



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



**2018-as ÉVES JELENTÉS (2017-es adatok)
az EMCDDA számára
készítette: Nemzeti Drog Fókuszpont**

“MAGYARORSZÁG”

REITOX

A KÖTET SZERZŐI:

BÁLINT RÉKA, Nemzeti Drog Fókuszpont

CSESZTREGI TAMÁS, Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

HORVÁTH GERGELY CSABA, Nemzeti Drog Fókuszpont

KALÓ ZSUZSA, Eötvös Lóránd Tudományegyetem

PAKSI BORBÁLA, Eötvös Lóránd Tudományegyetem

PÉTERFI ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

PORT ÁGNES, Nemzeti Drog Fókuszpont

TARJÁN ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

LEKTORÁLTA:

RÁCZ JÓZSEF, SZEMELYÁCS JÁNOS, ELEKES ZSUZSANNA

TARTALOM

Kábítószer-politika.....	5
T0. Összefoglalás	5
T1. Hazai helyzetkép	5
T2. Trendek, tendenciák	10
T3. Új fejlemények	10
T4. További adatok és információk	10
T5. Források, módszertan	11
Jogi keretek.....	12
T0. Összefoglalás	12
T1. Hazai helyzetkép	12
T2. Trendek, tendenciák	16
T3. Új fejlemények	18
T4. További adatok és információk	20
T5. Források, módszertan	20
Kábítószeresek.....	21
T0. Összefoglalás	21
a) kannabisz.....	26
T1. Hazai helyzetkép	26
T2. Trendek, tendenciák	37
T3. Új fejlemények	37
T4. További adatok és információk	37
b) stimulánsok	41
T1. Hazai helyzetkép	41
T2. Trendek, tendenciák	56
T3. Új fejlemények	56
T4. További adatok és információk	56
c) heroin és egyéb opiátok	58
T1. Hazai helyzetkép	58
T2. Trendek, tendenciák	61
T3. Új fejlemények	61
T4. További adatok és információk	61
d) egyéb új pszichoaktív szerek és más kábítószeresek a fentiekén túl	63
T1. Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ)	63
T4. További információk.....	63
e) források, módszertan.....	65
T5. Források, módszertan	65
Prevenció	72
T0. Összefoglalás	72

T1. Hazai helyzetkép	72
T2. Trendek, tendenciák	78
T3. Új fejlemények	79
T4. További adatok és információk	79
T5. Források, módszertan	83
Kezelés	85
T0. Összefoglalás	85
T1. Hazai helyzetkép	86
T2. Trendek, tendenciák	98
T3. Új fejlemények	103
T4. További adatok és információk	103
T5. Források és módszertan	105
Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés.....	109
T0. Összefoglalás	109
T1. Hazai helyzetkép	110
T2. Trendek, tendenciák	140
T3. Új fejlemények	140
T4. További adatok és információk	140
T5. Források, módszertan	140
Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés	145
T0. Összefoglalás	145
T1. Hazai helyzetkép	145
T2. Trendek, tendenciák	156
T3. Új fejlemények	163
T4. További adatok és információk	163
T5. Források, módszertan	164
Kábítószer-probléma a börtönben	166
T0. Összefoglalás	166
T1. Hazai helyzetkép	167
T2. Trendek, tendenciák	179
T3. Új fejlemények	179
T4. További adatok és információk	179
T5. Források, módszertan	180
Felhasznált irodalom	184
Függelék	190
Ábrajegyzék.....	190
Táblázatok jegyzéke	193
Rövidítések jegyzéke	195

KÁBÍTÓSZER-POLITIKA¹

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

2012-ben a drogpolitikai irányelvek meghatározása során a korábbiaktól eltérő szemléletmód megjelenítésének igénye új drogstratégia kialakítását tette szükségessé. Ez részben a kábítószer-probléma kezelésében érintett egyes részterületeken végbement jelentős változásokra (pl. egészségügy, köznevelés), részben a szenvedélybetegségek alakulását kedvezőtlenül befolyásoló mélyreható társadalmi és gazdasági változásokra, valamint az egyes szerhasználati (pl. kannabisz, amfetamin) tendenciákban bekövetkezett jelentős negatív irányú elmozdulásokra, illetve a designer drogok megjelenésére vezethetők vissza. Ennek megfelelően Magyarország új stratégiai dokumentuma, a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020, 2013 óta határozza meg a hazai kábítószer-politikát. 2017-ben kezdődött meg a második szakpolitikai program, mely 27 intézkedést tartalmaz a Drogellenes Stratégia céljainak megvalósítása érdekében.

A kábítószerügyi koordinációs feladatok az Emberi Erőforrások Minisztériumának (EMMI) hatáskörébe tartoznak, így a Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság (KKB) valamint a Kábítószerügyi Tanács (KT) munkájának támogatása, és a minisztérium háttérintézményeinek szakmai irányítása is.

A kábítószer-probléma kezelésére fordított közkiadásokról nem áll rendelkezésre részletes információ.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 NEMZETI DROGSTRATÉGIA

T1.1.1 Korábbi drogstratégiák

1. táblázat. *Kábítószerügyi stratégiák áttekítése*

Időkeret	Cím	Fókusz
2000-2009	Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására ²	Illegális szerek
2010-2020	Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére ³	Illegális szerek
2013-2020	Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020, Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen ⁴	Illegális szerek

T1.1.2 A hatályos nemzeti drogstratégia⁵

A stratégiai dokumentum előkészítése - a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda és további elismert hazai szakértők bevonásával - 2011-ben vette kezdetét. A társadalmi és közigazgatási egyeztetést követően az Országgyűlés 2013. október 7-én fogadta el a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020, Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen alcímmel

¹ A fejezet szerzői: Horváth Gergely Csaba, Varga Orsolya

² 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról

³ 106/2009. (XII. 21.) OGY határozat 106/2009. (XII. 21.) OGY határozat a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról

⁴ 80/2013. (X. 16.) OGY határozat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020

⁵ H/11798. számú országgyűlési határozati javaslat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020 Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen: <http://www.parlament.hu/irom39/11798/11798.pdf>

ellátott 80/2013. (X. 16.) OGY határozatot. A Nemzeti Drogellenes Stratégia a 2013 és 2020 közötti időszakra állapít meg célkitűzéseket. A stratégia amellett, hogy elismeri a kábítószer-használattal kapcsolatos egyéni és társadalmi kockázatok és károk kezelésének szükségességét, fő céljának az illegális szerhasználat csökkentését tekinti, célzott, közösségi alapú beavatkozások segítségével. A cél elérését a Nemzeti Drogellenes Stratégia széles körű prevenciós tevékenységgel, a kábítószerfüggők ellátása és kezelése terén a felépülés-központú szemléletmód és a reintegráció megerősítésével, a kínálatcsökkentés területén bűnmegelőzési és bűnüldözési beavatkozások hatékonyabb alkalmazásával, valamint a terjesztői magatartások elleni szigorú fellépéssel kívánja megvalósítani.

A stratégia öt alapérték (Élethez, emberi méltósághoz, egészséghez való jog; Személyes és közösségi felelősségvállalás; Közösségi aktivitás; Együttműködés; Tudományos megalapozottság) megfogalmazása mentén határoz meg általános és konkrét célokat az alábbi területeken: Egészségfejlesztés és kábítószer-megelőzés; Kezelés, ellátás, felépülés; Kínálatcsökkentés.

Korábban a hatályos Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósítása érdekében Szakpolitikai Programot fogadott el a Kormány, melyet 2010/2015. (XII. 29.) számú határozatában hirdetett ki, mely 31 intézkedést és 56 feladatot tartalmazott. A keresletcsökkentés területén az egészségfejlesztés és az általános drogmegelőzés minőségbiztosított, rendszerszintű fejlesztését, a kezelő-ellátórendszer, illetve a reintegráció korszerűsítését, valamint szükségletalapú kapacitásbővítését irányozta elő. A kínálatcsökkentést tekintve a dokumentum legfőbb célja a visszaélésre alkalmas pszichoaktív anyagok Magyarországra történő bejutásának, illetve országon belüli kereskedelmének megakadályozása, és ezzel összefüggésben a bűnmegelőzési szempontok fokozott érvényesítése volt. Ennek érdekében különösen fontosnak tekintette a világhálón elkövetett bűncselekmények megfékezését, továbbá a felnövekvő generációk védelmét minden olyan szinten, ahol a gyermekek, fiatalok fokozott veszélynek vannak kitéve.

