



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



2010-es ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára
készítette: **Nemzeti Drog Fókuszpont**

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

REITOX

A KÖTET SZERZŐI:

BOZSONYI KÁROLY, Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsészettudományi Kar

CSESZTREGI TAMÁS, Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

DUDÁS MÁRIA, Országos Epidemiológiai Központ

HORVÁTH GERGELY CSABA, Nemzeti Drog Fókuszpont

KELLER ÉVA, Semmelweis Egyetem, Igazságügyi és Biztosítás-orvostani Intézet

KOÓS TAMÁS, Országos Addiktológiai Centrum

NÁDAS ESZTER, Nemzeti Drog Fókuszpont

OBERTH JÓZSEF, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány

PAKSI BORBÁLA, Budapesti Corvinus Egyetem, Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet, Viselkedéskutató Központ

PÉTERFI ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

SZIKSZAY TIBOR, Legfőbb Ügyészség Számítástechnika-alkalmazási és Információs Főosztály

TARJÁN ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

VARGA ORSOLYA, Nemzeti Drog Fókuszpont

LEKTORÁLTA:

ELEKES ZSUZSANNA, FELVINCZI KATALIN, GAZDAG GÁBOR, HUSZÁR LÁSZLÓ, KOÓS TAMÁS, KUN GÁBOR, RÁCZ JÓZSEF, SÁROSI PÉTER, SZEMELYÁCS JÁNOS, TOPOLÁNSZKY ÁKOS

TARTALOMJEGYZÉK

ÖSSZEFOGLALÁS	6
1. KÁBÍTÓSZER-POLITIKA: JOGALKOTÁS, STRATÉGIA ÉS GAZDASÁGI ELEMZÉS	10
1.1. JOGI KERETEK	10
1.2. NEMZETI AKCIÓTERV, STRATÉGIA, ÉRTÉKELÉS ÉS KOORDINÁCIÓ	12
1.3. KÖZGAZDASÁGI ELEMZÉS	14
2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN	17
2.1. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁLTALÁNOS POPULÁCIÓBAN	17
2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN	17
2.3. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN	17
3. PREVENCIÓ	18
3.1. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ	18
3.2. CÉLZOTT PREVENCIÓ	28
3.3. JAVALLOTT PREVENCIÓ	31
3.4. ORSZÁGOS ÉS HELYI MÉDIA KAMPÁNYOK	32
4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS	36
4.1. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÓK PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSE	36
4.2. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐ PROBLÉMÁS FOGYASZTÓK	43
4.3. INTENZÍV, GYAKORI, HOSSZÚ TÁVÚ ÉS MÁS PROBLÉMÁS DROGHASZNÁLATI MINTÁK	49
5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE: KEZELÉSI IGÉNY ÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉG	51
5.1. SZAKPOLITIKA	51
5.2. ELLÁTÓRENDSZEREK	52
5.3. A KEZELT BETEGEK JELLEMZŐI	63
5.4. TENDENCIÁK A KEZELT BETEGEK KÖRÉBEN	69

6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI	71
6.1. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK	71
6.2. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI	88
6.3. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN	93
7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE	101
7.1. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE	101
7.2. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE	104
7.3. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KEZELÉSE	115
8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	119
8.1. TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉG	119
8.2. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	122
9. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS, KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE ÉS A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI SZERVEZET	131
9.1. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS	131
9.2. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE	139
9.3. BEAVATKOZÁSOK A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYÉBEN	139
9.4. KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT ÉS PROBLÉMÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT A BÖRTÖNBEN	141
9.5. A KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEIRE ADOTT VÁLASZOK A BÖRTÖNBEN	147
9.6. A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓK REINTEGRÁCIÓJA A SZABADULÁS UTÁN	151
10. KÁBÍTÓSZERPIAC	154
10.1. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT	154
10.2. LEFOGLALÁSOK	159
10.3. ÁR / TISZTASÁG	161
11. NEMZETI SZINTŰ ELLÁTÁSI IRÁNYELVEK LÉTREJÖTTE, MÓDSZERTANA ÉS MEGVALÓSÍTÁSA	167
11.1 TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS ÉS AZ IRÁNYELVEK HAZAI RENDSZERE	167
11.2 ELLÁTÁSI IRÁNYELVEK MAGYARORSZÁGON	168

11.3 A MEGVALÓSÍTÁS FOLYAMATA	169
11.4 AZ OPIÁT-FÜGGŐSÉG GYÓGYSZERES KEZELÉSE – A HAZAI ÉS A WHO-S IRÁNYELVEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA	171
FELHASZNÁLT IRODALOM	175
FÜGGELÉK	178
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	178
ÁBRÁK JEGYZÉKE	180
TÉRKÉPEK JEGYZÉKE	182

ÖSSZEFOGLALÁS

Miután az Országgyűlés 2009 márciusában elfogadta a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készítendő új nemzeti stratégiai programról szóló országgyűlési határozatot, amelyben felkéri a Kormányt a 2010-től esedékes új nemzeti stratégiai program elkészítésére, az Országgyűlés 2009. december 14-én elfogadta a kormány által beterjesztett "Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelése érdekében" című dokumentumot.

Az új drogstratégia 2010-2018. évekre vonatkozóan rendezi össze azokat a reális szakmai célkitűzéseket, amelyek kedvező eredménnyel járó beavatkozásokat jelenthetnek a hazai kábítószer-probléma szempontjából.

A Kábítószer Listák Szakbizottságának megalakulása lehetővé teszi a gyorsabb reagálást az újonnan megjelenő szerekre történő válaszlépések megtételében.

2009 végén kutatás készült a hepatitis C (HCV) fertőzés miatt antivirális kezelésben részesült betegek kezelési költségeinek azonosítása érdekében, amely kutatás feltárta, hogy a kezelési költségek legfontosabb tényezője a kezelés hossza, ezt követi az alkalmazott antivirális szer típusa és dózisa.

A Magyar Honvédség 2009-ben is végzett kábítószer szűrővizsgálatokat az állomány körében, melynek célja a tényleges fogyasztók kiszűrése, a fogyasztás csökkentése, a drogmegelőzési technikák hatékonyságának nyomon követése, valamint új cselekvési programok megalapozása volt. A vizsgált évben más populációs vizsgálat nem történt.

Az új Nemzeti Drogstratégia megelőzés szemléleti kerete a drogprevenció területén nemzetközileg elfogadott, bizonyítékon alapuló elvek mentén került kialakításra. Hangsúlyozza többek között a közösségi erőforrások kiaknázását, az integrált megközelítések alkalmazását, a készségfejlesztést és innovatív technikák alkalmazását, az alternatívák nyújtását és a korai kezelésbevételt.

A 2008/2009-es tanévben 79.865 diák, vagyis a 10-18 éves, alap- és középfokú nevelési-oktatási intézményekben tanuló diákok 8,3%-a vett részt valamilyen drogprevenációs foglalkozáson az SzMM-OKM közös, iskolai egészségnevelési és drogprevenációs programok támogatására kiírt pályázatának keretében.

2009-ben (2008-hoz hasonlóan) 8 városban/kistérségben működött a rekreációs szintűen ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet nyújtó szolgáltatás, a szervezetek összesen 441 eseményen vettek részt, ahol több mint 11.300 fiatallal kerültek kapcsolatba. Csökkenés mutatkozik a szervezett bulikon való részvételben, ugyanakkor gyakoribb a szervezetek fesztiválokra való megjelenése.

A közoktatási intézmények preventív kompetenciáinak és tevékenységének változásait vizsgáló kutatás eredményei szerint az elmúlt 5 évben növekedett azon iskolák aránya, ahol a preventív/egészségfejlesztési feladatok ellátására nem rendelkeznek semmilyen intézményi kapacitással, ahol aktuálisan sem iskolapszichológus, sem drogügyi koordinátor, sem egészségfejlesztő, sem ifjúsági orvos, sem az iskolában rendszeresen jelen lévő védőnő nincsen. A kedvezőtlen változásokkal ellentétben azonban nőtt az iskolapszichológus foglalkoztató iskolák aránya.

Előrelépések történtek a hazai kábítószeres adatgyűjtésben az elmúlt években: a képzési algoritmusát tekintve állandó, mégis anonim generált kód alkalmazása lehetővé tette a különböző adatbázisok összekapcsolását, melynek segítségével a problémás kábítószer-fogyasztók megjelenései nyomon követhetőek a különböző rendszerekben. Az adatbázisok összekapcsolása eredményeként 2010-ben becslések készültek a problémás kábítószer-fogyasztói csoportok nagyságának meghatározására.

A pontbecslés értékek alapján a heroin-használók számát 2007 és 2008 években együttesen 3130 főre tették. Ugyanebben a két évben az amfetamin-fogyasztók száma 27323 fő volt, a kokain-fogyasztók száma pedig 5592 volt a pontbecsléseket tekintve.

Az intravénás kábítószer-fogyasztók számának megbecslésére a fertőző betegségekre irányuló szűrőprogramok adatbázisait használták fel. Kétéves periódusokra két becslés készült, 2007 és 2008 évekre együttesen 6146 fő, 2008 és 2009 évekre együttesen 5699 fő intravénás droghasználót feltételeznek a pontbecslések.

Az előző évhez képest lényeges változás nem történt az addiktológiai betegek egészségügyi ellátását biztosító ellátórendszerben.

A TDI adatgyűjtésbe 2009-ben 83 kezelőhely 4317 újonnan kezelésbe lépő esetet jelentett. A kezelésbe lépők többségét továbbra is azok teszik ki, akik életükben először kerülnek kezelésbe kábítószer-fogyasztás okozta problémájuk miatt. Az esetek háromnegyedében a kliens a büntetőeljárás alternatívájaként lép kezelésbe.

A kezelésbe lépés legnagyobb arányban továbbra is a kannabisz-fogyasztásból eredő probléma miatt történik (az elterelt és a nem elterelt csoportban egyaránt), ezt követi a stimulánsok ill. az opiátok fogyasztása miatt történő kezelésbe lépés. Ugyanakkor fontos megjegyeznünk, hogy az opiát-fogyasztókkal szemben a kannabisz, ill. stimuláns miatt kezelésbe lépők többségét változatlanul a büntetőeljárás alternatívájaként elterelés programot kezdők jelentik.

Összességében megállapítható, hogy az intravénás kábítószer-használók HIV fertőzöttsége valószínűsíthetően továbbra is igen alacsony Magyarországon, amit a 2009-es prevalencia vizsgálatok eredményei, illetve a rutin HIV/AIDS surveillance adatai is alátámasztanak.

Ami a hepatitis C fertőzöttséget illeti, az intravénás szerhasználó populáció országos prevalencia értéke az elmúlt négy évben 25% körül mozgott. A 2008 és 2009 években mért prevalencia értékek, illetve a 2006 és 2009 években mért értékek különbsége sem szignifikáns a $0,1 < p < 0,2$ szinten. A hepatitis C fertőzöttség nagy területi egyenlőtlenségeket mutat, amely felhívja a figyelmet az ártalomcsökkentő szolgáltatások fontosságára, főleg a nagyvárosok területén. Míg Budapesten 40,5%-os fertőzöttséget mértek, addig vidéken ez az érték 7,9% volt.

A fogvatartott intravénás szerhasználói múlttal rendelkező személyek esetében a két vidéki börtönben végzett szűrővizsgálat és kérdőívvezetés alapján 40%-os HCV fertőzöttséget mutatott ki a 2009-es vizsgálat.

A 2008-as nagy esetszám növekedéshez képest 2009-ben nem történt kimagasló növekedés a drog-mérgezés miatt a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán kezelésre szorulóknak számában. Csökkenés mutatkozott a heroin és metadon okozta túladagolások számában, ugyanakkor növekedett a kannabisz, kokain és amfetamin típusú szerek túladagolása miatti kezelések száma.

A kábítószer-fogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetek számában országosan növekedés figyelhető meg, az azonban valószínűsíthetően az esetek jobb felderítéséből adódik. 2009-ben 30 személy halálozott el kábítószer túladagolásban (22 Budapesten), az esetek túlnyomó részében (28 eset) heroin fogyasztás miatt. 2009-ben 8 természetes okú halálesetet jelentettek, mely összefüggésbe hozható volt kábítószer-fogyasztással és 11 olyan erőszakos halálesetet (öngyilkosság, gyilkosság, baleset), ahol kimutattak valamilyen illegális szert az elhunytban.

2009-ban tovább nőtt az ország tűcsere szolgáltatásokkal való lefedettsége. Az összesített adatokat tekintve nagymértékben növekedett mind a kiosztott mind a visszahozott fecskendők száma. Az emelkedő tendencia elsősorban az állandó telephelyű – ezek között is leginkább a budapesti – tűcsere programok 2009-es adatainak köszönhető.

A VIII. kerületi tűcsere programban megfigyelt emelkedő kliensszám, illetve a több éve 70% körüli értéket mutató hepatitis C prevalenciára adott válaszként több ártalomcsökkentő intézkedés is történt a területen.

Egy 2009-es kutatás során megvizsgálták a hepatitis C fertőzött intravénás szerhasználói múlttal rendelkezők kezelésbe jutásának legfőbb akadályait, illetve rávilágítottak több fejlesztendő területre is a kezelésükkel kapcsolatosan: mint például az egyénre szabott tanácsadás, a kezelésbe irányítás és a kezelésben tartás.

Egy a várandós szerhasználók körében készített kvalitatív kutatás eredményei azt mutatják, továbbra is problémát jelent az egészségügyi ellátók attitűdje, a megbélyegzés és a gyermek gyámságának elvesztése miatti félelem a kezelést igénylő szerhasználó kismamák ellátásának tekintetében.

2009-ben a TDI adatbázisban szereplő kliensek 89%-a élt rendezett szálláskörülmények között a kérdőív felvételekor, ez az arány növekedést jelent az előző évhez képest, ami ugyanakkor megegyezik a korábbi években megfigyelt arányokkal. Az iskolai végzettséget tekintve az elmúlt évhez viszonyítva magasabb volt a középfokú iskolai végzettséggel rendelkezők aránya és valamivel alacsonyabb az alapfokú végzettségűek aránya. A 2009-ben az újonnan kezelésbe lépők 33,6%-a volt rendszeresen foglalkoztatott, ez kismértékű növekedés a 2008-as arányhoz képest.

A Magyar Dropterápiás Intézetek Szövetségének (MADRISZ) aktív 13 tagszervezetére kiterjedő kutatás eredményei szerint a terápiás intézetek országosan, egyidejűleg 353 kliens befogadására képesek.

A terápiás intézetekbe – az intézményvezetők becslései alapján – legnagyobb arányban alkohol problémákkal kerülnek be a kliensek. A leggyakrabban használt tiltott szerek az opiátok, azonban e szercsoport elsődleges használóinak aránya az alkoholhasználókhoz képest fele akkora klienskört érint. Az intézetek terápiás céljait tekintve három cél emelkedik ki: a „szociális készségek, megküzdési stratégiák fejlesztése”, az „önismeret, önbizalom, magabiztosság fejlesztése”, valamint a „tartózkodás bármilyen illegális drogtól” célkitűzések.

A szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő fejlesztések támogatását szolgáló pályázat keretében 2008-ban 30 program nyert támogatást. 14 szervezet relapszus prevenciót szolgáló, valamint önsegítő jellegű programok megvalósítására jutott támogatáshoz, programjaikon összesen 4399 személy vett részt.

A bűnügyi statisztika fogalomrendszerében bekövetkezett változás miatt, 2009. évben az ismertté vált bűncselekmény, ismertté vált elkövető kategóriákat, a regisztrált bűncselekmény és regisztrált elkövető kategóriája váltotta fel. Az egységes nyomozóhatósági és ügyészségi bűnügyi statisztikai rendszerben rögzített adatok szerint a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma csökkenést mutat, továbbá a következménybűnözés számszaki adatai is csökkenést jeleznek. A büntetőeljárással jellemzően olyan személyek érintettek, akikkel szemben fogyasztói magatartást tudtak bizonyítani. A fiatalok aránya az összes visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető körében évről évre csökken és lassan eléri az összes regisztrált elkövető körében mért értéket.

A Budapesti Fegyház és Börtönben készült kutatás alapján megállapítható, hogy a büntetés-végrehajtási intézetben a kábítószeres és a kábítószer-használók jelen vannak, bár pontos adatsorok nem állnak rendelkezésre (sem a kábítószeresek, sem pedig a használók esetében). Az azonban jól érzékelhető, hogy mind a szenvedélybetegséggel ill. annak kezelésével, mind pedig a szenvedélybetegekkel és ellátásukkal/kezelésükkel szükséges foglalkozni a totálisan zárt intézeten belül is. A vizsgálatból kitűnik, hogy a fogyasztottak esetében a kábítószer-fogyasztás a börtönbe kerülés előtt igen jellemző.

A 2007-ben, a büntetés-végrehajtási intézetekben indult széleskörű hepatitis C kampány szűrővizsgálat 2009-ben is folytatódott, amelynek során közel az összes vérmintát HIV és hepatitis B vírus szempontjából is megvizsgálták, illetve a szűrésben résztvevő fogyasztottak esetleges szerhasználati szokásai, kockázati magatartásai is lekérdezésre kerültek.

A lefoglalási adatok alapján megállapítható, hogy 2009-ben a kábítószer tartalmú tabletták forgalma jelentősen visszaesett, a klasszikus MDMA hatóanyagot tartalmazó ecstasy

tabletták háttérbe szorultak, helyettük az mCPP-t, amfetamint, és a két anyagot együttesen tartalmazó tabletták tették ki a forgalom legnagyobb részét.

2009 folyamán több mint kétszeresére nőtt a kannabisz növény lefoglalások száma az előző évhez képest. Korábban nem látott számban és méretben foglaltak le mesterséges körülmények között nevelt kannabisz-ültetvényeket, amelyet alapos felderítő munka előzött meg a nyomozati szervek részéről. A marihuána átlagos ára ezzel ellentétben stabil maradt.

A kokain elterjedtsége továbbra is növekvő tendenciát mutat a nyomozati és lefoglalási adatok alapján, egyre több korábban más kábítószerrel foglalkozó terjesztő vált át a kokain terjesztésére. Ezzel párhuzamosan a kokain utcai ára a fogyasztók körében végzett felmérés szerint tovább csökkent.

2008 végén és 2009-ben rövid idő alatt nagy számban jelentek meg új, szintetikus szerek, illetve ismert hatóanyagok új megjelenési formákban.

Magyarországon a kábítószer-használat okozta problémák ellátásával kapcsolatos eljárásrendeknek két csoportjáról beszélhetünk: az egészségügyi ellátásra vonatkozó eljárásrendekről valamint a szociális ellátásra vonatkozó irányelvekről. Az egészségügyi és szociális ellátást külön jogszabályok határozzák meg, finanszírozásuk is elválik és minőségbiztosítási rendszerük is eltérő.

Az eljárásrendek készítése eltérő a két területen: a szociális irányelvek szakmai konszenzuson, az egészségügyi eljárásrendek szakmai konszenzuson és tényeken alapulnak. Az eljárásrendek adaptálásával kapcsolatban egyik területen sem rendelkezünk átfogó és megbízható adatokkal. Ugyanakkor a szakmai tapasztalatok alapján elmondható, hogy gyakorlati alkalmazásuk legfőbb akadálya a finanszírozással való összhang hiánya.

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

Háttér, előzmények

1.1. JOGI KERETEK

Kábítószer-témában hozott törvények, rendeletek, irányelvek

- a) 62/2010. (III. 18.) Korm. rendelet

A kábítószer előállítására alkalmas növények termesztésének, forgalmazásának és felhasználásának rendjéről szóló 162/2003. (X. 16.) Korm. rendeletet módosította a 62/2010. (III. 18.) Korm. rendelet. Az FVM a máktermesztéssel kapcsolatos nyilvántartási, ellenőrzési, adatgyűjtési és adatszolgáltatási feladatokat a kábítószer előállítására alkalmas növények termesztésének, forgalmazásának és felhasználásának rendjéről szóló 162/2003. (X. 16.) Korm. rendelet alapján látja el.

A szakmai céllal módosított 162/2003. (X. 16.) Korm. rendelet lehetővé teszi a hazánkban évtizedek óta hagyományosan termesztett étkezési- és díszítőmák fajták további vetését, figyelemmel arra a tényre, hogy az utóbbi években máktokkal való visszaélés nem volt tapasztalható.

- b) 4/2009. (III. 20.) IRM utasítás

2009-ben a jogszabályi változások között nagy jelentőségűnek értékelhető a fogvatartottak kábítószer-függőséget gyógyító kezelésének, a kábítószer-használatot kezelő más ellátásának vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételének részletes szabályait tartalmazó 42/2008. (XI.14.) EüM-SZMM együttes rendelet 4. § (3) bekezdésében foglaltak végrehajtására kiadott 4/2009. (III. 20.) IRM utasítás hatályba lépése. Országos bv. parancsnoki intézkedésbe foglalták a fogvatartottak kábítószer-függőséget gyógyító kezelésén, kábítószer-használatot kezelő más ellátáson vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételéről, valamint a szubsztitúciós kezelés alkalmazásáról szóló részletes szabályokat, gyakorlati teendőket.

- c) 128/2009. (X. 6.) FVM rendelet

Az állatgyógyászati termékekről szóló 128/2009. (X. 6.) FVM rendelet részletesen szabályozza az ezen termékekkel végezhető tevékenységeket valamint kötelezettségeket. A jogszabály meghatározza a kábítószernek vagy kábítószer-prekurzornak számító anyagok kezelésének szabályait az állatgyógyászatban dolgozók számára.

- d) 282/2007 (X. 26.) Korm. rendelet

A szakterületek ágazati követelményeiért felelős szervek kijelöléséről, valamint a meghatározott szakkérdésekben kizárólagosan eljáró és egyes szakterületeken szakszavetményt adó szervekről szóló 282/2007. (X. 26.) Korm. rendelet 2009.01.01-jétől hatályos rendelkezése alapján, amennyiben a Vám- és Pénzügyőrség végzi a nyomozást, úgy a Vám- és Pénzügyőrség Vegyvizsgáló Intézete ad szakszavetményt kábítószer szubsztancia alapú vizsgálat kérdésében.

- e) 57/2009. (X. 30.) IRM-ÖM-PTNM együttes rendelet

¹ A fejezet szerzői: Varga Orsolya, Horváth Gergely Csaba

A rendelet az egyes rendvédelmi szervek hivatásos állományú tagjai egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasságáról, közalkalmazottai és köztisztviselői munkaköri egészségi alkalmasságáról, a szolgálat-, illetve keresőképtelenség megállapításáról, valamint az egészségügyi alapellátásról szól, melynek része a kábítószer-fogyasztás és annak következményeinek vizsgálata.

f) 1196/2009 (XI. 20.) Korm. határozat

2009 novemberében került elfogadásra a visszaélés szempontjából veszélyes új szer vagy ismert szer új besorolásával kapcsolatos feladatokról szóló 1196/2009. (XI. 20.) kormányhatározat. A Korm. határozat az egészségügyért, a rendészetért, illetve a kábítószer-megelőzésért és kábítószerügyi koordinációs feladatokért felelős miniszter feladatait határozza meg az illegális forgalomban megjelent, visszaélés szempontjából veszélyes szerek besorolásával kapcsolatban.

A 142/2004. (I) Korm. rendelet 27.§. (2) bekezdése szerint „a visszaélés szempontjából veszélyes új szer a megfelelő kábítószer vagy pszichotróp anyag jegyzékre fel kell venni, ha annak kóros élvezetre alkalmassága egyértelműen megállapítható”. Ezen rendelkezés folyamatát rendezti a 1196/2009 Korm. határozat.

g) 106/2009 (XII. 21.) OGY határozat

Az Országgyűlés 2009. december 14-én fogadta el a kormány által beterjesztett "Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelése érdekében" című dokumentumot. (Lásd 1.2. fejezet)

h) 26/2009. (OT 15.) ORFK utasítás

A szakirányítás keretében az ORFK Bűnügyi Főosztályon a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény nyomozása során a Rendőrség szerveire háruló feladatokról 26/2009. (OT 15.) számon ORFK utasítást készítettek. Az utasítás egyebek mellett meghatározza a rendőrség szervezeti egységeinek a kábítószerrel visszaélés bűncselekmény felderítésével, illetve nyomozásával kapcsolatos feladatait, a kábítószer gyanúját keltő anyagok lefoglalásának szabályait, a kábítószer gyanúját keltő anyagok megtalálása során az elkobzásnak, tárolásnak, bűnjelkezelésnek, megsemmisítésnek és szállításának részletes menetét.

i) 43/2009. (OT 26.) ORFK utasítás

A rendészeti szolgálat a kábítószer-bűnözés elleni rendőri rendészeti tevékenység során végrehajtandó feladatokról szóló 43/2009. (OT 26.) ORFK utasítást készítette el, amelynek a célja, átfogó módon szabályozni a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint a kábítószerek és pszichotróp anyagok tiltott előállításához, gyártásához is használt vegyi anyagokkal (kábitószer-prekurzor) kapcsolatban a rendőrségre háruló államigazgatási és rendészeti feladatkörben végrehajtandó tevékenységeket.

j) 167/2009. (HK5.) MH HEK intézkedése

A Magyar Honvédség személyi állománya kábítószer hatása alatti állapotának, illetve kábítószer fogyasztásának, vagy tartásának ellenőrzésével kapcsolatos feladatok végrehajtásáról szól a Magyar Honvédség Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ parancsnokának (MH egészségügyi főnök) 167/2009. (HK5.) MH HEK intézkedése.

Jogalkalmazás

A Legfőbb Ügyészség adatai alapján 2009-ben 2828 személy elítélésére került sor kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény elkövetéséért, akiket összesen 3357 bűncselekmény miatt vontak felelősségre a következők szerint:

- a Btk. 282. ill. 282/A. §-ába ütköző fogyasztói jellegű tevékenységek miatt 2056 főt (72,7%);
- a Btk. 282. ill. 282/A. 282/B. §-ába ütköző kereskedői típusú tevékenységek miatt 710 főt (25,1%);
- a Btk. 282/C. §-ába ütköző magatartások (a kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói, ill. kereskedői típusú tevékenységek) miatt 42 főt (1,5%);
- egyéb magatartások miatt 20 főt (0,7%).

2009-ben a jogerősen elítélt 2828 személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- 1124 szabadságvesztés (ebből 469 végrehajtandó, 655 végrehajtásában felfüggesztett)
- 219 közérdekű munka büntetés
- 899 pénzbüntetés
- 57 megrovás
- 524 próbára bocsátás
- 5 más önállóan alkalmazott mellékbüntetés.

1.2. NEMZETI AKCIÓTERV, STRATÉGIA, ÉRTÉKELÉS ÉS KOORDINÁCIÓ

Nemzeti stratégia

Az Országgyűlés 2009 márciusában fogadta el a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készítenő új nemzeti stratégiai programról szóló 18/2009. (III. 4.) OGY határozatot, amelyben felkéri a Kormányt a 2010-től esedékes új nemzeti stratégiai program elkészítésére.

Az Országgyűlés 2009. december 14-én fogadta el a kormány által beterjesztett "Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelése érdekében" című dokumentumot (106/2009 (XII. 21.) OGY határozat). Az új drogstratégiát többségi szavazattal fogadta el az Országgyűlés.

Az új drogstratégia 2010-2018. évekre vonatkozóan rendezi össze azokat a reális szakmai célkitűzéseket, amelyek kedvező eredménnyel járó beavatkozásokat jelenthetnek a hazai kábítószer-probléma szempontjából. A dokumentum több mint 100 intézkedést nevesít. Az új stratégia, követve a 2000-ben teljes politikai konszenzussal elfogadott stratégiában megfogalmazott közpolitikai elvet, a kábítószer keresletének és kínálatának együttes, kiegyensúlyozott csökkentését tartja továbbra is a leghatékonyabb megközelítési módnak. Ez azt jelenti, hogy a kábítószer-használat megelőzése, kezelése az illegális kábítószer-kereskedelem elleni fellépéssel együttesen alkalmazva célravezető.

A Nemzeti Stratégia felhatalmazása szerint az illegális kábítószerekkel foglalkozik, de nem hagyja figyelmen kívül az ellenőrzés alatt nem álló, jelentős népegészségügyi ártalmakat okozó szerekkel pl. az alkohollal, nikotinnal való visszaélések, valamint a szerhasználathoz nem kapcsolódó viselkedési függőségek jelenlétét sem. A dokumentum úgy foglalkozik egy szűkebb halmazzal, az illegálisnak nevezett kábítószerek kérdésével, hogy megközelítési szemléletében kiterjesztő módon jár el. Lehetővé teszi a társproblémák kezelésében fennálló együttműködési lehetőségek kihasználását, figyelembe veszi a különböző problémák kölcsönhatásait.

A Nemzeti Stratégia fő célja egy olyan magabiztos, szolidáris és produktív társadalom megvalósítása, ahol lehetőség nyílik kiegyensúlyozott megközelítésben kezelni a kábítószer-

probléma hatásait, a lehető legtöbb egészség-nyereséget elérve ezzel az egyének és a társadalom számára.

A Nemzeti Stratégiában foglalt gyakorlati célkitűzések három fő pilléren jelennek meg. Ezek közül első a „Prevenció, megelőzés” területe. A legtöbb célkitűzés a stratégiában a Prevencióra koncentrálódik. A stratégia megközelítése alapján a prevenciónak minden szintéren érvényesülnie kell, ahol a fiatalok elérhetőek. Ezek egyebek mellett a család, az iskola, a munkahely, a szabadidő eltöltés helyszínei, a szórakozóhelyek, vagy akár az Internet.

A második pillér, a „Kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés”, a szenvedélybeteg-ellátó rendszer nagy ívű fejlesztését irányozza elő. Az egészség védelme érdekében alapvető szándék az, hogy hozzáférést biztosítsanak magas szintű, a kliensek igényeihez igazodó kezelési és ellátási szolgáltatásokhoz. Csökkenteni kell a droghasználattal kapcsolatos egyéni és társadalmi kockázatokat, növelni kell a drogbetegek reintegrációs esélyeit.

Végül a harmadik szintén nagyon fontos pillér a „Kínálatcsökkentés”, amelynek célja a társadalmi biztonság növelése érdekében a kábítószer-kereskedelem és terjesztés elleni fellépés hatékonyságának növelése.

Az akcióterv megvalósítása

A 2009. évre érvényes kormányzati feladatokat a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1094/2007. (XII. 5.) Korm. határozat tartalmazza.

A 2010-től érvényes Nemzeti Stratégiához tartozó cselekvési programot a felelős tárca a stratégia elfogadását követő 3 hónapon belül kidolgozta, de – tekintettel a közelgő választásokra - annak Kormány elé terjesztésére már nem került sor. Mivel a központi kormányzat strukturális átalakítása kihatással van az egyes minisztériumok hatáskörébe tartozó feladatokra, valamint a kapcsolódó költségvonzatokra, a cselekvési program Kormány elé terjesztésére az új struktúra és forráseloszlás ismeretében, 2010 őszén kerülhet sor.

Koordinációs intézkedések

2009. január 21-én került sor a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB) civil delegált tagjainak második alkalommal történő megválasztására. A civil delegáltak folyamatosan jelzik észrevételeiket, kritikájukat, javaslataikat a nemzeti drogstratégia végrehajtásával kapcsolatban.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2009-ben összesen négy alkalommal ülésezett.

A bizottság éves tevékenységéből kiemelendő az új nemzeti stratégiai program előkészítése, melyet megelőzött a hatályos stratégia külső értékelése. A Bizottság valamennyi ülésén tárgyalta az új stratégiával kapcsolatos fejleményeket.

Kábítószer Listák szakbizottság felállítása

A Kábítószer Listák Szakbizottság létrehozásának célja, hogy a visszaélés szempontjából veszélyes új szer vagy ismert szer új besorolásával kapcsolatos feladatokról szóló 1196/2009. (XI. 20.) kormányhatározatban előírt feladatok végrehajtása során elősegítse az egészségügyi miniszter és a kábítószer-megelőzésért és a kábítószerügyi koordinációs feladatokért felelős miniszter szakmailag megalapozott döntéseinek meghozatalát. A szakbizottság tagjai közé tartozik a civil szervezetek delegáltja, valamint minden olyan intézmény, amely a témában érintett. A szakbizottság eseti és állandó szakértőket kérhet fel a szakbizottság munkájának segítésére.

A szakbizottság megalakítása jelentős a kábítószerügyek koordinációs mechanizmusok fejlesztése szempontjából. Amennyiben egy új veszélyes szer jelenik meg a hazai piacon, akkor e különböző szakértőkből álló testület összegyűjti és tudományos megalapozottsággal

elemzi az információkat, kockázatelemzést készít és javaslatot fogalmaz meg a szabályozásra vonatkozóan. Ez a nemzeti szinten kialakított mechanizmus jelentősen gyorsíthatja, illetve adott esetben elősegítheti a listára vételi folyamat eddigi gyakorlatát, amely szerint elsősorban a hosszabb időbeli folyamatot igénylő ENSZ, vagy európai uniós szintű rendelkezések megszületését követően történik meg az anyagok listára vétele.

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.

A szakbizottság munkáját a Mefedron, GBL és MDPV anyagok jellemzőinek megtárgyalásával kezdte el.

1.3. KÖZGAZDASÁGI ELEMZÉS

A Szociális és Munkaügyi Minisztérium címkézett kiadásai²

A kábítószerügyi koordinációért felelős Szociális és Munkaügyi Minisztérium 2009. évi feladatainak végrehajtásához, a Magyar Köztársaság 2009. évi költségvetéséről szóló 2008. évi CII. törvény XXVI. Szociális és Munkaügyi Minisztérium 16. Fejezeti kezelésű előirányzatok cím, 40. „A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos feladatok” alcímen 1.064,7 millió forint (3,8 millió €) állt rendelkezésre. A következőkben részletezett tételek együtt nem teszik ki a teljes évi finanszírozás összegét, hanem csak 1.029,5 millió forintot (3,68 millió €). A fennmaradó összegből került biztosításra a hazai és nemzetközi kábítószerügyi koordinációs feladatok valamint a pályázatkezelői feladatok ellátása, illetve a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság működtetése.

A 2009-es évben a Szociális és Munkaügyi Minisztérium (SzMM) összesen 9 kategóriában hirdetett meg pályázatokat, illeszkedve a Nemzeti Stratégiában megfogalmazott szakmai prioritásokhoz, fejlesztési és ellátási szükségletekhez. A pályázati úton kiosztott támogatások összege 752 millió forint (2,68 millió €) volt. Összesen 532 nyertes pályázat született.

1. táblázat. A SzMM által kiírt pályázati keretösszegek célterületek szerint 2009-ben

Támogatási célterület	Pályázati kód	Pályázati keretösszeg (millió forint)
Alacsonyküszöbű intézmények	KAB-AL-09-A/B/C	120
Szubsztitúciós kezelés	KAB-KRI-09-A/B	40
Kutatási programok	KAB-KT-09	25
Kommunikációs programok	KAB-KOM-09-A/B/C	25
Reszocializációs, reintegrációs programok	KAB-RE-09-A/B/C	50
Iskolán kívüli prevenció	KAB-PR-09-A/B/C	146,7
Kortárs programok, képzés, konferenciák	KAB-KP-09-A/B/C	35
Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok	KAB-KEF-09-A/B/C/D	90
Iskolai prevenció (OM-al közösen)	KAB-IPP-09	145

Forrás: SzMM 2010

² Az alfejezetben az értékek a 2009-es hivatalos euró középárfolyam (1€ = 280,58Ft) szerint kerültek kiszámításra.

Az év folyamán 10 program támogatására került sor egyedi úton 41,36 millió forint (147.714 €) összegben. A tárca háttérintézményeként működő, a Szociális és Munkaügyi Intézet szervezeti keretei között tevékenykedő Nemzeti Drogmegelőzési Intézet részére, valamint a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai programban meghatározott fejlesztési célok megvalósítása érdekében minisztériumok és egyéb állami szervek részére együttesen 236,126 millió forint (843.307 €) került átcsoportosításra.

HCV fertőzött szerhasználók antivirális kezelésének költségei

2009 végén kutatás (Gazdag és Horváth 2009) készült a hepatitis C (HCV) fertőzés miatt antivirális kezelésben részesült betegek kezelési költségeinek azonosítása érdekében. Budapest legnagyobb hepatológiai ambulanciáján³, mely az Országos Epidemiológiai Központ által szervezett, az intravénás szerhasználók körében végzett ujjbegyes HCV szűrés (bővebben lásd 6.1. fejezet) együttműködő partnere volt. A hepatológiai ambulancián 2006 és 2008 között 123 intravénás kábítószer-fogyasztással összefüggő HCV fertőzést azonosítottak. A 123 főből 36 fő kezdte meg a pegilált interferon + ribavirin kombinált terápiát. A 87 interferon kezelésben végül nem részesült beteg kezelési (főként diagnosztikai) költsége 2.695.934 forint (9628 €) volt.

A kutatás során a kezelést megkezdő 36 fős korábbi intravénás szerhasználókból álló csoport mellé nem és életkor szerint megegyező kontroll csoportot illesztettek a két csoport között mutatkozó, kezelési költségeket érintő különbségek azonosítására. A vizsgálat során a kezelési költségeket három főbb területre osztották fel: Az ellátási költségek tartalmazták a kezelési tevékenység, a konzíliumok és a laborvizsgálatok során felmerült költségeket. A gyógyszerköltség a kezelés során felhasznált interferon és ribavirin készítmények árát tartalmazta, az egyéb költségek alá a FibroScan vizsgálat díja és a kórházi ellátás költségei tartoztak.

A kutatás feltárta, hogy a kezelés megkezdése előtt HCV genotipizálás nem történik, a kezelési költségek legfontosabb tényezője a kezelés hossza, ezt követi az alkalmazott antivirális szer típusa és dózisa. Magyarországon a kutatás idején életben lévő hepatitis antivirális kezelési protokoll szerint a kezelés időtartama 48, de legfeljebb 72 hét, abban az esetben, ha a 12. vagy a 24. héten végrehajtott mennyiségi – alacsony víruselemszám esetében minőségi – HCV PCR vizsgálat kezelésre adott reakciót mutat. Bár a kezelési protokoll a kezelés befejezését követő 24. héten újabb minőségi HCV PCR vizsgálatot ír elő, erre szakértői vélemények szerint az esetek többségében nem kerül sor, így a hatásosság követésen alapuló vizsgálata nem volt lehetséges. A pozitív kábítószeres anamnézissel rendelkező csoportban a kezelés átlagos hossza 26,7 hét volt, míg ez a negatív kábítószeres anamnézissel rendelkező csoportban 34,8 hét volt, az eltérés szignifikánsnak mutatkozott ($p=0,043$). A kezelés egyéb aspektusai a 7.2. fejezetben kerülnek bemutatásra.

A kezelés teljes időtartamát tekintve egy kábítószerrel összefüggő eset kezelése a 36 fő átlaga alapján 3.550.146 (12.679 €) forint, a nem drogos csoportban ez az érték 4.058.620 forint (14495 €) volt, a különbség nem volt szignifikáns ($p=0,314$). A kezelési költségek egy hétre jutó átlaga korábbi szerhasználók esetében 139.210 forint (497 €), míg a 119.095 forint (425 €) volt a kontrollcsoport esetében, mely különbség szignifikánsnak bizonyult ($p=0,024$), melynek magyarázata elsősorban a korábbi kábítószer-fogyasztók esetében a konzíliumok nagyobb aránya lehet.

A 36 fő kábítószer-fogyasztással összefüggő eset ellátásának költsége (ellátási tevékenység, gyógyszerköltség, egyéb) 127.805.253 forintot (456.447 €) tett ki, melyet a társadalombiztosítás fedezett. Ugyanezen kiadás a korábban kábítószerrel nem használó csoportban 146.110.341 forint (521.822 €) volt, a hosszabb ideig tartó kezeléseik miatt. A két csoport közti különbség nem volt szignifikáns ($p=0,314$). A 123 fő kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőzés összesen 130.501.187 forint (466.075 €) egészségügyi kiadási költséget eredményezett.

³ Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház és Rendelőintézet Hepatológiai és Nephrológiai Ambulancia

Opiát szubsztitúciós kezelés költségei

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) szubsztitúciós kezelésre vonatkozó finanszírozási adatait (OEP 2010a) az Országos Addiktológiai Centrum dolgozta fel. Metadon kizárólag fekvő- vagy járóbeteg ellátás keretében alkalmazható, orvosi rendelvényre, receptre nem adható. Magyarországon az opiát helyettesítő metadon kezelésre éves szinten mintegy 45 millió forintot (160.714 €) költött az egészségügyi kassa az elmúlt években.

2. táblázat. A metadonnal történő opiát szubsztitúciós kezelések egészségügyi kiadásai 2009-ben (forintban)

Beavatkozás	OENO kód	2007	2008	2009
Metadon detoxifikáció	96214	1 152 768	1 303 161	1 418 913
Metadon szubsztitúció	96215	41 023 219	44 449 684	44 160 757

Forrás: OEP 2010a

Buprenorphin-naloxone kombinációt tartalmazó készítmény alkalmazására opiát detoxifikációs és szubsztitúciós céllal elsőként 2008 végén került sor. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatai szerint 2009-ben fekvő- és járóbeteg ellátás keretében 13.325.771 forint (47.592 €) értékben végeztek beavatkozásokat. E készítmény alkalmazása orvosi rendelvényre is történhet pszichiátriai ellátás keretében, melyek értékét az alábbi összesítés nem tartalmazza. A készítmény az OEP által 18mg/nap mennyiségig finanszírozott.

3. táblázat. A buprenorphine-naloxone készítménnyel történő opiát szubsztitúciós kezelések egészségügyi kiadásai 2009-ben (forintban)

Beavatkozás	OENO kód	2009
Buprenorphine-naloxone detoxifikáció	96216	1 519 112
Buprenorphine-naloxone szubsztitúció	96217	11 806 659

Forrás: OEP 2010a

Következtetések

Az új Nemzeti Stratégia elfogadásának kisebb politikai támogatottsága bizonytalanná teszi a Stratégia szerepét a kormányváltás után.

A Kábítószer Listák Szakbizottságának megalakulása lehetővé teszi a gyorsabb reagálást az újonnan megjelenő szerekre történő válaszlépések megtételében.

2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN⁴

2.1. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁLTALÁNOS POPULÁCIÓBAN

Nincs új információ

2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN

Nincs új információ

2.3. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN

Katonák⁵

A Magyar Honvédség 2009-ben is végzett kábítószer szűrővizsgálatokat az állomány körében, melynek célja a tényleges fogyasztók kiszűrése, a fogyasztás csökkentése, a drogmegelőzési technikák hatékonyságának nyomon követése, valamint új cselekvési programok megalapozása volt (MH 2009).

4. táblázat. 2009-ben végzett kábítószer szűrővizsgálatok a Magyar Honvédségben

	Pozitív esetek száma					
	Előszűrés (laboratóriumi automatával)			Laboratóriumi vizsgálattal (GC-MS) megerősítve		
	THC	Opiát	Amfetamin	THC	Opiát	Amfetamin
Alkalmassági (N=9123)	36	2	6	0	0	0
Hatósági (N=1855)	18	1	12	18	0	0
Összesen (N=10978)	54	3	18	18	0	0

Forrás: Magyar Honvédség

5. táblázat. A Magyar Honvédség által végzett kábítószer szűrővizsgálatok pozitív mintáinak szeritípus szerinti megoszlása (2002-2009)

Év	THC	Opiát	Amfetamin	Ecstasy
2002	92,8%	6,43%	0,9%	-
2003	86,1%	7,04%	5,0%	1,85%
2004	92,2%	-	7,8%	-
2005	80%	-	20%	-
2006	74,5%	-	25,5%	-
2007	81,8%	-	18,2%	-
2008	96,1%	-	3,9%	-
2009	100%	-	-	-

Forrás: Magyar Honvédség

A Magyar Honvédségnél alkalmassági, vagy hatósági vizsgálat keretében végzett kábítószer szűrővizsgálatok laboratóriumi vizsgálattal megerősített pozitív eredményei között 2009-ben kizárólag THC került kimutatásra. Ugyan emelkedés történt a vizsgálatok számában (2008-ban 9170 vizsgálat) a kimutatott pozitív esetek száma alacsonyabb az elmúlt évhez képest (2008-ban 29 eset).

⁴ A fejezet szerzői: Nádás Eszter

⁵ A Magyar Honvédség beszámolója alapján

3. PREVENCIÓ⁶

Háttér, előzmények

A 2009. december 15-én elfogadott Nemzeti Stratégia (2010-2018) a következőképpen határozza meg a megelőzési pillér fő célkitűzését: „A droghasználat megelőzése egy proaktív, többirányú, közösségi alapon szerveződő, több szektor együttműködését igénylő, kulturálisan érzékeny tevékenység, melynek célja az egyének, a családok és a helyi közösségek alkalmassá tétele az életeseemények nyomán keletkező kihívásokkal való megküzdésben. A prevenció folyamat tehát olyan körülmények létrejöttét támogatja, melyek eredményeképpen az érintettek testi, lelki, fizikai jólléte fokozódik, számukra egy biztonságos, egészséges életvitel gyakorlása válik lehetővé” (Nemzeti Stratégia, 2009).

A megelőzés szemléleti kerete a drogprevenció területén nemzetközileg elfogadott, bizonyítékon alapuló elvek mentén került kialakításra. Hangsúlyozza többek között a közösségi erőforrások kiaknázását, az integrált megközelítések alkalmazását, a készségfejlesztést és innovatív technikák alkalmazását, az alternatívák nyújtását és a korai kezelésbevételt.

Az új stratégia is a különböző szinterek vonatkozásában fogalmazza meg célkitűzéseit, az egyes szintereken azonban elkülönülnek az általános, célzott és javallott prevencióval kapcsolatos célkitűzések. A stratégia a következő szintereket nevesíti: család; iskola (nevelési-oktatási intézmény); munkahely; a szabadidő-eltöltés szinterei; internet, más médiumok; gyermekvédelmi intézményrendszer; büntető-igazságszolgáltatás intézményei; szinterek és célcsoport-orientáció mentén nem besorolható, további céltételezések.

3.1. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ

Iskolai prevenció

Az SzMM-OKM közös iskolai egészségnevelési és drogprevenció programok támogatására kiírt pályázatának (KAB-IPP-09) keretösszege 2009-ben 160.000.000 Ft (570.247€)⁷ volt.

A 330 pályázó közül 183 pályázat részesült pályázati támogatásban⁸. A pályázat keretében 17.586 alapfokú intézményben tanuló (10-14 éves), 53.428 középfokú intézményben tanuló (14-18 éves) és 8.851 6-8-12 osztályos iskolában tanuló (12-18 éves) diák vett részt prevenció foglalkozásokon⁹, összesen 79.865 diák (2008-ban 94.403 diák, 2007-ben 116.794 diák, 2006-ban 105.225 diák), vagyis a 10-18 éves, alap- és középfokú nevelési-oktatási intézményekben tanuló diákok 8,3%-a (SzMM 2009). Az SzMM-OKM pályázaton kívül más források felhasználásával, vagy külön finanszírozás nélkül is folyt drogprevenció tevékenység az iskolákban.

2009-ben kutatás készült a közoktatási intézményekben alkalmazott prevenció és egészségfejlesztő programokról, a közoktatási intézmények prevenció és egészségfejlesztési tevékenységében, s azt meghatározó jellemzőkben az utóbbi években történt változások megismerése céljából. (Paksi, 2009a) (Paksi 2009b).¹⁰

⁶ A fejezet szerzői: Nadas Eszter, Paksi Borbála

⁷ Az értékek a 2009-es hivatalos euró középárfolyam (1€ = 280,58Ft) szerint kerültek kiszámításra.

⁸ 35 pályázat érvénytelen volt, 107-et elutasítottak, 3 meghiúsult, 2-t pedig lemondtak

⁹ A Szociális és Munkaügyi Minisztérium tájékoztatása alapján

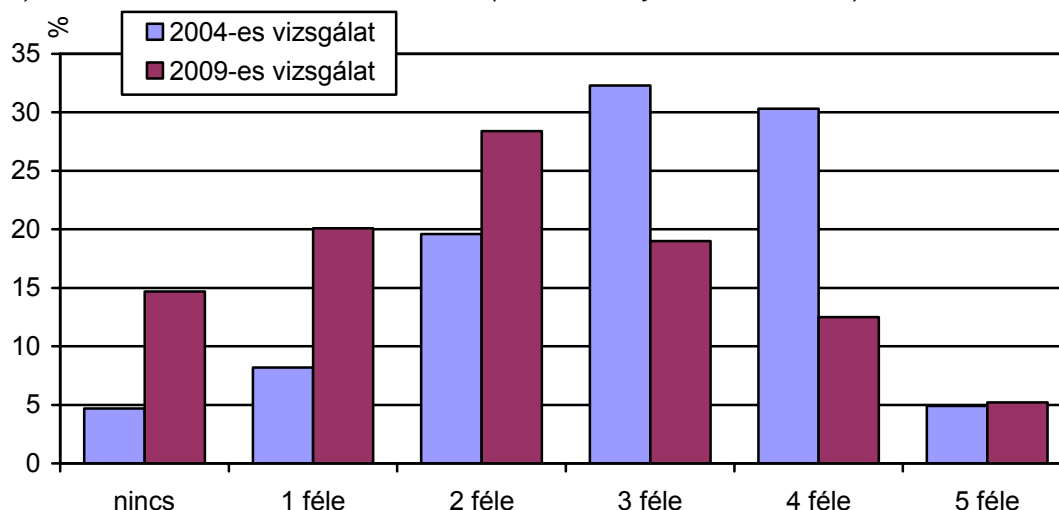
¹⁰ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja végezte az Oktatási és Kulturális Minisztérium és a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából és finanszírozásával.

A vizsgálat a közoktatási intézmények, és az ott tanító pedagógusok országos reprezentatív mintáján készült. A minta kiválasztása kétlépcsős, rétegzett véletlen mintavételi eljárással történt. Bruttó minta: 133 intézmény, 207

A közoktatási intézmények prevenció¹¹ kompetenciáinak és tevékenységének változásai az utóbbi 5 évben

A 2009-es tanévben a vizsgált közoktatási intézmények 85,3%-ában volt valamilyen személyi kapacitás – iskolapszichológus, drogügyi koordinátor, egészségfejlesztő, ifjúsági orvos, vagy az iskolában rendszeresen jelen lévő védőnő – az iskolai prevenció/egészségfejlesztési feladatok, illetve azok valamely részterületének ellátására. Az öt évvel korábbi állapothoz (Paksi és mtsai, 2005) képest 2009-ben szignifikánsan nagyobb arányban találni olyan iskolákat, ahol a prevenció/egészségfejlesztési feladatok ellátására nem rendelkeznek semmilyen intézményi kapacitással, ahol aktuálisan sem iskolapszichológus, sem drogügyi koordinátor, sem egészségfejlesztő, sem ifjúsági orvos, sem az iskolában rendszeresen jelen lévő védőnő nincsen.

1. ábra. Az iskolák eloszlása a betöltött prevenció/egészségvédelmi funkciók (iskolapszichológus, drogügyi koordinátor, egészségfejlesztő, ifjúsági orvos, vagy az iskolában rendszeresen jelen lévő védőnő) száma szerint 2004-ben és 2009-ben (az intézmények százalékában)



Forrás: Paksi 2009b

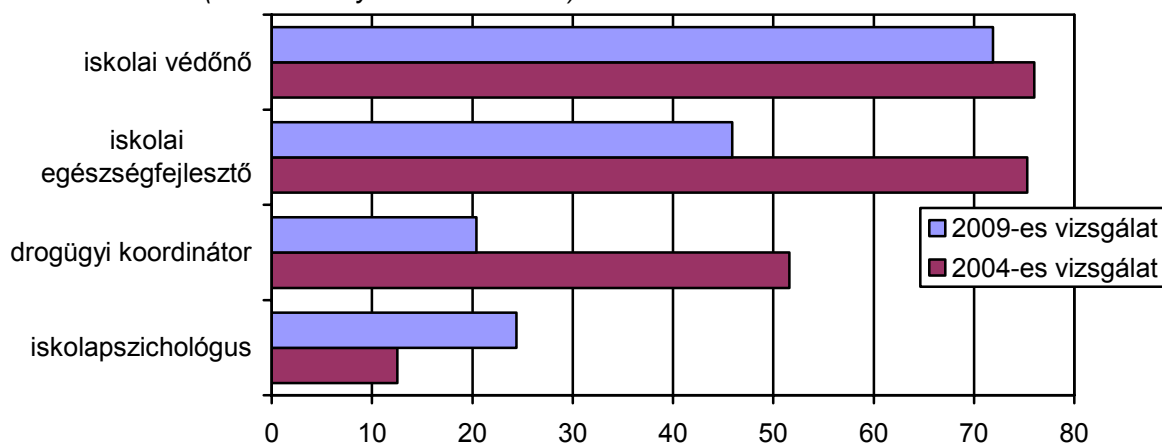
A korábbi kutatási eredményekkel megegyezően (Paksi és mtsai, 2005), az intézmény képzési típusa, földrajzi elhelyezkedése, illetve a tantestület mérete mentén továbbra is szignifikáns eltérés mutatkozik a betöltött prevenció/egészségvédelmi funkciók száma tekintetében, sőt a korábbi különbségek még inkább markánsan jelennek meg. Az elmúlt 5 évben a korábban is deficittel jellemezhető – vidéki, és/vagy általános iskolai képzést (is) folytató, illetve kis létszámú tantestülettel rendelkező – intézményekben volt tapasztalható a legnagyobb mértékű csökkenés.

Az iskolát rendszeresen – átlagosan heti 10,5 órában – látogató védőnő az intézmények mintegy 70%-ában van ma is. Az ezt követő leggyakrabban betöltött funkció az egészségnevelésért/egészségfejlesztésért felelős pedagógusé. A drogügyi koordinátor szerepe jelentősen visszaszorult az iskola világában: míg korábban az iskolák több mint felében volt drogkoordinátor, ma tíz iskolából csak kettőben fordul elő. A kedvezőtlen változásokkal ellentétben azonban nőtt az iskolapszichológust foglalkoztató iskolák aránya.

feladatellátási hely, 837 pedagógus; Nettó minta: 132 intézmény, 165 feladatellátási hely, 692 pedagógus. A kérdőívek felvétele kérdezőbiztosok bevonásával, az iskolai szinten, személyes megkereséssel, jellemzően face to face technikával zajlott 2009 tavaszán.

¹¹ A kutatás a prevenció következő területeit vizsgálta: táplálkozás; fizikai aktivitás; testi higiéné; legális/illegális szerhasználat; családi élet; növekedés, változás, szexualitás; környezet; biztonság; mentálhigiéné; integrált holisztikus megközelítés.

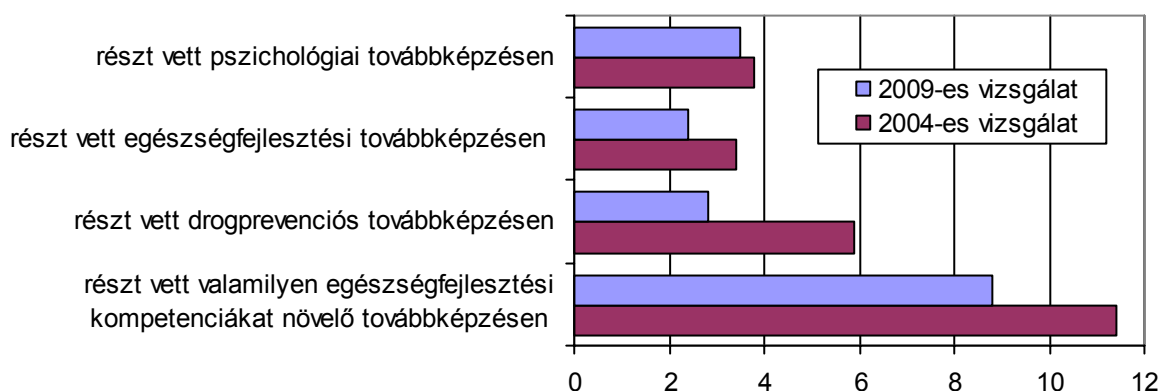
2. ábra. A betöltött különböző prevenció/egészségvédelmi funkciók aránya a vizsgált iskolákban 2004-ben és 2009-ben (az intézmények százalékában)



Forrás: Paksi 2009b

A korábbi évekhez képest a közoktatási intézményekben tanító pedagógusok között tendenciájában¹² csökkent a prevenció/egészségfejlesztési kompetenciák növelésére irányuló továbbképzésen részt vevők aránya. A megkérdezettek kevesebb, mint tíz százaléka vett részt a 2004 óta eltelt 5 évben egészségfejlesztési, és/vagy drogprevenció¹³ és/vagy pszichológiai jellegű továbbképzésen.

3. ábra. A valamilyen prevenció/egészségfejlesztési területtel foglalkozó továbbképzésen részt vett pedagógusok aránya 2004-ben és 2009-ben (a megkérdezettek százalékában)



Forrás: Paksi 2009b

A prevenció tevékenység elterjedtsége az iskolákban

A vizsgált három tanév (a 2008/2009-es, illetve az azt megelőző két tanév) valamelyikében az általános és középiskolák 90,4%-a végzett valamilyen prevenció vagy egészségfejlesztő tevékenységet, az egyes tanévekben az iskolák 85-88%-ában volt valamilyen prevenció program (lásd 5. táblázat), döntő többségükben – az iskolák négyötödében – minden évben.

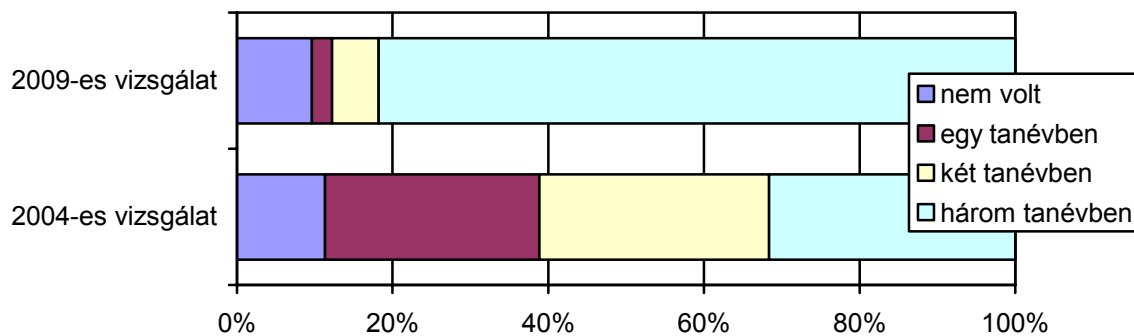
A 2004-es vizsgálatához (Paksi és mtsai 2005) képest nem változott szignifikánsan azoknak az iskoláknak az aránya, ahol a vizsgálatot megelőző 3 évben semmilyen prevenció

¹² A tendencia jelleggel megfogalmazott állítások kétharmados megbízhatósági szint mellett hibahatáron túli változásokat takarnak.

¹³ A drogprevenció továbbképzések tekintetében a csökkenésre vonatkozó állítás 95,5%-os biztonsággal is kijelenthető.

aktivitás nem zajlott (az iskolák egytizede sorolható ide), azonban a prevenció tevékenység rendszeressége jelentősen növekedett: a korábbi mintegy 30%-ról 80%-ra emelkedett azon iskolák aránya, ahol minden évben történik valamilyen prevenció beavatkozás.

4. ábra. Az elmúlt három tanévből hány tanévben volt prevenció/egészségfejlesztés az iskolában (az iskolák százalékában)

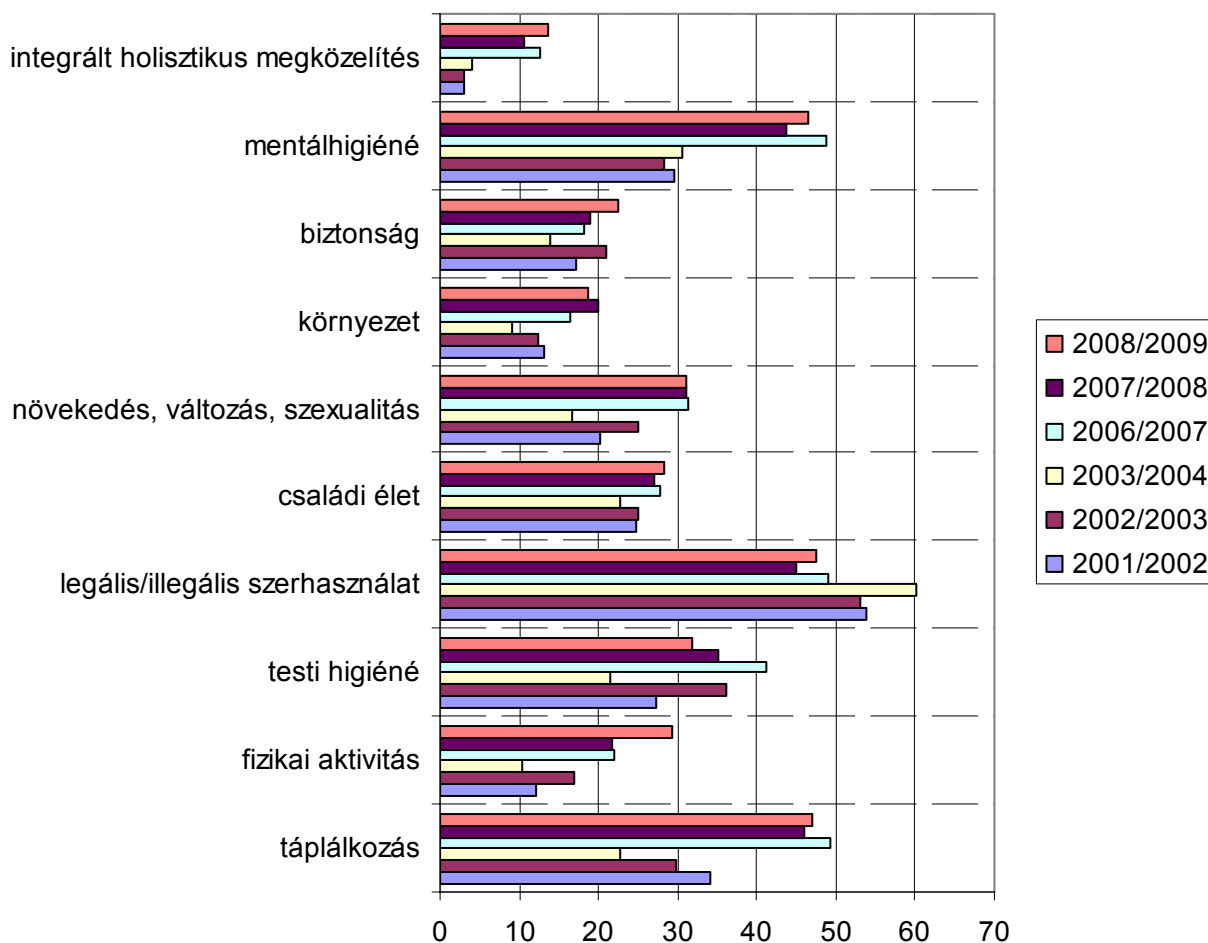


Forrás: Paksi 2009b

Míg a korábbi években a legális/illegális szerhasználat volt az, ami a leginkább kiemelkedett a megcélzott területek közül (Paksi és mtsai 2005), ma már a droprevenció programokkal azonos arányban szerepelnek az iskolai szinten a mentálhigiéniével valamint a táplálkozással foglalkozó prevenció beavatkozások. A korábbiakhoz képest szignifikánsan nagyobb arányban fordul elő a felölelt területek között a „fizikai aktivitás”, és az integrált holisztikus megközelítés is, illetve – kétharmados biztonsággal – növekedett néhány olyan, korábban kevésbé érintett terület szerepe, mint a környezet, biztonság vagy a növekedés/változás/szexualitás.

Az iskolák képzéstípusa, mérete és területi elhelyezkedése szerint többnyire nem mutatkozik szignifikáns különbség a felölelt területek tekintetében, mindazonáltal az általános iskolai képzést is folytató iskolák gyakrabban ($p=0,078$) foglalkoznak a prevenció beavatkozások során a legális/illegális szerhasználattal.

5. ábra. A különböző prevenciók területek megjelenése az iskolai prevenciók programokban 2001-2004 valamint 2006-2009 között (a prevenciót végző iskolák százalékában, iskolánként több választ megengedve)



Forrás: Paksi 2009b

A prevenciók aktivitást mutató iskolák felében – az intézményvezetők erre vonatkozó becslése alapján – nagyobb volt a részvételi arány 70-80%-nál, mindazonáltal átlagosan a diákoknak csak valamivel több, mint kétharmada vett részt az egyes években a prevenciók programokon. A tiltott vagy legális szerhasználat megelőzésére irányuló programokban ennél valamelyest kisebb az átlagos részvételi arány. Figyelembe véve az egyes években országosan a közoktatási intézményekben tanuló diákok létszámát (KSH, 2009), megállapítható, hogy az utóbbi három évben évente átlagosan mintegy 800 ezer diák vett részt az iskolai szinten valamilyen prevenciók programban, ebből átlagosan 3-400 ezer diák droprevenciók programban.

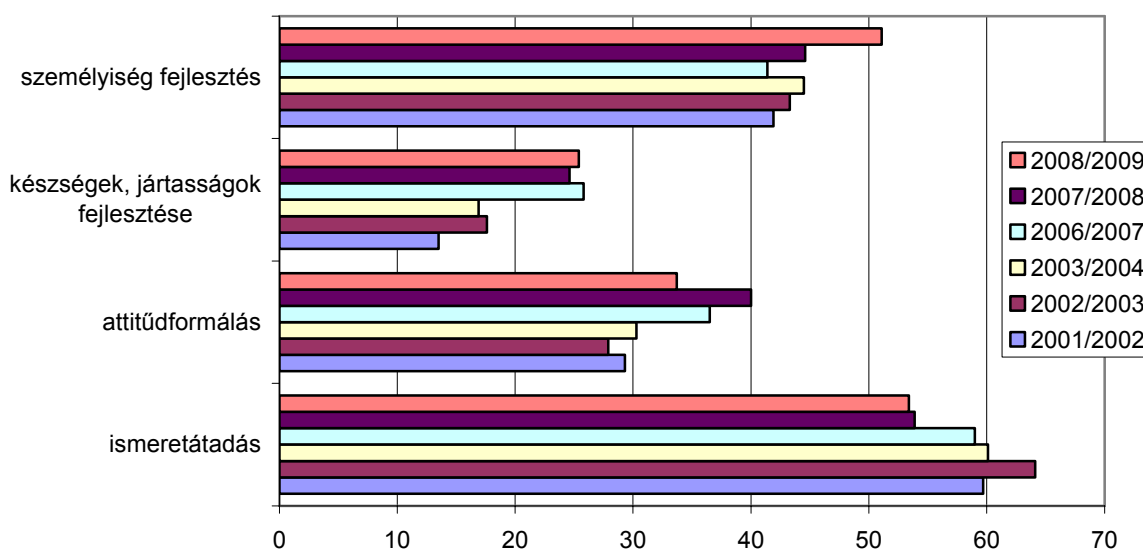
6. táblázat. Az iskolai prevenciós programokban részt vevő diákok aránya és becsült száma az egyes tanévekben és átlagosan 2006-2009 között

Tanévek	Prevenziót végző iskolák aránya	Résztevők becsült aránya		Diákok száma országosan	Prevencióban részt vevő diákok becsült száma országosan
		medián	átlag		
2006/2007	88,0	70	67,1	1.401.455	827 531
2007/2008	86,7	74	67,1	1.384.167	805 729
2008/2009	85,1	80	68,6	1.362.409	794 776
Átlagos év	86,6	75	67,6	1.382.677	809 401
Ebből drogprevenciós programban					
2006/2007	40,9	70,0	66,1	1.401.455	378.882
2007/2008	37,1	74,6	65,2	1.384.167	334.819
2008/2009	37,4	78,2	63,4	1.362.409	323.049
Átlagos év	38,5	74,3	64,9	1.382.677	345.183

Forrás: Paksi 2009b

Az iskolákban zajló prevenciós/egészségfejlesztési beavatkozások célkitűzéseit tekintve a programok több mint felében jelen vannak ismeretátadásra vonatkozó célkitűzések. Ezen célkitűzés gyakorisága azonban csökkenést mutat, a többi irányzat (személyiségfejlesztés, készségek fejlesztése, attitűdformálás) tekintetében pedig növekedés figyelhető meg. A különböző képzéstípusokban oktató, illetve eltérő méretű iskolák között nincs különbség abban a tekintetben, hogy milyen arányban alkalmazzák az egyes prevenciós megközelítéseket.

6. ábra. Milyen prevenciós megközelítésre/irányzatra koncentrált a program 2001-2004 valamint 2006-2009 között (a prevenciót végző iskolák százalékában kifejezve, iskolánként több választ megengedve)



Forrás: Paksi 2009b

Az iskolai prevenciós beavatkozások évi átlagos időtartama meglehetősen stabilan 15 óra körül ingadozik az iskolákban az ezredforduló óta. A leggyakrabban előforduló óraszámokat vizsgálva megállapítható, hogy míg 2001-2002-ben a legtöbb beavatkozást évi 4 órában végezték, az utóbbi 3 évben a prevenciós programok leggyakrabban előforduló hossza 20 óra volt. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy az iskolák többsége ilyen hosszú prevenciót végez: 2001 és 2002 között az iskolák fele 8-9 órát, vagy annál kevesebb időt fordított prevencióra évente (Paksi és mtsai 2005), majd a 2003/2004-es tanévben a prevenciós

foglalkozások mediánja 10 órára növekedett, és azóta az iskolák felében ennyi a prevencióra fordított maximális éves óraszám (vagyis az iskolák felében az utóbbi években több mint évi 10 órában zajlik prevenció beavatkozás). A középértékek kedvező tendenciájával, és azzal párhuzamosan, hogy legnagyobb arányban ma már nem 3-5 órás, hanem 11-20 órás prevenció beavatkozások zajlanak az iskolákban, az utóbbi években a 20 óránál hosszabb beavatkozások aránya csökkent.

Míg a 2003/2004-es tanévben megvalósult prevenció beavatkozások háromötödében a szolgáltatók önállóan, az iskola pedagógusainak bevonása nélkül végezték a prevenció tevékenységet, addig ez ma már az iskolák kevesebb, mint egyharmadában fordul elő, s az utóbbi években jellemzően – a prevenciót végző iskolák felében – a külső szolgáltató az iskola pedagógusaival együtt végzi a megelőzést. A „legális és/vagy illegális szerhasználat megelőzésével” foglalkozó programokat azonban az iskolák ma is jellemzően külső szolgáltató bevonásával bonyolítják. A más területeken folyó prevenció munkához képest a drogprevenció területén sokkal gyakoribb, hogy a külső szolgáltató önállóan végzi a tevékenységét.

7. táblázat. A pedagógusok bevonódása tekintetében a prevenciót végző iskolák egészére jellemző arányoktól szignifikánsan ($p < 0,05$) eltérő prevenció területek a 2009-ben prevenciót végző iskolákban (az intézmények százalékában)

Felölelt területek	Külső szolgáltató önállóan	Az iskola pedagógusai	Is-is
Táplálkozás (is)	17,3	19,2	63,5
Fizikai aktivitás (is)	15,6	9,4	75,0
Környezet (is)	14,3	14,3	71,4
Legális/illegális szerhasználat	75,0	12,5	12,5
Összes program	30,3	18,3	50,9

Forrás: Paksi 2009b

Iskolai Szociális Munkás Hálózat

Az INDIT Közalapítvány Iskolai Szociális Munkás Hálózata¹⁴ 2006 őszén kezdte meg működését Pécsen, 3 iskola bevonásával. A 2008-2009 tanévtől további 3 közoktatási intézmény veszi igénybe a hálózat szolgáltatásait.

A program 4 éves működésének tapasztalatai szerint az általános iskolákban a várakozásokat jóval meghaladta a szolgáltatást igénybevevők száma. A programban részt vevő szakemberek tapasztalatai szerint minél nagyobb létszámú egy iskola, annál kisebb az igénybe vevők aránya. (A nagy, akár az 1200 főt meghaladó, több tagiskolából álló iskolákban, abban a tagintézményben a leglátogatottabb a szolgáltatás, ahol az iskolai szociális munkás irodája van.)

Összegezve a tapasztalatokat a legeredményesebbnek ott mutatkozik az iskolai szociális munkás tevékenysége, ahol:

- legalább 2 éve dolgozik (mind a pedagógusok, mind a diákok ismerik munkájának mibenlétét)
- az egy iskolai szociális munkásra jutó diákok száma nem haladja meg az 1000 főt,
- az iskola vezetése fontosnak tartja munkáját (pl.: rendszeresen konzultálnak vele, elismerik szaktudását; az iskola nevelési, egészségfejlesztési programjába beépítik tevékenységét)

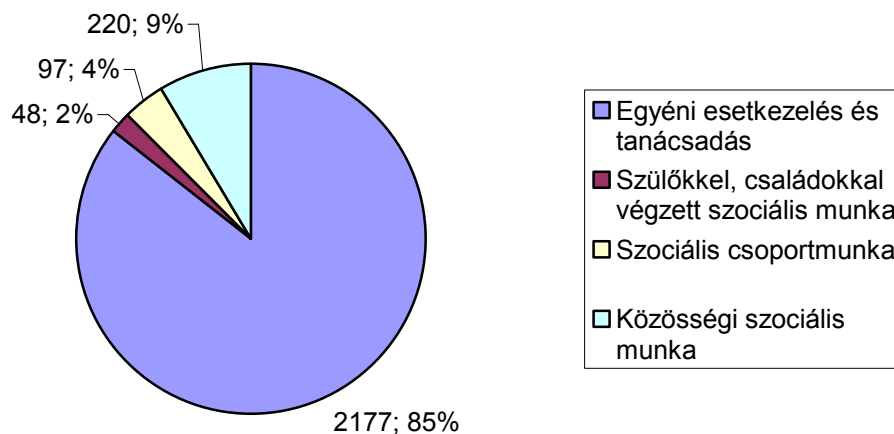
¹⁴ A program illetve az iskolai szociális munka elmélete és gyakorlata részletesebben megismerhető az INDIT Közalapítvány kiadásában 2009-ben megjelent „Az iskolai szociális munka kézikönyve” című kötetből. (Máté és Személyácz, 2009)

- szociális munkás rendelkezésére állnak alapvető infrastrukturális feltételek (megfelelő méretű, saját iroda; telefonálási lehetőség).

Más iskolai prevenciós programokhoz képest előnye a programnak, a szociális munkás folyamatos jelenléte az iskolában, így a segítő könnyen elérhető a diákok és pedagógusok számára. Ennek köszönhetően hosszú távon az iskola attitűdjére, légkörére is kedvező hatást tud gyakorolni. A tapasztalatok szerint fontos, hogy hálózatban működve, integrált segítői rendszer részeként, más külső civil programokkal, ifjúságsegítő szervezetekkel együttműködve dolgozhatnak az iskolai szociális munkások. Különösen a szakiskolákban és a szakközépiskolában a szociális munkások, egy kvázi iskolai „információs-tanácsadó pontként” is működnek, akihez szinte bármilyen, az ifjúságot érintő kérdésben szívesen fordulnak a fiatalok.

A hálózat 2008-2009-es tanévben végzett tevékenységet tekintve megállapítható, hogy a leggyakoribb szolgáltatás az egyedi esetkezelés és tanácsadás (esetek 82%-a), és ez minden iskolatípus esetében jellemző. Ezt a közösségi szociális munka¹⁵ követi (11%), legkisebb arányban a szociális csoportmunka (4%) és a szülőkkal, családokkal végzett szociális munka (3%) fordul elő a nyújtott szolgáltatások között.

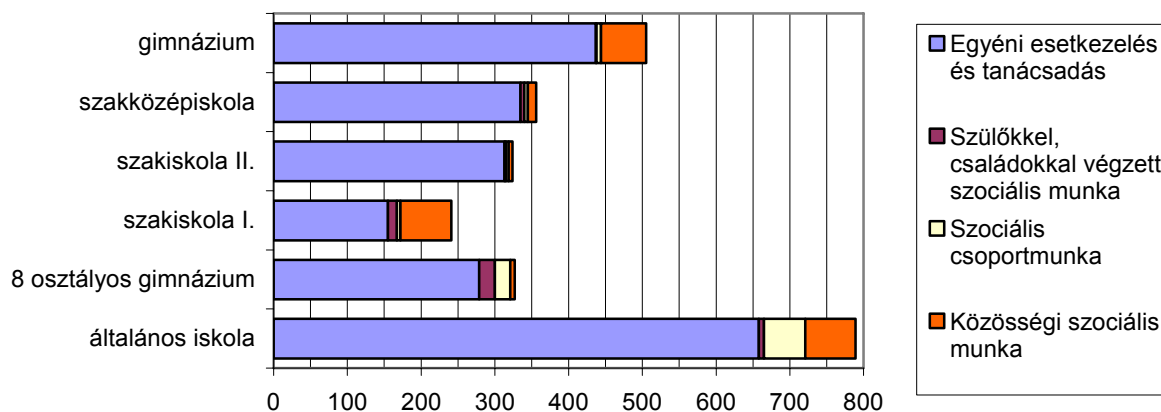
7. ábra. Az iskolai szociális munkás hálózat tevékenysége Pécsen 2008/2009 tanév, II. félév



Forrás: INDIT Közalapítvány

8. ábra. Az iskolai szociális munkás hálózat tevékenysége Pécsen 2008/2009 tanév, II. félév, iskolatípusonként

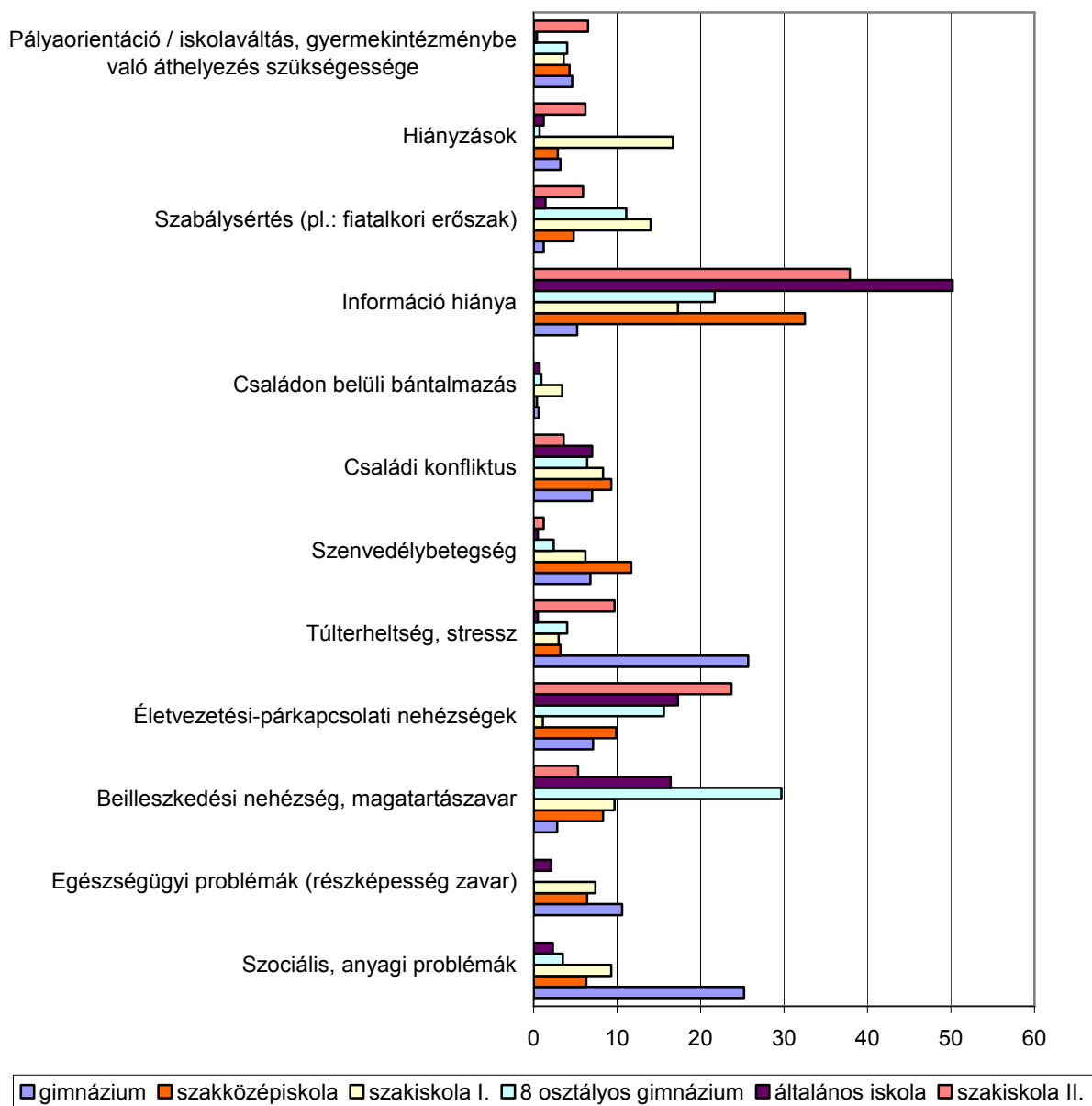
¹⁵ Az iskolai közösség fejlesztésére irányuló tevékenységek, például diákönkormányzattal való munka; más ifjúság segítő szervezettel való együttműködés; iskolai szintű rendezvények (Egészségnap, Szenvedélyek napja, Emberi jogok napja); filmklub; stb.



Forrás: INDIT Közalapítvány

A szolgáltatást igénybe vevő diákok problémáit tekintve különbségek mutatkoznak az egyes iskolatípusok között. Míg az általános iskolások és a szakiskolákba járók az információ hiánya miatt fordulnak leggyakrabban az iskolai szociális munkáshoz, addig a gimnazistáknál például a túlterheltség és stressz, valamint a szociális és anyagi problémák a leggyakrabban előforduló problémák.

9. ábra. Az iskolai szociális munkás hálózat igénybevétele Pécsen a probléma jellege szerint, 2008/2009 tanév, iskolatípusonként



Forrás: INDIT Közalapítvány

Akkreditáció¹⁶

Megalakult a Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottság (DEAB), melynek működtetéséért a Nemzeti Kábítószerügyi Koordinációs Igazgatóság a felelős. A Bizottság elsődleges feladata az iskolai egészségfejlesztési programok minőségi standardjainak és akkreditációs rendszerének kialakítása során a speciális drogmegelőzési szempontok érvényesítése. A bizottság 2009-ben két alkalommal ülésezett.

