyasztási aktivitást a látenciába szorítják, és csak egészségügyi problémaként való manifesztálódásuk esetén teszik láthatóvá. A szakmai tapasztalatok és a kutatások is egyértelműen azt mutatják, hogy a magyar börtönrendszer „választott drogja” (drug of choice) a legális (prescribed) szorongásoldók köréből kerül ki (lásd: 2009-as, 2010-es és idei Éves Jelentés 9.4. fejezet). Ezek legális státusza megakadályozza azt, hogy a jogi szemlélet alapján determinált rendszer ezt kábítószer abúzusként kezelje, így aki ilyen – vagy más, nem az intézeti orvos által felírt bármilyen gyógyszerkészítményt – birtokol „tiltott tárgy tartásának fegyelmi vétségét” követi el.

2008-ban az Országos Parancsnokság új Szervezeti és Működési Szabályzatában meghatározottak szerint létrejött a Büntetés-végrehajtási Szervezet Kábítószerügyi Szakmai Bizottsága.¹³²

¹³² A Bizottság feladatkörében ellátja a büntetés-végrehajtási szervezet keretein belül a kábítószer kínálat, kereslet és ártalomcsökkentő programok országos koordinálását, a büntetés-végrehajtást érintő jogszabályban meghatározott feladatokat szabályozó intézkedések előkészítését, a prevenció programok felügyeletét, a szakemberek kábítószer képzésével, továbbképzésével összefüggő irányelvek kidolgozását, a tervezett intézkedésekhez módszertani útmutatók kidolgozását, pályázatok előkészítését, a működtetéshez források

Ellátás-szervezés

A büntetés-végrehajtás a feladatok végrehajtásában számos kormányzati, önkormányzati kutatási-képzési és programszolgáltató nem kormányzati szervezettel szorosan együttműködik (lásd témánként, projektenként részletezve a 11.3. fejezetben).

Az ellátási rendszer bizonyos elemeit (részletesen lásd a 11.3. fejezetben) a bv. egészségügyi szolgálata, ezen belül az IMEI, az elterelésre kijelölt intézetek, az alapellátást végző orvosok és pszichológusok adják, míg más részeit – különösen a megelőző-felvilágosító szolgáltatást – a területileg illetékes szakintézmények (többnyire drogambulanciák) szakemberei biztosítják (lásd: 2010-es Éves Jelentés 9.5. fejezet).

11.3. KÁBITÓSZER-FOGYASZTÁSSAL KAPCSOLATOS SZOLGÁLTATÁSOK A BÖRTÖNEN

Prevenció, kezelés, rehabilitáció és ártalomcsökkentés

Befogadási eljárás

A bv. intézetbe befogadottak orvosi vizsgálaton esnek át, és az intézetek többségében pszichológus is végez egy tájékoztató vizsgálatot. Az adatok felvételének részét képezi a kábítószer- és alkohol-fogyasztásra vonatkozó kérdések megválaszolása is, az elmondottakat az egészségügyi alrendszerben, csak az arra jogosult szakszemélyzet által hozzáférhető módon rögzítik.¹³³ A nyilatkozat valóságtartalmának ellenőrzésére nincs mód. Fogyasztással kapcsolatos pozitív válasz esetén, amennyiben ez orvosilag indokolt, az ellátó orvos intézkedik a további szükséges kezeléstről (mint minden egyéb egészségügyi probléma esetén). Egyéb addikció súlyossági vagy más hasonló sztenderdizált kábítószer-érintettséget mérő eszköz általánosan nem kerül alkalmazásra.

Prevenció

Egy 2002-es jogszabályi változás tette lehetővé úgynevezett prevenciók körletek, részlegek kialakítását a bv. intézetekben.¹³⁴ 2010-ben már 25 helyszínen, 372 férőhellyel működött prevenciók körlet, illetve részleg az önként jelentkező¹³⁵ fogvatartottak számára. Az itt elhelyezettek átlagos létszáma országosan 220-250 fő között alakult. A fogvatartottak elhelyezésére külön zárkákban vagy körleten kerül sor.

A korábbi évek hagyományait követve a Magyarországi Református Egyház Válaszút Misszió munkatársai a kábítószer-prevenciók körleten elhelyezett fogvatartottak számára foglalkozásokat tartottak. A Fővárosi Bv. Intézet prevenciók részlegének működtetésére együttműködési megállapodást kötöttek a Református Egyház Válaszút Missziójával.

felkutatását. Együttműködik a büntetés-végrehajtás szerveivel, a kábítószerügyben érintett hazai, nemzetközi hivatalos, társadalmi és civil szervezetekkel.

¹³³ Az adatok aggregát formában történő évenkénti kinyeréséhez az informatikai rendszer fejlesztésére lenne szükség. A jelenleg használatos rendszer kiépítése során az elsődleges szempont az volt, hogy központosított elektronikus alapú legyen a fogvatartottak egészségügyi, fogvatartási adataira vonatkozó adatrögzítés, amelyek az egyes bv. intézetek szakemberei számára (jogosultság szerint) utána hozzáférhetőek.

¹³⁴ Ezen egységek a „drog-mentes zóna” elképzelésnek megfelelően létesültek, illetve a lehetőségekhez mérten folyamatosan létesülnek, és céljaik is hasonlóan alakulnak. E módszer bevezetésére az önként jelentkezők körében került sor, akik bizonyos kedvezmények és kezelések fejében, írásos nyilatkozatban vállalják a részvételt a minimálisan havonta, de egyébként bármikor elrendelhető drogszűrésben, azaz a kábítószer-mentesség ellenőrzése érdekében biológiai mintát, vizsgálati anyagot szolgáltatnak. A szabályozás célja elsősorban az volt, hogy a speciális kezelésbe, programokba bevont személyek olyan közösségbe kerüljenek, ahol a példamutatás, a közös sors vállalása segíti az esetleges problémák feldolgozását, megoldását. A tapasztalatok azt igazolják, hogy a viszonylag komfortosabb körülmények, a „védett környezet” is szerepet játszik a programok hatékonyságában.

¹³⁵ A jelentkezésnek nem feltétele a korábbi szerhasználat.

A nem szűk értelemben vett medikális szolgáltatások jelentős részét külső civil szervezetek közreműködésével, pályázati finanszírozás útján biztosítja a bv. A bv. intézetek önállóan, illetve civil szervezetek közreműködésével a 2010. évben 14 drogrevenziós illetve komplex egészségfejlesztő programot valósítottak meg pályázati forrásból. A nyertes pályázók között 10 bv. intézet és 12 civil szervezet szerepelt. A programok 10 bv. intézetben valósultak meg. Ezen szolgáltatások jelentős része a kábítószer fogyasztást nem mint elszigetelt tünetet, hanem mint szociális, egészségügyi, esetleg kriminális hatásrendszer eredőjét tekinti és ezt a programok célrendszerében, tartalmában, módszertanában figyelembe veszi, így a szociális szíkkék fejlesztése, életvezetési tanácsadás és egyéb hasonló elemek a programok részét képezik. Tekintve, hogy a rendszer ezen része alapvetően pályázati úton finanszírozható, ahol a pályázó többször a szolgáltató civil szervezet és nem a bv. intézet, hosszú távú, stabil jelleg, az elemek sztenderdizálása nem biztosítható.

Kezelés

A fogvatartottak kábítószer-függőséget gyógyító kezelésére, kábítószer-használatot kezelő más ellátására és a megelőző-felvilágosító szolgáltatás nyújtására jogosult intézmények listája a 2010-es Éves Jelentés 9.5 fejezetében olvashatóak.

A BVOP jelentése szerint 2010-ben kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben 93-an részesültek, közülük (a vonatkozó jogszabályban – lásd 11.2. fejezet – meghatározott program teljesítéséről) az igazolást 44-en vették át, 36 személynél a kezelés folytatódott 2011-ben és 13 szakadt félbe. Kábítószer-használatot kezelő más ellátásban 85-en vettek részt, közülük igazolást 38-an kaptak, 32 kezelés folytatódott, és 15 szakadt félbe. Megelőző-felvilágosító szolgáltatásban 155-en részesültek, közülük az igazolást 61-en vették át, 45 személynél a kezelés folytatódott, és 49 szakadt félbe. A fenti kliensek mindegyike elterelési program keretében vett részt kezelésben, ellátásban.

A függőséget gyógyító kezelés biztosítására (az elterelés keretében) az IMEI-ben működik az Alternatív Dropterápiás Csoport (ADCs). 1999 óta több mint 500 fogvatartott vett részt ezeken a programokon. Ennek keretében – teljes körű explorációt követően – 6-7 fős csoportüléseken, non-direktív pszichoterápiás módszerrel folyik a kezelés.

Az IMEI szakorvosai az elterelésen kívül az elvonási tünetekkel jelentkező problémás szerhasználókat is kezelték.

A bv. intézetekben végzett kezelés leginkább a bv.-n kívüli, civil intézmények járó-beteg ellátási formájának¹³⁶ felel meg.

A bv. intézetekben kezelést megkezdők száma és jellemzői

A TDI adatok alapján¹³⁷ összesen 141 fogvatartott kezdett kezelést a 2010. év során.¹³⁸ Az összes esetszám jelentősen növekedett az előző évekhez képest, a 2009-es 97 főhöz viszonyítva a növekedés 45%-os.

Csaknem az összes fogvatartott (141-ből 140) az elterelés¹³⁹ valamely szolgáltatásának keretében lépett kezelésbe. A korábbi években tapasztaltakhoz hasonlóan, a jelentett fogvatartott kliensek nagy többsége valamely elterelési program keretében részesül ellátásban, nem saját vagy orvosi megfontolásból kezd kezelést.

¹³⁶ angolul úgynevezett "low-intensity treatment"

¹³⁷ Az Országos Addiktológiai Centrum (továbbiakban OAC) TDI adatbázisa a büntetés-végrehajtási intézetekben megkezdett, az illegális szerfogyasztás miatti kezelési eseteket is gyűjti a TDI-protokollnak megfelelően, személyazonosításra alkalmatlan, de a duplikációk kiszűrésére alkalmas módon. A kezelés definíciója azonos az EMCDDA TDI-protokolljában megadott kezelés definícióval.