Ezt a szakpolitikai programot követte a 1669/2017. (IX. 15.) Korm. határozat a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2017-2018. évekre vonatkozó szakpolitikai programjáról⁶. A szakpolitikai program 27 intézkedést tartalmaz. A szakpolitikai program négy pillére: I. Az egészségfejlesztés és kábítószer-megelőzés rendszerének fejlesztése; II. A kezelés, ellátás, felépülés rendszerének fejlesztése; III. A kínálatcsökkentési beavatkozások rendszerének fejlesztése; IV. Az emberi és társadalmi erőforrások mobilizálása.

A 2017–2018-as szakpolitikai programban az egészségfejlesztés és kábítószer-megelőzés rendszerének fejlesztésének támogatása a specifikus szakmai továbbképzésekkel, a prevenciós célú hálózatos együttműködéssel, a megelőző-felvilágosító szolgáltatás (továbbiakban elterelés) hatásvizsgálatával történik meg. A kezelés-ellátási rendszer fejlesztésének fókuszja a szakmai módszertani irányelvek (a korai kezelésbe vételre irányuló célzott beavatkozások, szülői felkészítő csomagok, családi és közösségi intervenciók, intézkedési irányelvek) kidolgozásában, az intézményrendszer hatékonyságának és hozzáférhetőségének fejlesztésében áll. A kínálatcsökkentési beavatkozások rendszerének fejlesztése 2017–2018 évben a módszertani és technikai körülmények modernizálásával valósulhat meg. Az emberi és társadalmi erőforrások mobilizálására a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok tevékenységnek támogatásával, az új pszichoaktív anyagokhoz kapcsolódó Korai Jelzőrendszer működésének erősítésével, a Nemzeti Drogellenes Stratégia végrehajtásának folyamatértékelésével, a kutatások támogatásával, valamint az ágazatközi, a szakmai és a civil együttműködések javításával kívánja megvalósítani.

⁶ 1669/2017. (IX. 15.) Korm. határozat A Nemzeti Drogellenes Stratégia 2017–2018. évekre vonatkozó szakpolitikai programjáról [<link>](#)

T1.1.6 Fővárosi drogstratégia

A fővárosi kábítószer-politikáról részletes leírás található a 2012-es Éves Jelentés 12. fejezetében Nagyvárosi drogpolitika címmel. Az azóta eltelt időről további információ nem áll rendelkezésre.

T1.2 A DROGSTRATÉGIA MEGVALÓSÍTÁSÁNAK ÉRTÉKELÉSE

T1.2.1 Stratégiák és akciótervek értékelése

A Nemzeti Stratégia (2000-2009) végrehajtásának félidős értékelése (2004-2005)

A Nemzeti Stratégia (2000-2009) külső, végső értékelése (2009)

A 2010/2015. (XII. 29.) Korm. határozat a Nemzeti Drogellenes stratégia 2016. év végéig szóló szakpolitikai programjáról

T1.2.2 A legutóbbi értékelés összefoglalása

Magyarország első drogstratégiája, a 96/2000. (XII. 11.) OGY határozattal politikai konszenzussal elfogadott, a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program, amely 2000 és 2009 között határozta meg a hazai drogpolitikát. A kábítószerügyi koordináció felkérésére, a Holland Királyság Külügyminisztériumának támogatásával és a Trimbos Instituut kivitelezésében, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézettel való szoros együttműködésben valósult meg a félidős, a rövid- és középtávú céljaira vonatkozó értékelése 2004-2005-ben, amely egyben ajánlásokat is tartalmazott. Ennek eredményeit két kötetben, magyar és angol nyelven adta közre a hollandiai partner (Galla et al. 2005a, Galla et al. 2005b). Magyarország volt az első olyan ország Európában, amely külső szakértőket kért fel egy másik országból stratégiájának vizsgálatára, így biztosítva a pártatlan és független értékelést.

A stratégiában megfogalmazott eredmények megvalósításának mértékéről egyéni és fókuszcsoportos interjúk során kérdezték a kábítószer-politika döntéshozóit és a területen dolgozó szakembereket. A legfontosabb döntéshozókkal és a végrehajtás országos intézményeinek (pl. rendőrség, vám- és pénzügyőrség) képviselőivel személyes interjú készült. A kábítószer-politikai célok megvalósításában résztvevő KEF-ek 65 koordinátora telefonon válaszolt a feltett kérdésekre.

Az interjúk azt mutatják, hogy az ország fő szakemberei a Nemzeti Stratégiát alapvetően fontos, adekvát politikai eszköznek tartják, főleg azért, mert a stratégia megírása előtt nem létezett ilyen átfogó kábítószer-politika. Általános egyetértés mutatkozik abban, hogy jelentős eredmény az összes fontos politikai cél és a célok közötti kapcsolat holisztikus megközelítése. Szintén a stratégia erősségeként említik, hogy a Nemzeti Stratégia hosszú távú (10 év), így több kormányzati cikluson átívelő dokumentum.

Ugyanakkor az interjúkból kitűnik, hogy éppen a hosszú távúság miatt változatlan, nélküli a flexibilitást, amely a folyamatos változásokra való reagáláshoz szükséges. Másik gyenge pontként említette a többség a stratégiában összefoglalt feladatok közötti fontossági sorrend felállításának hiányát. Hiányolták továbbá a feladatok és a kötelezettségek világos felosztását.

Kevesebb beszélgetés során említették, mégis általános megállapítás, hogy a célok megvalósításához szükséges jogi és pénzügyi garanciák a stratégia több pontján hiányoznak. Továbbá néhány interjúalany nem találta megfelelőnek a döntéshozatal és a végrehajtási folyamat átláthatóságát. Ehhez a döntéshozók és a „végrehajtók” közötti hatékonyabb információáramlásra lenne szükség a stratégia prioritásai és az elért eredmények vonatkozásában. Ezt azonban nehezíti az országos és a regionális/helyi szint közötti gyenge kapcsolódás.

Az interjú tartalmazott néhány kérdést a KKB működéséről is. A megkérdezettek a KKB erősségeként említették, hogy a kábítószer-politika legfontosabb résztvevői képviseltetik magukat a bizottságban, valamint biztosított az információ áramlása és cseréje az érintettek között. Több kritika is megfogalmazódott azonban a KKB-val kapcsolatban, például hogy nem rendelkezik felhatalmazással a kábítószer-politika koordinálására, valamint nincs világos, egyértelmű menete a bizottság által megvitatott témák hivatalos politikai döntésként való jóváhagyásának.

A Stratégia külső értékelését a kábítószerügyi koordinációért felelős szaktárca rendelte el 2009-ben. A kutatást a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából az EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft. végezte. A kutatás (Vitrai 2009) az alábbi kérdésekre kereste a választ:

- A hazai drogszcénában megfigyelhető változások összhangban vannak-e a Stratégia célkitűzéseivel?
- A Stratégiához köthető tevékenységek összefüggnek-e a változásokkal?
- A tapasztalatok és a ma elérhető szakmai ismeretek alapján, mennyire feleltek meg a Stratégia céljai és az azokhoz rendelt erőforrások és a kapcsolódó tevékenységek?

Az értékelés során négy különböző módszert alkalmaztak: dokumentumelemzés, mélyinterjúk döntéshozókkal és szakemberekkel, az értékelés első eredményeinek fókuszcsoportos megbeszélése, problémafa-elemzések.

A tapasztalatok rövid összefoglalása:
A stratégiai dokumentum táblázatosan megadott, 90 azonosított hosszú távú célkitűzéséhez kapcsolható tevékenységek dokumentumok alapján történő elemzése azt mutatta, hogy összesen 123 olyan tevékenységet sikerült azonosítani, melyek egyértelműen összekapcsolhatók voltak a Stratégia céljaival. A tevékenységek közül 17 több célhoz is kapcsolódott. A célkitűzések közül 14-hez nem sikerült egyetlen tevékenységet sem hozzárendelni, közöttük 5 cél esetében feltehetően a túlzottan általános megfogalmazás miatt. Az azonosított tevékenységek közül 8 ellentétes volt a célkitűzésekkel, és ezek mindegyike a Kezelés, ellátás területén megvalósult tevékenység volt. A Prevenció esetében található a legtöbb teljesült és a legkevesebb nem teljesült cél egyaránt: 43% és 16%. A Kezelés, ellátás céljai közül mindössze 22% teljesült egészében, és 64%-uk pedig egyáltalán nem. Ehhez hasonlóan 'teljesített' a Kínálatcsökkentés pillér: 18% és 54%-kal. Elmondható tehát, hogy figyelmen kívül hagyva a célok időtávját, a Kezelés, ellátás és a Kínálatcsökkentés pillér célkitűzései teljesültek legkevésbé és a Prevenció céljai a leginkább. A fentiekből látható, hogy a korábbi félidős értékelés során is megállapított ambiciózus céltételezések ellenére a Stratégia valamennyi területén történt kisebb vagy nagyobb mértékű pozitív elmozdulás.