A DEAB megalakulásával párhuzamosan az Egészségügyi Minisztérium megkezdte az egészségfejlesztési programok akkreditációs rendszerének kialakítását. Elkészült az egészségfejlesztési programok akkreditációs rendszerének rendszerterve (beleértve a belső munkamegosztást, kötelezettségeket és jogosultságokat), a csatlakozó elektronikus

¹⁶ Az Egészségügyi Minisztérium beszámolója alapján

dokumentációs rendszer, a dokumentumkezelés részletes algoritmus, valamint az akkreditációs rendszer működéséhez szükséges értékelési eszköz tervezete is. Kidolgozásra kerültek továbbá a legfontosabb szintekre (iskola, munkahely, település) vonatkozó átfogó irányelv-tervezetek, ezen belül elkészült az iskolai szinten történő szerfogyasztás-megelőzési programok nemzetközi szakirodalmi áttekintésen alapuló szakmai irányelv-tervezete.

A részletes szakmai koncepció a 2009-es évben nem került még elfogadásra.

Szakemberek képzése¹⁷

Elkészült a korai probléma-azonosítás és kezelésbe vétel módszertana, jó gyakorlatai, megvalósítás technikái az iskolában című képzési anyag, amely az iskolai (pedagógus, iskola-egészségügyi szakemberek, nevelési tanácsadók) és egészségügyi alapellátási szakemberek együttműködésén alapul. Képzési programok zajlottak az ország 7 régiójában iskolai védőnők, iskolaorvosok, házi gyermekorvosok és iskolai drogkoordinátor pedagógusok, gyermekvédelmi szakemberek részére a problémás fogyasztók azonosítására és kezelési, indikált megelőzési programba vételére.

3.2. CÉLZOTT PREVENCIÓ

A bevásárlóközpontokban (pláza) létesített prevenciós programok

Magyarországon 2005-ben indult el az a modellprogram (Alternatíva), mely kifejezetten a plázák világát kívánta feltárni, az ott gyakran megforduló fiatalok életviteli, szociális, kulturális szokásait megismerni, az összegyűjtött tapasztalatok alapján, a fiatalok igényeihez, szükségleteihez igazodó, adekvát prevenciós programot kidolgozni és elindítani. A mára már több helyszínen megvalósult projekt célja, hogy a plázákban csellengő, 13-18 éves (máshol 14-25 éves) fiatalokat megszólítsa, számukra a szabadidő eltöltését strukturáltabb, szervezettebb formában biztosítsa, továbbá, hogy a súlyosabb életvezetési, esetleg drogproblémával küzdő fiatalokat adekvát ellátásba irányítsa, bennük megfelelő motivációt, az ellátás iránti bizalom kiépítését elősegítse.

Az Alternatíva program keretében az országban két helyen (Pécsen és Csepelen) nyújtottak 2009-ben szolgáltatásokat. A pécsi programban havonta átlag 150 kontaktust regisztráltak, hétköznapokon átlagban 8 - 15 fő, hétvégeken 20 - 25 fő látogatta az irodát, a fiatalok átlagosan 1-1,5 órát töltöttek ott. A munkatársak tapasztalati szerint az igénybe vett szolgáltatások inkább prevenciós és pszichoszociális hangsúlyúak, kevésbé kell alkalmazniuk a szerhasználattal összefüggő ártalomcsökkentő módszereket. A csepeli irodában átlagosan napi 15-20 kontaktust regisztráltak, a látogatások átlagos időtartama 1 óra, a tartós kapcsolatos kialakulása azonban ritkább, mint Pécsen.

A fenti két alacsonyküszöbű, normatív finanszírozású program mellett a TÁMOP 5.2.5. Gyermek és fiatalok integrációs programjai keretében 2009 márciusában Nyíregyházán és Békéscsabán is lehetőség nyílt az Alternatíva program elindítására. A nyíregyházi szolgáltatás 2009 szeptemberére érte el a legnagyobb látogatottságot, 250 fővel, ezt követően az érdeklődés lassú kifulladásra volt tapasztalható, melynek okát a fiatalok megszólítására irányuló kapacitások hiányában látták a munkatársak. A békéscsabai iroda havi látogatóinak száma átlag 300 fő volt.

A pláza programokhoz sorolható, bár nem közvetlenül az üzletközpont terében működik a debreceni „Open Doors” program. Szolgáltatás kínálatában az iroda nyitva tartása alatt igénybe vehető egyéni konzultáció, pszicho-szociális, életvezetési tanácsadás, ill. az ehhez kapcsolódó esetkezelés, terápiás kapcsolatra felkészítés. A fiataloknak lehetőségük van személyiségfejlesztő csoportban (drog- és alkoholproblémák) is dolgozni, és további

¹⁷ Az Egészségügyi Minisztérium beszámolója alapján

szabadidős programokon is részt vehetnek (pl. Kreatív csoport, Filmklub, Élménycentrikus zenecsoport).

A fenti programokhoz hasonlóan bevásárlóközpontokban kerültek kialakításra az OBmB (Országos Bűnmegelőzési Bizottság) pályázata által támogatott programok Kecskeméten („Malom-Társalgó”), Győrött („Veled-Érted”) és Tatabányán („Kék-Fehér - Ifjúsági, Információs és Szolgáltató Ház”). Ezek a programok bár függetlenek az „Alternatíva kezdeményezéstől”, megvalósítási helyszínük azonossága és célcsoportjuk hasonlósága okán az üzletközpontokban megvalósított prevenció programokhoz sorolhatóak. A jelzett programok célkitűzéseikben sok hasonlóságot mutatnak. Célkitűzésként a gyermek- és fiatalok védelmét, áldozattá válásuk lehetőségének csökkentését jelölték meg. Célcsoportjuk a plázákban csellengő főként 12-18 év közötti fiatalok. A programkínálatban általában hétféle nyitva tartással információs pont működtetése, a szabadidő hasznos eltöltését célzó klubfoglalkozások, sport és alternatív szabadidős foglalkozások biztosítása szerepelt.

TÁMOP 5.2.5 pályázat keretében megvalósított programok

A TÁMOP-5.2.5 Gyermek és fiatalok integrációs programjai című pályázati felhívás¹⁸ kábítószerügyi komponense¹⁹ keretében két kiemelt területen pályázhattak a szervezetek a gyermekek és fiatalok társadalmi integrációjának elősegítése érdekében. Az „A” ponton belül kifejezetten az ún. „Pláza program” csomagra, illetve a „B” ponthoz kapcsolódóan „Drogalternatíva” programok megvalósítására igényelhetek pályázati forrást.

A pályázaton 20 szervezet nyert támogatást 358.440.051 Ft (1.277.497€) összegben. 3 szervezet a Plázák terében megvalósított programra („A” pont) nyert támogatást 59.793.700 Ft (213.107€) összegben (a korábbiakban bemutatott nyíregyházi, békéscsabai és debreceni programok), míg a „B” pontban benyújtott pályázatok közül 17 program 298.646.351 Ft (1.064.389€) összegben kapott forrást a szakmai tevékenység megvalósításához.

A projektek tényleges megvalósulásáról és hatékonyságáról nem állnak rendelkezésre részletes információk, az alábbi áttekintő adatok a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség honlapjáról nyert rövid programleírásokon alapulnak.

A támogatott programok földrajzi eloszlása szerint mind a 7 statisztikai régióban azonosítható nyertes pályázat, de eloszlásuk nem egyenletes. Budapesten és a Dél-alföldi régióban 5-5, az északalföldi régióban 3, míg a dél-és nyugat-dunántúli régióban 2-2 program valósulhatott meg. A fennmaradó 3 projekt a további 3 régióban került lebonyolításra.

A programmegvalósító szervezeteket fenntartóik szerint vizsgálva 14 programot a civil szektor (9 alapítvány, 5 egyesület) valósított meg, a projektek közül 6 volt köthető az önkormányzati szektorhoz (önkormányzat, kistérségi társulás, non-profit kft).

A célcsoport tekintetében a három plázaprogram a bevásárlóközpontokat látogató fiatalokat szólította meg, míg a drogalternatíva típusú egyéb programok közül mindössze 3 esetben azonosítható egy-egy konkrét lakótelep, vagy kerületrészt.

A programok megvalósulása során 10 – ezek közül 3 a pláza teréhez kapcsolódó – közösségi tér jött létre, melyek állandó helyszíneket szolgáltak az egyes projektelemek megvalósításához. Egy programmegvalósító kifejezetten megkereső tevékenységgel érte el a célcsoportot, míg a fennmaradó programok több helyszínen valósították meg programjeleiket.

A programhelyszíneken önkéntesek és kortárssegítők egyaránt megjelentek. A programok megvalósítása során képzést csak 4 esetben kapcsoltak a programokhoz. A projektek legnagyobb számban különböző sporteseményeket (7) és egyéb szabadidős

¹⁸ A pályázat keretében 3 komponens került meghirdetésre: A) Gyermekvédelmi komponens, B) Ifjúságügyi komponens, C) Kábítószerügyi komponens. A pályázat kiírója az ESZA Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. volt (megbízó a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség). A felhívás 2008-ban jelent meg, a nyertes pályázatok megvalósítására 2009-ben, illetve 2010 első harmadában került sor.

¹⁹ A „C” komponens kifejezetten a droghasználat szempontjából leginkább veszélyeztetett 14 és 25 éves korosztály elérését célozta meg.

tevékenységeket (9) nyújtottak, a megvalósítás során a célcsoportok számára más és más tartalmú csoportfoglalkozásokat biztosítottak, melyekben a drámapedagógia (4), a kézműves és kreatív foglalkozások (4), az élménypedagógia (1) és ismeretátadás (3) szerepelt. A család elérése 1 programnál volt azonosítható, de a célcsoport tagjai számára konzultációs lehetőséget 5 projekt kínált. A fentiekén kívül megjelent még a szocioterápiás szerepjáték, a tematikus előadás és a lovas terápia eszköze.

Rekreációs szintér

2009-ben 9 városban/kistérségben működött a rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet nyújtó szolgáltatás²⁰. Változás az elmúlt évhez képest, hogy Budapesten és Egerben megszűnt az ilyen jellegű szolgáltatás. Projekt jelleggel viszont közel egy éven át (2008 október - 2009 június) működött party service szolgáltatás Mosonmagyaróváron és 2007 óta működik bulisegély Nyíregyházán és Gyulán is. 2009-ben indult a Magyar Ökumenikus Segélyszervezet Debreceni Szociális Központjának partiszervíz szolgáltatása Debrecenben és Mikepércs kistérségben.

2009-ben a szervezetek összesen 550 eseményen vettek részt, ahol közel 16.000 fiatallal kerültek kapcsolatba. A kapcsolatteremtés és beszélgetések mellett a szervezetek munkatársai tájékoztató anyagokat, szórólapokat, drogtotókat, valamint egyéb, a drogfogyasztás ártalmait csökkentő italokat, ételeket osztottak a szórakozó fiataloknak. A szolgáltatók a következőkkel segítették a fiatalok biztonságosabb szórakozását: ásványvíz (több mint 1876 liter), óvszer (8257 db), szórólapok (8100 db), szőlőcukor, keksz, vitaminok, gyümölcs.

A Magyar Honvédség drogprevenációs tevékenysége²¹

A Magyar Honvédség Egészségmegőrző Programjában az egészségfejlesztési tevékenység nem kizárólag egy-egy kockázati tényezőre vagy betegségcsoportra koncentráló verbális ismeretátadásból áll, hanem egymással összefüggő egészségügyi problémákra fókuszáló, komplex, átfogó megelőző programok keretében kerül megvalósításra. A program az MH alakulatainál kiscsoportos (20-25 fős), interaktív csoportfoglalkozások módszerével került levezetésre. 2009-ben a prevenációs előadások 12 alakulathoz, összesen 588 főhöz jutottak el. A megelőző tevékenység hatékonyságának növelése céljából prevenációs óriásplakát kiállítást szerveztek, melynek szintén kiemelt témaköre volt a legális és illegális drogok fogyasztásának megelőzése. A plakátkiállítás 8 alakulatnál került lebonyolításra, mely összesen 2500 főhöz jutott el.

A külszolgálatra tervezett állomány felkészítési programjának keretében – tekintettel a külhoni szolgálatteljesítés speciális körülményeire, a stressz faktorok, a frusztrációs tényezők fokozott jelenlétére – 2008 óta a felkészítés tematikájában a legális és illegális szerfogyasztás veszélyeivel, kockázataival kapcsolatos képzés is szerepel. Az előadások elsődleges célja a túlzott alkoholfogyasztás, illetve az illegális drogok bármilyenű fogyasztásának megelőzése a célpopuláció körében. A missziós állomány részére (UNFYCIP, ISAF, MFO, EUFOR5) tartott előadások során 2009-ben 530 fő készült fel.

Az Egészségügyi Központ munkatársai 2009-ben 10 kiemelt, központi és egyéb katonai rendezvényen (pl. Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem Nyíltnapja, Katonacsaládok Országos Találkozója, MH Támogató Dandár Családi Napja) jelentek meg, ahol összesen 6550 főt értek el.

A civil-katonai együttműködés keretében végrehajtott „Éld meg az életed” elnevezésű egészség-megőrzési rendezvény sorozat 2009-ben öt alkalommal, Budapesten és Balatonkenesén került megrendezésre, összesen 2310 fő részvételével.

²⁰ 9 szervezet töltötte ki a 2009-es tevékenységéről a Drog Fókuszpont kérdőívét

²¹ A Magyar Honvédség beszámolója alapján

Munkahelyi prevenció

2009-ben munkahelyi prevenció programoknak a Szociális és Munkaügyi Minisztérium kábítószer-fogyasztókkal és kábítószer-prevencióval foglalkozó szervezetek komplex megelőző és egészségfejlesztési programjainak támogatására kiírt pályázata keretében²² volt lehetőségük forrásokra pályázni. A pályázaton 9 munkahely nyert támogatást, összesen 15.507.200 Ft (55.268€) összegben²³.

A Szociális és Munkaügyi Intézet a „Maradj a Zöld Zónában” munkahelyi drog- és alkohol-megelőzési programhoz kapcsolódóan újabb módszertani füzetet jelentetett meg (Kaucsek és Simon 2010). A program tapasztalatainak tárgyalása során a szakemberek megállapítják, hogy hazánkban továbbra is alacsony a munkáltatói érdeklődés a munkahelyi drog- és alkohol-megelőzés iránt. Kevés vállalatnál vezettek be munkahelyi megelőző programot, ahol mégis van, ott sem kezelik elég komplexen ezt a kérdést. A munkáltatók részéről az a jellemző, hogy elsősorban munkabiztonsági kérdésnek tekintik a szerfogyasztást, ebből adódóan a probléma kezelése magatartás-szabályozási kérdésként merül fel (Kaucsek és Simon 2010).

Egy, a káros szerfogyasztás szűrésének legjobb gyakorlatait vizsgáló, 86 cég megkérdezésével készült kutatás²⁴ (Farkas 2010) a következő tapasztalatokat találta a vizsgált cégek körében:

- a cégek a zéró tolerancia alapján viszonyulnak a káros szerfogyasztáshoz, amelyet íratlan társas normának tartanak egyben;
- a cégek a káros szerek közül az alkoholfogyasztással kapcsolatosan rendelkeznek politikákkal, eszközökkel és bevált eljárásrendekkel, a droggal kapcsolatosan állásfoglalások vannak, a túlzott gyógyszerfogyasztással kapcsolatosan az orvosi etika a mérvadó;
- a törvényi megfelelés igénye, illetve a jogi következményektől, büntetéstől való félelem határozza meg mind a munkáltató, mind a munkavállaló magatartását a káros szerek fogyasztásával kapcsolatosan az egészségtudatosság helyett;
- az alkohol-problémákkal küzdőket baleset, teljesítménycsökkenés esetén ellenőrzésekkel nyíltan, a rejtetten túlzott gyógyszert fogyasztók függését pedig ignorálva kezelik a munkáltatók, de közös bennük, hogy mindkét csoportot a munkaerő-piac részének – még, ha a periférián lévők is – tekintik. A drogfogyasztókat ellenben a foglalkozás egészségüggyel foglalkozók hajlamosabbak inkább a bűnözői réteg határára helyezni, mintsem a munkaerőpiac szélére; ezt a hozzáállást megerősíti az a tapasztalat, hogy a szakemberek csak igen-igen elvétve találkoznak a droghoz bármilyen módon köthető munkahelyi problémával.

3.3. JAVALLOTT PREVENCIÓ

A Béke Gyermekegység munkacsoportja és az Országos Addiktológiai Centrum kidolgozta a „Szerfogyasztás szempontjából magas kockázatú vagy problémás szerhasználó, gyermekegységben lakó fiatalok számára indikált és terápiás programok modelljét”. A kiadvány 9 modulból épül fel, az egyes modulok alapját pszichológiai alapelvek képezik. A modulok többek között a következő területekkel foglalkoznak: nevelők érzékenyítése, a

²² KAB-PR-09 „C” kategória: Munkahelyi drogpolitikák kialakítását és megvalósítását elősegítő prevenció, egészségfejlesztő programok támogatása

²³ Az értékek a 2009-es hivatalos euró középárfolyam (1€ = 280,58Ft) szerint kerültek kiszámításra.

²⁴ A megkeresett cégeknél a foglalkozás egészségüggyel foglalkozó munkatársakkal készítették strukturált interjúkat a kutatók. A megkérdezett 86 céget öt különböző típusba sorolták: külföldi tulajdonú gyártók (30 cég 35 %), külföldi tulajdonú értékesítő és szolgáltató cégek (8 cég 9 %), magyar tulajdonú gyártók (13 cég 15 %), magyar tulajdonú értékesítő és szolgáltató cégek (11 cég 13 %), foglalkozás egészségügyi szolgáltatók és állami intézmények (24 cég 28 %)

munka szerepe a személyiségfejlődésben, szabadidős tevékenységek, kortárssegítés, családdal való kapcsolattartás, kockázati tényezők azonosítása, indikált prevenció, korai kezelésbe vétel. A modell program megvalósítója a Béke Gyermekekotthon.²⁵

3.4. ORSZÁGOS ÉS HELYI MÉDIA KAMPÁNYOK

Internetes kampányok

A Kék Pont Alapítvány Droglátó kampánya – Ne várd a Csodát!²⁶

A gerilla-marketing jellegű, médiahack akcióra is építő társadalmi célú kampány (2008 május-június) elsődleges célja az volt, hogy fórumot teremtsen a drogprobléma kezelése kapcsán felmerülő valós igényekre és azok ütköztetésére, hogy varázstalanítsa a drogjelenséget, illetve, hogy a befejező - önelleplező szakaszban a Kék Pont Alapítvány maga is alternatívákat kínáljon a felmerült kérdésekre, jelenségekre.

A „DROGLÁTÓ” Kampány a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány projektjeként született. Főhősük, Holló János, feltaláló, a (lidérce) képzelet szülöttje volt, aki a titokzatosság homályába burkolózva egy hónapon át hirdette csodamasináját, a droglátót saját weblapján és utcai szórólapokon, matricákon. Nem kevesebbet ígért, mint hogy szerkezete a biorezonancia segítségével, néhány méteres távolságról képes megmondani bárkiről, hogy fogyasztott-e drogot, ergo „forradalmat hoz a drogprevencióba és képes megoldani a drogproblémát”. A feltaláló előrendeléseket vett fel, tesztlésre jelentkező önkénteseket keresett és sajtótájékoztatóval egybekötött nyilvános bemutatót ígért a Kábítószerellenes Világnapra. Megálmodott szerkezete, a DROGLÁTÓ, valójában egy ócskapiacra vásárolt alkatrészekből összetákolt, ártalmatlan szerkezet volt. Az alapítvány kampányának célja az volt, hogy rámutasson a drogprobléma tudományos alapokon nyugvó megközelítéseinek szükségességére, a jelenkori drogprobléma kezelésének hiányosságaira és a hiteles információk elérhetőségének nehézségeire. A szervezők azt akarták, hogy minél többen formáljanak véleményt egy ellentmondásos és misztikus találmány társadalmi felhasználását illetően, erkölcsi, jogi, szakmai, személyes-érzelmi szempontok szerint egyaránt.

A www.droglato.com²⁷ oldal május 27-én indult, és június 26-án zárul le első szakasza, a Kábítószer ellenes Világnapon. Az ezt követő időszakban került sor az After Kampányra, amelynek keretében új információk kerültek ki a honlapra a kampány valódi céljáról, hátteréről, és a szervező alapítvány valós prevenciók tevékenységeiről. A leleplezésig az oldalon 12.400 látogatás történt, 11.500 egyedi látogatóval 34.000 oldalbetöltést számoltak. Összesen 309 látogató töltötte ki a jelentkezési lapot, vagy írt elektronikus levelet, ebből 117 fő regisztráltatta magát önkéntes tesztelőnek. Az olvasói levelekben 63-an fejezték ki rokonszenvüket és biztatásukat a találmánnyal kapcsolatban, 96-an felháborodásukban írtak nekünk, 144 fő élénk érdeklődést mutatott vagy a szerkezet működését illetően, vagy a kezdeményezés egyéb körülményei kapcsán. Médiahack-re mindössze 6 fő gyanakodott. A tesztelői motivációk között leggyakrabban a „fiatalok megóvásának” szándéka állt, szülők, rokonok, tanárok, kollégiumi intézményvezetők, nyári gyermektáborok nevelői jelentkeztek ezzel az indokkal. Munkahelyi tesztelésre is szerették volna használni a droglátót, szállítási cég vezetője, luxusszáló biztonsági főnöke, építési vállalkozó is jelentkezett e célból. Akadtak olyanok is, akik egész városok, települések drogfogyasztási helyzetét kívánták volna felmérni e találmány segítségével, önkormányzati képviselők, sőt szociálpolitikai szakember is volt az érdeklődők között.

A droglátó kampány teljes költségvetése 1 millió Ft (3.564€) volt, Amit az alapítvány prevenciók kommunikációs programokra kiírt nyílt pályázaton nyert a magyar Deloitte Zrt-től.

²⁵ Az Egészségügyi Minisztérium beszámolója alapján

²⁶ Az összefoglalót a Kék Pont Alapítvány készítette

²⁷ Az oldal már nem elérhető.

Mértékletesség Éve kampány²⁸

A Kék Pont Alapítvány Mértékletesség Éve projektje a holisztikus szemlélet jegyében kívánja az ártalomcsökkentés, az egészségtudatos nevelés (megelőzés) témákat új tartalommal megtölteni, kiegészíteni. A kampány célja rámutatni az illegális és legális szerek használatával kapcsolatos társadalmi és egyéni szintű felelősségre, nyílt, valós társadalmi diskurzust generálni a tudatmódosításról, az érintett társadalmi csoportok aktív részvételével és a szórakoztatóipar piaci szereplőinek bevonásával.

A mértékletesség – felfogásuk szerint, támaszkodva néhány ókori görög filozófusra, és nem utolsósorban Foucault gondolataira – nem önmegtartóztatás. A mértékletesség az örömeztetés, az élvezetek optimalizált megélése.

A Mértékletesség Éve kampány központi eleme a szórakozásban megjelenő mértéktelen fogyasztásról, tudatmódosításról, az azokat generáló tényezőkről, illetve általában véve a fogyasztói társadalomról szóló diskurzusnak teret és keretet biztosító honlap (www.mertekletes.hu).

Az oldalon a névtelenül regisztráltak naponta feljegyezhetik drogfogyasztási szokásaikat (legális és illegális szerek és a különböző viselkedési függőségeket egyaránt beleértve) a tudatnaplóba, megismerve azok rejtett összefüggéseit, követve a mennyiségek és az örömeztetés változását. A tudástárban található tanulmányokban történelmi és filozófiai aspektusból is bemutatásra kerül a mértékletesség, mint erény. A blogban rendszeresen jelennek meg ártalomcsökkentő, fogyasztási szokásokkal kapcsolatos ajánlások, metodikák, illetve egyéb a napi történésekre reflektáló szubjektív bejegyzések.

A kampány része két pályázat is, a fotópályázat középiskolás fiatalok szemével láttatja a mértékletesség témakörét, míg a VJ pályázat keretében a vizuális kommunikáció modern eszközeit felhasználó audio-anyagokon keresztül jut el az erény az elektronikus zenei partikra.

A kampányban, a honlaphoz hasonlóan kiemelt szerep jut a Mértékletesség Tere ártalomcsökkentő és prezentációs célokat szolgáló sátonak. A Mértékletesség Tere a tavasztól ősziig terjedő szórakoztatóipari főszezonban települ ki nagy országos fesztiválokra, valamint kisebb egynapos rendezvényekre, partikra, egészségnapokra. A sátor napközben a Mértékletesség Éve ismeretterjesztő anyagait mutatja be, vitára hív, párbeszédet kezdeményez, míg este a hagyományos ártalomcsökkentésé a főszerep.

A Mértékletesség Éve kampányt közvetlenül egy sajtótájékoztató zárja 2010 szeptemberében, mely jelentést ad a megvalósult eseményekről. A kampány záróakkordjaként megrendezésre kerül a Mértékletesség konferencia, amelynek célja, hogy a kampány eredményeit, tanulságait levonva, a szereplők közti párbeszédet segítse, és ajánlásokat fogalmazzon meg.

Az alapítvány a Norvég Civil Alaptól nyert 20 millió forint (71.281€) támogatást a projekt megvalósításához.

Regionális, helyi kampányok²⁹

A szolnoki KEF 2007 áprilisában és májusában a társadalom érzékenyítése céljából heti két alkalommal megjelent a helyi Aktív Rádióban. A „MEGÁLLÓ” kampány célcsoportja elsősorban az ifjúsági korosztály volt, a műsor keretében alternatívákat kínáltak a szabadidő hasznos eltöltésére (kulturális és programajánlók), valamint bemutatták az SZKTT Humán Szolgáltató Központ Drogonkultációs és Információs Központja szolgáltatásait. Rövid

²⁸ Az összefoglalót a Kék Pont Alapítvány készítette

²⁹ A Drog Fókuszpont a KEF-ek segítségét kérte a helyi médiakampányok feltérképezéséhez. Több városból, illetve budapesti kerületből érkezett válasz a szolgáltató szervezetektől. A bemutatott néhány kampányon kívül tájékoztató kiadványokról, szervezetek televíziós, rádiós, vagy írott sajtóban való megjelenéséről, prevenció programokról érkezett még információ

spotok formájában elhangzott Szolnokon közismert személyek üzenete arról, hogy a droghasználat helyett milyen lehetőségek vannak a szabadidő hasznos eltöltésére.³⁰

Az orosházi Mi-Értünk Prevenció és Segítő Egyesület 2009 május 1-jén egy fél éves „kampányt” indított³¹ – Zöld Pont címmel – melynek célja a dohányzás, mint szenvedélybetegség megismertetése és tudatosítása, ezzel együtt pedig az egészség- és környezettudatosabb magatartás kialakítása volt. A program több elemből állt, a nyomtatott médiában heti egy alkalommal gondolatébresztő/vitaindító mondatokat közöltek. A kampány részeként elindult, a dohányzás témakörével foglalkozó blog (www.zoldpont.blog.hu) ma is működik.

Az Életrevaló Karitatív Egyesület 2010. január 1-jén országos drogprevenció kisfilm pályázatát hirdetett 13-18 éves fiatalok számára³². A verseny kiírásakor az volt az elsődleges cél, hogy a fiatalok saját ismereteik felhasználásával, az iskolai drogprevenció órákon hallottakra alapozva, 2-5 perces filmet készítsenek kortársaik számára. Az elkészült alkotásokat a fiatalok videó megosztókra töltötték fel, ahol elérhetővé váltak mások számára is. A pályázatra az ország 19 településéről, 117 alkotó és számtalan szereplő közreműködésével 29 alkotás érkezett. A pályázatra beérkezett filmeket héttagú szakmai zsűri bírálta, egy fődíjas, két második, két harmadik helyezett, valamint öt különdíjas film kapott elismerést, néhány film pedig a Sziget Fesztiválon történő bemutatást nyert.³³ A program külső kommunikációja a Nemzeti Civil Alapprogram támogatásával valósult meg. Az alapítvány a pályázati felhíváshoz kisfilmet készített, ami a VIVA TV két héten keresztül vetített, a TV spot-ot más TV csatorna is bemutatta (TV10) és felkerült internetes felületekre is, továbbá az alapítvány külön blog-ot indított a filmversenynek. A Civil Rádióban is foglalkozott műsor a versennyel, a verseny után interjúkat is készítettek a nyertesekkel.

Következtetések

A 2008/2009-es tanévben 79.865 diák, vagyis a 10-18 éves, alap- és középfokú nevelési-oktatási intézményekben tanuló diákok 8,3%-a vett részt valamilyen drogprevenció foglalkozáson az SzMM-OKM közös, iskolai egészségnevelési és drogprevenció programok támogatására kiírt pályázatának keretében, ez csökkenést jelent az előző évhez képest (2007/2008-as tanévben: 9,5%).

A közoktatási intézmények prevenció kompetenciáinak és tevékenységének változásait vizsgáló kutatás eredményei szerint az elmúlt 5 évben növekedett azon iskolák aránya, ahol a prevenció/egészségfejlesztési feladatok ellátására nem rendelkeznek semmilyen intézményi kapacitással, ahol aktuálisan sem iskolapszichológus, sem drogügyi koordinátor, sem egészségfejlesztő, sem ifjúsági orvos, sem az iskolában rendszeresen jelen lévő védőnő nincsen. Az iskolát rendszeresen látogató védőnő az intézmények mintegy 70%-ában van ma is, a drogügyi koordinátor szerepe azonban jelentősen visszaszorult az iskola világában: míg korábban az iskolák több mint felében volt drogkoordinátor, ma tíz iskolából csak kettőben fordul elő. A kedvezőtlen változásokkal ellentétben azonban nőtt az iskolapszichológust foglalkoztató iskolák aránya. A vizsgált három tanév valamelyikében az általános és középiskolák 90,4%-a végzett valamilyen prevenció vagy egészségfejlesztő tevékenységet, az egyes tanévekben az iskolák 85-88%-ában volt valamilyen prevenció program. Míg a korábbi években a legális/illegális szerhasználat volt az, ami a leginkább kiemelkedett a megcélzott területek közül, ma már a drogprevenció programokkal azonos

³⁰ A kampány a KAB-KEF-06-A-0006 pályázat keretében valósult meg, a költsége 200.000 Ft volt.

³¹ Orosháza Város Önkormányzat Képviselő-testületének Szociális és Egészségügyi Bizottsága 2009. február 10-i ülésén a város közterületein dohányzásmentes övezetek, ún. zöld pontok kialakításáról szóló állásponthez kapcsolódóan

³² A program a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatásával valósult meg.

³³ A kisfilmek itt tekinthetők meg: <http://eletrevalo.blog.hu/> (Letöltés: 2010. 06. 17.)

arányban szerepelnek az iskolai szinten a mentálhigiénével, valamint a táplálkozással foglalkozó prevenció beavatkozások.

2009-ben 9 városban/kistérségben működött a rekreációs szinten ártalomcsökkentő/prevenció tevékenységet nyújtó szolgáltatás, a szervezetek összesen 550 eseményen vettek részt, ahol több mint 16.000 fiatallal kerültek kapcsolatba.

4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS³⁴

Háttér, előzmények

2008 végén szakértők bevonásával feltáró munka indult el, melynek célja az volt, hogy a hazai kábítószeres adatgyűjtési rendszerek áttekintése eredményeként a szerhasználó populáció és alcsoportok nagyságának becslésére alkalmas adatforrásokat azonosítsák és felhasználják; és szükség szerint javaslatot tegyenek azok módosítására. A különböző kezelés-ellátással kapcsolatos adatgyűjtések áttekintése mellett sor került az Országos Rendőr-főkapitányság adatgyűjtési rendszerének áttekintésére, és a problémás kábítószer-fogyasztókat érintő letartóztatási adatok feldolgozására is.

2009-ben a Nemzeti Drog Fókuszpont új, országos kiterjedtségű on-line adatgyűjtést indított a túcsere-forgalmi adatok rögzítésére, mely kiegészül az ellátásban megjelenő – elsősorban intravénás – kábítószer-fogyasztók szerhasználati mintázatainak rögzítésével. 2009-ben negyedik alkalommal került sor az Országos Epidemiológiai Központ szervezésében az intravénás szerhasználók körében HIV, HBV és HCV szűrésre. Első alkalommal került sor az elmúlt négy év kliens adatainak áttekintésére nem a fertőző betegségek vonatkozásában. Az intravénás szerhasználók adatainak áttekintése során elsősorban a fiatal (25 év alatti), és az új belépő (2 éven belül kezdett injektálni) kliensek arányainak meghatározására került sor összhangban az EMCDDA definíciójával, mely szerint e két mutató a jövőbeni kezelési igények és a rejtett populációban történő folyamatok közvetett indikátoraként tekinthető.

4.1. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÓK PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSE

2010 elején kutatás (Bozsonyi és Horváth 2010a) készült a problémás kábítószer-fogyasztók létszámának becslésére. A becslés két területre terjedt ki. Egyrészt a problémás heroin-, amfetamin- és kokain-fogyasztók létszámára irányult, a rendőrségi és a kezelési adatbázisok felhasználásával, fogás-visszafogás módszer alkalmazásával. Másrészt az intravénás szerhasználó populáció nagyságát becsülték meg az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) által szervezett ujjbegyes szűrővizsgálatok (bővebben lásd 6.2. fejezet) adatainak felhasználásával, a fogás-visszafogás módszert egy adatbázison, időben ismétlődve alkalmazva.

PDU prevalencia becslés

A problémás drogfogyasztás (PDU) a becslés során alkalmazott definíciója megegyezik az EMCDDA által alkalmazott definícióval, azaz heroin-, kokain- vagy amfetamin-fogyasztás előfordulására vonatkozik. A „problémás drogfogyasztás” szóhasználat itt tehát nem valamilyen addiktológiai, egészségügyi vagy szociális problémára utal, hanem pusztán a három szer valamelyikének legalább egy alkalommal történő fogyasztását jelöli két éves időtartamra vonatkozóan. A kutatás a fogás-visszafogás módszertanát³⁵ alkalmazta két adatbázis, a rendőrségi letartóztatási adatok és a kezelésben való megjelenési adatok felhasználásával.

A rendőrségi letartóztatási adatokat az Országos Rendőr-főkapitányság Bűnügyi Elemző-Értékelő Főosztálya szolgáltatta a Nemzeti Drog Fókuszpont részére. Kiegészülve a problémás kábítószer-fogyasztó populáció méretére irányuló korábbi prevalencia becslés (Elekes és Nyírády 2006) adataival, a rendőrségi letartóztatási adatok 2005, 2007 és 2008 évekre vonatkozóan álltak rendelkezésre. A letartóztatás során a letartóztatott személynél

³⁴ A fejezet szerzői: Bozsonyi Károly, Horváth Gergely Csaba, Tarján Anna

³⁵ A két adatforráson alapuló fogás-visszafogás módszer lényege, hogy statisztikai függetlenség esetén a mindkét forrásban megtalálható esetek száma és az egyik forrás esetszámának aránya megegyezik az ismeretlen populáció nagyságának és a másik adatforrás esetszámának arányával.

talált anyagok jelentették a szertípus szerinti besorolás alapját, a szereket a letartóztatási jegyzőkönyvekben a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet vizsgálata alapján rögzítették, tehát nem önbevalláson vagy rendőri gyanún alapultak.

A kezelési adatok az Országos Addiktológiai Centrum Kezelési Igény Indikátor (TDI) adatgyűjtéséből származtak, az 5. fejezetben bemutatottakhoz képest némiképp eltérő módon. A kezelési adatbázis lekérdezése után a TDI protokollban ismertetett adatszelekciós algoritmusok helyett egyéni leválogatási szempontokat alkalmaztak. Az adatforrások függetlenségét biztosítandó, a kezelési forrás eseteinél a büntető igazságszolgáltatás (rendőrség, ügyészség, bíróság) által a kezelésbe irányított eseteket (eltereltek) kihagyták a becsléshez használt mintából.

A populáció nagyságának becslésére szertípusonként került sor, mert a fogás-visszafogás módszer alkalmazásának egyik legfontosabb feltételét jelentő függetlenség máskülönben nem teljesült, ugyanis igen erősen szignifikáns ($p < 0,001$) különbségek mutatkoztak a két adatforrásban a különböző szerek között. A rendőrségi forrás nem jelölt elsődleges vagy másodlagos szereket. Az a személy, aki két vagy több, a problémás szer definíciója alá tartozó szert birtokolt, a becslés során minden birtokolt szertípus csoportjában megjelent. Ehhez hasonlóan, a kliensek a kezelési adatoknál a másodlagos szerként feltüntetett szerek miatt is több csoportba kerülhettek besorolásra. A becslések a heroin, az amfetamin és a kokain szereket fogyasztók populációira terjednek ki, a becslések – bár a különböző adatforrásokban megjelentek – nem tartalmazzák az egyéb opiát (pl. metadon, máktea, morfin stb.), az egyéb kokain (crack) és az egyéb amfetamin (ecstasy) szereket fogyasztó csoportokat. Több szer egyidejű használata miatt az egyes szerek kapcsán becsült rejtett csoportokban átfedések is lehetnek, az átfedések méretének meghatározása nem volt lehetséges.

Az adatforrások összekapcsolását a TDI rendszerben évek óta alkalmazott generált kód biztosította, melyet a rendőrségi letartóztatási adatbázis heroin, kokain ill. amfetamin kábítószeres miatt indult eseteire az együttműködő fél – egyéb adatok mellett – manuálisan kigyűjtött.

A két adatbázisban együttesen a legfiatalabb személy 14, a legidősebb személy 67 éves volt. A prevalencia becslések a 15-64 éves korosztályra vonatkoztak.

A kutatás által használt adatbázisok nem jelölték egyértelműen az intravénás szerhasználatot, így a prevalencia becslés nem volt alkalmazható az intravénás szerhasználói populáció nagyságának meghatározására.

A becslések során az alacsony elemszámok és a mindkét adatbázisban megjelenők alacsony létszáma okozta hiba csökkentése érdekében a 2007-re és 2008-ra vonatkozó adatokat aggregálták, ezért a becslések kétéves időtartamokra vonatkoznak: azaz az adott szert a jelölt két évben legalább egyszer fogyasztó különböző csoportok létszámára utalnak. A becslések során a rejtett populáció nagyságára és a variancia mértékére az ún. Chapman (1951) képletet alkalmazták.

Heroin

Heroin birtoklásért a rendőrségi adatbázisban 2007-re és 2008-ra vonatkozóan összesen 326 főt találtak, közülük 274 fő férfi, 52 fő nő volt. A kezelésben 682 fő olyan kliens jelent meg, akiknél a kezelés okaként heroin jelent meg elsődleges szerként vagy a másodlagos szerek között. 7 fő ismeretlen nem miatt kizárásra került.

8. táblázat. Heroin-fogyasztók száma a rendőrségi és a kezelési adatbázisban, 2007 és 2008 években együttesen

		Forrás		Összesen
		Rendőrség	Kezelés	
Nem	Férfi	274	534	808
	Nő	52	148	200
Összesen		326	682	1008

A két év során 8 férfi mindkét évben szerepelt a rendőrségi adatbázisban, míg 51 férfi a két egymást követő évben is megjelent a kezelésben, őket egyszer vették számításba. Nők esetében a két egymást követő évben a rendőrségi forrásban ismétlődés nem volt, a kezelési forrásban 14 esetet szűrtek ki.

A kutatás során a heroint használók populációjára vonatkozóan férfi és női bontásban külön tettek becslést, mert szignifikáns ($p=0,019$) különbség mutatkozott a nemeket tekintve. A két forrás az életkorokat tekintve (3 kategória esetén $p=0,142$, 5 kategória esetén $p=0,103$) függetlennek bizonyult.

2007 és 2008 évek aggregátumában férfiak esetén 208 fő szerepelt csak a rendőrségi, 425 fő csak a kezelési adatbázisban, mindkettőben 58 fő. A fogás-visszafogás módszert alkalmazva a két év során heroint legalább egyszer fogyasztók rejtett populációja a pontbecslés szerint 1508 fő volt. 95%-os konfidencia intervallumban a becslési érték 1207 és 1808 fő között lehetett.

2007 és 2008 évek aggregátumában nők esetén 46 fő szerepelt kizárólag a rendőrségi, 127 fő csak a kezelési adatbázisban, mindkettőben 7 fő. A rejtett populáció nagysága ebben az esetben pontbecslés esetén 715 fő volt, a becsült rejtett populáció 95%-os biztonsággal a 317 és 1184 fő közé esett. A teljes populáció a becsült rejtett szerhasználók és a két különböző adatforrásban megjelent szerhasználók számának összege. A heroint az adott két évben legalább egy alkalommal használó férfi és nők száma együttesen 2780 és 3480 fő közé tehető, a teljes populáció nagyságára vonatkozó pontbecslés értéke 3130 fő.

9. táblázat. A heroin-fogyasztó populáció becsült nagysága a két évben, 2007-2008 (fő)

	Teljes populáció a pontbecslést alkalmazva	Rejtett populáció (pontbecslés)	95%-os konfidencia intervallum: a rejtett populáció alsó korlátja	95%-os konfidencia intervallum: a rejtett populáció felső korlátja	a rejtett populáció szórása
Férfi	2199	1508	1207	1808	153
Nő	931	751	317	1184	221
Együttesen	3130	2259	1908	2609	178

Forrás: Bozsonyi és Horváth 2010a

Amfetamin

Amfetamin birtoklásért a rendőrségi adatbázisban 2007-re és 2008-ra vonatkozóan összesen 1177 főt találtak, közülük 1011 fő férfi, 166 fő nő volt. A kezelésben 610 fő, 479 férfi és 131 nő, olyan kliens jelent meg, akiknél a kezelés okaként amfetamin jelent meg elsődleges szerként vagy a másodlagos szerek között. 10 fő neme ismeretlen volt, ezért ezek az esetek kizárásra kerültek.

10. táblázat. Amfetamin-fogyasztók száma a rendőrségi és a kezelési adatbázisban, 2007 és 2008 években együttesen

Nem		Forrás		Összesen
		Rendőrség	Kezelés	
	Férfi	1011	479	1490
	Nő	166	131	297
	Összesen	1177	610	1787

Forrás: Bozsonyi és Horváth 2010a

A két év során 14 férfi mindkét évben szerepelt a rendőrségi adatbázisban, míg 19 férfi a két egymást követő évben is megjelent a kezelésben, őket a becslés során egyszer vették

számításba. Nők esetében a két egymást követő évben a rendőrségi forrásban 3 ismétlődés volt, a kezelési forrásban 4 ismétlődő esetet szűrték ki.

A kutatás során az amfetamin-használók populációjára vonatkozóan férfi és női bontásban külön tettek becslést, mert szignifikáns ($p < 0,001$) különbség mutatkozott a nemeket tekintve a két forrásban. A két forrás életkorokat tekintve (3 kategória esetén $p = 0,015$, 5 kategória esetén $p = 0,017$) sem bizonyult függetlennek. A nemi megbontást követően azonban már az életkor-csoportokat tekintve is függetlenek voltak a források (férfi: 3 kategória esetén $p = 0,099$, 5 kategória esetén $p = 0,260$; nő: 3 kategória esetén $p = 0,293$, 5 kategória esetén $p = 0,207$).

2007 és 2008 évek aggregátumában férfiak esetén 979 fő szerepelt csak a rendőrségi, 442 fő csak a kezelési adatbázisban, mindkettőben 18 fő. A fogás-visszafogás módszert alkalmazva a két év során amfetamint legalább egyszer fogyasztók rejtett populációja a pontbecslés szerint 22848 fő volt. 95%-os konfidencia intervallumban a becslési érték 13147 és 32550 fő között mozgott.

2007 és 2008 évek aggregátumában nők esetén 157 fő szerepelt csak a rendőrségi, 121 fő kizárólag a kezelési adatbázisban, mindkettőben 6 fő. A rejtett populáció nagysága ebben az esetben pontbecslés esetén 2752 fő volt, a becsült populáció 95%-os biztonsággal 942 és 4564 fő közé esett. A teljes populáció, az a jelzett két évben legalább egy alkalommal amfetamint fogyasztottak száma pontbecslés esetén 27323 fő volt, a populáció nagysága 95%-os biztonsággal 18138 és 36508 fő közé esett.

11. táblázat. Az amfetamin-fogyasztó populáció becsült nagysága a két évben, 2007-2008 (fő)

	Teljes populáció a pontbecslést alkalmazva	Rejtett populáció (pontbecslés)	95%-os konfidencia intervallum: a rejtett populáció alsó korlátja	95%-os konfidencia intervallum: a rejtett populáció felső korlátja	a rejtett populáció szórása
Férfi	24287	22848	13147	32550	4949
Nő	3036	2752	942	4564	924
Együttesen	27323	25600	16415	34785	4686

Forrás: Bozsonyi és Horváth 2010a

Kokain

Kokain birtoklásért a rendőrségi adatbázisban 2007-re és 2008-ra vonatkozóan összesen 288 főt találtak, közülük 247 fő férfi, 41 fő nő volt. A kezelésben 206 fő, 162 férfi és 44 nő, olyan kliens jelent meg, akiknél a kezelés okaként kokain jelent meg elsődleges szerként vagy a másodlagos szerek között. 3 főnek ismeretlen volt a neme, ezért kizárásra kerültek.

12. táblázat. Kokain-fogyasztók száma a rendőrségi és a kezelési adatbázisban, 2007 és 2008 években együttesen

Nem		Forrás		
		Rendőrség	Kezelés	Összesen
	Férfi	247	162	409
	Nő	41	44	85
	Összesen	288	206	494

Forrás: Bozsonyi és Horváth 2010a

Szignifikáns ($p = 0,026$) összefüggés mutatkozott a nemek és a források között csakúgy, mint az életkorok és a források között ($p < 0,001$ 3 és 5 kateória esetén is). A becslés nemenként történő végrehajtása nem volt lehetséges, mert e szerint az elrendezés szerint a női kokain használóknak a két adatforrást tekintve nem volt metszete. A kutatás során ezért három korcsoportra bontották a kokain-használókat, és e szerint végezték el a különálló

becsléseket. A korcsoportokon belül már nem mutatkozott szignifikáns összefüggés a források és a nemek tekintetében (23 év alatt $p=0,396$, 24-29 év között $p=0,418$, 30 év felett $p=0,074$), így nemek szerinti szétválasztásra nem volt szükség.

13. táblázat. *Kokain-fogyasztók száma a rendőrségi és a kezelési adatbázisban, 2007 és 2008 években együttesen (fő)*

Korkategória	Nem	Férfi	Forrás		
			Rendőrség	Kezelés	Összesen
23 év alatti	Nem	Férfi	29	40	69
		Nő	13	22	35
		Összesen	42	62	104
24-29 év közötti	Nem	Férfi	69	57	126
		Nő	16	11	27
		Összesen	85	68	153
30 éves vagy idősebb	Nem	Férfi	149	65	214
		Nő	12	11	23
		Összesen	161	76	237

Forrás: Bozsonyi és Horváth 2010a

A 23 év alattiak kategóriájában csak a rendőrségi adatbázisban 42 fő, csak a kezelési adatbázisban 64 fő szerepelt, mindkettőben 1 fő. A rejtett populációra vonatkozó pontbecslés 1396 főt mutatott. A 24 és 29 év közöttiek körében csak a rendőrségi forrásban 82 fő, csak a kezelésben 65 fő, mindkettőben 3 fő szerepelt, itt a pontbecslés értéke 1368 főt adott a rejtett kokain-használat előfordulására a két évben. 30 év felettiak esetében 157 fő szerepelt csak a rendőrségi, 73 fő csak a kezelési adatbázisban, mindkét forrásban 6 fő szerepelt. A rejtett populáció ebben az esetben 2337 fő volt. A teljes populáció, amelynek körében az adott két évben kokain-fogyasztás történt mintegy 5600 főre tehető. A becslés megbízhatósága az alacsony esetszámok – így a kezelési vagy a rendőrségi adatbázisba való bekerülés alacsony esélye – miatt korlátozott. Konfidencia intervallum kiszámítására nem volt lehetőség.

14. táblázat. *A becsült kokain-fogyasztó populáció nagysága a két évben, 2007-2008 (fő)³⁶*

	Teljes populáció a pontbecslést alkalmazva	Rejtett populáció (pontbecslés)	95%-os konfidencia intervallum: a rejtett populáció alsó korlátja	95%-os konfidencia intervallum: a rejtett populáció felső korlátja	a rejtett populáció szórása
23 év alatti	1503	1396	-124	2917	775
24-29 éves	1518	1368	233	2504	579
30 év feletti	2571	2337	559	4115	907
Összesen	5592	5101			

Forrás: Bozsonyi és Horváth 2010a

³⁶ A legalsó korcsoport esetében a számítások negatív alsó korláthoz vezettek. A variancia kiszámításakor feltételezett normális eloszlás vélelmezhetően nem teljesült, de a Poisson eloszlás alkalmazására nem volt lehetőség. A korcsoportok aggregátumára vonatkozó összesített becsléstől éppen ezért tartózkodtak a szerzők.

Intravénás szerhasználat prevalencia becslése

2010 elején kutatás (Bozsonyi és Horváth 2010b) készült az intravénás szerhasználó populáció nagyságára. A becslés során az Országos Epidemiológiai Központ által 2006 óta szervezett, ujjbegyből történt HIV/HCV szűrés kliensforgalmi adatait használták fel.

A szűrőprogram minden évben szeptember és november között zajlott, növekvő számú, 2009-ben 20 szolgáltató részvételével. A becslésbe olyan megszűrt intravénás szerhasználók kerültek, akik az adott időintervallumban tűcsere programban vettek részt (14 szolgáltató) vagy drogambulancián részesültek kezelésben (2 szolgáltató). Noha a szűrésben való részvétel feltétele a valaha történt intravénás szerhasználat volt, a kutatás során minden, a szűrésben részt vevő kliensről feltételezték, hogy a szűrést megelőző két évben injektáltak (a kliensek szerhasználati adatairól lásd a 6.1. fejezetet). A négy éve zajló szűrőprogram utolsó három évének adatait használták fel a becsléshez, az első évi alacsony szolgáltató- és elemszám miatt. A becsléshez végül 16 olyan szolgáltató adatait használták fel, melyek mindhárom évben részt vettek a szűrőprogramban. Az intravénás szerhasználók azonosítása a szűrőprogramban a TDI rendszerben alkalmazott ún. generált kód alkalmazásával történt, mely lehetővé tette a kliensek ismételt megjelenésének nyomon követését.

A becslés az időben ismétlődő fogás-visszafogás módszerével történt. A becslés különböző szertípusok szerinti megosztása nem volt lehetséges. A becslés két éves időintervallumra vonatkozik, azaz a jelzett két évben való intravénás szerhasználatot jelöli.

A szűrésen megjelent kliensek szociodemográfiai és szerhasználatra vonatkozó adatait a 4.2 fejezetben mutatjuk be.

15. táblázat. A kliensek szűrőprogramban történő megjelenésének mintázata (fő)

2007	2008	2009	Fő
Igen	Igen	Igen	68
Igen	Igen	Nem	65
Igen	Nem	Igen	43
Igen	Nem	Nem	379
Nem	Igen	Igen	88
Nem	Igen	Nem	328
Nem	Nem	Igen	428
Nem	Nem	Nem	Rejtett populáció

Forrás: Bozsonyi és Horváth 2010b

A fogás-visszafogás módszer alkalmazásának feltétele egyebek mellett a két mérési időpont között fennálló függetlenség. A szűrőprogramban a függetlenség ezen feltétele vélelmezhetően sérült, ezért a fogás-visszafogás alapképletét³⁷ módosították, megkülönböztetve a szűrésben való ismételt megjelenés okaként a véletlen és a szisztematikus vagy szándékolt részvételt. A részvételi szándék modellezésével

37Az ún. Lincoln-Petersen féle képletet módosították, így az intravénás drogfogyasztás becslése során alkalmazott képlet a következő:

$$x = \frac{a_{21} \cdot a_{12}}{a'_{22}} + (1 - \alpha) \cdot a''_{22}$$

amelyben:

X= rejtett populáció

a₂₁= egyik évben megjelent intravénás populáció

a₁₂= következő évben megjelent intravénás populáció

a'₂₂= a szűrésben szándékoltan ismételt megjelent intravénás populáció

a''₂₂= a szűrésben véletlenül megjelent intravénás populáció

α= részvételi szándék együtthatója, 100% esetén minden ismételt megjelenés véletlen volt, azaz a két mérés statisztikailag független

érzékenység-vizsgálatot végeztek. A részvételi szándék együtthatóját a szűrőhelyek megkérdezését követően alakították ki szakértői becslés módszerével. A megkérdezett szolgáltatók válaszainak átlaga alapján a kliensek 74%-a tudatosan vett részt ismételen a szűrésben.³⁸ A szűrésben részt vevő kliensek motivációs csomagot (2000 forint (7,1€) értékű étkezési utalványt) kaptak, ezért a részvételben feltételezhetően magas, akár a becsült értéknél is magasabb, lehet azok aránya, akik emiatt vettek részt második alkalommal is a szűrésben. A teljes populáció a becsült rejtett populáció és a szűrésben megjelent populáció összege.

16. táblázat. *Ismételt megjelenés a szűrőprogramokban 2008-2009 között*

Év	2009		
	Megjelenés	Nem	Igen
2008	Nem		471
	Igen	393	156

Forrás: Bozsonyi és Horváth 2010b

17. táblázat. *Ismételt megjelenés a szűrőprogramokban 2007-2008 között*

Év	2008		
	Megjelenés	Nem	Igen
2007	Nem		416
	Igen	422	133

Forrás: Bozsonyi és Horváth 2010b

A rejtett intravénás populáció nagyságát 2008 és 2009 években pontbecslést alkalmazva teljes statisztikai függetlenség esetén 1187 főre tették (Bozsonyi és Horváth 2010b). A becsült 74%-os tudatos részvételi hányad, azaz $\alpha=0,26$ esetén a rejtett intravénás szerhasználó populáció nagyságát 4679 főre, a teljes intravénás szerhasználó csoport nagyságát 5699 főre becsülték a két éves időszakra vonatkozóan.

A rejtett intravénás populáció nagyságát 2007 és 2008 években pontbecslést alkalmazva teljes statisztikai függetlenség esetén 1320 főre becsülték. A becsült 74%-os tudatos részvételi hányad esetén a rejtett intravénás szerhasználó populáció nagyságát 5175 főre, míg a teljes populációt 6146 főre becsülték a két éves időszakra vonatkozóan.

A két különböző, kétéves időtartamra vonatkozó prevalencia becslés nem alkalmas a tendencia megítélésére.

Az eredmények értelmezésekor a következő korlátot kell figyelembe venni: felülbecslést okozhat, ha olyan személy is részt vesz a szűrésben, akinél a két éven belül történt intravénás szerhasználat feltétele nem teljesült. A szűrővizsgálatok során az utolsó injekció idejét 2009-ben kérdezték először. Az ilyen személyek egy évben való megjelenése felülbecslést, mindkét évben való megjelenése alulbecslést eredményezhet.

³⁸A kutatás során 16 szolgáltatót kerestek meg azzal, hogy becsülnék meg, hogy a visszatérő, tehát a két egymást követő évben is megjelenő kliensek közül mekkora részük tudatosan és mekkora részük véletlenül jelent meg újra a szűrésben. A kérdésre 13 szolgáltató válaszolt, 2 szolgáltatót nem sikerült elérni, 1 szolgáltató nem válaszolt.

4.2. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐ PROBLÉMÁS FOGYASZTÓK

Országos túcsere kliens adatok

2009. évi országos túcsere kliens adatok

2009-ben kísérleti projekt keretében a magyarországi túcsere szervezetek először jelentették le a rendelkezésre álló adatok alapján a szolgáltatásukat igénybe vevő klienseik nemét, életkorát és elsődleges szertípus szerinti megoszlásukat. Az adatgyűjtésben 20 szervezet vett részt, összesen 1559 kliensről jelentettek adatot. A következő táblázatokban (12-15. ábra) a korcsoportokon belül az elsődleges szerek szerinti megoszlás kerül bemutatásra.

Az intravénás szerhasználók 53%-a elsődlegesen heroint injektált, ezt követte az amfetamin (38%), 4% esetében valamilyen egyéb szert injektáltak elsődlegesen a kliensek, a kokain 1% volt a túcsereben megjelentek körében.

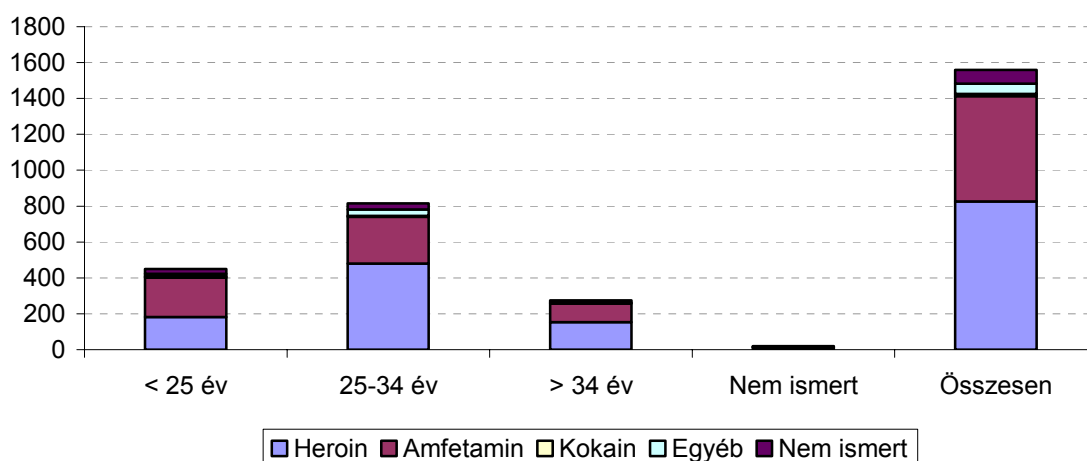
18. táblázat. *Elsődleges injektált szertípus szerinti megoszlás a túcsere programban részt vevő kliensek körében életkor szerinti bontásban 2009-ben (fő)*

Szerípus	< 25 év		25-34 év		> 34 év		Nem ismert		Összesen	
	Szám	Arány	Szám	Arány	Szám	Arány	Szám	Arány	Szám	Arány
Heroin	182	41%	479	59%	153	56%	12	63%	826	53%
Amfetamin	220	49%	261	32%	103	37%	3	16%	587	38%
Kokain	6	1%	6	1%	0	0%	0	0%	12	1%
Egyéb	14	3%	36	4%	7	3%	1	5%	58	4%
Nem ismert	27	6%	34	4%	12	4%	3	16%	76	5%
Összesen	449	100%	816	100%	275	100%	19	100%	1559	100%

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

Az életkori kategóriák tekintetében megfigyelhető, hogy míg a 25 év alatti korcsoportban magasabb az elsődlegesen amfetamint injektálók aránya (49% vs. 41%), 25 és 34 év között, illetve 34 év fölött az elsődlegesen heroint injektáló szerhasználók aránya a legnagyobb.

10. ábra. *Életkor kategóriák szerinti megoszlás a túcsere programban részt vevő kliensek körében az elsődlegesen injektált szer szerinti bontásban 2009-ben (fő)*



Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

A nemek szerinti megoszlást az alábbi két táblázat mutatja be. A nők körében kiemelendő, hogy míg a heroin aránya az első két életkori kategóriában a legmagasabb, 34 év felett a mintába került nők nagyobb százaléka injektál elsődlegesen amfetamint, mint heroint. Az

életkor 3 esetben ismeretlen volt. A 25 év alatti intravénás szerhasználók a tűcsere programokban részt vevő nők 36,6%-át tették ki.

19. táblázat. *Elsődleges injektált szertípus szerinti megoszlás a tűcsere programban részt vevő nők körében életkor szerinti bontásban 2009-ben (fő)*

Szertípus	< 25 év	%	25-34 év	%	> 34 év	%	Összesen	
Heroin	54	32,5%	86	51,8%	23	13,9%	163	49,8%
Amfetamin	49	39,2%	39	31,2%	37	29,6%	125	38,2%
Kokain	3	60,0%	2	40,0%	0	0,0%	5	1,5%
Egyéb	5	31,3%	9	56,3%	2	12,5%	16	4,9%
Nem ismert	10	55,6%	5	27,8%	3	16,7%	18	5,5%
Összesen	121	36,6%	141	42,7%	65	19,6%	327	100%

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

A férfiak esetében a teljes mintára jellemező tendenciák figyelhetőek meg, azaz az életkor emelkedésével párhuzamosan nő az elsődlegesen heroint injektálók aránya. Az életkor 16 esetben ismeretlen volt. A férfiak körében a nőknél tapasztaltaknál alacsonyabb, 27% a 25 év alatti intravénás szerhasználók aránya. Körükben a legjelentősebb az eltérés az elsődleges szer tekintetében: a 25 év alatti férfiak 37,3%-a amfetamint használt elsődlegesen.

20. táblázat. *Elsődleges injektált szertípus szerinti megoszlás a tűcsere programban részt vevő férfiak körében életkor szerinti bontásban 2009-ben (fő)*

Szertípus	< 25 év	%	25-34 év	%	> 34 év	%	Összesen	
Heroin	128	19,7%	393	60,4%	130	20,0%	651	53,7%
Amfetamin	171	37,3%	222	48,4%	66	14,4%	459	37,8%
Kokain	3	42,9%	4	57,1%	0	0%	7	0,6%
Egyéb	9	22%	27	65,9%	5	12,2%	41	3,4%
Nem ismert	17	30,9%	29	52,7%	9	16,4%	55	4,5%
Összesen	328	27,0%	675	55,6%	210	17,3%	1213	100%

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

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

Trendek az országos HIV/HBV/HCV szűrésben részt vevő intravénás szerhasználók körében

2009-ben első alkalommal elemzés készült az Országos Epidemiológiai Központ által szervezett országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vevő intravénás szerhasználók jellemzőire vonatkozóan az elmúlt 4 évre vonatkozóan. A szűrés során az adott években szeptembertől novemberig megjelenő, valaha intravénásan kábítószer fogyasztó kliensekről gyűjtöttek adatokat, évről évre több (2009-ben 20) szolgáltató bevonásával.

A szűrésben megjelent kliensek fertőzőtségi adatait és a kockázati magatartásokra vonatkozó adatokat a 6.1. fejezet mutatja be.

A kezdeti, kísérleti évet követően, melyben 295 fő szűrésére nyílt lehetőség, 2007-ben 555, 2008-ban 578, 2009-ben 675 valaha intravénás szerhasználóról gyűjtöttek adatok a tűcsere szolgáltatók és drogambulanciák a szűrések során.³⁹

³⁹ Az adathiányos esetek és a duplikátumok kiszűrésre kerültek így az elemszámok esetekben eltérhetnek a 6.1. fejezetben közöltektől.

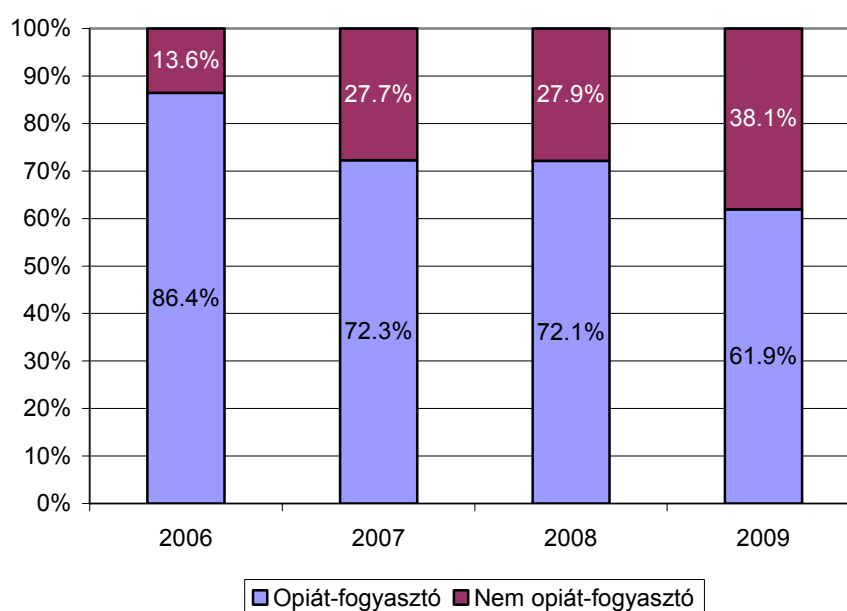
21. táblázat. A szűrésben megjelent intravénás szerhasználók száma nemek szerint 2006-2009 között (fő)

	2006		2007		2008		2009	
Férfi	229	77,6%	417	75,1%	417	72,1%	503	74,5%
Nő	66	22,4%	138	24,9%	161	27,9%	172	25,5%
Összesen	295	100,0%	555	100,0%	578	100,0%	675	100,0%

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ; Nemzeti Drog Fókuszpont

A szűrésben részt vett kliensek körében évről évre csökkent a opiát-fogyasztók aránya, a szertípus és a nemek között nem volt szignifikáns ($p > 0,05$) különbség a különböző években. Az opiát-fogyasztók arányának csökkenése markánsabban jelenik meg a férfiak (2006: 87,8%, 2007: 71,5%. 2008: 69,1%, 2009: 61,8%), mint a nők körében (2006: 81,8%, 2007: 74,6%. 2008: 80,1%, 2009: 62,2%).

11. ábra. A szűrésben megjelent intravénás szerhasználók elsődleges szertípusa, 2006-2009 között (%)

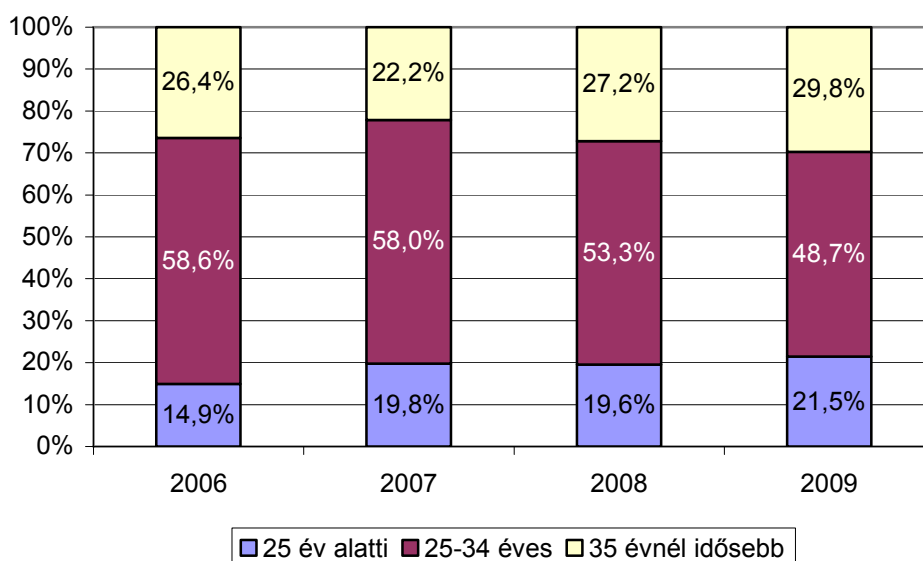


Forrás: Országos Epidemiológiai Központ; Nemzeti Drog Fókuszpont

A négy év adatainak áttekintéséből kiderül, hogy a 25 év alatti szerhasználók aránya a négy év során emelkedett. 2006-ban 14,9% volt a fiatal szerhasználók aránya, mely monoton növekedést mutatott, 2009-ben elérve a 21,5%-ot.

Az életkori kategóriák arányait nemi bontásban áttekintve kitűnik, hogy a nők között magasabb a 25 év alatti intravénás szerhasználók aránya, mely különbség szignifikáns ($p < 0,001$) a négy évet tekintve. A szűrésben részt vevő férfiak körében markánsabban jelenik meg a 25 év alattiak arányának növekedése (2006: 11,4%, 2007: 17,5%. 2008: 18,2%, 2009: 17,7%), mint a nők körében (2006: 27,3%, 2007: 26,8%. 2008: 23%, 2009: 32,6%). A 35 éven felüli intravénás szerhasználók körében kis mértékű, a négy év alatt mintegy 3 százalékpontos növekedés volt tapasztalható, férfiak esetében a 2006-ban mért 27,1%-ról 2009-re 30,6%-ra nőtt, nők esetében a 2006-os 24,2%-os arány 2009-re 27,3%-ra nőtt.

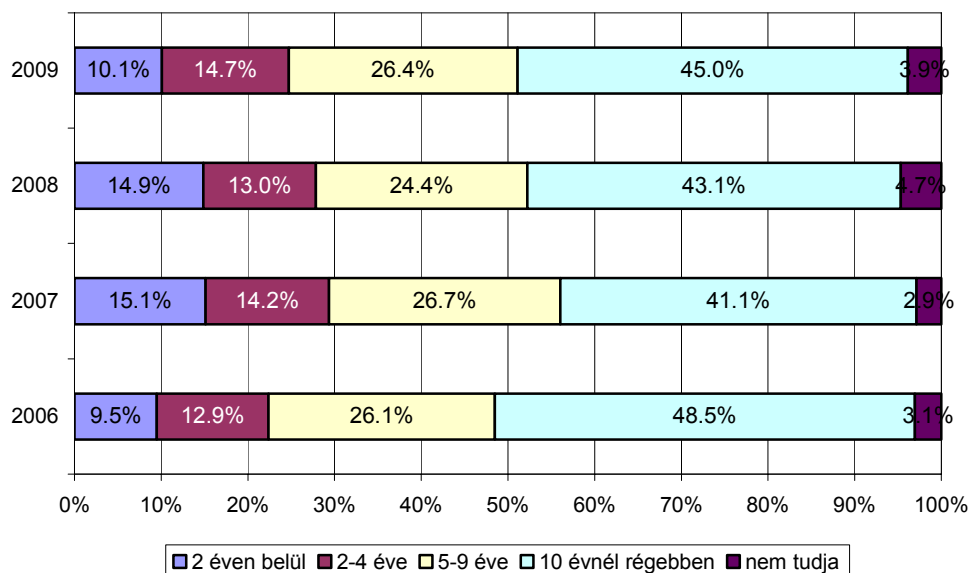
12. ábra. A szűrésben megjelent intravénás szerhasználók korcsoportok szerint 2006-2009 között (%)



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ; Nemzeti Drog Fókuszpont

A szűrés kísérő kérdőívben rákérdeztek az intravénás szerhasználat kezdetére is. A szűrésben részt vevők körében 10-15% körüli azok aránya, akik 2 éven belül kezdtek el intravénásan kábítószer fogyasztani. A 2-4 éve injektlók aránya 13-15% közötti értékekkel stabilnak mondható, csakúgy, mint az 5-9 éve injektlók aránya, akik a kliensek mintegy negyedét teszik ki. Legnagyobb arányban – 41,1% és 48,5% közötti értékekkel – azok a kliensek állnak, akik több mint tíz éve fogyasztanak intravénásan kábítószereket.

13. ábra. Az intravénás szerhasználat kezdete 2006-2009 között (%)

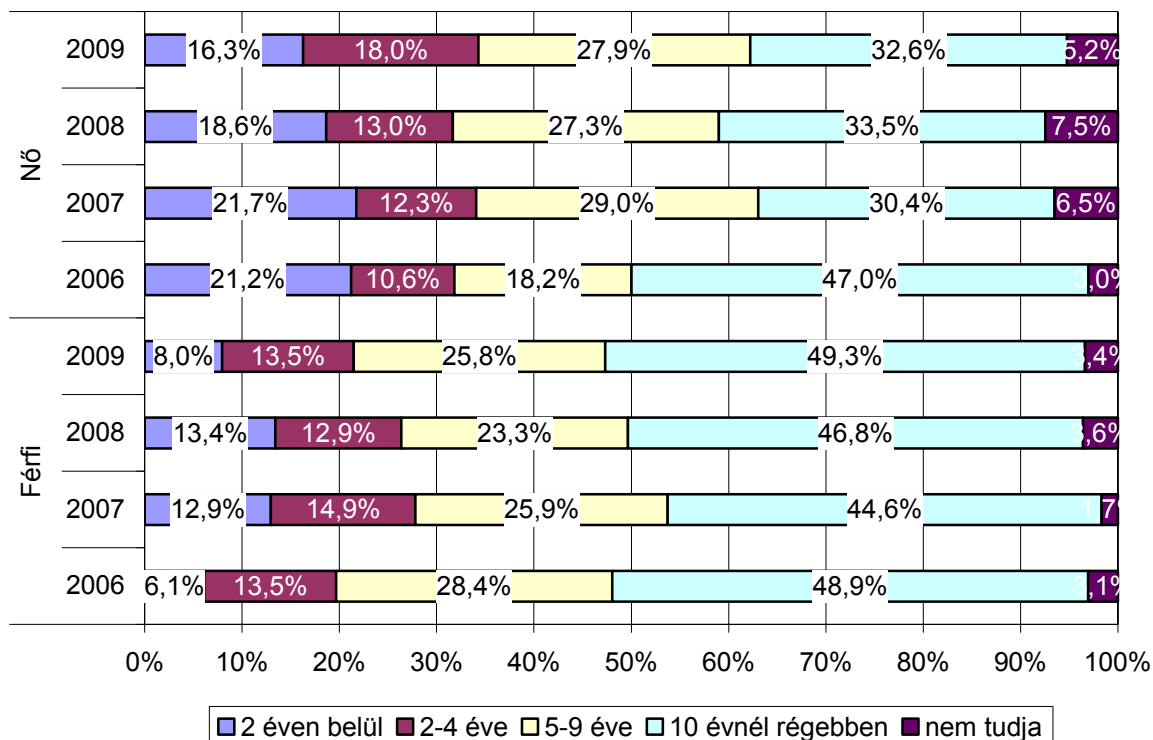


Forrás: Országos Epidemiológiai Központ; Nemzeti Drog Fókuszpont

Míg a férfi kliensek körében egyértelmű tendencia nem látható, a női szerhasználók között évről évre csökken azok aránya, akik 2 éven belül kezdtek el injektlálni. A nemek közötti különbségek minden évben szignifikánsak ($p < 0,05$), a női szerhasználók rövidebb ideje fogyasztottak intravénásan kábítószer. A nők körében 2006-ról 2009-re 4,9 százalékpontot csökkent azok aránya, akik 2 éven belül kezdték az intravénás szerhasználatot. Férfiak

körében a 2006-os alacsony elemszámú első szűrést követően 2007-ről 2009-re szintén 4,9 százalékponttal csökkent, de a tendencia nem egyértelmű.

14. ábra. Az intravénás szerhasználat kezdete nemek szerint 2006-2009 között (%)



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ; Nemzeti Drog Fókuszpont

Egyértelmű összefüggés ($p < 0,001$ minden évben) volt látható a injektáló szerhasználat kezdete és a használt szer között. Az opiát-használók jellemzően jóval hosszabb ideje injektálnak, arányuk 3-7-szer nagyobb az 5-9 éve, és főként a 10 évnél régebb óta injektálók kategóriáiban. Életkorukat tekintve is szignifikáns ($p < 0,001$ minden évben) összefüggés mutatkozik a korcsoportok és az opiát-használat között: a négy évben az opiát-fogyasztók átlagosan 28,3%-a legidősebb, 35 év feletti kategóriába tartozott, szemben az amfetamin-fogyasztók 19,3%-os átlagával.

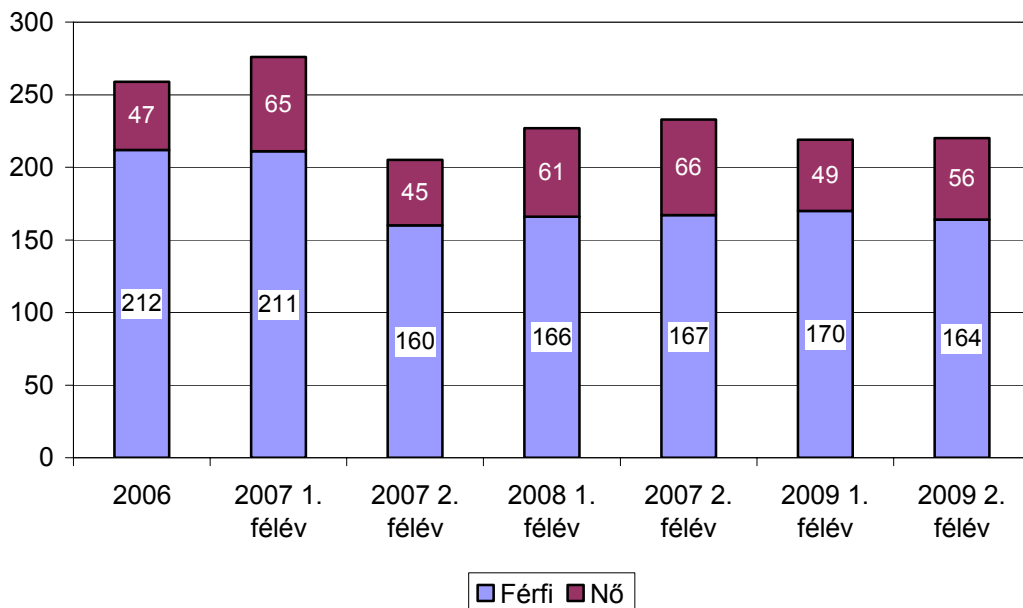
Lokális tüssere kliens adatok

Kliens adatok a Kék Pont Alapítvány Kálvária téri tüssere programjában

A budapesti VIII. kerületben található Kék Pont Alapítvány Kálvária téri tüssere programja klienseinek szocio-demográfiai adatait Csák és Gyékiss (2010) tanulmánya mutatja be.⁴⁰ A 2006-tól működő szolgáltatónál 4 év alatt 1639 kliens regisztrált, közülük 1250 fő (76,3%) férfi, 389 (23,7%) nő volt. Bár nem mutatkozik szignifikáns összefüggés ($p = 0,154$), a női kliensek számában némi emelkedés tapasztalható.

⁴⁰A kutatás által vizsgált adatok egy része lefedi a fejezetben korábban bemutatott országos tüssere program kliensköri adatainak egy részét, hiszen ott az egyik jelentő szolgáltatónál a Kék Pont Alapítvány Kálvária téri tüssere programja, azonban ott csak a 2009. évre vonatkozó adatai szerepelnek. Azért kerülnek azonban külön bemutatásra a szolgáltató 4 éves kliensköri adatai is, mert 2009-ben több beavatkozás/ intézkedés is történt az említett szolgáltatónál megfigyelt kliensszám emelkedés és egyéb társuló problémák (magas HCV fertőzöttség) kialakulása végett. Erről további adat a 6.1, 7.1 és 7.2. fejezetekben olvasható.

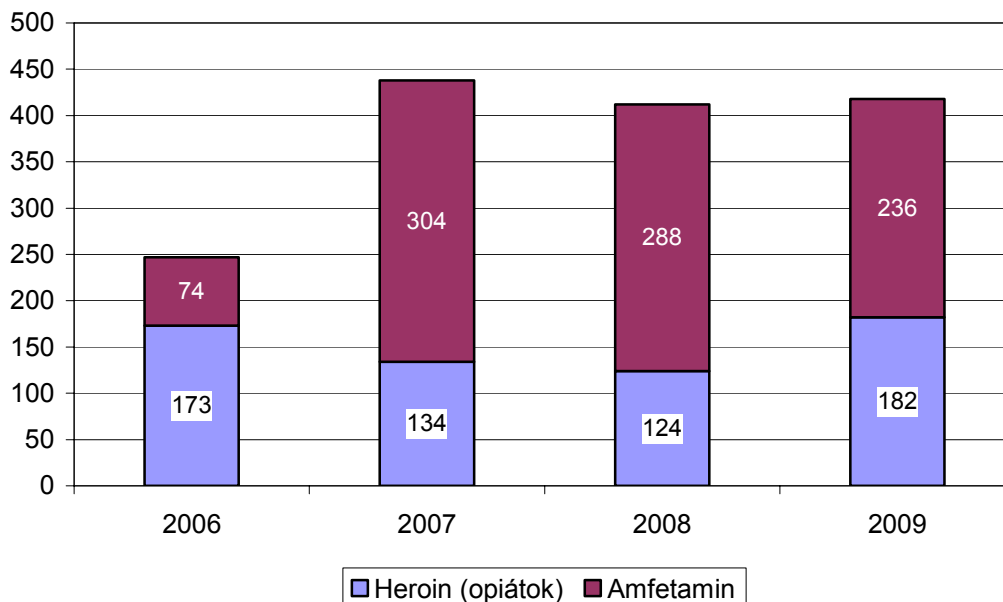
15. ábra. Az újonnan regisztrált kliensek száma féléves bontásban 2006-2009 között nemek szerinti bontásban, N=1639 (fő)



Forrás: Csák és Gyékiss 2010

1515 regisztrált kliens esetében ismert az elsődleges szer, 902 fő (59,5%) esetében amfetamint, 613 fő (40,5%) esetében valamely opiátot, jellemzően heroint regisztráltak. Bár létszámukat tekintve az amfetamin használók vannak többen, szignifikánsan ($p < 0,001$) nőtt a heroin-használók aránya az utóbbi négy évben.

16. ábra. Az elsődleges szer szerinti megoszlás a regisztrált kliensek körében 2006-2009 között (N=1515) (fő)

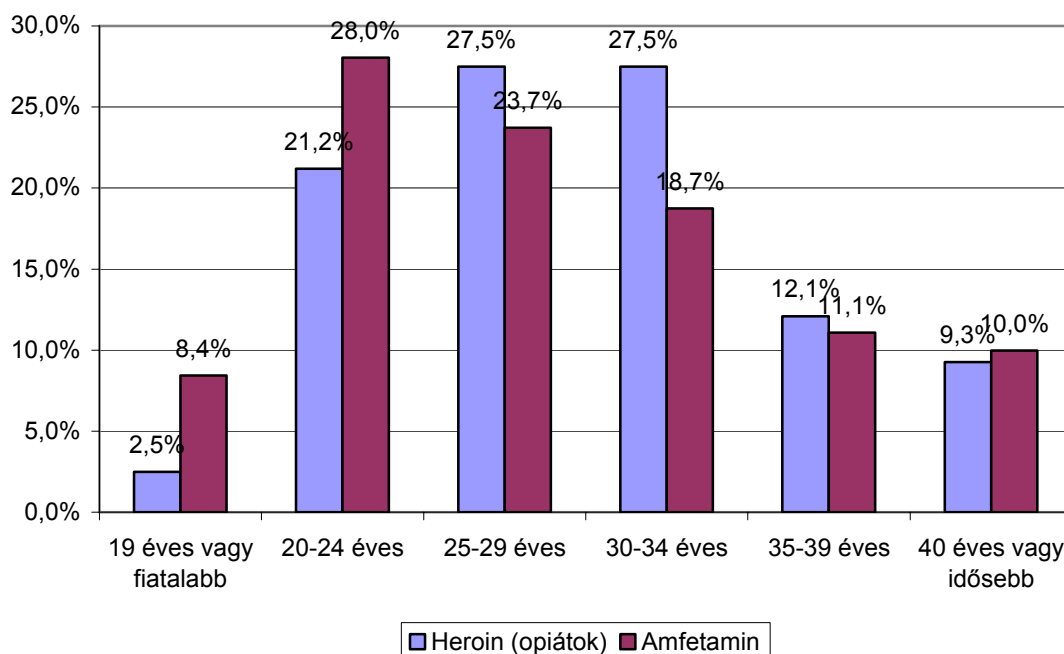


Forrás: Csák és Gyékiss 2010

A négy év során 1506 kliens esetében vált ismertté az elsődleges szer és a korkategória összefüggése. A 24 évesnél, és különösen a 19 évesnél fiatalabb kliensek körében gyakoribb az amfetamin-fogyasztás; a 30 év felettek körében markánsabban jelenik meg a

heroin-fogyasztás. Az elmúlt évek idősoros adatainak áttekintéséből kitűnik az opiát-fogyasztók számának emelkedése a magasabb életkori kategóriákban, miközben az adott évben regisztrált amfetamin-fogyasztók mintegy negyede (2007: 29%, 2008:26%, 2009:19%) a 19 éves kornál fiatalabbak kategóriájába tartozott.