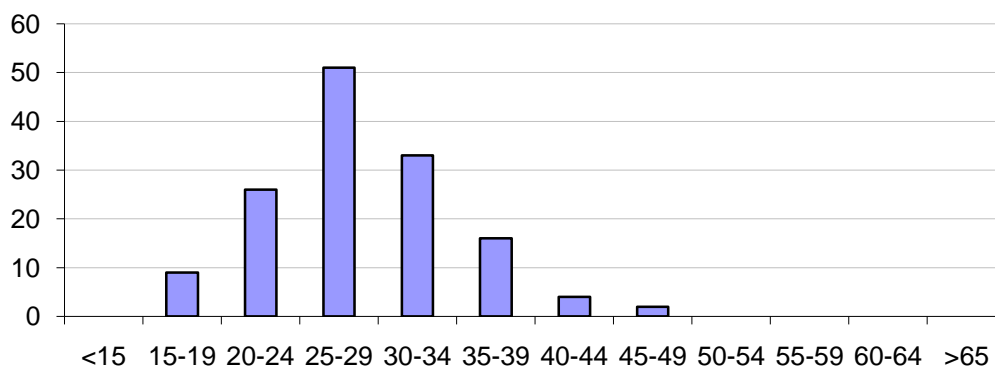
¹³⁸ Az alacsony elemszám miatt az esetszámok kerülnek közlésre, százalékszámításra – hasonlóan az előző év statisztikájához – csak korlátozottan van mód.

¹³⁹ Ha valakit egyéb (nem kábítószerrel kapcsolatos) bűncselekmény miatt elítélnék és börtönbe kerül, azonban egy további, visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt jogosult az elterelés valamelyik formájára, a fogvatartás ideje alatt elvégezheti azt. Az elterelés intézményének részletes leírása a 2004-es Éves Jelentés 12. fejezetében olvasható, illetve: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html#>.

A 141 kliens közül 136 férfi és 4 nő.¹⁴⁰ A férfiak között 85 fő életében először vett részt kezelési programban, 42 férfi esetében már volt korábbi kezelési esemény a kliens életében¹⁴¹. A négy jelentett nő esetében az adatszolgáltató bv. intézet nem tudta biztonsággal megállapítani, hogy állt-e korábban kezelés alatt, ezért ezt nem jelezte.

A büntetés-végrehajtásban kezelést kezdők kormegoszlása a megelőző évekhez képest elsősorban az idősebb korosztályok, döntően a 25-29 és a 30-34 éves korcsoportokhoz tartozók számának a növekedését mutatja.

30. ábra. Kezelésbe lépők kormegoszlása a büntetés-végrehajtási intézetekben 2010-ben (összes kezelt, fő, N=141)

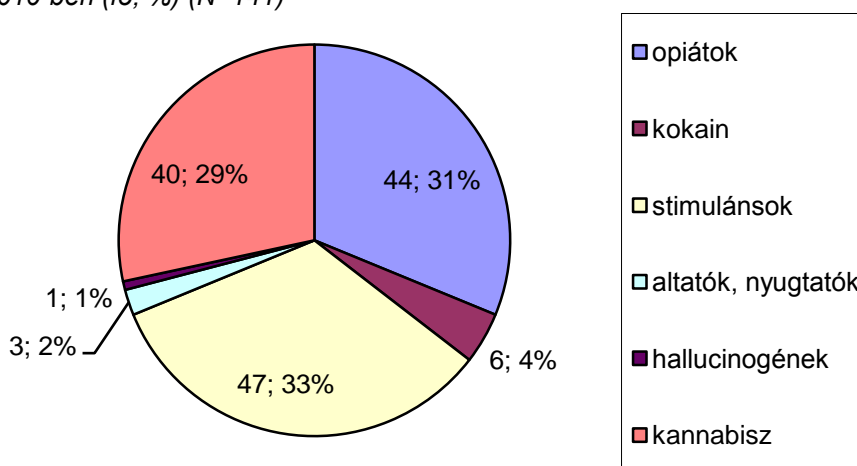


Forrás: OAC 2011a

A kezelésbe lépők közül 95 fő legfeljebb alapfokú végzettséggel rendelkezik, 41 főnek van középfokú végzettsége.

A büntetés-végrehajtási intézetekben kezelésbe lépő kliensek (csaknem kizárólag eltereltek) leggyakoribb elsődleges szereit a stimulánsok (34%), az opiátok (31%) és a kannabisz (28%) voltak.

31. ábra. A büntetés-végrehajtási intézetekben kezelésbe lépő szerfogyasztók elsődleges szer szerinti megoszlása 2010-ben (fő; %) (N=141)



Forrás: OAC 2011a

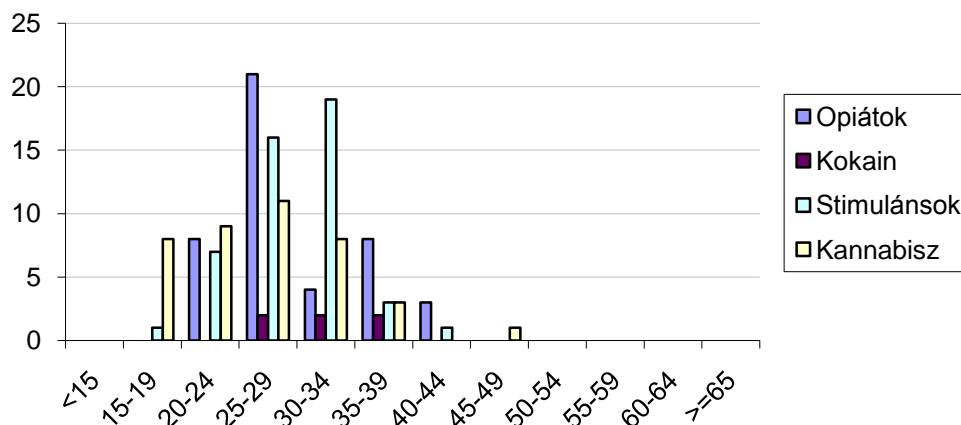
Minden kezelésbe lépő nő (4 fő) elsődleges szere a heroin volt.

¹⁴⁰Egy esetben nem vitte fel a kezelőhely a kezelt nemét.

¹⁴¹Kilenc férfi esetében nem történt jelzés a korábbi kezelés tényéről vagy hiányáról.

Az opiát-, kokain-, stimuláns- és kannabisz-használók közül ez utóbbi a legfiatalabb populáció az átlagéletkorok alapján, míg a legidősebb a kokain-fogyasztás miatt kezelésbe kerültek csoportja volt.

32. ábra. *Elsődleges szerek korcsoport szerinti megoszlása a bv. intézetekben kezelést kezdők körében 2010-ben (N=141)*



Forrás: OAC 2011a

A szerhasználat módja vonatkozásában az opiát-használók túlnyomó része intravénás használó volt a börtönön kívül (35 fő). Az amfetamin-használók közel fele (16 fő) használt szabadlábon intravénásan kábítószer. Ez jelentősen meghaladja a kezelésbe lépő nem fogvatartotti populáció körében mért arányt (lásd: 5.3. fejezet).

A szerhasználat megkezdésének időpontja a büntetés-végrehajtásban kezelést kezdők körében a stimuláns- és a kannabisz-fogyasztók esetében 19 éves kor előttre tehető (stimulánsok: 47-ből 40 fő, kannabisz: 40-ből 33). Az opiát-használat miatt kezelésbe lépők ennél valamivel később kezdték a szerhasználatot, bár a leggyakoribb szerhasználat megkezdési időpont a 15-19 éves korra esik, de a szerfogyasztók közel egyharmada fiatal felnőtt korban kezdett heroint használni (20-24 éves korcsoportban).

A leggyakoribb másodlagos szerek a heroin-használóknál a stimulánsok (30 említés), illetve a kannabisz (28 említés). Az amfetamin-használók körében a kannabisz a leggyakoribb másodlagos szer (17 említés). A kannabisz-fogyasztók másodlagos szerként leggyakrabban a stimulánsokat említették (15 említés). A másodlagos szerfogyasztás struktúrája hasonló a nem büntetés-végrehajtási intézményben kezelést kezdőkéhez.

Szubsztitúciós kezelés

Jelenleg a szabadságvesztés és az előzetes letartóztatás végrehajtásának szabályairól szóló 6/1996. (VII. 12.) IM rendelet 263. §-ában kapott felhatalmazás alapján, az opiát- függő fogvatartottak metadon kezelésére, az Egészségügyi Minisztérium e tárgyban kiadott módszertani levelében¹⁴² foglaltak figyelembevételével kerülhet sor. Az 1-1/15/2009.(V.13.) OP intézkedés¹⁴³ szerint a metadon kezelést valamennyi bv. intézetnek biztosítania kell, ha a fogvatartott befogadásakor az őt gondozó drogambulancia, a metadon kezelés folytatására szóló javaslatával jelentkezik, illetve akinél az IMEI szakorvosa javasolja, és ehhez az érintett személy írásos beleegyezését adja. A kezeléseket a hivatkozott módszertani levélben meghatározottak szerint a metadon beszerzésére, tárolására és alkalmazására területileg kijelölt terápiás helyeken (drogambulanciákon) kell elvégeztetni, a fogvatartott előállításával. A metadon szubsztitúció feltételei a büntetés-végrehajtási intézetekben – a módszertani levélben meghatározottak szerinti működési engedély hiányában – még nem

¹⁴² Lásd 2010-es Éves Jelentés, 11.2. fejezet.

¹⁴³ Amely egyidejűleg hatályon kívül helyezte 2001. április. 3-án keltezett állásfoglalást.

állnak rendelkezésre. A bv. intézetek sem a detoxikálást, sem a hosszú távú szubsztitúciós kezelést – kijelölés és szakember hiányában – egyelőre nem tudják végrehajtani. Ily módon a bv. intézetek metadon készítmények rendelésére, beszerzésére és raktározására a fenti jogszabályok szerint továbbra sem jogosultak.

2010-ben egy fogvatartottat sem szállítottak ki drogambulanciára metadon-kezelés céljából a BVOP adatai szerint.

A szubsztitúciós kezelést biztosító drogambulanciák körében folytatott éves adatgyűjtés keretében (lásd 5.2. fejezet) 2010-ben lekérdezésre került, hogy 2005-2010 között hány előállított fogvatartottat látott el az adott intézmény. A vizsgálat szerint egyedül a miskolci Drogambulancia Alapítvány nyújtott szubsztitúciós kezelést 2005-ben 3, 2006-ban 2 fő fogvatartott részére.