T1.3 KÁBÍTÓSZERÜGYI KOORDINÁCIÓ

T1.3.1 Kábítószerügyi koordináció leírása

A 90-es évek vége óta működő Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság a Kormány javaslattevő, véleményező testülete, melynek az államigazgatás és az országos intézmények képviselőiből álló tagsága vesz részt a kábítószer-problémára adott válaszok megvitatásában és kidolgozásában. 2006 végétől új struktúrában folytatta munkáját: az állandó tagok közül négyen nem kormányzati, hanem a civil szervezetek delegáltjai lettek.

A jogszabállyal vagy közjogi szervezetszabályozó eszközzel létrehozott testületek felülvizsgálatáról szóló 1158/2011. (V. 23.) kormányhatározat, valamint az abban foglalt feladatok végrehajtásáról szóló 1452/2011. (XII. 22.) kormányhatározat alapján a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság újabb átalakítása 2013-ban zajlott. Ennek

eredményeként a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság új struktúrában, új névvel (Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság) folytatta munkáját a tárcák és a kormányhivatalok képviselőinek részvételével, valamint létrejött a civil delegáltakat magába foglaló különálló Kábítószerügyi Tanács.

A kábítószer-megelőzéssel és kábítószerügyi koordinációval kapcsolatos feladatok tekintetében az Emberi Erőforrások Minisztériumának szociális ügyekért és társadalmi felzárkózásért felelős államtitkára gyakorolja szakmai és politikai irányítást, a terület közvetlen állami vezetője a szociálpolitikáért felelős helyettes államtitkár. 2017-ben a Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztály a Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztálya részeként végezte munkáját.

A drogreprevencióval és a népegészségügyi feladatokkal kapcsolatosan a Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztálya együttműködik az Egészségügyért Felelős Államtitkárság illetékes főosztályaival.

A drogprobléma megelőzésével és kezelésével kapcsolatos gyakorlati feladatok (pályázat- és támogatáskezelés, KEF és elterelés koordináció, egyébek mellett) megvalósítását a tárca háttérintézményében, a 2015 szeptemberéig a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Ifjúsági Igazgatóságának egységeként működött Nemzeti Drogmegelőzési Iroda biztosította. Az Iroda a közigazgatási átszervezést követően a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) részeként működött. A drogpolitikai feladatokat 2017. január 1-től a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság, mint jogutód látja el. A Drogmegelőzési Programok Osztálya - a Főigazgatóság Esélyteremtési Főosztályán belül - 2017. április 1-el kezdte meg működését. (SZGYF 2017)

A kábítószer-politika megvalósításában fontos szerepet játszanak a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF), olyan helyi szintű szakmai konzultációs munkacsoportok, melyeket a helyi önkormányzatok elkötelezettsége, a kábítószer-probléma kezelését célzó helyi szakmai összefogás, valamint minisztériumi pályázati támogatás hívott életre.

Magyarországon jelenleg 84 KEF működik városi, kerületi, kistérségi, megyei, illetve regionális hatáskörrel. Országos KEF konferencia került megrendezésre 2017. december 13-án, ahol megválasztásra került egy KEF képviselő, aki a Kábítószerügyi Tanácsban képviseli a fórumokat. A KEF-ek feladata, hogy összehangolják a drogprobléma visszaszorításban szerepet játszó négy alappillér – a közösség és együttműködés, a megelőzés, a gyógyítás és rehabilitáció, valamint a kínálatcsökkentés – intézményeinek munkáját. A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok tagjai a drogprobléma kezelésben fontos szerepet játszó állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezetek képviselői. (SZGYF 2018)

T1.4 KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ KÖLTSÉGVETÉSI KIADÁSOK

T1.4.1 Költségvetési kiadási adatok hozzáférhetősége

A kábítószer-fogyasztással összefüggő magyarországi költségvetési kiadásokkal kapcsolatban nem állnak rendelkezésre aktuális adatok vagy kutatási eredmények. A korábban e témában készült kutatás (Hajnal 2009) eredményei mára már nem tekinthetők érvényesnek.

T1.4.2 Költségvetési kiadási adatok

2008 végén készült az első olyan átfogó magyarországi kutatás (Hajnal 2009), mely a kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadások (KÖKK) időbeli változását vizsgálja 2000 és 2007 között, négy vizsgálati évben. (Bővebben lásd 2009-es Éves jelentés 1.3. fejezet). A becslési eljárás eredményén alapuló kutatás az adott szervezeti vagy tevékenységi

rendszerre jutó éves államháztartási összkiadás kábítószeres esetekre jutó arányának kalkulációját jelenti.

Az kutatás adatai alapján megállapítható, hogy a büntető igazságszolgáltatásra vonatkozó tételek a teljes vizsgált időszakban az összes kiadás 2/3 ill. 3/4 közötti részét tették ki, valamint, hogy a költségvetési kiadások szerkezetében határozott változás nem történt. További kiadások az alábbi területekhez kapcsolódnak, sorrendben: kezelés-ellátás, a prevenció és kutatás és az ártalomcsökkentés. A becslés szerint az összes közkiadás a 2000-es bázisévben 5340 millió forintra volt tehető, mely a 2007-es utolsó vizsgálati évre mintegy megduplázódott.

A 2008 után bekövetkezett nemzetközi gazdasági válság hatásai miatt mind a kiadások mértékében, mind azok szerkezetében változások történtek, így a kutatás eredményei mára már nem tekinthetők érvényesnek.

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

Nem alkalmazható ebben a fejezetben.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

A magyarországi társadalmi és szakmai állapotokra reagálva a kábítószer-probléma területén működő négy hazai ernyőszerkezet – a Magyar Drogprevenációs és Ártalomcsökkentő Szervezetek Szövetsége, a Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége, a Magyar Addiktológiai Társaság és az Ártalomcsökkentők Szakmai Egyesülete – 2014 májusában, létrehozta a Drogszakmai Civil Ombudsmani intézményét.

A Drogszakmai Civil Ombudsman (DCO) feladata alapvető jogvédelmi tevékenység ellátása a drogszakmában dolgozó szervezetek panaszai alapján és egyéb, tudomására jutott esetekben. A drogszakma terén rendszerszintű, kiemelkedő súlyú jogsértésekre koncentrál, és a helyzet elemzését követően különböző tevékenységeket végez.

Az új pszichoaktív anyagok okozta kihívásokra reagálva 2016-ban újjáalakult a KKB Jogi Szakbizottság, amely összehívásának alapját szakértői jelzések adták, miszerint a Büntető Törvénykönyvben az új pszichoaktív anyagok egy csoportjánál (pl. szintetikus katinonok) a csekély mennyiség jelenlegi mértéke jelentős kockázatokat mutat. A bizottság azzal a céllal jött létre, hogy részletesen tájékozódjon a jelzett problémáról és amennyiben indokolt javaslatot fogalmazzon meg az új szintetikus anyagok fogalmára és a csekély mennyiség módosítására vonatkozóan.

A bizottsági munka eredményeként az EMMI az Igazságügyi Minisztérium részére szövegszerű javaslatot fogalmazott meg a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 184/D. § (2) bekezdésének módosítására vonatkozóan, az alábbiak szerint:

„184/D. § (2) A 184-184/C. § alkalmazásában az új pszichoaktív anyag csekély mennyiségű, ha annak tiszta hatóanyag-tartalma a 2 gramm mennyiséget nem haladja meg. A só formában előforduló vegyületek esetén tiszta hatóanyag-tartalom alatt a bázis formában megadott hatóanyag-tartalmat kell érteni.”

Indoklás: a javaslat egyrészt a készítmény és a tiszta hatóanyag-tartalom miatti pontatlan megfogalmazás pontosítására, másrészt pedig a jelenlegi 10 gramm mennyiségi határ 2 grammra történő lecsökkentésére tett javaslatot. (EMMI 2017a)

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

Beszámoló a Drogszakmai Civil Ombudsman kétéves tevékenységéről 2014. május - 2016. május (2016), Budapest.

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2017a): Az EMMI Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztályának beszámolója

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2018c): Az EMMI Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztályának beszámolója

Galla, M., von Gageldonk, A., Trautmann, F., Verbraeck, H. (2005a): Hogyan erősíthető meg a magyar drogpolitikai koordináció az értékelés tükrében? Trimbo Instituut, Utrecht.

Galla, M., von Gageldonk, A., Trautmann, F., Verbraeck, H. (2005b): A Nemzeti Stratégia félidős értékelésének részletes tapasztalatai. Trimbo Instituut, Utrecht.