17. ábra. A korkategóriák aránya elsődleges szer szerint a 2006 és 2009 között regisztrált kliensek körében, N=1506 (fő)



Forrás: Csák és Gyékiss 2010

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

Nincs új információ.

Következtetések

Előrelépések történtek a hazai kábítószeres adatgyűjtésben az elmúlt években: a képzési algoritmusát tekintve állandó, mégis anonim generált kód alkalmazása lehetővé tette a különböző – rendőrségi, kezelési, DRID szűrések, halálozás adatgyűjtés – adatbázisok összekapcsolását, melynek segítségével a problémás kábítószer-fogyasztók megjelenései nyomon követhetőek a különböző rendszerekben. Az adatbázisok generált kód mentén történt összekapcsolása eredményeként 2010-ben becslések készültek a problémás kábítószer-fogyasztói csoportok nagyságának meghatározására.

Az alkalmazott definíciók megegyeznek az EMCDDA definícióval, azaz heroin, kokain és amfetamin fogyasztás legalább egy alkalommal történt előfordulását vizsgálták, az alacsony elemszámok miatt két évre vonatkozó periódusban. A pontbecslés értékek alapján a heroinhasználók számát 2007 és 2008 években együttesen 3130 főre tették. Ugyanebben a két évben az amfetamin-fogyasztók száma 27323 fő volt, a kokain-fogyasztók száma pedig 5592 volt a pontbecsléseket tekintve. A három különböző szerre tett becslés közül a kokainhasználat prevalenciájára vonatkozó becslés megbízhatósága alacsony, főként a 30 év alattiak csoportjaiban, ahol a becslés során alkalmazott két adatbázis metszete kevés elemet tartalmazott. A kokain-fogyasztás prevalenciája a konzervatív becslés szerint is kétszerese a heroin fogyasztás prevalenciájának, ami – összhangban a lefoglalások és a letartóztatások

számának emelkedésével – igazolja a kokain-fogyasztás elterjedtségének növekedését. A szerhasználói csoportok nagysága a korábbi prevalencia becslés (Elekes és Nyírády 2006) eredményeivel nem összehasonlítható az eltérő eset-definíciók miatt.

Az intravénás kábítószer-fogyasztók számának megbecslésére a fertőző betegségekre irányuló szűrőprogramok adatbázisait használták fel. Kétéves periódusokra két becslés készült, 2007 és 2008 évekre együttesen 5175 fő, 2008 és 2009 évekre együttesen 4679 fő intravénás droghasználót feltételeznek a pontbecslések. A két becslés rendkívül érzékenynek bizonyult az évről évre ismételten megjelenő, a szűrőprogramokban tudatosan megjelenő droghasználók létszámára az érzékenységvizsgálat alapján. A becslési értékek azon a szakértői becslésen alapultak, hogy az ismételten megjelenő kliensek háromnegyede tudatosan jelent meg újra a következő évben is a szűrésben, de ezen érték területi különbségeit feltárni nem volt lehetséges.

Az intravénás szerhasználók körében végzett adatgyűjtések, így a túcsere programok kliens adatai és a fertőző betegségekre irányuló évenkénti szűrőprogramok alapján az intravénás szerhasználók körében az opiát-fogyasztók aránya összességében magasabb, mint az amfetamin-fogyasztóké. A túcsere programokban részt vevők 5:4 arányban jellemzően inkább valamilyen opiátot fogyasztottak, mely mindkét nemre érvényes, de a tendencia monoton csökkenő, ami mutatja az opiátról az amfetaminra történő lassú átrendeződést. A fertőző betegségekre irányuló szűrésekben az opiát-fogyasztók aránya csökkenő tendenciát mutat, a kezdeti 7:3-ról 6:4-re csökkent. Mindkét adatgyűjtés megerősíti az amfetamin-fogyasztás emelkedését a 25 év alatti korcsoportokban, mindkét nem körében.

A 25 év alattiak aránya a túcsere programokban országosan a nők körében 36,6%, a férfiak körében 27%. A szűrési adatok ennél valamivel alacsonyabb részesedést mutatnak, de a tendencia egyértelmű: a 25 év alattiak aránya a négy év alatt 14,9%-ról 21,5%-ra nőtt. Az intravénás szerhasználat kezdetét a szűrésekben részt vevők körében kérdezték. A férfiak körében 10% körüli azok aránya, akik két éven belül kezdtek el kábítószerrel injektálni, a nők körében ez az arány magas, de csökkenő: 21,2%-ról 16,3%-ra csökkent a négy év alatt.

A kezelésen kívüli – csak túcsere programban vagy szűrésben részt vevő – kliensek adatai azt mutatják, hogy az újonnan belépő intravénás kábítószer-fogyasztók körében inkább az amfetamin-fogyasztás a jellemző és magas a 25 év alattiak aránya. Az opiát-fogyasztás aránya csökken, az injektálók jellemzően hosszú ideje (5-9 év vagy 10 évnél régebben) injektálnak és az idősebb korcsoportokba (25-35 év, 35 év felett) tartoznak. A nők körében együttesen magasabb a 25 év alattiak aránya és a 2 éven belül injektálni kezdők aránya, ami a nők körében egy korábbi – főként amfetamin-használathoz köthető – fokozottabb belépést mutat.

Bár a 2 éven belül injektálást kezdők aránya csökken; a 25 év alattiak magas és növekvő aránya mindkét adatbázisban növekvő terheket jelez előre az egészségügyi ellátórendszer számára.

5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE: KEZELÉSI IGÉNY ÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉG⁴¹

Háttér, előzmények

A 2009-es évben az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szóló 76/2004. (VIII.19.) ESzCsM-rendelet 1211/06 számú jelentéséhez kapcsolódó ún. „OSAP” adatgyűjtés papír-alapú adatgyűjtésről on-line adatgyűjtésre változott, valamint megváltozott az adatgyűjtést végző szervezeti egység is. Az átállás következtében az adatgyűjtés minőségbiztosítási rendszere megváltozott, a szolgáltatói kapcsolattartási, egyeztetési folyamatok megszűntek. A fentiek miatt a végleges, valid adatfájl a jelentés írás idejére nem készült el, ezért a 2009-es évben kezelésben lévők (ún. kezelési prevalencia adatok) adatainak elemzésétől eltekintettünk.

5.1. SZAKPOLITIKA

Az addiktológiai szakterület módszertani és szakmai fejlődése vonatkozásában nagy jelentőségű, hogy 2008 decemberében elkészült a szakmai kollégiumokról szóló 52/2008. (XII.31.) EüM-rendelet, melynek eredményeképpen 2009 áprilisában megkezdte működését az Addiktológiai Szakmai Kollégium. A Kollégium többek között javaslatot fogalmazott meg az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges személyi és tárgyi feltételekről, az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X.20.) ESzCsM-rendelet módosításával kapcsolatban is.

Az Egészségügyi Minisztérium által koordinált széleskörű szakmai és társadalmi egyeztetést követően, 2009 áprilisában a tárca vezetése elfogadta a Lelki Egészség Országos Programot (LEGOP), mely a pszichiátriai ellátás hosszú távú fejlesztési programjának tekinthető.

2009-ben, a Szociális és Munkaügyi Minisztérium koordinációja mellett, a kábítószer-probléma kezelésében hatáskörrel rendelkező tárcák és országos hatáskörű intézmények aktív részvételével elkészült az új Nemzeti Drogstratégia (2010-2018). Az új stratégia az ártalomcsökkentés, a kezelés, ellátás és a reszocializáció, reintegráció egyes területein hosszú távú célokat fogalmaz meg a kapacitás és lefedettség fejlesztése, a szolgáltatási spektrum fejlesztése, a speciális igényű csoportok számára speciális programok létrehozása, a korai kezelésbevitel elősegítése, a szakemberhiány enyhítése az egészségügyi és szociális szolgáltatók közti együttműködés hatékonyabbá tétele és a szakmai minőségbiztosítás fejlesztése érdekében.

2009. december 29-én kihirdetésre került az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2009. évi CLIV. törvény (az ún. „saláta-törvény”), mely érinti az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvényt (továbbiakban Eftv.) is, valamint a Kormány 2009. december 23-i ülésén hagyta jóvá az Eftv. végrehajtási rendeletének (vhr.), a 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet módosításáról szóló előterjesztés tervezetét. Az Eftv.-t és vhr.-jét érintő módosítások eredményeként rugalmasabbá válik a kapacitás-struktúra módosításának szabályozása. Az új rendelkezés célja, hogy a meglévő szabályozások mellett elősegítse az aktív és rehabilitációs, illetve járóbeteg pszichiátriai kapacitás-struktúra területi egyenlőtlenségeinek javítását és a fejlesztési célok hatékony megvalósítását, az intézményi struktúra korszerűsítését.

⁴¹ A fejezet szerzői: Egészségügyi Minisztérium, Horváth Gergely, Koós Tamás, Péterfi Anna

2009-ben kezdetét vette a pszichiátriai és pszichoterápiás rehabilitációs fekvőbeteg-szakellátás finanszírozásának áttekintése. Cél a rehabilitációs minősítések (amelyek a finanszírozási szorzót határozzák meg) objektív kritériumainak meghatározása⁴². A Pszichiátriai Szakmai Kollégium időközben elkészítette javaslatát a pszichiátriai és pszichoterápiás rehabilitáció minősítési kritériumaira vonatkozóan, ennek értékelése és a hatásvizsgálat készítése jelenleg is folyamatban van.

Humánerőforrás-fejlesztési programok

A terület működését régóta megnehezítő szakemberhiány leküzdésére 2009-ben kiemelt hangsúlyt fektetett az egészségügyi tárca. A humánerőforrás pótlása érdekében mind a TÁMOP 6.2.2 „Képzési programok az egészségügyben foglalkoztatottak számára, hiányszakmák képzése” című pályázatban, mind a TÁMOP 6.2.4 „Foglalkoztatás támogatása” című pályázatban nevesítésre került a pszichiátriai szakterület. Eddig a TÁMOP 6.2.4. pályázaton 39 nyertes pályázó összesen 1,445 milliárd forint támogatást kapott, az eddigi tervezett foglalkoztatotti létszám 253 fő, köztük gyermek-, és ifjúsági pszichiáterek és szakpszichológusok is vannak.

A szakember-képzéshez kapcsolódóan elkészült, és a Magyar Közlöny 2009. június 12-i 79. számában kihirdetésre került az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről szóló 122/2009. (VI. 12.) Korm. rendelet, mely kiegészítő támogatást biztosít a hiányterületen elhelyezkedő szakemberek számára. A rezidensképzésről szóló rendelet kimondja, hogy 2010-től, aki hiányszakmát választ, az többlétszámú támogatásban részesül. Tekintve, hogy pszichiátria hiányszakmának minősül, így ezt a szakterületet választó rezidens ez évtől plusz támogatásban részesül, melynek összege havi bruttó 64.750 Ft.

Egyéb fejlesztési programok

A Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program (TIOP) keretében a fekvőbeteg szakellátást végző intézmények struktúraváltoztatásának elősegítésére, infrastruktúra fejlesztésére pályázhatnak a hat konvergencia régióban. A fejlesztési források elősegíthetik az aktív és krónikus típusú pszichiátriai és korai rehabilitációs ellátások fejlesztését, integrációját, eszközparkjának korszerűsítését.

A Regionális Operatív Program (ROP) keretében a központi régió kivételével az intézmények, illetve fenntartóik az egészségügyi rehabilitációs fekvőbeteg szakellátó és a fekvőhöz integrált járóbeteg ellátó intézményrendszerének, illetve a pszichiátriai/addiktológiai gondozó hálózat fejlesztésére pályázhatnak. A konstrukció célja a szükségletekhez igazodó, a progresszivitási szintnek megfelelő orvosi rehabilitációs ellátások, beleértve a pszichiátriai, illetve addiktológiai gondozás fejlesztése.

5.2. ELLÁTÓRENDSZEREK

Az ellátórendszer felépítése és minőségbiztosítása

2009-ben, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal bevonásával felülvizsgálatra került a kábítószer-függőséget gyógyító kezelést, kábítószer-használatot kezelő más ellátást vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatók listája. A felülvizsgált ún. elterelés-lista az Egészségügyi Közlöny 19. számában kerül kihirdetésre.

⁴² a nem pszichiátriai rehabilitáció minősítési kritériumai hosszas egyeztetést követően a 2009. év végén már kihirdetésre kerültek

2009-ben az Addiktológiai Szakmai Kollégium és az OAC együttműködve felülvizsgálta és módosította az opiát-használattal kapcsolatos problémák és betegségek kezeléséről szóló szakmai protokollt, mely az Egészségügyi Közlöny 2010. évi 7. számában (2010. március 25.) került kihirdetésre. A metadon kezelésről szóló módszertani levél, az amfetamin-használattal összefüggő kórképek kezeléséről és a kannabisz-használattal kapcsolatos zavarokról szóló szakmai protokollok 2011. december 31-ig meghosszabbításra kerültek.

A Szociális és Munkaügyi Minisztérium által az Egészségügyi Minisztérium számára átadott 35 millió forint előirányzat⁴³ lehetővé tette, hogy számos fontos határterületen fejlesztési programok indulhassanak el, innovatív módszerek alkalmazásával, figyelembe véve a jó nemzetközi gyakorlatokat és a magyarországi megvalósítás lehetőségeit, fejlődési irányait⁴⁴. A programok legfontosabb célja az volt, hogy az egészségügyi struktúrák szerepét, helyét megerősítsék, ill. kijelöljék az illegális szerfogyasztás megelőzésében, az illegális szerfogyasztással kapcsolatos problémák kezelésében – különös tekintettel a korai felismerésre, a helyi együttműködésre, az egészségügyi ellátók szerepére a helyi szakmai kontextusokban és hatékonyságuk növelésére.

Az OAC által az illegális szerfogyasztás kezeléséhez és korai kezelésbe vételéhez kapcsolódóan 2008-ban előkészített fejlesztési programok megvalósítására érdemben 2009-ben került sor.

A „Hátrányos helyzetű, munkanélküli, magas szerfogyasztási kockázatú (intenzifikált szerhasználó) vagy súlyos, problémás szerhasználó fiatalok és fiatal felnőtt korúak korai kezelésbe-vételi és re-integrációs, relapszus-prevenációs támogató programjai az egészségügyi és munkaügyi ellátórendszer szoros együttműködésével” elnevezésű projekt keretében megtörtént a Zala és Tolna megyei munkaügyi központok személyzetének felkészítése a szerfogyasztási problémákkal küzdő ügyfelek azonosítására és segítő szolgáltatásban való részvételük elősegítésére, az arra irányuló motivációra. Másrészt pedig a helyben tevékenykedő pszichiátriai és addiktológiai szolgáltatók és a szenvedélybetegekkel is foglalkozó szociális szolgáltatók bevonásra kerültek a korai kezelésbe vételi tevékenységbe, a rászoruló ügyfelek gondozásába. Az egészségügyi és szociális ellátók oldalán megjelenő kedvező tapasztalatok hozzájárulhatnak a kliensszám növeléséhez, a korai kezelésbe vétel gyakorlatának terjedéséhez.

Elkészült a „Szenvedélybeteg terhesek, veszélyeztetett újszülöttek, kisgyermek gondozási és megelőzési programjai” c. kiadvány⁴⁵.

Elkészült az addiktológiai egészségügyi ellátórendszer résztvevői számára az ún. minőségügyi képzés dokumentációja. Kialakításra került egy ellátás-értékelési minőségi indikátor-rendszer, amely alapjául szolgál a szakmai protokollokra támaszkodva történő ellátás-értékelésnek, szakmai felügyeletnek.

„A kábítószer-probléma kezeléséhez szükséges képzések megszervezése és megtartása” elnevezésű program keretében minőségbiztosítási szakember bevonásával elkészült és képzés keretében leadásra került egy korszerű képzési szakmai anyag, melynek célja az addiktológiai ellátás minőségügyi rendszerének bevezetését támogató ismeretek átadása, különösen a kiválasztott területeken az ellátásokat leíró indikátor-rendszerek létrehozását végző szakértők számára. A képzési anyag a minőségügyi egységes felkészítő képzéshez felhasználható volt a szakértők egységes szemléletének kialakításához.

A TÁMOP 5.4.1 kiemelt projekt kábítószer-problémát érintő pillérjében az illegális szerfogyasztás megelőzését, kezelési rendszereinek fejlesztését célzó elem 2009–2011-ben valósul meg. Az első időszakban (2009–2011) olyan indikátor-rendszer kialakítása és

⁴³ Forrás: Részlet az Egészségügyi Minisztérium összefoglalójából a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1094/2007. (XII.5.) Korm. határozatban szereplő feladatok megvalósulásáról - Egészségügyi Minisztérium, 2009. december

⁴⁴ A programok 2009 júniusában fejeződtek be.

⁴⁵ Bővebben a 7.3-as fejezetben.

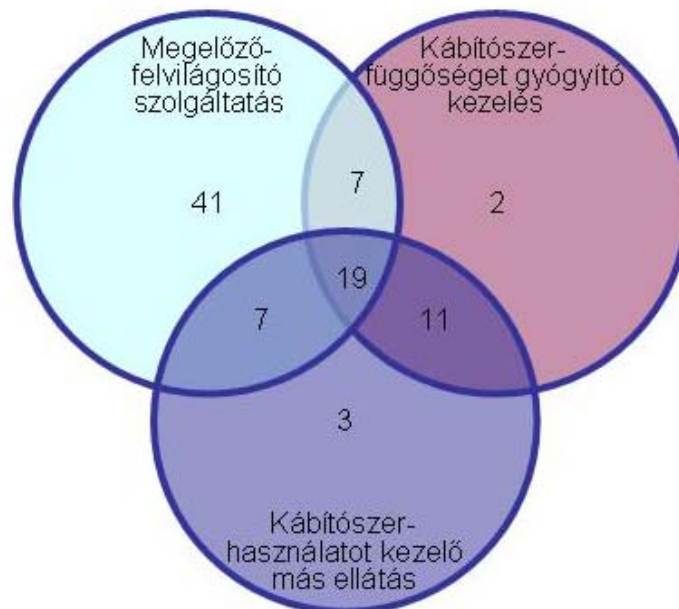
tesztelése a cél, amely képes leírni a helyi szinten jelentkező szükségleteket, valamint ennek fényében értékelni a jelenleg létező ellátórendszer szükségletekhez történő illeszkedését.

Az elterelés hatásosságának megítélése

2009-ben percepció-kutatás készült az elterelés eredményességéről (Vitrai et al. 2009)⁴⁶. E keresztmetszeti vizsgálatban az elterelést végző intézmények/szervezetek vezetői, az elterelést végző szakemberek és az elterelésben részt vevő kliensek véleménye alapján határozták meg a szolgáltatások eredményességét.

A vizsgálat során országosan 94 olyan szervezetet sikerült azonosítani, akik a megkeresés idején is végeztek elterelést. Ezen szervezetek megoszlása alapján láthatjuk, hogy többségük (74 szervezet) megelőző-felvilágosító szolgáltatást végez – kizárólag, vagy kombinálva az elterelés két egészségügyi ellátásként definiált típusával. Mindössze 15 olyan szolgáltató volt azonosítható, aki kifejezetten csak egészségügyi szolgáltatást nyújt az elterelés kapcsán⁴⁷.

18. ábra. Szervezetek megoszlása a nyújtott szolgáltatások szerint (szervezet) (N=90)



Forrás: Vitrai et al. 2009

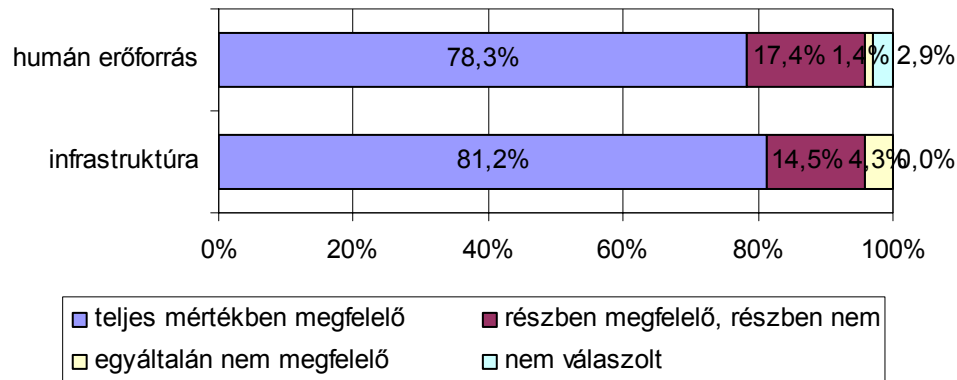
Az intézményi háttérrel kapcsolatban vizsgált egyik kérdés a kutatásban a működési feltételek megfelelősége volt. A szervezet-/intézményvezetők jelentős többsége

⁴⁶ A kutatást az Egészségmonitor Kft. végezte a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatásával (pályázati azonosító: KAB-KT-M-08-02). A kutatás három szintjét (1) az elterelést végző szervezetek, (2) az elterelést végző szakemberek és intézményvezetők valamint (3) az elterelésben részt vevő kliensek alkották. A kutatás előkészítése során különböző adatbázisok áttekintésével állították össze az elterelést végző szervezetek listáját, melyet egy telefonos megkereséssel validáltak. Az adatbázisok áttekintésével azonosított 213 szervezetből a telefonos megkeresés során 94 szervezetet sikerült elérni, akik a megkeresés idején is végeztek elterelést. Esetükben megtörtént egy intézményi adatlap felvétele. A kutatás ezt követő 4 részének mintavétele az így azonosított szervezetlista segítségével történt. A kutatás ezt követő részei: (1) mélyinterjú készítése 10 elterelést végző intézmény/szervezet vezetőjével, 10 elterelést végző szakemberrel és 10 elterelésben részt vevő klienssel, (2) 69 intézmény-/ szolgáltatásvezető kérdőíves lekérdezése, (3) 149 elterelést végző szakember kérdőíves lekérdezése, (4) 302 elterelésben részt vevő kliens kérdőíves lekérdezése.

⁴⁷ Kábítószer-függőséget gyógyító kezelést és kábítószer-használatot kezelő más ellátást, bármely, addiktológiai ellátásra jogosult szolgáltató végezhet, tehát nem kizárólag ez a 15 szolgáltató jogosult ezen szolgáltatások elvégzésére. 4 szolgáltató tevékenységéről nincs adat.

megfelelőnek ítélte a szolgáltató rendelkezésére álló humán erőforrást (78%), valamint az infrastrukturális adottságokat (81%). A humán erőforrás mértékét mindössze a válaszadók 1,4%-a ítélte úgy, hogy egyáltalán nem megfelelő, az infrastrukturális adottságok esetében ez az arány 4,3% volt.

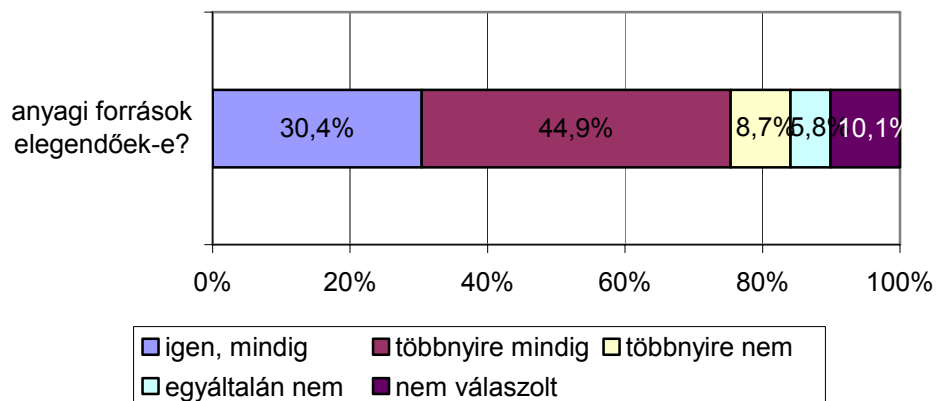
19. ábra. Működési feltételek megítélése a szervezet-/intézményvezetők válaszai alapján – humán erőforrás és infrastruktúra (%) (N=69)



Forrás: Vitrai et al. 2009

Az anyagi erőforrások tekintetében kevésbé kedvező a kép: a válaszadók 5,8%-a szerint egyáltalán nem elegendők az anyagi források, és további 8,7% szerint többnyire nem elegendők. A válaszadók nagy többsége, 75,3% azonban itt is kedvezőnek – mindig vagy többnyire mindig elegendőnek – ítélte a feltételeket.

20. ábra. Működési feltételek megítélése a szervezet-/intézményvezetők válaszai alapján – anyagi források (%) (N=69)



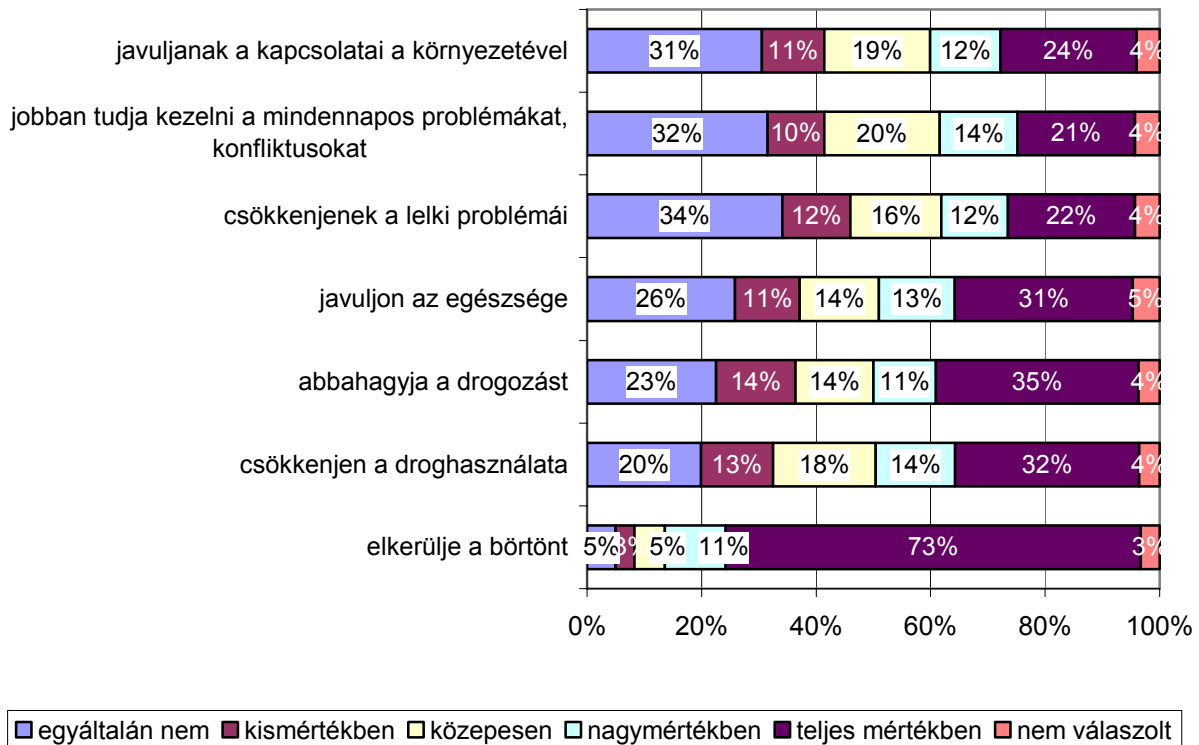
Forrás: Vitrai et al. 2009

A beavatkozáshoz fűződő elvárások természetesen eltérhetnek a különböző szereplők esetében. A kutatás, éppen ezért, három szempontból is megkísérelte bemutatni az elvárásokat: a szervezet-/intézményvezetők, az elterelést végző szakemberek és az elterelésben részt vevő kliensek oldaláról.

A vizsgálatban részt vevő kliensek 17%-a (50 fő) kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, 24%-a (73 fő) kábítószer-használatot kezelő egyéb ellátásban, 55% (166 fő) pedig megelőző-felvilágosító szolgáltatásban vett részt a lekérdezés pillanatában. A kliensek többségének az elvárásai az elterelés eredményességével kapcsolatban egyedül a börtön elkerülésében egyeztek, 73%-uk ítélte ezt teljes mértékben fontosnak, 11% nagy mértékben fontosnak. Viszonylag nagy konszenzus mutatkozott a kábítószer-használat abbahagyása és

csökkentése terén, mely elvárásokat a válaszadók 46-46%-a ítélte teljes mértékben vagy nagyon fontosnak.

21. ábra. A kliensek elvárásai az elterelés eredményével kapcsolatban (%) (N=302)



Forrás: Vitrai et al. 2009

Az eredményesség legfontosabb kritériumaként⁴⁸ minden elterelés típus esetén a fogyasztás csökkentését vagy a szermentességet jelölték meg a szervezet-/intézményvezetők és az elterelést végző szakemberek egyaránt. A második és harmadik legfontosabb kritériumok esetében kevésbé egységes képet mutattak a megkérdezett két minta elvárásai.

22. táblázat. Az eredményesség legfontosabb kritériumai a szervezet-/intézményvezetők valamint az elterelésben dolgozó szakemberek megítélése alapján

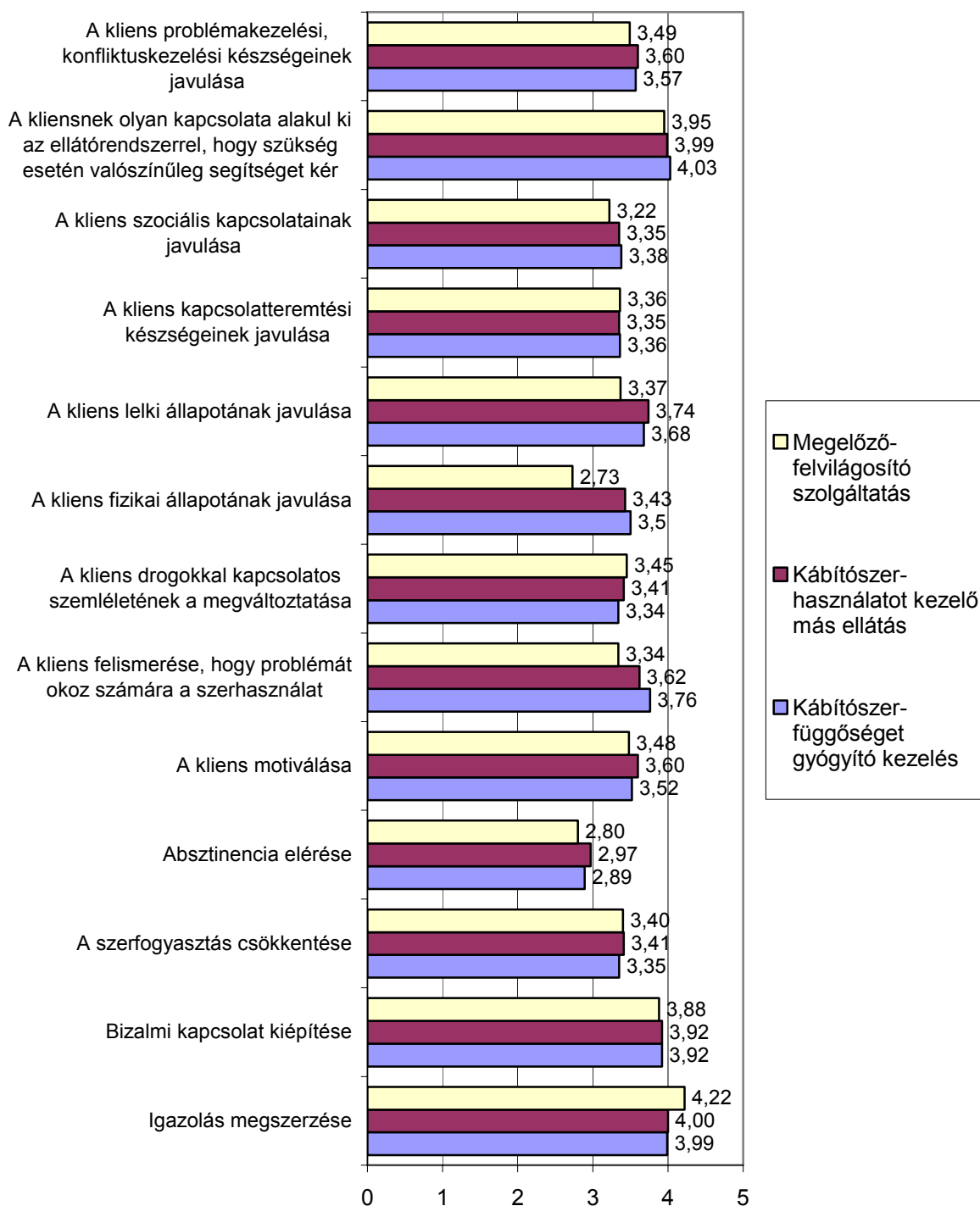
	Kábítószer-függőséget gyógyító kezelés	Kábítószer-használatot kezelő más ellátás	Megelőző-felvilágosító szolgáltatás
Szervezet-/intézményvezetők (N=69)	1. Fogyasztás csökkentése/ megszüntetése 2. reintegráció/ reszocializáció	1. Fogyasztás csökkentése/ megszüntetése 2. reintegráció/ reszocializáció	1. Fogyasztás csökkentése/ megszüntetése 2. pozitív változások a kliens életében 3. igazolás kiadása
Elterelésben részt vevő szakemberek (N=149)	1. absztinencia elérése 2. motiváció felkeltése 3. a kliens szemléletének változása	1. absztinencia elérése 2. motiváció felkeltése 3. szerhasználat csökkentése	1. absztinencia elérése 2. a kliens szemléletének változása 3. tartós bizalmi kapcsolat kialakulása a kliens és az ellátóhely között

Forrás: Vitrai et al. 2009

⁴⁸ A válaszok összehasonlítását megnehezíti, hogy míg a szervezet-/intézményvezetők esetében a kritériumokat egy zárt kérdés előre megadott válaszlehetőségei közül választhatták ki, addig az elterelést végző szakembereknek nyitott kérdést tettek fel.

A megkérdezett 149 elterelést végző szakember az elterelés által kitűzött célok közül az igazolás megszerzését ítélte a leginkább teljesített célnak az elterelés mindhárom típusa esetében. Megítélésük szerint legkevésbé elért célnak az absztinencia elérése mutatkozott az elterelés egészségügyi ellátásként definiált típusainál, míg a megelőző-felvilágosító szolgáltatás esetében a kliens fizikai állapotának javítását ítélték meg a legkevésbé eredményesnek.

22. ábra. Az elterelés céljainak elérése az elterelést végző szakemberek megítélése szerint (1= egyáltalán nem, 5=teljes mértékben) (N=149)



Forrás: Vitrai et al. 2009

A szervezet- és intézményvezetők az elterelés befejezésével a szolgáltató által kiadható igazolás megszerzésének arányát az összes, a szolgáltatásuknál kezelésbe lépő kliens esetében átlagosan 63,1%-ra becsülték a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés esetében, 73,9%-ra a kábítószer-használatot kezelő más ellátás és 82,5%-ra a megelőző-felvilágosító szolgáltatás esetében.

Buprenorfin-nalaxon fenntartó kezelés hatékonyságvizsgálata

Demetrovics és munkatársai által a Suboxone hazai bevezetését követően készített kutatás⁴⁹ (Demetrovics et al. 2009) célja a szer alkalmazásának monitorozása, hatékonyságának elemzése volt. A vizsgálati mintát 80, 2007 novembere és 2008 márciusa között Suboxone (buprenorfin-naloxon) fenntartó kezelésbe lépő kliens alkotta. A kezelésbe lépéstől számított 6 hónapon belül 4 alkalommal került sor adatfelvételre.

A vizsgálat eredményei alapján az összesen kezelésbe vont 80 heroin-függő személy közel negyede (18 fő; 22,5%) egy hónapon belül (többségük, 12 fő – 15% – egy héten belül) esett ki a kezelésből, illetve tért át metadon szubsztitúcióra. Ezt követően azonban csökkent a kiesések száma. A hat hónapos vizsgálati periódust 32 fő (40%) fejezte be. A kezelés első hónapja során valamennyi vizsgált pszichológiai és viselkedési dimenzióban szignifikáns pozitív irányú változás volt tapasztalható, ami a későbbiek során is fennmaradt.

A Suboxone-nal szerzett kezdeti tapasztalatok alapján – a szerzők megállapítása szerint – a gyógyszer jól tolerálható, és opiát-függők szubsztitúciós terápiájában sikeresen alkalmazható. A kezelés kritikus időszakának az első egy-két hét tűnik; a kiesések aránya ebben az időszakban magas, a sikeres átállást követően azonban várható a hosszú távú kezelésben maradás.

Kezelési paletta és hozzáférhetőség

Járóbeteg-ellátás

2009-ben a járóbeteg-ellátásban a fix díjazásból és teljesítmény-finanszírozásból összeadódó finanszírozás maradt érvényben, ami továbbra is kedvezőtlen feltételeket teremtett az egészségügyi szolgáltatók számára, hiszen a betegek motivációjának és együttműködésének befolyásolására csak korlátozott lehetőségek állnak rendelkezésre.

A 2009-es évről meglehetősen kevés finanszírozási adat áll rendelkezésre, de a 2009. évi harmadik negyedéves adatok az esetszám, a beavatkozások száma és a pontértékek további csökkenését jelzik⁵⁰. Tekintettel azonban arra, hogy a járóbeteg-ellátásban a teljesítmény-volumenkorlát intézményi szinten kerül meghatározásra, nem biztos, hogy a jelenség intézményi szinten is tetten érhető.

Az eltereléshez kapcsolódóan több megyében, megyeszékhelyen továbbra is nehézséget okoz, az adekvát egészségügyi szolgáltató (pl. drogambulancia), illetve a megfelelő szakértelem (tudás, tapasztalat, attitűd) hiánya. Az addiktológia/pszichiátria területére

⁴⁹A vizsgálatban három budapesti és három vidéki drogambulancia vett részt. Ezeken a kezelőhelyeken valamennyi, 2007 novembere és 2008 márciusa között Suboxone fenntartó kezelésbe vett kliens, összesen 80 fő (55 férfi és 35 nő, átlagéletkor 30 év, SD=5 év) bekerült a vizsgálati mintába. A kezelés hat hónapos időtartama alatt négy alkalommal történt adatfelvétel: a kezelésbe kerüléskor, illetve egy hónappal, három hónappal és hat hónappal a kezelés megkezdését követően. Alkalmazott mérőeszközök: Addikció Súlyossági Index, SCID-I, SCID-II, Hamilton Depresszió Skála, Hamilton Szorongás Skála, STAI-S Állapot Szorongás Kérdőív, Beck depresszió kérdőív, Heroin Sóvárgás Kérdőív, WHO Jólét kérdőív, Észlelt Stressz kérdőív, ADHD retrospektív kérdőív, TCI rövidített változata, a Megküzdés Módjai kérdőív.

⁵⁰Forrás: Egészségügyi Minisztérium

jellemző szakemberhiány fennakadásokat okoz az állapotfelmérés, illetve az elterelés két egészségügyi típusának biztosításában.

Szubsztitúciós kezelés

2009-ben a szubsztitúciós kezelést nyújtó szolgáltatók sorába egy újabb szervezet, a Békásmegyeri Kék Pont Drogambulancia csatlakozott, ezzel 10-re növelve az országban elérhető kezelőhelyek számát. Habár a Kék Pont békásmegyeri ambulanciáján mindössze 6 fő vett részt az év során buprenorfin-naloxon kezelésben, és mind a 6 kliens gyógyszerre receptre lett kiírva,⁵¹ a földrajzi lefedettség szempontjából lényeges a megjelenésük mint szubsztitúciós szolgáltató, mivel a budai kerületekben nem működik további ellátó. Az alkalmazott helyettesítő szert tekintve is történt változás: míg buprenorfin-naloxon kezelést 2008-ban 5 szolgáltató végzett, addig 2009-ben ez a típusú kezelés már mind a 10 szolgáltatónál elérhető volt.

A 2009-es évben először rendelkezünk adatokkal a szubsztitúciós kezelés természetéről⁵². Fenntartó kezelésben az ismert esetek⁵³ 80%-a, míg detoxifikációs kezelésben 20%-a vett részt. A buprenorfin-naloxonnal kezelt kliensek közel fele (46,3%, 164 fő) esetében a helyettesítő szert nem az OEP támogatja, hanem azt receptre felírva a kliensek saját költségükre váltották ki. Ennek oka, hogy a teljesítmény-volumenkorlát (TVK) a buprenorfin-naloxon kezelés esetében a támogatott mennyiséget szolgáltatóként határozza meg, és afölött kizárólag receptre írható fel a gyógyszer, mely nem részesül támogatásban.

A szubsztitúciós kezelésben részt vevők száma 2009-ben összesen 992 volt, mely 24%-os növekedést jelent a 2008. évi 802 esethez viszonyítva. Ez a növekedés a buprenorfin-naloxonnal kezelt kliensek számának emelkedéséből adódik, mely nagyrészt a receptre felírt esetek számának köszönhető. A metadonnal ill. buprenorfin-naloxonnal kezelt esetek megoszlása 2008-ról 2009-re is változott, tovább növelve a buprenorfin-naloxonos esetek arányát (2008: 15%; 2009: 36%).

A szubsztitúciós kezelésben 2009 során részt vevő férfiak és nők aránya 76:24 volt, ami nem mutat változást a 2008. évhez képest (77:23).

23. táblázat. Metadon (met.) és buprenorfin-naloxon (b.n.) kezelésben részt vevők száma (fő) kezelőhelyek szerinti bontásban 2009-ben (N=992)

	Budapest Nyíró		Budapest Soroksár		Budapest Drogoplex		Budapest Békásmegyer		Eger		Veszprém		Pécs		Gyula		Miskolc		Szeged		Összesen	
	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.
férfi	161	120	0	0	70	7	0	5	4	1	14	0	7	31	10	26	56	10	54	30	376	230
nő	63	45	0	0	17	4	0	1	8	0	2	0	7	5	2	3	4	3	20	11	123	72
nem ismert	0	0	139	52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	139	52
összesen	224	165	139	52	87	11	0	6	12	1	16	0	14	36	12	29	60	13	74	41	638	354

Forrás: Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia

⁵¹ vagyis nem OEP finanszírozott

⁵² Fenntartó kezelésnek tekintjük azt a kezelést, mely 3 hónapnál hosszabb ideig tart, detoxifikációs kezelésnek tekintjük azt a kezelést, melynek célja a detoxifikáció és 3 hónapnál rövidebb ideig tart.

⁵³ A két legnagyobb forgalmat bonyolító ellátóhely esetében a kezelés természete nem ismert. A nem ismert esetek száma így 586, míg az ismerteké mindössze 406. A nem ismert esetek között a fenntartó kezeléseket becsült aránya 90%.

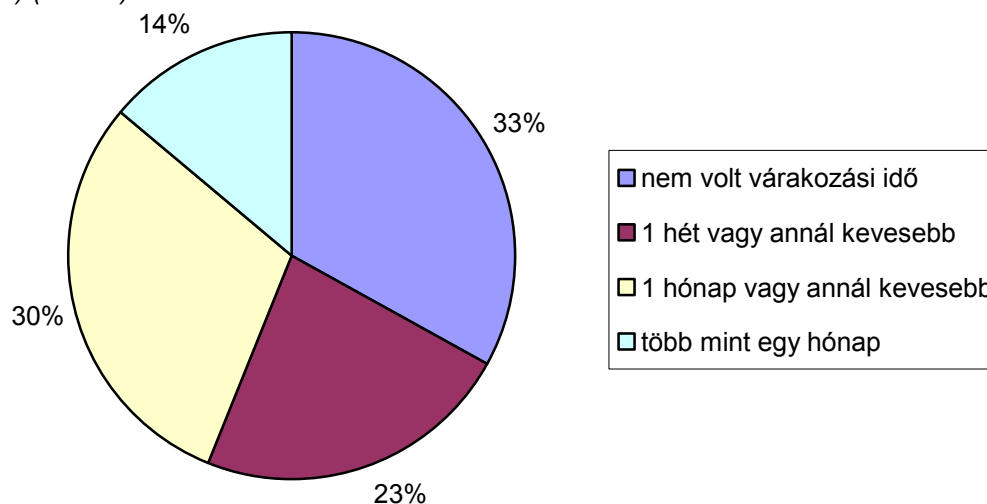
2009 során két kutatás készült szubsztitúciós kezelésben részt vevők körében. A Rácz és munkatársai által készített kutatás (Rácz et al. 2009) célja a magyarországi metadon fenntartó programok monitorozása és értékelése volt (lásd még a 11. fejezetben). A Csorba és munkatársai (Csorba et al. 2009) által készített kutatás pedig a budapesti intravénás szerhasználó nőkről kívánt egy részletesebb képet megrajzolni (erről bővebben a 6. fejezetben).

Magyarországi metadon fenntartó programok monitorozása és értékelése⁵⁴

Rácz és munkatársai 2009-ben kutatást készítettek (Rácz et al. 2009) a hazai metadon fenntartó programokról kliensek és szakemberek megkérdezésével. A kutatás fő célja annak bemutatása volt, hogy a kezelési gyakorlat mennyiben követi a módszertani levélben⁵⁵ leírtakat. A kutatás erre vonatkozó eredményeinek összefoglalása a 11. fejezetben olvasható. A kutatásnak az alábbiakban azon eredményeit mutatjuk be, melyek kifejezetten az ellátás hozzáférhetőségére vonatkoznak.

Az adatfelvétel során 8 kezelőhely (3 budapesti és 5 vidéki) kliensköréből összesen 150 kliens (115 férfi és 35 nő) lekérdezésére került sor. Az első kezelésbe jelentkezésre vonatkozóan elmondható, hogy a megkérdezettek 33%-át azonnal, várakozási idő nélkül vették fel a programba, további 23%-ot egy héten belül. A válaszadók 30%-ának egy hónapot, míg 14%-ának több mint egy hónapot kellett várakoznia a szubsztitúciós kezelésbe kerülésre.

23. ábra. A metadon kezelésben lévők megoszlása a kezelésbe kerüléshez szükséges várakozási idő alapján (%) (N=150)



Forrás: Rácz et al. 2009

Azon válaszadók körében, akik legalább egy hetet vártak a kezelésbe történő felvételre, 52%-ot egyszer sem hívtak be beszélgetni a várakozás alatt, 14%-ukat egyszer, 17%-ukat néhányszor, míg 17%-ukat több alkalommal.

⁵⁴ A kutatást a MTA Pszichológiai Kutatóintézete végezte a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet támogatásával. A vizsgálat két célcsoport körében zajlott: a szubsztitúciós kezelésben lévő kliensek valamint a szubsztitúciós programokat irányító ill. a metadont kiadó szakemberek körében. A kliens csoport kiválasztása 3 budapesti és 5 vidéki kezelőhely kliensköréből történt a 2008-as országos szubsztitúciós adatgyűjtés nemi megoszlása alapján. Összesen 150 fő került bele a mintába (115 férfi, 35 nő). A szakemberek kiválasztása ugyanezen kezelőhelyekről történt, kezelőhelyenként két szakember került a mintába, összesen 16 fő. Az anonim kérdőíves adatfelvétel mindkét célcsoport körében face-to-face technikával történt az adott kezelőhelyen.

⁵⁵ Az Egészségügyi Miniszter módszertani levele a Metadon kezelésről

A fenntartó program alatt hozzáférhető különböző szolgáltatások közül a legjellemzőbb ellátási forma, amelyet a kezelésben lévő megkérdezettek legalább egy alkalommal igénybe vettek, az orvosi ellenőrzés, illetve vizsgálat (69%) volt. A megkérdezettek több mint egyharmada (35%) konzultált már pszichológussal, 41% beszélgetett pszichológussal⁵⁶. Közel egyharmaduk beszélgetett, és nagyjából ugyanennyien konzultáltak szociális munkással. A pszicho-, család- és párterápia igénybevétele kevésbé volt jellemző a kérdezettek körében.

24. táblázat. A metadon fenntartó programok alatt hozzáférhető szolgáltatások igénybevétele (%) (N=150)

Szolgáltatás típusa	Igénybevevők aránya
Orvosi ellenőrzés, vizsgálat (addiktológus, pszichiáter)	69,3%
Belgyógyász	10%
Sebész	8%
Nőgyógyász	29% ⁵⁷
Konzultáció pszichológussal	35,3%
Beszélgetés pszichológussal	41,3%
Tanácsadás szociális munkással	29,3%
Beszélgetés szociális munkással	32%
Ügyintézés szociális munkáson keresztül (jogi, lakhatási, stb.)	12,6%
Pszichoterápia	4,6%
Családterápia	2%
Párterápia	0%

Forrás: Rácz et al. 2009

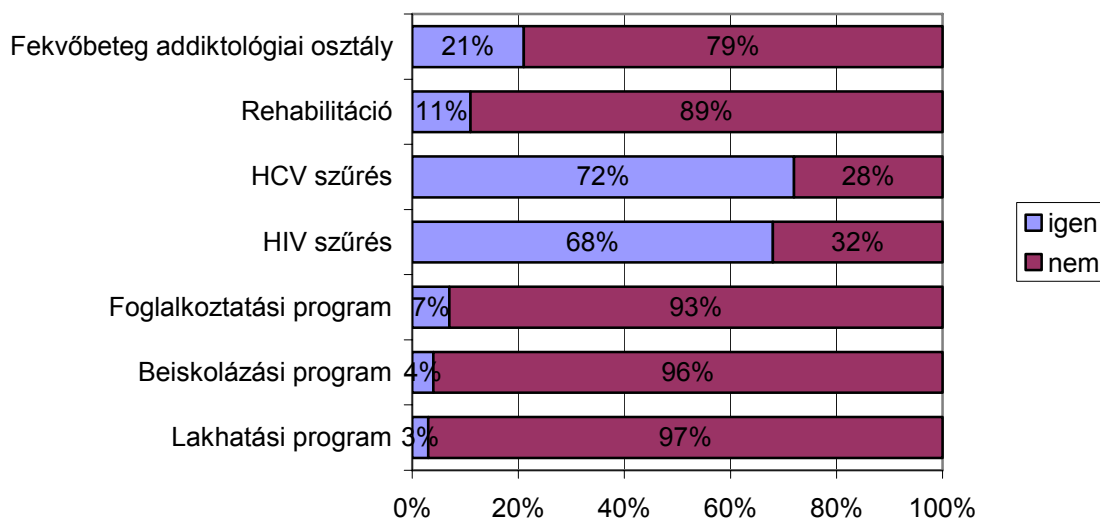
Az egyes szolgáltatásokat igénybe nem vevők között szolgáltatásonként 6 és 10% között mozgott azok aránya, akik nem tudtak az adott szolgáltatás hozzáférhetőségéről a kezelőhelyen.

A különböző szolgáltatásokba történő továbbutalások tekintetében elmondható, hogy a kérdezetteket leginkább HCV szűrésre (72%), illetve HIV szűrésre (69%) küldték tovább a fenntartó program alatt. Minden ötödik válaszadót (21%) továbbutalták fekvőbeteg addiktológiai osztályra, míg nagyjából minden tizediket (11%) rehabilitációra. A szociális jellegű szolgáltatásokba történő továbbutalás kevésbé volt jellemző.

⁵⁶ A kutatás készítői a kérdezés során fogalmilag igyekeztek jól elkülöníteni a konzultációt a kötetlen beszélgetéstől.

⁵⁷ A megkérdezett nők százalékában.

24. ábra. Metadon kezelésben lévők megoszlása az egyes kezelési formákba történő továbbutalás szerint (%) (N=150)



Forrás: Rácz et al. 2009

Fekvőbeteg-ellátás

A rendelkezésre álló adatok alapján 2009-ben az aktív és a krónikus fekvőbeteg szakellátásban sem az ágyszámban, sem a finanszírozásban nem történt érdemi változás, hiszen a vonatkozó törvényi szabályozás erre nem is nyújtott lehetőséget.

Az addiktológiai, illetve a pszichiátriai ellátórendszer 2009. évi ágykihasználtságát vizsgálva az látható, hogy az addiktológiai aktív ellátásban 92%-os, a krónikus fekvőbeteg szakellátásban 90,7%-os volt az ágykihasználtság, míg a pszichiátriai aktív ellátásban 81,6%-os, a krónikus ellátásban pedig 83,6%⁵⁸.

Továbbra is problémát jelent néhány ellátási forma – detoxifikálásra alkalmas részleg, ifjúsági rehabilitációs osztályok, intézetek – hiánya.

Ifjúság- és gyermek-addiktológia

A 18 év alatti problémás szerhasználók, szenvedélybeteg fiatalok száma fokozatosan növekszik, ellátásuk jelenleg főként a felnőtt addiktológiai, kisebb részt a gyermekpszichiátriai szakrendeléseken, gondozókban történik. A gyermek pszichiátriai/addiktológiai kapacitásokban érdemi változás nem történt 2009-ben.

⁵⁸ Forrás: Egészségügyi Minisztérium

5.3. A KEZELT BETEGEK JELLEMZŐI

A kezelési igény indikátor (TDI) alapján ⁵⁹

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

Új, illegális szerfogyasztás miatt kezelt betegről 2007-ben 105 ellátóhely, 2008-ban ennél kevesebb, 93 ellátóhely vitt fel TDI-adatlapot, 2009-ben ez a szám tovább csökkent, ebben az évben összesen 83 ellátóegység vitt fel TDI-esetlapot az OAC rendszerébe.

A 2009-ben jelentett 4317 beteg 66%-a (2844 fő) életében először lépett kezelésbe. Az összes kezelésbe lépő eset 91%-át (3959 esetet) járóbeteg-ellátók jelentették, 4,5%-át (197 esetet) fekvőbeteg-ellátók, 1,5%-át (64 klienst) alacsonyküszöbű szolgáltatók és 2,2%-át (97 klienst) a büntetés-végrehajtási intézményekben működő kezelési programok⁶⁰⁶¹.

Az összes kezelést megkezdő körében (beleértve a nem eltereltek és az eltereltek is) a leggyakrabban jelentett elsődleges szer a kannabisz volt (3013, az összes eset 70,2%-a), a következő két leggyakoribb szertípus a stimulánsok (484 eset, 11,3%), és az opiátok (449 eset, 10,5%).

A TDI rendszerbe jelentett kliensek jellemzői – nem elterelt kliensek

A kezelést megkezdőket két csoportra osztjuk, elsősorban azért, mert az elterelt esetek nagy részét képező megelőző-felvilágosító szolgáltatásba kerülők a többi klienstől eltérő csoportot alkotnak. A megelőző-felvilágosító szolgáltatás olyan határterületi szolgáltatás, amely tartalmilag megfelel a TDI rendszer kezelés definíciójának, ezért történik a jelentése is. Magyarországon azonban a szolgáltatási spektrumban leginkább a magas kockázatú csoportok indikált prevenciós szolgáltatásának felel meg, és egyértelműen nem egészségügyi szolgáltatásnak tekintendő. E fejezet részben a nem elterelt kliensek jellemzőit tárgyaljuk meg⁶².

2009-ben 1054 esetet (775 férfi és 270 nő, 9 esetben nem jelezték a kliens nemét) jelentettek új esetként a szolgáltatók. A megelőző évhez képest ez nem jelent lényeges változást, 2008-ban 1032 főt jelentettek a szolgáltatók.

A kezelést megkezdők közül 542 fő már állt korábban kezelés alatt illegális szerfogyasztás miatt, 405 fő életében először jelentkezett kezelésbe (107 fő esetében nem ismert a korábbi kezelés megléte). Ezek az adatok belső arányukat tekintve nagyon közel állnak a megelőző év adataihoz.

A nem eltereltek körében a leggyakoribb, kezelést indokoló szertípus a kannabisz, az összes eset 33%-a e szer miatt lépett kezelésbe 2009-ben, ez az arány megegyezik a 2008. évi aránnyal. Csaknem ugyanennyien kezdtek kezelést opiát-fogyasztás miatt (32%). Az altatók, nyugtatók fogyasztása és a stimulánsok fogyasztása a harmadik és negyedik leggyakoribb (13% és 11%), kezelésbe lépést indokoló szerfogyasztás. A stimulánsok között a vezető szer az amfetamin, az összes stimuláns-használat miatt kezelést kezdők 85%-a amfetamin-

⁵⁹ A TDI adatgyűjtési rendszerbe jelentésre kötelezettek köre a 76/2004 (VIII.19.) rendelet által meghatározott részt vevő szervezetek: egészségügyi ellátók (járó, fekvő és rehabilitációs szolgáltatásokat nyújtó ellátók, alacsonyküszöbű szolgáltatók, az ún. elterelés megelőző-felvilágosító szolgáltatásához kapcsolódó szolgáltatók, kezelési programmal rendelkező büntetés-végrehajtási intézmények).

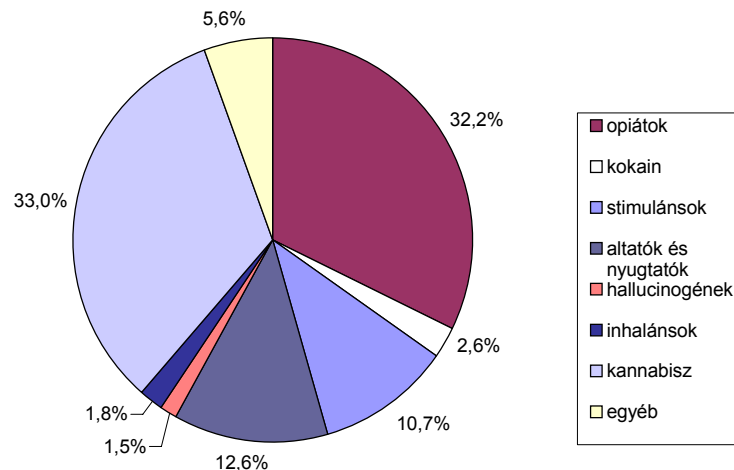
⁶⁰ Ezen esetek részletes bemutatása a 9. fejezetben olvasható.

⁶¹ A duplikáció-szűrés során mindig az adott évben legutolsó TDI-adatlapot vettük figyelembe, tehát pl. intézménytípusok közötti váltás esetén a második kezelőhelyen felvett TDI-adatlap maradt bent a statisztikában az EMCDDA ajánlásoknak megfelelően.

⁶² Ezen esetek leválogatása a TDI-kérdőív „beutalás eredete” kérdése alapján (7. – bíróság, rendőrség, igazságszolgáltatás – választ megjelölő esetek kizárásával) illetve a TDI-kérdőívhez kapcsolódó elterelés adatlap megléte alapján (ahol nincs ilyen adatlap azt tekintjük nem eltereltnek) történik, az elterelés miatt kezelésbe kerülőket egy külön fejezetben vizsgáljuk.

használat miatt lépett kezelésbe. A megelőző évhez képest érdemi változás az opiát-fogyasztás miatt kezelésbe lépők arányának enyhe emelkedése (29%-ról 32%-ra), a stimuláns-fogyasztók arányának minimális csökkenése (2008-ban ez 13% volt, összesen 131 fővel) és a nyugtatók, altatók miatt kezelésbe lépők számának emelkedése (a 2008. évi 106-ról 133-ra).

25. ábra. Elsődleges szer az összes (nem elterelt) kezelésbe lépő körében 2009-ben (%) (N=1054)



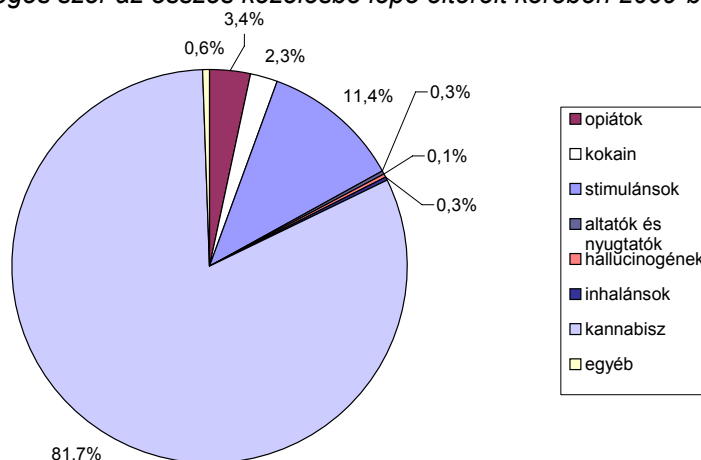
Forrás: OAC 2010

A TDI rendszerbe jelentett kliensek jellemzői – elterelt kliensek

Az elterelési programban részt vevő kliensek jellemzőit a TDI-kérdőív beutalás eredete kérdésre adott 7. válasz alapján, és/vagy a felvitt elterelés kérdőív megléte alapján azonosítottuk. 2009-ben összesen 3263 olyan kliens TDI-adatlapját töltötték fel a szolgáltatók, akik elterelés révén kerültek kezelésbe – ez az év során kezelésbe lépők 76%-a. A megelőző évhez képest ez a szám határozott, 33%-os növekedést mutat (2008-ban 2452 volt ezen kliensek száma).

Az elterelésbe kerülő kliensek elsődleges szereinek megoszlása eltér a nem eltereltétől. A leggyakoribb szer a kannabisz (82%), ezt követik a stimulánsok (11%) és az opiátok (3%), majd a kokain (2%). A szertípusok megoszlása hasonló a megelőző évben tapasztalthoz, a stimuláns- és opiát-használók is nagyjából hasonló arányban vannak jelen. Szinte teljesen hiányoznak a nyugtató-, altató- és az inhaláns-fogyasztók.

26. ábra. Elsődleges szer az összes kezelésbe lépő elterelt körében 2009-ben (%) (N=3263)



Forrás: OAC 2010

Az egyes szerfogyasztó csoportok jellemzése

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

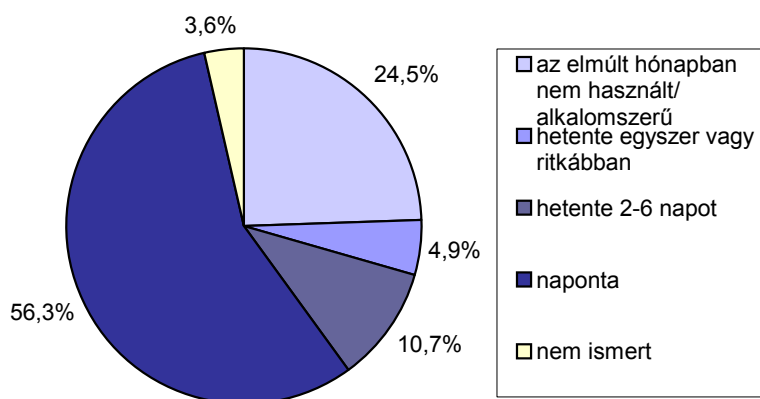
Opiát-fogyasztók⁶³

2009-ben 449 opiát-fogyasztót jelentettek a szolgáltatók, közülük 339 (76%) volt nem-elterelt, és 110 fő (24%) elterelési programban vett részt. Túlnyomó részük (364 fő, 81%) férfi. Nagy részük – 328 fő – állt már korábban kezelés alatt, 87-en először léptek kezelésbe, 34 főnél pedig nem jelezték a szolgáltatók a korábbi kezelés tényét vagy hiányát. Átlagos életkoruk 31,4 év (szórás 6,5 év), életkoruk az első opiát-használatkor átlagosan 21 év volt (szórás 5,6 év).

Az opiát-fogyasztás miatt kezelésbe kerülők tehát nagy valószínűséggel felnőtt, 30 év feletti férfiak, volt már korábbi kezelési epizódjuk, háromnegyedük önként, családi vagy szűkebb környezeti nyomásra lépett kezelésbe, egynegyedük pedig büntetőeljárás megindulása következtében (eltereltek).

Szerfogyasztási mintázatukra az intenzifikált fogyasztás jellemző, kétharmaduk naponta vagy hetente többször fogyaszt kábítószer. A szervezetbe juttatás módja szerint vizsgálva elsősorban az intravénás fogyasztás jellemző – 71%-uk intravénás szerhasználó.

27. ábra. Opiátok fogyasztása miatt kezelésbe lépő összes kezelt szerhasználati gyakorisága 2009-ben (%) (N=449)



Forrás: OAC 2010

Az opiát-használók esetében a leggyakoribb másodlagos szer a nikotin volt, összesen 183 említéssel (41%), ezt a kannabisz követte 127 említéssel (28%), majd a stimulánsok 111 említéssel (25%) – elsősorban az amfetamin 85 említéssel (19%)⁶⁴. Szokatlan azonban a nyugtatók, altatók viszonylag alacsony említésszámmal megjelenő visszaélésszerű használata 53 említéssel (12%). Fontos még megemlíteni a 41 esetben (9%) másodlagos szerként említett kokaint és az 56-szor említett (12%) alkoholt. 24 esetben (5%) szubsztitúciós kezelésre használt szer – metadon – volt a másodlagos szer.

⁶³ Heroint, metadont vagy egyéb opiátokat fogyasztók.

⁶⁴ Egy kliens több másodlagos szert is megjelölhet, továbbá az is előfordulhat, hogy nem jelölnek meg egyetlen másodlagos szert sem. A megadott nyers esetszámok a másodlagos szer említéseinek számát mutatják, míg a százalékos adatok azt, hogy az adott elsődleges szert fogyasztók hány százaléka említette meg másodlagos szerként a megjelölt szert (következésképpen a százalékok – az egyes elsődleges szerfogyasztó csoporton belül – összeadva meghaladhatják a 100%-ot, éppen a többes említés lehetősége miatt).

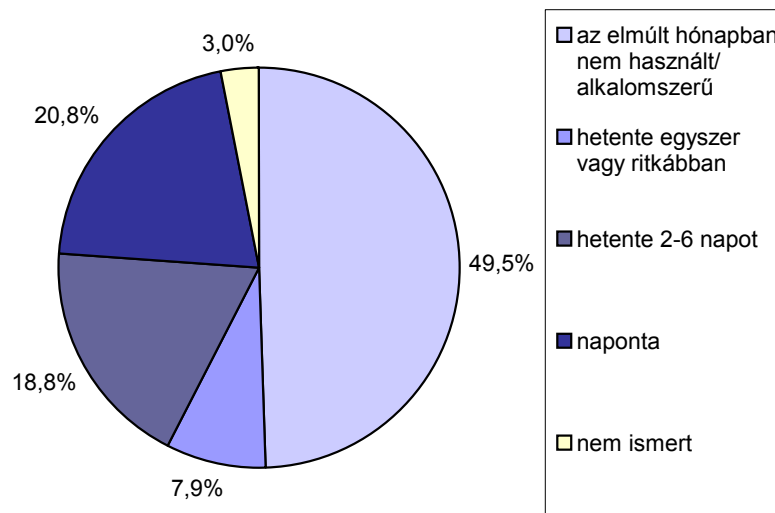
Kokain-fogyasztók⁶⁵

A kokain-fogyasztók – csakúgy, mint a megelőző években – alacsony számban léptek kezelési programba. Ennek egyik oka, hogy – vélhetően jobb anyagi helyzetük miatt – inkább magánrendeléseken és nem a drogambulanciákon, addiktológiai gondozókban jelennek meg⁶⁶ – erre a következtetésre jutott Gerevich és Bacskai 2004-es kutatása is (Gerevich, Bacskai 2004). A TDI-be összesen 101 esetet jelentettek az adatszolgáltatók 2009-ben, ebből 65 fő életében először lépett kezelésbe, 27 fő állt már kezelés alatt és 9 fő esetében az adatszolgáltató intézmény nem jelölte a korábbi kezelés státuszát. Túlnyomó részük – 79 kliens – férfi és mindössze 22 nő. Átlagos életkoruk 30 év (szórás 6,5 év), életkoruk a kokain első használatakor átlagosan 22,7 év volt (szórás 5,6 év). A kokain-fogyasztás miatt kezelésbe lépők közel háromnegyede (74 fő) elterelési programban vett részt, nem eltereléshez kapcsolódóan 27-en léptek kezelésbe.

A kokain-fogyasztók körében is tapasztalható az intravénás szerhasználat, 9 esetben (9%) jelezték ezt a szervezetbe juttatás módjaként.

A szerhasználat gyakoriságát illetően fele (50%) ennek a csoportnak alkalmi szerhasználó volt. A kokain-fogyasztók 40%-a viszont intenzifikált szerhasználati mintázatot mutat.

28. ábra. Kokain-fogyasztás miatt kezelésbe lépő összes kezelt szerhasználati gyakorisága 2009-ben (%) (N=101)



Forrás: OAC 2010

A kokaint elsődleges szerként fogyasztók körében a leggyakrabban említett másodlagos szerek a stimulánsok 50 említéssel (50%) (ebből 33 eset, azaz 33% amfetamin), ezt követi gyakoriságban a kannabisz 32 említéssel (32%), majd a nikotin 26 említéssel (26%). Az alkoholt 10 esetben (10%) említették még érdemi problémát okozó másodlagos szerként.

Stimuláns-fogyasztók⁶⁷

Összesen 484 stimuláns-fogyasztó jelent meg kezelési programban 2009 folyamán. 309 fő életében először lépett kezelésbe, 126 már állt kezelés alatt (49 esetben nem ismert a korábbi kezelés státusza). A kliensek nagy része elterelési program keretében került kezelésbe (371 fő, 77%), 113-an (23%) nem eltereltek voltak.

A kliensek nagy része férfi (381 fő, 79%), a nők aránya mindössze 20% (98 fő) az ismert esetek körében (5 esetben ismeretlen volt a nem). A stimuláns-fogyasztás miatt kezelésbe

⁶⁵ Kokain- és crack-fogyasztók.

⁶⁶ A magánrendeléseken megjelenő kábítószer-fogyasztók nem jelennek meg a TDI adatgyűjtésben.

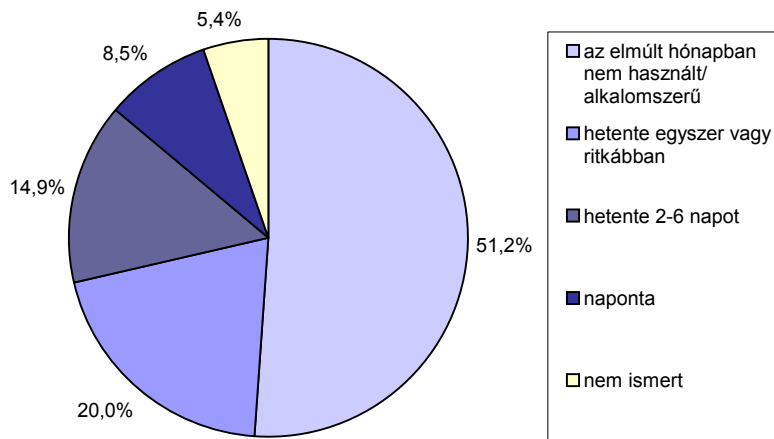
⁶⁷ Amfetamint, MDMA-t és egyéb származékait, valamint egyéb stimulánsokat (kivéve kokaint) fogyasztók.

kerülők átlagos életkora 27,4 év (szórás 6,5 év), életkoruk a szerfogyasztás megkezdésekor átlagosan 20,3 év (szórás 5,8 év) volt.

A stimuláns-fogyasztók 20%-a (97 kliens) elsősorban intravénás beviteli módot alkalmaz.

A szerfogyasztás szempontjából 23% intenzifikált (napi vagy heti többszöri) szerhasználó, azonban többségük (51%) alkalmi fogyasztónak tekinthető.

29. ábra. Stimuláns-fogyasztás miatt kezelésbe lépő összes kezelt szerhasználati gyakorisága 2009-ben (%) (N=484)



Forrás: OAC 2010

A másodlagos szerek között a leggyakrabban említett a kannabisz 189 említéssel (39%), ezt követi a nikotin 168 említéssel (35%) és az alkohol 78 említéssel (16%). 65 esetben (13%) említettek stimulánst másodlagos szerként, ez gyakorlatilag minden esetben amfetaminhasználók MDMA használatát jelenti. Ugyancsak az amfetamin-fogyasztók esetében megfigyelhető jelenség a kokain, mint másodlagos szer használata – 42 ízben említették (9%) ezt a kezelésbe lépők.

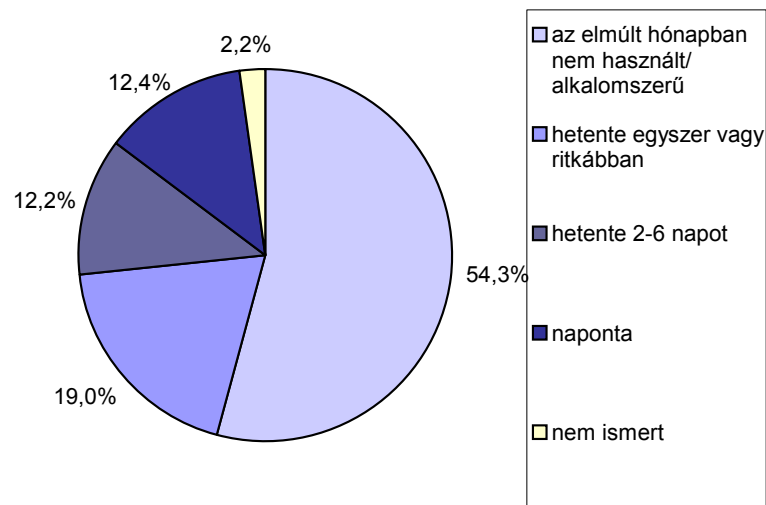
Kannabisz-fogyasztók

A kannabisz-fogyasztás miatt kezelési programot kezdők a nem eltereltek és az elterelésben részt vevők között is a legnépesebb csoportot alkotják, jóllehet arányuk lényegesen magasabb a büntetőeljárás miatt kezelésbe lépők (eltereltek) között.

2009-ben összesen 3013 fő lépett kezelési programba a kannabiszt megjelölve elsődleges szerként. Közülük 508-an már álltak kezelés alatt korábban, 2281 főnek viszont 2009-ben történt életében először kezelési eseménye (további 224 esetben nem ismert a korábbi kezelési esemény megléte). A kezelést megkezdők nagy többsége (2665 fő, 88%) a büntetőeljárás alternatívájaként kezdett kezelési programot, míg 348 fő más okokból lépett kezelésbe. A nemek aránya a kannabisz-fogyasztók esetében mutatja a legnagyobb eltérést: a kezelték 91%-a (2730 fő) férfi, 9%-a (274 fő) nő (9 esetben nem jelezték az adatszolgáltatók a kliens nemét). A kliensek átlagéletkora a kezelés megkezdésekor 24,3 év volt (szórás 5,7 év), míg az első szerhasználat időpontjában átlagosan 18,2 év (szórás 4,3 év).

A kannabisz-fogyasztás miatt kezelésbe lépők egynegyede (24%) tekinthető intenzifikált szerfogyasztónak, a kliensek valamivel több, mint fele (54%) alkalmi fogyasztó.

30. ábra. Kannabisz-fogyasztás miatt kezelésbe lépő összes kezelt szerhasználati gyakorisága 2009-ben (%) (N=3013)



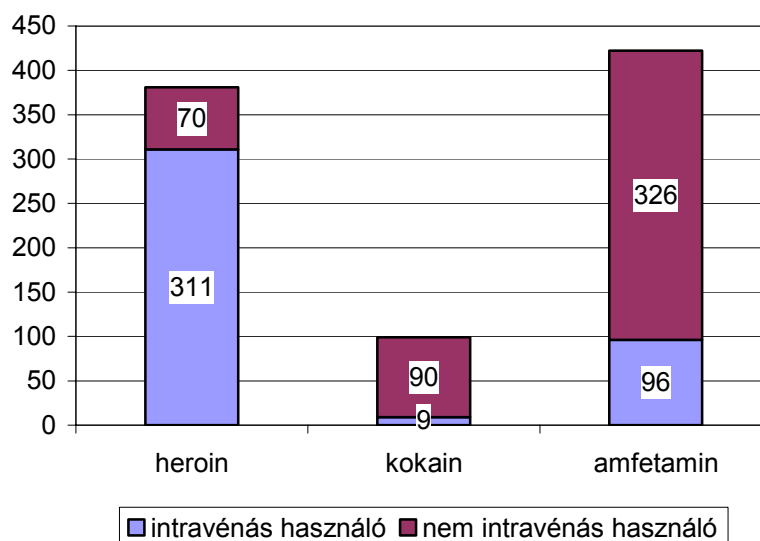
Forrás: OAC 2010

A másodlagos szerek említései közül a leggyakoribb a nikotin 1142 említéssel (38%). A második leggyakrabban említett szertípus a stimulánsok 716 említéssel (24%) – mely csoporton belül az amfetamin 493 említéssel (16%) a vezető másodlagos szer –, ezt követi az alkohol 524 említéssel (17%). Említésre érdemes még a hallucinogének fogyasztása (összesen 131 említés, 4%), ill. a kokain másodlagos szerként való megjelölése 105 alkalommal (3%).

Intravénás fogyasztók

Az intravénás bevitel – mint különösen magas kockázattal járó szerfogyasztási mód – 3 szertípus esetében jelent meg fokozottan. 2009 folyamán a heroin-fogyasztók körében volt a legmagasabb az intravénás szerfogyasztás aránya (82%-uk intravénás fogyasztó volt). Látható egy markáns intravénás amfetamin-fogyasztói csoport is, ők az amfetamin-fogyasztás miatt kezelésbe lépők közel egynegyedét teszik ki (23%). Ugyanakkor a kokain-fogyasztók egy részénél is megjelent már az intravénás fogyasztás – az esetek 9%-ában jelölték meg ezt elsődleges beviteli módként.

31. ábra. Intravénás használók aránya az egyes szertípusokon belül 2009-ben (fő)



Az összes szert vizsgálva az intravénás szerhasználók körében jellemzőbb az intenzifikált (napi, vagy heti többszöri) szerhasználat – ami további kockázatokat hordoz magában. Az intravénás fogyasztók 66%-a, míg az egyéb beviteli módot választók 26%-a jelölte meg ezt a fogyasztási gyakoriságot.

5.4. TENDENCIÁK A KEZELT BETEGEK KÖRÉBEN

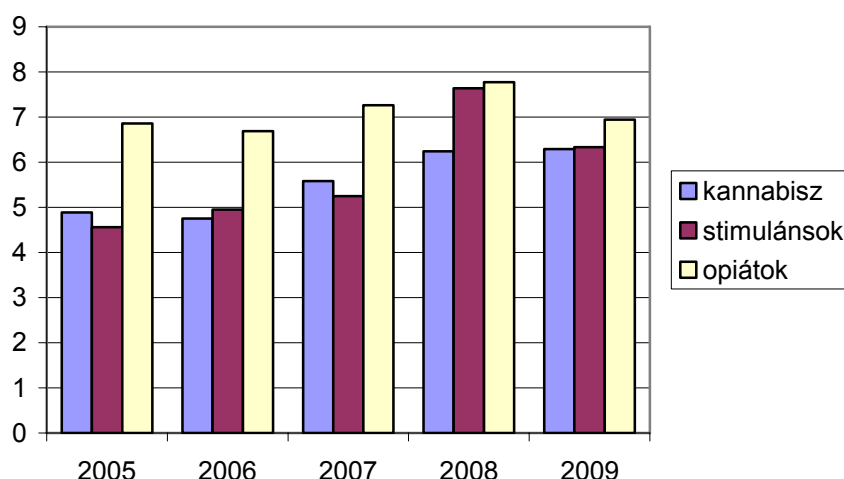
A 2009-es évről nem rendelkezünk OSAP adatokkal, így a trendeket ezúttal a kezelési igény indikátor adatai alapján vizsgáljuk.

A kezelési igény ill. hozzáférhetőség változásának vizsgálatához alkalmas mérőszám a látencia periódus, mely az első szerfogyasztási esemény (az elsődleges szerre vonatkozóan) és az első kezelésbe lépési időpont között eltelt időt jelenti. Tekintve, hogy az első kezelésbe kerülés időpontjáról csupán 2005-ig visszamenően rendelkezünk adatokkal, az első szerhasználat és az első kezelésbe kerülés között eltelt időt csak az életükben először kezelésbe lépők körében vizsgálhatjuk (2005 és 2009 között). A látencia periódus, amennyiben egy igényt vagy egy hozzáférhetőséget mérünk vele, csak az önkéntesen (vagyis nem elterelés révén) kezelésbe kerülők esetében értelmezhető. Jelen vizsgálatba tehát kizárólag az életükben először kezelésbe lépő, nem eltereltekbe vontuk be, 2005 és 2009 között.

A legfontosabb megfigyelhető tendencia a 2005 és 2008 között a kezelésbe vételi látencia-idő fokozatos növekedése minden vizsgált szertípus esetében.

Ennek a vélelmezhető legfontosabb oka a 2006-ban és 2007-ben megvalósított ún. egészségügyi reformintézkedéseknek az egészségügyi ellátórendszerre, különösen az addiktológiai ellátásra és a gondozási tevékenységre gyakorolt negatív hatása. Kisebb részben, de ugyancsak hatással lehetnek a látencia periódus növekedésére a szociális szolgáltatások finanszírozásában elmúlt évek során bekövetkezett változások. Emellett figyelemre méltó az opiát-fogyasztók későbbi kezelésbe kerülése, összevetve a másik két vizsgált szertípussal szemben.

32. ábra. Átlagos látencia periódus az egyes szertípusok esetében 2005–2009 között (év)



Következtetések

2009-ben az Eftv. módosítását, illetve a kapcsolódó végrehajtási rendelet elfogadását emelhetjük ki, mint jelentékeny momentumot. Az említett jogszabályok segítséget nyújthatnak a helyi szükségleteknek megfelelő kapacitás-átcsoportosításhoz, illetve a területi egyenlőtlenségek javításához.

Az Egészségügyi Minisztérium a továbbiakban is szükségesnek tartja a kezelésekhez, ellátásokhoz történő hozzáférés javítását, azonban a formális kapacitás-növelés helyett a kezelési és más elérő szolgáltatások minőségi fejlesztésére kívánnak nagyobb figyelmet fordítani. Ezalatt elsősorban a kezelő- és az egyéb szolgáltatásokat nyújtó helyek közötti együttműködés javítását, a szakmai standardok áttekintését és fejlesztését, további szakmai protokollok fejlesztését, a betegek számára nyújtott szolgáltatások szakmai minőségbiztosítását, a kezelési átfedések kiiktatását értik.