A szubsztitúció alkalmazására ugyanakkor van más lehetőség is, a hozzá szokás kockázatával és veszélyével nem járó buprenorfin-naloxon terápia bevezetése révén, amelynek bevezetését már vizsgálták 2008-ban kísérleti program keretében. Ugyanakkor, 2010-ben nem érkezett információ a bv. intézetektől buprenorfin-naloxon terápiában kezelt fogvatartottokról.

Egy 2010-ben korábban fogvatartott intravénás kábítószer-fogyasztók részvételével készült nem reprezentatív, kvalitatív kutatás¹⁴⁴ eredményei szerint (Takács 2010) volt olyan interjúalany, aki akkor sem kapta a metadont tovább bekerüléskor, ha kint korábban metadon kezelésben részesült. Egy interjúalany arról számolt be, hogy szabadulás előtt suboxone kezelést ajánlottak fel neki.

Ahogy a fentebbiekben leírtakból is kitűnik a szubsztitúciós kezelés hozzáférhetőségére vonatkozó adatok és az irányelvek nincsenek összhangban egymással.

Ártalomcsökkentés

A büntetés-végrehajtás elméletben több alkalommal is vizsgálta a nemzetközi gyakorlatban, de főleg a fejlett országokban alkalmazott ártalomcsökkentő módszerek, ezek közül is a tűcsere program bevezetésének, fertőtlenítő prevenciós csomagok, óvszerek kiosztásának lehetőségét. A felzárkóztatási célú törekvések azonban törvényi és biztonsági korlátokba ütköztek, mivel a fogvatartottaknál tartható tárgyak korlátai és egyéb, belső biztonsági előírások szabályrendszere összeférhetetlen volt az elképzelések megvalósításával.

Az ártalomcsökkentés módszerei között tág teret kapnak az egyéb egészségmegőrző, egészségfejlesztő, prevenciós és szűrőprogramok. Ennek kiemelt fejezete az egészségnevelés, a felvilágosítás, az írott és szóbeli tájékoztatás, az egyéni és közösségi felkészítés.

A Hepatitis B elleni védőoltás biztosításának háttérét lásd a 2010-es Éves Jelentés 9.5. fejezetében. 2010-ben 82 fogvatartott részesült ilyen védőoltásban.

A 2007 óta tartó HIV/HBV/HCV fertőzések megelőzésére irányuló nagyszabású felvilágosító és szűrőprogram 2010-es adatait lásd a 6.1. fejezetben. Az előzményeket lásd a 2009-es és 2010-es Éves jelentés 9.5. fejezetében. 2010-ig összesen 11 245 fogvatartott vérmintáját vizsgálták meg HCV-re, 8441 főjét HBV-re, és 11 522 főjét HIV-re.

¹⁴⁴ Módszertant lásd: 9.4. fejezet

3. térkép. A HIV/HBV/HCV felvilágosító programokat és ezzel egybekötött szűrővizsgálatokat biztosító büntetés-végrehajtási intézetek területi megoszlása 2007-2010 között (N=26)



Forrás: BVOP és Nemzeti Drog Fókuszpont

A kiszűrt és a terápiás kritériumoknak is megfelelő betegek gyógykezelése – ezzel is gátat vetve a fertőzések terjedésének – megkezdődött, illetve folytatódott, a többieket gondozásba vették, rendszeres orvosi ellenőrzésükre intézkedtek. A fogvatartottak HIV/HCV/TBC kezelésének leírását lásd a 2009-es Éves jelentés 9.5. fejezetében. Hepatitis C tekintetében 2010-ben a kiszűrték közül (lásd: 6.1. fejezet) 48 főnél indult el az interferon kezelés.¹⁴⁵ Összesen, a szűrési program 4 éve alatt eddig 155 főnél indították meg a kezelést. A 3 fő kiszűrt HIV fertőzött is részesült antiretrovirális kezelésben.

Szabadulásra való felkészítés

A szabadulásra felkészítés részeként a nevelők tájékoztatják a fogvatartottakat a szabadulás után elérhető szolgáltatásokról. A jogszabályi keretek a szabadulást követő ügyintézését a bv. állomány számára nem teszik lehetővé. A bv. intézetekben rendszeresen elérhető pártfogó felügyelők azonban a pártfogó felügyelet alá helyezték, illetve őket önkéntesen felkereső fogvatartottakat érdemben tudják segíteni a kezelés folyamatossága érdekében.¹⁴⁶ A szabadulást követő túladagolás, mint jelenség – ha elő is fordult – eddig nem jelentkezett egyik érintett szerv praxisában sem.

A Váltóság Alapítvány hazánkban az egyik legjelentősebb fogvatartottak reszocializációjával, reintegrációjával foglalkozó civil szervezet. A fogvatartottakkal szabadulás előtt a börtönben veszik fel a kapcsolatot, amelyet a szabadulás után is fenntartanak (Mészáros 2011). Vegyes technikákkal dolgoznak, melynek részét képezik: mentoring, csoportos, egyéni foglalkozások, tréningek. A szabadulóknak segítenek állást keresni és megtartani azt, illetve félutas házat is működtetnek. 2010-ben 431 főt láttak el, ebből 81 fő szabadult a tárgyévben.

¹⁴⁵ A többiek nem vállalták, vagy abbahagyták menet közben azt, a kezelés mellékhatásai miatt.

¹⁴⁶ A kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1094/2007. (XII.5.) Korm. határozat 10., illetve 17. pontja ír elő feladatokat az Igazságügyi Hivatal Pártfogó Felügyelői Szolgálatára számára. Mindkét pont reszocializációs, illetve utógondozó programok, szolgáltatások megvalósítását irányozza elő a szabadságvesztésből szabadultak számára. Emellett a Szolgálat elsősorban a Be. 222. §-ának (2) bekezdése szerinti vádemelés elhalasztása (elterelés) melletti pártfogó felügyelők végrehajtásával kapcsolatban hajt végre a kábítószer-probléma kezelésére irányuló feladatokat.

Közülük 43 nő volt és 388 férfi. A Váltó programban – amely a munkavállalásban és a középiskolai tanulmányok befejezésében nyújt segítséget szabaduló fogvatartottak számára – 25-en vettek részt. A Váltósáv emellett működtet egy, a témával kapcsolatos információs adatbázist, ahol a szabadulók, hozzátartozók és szakemberek tájékozódhatnak.

Egy 2010-ben zárult, korábban fogvatartott, intravénás kábítószer-fogyasztókkal készült kvalitatív kutatás¹⁴⁷ (Takács 2010) során az interjúalanyok meg tudtak nevezni több olyan szolgáltatást, amely a szabadulást követő időszakra készítette fel őket. A pszichológusok, lelkészek és civilek benti segítségét hasznosnak ítélték meg.

Kábítószer szűrővizsgálat

Biológiai minták alapján történő drogszűrésre csak a fogvatartott beleegyezésével van lehetőség. Kötelező szűrővizsgálat csak a prevenciós körleteken történik, ez a körletre helyezés egyik feltétele. A kábítószer-prevenciós körleteken elhelyezettek írásban nyilatkoznak erről. A szűrés itt havonta legalább egyszer történik, a gyakorlatban ennél gyakoribb mintavételre illetve a prevenciós körleteken kívüli mintavételre – forráshiány miatt – ritkán kerül sor.

11.4. SZOLGÁLTATÁSOK MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSA

Gyakorlati útmutatók és standardok a fogvatartottak számára nyújtott kábítószer-fogyasztással kapcsolatos szolgáltatásokhoz

Az egyes kezelési típusokat szabályzó intézkedések, módszertani útmutatók a 11.2. és a jelen alfejezetben, a kezelésekhez kapcsolódóan kerülnek bemutatásra.

Képzés

A Bv. Szervezet Oktatási Központjában a végrehajtó állomány elsősorban a kábítószer kínálatcsökkentés biztonsági vonatkozásairól kap képzést. A tiszti állomány képzéséért felelős Rendőrtiszti Főiskola Bv. Tanszéke felelős, ahol a bv. pszichológia tantárgy keretében a téma egyik hazai szakértőjétől kapnak információt.

11.5. DISZKUSSZIÓ, MÓDSZERTANI KORLÁTOK, INFORMÁCIÓHIÁNY

Egyenlő ellátás elve

A bv. egészségügyi ellátórendszere teljes körű ellátást biztosít, ebbe a kábítószer-függőséggel kapcsolatos kezelések is benne foglaltatnak. Mivel a rendszer kapcsolódik az általános (civil) ellátórendszerhez is, a bv-n belül el nem érhető ellátási formák is biztosítottak. Ugyanakkor az adatok tükrében ezt kiegészítve, a TDI adatgyűjtés alapján (lásd 11.3. fejezet) a bv. intézetekben megkezdett kezelésekről az mondható el, hogy a jelentett fogvatartott kliensek nagy többsége valamely elterelési program keretében részesül ellátásban, nem saját vagy orvosi megfontolásból kezd kezelést. A szubsztitúciós kezelés hozzáférése fogvatartottak számára szintén megoldható (lásd 11.3. fejezet), azonban az adatok szerint utoljára 2006-ban részesült 2 fő ilyen típusú kezelésben.

Egyes, falakon kívül működő terápiás formák, mint például a bentlakásos terápiás közösségek – a szabadságvesztés büntetés sajátossága miatt – nem elérhetőek, benti üzemeltetésük eddig szakmailag nem volt indokolt. Az ártalomcsökkentés egyes formái,

¹⁴⁷ Módszertant lásd korábban ebben a fejezetben.

különösen a túcsere programok szintén nem elérhetőek a fogvatartottak számára. Ilyen program kezdeményezése többször felmerült (legutóbb 2010-ben, a Heves megyei Bv Intézetben), de az intravénás kábítószer-használat – minden mérhető adat szerinti – alacsony elterjedtsége miatt megvalósítása jelenleg nem indokolt.