Hajnal, Gy. (2009): A kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások alakulása 2000 és 2007 között. In: Drogpolitika számokban. Felvinczi, K., Nyírády, A. (szerk.) pp. 375-409. L'Harmattan, Budapest.

Vitrai, J. (2009): Tanulmány a „Nemzeti Drogstratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” megvalósulásának dokumentum- és mélyinterjú elemzésen alapuló értékeléséről. EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest.

SZGYF (Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság) (2017): A Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság beszámolója az EMCDDA 2017-es Éves Jelentéshez

SZGYF (Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság) (2018): A Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság beszámolója az EMCDDA 2018-as Éves Jelentéshez

JOGI KERETEK⁷

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

A magyarországi jogi szabályozást a Büntető Törvénykönyv többszöri módosítása jellemezte az elmúlt években. A 2013 óta hatályos Büntető Törvénykönyv új struktúrában és a megváltozott kábítószer-helyzetet követve, az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó szabályozással kiegészülve határozza meg az ország büntetőjogi rendszerét. A Btk. hat tényállásban szabályozza a kábítószeres és új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos cselekményeket, melyek az új pszichoaktív szerek csekély mennyiségre vonatkozó elkövetésén kívül - mely szabálysértési kategória - büntetőjogi tételeknek minősülnek. A kiszabható büntetések értelmében a kereskedelem 2-8 évi, míg a kábítószer birtoklása 1-5 évi szabadságvesztéssel büntethető. Ez alól kivételt képez a csekély mennyiségre elkövetett birtoklás, mely esetben megszüntethető az eljárás, ha az elkövető vállalja, hogy az elsőfokú ítélet meghozataláig elterelésen (kábitószer-használatot kezelő ellátás) vesz részt.

Magyarországon a bűncselekményhez rendelt büntetési tételt elsősorban a kábítószer mennyisége, vagy a bűncselekmény elkövetésének körülményei befolyásolhatják. Ezzel szemben a kábítószer típusa, a törvény szerint nem befolyásolja a kiszabott büntetést. A függőség tekintetében, a büntetékiszabás során, lehetőségük van a mérlegelésre.

Az új szerek rohamos megjelenése a hazai döntéshozókat is arra készítette, hogy egy új monitorozási, kockázatértékelési rendszert dolgozzanak ki, amely alapján a megfelelő információ birtokában felelős döntés születhet a designer drogok ellenőrzéséről.

A 2005. évi XCV. törvény (továbbiakban Gytv.) fekteti le az új szabályozás kereteit, míg a 66/2012 (IV. 2.) Kormányrendelet (továbbiakban Korm. rendelet) határozza meg az új pszichoaktív anyagok bejelentésével, előzetes szakmai értékelésével, listára vételével és kockázatértékelésével kapcsolatos folyamatokat és felelősöket. Az előzetes szakmai értékelésen átesett, új pszichoaktív anyaggá minősített szerek az 55/2014-es EMMI rendelet 1. Mellékletében találhatóak.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 JOGI KERETEK

T1.1.1 Kábítószerrel kapcsolatos jogi szabályozás jellemzői

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

A Btk. a XVII. fejezetben (Az egészséget veszélyeztető bűncselekmények), hat tényállásban rendelkezik a kábítószerrel kapcsolatos cselekményekről:

1. kábítószer-kereskedelem
2. kábítószer birtoklása,
3. kóros szenvedélykeltés,
4. kábítószer készítésének elősegítése,
5. kábítószer-prekurzorral visszaélés,
6. új pszichoaktív anyaggal visszaélés (részletesen lásd: T1.1.3).

A kábítószer-kereskedelem (176-177.§) tényállása magába foglalja a kábítószer kínálását, átadását, forgalomba hozatalát, illetve az azzal való kereskedést, valamint az ezekhez az

⁷ A fejezet szerzője: Bálint Réka

elkövetési magatartásokhoz történő anyagi eszköz szolgáltatását. A törvény két és nyolc év közötti szabadságvesztéssel bünteti az alapesetet.

A kábítószer birtoklását (178-180.§) megvalósító elkövetői magatartások a termesztés, előállítás, megszerzés, tartás, az ország területére behozatal, onnan kivitel, illetve az ország területén való átszállítás. Az alapesetek büntetési tétele egytől öt évig terjedő szabadságvesztés. A Btk. önállóan nevesíti a kábítószer-fogyasztást, amelynek büntetési tétele megegyezik a csekély mennyiség megszerzésére vonatkozó büntetési tétellel.

A kóros szenvedélykeltés bűncselekményét (181.§) (az a nagykorú személy, aki egy kiskorút kábítószernek vagy kábítószernek nem minősülő kábító hatású anyag, illetve szer kóros élvezetére rábír vagy rábírní törekszik) a Btk. két évig terjedő szabadságvesztéssel rendeli büntetni.

A kábítószer készítésének elősegítése bűncselekmény tényállása szerint (182.§) 1-től 5 évig büntetendő, ha valaki kábítószer előállítása céljából ehhez szükséges anyagot, berendezést vagy felszerelést (a) készít, megszerz, szállít, vagy azt (b) forgalomba hozza, vagy azzal kereskedik.

Az Európai Unió jogi aktusában meghatározott kábítószer-prekursorokkal való visszaélést (183.§) a magyar törvény alapesetben 3 évig terjedő szabadságvesztéssel bünteti.

A Btk. büntető eljárási útról való elterelés eseteit, illetve feltételeit is szabályozza (180.§), a magyar büntetőjogi dogmatika rendszerének megfelelően ún. büntethetőséget megszüntető okokként. A törvény szövege szerint nem büntethető, aki csekély mennyiségű kábítószer saját használatra termeszt, előállít, megszerz vagy tart, illetve aki kábítószer fogyaszt, amennyiben az elkövető „az első fokú ítélet meghozataláig okirattal igazolja, hogy legalább hat hónapig folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vett részt”. Az „elterelésre” a büntetőeljárás ügyészi és bírósági szakaszában is sor kerülhet. Az elterelés lehetőségétől esik, aki a bűncselekmény elkövetését megelőző két éven belül vállalta az elterelésen való részvételt vagy büntetőjogi felelősségét kábítószer-kereskedelem vagy kábítószer birtoklása miatt megállapították. Az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos cselekmények elkövetése esetén nincs lehetőség az elterelésben való részvételre. (További információk az elterelésről és az eltereltekéről: a Kezelés fejezet T1.2.2, illetve T1.3.1 alfejezeteiben, valamint a Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezet T1.2.1 alfejezetében.)

A kábítószer-prekursorokkal kapcsolatos egyéb hatósági eljárási szabályokat, valamint a hatósági feladatokat- és hatásköröket a 159/2005-ös Kormányrendelet szabályozza.

T1.1.2 Büntetési tételeket befolyásoló tényezők: a kábítószer típusa, a kábítószer mennyisége és a függőség

A magyar büntetőjogi szabályozás szerint kábítószernek minősülnek a következő jogszabályokban meghatározott anyagok:

a) az 1988. évi 17. törvényerejű rendelettel kihirdetett, az Egységes Kábítószer Egyezmény módosításáról és kiegészítéséről szóló, Genfben, 1972. március 25-én kelt Jegyzőkönyvvel módosított és kiegészített, az 1965. évi 4. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a New Yorkban, 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény mellékletének I. és II. Jegyzékében meghatározott anyagok,

b) az 1979. évi 25. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben, az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény mellékletének I. és II. Jegyzékében meghatározott veszélyes pszichotróp anyagok és

c) az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló törvény mellékletében meghatározott pszichotróp anyagok.

A Btk-ban szereplő bűncselekményekhez rendelt büntetési tételt a bűncselekmény elkövetésének több körülménye is befolyásolhatja, beleértve a kábítószer mennyiségét, azonban a kábítószer típusa sem a jogszabály, sem a bírói gyakorlat szerint nem befolyásolja a büntetés mértékét.

A minősítő körülmények között szerepel többek között a bünszövetségben, hivatalos vagy közfeladatot ellátó személyként történő bünelkövetés, valamint a felnőtt korú személynek a cselekménye, aki 18. életévét be nem töltött személynek kínál vagy ad át kábítószerrel, vagy az ilyen korú személy felhasználásával valósítja meg más kábítószeres bűncselekményt.