Összességében megállapítható, hogy az előző évhez képest lényeges változás nem történt az addiktológiai betegek egészségügyi ellátását biztosító ellátórendszerben. A járóbeteg-ellátásban továbbra is a 2007. évi fix-díj csökkenése éreztette hatását, a folyamatban lévő kódkarbantartás hatása érdemi változást nem eredményezett. A fekvőbeteg ellátásban az Eftv. módosítása ugyan kedvezőbb feltételeket teremtett a kapacitások átcsoportosítására, azonban ennek pozitív hatása még nem volt érzékelhető 2009-ben.

A kábítószer-fogyasztás miatt kezelésben lévőkről 2009-ben nem rendelkezünk OSAP prevalencia adatokkal az adatgyűjtési rendszerben bekövetkezett változások miatt.

A TDI adatgyűjtésbe 2009-ben 83 kezelőhely 4317 újonnan kezelésbe lépő esetet jelentett. A kezelésbe lépők többségét továbbra is azok teszik ki, akik életükben először kerülnek kezelésbe kábítószer-fogyasztás okozta problémájuk miatt. Az esetek háromnegyedében a kliens a büntetőeljárás alternatívájaként lép kezelésbe (ennek oka az ún. megelőző-felvilágosító szolgáltatás kezelési programként való értelmezése). A kezelésbe lépés legnagyobb arányban továbbra is a kannabisz-fogyasztásból eredő probléma miatt történik (az elterelt és a nem elterelt csoportban egyaránt), ezt követi a stimulánsok ill. az opiátok fogyasztása miatt történő kezelésbe lépés. Ugyanakkor fontos megjegyeznünk, hogy az opiát-fogyasztókkal szemben a kannabisz, ill. stimuláns miatt kezelésbe lépők többségét változatlanul a büntetőeljárás alternatívájaként elterelés programot kezdők jelentik.

A szerhasználat megkezdése és az első kezelésbe lépés között eltelt idő alapján elmondható, hogy továbbra is az opiát-fogyasztók kerülnek legkésőbb kezelésbe, habár az elmúlt évekhez képest valamelyest csökkent a különbség a többi szercsoporthoz viszonyítva.

6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI⁶⁸

6.1. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

Bejelentett HIV/ AIDS, HBV, HCV esetek

2009-ben Magyarországon az intravénás kábítószer-használók körében bejelentett HIV/AIDS esetekre, valamint a heveny HBV, HCV okozta hepatitiszek 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 származtak (Csohán et al. 2010).

HIV/AIDS

2009-ben Magyarországon összesen 140 újonnan diagnosztizált HIV-pozitív esetet jelentettek be, az incidencia 14 eset/1 millió lakos értéknek felelt meg. A regisztrált HIV-fertőzöttek közel négyötödénél volt ismert a fertőződés módja. Az ismert rizikócsoporthú HIV-fertőzöttek közül egy személy sem tartozott az intravénás kábítószer-használók csoportjába. 2009-ben 23 AIDS megbetegedést regisztráltak, közülük senki nem volt intravénás kábítószer-fogyasztó.

25. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoporthoz szerinti megoszlása

Rizikócsoporthoz	1985-2004	2005	2006	2007	2008	2009	Összesen
Homo/biszexuális	599	56	38	62	93	85	933
Heteroszexuális	213	20	14	15	17	23	302
Hemofília	32	0	0	0	0	0	32
Transzfúziós recipiens	22	0	0	1*	0	0	23
Intravénás kábítószer-fogyasztás	15*	2**	0	3*	2	0	22
Nosocomialis	12*	3*	0	1*	0	0	16
Maternalis	3	2	0	2	0	2	9
Ismeretlen	284	23	29	35	33	30	434
Összesen	1180	106	81	119	145	140	1771

* Importált esetek, ** Importált esetekkel együtt

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2010)

Akut hepatitis B

2009-ben 66 akut hepatitis B megbetegedést jelentettek be, 25%-kal kevesebbet, mint az elmúlt évben. Az incidencia 0,66‰-nek bizonyult. A betegek felénél volt ismert a fertőződés módja, közülük két 25-34 év közötti férfi tartozott az intravénás kábítószer-használók rizikócsoporthozjába.

⁶⁸ A fejezet szerzői: Dr. Dudás Mária, Dr. Keller Éva, Nadas Eszter, Péterfi Anna, Tarján Anna

26. táblázat. Az intravénás kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett, ismert rizikócsoportú akut hepatitis B betegek körében 2004-2009 között

Évek	Bejelentett akut HB betegek			
	száma		közül iv. kábítószer-fogyasztó	
	Összes	Ismert a rizikócsoport	szám	%
2004	131	67	6	9
2005	119	47	1	2,1
2006	83	29	-	-
2007	81	36	2	5,6
2008	88	55	2	3,6
2009	66	30	2	6,6

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2010)

Akut hepatitis C

A 2009. évben 31 heveny hepatitis C megbetegedést jelentettek, az incidencia 0,3‰-nek bizonyult, gyakorlatilag nem változott az előző évihez viszonyítva. A betegek közel kétharmadánál volt ismert a fertőződés módja, közülük 4 fő fertőződött intravénás szerhasználat révén. A betegek között 3 férfi és 1 nő volt, ketten a 25 év alattiak, ketten pedig a 25 és 34 év közöttiek korcsoportjába tartoztak.

27. táblázat. Az intravénás kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett, ismert rizikócsoportú akut hepatitis C betegek körében 2004-2009 között

Évek	Bejelentett akut HC betegek			
	száma		közül iv. kábítószer-fogyasztó	
	Összes	Ismert a rizikócsoport	szám	%
2004	40	29	11	37,9
2005	22	12	1	8,3
2006	29	15	4	26,7
2007	22	15	5	33,3
2008	34	17	6	35,3
2009	31	17	4	23,5

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2010)

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

Országos vizsgálat

2009-ben az Országos Epidemiológiai Központ folytatta a HIV, HBV, HCV fertőzések prevalenciájának mérésére irányuló sentinel szűrővizsgálatokat (Dudás et al. 2010a). Ebben az évben negyedszer került sor azonos módszerrel, hasonló körülmények között végzett szűrővizsgálatokra. A vírusserológiai vizsgálatokhoz ujjbegyből vett szárított vérmintát használtak, a költségek fedezetét az Egészségügyi Minisztérium biztosította.

Amíg 2008-ban 18 szervezet vett részt a vizsgálatban, addig 2009-ben már 20 különböző szolgáltatónál, 676 intravénás kábítószer-használótól vettek vérmintát 2009. szeptember 5. és 2009. december 15. között.

Budapesten négy tűcsere program és két kezelőhely, vidéken pedig kilenc tűcsere-program és öt kezelőhely vett részt a vizsgálatban.

A vizsgálatba olyan személyek kerültek, akik a mintavételi periódusban megjelentek az intézmények valamelyikében, intravénás kábítószer-fogyasztónak vallották magukat, vagy emlékeztek arra, hogy valaha intravénásan szert használtak, függetlenül attól, hogy az elmúlt évben/években részt vettek-e HIV, HBV vagy HCV szűrővizsgálaton.

A kiválasztás, a mintavételi eljárás, a kódolás, illetve a minták vizsgálata az előző három év gyakorlatával megegyező módon történt.⁶⁹

A laboratóriumi vizsgálatok során az alkalmazott módszerekkel mind a 676 vizsgált személy esetében megbízható eredmény volt kiadható a HIV és a hepatitis B fertőzöttséget illetően. A vírus fertőzöttség kimutatására irányuló ellenanyag vizsgálatok hepatitis C vírus vonatkozásában kilenc esetben kétes eredménnyel zárultak, így ezeket az eseteket kizárták a statisztikai feldolgozásból.

HIV vírus jelenlétének kimutatása céljából összesen 676 intravénás szerhasználótól származó mintát vizsgáltak, ezekből két esetben kaptak reaktív eredményt, melyeknél megerősítő vizsgálatokat végeztek. A megerősítő vizsgálatok negatív eredménnyel zárultak, így mind a 676 vizsgált személy HIV negatívnak bizonyult.

A 676 kliens közül 5 főt (0,7%) találtak a hepatitis B vírus felületi antigénjére pozitívnak, azaz hepatitis B vírus fertőzöttnek. 671 személy esetében HBsAg negatív eredményt kaptak. Az öt hepatitis B vírushordozó közül négy bizonyult egyidejűleg anti-HCV pozitívnak is.

A 676 vizsgált személy közül 504 kliens mintája anti-HCV negatív volt. Az anti-HCV ELISA reagensekkel reaktív eredményt adó minták közül 163 esetben (24,4%) bizonyítottak anti-HCV pozitivitást a megerősítő vizsgálatok során.

28. táblázat. A 2009. év folyamán vizsgált intravénás kábítószer-használók HIV, HCV, HBV fertőzöttsége nem és korcsoport szerint

Korcsoport		HIV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
		száma	közül pozitív	száma	közül pozitív szám	%	száma	közül pozitív Szám	%
< 25 év	férfi	89	0	89	0	0	87	17	19,5
	nő	56	0	56	0	0	56	8	14,3
25-34 év	férfi	261	0	261	1	0,4	258	61	23,6
	nő	69	0	69	0	0	68	25	36,7
> 34 év	férfi	154	0	154	2	1,3	151	35	23,2
	nő	47	0	47	2	4,3	47	17	36,2
Összesen	férfi	504	0	504	3	0,6	496	113	22,8
	nő	172	0	172	2	1,2	171	50	29,2
ffi+nő		676	0	676	5	0,7	667	163	24,4

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2010a)

A 676 mintát adó személy közül 504 (74,6%) volt férfi, és 172 (25,4%) volt nő. A három korcsoport közül a 25-34 év közötti korcsoportba tartozott a mintát szolgáltatók közel fele (330 fő, 48,8%), a 34 év felettiek adták a vizsgálatban részt vevők 29,7 %-át (201 fő), és a 25 évnél fiatalabbak alkották a legkisebb csoportot 145 fővel (21,4%).

A férfiak és a nők fertőzöttségi arányában (22,8% és 29,2%) az eltérés szignifikáns a $p < 0,01$ szinten. A 25-34 év közötti, és a 34 évnél idősebb nők HCV prevalencia értékei meghaladják az átlagos prevalencia értéket 12,3%-kal illetve 11,8%-kal. Ezen prevalencia értékek és az átlagos prevalencia érték közti különbség szignifikáns a $p < 0,001$ szinten.

Az intravénás kábítószer-használat kezdetének négy intervallumot lehetett megjelölni (<2 év, 2-4 év, 5-9 év, >10 év), a 676 főből 26 személy nem tudta megmondani, mikor kezdett

⁶⁹ Lásd: 2007-es Éves Jelentés, 6.2. fejezet.

intravénásan kábítószerrel használni. A mintát adó személyek 45%-a (304 fő) úgy nyilatkozott, hogy 10 évnél régebben használt először kábítószerrel intravénásan. A vizsgált kliensek 26,5%-a (179 fő) 5-9 éve, 14,6%-a 2-4 éve (99 fő), 10,1%-a (68 fő) kevesebb, mint két éve használt először intravénásan kábítószerrel.

A HCV fertőzöttség azon intravénás kábítószer-használók csoportjában volt a legmagasabb (32,2%), akiknél az első injekció 10 évnél régebben történt. Közülük 4 fő esetében HBV társfertőzést is kimutattak. Ezt követte az 5-9 éves injekciók csoportja, akik között a kliensek egynegyede volt HCV fertőzött. A 2-4 év óta intravénásan szert használók átfertőzöttségének aránya 13,3% volt, míg az új intravénás kábítószer-használóknál csak 6-an (8,8%) fertőződtek a vírussal.

29. táblázat. A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-fogyasztók megoszlása az iv. kábítószer-használat kezdete szerint 2009-ben

Az intravénás kábítószer-használat kezdete	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	közül pozitív szám	%	száma	közül pozitív szám	%
< 2 év	68	0	0,0	68	6	8,8
2 - 4 év	99	0	0,0	98	13	13,3
5 - 9 év	179	0	0,0	177	45	25,4
> 10 év	304	5	1,6	298	98	32,9
Nem tudja	26	0	0,0	26	1	3,8
Összesen	676	5	0,7	667	163	24,4

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2010a)

Azon szerhasználók körében, akik elsődlegesen opiát származékokat injekáltak 29,5%-os volt a HCV fertőzöttség, azok körében, akik elsődlegesen nem opiát származékokat injekáltak a fertőzöttségi arány 16,3% volt. Az opiát-fogyasztók prevalencia értékeit a nem opiát-fogyasztók prevalencia értékeivel összehasonlítva, a különbség szignifikáns a $p < 0,001$ szinten.

30. táblázat. A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-fogyasztók megoszlása az elsődlegesen injekáltak kábítószer típusa szerint 2009-ben

Kábítószer típusa	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	közül pozitív szám	%	száma	közül pozitív Szám	%
Opiát	418	4	1	410	121	29,5
Nem opiát	258	1	0,3	257	42	16,3
Összesen	676	5	0,7	667	163	24,4

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2010a)

Először 2009-ben került lekérdésre, hogy a mintába került valaha intravénás szerhasználók mikor injekáltak a szűrővizsgálat előtt utoljára⁷⁰. A kliensek 4,9%-a nem tudta megmondani, hogy mikor injekáltak utoljára intravénásan kábítószerrel. Azon szerhasználók között, akik 4 héten belül injekáltak utoljára, 35,7% volt a HCV ellenanyag pozitív személyek aránya. Azok, akik 4 hétnél régebben, de 1 éven belül injekáltak utoljára ez az arány 12,7%, az 1 évnél régebben injekáltak között 17,2% volt. A 4 héten belül injekáltak prevalencia

⁷⁰ Erre azért volt szükség, hogy a kockázati magatartások (tű megosztás; eszközmegosztás) vizsgálatához a teljes mintából leválasztható legyen az aktív intravénás szerhasználók (utoljára < 4 héten belül injekáltak) almintája, hiszen a kockázati magatartások havi prevalenciája csak az ő körükben elemezhető. (Lásd: EMCDDA 9. standard tábla 3. részének útmutatója).

értéke, illetve a másik két csoport prevalencia értékei között a különbség szignifikáns a $p < 0,001$ szinten.

31. táblázat. A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-használók megoszlása az utolsó injektlás időpontja szerint 2009-ben

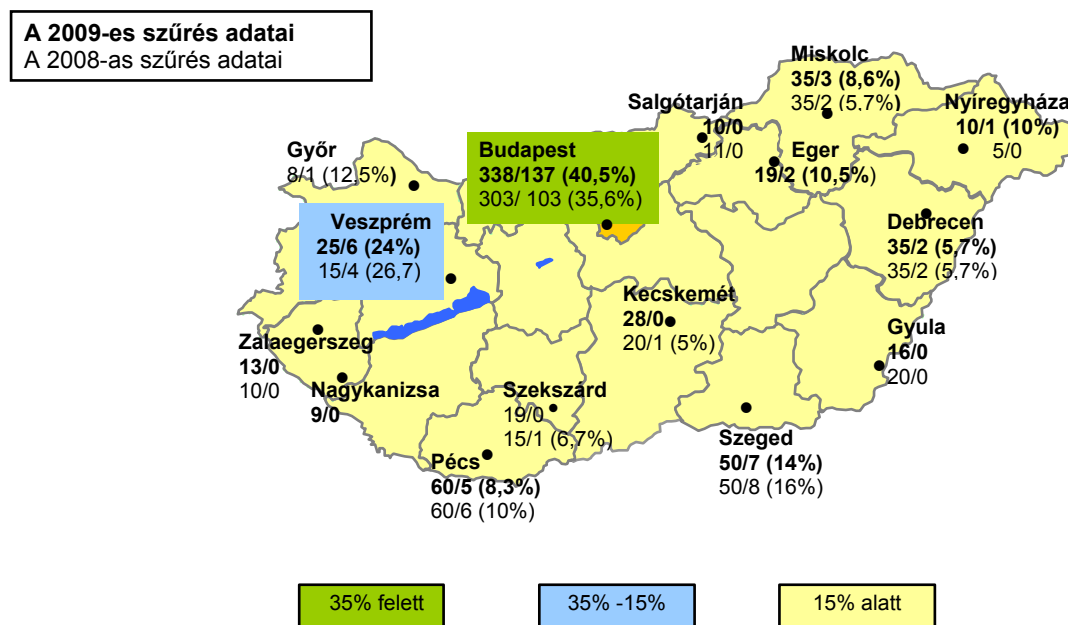
Az utolsó injektlás időpontja	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	közül pozitív szám	%	száma	közül pozitív szám	%
< 4 hét	316	3	1,0	311	111	35,7
4 hét-1 év	166	0	0,0	166	21	12,7
> 1 év	161	2	1,2	157	27	17,2
Nem tudja	33	0	0,0	33	4	12,1
Összesen	676	5	0,7	667	163	24,4

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2010a)

Területi felosztás szerint a fővárosból érkezett 338 mintából 137 bizonyult hepatitis C pozitívnek, amely 40,5%-os átfertőzöttséget jelent. Ezzel szemben a vidékről érkezett minták 7,9%-ánál diagnosztizáltak hepatitis C pozitivitást (26 minta a 329-ből). A főváros és a vidék viszonylatában a HCV prevalencia értékek közti különbség szignifikáns a $p < 0,001$ szinten. Vidéken Veszprém-ben volt a legmagasabb az intravénás szerhasználó populáció fertőzöttsége, ahol a beérkezett minták 24%-a bizonyult hepatitis C pozitívnek, Szegeden a minták 14%-ánál találtak HCV ellenanyagot.

Az öt HBsAg pozitív személy közül mind Budapesten került kiszűrésre.

1. térkép. A HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként 2008-ban és 2009-ben



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

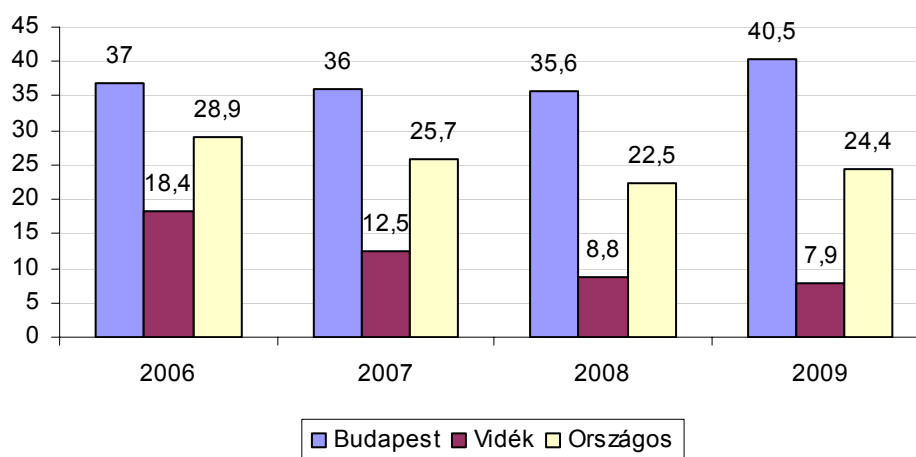
32. táblázat. A HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként 2007-2009 között

Terület/város	2007			2008			2009		
	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
		szám	%		szám	%		szám	%
Budapest	308	111	36,0	303	108	35,6	338	137	40,5
Szeged	48	12	25,0	50	8	16,0	50	7	14,0
Pécs	59	11	18,6	60	6	10,0	60	5	8,3
Miskolc	30	0	0,0	35	2	5,7	35	3	8,6
Gyula	15	0	0,0	20	0	0,0	16	0	0,0
Kecskemét	20	0	0,0	20	1	5,0	28	0	0,0
Szekszárd	15	0	0,0	15	1	6,7	19	0	0,0
Veszprém	14	6	42,9	15	4	26,7	25	6	24,0
Debrecen	37	1	2,7	35	2	5,7	35	2	5,7
Nyíregyháza	2	0	0,0	5	0	0,0	10	1	10
Győr	-	-	-	8	1	12,5	-	-	-
Salgótarján	-	-	-	11	0	0,0	10	0	0,0
Zalaegerszeg	-	-	-	10	0	0,0	13	0	0,0
Eger	-	-	-	-	-	-	19	2	10,5
Nagykanizsa	-	-	-	-	-	-	9	0	0,0
Vidék összesen	240	30	12,5	285	25	8,8	329	26	7,9
Összesen	548	141	25,7	588	133	22,5	667	163	24,4

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2010a)

Az elmúlt 4 év vizsgálata alapján megállapítható, hogy Budapesten a 2006-2008 között országos viszonylatban magas, de stagnáló HCV fertőzöttségi arány 2009-re 4,9%-ot emelkedett (ennek ellenére a két elmúlt évben a hepatitis C prevalencia értékek közti különbség nem volt szignifikáns a $p > 0,05$ szinten Budapesten). Ezzel szemben a vidéki adatok tekintetében egy folyamatos csökkenés figyelhető meg 2006-tól kezdődően. Az országos, összesített HCV prevalencia érték a budapesti és vidéki ellentétes irányú tendenciáknak köszönhetően 4 éve 25% körül mozog. Szignifikáns eltérés csak a 2006-os és 2008-as év között figyelhető meg a $p < 0,001$ szinten.

33. ábra. HCV prevalenciaérték (%) az intravénás kábítószer-fogyasztók körében 2006–2009 között



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

A szűrés során személyi azonosításra alkalmatlan, de egyedi azonosító, az ún. generált kód került alkalmazásra.⁷¹ Mivel a kód nem változik, alkalmas arra, hogy az évről évre megszárt személyek szerostátuszának változását kövessék. A generált kód alapú egyezések, ismétlődések nem és életkor kategória alapján ellenőrzésre kerültek.

A 2009-ben megszárt 676 esetből 172 fő (25,4%) vett részt a 2008-as szűrésen is. 5 főnél mutattak ki szerokonverziót. Ezeknél, a 2008-ban még HCV ellenanyagra negatív klienseknél 2009-ben HCV ellenanyag pozitivitást detektáltak. 1 fő esetében, aki 2008-ban HCV negatív volt, 2009-ben kétes eredmény született.

Az adatok elemzését elvégezték a teljes négy éves időszakra is, amióta az országos prevalencia vizsgálat tart. A 2009-ben megszárt 676 fő közül a 2006-tól 2008-ig tartó időszakban 232 fő vett részt legalább egyszer a szűrőprogramban. Ezen időszak alatt 8 fő esetében volt megfigyelhető szerostátusz váltás. Ezek a kliensek 2006-2008 között HCV ellenanyagra negatívak voltak, 2009-ben azonban pozitív eredménnyel zárult a mintájuk vizsgálata.

A 4 éve tartó vizsgálat szerhasználati és szociodemográfiai trendjeinek elemzése a 4.2. fejezetben olvasható.

Vizsgálat egy budapesti tűcsere-program kliensei körében

2008 végén az Országos Epidemiológiai Központ és a Kék Pont Alapítvány tűcsere programja egy összeget különített el 150 vérminta HIV/HBV/HCV vizsgálatára. A mintákat 2008. szeptember és 2009. július közötti időszakban gyűjtötték össze úgy, hogy a szűrővizsgálat lehetőségét felajánlották a tűcsere programot felkereső intravénás szerhasználó klienseknek, mint folyamatosan elérhető szolgáltatást⁷². (A folyamatos szűrés elindításának okait lásd: 7.2. fejezet). A vérvételi eljárás, a kódolás, illetve a minták vizsgálata az országos vizsgálat módszertanával megegyező módon történt⁷³ (Dudás et al. 2010b).

A laboratóriumi vizsgálatok során az alkalmazott módszerekkel mind a 150 vizsgált személy esetében megbízható eredmény volt kiadható a HIV és a hepatitis B fertőzöttséget illetően. A vírus fertőzöttség kimutatására irányuló ellenanyag vizsgálatok hepatitis C vírus esetében négy főnél kétes eredménnyel zárultak, így ezek a minták kizárásra kerültek a feldolgozásból.

A 150 minta mindegyike negatívnak bizonyult HIV fertőzés tekintetében, tehát a vizsgált intravénás kábítószer-használók között a korábbi évekhez hasonlóan, nem derítettek fel HIV pozitív személyt. 75 személynél (51,4%) mutattak ki HCV ellenanyagot, és egy esetben (0,7%) hepatitis B felületi antigént. A hepatitis B vírus hordozó egyidejűleg HCV ellenanyag pozitívnak is bizonyult.

⁷¹ Lásd: 2007-es Éves Jelentés, 6.2. fejezet.

⁷² Az országos évenkénti prevalencia vizsgálatlall ellentétben itt nem kaptak motivációs díjat a kliensek.

⁷³ Lásd: 2007-es Éves Jelentés, 6.2. fejezet.

33. táblázat. A 2008-2009. év folyamán a Kék Pont Alapítványnál vizsgált intravénás kábítószer-használók HIV, HCV, HBV fertőzöttsége nem és korcsoport szerint

Korcsoport		HIV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
		száma	közül pozitív	száma	közül pozitív szám	%	száma	Közül pozitív Szám	%
< 25 év	férfi	31	0	31	0	0,0	29	14	48,3
	nő	15	0	15	0	0,0	15	7	46,7
25-34 év	férfi	48	0	48	0	0,0	47	28	59,6
	nő	19	0	19	0	0,0	19	6	31,6
> 34 év	férfi	18	0	18	1	5,6	17	12	70,6
	nő	12	0	12	0	0,0	12	5	41,7
Összesen	férfi	97	0	97	1	1,0	93	54	58,1
	nő	46	0	46	0	0,0	46	18	39,1
ffi+nő		143	0	143	1	0,7	139	72	51,8

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2010b)

A mintát adó személyek közül 97 (67,8%) volt férfi és 46 (32,2%) volt nő. A három korcsoport közül a 25-34 év közötti korcsoportba tartozott a mintát szolgáltatók közel fele (67 fő, 46,9%), a 25 évnél fiatalabbak adták a vizsgálatban részt vevők 32,2%-át 46 fővel, és a 34 év felettiek alkották a legkisebb csoportot 30 fővel (21%).⁷⁴

A férfiak (58,1%) és a nők (39,1%) hepatitis C fertőzöttségi arányában az eltérés szignifikáns $p < 0,001$ szinten. A férfiaknál az átlagos prevalencia értéket a 25-34 év közötti, és a 34 évnél idősebb korcsoportban mért prevalencia értékek haladják meg. Az átlagos prevalencia érték és a 25-34 év közötti korcsoportban mért prevalencia érték közti különbség nem szignifikáns a $p > 0,05$ szinten. Az átlagos prevalencia érték és a 34 évnél idősebb korcsoportban mért prevalencia érték közti különbség azonban szignifikáns a $p < 0,05$ szinten. A nőknél egyik korcsoportban mért hepatitis C prevalencia érték sem haladja meg az átlagos prevalencia értéket.

Az intravénás kábítószer-használat kezdetének négy intervallumot lehetett megjelölni (<2 év, 2-4 év, 5-9 év, >10 év), a 150 főből 10 személy nem tudta megmondani, mikor kezdett intravénásan kábítószerrel használni.

A hepatitis C fertőzöttség kialakulásának esélye annál nagyobb, minél több idő telik el az intravénás kábítószer-használat kezdeté és a szűrővizsgálat időpontja között. Azon intravénás kábítószer-használók csoportjában, akiknél az első injekció 10 évnél régebben történt, a kábítószer-használók közel kétharmada volt HCV fertőzött. Amíg az 5-9 éve intravénás szerhasználóknál az átfertőzöttség aránya 63,3%, a 2-4 éve intravénás szerhasználóknál 51,6 % volt, addig az új intravénás kábítószer-használók harmada fertőződött a vírussal.

⁷⁴ A 150 mintát adó személy közül 7 esetben hiányzott az adat a nemre vagy a korcsoportra vonatkozóan.

34. táblázat. A 2008-2009. év folyamán a Kék Pont Alapítványnál vizsgált HCV, HBV pozitív aktív intravénás kábítószer-használók megoszlása az iv. kábítószer-használat kezdete szerint

Az intravénás kábítószer-használat kezdete	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	közül pozitív szám	%	száma	közül pozitív szám	%
< 2 év	37	0	0	36	12	33,3
2 - 4 év	32	0	0	31	16	51,6
5 - 9 év	31	0	0	30	19	63,3
10 évnél régebben	40	1	2,5	39	25	64,1
nem tudja	10	0	0	10	3	30,0
Összesen	150	1	0,7	146	75	51,4

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2010b)

A szertípus és a hepatitis C fertőzöttség esetében megfigyelhető, hogy míg az elsődlegesen opiát-fogyasztó intravénás kábítószer-használók 62,1%-a volt fertőzött, addig ez az arány a nem opiát-fogyasztók körében 47,7%-os volt. A két arány közti különbség szignifikáns $p < 0,01$ szinten.

35. táblázat. A 2008-2009. év folyamán a Kék Pont Alapítványnál vizsgált HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-használók megoszlása a kábítószer típusa szerint

Kábítószer típusa	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	Közül pozitív Szám	%	száma	közül pozitív szám	%
Opiát	69	1	1,4	66	41	62,1
Nem opiát	66	0	0,0	65	31	47,7
Összesen	135	1	0,7	131	72	55,0

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2010b)

Fertőző betegségek a büntetés-végrehajtási intézetekben⁷⁵

2009-ben is folytatódott a 2007-ben a bv. intézetekben megkezdett hepatitis C kampány szűrőprogram.⁷⁶ 2009-ben összesen 2936 fő, az átlag fogvatartotti létszám (15 373 fő) 19%-a vett részt a szűrésben, 118 fő (4%) volt közülük HCV ellenanyag pozitív, ebből 97 fő (82,2%) egyben hepatitis C vírus hordozó is volt.

A hepatitis B fertőzöttséget 2276 fogvatartott (átlag fogvatartotti létszám 14,8%-a) esetében vizsgálták, közülük 38 fő (1,7%) esetében mutattak ki HBsAg pozitivitást.

HIV szűrést az átlag fogvatartotti létszám (15 373 fő) 24,8%-a, 3806 fő esetében végeztek, közülük 3 fő (0,08%) mintája bizonyult verifikáltan pozitívnek.

⁷⁵ A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és az Országos Epidemiológiai Központ beszámolója, illetve a Nemzeti Drog Fókuszpont kutatása alapján.

⁷⁶ Előzmények lásd: 2008-as Éves Jelentés 6.2. fejezet.

36. táblázat. A büntetés-végrehajtási intézetekben elvégzett HIV szűrések és a kiszűrt pozitív esetek száma 2001-2009 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
2007	2992	0	0
2008	3367	2	0,06
2009	3806	3	0,08

* 2003-tól az önkéntesség elve szerint
Forrás: BVOP

A szűrőprogram során két bv. intézetben nyílt lehetőség a szűrésben részt vevő fogvatartottak esetleges kábítószer-fogyasztói/ intravénás kábítószer-fogyasztói múltjának és egyéb kockázati magatartásainak lekérdezésére. A kérdezés módszertana az előző évi gyakorlattal megegyezően történt.⁷⁷

37. táblázat. A szűrésben és kérdőívfelvételben részt vevő bv. intézetek átlag fogvatartotti létszáma és a megszürték létszáma 2009-ben

Intézet neve	Intézet jellege	2009 átlagos fogvatartotti létszám (fő)	Szűrésben részt vevő, kérdőívet kitöltő személyek száma (fő)	Szűrésben részt vevő, kérdőívet kitöltők az átlagos létszám százalékában (%)
Baracska	férfi	800	470	58,8
Nagyfa	férfi	250	115	46
Összes részt vevő intézet		1050	585	55,7
Összes intézet		15373	585	3,8

Forrás: BVOP

A mintában férfi fogvatartottak szerepeltek, összesen 585 fő. Az életkor szerinti megoszlást tekintve a minta 12,1%-a (68 fő) 25 év alatti volt, 39,5%-a (222 fő) 25 és 34 év közötti, és 48,4%-a (272 fő) 34 év feletti volt. Az átlagéletkor 36,2 év volt.⁷⁸ Az összes megkérdezett közül 227 fő, vagyis a minta 38,3%-a fogyasztott életében kábítószer, és közülük 85 fő (14,5%) számolt be intravénás kábítószer-fogyasztásról is.

A vizsgált 585 fő esetében 37 főnél (6,3%) mutattak a szerológiai vizsgálatok hepatitis C pozitivitást. Közülük 36 fő már fogyasztott életében kábítószer, akiken belül 34 fő számolt be egyben intravénás kábítószer-használatról is, azaz a kiszűrt 37 hepatitis C fertőzött fogvatartott 92%-a használt már életében intravénásan kábítószer.

A valaha kábítószer fogyasztó fogvatartottak körében a HCV fertőzöttség 15,9%-os volt, az intravénásan kábítószer valaha fogyasztók esetében (85 fő) 40%-os hepatitis C fertőzöttséget mértek. A valaha intravénásan kábítószer-fogyasztó fogvatartottak körében nem találtak HIV, illetve HBV fertőzött személyt.

⁷⁷ Lásd: 2009-es Éves Jelentés 6.1. fejezet.

⁷⁸ 23 fő esetében nem volt ismert az életkor.

38. táblázat. HCV fertőzöttség (HCV ellenanyag) a teljes mintában, illetve a kábítószer valaha fogyasztók és az intravénásan valaha fogyasztók szerinti bontásban 2009-ben

	Teljes minta		Kábítószer valaha fogyasztók		Intravénásan valaha kábítószer fogyasztók	
	száma	%	száma	%	száma	%
HCV ellenanyag pozitív	37	6,3	36	15,9	34	40
Összesen	585	100	227	100	85	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

Az intravénásan kábítószer valaha fogyasztó megkérdezettek (85 fő) életkor szerint vizsgálva megállapítható, hogy a hepatitis C fertőzöttségi aránya a 34 év felettek esetében a legmagasabb, 57,1% (8 fő). A 25 és 34 év közötti fogvatartottaknál ez az arány már kisebb, 40% (20 fő), a 25 év alattiak esetében pedig 28,6% (6 fő).

39. táblázat. Az intravénásan valaha kábítószer fogyasztó fogvatartottak HCV fertőzöttsége korcsoport szerinti bontásban 2009-ben

Életkor	Intravénásan valaha kábítószer fogyasztó fogvatartottak közül HCV pozitív		
	száma	száma	%
<25 év	21	6	28,6
25-34 év	50	20	40
>34 év	14	8	57,1
Összesen	85	34	40

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

A vizsgálat mérte az intézetbe kerülés előtti időszak, és az intézetbeli időszak intravénás szerhasználatra vonatkozó prevalencia értékeit. A valaha intravénás szerhasználó fogvatartottak 45,9%-a (39 fő) az intézetbe kerülése előtti 1 hónapban használt utoljára intravénásan kábítószer. 29,4%-uk (25 fő) utoljára az intézetbe kerülés előtti 1 évben, 21,2%-uk (18 fő) az intézetbe kerülés előtt több mint 1 évvel, míg 3,5%-uk (3 fő) utoljára az intézetben injektált. A fertőzöttek legnagyobb része (47,1%) utoljára az intézetbe kerülés előtti 1 hónapban használt intravénásan kábítószer.

40. táblázat. A HCV pozitív, valaha intravénás szerhasználó fogvatartottak megoszlása az utolsó injektálás időpontja szerinti bontásban 2009-ben

Utolsó injektálás időpontja	Intravénásan kábítószer valaha fogyasztók közül HCV pozitív		
	száma	száma	%
az intézetbe kerülés előtti 1 hónapban	39	16	47,1
az intézetbe kerülés előtti 12 hónapban	25	9	26,5
az intézetbe kerülés előtt több mint 1 évvel	18	6	17,6
az intézetben	3	3	8,8
Összesen	85	34	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

Az is elemzésre került, hogy a fogvatartottak milyen kábítószeret injektáltak életükben, és a különböző szerek esetében milyen arányban fordulnak elő hepatitis C fertőzöttek. Több szert is meg lehetett jelölni, az elsődleges szerről nincs információ. A legmagasabb fertőzöttségi arány az intravénás metadon-használók körében fordult elő. 23 főből 13 fő (56,5%) fertőződött meg. Hasonlóan magas volt ez az arány a heroin-használók körében 37 főből 19 fő (51,4%) lett hepatitis C fertőzött.

41. táblázat. A HCV fertőzöttség az intravénás szerhasználó fogvatartottak körében (N=85) a kábítószer típusa szerinti bontásban 2009-ben

Az injektált kábítószer típusa	Az adott szertípust említő személyek száma*	Közülük a HCV ellenanyag pozitív személyek	
		száma	%
amfetamin	72	29	40,3
heroin	37	19	51,4
kokain	33	12	36,4
ecstasy	31	13	41,9
metadon	23	13	56,5

* Egy fő több szertípust is megjelölhetett
 Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

A vizsgálat során lekérdezésre került az injektáló karrier hossza is. A 2 évnél kevesebb ideje injektálók körében (3 fő) 2 fő volt hepatitis C fertőzött. Azoknál a fogvatartottaknál, akiknél az intravénás szerek használata 2–5 éve tart (26 fő) a fertőzöttek száma 9 fő volt. Az 5–10 éve intravénás szerhasználók (27 fő) közül 7-en, míg a több mint 10 éve injektálók (25 fő) közül 13-an fertőződtek meg a hepatitis C vírussal.

A fertőzött fogvatartottak kezeléséről szóló információ a 9.5. fejezetben olvasható.

Fertőző betegségek a drogfogyasztással összefüggő halálesetek körében

2009-ben 7 direkt (6 heroin, 1 metadon túladagolás) és 3 indirekt (természetes okú halálesetek, ahol két esetben metadon és morfin/heroin, 1 esetben pedig kokain és marihuána bomlásterméke került kimutatásra) kábítószer-fogyasztással összefüggő budapesti haláleset során végeztek szerológiai vizsgálatokat az Országos Igazságügyi Orvostani Intézetben. (Halálozási adatokat lásd: 6.3. fejezet). A 10 fő közül 6 esetben igazoltak HCV pozitivitást, akik közül az egyik fő egyidejűleg HBsAg pozitív is volt. Mind a 6 fertőzött férfi volt és a 25-34 éves korcsoportba tartozott.

A 2009-ben közvetlen túladagolás következtében elhunyt 31 személy közül 8 vett részt az OEK által szervezett országos kampányszűrésben az elmúlt 4 év során (7 Budapesten, 1 Szegeden). A szűrés 4 esetben mutatott HCV pozitivitást. Mind a 4 férfi volt, hárman 34 évnél idősebbek voltak, 1 fő tartozott a 25-34 éves korcsoportba.

Fertőző betegségek más rizikó csoportban

2009-ben kutatás (Dudás 2009) készült a homo-/biszexuális férfiak körében a HIV prevalencia és a HIV-hez társuló szexuális úton terjedő fertőzésekre vonatkozóan. A vizsgálatot az Országos Epidemiológiai Központ járványügyi osztálya koordinálta.

2008. november 20. és 2009. február 28. között 388⁷⁹ értékelhető vérminta érkezett az OEK laboratóriumaiba. A vérmintákat HIV, syphilis, hepatitis B és hepatitis C irányában vizsgálták. Az epidemiológiai vizsgálat során a vizsgált homo- és biszexuális férfi populációban 2,6%-os HIV prevalenciát (10 fő) találtak. A hepatitis B, illetve hepatitis C fertőzöttség 2,1% (8 fő), és 0,8% (2 fő) volt. 28 személynél (7,2%) kórisméztek korai fertőző syphilit, és további 28 olyan kliens került felderítésre, aki IgG pozitivitással rendelkezett, így összesen 56 (14,4%) olyan személy került a vizsgálatba, akiknél vagy a múltban zajlott, vagy most zajlik Treponema pallidum fertőzés. A 10 HIV fertőzött személy közül két kliensnél diagnosztizáltak

⁷⁹ 225 mintát a budapesti Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat, 101 mintát a szintén fővárosi Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat bőr- és nemibeteg gondozója, 50 mintát a nyíregyházi Jósa András Kórház és Rendelőintézet bőr- és nemibeteg gondozója, 12 mintát a budapesti Szent Sebestyén '97 Kft. szolgáltatott a vizsgálat számára. A vizsgálatba azok a vérvételi helyen megjelenő magukat homo-/biszexuálisnak valló férfiak kerültek be, akik hozzájárulásukat adták a vérvételhez, és anonim módon választottak a vizsgálat kérdőívére.

aktív fertőző syphilit, egyiküknél HbsAg jelenlétét is igazolták. HIV és hepatitis C koinfekciót nem találtak.

A kutatás során rákérdeztek a kliensek kábítószer-fogyasztási szokásaira⁸⁰ is. A válaszadók 19,8%-a (77 fő) használt már valaha kábítószer, közülük öt személy intravénásan⁸¹ is fogyasztotta azt. A 77 személyből 66-nál derült ki, hogy milyen kábítószer fogyasztott nem intravénásan. A kábítószer típusát megnevezők döntő többsége (65%) marihuánát fogyasztott, 16,6%-a ecstasyt. A fennmaradó esetekben amfetamint, GHB-t, kokaint és LSD-t jelöltek meg a kliensek.

A kábítószer-használat és a szexuális úton terjedő fertőzések kapcsolata a következőképpen alakult:

42. táblázat. A HIV, HCV, HBV és *Treponema pallidum* fertőzöttség megoszlása a homo-/biszexuális férfiak körében valaha történt kábítószer-fogyasztás szerinti bontásban 2009-ben

Kábítószer-fogyasztás	HIV ellenanyag jelenlétére pozitív személyek		HBsAg antigén jelenlétére pozitív személyek		HCV ellenanyag jelenlétére pozitív személyek		Korai fertőző syphilisben szenvedő betegek	
	igen	nem	igen	nem	igen	nem	igen	nem
igen	5	72	2	75	0	77	5	72
nem	4	300	6	298	2	302	22	282
Összesen	9	372	8	373	2	379	27	354

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009)

A kábítószer-használat közel ötször akkora kockázatot jelentett HIV fertőzés szempontjából (RK: 5,21 95% CI: 1,18-23,78), mintha valaki nem használt volna kábítószer.⁸² Hepatitis B fertőzés, illetve a korai fertőző syphilis kapcsán a statisztikai vizsgálatok azt mutatták, hogy a kábítószer-használóknak nem nagyobb a kockázata az egyes fertőzések akvirálására, mint azoknak a személyeknek, akik nem használnak kábítószer.⁸³ Hepatitis C esetében nem lehetett relatív kockázatot számolni⁸⁴, mivel a vizsgálat során nem találtak valaha kábítószer fogyasztó pozitív homo-/biszexuális férfit.

Az 5 intravénás szerhasználó negatívnak bizonyult mind a 4 fertőző ágensre.

TBC és kábítószer-használat

A pulmonológiai intézmények epidemiológiai és működési adatai alapján elmondható, hogy 2009-ben 2 fő új TBC-s beteget találtak, akik kábítószer-fogyasztónak vallották magukat. Az 1448 új TBC-s beteg körében összesen 286 főnél vált ismertté valamilyen rizikócsoport, közülük legtöbben az alkohol-függők és a hajléktalanok csoportjába tartoztak. 2 fő volt HIV-vel társfertőzött.

⁸⁰ A kérdés arra vonatkozott, hogy a vizsgálatban részt vevő személyek intravénásan, vagy nem intravénásan használtak-e valaha kábítószer, és ha igen, mit fogyasztottak.

⁸¹ Ezek a kliensek heroint (3 fő), amfetamint (1 fő) és kokaint (1 fő) jelöltek meg, mint intravénásan elsődlegesen fogyasztott kábítószer.

⁸² A 95%-os megbízhatósági tartomány nem tartalmazza az 1-et, így a kábítószer-használó homo-/biszexuális férfiak között ténylegesen magasabb a kockázata a HIV akvirálásának.

⁸³ Hepatitis B fertőzés esetében a relatív kockázat 1,32 (95% RK 0,18-7,44), mivel a 95%-os megbízhatósági tartomány tartalmazza az 1-et, ezért statisztikailag lehetséges, hogy a kábítószer-használat nem jár magasabb kockázattal a hepatitis B vírus akvirálása szempontjából a homo-/biszexuális férfiak körében. A korai fertőző syphilis kapcsán a relatív kockázat 0,9 (95% CI:0,35-2,29)⁸³, így a kábítószer-használóknak nem nagyobb a kockázata a *Treponema pallidum* akvirálására, mint azoknak a személyeknek, akik nem használnak kábítószer.

⁸⁴ A 2X2-es tábla egyik negyede 0 volt (a kábítószer-használók között nem találtak HCV ellenanyag pozitív személyt).

43. táblázat. Az új TBC-s betegekénél talált rizikótényezők 2009-ben

Rizikótényező	Betegek Száma	Betegek %-a
Alkoholfüggő	201	16,8
Hajléktalan	137	8,1
Kontaktszemély	57	3,5
Immigráns	11	1,0
Egészségügyi dolgozó	29	1,4
Diabeteszes	43	3,6
Szteroid kezelt	11	1,1
Zárt közösség ⁸⁵	32	2,0
Kábítószer-használó	2	0,1
HIV fertőzött	2	0,1
Börtön	10	1,4
Rizikócsoporthoz tartozik összesen	286	25,8
Nincs rizikó-tényező	1160	74,1
Incidencia: Összesen	1448	100

Forrás: Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet

A büntetés-végrehajtási intézetekben 11 404⁸⁶ fogvatartott esetében történt tüdőszűrés 2009-ben, közülük 11 fő új TBC-s beteget szűrtek ki a vizsgálatok során.⁸⁷

Kockázati magatartások

Országos vizsgálat

Az EMCDDA útmutatója⁸⁸ alapján 2009-ben az Országos Epidemiológiai Központ által végzett HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatához (Dudás et. al 2010a) kapcsolódóan sor került ismét négy, a kockázati magatartásokat mérő változó lekérdezésére is. A kérdések az elmúlt egy éven belüli HIV/HCV szűrésen való részvételről, az elmúlt 4 hétben történt tű/fecskendő megosztásról, illetve bármilyen injekciós segédeszköz megosztásáról szóltak. A válaszokat a generált kód által össze lehetett kapcsolni a szerológiai eredményekkel (szerológiai eredmények lásd: korábban ebben a fejezetben).

A feldolgozott adatok alapján a 676 szerhasználó közel felénél nem történt az elmúlt évben HIV szűrővizsgálat (49,6%).⁸⁹ Akiknél történt ilyen irányban vizsgálat (50,4%), több mint 90%-uk tudta, hogy negatív a szerostátusza HIV-re nézve. 1 fő HIV pozitívnek hitte magát, 3,3%-uk pedig nem tudta magáról, hogy HIV-fertőzött-e, csak annak volt tudatában, hogy történt nála HIV szűrővizsgálat az elmúlt évben.

A kliensek 48,1%-a nem volt HCV szűrésen az elmúlt év folyamán.⁹⁰ A szűrővizsgálaton részt vettek 75,3%-a (259 fő) vallotta magát HCV negatívnak, azonban 12,7%-uk (33 fő) pozitívnak bizonyult a laboratóriumi vizsgálatok során. 16,9 % (58 fő) vallotta magát HCV pozitívnak, 55 főnél ez igazolást is nyert. Azoknál, akik voltak HCV szűrővizsgálaton, de nem tudták a szerostátusukat (27 fő; 7,8%), a kliensek több mint fele HCV ellenanyag pozitív volt (15 fő). Azon szerhasználók között, akik nem voltak az elmúlt egy év során hepatitis C

⁸⁵ Szociális-, betegotthon, gyermekotthon.

⁸⁶ A 2009-es átlag fogvatartotti létszám (15 373 fő) 74%-a.

⁸⁷ A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának beszámolója alapján.

⁸⁸ Protocol for the implementation of the EMCDDA key indicator: Drug-related infectious diseases (DRID), draft version 6 October 2006, Project CT.04.P1.337

⁸⁹ Az elmúlt egy évre vonatkozó szűrővizsgálaton való részvételi adatok a válaszadók önbevallásán alapultak.

⁹⁰ Az elmúlt egy évre vonatkozó szűrővizsgálaton való részvételi adatok a válaszadók önbevallásán alapultak.

szűrővizsgálaton, 18,6% bizonyult HCV pozitívnak, közülük került ki az összes eset harmada.

44. táblázat. A 2009-es HCV prevalencia vizsgálatban megszárt intravénás kábítószer-fogyasztók aránya az előző év során HCV szűrésen való részvétel szerinti bontásban

HCV szűrésen való részvétel az elmúlt 1 évben	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	közül pozitív		
	száma	szám	%
igen, pozitív lett	58	55	94,8
igen, negatív lett	259	33	12,7
igen, nem tudja az eredményt	27	15	55,6
nem volt	323	60	18,6
Összesen	667	163	24,4

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

A közös tű, illetve injektáló segédeszköz használat havi prevalenciája csak az aktív intravénás szerhasználók⁹¹ körében került elemzésre.⁹² Az aktív intravénás szerhasználók (309 fő) 26,3%-a osztotta meg az elmúlt 4 hétben a tű/fecskendőt, az injektáló segédeszköz megosztásának havi prevalenciája pedig 40,5%-os volt. Sem a közös tűhasználatnál, sem a közös eszközhasználatnál nem szignifikáns a HCV prevalencia értékek különbsége a tűt/eszközt megosztók és nem megosztók között ($p > 0,05$). Az esélyhányados mindkét esetben tartalmazza az egyet (közös tűhasználatnál, EH:0,82, 95% CI: 0,46-1,45; közös eszközhasználatnál, EH:1,09 95% CI: 0,66-1,8), így az aktív – 4 héten belül – közös tűt/eszközt használóknál statisztikailag nem sikerült alátámasztani a közös tű-/eszközhasználat kockázatonövelő hatását a hepatitis C vírus akvirálását illetően.

45. táblázat. A tű/fecskendőt, illetve egyéb injektáló segédeszközt az elmúlt 4 hétben megosztó aktív intravénás szerhasználók aránya HCV fertőzöttség szerinti bontásban 2009-ben

Tű és/vagy fecskendő megosztása	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek			Injektáló segédeszköz megosztása	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	közül pozitív				közül pozitív		
	száma	szám	%		száma	szám	%
megosztotta	81	26	32,1	megosztotta	125	46	36,8
nem osztotta meg	227	83	36,6	nem osztotta meg	184	64	34,8
Összesen:	308	109	35,4	Összesen:	309	110	35,6

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

⁹¹ Utoljára az elmúlt 4 hétben injektált.

⁹² Az EMCDDA 9. standard tábla 3. részének útmutatója alapján.

Vizsgálat egy budapesti tűcsere-program kliensei körében

A Kék Pont Alapítványnál a 2008 szeptembere és 2009 júliusa között gyűjtött vérmintákhoz (szerológiai eredményeket lásd korábban ebben a fejezetben) kapcsolódó adatlapokon rákérdeztek a kockázati magatartásformákra (közös tű/fecskendő fecskendő használat, bármely injekcióhoz szükséges eszköz közös használata az elmúlt 4 hétben), és az egy évben belül történt szűrővizsgálatok eredményeire is. Külön kérdőíven 10 további kérdés is szerepelt, amelyek egy része az injekciózási szokásokra⁹³ kérdezett rá, másik része a szexuális magatartásra⁹⁴ és további kiegészítő információkra⁹⁵ vonatkozott.

A válaszadók közel egyharmadánál (47 fő) nincs információ a HIV szűrővizsgálatra vonatkozóan. 35%-uk azt mondta (36 fő), hogy volt az elmúlt 1 évben HIV szűrővizsgálaton, és az eredménye negatív. 9,7%-uk (10 fő) volt ugyan az elmúlt 1 évben HIV szűrővizsgálaton, de nem tudja az eredményt, 57 személy (55,3%) pedig nem vett részt HIV szűrővizsgálaton egy évben belül.

A kétes HCV eredmények kizárása után, 45 kliensnél nincs adat az elmúlt 1 évi hepatitis C szűrővizsgálaton való részvételre vonatkozóan. 23 személy mondta azt, hogy volt az elmúlt 1 évben hepatitis C szűrővizsgálaton, és az eredménye negatív. Közülük 6 személynél igazolódott HCV ellenanyag pozitivitás. 13,9% (14 fő) állította azt, hogy tud a hepatitis C fertőzöttségéről, a laboratóriumi vizsgálatok ezt minden esetben alátámasztották. 57-en (56,4%) állításuk szerint nem voltak HCV szűrővizsgálaton az elmúlt évben, ezen szerhasználók közel fele (47,4%) bizonyult hepatitis C pozitívnek. Ebből a csoportból került ki az összes fertőzött több mint harmada (75-ből 27 fő).

46. táblázat. 2008-2009-ben a Kék Pont Alapítványnál megszürt intravénás kábítószer-fogyasztók aránya az előző év során HCV szűrésen való részvétel szerinti bontásban

HCV szűrésen való részvétel az elmúlt 1 évben	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek közül pozitív		
	száma	szám	%
igen, pozitív lett	14	14	100,0
igen, negatív lett	23	6	26,1
igen, nem tudja az eredményt	7	4	57,1
nem volt	57	27	47,4
Összesen	101	51	50,5

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

51 kliens nem nyilatkozott arról, hogy használt-e közös tű/fecskendőt az elmúlt 4 hétben. Azoknál a szerhasználóknál, akik megosztottak tűt/fecskendőt másokkal az elmúlt 4 hétben a hepatitis C ellenanyag pozitivitás 62,5%, azoknál, akik nem osztottak meg tűt/fecskendőt 44,6% volt. A két prevalencia érték közötti különbség szignifikáns a $p < 0,01$ szinten.

51 kliens nem nyilatkozott arról, hogy megosztott-e bármilyen injekcióhoz szükséges eszközt az elmúlt 4 hétben. Azoknál a szerhasználóknál, akik megosztották az eszközöket az elmúlt 4 hétben, a hepatitis C ellenanyag pozitivitás 60% volt, azoknál, akik nem osztottak meg eszközt, 41,3% volt. A két prevalencia érték közötti különbség szintén szignifikáns a $p < 0,01$ szinten.

⁹³ AZ EMCDDA 9. standard tábla 3. részének kérdései alapján: milyen gyakran injekciózott az elmúlt 4 hétben; hány alkalommal használta újra az eldobott tűt/fecskendőt; hány különböző személytől kapott használt tűt/fecskendőt az elmúlt 4 hétben; az elmúlt 4 hétben használt steril tűk/fecskendők száma.

⁹⁴ az utóbbi 4 hétben élt-e szexuális életet, ha igen, az utolsó alkalommal használt-e óvszert, nyújtott-e szexuális szolgáltatást, pénzért kábítószerért cserébe.

⁹⁵ az elmúlt 4 hétben részt vett-e metadon szubsztitúciós kezelésben; az utóbbi 1 évben élt-e 1 hétnél tovább hajléktalan szállón a kliens.

47. táblázat. A tű/fecskendőt, illetve egyéb injektáló segédeszközt az elmúlt 4 hétben megosztó intravénás szerhasználók aránya HCV fertőzöttség szerinti bontásban a Kék Pont Alapítványnál 2008-2009-ben

Tű és/vagy fecskendő megosztása	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek			Injektáló segédeszköz megosztása	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	közül pozitív				közül pozitív		
	száma	szám	%		száma	szám	%
megosztotta	32	20	62,5	megosztotta	50	30	60,0
nem osztotta meg	65	29	44,6	nem osztotta meg	46	19	41,3
Összesen:	97	49	50,5	Összesen:	96	49	51,0

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

A kliensek 12,5%-a nem injektált intravénásan kábítószer az elmúlt 4 hétben, 15,3%-uk hetente legfeljebb egyszer injektált. Hetente többször, de nem napi gyakorisággal a szerhasználók 19,4%-a, naponta legalább egyszer pedig 14,6%-uk használt kábítószer intravénásan. A legnagyobb csoportot azok tették ki, akik naponta többször injektáltak, ők az összes szerhasználó 38,2%-át alkották.

A megkérdezettek átlagosan 1,78-szor (terjedelem: 0-10; SD: 1,55) használták újra az utolsó eldobott fecskendőjüket. A minta 12,59%-a kapott használt fecskendőt 2 vagy annál több személytől az elmúlt 4 hétben. A válaszadók átlagosan 36 steril tű/fecskendőt használtak az elmúlt négy hétben (terjedelem:0-150; SD:41).

Az elmúlt négy hétben a mintát szolgáltatók közel háromnegyede (71,5%, 103 fő) élt szexuális életet, közülük 81,6% (84 fő) nem használt óvszert az utolsó szexuális együttlétnél. A szexuális életet élők közül csak egy személy (0,1%) nyújtott szexuális szolgáltatást pénzért vagy kábítószerért cserébe az elmúlt 4 hétben.

A minta 20,8%-a az utóbbi egy évben élt egy hétnél tovább hajléktalan szállón vagy az utcán stabil lakhely nélkül.

Kockázati magatartások a büntetés-végrehajtási intézetekben

A bv. intézetekben zajló hepatitis C szűrőprogramhoz kapcsolódó kábítószer-használatot, illetve kockázati magatartásokat felmérő vizsgálat során (lásd: korábban ebben a fejezetben) a valaha intravénás szerhasználó fogvatartottak körében azt is megkérdezték, hogy osztottak-e meg valaha tű/ fecskendőt, illetve egyéb injektáláshoz szükséges segédeszközt. A fertőzöttség 45,5%-os volt a tű/fecskendőt valaha megosztó intravénás szerhasználó fogvatartottak körében, míg a nem megosztók között ez az arány csak 35,5% volt. Az injektáló segédeszközöket megosztók között a HCV fertőzöttség aránya 36,7%-os volt, míg a nem megosztók között 40%. Sem a tű/fecskendő megosztás, sem az injektáló segédeszköz megosztás nem mutatott szignifikáns összefüggést a hepatitis C fertőzöttséggel.

48. táblázat. A HCV pozitív intravénás szerhasználó fogvatartottak megosztása a tű/fecskendő, illetve egyéb injektáló segédeszköz valaha történt megosztása szerinti bontásban

Tű és/vagy fecskendő megosztása	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek			Injektáló segédeszköz megosztása	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	közül pozitív				közül pozitív		
	száma	szám	%		száma	szám	%
megosztotta	33	15	45,5%	megosztotta	47	17	36,2
nem osztotta meg	51	18	35,3%	nem osztotta meg	35	14	40%
Összesen:	84	33	39,3%	Összesen:	82	31	37,8%

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

Az összes fogvatartottat megkérdezték, hogy rendelkeznek-e tetoválással, és ha igen, akkor hol szerezték azt. A minta 63,4%-a (365 fő) rendelkezett tetoválással, közülük 51 fő (8,9%) a börtönben szerezte utolsó tetoválását. A fertőzöttek (37 fő) 86,5%-a rendelkezett tetoválással, a 37 fő 8,1%-a az intézetben szerezte utolsó tetoválását.

49. táblázat. *A HCV pozitív fogvatartottak megoszlása az intézetbe kerülés előtt szerzett tetoválás, illetve az intézetben szerzett tetoválás szerinti bontásban*

Tetoválás	Teljes minta		HCV pozitív személyek	
	száma	%	száma	%
van, az intézetbe kerülés előtt szerezte az utolsót	314	54,5	29	78,4
van, az intézetben szerezte az utolsót	51	8,9	3	8,1
nincs tetoválása	207	36,2	5	13,5
Összesen	572	100	37	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

2009-ben kutatás készült „Közösségi-alapú utcai megkereső modell-program pilot-study vizsgálata budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében” (Rácz et al. 2009) címmel, amely során a felmérésben résztvevő aktív intravénás szerhasználók kockázati magatartásait is megvizsgálták, az adatok a 7.2. fejezetben olvashatóak.

6.2. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI

Kábítószer-mérgezési esetek

Az elmúlt évhez hasonlóan a 2009-es évben is a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán keletkezett adatokat⁹⁶ közöljük a kábítószer-mérgezési esetekkel kapcsolatosan.

2009-ben 1808 főt kezeltek kábítószer, illetve szerves oldószer mérgezés miatt (2008-ban 1692 fő, 2007-ben 672 fő, 2006-ban 670 fő) a toxikológiai osztályon.

Az elmúlt évben látott jelentős növekedés után 2009-ben nem nőtt nagy mértékben a kliensek száma, a kezelt férfiak számában csökkenés mutatkozott (2009-ben 1042 fő, 2008-ban 1078 fő), a nők száma azonban nőtt (2009-ben 766 fő, 2008-ban 614 fő).

A 642 opiát típusú szer okozta túladagolások több mint egyharmada heroin-fogyasztás miatt történt (241 eset), ennél nagyobb azonban a külön megjelölés nélküli esetek aránya, ezek jellemzően dextrometorfánt tartalmazó köhögéscsillapító szerek túladagolásából, illetve azok alkohollal való együttes fogyasztásából adódó túladagolások, de a GHB okozta mérgezések⁹⁷ is ebben a kategóriában szerepelnek. Az előző évhez képest kevesebb heroin (2009-ben 241 eset, 2008-ban 299 eset) és metadon (2009-ben 12 eset, 2008-ban 30 eset) okozta túladagolást kezeltek.

⁹⁶ Az adatgyűjtés problémáiról lásd Jelentés a magyarországi kábítószer helyzetről 2007 <http://drogfokuszpont.hu/?pid=96> (2009.10.20.)

Az osztályon keletkezett adatokat eddig az OSAP adatgyűjtés keretében gyűjtötte az Országos Addiktológiai Centrum, az idei évben azonban nem a végleges OSAP adatbázisból kerültek leválogatásra az esetek (a problémákról lásd 5.3 fejezet), a toxikológiai osztály közvetlenül a Drog Fókuszpontnak küldte el az adatokat. Az OSAP adatlap a következőképpen csoportosítja a különböző szereket: Opiát típusú szerek: ópium, heroin, morfin, egyéb opiátok, szintetikus kábító fájdalomcsillapítók, metadon, opiát külön megjelölés nélkül. Kokain típusú szerek: kokain (só), kokain bázis (crack), kokain külön megjelölés nélkül. Kannabisz típusú szerek: marihuána, hasis, kannabisz külön megjelölés nélkül. Hallucinogének: LSD, hallucinogén külön megjelölés nélkül. Amfetamin típusú szerek: amfetamin, metamfetamin, egyéb amfetamin (ecstasy, MDA, MDMA, MDE, MBDB, 4-MTA), amfetamin külön megjelölés nélkül.

⁹⁷ Az OSAP adatlap nem tartalmazza a GHB-t

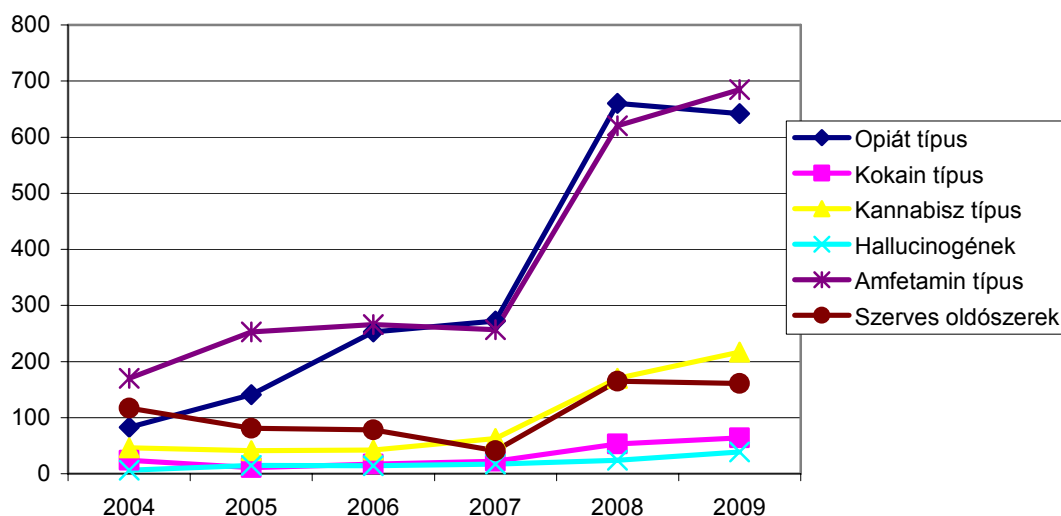
Az opiát típusú szerek okozta túladagolásokról azonban nagyobb számban történt amfetamin típusú szerek túladagolása (2009-ben 685 eset, 2008-ban 620 eset). Valamelyest növekedett az amfetamin túladagolások száma (108-ról 116-ra), mely növekedés a nőknek köszönhető, ugyanakkor csökkent az egyéb amfetamin, ecstasy fogyasztás miatt bekövetkezett esetek száma. Ebben a kategóriában azonban kiegyenlítődés figyelhető meg a férfiak és a nők között (2009-ben 54 férfi, 51 nő, 2008-ban 79 férfi, 35 nő). Az amfetamin típusú szereken belül továbbra is magas (64,6%) a külön megjelölés nélküli esetek aránya. A toxikológiai osztály főorvosának tájékoztatása szerint itt sok esetben különféle szexuális élményfokozó készítmények, illetve kínai származású (efedrin tartalmú) gyógynövények túladagolásáról van szó.

Kannabisz típusú szerek túladagolás miatt 217 fő került az osztályra 2009-ben, ez növekedés az előző évi 170 esethez képest. A kokain fogyasztás miatti kezelések száma is növekedett, elsősorban a nők esetében tapasztalt növekedésnek köszönhetően (2009-ben 34 férfi, 30 nő, 2008-ban 36 férfi, 17 nő).

A szerves oldószerek okozta mérgezések számában nem történt jelentős változás, azonban megváltozott az előző évben látott kiegyenlített nemi arány (2009-ben 119 férfi, 42 nő, 2008-ban 82 férfi, 83 nő).

Az adatgyűjtés nem ad lehetőséget a visszaélészerű szerhasználat miatt bekövetkezett esetek leválogatására. Az időskori opiát és amfetamin típusú szerekkel kapcsolatos mérgezésekkel kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy ezek jelentős része feltételezhetően orvosi javallatra alkalmazott szerekkel történik, egy részük nem is szándékos, hanem véletlen mérgezési, túladagolási eset.

34. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelték száma 2004-2009 között (fő)



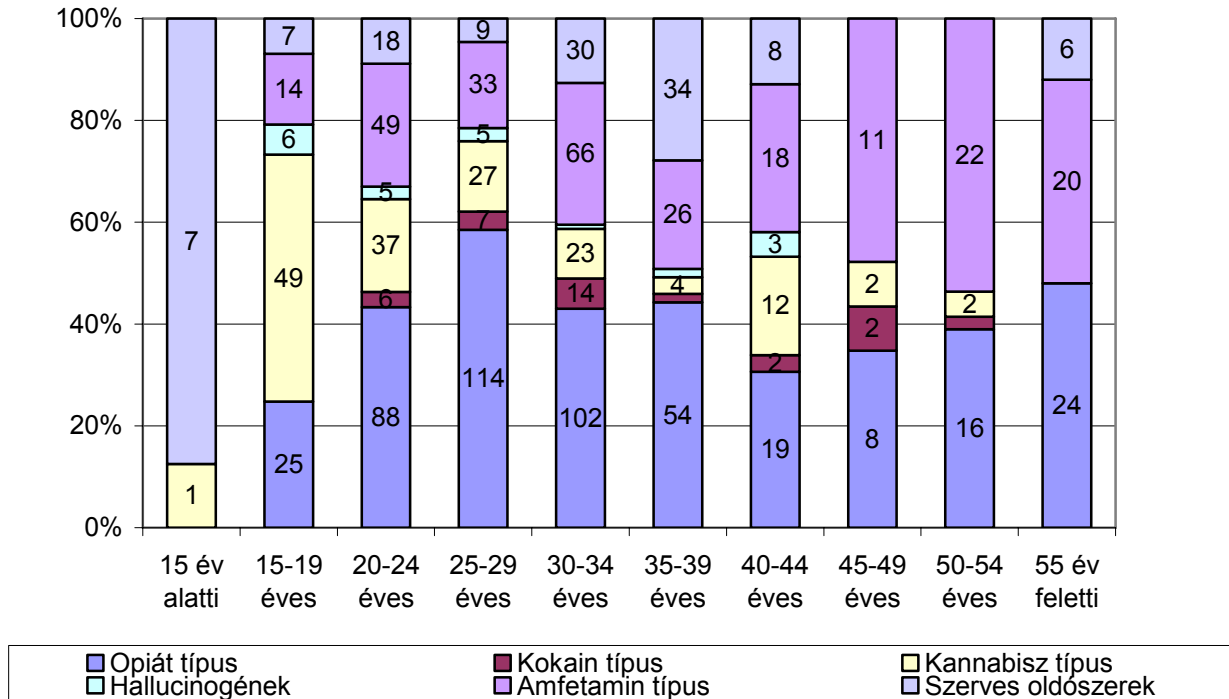
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz.⁹⁸

Az életkori megoszlásokat vizsgálva megállapítható, hogy mindkét nem esetében a 20-24, 25-29 és 30-34 éves korcsoport a leginkább érintett (férfiaknál 203, 195, illetve 237 eset, nőknél 125, 114, illetve 127 eset). Az idősebb korosztályok körében megjelenő opiát és amfetamin típusú szerek okozta túladagolások feltehetően receptre kapható gyógyszerekkel történő túladagolások.

Az elmúlt évhez képest kitűnik a 15 év alatti lányok körében bekövetkezett marihuána típusú szerek túladagolása (2008-ban egy sem volt), illetve a kannabisz típusú szerek túladagolásának megjelenése a 40 év feletti férfiak körében.

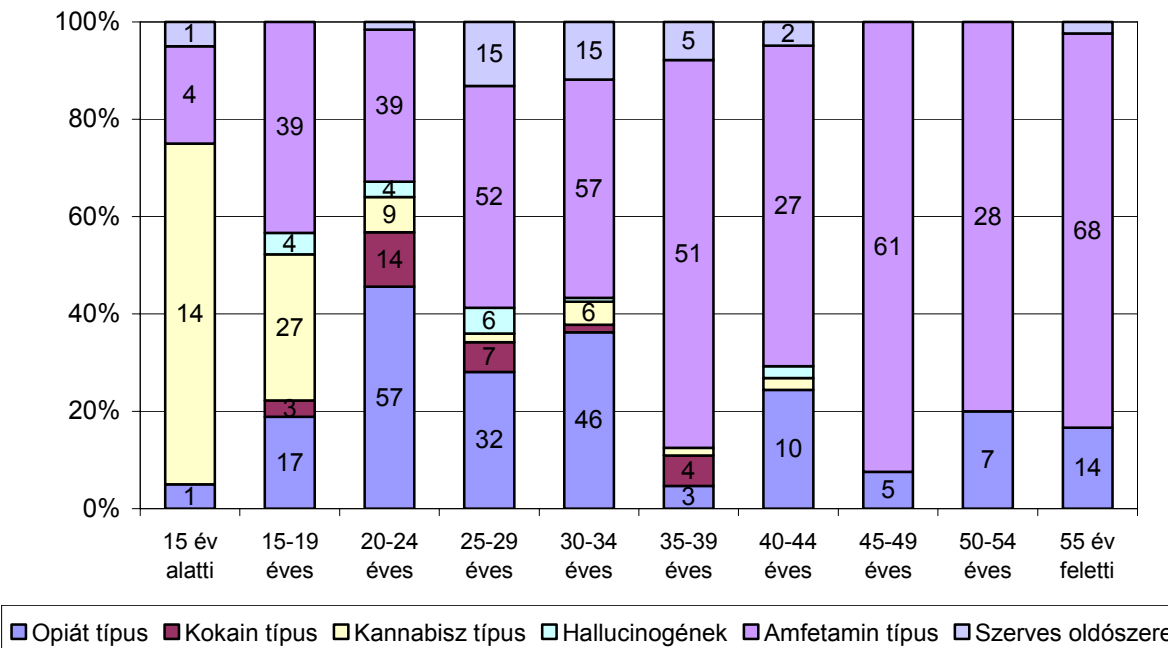
⁹⁸ Az OSAP adatgyűjtés keretében a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztálya által jelentett adatok, melyeket az osztály külön kérésre megküldött a Drog Fókuszpontnak.

35. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt férfiak esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint (N=1042) (fő)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz.

36. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt nők esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint (N=766) (fő)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz.

Közúti balesetek

2009-ben a Rendőrség 83 közúti baleset során vett vizeletmintát küldött az Országos Toxikológia Intézetbe további szakértői vizsgálatra, vezetési képességre hátrányosan ható szer szervezetben való jelenléte gyanújával, mivel az előszűrő teszt pozitív eredményt adott. A Toxikológiai Intézet a 83 mintából, 52 esetben állapított meg pozitivitást, amelyek közül 22 minta esetében vérben is bizonyítható volt a kábítószer jelenléte.

50. táblázat. *Kábítószer jelenléte a közúti balesetekből származó vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban 2009-ben*

Hatóanyag	Esetek száma
THC	8
Amfetamin	4
Kokain	2
Morfin (heroin)	2
Morfin + metadon	1
Amfetamin + THC	4
Amfetamin + THC + kokain	2
Amfetamin + THC + benzodiazepin	2
Amfetamin + kokain + GHB	1
Amfetamin + kokain	2
Morfin (heroin) + THC	1
MDMA + THC	1
Benzodiazepinek + THC	3
Benzodiazepinek + kokain	1
Benzodiazepin+barbiturát	1
Benzodiazepinek	15
Benzodiazepinek + amfetamin	2
Összesen	52
A vérben is bizonyítható volt	22

Forrás: Országos Toxikológiai Intézet

A várandósság alatti droghasználat

A Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciája által koordinált éves szubsztitúciós adatgyűjtés keretében ezúttal is lekérdezésre került a szolgáltatásban megjelent várandós nők száma. A 10 szolgáltató összesen 9 ilyen esetet jelentett le 2009-re vonatkozóan, közülük 8 fő budapesti, 1 fő pedig vidéki kezelőhelyen részesült szubsztitúciós kezelésben.

Budapesti problémás szerhasználó nők kvantitatív vizsgálata

Csorba és munkatársai (Csorba et al. 2009; Csorba et al. 2010) kérdőíves kutatást⁹⁹ 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 egy közelebbi képet rajzoljanak meg, különös tekintettel a terhesség kérdésére.

A vizsgált minta átlagéletkora 32 év volt, a legfiatalabb válaszadó 16, a legidősebb 52 évesnek vallotta magát.

A kérdezettek 10%-a nem fejezte be a 8 általánost, 36% legmagasabb iskolai végzettsége 8 általános volt. 46% rendelkezett valamilyen középiskolai végzettséggel és 8% felsőfokú végzettséggel.

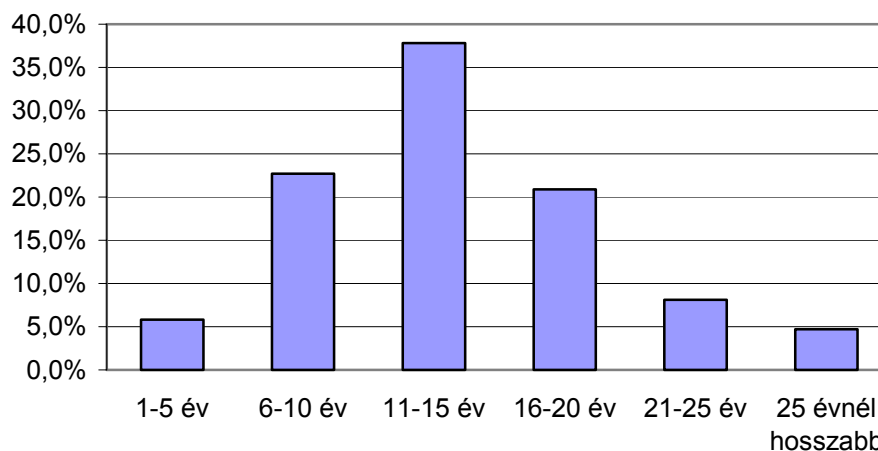
⁹⁹ A kutatást H-Reports Kft. végezte az SZMM finanszírozásával (pályázat kódja: KAB-KT-M-08-01). A mintába bekerült az összes, adatfelvétel idején szubsztitúciós kezelésben lévő nő, aki részt kívánt venni a felmérésben (4 fő nem kívánt részt venni a lekérdezésben) – összesen 106 fő –, illetve a tűcsere szolgáltatók kliensköréből 69 fő. A kérdőíves adatfelvétel face-to-face technikával történt a szolgáltatások telephelyén.

A lakhatási körülményeket tekintve 26% élt albérletben, 56% saját vagy önkormányzati lakásban, 13% lakott szívességből valamely ismerősénél, és 6% vallotta magát hajléktalannak.

Állandó munkahellyel 31%-uk rendelkezett, 26% élt alkalmi munkákból, 10% vallotta magát gazdaságilag inaktívnak és a minta harmada (33%) munkanélkülinek.

A minta 83%-a vallotta magát elsődlegesen opiát-fogyasztónak, 12% amfetamin-fogyasztónak és 4%-uk valamilyen egyéb szert jelölt meg elsődleges kábítószerként. A drogkarrier átlagos hossza¹⁰⁰ 14,1 év volt a mintában (a szubsztitúciós kezelésben részt vevők körében 15,1 év, a tűcsere kliensek között 12,4 év). A minta közel háromnegyedének (72%) drogkarriere több, mint 10 éves múltra tekint vissza. Legtöbben a kérdezettek közül (38%) 11-15 éve használtak először kábítószer.

37. ábra. Kérdezettek megoszlása a drogkarrier hossza alapján (fő, N=172)



Forrás: Csorba et al. 2009

A kérdezettek 23%-a (41 fő) létesített életében szexuális kapcsolatot ellenszolgáltatás fejében és közülük 35 fő (85%) ezt az első szerhasználatot követően tette első alkalommal. Ugyanakkor a 41 esetből 26 fő (63%) az elsődleges szer első használatát követően létesített elsőként szexuális kapcsolatot ellenszolgáltatás fejében.

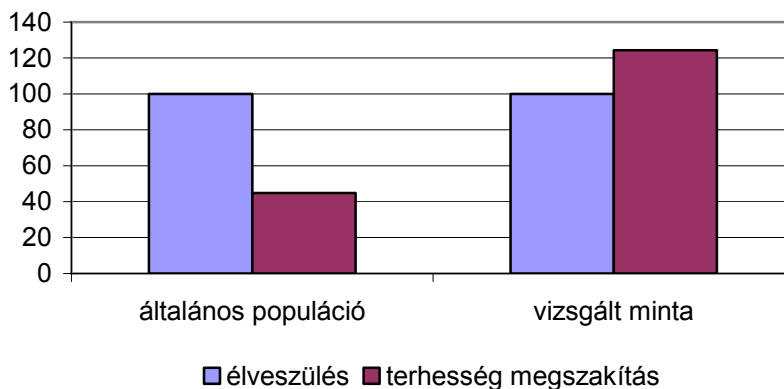
A minta 80%-a (140 fő) számolt be terhességről élete során. Az ismert terhességek 57%-a az első szerhasználatot követően következett be. Az élveszüléssel végződő terhességek 56%-a az édesanya első szerhasználatát követően következett be.

A valaha teherbe esettek (140 fő) összesen 418 terhességről számoltak be, mely fejenként átlagosan 3 terhességet jelent. Az ismert kimenetelű terhességek 36,3%-a végződött élveszüléssel és 48%-a abortusszal. A halvaszüléssel végződő terhességek aránya 4,4%, míg spontán vetélés az esetek 11,4%-ában következett be.

A kutatás egyik legfigyelmeztetőbb eredménye, hogy míg az általános populációban Magyarországon a 100 élveszülésre jutó terhesség-megszakítások száma 44,5 (KSH 2009) addig a mintában mért érték ennek közel háromszorosa, 124,2.

¹⁰⁰ Az első szerhasználat életkora és a kérdezett életkora közti különbség átlaga a teljes mintában.

38. ábra. 100 évesülésre jutó terhesség-megszakítások száma az általános populációban és a mintában



Forrás: Csorba et al. 2009

6.3. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN

Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozáson egyrészt a direkt mérgezés, vagyis közvetlen túladagolás eseteit; másrészt a droghasználattal közvetett módon összefüggésbe hozható erőszakos vagy természetes okú halálozást értjük.

A 2009-es évben jelentős változás történt a kábítószer használattal összefüggő halálozás adatgyűjtésében. A korábbi, kizárólag aggregát adatokat tartalmazó OSAP adatgyűjtés helyett a 2009-es évben történt halálesetekkel kapcsolatos információk az Országos Addiktológia Centrum illegális szerfogyasztáshoz kapcsolódó jelentési rendszerének halálozási moduljából származnak. A modul adatlapja részletes információkat tartalmaz többek között az elhunytak halálozási körülményeiről, ismert előzményeiről és a toxikológiai eredményekről. Az adatszolgáltatóknak az OAC és a Drog Fókuszpont 2009 novemberében találkozót szervezett, ahol bemutatásra került az új rendszer. Az adatok értékelése az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet munkatársai segítségével történt. Az elhunytak teljes körű feltárása érdekében az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet egyeztetett az ISZKI Országos Igazságügyi Toxikológiai Intézettel¹⁰¹ a kábítószerre pozitív toxikológiai eredmények intézmények szerinti megosztását tekintve. A pozitív esetekkel kapcsolatos információkat az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet bekérte az érintett intézetekről, az adatvédelmi szabályok figyelembevételével, vagyis anonimizált formában, generált kódok alkalmazásával. A kábítószerre pozitív eseteket a felelős intézetek nem minden esetben tudták feltölteni a rendszerbe (humán, vagy tárgyi erőforrások hiányában), ezeket az eseteket az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet töltötte fel.

Az új adatgyűjtési rendszer eredményeképp eset alapú adatbázis áll rendelkezésre a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetekről, mely adatbázis a generált kód segítségével összekapcsolható a kezelési adatokkal is. Az idei évben először rendelkezünk részletes információkkal a közvetett halálesetekről is, melyeket lehetőségünk van további kategóriákra (természetes és erőszakos) bontva elemezni.

¹⁰¹ Szeged és Debrecen kivételével az országból érkező minden szerves minta vizsgálatát az intézet végzi.

Közvetlen túladagolás okozta halálesetek

Országos adatok

2009-ben 31 illegális szerhasználattal közvetlenül összefüggő esetet jelentettek, ez növekedést jelent az elmúlt évekhez képest (2008-ban 27 eset, 2007-ben 25 eset, 2006-ban 25 eset). Kizárólag a budapesti eseteket tekintve azonban nem mutatkozik számottevő változás (2009-ben 22 eset, 2008-ban 20 eset, 2007-ben 25 eset), így valószínűsíthető, hogy az esetszám emelkedés a Budapesten kívüli esetek alaposabb felderítéséből adódik. Budapesten kívül Győrből (4 eset), Kecskemétről (1 eset), Miskolcra (1 eset), Szegedről (1 eset), Székesfehérvárról (1 eset) és Szolnokról (1 eset) jelentettek kábítószer túladagolási eseteket.

51. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2009-ben¹⁰²

	Férfi	Nő	Összesen
Heroin	25	3	28
Metadon	2	0	2
Amfetamin	1	0	1
Összesen	28	3	31

Forrás: OAC

A közvetlen túladagolás miatt elhunytak átlagéletkora 32 év, a férfiak és nők átlagéletkora között nincs különbség (férfiak 32 év, nők 32,7 év), a legfiatalabb elhunyt 21 éves (heroin túladagolás), a legidősebb pedig 47 éves férfi (heroin túladagolás) volt.

52. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek életkori megoszlása 2009-ben

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	összesen
Heroin	0	4	7	7	6	2	2	28
Metadon	0	0	0	1	1	0	0	2
Amfetamin	0	0	1	0	0	0	0	1
Összesen	0	4	8	8	7	2	2	31

Forrás: OAC

Kábítószer-fogyasztással összefüggésbe hozható indirekt halálesetek

A 2009. évi statisztikai adatgyűjtés eredményességét mutatja, hogy nagy számban kerültek az adatbázisba az ún. indirekt halálesetek, az indirekt halálesetek két csoportját lehetett megkülönböztetni. Az egyik csoportnál a helyszíni szemle során kábítószer-használathoz (iv beadáshoz) szükséges eszközöket találtak, az elhunyt vizsgálata során friss és régi tűszűrési nyomokat észleltek, de a boncolás során csak a vizeletből volt kimutatható kábítószer, ill. annak bomlásterméke. Ezekben az esetekben a halál közvetlen okát a boncoló orvos szívizom elfajulásban, vagy tüdőgyulladásban határozta meg. A másik csoportba az egyéb erőszakos módon elhaltak kerültek, akiknél a vizelet vizsgálat megerősítette, hogy a halált megelőzően fogyasztottak kábítószerrel.

Természetes halálesetek, illegális szer jelenléte a vizeletben

2009-ben 8 természetes halálú esetet jelentettek, ahol illegális szer is kimutatásra került a toxikológiai vizsgálat során és a körülmények alapján az igazságügyi szakértők feltételezték, hogy a kábítószer fogyasztása hozzájárulhatott a halálhoz, de nem közvetlen túladagolás történt. Az elhunytak átlagéletkora 33,6 év volt, a legfiatalabb 21, míg a legidősebb 42 éves volt.

¹⁰² Special register Selection D

53. táblázat. *Természetes okú halálesetek, illegális szer jelenléte a vizeletben 2009-ben*

Nem	Életkor	Toxikológia ¹⁰³	Halál közvetlen oka
Nő	42	kokain	Pangásos szívelégtelenség
Férfi	28	amfetamin	Szívelégtelenség, k.m.n.
Férfi	39	metadon, heroin (morfin) egyéb opiát	Szívelégtelenség, k.m.n.
Férfi	32	heroin (morfin), metadon	Szívizom tágulat
Férfi	38	marihuána	Légzésleállás
Férfi	21	kokain, marihuána	Szívelégtelenség, k.m.n.
Férfi	31	heroin (morfin), metadon	Légzésleállás
Férfi	38	marihuána	Heveny szívizomelhalás, k.m.n.

Forrás: OAC

A szerfogyasztást követően rövid időn belül beálló haláleseteknél sem mindig egyértelmű, hogy az orvos-szakértő miként határozza meg a halál pontos okát. A halál a kábítószer használó személynél sok esetben elhúzódó lehet (Horvath et al. 2006), ami azt jelenti, hogy a haldoklás folyamata során a szernek lesz ideje kiürülni a vérből. A kimutatott szerek fajtái, szintén azt támaszthatják alá, hogy nem véletlen szerhasználatról van szó, s a vizeletben kimutatott mennyiség alapján pedig gyakran valószínűsíthető, hogy a kábítószer a halál bekövetkezése előtt rövid idővel (24 órán belül) kerülhetett a szervezetbe. A halál pontos okának meghatározásához megadásához az orvos-szakértőknek a haláleset összes körülményét figyelembe kell venni.

Erőszakos halálesetek, illegális szer jelenléte a vizeletben

Az erőszakos halálesetekben belül három kategóriát különíthetünk el: öngyilkosság (nem mérgezés), idegenkezű cselekmény (gyilkosság) és (közúti) baleset. A 2009-ben jelentett 11 erőszakos halálesetben a leggyakrabban marihuána (THC) jelenlétét mutatták ki (5 eset), egy esetben amfetaminnal együtt. Két esetben került kokain ill. heroin bomlásterméke kimutatásra, ezek közül az egyik esetben metadonnal együtt. Az öngyilkos elhunytak közül hárman önakasztással vetettek véget életüknek, egyikük pedig magasból ugrott.

54. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő erőszakos halálesetek megoszlása szerítípus szerint 2009-ben*

	Öngyilkosság	Baleset	Gyilkosság	Összesen
Amfetamin	1	0	0	1
Morfin/heroin	1	0	0	1
Marihuána	0	4	1	5
Kokain	1	0	1	2
Heroin/morfin és metadon	0	1	0	1
Amfetamin és marihuána	1	0	0	1
Összesen	4	5	2	11

Forrás: OAC

Az erőszakos halálesetek áldozatának átlagéletkora 29,7 év volt, a legfiatalabb 19 éves férfi (heroin és metadon, autóbaleset), a legidősebb 61 éves férfi (marihuána, kerékpáros baleset) volt.

¹⁰³ A morfin a heroin bomlásterméke, a helyszíni adatok alapján heroin fogyasztás valószínűsíthető

A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek körülményei

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

A feltalálás helyét tekintve a közvetlen túladagolás és természetes haláleseteknél az elhunytakat legnagyobb arányban saját lakásukban találták meg, az erőszakos haláleseteknél a közút és az egyéb helyszín azonos arányban fordultak elő. Az egyéb helyszínek között több esetben említették a lépcsőházat, nyilvános hely mosdóját, illetve különböző parkokat a közvetlen halálesetekkel kapcsolatban.

55. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt, természetes és erőszakos halálesetek megoszlása a feltalálás helyszíne szerint 2009-ben

	saját lakás	idegen lakás	szórakozó-hely	közút	egyéb közterület	kórház	egyéb	össz.
Közvetlen	14	1	2	0	1	1	12	31
Természetes	5	2	1	0	0	0	0	8
Erőszakos	2	0	0	4	1	0	4	11
Összesen	21	3	3	4	2	1	16	50

Forrás: OAC

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

56. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt, természetes és erőszakos halálesetekben mért alkoholszintek¹⁰⁴ 2009-ben, a különböző halálokok százalékában¹⁰⁵

	<0,2 ‰ (negatív)		0,2-0,5 ‰		0,5-0,8 ‰		0,8-1,5 ‰		>1,5 ‰	
	vér.alk.	viz.alk.	vér.alk.	viz.alk.	vér.alk.	viz.alk.	vér.alk.	viz.alk.	vér.alk.	viz.alk.
Közvetlen	66,7%	57,1%	16,7%	14,3%	4,2%	4,8%	4,2%	14,3%	8,3%	9,5%
Természetes	62,5%	57,1%	0,0%	14,3%	25,0%	0,0%	0,0%	28,6%	12,5%	0,0%
Erőszakos	40,0%	50,0%	10,0%	0,0%	20,0%	10,0%	10,0%	0,0%	20,0%	40,0%
Total	59,5%	55,3%	11,9%	10,5%	11,9%	5,3%	4,8%	13,2%	11,9%	15,8%

Forrás: OAC

A 2009-ben kábítószer-fogyasztással összefüggésben elhunytak közül a TDI adatok alapján 17 fő jelent meg korábban valamilyen típusú kezelésben (túladagolt 12, természetes 2, erőszakos 3). Négy fő kettő, vagy több alkalommal is megjelent az ellátó rendszerben az elmúlt 4 év során. Az első kezelésbe vételnél a 17 főből 13-nál heroin volt az elsődleges szer, 10-en aktív intravénás használók voltak (9 heroin, 1 amfetamin).

Az elhunytak első szerhasználatának életkorát vizsgálva megállapítható, hogy a kezelésben megfordult elhunytak az első szerhasználat után átlagosan 11 évvel haltak meg. Különbség mutatkozik ugyanakkor a halálokok tekintetében. A közvetlen túladagolásban elhunytak átlagosan 13 évvel, a természetes és erőszakos halált haltak pedig átlagosan 8 évvel az első szerhasználat után haltak meg¹⁰⁶.

¹⁰⁴ <0,2 ‰ = az alkoholfogyasztás nem bizonyított, 0,21-0,50 ‰ = ivott, de alkoholosan nem befolyásolt, 0,51-0,80 ‰ = igen enyhe, 0,81-1,50 ‰ = enyhe, 1,50-2,50 ‰ = közepes, 2,51-3,50 ‰ = súlyos, 3,51 ‰ felett = igen súlyos fokú alkoholos befolyásoltság.

¹⁰⁵ A véralkohol vizsgálat 8, vizeletalkohol vizsgálat 12 esetben nem készült.

¹⁰⁶ Az alacsony elemszám miatt az adatok értelmezhetősége korlátozott.

57. táblázat. 2005 és 2009 között kezelésben megjelent, 2009-ben kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetekben elhunyt személyek jellemzői

	nem	életkor halálozás	elsődleges kábítószer	első kezelés ¹⁰⁷	beutaló szerv	korábbi kezelés	életkor elsődleges szer használatának kezdetekor
Közvetlen	nő	29	heroin	2005	Saját maga	Korábban már kezelték	14
	férfi	31	heroin	2005	Saját maga	Nem ismert	26
	férfi	23	amfetamin	2005	Hatósági beutalás	Korábban már kezelték	17
	férfi	39	heroin	2007	Saját maga	Korábban már kezelték	18
	férfi	35	amfetamin	2005	Nem ismert	Korábban már kezelték	16
	férfi	29	heroin	2008	Másik kábítószer-kezelőhely	Korábban már kezelték	17
	férfi	33	heroin	2007	Saját maga	Korábban már kezelték	25
	férfi	30	heroin	2007	Családi- / baráti kör	Korábban már kezelték	16
	férfi	22	heroin	2008	Saját maga	Nem ismert	16
	férfi	34	heroin	2006	Családi- / baráti kör	Korábban már kezelték	15
Term.	férfi	32	heroin	2005	Hatósági beutalás	Korábban már kezelték	19
	férfi	31	heroin	2008	Saját maga	Soha	28
Erőszakos	férfi	27	kannabisz	2007	Hatósági beutalás	Soha	18
	férfi	19	heroin	2007	Saját maga	Korábban már kezelték	17
	férfi	42	kannabisz	2007	Hatósági beutalás	Soha	28

Forrás: OAC

Letartóztatási adatok

A letartóztatási adatokat¹⁰⁸ vizsgálva megállapítható, hogy a 2009-ben kábítószer-fogyasztással összefüggésben elhunyt személyek közül 10-en voltak letartóztatásban 2005 és 2009 között. Mind a 10 személy férfi volt (mindannyiuk esetében heroin fogyasztás volt megállapítható halálukkor), 9 esetben szerepelt heroin az ügyiratban, egy esetben pedig amfetamin. Az elhunytak egy kivétellel 2008-ban kerültek letartóztatásba.

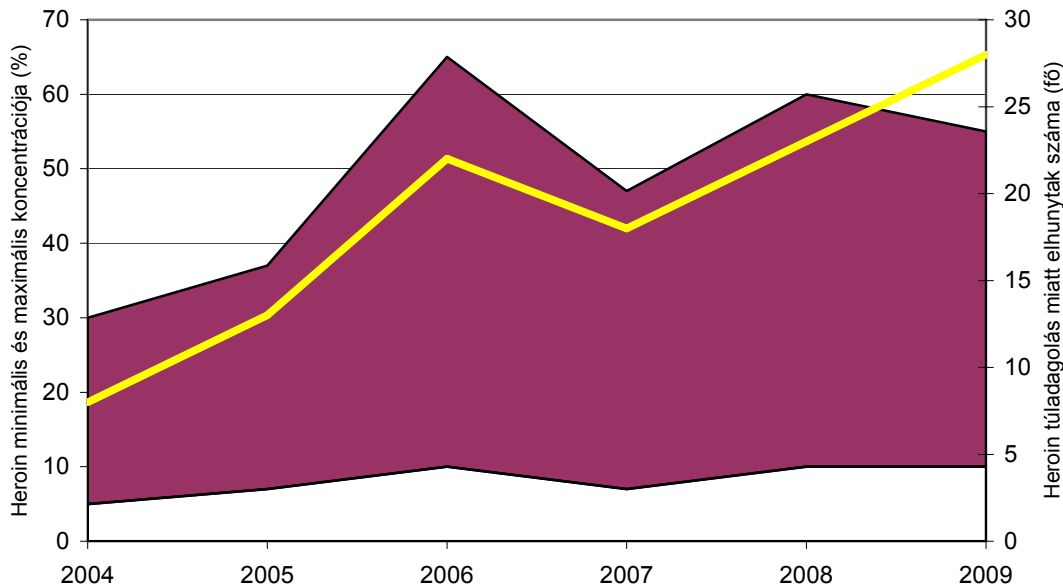
¹⁰⁷ A TDI adatgyűjtés, mely a kezelésben megjelent új eseteket rögzíti, 2005 óta működik. A 2005 előtti kezelési eseményekről nincs információ. A TDI adatgyűjtésről bővebben lásd 5. fejezet.

¹⁰⁸ Azon esetekről áll rendelkezésre információ a Drog Fókuszpontnál, mely esetekben problémás kábítószer (is) szerepelt az ügyiratban. Az eseteket a generált kód segítségével lehetett összekapcsolni.

Heroin koncentráció és a heroin halálozás alakulása

A Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet által vizsgált utcai heroin koncentrációjának alakulása trendszerű összefüggést mutat a heroin túladagolások számának alakulásával.¹⁰⁹

39. ábra. A heroin okozta túladagolások számának alakulása és a heroin koncentrációjának változása közötti összefüggés megjelenítése 2004 és 2009 között (a piros sáv a heroin tisztaságának minimum és maximum koncentrációját, a sárga vonal pedig a heroin túladagolás miatt elhunytak számának alakulását mutatja)



Forrás: BSZKI, Horvath et al. 2009, OAC

Halandóság és a halálokok a drogfogyasztók körében

Nincs adat.

Következtetések

Összességében megállapítható, hogy az intravénás kábítószer-használók HIV fertőzöttsége valószínűsíthetően továbbra is igen alacsony Magyarországon, amit a 2009-es prevalencia vizsgálatok eredményei, illetve a rutin HIV/AIDS surveillance adatai is alátámasztanak. Magyarországon a homoszexuális férfiak vannak a legnagyobb kockázatnak kitéve a HIV akvirálása szempontjából. A szerhasználók körében mért alacsony hepatitis B fertőzöttség nagyrészt a Magyarországon 1999-ban bevezetett, a 14. életévet betöltött serdülők hepatitis B elleni immunizálásának köszönhető. Ami a hepatitis C fertőzöttséget illeti, az intravénás szerhasználó populáció országos prevalencia értéke az elmúlt négy évben 25% körül mozgott. A 2008 és 2009 években mért prevalencia értékek, illetve a 2006-2009 közötti években mért értékek különbsége sem szignifikáns a $0,1 < p < 0,2$ szinten. Kiemelésre érdemes, hogy a nők között magasabb HCV prevalencia értéket találtak, mint a férfiaknál. A nőknél a 25-34 év közötti korcsoportban, illetve a 34 évesnél idősebb populációban mért prevalencia érték még az átlagos prevalencia értéknél is szignifikánsan magasabb volt. A hepatitis C fertőzöttség nagy területi egyenlőtlenségeket mutat, amely felhívja a figyelmet az ártalomcsökkentő szolgáltatások fontosságára, főleg a nagyvárosok területén. Míg

¹⁰⁹ Az adatok értelmezésénél azonban figyelembe kell venni, hogy a korábbi elmúlt években főleg csak Budapestről származtak megbízható adatok a heroin-fogyasztással összefüggő halálozások tekintetében.

Budapesten 40,5%-os fertőzöttséget mértek, addig vidéken ez az érték 7,9% volt. A vidéki helyszínek között Veszprémben kiemelkedően magas volt az átfertőzöttség (24%), a vidéki átlagos prevalenciához képest a különbség szignifikáns a $p < 0,01$ szinten.

Az országos prevalencia vizsgálat során a budapesti, VIII. kerületi Kék Pont Alapítvány által szolgáltatott minták célzott szűrővizsgálatakor 2006-ban és 2007-ban 75%-os prevalencia értéket találtak. 2008-ban az alapítvány kliensei között a hepatitis C fertőzöttség 63,2%-nak, 2009-ben 68,3%-nak bizonyult. Országos viszonylatban ez a budapesti kerület rendelkezik a legmagasabb hepatitis C fertőzöttségű intravénás szerhasználói populációval. Az ebből kifolyólag elindított, 2008. szeptember és 2009. július között zajló folyamatos szűrőprogram során 150 minta 51,4%-a bizonyult HCV ellenanyag pozitívnak az említett tűcsere programban. Ez a hepatitis C prevalencia szignifikánsan alacsonyabb ($p < 0,05$) az előző években talált prevalencia értékekkel összehasonlítva. Ennek az lehet az egyik oka, hogy az országos prevalencia vizsgálatok során a kliensek kapnak motivációs díjat, így akkor azok a kliensek is eljönnek a szűrővizsgálatokra, akik egyébként nem motiváltak az ártalomcsökkentő programokra: egyáltalán nem, vagy csak kis mértékben veszik igénybe a tűcsere szolgáltatást.

A fogvatartott intravénás szerhasználói múlttal rendelkező személyek esetében a két vidéki börtönben végzett szűrővizsgálat és kérdőívezés alapján 40%-os HCV fertőzöttséget mutatott ki a 2009-es vizsgálat. A két intézetben a HCV fertőzött fogvatartottak majdnem mindegyike, 37-ből 34 fő fogyasztott élete során kábítószer intravénásan.

Az összes fogvatartott esetében a hepatitis C fertőzöttség prevalencia értéke meglehetősen alacsony 4%-os, az intravénás szerhasználói múlt szignifikánsan összefügg a hepatitis C fertőzöttséggel a fogvatartottak körében. A börtönökben a HIV, illetve a hepatitis B fertőzöttség elterjedtsége nagyon alacsony.

A budapesti, VIII. kerületi és az országos vizsgálat eredményei alapján elmondható, hogy az intravénás szerhasználó válaszadók közel 50%-ánál történt HIV, illetve HCV szűrővizsgálat a kérdezést megelőző 1 évben. A részvételi hajlandóságot pozitív irányba befolyásolhatja az évenkénti országos vizsgálat során a résztvevők számára biztosított motivációs díj.

Az intravénás szerhasználók tű/fecskendő, illetve injektáló segédeszköz megosztási szokásai magasabb prevalencia értékeket mutattak a budapesti (VIII. kerület) vizsgálat során (tű/fecskendő megosztás 33,1%; segédeszköz megosztás: 52,9%) az országos vizsgálatnál (tű/fecskendő megosztás: 26,3% segédeszköz megosztás: 40,5%) szemben.

A 2008-as nagy esetszám növekedéshez képest 2009-ben nem történt kimagasló növekedés a drog-mérgezés miatt a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán kezelésre szorulóknak számában. Csökkenés mutatkozott a heroin és metadon okozta túladagolások számában, ugyanakkor növekedett a kannabisz, kokain és amfetamin típusú szerek túladagolása miatti kezelések száma.

Egy intravénás, ill. opiát-használó nők körében készült budapesti kutatás eredményei a szerhasználat alatti terhesség kapcsán egy igen jelentős problémára, a nem kívánt terhességek hatékonyabb megelőzésének szükségességére, hívja fel a figyelmet. A felmérés eredményei szerint a vizsgált populációban közel háromszor magasabb a 100 élveszülésre jutó terhesség-megszakítások száma, mint az általános populációban.

A kábítószer-fogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetek számában országosan növekedés figyelhető meg, az azonban valószínűsíthetően az esetek jobb felderítéséből adódik. A budapesti adatokat vizsgálva nem figyelhető meg jelentős növekedés az elmúlt évekhez képest, de az esetek feldolgozása itt az elmúlt tíz évben a rendőrhatalommal és a BSZKI-val szoros együttműködésben történt. 2009-ben 30 személy halálozott el kábítószer túladagolásban (22 Budapesten), az esetek túlnyomó részében (28 eset) heroin fogyasztás miatt. 2009-ben 8 természetes okú halálesetet jelentettek, mely összefüggésbe hozható volt

kábítószer-fogyasztással és 11 olyan erőszakos halálesetet (öngyilkosság, gyilkosság, baleset), ahol kimutattak valamilyen illegális szert az elhunytban. A 2009-ben kábítószer-fogyasztással közvetlenül, vagy közvetett összefüggésben elhunyt 50 személy közül 17 fő jelent meg valamilyen ellátási formában az elmúlt négy év során.

7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE¹¹⁰

Háttér, Előzmények

A tűcsere szervezetek 2009-ben is az előző évben létrehozott adatgyűjtő internetes portálon jelentették az adatokat a Nemzeti Drog Fókuszpont számára. 2009-re vonatkozóan, kísérleti jelleggel kialakításra került egy, a kliensekről információt gyűjtő aloldal is a beszerzési források és a forgalmi adatok aloldal mellett. Az új felületen a kliensek nemét, életkorát és elsődleges szerét rögzítették a szervezetek programtípusonként, amely adatok segítséget nyújthatnak hazai és helyi szinten az intravénás szerhasználói populációra irányuló programok adekvátabb tervezéséhez és fejlesztéséhez.

A budapesti VIII. kerületi tűcsere program klienskörében az elmúlt években megfigyelhető egyre növekvő kliensszám és magas hepatitis C fertőzöttség kapcsán két kutatás is készült a területen az ártalomcsökkentő szolgáltatásokra vonatkozóan.

7.1. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE

Kritikus kábítószeres hatóanyag-tartalmának fokozott monitorozása¹¹¹

A droghalálzási esetek megelőzése végett sor került a „Kritikus kábítószeres hatóanyag-tartalmának fokozott monitorozása” nevű projekt beindítására. A kábítószer-fogyasztással összefüggő 2008-as tragikus események¹¹², a sorozatos túladagolások halálesetek vizsgálata során a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet (BSZKI) javasolta a monitoring rendszer bevezetését. A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI) és a BSZKI között megkötött megbízási szerződés alapján 2009. március-áprilisban megkezdtek a rendszer kiépítését, májusban pedig a működtetést. A vizsgálatok költségét a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB) és az NDI közreműködésével külön célleírányszatból biztosítják. Az első Monitoring Hírlevél 2009. júliusában, a második pedig novemberben jelent meg.

A rendszer célja, hogy folyamatosan figyelemmel kísérje a túladagolás szempontjából fokozottan veszélyes fogyasztói adagba kiserelt feketepiaci kábítószeres (elsősorban heroin és amfetamin) tisztaságának változását, a ritka és veszélyes komponensek felbukkanását a feketepiaci szerekben, továbbá negyedéves rendszerességgel tájékoztassa a tendenciákról az érintett szervezeteket és szükség esetén azonnali figyelmeztetést küldjön.

A projekt keretében, a büntetőjogi szempontból nem indokolt esetekben is vizsgálatra kerül az összes lefoglalt heroin és amfetamin hatóanyag-tartalma, így olyan mennyiségű mérési eredmény áll rendelkezésre, amely már negyedéves összesítésben is alkalmas arra, hogy megbízható képet adjon a feketepiaci trendekről.

Az összegyűlt eredményekről negyedévente értékelés készül (adatokat lásd: 10.3. fejezet), kiugróan magas koncentrációjú anyag vagy új, veszélyes vegyület megjelenése esetén azonnali riasztás történik. Az értékeléseket és a riasztásokat a hírlevélre jelentkező szervezetek, kezelőhelyek, ambulanciák, civil szervezetek, hivatalos és magánszemélyek közvetlenül e-mailben kapják meg, továbbá a projekt keretében készült anyagok összegyűjtve megtalálhatók a BSZKI¹¹³ honlapján is. Az elektronikus terjesztési lista jelenleg 117 szervezetet és személyt tartalmaz. Az eddig kapott visszajelzések a monitoring rendszer hasznosságát, bevezetésének hiánypótló hatását emelik ki.

¹¹⁰ A fejezet szerzője: Horváth Gergely, Oberth József, Péterfi Anna, Tarján Anna

¹¹¹ Az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium 2009. évről szóló beszámolója alapján

¹¹² Lásd: 2009-es Éves Jelentés, 6.3. fejezet.

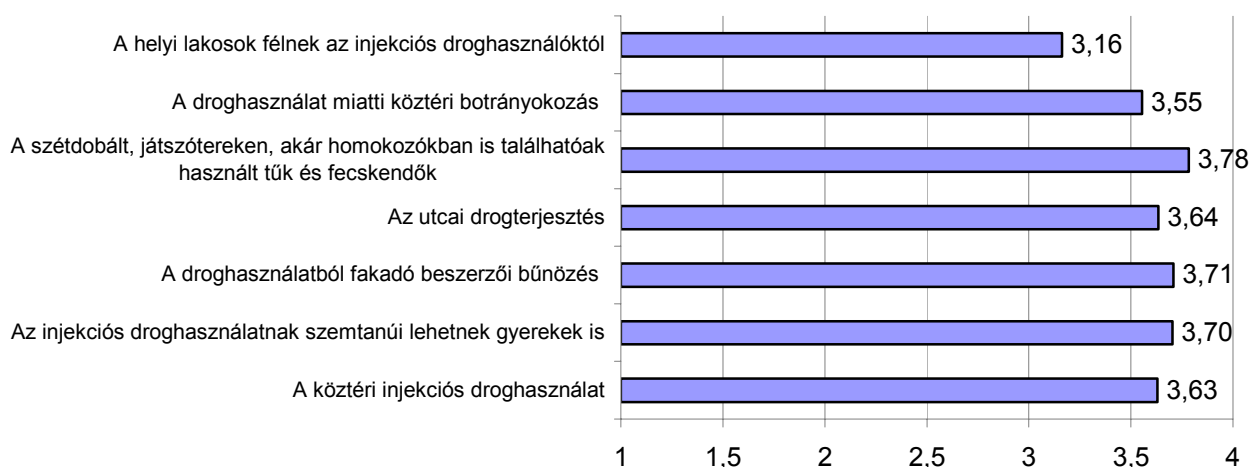
¹¹³ www.bszki.hu

Felügyelt injekciós helyiségekkel kapcsolatos attitűdök és vélemények vizsgálata a szakértők és a lakosság körében

2009. július és október között az NDI támogatásával vizsgálat¹¹⁴ (Rácz et al. 2010) készült a felügyelt injekciós helyiségekkel kapcsolatos attitűdökre és véleményekre vonatkozóan a szakértők és a lakosság¹¹⁵ körében a VIII. kerületben. A kutatás célja a Kálvária téren intravénás szerhasználók számára esetlegesen létrehozandó egészségügyileg felügyelt használói helyiségekkel kapcsolatos lakossági (Kálvária tér és környéke), illetve VIII. kerületi és fővárosi szakértői és politikusi attitűdök feltérképezése, felmérése volt. A másik cél az volt, hogy felmérjék a helyi lakosság és a szakértők – a környéken tapasztalt – utcai droghasználattal kapcsolatos probléma észlelését és percepcióját. Az eredmények felhasználásával ajánlások készülnek azon szakmai és módszertani kritériumokra és feltételekre, amelyek egy egészségügyileg felügyelt használói szoba létrehozásához szükségesek lehetnek. A helyszínválasztás indokolt volt az elmúlt években a területen kialakult egyre növekvő kábítószer-fogyasztói szcéna jellemzői miatt. (lásd:4.2. fejezet; 6.1. fejezet; 7.2 fejezet).

A helyi lakosok problémaként érzékelik a környéken tapasztalt intravénás szerhasználatot, és az avval járó jelenségeket, mint amilyen a gyermekek veszélyeztetettsége, a köztéri botrányokozás, a drogterjesztés, a beszerzői bűnözés. Ugyanakkor maguktól a szerhasználóktól kevésbé tartanak.

40. ábra. A szerhasználattal kapcsolatosan észlelt attitűdök (átlagok) a lakosság körében (N=150) (1=egyáltalán nem probléma, 2=kicsit probléma, 3=közepesen probléma, 4=nagyon probléma)



Forrás: Rácz et al. 2010

Hasonlóan vélekednek erről a megkérdezett szakértők is, avval a különbséggel, hogy a botrányokozást és a közszeméremérsértést kevésbé ítélik problémának.

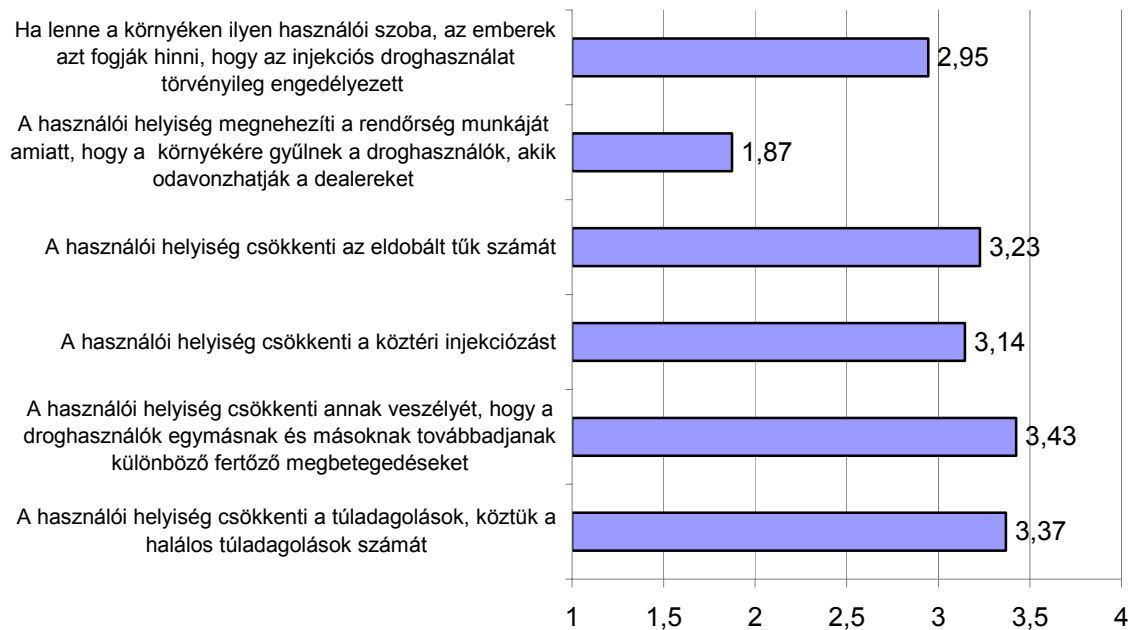
A használói helyiséggel kapcsolatos lakossági attitűdök arra engednek következtetni, hogy a helyi lakosok belátják a használói helyiség előnyeit, miközben valamelyest tartanak attól,

¹¹⁴ A használói helyiséggel, valamint az utcai szerhasználattal kapcsolatos észlelt attitűdök feltérképezésére egyetlen mérőeszköz (a továbbiakban kérdőív) készült, amelyet a helyi lakosok és a szakértők körében egyaránt használtak. A kérdőívekben található attitűdállításokat a nemzetközi hatáselemzésekben használt mérőeszközök alapján állították össze (Hedrich, 2004). A lakossági felmérés során alkalmazott mintavételi módszer a „random walking” (véletlen séta) volt. A kutatók 150 Kálvária tér környéki lakost, valamint 20 kerületi, fővárosi szakértőt kérdeztek meg. Az adatok elemzése során – a válaszgyakoriságok mellett – a skálaértékek átlagait számolták ki, továbbá keresztátlás és ANOVA, valamint klaszter elemzési eljárást használtak.

¹¹⁵ A mintába került helyi lakosok szocio-demográfiai adatai azt mutatják, hogy mind az országos, mind a kerületi adatokhoz képest alapvetően több szempontból is hátrányosabb helyzetűnek mondhatók. Ez különösen igaz a megkérdezettek hátrányos foglalkoztatási helyzetére, valamint az iskolai végzettségére vonatkozóan.

hogya az más használókat fogja a környékre vonzani, és az emberek szemében legitimizálni fogja a droghasználatot. Ugyanakkor – véleményük szerint – nem annyira generálna olyan illegális tevékenységeket, mint a szerhasználat, illetve a dílerkedés. Ez hasonló módon elmondható a szakértők tekintetében is.

41. ábra. A használói helyiséggel kapcsolatos észlelt attitűdök (átlagok) a lakosság körében (N=150). (1=Egyáltalán nem ért egyet; 2=Kicsit ért csak egyet; 3=Közepesen ért egyet; 4=Nagyon egyetért)



Forrás: Rácz et al. 2010

A megkérdezett helyi lakosok három csoportba sorolhatók aszerint, hogy milyen mértékű problémaként érzélik az utcai szerhasználatot, illetve hogy hogyan vélekednek a használói helyiséggel kapcsolatban. Az első klaszterbe tartozókat (a minta 29%-a) leginkább az jellemzi, hogy az utcai szerhasználat szinte minden aspektusát problémának látják, és nem ismerik el a használói szoba alapvető előnyeit. A második csoport tagjait (a teljes minta 44%-a) még az elsőnél is erősebb problémaérezlés jellemzi, miközben a használói szoba bizonyos előnyeit belátják: elsősorban a használat következtében keletkező közegészségügyi veszélyek csökkentésére irányuló lehetséges funkcióit. A harmadik csoport tagjai (a teljes minta 27%-a) látják legkevésbé problémának a környékbeli utcai szerhasználatot, miközben úgy vélik, hogy a használói szoba számos, általuk is percipiált problémára választ nyújthat.

7.2. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE

Prevenció

Tűcsere programok

2009-ben 18-ról 21-re növekedett a tűcsere szolgáltatást nyújtó szervezetek száma. Az elmúlt évben két új helyszínen indult el tűcsere program, Nagykanizsán és Ajkán, ezzel is javítva a Nyugat- és Közép-dunántúli régió lefedettségét. Így elmondható, hogy Budapesten és további 13 vidéki városban volt elérhető tűcsere szolgáltatás az intravénás szerhasználók számára.

2. térkép. *Tűcsere szolgáltatók 2009-es országos megoszlása*



Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

A szolgáltatók összesen 392 336 fecskendőt osztottak ki, a hozott+gyűjtött fecskendők száma 248 881 darab volt (ebbe beleértendő a tűcsere automaták által adott, és az automaták mellett elhelyezett gyűjtőedénybe dobott fecskendők száma is). A becserelési arány 2009-ben 63%-os volt.

Az adatok alapján elmondható, hogy mind a hozott+gyűjtött, mind az osztott fecskendők számát tekintve az előző évek tendenciáját folytatva további jelentős növekedés figyelhető meg. 2009-ben, 2008-hoz képest 32%-kal több fecskendőt osztottak ki a szolgáltatók, a hozott+gyűjtött fecskendők száma pedig közel 41%-os emelkedést mutat. A növekvő trendben elsősorban az állandó telephelyű programokban kiosztott / begyűjtött fecskendők számának jelentős emelkedése játszik szerepet, de nem elhanyagolható a mobil tűcsere programokban kiosztott / begyűjtött fecskendők számában megfigyelhető növekedés sem.

A kliensek és kontaktok száma az előző évi csökkenő tendenciával ellentétes irányt mutatott 2009-ben: 2008-hoz képest 23%-kal nőtt a tűcsere programban résztvevők száma, illetve 44%-kal nőtt a kontaktok száma. A növekedés hátterében az állandó telephelyű programok kliens - és kontaktszámainak ugrásszerű emelkedése áll.

58. táblázat. *Túcsere programok injektor¹¹⁶- és kliensforgalmi adatai 2005-2009 között*

	Állandó telephelyű	Mobil túcsere	Utcai megkereső	Tű- automata	Összesen
2005					
osztott	58804	5500	20823	20263	105390
hozott (+gyűjtött)	32941	3722	15343	496	52502
becserélési arány	56,0%	67,7%	73,7%	2,4%	49,8%
kliensek száma	440	131	388	-	959
kontaktok száma	5172	2148	1380	-	8700
2006					
osztott	102981	16689	22763	22090	164523
hozott (+gyűjtött)	53907	14789	12613	1002	82311
becserélési arány	52,3%	88,6%	55,4%	4,5%	50,0%
kliensek száma	900	232	636	-	1768
kontaktok száma	6013	3117	1758	-	10888
2007					
osztott	151960	16885	17687	27242	213774
hozott (+gyűjtött)	75498	16848	11787	1180	105313
becserélési arány	49,7%	99,8%	66,6%	4,3%	49,3%
kliensek száma	1333	145	541	-	2019
kontaktok száma	14570	3158	10239	-	27967
2008					
osztott	234191	19567	19993	24347	298098
hozott (+gyűjtött)	143458	19148	12889	1174	176669
becserélési arány	61,3%	97,9%	64,5%	4,8%	59,3%
kliensek száma	1407	170	367	-	1944
kontaktok száma	15349	1641	3786	-	20776
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	0	2399
kontaktok száma	21661	2515	5800	0	29976

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

Mivel a kliens és kontakt adatok párhuzamosan növekedtek az osztott és hozott+gyűjtött fecskendőkkel, az egy főre jutó osztott és hozott+gyűjtött fecskendők száma nem növekedett olyan jelentős mértékben, mint az előző évben. Az osztott fecskendők egy főre jutó mennyisége 156-ra (2008: 141 db) emelkedett, az egy kontaktra jutóé pedig 13 maradt. Ez a tendencia megfigyelhető a hozott+gyűjtött injektorok esetében is: 2008-ban az egy főre jutó hozott+gyűjtött injektorok száma valamelyest emelkedett, 103 darab volt (2008: 90 db), míg az egy kontaktra jutó 8 darab maradt. 2009-ben egy kliens átlagosan többször látogatta a túcsere programot, mint 2008-ban, az egy kliensre jutó kontaktszám 13 volt (2008: 11).

59. táblázat. *Az egy kliensre/ kontaktra jutó osztott illetve hozott+gyűjtött injektorok száma 2009-ben*

Program típusa	osztott / kliens	(hozott+gyűjtött) / kliens	osztott / kontakt	(hozott+gyűjtött) / kontakt	kontakt / kliens
Állandó telephelyű	157,2	97,3	14,7	9,1	10,7
Mobil program	231,9	218,8	13,6	12,9	17,0
Megkereső program	99,7	85,3	4,0	3,4	25,1
Összesen	156,3	103,6	12,5	8,3	12,5

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

Állandó telephelyű programokat 2009-ben a tavalyi 12 szervezet helyett idén 17 szervezet működtetett, ebből 3 budapesti és 14 vidéki volt. Budapesten az Art Éra Alapítvány kezdte meg működését a VII. kerületben a már több éve működő két másik nagy forgalmú túcsere

¹¹⁶ Injektor: tű+fecskendő

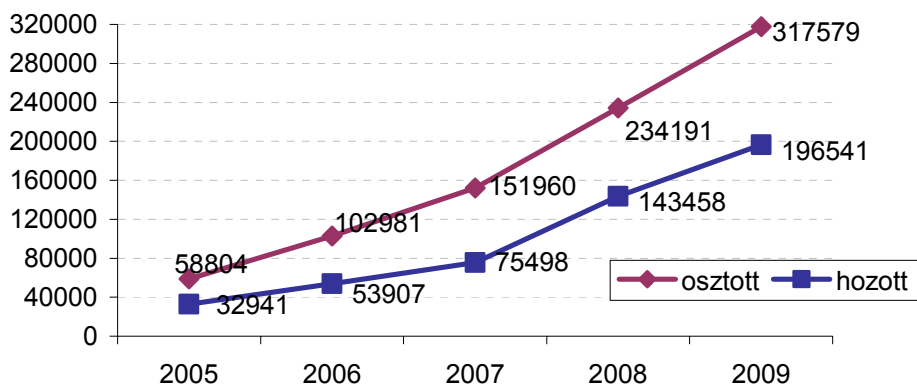
program mellett (VIII. kerület; XIII. kerület). Nagykanizsán a Magyar Vöröskereszt Zala Megyei Szervezete nyitotta meg állandó telephelyű programját, amely az első ilyen program a Nyugat-dunántúli régióban. Az Alkohol-Drogsegély Ambulancia Veszprém mellett Ajkán is megkezdte állandó telephelyű programjának működtetését. Gyulán a Független Egyesület indította el utcai megkereső programja mellett állandó telephelyű programját is. Szegeden a Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum vette át a tűcsere-szolgáltatásokkal kapcsolatos teendőket a Dél-Magyarországi Ártalomcsökkentő Társaságtól, és ezt 2009-ben egy állandó telephelyű szolgáltatás keretében valósította meg.

A 17 program keretében összesen kiosztott injektorok száma 317 579 db volt, amely az előző évhez képest 36%-os emelkedést jelent. A hozott fecskendők száma 196 541 volt, amely szintén jelentős – 37%-os növekedést mutat az előző évhez képest.

A változás elsősorban a budapesti adatoknak köszönhető, azon belül is ismét a két nagy budapesti szolgáltatónak. A Kék Pont Alapítvány 37%-kal több fecskendőt osztott ki 2009-ben (145 294 db), továbbá ugyanilyen arányban nőtt a hozott fecskendők száma is (66 878 db). A Drogprevenciós Alapítványnál 20%-kal nőtt az osztott (151 429 db) és 27%-kal a hozott fecskendők száma (116 802 db). A növekvő tendenciához emellett hozzájárulnak még az új, 2009-ben indult budapesti szolgáltató adatai is (Art Éra Alapítvány: osztott: 6418 db; hozott: 3979 db).

Vidéken a két miskolci program keretében történt számottevő növekedés mind az osztott, mind a hozott fecskendők tekintetében. Szegeden 2009-ben csak állandó telephelyű program működött, így az ottani forgalmi adatok most csak ezen programtípus alatt jelennek meg. A többi szervezetnél viszonylag stagnál az osztott/ hozott fecskendők száma, számottevő csökkenés egyedül a veszprémi Alkohol - Drogsegély Ambulanciánál figyelhető meg.

42. ábra. Az állandó telephelyű programokban osztott és hozott injektorok száma 2005-2009 között



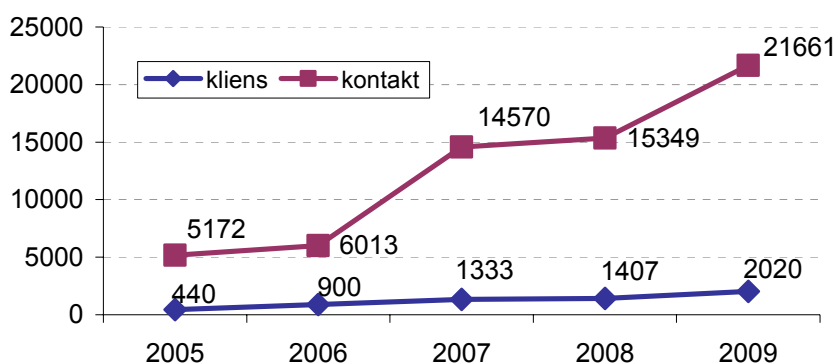
Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

A fix telephelyen megforduló kliensek száma 2009-re számottevően nőtt az előző évhez képest, a szervezetek összesen 2020 főt regisztráltak, amely 43%-os növekedést mutat 2008-hoz képest. A kontaktok száma szintén emelkedett, szinte ugyanolyan arányban (41,3%-kal), mint a kliensek száma. Az egy főre jutó kontaktok száma így a tavalyi értékkel közel megegyező volt (10,7).

A nagyarányú növekedés az újonnan indult programok kliensszáma mellett ismét elsősorban a két nagy budapesti szolgáltató programjában megfigyelt kliens/kontaktus szám emelkedésnek tudható be. A Kék Pont Alapítvány kliensköze 35%-kal növekedett (2008: 833; 2009: 1128), ebből kifolyólag kontaktusok száma is közel ilyen arányban emelkedett. A Drogprevenciós Alapítvány esetében nem ilyen nagymértékű, de szintén jelentős növekvő tendencia volt megfigyelhető: 2009-re 27%-kal nőtt a kliensszámuk (615 fő) és 21%-kal kontaktus számuk.

A legtöbb 2008-ban indult vidéki program (Drogambulancia Alapítvány – Miskolc; MI-ÉRTÜNK Prevenációs és Segítő Egyesület – Orosháza; Salgótarjáni Kistérség Többcélú Társulás Kistérségi Szociális és Gyermejkölési Szolgáltató Központ Alacsonyküszöbű Addiktológiai Szolgálat) kliens- és kontaktszámában szintén stabil növekvő tendencia volt tapasztalható 2009-re nézve, ez alól kivétel az INDIT Közalapítvány Tükör Somogy Megyei Drogambulancia és Kaposvár Sz szenvedélybetegek Nappali Ellátója, ahol minimálisra csökkent a kliens és kontaktszám 2009-ben.

43. ábra. Az állandó telephelyű programokban a kliensek és kontaktszámok száma 2005-2009 között



Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

Mobil tűcserét 2009-ben is csak 2 szervezet folytatott, 1 budapesti és 1 miskolci. A kiosztott fecskendők száma 75%-os növekedést mutatott 2008-hoz képest, a hozott+gyűjtött injektorok száma pedig 69%-kal nőtt. A növekedés elsősorban a budapesti Baptista Szeretetszolgálat adatainak köszönhető (osztott: 33 094 db; hozott+gyűjtött: 31 983 db). 2009-ben csökkent a kliensszám, viszont ezzel ellentétesen a kontaktszám megnőtt, azaz egy kliens átlagosan gyakrabban vett részt mobil tűcsere programban. Míg 2008-ban az egy főre eső kontaktszám 10 volt, addig ez 2009-ben 17-re emelkedett.

A rejtett intravénás kábítószer-fogyasztók elérését és számukra tűcserét leginkább lehetővé tévő utcai megkereső programok száma 11-ről 12-re emelkedett 2009-ben, amelyből 5 található Budapesten és 7 vidéki városokban. A Drogprevenációs Alapítvány 2009-től 2 utcai megkereső programot működtet, az egyiket továbbra is a Dzsombujban a Kék Pont Alapítvánnyal együttműködésben, a másikat pedig a XV. kerületben. Továbbá a Miskolci Drogambulancia Alapítvány 2009-től kibővítette szolgáltatásait az utcai megkereső programmal, így most már mind a négy programtípus megtalálható szervezetüknél. Szegeden a Dél-Magyarországi Ártalomcsökkentő Társaság utcai megkereső programja megszűnt, a tűcsere-szolgáltatásokkal kapcsolatos teendőket egy állandó telephelyű szolgáltatás keretében a Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum vette át.

Az utcai programok keretében országosan 23 033 db injektor került kiosztásra, amely által folytatódott a tavaly megkezdődött emelkedő tendencia. A hozott+gyűjtött injektorok száma ennél sokkal nagyobb arányban növekedett – 53%-kal – így a becserelési arány 2009-ben 86%-os volt. Ennek háttérében az áll, hogy több szervezet a megkereső program keretében csak a használt fecskendők összegyűjtését végzi, míg klienseiket az állandó telephelyű programjuk felé terelik, és annak keretében látják el őket steril fecskendővel. A növekvő tendencia köszönhető a budapesti Baptista Szeretetszolgálat, a Drogprevenációs Alapítvány, továbbá a miskolci Drogambulancia Alapítvány adatainak.

A kliensek száma tovább csökkent, 37%-os volt a csökkenés, ennek egyik gyakorlati magyarázó oka az, ami már említésre került, azaz, hogy a klienseket több szervezet az állandó telephelyű programjai felé tereli, így sok kliens az alatt a programtípus alatt került regisztrálásra. A kontaktszám ezzel ellentétben jelentősen, 53%-kal megnőtt, ehhez a

tendenciához nagy részben a budapesti Baptista Szeretetszolgálat adatai járulnak hozzá, ahol mind a budai mind a pesti megkereső program kontaktszáma emelkedett.

Az automaták fecskendő forgalma 29%-kal csökkent, a hozott+gyűjtött fecskendők száma szintén jelentős csökkenést mutat. A legjelentősebb csökkenés az eladott fecskendők számában a budapesti Nyíró Gyula kórház által illetve a miskolci Drogambulancia Alapítvány által működtetett tű automata esetében figyelhető meg. Mindkét automata esetében elmondható, hogy az adott városokban 2009-ben bővültek a más típusú tűcsere-szolgáltatások, és jelentősen emelkedett az egyéb programtípusokban kiosztott és visszahozott fecskendők száma. Budapesten a csökkenő tendencia hátterében állhat az is, hogy az automatánál időszakonként üzemelési zavar lépett fel.

A legtöbb tűcsere program a steril fecskendő és az injekciós segédeszközök mellett óvszert is oszt az arra igényt tartó kliensek számára.

A tűcsere-szervezetek forgalmi adatait gyűjtő internetes portálon 2009-re vonatkozóan, kísérleti jelleggel kialakításra került egy, a kliensekről információt gyűjtő oldal. Az új felületen a kliensek nemét, elsődleges szerét és életkorát rögzítették a szervezetek programtípusonkénti bontásban, az adatok a 4.2. fejezetben olvashatók.

Magyarország legnagyobb kliensforgalmú tűcsere programjában¹¹⁷ a kliensek szerhasználati mintázatainak vizsgálatára 2009 folyamán is sor került. Az adatok a 4.2. fejezetben olvashatók.

Tanácsadás, szűrővizsgálatok

A 2009. szeptember 5. és december 15. között az Országos Epidemiológiai Központ által szervezett HIV/HBV/HCV kampányszűrés¹¹⁸ során a mintát adó 676 intravénás kábítószer-fogyasztónak átadták a vizsgálati eredményeket a 20 résztvevő drogambulancia, illetve tűcsere program dolgozói. Pozitív vizsgálati eredmény esetén megfelelő információval látták el a HBV, HCV fertőzött személyeket arról, hogy mit tehetnek a fertőzés terjedésének megakadályozása érdekében és hova fordulhatnak további orvosi gondozásba vétel céljából. A 2009. évi szűrővizsgálat megkezdése előtt, az Országos Epidemiológiai Központ koordinációs értekezletet tartott, illetve háromnapos counselling tanfolyamot szervezett a vérmintákat gyűjtő drogambulanciák és tűcsere programok munkatársai számára. A képzésre az ország több pontjáról is érkeztek, összesen 25 fő vett részt. Az értekezleten kitértek a 2009. évi szűrés gyakorlati kérdéseire is (aszéptikus vérvétel ujjbegyből), továbbá a résztvevők az intravénás szerhasználók lehetséges bakteriális és vírus infekcióiról, illetve a szexuális úton terjedő fertőzésekről is hallhattak szakemberek által tartott előadásokat. Ezt követően a counselling tanfolyam lehetőséget adott arra, hogy a mintát vevő, és az eredményeket kiadó munkatársak elsajátítsák a szűréssel összekötött tanácsadás elméletét és gyakorlatát. A kiscsoportos tréningeket nagy tapasztalattal rendelkező szakemberek tartották. A tanfolyam egyik segédanyaga az EMCDDA által 2009-ben publikált kiadvány¹¹⁹ volt.

Az Egészségügyi Minisztérium 2006 óta folyamatosan biztosítja az anyagi hátteret az intravénás szerhasználók évenkénti, 2 hónapig tartó szűrővizsgálatára a HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálata céljából. A VIII. kerületben található Kék Pont Alapítvány tűcsere

¹¹⁷ A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Alapítvány tűcsere programja

¹¹⁸ A 2008-as vizsgálat eredményeit lásd: 6.1. fejezet.

¹¹⁹ Útmutató az intravénás kábítószer-fogyasztók körében végzett, szolgáltató által kezdeményezett fertőző betegségekkel kapcsolatos önkéntes orvosi vizsgálatához, szűrővizsgálatához és counsellinghez című kiadvány (Blystad H, Wiessing L. Guidance on Provider-initiated Voluntary Medical Examination, Testing and Counselling for Infectious Diseases in Injecting Drug Users. Pre-final unedited version 5.5. Lisbon, EMCDDA, 2009.) A kiadványt magyar nyelvre a Nemzeti Drog Fókuszpont fordította le.

programja 2006-ban 20, 2007-ben 70 mintával járult hozzá a szűrőprogramhoz. Mindkét esetben az alapítvány által szolgáltatott minták között találták a legmagasabb pozitívítási arányt hepatitis C tekintetében, az intravénás kábítószer-használók 75%-a bizonyult HCV-ellenanyag pozitívnak.

A kritikus helyzet kezelése érdekében az Országos Epidemiológiai Központ és Kék Pont Alapítvány munkatársai 150 minta vizsgálatára külön összeget különítettek el. A 150 mintát az alapítvány munkatársai gyűjtötték össze a 2008. szeptember-2009. július közötti időszakban úgy, hogy a szűrővizsgálat lehetőségét felajánlották az alapítványt felkereső klienseiknek, mint a helyszínen folyamatosan elérhető szolgáltatást. A vizsgálatnál az országos szűrőprogram során használt ujjbegyes mintavételi eljárást¹²⁰ alkalmazták. (Eredményeket lásd a 6.1. fejezetben.)

2009. december 1-én, az AIDS világnapján a Kék Pont Alapítvány a VIII. kerületben kialakult helyzet, azaz a túcsere programban résztvevő klienseik számának ugrásszerű növekedése, illetve az évek óta megfigyelt átlagosan 70%-os Hepatitis C fertőzöttség kapcsán (a helyzetről további információkat lásd: 4.1. fejezet; 6.1. fejezet) konferenciát rendezett.¹²¹ Az „Intravénás droghasználói szcénák a Józsefvárosban” című konferenciát abban a reményben szervezték, hogy az egy kerületi együttműködési folyamat első lépése lesz, illetve elindítja a párbeszédet a kerületi döntéshozók körében. A konferenciát megelőzően 2009 szeptemberében információs kampányt indítottak el, amely során levélben fordultak a józsefvárosi döntéshozókhöz, azaz a kerületi alpolgármesterekhez, az ÁNTSZ-hez, a rendőrkapitányhoz, a fővárosi drogügyi koordinátorhoz és a főpolgármesterhez, valamint a Szociális és Munkaügyi Minisztérium Nemzeti Kábítószerügyi Koordinációs Igazgatóságához. A konferencia hosszú távú célja többek között az volt, hogy felhívja a figyelmet a kialakult helyzetre, valamint rávilágítson arra, hogy annak megoldása/enyhítése csak az önkormányzat, az ÁNTSZ és a helyi civil szervezetek összefogásával történhet meg. A megoldás részeként javaslatot tettek a meglévő ártalomcsökkentő szolgáltatások fejlesztésére és bővítésére, valamint a hiányzó ártalomcsökkentő szolgáltatások bevezetésére.

A civil AIDS Fórum szervezésében valósult meg a 2009. évi AIDS Világnap budapesti rendezvénye „Védd Magad” címmel. A program a fiatal felnőtteknek szóló előadásokat, személyes tanácsadást, illetve ingyenes, anonim HIV szűrővizsgálatot tartalmazott.

A HIV fertőzés mihamarabbi diagnosztizálása érdekében az Országos Tisztiorvosi Hivatal 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.

Az Egészségügyi Minisztérium 2009-ben is a legnagyobb hazai könnyűzenei fesztivál (Sziget fesztivál) ideje alatt a helyszínen történő anonim HIV szűrést és HIV/AIDS tanácsadást biztosított a résztvevők számára fél órán belül eredményt adó gyorseszteszt segítségével. A szűrést az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) gyakorlott munkatársai (3 orvos és 3 asszisztens) végezték a fesztivál területén. A szakemberek a szűrés megkezdése előtt, illetve az eredmény átadásakor válaszoltak a felmerült kérdésekre. Az ujjbegyes vérvétel és tanácsadás mellett a szervezetek sátrában a fertőzésekkel kapcsolatos szóróanyagokat is be lehetett szerezni. A szűrés eredményét helyben is meg lehetett várni, a várakozási idő alatt a kliensek kitölthették a Nemzeti Drog Fókuszpont által készített kockázati magatartásokat felmérő kérdőívet. A három nap alatt összesen 111 főnél történt HIV szűrés,

¹²⁰ Lásd 2007-es Éves Jelentés, 6.2. fejezet.

¹²¹ Forrás: Sajtóanyag: Intravénás droghasználói szcénák a Józsefvárosban
<http://www.kekpont.hu/narkogetto.htm>
(2010. július 5.)

tanácsadás és kérdőívfelvétel. Minden kliensnél egyértelműen negatív eredményt adott a gyorseszteszt.

Az Országos Epidemiológiai Központ mellett a Szigeten HIV szűrést és tanácsadást végzett még a Pluss Alapítvány is.

A Májbetegekért Alapítvány közreműködésével a Sziget fesztiválon az érdeklődők idén is ingyenes hepatitis B és C szűrésen és tanácsadáson vehettek részt, a vérmintákat a Szent László Kórházba vitték be vizsgálatra, az eredményt másnap közölték sorszám alapján a szűrésben résztvevőkkel. A 3 nap alatt összesen 322 fő vett részt az ingyenes szűrésen, tanácsadáson, közülük 3 fő esetében Hepatitis C pozitívítás, 1 fő esetében hepatitis B pozitívítás és 2 fő esetében kétes hepatitis B eredmény volt kimutatható.

Közösségi-alapú utcai megkereső modell-program vizsgálata budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében

2009-ben kutatás készült „Közösségi-alapú utcai megkereső modell-program pilot-study vizsgálata budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében” (Rácz et al. 2009) címmel. A kutatás legfőbb célja egy olyan, vér útján terjedő fertőző megbetegedések megelőzésére (HIV és HCV) irányuló modell program kidolgozása és végrehajtása volt marginalizált helyzetben lévő VIII. kerületi intravénás használók számára, amely jelenleg nem létezik Magyarországon. A másik fő cél a fertőzésekkel kapcsolatos attitűd-és tudásváltoztatásra irányuló beavatkozás hatásának elemzése volt.

Ennek megfelelően a kutatás során 2009 februárjában 87 fővel indítottak egy HIV és HCV fertőzéssel kapcsolatos felvilágosítási, tanácsadási programot VIII. kerületi, hátrányos helyzetű, marginalizált helyzetben lévő intravénás szerhasználók¹²² részvételével. A minta random módon került kiválasztásra.¹²³ A program (adatfelvétel, illetve a tanácsadás) 2009 júliusában fejeződött be.

A résztvevőket két csoportba sorolták. A jelentkezők egyik fele az intervenció csoportba került, akik egy speciális, a National Institute on Drug Abuse (NIDA) által, a különböző, vér útján történő fertőző megbetegedések csökkentését, illetve megelőzését célzó, droghasználók számára kifejlesztett közösségi alapú utcai megkereső modell programra épülő tanácsadási programban vettek részt. A jelentkezők másik fele a kontroll csoportba került, akik egy általános jellegű, szintén HIV és HCV fertőzéssel kapcsolatos tanácsadási programot végeztek el. A programot végül 43 fő a kontroll, 44 fő a kísérleti csoportban kezdte meg. A program során a kísérleti csoportból 12, míg a kontroll csoportból 11 személy morzsolódott le, azaz nem vett részt mind a három tanácsadáson. A két csoport statisztikailag szignifikáns módon nem különbözött a szocio-demográfiai, szerhasználati, valamint a HIV/HCV fertőzésekkel kapcsolatos ismeretek tekintetében, ami alapvető kritériuma annak, hogy bármilyen beavatkozást végre lehessen hajtani, és annak hatását mérni lehessen.

¹²² A mintába olyan célszemélyeket kívántak bevenni, akik társadalmilag kirekesztett helyzetben vannak. Alacsonyabb iskolai és munkahelyi státuszúak, lakóhelyi szegregációnak vannak kitéve (Budapesten a VIII. kerület egyes részei), valamint olyan intravénás szerhasználók (a megkérdezést megelőző 30 napban legalább egy alkalommal használtak valamilyen szert intravénásan), akik még soha nem voltak HIV, HCV szűrésen, vagy voltak, de nem vették kézhez az eredményüket (azaz nem tudták a szűrés eredményét, ebből kifolyólag nem volt feltételezhető egészségtudatos magatartás részükről). Végül szintén kritérium volt, hogy az illető elmúlt már 18 éves.

¹²³ Jelen kutatás módszertani szempontból nem igényelt reprezentatív mintát, sokkal inkább lényeges szempontként jelent meg az intervenció és a kontroll csoport párhuzamos alkalmazása, azaz a két csoport főbb dimenziókban (szocio-demográfiai jellemzők) történő hasonlóságának biztosítása. Ezt a hasonlóságot a random kiválasztás biztosította, de a kutatás közben statisztikai elemzésekkel folyamatosan ellenőrizték az intervenció, és a kontroll minta összetételének alakulását. Az adatfelvételek a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia Kontakt Kávézója és utcai tucsere programjában valósultak meg.

A program rövid távú hatásának felmérését egy utánkövetéses vizsgálat segítségével végezték el. Az edukátorok három alkalommal tartottak tanácsadást a programban résztvevőknek.¹²⁴

A nemi megoszlás tekintetében elmondható, hogy a 87 fő 80%-a férfi, 20%-a nő volt.

A mintába kerültek átlagéletkora 30,7 év volt. A minta 47%-a vallotta magát magyarnak, míg 64% romának, illetve romának és magyarnak. A minta 46%-a volt már valamilyen büntetés végrehajtási intézetben. (További szocio-demográfiai adatokat lásd: 8.1. fejezet).

Legtöbbjük (85%) már használt életében marihuánát, amit az amfetamin származékok és a heroin használata követ 80%, illetve 78%-kal. Jelentősnek mondható még a kokain használat életprevalencia értéke is, a teljes minta 52%-a használt már kokaint, illetve 17%-a crack-et életében.

Az elmúlt 30 napra vonatkozó használatra utaló adatok azt mutatják, hogy kiemelkedő a heroin használat gyakorisága (átlagérték: 33 alkalom), amit a más opiát származékok követnek 13 alkalommal. Az injekálva történő elmúlt 30 napra vonatkozó használatnál sem a heroin (37 alkalom), sem az amfetamin származékok (11 alkalom) esetében nincs szignifikáns eltérés a két csoport közt ($p=0,74$; $p=0,16$)

A mintában szereplők legkorábban a marihuánát próbálták ki (átlagosan 18 évesen), amit az amfetamin követ (átlagosan 19,8 évesen). Ezt szinte hasonló átlaggal követi az amfetamin és heroin együttes használata (21,5 év), a kokain (21,7 év), valamint a heroin és a crack (22,5 év, illetve 22,3 év). A minta drogkarrierjének¹²⁵ átlagos hossza 11,8 év.

Mind a heroin, mind az amfetamin függőségi mutató tekintetében egyezik a két csoport összetétele, vagyis mindkét csoportban egyforma függőségű egyének kerültek be. Szintén igaz mindkét csoport tagjaira, hogy heroin függőségi indexük közepesen erős (9,3 illetve 9,5), míg amfetamin függőségük közepes (7,8 illetve 7,6).¹²⁶

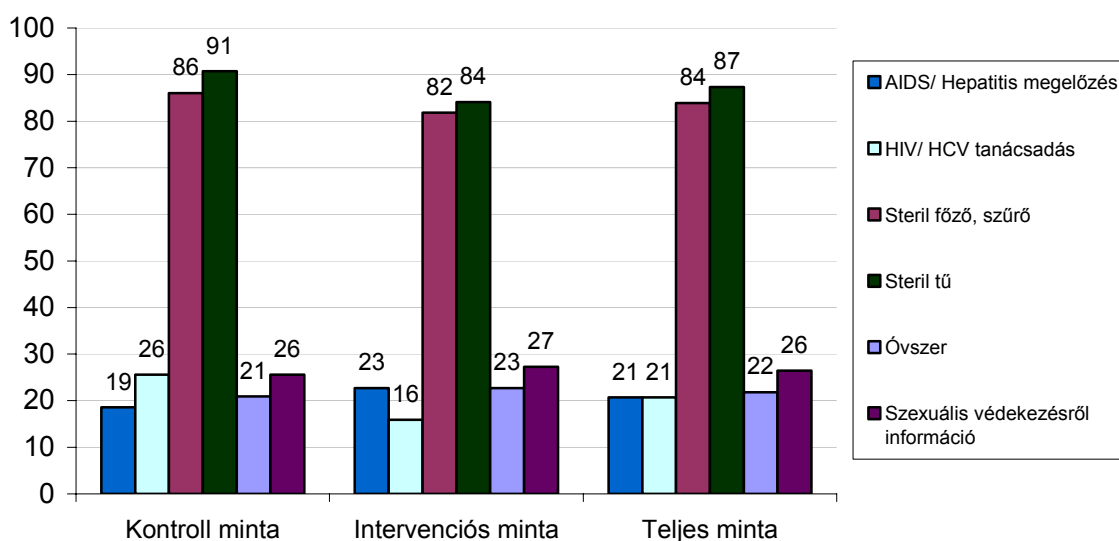
A programban szereplők jelentős része azt állította, hogy hozzájutott az elmúlt 30 nap során az injekáláshoz szükséges steril tűhöz és eszközökhöz. Azonban a minta jelentős része a közelmúltban sem óvszert, sem információt a biztonságos szexuális magatartásról nem kapott.

¹²⁴ A program értékelésére szolgáló kérdőív (face-to-face, strukturált interjú) már korábban kidolgozásra került. Az alapadatok gyűjtésére az első tanácsadás alkalmával került sor, míg az utánkövetésre 30 nappal a program befejeztével. A tanácsadók oktatáson vettek részt, ahol a "NIDA kártyák" segítségével sajátították el a tanácsadás tartalmi részét. A „NIDA kártyák” (NIDA, 2000) a HIV és hepatitisz fertőzésről, a szűrésről, a fertőzés megelőzéséről tartalmaztak jól strukturált információkat, a fordításokat egy magyar szakember ellenőrizte. A egyes tanácsadási alkalmakhoz meghatározott kártyák tartoztak, amelyek tartalmát a tanácsadónak a klienseknek továbbítaniuk kellett. A "kontroll" tanácsadás (nem strukturált „beszélgetés”) tartalma követte a Kék Pont Kontakt programjaiban szokásos tematikát a hepatitisz C fertőzésről, a szűrésről és a fertőzés megelőzéséről. A mérőeszköz kidolgozása során tehát olyan kutatások tapasztataira támaszkodtak, melyek hasonló témában (HIV, HCV szűréssel és tanácsadással kapcsolatos programok) készültek, és amelyek megbízható eredményekkel szolgáltak. A kérdőív kérdezésének hossza 45-60 perc között volt. A kérdőíveket a programban szereplő 9 edukátor vette fel. A kérdezők a Kék Pont Drogkonzultációs Központ Ambulancia Alapítvány, valamint a Drogprevenció Alapítvány munkatársai voltak, akik 2x2 órás kérdezői oktatáson vettek részt a program kezdetén.

¹²⁵ A drogkarrier változót az illető életkorának és a szer rendszeres használata kezdetének a különbsége.

¹²⁶ A függőségi indexben az 1-től 16-ig terjedő skálán a 16-os érték a legerősebb függőséget jelenti.

44. ábra. Elmúlt 30 napban kapott szolgáltatások a megkérdezettek körében (%)



Forrás: Rácz et al. 2009

A minta 22%-a soha sem volt HIV szűrésen, míg 61% 1-4 alkalommal, 17% 5-ször vagy annál több alkalommal. A két csoport közt nem volt szignifikáns eltérés ebben a tekintetben ($p=0,66$). Hasonlóak az arányok a hepatitis C szűrésen való korábbi részvételt illetően is.¹²⁷ A minta több mint egyharmada (34,5%) hepatitis C fertőzött.¹²⁸ Az intervenciós csoport tagjai között a fertőzöttek aránya 27%, míg a kontroll csoportban 42%. Jóllehet ez az eltérés jelentős, mégsem szignifikáns ($p=0,11$).

Megvizsgálták azt is, hogy a különböző fertőzésekkel, a fertőzések terjedésével kapcsolatosan milyen előzetes információval rendelkeznek a programba kerülő kliensek.¹²⁹ Az eredmény azt mutatja, hogy a programok résztvevőinek előzetes tudása átlagban 11,5 pont, amely egy erősen közepes tudásszintnek mondható. Ugyanakkor a magas szórásérték ($SD=3$) arra utal, hogy a programot elkezdők tudásszintje meglehetősen különböző volt.

A mintában szereplők 30%-a nyilatkozta azt, hogy életében soha nem használt olyan tűt, amiről tudta, hogy korábban más is használta, 48% 1-10 alkalommal, míg 22% 10 alkalomnál többször használt ilyen tűt. Az elmúlt 30 napban a minta mindössze 18%-a használt más tűjét, és ebben a két csoport nem tér el egymástól ($p=0,62$).

37% nyilatkozott úgy, hogy életében még soha nem használt olyan főzőedényt, szűrőt és/vagy hígításra való vizet, amit már más is használt előtte, 36% életében 1-10, míg 28% 10-nél több alkalommal tett így. Az elmúlt 30 napban a minta kicsivel több, mint harmada használt közösen eszközöket másokkal legalább egy alkalommal, hasonló arányban mind az intervenciós, mind a kontroll csoport tagjai között ($p=0,71$).

Mindössze 15% azok aránya, akik valaha használtak olyan eszközt injektláskor, amiről tudták, hogy előtte egy hepatitis C fertőzött is használta. Ez a magas kockázatú csoport nagyjából hasonlóan oszlik meg a két csoport között ($p=0,34$).

Az eredményeket áttekintve megállapítható, hogy a vizsgált dimenziókban gyakorlatilag nem találtak olyan tényezőket, amelyek szignifikáns módon valószínűsítik a tanácsadó

¹²⁷ Jóllehet a minta jelentős része volt már életében HIV-, illetve HCV szűrésen, ezek a magas szűrési mutatók is elsősorban a 2006-ban indított szisztematikus, évenkénti szűrési kampányoknak köszönhetőek (Lásd.: 6.1 fejezet).

¹²⁸ Önbevallás alapján azok körében, akik voltak már szűrésen.

¹²⁹ Ezt egy több attitűdállításból álló kérdés segítségével mérték. Egy adatredukció keretében a 16 attitűdállításból egyetlen változót / indexet hoztak létre: minden egyes helyes válaszért egy pontot adtak, így a maximálisan elérhető pontszám 16 volt. Az állítások mindegyike a HIV vagy a HCV vírus terjedésének körülményeire vonatkozott.

programokból való lemorzsolódást. Ennek ellenére – a lemorzsolódás tekintetében – bizonyos összefüggések és mintázatok megfigyelhetők. A kiesők között nagyobb arányban találtak férfiakat, munkanélkülieket. Előbbi tény esetleg magyarázható a nők erősebb normakövetési hajlandóságával: kevésbé mutatkoztak hajlamosnak a már megkezdett program, a személyes tanácsadás megszakítására. Szintén nagyobb arányban voltak a kimaradók között olyanok, akik életükben nem jártak még semmilyen szűrésen sem. Elképzelhető, hogy e mögött inkább az rejlik, hogy ezek a kliensek – ellentétben azokkal, akiket a korábbi szűrési kampányok során a kedvezőbb kliens-szolgáltatói kapcsolatra építve sikerült a szűrésre rávenni – nem állnak olyan viszonyban a tanácsadási programban dolgozókkal, ami a programban maradásukat elősegítené. Feltételezhető az is, hogy a szűréstől való távolmaradás mögött félelem, érdeklődés hiánya húzódik meg: a kliens nem akarja tudni, hogy esetleg fertőzött-e; ugyanakkor ez a félelem vagy érdeklődés hiánya katalizálhatja a programtól való további távolmaradást. Szintén nagyobb arányban találtak a kiesők között olyanokat, akik kevesebb előzetes tudással rendelkeztek a fertőző megbetegedésekkel kapcsolatban. Ezzel kapcsolatban érdekes, hogy a tudás- és ismerethiány nem erősítette a programban való maradást, azaz nem sarkallta a klienseket arra, hogy a fertőző megbetegedésekről többet tudjanak meg. Nehezen értelmezhető az a tény is, miszerint a kiesők között nagyobb arányban vannak olyanok, akik rövidebb drogkarrierrel rendelkeztek, és akik heroin függősége kicsit erősebbnek mutatkozott. A hipotézis lehet az, hogy ezek a szerhasználók nem járnak drogkarrierjük olyan szakaszában, hogy érdeklődést mutassanak a megelőzési programok iránt. Ezen hipotézisek ellenőrzésére azonban további, kiegészítő vizsgálatokra lenne szükség.

A program hatékonyságával kapcsolatosan változást alapvetően három vonatkozásban tapasztaltak a csoportokon belül: legmarkánsabban az ismeretek tekintetében, a tényleges cselekvés vonatkozásában, valamint – kevésbé jellemzően ugyan – a percepció tekintetében. A másik fontos megállapítás az, hogy a két csoport között – egy-két indikátor kivételével – gyakorlatilag egyforma eredményességi mutatók állapíthatók meg, azaz a két különböző beavatkozási forma nagyban hasonló hatást eredményezett.

A speciális tanácsadási programban részt vettek tudásszintje szignifikáns mértékben nőtt a beavatkozást követően, míg a tudásszintek közötti szórások csökkentek, azaz az intervenció csoport ismeretét tekintve homogenizálódott. Szinte teljesen ugyanez mondható el a kontroll csoport tagjairól is. Ugyanakkor, összehasonlítva a két csoport végső tudásszintjét, az tapasztalható, hogy a tudásindexek között nincs szignifikáns különbség, azaz a két csoport tudása, ismerete a beavatkozás végére gyakorlatilag egyforma szintre változott.

A kontroll csoport esetében tapasztaltak kedvezőbb eredményességi mutatókat a csökkentett intravénás szerhasználatra vonatkozólag mind a csoporton belüli, mind a csoportok közti összehasonlítás tekintetében. Ugyanakkor a csökkentett szerhasználat önmagában még nem jelent csökkentett kockázatot. Megállapítható, hogy az intervenció csoport tagjai nagyobb mértékben csökkentették túmegosztásukat a beavatkozást követő elmúlt 30 napban, mint a kontroll csoport tagjai: a változás ugyan nem szignifikáns, de figyelemre méltó: az intervenció csoport tagjainak 100%-a, a kontroll csoport tagjainak 78%-a csökkentette túmegosztását.

A beavatkozást követően a kontroll csoportban szignifikánsan jobb mutatókat találtak más, úgynevezett megelőzési- kockázati dimenziókban is, mint a szexpartnerek számainak csökkentése, vagy a szűrésen résztvevők aránya (különbség nem szignifikáns). Továbbá, mindkét csoport esetében szignifikánsan nőtt azok aránya, akik a beavatkozást követően további HIV / HCV tanácsadásra mentek, ugyanakkor a két csoport közt ebben sincs eltérés. Utóbbiak vonatkozásában valószínűsíthető tehát, hogy a beavatkozási formától függetlenül sikerült a kliensek szűrésen és tanácsadáson való részvételi hajlandóságát növelni.

További eredmény, hogy a kontroll csoport tagjai a beavatkozást követően szignifikánsabban nagyobb mértékben érezték magukat HCV fertőzés tekintetében veszélyeztetettebbnek túlhasználatauk miatt.

A kutatók azt is tapasztalták, hogy az ismeretek növekedése, gyarapodása nem feltétlenül társult tényleges cselekvéssel: olyan fontos dimenziók és indikátorok tekintetében, mint amilyen a tú- és eszközmegosztás, a szerhasználat gyakorisága és intenzitása, vagy az együttes szerhasználat, nem voltak szignifikáns változások tapasztalhatók. Ez betudható egyrészt mindkét csoport viszonylag magas függőségének, erősebb szerhasználati hajlamának, másrészt annak, hogy ezek a viselkedésbeli változások nem feltétlenül várhatók el rövid távú hatásként egy hónapot követően. Jóllehet, egy hat hónapos utánkövetés erre a kérdésre is választ adna, és elképzelhető, hogy ezekben a dimenziókban is kedvezőbb mutatókat tapasztalnának, de ehhez minden bizonnyal rendszeres segítségre és további konzultációra, motivációs tréningekre is szükség lenne. Figyelemreméltó ugyanakkor, hogy a kisebb kockázati dimenziókban, mint amilyen a szűrésen vagy további tanácsadásban való részvételi hajlam, ténylegesen detektálható a program sikeressége.

További kiemelendő hiányosság, amely felderítésre került, hogy mindkét tanácsadási formára a Kék Pont Kontakt Kávézó helyiségében került sor, ahol egy térben folyik a rendszeres tücsere program (naponta átlag 30 klienssel), illetve a más témájú tanácsadás. Ebben a közegben kellett a kutatást kivitelezni, azaz a személyes, négy szemközti beszélgetésekre szeparáltan nem nyílt lehetőség. Ez a kérdés arra is rámutat, hogy egy esetleges többfunkciós tücsere program működtetéséhez több, elkülönülő helyiségre van szükség.

Kezelés

A "HIV fertőzés a mindennapi orvosi gyakorlatban" címmel akkreditált háziorvos/belgyógyász továbbképzést szervezett 2009-ben is a Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet.

Antivirális kezelés HCV pozitív valaha intravénás kábítószer-fogyasztók körében

2009-ben kutatást (Gazdag és Horváth 2009) végeztek a HCV pozitív, korábban intravénásan kábítószerrel használók antivirális kezelési költségeinek feltárása érdekében. A budapesti Szent László Kórház Hepatológiai Ambulanciáján 2006. január 1. és 2008. december 31. között megjelent páciensek közül azok dokumentációja került kiválogatásra, akiknél kábítószer-fogyasztás szerepelt az anamnézisben. A fenti időszakban 123 olyan fő megjelenését azonosították, akiknél az anamnézisben intravénás kábítószer-fogyasztás szerepelt, az esetek kiválogatása egyedi elbírálás alapján történt.

A kutatás a költségek mellett (a kezelés költségeire vonatkozó számítások az 1.3. fejezetben olvashatók) elemezte a kezelésbe vonás akadályait az intravénás kábítószer-fogyasztói múlttal rendelkezőkre vonatkozóan. A 123 azonosított eset közül 36 fő (29,2%) esetében indult meg a pegilált-interferont és ribavirint alkalmazó kombinált terápia. Magyarországon a kezelésbe lépés vagylagos feltételei: a fél év alatt három alkalommal mért emelkedett májfunkciós (GOT, GPT, GGT) érték, vagy ha a májbiopszia vagy a FibroScan vizsgálat gyulladást mutat. Magyarországon a kezelés kontraindikációi lehetnek az addiktológiai betegségek és a kezeletlen pszichiátriai betegségek, egyebek mellett. A fentieknek megfelelően a kezelésbe vonás legfőbb azonosított akadályai az intravénás kábítószer-fogyasztók körében: az absztinencia hiánya¹³⁰, a kezelés engedélyezési ideje (kb. 3 hónap) alatt tapasztalt kilépés, a rendezetlen társadalombiztosítási jogviszony, komorbid pszichiátriai betegségek előfordulása, és a kezelés mellékhatásaitól vagy a májbiopsziától való elrettenés voltak. A FibroScan vizsgálat (19.200 Ft, 68.44 Euro) költségeit az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nem téríti, amely a szerhasználók számára további hozzáférési korlátot jelenthet. A 123 fő intravénás kábítószer-fogyasztással összefüggésbe hozható esetből 97 férfi, 26 nő volt, átlagéletkoruk 30,4 év volt. Szignifikáns eltérés ($p < 0,001$)

¹³⁰ A kutatás idején érvényben lévő HCV kezelési protokoll a kontraindikációk között sorolja fel a következőt: Addiktológiai betegség: manifeszt fennálló drog- vagy alkohol dependencia. (HCV Protokoll 2009)

mutatkozott a kezelésbe kerülők és a nem kezelték átlagéletkorát tekintve, az antivirális kezelésbe nem kerültek jellemzően fiatalabbak (28,8 év) voltak, mint a végül kezelésbe kerültek (34,3 év).

A 36 fős csoporthoz, akik esetében megindult a pegilált-interferont és ribavirint alkalmazó kombinált terápia, nem és életkor figyelembe vétele mellett azonos, nem kábítószeres kontroll csoport került illesztésre, a különbségek feltárása végett. Az antivirális kezelés átlagos hossza rövidebb volt a kábítószer-fogyasztással összefüggő csoportban (26,7 hét), mint a negatív kábítószeres anamnézissel rendelkezők csoportjában (34,7 hét), a különbség szignifikáns ($p=0,043$) volt. A korábbi szerhasználók csoportjában a kezelés 12. hetére a vizsgált populáció 50%-a, míg a kezelés 24. hetére 61%-a reagált a kezelésre, azaz HCV-PCR negatívvá vált. A kontrollcsoportban ezzel szemben a 12. héten 25%, a 24. héten 47% reagált a kezelésre. A 12. héten a pozitív addiktológiai anamnézisű csoport szignifikánsan nagyobb arányú ($p=0,004$) javulást mutatott, mint a kontroll csoport. Ez a különbség a 24. hétre már nem volt szignifikáns, ami a korábbi szerhasználóknál gyorsabban megjelenő vírusválaszt jelzi. Szintén a pozitív addiktológiai anamnézisű pácienseknek az antivirális kezelésre adott kedvezőbb válaszát jelzi, hogy közöttük ritkábban kellett a kezelést hatástalanság miatt befejezni, valamint a kezelés 18 hónapra történő meghosszabbítására is ritkábban volt szükség, de ezek a különbségek a szignifikancia szintet nem érték el.¹³¹ A kezelés megszakítása szignifikánsan ($p=0,016$) gyakrabban, 10 fő esetében fordult elő a pozitív addiktológiai anamnézisű páciensek között, mint a kontroll csoportban.

A kutatás egyik további aspektusa az volt a rendelkezésre álló adatoknak köszönhetően, hogy megvizsgálják, hogy a 2006 és 2008 között az intravénás szerfogyasztók körében zajlott ujjbegyes vérvétellel történő, a HCV prevalenciájára irányuló országos szintű szűrővizsgálatok (bővebben lásd 6.1. fejezet) során ellenanyag pozitívnak bizonyult személyek közül hányan jutottak kezelésbe. A Budapesten kiszűrt Hepatitis C ellenanyag pozitív valaha intravénásan kábítószer fogyasztó kliensek tanácsadását és kezelésbe vételét a Szent László Kórház hepatológiai ambulanciája vállalta. A szűrővizsgálatok 3 éve alatt összesen 234 személy bizonyult HCV pozitívnak (2006:59 fő, 2007:94 fő, 2008:81 fő) a budapesti szűrőhelyeken, közülük mindössze 23 fő (10%) jelent meg hepatológiai szakrendelésen¹³². Bár a vizsgált hepatológiai ambulancia a legnagyobb ilyen jellegű intézmény Budapesten, lehetséges, hogy a program során kiszűrt egyes esetek egy másik hepatológiai ambulancián vagy a vizsgálat zárását követő évben, 2009-ben kérték felvételüket. Az eredmények mindenesetre indokoltá teszik a kiszűrt hepatitis C fertőzött kliensek egyénre szabott tanácsadásának, esetkezelésének és a kidolgozott betegirányításnak szolgáltatói oldalon történő fejlesztését.

A fertőzött fogvatartottak kezeléséről szóló információ a 9.5. fejezetben olvasható.