Módszertani korlátok, információhiány

A büntetőjogi felelősségre vonással való fenyegetettség, valamint a fogvatartotti szubkultúra kábítószer-fogyasztókra vonatkozó negatív megítélése mind a rendszerszerű hivatalos adatgyűjtésben (befogadás alkalmával történő kikérdezés), mind a független kutatások empirikus adataiban nagy valószínűséggel strukturális torzulást okoz, melynek mértéke nehezen becsülhető. Az előbbi esetében az aluljelentés szinte biztos, az utóbbinál mind az alul-, mind a felülértékelés valószínűsítése mögé lehet hatásokat rendelni. A droghasználat manifeszt, mérhető biztonsági (drogkereskedelem, verekedések, leszámolások, előtalálások, stb.) és egészségügyi következményei (túlادagolás, elvonás, intravénás-használat következményei) indirekt módon, alacsony pontossággal igazolják vissza az elsődleges információkat.

A bv. egészségügyi nyilvántartása jelen pillanatban olyan elavult IT platformon működik, amely az adatok statisztikai feldolgozását, lekérdezéseket csak korlátozott mértékben tesz lehetővé (a releváns információ sok esetben szöveges formában szerepel). További problémákat lásd a 11.3. fejezetben.

Következtetések

A büntetés-végrehajtás által fogvatartottak intézeten belüli kábítószer használata – a legális szorongás oldó gyógyszerek abúzusával ellentétben – továbbra sem terjedt el széles körben, ez annak ellenére állítható, hogy a jogi, társadalmi környezet a látenciát magas szinten tartja. A büntetés-végrehajtás ellátó tevékenységét a büntetőjog punitív szemléletű keretei alapvetően meghatározzák, ezen belül az ellátást a medikális modell szemlélete uralja.

Az ellátás legfontosabb elemeinek az elterelés végrehajtására kiépült többszintű rendszer, a kábítószer-prevenációs körletek, és az általános egészségügyi ellátás kábítószer-fogyasztót érintő szegmensei tekinthetőek. Ez utóbbiban a bv. egészségügyi szakszolgálat (intézeti orvos, IMEI) és a bv.-n kívüli egészségügyi ellátórendszer (többek között drogambulanciák) egyaránt szerepet kapnak. E rendszert egészítik ki a különböző civil szervezetek által biztosított programok, amelyek azonban, pályázati finanszírozásuk miatt, tartalmukban vegyesek, esetlegesek.

12. GYERMEKEL ÉLŐ SZERHASZNÁLÓ SZÜLŐK (DROGFÜGGŐ SZÜLŐK, GYERMEKNEVELÉS, GYERMEKJÓLÉT ÉS KAPCSOLÓDÓ TÉMÁK)¹⁴⁸

Háttér, előzmények

A fejezetben áttekintésre kerülnek a kezelési igénnyel jelentkező, gyermekkel élő szülők szociodemográfiai adatai és szerhasználati mintázatai a TDI indikátor adatai (OAC 2011) alapján¹⁴⁹.

Ezt követően bemutatásra kerülnek a hazai gyermekvédelmi rendszer lehetőségei és feladatai a szerhasználó szülők kapcsán (MOGYESZ 2011 alapján). A szociális ellátások speciális ágazati adatgyűjtései nem, vagy csak nagyon kis validitású - adatokkal rendelkeznek, így ezek bemutatásától eltekintünk.

12.1. A PROBLÉMA ELTERJEDTSÉGE

Csorba és munkatársai (Csorba et al. 2009; Csorba et al. 2010) kérdőíves kutatást¹⁵⁰ végeztek Budapesten élő intravénás és/vagy opiát-használó nők (175 fő) körében. A kutatás célja az volt, hogy a kábítószer-használó nők e speciális csoportjáról közelebbi képet rajzoljanak, különös tekintettel a terhesség kérdésére (bővebben lásd Éves Jelentés 2010 6.2 fejezet).

A gyermeket nevelő szerhasználó szülőkről célzott tanulmány az utóbbi években nem készült Magyarországon. A következőkben a TDI adatok (OAC 2011a) alapján tekintjük át azon kliensek szociodemográfiai adatait és szerhasználati mintázatait, akik a TDI családi állapotra vonatkozó kérdésére azt felelték, hogy gyermeket nevelnek („Gyermekeit egyedül nevelő szülő” és az „Élettárssal és gyermekkel” válaszok alapján).

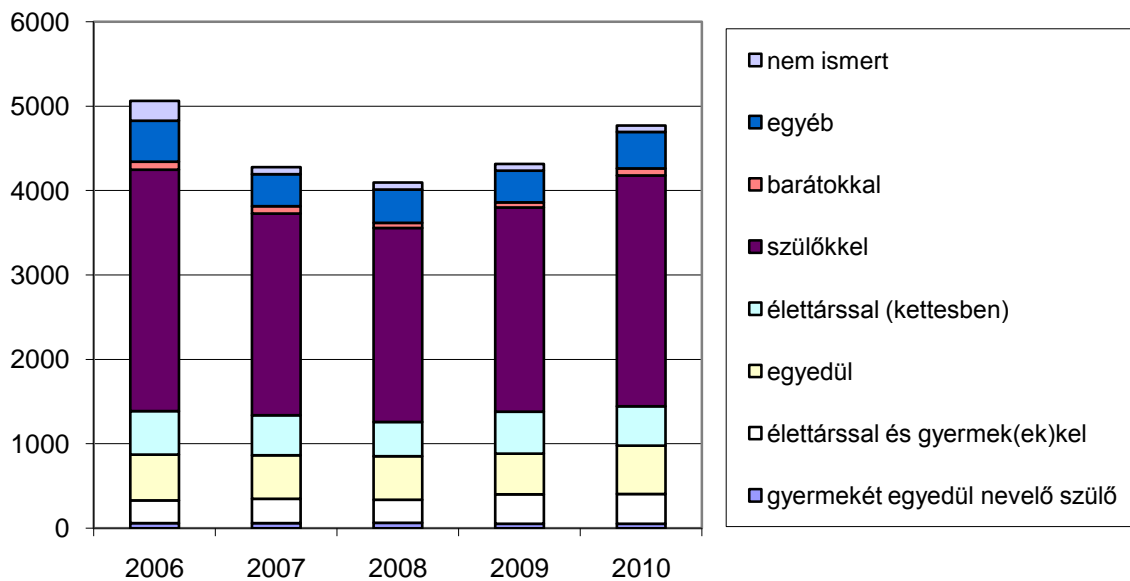
A kezelésbe lépő kliensek körében az elmúlt öt évben rendre 8-9% azoknak az aránya, akik gyermeket nevelnek. 2010-ben a kezelésbe lépő kliensek 1,2%-a nevelt önállóan gyermeket, további 7,4% volt azoknak az aránya, akik élettárssal közösen neveltek egy vagy több gyermeket. 2010-ben a kezelésbe lépő 4771 kliensből tehát 408 fő volt érintett. A tendencia a korábbi évekhez képest lassú, de monoton növekedést mutat.

¹⁴⁸ A fejezet szerzője: Horváth Gergely Csaba

¹⁴⁹ A fejezetben szereplő TDI adatok némileg eltérhetnek az 5. és a 8. fejezetben bemutatott adatoktól az adatok exportálásának eltérő algoritmusai miatt.

¹⁵⁰ A kutatást H-Reports Kft. végezte az SZMM finanszírozásával (pályázat kódja: KAB-KT-M-08-01). A mintába bekerült az összes, adatfelvétel idején szubsztitúciós kezelésben lévő nő, aki részt kívánt venni a felmérésben (4 fő nem kívánt részt venni a lekérdezésben) – összesen 106 fő –, illetve a túcseres szolgáltatók kliensköréből 69 fő. A kérdőíves adatfelvétel face-to-face technikával történt a szolgáltatók telephelyén.

33. ábra. A kezelésbe lépő kliensek megoszlása családi állapot szerint, 2006 és 2010 között (fő)



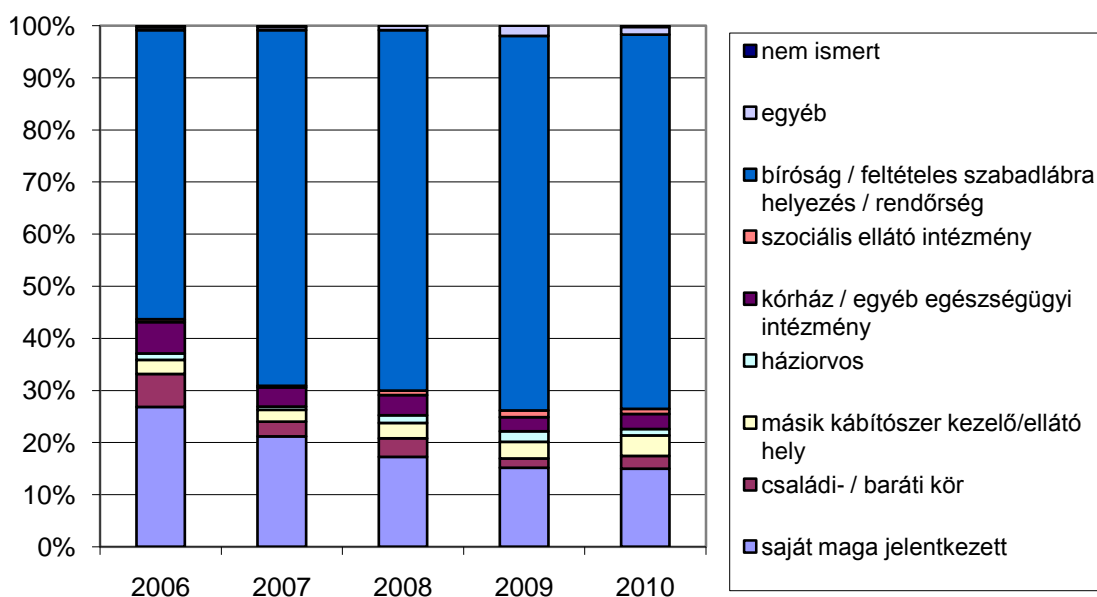
Forrás: OAC 2011a

A gyermekkel élők átlagéletkora 31,9 év volt, mely szignifikánsan magasabb, mint a nem gyermekkel élők 24,9 éves átlagéletkora. Az elmúlt öt évben e tekintetben nem történt változás. A gyermekkel élő válaszadók mintegy tizede (13,5%) a gyermekét egyedül nevelő szülő volt, körükben az utóbbi öt évben a férfiak és nők aránya azonos volt. Az élettárral és gyermekkel élő kezeltek körében a férfiak hétszer annyian voltak, mint a nők, az aránytalanságot a kezelésbe lépő férfiak magasabb aránya okozta.