Általánosságban elmondható, hogy a bűncselekmény tárgyaként szereplő kábítószerekre a Btk. négy mennyiségi mutatót határoz meg, amelyek a kábítószeres tiszta hatóanyag-tartamára vonatkoznak. A csekély mennyiségű kábítószerrel történő elkövetés privilegizált esetként jelenik meg az alapesethez képest. A minősítő körülményként megjelenő jelentős mennyiséget, a törvény a csekély mennyiség felső határának hússzorosában állapította meg, míg a különösen jelentős mennyiséget, a csekély mennyiség felső határának kétszázszorosában. Az egyes kábítószeres csekély mennyiségének meghatározását szintén a Btk. szövege tartalmazza (461.§). Amely anyagok esetében a törvény nem határoz meg pontos hatóanyag-tartalmat, a következő általános szabály érvényesül: a kábítószer csekély mennyiségű, ha annak tiszta hatóanyag-tartalma a hozzá nem szokott fogyasztó átlagos hatásos adagjának hétszörös mértékét nem haladja meg.

A kábítószer-kereskedelem két elkövetési magatartása (forgalomba hozatal, kereskedés) esetében a csekély mennyiség, mint privilegizált eset megszűnt, mert a kereskedői típusú magatartások esetében indokolt a szigorúbb fellépés. A kábítószer-kereskedelem elleni hatékonyabb fellépés érdekében a Btk. a kábítószer birtoklása tényállásába külön kategóriaként bevezette a különösen jelentős mennyiségű kábítószerrel történő elkövetést, mint minősített esetet.

A bíróságnak lehetősége van arra, hogy a büntetés kiszabása során értékelje a terhelt esetleges szenvedélybetegségét.

T1.1.3 Új pszichoaktív szerek szabályozása

Az új szerek rohamos elterjedése a hazai döntéshozókat is arra készítette, hogy egy új monitorozási, kockázatértékelési rendszert dolgozzanak ki, amely alapján a megfelelő információ birtokában felelős döntés születik a designer drogok ellenőrzéséről.

A Gytv. fekteti le az új szabályozás kereteit, míg a Korm. rendelet az új pszichoaktív anyagok bejelentésével, előzetes szakmai értékelésével, listára vételével és kockázatértékelésével kapcsolatos folyamatokat és felelősöket határozza meg. A Gytv. megteremtette az "új pszichoaktív anyag" definícióját, mely alatt olyan, a forgalomban újonnan megjelent, gyógyászati felhasználással nem rendelkező anyagokat vagy vegyületcsoportokat ért, amelyek a központi idegrendszer működésének befolyásolása révén alkalmasak a tudatállapot, a viselkedés, vagy az érzékelés módosítására, megváltoztatására, ezért hasonló mértékű fenyegetést jelenthetnek a közegészségügyre, mint a kábítószer vagy pszichotróp listákon szereplő anyagok és erre tekintettel az egészségügyért felelős miniszter rendeletében ilyen anyaggá minősítette őket. A Gytv. és a Korm. rendelet egy új jegyzéket hozott létre (az 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet 1. melléklete) az új pszichoaktív anyagok számára, mely egyedi vegyületeket és vegyületcsoportokat egyaránt tartalmaz (ezáltal egyszerre alkalmazva az egyedi listás és a generikus megközelítést).

A Gytv. és a Korm. rendelet értelmében, amennyiben egy anyagról az EMCDDA a 2005/387/IB Tanácsi határozat alapján értesítést küld, azt az Emberi Erőforrások Minisztériumának felelős egysége egy előzetes szakmai értékelésnek veti alá annak eldöntésére, listára vehető-e az adott anyag. Ahhoz, hogy egy anyag az új pszichoaktív anyagok jegyzékére kerüljön az előzetes szakmai értékelés során igazolni kell, hogy a magyar hatóságok, valamint szakértői intézmények előtt nem ismert olyan adat, amely az értesítésben megjelölt anyag gyógyászati felhasználására utalna, és amely kizárja, hogy az anyag hasonló mértékű fenyegetést jelenthet a közegészségügyre, mint a kábítószer és pszichotróp listákon szereplő anyagok.

Az új pszichoaktív anyagok jegyzékén szereplő egyedi vegyületeket a jegyzékre vételüktől számított egy éven belül kockázatértékelésnek kell alávetni. Az új pszichoaktív anyagok jegyzékén szereplő egyedi vegyületeket a jegyzékre vételüktől számított egy éven belül kockázatértékelésnek kell alávetni. A kockázatértékelés eredményétől függően a vegyületet

a pszichotróp listára (az Gytv. valamely jegyzékére) vagy a Korm. rendelet D listájára kell áthelyezni. Amennyiben az 1 éven belüli kockázatértékelés lezárásához a szakértői szerv megállapításai szerint nem áll rendelkezésre elegendő adat, az új pszichoaktív anyag minősítése további 1 évre meghosszabbítható. A kockázatértékelési kötelezettség nem alkalmazandó vegyületsoportok esetén, melyek mindaddig az új pszichoaktív anyagok jegyzékén maradhatnak, amíg legalább egy, a vegyületsoporthoz tartozó anyag teljesíti az előzetes szakmai értékelés feltételeit. Új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos jogszabály szerinti tevékenységek kizárólag érvényes, az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott engedély birtokában végezhetők.

A Btk. tartalmazza az „új pszichoaktív anyaggal visszaélés” elnevezésű bűncselekményt (184-184/D.§), melyben a kábítószerre vonatkozó bűncselekmények struktúráját követve, azonban enyhébb büntetési tételekkel szabályozza az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos cselekményeket. Az új szabályozás minősített esetei lényegében azonosak a kábítószerre vonatkozókkal, azonban a jelentős mennyiségre történő elkövetést nem tartalmazza. A privilegizált esetek a csekély mennyiséggel való elkövetésre vonatkoznak, mely mennyiség felső határa a tiszta hatóanyag tekintetében 2 gramm (korábban 10 gramm készítmény)⁸. Továbbá meghatározták a csekély mennyiség felső határát kilenc kábítószerre minősített új pszichoaktív szerre vonatkozóan.⁹ A büntetendő cselekmények között szerepel az új pszichoaktív anyag megszerzése és tartása is, amennyiben a mennyiség meghaladja a csekély mennyiséget. A jogalkotónak nem volt célja az új pszichoaktív anyagot fogyasztók büntetőjogi felelősségének megalapozása, ezért nem bűncselekmény a fogyasztás, illetve a csekély mennyiségre történő megszerzés és tartás. Amennyiben az új pszichoaktív anyag a csekély mennyiséget nem éri el, akkor a büntetőeljárás megszüntetésre kerül, és szabálysértési eljárás¹⁰ indul az új pszichoaktív anyag birtoklójával szemben.

T1.2 JOGALKALMAZÁS

T1.2.1 Ítélezési gyakorlat

Egy 2017-ben készült szakértői tanulmány (Ignácz 2017) szerint a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények ítélezési gyakorlata rendkívül megosztott, mind a vonatkozó tényállások értelmezése, mind pedig a büntetékiszabás tekintetében. A bírói gyakorlat egységesítéséért a Kúria felelős, mely feladatának az 1/2007. BJE határozat kiadásával részben eleget is tett. Ezen határozat azonban már csak részben tudja orientálni a joggyakorlatot, hiszen még a már nem hatályos régi Btk. alatt került kiadásra. A Kúria azonban még nem tett lépéseket a jogegységi határozatnak, a hatályos joghoz és így, az új kábítószerrel kapcsolatos tényállásokhoz, történő igazítására.

Tovább nehezíti a jogegység megvalósítását, hogy az idézett határozat nem rendelkezik az elkövetési magatartások jelentéséről, valamint azok elhatárolási ismérveiről, mely az ítélezési gyakorlat szétartását eredményezi az elkövetett bűncselekmény megállapításának tekintetében.

A büntetékiszabási tényezőkre vonatkozóan nagyobb egységesség figyelhető meg, habár e tekintetben is fellelhetőek bizonyos jogértelmezési problémák. A kábítószer mennyisége általánosan meghatározza a bizonyos tényállásoknál alkalmazható minősített vagy privilegizált esetek rendszerét, továbbá ezt figyelembe véve, a határhoz közeli mennyiségek enyhítő, illetve súlyosbító körülményként értékelendők. A jelentős mennyiség alsó határát kismértékben meghaladó hatóanyag-tartalomnál, az enyhítő szakasz alkalmazása vált bevett gyakorlattá. Problémát az alsó határt többszörösen meghaladó mennyiség jelent, ugyanis ezen a téren a bíróságok nem rendelkeznek határozott iránymutatásokkal.

⁸ Módosította a 2017. évi XXXIX. tv., hatályos 2017. május 23-tól.