7.3. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KEZELÉSE

Kábítószer-fogyasztással összefüggő közúti balesetek megelőzése

Magyarország 2009-ben is részt vett a TISPOL nemzetközi közúti ellenőrző akciójában, amely kampány célja az ittas és bódult állapotban történő járművezetés visszaszorítása. Az ellenőrzést júniusban, illetve decemberben hajtották végre 3 napon át napi 8 órán keresztül, és az ország egész területére kiterjedt. A kábítószer-fogyasztásra utaló anyagok jelenlétét kimutató vizeletminta előszűrő vizsgálat (gyorsteszt) júniusban 621 vizsgálat során 4 esetben lett pozitív, míg a decemberi 2098 ellenőrzés során nem detektáltak pozitív esetet.

¹³¹ A gyorsabb és kedvezőbb vírusválasz okaira ez a kutatás nem tért ki.

¹³² Az eseteket a szűrés során használt egyedi generált kód alapján egyeztették. Módszertani információkat a szűréssel kapcsolatosan lásd: 2007-es Éves Jelentés, 6.2. fejezet.

Kábítószer-használó várandós anyákat és gyermekeiket érintő beavatkozások

Várandósok ellátása

A droghasználó szülők önsegítő csoportjaként 2006-ban indult Józan Babák Klub alacsonyküszöbű szolgáltatásainak palettája 2009-ben pszichoterápiával és családjogi tanácsadással bővült.

A Józan Babák Klub 2009 őszétől egy háromlépcsős modellt alkalmaz, amely a helyben szerzett tapasztalatok szerint alakul. A program neve „Alternatív Terhesgondozás”, melynek első lépéseként kapcsolatot lehet felvenni a Józan Babák önsegítő csoport ügyeletes tagjával, második lépéseként igénybe lehet venni a helyben lévő anonim szakmai tanácsadásokat, míg harmadik lépéseként önsegítő és/vagy hivatásos segítő közreműködésével lehet felkeresni a „normál” terhesgondozás szereplőit (védőnő, háziorvos, szülész-nőgyógyász).

A program munkatársai esetenedzselést végeznek, illetve – a kliens egyetértésével – esetkonferenciákat szerveznek¹³³ hozzátartozók és az ellátórendszer szereplőivel kiegészülve. Esetkonferenciára 2009-ben 3 kliens esetében, összesen 4 alkalommal került sor. Az ily módon létrejövő kapcsolat az ellátórendszer különböző szereplői között hasznosnak bizonyult, mivel az addiktológiai tapasztalatokkal nem rendelkező szereplők (gyámhivatal, védőnők stb.) számára egyfajta garanciát jelent, ha egy kritikus helyzet kezelésében addiktológiai szolgáltató is részt vesz. Továbbá a kliensek is megelőzhetik ezáltal a gyermekelhelyezéssel kapcsolatos jogi problémákat.

A 2009-ben indult családjogi tanácsadás keretében jellemzően gyermekelhelyezést, a szülői felügyeleti jogot, kapcsolattartást, felügyelt kapcsolattartást érintő ügyekben keresték fel a szolgáltatást. A családjogi segítségnyújtást pszichoterápia, addiktológiai, családi konzultáció, szociális munka egészítheti ki, illetve – kérésre – a Józan Babák csoport tagjának személyes részvétele az ellátás bármely elemében.

2009-ben is elérhető volt alacsonyküszöbű szolgáltatásukban az ingyenes terhességi teszt, melyből az év folyamán összesen 40 darabot osztottak ki.

Jól jelzi a Józan Babák Klub által nyújtott szolgáltatások iránti igényeket, illetve a klub ismertségének a növekedését, hogy alacsonyküszöbű szolgáltatásuk 2009. évi megkereséseinek a száma 10 770 alkalom volt, mely közel 50%-os forgalomnövekedést jelent a 2008-as évhez viszonyítva (7318 alkalom). A megkeresés történhet személyesen, meghatalmazott által vagy telefonon keresztül. A megkeresési alkalmak 14-15%-ában, összesen 70-80 fő esetében volt azonosítható a kábítószer-használó nő várandós állapota ill. a legfeljebb 1 éves gyermeket nevelő édesanya kábítószer-használói státusza.

Budapesti droghasználó várandós nők ellátásának kvalitatív vizsgálata

Kaló és Rác 2009-ben kutatást¹³⁴ készítettek (Kaló, Rác 2009) kábítószer-használó várandós nők valamint terhes-gondozással foglalkozó szakemberek körében. A szerhasználói mintába VIII. kerületi aktív szerhasználó vagy a terhességük alatt valamilyen

¹³³ Vonatkozó eseteleírás: http://www.jozanbabak.hu/pszichiatrjai_jogsegely_kata_es_laci.php (2010. május 14.)

¹³⁴ A kutatást a Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Kutatóintézete végezte az SZMM finanszírozásával (pályázat kódja: KAB-KT-M_08_09). A szerhasználói mintába 20 fő került, a bekerülési feltétel a kábítószer-használat és várandós státusz egyidejű megléte volt. A kérdezettek kiválasztására egy budapesti, VIII. kerületi alacsonyküszöbű szolgáltató telephelyén került sor, a szolgáltatás kliensköréből, a kutatás miatt betérőkből (a motivációs díj hatására olyan a feltételeknek megfelelő szerhasználók is jöttek, akik korábban nem voltak kliensei a szolgáltatásnak) valamint terepmunkával toborzott személyekből. A szakemberek az I. számú Nőgyógyászati Klinika, a Józan Babák Klub valamint a VIII. kerületi védőnői hálózat munkatársai közül kerültek kiválasztásra.

kábítószert fogyasztó nők kerültek, akik az adatfelvétel idején gyermeket vártak, vagy azt megelőző fél évben szültek. A szakember mintába VIII. kerületben dolgozó, véletlenszerűen, ajánlásra kiválasztott egészségügyi szakemberek kerültek.

A mintába került 20 kábítószer-használó nő átlagéletkora 28,8 év, a legfiatalabb kérdezett 18, a legidősebb 43 éves volt. Az interjúalanyok többségének már legalább egy gyermeke volt, tehát az egészségügyi intézményrendszerrel már korábban is kapcsolatba került várandósként (1 főnek három, 5 főnek kettő, 5 főnek pedig egy gyermeke volt). Az aktuális terhességet 3 fő tervezte, 16 fő nem tervezte, és egy fő nem válaszolt. Szerhasználat szempontjából 12 fő nyilatkozott úgy, hogy az elmúlt 30 napban is használt valamilyen illegális kábítószert, és a bekerülés feltételeiből adódóan, az összes kérdezett használt már életében kábítószert.

A kvalitatív vizsgálat alapján, a droghasználó várandós nők esetében az ambivalencia egyik jellemző forrása a terhesség elfogadása és a környezet tájékoztatása volt. A legtöbb várandós nőt körülvevő személy reakciója az, hogy azonnal abba kellene hagyniuk a szerhasználatot, és elítélik őt, ha ezt nem teszi meg. Ugyanakkor a szerhasználat eredete gyakran köthető megküzdési/túlélési/alkalmazkodási módokhoz, így annak abbahagyása komoly problémát okozhat (a fizikai mellett) érzelmi-pszichológiai szinten.

Néhány nő abban a hitben élt, hogy a droghasználat már meddővé tette őket, ezért a terhesség olyan pozitív érzéssel járt, amely okot adott a gyermek kihordására (pozitív fordulat). Más nők számára a teherbe esés képességének tagadása lehetőséget nyújtott arra, hogy fenntartsák a szerhasználatot is. Gyakran a második trimeszterig el sem fogadták a terhesség tényét. Ennek a bizonytalanságnak hatása lehet az anya és a magzat egészségére is. A terhesség titokban tartása egyben azt is jelenti, hogy megnövekszik az érzelmi ambivalencia (distressz), amelyet nem tud megbeszélni senkivel egy biztonságos helyen, ahol információkat kaphatna az egészségügyi ellátásról és terhesgondozásról. Az intervenciót tovább komplikálják a – gyakran egymással is ellentmondásban lévő – szociális, családi, morális, gazdasági ügyek.

Az anyaság növelte a nők felelősségvállalását, ugyanakkor megmaradt a bizonytalanság. Leginkább attól félték, hogy a droghasználat következtében elvesztik a gyermeküket, hogy az ellátórendszerben lenézik őket, esetleg feljelentik őket a rendőrségnél. A „rossz anya” megbélyegzése személyes, szociális zavarokhoz vezetett, gyakran szociális izolációhoz, amely visszavezetett a szerhasznált eredeti funkcióihoz.

Az ellátórendszer attitűdjeinek feltérképezése 20 szakemberrel készített interjú mentén történt. Ebben a mintában 5 férfi és 15 nő szerepelt, átlagéletkoruk 36,4 év volt. Foglalkozásukat tekintve 9 szülésznő, 6 szülész-nőgyógyász orvos, 1 aneszteziológus, 2 intenzív terápiás szakasszisztens és 2 védőnő volt. A 20 főből 19 fő találkozott pályafutása során szerhasználó klienssel.

Az ellátórendszer képviselői körében is jellemző volt az ambivalencia. A szakemberek hozzáállására hatást gyakorol a terhesség/anyaság szociális konstrukciója, ennek köszönhetően pozitív attitűd jellemzi a viselkedésüket. Ugyanakkor, a szerhasználatról való tájékozottság hiánya és az ismeretlentől való félelem miatt negatívan vagy bizonytalanul, esetleg semlegesen viselkednek. Általában jellemző, hogy az intézmény sem segít a bizonytalanság feloldásában, ugyanis nincs protokoll, amire támaszkodhatnának a döntéshozatal során, nincsenek szakemberek, akikhez fordulhatnának. A pozitív attitűd és a segítségnyújtás fókuszja elsősorban a gyermekekre vonatkozik.

Az ellátás fejlesztése érdekében tett lépések

2009 márciusában jelent meg a Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása c. kötet¹³⁵, amely az első magyar nyelvű, a droghasználat és gyermekvállalás témáját feldolgozó, több területet (szülész-nőgyógyászat, addiktológia, szociális munka, önszegítés) felölelő kiadvány.

A Józan Babák Klub kezdeményezésére, a szolgáltatás önszegítői, munkatársai és más szervezetekből csatlakozott szakemberek 2009-ben megkezdték a „Droghasználat és gyermekvállalás” c. szakmai ajánlás kidolgozását, amely informális és formális anonim szolgáltatások segítő tevékenységeit dolgozza fel. Az ajánlás végleges szövege várhatóan 2011 elejére készül el.

Az ellátórendszer különböző szereplőinek felkészítésére a várandós kábítószer-használók és gyermekik ellátására 2009-ben az OAC által koordinált minőségfejlesztési projektek keretében „Szenvedélybeteg terhesek, veszélyeztetett újszülöttek, kisgyermek gondozási és megelőzési programja” címmel kiadvány jelent meg.

A 2009-ben megszavazott új Nemzeti Drogstratégia több ponton is foglalkozik a kábítószer-használó nők és gyermekeik ellátásának fejlesztésével.

Következtetések

2009-ban tovább nőtt az ország tűcsere szolgáltatásokkal való lefedettsége. Az összesített adatokat tekintve nagymértékben növekedett mind a kiosztott mind a visszahozott fecskendők száma. Az emelkedő tendencia elsősorban az állandó telephelyű – ezek között is leginkább a budapesti – tűcsere programok 2009-es adatainak köszönhető.

A VIII. kerületi tűcsere programban megfigyelt emelkedő kliensszám, illetve a több éve 70% körüli értéket mutató hepatitis C prevalenciára adott válaszként több ártalomcsökkentő intézkedés is történt a területen. A program helyszínén elérhetővé tették a folyamatos szűrővizsgálati lehetőséget, megvizsgálták egy tanácsadói modell program hatékonyságát, illetve a területen lakossági attitűdvizsgálatot is végeztek egy esetleges felügyelt injekció helyiség létrehozásával kapcsolatosan.

Egy 2009-es kutatás során megvizsgálták a hepatitis C fertőzött intravénás szerhasználói múlttal rendelkezők kezelésbe jutásának legfőbb akadályait, illetve rávilágítottak több fejlesztendő területre is a kezelésükkel kapcsolatosan: mint például az egyénre szabott tanácsadás, a kezelésbe irányítás és a kezelésben tartás.

A várandós szerhasználók ellátásával kapcsolatban továbbra is élénk a szakmai érdeklődés, amit jól példáz, hogy az új Nemzeti Drogstratégia is több ponton foglalkozik a problémával. A 2009-ben kiadott szenvedélybeteg várandós nők és gyermekeik ellátásával foglalkozó OAC kiadvány jó alapot jelenthet e speciális csoport ellátásának fejlesztéséhez. Egy a várandós szerhasználók körében készített kvalitatív kutatás eredményei azt mutatják, továbbra is problémát jelent az egészségügyi ellátók attitűdje, a megbélyegzés és a gyermek gyámságának elvesztése miatti félelem a kezelést igénylő szerhasználó kismamák ellátásának tekintetében.

¹³⁵ Rigó János – Oberth József – Sógorka Ildikó (szerk.). Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása. Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány. 2009.

8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ¹³⁶

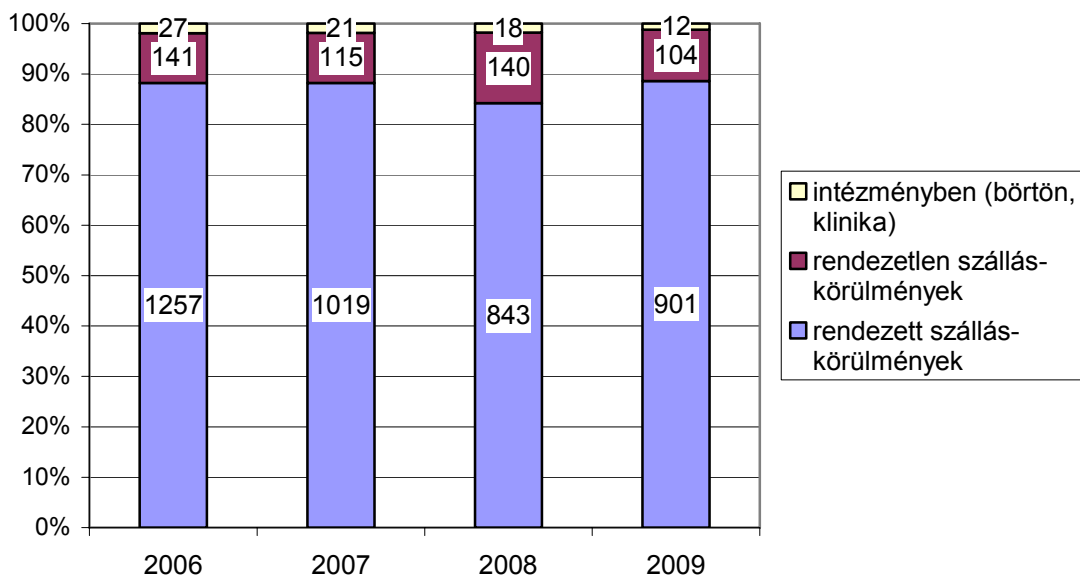
8.1. TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉG

Az elmúlt évben nem készült célzottan a kábítószer-fogyasztók társadalmi kirekesztettségét vizsgáló kutatás, több kutatás készült azonban kábítószer-fogyasztó csoportok körében, melyek a megkérdezettek szociális helyzetére is kitértek¹³⁷. Ezen kutatások közül ebben a fejezetben a budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében készült kutatásban (Rácz et al. 2009) megkérdezettek jellemzőit mutatjuk be¹³⁸. A drogfogyasztók társadalmi kirekesztettségét továbbá a kezelésbe lépő kliensekről rendelkezésre álló információk (TDI adatbázisból¹³⁹) segítségével írjuk le.

Lakhatás

2009-ben a kezelésben megjelenő kliensek 89%-a élt rendezett szálláskörülmények között, ez 5 százalékpontos növekedést jelent a előző évhez képest (2008-ban 84%), ami ugyanakkor megegyezik a korábbi években megfigyelt arányokkal.

45. ábra. Lakhatási körülmények a kezelésbe lépők körében 2006-2009 között (fő)



Forrás: OAC 2010

A budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében készült kutatásban (Rácz et al. 2009) résztvevők 21%-a élt saját tulajdonú lakásban, 29%-uk más lakását, 16%-uk albérletet, 22%-uk pedig önkormányzati lakást jelölt meg lakhelyként. Hajléktalan szállón a megkérdezettek 8%-a lakott, míg utcán, illetve foglalt lakásban gyakorlatilag senki sem.

¹³⁶ A fejezet szerzői: Nádas Eszter, Paksi Borbála

¹³⁷ Budapesten élő intravénás és/vagy opiát-használó nők körében (Csorba et al. 2009; Csorba et al. 2010), eredményeket lásd 6.2 fejezet; Budapesti droghasználó várandós nők körében (Kaló, Rácz 2009), eredményeket lásd 7.3 fejezet; Budapest legnagyobb börtönében a fogvatartottak körében (Mészáros et al. 2009), eredményeket lásd 9.4 fejezet.

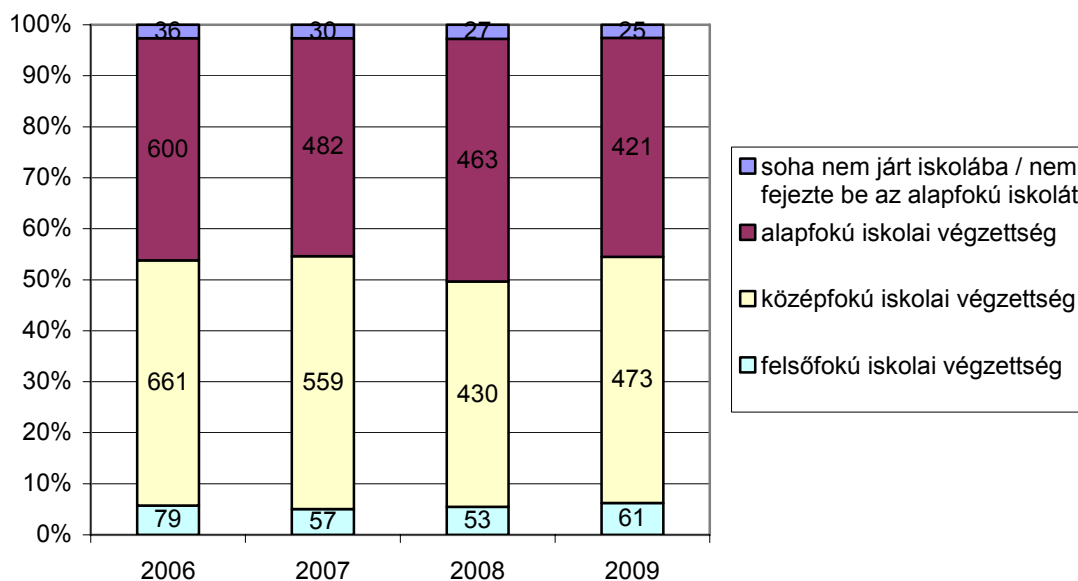
¹³⁸ A kutatás további eredményeit és a módszertant lásd a 7.2 fejezetben.

¹³⁹ 2009-ben 1054 nem elterelés miatt kezelésbe lépő kliens adatait jelentették a szolgáltatók a TDI adatbázisba (a kezeltek jellemzőinek bővebb ismertetését lásd az 5.3. fejezetben). Az új kliensek számának alakulása: 2006-ban 1472 fő, 2007-ben 1185 fő, 2008-ban 1032 fő.

Iskolai végzettség

A 2009-ben kezelésbe lépők körében az elmúlt évhez viszonyítva magasabb volt a középfokú iskolai végzettséggel rendelkezők aránya (48%, 2008-ban 44%), és valamivel alacsonyabb az alapfokú végzettségűek aránya (43%, 2008-ban 48%). A 2009-ben megfigyelt arányok azonban megegyeznek a 2006-ban és 2007-ben megmutatkozott arányokkal. Az alapfokú végzettséggel sem rendelkezők aránya stabilan 3% körül mozog az évek során, míg a felsőfokú végzettségűek aránya pedig 5-6% körül.

46. ábra. Befejezett iskolai végzettség a kezelésbe lépők körében 2006-2009 között (fő)



Forrás: OAC 2010

A budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében készült kutatásban (Rácz et al. 2009) a megkérdezettek 13%-a nem fejezte a 8 általánost, 62%-uknak volt 8 általános a legmagasabb iskolai végzettsége. Befejezett szakmunkást, vagy szakközépiskolát 20%-uk jelölt meg, 3%-uk vett részt OKJ-s képzésen. Gimnáziumot 2%-uk fejezett be.

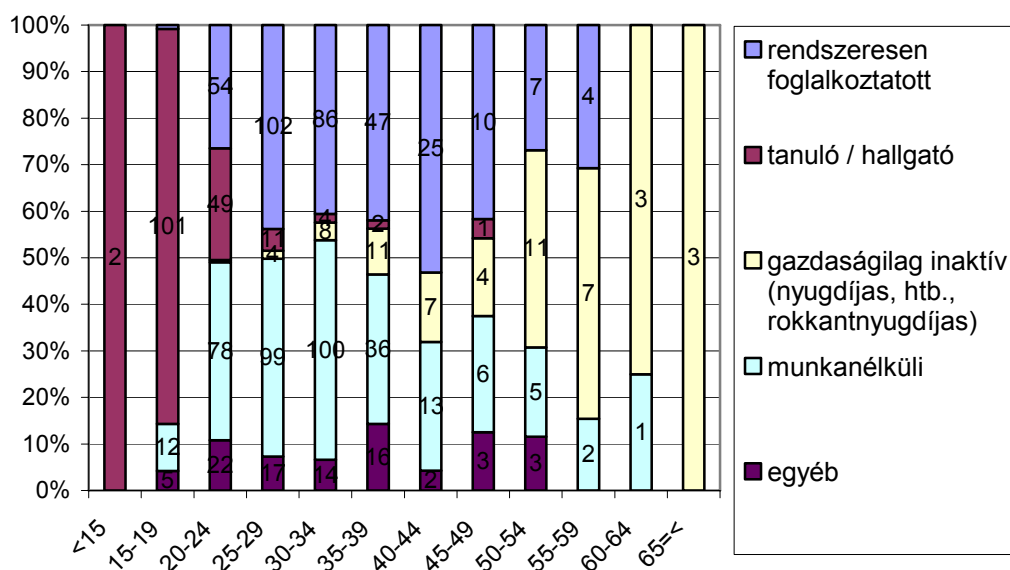
Munkaügyi státusz

2009-ben az újonnan kezelésbe lépők 33,6%-a volt rendszeresen foglalkoztatott, ez kis mértékű növekedés a 2008-as arányhoz képest (30,1%). A tanulók (19%-ról 17%-ra), inaktívak (5,5%-ról 5,9%-ra), munkanélküliek (36,8%-ról 35,2%-ra) és egyéb foglalkozási státuszúak (8,9%-ról 8,2%-ra) aránya 1-2 százalékponttal változott csak az elmúlt évhez képest.

A kliensek foglalkoztatási státuszát vizsgálva érdekesebb képet nyújt a korcsoportok szerinti áttekintés. A 20 év alatti korosztályban természetesen a tanulók aránya volt a legmagasabb, a 10%-ot képező munkanélküliek mindannyian 18-19 évesek voltak, a legfiatalabb korcsoportokban mindössze egy fő volt rendszeresen foglalkoztatott. A munkanélküliek aránya a 20-34 éves korcsoportokban volt a legmagasabb (38,2%, 42,5% és 47,2%), a 20-24 és 30-34 éves korcsoportokban a rendszeresen foglalkoztatottak arányát is meghaladta (26,5% illetve 40,6%), de a 25-30 éves korcsoportban is mindössze egy százalékkal maradt el a rendszeresen foglalkoztatottak arányától.

A kezelésbe került 20-49 évesek¹⁴⁰ munkaügyi státusza és az elsődlegesen fogyasztott szer kapcsolatát vizsgálva a következők állapíthatók meg: a heroin-fogyasztók (271 fő) közel fele munkanélküli volt (48%), ugyanakkor egyharmaduk rendszeresen foglalkoztatottnak (33,6%) vallotta magát. Az egyéb opiátok miatt kezelték (34 fő) körében is hasonló arányok voltak megfigyelhetőek (munkanélküli 52,9%, rendszeresen foglalkoztatott 35,3%). A kokain (25 fő) és amfetamin (83 fő) fogyasztás miatt kezelték körében közel azonos volt a rendszeresen foglalkoztatottak és a munkanélküliek aránya (kokainnál: 36% és 36%, amfetaminnál 43,4% és 45,8%). A kannabisz-fogyasztók (251 fő) fele rendszeresen foglalkoztatott (49%), negyedük munkanélküli (27,1%), a tanulók aránya pedig 15,5% volt. A 20 éven aluliak (121 fő) 85,1%-a volt tanuló, közel kétharmaduk (64,5%) kannabisz-fogyasztás miatt került kezelésbe.

47. ábra. Munkaügyi státusz a kezelésbe lépők körében, korcsoportonként 2009-ben (N=999) (fő)



Forrás: OAC 2010

A budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében készült kutatásban (Rácz et al. 2009) a résztvevők kétharmada (66%) munkanélküli volt, 14%-uknak volt valamilyen munkája, 21%-uk pedig más jellegű foglalkozási státusszal rendelkezett.

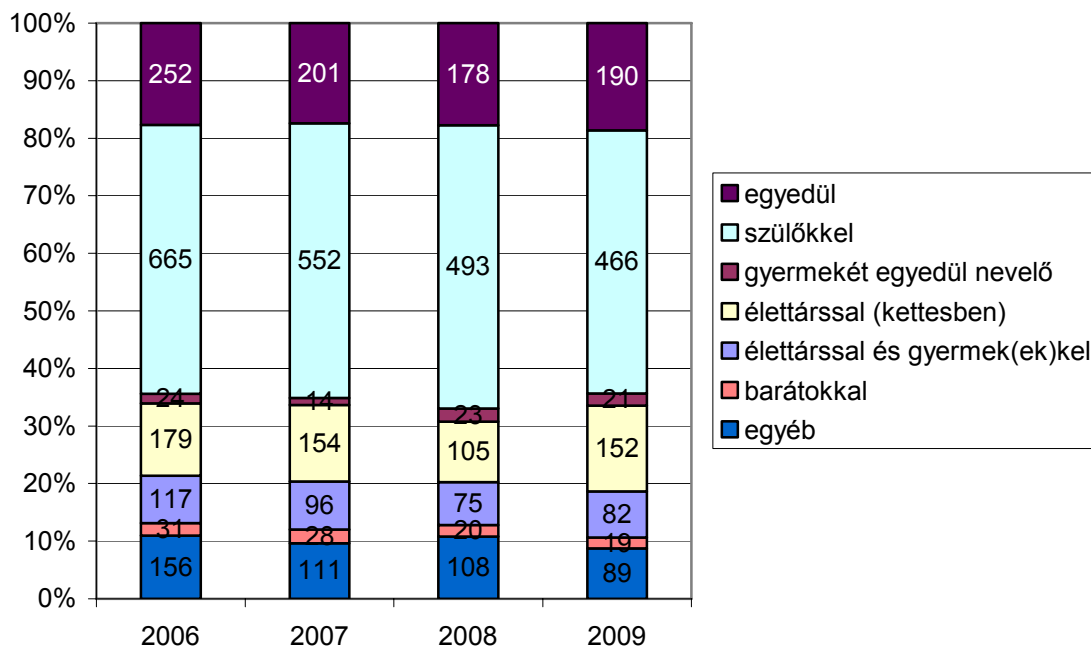
A megkérdezettek közül valamilyen segítyt 15% vett igénybe (munkanélküli segítyt 5%-uk). A résztvevők egyharmadának házas társ, család vagy barát nyújtott anyagi segítyt, áruk adásával és vételével, sefteléssel 28% foglalkozott. Lopást 16% jelölt meg, mint jövedelemforrást, gyermektámogatást 5% vett igénybe. Prostitúcióban senki volt érintett.

Szociális háló

A szociális hálót vizsgálva az elmúlt évek során nem történt figyelemre méltó átrendeződés a kliensek családi állapotában. A 2009-ben kezelésbe kerülők legnagyobb arányban továbbra is a szüleikkel éltek (45,7%, átlagéletkor 25,1 év). Az egyedül élők aránya 18,6% (átlagéletkor 33,4 év), a partnerrel kettesben élők aránya 14,9% (átlagéletkor 34,3 év), a partnerrel és gyerekekkel élők aránya 8% (átlagéletkor 36,9 év), az egyéb kategóriában megjelenők aránya pedig 8,7% (átlagéletkor 28,4 év). A kezelt kliensek között a gyerekekkel egyedül élők (2,1%, átlagéletkor 33,9 év), valamint a barátokkal élők (1,9%, átlagéletkor 29,5 év) aránya a legalacsonyabb.

¹⁴⁰ Az esetek 83,4%-a (879 fő) tartozik ebbe a korcsoportba.

48. ábra. Családi állapot a kezelésbe lépő kliensek körében 2006-2009 között (fő)



Forrás: OAC 2010

A budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében készült kutatásban (Rácz et al. 2009) megkérdezettek többsége (61%) egyedülálló volt, közel egyharmaduk rendelkezett élettársi, partneri kapcsolattal.

Legtöbben a szülőkkel (39%), vagy partnerrel (23%) éltek együtt, a válaszadók 17%-a élt egyedül.

8.2. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ

Drogterápiás intézetek

2009 nyarán¹⁴¹ kutatás készült a magyarországi, hosszú távú bentlakásos terápiát végző drogrehabilitációs intézetek működésének megismerése és az intézetekben zajló munka egységes szempontrendszer mentén történő strukturált leírása céljából (Topolánszky et al. 2009a, b).¹⁴² A terápiás intézetek tevékenységét meghatározó célkitűzések és az alkalmazott módszerek feltárása mellett a vizsgálat kiterjedt az intézetek szervezeti jellemzőinek, humán erőforrás ellátottságának, a drogprobléma kezelésére irányuló intézményrendszerbe való szerkezeti beágyazottságának vizsgálatára, valamint a kliensek sajátosságainak megismerésére is.

¹⁴¹ Június 1. és július 31. között

¹⁴² A kutatás a Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetségének (MADRISZ) az adatfelvétel idején aktív terápiás tevékenységet végző (drogrehabilitációs) 13 tagszervezetére terjedt ki. A kutatás a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából készült.

Az adatfelvétel során 13 intézményvezetői interjú készült, azaz teljes körű megkérdezést sikerült megvalósítani. A 13 drogterápiás intézetben az adatfelvétel idején 253 klienst 180 munkatárs látott el. Közülük 146 dolgozót, és 240 klienst sikerült megkérdezni. Az intézményvezetői kérdőívek felvétele személyes megkereséssel, szakmailag kompetens kérdezőbiztosok bevonásával, jellemzően face-to-face technikával történt. A munkatársi kérdőívek egyéni önkitöltős technikával, a kliens kérdőívek pedig csoportos önkitöltős technikával kerültek felvételre.

A terápiás intézetek országosan, egyidejűleg 353 kliens befogadására képesek. Az OEP finanszírozott férőhelyek száma 269, a szociális normatívából finanszírozott férőhelyek száma 340. 2008-ban összesen 738 klienst regisztráltak (egy átlagos évben 715 főt), ebből 160 olyan kliens jelentkezett, aki korábban még sehol nem volt kezelésben. Az egy intézetre jutó 2008-as betegforgalmi adatok nem térnek el számottevően az egy átlagos évre becsült adatoktól, mindössze a csak előgondozásban részt vevő kliensek száma volt jelentősen magasabb 2008-ban, mint a korábbi években átlagosan.

60. táblázat. A terápiás intézetek 2008-as kliensforgalmi adatai (fő)

	2008-ban	Egy intézetre jutó adatok		2008/egy átlagos év
		2008-ban	Egy átlagos évben ¹⁴³	
Regisztrált kliensek	738	56,8	55,0	103,3%
Csak előgondozásban részt vevő kliensek	34	2,8	2,1	133,3%
Többször felvett kliensek	102	7,9	7,2	109,7%
Eddig még az adott terápiás Intézetben kezelésbe nem került kliensek ¹⁴⁴	475	36,5	39,6	92,2%
Eddig még terápiás programban kezelésbe nem került kliensek	160	16,0	15,2	105,3%
Várólistán lévő kliensek	25	2,1	1,9	110,5%

Forrás: Topolánszky et al. 2009a, b

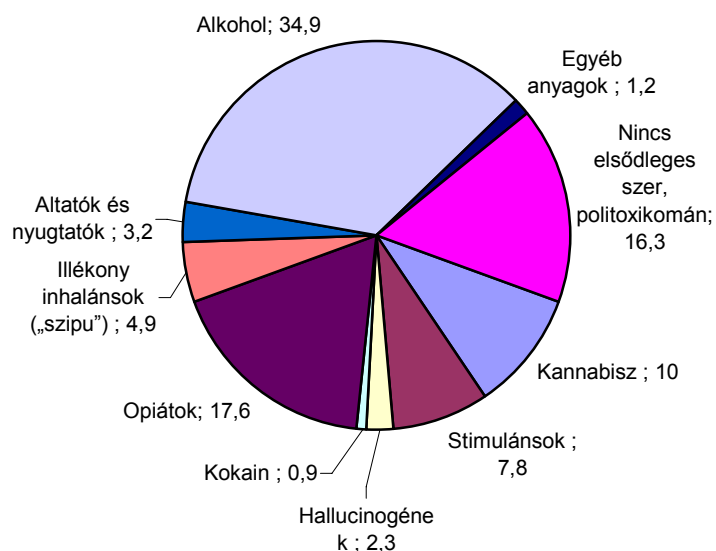
A 13 intézetből 7 csak férfiakat, 1 pedig csak nőket fogad. A további 5 intézet koedukált. A 18 év feletti, felnőtt célpopulációra irányuló 11 terápiás intézetben a kliensek átlagéletkora viszonylag széles, 24-43 év közötti sávban mozog, az összesített átlagéletkor 31,2 év, ami gyakorlatilag megegyezik az egyes intézetekben leggyakrabban előforduló életkorok átlagával (30,8 év). 2008-ban a magyarországi drogterápiás intézetekben megforduló legidősebb kliens 63 éves volt. A két, tizenhét év alatti kliensekkel foglalkozó intézetben az átlagéletkor 15, a leggyakrabban előforduló életkor pedig 16 év volt.

A terápiás intézetekbe – az intézményvezetők becslései alapján – legnagyobb arányban alkohol problémákkal kerülnek be a kliensek. A leggyakrabban használt tiltott szerek az opiátok, azonban e szercsoport elsődleges használóinak aránya az alkohol-használók arányának fele. A drogterápiás intézetekbe bekerülő kliensek több mint kétötödének – az intézményvezetők becslése szerint – az elsődleges szere nem tiltott drog. Az egyes intézetek között azonban jelentős eltérés van a kliensek elsődleges szere tekintetében: vannak olyan intézetek, ahol a kliensek több mint fele opiát-használó, vagy ahol 80%-uk elsődlegesen kannabisz használó (Szegletkö Gyermekotthon), illetve döntő többségük elsődlegesen alkohol-fogyasztó.

¹⁴³ Átlagos év = a vizsgált évek (2006-2008) átlaga

¹⁴⁴ Csak 10 intézményre vonatkozóan áll rendelkezésre az új betegek számára vonatkozó adat.

49. ábra. Kliensek megoszlása a bekerüléskor fogyasztott elsődleges szer alapján (az intézményvezetők által becsült százalékok átlagai)



Forrás: Topolánszky et al. 2009a, b

61. táblázat. Kliensek megoszlása a bekerüléskor fogyasztott elsődleges szer alapján (az intézményvezetők által becsült százalékok átlagai, illetve zárójelben a becslések minimum és maximum értékei)

Elsődleges szer	Becsült százalékok átlaga
Opiátok	17,58 (0-55)
heroin	16,75
metadon	1,50
egyéb opiátok	0,38
Kokain	0,92 (0-3)
kokain	0,92
crack	0
Stimulánsok	7,81 (0-30)
amfetaminok	6,58
MDMA és egyéb származékok	1,00
egyéb stimulánsok	0,23
Altatók és nyugtatók	3,23 (0-11)
barbiturátok	1,08
benzodiazepinek	1,83
egyebek	0,17
Hallucinogének	2,31 (0-30)
LSD	1,27
egyéb hallucinogének	1,58
Illékony inhalánsok	4,88 (0-25)
Kannabisz	10,04 (0-80)
Alkohol	34,88 (0-98)
Egyéb anyagok	1,17 (0-10)
Nincs elsődleges szer, politoxikomán	16,25 (0-50)

Forrás: Topolánszky et al. 2009a, b

A terápiás intézetek általában befogadóak a különböző szociális, kulturális, jogi, vagy egészségügyi szempontból speciális élethelyzetű, a drogterápiás intézetek klienseinek

átlagától eltérő terápiás igényekkel jelentkező csoportok iránt (továbbiakban speciális szükségletű csoport). Az intézetek mindegyike nyitott a nemzeti és etnikai kisebbségi csoportok iránt, s döntő többségük fogad pártfogói felügyelet alatt állókat, HCV fertőzötteket, hajléktalanokat, illetve valamilyen viselkedési addikcióban szenvedőket is. Droghasználó anyákat¹⁴⁵ a nők számára hozzáférhető 6 intézetből 5 fogad. A speciális ellátások megjelenése a terápiás kínálat tekintetében azt mutatja, hogy a hazai intézmények is elmozdulnak az ún. harmadik generációs terápiás közösségek (Topolánszky 2009a, b) inkább kliens orientált kezelés tervezési gyakorlata felé. Az intézetek speciális szolgáltatást ezen speciális szükségletű csoportok számára azonban már kevésbé jellemzően nyújtanak.

62. táblázat. Különböző speciális szükségletű klienscsoportokra vonatkozó adatok

Speciális szükségletű csoportok	Intézetek száma	
	Részt vehetnek a programban	Speciális szolgáltatást nyújtanak számukra
Kettős diagnózisú kliensek	9	2
Kisebbségi csoportok	13	3
Hajléktalanok	11	4
Pártfogói felügyelet alatt állók	12	3
HCV fertőzöttek	12	6
Valamilyen viselkedési addikcióban szenvedők	11	3
Droghasználó anyák	5	2
HIV /AIDS fertőzöttek	9	5

Forrás: Topolánszky et al. 2009a, b

Az intézetek terápiás céljai között három cél emelkedik ki: a „szociális készségek, megküzdési stratégiák fejlesztése”, az „önismeret, önbizalom, magabiztosság fejlesztése”, valamint a „tartózkodás bármilyen illegális drogtól” célkitűzések. Ezek a célok az intézetekben kivétel nélkül „jelentős hangsúlyt kapnak”, mindegyik intézet a célok hangsúlyossága tekintetében 5 fokozatú skálán 5-ösre értékelte. Azonban a célok prioritását, azaz az 5 legfontosabb cél tekintetében felállított fontossági sorrendet vizsgálva, összességében a „mindenfajta pszichoaktív szertől való tartózkodás” kapja a legfontosabb szerepet az intézetek célstruktúrájában, ami azt jelzi, hogy a magyarországi terápiás intézetek továbbra is absztinencia orientált ellátókként értelmezik önmagukat, bár e tekintetben az intézetek között hangsúlyeltolódások tapasztalhatók. A fentiek mellett jelentős hangsúlyt, és a fontossági sorrendben relatíve magas prioritást kap az intézetek terápiás céljai között a „mindennapi életvezetési készségek fejlesztése”, és a „kezelésben maradás” is. Egyetlen intézetben sem említették azonban az első 5 legfontosabb cél között a dohányzástól való tartózkodást, a szociális környezet megváltoztatását, illetve a drogfogyasztással összefüggő fertőző megbetegedések elkerülését.

¹⁴⁵ A kutatás a droghasználó anyák befogadásával kapcsolatos kérdést nem specifikálta aszerint, hogy az anyák gyermekükkel, vagy gyermekük nélkül kerülnek befogadásra.

63. táblázat. A különböző terápiás célok hangsúlyossága a terápiás programokban¹⁴⁶

Terápiás cél	A hangsúlyosságot kifejező skálapont-értékek		Rangsor-pontszám
	átlaga	szórása	
Önismeret, önbizalom, magabiztosság fejlesztése	5,00	0	<u>23</u>
Szociális készségek, megküzdési stratégiák fejlesztése	5,00	0	<u>22</u>
Tartózkodás bármilyen illegális drogtól	5,00	0	5
Mindennapi életvezetési készségek fejlesztése	4,92	0,277	<u>18</u>
Kezelésben maradás	4,85	0,376	<u>15</u>
Tartózkodás az alkohol-használatól	4,85	0,376	8
Családi és egyéb társas kapcsolatok helyreállítása	4,77	0,599	10
Mindenfajta pszichoaktív szertől való tartózkodás	4,69	0,855	<u>26</u>
Fizikai egészség és jó közérzet elérése	4,62	0,650	4
A kliens integrálása önsegítő csoportba	4,23	1,301	4
A szexuális úton terjedő megbetegedések, illetve a hepatitis B, C fertőzés elkerülése	4,15	1,281	0
Munkaerőpiaci pozíció javítása	3,85	1,345	1
A szociális környezet megváltoztatása	3,31	1,251	0
Tanulmányi előmenetel javítása	2,92	1,553	3
Dohányzástól való tartózkodás	2,38	1,387	0
Megtérés	2,31	1,494	4

Forrás: Topolánszky et al. 2009a, b

Az intézetekben a legnagyobb hangsúlyt a csoport terápia, a „terápiás közösségi modell” illetve a foglalkozás terápia kapja, ezek a terápiás technikák minden intézetben hangsúlyosak (legalább 3-as, de többnyire 5-ös osztályzat). Hasonlóképpen az intézetek 80%-ában „nagyon hangsúlyos” szerepet kap a relapszus prevenció, azonban e technika már inkább megosztja az intézeteket, hiszen 2 intézetben „egyáltalán nem hangsúlyos”. A terápiás intézetek többségében az „inkább nem hangsúlyos” technikák közé tartozik a biblioterápia, a 12 lépéses modell, s az intézetek nagy többségében egyáltalán nem kapnak hangsúlyt a gyógyszeres, illetve az averzív terápiás módszerek.

64. táblázat. A különböző terápiás technikák hangsúlyossága a terápiás programokban¹⁴⁷

Terápiás technikák	átlag	szórás
Csoportterápia	4,92	,277
Terápiás közösségi modell	4,77	,599
Foglalkozás terápia	4,62	,650
Relapszus prevenció	4,38	1,502
Viselkedési- és kognitív terápia	4,38	1,121
Egyéni támogatás, tanácsadás (konzultáció)	4,23	1,235
Motivációs terápia	4,00	1,528
Sport és kaland terápia	3,92	1,320
Művészet terápia	3,38	1,325
Egyéni pszichoterápia	3,15	1,676
Családterápia	3,15	1,625
Biblioterápia, evangelizáció	2,85	1,676
12 lépéses modell	2,23	1,589
Gyógyszeres terápia	1,85	1,281
Averzív terápiás módszerek	1,54	,877

Forrás: Topolánszky et al., 2009a, b

¹⁴⁶ A hangsúlyosság kifejezése 5 fokozatú skálán történt, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem hangsúlyos”, az 5-ös pedig azt, hogy az adott cél „jelentős hangsúlyt kap” a terápiában. Az 5 legfontosabb cél tekintetében az intézményvezetőknek fontossági sorrendet kellett képezniük. A rangsorpontszám ezen fontossági pontszámok összegét jelöli, ahol az 1. hely 5, a 2. 4 pontot stb. ér.

¹⁴⁷ A hangsúlyosság kifejezése 5 fokozatú skálán történt, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem hangsúlyos”, az 5-ös pedig azt, hogy az adott cél „nagyon hangsúlyos” a terápiában.

A terápiás intézetek működési feltételeire vonatkozó szabályozással összhangban, az intézetek mindegyike nyújt a kliensek számára egészségügyi alapellátást, pszichológiai ellátást, illetve jogi tanácsadást. Emellett gyakori a munkahely-keresési, lakhatási, továbbtanulási lehetőségek felkutatásában nyújtott segítségnyújtás előfordulása is. Leginkább a védett munkahely megteremtése tekintetében mutatkoznak korlátozottan az intézetek erőforrásai/lehetőségei.

65. táblázat. A drogterápiás intézetek által a kliensek számára biztosított egyéb ellátások, szolgáltatások előfordulása

Szolgáltatás típusok	Szolgáltatást nyújtó intézetek száma
Egészségügyi alapellátás (házi orvos)	13
Pszichiátriai ellátás	13
Jogi tanácsadás	13
Munkahelykeresés	11
Lakhatási támogatás	10
Továbbtanulási lehetőségek	10
Munka-rehabilitációs foglalkozás	9
Félutas ház	9
Munkaerőpiaci tréning	8
Pénzügyi tanácsadás	8
Védett munkahely	4

Forrás: Topolánszky et al. 2009a, b

A terápiás intézetek a kliensek többségénél átlagosan 15, leggyakrabban 13 hónapos időtávra tervezik a terápiás programjukat, bár, átlagosan mintegy az esetek felében ettől eltérő, egyéni terápiás időtávot határoznak meg. Minden intézetben – a szakmai szabályozásnak megfelelően – személyre szabott kezelési tervet készítenek minden kliens számára, melyben az intézetek többségében – a kliens mentora és/vagy az esetmegbeszélő csoport mellett – a kliens is jelentős szerepet kap.

A terápia sikeres befejezésével kapcsolatban az intézetek átlagosan 1,6 féle kritériumot említettek¹⁴⁸. Ezek között többségben voltak a társas- illetve társadalmi környezethez való viszonytal kapcsolatos kritériumok (családi kapcsolatok, munkaerőpiaci pozíció, lakhatási körülmények, támogató közösség – összesen 12 említés), s kevésbé markánsan jelentek meg a terápiás siker kritériumai között az individuális (absztinencia, önismeret, szociális készségek – összesen 6 említés); illetve a terápiás időtávval kapcsolatos említések.

66. táblázat. A kezelés sikeres befejezésének kritériuma

Kritériumok	A kritériumot említő intézetek száma
Családi kapcsolatok helyreállítása	4
Lakhatási körülmények kialakítása	3
Munkaerő piaci pozíció helyreállítása	3
Támogató közösséghez való integrálódás	2
A terápiás időtáv letelte	3
Teljes absztinencia	3
Szociális készségek, stratégiák elsajátítása	2
Önismeret, önbizalom, magabiztosság	1

Forrás: Topolánszky et al. 2009a, b

A terápiás intézetekben kezelt kliensek nagyobb hányada (egy átlagos évben az intézetekben kezelt betegek átlagosan több mint kétharmada, 2008-ban 58,8%-a) lemorzsolódik a terápia befejezése előtt. Legnagyobb a lemorzsolódás a terápia megkezdését követő egy hónapban. Az átlagos és a 2008-as év lemorzsolódási adatainak összehasonlítása viszont azt mutatja, hogy a korábbiakhoz képest jelentősen lecsökkent a

¹⁴⁸ A terápia sikeres befejezéseinek kritériumait vizsgáló kérdés nyitott kérdés volt a kutatási kérdőíven.

hatodik hónap utáni lemorzsolódások átlagos aránya. Az idő előtti elbocsátások következtében viszont kevésbé jellemző a terápiából való kilépés.

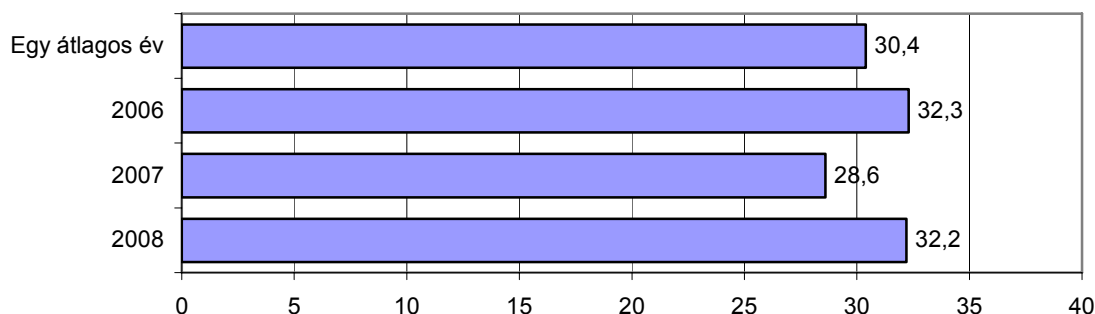
67. táblázat. Az elbocsátások és lemorzsolódások intézetenkénti arányainak átlaga (%)

A terápiában eltöltött idő hossza	Elbocsátás		Lemorzsolódás	
	2008-ban	Egy átlagos évben	2008-ban	Egy átlagos évben
Egy hónapon belül	2	1,8	28,8	23,2
Három hónapon belül	4,2	2,3	14,3	11,8
Három és hat hónap között	2	1,7	11,6	16,7
Hat hónapnál több, de a terápia tervezett hosszánál kevesebb	1,9	2,3	4,1	17,2
Összesen	10,1	8,1	58,8	68,9

Forrás: Topolánszky et al. 2009a, b

Összességében a terápiás intézetekből évente átlagosan a kliensek valamivel kevesebb, mint egyharmada távozik a kezelés sikeres lezárásával.¹⁴⁹ E tekintetben valamilyen tendenciára utaló változások, illetve az intézetek között szignifikáns különbségek nem mutatkoztak.

50. ábra. A kezelést sikeresen befejező kliensek intézetenkénti arányának átlaga (%)



Forrás: Topolánszky et al. 2009a, b

Foglalkoztatás

2009-ben bezárt Pécssett az ország egyetlen, szenvedélybetegek társadalomba való visszailleszkedését segítő absztinens kávézója Pécssett, melyet a Mérföldkő Egyesület működtetett 2006 óta. A kávézó védett munkahely volt, mely az egyesület Kovácsszénáján működő rehabilitációs otthonából kikerülő absztinens klienseknek biztosított munkahelyet.

A KAB-RE pályázat keretében megvalósított programok¹⁵⁰

A szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő fejlesztések támogatását szolgáló pályázat 2008 tavaszán 50.000.000 Ft (178.202 €)¹⁵¹ keretösszeggel került kiírásra. A beérkezett 63 pályázatból 30 nyert támogatást, az átlagos támogatási összeg mértéke 1.666.000 Ft (5.938 €) volt.¹⁵² A pályázat 3 különböző kategóriában kerül meghirdetésre: az „A” alkategória célja a józan szenvedélybetegek utógondozását biztosító intézményrendszer infrastrukturális fejlesztése, a „B” alkategória célja a józan szenvedélybetegek relapszus prevencióját szolgáló, valamint önsegítő jellegű programok támogatása, a „C” alkategória célja pedig a józan szenvedélybetegek komplex képzéseinek támogatása volt.

¹⁴⁹ A terápia befejezésének aránya természetesen nem kizárólagos mutatója a terápia sikerességének.

¹⁵⁰ A Szociális és Munkaügyi Minisztérium összefoglalója alapján

¹⁵¹ Az értékek a 2009-es hivatalos euró középárfolyam (1€ = 280,58Ft) szerint kerültek kiszámításra.

¹⁵² A támogatott programok 2008. június 1. és 2009. május 31. között kerültek megvalósításra.

Infrastruktúrafejlesztésre 5 intézmény nyert támogatást, közülük kettő a dél-dunántúli, kettő az észak-magyarországi, egy pedig a közép-magyarországi régióban működik. A szervezetek a támogatást félutas ház bérleti díjának finanszírozására, gépkocsi beszerzésére, védett szálló felújításra és bútor illetve eszköz beszerzésére nyerték. Relapszus prevenciót szolgáló, valamint önszegítő jellegű programok megvalósítására 14 szervezet jutott támogatáshoz. A megvalósított programokban összesen 4399 személy vett részt. A legkisebb program 15, míg a legnagyobb (Józan Babák önszegítő csoport) 2500 főt ért el. A támogatott programok között volt családokra irányuló program, internetes önszegítő csoport, művészetterápiás eszközöket alkalmazó program és ló asszisztált terápia is. Képzési programokra 9 szervezet kapott támogatást. A készségfejlesztő tréningeken, képzéseken összesen 207 józan szenvedélybeteg vett részt. A képzések eredményeképp 43 főnek sikerült elhelyezkednie, illetve többen folytatták tanulmányaikat.

68. táblázat. A KB-RE-08 pályázat „C” alkategóriának a keretében nyújtott képzések józan szenvedélybetegeknek

Szervezet, pályázó neve	Képzésben részt vevő gyógyult szenvedély betegek száma	Képzés típusa, oktatási modulok	Eredmény-mutatók, a képzéssel kapcsolatos elvárások
Megálló Csoport Alapítvány	28 fő	speciális oktatási program, érettségi vizsgára felkészítés	2 fő történelem, 3 fő magyar nyelv és irodalom, 3 fő matematika tantárgyból sikeres vizsgát tett, 2 fő befejezte középiskolai tanulmányait sikeres érettségi vizsgát követően
Drogambulancia Alapítvány	10 fő	önéletrajz készítés, kommunikáció, önismeret, pálya- orientáció, munkaerőpiaci alapismeretek, munkajog, konfliktuskezelés, egyéni stratégia kialakítása	továbbtanulás, jövőtervezés hatékonyabbá tétele
Belvárosi Tanoda Alapítvány	33 fő	személyközpontú érettségire való felkészítés, kommunikációs tréning, józanság-megtartó csoport	harmadévenként minden résztvevő vizsgát tett
Szombathelyi Egyházmegyei Karitatív Alapítvány	8 fő	88 órás számítástechnikai képzés	a tanfolyamot 8 fő eredményesen elvégezte
Forrás Lelki Segítők Egyesülete	18 fő	kommunikációs és konfliktuskezelési tréning, álláskereső klub, csoportos konzultáció, pszichoeducációs ismeretek	7 fő elhelyezkedett
Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány	31 fő	egyéni, személyre szabott képzés	12 fő elhelyezkedett, 9 fő további képzésben vett részt
Khetanipe a Romák Összefogásáért Egyesület	16 fő	személyiségfejlesztés, konfliktuskezelés, pályaorientáció, munkaerőpiaci ismeretek, álláskeresési technikák, stratégiák, munkajog, szociális és képzési ismeretek, Dialógus klub, intézménylátogatás	6 fő elhelyezkedett

Szertelen Egyesület	20 fő	munkaerőpiaci és álláskeresési ismeretek, pályorientáció, kommunikációs tréning	3 fő további képzésben vesz részt
Szt. Cirill és Method Alapítvány	43 fő	személyiségfejlesztés, álláskeresési, kommunikációs tréning egyéni és csoportos formában	18 fő elhelyezkedett, 1 fő további képzésben vett részt

Forrás: SzMM

Következtetések

2009-ben a TDI adatbázisban szereplő kliensek 89%-a élt rendezett szálláskörülmények között a kérdőív felvételekor, ez az arány növekedést jelent az előző évhez képest (2008-ban 84%), ami ugyanakkor megegyezik a korábbi években megfigyelt arányokkal. Az iskolai végzettséget tekintve az elmúlt évhez viszonyítva magasabb volt a középfokú iskolai végzettséggel rendelkezők aránya (48%, 2008-ban 44%) és valamivel alacsonyabb az alacsonyabb végzettségűek aránya (43%, 2008-ban 48%). A 2009-ben az újonnan kezelésbe lépők 33,6%-a volt rendszeresen foglalkoztatott, ez kismértékű növekedés a 2008-as arányhoz képest (30,1%).

A Magyar Dropterápiás Intézetek Szövetségének (MADRISZ) aktív 13 tagszervezetére kiterjedő kutatás eredményei szerint a terápiás intézetek országosan, egyidejűleg 353 kliens befogadására képesek. 2008-ban összesen 738 klienst regisztráltak közülük 160 kliens korábban még sehol nem volt kezelésben. A terápiás intézetekbe – az intézményvezetők becslései alapján – legnagyobb arányban alkohol problémákkal kerülnek be a kliensek. A leggyakrabban használt tiltott szerek az opiátok, azonban e szercsoport elsődleges használóinak aránya az alkoholhasználókhoz képest fele akkora klienskörre érint. Az intézetek terápiás céljait tekintve három cél emelkedik ki: a „szociális készségek, megküzdési stratégiák fejlesztése”, az „önismeret, önbizalom, magabiztosság fejlesztése”, valamint a „tartózkodás bármilyen illegális drogtól” célkitűzések. Az intézetekben a legnagyobb hangsúlyt a csoportterápia, a „terápiás közösségi modell” illetve a foglalkozás-terápia kapja, az intézetek 80%-ában „nagyon hangsúlyos” szerepet kap a relapszus prevenció is. Az intézetek mindegyike nyújt a kliensek számára egészségügyi alapellátást, pszichológiai ellátást, illetve jogi tanácsadást. Emellett gyakori a munkahely-keresési, lakhatási, továbbtanulási lehetőségek felkutatásában nyújtott segítségnyújtás előfordulása is. A lemorzsolódás a terápia megkezdését követő egy hónapban a legnagyobb, az idő előtti elbocsátás következtében való kilépés viszont kevésbé jellemző. A terápiás intézetekből évente átlagosan a kliensek valamivel kevesebb, mint egyharmada távozik a kezelés sikeres lezárásával.

A szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő fejlesztések támogatását szolgáló pályázat keretében 2008-ban 30 program nyert támogatást. 14 szervezet relapszus prevenciót szolgáló, valamint önsegítő jellegű programok megvalósítására jutott támogatáshoz, programjaikon összesen 4399 személy vett részt. Készségfejlesztő tréningek, képzések megvalósítására 9 szervezet kapott támogatást, az általuk szervezett képzéseken összesen 207 józan szenvedélybeteg vett részt. A képzések eredményeképp 43 főnek sikerült elhelyezkednie, illetve többen folytatták tanulmányaikat. Infrastruktúrafejlesztésre 5 intézmény nyert támogatást.

9. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS, KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE ÉS A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI SZERVEZET¹⁵³

Háttér, előzmények

Az Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerben (ENYÜBS) gyűjtik és dolgozzák fel a feljelentés elutasításáról, illetve a büntetőeljárás megindításáról a nyomozás felfüggesztéséig, a nyomozás megszüntetéséig vagy a vádemelésig a nyomozó hatósági és ügyészségi bűnügyi statisztikai adatokat. Az egységes bűnügyi statisztika a Be. 63. §-ának (4) bekezdése alapján kiterjed a bűnözés alakulására bűncselekményenként és terheltenként.

A bűnügyi statisztika fogalomrendszerében bekövetkezett változás miatt, 2009. évben az ismertté vált bűncselekmény, ismertté vált elkövető kategóriákat, a regisztrált bűncselekmény és regisztrált elkövető kategóriája váltotta fel. A folyamatok bemutatása szempontjából az új kategóriák megfeleltethetők egymásnak.

Az Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszer 2009. évben bevezetett adatgyűjtési metódusa a bűncselekmények egyes alakzataihoz 17 jegyű statisztikai kódot rendel, amely az egyes elkövetési magatartások, törvényi fordulatok szerinti részletesebb és jogilag pontosabb megkülönböztetést tesz lehetővé, mint a korábban alkalmazott 4 jegyű, csoportképző kódok. Ezért az új bűncselekményi kódok alapján történő adatgyűjtés sokkal információgazdagabb. Továbbá a kódszótár bővítésének köszönhetően lehetőség nyílik a 2009-es visszaélés kábítószerrel bűncselekmények szerítípus szerinti megoszlásának elemzésére is.

9.1. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS

Az Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai rendszer adatainak felhasználásával azok a regisztrált bűncselekmények, továbbá azok a regisztrált elkövetők kerülnek bemutatásra, amely bűncselekmények miatt, illetve amely elkövetőkkel szemben 2009. évben a feljelentést elutasították, a nyomozást megszüntették, a nyomozást felfüggesztették, az elterelés valamely formájának alkalmazására került sor, avagy vádemelés történt.

Az ENYÜBS gyűjtése alapján bemutatott kábítószer bűnözésre vonatkozó adatok magukban foglalják, a Btk. 282., 282/A., 282/B. és 282/C. §-ban írt bűncselekményeken túlmenően, a Btk. 283/A. §-ban szabályozott kábítószer előállításához használt anyaggal visszaélés büntetettét is.

A bűnügyi statisztikai rendszerből a bűncselekményekre kinyert adatok teljes kört képeznek. Az elkövetőkre kinyert adatok csak közelítők. Ennek oka, hogy a statisztikai adatgyűjtés rendszerében az elkövetői adatok rögzítésére szolgáló „T” lapon a legsúlyosabb illetve gyermekkorúként vagy fiatalokként elkövetett bűncselekményt kell feltüntetni.¹⁵⁴

¹⁵³ A fejezet szerzői: Koós Tamás, Szikszay Tibor, Tarján Anna

¹⁵⁴ Előfordulhat, hogy a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető felnőtt korú, ha például a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény mellett az emberölés büntetettét is elkövette, emberölés büntette elkövetőjeként kerül be az adatbázisba.

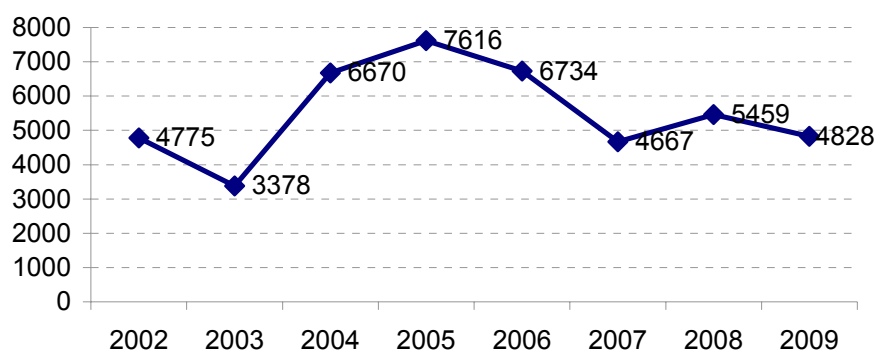
A bűncselekmények

A 2009. évi statisztikai adatok szerint 4828 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult eljárás zárult le a tárgyévben.

Az ENYÜBS adatai az mutatják, hogy a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma – hasonlóan az összбүнözésre vonatkozó regisztrált bűncselekményi számhoz – csökkent a 2009. évben. A csökkenés mértéke mintegy 11,5% volt.

A kábítószer бүнözés összбүнözésen belül mért aránya is csökkent: a 2008. évi 1,34%-ról 1,23%-ra.

51. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel бűncselekmények száma 2002-2009 között



Forrás: ENYÜBS

A büntető eljárás kezdeményezőinek adataiból az tapasztalható, hogy a rendőrség, mint általános hatáskörű nyomozó hatóság 2009. évben a regisztrált visszaélés kábítószerrel бűncselekmények 91,16%-ban hivatalból kezdeményezte a büntetőeljárást.

Eljárást kezdeményezők között a Vám- és Pénzügyőrség 49 rendbeli бűncselekménnyel szerepel. Az eljárást kezdeményezők között karakteresen jelenik meg 23 rendbeli бűncselekmény kapcsán a nyomozati jogkörrel nem rendelkező büntetés-végrehajtási szervezet, és 19 rendbeli бűncselekményi számmal a Honvédség.

A kábítószer, mint a бűncselekmény elkövetési tárgya más típusú бűncselekményekben csekély számban jelent meg: 3 közrend elleni бűncselekményt, 1 gazdálkodás rendjét sértő бűncselekményt és 17 vagyon elleni бűncselekményt regisztráltak.

Szertípus szerinti megoszlás

A 2009. évben a visszaélés kábítószerrel бűncselekmény kapcsán 4651 rendbeli бűncselekményhez kapcsolódva rögzített a бűnügyi statisztika valamilyen kábítószerrel. Az alábbiakban a visszaélés kábítószerrel бűncselekmények a főbb kábítószer típusok szerint kerülnek bemutatásra az elkövetési magatartás szerinti bontásban (4497 eset).

69. táblázat. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának megoszlása az elkövetés tárgya és az elkövetési magatartás szerinti bontásban 2009-ben

Szer típus	Fogyasztói magatartás		Kereskedő típusú magatartás		Fogyasztói és kereskedő típusú magatartás		Összesen	
	Száma	%	Száma	%	Száma	%	Száma	%
Kannabisz	3102	80,6	455	77,1	35	61,4	3592	79,9
Heroin	273	7,1	22	3,7	14	24,6	309	6,9
Kokain	115	3,0	19	3,2	2	3,5	136	3,0
Amfetamin	114	3,0	4	0,7	1	1,8	119	2,6
Metamfetamin	82	2,1	20	3,4	2	3,5	104	2,3
Ecstasy	156	4,1	70	11,9	3	5,3	229	5,1
LSD	8	0,2	0	0,0	0	0,0	8	0,2
Összesen	3850	100,0	590	100,0	57	100,0	4497	100,0

Forrás: ENYÜBS

Továbbá említésre érdemes, hogy az elkövetés tárgyaként 34 esetben morfint, 27 esetben ketamint, 9 esetben mCPP-t, 8 esetben GHB-t állapítottak meg.

Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények elkövetési tárgya legtöbb esetben (79,9%) kannabisz-származék volt. Ezt követi 6,9%-kal a heroinnal elkövetett bűncselekmények, majd az ecstasy 5,1%-kal. Az amfetammal, illetve kokainnal elkövetett visszaélés kábítószerrel bűncselekmények 3% körüli értéket mutatnak mindkét szer esetében.

Az adatok további elemzéséből kiderül, hogy míg a fogyasztói és kereskedői magatartásokat összességében a kannabisz uralja, addig a kábítószer-függők esetében (282/C.§) a fogyasztói oldalon a heroin domináns 46%-os arányával.

Az elkövetési magatartások¹⁵⁵

Az összes regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények 83,84%-át (4048 eset) a fogyasztói magatartások teszik ki, míg 14,02%-át (677 eset) a kereskedői magatartások. A fogyasztói magatartások aránya, a 2008. évi 83,4%-hoz képest minimálisan emelkedett, míg a kereskedő típusú magatartások aránya 2%-kal csökkent (2008:16,14%).

A 18. életévét be nem töltötteket veszélyeztető magatartások 0,8%-ban (39 eset) kerültek rögzítésre. A büntetendő előkészületek 0,37% (18 eset), a finanszírozási magatartások 0,74% (36 eset), míg a kábítószer előállításához szükséges anyag szolgáltatásával megvalósuló magatartások 0,2% (10 eset) arányt képviselnek.

Árnyaltabb a kép, ha az elkövetői magatartásokon belül a kábítószer mennyisége is elemzésre kerül.¹⁵⁶ Csekély mennyiség a fogyasztói magatartással összefüggő bűncselekmények 76,09%-ban, jelentős mennyiség 1,63%-ban jelent meg. A büntetendő alapeset szerinti mennyiség a fogyasztói magatartások 22,28%-át teszi ki.

A kínálati, kereskedői magatartásokon belül a csekély mennyiség 68,39%-ban, míg a jelentős mennyiség 10,78%-ban jelent meg. A büntetendő alapeset szerinti mennyiség 20,82% volt.

¹⁵⁵ A visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetési magatartásainak pontosabb bemutatása érdekében több csoportot képeztünk: 1. a fogyasztói magatartások (termeszt, előállít, megszerez, tart, az országba behoz, onnan kivisz, vagy az ország területén átvisz); 2. kereskedői magatartások (kínál, átad, forgalomba hoz, vagy azzal kereskedik); 3. büntetendő előkészületek (Btk. 282. § (3) bek. a. pont, Btk. 282/A. § (4) bek., Btk. 282/B. § (4) bek.); 4. finanszírozási magatartások (Btk. 282.§ (4) bek., 282/A. § (5) bek., 282/B. § (6) bek.); 5. 18 év alattiakat veszélyeztető magatartások, (282/B. § (2) bek. I. ford. és annak minősített alakzatai, valamint a 282/B. § (5) bek.); 6. a kábítószer előállítását segítő magatartások (Btk. 282. § (3) bek. b. pontja, és a 283/A. §).

¹⁵⁶ A mennyiségi definíciókat a 1979. évi 5. törvényerejű rendelet a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény hatálybalépéséről és végrehajtásáról tartalmazza.

70. táblázat. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának aránya az elkövetési magatartás és a kábítószer mennyisége szerinti bontásban 2009-ben

Elkövetői magatartás	Csekély mennyiség		Alapeset		Jelentős mennyiség		Összesen	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Fogyasztói magatartások	3080	76,09	902	22,28	66	1,63	4048	100
Kereskedő típusú magatartások	463	68,39	141	20,83	73	10,78	677	100
Összesen	3543	74,98	1043	22,07	139	2,94	4725	100

Forrás: ENYÜBS

Az üzletszerűség és a bűnszövetségben elkövetés, mint a súlyosabb büntetést megalapozó minősítő körülmény a kereskedői magatartások 5,9%-ában jelent meg.

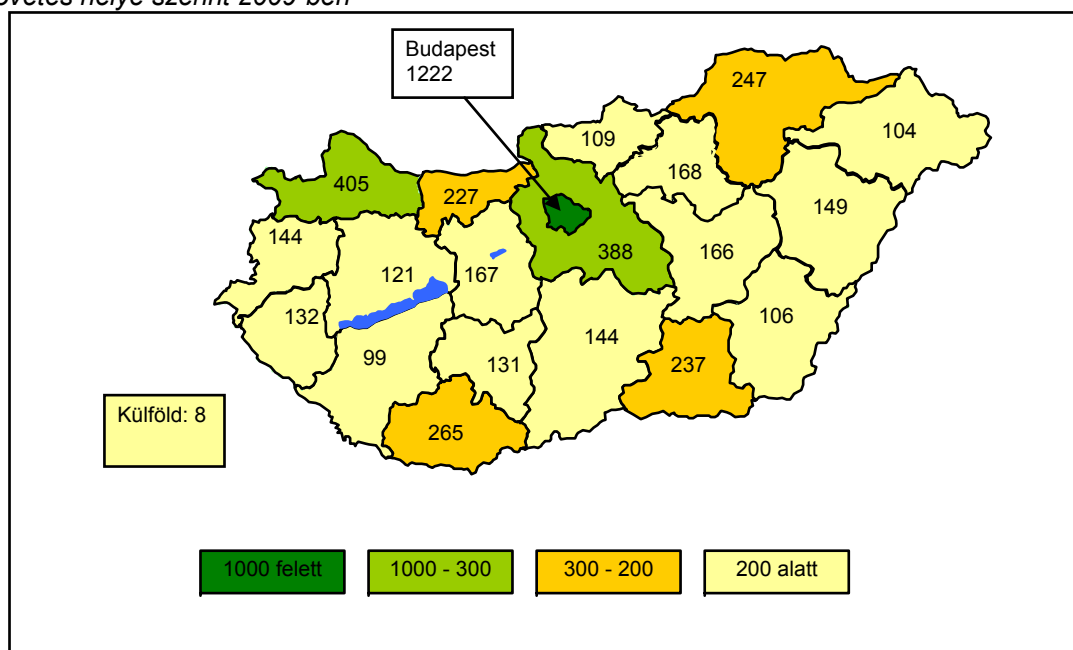
A keresleti oldalon jellemzően a csekély mennyiségre, az alkalmi fogyasztók által, illetve a kábítószer-függők által elkövetett cselekményeket regisztráltak.

Az elkövetés helye

A 2008. évben regisztrált adatokhoz képest csekély átrendeződés történt. Továbbra is Budapesten vált ismertté a legtöbb visszaélés kábítószerrel bűncselekmény (25,31%). A második helyen Győr-Moson-Sopron megye áll 405 regisztrált bűncselekménnyel (8,4%). A harmadik helyre csúszott vissza 388 regisztrált bűncselekménnyel (8,05%) Pest megye. A 2008. évben harmadik helyezett Borsod-Abaúj-Zemplén megye 247 rendbeli bűncselekménnyel (5,12%) 2009-ben az ötödik helyen rangsorolt.

A regisztrált bűncselekmények aránya az északi és a nyugati határon lévő megyékben növekvő tendenciát mutat a 2008-as adatokhoz képest, a többi megye esetében általában csökkenés figyelhető meg.

3. térkép. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának megyék szerinti megoszlása az elkövetés helye szerint 2009-ben



Forrás: ENYÜBS, Nemzeti Drog Fókuszpont

Az elkövetők

A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának csökkenéséhez igazodva a regisztrált elkövetők száma is csökkent. A 2008. évben mért 4692 főről, 2009-ben 4382-re csökkent a regisztrált elkövetők száma. A csökkenés mértéke 9,33%. Az elkövetők demográfiai, szociológiai és kriminalisztikai jellemzői a bűnügyi statisztika adatai szerint a következők:

Nemek szerinti megoszlás

Az ismertté vált kábítószerrel visszaélést elkövetők nem szerinti megoszlása továbbra is az előző évekhez hasonló arányokat mutat. A férfiak részesedése 90,5%, (3969 fő) a nőké pedig 9,5% (413 fő) volt 2009-ben, csak úgy, mint a 2007. és 2008. években. Gyakorlatilag ez az arány évek óta változatlan és megközelíti az összes bűnelkövető körében jellemző nem szerinti megoszlást.

Életkor szerinti megoszlás

A 2009. évben regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető 4382 személy 47,24%-a a fiatal felnőtt kategóriába tartozik, a második legjelentősebb korcsoport a 25-30 évesek csoportja 25,63%-kal, míg a harmadik legjelentősebb csoport a 31-40 év közötti korosztály 15,2%-kal. A rendkívül veszélyeztetettnek minősülő fiatalok korcsoport (14-18 év) 413 regisztrált elkövetői számmal (9,42%) a negyedik helyen áll a kábítószerrel való visszaélést elkövetők körében.

71. táblázat. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkori megoszlása 2008-ban és 2009-ben

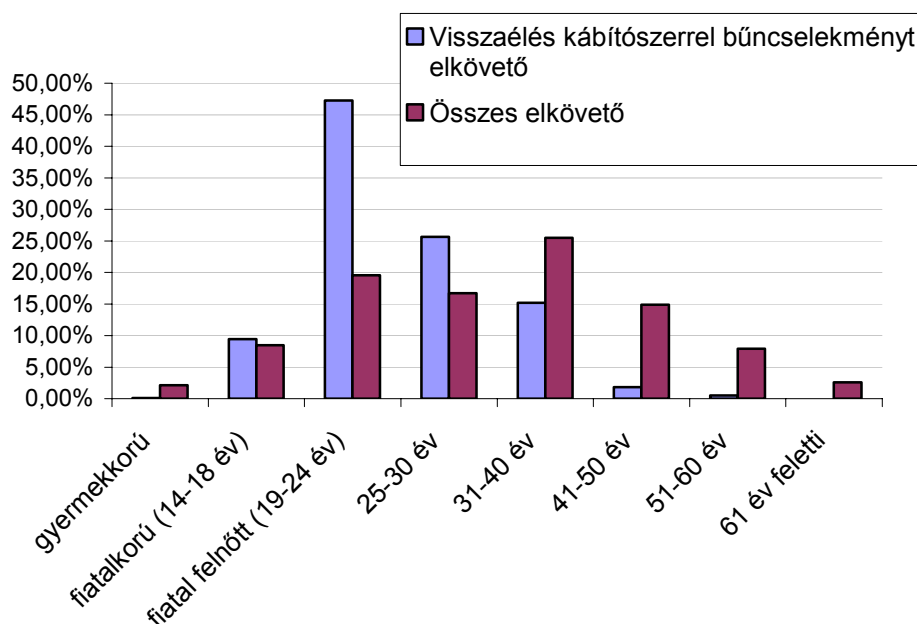
Korcsoportok	2008		2009	
	eset	%	eset	%
Gyermekkorú (0-14)	11	0,2	4	0,09
Fiatalkorú (14-18)	519	11,1	413	9,42
18–24 éves	2308	49,2	2070	47,24
25–30 éves	1148	24,5	1123	25,63
31–40 éves	575	12,2	666	15,20
41–50 éves	101	2,2	81	1,85
51–60 éves	26	0,5	23	0,52
61 év feletti	4	0,1	1	0,02
Összesen	4692	100,0	4381	100

Forrás: ENYÜBS

Az összes regisztrált elkövető életkor szerinti megoszlását vizsgálva látható, hogy az elkövetők két legnagyobb csoportját, a 31-40 év közötti korosztály (25,48%), és a fiatal felnőttek (19-24) korcsoportja (19,53%) alkotja. Összehasonlítva az összes regisztrált elkövetők életkor szerinti megoszlását a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkor szerinti megoszlásával, ezzel ellentétes tendencia jelenik meg, mivel a második esetben a két legnagyobb korcsoport a 18-24 év közötti (47,24%), és a 25-30 év közötti korcsoport (25,63%).

A 30 év alatti elkövetők aránya 82,39%, ez enyhe csökkenés a 2007. évi 86%-hoz, és 2008. évi 84,9%-hoz képest. Az összes regisztrált elkövető közt ez az arány csak 46,83%.

52. ábra. Az elkövetők életkor szerinti megoszlása a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők és az összes regisztrált elkövetők körében 2009-ben (%)



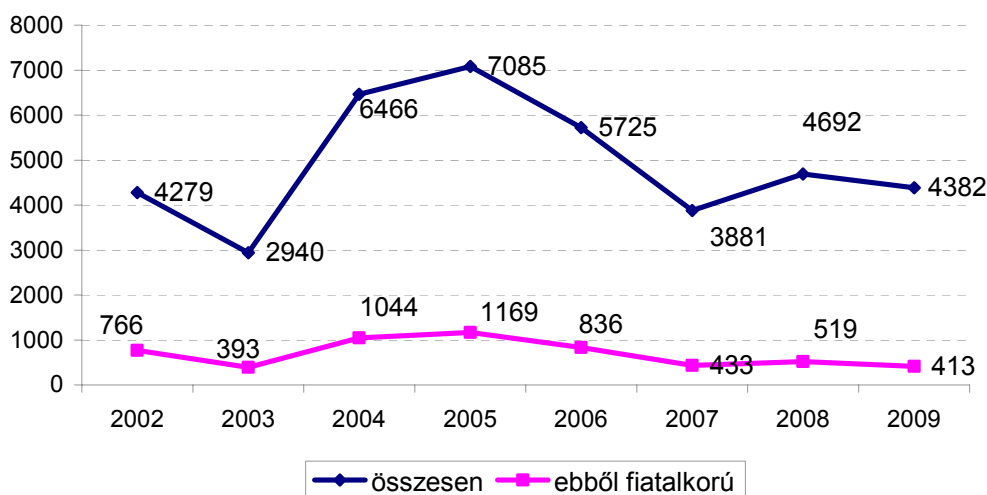
Forrás: ENYÜBS

Fiatalkorú elkövetők

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmény kapcsán 2009. évben 413 elkövetőt regisztráltak fiatalkorúként. 2005 óta a fiatalkorúak aránya folyamatos csökkenést mutat.

A 2009. évben regisztrált összes elkövetők körében a fiatalkorúak aránya 8,48%. Látható, hogy bár a fiatalkorúként visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők aránya (9,42%) továbbra is magasabb, mint a korcsoport összesített elkövetőkön belüli aránya, azonban a két arány közti különbség évről-évre folyamatosan csökken, és lassan kiegyenlítődni látszik.

53. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma 2002-2009 között



Forrás: ENYÜBS

Iskolai végzettség szerinti megoszlás

Az általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya 40,8% volt, 2,9% semmilyen iskolai végzettséggel nem rendelkezett. A szakközépiskolában tanulók vagy azt elvégzettek aránya 36,8% volt, gimnáziumot az elkövetők 9,4%-a végzett el, vagy még éppen ott tanult az elkövetés alatt. Felsőfokú végzettséggel 2,2% rendelkezett.¹⁵⁷

Előélet szerinti megoszlás

A 2008. évben mértekhez képest (31,2%) a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 37,43%-a (1640 személy) volt büntetett előéletű. Ezzel szemben az első büntényes, büntetlen előéletű, regisztrált elkövetők aránya 61,78% volt (2008: 68,8%). A regisztrált elkövetőkön belül a visszaesők¹⁵⁸ aránya 5,13%, a többszörös visszaesők¹⁵⁹ aránya 1,71%, míg a különös visszaesők¹⁶⁰ aránya 1,64%, összesen a visszaesők aránya 8,49%. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetőkön belül a büntetett előéletűek aránya lassú ütemben, de emelkedik.

72. táblázat. Az elkövetők előélet szerinti megoszlása 2009-ben

Előélet	Fő	%
Büntetlen	2707	61,78
Büntetlen, de intézkedés hatálya alatt áll	34	0,78
Összes büntetett előéletű	1640	37,43
Ebből:		
többszörös visszaeső	75	1,71
különös visszaeső	72	1,64
visszaeső	225	5,13
nem visszaeső	1268	28,94

Forrás: ENYÜBS

Vádemelés elhalasztása

2009-ben 951 (19,7%) bűncselekmény során történt büntethetőséget megszüntető ok megállapítása, amely tovább növekedést mutat a 2008-as évhez képest (2008: 933 eset, 17,08%)¹⁶¹.

2009-ben vádemelés elhalasztása 1523 rendbeli bűncselekménnyel összefüggésben, a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények 31,55%-ában történt, amely arány szintén növekvő tendenciát mutat az előző évhez képest (2008:29,76%).

Az elterelés, mint kriminálpolitikai célkitűzés és annak eljárásjogi vetülete egyértelműen érzékelhető a vádemelés elhalasztása befejezési mód, illetve a büntethetőséget

¹⁵⁷ A közölt arányszámok azért nem adják ki a 100%-os értéket, mert az iskolai végzettségről a büntetőeljárás szabályok értelmében a gyanúsított nem köteles nyilatkozni.

¹⁵⁸ A Btk. 137.§ 14. pontja szerint visszaeső a szándékos bűncselekmény elkövetője, ha korábban szándékos bűncselekmény miatt végrehajtandó szabadságvesztésre ítélték, vagy annak végrehajtását részben felfüggesztették, és a büntetés kitöltésétől vagy végrehajthatósága megszűnésétől az újabb bűncselekmény elkövetéséig három év még nem telt el.

¹⁵⁹ A Btk. 137.§ 16. pontja szerint többszörös visszaeső az, akit a szándékos bűncselekmény elkövetését megelőzően visszaesőként végrehajtandó szabadságvesztésre ítélték, vagy annak végrehajtását részben felfüggesztették, és az utolsó büntetés kitöltésétől vagy végrehajthatósága megszűnésétől a szabadságvesztéssel fenyegetett újabb bűncselekmény elkövetéséig három év még nem telt el.