A kezelésbe lépő, gyermeket nevelő szerhasználók mintegy kétharmada nem vett még részt korábban kezelésben. A korábban már kezeltek aránya az elmúlt öt évben 27-30% között mozgott.

A kezelés leggyakoribb oka a hatósági beutalás, azaz az elterelés. Arányuk a 2006-os kezdeti 55,4%-os értékről 71,8%-ra növekedett. Azoknak a klienseknek az aránya, akik saját maguk jelentkeztek a kezelésre, 2006-tól évről évre csökkent, 26,8%-ról 15%-ra.

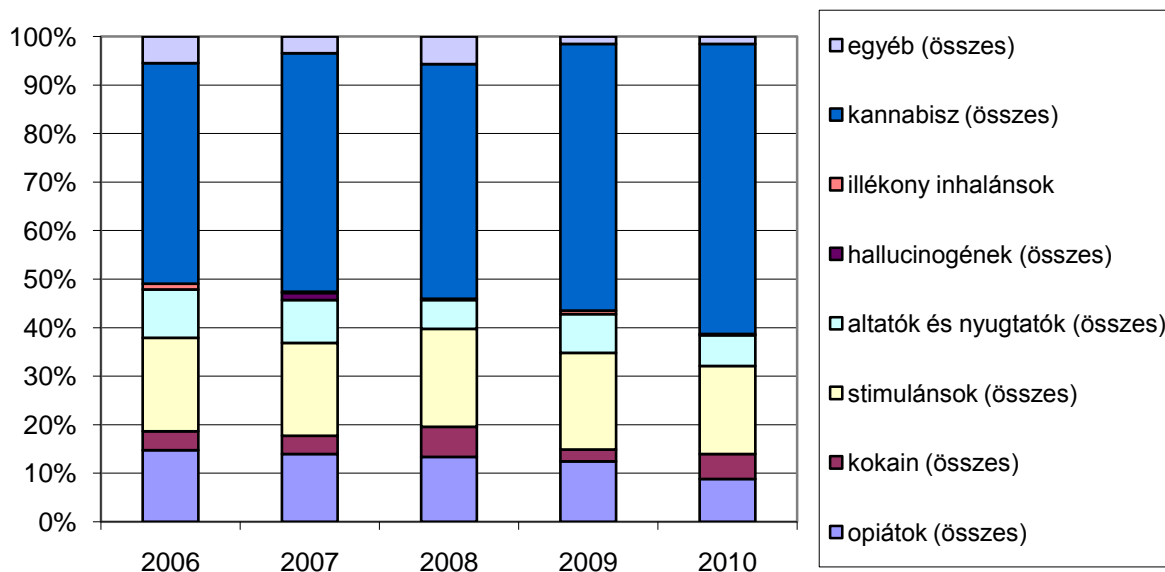
34. ábra. Beutalás eredete a gyermeket nevelő kliensek körében 2006 és 2010 között (%)



Forrás: OAC 2011a

A gyermeket nevelő, kezelésbe lépő szülők mintegy 10%-a opiátok miatt fordult kezelési igényrel valamely kezelőhelyhez. Arányuk az utóbbi öt évben folyamatosan csökkent a 2006-os kezdeti 14,8%-ról a 2010-es 8,8%-ra. Folyamatosan emelkedett a kannabisz-fogyasztók aránya, ők alkotják a kezelésbe lépők több mint felét: a 2006-os kezdeti 45,5%-ról öt év alatt 59,8%-ra nőtt az arányuk. A stimulánsok (amfetaminok, ecstasy stb.) miatti kezelési igények aránya változatlan maradt, minden ötödik kliensre volt elsődlegesen az amfetamin-fogyasztás jellemző. Viszonylag magasnak tekinthető az altatók/nyugtatók miatti kezelési igények aránya, mely tükrözi a nők körében előforduló magasabb prevalencia értékeket.

35. ábra. Az elsődleges szerek megoszlása a gyermeket nevelő kezelésbe lépők körében (%)



Forrás: OAC 2011a

A leggyakoribb szervezetbe juttatási mód az elszívás, a legnépszerűbb kábítószernek, a kannabisznak megfelelően, a kliensek mintegy fele e módon fogyasztja elsődleges szerét. A kliensek további mintegy 11-16%-ára jellemző az intravénás szerhasználat. 2010-ben a kliensek 18,6%-a mondta azt, hogy fogyasztott már életében valaha intravénásan kábítószer. Az elmúlt öt évben a kábítószer orron át szippantók aránya 10-14% között mozgott.

A kezelésbe lépő kliensek csaknem fele (2010-ben: 49,8%) alkalmoszerű használó volt. A kliensek majdnem negyede, 2010-ben 21,8% fogyasztotta naponta elsődleges szerét a kezelés megkezdése előtt, további 11% tekinthető rendszeres szerhasználónak (legalább heti 2-6 alkalom).

A gyermeket nevelő kliensek csaknem fele (2010-ben 44,1%) rendszeresen foglalkoztatott volt, arányuk évről évre csökkent a 2006-os kezdeti 55%-ról. Gazdaságilag inaktív kevesebb, mint 10%-uk volt. A munkanélküliek aránya az elmúlt öt évben 30 % körül mozgott, és némi emelkedést mutat.

A gyermeket nevelő kliensek körében egyforma arányban szerepelnek az alapfokú és a középfokú végzettséggel rendelkezők, egyaránt kb. 45%-kal. 5-5% az alapfokú iskolai végzettséggel nem rendelkezők, valamint a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya. Az elmúlt öt évben a gyermeket nevelő szerhasználók iskolai végzettség szerinti megoszlása nem változott.

12.2. STRATÉGIA ÉS JOGSZABÁLYI KERETEK

A gyermeket nevelő szerhasználó szülők egészségügyi ellátására létrehozott speciális programokról nincs információnk, szakellátásuk az addiktológiai és pszichiátriai ellátórendszer keretei között zajlik.

A szociális ellátás keretében a rászoruló személy – függetlenül attól, hogy miből ered, mivel van összefüggésben a rászorultság – jogosult lehet 1) pénzbeli vagy természetbeni ellátásra (pl. átmeneti segély, közgyógyellátás, adósságkezelés, egészségügyi ellátásra való jogosultság stb.), 2) alapszolgáltatásokra (pl. közösségi ellátás, nappali ellátás, utcai szociális munka stb.) és 3) különböző szakosított ellátási formákra (pl. rehabilitációs intézmény, lakóotthon, átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény stb.).

Gyermekvédelem

A gyermeket nevelő szerhasználók esetében az intézkedések – a gyermek veszélyeztetésével, elhanyagolásával összefüggésben – leginkább a gyermekvédelmi rendszer keretei között zajlanak. A gyermekvédelmi rendszer megkülönböztet 1) pénzbeli és természetbeni ellátást, 2) alapellátást, 3) szakellátást és 4) hatósági intézkedéseket.

Az alapellátás átfogó gyermekjóléti szolgáltatást nyújt, mely e fejezetben bővebben is bemutatásra kerül. A gyermekjóléti szolgálatok működtetik azt a sokszereplős jelzőrendszert, melynek segítségével az elhanyagolás vagy veszélyeztető magatartás – például az illegális szerhasználat – azonosításra kerül. Az alapellátás a gyermekjóléti szolgáltatás mellett megnevezi még a gyermekek napközbeni ellátását és a gyermek átmeneti – legfeljebb 12 hónapig tartó, otthonban vagy helyettes szülő bevonásával történő – gondozását, ha a szülő azt (pl. egészségügyi okok miatt) nem képes ellátni.

Amennyiben a szülő nem együttműködő, úgy sor kerülhet a hatósági intézkedésekre¹⁵¹, melyet általában a települési jegyző – jellemzően a jegyzői gyámhivatalon keresztül – rendel el. A hatósági intézkedések közé tartozik a védelembé vétel, a gyermek másik családba fogadása, az ideiglenes hatályú elhelyezés, az átmeneti és a tartós nevelésbe vétel, a nevelési felügyelet vagy az utógondozás elrendelése. A felsoroltak közül ideiglenes hatályú elhelyezést kezdeményezheti ún. más beutaló szerv is (pl. rendőrség, ügyészség, bíróság), így szerhasználó szülő elleni rendőri intézkedés során erre is sor kerülhet.

Az ágazati adatgyűjtés áttekintése alapján elmondható, hogy a szülő kábítószer-fogyasztásával összefüggésben hozott – önkéntes vagy hatósági – intézkedések számáról, ill. az érintett szülők számáról statisztikai adatok nem állnak rendelkezésre.

A gyermekjóléti szolgáltatók feladatai a szerhasználattal összefüggésben a jogszabályok szerint

Jelenleg nem rendelkezünk pontos adatokkal arra vonatkozóan, hogy hány gyermekkel, családdal kerül kapcsolatba a gyermekjóléti szolgáltató kábítószer-probléma kapcsán, illetve hány gyermek gondozása során derül ki, hogy szerhasználó. A gyermekjóléti szolgáltatók kötelező adatgyűjtése (OSAP) nem tartalmaz kérdést erre vonatkozóan, így a szolgáltatók nem is választják szét a „szenvedélybetegség” miatt ellátásba került gyermekek, illetve szüleik csoportját. Vélelmezhetően a szenvedélybetegség miatt ellátott gyermekek/szüleik körében magasabb az alkoholfogyasztás miatt ellátásba kerültek száma, de folyamatosan nő a kábítószer-fogyasztás miatt a gyermekjóléti szolgáltatók látókörébe kerülők száma is (MOGYESZ 2011).

A jelenleg hatályos, gyermekjóléti szolgáltatást konkrétan érintő jogi szabályozások nem tartalmaznak direkt iránymutatást, nem írnak elő konkrét feladatokat. A gyermekjóléti

¹⁵¹ Gyvt. 68-81.§

szolgáltató tevékenységét a gyermek veszélyeztetettségének függvényében látja el. A gyermekjóléti szolgáltatók kábítószer-használattal összefüggő feladataira vonatkozóan a következő jogszabályok tartalmazznak kiemelt figyelmet érdemlő elemeket:

- a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. tv. (továbbiakban Gyvt.), valamint a
- személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 15/1998 (IV. 30.) NM rendelet (továbbiakban szakmai rendelet).