⁹ 2017. évi CXCVII. törvény

¹⁰ 2012. évi II. törvény: 199/B . §: Új pszichoaktív anyaggal kapcsolatos szabálysértés

Az ítélezési gyakorlatra kisebb - csak néhány esetben előforduló - hatással van a kábítószer típusa. Általában, de nem általánosan enyhítő körülményként értékelik, ha az ügyben vizsgált kábítószer úgynevezett „könnyű drog”, egészségre kevésbé ártalmas, vagy ha alacsony a hozzászokás veszélye.

A kábítószer elszaporodottsága a bíróságok által leggyakrabban hivatkozott súlyosbító körülmény. Azonban a Be. 4. § (2). bekezdésében írt követelmény szerint, az elszaporodottság csak akkor értékelhető súlyosbító körülményként, ha az ténybeli adatokkal alátámasztható. Az 56. BK vélemény szerint ténybeli adatnak számít: ha a köztudomás szerint az ügyben elbírált, vagy az ahhoz hasonló bűncselekmények száma az elkövetéskor a korábbi időszakhoz képest lényeges emelkedést mutat, vagy ha a számuk az adott területen lényegesen magasabb volt az átlagosnál (Ignác 2017).

T.1.2.2. Új pszichoaktív anyagok esetében alkalmazott ítélezési gyakorlat

Az új pszichoaktív szereknél alkalmazott ítélezési gyakorlat, hasonlóan a kábítószerrel kapcsolatos tényállások értékelésével, több problémába is ütközik.

Nehézséget jelent a jogalkalmazó bírák számára például az új pszichoaktív anyaggal való visszaélés tényállásának viszonya a kábítószerrel kapcsolatos tényállásokhoz (176-177.§; 178-180.§), valamint problémát jelentenek az ennek során jelentkező halmazati kérdések, különösen, ha az új pszichoaktív szerek listáján szereplő anyag az eljárás ideje alatt átkerül a kábítószer-listára. Ezekben az esetekben sokszor előfordul, hogy a cselekmény, ami még új pszichoaktív anyaggal való visszaélésnek minősült, az ítélelhozatalkor már a kábítószer-kereskedelem vagy kábítószer birtoklás tényállásai alá esik.

Komoly gyakorlati problémát jelent továbbá a Btk. 461. § (4) bekezdésének értelmezése: mind az eljáró bírakat, mind pedig a kirendelt szakértőket kihívás elé állítja a hozzá nem szokott fogyasztó átlagos hatásos adagjának megállapítása. Erre vonatkozólag többször is kérelmezték az Alkotmánybíróság eljárását, eddig sajnos számottevő eredmény nélkül (Ignác 2017).

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

T2.1 A JOGI KERETEK VÁLTOZÁSAI 2000 ÓTA

2002 végén a kormány kriminálpolitikai törekvései alapján több ponton enyhítette, differenciálta és módosította a régi Btk. (1978. évi IV. törvény a Büntető törvénykönyvről) vonatkozó szabályait, amivel egyidejűleg a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény (a továbbiakban: Be.) szükséges módosítását is elvégezték.

A büntető jogszabályok és a hozzájuk kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló 2003. évi II. törvény által bevezetett és 2003. március 1-én hatályba lépett új szabályozás alapján a különböző veszélyességű cselekményeket a régi Btk. négy külön szakasza foglalta magába eltérő büntetési tételeket meghatározva. Külön tényállásba kerültek a beszerző típusú magatartások, a forgalmazó típusú magatartások, és a korábbi jogszabályhoz hasonlóan a kábítószerfüggők cselekményeit is külön jogszabályhely tartalmazta, enyhébb büntetéssel fenyegetve, mint az előbbieket. A módosítás egy új rendelkezést is beépített a törvénybe: a 18. életévet be nem töltött személy sérelmére, illetve az ilyen életkorú személyek felhasználásával elkövetett cselekményeket is külön bekezdés tartalmazta, amelyek minősített esetei a legsúlyosabb, akár életfogytig tartó szabadságvesztéssel is sújthatók.

A régi Btk. büntető eljárási útról való elterelés eseteit, illetve feltételeit is szabályozta. A korábbi megoldáshoz képest a legjelentősebb változás az volt, hogy a feltételek között nem szerepelt, hogy kizárólag kábítószerfüggő esetében van lehetőség elterelésre. Az elterelés lehetősége személyi oldalon a fogyasztók bármelyik kategóriájára (alkalmi, rendszeres,

függő) vonatkozott (de ebben az esetben is a kábítószerfüggőkre vonatkozóan kedvezőbb szabályokkal).¹¹ Nem függő fogyasztó elkövetőnél viszont az előző elkövetési magatartások esetén csak akkor volt lehetőség az elterelésre, ha legfeljebb „csekély mennyiségű” a kábítószer. Cselekményi oldalról nézve jellemzően a fogyasztói típusú elkövetési magatartásoknál és azoknak is az enyhébb változatainál jöhet szóba az elterelés. Kivételt jelentett azonban két terjesztői típusú magatartás, a „kínál” és az „átad”, mert ha a kínált, illetve átadott kábítószer legfeljebb csekély mennyiségű, továbbá a szóban forgó cselekményekre „együttesen történő kábítószer-fogyasztás alkalmával” kerül sor, az említett két cselekmény elkövetője is részesülhetett az elterelés kedvezményében. Az „elterelés” alkalmazásának valamennyi esetben feltétele volt, hogy az elkövető „az első fokú ítélet meghozataláig okirattal igazolja, hogy legalább hat hónapig folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vett részt.” Az „elterelésre” a büntetőeljárás ügyészi és bírósági szakaszában is sor kerülhetett. Az elterelésnek a fenti szövegben bemutatott széleskörű alkalmazását az 54/2004. (XII. 13.) AB határozat alkotmányellenesnek nyilvánította, amely döntés alapján több ponton módosította a Btk. szövegét (Be. 188.§ (1) h); 222.§. (2); 266. §.(6)) (részletesen lásd 2005-ös Éves Jelentés 1.1. fejezete).

A Be. módosításáról szóló 2006. évi LI. törvény – annak 285. §-a (2) és (3) bekezdésében foglalt kivételekkel – 2006. július 1-jén lépett hatályba. A Be. hatályba lépése után eltelt két év felszínre hozta azokat a jogalkotási hiányosságokat és gyakorlati igényeket, amelyek a törvény többségében technikai jellegű, néhány helyen koncepcionális módosítását igényelték. A módosítás szerint, ha a kábítószer-élvező gyanúsított önként részt vesz a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson, és az a büntethetőség megszűnését eredményezheti, nem célszerű, hogy a nyomozó hatóság vádemelési javaslattal küldje meg az iratokat az ügyésznek, illetve, hogy az ügyész a Be. 222. §-ának (2) bekezdése alapján a vádemelés elhalasztásáról határozzon. Ezért amennyiben a kábítószer-élvező gyanúsított a nyomozás során önként alávetette magát az elterelés alapjául szolgáló kezelési fajták valamelyikének, és ez a nyomozás iratainak ismertetésekor még tart, a nyomozást fel kellett függeszteni.

A módosított rendelkezés lehetővé teszi, hogy a bűncselekmény elkövetését követően, de a vádemelés elhalasztását megelőzően megkezdett, és legalább hat hónapig tartó folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás igénybe vétele vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson történő részvétel a büntethetőséget megszüntető ok megállapítását eredményezze függetlenül attól, hogy a vádemelés elhalasztására mikor került sor.

A Legfelsőbb Bíróság 1/2007. büntető jogegységi határozata alapján a fogyasztó ellen az általa elfogyasztott mennyiségre tett vallomása, (de már meg nem lévő kábítószer) is felhasználható bizonyítékként, így az abban megjelölt kábítószer-mennyiséget a minősítést befolyásoló körülményként értékeli a bíróság. A jogegységi határozat természetes egységgel kapcsolatos álláspontja a kínálati cselekményt elkövető fogyasztókkal szemben szigorúbb elbírálásra teremt lehetőséget. (Részletesen lásd 2008-as Éves Jelentés 1.1. fejezet) A fogyasztás önálló nevesítése folytán azonban a jogegységi határozat több rendelkezése nem alkalmazható, így a fogyasztás során elfogyasztott mennyiségek összegzése sem. A jogegységi határozat még mindig a régi Btk. szerinti szöveggel van hatályban, amely a jogalkalmazásban komoly bizonytalanságot okoz.

2013. július 1-én hatályba lépett Btk. a tényállásokat önálló megnevezéssel külön szakaszokban szerepelteti (176-183.§), szemben a régi Btk.-val, amely a visszaélés kábítószerrel alcím alatt négy szakaszban hat típusú elkövetési magatartást tartalmazott (részletesen lásd: T1.1.1).