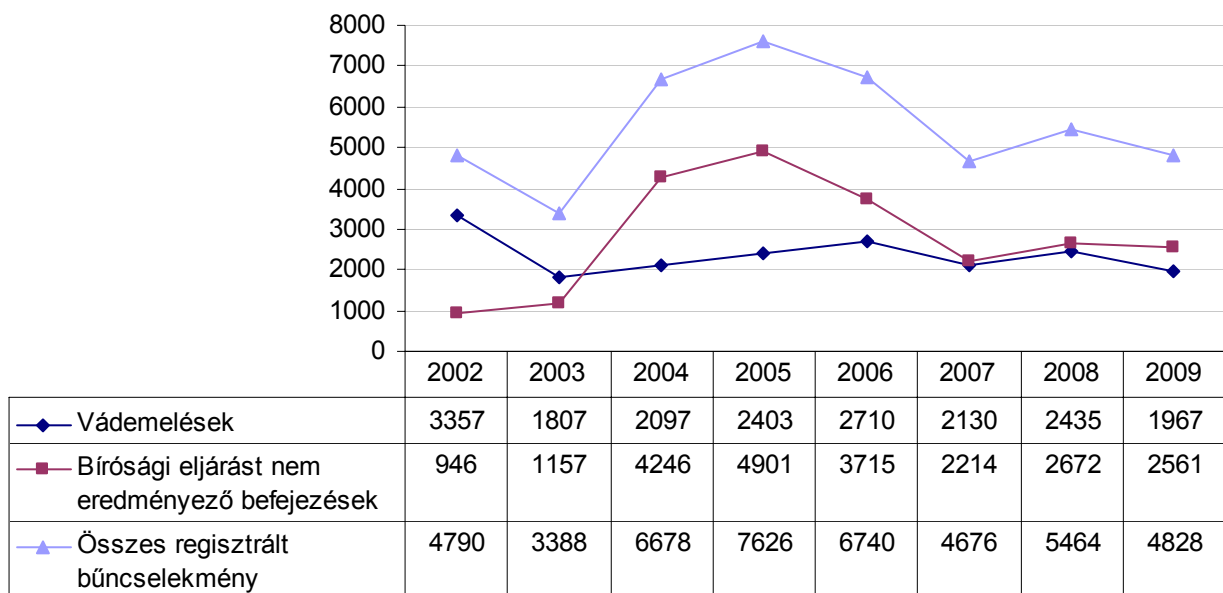
¹⁶⁰ A Btk. 137.§ 15. pontja szerint, a különös visszaeső olyan személy, akit ugyanolyan vagy hasonló bűncselekmény miatt végrehajtandó szabadságvesztésre ítélték, és az ítélet jogerőre emelkedésétől és a végrehajthatóság megszűnésétől 3 évnél hosszabb idő nem telt el.

¹⁶¹ Ennek háttérében a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény módosításáról szóló 2006. évi LI. törvény áll, lásd: Éves Jelentés 2006, 1. fejezet).

megszüntető ok megállapítása befejezési mód számszaki, illetve arányszámainak alakulásában.

A vádemelést nem eredményező megrovás (87 eset), nyomozás megszüntetés büntetethőséget megszüntető egyéb okból, illetve a vádemelés elhalasztása befejezési módok együttes számait összevetve látható, hogy a 2009. évben ezen befejezési módokkal 2561 rendbeli bűncselekmény kapcsán fejeződött be az eljárás, az összes, regisztrált kábítószerrel visszaélés bűncselekmény 53,4%-ban. Az eljárásjogi lehetőségek együttes alkalmazásának eredményeként a regisztrált bűnelkövetők nagyobb hányada nem kerül bíróság elé. Az adatsort ábrázolva jól látható, hogy a bírósági elbírálást nem eredményező eljárási formák alkalmazási dinamikája leköveti a bűncselekmények számának alakulását.

54. ábra. A bírósági eljárást nem eredményező eljárási formák és a vádemelések megoszlása a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények körében 2002-2009 között



Forrás: ENYÜBS

Következménybűnözés – a kábítószer hatása alatt történő bűnelkövetés

2009. évben 637 személy követett el – visszaélés kábítószerrel bűncselekményen kívül – bűncselekményt kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt. A 2008. évi adatok szerint ez a szám 905 személy volt.

Ha a kábítószer, illetve kábító hatású anyag hatása alatt elkövetett bűncselekmények adatait vizsgáljuk, akkor karakteresen jelenik meg a szer használat közlekedési bűncselekmények elkövetésében, és ezen belül a Btk. 188. § (1) bekezdésébe ütköző járművezetés bódult állapotban bűncselekmény elkövetésekor. A következmény bűnözés esetén az elkövetők 66%-a közlekedési bűncselekményt követett el, és az elkövetők 65%-a járművezetés bódult állapotban bűncselekményét követte el.

A közlekedési bűncselekmények túlsúlya, a zéró toleranciával¹⁶² összefüggésben alkalmazott fokozott ellenőrzéseknek tudható be.

Az elkövetők közül a vagyon elleni bűncselekményt elkövetők száma 125 (19%). Szembetűnő a csökkenés a személy elleni bűncselekmények körében, hiszen a 2008. évi 187 rendbeli (20,6%) személy elleni bűncselekmény után a 2009. évben 29 rendbeli (4,5%)

¹⁶² A „Zéró tolerancia” néven ismert jogszabályi szigorítást a 2008. január 20. napján hatályba lépett 2/2008. (I. 12.) IRM rendelet vezette be. A rendelet módosította a közúti közlekedési igazgatási feladatokról, a közúti közlekedési okmányok kiadásáról és visszavonásáról szóló 35/2000. (XI. 30.) BM rendeletet. Az IRM rendelet többek között arról rendelkezett, hogy a rendőr a vezetői engedélyt a helyszínen elveszi, ha jármű vezetője ittas vezetés szabálysértésének elkövetésével gyanúsítható.

személy elleni bűncselekményt regisztráltak. Befejezett emberölés illetve emberölés kísérleténél 1-1 elkövető esetén rögzítettek kábítószeres befolyásoltságot, amely szintén jelentős csökkenés az előző évi 18, illetve 13 esettel összehasonlítva.

A közrend elleni bűncselekmények esetén 24 elkövetőnél regisztráltak kábítószer, mint közreható tényezőt a garázdaság bűncselekménye elkövetésében.

A nyomozati adatok alapján (IRM 2010) a bűnelkövetői körökre vonatkozóan készített elemzés a 10.1. fejezetben olvasható.

9.2. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE¹⁶³

A kábítószer-bűnözés hatékonyabb megelőzése érdekében készült 26/2009. (OT 15.) ORFK utasítás és a 43/2009. (OT 26.) ORFK utasítás az 1.1. fejezetben olvashatók.

2009-ben megjelent a Rendészeti ismeretek a kábítószer-problémával kapcsolatban című kiadvány a Nemzeti Kábítószerügyi Koordinációs Igazgatóság és az Országos Bűnmegelőzési Bizottság támogatásával. A kábítószerrel kapcsolatos rendészeti ismereteket átadó tankönyv, olyan hiánypótló összefoglalás, amely együttesen tartalmazza a kábítószer-bűnözés, a megelőzés, az egészségügyi kezelés, a reintegráció tárgyköréhez kapcsolódó szakmai ismereteket, intézményi tapasztalatokat, és nem egy témában az őszinte szakértői véleményeket is. A kötet alapvető feladata, hogy a rendészeti képzésben részt vevők megismerjék a munkájuk ellátása szempontjából nélkülözhetetlen szakmai alap- és speciális ismereteket.

Az Országos Bűnmegelőzési Bizottság 2009-ben 3 olyan komplex bűnmegelőzési programot támogatott, amelyek kábítószer-prevenációs elemeket is tartalmaznak.

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 9.5. fejezetben kerülnek bemutatásra.

Az eltereltek esetében továbbá kiemelendő az Igazságügyi Hivatal Pártfogó Felügyelői Szolgálat, amely a Be. 222. §-ának (2) bekezdése szerinti vádemelés elhalasztása (elterelés) melletti pártfogó felügyelet végrehajtásával kapcsolatban hajt végre a kábítószer-probléma kezelésére irányuló feladatokat.

A pártfogó felügyelők az esetkezelés során ellenőrző és a társadalmi integrációt támogató funkciót látnak el. Az esetkezelés folyamán használt eszközöket az eset sajátosságai, a bűncselekmény jellege és a bűnelkövető szükségletei határozzák meg. Az esetkezelés alapvetően egyéni esetkezelés, amelynek alapjait a pártfogó felügyelő a pártfogó felügyelői tervben határozza meg. Fiatalkorúak és fiatal felnőttek esetében alkalmazzák a szociális készségek fejlesztésére irányuló csoportos esetkezelési technikákat is. Alkalmazzák továbbá resztoratív, azaz helyreállító igazságszolgáltatási módszereket is, amelyek lehetnek például a konferenciamodellek vagy a mediáció, illetve lehet pl. a szimbolikus jóvátételt megvalósító közösségi jóvátétel. (Az Igazságügyi Hivatal Pártfogó Felügyelői Szolgálatának további tevékenységei a 9.6. fejezetben olvashatók.)

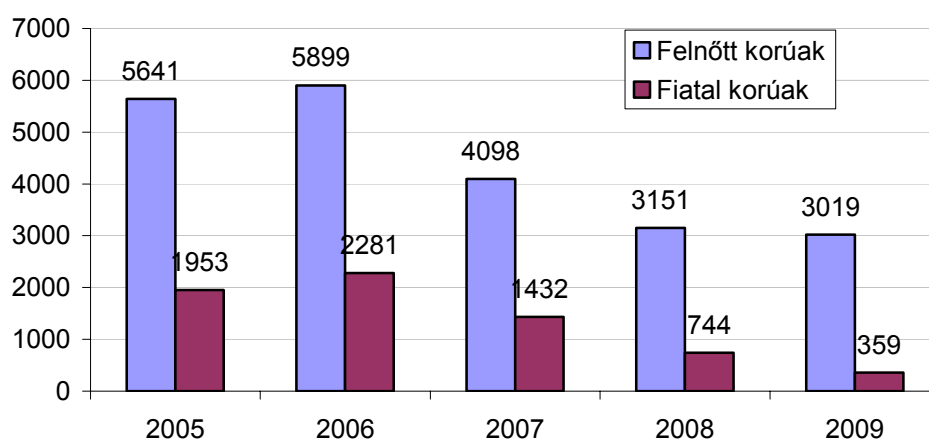
A pártfogó felügyelet tartamát a pártfogó felügyeletet elrendelő ügyész, illetve bíróság határozza meg. A pártfogóval való találkozás gyakorisága az eset súlyosságától, az elkövető

¹⁶³ Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium beszámolója alapján

szükségeitől függ. Fiatalkorúak esetében a módszertani ajánlás minimum havi egy alkalom, felnőtt korúak esetében kéthavonta egy alkalom. A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények elkövetőin túl is számos olyan ügyfelük van, akik kábítószerfogyasztásban érintettek. Az ő problémáik kezelése érdekében a pártfogó felügyelők intenzív együttműködést alakítottak ki azokkal az egészségügyi és civil szervezetekkel, akik drogfogyasztók kezelését, rehabilitációját végzik, illetve prevenció programokat biztosítanak.

A pártfogó felügyeletek száma 2007 óta csökken, mert a Be. 188. §-a (1) bekezdésének h) pontját érintő, 2006. július 1-jétől hatályos módosítás¹⁶⁴ lehetővé tette, hogy már a nyomozati szakban fel lehessen függeszteni az eljárást a szükséges kezelés önkéntes megkezdése esetén. Az ügyszámok további csökkenése várható a továbbiakban is, miután már nem kötelező a vádemelés elhalasztása melletti pártfogó felügyelet elrendelése.

55. ábra. Az adott évben folyamatban lévő kábítószerrel való visszaélésekkel kapcsolatos pártfogó felügyeletek száma, 2005-2009 között



Forrás: IRM beszámoló 2010

Egyéb beavatkozások a büntetés-végrehajtási intézetekben¹⁶⁵

Prevenció

2009-ben, 2008-hoz hasonlóan 34 bv. intézetből 23 helyszínen, 350 férőhellyel működött prevenció körlet, illetve részleg az önként jelentkező fogvatartottak számára. Az itt elhelyezettek átlagos létszáma 220-250 között alakult. A prevenció programok megvalósítását, illetve a Hajdú-Bihar Megyei bv. intézetben, valamint a Győr-Moson-Sopron Megyei bv. intézetben kialakított kábítószer-prevenció körletek beüzemelését szerény mértékben a központi költségvetési forrás, továbbá az SzMM által folyósított támogatásból elkülönített összeg (4 millió forint), ezen túl még pályázati támogatás is adta, de a helyi civil szervezetek közreműködését is igénybe vették. 2009-ben 7 bv. intézet által benyújtott pályázat is nyert támogatást.

¹⁶⁴ A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény módosításáról szóló 2006. évi LI. törvényt lásd: Éves Jelentés 2006, 1. fejezet

¹⁶⁵ A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának beszámolója alapján

73. táblázat. A 2009-ben pályázati támogatást elnyert bv. intézetek listája

Pályázó neve	Program neve	Finanszírozott tevékenység
Pálhalmi Országos Büntetés-végrehajtási Intézet	„Szabad élet tiszta fejjel” „Szabadulj a drogoktól is!” „Ne légy a szenvedélyek rabja!”	kábítószer-prevenációs csoportok egészségfejlesztési programjai
Balassagyarmati Fegyház és Börtön	„Egészségfejlesztési modellprogram”	egészségfejlesztés
Fiataikorúak Büntetés-végrehajtási Intézete (Pécs); Baranya Ifjúságáért Nonprofit Kft.	„Első lépés”	drog-prevenációs foglalkozások
Heves Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet	„Alternatívák a falakon belül”	fogvatartotti csoportoknak szervezett sport-foglalkozások, tréningek, előadások
Győr-Moson-Sopron Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet; Szombathelyi Országos Büntetés-végrehajtási Intézet; Humán Harmónia Alapítvány	„Szombathelytől Győrig a rácsok mentén”	komplex megelőző és egészségfejlesztési programok kábítószerrel való visszaélés miatt fogva tartottak számára
Márianosztrai Fegyház és Börtön; HUMAN Pszicho 2002 KHT	„Vedd le az álarcod!”	kábítószer prevencióra épülő tréningek

Forrás: BVOP

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

Prevalencia vizsgálat, fogyasztási mintázatok, kockázati magatartások

2009-ben kutatás készült (Mészáros et al. 2009), melynek célja a legnagyobb budapesti börtönben fogvatartott drogfogyasztók főbb jellemzőinek feltérképezése, feltárása volt, illetve ennek következményeként konkrét szakmai ajánlások megfogalmazása a vizsgált csoport támogatására, segítésére, kezelésére.

A kutatást a Budapesti Fegyház és Börtönben végezték el 2009 áprilisától-júniusáig.¹⁶⁶ A kutatásban egyrészt kvalitatív módszert alkalmaztak, 30 fővel készült félig strukturált interjú, továbbá 201 fogvatartott kérdőíves lekérdezésére is sor került.¹⁶⁷ Az alábbiakban a kérdőíves vizsgálat adatai kerülnek bemutatásra.

A mintába csak férfi fogvatartottak kerültek. 34 fő (17,1%) 25 év alatti volt, 104 fő (52,3%) a 25-34 év közötti korcsoportba tartozott, 30,7% (61 fő) 34 év feletti volt. A legidősebb lekérdezett 53, a legfiatalabb 21 éves volt.

A megkérdezettek 73%-a már visszaeső vagy minősített visszaesőként volt ismét büntetés-végrehajtási intézetben.

74. táblázat. A fogvatartottak megoszlása előélet szerinti bontásban (N=200)

Előélet	fő	%
Nem visszaeső	54	26,9
Visszaeső	87	43,3
Különös visszaeső	17	8,5
Többszörös visszaeső	22	10,9
Különös többszörös visszaeső	20	10

Forrás: Mészáros et al. 2009

¹⁶⁶ A kutatást a Váltóság Alapítvány végezte.

¹⁶⁷ Budapesti Fegyház és Börtön 1400 fős fogvatartotti állomány 14%-a került lekérdezésre, a vizsgált területek: a célcsoport szociodemográfiai adatai, legális és illegális droghasználati szokásai, a szerhasználati struktúra, valamint a segítségkérés, ill. annak lehetőségei. Bár a kérdőív önkitöltős volt, a felvételnél általában 2 fő segítő volt jelen. A fogvatartottakat az intézetben egyszerű, véletlen mintavétellel választották ki a büntetés-végrehajtás szakemberei. A minta nem reprezentatív. Az adatrögzítést és elemzést az SPSS programcsomaggal végezték.

A büntetés-végrehajtási intézetbe kerülést megelőző időszak drogfogyasztása

A válaszadók (136 fő) 32%-a (44 fő) jelezte, hogy a bekerülés előtt használt altatót/nyugtatót, jellemzően Rivotrilt. A használók 20,5%-a csak kipróbálta, 18%-a alkalmoszerűen használta, 61,2%-a pedig rendszeresen¹⁶⁸ használta a gyógyszereket, többször az orvosi javallattól eltérően.

75. táblázat. Altató/nyugtató használatának gyakorisága a börtönbe kerülés előtt időszakban a fogvatartottak körében (N=136)

A használat gyakorisága	fő	%	A használók megoszlása (%)
Kipróbálás	9	6,6	20,5
Alkalmoszerűen	8	5,9	18,2
Havonta	2	1,5	4,5
Hetente	2	1,5	4,5
Hetente 2-3szor	3	2,2	6,8
Naponta	7	5,1	15,9
Naponta többször	13	9,6	29,5
Használók összesen	44	32,4	100
Nem fogyasztott	92	67,6	

Forrás: Mészáros et al. 2009

A megkérdezettek 58,2%-a¹⁶⁹ (113 fő) fogyasztott a bekerülés előtti időszakban kábítószer. A megkérdezettek 35%-a bekerülése előtt rendszeresen használt kábítószer.

A fogvatartottak esetében a bekerülés előtti leggyakrabban fogyasztott kábítószer sorrendje azonos az átlag populációban legmagasabb prevalencia értékeket mutató kábítószerekkel¹⁷⁰. A marihuána/hasis áll az első helyen, ezt követően az amfetamint és az ecstasyt jelölték meg a legtöbben.

A magyarországi átlag populációhoz viszonyítva a börtönben vizsgáltak esetében a marihuána fogyasztásának aránya 4,5-szörös a bekerülés előtt. A további kábítószer esetében is hasonló a helyzet, azaz a börtönbeli populáció esetében a kábítószer fogyasztásának valószínűsége és előfordulása nagyobb, mint az átlag populációban.¹⁷¹

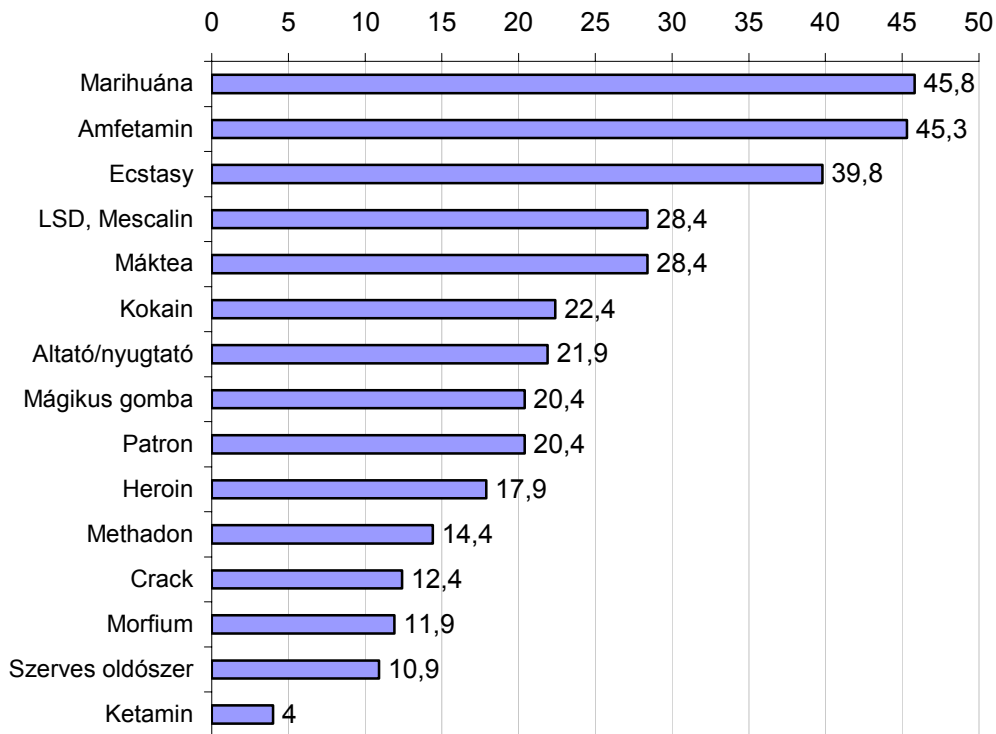
¹⁶⁸ Összeadva a naponta többször, naponta, hetente, hetente 2-3-szor és a havonta értékeit.

¹⁶⁹ 201 főből 194 válaszolt erre a kérdésre

¹⁷⁰ 2008-as Éves Jelentés 2.1. fejezet.

¹⁷¹ 2008-as Éves Jelentés 2.1. fejezet.

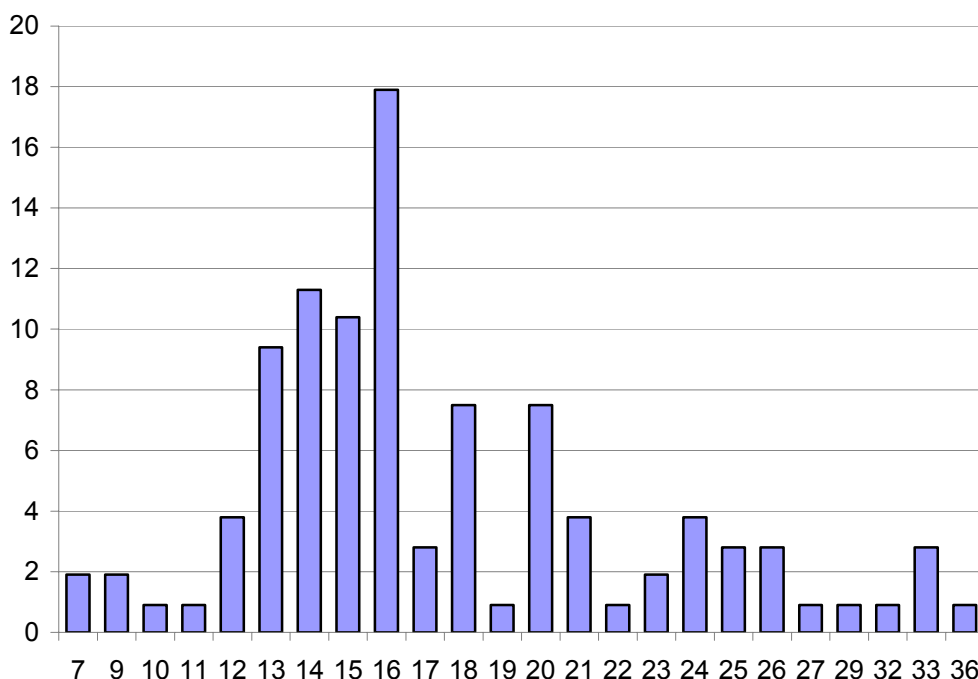
56. ábra. A különböző drogok életprevalencia értékei (%) a börtönbe kerülés előtti időszakban a fogvatartottak körében (N=194)



Forrás: Mészáros et al. 2009

A kábítószer első kipróbálásának életkorát 106 fő adta meg. Az első használatkor a válaszadók közül a legfiatalabb 7 éves volt, a legidősebb 36 éves. 14 éves korukig 32 fő (30,2%), 15-18 éves kor között az összes megkérdezett 38,6%-a (41 fő) használt először kábítószer. 19 év felett az összes megkérdezett közül 33 fő (30,8%) próbálta ki a kábítószer először. A szerhasználat első időpontja leggyakrabban 13-16 éves korban fordult elő.

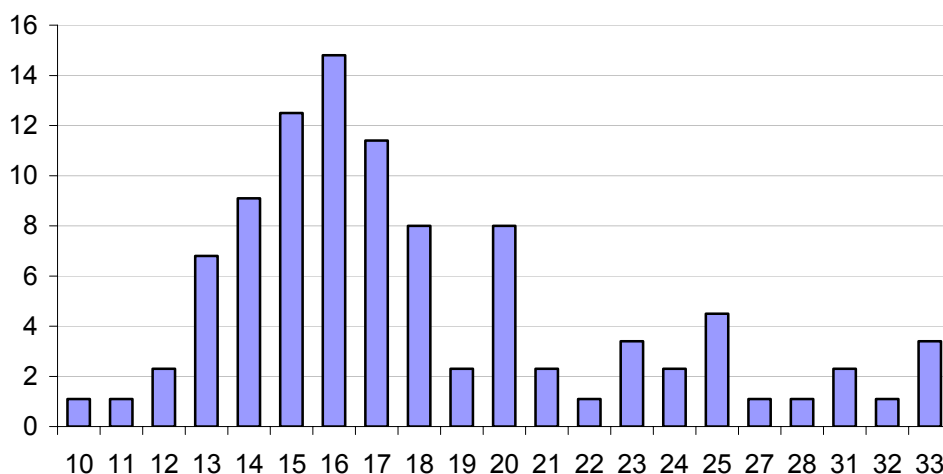
57. ábra. A kábítószer kipróbálásának életkor szerinti megoszlása a válaszadók százalékában (N=106)



Forrás: Mészáros et al. 2009

A megkérdezettek közül 88 fő jelölte meg azt az évet, ahány évesen a kábítószer-fogyasztása rendszeressé vált. A rendszeres kábítószer-használat kezdete 15-18 éves kor között a jellemző, az első kábítószer-használathoz képest 3 év eltolódással. Ezek az eredmények megegyeznek az átlagpopulációban mért adatokkal¹⁷², azaz a fogvatartottak nem kezdik korábban a kábítószer-használatot.

58. ábra. A kábítószer rendszeres használatának kezdete életkor szerinti megoszlásban, a válaszadók százalékában (N=88)



Forrás: Mészáros et al. 2009

¹⁷² Elekes, Zs. (2009). Egy változó kor változó ifjúsága – A fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon - ESPAD 2007. NDI - L'Harmattan. Megjelenés alatt.

A kábítószerrel valaha fogyasztó fogvatartottak az anyagokat elsősorban elszívással, másodsorban injekcióval, harmadsorban szájon át, ill. szippantással és nyálkahártyára téve, végül inhalációval juttatták szervezetükbe a fogvatartás előtti időszakban.

76. táblázat. A fogvatartottak megoszlása a kábítószer bevitelének módja szerint a bekerülés előtti időszakban (N=113)

Kábítószer bevitelének módja	fő	%
elszívás	65	57,5
intravénás	53	46,9
evés/ivás	42	37,2
szippantás	39	34,5
nyálkahártyára téve	22	19,6
inhalálás	16	14,8

Forrás: Mészáros et al. 2009

Az 53 valaha intravénás szerhasználó közül 25 fő (47,2%) válaszolta, hogy a kábítószerhasználat során megosztotta a tűt/fecskendőjét injekciózó társával.

A büntetés-végrehajtási intézetbe kerülést követő időszak drogfogyasztása

A kutatás azt is vizsgálta, hogy a büntetés-végrehajtási intézetbe kerülést követően változtak-e, illetve hogyan változtak a droghasználók szerhasználati szokásai.

Összesen 109 fő volt az, aki válaszolt arra a kérdésre, hogy változtak-e a börtönbe kerülést követően a szerhasználati szokásai. Kábítószer-fogyasztásról a börtönbe kerülést megelőzően 113 fő nyilatkozott. A 109 főnek a 60,6%-a jelezte, hogy megváltozott a börtönben a szerhasználata, ugyanakkor 39,4%¹⁷³ nem jelzett változást a börtönbe kerülést követően.

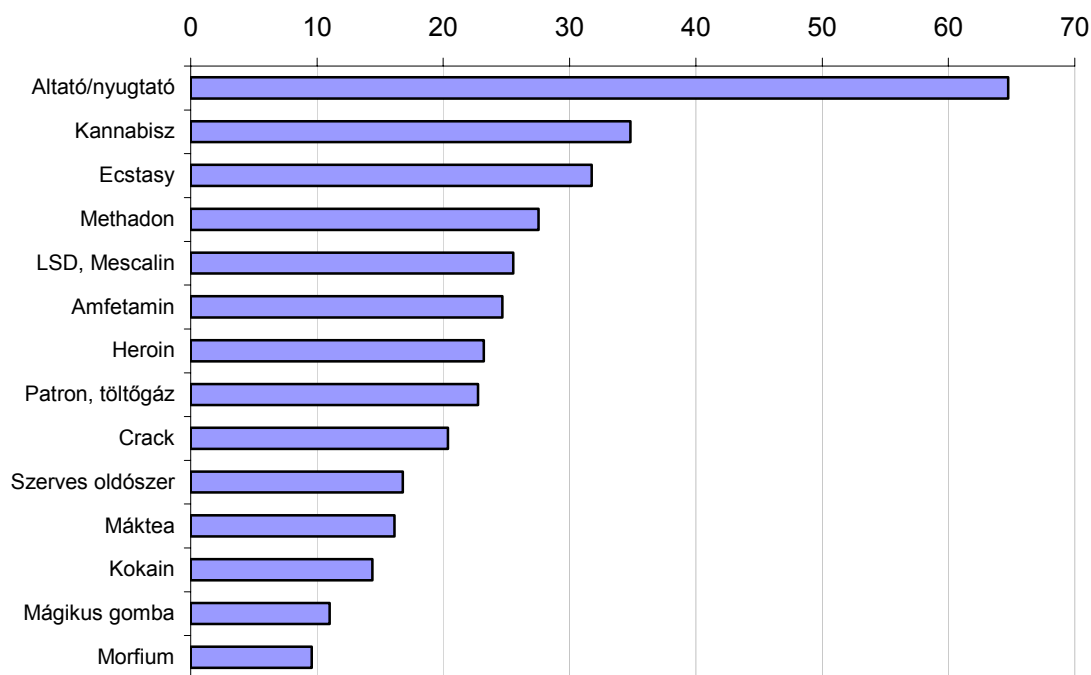
A változás irányáról nagyon kevés elemszámú válasz érkezett, összesen 36, és a változás iránya tekintetében döntően a leszokás felé irányult, elenyésző volt a szerváltás vagy a börtönben történő rászakás, több esetben nem történt változás. Akiknek megváltozott a szerhasználati szokása, azon személyek közül csak egyharmaduk kapott kábítószerrel kapcsolatos problémáik kezelésében segítséget a börtönön belül. 65,9% esetében kevésbé a proaktív intézkedések sorozata miatt változtak a szerhasználati szokások, mint inkább a zárt intézet és annak erős kontroll jellege segítette a leszokást.

A kérdőívben megkérték a válaszadókat, hogy becsüeljék meg, hogy a fogvatartottak hány százaléka használ különböző kábítószereket börtönön a belül. Ebben az esetben ide sorolták a visszaélés-szerű gyógyszerhasználatot is.

A kapott átlagértékek miszerint a visszaélés-szerű gyógyszerhasználat magas és az első helyre kerül a büntetés-végrehajtási intézményekben, jól mutatja a bekerülés előtti szerhasználat struktúraváltását.

¹⁷³ A 40%-os arány olyanokból tevődik össze, akiknek bekerülése előtt a szerfogyasztása nem volt jelentős, illetve olyanokból, akik esetében nem történt változás a bekerülést követően, mert a büntetés-végrehajtási intézetben belül is tudta a számára fontos szereket használni, beszerzésük nem okozott gondot.

59. ábra. A drogok fogvatartási időszakra vonatkozó becsült életprevalencia értékei (átlagolt érték, %) a megkérdezettek szerint¹⁷⁴



Forrás: Mészáros et al. 2009

A bv. intézetekben zajló hepatitis C szűrőprogramhoz kapcsolódóan felmérték a fertőző betegségekkel összefüggő kockázati magatartásokat és a szerhasználatot is. Az adatok bemutatása a 6.1. fejezetben található.

Kábítószerhez való hozzáférhetőség a börtönben

A 2009-es budapesti börtön vizsgálat (Mészáros et al. 2009) során a megkérdezett 201 főből 176 fő (87,6%) válaszolt arra a kérdésre, amely a kábítószeres börtönön belüli hozzáférhetőségére vonatkozott. A minta 39,2%-a szerint könnyű vagy nagyon könnyű a börtönben kábítószerhez jutni. 34,1% azt nyilatkozta, hogy nehéz, vagy nagyon nehéz kábítószerhez jutni, míg a minta 26,7%-a szerint lehetetlen a hozzáférés.

77. táblázat. A kábítószeres hozzáférhetősége a börtönben (N=176)

Hozzáférhetőség	Fő	%
Nagyon könnyű hozzájutni	35	19,9
Könnyű hozzájutni	34	19,3
Elég nehéz hozzájutni	34	19,3
Nagyon nehéz hozzájutni	26	14,8
Nem lehet hozzájutni	47	26,7

Forrás: Mészáros et al. 2009

A bv. intézetekben zajló hepatitis C szűrőprogramhoz kapcsolódó kábítószer-használatot, illetve kockázati magatartásokat felmérő kutatás¹⁷⁵ során szintén felmérésre került a börtönön belüli hozzáférhetőség. A válaszadók (483 fő) 61,1%-a (295 fő) azt vélte, hogy az intézményben a kábítószerhez való hozzáférés lehetetlen. Nagyon nehéznek 14,5% (70 fő),

¹⁷⁴ A megkérdezettek közül kannabisz esetében 58, heroin esetében 20, máktea esetében 7, morfium esetében 14, kokain esetében 21, crack esetében 11, amfetamin esetében 37, metadon esetében 11, altató/nyugtató (jellemzően Rivotril) esetében 57, ecstasy esetében 31, LSD/ mescaline esetében 18, gomba esetében 13, szerves oldószer esetében 19 és patron/töltőgáz esetében 19 érvényes válasz érkezett.

¹⁷⁵ A kutatás leírását, módszertanát lásd: 6.1 fejezet

közepesen nehéznek 14,3% (69 fő) tartotta, míg a fogvatartottak csupán 3,9%-a (19 fő) vélte könnyűnek és 6,2%-a (30 fő) nagyon könnyű a börtönbeli hozzáférést.¹⁷⁶

78. táblázat. *Kábítószerhez való hozzáférés megítélése a bv. intézetekben a szűrésben és kérdőívvezetésben részt vett fogvatartottak körében 2009-ben (N=483)*

A kábítószerhez való hozzáférés	Válaszok száma	%
Lehetetlen	295	61,1
nagyon nehéz	70	14,5
közepesen nehéz	69	14,3
Könnyű	19	3,9
nagyon könnyű	30	6,2

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

A BVOP jelentése szerint a 34 bv. intézetből csomagvizsgáló berendezéssel 2009-ben 28, kábítószer kereső kutyával mindössze 15 rendelkezett. Míg 2008-ban 38 esetben 36 fogvatartottnál, addig 2009-ben 88 esetben 91 fő birtokában találtak kábítószeranyagot a bv. intézetekben.¹⁷⁷ Továbbá az egyik bv. intézetben a fogvatartottak szabadlevegőn tartózkodására kijelölt udvaron (véltetően a bástyafalon át bedobott) injektáló eszközkészletet tartalmazó csomagokat találtak 2 alkalommal.

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

Kezelés

A börtönben végzett kezelésre vonatkozó jogszabályi változásokat lásd 1.1. fejezet: 4/2009. (III. 20.) IRM utasítás.

Kezeltek a büntetés-végrehajtás intézményein belül

A felnőtt korú férfi fogvatartottak kábítószer-függőséget gyógyító kezelése végrehajtását az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (a továbbiakban: IMEI), a kábítószer-használatot kezelő más ellátást a Budapesti Fegyház és Börtön végezte. A kábítószer-függőséget gyógyító kezelést, valamint a kábítószer-használatot kezelő más ellátást felnőtt korú női fogvatartottak esetében a Kalocsai Fegyház és Börtön, fiatalkorú férfi fogvatartottaknál a Fiatalkorúak Bv. Intézete (Tököl), anya-gyermek részlegesen gyermekkel együtt elhelyezett anyák esetében a Bács-Kiskun Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet, fiatalkorú női és fiatalkorú férfi fogvatartottaknál a Fiatalkorúak Regionális Bv. Intézete (Kecskemét), az előzetes letartóztatásban lévő nők esetében pedig a Fővárosi Bv. Intézet hajtotta végre. A Fővárosi Bv. Intézet gondoskodott az ott elhelyezett, előzetes letartóztatásban lévő fogvatartottak kábítószer-használatot kezelő más ellátásáról is.

A fogvatartottak számára a kábítószer használatot megelőző-felvilágosító szolgáltatásról valamennyi - a Nemzeti Drogmegelőző Intézet (továbbiakban: NDI) által meghatározott területi ellátási kötelezettséggel működő szolgáltatóval kötött együttműködési szerződéssel rendelkező - bv. intézet gondoskodott.

A BVOP jelentése (IRM 2010) alapján a 2009. évben kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben 50-en részesültek, közülük az igazolást 26-an vették át, 14 személynél a kezelés folytatódott és 10 szakadt félbe. Kábítószer-használatot kezelő más ellátásban 62-en vettek részt, közülük igazolást 37-en kaptak, 17 esetben a kezelés folytatódott, és 8 szakadt félbe.

¹⁷⁶ A hozzáférhetőséget vizsgáló két kutatás eredményei közötti eltérés okai lehetnek a következők: a vizsgálatok különböző bv. intézetekben készültek; eltérő mintavételi módszert alkalmaztak.

¹⁷⁷ A kábítószer típusáról nincs pontos információ.

Megelőző-felvilágosító szolgáltatásban 194-en részesültek, közülük az igazolást 88-an vették át, 39 személynél a kezelés folytatódott, és 67 szakadt félbe.

Az elterelésen kívül további 32 problémás szerhasználó elvonási tüneteit is kezelték az IMEI szakemberei.

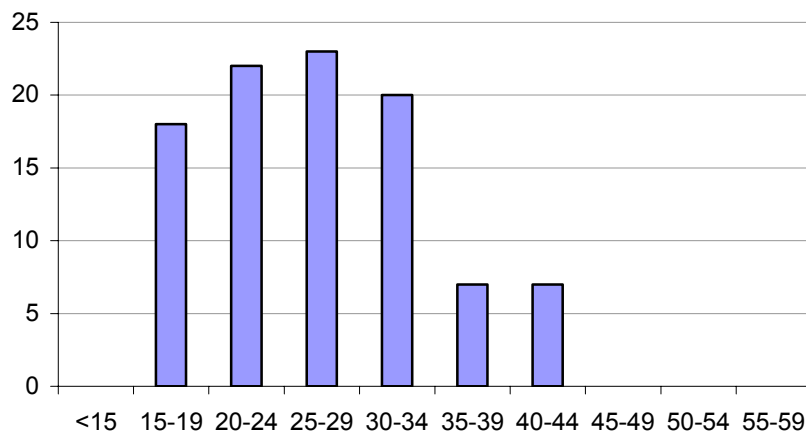
Az Országos Addiktológiai Centrum (továbbiakban OAC) TDI-adatbázisa a büntetés-végrehajtási intézetekben megkezdett, az illegális szerfogyasztás miatti kezelési eseteket¹⁷⁸ is gyűjti a TDI-protokollnak megfelelően, személyazonosításra alkalmatlan, de a duplikáció szűrésére alkalmas módon. Az OAC TDI-adatbázisa a 2009. évre összesen 97 kliens TDI-adatlapját tartalmazta. Az alacsony esetszám miatt az esetszámok kerülnek közlésre az egyes TDI-adattáblák elemzése kapcsán, százalékszámításra – hasonlóan a tavalyi év statisztikájához – csak korlátozottan van mód.

Az összes kezelt 97 kliens közül 96 férfi és 1 nő. Az egy nő esetében az adatszolgáltató bv. intézet nem jelezte, hogy állt-e valaha kezelés alatt, a férfiak közül 39 az újonnan kezelésbe lépő, 29 fő már állt korábban kezelés alatt. 28 férfi esetében nem derült ki, hogy kezelték-e már korábban.

Csaknem az összes kliens az elterelés valamely szolgáltatásának keretében lépett kezelésbe, a 97 jelentett eset közül 95 esetben a „Beutalás eredete” kérdésre a bíróság, ügyészség, rendőrség választ adta az adatszolgáltató bv. intézet. A 2008-as évben minden esetben elterelt volt a bv. intézetekben kezelésbe kerülő kliens.

A 2008. évihez képest a kor megoszlás valamelyest változott, 2008-ban a 20-24 éves korcsoportban volt a legtöbb kezelésbe lépő, 2009-ben a 25-29 évesek voltak a legtöbben, és a 30-34 évesek száma is megközelítette a 20-24 évesekét.

60. ábra. Kezelésbe lépők kor megoszlása a büntetés-végrehajtási intézetekben 2009-ben (összes kezelt, fő, N=97)



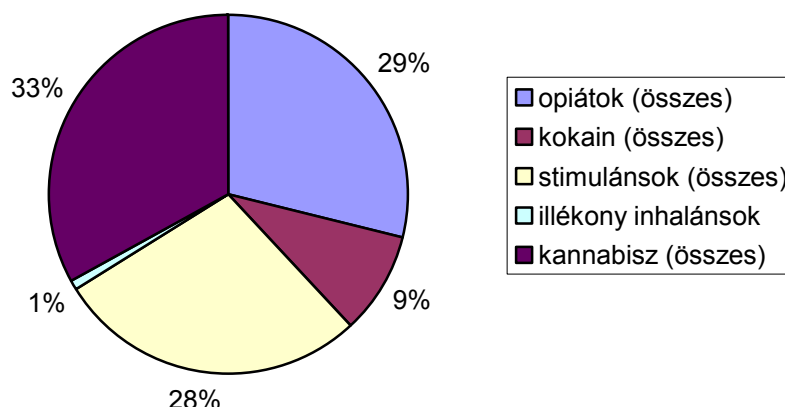
Forrás: OAC 2010

Nagy részük általános iskolai végzettséggel rendelkezik – 65 fő az összes kezelt körében – és 18 főnek van középfokú végzettsége, 8 fő még az alacsony fokú képzést sem végezte el.

A kezelésbe lépés leggyakoribb oka (32 esetben) a kannabisz-fogyasztás, 28 fő esetében opiátok (27 esetben heroin, 1 esetben egyéb opiát) az elsődleges szer, 27 fő használ stimulánsokat, elsősorban amfetamint (25 kliens). Az egyetlen bv. intézetben kezelésbe lépő nő amfetamin-használat miatt lépett kezelésbe. Szükséges megjegyezni, hogy a kezelésbe lépés oka nem szükségszerűen az a szer, amellyel történő visszaélés miatt a büntetőeljárás elindult. Fontos megjegyezni – bár a kis számok miatt az összehasonlítás nehezen értékelhető –, hogy 2008-hoz képest nemcsak esetszámában, de arányában is megnőtt a kokain-fogyasztók száma (2008-ban 3 eset a 62-ből, 2009-ben 9 eset a 97-ből).

¹⁷⁸ A kezelés definíciója megegyezik az EMCDDA TDI-protokolljában megadott kezelés-definícióval.

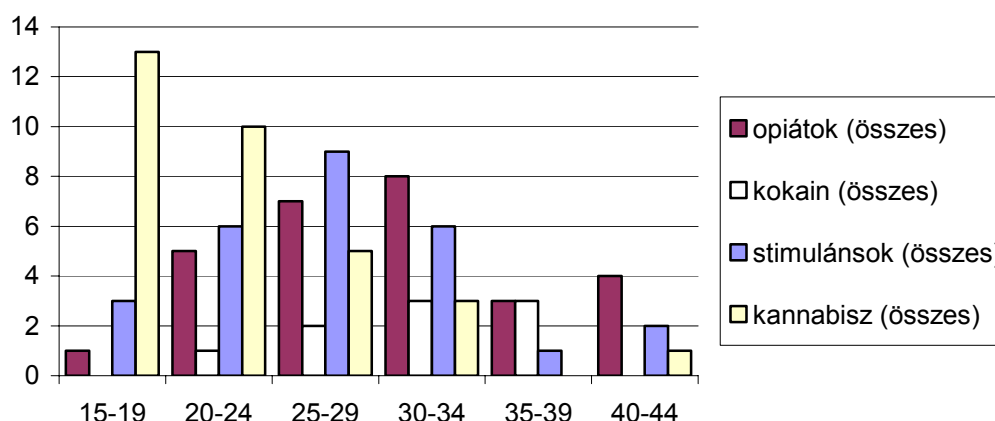
61. ábra. A büntetés-végrehajtási intézetekben kezelésbe lépő illegális szerfogyasztók elsődleges szerének megoszlása 2009-ben (fő; %)(N=97)



Forrás: OAC 2010

A 2008. évvel ellentétben – amikor a kannabiszt fogyasztó csoport fele idősebb volt 30 évesnél –, a 2009. évben a kannabisz-fogyasztók lényegesen fiatalabbak, mint a más szereket fogyasztók. Az opiát, és a stimuláns-használók lényegében azonos kormegoszlást mutatnak.

62. ábra. Elsődleges szerek korcsoport szerinti megoszlása a bv. intézetekben kezelést kezdők körében 2009-ben (fő, N=97)



Forrás: OAC 2010

A szerhasználat módja vonatkozásában az opiát-használók csaknem mindegyike intravénás használó¹⁷⁹ (24 fő). Az amfetamin- és a kokain-használók legalább egyharmada (3 fő a kokain-használók között és 10 fő az amfetamin-használók között) használt szabadlábban intravénásan kábítószer. Kiemelendő az intravénás kokain-használók megjelenése a későbbi börtönben kezelést kezdők körében, még az egyelőre alacsony esetszám ellenére is. A kezelésbe kerülést okozó elsődleges szer fogyasztásának megkezdési időpontja (vagyis az az életkor, amelyben először használta az adott illegális szert az illető) a legalacsonyabb a kannabisz esetében; átlagosan 16,8 év. A stimulánsok használata miatt kezelésbe lépők átlagosan 19 éves korukban használták először ezt a kábítószer. A heroin és a kokain használatának megkezdési időpontja átlagában már a következő korcsoportba esik, a heroint 20,5 évesen, a kokaint 21,1 évesen kezdték el használni azok az illegális

¹⁷⁹ A TDI-protokoll alapján a szerhasználati szokások fogvatartottak esetében

szerhasználók, akik a későbbiekben ezen szerek miatt léptek kezelési programba a büntetés-végrehajtásban.

A leggyakoribb másodlagos szerek a heroin-használóknál a stimulánsok (19 említés, ebből 13 amfetamin), illetve a kannabisz (17 említés). Az amfetamin-használók körében a kannabisz a leggyakoribb másodlagos szer 14 említéssel. Az elsődleges szerként kannabiszt fogyasztók másodlagos szerként leggyakrabban a nikotint említették (17 említés), ezt a stimulánsok követték (összesen 10 említés), továbbá az alkohol (7 említés). A másodlagos szerfogyasztás struktúrája hasonló a nem büntetés-végrehajtási intézményben kezelést kezdőkéhez. Az átlagos, kábítószer-fogyasztás miatt kezelésbe kerülő populációhoz viszonyítva gyakrabban vannak jelen a hallucinogének, összesen 11 esetben, elsősorban az LSD említése figyelemre méltó, 10 esetben.

A fertőző betegségek prevenciója, kezelése, gondozása

Védőoltás

A Hepatitis B elleni védőoltás, életkorhoz kötött kötelező védőoltás (iskolai kampányoltás) 1999. óta az általános iskola VII-VIII. osztályában, ezért azok a fogvatartottak, akik 1999-ben, illetve utána töltötték be a 13-14. életévüket, oltottak. Ez gyakorlatilag azt jelenti, hogy a fogva tartott 25 év alattiak már az általános iskolában részesültek hepatitis B elleni védőoltásban ez a jelenlegi fogvatartottak esetében 3526 főt¹⁸⁰ jelent.

Abban az esetben van lehetőség hepatitis B elleni védőoltásra, amennyiben az OEK védőoltásokról szóló Módszertani Levelében meghatározott megbetegedési veszély esetében kötelező, a megbetegedési veszély elhárítása céljából térítésmentesen végzendő és az életkorhoz kötött kötelező védőoltás (pótolás) kategóriába esik a fogvatartott, illetve amennyiben a védőoltást saját magának finanszírozza.

A megbetegedési veszély esetében kötelező és a megbetegedési veszély elhárítása céljából térítésmentesen végzendő hepatitis B ellen a büntetés-végrehajtásnál adott védőoltások száma éves szinten maximum 20 főt érint.

Munkakörhöz kapcsolódó védőoltásként a fogvatartottak az egészségügyi területen (pl.: Bv. Központi Kórház, IMEI stb.) végzett munkavégzés esetén (pl.: takarítás, eszközmosogatás) kapnak oltást, mely éves szinten szintén maximum 20 főt érint.

Szűrővizsgálatok

A Hepatitis C vírus (HCV) fertőzöttség feltérképezésére irányuló, immár harmadik éve tartó felvilágosító-szűrő programon 2009-ben 5850 fogvatartott vett részt, közülük 2936 személynél végezték el a HCV jelenlétét felderítő szűrővizsgálatot. (Előzményeket lásd 2009-es Éves Jelentés 9.5. fejezet). A szűréseket megelőző előadásokat általában a helyi hepatológiai centrumok orvosai tartották meg. A Szociális és Munkaügyi Minisztérium közvetítésével átutalt forrásból lehetőség nyílt a levett vérminták hepatitis B-re való vizsgálatára, illetve az OEK költségvetéséből a HIV szűrések is megtörténtek (részletes fertőzöttségi adatokat lásd: 6.1. fejezet). A laboratóriumi vizsgálatokat az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) referencia laboratóriuma végezte.

¹⁸⁰ 2010. 04. 09. állapot szerint a fogvatartotti informatikai rendszer adatai alapján, amely 22,94%-a az átlag fogvatartotti létszámnak.

4. térkép. A büntetés-végrehajtási intézetekben végzett HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatok területi megoszlása 2007-2009 között



Forrás: BVOP és Nemzeti Drog Fókuszpont

A drogkarrier, illetve a kapcsolódó kockázati magatartások feltérképezése céljából a Nemzeti Drog Fókuszpont munkatársai folytatták a büntetés-végrehajtási intézetekben szervezett hepatitis C szűrőprogrammal párhuzamosan folyó adatgyűjtést. A válaszok sorszám alapján összeköthetőek voltak a szerológiai eredményekkel (adatokat lásd: 6.1. fejezet).

A büntetés-végrehajtás intézményein belül TBC szűrés is elérhető (adatokat lásd: 6. 1. fejezet).

Kezelés, Gondozás

A hepatitis C vírus hordozó fogvatartottak gondozásba vételére, illetve az érvényes terápiás irányelveknek megfelelő gyógykezelésére is intézkedések történtek. 2009-ben a kiszűrtek közül (lásd: 6.1. fejezet) 47 főnél indult el az interferon kezelés. A többiek nem vállalták, vagy abbahagyták menet közben azt a kezelés mellékhatásai miatt. Összesen a 3 év alatt eddig 107 főnél indították meg a kezelést.

A fogvatartottak HIV/HCV/TBC kezelése az előző évben leírtak szerint folyt 2009-ben is.

9.6. A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓK REINTEGRÁCIÓJA A SZABADULÁS UTÁN

Reszocializációs, reintegrációs programok

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 (kábítószeres elterelés) melletti pártfogó felügyelet végrehajtásával kapcsolatban hajt végre a kábítószer-probléma kezelésére irányuló feladatokat. (Erről adatokat lásd: 9.3. fejezet)

2009-ben is folytatták a családi döntéshozó csoportkonferencia (CSDCS) módszerének alkalmazására irányuló kísérleti projektjüket a kábítószer-problémával érintett, szabadulás előtt álló fogvatartottak és a pártfogó felügyelt alatt állók körében. (Előzményeket lásd: 2009-es Éves Jelentés 9.6. fejezet).

2009. szeptember 1-jétől „Pártfogó felügyelői programok az addikciós problémákkal érintett fogvatartottak, utógondozottak és pártfogoltak számára” címmel ugyancsak fejezeti átcsoportosítás terhére egy újabb program megvalósításába kezdtek. A programban az addikciós problémákkal érintet klienseket célzó programjaikat két irányban kívánják továbbfejleszteni:

Folytatják a CSDCS alkalmazására irányuló programjukat, amelynek keretében 10 újabb CSDCS-t bonyolítanak le, amely terveik szerint a gyakorlat megszilárdítását, a módszertan rögzülését eredményezi. A CSDCS programelem magában foglalja a motivációs interjú módszerének kiegészítéseként, a motivációs interjú záró elemeiként alkalmazott technikák („Problémamegoldó modellek, illetve a klienskapcsolat lezárása addikciós problémákkal rendelkezők esetében”) alkalmazására felkészítő képzést. A „Problémamegoldó Modellek, illetve a klienskapcsolat lezárása addikciós problémákkal rendelkezők esetében” című képzés 2009. október – novemberében 3 alkalommal 3 csoport számára, alkalmanként 20 órában lezajlott, a képzésen összesen 60 fő vett részt.

2009. május 25-én „A családi döntéshozó konferencia módszer alkalmazása az addikciós problémákkal érintett fogvatartottak, utógondozottak és pártfogoltak esetében” szakmai program bemutatása céljából konferenciát rendeztek, ahol a program során készült oktatófilmeket vetítették le, illetve a családi döntéshozó csoportkonferenciákat facilitáló pártfogó felügyelők megosztották tapasztalataikat a szakmai közönséggel.

Továbbá 2009-től egy új elemmel, az élménypedagógiai foglalkozás módszerével gazdagították az addikciós problémákkal érintett célcsoportra irányuló programjaikat.

Az élménypedagógiára épülő foglalkozások kihasználva a kamasz, fiatal felnőtt életkori sajátosságait, a csoportos élmény-, izgalom-, kalandkeresés szükségletére alapozzák a beavatkozást. A fiatal a program során jól érzi magát, izgalmakat él át, észrevétlenül sajátít el egy sor készséget, képességet, amelyek a bűnmegelőzés, a felelősségvállalás, a biztonságkeresés szempontjából nélkülözhetetlenek. Pl.: együttműködés, kölcsönös megértés, elfogadás, csoportnormák, értékrend, kölcsönös felelősségvállalás, segítségnyújtás, illetve önismeret, önbizalom fejlesztés a szociális tükrön keresztül, amit a csoporttársak nyújtanak a foglalkozás során.

A pártfogó felügyelet külön magatartási szabályaként előírható a csoportos foglalkozáson való részvételre való kötelezés. A csoportos foglalkozások a fiatalok körében előforduló leggyakoribb bűnisméltési kockázatok kezelését célozzák meg, elsősorban különféle szociális készségek (pl. kommunikációs-, problémamegoldó-, konfliktuskezelési készség) fejlesztésével. Az egyik jövőbeli cél, hogy az élménypedagógiai foglalkozásokat a későbbiekben a pártfogói csoportos foglalkozások rendszerébe illesszék, azaz a foglalkozás előírható legyen a pártfogó felügyelet külön magatartási szabályaként elsősorban olyan kliensek esetében, akiknél a szerhasználat, vagy alkoholfogyasztás bűnisméltési kockázatként jelentkezik.

Ennek érdekében trénerképzésben részesítettek 18 pártfogó felügyelőt, akik a jövőben maguk tarthatnak élménypedagógiai foglalkozásokat a pártfogolti csoportoknak. A projekt keretében 2010-ben 2 kísérleti csoportot szerveznek Budapesten a Jóvá-Tett-Hely Közösségi Foglalkoztatóban és Miskolcon a Zöld Ház Integrációs Program keretében. A képzésben részesült pártfogók munkájához, a foglalkozás megszervezéséhez, levezetéséhez mentori segítséget kapnak.

Következtetések

Az egységes nyomozóhatósági és ügyészségi bűnügyi statisztikai rendszerben rögzített adatok szerint a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma csökkenést mutat (11,5%), továbbá a következménybűnözés számszaki adatai is csökkenést jeleznek. A büntetőeljárással jellemzően olyan személyek érintettek, akikkel szemben fogyasztói magatartást tudtak bizonyítani (83,84%). Az elkövetés tárgya a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények esetében 80%-ban kannabisz volt, második helyen a heroin áll 7%-kal. A 30 év alatti elkövetők aránya 82% a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők esetében, míg ez arány az összes regisztrált bűnöző esetében csak 47%-os. A fiatalkorúak aránya az összes visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető körében évről évre csökken és lassan eléri az összes regisztrált elkövető körében mért értéket.

A Budapesti Fegyház és Börtönben készült kutatás alapján megállapítható, hogy a büntetés-végrehajtási intézetben a kábítószeres és a kábítószer-használók jelen vannak, bár pontos adatsorok nem állnak rendelkezésre (sem a kábítószeresek, sem pedig a használók esetében). Az azonban jól érzékelhető, hogy mind a szenvedélybetegséggel ill. annak kezelésével, mind pedig a szenvedélybetegekkel és ellátásukkal/kezelésükkel szükséges foglalkozni a totálisan zárt intézeten belül is. A vizsgálatból kitűnik, hogy a fogvatartottak esetében a kábítószer-fogyasztás a börtönbe kerülés előtt igen jellemző. A szerkezet az általános populációt tekintve és a fogvatartottak esetében a bekerülés előtt hasonlóságot mutat, miszerint a kannabisz fogyasztás van az élen, ezt követi az amfetamin és ecstasy fogyasztás. A szerhasználati szerkezet a börtönben jelentősen megváltozik, első helyre a benzodiazepinek, ezek közül is elsősorban a Rivotril kerül. Ennek egyik oka lehet az, hogy terápiás jelleggel, legitim módon is kapható/adható, így a hozzáférés könnyebb.

A TDI adatgyűjtés szerint 2009-ben 97 fogvatartott lépett kezelésbe a börtönben kábítószer-használatból eredő problémája miatt. Csaknem az összes kliens elterelés keretében lépett kezelésbe. A kezelésbe lépés leggyakoribb oka a kannabisz-fogyasztás volt, amelyet az opiát-fogyasztás, majd a stimuláns-fogyasztás követett.

A 2007-ben, a büntetés-végrehajtási intézetekben indult széleskörű hepatitis C kampány szűrővizsgálat 2009-ben is folytatódott, amelynek során közel az összes vérmintát HIV és hepatitis B vírus szempontjából is megvizsgálták, illetve a szűrésben résztvevő fogvatartottak esetleges szerhasználati szokásai, kockázati magatartásai is lekérdezésre kerültek.

Az Igazságügyi Hivatali Pártfogó Felügyelői Szolgálat 2009-ben is folytatta a családi döntéshozó csoportkonferencia (CSDCS) módszerének alkalmazására irányuló kísérleti projektjét a kábítószer-problémával érintett, szabadulás előtt álló fogvatartottak és a pártfogó felügyelt alatt állók körében.

10. KÁBÍTÓSZERPIAC¹⁸¹

Háttér, előzmények

2009-től, a kábítószer gyanús anyagok vizsgálatára a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet (BSZKI) laboratóriumai mellett – a Vám és Pénzügyőrség által lefoglalt kábítószeres esetekben – a Vám és Pénzügyőrség Vegyvizsgáló Intézetének (VPVI) laboratóriuma is jogosult¹⁸². Annak érdekében, hogy az adatszolgáltatási rendszer változatlan minőséggel működjön, a jelentési rendszerbe be kellett illeszteni a 2009. január 1-től működő VPVI-t is. A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság Laboratóriumi Szakbizottságának kezdeményezésére a Nemzeti Drog Fókuszpont egyeztetést folytatott a BSZKI és a VPVI között az adatszolgáltatás rendszerének összehangolására, a magas színvonalú és megbízható adatszolgáltatás további hatékony működtetésére vonatkozóan. A szakértői egyeztetés eredményeként a VPVI-ben vizsgált anyagok adatai a BSZKI adataival együtt kerülnek értékelésre, szakértői következtetések levonására alkalmas, egységes nemzeti adatbázisként kerülnek a Drog Fókuszpont számára átadásra a BSZKI részéről.

2009 júniusától a BSZKI – a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság és a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet támogatásával – elindította a „Kritikus kábítószeres hatóanyagtartalmának fokozott monitorozása” című projektet. (részleteket lásd: 7.1. fejezet).

10.1. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT

Hozzáférhetőség

Hozzáférhetőség a nyomozati adatok alapján

A rendőrségi jelentés¹⁸³ alapján kiemelendő, hogy továbbra is elterjedt és problémát okoz a GHB és GBL elsősorban azért, mert az esetek legnagyobb többségében az anyagot GBL formájában találják meg, amely jelenleg nem minősül kábítószernek. A GBL akár internetes megrendeléssel is beszerezhető, olcsó, és a beszerzőkkel szemben büncselekmény hiánya miatt eljárás nem indítható. (További adatok lásd: 10.2. fejezet)

A kínálat forrásai: hazai kábítószer-termesztés és előállítás, külföldi importálás

Hazai kábítószer-termesztés és előállítás a lefoglalási adatok alapján¹⁸⁴

2009 júliusában egy budapesti lakásban foglaltak le illegális kábítószer-laboratóriumot. A lefoglaláskor amfetamin előállítás zajlott, de a helyszínen 2C-B és ennek előállítására alkalmas alapanyag, valamint BZP is volt.

A marihuána esetében, mivel szakértői becslések szerint a hazai fogyasztás több mint felét belföldön termesztik, külön hangsúlyt fektetett a rendőrség ezen illegális ültetvények felderítésére. Ennek kapcsán figyelemmel kísérték az ilyen ültetvények üzemeltetéséhez szükséges eszközök forgalmát, illetve kapcsolatot tartottak az áram, illetve vízszolgáltatókkal, hiszen a termesztő-helyek üzemeltetéséhez nagy mértékben szükséges a két közszolgáltatás.

2009 folyamán a korábbi évekhez képest kiugróan megnőtt a kannabisz-ültetvény lefoglalások száma. 2008 végén a rendőrség információt szerzett arról, hogy vietnámi

¹⁸¹ A fejezet szerzői: Csesztregi Tamás, Tarján Anna

¹⁸² Lásd: 1.1. fejezet: 282/2007 (X. 26.) Korm. Rendelet

¹⁸³ Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium 2009. évre vonatkozó Éves Jelentése

¹⁸⁴ A Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet és az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium 2009. évre vonatkozó Éves Jelentése alapján.

állampolgárokból álló szervezett csoport nagy mennyiségben természet, illetve készül természeteni marihuánát Magyarországon. Célirányos információgyűjtés eredményeképpen 2009-ben 20 fő előzetes letartóztatása mellett büntetőeljárás indult egy vietnámi szervezet ellen, akik eddig azonosítottan 26 házban természetettek kannabiszt, emellett több raktárukat is sikerült felszámolni. Az ültetvények jelentős részét olyan, a kannabisz termesztés céljára berendezett házakban találták, amelyekben a növények nevelése professzionális beltéri termesztési technológiával történt. A folyamatban lévő nyomozás nemzetközi együttműködésben folyik. Konkrét kapcsolatok mutathatóak ki Csehország, Németország, illetve az Egyesült Királyság vonatkozásában. E csoport mellett több kisebb vietnámi szervezetet, illetve magyar természető-helyeket is felszámoltak.

A hazai kábítószer-termesztés és előállítás módszerei

2009-ben kutatás¹⁸⁵ (Ritter 2009) készült „Drogkereskedő karrierek” címmel, amelynek során a kínálati oldali visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett, emiatt végrehajtandó szabadságvesztés büntetésre ítélték életútját, bűnözői karrierjét elemezték. A vizsgálat többek között kitért a hazai kábítószer-termesztés és előállítás módszereire is. Az interjúalanyok válaszainak elemzése alapján a kannabisz tekintetében elmondható, hogy a hazai kannabisz kínálati piac kétpólusú: egyrészt a hazai termesztés jellemző, másrészt az import. Hazai termesztésű a kiskereskedelmi szinten kapható marihuána egyre jelentősebb része. Magyar és külföldi állampolgárságú elkövetők is természetnek kannabiszt; jellemző a kisebb, saját fogyasztást szolgáló pár egyed termesztése csak úgy, mint a nagybani eladásra szánt ültetvényeken folyó termesztés.

A megkérdezettek szerint két termesztési eljárás honosodott meg Magyarországon: az egyik a holland modell, a hidrológiai rendszer. Ebben a rendszerben komoly felszereléssel dolgoznak, amelybe beletartoznak a lámpák, a szellőztető rendszer (növény széndioxid ellátása, légszűrés a nem kívánt pollenek ellen, valamint a kimenő levegő szagtalanítása), illetve az esőztető rendszer (vízellátás és az ideális páratartalom biztosítása). Rendszerint polcos elrendezésű, olyan, mint egy kisméretű kertészeti nevelde. Magyar elkövetői körhöz kapcsolható.

A másik a vietnámi (jellemzően hozzájuk is kapcsolható) földlabdás módszer: a facsometék földben vannak elültetve, vászonzsák takarja a gyökérzetet. Permetezik és locsolják őket, és a fényt is természetesen biztosítják, amely egy sokkal igénytelenebb termesztési mód. Viszont nem igényel olyan gondos telepítést, mint a holland módszer. Ha kell, rögtön kezdhetik a termesztést, és az esetleges bontás (menekülés miatt) sem jelent veszteséget. Ha menekülni kell, akkor gyors szüretelés után a földet otthagyják, hiszen a leszüretelt tövek már nem hasznosíthatóak. A holland módszer professzionálisabb, ők palántákat is nevelnek az új telepítéshez.

¹⁸⁵ A „Drogkereskedő karrierek” című vizsgálat során az volt a cél, hogy a kínálati oldali visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett, emiatt végrehajtandó szabadságvesztés büntetésre ítélték életútját, bűnözői karrierjét elemezzék, összehasonlítsák, és feltárják azokat a tényezőket, markereket, amelyek egyrészt közös jellemzőként megjelennek minden vizsgált életútban, másrészt pedig vizsgálják a hazai kábítószer-kereskedelem szervezetszociológiai vonatkozásait. A vizsgálat módszere dokumentumelemzés, valamint életút interjú, mélyinterjú volt. A hazai büntetés-végrehajtási intézetekben 2009 áprilisában és májusában kábítószer-kereskedelem, terjesztés, előállítás miatt fogvatartott, jogerősen elítéltek körében végezték a megkérdezést. Azaz ebben az esetben mindazokkal a kínálati oldali visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett, emiatt – a vizsgálat idején - végrehajtandó szabadságvesztés büntetésüket töltő elítéltekkel készítették életút interjút, akik erre vállalkoztak, és megkérdezhetőek voltak a Váci Fegyház és Börtönben, a Kalocsai Büntetés-végrehajtási Intézetben, az Országos Büntetés-végrehajtási Intézetekben Szombathelyen és Budapesten, valamint a Fiatalkorúak Büntetés-végrehajtási Intézetében Tökölön. Azért ezeket az intézeteket választották, mert a nyilvántartás szerint itt volt a legnagyobb számú kínálati oldali kábítószer-bűncselekmény miatt elítélt. A vizsgálati mintát 47 fő alkotta, közülük 4 fő volt nő és 43 férfi. Az interjú során és azt követően jegyzeteket készítettek, majd ezeket elemezték. Ezután az ügyiratok adatait és az életút interjúkat számítógépen rögzítették, majd a rögzítés után feldolgozták és elemezték (SPSS). (A kutatás előzetes eredményei már a 2009-es Éves jelentés 11. fejezetében is közlésre kerültek.)

Egyéb szerek esetében a felütés, azaz az anyag hígítása szinte minden esetben megtörténik kivéve, ha már ki van mérve, pakettezve a szer, illetve a tablettákat, LSD-s bélyegeket, mikrotripeket sem hígítják.

A leggyakoribb felütő szereket, azaz a koffein tablettát és a laktózt a gyógyszerári forgalmazás miatt könnyű beszerezni. Általában csak kisebb adagokat, azaz csak 100 grammot vásárolnak egy helyen, ezért több patikát is fel kell keresniük a díereknek a szükséges mennyiségért. Sok esetben kórházból szerzik a laktózt. A legjellemzőbb a laktózzal való hígítás, egy az egy arányban; az amfetaminokat könnyű keverni, a kokaint először megdarálják, majd bekeverik a laktózzal, ezután speciális eszközben melegítik, hogy teljes legyen a keveredés.

Megfigyelhető még a nyugtatókkal, antidepresszánsokkal történő keverés, de ezt veszélyessége miatt ritkábban alkalmazzák. Ennél gyakrabban alkalmazott módszer az algopyrinnel, és egyéb pirinekkel való hígítás. A gyógyszeres keverés a külföldi elkövetőkre jellemző. Az antidepresszáns és a nyugtató a szer hatását is erősíti, a pirinek jellemzően az állaguk miatt kedveltek.

Sok esetben használnak porcukrot, kakaóport hígításra, valamint előfordul a liszt, a kalciumtabletta, egyéb gyógyszerárban vagy szabadforgalomban kapható vitaminkészítmények, sütőpor és szódabikarbóna is, mint hígító anyag. A lényeg, hogy aránylag olcsó és könnyen beszerezhető legyen. A felütő szer élettani hatása nem érdekli a terjesztőket, csak annyira, hogy ne legyen halálos. A kakaó - amely halálos is lehet intravénásan - csak a vietnámi, kínai elkövetőkre jellemző a megkérdezettek szerint.

Csempésztvonalak, a hazai piac szerkezeti felépítése

Heroin

A Nemzeti Nyomozóiroda (NNI) és a Budapesti Rendőr-főkapitányság (BRFK) adatai alapján (IRM 2010) a heroin hazánkban átmenő mennyiségében nagyobb változás nem tapasztalható. Ez abból adódik, hogy Magyarország már évtizedek óta része több olyan útvonalnak, amelyen az Európát ellátó legnagyobb illegális ópiumtermesztő országból, Afganisztánból érkező kábítószer halad át. A heroint leginkább Hollandiába, Németországba, Franciaországba, Olaszországba és Angliába szállítják. Az NNI legfrissebb adatai szerint a heroin piacon megjelentek az úgynevezett barter ügyletek. Ez annyiban érinti hazánkat, hogy az ilyen ügyletek esetén az oda-vissza út egy része érinti Magyarországot is.

A heroin csempészetével, nagybani terjesztésével leginkább török, valamint szerb és albán származású személyek foglalkoznak, míg annak utcai kereskedelmét főképp vietnámi és magyar állampolgárok végzik. A heroin-terjesztéssel foglalkozó magyar állampolgárok tekintetében megállapítható, hogy azok nagy része maga is függő, és többségük ellen korábban már folyt ugyanezen bűncselekmény miatt eljárás. Ezen kábítószerfogyasztói kapcsán jellemző az ún. „beszerzői” bűnözés is. Főleg a függők követnek el – különösen Budapesten és közvetlen vonzáskörzetében – azért bűncselekményt, hogy előteremtsék a kábítószer beszerzéséhez szükséges pénzt. Ezek a bűncselekmények elsősorban zseblopás és bolti lopások, azonban igen jelentős a gépkocsi-feltörések száma is a fenti összefüggést vizsgálva. Előfordul, hogy a kábítószer megvásárlásához szükséges anyagiak előteremtése érdekében erőszakos jellegű bűncselekményeket követnek el, leginkább kisebb értékre elkövetett rablásokat. A csempészet és egyben a hazai nagybani elosztással kapcsolatos fent ismertetett tendenciák miatt külön felderítési irányt képvisel a török és az albán származású elkövetők tevékenysége, akik Budapesten és az országban nagyobb számban élnek. Többségük jól ismert a rendőrség előtt, hiszen jelentős hányaduk ellen folyt már eljárás visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt, ezért tevékenységüket folyamatosan nyomon követik. Egyes csoportok a heroin legfőbb hígító anyagának (neve: monitor, amely paracetamolt és koffeint tartalmaz) a kereskedelmére specializálódtak, amely forgalmának ellenőrzése elvezethet a nagyobb mennyiségű heroint birtokló személyekhez.

Folyamatos nyomozás folyik az ún. utcai árusításra vonatkozóan. E tevékenységet a vietnámiak mellett elsősorban magyarok folytatják, akik korábban már voltak büntetve

kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény miatt. Az esetek legnagyobb többségében ezek a kiskereskedői csoportok a külön vizsgálat alatt álló vietnámi, és albán nagyelosztókhoz kapcsolódnak.

A 2009-ben készült drogkereskedő karriereket vizsgáló kutatás (Ritter 2009) megállapításai szerint a vietnámiak hazájukból és Pakisztánból hozzák jellemzően a heroint, az arabok, albánok is pakisztáni, jemeni, afgán árut terjesztenek. A kínaiak a vietnámi árut terjesztik sok esetben. A roma terjesztők általában kínai árut terjesztenek elsősorban a VIII. és a XIII. kerületekben Budapesten.

Kokain

A nyomozati adatok alapján (IRM 2010) tendenciaként érzékelhető a kokain-kereslet előretörése, amelynek következményeként a különböző csoportok egyre nagyobb mennyiségben csempésznek hazánkba kokaint. A kokain behozatalával és elosztásával ma is foglalkoznak olyan magyar csoportok, amelyek szintetikus kábítószereket is csempésznek elsősorban Hollandia és Belgium irányából. E magyar csoportokhoz általában alulról építkezve a terjesztői hálózat felderítésével lehet eljutni, valamint eredményesen alkalmazható ellenük a humán hírszerzés is.

A kokain népszerűvé válásával párhuzamosan, ezen anyag vonatkozásában vezető szerephez kerültek az afrikai, elsősorban nigériai származású szervezetek, amelyeknek tagjai nagyrészt menekültként tartózkodnak hazánkban. Szervezetük több kisebb sejtből épül fel, akik egymástól függetlenül, de egymás tevékenységéről tudva szervezik a kokain Magyarországra szállítását Spanyolországból, Hollandiából, illetve közvetlenül Dél-Amerikából. Előretörésük annak köszönhető, hogy a szigorú Európai kikötői ellenőrzések miatt ma már a Dél-Amerikából hajón érkező nagy szállítmányok többségében Afrikában érnek szárazföldre, és onnan kerülnek át Európába. Ennek kapcsán a csempészetbe bevonták az afrikaiakat, akiket aztán kokainnal fizettek ki a nagyobb dél-amerikai bűnszervezetek, így közvetlen dél-amerikai kapcsolatokat tudtak kiépíteni. Amellett, hogy e csoportok folyamatosan szervezik a kokain Magyarországra hozatalát és itteni elosztását, magyar nemzetiségű futárokat alkalmaznak, akik Dél-Amerikából szállítják Európába, illetve Európán belül mozgatják a kábítószert. Ezen elkövetői köröket az európai társhatóságokkal állandó együttműködésben folyamatosan figyelemmel kíséri a rendőrség. Az afrikai csoportokkal kapcsolatban a legnagyobb problémát az jelenti, hogy az egymás közötti kommunikációra törzsi nyelveket használnak.

Megállapítható továbbá, hogy a dílerok is egyre inkább előnyben részesítik a kokain terjesztését. Megfigyelhető, hogy azok, akik korábban amfetamint vagy marihuánát árultak, sok esetben kizárólag a kokain értékesítésére váltottak.

Szintetikus kábítószerek

Magyarországon és Budapesten a szintetikus kábítószerek a legnépszerűbb és leginkább fogyasztott szerek közé tartoznak, amelyek kereskedelmével a legtöbb esetben más szerekkel párhuzamosan foglalkoznak az elkövetők. E kábítószertípussal általában magyar nemzetiségűek kereskednek, ezért eredményesen alkalmazható velük szemben a humán hírszerzés. A szintetikus kábítószer csempészésében és terjesztésében közreműködő elkövetői csoportok szervezettsége továbbra is növekszik, a szervezeten belüli munkamegosztás tovább differenciálódott (anyagi eszközöket biztosítók, kapcsolatokkal rendelkező szervezők, futárok, depóztatók, nagybani elosztók, kistélemben árusítók).

A Nyugat-Európából beáramló szintetikus kábítószerek csempészetéhez rendszerint kapcsolódik marihuána és kokain is, amelyek a szintetikus kábítószerek terjesztői hálózatán keresztül jutnak el a fogyasztói réteghez. A szintetikus kábítószerek vonatkozásában tapasztalt erősödő szervezettség a becsempészésre szánt kábítószerek mennyiségének növekedéséhez, az illegális tevékenység hatékonyságának javulásához vezetett. (IRM 2010)

A hazai piac struktúrája

A 2009-es drogkereskedő karriereket vizsgáló kutatás (Ritter 2009) interjúi alapján sor került a hazai kábítószer-kereskedelem szervezetszociológiai vonatkozásainak vizsgálatára is. Megállapítható, hogy nem egy vagy két nagy szervezett bűnözői csoport uralja és irányítja a hazai drogpiacot. A piac fragmentált, létezik a kisebb csoportok közötti versengés. A csoportok belső struktúrája azonban nem homogén, több csoport is alkalmazhatja ugyanazt a dílert vagy éppen futárt.

A kábítószer kereskedelem 3 szinten zajlik hazánkban: az első a klasszikus díleri szint. A dílerek kisebb keresetűek, csak a saját kis körükben terjesztenek, jellemzően néhány baráti társaság vagy a tágabb ismeretségi kör ellátásáról van szó. Ez kb. 20 - 50 végfelhasználó, azaz fogyasztó állandó vevőt jelent. Általában a díler is függő fogyasztó. Minimális, 5 - 10%-os árréssel tud dolgozni, sokszor csak a saját fogyasztására és a megélhetésére való pénzt keresi meg. A díler ritkábban önálló, gyakrabban valakinek az „embere”, aki terjesztőnek vagy kereskedőnek dolgozik, tehát alkalmazott.

A második szinten helyezkedik el a terjesztő, aki közepes keresettel rendelkezik (kb. 1-1,5 millió forint havonta), ő a dílereket látja el anyaggal kb. 5 - 15 főt. Rendszerint tárolja is a kábítószereket, és körülbelül 20% körüli árréssel tud dolgozni. A terjesztők jellemzően csak alkalmi fogyasztók.

A harmadik szint a kereskedő, aki az anyag nagybani beszerzését intézi, gyakran kezeli a futárokat is. A komoly befektetéseket is ők adják, vagyis a nagy mennyiségű áru beszerzésének a költségét és kockázatát is vállalják. 50 - 70%-os haszonkulccsal dolgoznak. A kábítószerek kimérését, felütését is általában ők végzik. A terjesztőkkel állnak csak kapcsolatban, a dílerekkel és a fogyasztókkal nem. Sokan közülük még alkalmi szinten sem kábítószer-fogyasztók.

A drogpiaci struktúrán belül nem jellemző a mobilitás. Ritkán azonban a következő három formában történhet változás: a dílerből jellemzően nem lesz sem terjesztő, sem kereskedő, csak akkor jut feljebb, ha nem fogyaszt. A terjesztőből több alkalommal lesz kereskedő, viszont akik kábítószerfüggővé válnak, azok lecsúsznak a díleri szintre. A kereskedők általában őrzik a pozíciójukat, azonban a fogyasztás itt is okozhatja a lecsúszást.

A futároknak két alaptípusa van, a saját haszonra, szükségletre szállító-dolgozó és a megbízott, akit valaki szállítani küld. A küldött futár sokszor nem is tudja, hogy mit és mennyit szállít. Gyakori, hogy egy nagyobb mennyiségű anyagért több futárt is kiküldenek, figyelemelterelés vagy a szállító személy megbízhatóságának megfigyelése céljából.

10.2. LEFOGLALÁSOK

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

79. táblázat. *Lefoglalások száma és mennyisége 2008-ban és 2009-ben*¹⁸⁶

Szertípus	2008		2009	
	lefoglalások száma	lefoglalt mennyiség	lefoglalások száma	lefoglalt mennyiség
Marihuána (kg)	1670	254,6	1939	293,4
Kannabisz növény (tő)	73	1523*	171	20 501
Hasis (kg)	63	2,8	67	16,1
Heroin (kg)	128	28,6	110	124,7
Kokain (kg)	134	23,1	139	19,9
Amfetamin (kg)	456	61,8	388	52,3
Ecstasy tableta (db) /MDMA, MDA, MDE/ LSD (adag)	186	144 618	33	5413
	18	266	16	389

* csak a laboratóriumba küldött reprezentatív minta mennyiségét tartalmazza
Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A lefoglalások száma alapján továbbra is a marihuána a leggyakoribb kábítószer. 2009 folyamán a kannabisz-növény lefoglalások száma az előző évi több mint kétszeresére nőtt, korábban nem látott számban és méretben foglaltak le mesterséges körülmények között nevelt kannabisz-ültetvényeket. A laboratóriumi vizsgálatra küldött reprezentatív minta mennyisége 3,5-szerese volt az előző évinek, a lefoglalt növények teljes mennyisége – a laboratóriumok rendelkezésére álló információk alapján – 20 501 tő volt (további információ a lefoglalásokról a 10.1 fejezetben olvasható.)

A második leggyakrabban kimutatott kábítószer-hatóanyag az amfetamin, amely mind por formában, mind az ecstasy tableta hatóanyagaként megjelent.

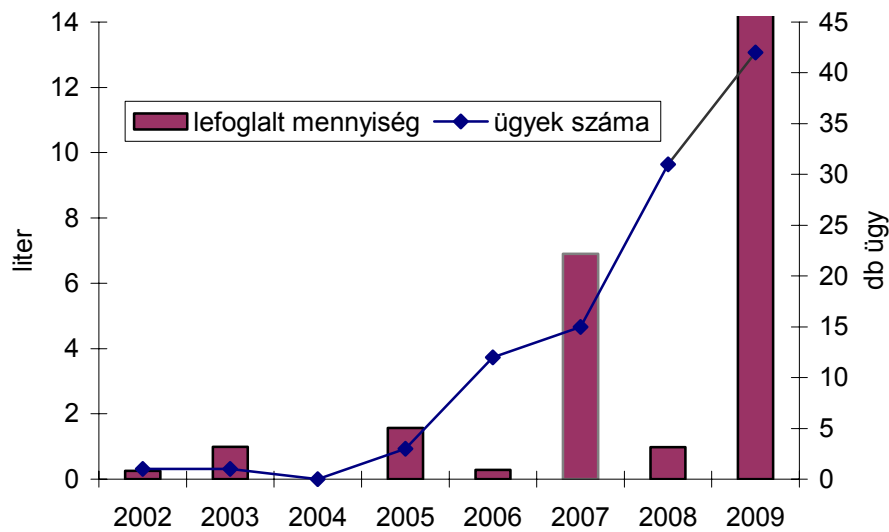
A kokain és a heroin előfordulása – a lefoglalási adatok alapján – közel azonosnak tekinthető. A heroin és kokain tartalmú porok lefoglalásainak számát tekintve a kokain a gyakoribb, míg a lefoglalt egyéb anyagokban és a vizsgált tárgyak szennyeződéseiből kimutatott hatóanyagok előfordulásainak számával együtt vizsgálva a heroin gyakorisága kis mértékben magasabb. 2008-hoz képest nem tapasztalható jelentős változás.

Szembetűnőbb a változás az ecstasy típusú tabletták (MDMA, MDA, MDE) esetében, ahol a lefoglalt mennyiség a 2008. évi 144 618-ról 5 413-ra csökkent. (A tabletták hatóanyagainak változásáról lásd a 10.3. fejezetet.)