A szakmai rendelet a gyermekjóléti szolgáltatók feladatait a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése, a gyermek veszélyeztetettségének megszüntetése és a gyermekvédelmi gondoskodásra történő javaslattétel körében tárgyalja.

A droghasználattal érintett gyermekek, családok ellátásában a gyermekjóléti szolgáltatóknak feladata, hogy olyan egészségügyi szolgáltatásokhoz juttassa hozzá a gyermeket, illetve családját, ahol szakszerű segítséget kaphatnak. Adott esetben nem csupán a tanácsadás, szolgáltatás megismertetése, az igénybevétel feltételeiről szóló tájékoztatás a gyermekjóléti szolgáltató feladata, hanem pl. a szerhasználó gyermek vagy szülő elkísérése a tanácsadásra, számukra mentális támogatás nyújtása. Az is megoldást jelenthet, ha az addiktológiai szakellátást nyújtó szakember a gyermekjóléti szolgáltatónál veszi fel a kapcsolatot a klienssel, a családgyógyász kezdeményezésére.

A gyermekjóléti szolgáltatás nem alacsonyküszöbű szolgáltatás. Igénybevételéhez számos jogszabályi rendelkezés, adatvédelmi, adatkezelési előírás tartozik azért, hogy alapvető céljának megfelelően, vagyis a gyermek érdekeit védő speciális személyes szociális szolgáltatásként, a szociális munka módszereinek és eszközeinek felhasználásával szolgálja a gyermek testi és lelki egészségének, családban történő nevelkedésének elősegítését, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzését, a kialakult veszélyeztetettség megszüntetését, illetve a családjából kiemelt gyermek visszahelyezését.

A gyermekjóléti szolgáltatók feladatai a gyakorlatban a szerhasználattal összefüggésben

Az alábbiakban bemutatásra kerülnek a gyermekjóléti szolgáltatók általános feladatai a szerhasználattal összefüggésben, így az észlelő- és jelzőrendszer működtetése, az egyes klienscsoportok ellátására, gondozására vonatkozó megállapítások, valamint a gyermekjóléti szolgáltató prevenció területén kifejtett tevékenysége. A szerhasználó gyermek- ill. fiatalkorúakra vonatkozó feladatok bemutatása ennek az összeállításnak nem feladata.

A gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében működtetett észlelő – és jelzőrendszer

Az 1997. évi XXXI. tv. 17. §-a határozza meg a gyermekek veszélyeztetettségét észlelő- és jelzőrendszer tagjait, valamint a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése érdekében végzendő feladataikat. Ezen szabályozás szerint a jelzőrendszer tagjai az egészségügyi szolgáltatást nyújtók (így különösen a védőnői szolgálat, a házi orvos, a házi gyermekorvos), a személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatók (így különösen a családsegítő szolgálat, a családsegítő központ), a közoktatási intézmények (így különösen a nevelési-oktatási intézmény, a nevelési tanácsadó), a rendőrség, az ügyészség, a bíróság, a pártfogó felügyelői szolgálat, az áldozatsegítés és a kárenyhítés feladatait ellátó szervezetek, a menekülteket befogadó állomás, a menekültek átmeneti szállása, a társadalmi szervezetek, egyházak, alapítványok.

A jelzőrendszer tagjai kötelesek jelzéssel élni – írásban és időben - a gyermek veszélyeztetettsége esetén a gyermekjóléti szolgálat felé, ill. hatósági eljárást

kezdeményezni a gyermek bántalmazása, súlyos elhanyagolása vagy egyéb súlyos veszélyeztető ok észlelésekor, továbbá a gyermek önmaga által előidézett súlyos veszélyeztető magatartása esetén.

Az észlelő- és jelzőrendszer kiépítése és működtetése a gyermekjóléti szolgálat feladata.

A gyermekjóléti szolgáltató gondozási feladatai szerhasználó várandós ellátásában

A Gyermekvédelmi törvény szerint a gyermeknek joga, hogy akár megszületése előtt is segítséget kapjon (születési segítséget kapjanak) - a gyermekjóléti szolgáltatás és az egészségügyi szolgáltatások együttműködésével - ahhoz, hogy minden olyan akadályt elhárítsanak, ami veszélyezteti az újszülött vérszerinti családjában történő nevelkedését, szükségletekhez igazodó ellátását. A születendő gyermek joga, hogy segítséget kapjon, illetve, hogy édesanyjával együtt, stabil körülmények közé távozhasson a kórházból.

A gyermekjóléti szolgáltató tapasztalata (MOGYESZ 2011) szerint kevés esetben kerül látókörükbe várandós nő szerhasználat miatt. Sokkal gyakoribb, hogy kiskorú várandósként, vagy szociális problémák előtérbe helyezésével kéri a szolgáltató segítségét. A gyermekvédelmi észlelő-és jelzőrendszer jelzéseire kevésbé számíthat a gyermekjóléti szolgáltató, hiszen a szerhasználó várandós tart az egészségügyi ellátórendszer szigorjától, az esetleges büntetőjogi következményektől, így gyakori, hogy nem veszi igénybe sem a terhesgondozást, sem a védőnői szolgáltatást. A családgondozó által tapasztalt problémák között szerepelhet a gondozatlan terhesség is.

A szerhasználatból eredő problémák felszínre kerülése esetén ki kell egészíteni a gondozási tervet az egészségügyi szolgáltatóhoz való eljuttatással. Ebben az esetben nem csupán a szakszerű terhesgondozásra való eljuttatás, hanem a szerhasználat okozta egészségügyi problémák kezelése is kiemelten fontos, részben a várandós anya, részben a születendő gyermek egészségi állapota miatt. A gyermekjóléti szolgáltató elsődleges feladata, hogy a szerhasználó várandós nőt segítse abban, hogy olyan szakszerű ellátáshoz (egészségügyi, pszichoszociális) juthasson, ahol pontos tájékoztatást kaphat állapotáról, a születendő gyermek helyzetéről, az esetleges veszélyekről, és ahol –szükség esetén– szakorvosi segítséget kaphat a várandósság idejére a szerhasználatot illetően.

Problémát okozhat a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó számára, hogy a várandós nők esetében nagyon hiányos az ellátórendszer, amely fogadja, segíti a szerhasználókat, és képes arra, hogy a várandósságot, és a szerhasználatból eredő problémákat együtt kezelje, és megnyugtató támaszt nyújtson a várandósoknak, annak érdekében, hogy gyermeke a lehető legegészségesebben, biztonságban születhessen meg (MOGYESZ 2011). Nincsenek nevesített, a droghasználó kismamák ellátására szervezett szolgáltatások, az ország legnagyobb részén nincs hova irányítani a speciális ellátásra jelentkező, tapasztalt szakembert kereső, szerhasználó kismamát. Budapesten működő szervezet a Józan Babák Klub¹⁵² mely alacsonyküszöbű szolgáltatásként várja a hozzájuk forduló szerhasználó kismamákat.

A gyermekjóléti szolgáltató feladatai drogfogyasztó szülő, illetve drogfogyasztó együtt élő családtag gondozása, ellátása során

A gyermekjóléti szolgálat tudomást szerezhet drogfogyasztó szülőről, illetve drogfogyasztó együtt élő családtagról jelzés útján vagy önkéntes jelentkezés alapján. Mindkét esetben a gyermekjóléti családgondozó alapellátás keretein belül kezdi meg a családgondozást. A veszélyeztetettséget előidéző okok feltárását követően gondozási tervet készít, feladata a kialakult veszélyeztetettség megszüntetése.

A gyermekjóléti szolgálattal - önkéntesen vagy jelzés útján - kapcsolatba kerülő ügyfél esetében a családgondozó tájékoztatást ad a gyermek jogairól, az ide vonatkozó gyermekvédelmi, illetve büntetőjogi jogszabályokról és következményekről, a drogfogyasztó szülő, illetve drogfogyasztó együtt élő családtag drogfogyasztásának gyermekekre gyakorolt

¹⁵² A szervezet tevékenységéről bővebben lásd a 7.3. fejezetet.

negatív hatásairól. Amennyiben a függőségben szenvedő közvetlen környezetében él gyermek, ő is részesül a drogfogyasztás hátrányos következményeiből.

Az önkéntesen jelentkező szülő, vagy együtt élő családtag jellemzően tudatában van betegségének, és - mivel segítséget kért a családgondozótól - nyitott a gyógyulás irányába. Ilyen esetekben a családgondozó segíti a szülőt a megfelelő szakemberekhez való eljutásban, a segítséghez való hozzájutásban, lehetőleg a jelzőrendszer tagjainak együttműködésével. A családgondozó felveszi a kapcsolatot a drogfogyasztó szülő, illetve drogfogyasztó együtt élő családtag rokonaival, gyermekeivel és erősíti, segíti őket a szerhasználó gyógyulásban való támogatásában. Hozzásegíti a családtagokat az elszorodott, illetve fennálló krízis feldolgozásában, a családban jelentkező működési zavarok ellensúlyozása érdekében. A drogfogyasztó szülő gyógyító kezelésen, kábítószer-használatot kezelő más ellátáson vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvétele alatt a gyermekjóléti szolgálat családgondozója figyelemmel kíséri a veszélyeztető tényezők alakulását és a család életét.

Amennyiben a gyermekjóléti szolgálat jelzés útján értesül drogfogyasztó szülőről, illetve drogfogyasztó együtt élő családtagról, a családdal történő kapcsolatfelvételt követően a családgondozó helyzetértékelést készít. Családlátogatás keretében feltárja a gyermek veszélyeztetettségére utaló jeleket, értékeli a szülő betegségtudatát. Tájékoztatást kér a családdal kapcsolatban álló jelzőrendszeri tagoktól, hogy tapasztaltak-e a szülő, együtt élő családtag, illetve a gyermek viselkedésében bekövetkezett negatív változást, esetlegesen drogfogyasztásra utaló jeleket a családban. A rendelkezésre álló információk alapján a családgondozó eldönti, szükség van-e a gyermekjóléti szolgálat által biztosított családgondozásra, vagy más segítségnyújtásra.