¹¹ A régi Btk. 283. § (1) e, és f, pontja ugyanis „többet enged meg” számukra, így például akkor is részesülhet egy kábítószer-függő az elterelés kedvezményében, ha a „csekély mennyiséget” meghaladó, de a „jelentős mennyiséget” el nem érő kábítószerrel „saját használatára természet, előállít, megszerz, tart...” [rég. Btk. 283. § (1) e, 1.]

A 2017. évi XC. és CXCVII. törvényekkel módosításra került a hatályos Btk.

A 2017. évi XXXIX törvény, mely 2017 májusában vált hatályossá, módosította a csekély mennyiség mértékét az új pszichoaktív anyagok esetében: a Btk. 184-184/C. § alkalmazásában az új pszichoaktív anyag csekély mennyiségű, ha annak tiszta hatóanyag-tartalma a 2 gramm mennyiséget nem haladja meg. A só formában előforduló vegyületek esetén tiszta hatóanyag-tartalom alatt, a bázis formában megadott hatóanyag-tartalmat kell érteni.”

2018. július 1-től hatályos a 2017. évi XC. törvény a büntetőeljárásról (továbbiakban új Be. tv.). Az új Be. tv. érdemben nem változtat a kábítószerrel kapcsolatos ügyek eljárásrendjén, mégis fontos megjegyezni, hogy az elterelés sikerességét követő vádemelés elhalasztásának intézményét (régii Be. 222. §), az új Be. tv. feltételes ügyészi felfüggesztésként nevesíti. A rendszer annyiban tér el az eddigiéktől, hogy az BE két nyomozati szakaszt határoz meg, melyek közül a második, vizsgálati szakaszt az ügyészség vezeti. A feltételes ügyészi felfüggesztés, ezen vizsgálati szakasz után következhet be, tehát ezentúl a büntetőeljárás megszüntetéséről nem a rendőrség, hanem az ügyészség dönthet.

T2.2 A JOGALKALMAZÁS VÁLTOZÁSAI 2000 ÓTA

A kábítószer szakterület tekintetében a következő engedélyezési hatáskörrel rendelkező hatóságok végeznek jogalkalmazói tevékenységet: Rendőrség, NAV, Budapest Főváros Kormányhivatala, OGYÉI.

A jogalkalmazásban tapasztalható változásokat a jogszabályi háttér folyamatos változása okozta. A büntető törvénykönyvek többszöri módosítása miatt az ítélkezési gyakorlat idősoros összehasonlító elemzése nem célravezető.

2012-ben a joghatásosság érvényesülését vizsgáló kutatás zajlott a kínálati oldali kábítószer-bűncselekményekhez kapcsolódóan. A hatásvizsgálat célja az volt, hogy feltárja egyrészt a hatályos kínálati oldali kábítószer-bűncselekményekre vonatkozó büntető jogszabályi környezet érvényesülését, alkalmazhatóságát és hatásait; másrészt azt vizsgálta, hogy a jogszabályok alkalmazása milyen közvetett hatásokat indukál, vagyis a joggyakorlat hogyan hat vissza a kábítószerpiacra. (A kutatás eredményeiről lásd 2013-as Éves Jelentés 9.2. fejezet)

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

T3.1 A JOGI KERETEK VÁLTOZÁSAI AZ ELMÚLT ÉVBEN

2. táblázat. *Jogi keretek változásai az elmúlt évben*

a módosító jogszabály ¹²	a módosított jogszabály		
cím	cím	változások összefoglalása	megjegyzés
2017. évi XC. törvény	1998. évi XIX. törvény	Új büntető eljárási törvénykönyv: elterelés sikeressége esetén feltételes ügyészi felfüggesztés:	

¹² A módosítás előtti szöveg nem elérhető.

2017. évi XXXIX törvény, 58. §	2012. évi C. törvény	Az új pszichoaktív szerek csekély mennyiségének meghatározása. A 10 gramm mennyiségi határ 2 grammra történő lecsökkentése, valamint a tiszta hatóanyagtartalom pontos meghatározása.	
2017. évi CXCVII.	2012. évi C. törvény 184/D. § (2)	Kábítószerre minősített új pszichoaktív szerek esetében a csekély mennyiség felső határának megállapítása kilenc anyagra vonatkozóan: Pentedron; AB-CHMINACA; α -PVP; MDMA-CHMICA; AM-2201; AB-PINACA; AB-FUBINACA; ADB-FUBINACA; GBL.	
6/2017 EMMI rendelet	55/2014 EMMI rendelet	Egyes szerek és szercsoportok hozzáadása az új pszichoaktív szerek jegyzékéhez	

T3.2 A JOGALKALMAZÁS VÁLTOZÁSAI AZ ELMÚLT ÉVBEN

Mivel a 2017-ben folyamatban lévő kábítószeres ügyek egy része még a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (a továbbiakban: régi Btk.), másik része viszont már az új Btk. (lásd T1.1.1 alfejezet) hatálya alá esett, ezért a 2017-re vonatkozó adatait az Országos Bírósági Hivatal a régi és az új Btk. kétféle struktúrája alapján szolgáltatotta (OBH 2018).

2017-ben a régi Btk. szerint 245 személy jogerős elítélésére került sor:

- 282. §/ A,B,C: 239 fő
- 283. §/A: 0 fő
- 283. §/ B: 6 fő

A régi Btk. tényállásai alapján kiszabott büntetések 2017-ben az alábbiak szerint alakultak:

- szabadságvesztés: 60 fő
- közérdekű munka: 49 fő
- pénzbüntetés (beleértve a felfüggesztett pénzbüntetést) 13 fő
- megrovás intézkedés 5fő
- próbára bocsátás intézkedés 26 fő

2017-ben, a Btk. szerint 4231 személy jogerős elítélésére került sor, a következő szakaszok szerint:

- Kábítószer kereskedelem (176-177.§): 928 fő
- Kábítószer birtoklása (178-180.§): 3198 fő
- Kóros szenvedélykeltés (181.§): 97 fő
- Kábítószer készítésének elősegítése (182.§): 5 fő

- Kábítószer prekúrral visszaélés (183.§): 3 fő

A 2017. évben jogerősen elítélt 4231 személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor szabadságvesztés: 1122 fő

- közérdekű munka: 690 fő
- pénzbüntetés (beleértve a felfüggesztett pénzbüntetést) 694 fő
- megrovás intézkedés 13fő
- próbára bocsátás intézkedés 395 fő
- pártfogó felügyelet elrendelése büntetés/ intézkedés mellett: 166 fő

Új pszichoaktív anyagokkal visszaélés szakasza (184. §) 2017-ben 473 főt ítéltek el jogerősen. A jogerősen elítélt személyekkel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- szabadságvesztés 159 fő közérdekű munka 20 fő
- pénzbüntetés (beleértve a felfüggesztett pénzbüntetést) 36 fő
- megrovás intézkedés 0 fő
- próbára bocsátás intézkedés 22 fő
- pártfogó felügyelet elrendelése büntetés/intézkedés mellett: 27 fő

2017-ben a szabálysértési hatóságokhoz áttett ügyekben 1678 személyt vontak szabálysértési eljárás alá. Az értékelt időszakban 1234 személlyel szemben pénzbírságot szabtak ki, 166 esetben figyelmeztetést alkalmaztak, 63 esetben megszüntették az eljárást. Összesen 72593000 forint pénzbírságot szabtak ki, átlagosan 58828 forint összegben.

T3.3 JOGSZABÁLYOK ÉRTÉKELÉSE

Nincs információ.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs információ.

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

Ignác Gy. (2017): Kábítószer-kereskedelem és kábítószer birtoklása a Fővárosi Ítéltábla gyakorlatában. In Büntetőjogi Szemle 2017/1. 43-62. old.

OBH (Országos Bírósági Hivatal) (2018): Statisztikai Elemző Osztály adatai 2017.

T5.2 MÓDSZERTAN

N.a.