A kábítószernek nem minősülő GBL-ből (gamma-butirolakton) 2009 folyamán 42 ügyben, összesen több mint 16 litert foglaltak le, amely mind a lefoglalások száma, mind a lefoglalt mennyiség tekintetében meghaladja a korábbi évek szintjét. A lefoglalási adatok a GBL-lel való visszaélés további folyamatos terjedésére utalnak.

¹⁸⁶ A kannabisz növény 2009-ben lefoglalt mennyiségére vonatkozóan az előző évek adataitól eltérő módon – amikor csak a laboratóriumba küldött reprezentatív minta mennyisége volt megadva – a BSZKI rendelkezett megbízható adatokkal az összes lefoglalt kannabisz-növény (tő) számát illetően.

63. ábra. A GBL lefoglalások száma és mennyisége 2002-2009 között



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A ketamin tartalmazó porok lefoglalásainak száma és a lefoglalt anyag mennyisége a korábbi évekhez képest nem változott számottevően, 2009-ben 40 esetben, összesen 87 gramm ilyen por került lefoglalásra. Évről-évre folyamatosan emelkedik azonban a lefoglalt gyógyászati kiszerezésű ketamin-oldatok mennyisége. 2009 folyamán 19 alkalommal összesen 285 üveg¹⁸⁷ ilyen oldat került lefoglalásra.

A lefoglalási adatok alapján a metamfetamin főként Komárom-Esztergom megyében, illetve kisebb számban Baranya megyében fordul elő. Itt a metamfetamin jellemzően leforrasztott végű műanyag fecskendőbe tömörítve, tisztán vagy hígított formában van forgalomban.

A lefoglalásokban rendszeresen megjelenő anyagok közül az LSD esetén a kerékpárost ábrázoló bélyeg volt a jellemző megjelenési forma, de egy alkalommal lefoglalásra került LSD-vel átitatott kisméretű granulátum, úgynevezett microtrip is.

2008 végén és 2009 folyamán – más európai országokhoz hasonlóan – több új szintetikus hatóanyag jelent meg a magyar feketepiacon is.

A büntetőjogilag kábítószernek nem minősülő szerek közül a „Spice” márkanev alatt, füstölőként forgalmazott készítmény megjelenése hívta fel a szakemberek figyelmét arra, hogy legális, féllegális termékeként (feliratuk alapján emberi fogyasztásra nem alkalmas füstölő, fürdősó, porszívó illatosító) pszichoaktív hatású új szintetikus hatóanyagokat tartalmazó szerek kerültek forgalomba. Ezek a szerek interneten keresztül, vagy erre szakosodott üzletekben büntetőjogi kockázat nélkül beszerezhetők. Magyarországon „Spice” készítmény mindössze néhány alkalommal került vizsgálatra, hatóanyaguk a JWH-018 és a CP-47497 nevű, a szintetikus kannabinoidok családjába tartozó vegyületek voltak.

A 4-fluoramfetamin hatóanyag ecstasy tablettákban, illetve „speed” porokban az amfetamin mellett vagy helyett fordult elő. Ugyancsak tabletták és porok hatóanyagaként jelent meg az MDPV (3,4-metiléndioxipirovaleron, MDPK), a mefedron (4-metilmekatinon, 4-MMC) valamint tablettá hatóanyagként a butilon (bk-MDBD) nevű vegyület.

A korábban nem látott számban feltűnő új hatóanyagok, valamint a dílerok által végzett értékesítés mellett megjelenő, legális/féllegális értékesítési csatornák (internetes vásárlás, „head-shop”) a pszichoaktív hatású anyagokhoz való szabad hozzáférhetőség növekedését jelezhetik.

¹⁸⁷ Jellemzően 50 ml-es üveg.

10.3. ÁR / TISZTASÁG

Kábítószeres utcai árai

2009-ben ismét vizsgálat készült a kábítószeres utcai árainál. Az adatfelvétel során új módszertan került alkalmazásra, továbbá nőtt a kérdésben résztvevő szervezetek száma is.

2009-ben 7 városból 7 szervezet¹⁸⁸ vett részt a kutatásban¹⁸⁹. A kérdőívben azt az árat kellett megadni kábítószerként a válaszadóknak, amennyiért utoljára vásárolták az adott szert 2009-ben. Az egyes szertípusok legalacsonyabb, legmagasabb, leggyakoribb és átlagos árai az utolsó vásárlás árértékeiből kerültek kiszámításra.

A válaszadás arányait tekintve a marihuána esetében tudtak a legtöbben választ adni. Ezt követte sorrendben az amfetamin, a hasis, az ecstasy, illetve a kokain.

80. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban 2009-ben

FORINT	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Hasis (gr)	900	5000	2500	2352	67
Marihuána (gr)	500	3000	2500	2240	128
Heroin (gr)	3000	25000	10000	12067	45
Heroin (pakett)	3000	10000	5000	5186	43
Kokain (gr)	8000	20000	15000	14017	59
Crack (gr)	14000	25000	25000	19500	6
Amfetamin (gr)	1000	6000	3000	2973	93
Ecstasy (tabletta)	300	3000	1000	1221	64
LSD (adag)	1500	5000	2500	2824	44
Metadon (20 mg)	400	4000	2000	1638	33
Metadon (5mg)	200	2000	500	729	16

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2010

81. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban¹⁹⁰ 2009-ben

EURO	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Hasis (gr)	3,2	17,8	8,9	8,4	67
Marihuána (gr)	1,8	10,7	8,9	8	128
Heroin (gr)	10,7	89,1	35,6	43	45
Heroin (pakett)	10,7	35,6	17,8	18,5	43
Kokain (gr)	28,5	71,3	53,5	50	59
Crack (gr)	49,9	89,1	89,1	69,5	6
Amfetamin (gr)	3,6	21,4	10,7	10,6	93
Ecstasy (tabletta)	1,1	10,7	3,6	4,4	64
LSD (adag)	5,3	17,8	8,9	10,1	44
Metadon (20 mg)	1,4	14,3	7,1	5,8	33
Metadon (5 mg)	0,7	7,1	1,8	2,6	16

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2010

A tendenciák bemutatása az új módszertan alapján gyűjtött, 2009-es átlagos árak és a 2008-ban gyűjtött fogyasztók által szertípusonként megadott leggyakoribb ár átlagolt értékének összehasonlítása alapján történik. Megállapítható, hogy szinte mindegyik kábítószer átlagos ára hasonló volt az előző évihez képest. Ez alól kivétel egyrészt a kokain, amelynek átlagos

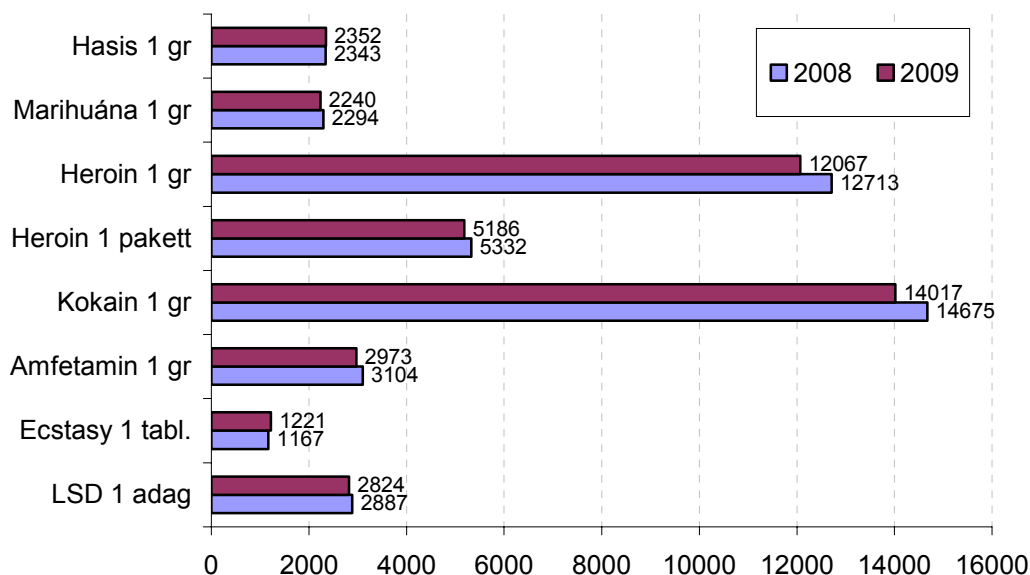
¹⁸⁸ A kutatásban 7 város (Budapest, Szeged, Győr, Debrecen, Miskolc, Pécs, Zalaegerszeg) 1-1 drogambulanciája vett részt.

¹⁸⁹ A kérdőívek felvétele önkéntes módszerrel történt 2009. december 1–31. között. Minden szervezet 20, a kezelésbe lépés előtt 2009-ben kábítószerrel használó klienssel töltetette ki a kérdőívet, így a teljes minta 140 fő volt. A kliensek csak annak a kábítószernek adták meg az árát, amelyből ők személyesen vásároltak a tárgyévben.

¹⁹⁰ A táblázatban szereplő árak a 2009-es hivatalos euró középárfolyam (1€ = 280,58 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

ára tovább csökkent a megelőző két év tendenciáját folytatva, másrészt a heroin 1 grammos tételenkénti ára, amely csökkenést mutat az előző évben mért növekvő tendenciával ellentétében.

64. ábra. Kábítószeresek átlagos utcai árai forintban 2008-ban és 2009-ben



Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2010

A drogkereskedői karriereket vizsgáló kutatás során (Ritter 2009, módszertant lásd: 10.1. fejezet) az interjúalanyokat megkérdezték az egyes kábítószeresek utcai árairól. A válaszok összesítése által a következő árkategóriák állíthatók fel azon szertípusoknál, amelyeknél elegendő információ állt rendelkezésre:

65. ábra. Kábítószeresek utcai árai a kínálati oldali visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett, emiatt végrehajtandó szabadságvesztés büntetésre ítélt megkérdezése alapján (forint)

Amfetamin (1 gramm)	Kokain (1 gramm)	Marihuána (1 gramm)	LSD (bélyeg/mikrotrip)	Barna heroin (1 gramm)	Fehér heroin (1 gramm)	Ketamin ¹⁹¹ (ampulla)
1800 - 3000	4500 - 8000	1800 - 3000	1500-2500	5000 - 8000	7000 - 12000	3500 - 5000

Forrás: Ritter 2009

Tisztaság

Kábítószeres vagy – kábítószernek nem minősülő – új hatóanyagot tartalmazó tablettákból 2009 folyamán 149 374 darabot foglaltak le, amely mennyiség tekintetében az előző évi 181 942 tablettához képest nem számottevő a visszaesés, ellenben a lefoglalási tételek¹⁹² száma 517-ről 242-re esett csökkent, amely jelentős változás.

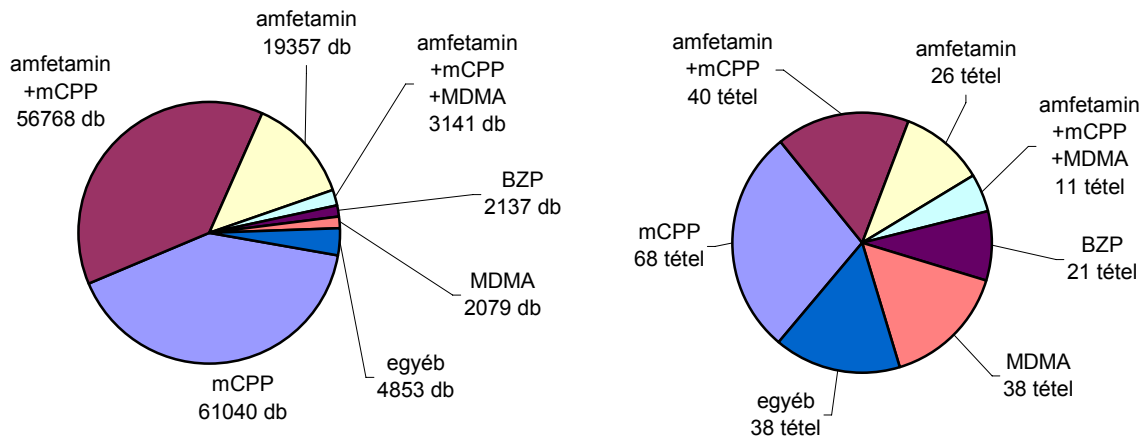
A hatóanyag-tartalom szempontjából 2009-ben is az ecstasy tabletták piacán tapasztalható a legmarkánsabb átalakulás. Az 1999-2008 közti időszakban a lefoglalt tabletták nagy része MDMA hatóanyagot tartalmazott, de ez a helyzet 2009 elejére megváltozott. A tabletták lefoglalások száma jelentősen visszaesett, a hatóanyagok között az MDMA háttérbe szorult. Míg a kilencvenes évek végén az MDMA hiánya nyomán keletkező űrt az amfetamin tartalmú tabletták töltötték ki, addig 2009-ben, a tablettákban az mCPP és az amfetamin jelenléte volt a legjellemzőbb. A 2009-től ellenőrzött vegyületnek minősülő BZP hatóanyagot tartalmazó tablettákat 2009 elején foglaltak le több alkalommal, jellemzően Hajdú-Bihar Megyében. Figyelemre méltó trend, hogy a leggyakoribb hatóanyagok mellett több új, vagy

¹⁹¹ Ez csak egy terjesztőtől származó adat, nincs ellenőrző adat.

¹⁹² Az azonos helyről lefoglalt, azonos csomagolású, egyforma tabletták képeznek egy lefoglalási tételt.

korábban ebben a formában nem használt hatóanyag is megjelent a tablettákban (metamfetamin, GHB, MDPV, 4-fluoramfetamin, 2C-B, butilon, ketamin).

66. ábra. A 2009-ben lefoglalt, kábítószer vagy – kábítószernek nem minősülő – új hatóanyagot tartalmazó tabletták megoszlása mennyiség és lefoglalási tételek száma szerint



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A kokain esetében a kis tételekben kiszerezelt porok általában jelentősen felhígított készítmények voltak, tiszta kokain csak néhány esetben fordult elő. Míg a korábbi években a hígított porok hatóanyag-tartalmának alsó határértéke általában 5-10% volt, a 2009-ben lefoglalt porok között többször is előfordult 5% alatti hatóanyag-tartalom.

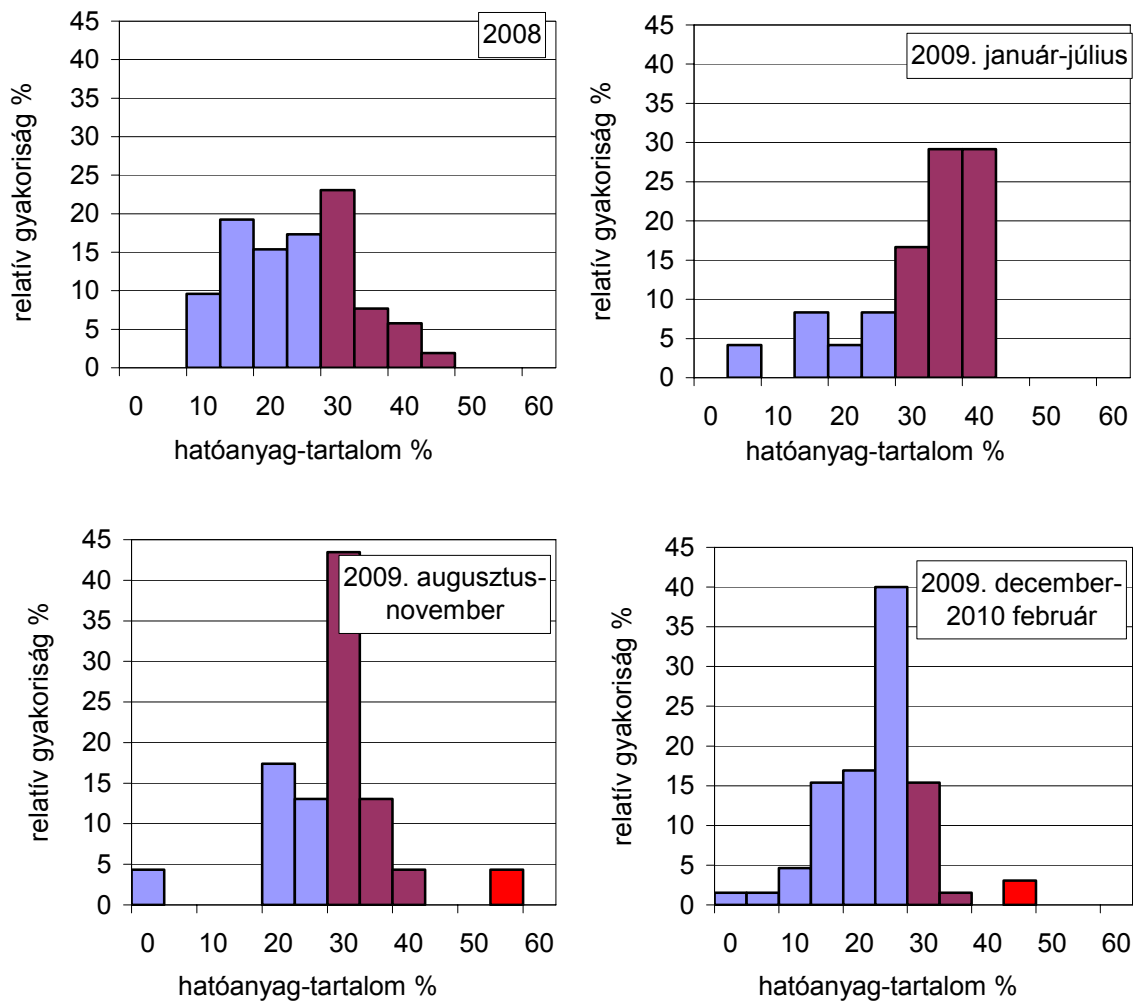
A heroin és az amfetamin hatóanyag-tartalom fokozott monitorozásának eredményei

A fogyasztási adagban kiszerezelt, heroin és amfetamin tartalmú porok hatóanyag-tartalmára vonatkozóan, a „Kritikus kábítószer hatóanyag-tartalmának fokozott monitorozása” nevű projekt (részleteket lásd: 7.1. fejezet) keretében jelentős mennyiségű adat gyűlt össze. A projekt időtartama alatt a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézetbe érkezett összes heroin és amfetamin fogyasztási adag hatóanyag-tartalma mérésre került.¹⁹³

A heroin esetében 2009-ben összességében a jellemző hatóanyag-tartalom tartománya 10-45% volt. A 2008-ban elkezdődő hatóanyag-tartalom növekedés – a vizsgálati eredmények alapján – 2009 második felében megfordult.

¹⁹³ A monitorozási projekt adatai – a projekt működésének sajátságai miatt – eltérő időbontásban állnak rendelkezésre a rutin mérések éves szintű adataihoz képest. Az eredmények azonban ebben a formában kerülnek közzé, így megegyeznek az év során kiadott országos hírlevelek (lásd: 7.1. fejezet) adataival/diagramjaival.

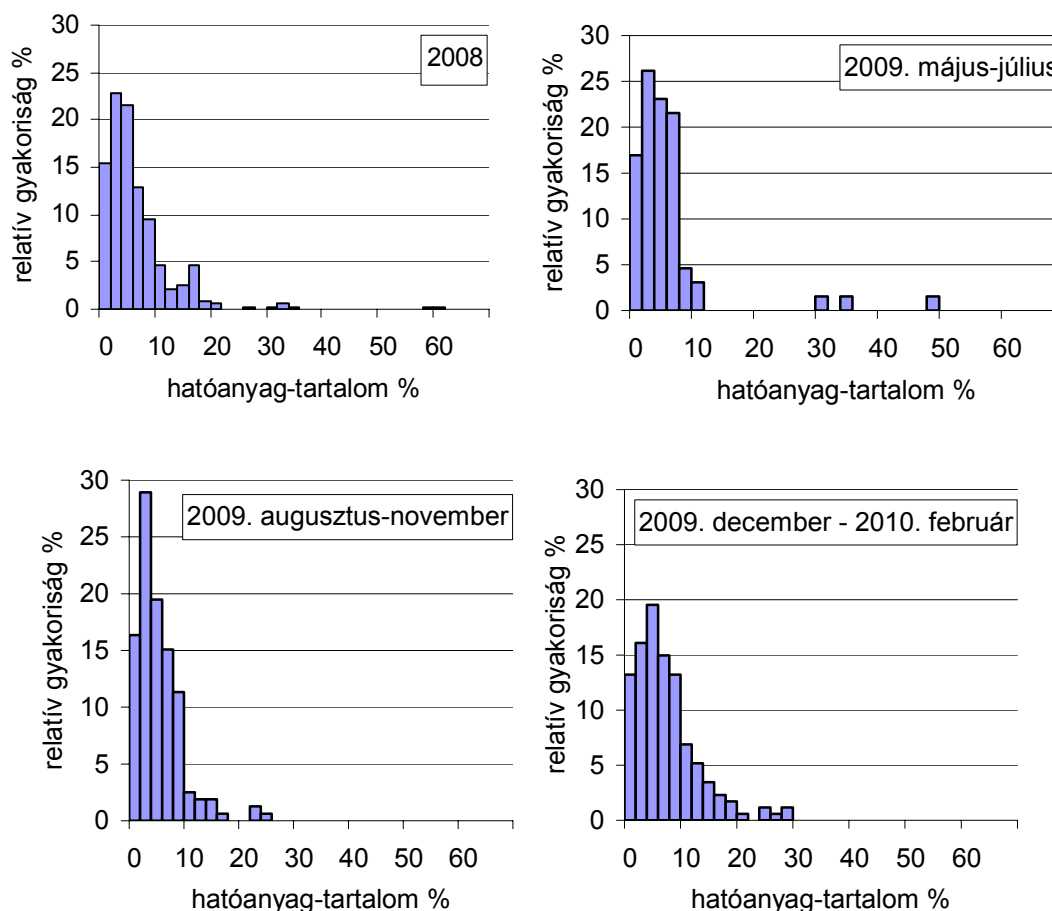
67. ábra. Fogyasztási adagokban lefoglalt, heroin tartalmú porok hatóanyag-tartalma 2008-2010. február között



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

Az amfetamin tartalmú porok esetében az előző évekhez viszonyítva nem tapasztalható markáns változás. A 2009-ben vizsgált minták átlagos hatóanyag-tartalma lassú emelkedést mutat. Míg az első félévben vizsgált minták esetében, nem fordultak elő számottevő mennyiségben 10%-nál magasabb hatóanyag-tartalmú anyagok, addig az utolsó időszakban a vizsgált anyagok több mint 20%-át tették ki.

68. ábra. Fogyasztási adagokban lefoglalt, amfetamin tartalmú porok hatóanyag-tartalma 2008-2010. február között



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

Következtetések

A lefoglalási adatok alapján megállapítható, hogy 2009-ben a kábítószer tartalmú tabletták forgalma jelentősen visszaesett, a klasszikus MDMA hatóanyagot tartalmazó ecstasy tabletták háttérbe szorultak, helyettük az mCPP-t, amfetamint, és a két anyagot együttesen tartalmazó tabletták tették ki a forgalom legnagyobb részét.

A heroin-tartalmú poroknál, a 2008-ban tapasztalható hatóanyag-tartalom növekedés 2009 második félévében visszafordult, az év végére jelentősen csökkent a korábbi túladagolások haláleseteknél megjelenő, 30-40% feletti heroin-tartalmú készítmények aránya. Ezzel párhuzamosan csökkent a heroin átlagos utcai ára is a 2008-ban mérthez képest.

2009 folyamán több mint kétszeresére nőtt a kannabisz növény lefoglalások száma az előző évhez képest. Korábban nem látott számban és méretben foglaltak le mesterséges körülmények között nevelt kannabisz-ültetvényeket, amelyet alapos felderítő munka előzött meg a nyomozati szervek részéről. A marihuána átlagos ára ezzel ellentétben stabil maradt.

A kokain elterjedtsége továbbra is növekvő tendenciát mutat a nyomozati és lefoglalási adatok alapján, egyre több korábban más kábítószerrel foglalkozó terjesztő vált át a kokain terjesztésére. Ezzel párhuzamosan a kokain utcai ára a fogyasztók körében végzett felmérés szerint tovább csökkent.

Folyamatosan nőtt a GBL-lefoglalások száma, ami a szerrel való visszaélések további terjedésére utal. A GBL növekvő térnyerését a nyomozati adatok is alátámasztják.

2008 végén és 2009-ben rövid idő alatt nagy számban jelentek meg új, szintetikus szerek (szintetikus kannabinoidok, 4-fluoramfetamin, mepredon, butilon, MDPV), illetve ismert

hatóanyagok új megjelenési formákban (metamfetamin, GHB tablettában). Az új, büntetőjogi szempontból kábítószernek nem minősülő szerek terjesztésében szerepet vállaló csatornák (internetes vásárlás, „head-shop”-ok) a pszichoaktív hatású anyagokhoz való hozzáférés könnyebbé válását jelentik.

11. NEMZETI SZINTŰ ELLÁTÁSI IRÁNYELVEK LÉTREJÖTTE, MÓDSZERTANA ÉS MEGVALÓSÍTÁSA

Háttér, előzmények

Magyarországon a kábítószer-használat okozta problémák ellátásával kapcsolatos eljárásrendeknek két csoportjáról beszélhetünk: az egészségügyi ellátásra vonatkozó eljárásrendekről valamint a szociális ellátásra vonatkozó irányelvekről. Az egészségügyi és szociális ellátást külön jogszabályok határozzák meg, finanszírozásuk is elválik és minőségbiztosítási rendszerük is eltérő. Mindezek miatt, az alábbiakban az egészségügyi és szociális ellátási eljárásrendeket külön mutatjuk be.

11.1 TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS ÉS AZ IRÁNYELVEK HAZAI RENDSZERE

Egészségügyi eljárásrendek

Magyarországon a rendszerváltást követő években kezdett kialakulni az addiktológiai ellátás módszertani egységesítése. 1991-ben teremtődött meg az addiktológiai szakvizsga lehetősége, ezzel párhuzamosan létrejött az Országos Addiktológiai Intézet (továbbiakban OAI) valamint az Addiktológiai Szakmai Kollégium. 1995-ben megszüntették az Addiktológiai Szakmai Kollégiumot, és az ott végzett szakmai munkát a Pszichiátriai Szakmai Kollégium keretében működő addiktológiai szakcsoport végezte a továbbiakban. Az addiktológia szakmai képviselője ezzel részben az OAI-ra hárult át az intézmény 2008-as megszűnéséig. Az első, kábítószer-használók ellátásával foglalkozó szakmai eljárásrendek kidolgozására 2002 és 2007 között került sor az OAI koordinációjával.

Az addiktológiai ellátás minőségügyi ellenőrzésével kapcsolatos feladatokat jelenleg elsősorban az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ (továbbiakban OSZMK) látja el. Az eljárásrendek megvalósulásának ellenőrzését ill. nyomon követését 2005-től az OSZMK megbízásából az addiktológia országos szakfelügyelője látja el.

Az egészségügyi eljárásrendeket (protokollokat, irányelveket és módszertani leveleket) a szakterülethez legközelebb álló ún. szakmai kollégiumok dolgozzák ki, ill. újítják meg szükség esetén. 2008-ban létrejött az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet (továbbiakban EMKI), melynek az Egészségügyi Minisztérium feladatkörébe rendelte az egészségügy területén az eljárásrendek kidolgozásának és megújításának koordinációját. Az addiktológiai eljárásrendeket 2009 áprilisától kezdve az újból megalakult Addiktológiai Szakmai Kollégium dolgozza ki és újítja meg az adott témához kapcsolódó többi szakmai kollégiummal egyeztetve.

Az elkészült/megújított eljárásrendet a szakmai kollégium beadja jóváhagyásra az Egészségügyi Minisztériumnak. Az eljárásrendek jóváhagyásának folyamatában az EMKI is részt vesz, módszertani értékelést készítve az új eljárásrendről, melynek részeként szakmailag, formailag és a felhasználhatóság szempontjából is értékeli az eljárásrendet. Finanszírozás hiányában azonban nem minden anyagról készül módszertani értékelés.

Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve a bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek fejlesztéséhez¹⁹⁴ valamint a 23/2006. (V. 18.) EüM rendelet a vizsgálati és terápiás eljárásrendek kidolgozásának, szerkesztésének és szakmai egyeztetése lefolytatásának eljárásrendjéről alapján összesen négy eljárásrend típust különböztetnek meg (melyek közül a helyi eljárásrend kívül esik e fejezet témakörén).

A szakmai irányelvek az elérhető tudományos bizonyítékokkal alátámasztott, szisztematikusan kifejlesztett döntési ajánlások sorozata, adott betegségcsoport különböző ellátási módozatainak meghatározására, amelynek célja, hogy javítsa az egészségügyi

¹⁹⁴ Melynek érvényességi ideje lejárt, azonban irányelvek készítéséhez továbbra is alkalmazható.

ellátás minőségét, hatékonyságát, eredményességét, valamint segítse az orvost és a beteget a legmegfelelőbb ellátás kiválasztásában.¹⁹⁵

A módszertani levél olyan prevenciós, diagnosztikai, terápiás vagy rehabilitációs eljárás leírások, melyeket az adott szakma elismert személyiségei szakértői vélemények alapján dolgoznak ki az ellátók számára direktívaként. A módszertani levelek általában nem tartalmaznak alternatív javaslatokat, nem adnak felvilágosítást a javasolt eljárások negatív hatásaival, azok bekövetkezésének valószínűségével kapcsolatban, nem tartalmaznak költségelemzést és csak az ellátók számára adnak segítséget.¹⁹⁶

A szakmai protokoll meghatározott betegségcsoportban és ellátási szinten, egy betegség vagy állapot – az elérhető tudományos bizonyítékokkal alátámasztott preventív, diagnosztikai, terápiás, ápolási, gondozási és rehabilitációs – ellátási folyamatával kapcsolatos tevékenységek rendszerezett listája, amely alapját képezi az egészségügyi szolgáltatások szakmai ellenőrzésének és finanszírozásának, továbbá melynek célja az ellátás biztonságának és egyenletes színvonalának biztosítása.¹⁹⁷

A helyi eljárásrendek szakmai irányelven, illetve szakmai protokollon, illetve ezek hiányában az adott egészségügyi szolgáltató gyakorlatán alapuló, a betegség vagy állapot ellátására vonatkozó, az adott egészségügyi szolgáltatónál és ellátási szinten alkalmazott helyi gyakorlat leírása.¹⁹⁸

Szociális irányelvek

A jelenleg is érvényben lévő három, szenvedélybetegek ellátásával foglalkozó irányelv kidolgozását a Szociális és Munkaügyi Minisztérium rendelte el és finanszírozta. A három szakmai irányelv a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet (továbbiakban SZMI) 5. számú Kapocs füzetében jelent meg 2007-ben. Habár e Kapocs füzet a Szociális és Munkaügyi Minisztérium és a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (jelenleg SZMI) Addiktológiai Szakértői Munkacsoportja együttműködésének az eredménye, az irányelvek a mai napig nem jelentek meg a tárca hivatalos lapjában, a Szociális Közlönyben, ugyanakkor a támogató szolgáltatások és közösségi ellátások finanszírozásával foglalkozó 191/2008 (VII. 30.) Korm. rendelet hivatkozik rájuk, mint szakmai ajánlásokra.

A szociális szakmai irányelveket – köztük a szenvedélybetegek ellátásával foglalkozó három irányelvet is – operatív szinten a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal (továbbiakban FSZH) tartja nyilván.

Az irányelvek, standardok és szolgáltatási protokollok megalkotása ill. megújítása a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet feladatkörébe tartozik¹⁹⁹, azonban ezeknek a folyamatoknak jelenleg nincs egységesen meghatározott rendszere. A 2007-ben közzétett három irányelv tartalma azóta lényegében változatlan.

11.2 ELLÁTÁSI IRÁNYELVEK MAGYARORSZÁGON

Egészségügyi eljárásrendek

Kábítószer-fogyasztók kezelésével kapcsolatban 3 protokoll és egy módszertani levél van jelenleg érvényben:

¹⁹⁵ Forrás: 23/2006. (V. 18.) EüM rendelet a vizsgálati és terápiás eljárásrendek kidolgozásának, szerkesztésének és szakmai egyeztetése lefolytatásának eljárásrendjéről

¹⁹⁶ Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve a bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek fejlesztéséhez

¹⁹⁷ Forrás: 23/2006. (V. 18.) EüM rendelet a vizsgálati és terápiás eljárásrendek kidolgozásának, szerkesztésének és szakmai egyeztetése lefolytatásának eljárásrendjéről

¹⁹⁸ Forrás: 23/2006. (V. 18.) EüM rendelet a vizsgálati és terápiás eljárásrendek kidolgozásának, szerkesztésének és szakmai egyeztetése lefolytatásának eljárásrendjéről

¹⁹⁹ A „3/2008. (IV. 15.) SZMM rendelet a szociális módszertani intézmények kijelöléséről és feladatairól, valamint a szociális szolgáltatók, intézmények engedélyezési eljárásának szakértői díjáról” alapján.

- Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele – A Metadon kezelés,
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja – Opiát-használattal kapcsolatos betegségek kezeléséről,
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja – Amfetamin-használattal összefüggő kórképek kezeléséről valamint
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja – Kannabisz-használattal kapcsolatos zavarokról.

Mindhárom protokollt az OAI készítette elsősorban a pszichiátriai és addiktológiai szakorvosok részére. Bizonyítékon és szakmai konszenzuson alapulnak. A protokollok tartalmazzák a betegség leírását, a diagnosztizálás, kezelés, rehabilitáció és gondozás folyamatát, javasolt technikáit és részben az eredményesség indikátorait. Megújításuk két évente esedékes.

A módszertani levél egy, a protokolloknál sokkal specifikusabb eljárásrend, mely kizárólag a diagnosztizálás és a kezelés folyamatát írja le, valamint az eredményesség indikátorait.

Szociális irányelvek

Szenvedélybetegek szociális ellátásával jelenleg három szakmai irányelv foglalkozik:

- a „Szakmai ajánlás – A nappali ellátás szenvedélybetegek részére”,
- a „Szakmai ajánlás – A szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű szolgáltatások részére”, valamint
- a „Szakmai ajánlás – A közösségi ellátás szenvedélybetegek részére”.

A szociális irányelvek kidolgozását az Addiktológiai Szakértői Munkacsoport végezte. Az irányelveknek nincs megjelölt célcsoportja, tartalmilag szakmai konszenzuson alapulnak²⁰⁰. Leírják a szolgáltatás céljait, vezérelvét, a szolgáltatók jellemzőit, a minőségbiztosítás feltételeit valamint a szolgáltatás által lefedett tevékenységeket.

Egyéb irányelvek

Az egészségügyi és szociális irányelvek mellett 2009-ben az EMKI megbízásából elkészült „A szerfogyasztás megelőzésére irányuló iskolai egészségfejlesztési programok szakmai irányelvei” c. irányelv tervezet valamint a „Tanulmány a településeken, közösségekben (kivéve munkahelyek és iskolák) megvalósuló, az alkohol-fogyasztás és illegális szerfogyasztás megelőzésére irányuló intervenciókra vonatkozó irányelvekhez” című előkészítő anyag. A tervezet és az előkészítő tanulmány ajánlásokat fogalmaz meg a prevenció kapcsán azokra a formai összetevőkre és beavatkozási elemekre vonatkozóan, melyek az irodalmi áttekintések és meta-analízisek eredményei alapján hatékonyak bizonyultak a szerfogyasztás megelőzésére az iskolai szinten, ill. településeken, közösségekben.

11.3 A MEGVALÓSÍTÁS FOLYAMATA

Egészségügyi eljárásrendek

Amennyiben a szaktárca jóváhagy egy új, ill. megújított eljárásrendet, azt az Egészségügyi Minisztérium hivatalos lapjában, az Egészségügyi Közlönyben, valamint a minisztérium honlapján teszik közzé. Ezzel egy időben az új eljárásrend felkerül az EMKI honlapjára is.

A 23/2006. (V. 18.) EüM rendelet értelmében az egészségügyi szolgáltatóknak szervezeti és működési szabályzatában rendelkeznie kell a szakmai protokollban foglalt megvalósításához szükséges intézkedésekről, továbbá a szakmai protokoll alapját képezi az egészségügyi szolgáltatások szakmai ellenőrzésének és finanszírozásának.

²⁰⁰ Az irányelv tervezeteket konszenzus konferencián egyeztetették a szakma képviselőivel.

Az eljárásrendek alkalmazása tehát jogszabályban rögzített kötelessége az egészségügyi ellátóknak. Az ellátás minőségét – így a gyakorlat összhangját az eljárásrendekkel – az OSZMK hivatott ellenőrizni tervezett, ill. ad hoc auditálás keretében. Az első addiktológiai szakfelügyelő 2005-ös kinevezése óta történt meg az auditálás feltételeinek megteremtése, így 2009-ig a terület ellátóinak auditálására még nem került sor. Tekintve, hogy az addiktológiai ellátás sok helyen a pszichiátriai ellátáson belül óraszámban meghatározva létezik, komoly feladatot jelentett az addiktológiai ellátóhelyek beazonosítása. Ezzel párhuzamosan kialakításra kerültek az addiktológiai ellátás szakmai protokolljai (az opiát-, az amfetamin-, valamint a kannabisz-használattal összefüggő problémák kezeléséről).

Az OAC koordinációjával²⁰¹ 2009 folyamán sor került a kezelési protokollal rendelkező addiktológiai területeken (kannabisz, amfetamin, opiát, szubsztitúció) az ellátás folyamatának és eredményeinek értékeléséhez szükséges indikátorrendszer kialakítására. A kialakított indikátorok az egyes ellátási területeken közvetlenül alkalmasak lesznek arra – a szakmai legitimáció elnyerését (vagyis a szakmai kollégium jóváhagyását) követően –, hogy az egyes szolgáltatók felé meginduljon az implementációs tevékenység előkészítése. Ez távlatilag egyrészt elősegíti, hogy az addiktológiai szolgáltatók saját belső monitorozó, dokumentációs rendszerüket ennek alapján módosítsák, másrészt lehetővé teszi, hogy az addiktológus szakfelügyelő főorvosok megkezdhessék az egyes ellátók auditálását.

Problémát jelentett a minőségügyi ellenőrzés előkészítésében a finanszírozási rendszer megváltozása – a bázis, vagyis fix jellegű finanszírozásról a teljesítmény-alapú finanszírozásra történő áttérés²⁰².

Az eddigi szakértői tapasztalatok alapján az egészségügyi eljárásrendek addiktológiai ellátás gyakorlatába történő átültetésének legfőbb akadálya az eljárásrendek és a finanszírozás közti diszharmónia. Ez a probléma jelentkezik a szakmai protokollokban ajánlott gyógyszerek és eljárások finanszírozásának hiányosságaiban, valamint az – ugyancsak finanszírozási problémákra visszavezethető – szakemberhiányban.

Módszertani levél és gyakorlat a metadonnal történő opiát-szubsztitúcióban²⁰³

Az egészségügyi eljárásrendekben leírtak gyakorlati megvalósulásához kapcsolódik a Rácz és munkatársai által 2009-ben végzett kutatás (Rácz et al 2009), melyben azt vizsgálták, mennyiben igazodik a metadonnal végzett opiát-szubsztitúció gyakorlata a módszertani levélben leírtakhoz. A kutatás során kérdőívet vettek fel 150, a kérdezés idején metadon fenntartó kezelésben lévő klienssel, valamint 16 kezelési programot irányító/metadont kiadó szakemberrel.

A kliens-kérdőív a program helyszín megközelíthetősége, a metadon kiadása (dózis, hazavitel), a kezelőszemélyzet attitűdje, protokoll, szankciók, kriminalitás, félelem, szubjektív változások témaköröket vizsgálta, továbbá a kérdezettek javaslatokat is megfogalmazhattak az ellátás továbbfejlesztése érdekében. A kérdőív mellett lekérdezésre került a TDI-kérdőív a

²⁰¹ „A kábítószer-probléma kezeléséhez szükséges képzések megszervezése és megtartása” feladat „Minőségügyi képzés az addiktológiai egészségügyi ellátók számára” elnevezésű részfeladatának keretében.

²⁰² Erről további részletek a 2008-as valamint 2009-es Éves Jelentés 5. fejezetében olvashatók.

²⁰³ A kutatást az MTA Pszichológiai Kutatóintézete végezte a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet támogatásával. A vizsgálat két célcsoport körében zajlott: a szubsztitúciós kezelésben lévő kliensek valamint a szubsztitúciós programokat irányító, ill. a metadont kiadó szakemberek körében. A kliens csoport kiválasztása 3 budapesti és 5 vidéki kezelőhely kliensköréből történt a 2008-as országos szubsztitúciós adatgyűjtés nemi megoszlása alapján. Összesen 150 fő került bele a mintába (115 férfi, 35 nő). A szakemberek kiválasztása ugyanezen kezelőhelyekről történt, kezelőhelyenként két szakember került a mintába, összesen 16. Az anonim kérdőíves adatfelvétel mindkét célcsoport körében face-to-face technikával történt az adott kezelőhelyen.

minta szocio-demográfiai helyzetének és szerhasználati szokásainak leírása érdekében²⁰⁴. A megkérdezett szakemberek közül 10 fő vidéki, 6 fő budapesti kezelőhelyet képviselt. A kérdőív kitért a kezelőhelyet működtető szervezet jellemzőire, a szolgáltatás tartalmi jellegzetességeire, a szakmai személyzetre, a sikerkritériumokra valamint a szakmai módszertani levélre. A kérdőíves adatfelvételtől származó adatokon túl sor került egy korábbi, a metadon kezelés hatékonyságát mérő kutatás adatainak másodelemzésére is (Demetrovics 2005).

A vizsgálat eredményeként megfogalmazott problémák egyike, hogy a módszertani levél nem határozza meg a szubsztitúciós kezelés pontos célját, így a kezelés eredményességének monitorozásához az indikátorok felállítása is nehézkessé válik.

A vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy a betegek metadon dózisa nem elég magas. Ennek oka – a szerzők szerint –, hogy habár a metadon protokoll a dózisok tekintetében pontos számokat határoz meg, arra már nem tér ki, hogy mikor, hogyan, milyen körülmények hatására kell, lehet, érdemes változtatni a dózison.

A kutatás kimutatta, hogy a kliensek tájékoztatása sok esetben hiányos. Erre vonatkozóan is tartalmaz előírásokat a módszertani levél, azonban következmények hiányában sok kezelőhelyen nem igazodnak az előírásokhoz.

Szociális irányelvek

Az irányelvek kiadásától (2007-től) 2008 végéig a három irányelv a Kapocs füzetben volt egyedül hozzáférhető térítés ellenében. Az irányelvek szakmai gyakorlatban történő alkalmazása ebben az időszakban nem volt feltétele sem a működési engedély kiadásának, sem a finanszírozásnak közvetlenül.

2008 végétől az irányelvek²⁰⁵, mint szakmai ajánlások hozzáférhetőek az interneten, az FSZH weboldalán. 2009. január 1-től kezdve a szociális területen a normatív finanszírozás helyét átvette a pályázati úton kiosztott állami támogatások rendszere²⁰⁶, innentől az irányelvek a pályázati kiírás dokumentációjának részét képezik, mely azt is jelenti, hogy ezzel részben a finanszírozás feltételévé váltak.²⁰⁷

Hogy egy adott szolgáltató valóban az irányelveknek megfelelően nyújtja-e az ellátást, azt hatósági szinten az FSZH, szakmai szinten (a Közigazgatási Hivatal felkérésére) az ún. Szociális Módszertanok ellenőrzik.

11.4 AZ OPIÁT-FÜGGŐSÉG GYÓGYSZERES KEZELÉSE – A HAZAI ÉS A WHO-S IRÁNYELVEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA²⁰⁸

Magyarországon két olyan kezelési eljárásrend van, amely kapcsolódik az opiát-függőség gyógyszeres kezeléséhez. Az egyik az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az opiát-használattal kapcsolatos betegségek kezeléséről (továbbiakban opiát protokoll), a másik pedig az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele a metadon kezeléssel (továbbiakban módszertani levél). Az opiát protokoll egyfajta áttekintést ad az opiát-függőségben szenvedők gyógyszermentes és gyógyszeres kezelésének lehetőségeiről, míg

²⁰⁴ A kutatás keretében összevetették az adatfelvétel során lekérdezett TDI-kérdőívet a kliens szubsztitúciós-kezelésbe lépésekor felvett TDI-kérdőívvel az azóta bekövetkezett változások lekövetése érdekében. Visszamenőleg 119 esetben állt rendelkezésre a bekerüléskor felvett kérdőív.

²⁰⁵ Az alacsonyküszöbű szolgáltatásokról és a közösségi ellátásról szóló irányelvek.

²⁰⁶ Ezt a pályázati rendszert az 191/2008 (VII. 30.) Korm. rendelet alapján az FSZH kezeli.

²⁰⁷ Az alacsonyküszöbű szolgáltatásokról és a közösségi ellátásról szóló irányelvek.

²⁰⁸ E fejezet részben az EMCDDA által összeállított kérdőív kérdéseit vesszük sorra.

a módszertani levél kizárólag a metadonnal és magával a szubsztitúciós kezelés folyamatával foglalkozik.

A kezelés megválasztása

A két kapcsolódó hazai eljárásrend részben tartalmazza a WHO-s ajánlást, miszerint „Az opiát-függőség gyógyszeres kezelésére a szakorvosok felajánlhatnak kezelést az opiát megvonásra valamint fenntartó kezelést opiát agonista szerrel illetve kezelést opiát antagonistával (naltrexon), azonban a legtöbb esetben opiát agonista fenntartó kezelést javasolt felajánlani”²⁰⁹. A felsorolt kezelési lehetőségeket egytől egyig tartalmazza az opiát protokoll, azonban kellő számú magas minőségű evidencia hiányában arra nézve nem fogalmaz meg ajánlást, melyiket érdemes elsősorban alkalmazni.

A két kapcsolódó hazai eljárásrend tartalmazza a WHO-s ajánlást, miszerint „Azon opiát-függő páciensek esetében, akik nem kezdenek opiát agonista fenntartó kezelést, megfontolandó az antagonistá gyógyszeres kezelés alkalmazása naltrexonnal a megvonási tünetek lezajlását követően”²¹⁰, azonban a naltrexont csak mint lehetőséget, nem mint preferenciát jelöli meg, mivel a gyógyszer használatát nem támogatja az OEP, és a gyakorlatban sem terjedt el az alkalmazása.

Opiát agonista fenntartó kezelés

A két kapcsolódó hazai eljárásrend nem tartalmazza a WHO-s ajánlást, miszerint „Az opiát agonista fenntartó kezeléseknél a legtöbb páciens esetében javasolt a metadon alkalmazása megfelelő dózisban a buprenorfinnal szemben”²¹¹. Ennek egyik oka, hogy a protokoll megalkotásakor a buprenorfin (mely Magyarországon jelenleg is kizárólag a naloxonnal együtt kombinációban hozzáférhető) nem volt hozzáférhető. Továbbá, az opiát protokoll csupán felsorolja a gyógyszeres kezelés során használható készítményeket, de nem fogalmaz meg ajánlásokat, preferenciákat az egyes szerek között. A felsorolt szerek és terápiák közül több jelenleg sem hozzáférhető Magyarországon,

A két kapcsolódó hazai eljárásrend többnyire egyezik a WHO-s ajánlással, miszerint „A metadon beállítása során a kezdeti dózist a neuroadaptáció szintjétől kell függővé tenni, ugyanakkor 20 mg-ot meghaladó, de mindenképpen 30 mg-nál kevesebb napi dózissal javasolt indítani”²¹², bár a kezdő dózist 10-40 mg között határozza meg.

A két kapcsolódó hazai eljárásrend a napi ajánlott dózistartományt a WHO-s ajánlással egyezően fogalmazza meg, miszerint „Metadon fenntartó kezelésben a napi dózist általában 60 és 120 mg között javasolt meghatározni”²¹³.

A WHO-s ajánlással ellentétben – miszerint „Az átlag buprenorfin dózist minimum 8 mg napi adagban javasolt meghatározni”²¹⁴ – az opiát protokoll a 8 mg-ot a leghatékonyabb dózisként javasolja, és minimum dózist nem határoz meg.

²⁰⁹ „For the pharmacological treatment of opioid dependence, clinicians should offer opioid withdrawal, opioid agonist maintenance and opioid antagonist (naltrexone) treatment, but most patients should be advised to use opioid agonist maintenance treatment.”

²¹⁰ „For opioid-dependent patients not commencing opioid agonist maintenance treatment, consider antagonist pharmacotherapy using naltrexone following the completion of opioid withdrawal.”

²¹¹ „For opioid agonist maintenance treatment, most patients should be advised to use methadone in adequate doses in preference to buprenorphine.”

²¹² „During methadone induction, the initial daily dose should depend on the level of neuroadaptation; it should generally not be more than 20 mg, and certainly not more than 30mg.”

²¹³ „On average, methadone maintenance doses should be in the range of 60–120 mg per day.”

²¹⁴ „Average buprenorphine maintenance doses should be at least 8 mg per day.”

A WHO ajánlása, miszerint „A metadon és buprenorfin dózis közvetlen szupervíziót igényel a kezelés kezdeti fázisában”²¹⁵ csak a metadon esetében jelenik meg a hazai eljárásrendekben.

A két kapcsolódó hazai eljárásrend tartalmazza a WHO-s ajánlást, miszerint „Elvihető dózis adható azon klienseknek, akik esetében a ritkább megjelenés előnyei többségben vannak a visszaélés veszélyeivel szemben, ennek rendszeres felülvizsgálata javasolt”²¹⁶. A hazai módszertani levél megfogalmazásban több napi dózis kiadása indokolt ill. különösen indokolt esetben javasolt.

A két kapcsolódó hazai eljárásrend tartalmazza a WHO-s ajánlást, miszerint „Rendszeres pszichoszociális támogatást javasolt felajánlani az opiát-függőségük miatt gyógyszeres kezelésben részt vevőknek”²¹⁷.

Az opiát megvonás kezelése

A két kapcsolódó hazai eljárásrend tartalmazza a WHO-s ajánlást, miszerint „Az opiát megvonás kezeléséhez csökkenő dózisú opiát agonisták alkalmazása javasolt általában, habár alfa-2-adrenerg agonisták is alkalmazhatók”²¹⁸. Azonban ebben az esetben is csak felsorolja a javasolt kezelési módok között, nem határoz meg köztük preferenciákat.

A két kapcsolódó hazai eljárásrend nem tartalmazza a WHO-s ajánlást, miszerint „Nem javasolt a szakorvosoknak az opiát antagonisták és a minimális szedáció kombinált alkalmazása opiát megvonás kezelésében”²¹⁹.

A két kapcsolódó hazai eljárásrend nem tartalmazza a WHO-s ajánlást, miszerint „Nem javasolt a szakorvosoknak az opiát antagonisták és az erős szedáció kombinált alkalmazása opiát megvonás kezelésében”²²⁰.

A két kapcsolódó hazai eljárásrend tartalmazza a WHO-s ajánlást, miszerint „Rendszeres pszichoszociális támogatást javasolt felajánlani az opiát megvonás gyógyszeres kezelése mellett”²²¹.

Terhesség

A terhesség alatti gyógyszeres kezelés WHO-s ajánlása – miszerint „Opiát agonista fenntartó kezelés alkalmazása javasolt terhesség alatti opiát-függőség esetén”²²² – 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 alkalmazását²²³ – ez indokolja azt, hogy a protokollban külön nem szerepel. Mindamellet már megindult egy együttműködés a Nőgyógyászati és az Addiktológiai

²¹⁵ „Methadone and buprenorphine doses should be directly supervised in the early phase of treatment.”

²¹⁶ „Take-away doses may be provided for patients when the benefits of reduced frequency of attendance are considered to outweigh the risk of diversion, subject to regular review.”

²¹⁷ „Psychosocial support should be offered routinely in association with pharmacological treatment for opioid dependence.”

²¹⁸ „For the management of opioid withdrawal, tapered doses of opioid agonists should generally be used, although alpha-2 adrenergic agonists may also be used.”

²¹⁹ „Clinicians should not routinely use the combination of opioid antagonists and minimal sedation in the management of opioid withdrawal.”

²²⁰ „Clinicians should not use the combination of opioid antagonists with heavy sedation in the management of opioid withdrawal.”

²²¹ „Psychosocial services should be routinely offered in combination with pharmacological treatment of opioid withdrawal.”

²²² „Opioid agonist maintenance treatment should be used for the treatment of opioid dependence in pregnancy. „

²²³ Mivel a gyártók nem vizsgálták be a metadon alkalmazhatóságát várandós nők esetében.

Szakmai Kollégium között a kábítószer-használó/opiát-függő várandós nők ellátásával kapcsolatos ajánlások kidolgozása érdekében.

A WHO ajánlása, miszerint „Terhesség alatt a metadon fenntartó kezelés alkalmazása javasolt a buprenorfin fenntartó kezeléssel szemben az opiát-függőség kezelésére; s habár kevés bizonyíték áll rendelkezésre a buprenorfin biztonságosságáról, az is javasolható”²²⁴, nem jelenik meg a vonatkozó két hazai eljárásrendben, a fentiekben leírt indokok miatt.

Következtetések

Jelenleg 7 db ellátási irányelvvel/protokollal/módszertani levél áll rendelkezésre az addiktológiai ellátás területén, melyek közül 3 szociális, 4 pedig egészségügyi ellátási formákat fed le. Az addiktológiai ellátás egységesítése és fejlesztése érdekében az első eljárásrend 2002-ben készült, vagyis a terület minőségbiztosítása nem tekint vissza hosszú múltra.

Az eljárásrendek készítése eltérő a két területen: a szociális irányelvek szakmai konszenzuson, az egészségügyi eljárásrendek szakmai konszenzuson és tényeken alapulnak. Míg az egészségügyi eljárásrendek 2 évente kerülnek felülvizsgálatra, addig a szociális irányelveknek nincs lejáratási ideje.

Az eljárásrendek adaptálásával kapcsolatban egyik területen sem rendelkezünk átfogó és megbízható adatokkal. Ugyanakkor a szakmai tapasztalatok alapján elmondható, hogy gyakorlati alkalmazásuk legfőbb akadálya a finanszírozással való összhang hiánya.

²²⁴ Methadone maintenance should be used in pregnancy in preference to buprenorphine maintenance for the treatment of opioid dependence; although there is less evidence about the safety of buprenorphine, it might also be offered.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Bozsonyi Károly, Horváth Gergely (2010a): A problémás szerhasználat prevalenciájának becslése Magyarországon, 2008-2009. Kézirat.

Bozsonyi Károly, Horváth Gergely (2010b): Az intravénás szerhasználat prevalenciájának becslése Magyarországon, 2008-2009. Kézirat.

BVOP (Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága) (2010). Éves beszámoló.

Csák Róbert, Gyékiss Roland (2010): Kliens adatok a Kék Pont Alapítvány Kálvária téri tűcsere programjában, 2006 és 2009 között. Kézirat.

Chapman DG. (1951): Some properties of the hypergeometric distribution with applications to zoological sample censuses. Berkeley, CA: University of California Publications in Statistics 1951;1:131–60.

Csohán 2010 Csohán Á., Krisztalovics K., Molnár Zs., Dudás M., Horváth K., Szilágyi A., Fogarassy E., Lendvai Gy., Kaszás K., Molnárné Kozma E. Magyarország járványügyi helyzete 2009. 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

Demetrovics, Z. (2005, 6-8 July). Two-year follow up of methadone maintenance in Hungary: focusing on psychological aspects. Paper presented at the The Inaugural European Association of Addiction Therapy Conference (pp. 10-11), Budapest, Hungary

Demetrovics, Zs., Farkas, J., Csorba, J., Németh A., Mervó, B., Szemelyácz, J., Fleischmann, E., Kassai-Farkas, Á., Petke, Zs., Oroján, T., Rózsa, S., Rigó, P., Funk, S., Kapitány, M., Kollár, A., Rácz, J. (2009): Early experiences with Suboxone maintenance therapy in Hungary. In: Neuropsychopharmacologia Hungarica 2009 XI. évfolyam, 4. szám

Dudás 2010/a Dudás M., Rusvai E., Győri Z., Minárovits J., Takács M., Csohán Á. A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2009. évi prevalenciájának vizsgálata. OEK.

Dudás 2010/b Dudás M., Rusvai E., Győri Z., Minárovits J., Takács M., Csohán Á. A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) monitorozása a Kék Pont Alapítvány klienseinél 2008-2009

Dudás 2009 Dudás M., Rusvai E., Győri Z., Minárovits J., Takács M., Csohán Á. A HIV prevalencia és a HIV-hez társuló szexuális úton terjedő fertőzések homo/biszexuális férfiak körében

EÜM (Egészségügyi Minisztérium) (2010). Minisztériumi beszámoló.

Farkas, J. (2009) A káros szerfogyasztás szűrésének legjobb gyakorlatai a hazai és külföldi tulajdonú piacorientált cégek és a közszféra mintavételezésével in Helyzetkép és fejlesztési lehetőségek – „Maradj a Zöld Zónában” munkahelyi drog- és alkohol-megelőzési program,

Módszertani füzetek, 2. Szerkesztette: Kaucsek György és Simon Péter, SZMI, Budapest, 2010.

HM (Magyar Honvédség) 2010: Beszámoló a kábítószerügyi Éves jelentéshez.

Horvath MC, Hurd YL, Rajs J, Keller E. Variations in respiratory distress characterize the acute agonal period during heroin overdose death: relevance to postmortem mRNA studies. *Brain Res Bull.* 2006 Jul 31;70(3):251-9. Epub 2006 Jun 15.

Horvath M, Fuzi A, Keller E. Demographical, toxicological, and serological characterization of drug-related death cases in the Budapest, Hungary between 1996-2008." – 17th Nordic Conference on Forensic Medicine, Bergen, Radisson SAS Hotel Norge, June 17-20, 2009.

IRM (Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium) (2010). Minisztériumi beszámoló.

Kaucsek, Gy. és Simon, P. (2009) „Maradj a Zöld Zónában” munkahelyi drog- és alkohol-megelőzési program aktuális helyzete és fejlesztési lehetőségei in Helyzetkép és fejlesztési lehetőségek – „Maradj a Zöld Zónában” munkahelyi drog- és alkohol-megelőzési program, Módszertani füzetek, 2. Szerkesztette: Kaucsek György és Simon Péter, SZMI, Budapest, 2010.

KSH (2009): Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2008. KSH

Gazdag G., Horváth G. (2009): Kábítószer-fogyasztással összefüggő hepatitis C fertőzések antivirális kezelésének költségei. KAB-KT-M-08-003 Kutatási beszámoló.

<http://www.szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=21757>
[2010.07.22.]

Gerevich, J., Bacskai, E (2004): A magyarországi kokainfogyasztók igénye a segítségre: egy kvalitatív kutatás eredményei. *Orvosi Hetilap* 2004; 145: 445-452.

IRM (Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium) (2010). Minisztériumi beszámoló.

Kaló, Zs., Rácz, J. (2009): Budapesti droghasználó várandós nők ellátásának kvalitatív vizsgálata. Kézirat.

Márványkövi F., (2009). Felügyelt injekciós helyiségekkel kapcsolatos attitűdök és vélemények vizsgálata szakértők és a lakosság körében. Kézirat

Máté, Zs. És Szemelyácz, J. (2009). Az iskolai szociális munka kézikönyve, INDIT Könyvek, Pécs

Mészáros M., (2009): Fogvatartott drogfogyasztók főbb jellemzői. Kutatási beszámoló.

Paksi, B. (2009a). Felmérés a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenció/egészségfejlesztő programokról és az agresszióval kapcsolatban megjelenő vélekedésekről, reagálásokról. Kutatási beszámoló, OKM.

http://www.okm.gov.hu/letolt/kozokt/iab_paksi_091124.pdf
[2010.09.14]

Paksi, B., (2009b). A közoktatási intézmények prevenció kompetenciáinak és tevékenységének változásai az utóbbi 5 évben. Addiktológia (Addictologia Hungarica), 2010.2 (megjelenés alatt)

Paksi B., Felvinczi K., Schmidt A. (2005): Prevenációs/egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban OM. 2005.

http://www.om.hu/doc/upload/200507/prevenacios_tevekenyseg_20050710.pdf

[2010.09.14]

Rácz J, Márványkövi F és Melles K (2009): Közösség-alapú utcai megkereső modell-program pilot-study vizsgálata budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében. Addiktológia (Addictologia Hungarica), 8,3: 219-253.

Rácz, J., Melles, K., Márványkövi, F., Vadász, V. (2009): A magyarországi metadonfenntartó programok monitorozása és értékelése szakértői vélemények és kezelésbe bevont kliensekkel felvett kérdőívek alapján. Kutatási beszámoló.

Ritter, I., Mike T., (2009). Drogkereskedő karrierek. Kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.

Strausz, J., Böszörményi N. Gy., Csekeő, A., Csoma, Zs., Herjavec, I., Kovács, G., Nyári L., Ostoros, Gy., Zsarnóczai, I. (2009). A pulmonológiai intézmények 2009. évi epidemiológiai és működési adatai. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest.

SzMM (Szociális és Munkaügyi Minisztérium) (2010): Minisztériumi beszámoló.

Topolánszky.Á. (2009a). A terápiás közösségek új generációi. In. Dermetrovics, Zs.: Az addiktológia alapjai 3. kötet, Budapest

Topolánszky, Á. (2009b): Terápiás közösségek kezelési modalitásainak fejlődése. In: Bagdy, E. (szerk.); Demetrovics, Zs. (szerk.); Pilling, J.(szerk.). Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából. Budapest

Topolánszky Á., Felvinczi K., Paksi B., Arnold P. (2009a): A magyarországi drogterápiás intézetek működése és értékelése című kutatás elsődleges eredményei. „Addiktológia a változó kihívások korában”. MAT VII. Országos Kongresszusa. 2009. november 19-21. Siófok, Supplementum kötet, pp. 75.

Topolánszky Á., Felvinczi K., Paksi B., Arnold P.(2009b): Drogterápiás Intézetek körében végzett kutatás főbb megállapításai. KEF Országos Konferencia, Budapest, 2009. december 8.

Vitrai, J., Busa, Cs., Füzesi, Zs., Kesztyűs, M., Szilágyi, J., Tistyán, L. (2009): Az elterelés hatásosságának vizsgálata. Kutatási beszámoló.

http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/eltereleskutatas_2010.pdf

[2010.09.14]

FÜGGELÉK

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A SzMM által kiírt pályázati keretösszegek célterületek szerint 2009-ben	14
2. táblázat. A metadonnal történő opiát szubsztitúciós kezelések egészségügyi kiadásai 2009-ben (forintban)	16
3. táblázat. A buprenorphine-naloxone készítménnyel történő opiát szubsztitúciós kezelések egészségügyi kiadásai 2009-ben (forintban)	16
4. táblázat. 2009-ben végzett kábítószer szűrővizsgálatok a Magyar Honvédségben	17
5. táblázat. A Magyar Honvédség által végzett kábítószer szűrővizsgálatok pozitív mintáinak szertípus szerinti megoszlása (2002-2009)	17
6. táblázat. Az iskolai prevenciós programokban részt vevő diákok aránya és becsült száma az egyes tanévekben és átlagosan 2006-2009 között	23
7. táblázat. A pedagógusok bevonódása tekintetében a prevenciót végző iskolák egészére jellemző arányoktól szignifikánsan ($p < 0,05$) eltérő prevenciós területek a 2009-ben prevenciót végző iskolákban (az intézmények százalékában)	24
9. táblázat. Heroin-fogyasztók száma a rendőrségi és a kezelési adatbázisban, 2007 és 2008 években együttesen	37
10. táblázat. A heroin-fogyasztó populáció becsült nagysága a két évben, 2007-2008 (fő)	38
11. táblázat. Amfetamin-fogyasztók száma a rendőrségi és a kezelési adatbázisban, 2007 és 2008 években együttesen	38
12. táblázat. Az amfetamin-fogyasztó populáció becsült nagysága a két évben, 2007-2008 (fő)	39
13. táblázat. Kokain-fogyasztók száma a rendőrségi és a kezelési adatbázisban, 2007 és 2008 években együttesen	39
14. táblázat. Kokain-fogyasztók száma a rendőrségi és a kezelési adatbázisban, 2007 és 2008 években együttesen (fő)	40
15. táblázat. A becsült kokain-fogyasztó populáció nagysága a két évben, 2007-2008 (fő)	40
16. táblázat. A kliensek szűrőprogramban történő megjelenésének mintázata (fő)	41
17. táblázat. Ismételt megjelenés a szűrőprogramokban 2008-2009 között	42
18. táblázat. Ismételt megjelenés a szűrőprogramokban 2007-2008 között	42
19. táblázat. Elsődleges injektált szertípus szerinti megoszlás a tüsszere programban részt vevő kliensek körében életkor szerinti bontásban 2009-ben (fő)	43
20. táblázat. Elsődleges injektált szertípus szerinti megoszlás a tüsszere programban részt vevő nők körében életkor szerinti bontásban 2009-ben (fő)	44
21. táblázat. Elsődleges injektált szertípus szerinti megoszlás a tüsszere programban részt vevő férfiak körében életkor szerinti bontásban 2009-ben (fő)	44
22. táblázat. A szűrésben megjelent intravénás szerhasználók száma nemek szerint 2006-2009 között (fő)	45
23. táblázat. Az eredményesség legfontosabb kritériumai a szervezet-/intézményvezetők valamint az elterelésben dolgozó szakemberek megítélése alapján	56
24. táblázat. Metadon (met.) és buprenorfin-naloxon (b.n.) kezelésben részt vevők száma (fő) kezelőhelyek szerinti bontásban 2009-ben (N=992)	59
25. táblázat. A metadon fenntartó programok alatt hozzáférhető szolgáltatások igénybevétele (%) (N=150)	61
26. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása	71
27. táblázat. Az intravénás kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett, ismert rizikócsoportú akut hepatitis B betegek körében 2004-2009 között	72
28. táblázat. Az intravénás kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett, ismert rizikócsoportú akut hepatitis C betegek körében 2004-2009 között	72
30. táblázat. A 2009. év folyamán vizsgált intravénás kábítószer-használók HIV, HCV, HBV fertőzöttsége nem és korcsoport szerint	73
31. táblázat. A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-fogyasztók megoszlása az iv. kábítószer-használat kezdete szerint 2009-ben	74
32. táblázat. A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-fogyasztók megoszlása az elsődlegesen injektált kábítószer típusa szerint 2009-ben	74
33. táblázat. A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-használók megoszlása az utolsó injektálás időpontja szerint 2009-ben	75

34. táblázat. A HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként 2007-2009 között	76
35. táblázat. A 2008-2009. év folyamán a Kék Pont Alapítványnál vizsgált intravénás kábítószer-használók HIV, HCV, HBV fertőzöttsége nem és korcsoport szerint	78
36. táblázat. A 2008-2009. év folyamán a Kék Pont Alapítványnál vizsgált HCV, HBV pozitív aktív intravénás kábítószer-használók megoszlása az iv. kábítószer-használat kezdete szerint	79
37. táblázat. A 2008-2009. év folyamán a Kék Pont Alapítványnál vizsgált HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-használók megoszlása a kábítószer típusa szerint	79
38. táblázat. A büntetés-végrehajtási intézetekben elvégzett HIV szűrések és a kiszűrt pozitív esetek száma 2001-2009 között	80
39. táblázat. A szűrésben és kérdőívfelvételben részt vevő bv. intézetek átlag fogvatartotti létszáma és a megszűrték létszáma 2009-ben	80
40. táblázat. HCV fertőzöttség (HCV ellenanyag) a teljes mintában, illetve a kábítószerrel valaha fogyasztók és az intravénásan valaha fogyasztók szerinti bontásban 2009-ben	81
41. táblázat. Az intravénásan valaha kábítószerrel fogyasztó fogvatartottak HCV fertőzöttsége korcsoport szerinti bontásban 2009-ben	81
42. táblázat. A HCV pozitív, valaha intravénás szerhasználó fogvatartottak megoszlása az utolsó injektlálás időpontja szerinti bontásban 2009-ben	81
43. táblázat. A HCV fertőzöttség az intravénás szerhasználó fogvatartottak körében (N=85) a kábítószer típusa szerinti bontásban 2009-ben	82
44. táblázat. A HIV, HCV, HBV és Treponema pallidum fertőzöttség megoszlása a homo-/biszexuális férfiak körében valaha történt kábítószer-fogyasztás szerinti bontásban 2009-ben	83
45. táblázat. Az új TBC-s betegeknél talált rizikótényezők 2009-ben	84
46. táblázat. A 2009-es HCV prevalencia vizsgálatban megszűrt intravénás kábítószer-fogyasztók aránya az előző év során HCV szűrésen való részvétel szerinti bontásban	85
47. táblázat. A tű/fecskendőt, illetve egyéb injektláló segédeszközt az elmúlt 4 hétben megosztó aktív intravénás szerhasználók aránya HCV fertőzöttség szerinti bontásban 2009-ben	85
48. táblázat. 2008-2009-ben a Kék Pont Alapítványnál megszűrt intravénás kábítószer-fogyasztók aránya az előző év során HCV szűrésen való részvétel szerinti bontásban	86
49. táblázat. A tű/fecskendőt, illetve egyéb injektláló segédeszközt az elmúlt 4 hétben megosztó intravénás szerhasználók aránya HCV fertőzöttség szerinti bontásban a Kék Pont Alapítványnál 2008-2009-ben	87
50. táblázat. A HCV pozitív intravénás szerhasználó fogvatartottak megoszlása a tű/fecskendő, illetve egyéb injektláló segédeszköz valaha történt megosztása szerinti bontásban	87
51. táblázat. A HCV pozitív fogvatartottak megoszlása az intézetbe kerülés előtt szerzett tetoválás, illetve az intézetben szerzett tetoválás szerinti bontásban	88
52. táblázat. Kábítószer jelenléte a közúti balesetekből származó vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban 2009-ben	91
53. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2009-ben	94
54. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek életkori megoszlása 2009-ben	94
55. táblázat. Természetes okú halálesetek, illegális szer jelenléte a vizeletben 2009-ben	95
56. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő erőszakos halálesetek megoszlása szertípus szerint 2009-ben	95
57. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt, természetes és erőszakos halálesetek megoszlása a feltalálás helyszíne szerint 2009-ben	96
58. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt, természetes és erőszakos halálesetekben mért alkoholszintek 2009-ben, a különböző halálokok százalékában	96
59. táblázat. 2005 és 2009 között kezelésben megjelent, 2009-ben kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetekben elhunyt személyek jellemzői	97
60. táblázat. Tűcsere programok injektor- és kliensforgalmi adatai 2005-2009 között	105
61. táblázat. Az egy kliensre/ kontaktra jutó osztott illetve hozott+gyűjtött injektorok száma 2009-ben	105
62. táblázat. A terápiás intézetek 2008-as kliensforgalmi adatai (fő)	123
63. táblázat. Kliensek megoszlása a bekerüléskor fogyasztott elsődleges szer alapján (az intézményvezetők által becsült százalékok átlagai, illetve zárójelben a becslések minimum és maximum értékei)	124
64. táblázat. Különböző speciális szükségletű klienscsoportokra vonatkozó adatok	125
65. táblázat. A különböző terápiás célok hangsúlyossága a terápiás programokban	126

66. táblázat. A különböző terápiás technikák hangsúlyossága a terápiás programokban	126
67. táblázat. A drogoterápiás intézetek által a kliensek számára biztosított egyéb ellátások, szolgáltatások előfordulása	127
68. táblázat. A kezelés sikeres befejezésének kritériuma	127
69. táblázat. Az elbocsátások és lemorzsolódások intézetenkénti arányainak átlaga (%)	128
70. táblázat. A KB-RE-08 pályázat „C” alkategóriának a keretében nyújtott képzések józan szenvedélybetegeknek	129
71. táblázat. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának megoszlása az elkövetés tárgya és az elkövetési magatartás szerinti bontásban 2009-ben	133
72. táblázat. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának aránya az elkövetési magatartás és a kábítószer mennyisége szerinti bontásban 2009-ben	134
73. táblázat. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkori megoszlása 2008-ban és 2009-ben	135
74. táblázat. Az elkövetők előélet szerinti megoszlása 2009-ben	137
75. táblázat. A 2009-ben pályázati támogatást elnyert bv. intézetek listája	141
76. táblázat. A fogvatartottak megoszlása előélet szerinti bontásban (N=200)	141
77. táblázat. Altató/nyugtató használatának gyakorisága a börtönbe kerülés előtt időszakban a fogvatartottak körében (N=136)	142
78. táblázat. A fogvatartottak megoszlása a kábítószer bevitelének módja szerint a bekerülés előtti időszakban (N=113)	145
79. táblázat. A kábítószeres hozzáférhetősége a börtönben (N=176)	146
80. táblázat. Kábítószerhez való hozzáférés megítélése a bv. intézetekben a szűrésben és kérdőívezésben részt vett fogvatartottak körében 2009-ben (N=483)	147
81. táblázat. Lefoglalások száma és mennyisége 2008-ban és 2009-ben	159
82. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban 2009-ben	161
83. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban 2009-ben	161

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. Az iskolák eloszlása a betöltött prevenció/egészségvédelmi funkciók (iskolapszichológus, drogügyi koordinátor, egészségfejlesztő, ifjúsági orvos, vagy az iskolában rendszeresen jelen lévő védőnő) száma szerint 2004-ben és 2009-ben (az intézmények százalékában)	19
2. ábra. A betöltött különböző prevenció/egészségvédelmi funkciók aránya a vizsgált iskolákban 2004-ben és 2009-ben (az intézmények százalékában)	20
3. ábra. A valamilyen prevenció/egészségfejlesztési területtel foglalkozó továbbképzésen részt vett pedagógusok aránya 2004-ben és 2009-ben (a megkérdezettek százalékában)	20
4. ábra. Az elmúlt három tanévből hány tanévben volt prevenció/egészségfejlesztés az iskolában (az iskolák százalékában)	21
5. ábra. A különböző prevenció területek megjelenése az iskolai prevenció programokban 2001-2004 valamint 2006-2009 között (a prevenciót végző iskolák százalékában, iskolánként több választ megengedve)	22
6. ábra. Milyen prevenció megközelítésre/irányzatra koncentrált a program 2001-2004 valamint 2006-2009 között (a prevenciót végző iskolák százalékában kifejezve, iskolánként több választ megengedve)	23
7. ábra. Az iskolai szociális munkás hálózat tevékenysége Pécsen 2008/2009 tanév, II. félév	25
8. ábra. Az iskolai szociális munkás hálózat tevékenysége Pécsen 2008/2009 tanév, II. félév, iskolatípusonként	25
9. ábra. Az iskolai szociális munkás hálózat igénybevétele Pécsen a probléma jellege szerint, 2008/2009 tanév, iskolatípusonként	26
10. ábra. Életkor kategóriák szerinti megoszlás a tücsere programban részt vevő kliensek körében az elsődlegesen injektált szer szerinti bontásban 2009-ben (fő)	43
11. ábra. A szűrésben megjelent intravénás szerhasználók elsődleges szer típusa, 2006-2009 között (%)	45
12. ábra. A szűrésben megjelent intravénás szerhasználók korcsoportok szerint 2006-2009 között (%)	46
13. ábra. Az intravénás szerhasználat kezdete 2006-2009 között (%)	46
14. ábra. Az intravénás szerhasználat kezdete nemek szerint 2006-2009 között (%)	47

15. ábra. Az újonnan regisztrált kliensek száma féléves bontásban 2006-2009 között nemek szerinti bontásban, N=1639 (fő)	48
16. ábra. Az elsődleges szer szerinti megoszlás a regisztrált kliensek körében 2006-2009 között (N=1515) (fő)	48
17. ábra. A korszakok aránya elsődleges szer szerint a 2006 és 2009 között regisztrált kliensek körében, N=1506 (fő)	49
18. ábra. Szervezetek megoszlása a nyújtott szolgáltatások szerint (szervezet) (N=90)	54
19. ábra. Működési feltételek megítélése a szervezet-/intézményvezetők válaszai alapján – humán erőforrás és infrastruktúra (%) (N=69)	55
20. ábra. Működési feltételek megítélése a szervezet-/intézményvezetők válaszai alapján – anyagi források (%) (N=69)	55
21. ábra. A kliensek elvárásai az elterelés eredményével kapcsolatban (%) (N=302)	56
22. ábra. Az elterelés céljainak elérése az elterelést végző szakemberek megítélése szerint (1= egyáltalán nem, 5=teljes mértékben) (N=149)	57
23. ábra. A metadon kezelésben lévők megoszlása a kezelésbe kerüléshez szükséges várakozási idő alapján (%) (N=150)	60
24. ábra. Metadon kezelésben lévők megoszlása az egyes kezelési formákba történő továbbutalás szerint (%) (N=150)	62
25. ábra. Elsődleges szer az összes (nem elterelt) kezelésbe lépő körében 2009-ben (%) (N=1054)	64
26. ábra. Elsődleges szer az összes kezelésbe lépő elterelt körében 2009-ben (%) (N=3263)	64
27. ábra. Opiátok fogyasztása miatt kezelésbe lépő összes kezelt szerhasználati gyakorisága 2009-ben (%) (N=449)	65
28. ábra. Kokain-fogyasztás miatt kezelésbe lépő összes kezelt szerhasználati gyakorisága 2009-ben (%) (N=101)	66
29. ábra. Stimuláns-fogyasztás miatt kezelésbe lépő összes kezelt szerhasználati gyakorisága 2009-ben (%) (N=484)	67
30. ábra. Kannabisz-fogyasztás miatt kezelésbe lépő összes kezelt szerhasználati gyakorisága 2009-ben (%) (N=3013)	68
31. ábra. Intravénás használók aránya az egyes szertípusokon belül 2009-ben (fő)	68
32. ábra. Átlagos látencia periódus az egyes szertípusok esetében 2005–2009 között (év)	69
33. ábra. HCV prevalenciaérték (%) az intravénás kábítószer-fogyasztók körében 2006–2009 között	76
34. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezeltetek száma 2004-2009 között (fő)	89
35. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt férfiak esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint (N=1042) (fő)	90
36. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt nők esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint (N=766) (fő)	90
37. ábra. Kérdezettek megoszlása a drogkarrier hossza alapján (fő, N=172)	92
38. ábra. 100 évesülésre jutó terhesség-megszakítások száma az általános populációban és a mintában	93
39. ábra. A heroin okozta túladagolások számának alakulása és a heroin koncentrációjának változása közötti összefüggés megjelenítése 2004 és 2009 között (a piros sáv a heroin tisztaságának minimum és maximum koncentrációját, a sárga vonal pedig a heroin túladagolás miatt elhunytak számának alakulását mutatja)	98
40. ábra. A szerhasználattal kapcsolatosan észlelt attitűdök (átlagok) a lakosság körében (N=150) (1=egyáltalán nem probléma, 2=kicsit probléma, 3=közepesen probléma, 4=nagyon probléma)	102
41. ábra. A használói helyiséggel kapcsolatos észlelt attitűdök (átlagok) a lakosság körében (N=150). (1=Egyáltalán nem ért egyet; 2=Kicsit ért csak egyet; 3=Közepesen ért egyet; 4=Nagyon egyetért)	103
42. ábra. Az állandó telephelyű programokban osztott és hozott injektorok száma 2005-2009 között	106
43. ábra. Az állandó telephelyű programokban a kliensek és kontaktok száma 2005-2009 között	107
44. ábra. Elmúlt 30 napban kapott szolgáltatások a megkérdezettek körében (%)	112
45. ábra. Lakhatási körülmények a kezelésbe lépők körében 2006-2009 között (fő)	119
46. ábra. Befejezett iskolai végzettség a kezelésbe lépők körében 2006-2009 között (fő)	120

47. ábra. Munkaügyi státusz a kezelésbe lépők körében, korcsoportonként 2009-ben (N=999) (fő)	121
48. ábra. Családi állapot a kezelésbe lépő kliensek körében 2006-2009 között (fő)	122
49. ábra. Kliensek megoszlása a bekerüléskor fogyasztott elsődleges szer alapján (az intézményvezetők által becsült százalékok átlagai)	124
50. ábra. A kezelést sikeresen befejező kliensek intézetenkénti arányának átlaga (%)	128
51. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 2002-2009 között	132
52. ábra. Az elkövetők életkor szerinti megoszlása a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők és az összes regisztrált elkövetők körében 2009-ben (%)	136
53. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma 2002-2009 között	136
54. ábra. A bírósági eljárást nem eredményező eljárási formák és a vádemelések megoszlása a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények körében 2002-2009 között	138
55. ábra. Az adott évben folyamatban lévő kábítószerrel való visszaélésekkel kapcsolatos pártfogó felügyeletetek száma, 2005-2009 között	140
56. ábra. A különböző drogok életprevalencia értékei (%) a börtönbe kerülés előtti időszakban a fogvatartottak körében (N=194)	143
57. ábra. A kábítószer kipróbálásának életkor szerinti megoszlása a válaszadók százalékában (N=106)	144
58. ábra. A kábítószer rendszeres használatának kezdete életkor szerinti megoszlásban, a válaszadók százalékában (N=88)	144
59. ábra. A drogok fogvatartási időszakra vonatkozó becsült életprevalencia értékei (átlagolt érték, %) a megkérdezettek szerint	146
60. ábra. Kezelésbe lépők kormegoszlása a büntetés-végrehajtási intézetekben 2009-ben (összes kezelt, fő, N=97)	148
61. ábra. A büntetés-végrehajtási intézetekben kezelésbe lépő illegális szerfogyasztók elsődleges szerének megoszlása 2009-ben (fő; %)(N=97)	149
62. ábra. Elsődleges szerek korcsoport szerinti megoszlása a bv. intézetekben kezelést kezdők körében 2009-ben (fő, N=97)	149
63. ábra. A GBL lefoglalások száma és mennyisége 2002-2009 között	160
64. ábra. Kábítószerek átlagos árai forintban 2008-ban és 2009-ben	162
65. ábra. Kábítószerek utcai árai a kínálati oldali visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett, emiatt végrehajtandó szabadságvesztés büntetésre ítélt megkérdezése alapján (forint)	162
66. ábra. A 2009-ben lefoglalt, kábítószer vagy – kábítószernek nem minősülő – új hatóanyagot tartalmazó tabletták megoszlása mennyiség és lefoglalási tételek száma szerint	163
67. ábra. Fogyasztási adagokban lefoglalt, heroin tartalmú porok hatóanyag-tartalma 2008-2010. február között	164
68. ábra. Fogyasztási adagokban lefoglalt, amfetamin tartalmú porok hatóanyag-tartalma 2008-2010. február között	165

TÉRKÉPEK JEGYZÉKE

1. térkép. A HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként 2008-ban és 2009-ben	75
2. térkép. Tűcsere szolgáltatók 2009-es országos megoszlása	104
3. térkép. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának megyék szerinti megoszlása az elkövetés helye szerint 2009-ben	134
4. térkép. A büntetés-végrehajtási intézetekben végzett HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatok területi megoszlása 2007-2009 között	151