Ha a szülő, vagy együtt élő családtag nem rendelkezik betegségtudattal, a családgondozó motiválja ennek belátására segítő beszélgetéssel, mialatt ismételt szembesíti betegségének önmagára és környezetére gyakorolt negatív hatásaival. Ebben az esetben is segíti a szülőt a megfelelő szakemberekhez való eljutásban, tájékoztatást ad a gyógyító kezelésekről, a kábítószer-használatot kezelő más ellátásokról vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatásokról és az ezeken való részvétel lehetőségeiről. A családgondozás keretén belül a családgondozó gondozási-nevelési tervet készít, melyben előírja a szülő, vagy együtt élő családtag részére a fent említett ellátások igénybevételét.

Amikor a szülő vagy együtt élő családtag nem ismeri el a kezelés szükségességét, továbbá az együttműködés hiánya, valamint a gyermekek súlyos veszélyeztetettsége esetén a családgondozó hatósági gyermekvédelmi intézkedést, védelembe vételt kezdeményez. Ennek eredménytelensége esetén a gyermek családjából történő kiemelésére tesz javaslatot. Eredményesség esetén, alapellátás keretein belül folytatódik a családgondozás a veszélyeztetettség megszűnéséig.

A gyermekjóléti szolgáltató prevenciós tevékenysége a droghasználattal összefüggésben

A Gyvt. 39. § (1-3) alapján elmondható, hogy a gyermekjóléti szolgálatok tevékenységi körébe nem sorolható egyértelműen a drogprevenció, inkább az ezzel kapcsolatos szolgáltatások megszervezése, koordinálása.

12.3. SPECIÁLIS VÁLASZLÉPÉSEK

Kezelési protokollok, eljárásrendek

Az Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ Országos Addiktológiai Központja által koordinált szakértői munkacsoportja 2009-ben készített egy kiadványt, mely módszertani ajánlásnak tekinthető a kábítószer-fogyasztó várandós nők ellátása területén, címe: Szenvedélybeteg terhesek, veszélyeztetett újszülöttek, kisgyermek gondozási és megelőzési programja. A dokumentum nem kötelező érvényű.

A terhesség alatti gyógyszeres kezelés WHO-s ajánlása – miszerint „Opiát agonista fenntartó kezelés alkalmazása javasolt terhesség alatti opiát-függőség esetén”¹⁵³ – nem szerepel a hazai eljárásrendekben. A metadon alkalmazási leiratában a terhesség abszolút ellenjavallatot képez, csak kivételes esetben, az előny-kockázat gondos mérlegelése mellett javasolja az alkalmazását¹⁵⁴ – ez indokolja azt, hogy a protokollban külön nem szerepel.

Következtetések

A TDI adatok alapján elmondható, hogy a kezelésbe lépő kliensek mintegy 8-9%-a nevel gyermeket. A gyermeket önállóan nevelők aránya alacsony, az összes kezelésbe lépő 1-2%-ára tehető, a többség élettárssal együtt neveli egy vagy több gyermekét. A kezelést kezdők leggyakoribb szere a kannabisz, a kliensek több mint fele ezt használta, további 20% körül mozog az amfetamin, és 10% körül az opiátot fogyasztó kliensek aránya. A kezelték mintegy 18%-a mondta azt, hogy injektált már életében kábítószerrel. A gyermeket nevelő kliensek fele (45%) alkalmi szerhasználó, de 35%-uk gyakori (heti 2-6 vagy naponta) fogyasztó volt. A gyermeket nevelő kezelték iskolai végzettség és munkaügyi státuszukat tekintetében nem térnek el a TDI-ben rögzített többi klientsől.

A szerhasználó szülők szociális és egészségügyi addiktológiai szakellátása nem különbözik a többi szerhasználótól, e csoport sajátos igényeit célzó speciális kezelési programok nem kerültek azonosításra. Védett szálláshelyek vagy anyaoththonok működnek ugyan, de ezekben az illegális szerhasználattal összefüggő kezelési-ellátási igények azonosítására alkalmas adatgyűjtések hiányoznak. A gyermeket nevelő szerhasználó szülők szociális ellátását, családgondozását a gyermekjóléti szolgálatok végzik. Amikor a szülő vagy együtt élő családtag nem ismeri el a kezelés szükségességét, továbbá az együttműködés hiánya, valamint a gyermekek súlyos veszélyeztetettsége esetén, a családgondozó hatósági gyermekvédelmi intézkedést, védelembe vételt kezdeményez. Ennek eredménytelensége esetén a gyermek családjából történő kiemelésére tesz javaslatot. Hatósági intézkedés esetén a jegyzői gyámhivatalok járnak el.

A szülő vagy nevelő kábítószer-fogyasztásából eredő hatósági intézkedések számáról statisztikai beszámolók nem álltak rendelkezésre.

¹⁵³ „Opioid agonist maintenance treatment should be used for the treatment of opioid dependence in pregnancy. „

¹⁵⁴ Mivel a gyártók nem vizsgálták be a metadon alkalmazhatóságát várandós nők esetében.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Arnold, P., Paksi, B. (2010): „Posztadoleszcencia és drogfogyasztás” - Feltáró vizsgálat a fiatal felnőtt populáció körében. Viselkedéskutató Társadalomtudományi és Szolgáltató Kft. KAB-KT-09-0020. Kutatási beszámoló.

BM (Belügyminisztérium) (2011): A Belügyminisztérium 2010. évi kábítószerügyi tevékenységéről szóló beszámolója.

Busa, Cs., Kesztyüs, M., Tistyán, L., Füzesi, Zs. (2010): A posztadoleszcensek – egészségkárosító magatartásformák a fiatalok körében.
<http://fact.hu/hireink/egeszsegkarosito-magatartasformak-vizsgalata>
[2011.09.07.]

BVOP (Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága) (2011). Éves beszámoló.

Csák, R., Gyarmathy, V.A., Varga, M., Honti, J. (2010). Tűcsere programok. In: Szabályozás a célzott és indikált prevenció területén I. Felvinczi, K., Kun, B., (szerk). SzMI, Budapest. pp. 226-319.

Csák, R., Gyékiss, R., Márványkövi, F., Vadász, V., Rácz J. (2010): Magyarországi intravénás mepredron használat 2010-ben – a tűcsere szolgáltatók tapasztalatai. Addiktológia (Addictologia Hungarica), 9,4. Megjelenés alatt.

Csohán, Á., Krisztalovics, K., Molnár, Zs., Dudás, M., Horváth, K., Szilágyi, A., Fogarassy, E., Lendvai, Gy., Kaszás, K., Molnárné Kozma, E. (2011). Magyarország járványügyi helyzete 2010. OEK.

Csorba, J., Pataki, Z., Péterfi, A. (2009): Kábítószer-függő kismamák Budapesten. Kutatási beszámoló. H—Reports Kft.

Csorba, J., Pataki, Z., Péterfi, A. (2010): Terhesség és droghasználat – budapesti problémás szerhasználó nők kvantitatív vizsgálata. Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása konferencia. Budapest, 2010. március 26.

Dudás, M., Rusvai, E., Győri, Z., Minárovits, J., Takács, M., Csohán, Á. (2011a): A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2010. évi prevalenciájának vizsgálata. OEK.

Harsányi, K. (2011) Treatment Programmes in Institutions of The Prison Service. Elhangzott: Nemzeti Drogkoordinátorok találkozója. Budapest. 2011. május. 10.

Horváth, G. Cs., Péterfi A., Tarján A. (2011): A kábítószer-fogyasztással kapcsolatos új jelenségek 2010-ben az ellátóhelyek tapasztalatai alapján. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Józan Babák Klub (2011). Beszámoló a Józan Babák Klub Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás programja 2010. évi tevékenységéről.

KIMISZ (Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium Igazságügyi Szolgálat) (2011): Tájékoztatás.

Kováts, V. (2011): Csere Csak Csajoknak - egy női program a Tűcserében. Szakmai nap női szolgáltatókról. Budapest. 2011. március 29.

Kovacsics, L., Sebestyén, E. (2007): Illegális szerek fogyasztása. In. Németh, Á. (szerk.): Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Nemzeti jelentés, 2006. OGYEI. Budapest.

MH (Magyar Honvédség) (2011): Beszámoló a kábítószerügyi Éves jelentéshez.

Mészáros, M. (2011): Programs of resocialisation before and after release from penal institutions. Elhangzott: Nemzeti Drogkoordinátorok találkozója. Budapest. 2011. május 10.

MOGYESZ (Módszertani Gyermejköltségi Szolgálatok Országos Egyesülete) (2011): Konszenzus kiadvány 2010. 12-44.p.

http://www.mogyesz.hu/index.php?option=com_rokdownloads&view=file&Itemid=13&id=247:konszenzus-kiadvany-2010

[2011.09.07.]

NEFMI (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) (2011): Nemzeti Erőforrás Minisztérium 2010. évről szóló beszámolója.

Németh, Á., Költő, A. (szerk.) (2011): Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja - 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.

Németh, Zs., Farkas, J., Urbán, R., & Demetrovics, Zs. (2011): A fiatalkori problémás alkoholfogyasztás motivációs háttere. 'Ifjúság és addikciók'. Elhangzott: A Magyar Addiktológiai Társaság VI. Tematikus Konferenciája, Budapest. április 15.

OAC (Országos Addiktológiai Centrum) (2011a): TDI adatgyűjtés 2010.

OAC (Országos Addiktológiai Centrum) (2011b): Az OSAP adatgyűjtés toxikológiai ellátási adatai, 2010 .

OAC (Országos Addiktológiai Centrum) (2011c): Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozási adatok, 2010.

Péterfi, A., Port, Á (2011): Online kereskedelem Magyarországon. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Ritter, I. (2010): A hazai amfetamin kínálati piac. Kutatási beszámoló. Egészséges Ifjúságért Alapítvány.

Special Eurobarometer 321 (2010): Poverty and Social Exclusion. TNS Opinion & Social, EC DG for Employment részére. Belgium.

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_321_en.pdf

[15.06.2011]

Stöver, H., Thane, K., (2011): Towards a continuum of care in the EU criminal justice system - A survey of prisoners' needs in four countries (Estonia, Hungary, Lithuania, Poland). BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg.

Takács, I.G. (2010). Börtön és kockázatok. TASZ, Budapest.

<http://drogriporter.hu/bortoneskockazatok>

[2011.09.07.]

Tarján, A. (2011): Tűcsere programok adatai, 2008 – 2010. Nemzeti Drog Fókuszpont.

Tresó, B., Barcsay, E., Tarján, A., Horváth, G. Cs., Dencs, Á., Hettmann, A., Csépai, M., Győri, Z., Rusvai, E., Takács, M., (2011): Prevalence and Correlates of HCV, HVB, and HIV Infection among Prison Inmates and Staff, Hungary. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. doi:10.1007/s11524-011-9626-x

Varga, T., Tóth, A. R., Molnár, A., Kereszty, É., Institóris, L. (2011): Kábítószeres és pszichotróp anyagok szerepe a közlekedésben. SZTE ÁOK IOI., Szeged. Kézirat.

Varga, T., Tóth, A. R., Molnár, A., Kereszty, É., Institóris, L. (2011): Kábítószeres és pszichotróp anyagok előfordulása a Csongrád megyében balesetet okozó személygépkocsi-vezetők vér- és/vagy vizeletmintái alapján, 2008-2010. SZTE ÁOK IOI., Szeged. Kézirat.

Vitrai, J., Demetrovics, Zs., Füzesi, Zs., Busa, Cs., Tistyán, L. (2010): Az elterelés hatásosságának vizsgálata. Kutatási beszámoló.

http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Eltereles_koveteses_beszamolo.pdf
[2011.09.07.]

FÜGGELÉK

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A NEFMI által kiírt pályázati keretösszegek célterületek szerint 2010-ben	13
2. táblázat. A különböző szerfogyasztói magatartások életprevalencia-értékei a 9. és 11. évfolyamos tanulók körében	15
3. táblázat. A leggyakoribb életprevalenciájú szerek nem és évfolyam szerint	16
4. táblázat. A Magyar Honvédségnél 2010-ben végzett drogszűrő vizsgálatok eredményei	18
5. táblázat. Egyes magatartásformák veszélyességének megítélése	19
6. táblázat. Az illegális szerhasználat tervezett és tényleges alakulása a program megkezdése előtt és alatt (önbevallás alapján) (N=86)	27
7. táblázat. Elsődleges injektált szertípus szerinti megoszlás a túcsere-programban részt vevő kliensek körében életkor szerinti bontásban, 2010-ben (N=1729)	30
8. táblázat. Elsődlegesen injektált szertípus szerinti megoszlás a túcsere programban részt vevő nők körében életkor szerinti bontásban, 2010-ben (N=397)	31
9. táblázat. Elsődlegesen injektált szertípus szerinti megoszlás a túcsere programban részt vevő férfiak körében életkor szerinti bontásban, 2010-ben (N=1332)	31
10. táblázat. Metadon és buprenorfin-naloxon kezelésben részt vevők száma (fő) a kezelés típusa szerinti bontásban 2010-ben (N=1031)	35
11. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása 2006-2010 között (fő)	44
12. táblázat. Az intravénás kábítószer-fogyasztók HIV, HBV, HCV fertőzöttsége nem és korcsoport szerinti bontásban, 2010-ben	46
13. táblázat. HBV és HCV jelenlétére vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók száma, a fertőzöttek száma és aránya területenként, 2010-ben	47
14. táblázat. A büntetés-végrehajtási intézetekben elvégzett HIV szűrések és a kiszűrt pozitív esetek száma 2001-2010 között	47
15. táblázat. Az aktív intravénás szerhasználók HCV fertőzöttség szerinti megoszlása a tűt/fecskendő illetve egyéb injektáló segédeszköz megosztás szerinti bontásban	49
16. táblázat. Kábítószer jelenléte a közúti balesetekből származó vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban 2010-ben	52
17. táblázat. Az egyes kábítószer- és gyógyszercsoportok korcsoportok szerinti prevalenciája. A táblázatban csak a konvertált cut off érték feletti pozitív minták szerepelnek a forgalomsűrűségi adatok szerint súlyozva	54
18. táblázat. A valaha illetve az utolsó hónapban az egyes szertípusokat fogyasztó illetve intravénásan fogyasztó várandós nők (N=16 fő) száma 2010-ben, (fő)	56
19. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2010-ben	56
20. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen, természetes és erőszakos halálesetek megoszlása a feltalálás helyszíne szerint 2010-ben (fő)	57
21. táblázat. 2005 és 2010 között kezelésben megjelent, 2010-ben kábítószer-fogyasztással összefüggően elhunyt személyek jellemzői	58
22. táblázat. A túcsere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2009-ben és 2010-ben	61
23. táblázat. Az egy kliensre/ egy kontaktra jutó osztott illetve hozott+gyűjtött fecskendők, és az egy kliensre jutó kontaktok száma, 2010-ben	61
24. táblázat. Injektáló és ártalomcsökkentő segédeszközök osztása és egyéb szolgáltatások nyújtása a túcserét végző szervezetek körében, 2010-ben (N=21)	64
25. táblázat. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma és aránya az elkövetési magatartás és a kábítószer mennyiség szerinti bontásban 2010-ben	76
26. táblázat. Az elkövetők előélet szerinti megoszlása 2010-ben	78
27. táblázat. Lefoglalások száma és mennyisége 2009-ben és 2010-ben	86
28. táblázat. 2010-ben azonosított új hatóanyagok	89
29. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban 2010-ben	90
30. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban 2010-ben	90
31. táblázat. A bv. intézetek telítettsége a tárgyév végén 2006-2010 között	96
32. táblázat. A 2010-ben foglalkoztatott egészségügyi személyzet létszáma	98
33. táblázat. Járó- és fekvőbeteg ellátási események száma a börtönökben, illetve bv.-n kívüli egészségügyi intézményben, 2006-2010 között	98

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. Elmúlt havi kannabisz-fogyasztás fogyasztói típus szerint a 9. és 11. évfolyamos tanulók körében (N=4441)	17
2. ábra. Az eltereléssel kapcsolatos elvárások alakulása az elterelésbe bekerüléskor (N=139) és az elterelés befejezésekor (N=96)	26
3. ábra. Szubsztitúciós kezelésben részt vevők száma szubsztitúciós szer és év szerinti bontásban, valamint az összesített havi kliensszám éves átlaga 2007-2010 (fő)	36
4. ábra. Elsődleges szer az összes (nem elterelt) kezelésbe lépő körében 2010-ben (%) (N=1233)	37
5. ábra. Elsődleges szer az összes kezelésbe lépő elterelt körében 2010-ben (%) (N=3310)	38
6. ábra. Intravénás (iv) és nem intravénás (nem iv) fogyasztók megoszlása szerítípusok és év szerinti bontásban 2009-2010 (fő)	41
7. ábra. Elsődleges szerként „egyéb stimulánsokat” fogyasztók száma az összes és első kezelésbe lépő körében 2007-2010 között (fő)	42
8. ábra. Átlagos látencia periódus az egyes szerítípusok esetében 2006–2010 között (év)	42
9. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt száma 2006-2010 között (fő)	50
10. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt férfiak esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint (N=1111) (fő)	51
11. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt nők esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint (N=851) (fő)	51
12. ábra. Az egyes kábítószer- és gyógyszer-csoportok korcsoportok szerinti megoszlása nyálminta alapján (N=2738)	53
13. ábra. Az állandó telephelyű programokban osztott és hozott injektorok száma 2006-2010 között	62
14. ábra. Az állandó telephelyű programokban a kliensek és kontaktok száma 2006-2010 között	63
15. ábra. Lakhatási körülmények a kezelésbe lépők körében 2006-2010 között (fő)	69
16. ábra. Befejezett iskolai végzettség a kezelésbe lépők körében 2006-2010 között (fő)	70
17. ábra. Munkaügyi státusz a kezelésbe lépők körében, korcsoportonként 2007-2010 között (fő)	71
18. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 2002-2010 között	74
19. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma az elkövetés tárgya szerinti bontásban, 2009-ben és 2010-ben	75
20. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma korcsoportonként és összesen 2003 és 2010 között	77
21. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül a bírósági eljárást nem eredményező eljárási formák és a vádemelések száma 2002-2010 között	79
22. ábra. Az adott évben folyamatban lévő kábítószerrel való visszaélésekkel kapcsolatos pártfogó felügyeletek száma, 2006-2010 között	80
23. ábra. Főbb hatóanyagok előfordulása a BSZKI-ban vizsgált anyagokban és tárgyakon (THC nélkül, negyedéves bontásban)	87
24. ábra. GBL lefoglalások 2002-2010 között (liter, ügyek száma)	88
25. ábra. Szintetikus kannabinoid lefoglalások száma 2010-ben, havonkénti bontásban	89
26. ábra. Egyes kábítószerek átlagos hatóanyag-tartalmának alakulása 2007 és 2010 között	91
27. ábra. Fogyasztási adagokban lefoglalt, heroin tartalmú porok hatóanyag-tartalma (2009. december - 2011. január)	92
28. ábra. Fogyasztási adagokban lefoglalt, amfetamin tartalmú porok hatóanyag-tartalma (2009. december - 2011. január)	93
29. ábra. Hatóanyagok előfordulási gyakorisága (%) a 2010-ben lefoglalt tablettákban, a lefoglalási tételeket (N=179) vizsgálva	94
30. ábra. Kezelésbe lépők kormegoszlása a büntetés-végrehajtási intézetekben 2010-ben (összes kezelt, fő, N=141)	102
31. ábra. A büntetés-végrehajtási intézetekben kezelésbe lépő szerfogyasztók elsődleges szer szerinti megoszlása 2010-ben (fő; %) (N=141)	102
32. ábra. Elsődleges szerek korcsoport szerinti megoszlása a bv. intézetekben kezelést kezdők körében 2010-ben (N=141)	103
33. ábra. A kezelésbe lépő kliensek megoszlása családi állapot szerint, 2006 és 2010 között (fő)	109
34. ábra. Beutalás eredete a gyermeket nevelő kliensek körében 2006 és 2010 között (%)	109
35. ábra. Az elsődleges szerek megoszlása a gyermeket nevelő kezelésbe lépők körében (%)	110

TÉRKÉPEK JEGYZÉKE

1. térkép. *Túcsere szolgáltatók (N=23) 2010-es országos megoszlása* _____ 60
2. térkép. *A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma megyék szerinti bontásban 2010-ben*76
3. térkép. *A HIV/HBV/HCV felvilágosító programokat és ezzel egybekötött szűrővizsgálatokat biztosító büntetés-végrehajtási intézetek területi megoszlása 2007-2010 között (N=26)*_____ 105