KÁBÍTÓSZEREK^{13,14}

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

T0.1 A KÁBÍTÓSZEREK FEJEZET ÖSSZEFOGLALÁSA

T0.1.1 A leggyakrabban használt szerek, kábítószerpiaci fejlemények, polidroghasználat

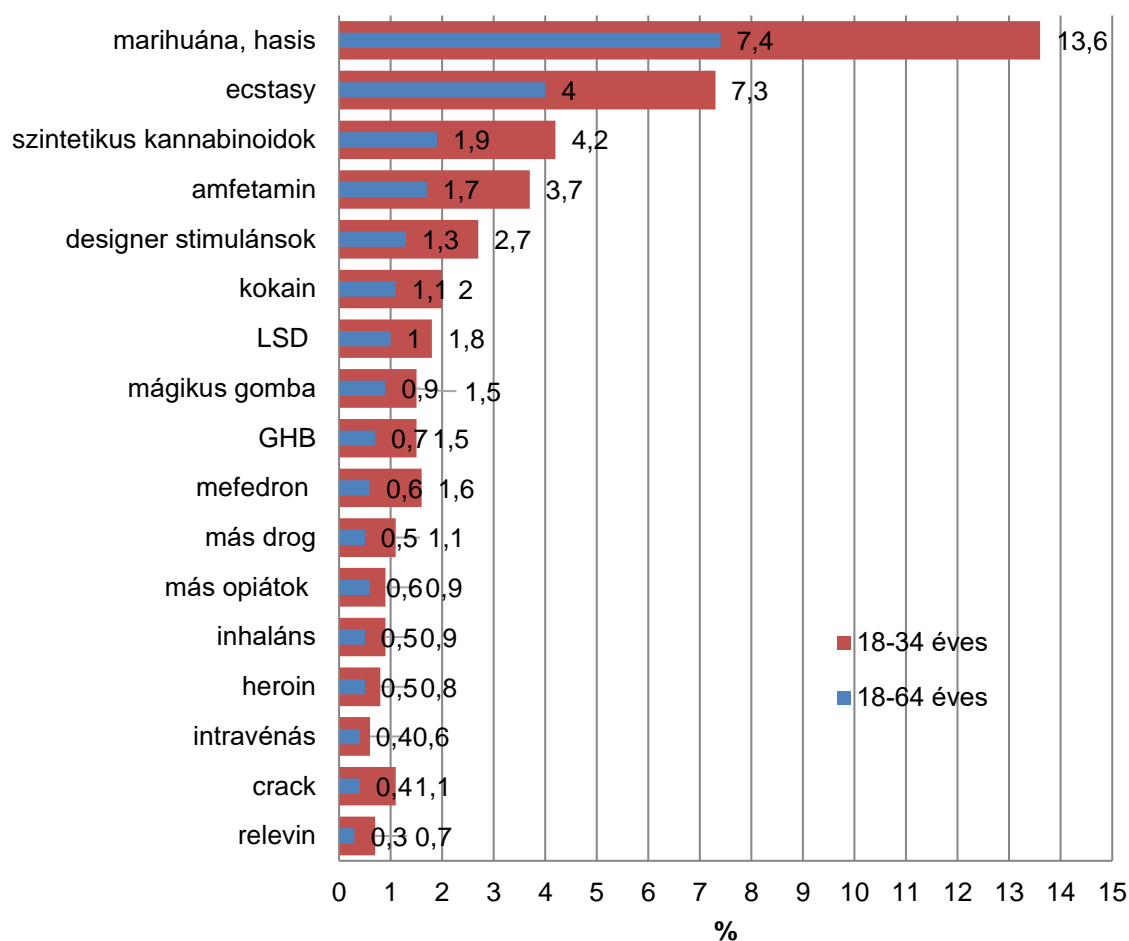
T0.1.1 a) A főbb kábítószeres és relatív fontosságuk

A kutatási adatok alapján (Paksi et al. 2015) a 18-64 éves népességben minden tizedik (9,9%), a 18-34 éves fiatal felnőtt populációban csaknem minden ötödik személy (17,7%) fogyasztott az élete során valamilyen tiltott drogot. A felnőtt népességben a legtöbben marihuánát vagy hasist próbáltak (7,4%), illetve közel fele ekkora, de a többi szerhez képest kimagasló az ecstasy fogyasztásának életprevalencia értéke (4%). A két legnépszerűbb szert – azoktól jelentősen elmaradva – követik a szintetikus kannabinoidok (1,9%), az amfetamin (1,7%) és a designer stimulánsok (1,3%). A fiatal felnőtt (18-34 éves) népesség szerpreferencia sorrendje megegyezik a felnőtt lakosságéval.

¹³ A fejezet szerzői: Bálint Réka, Horváth Gergely, Kaló Zsuzsa, Paksi Borbála, Péterfi Anna, Tarján Anna

¹⁴ A drogepidemiológiai vizsgálatok tekintetében általánosságban az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) csoportjába sorolja a jelentés a 2009-től nagyobb mértékben megjelenő szintetikus kannabinoidokat és a designer stimulánsokat az egyes szerek aktuális jogi státuszától függetlenül.

1. ábra. A szerenkénti életprevalencia értékek a 18-64 éves, és a 18-34 éves populációban, 2015-ben (%)



Forrás: OLAAP - Paksi et al. 2015

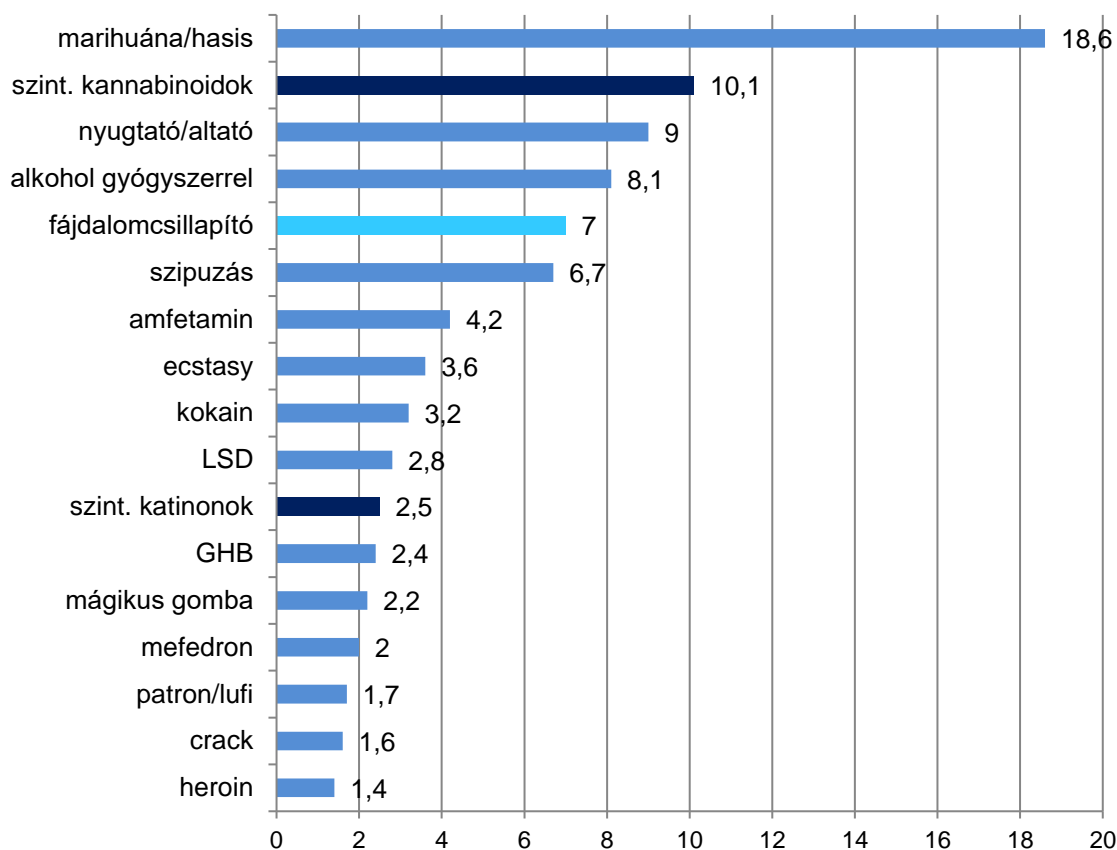
A tiltott drogok éves prevalencia értéke a felnőtt népességben 2,3%, a fiatal felnőtt népességben pedig 5,3% volt. A szintetikus kannabinoidok és a designer stimulánsok¹⁵ fontossága a közelmúltbeli droghasználat alapján még inkább megmutatkozik: az elmúlt havi prevalencia értékek alapján a szintetikus kannabinoidok a második, a designer stimulánsok pedig a negyedik helyen szerepelnek.

Az iskoláskorúak (9-10. évfolyam) körében az életprevalencia értékek alapján (Elekes 2016) a marihuána volt a legelterjedtebb kábítószer 2015-ben (a korábbi évekhez hasonlóan). A második helyen egy új pszichoaktív szer (ÚPSZ), a 2015-ben először kérdezett szintetikus kannabinoidok szercsoport áll. Ezt követik az orvosi javaslat nélkül szedett nyugtatók/altatók, illetve ezek alkohollal történő együttes fogyasztása. A szintén először kérdezett, hangulatjavító szándékkal bevett fájdalomcsillapítók is hasonlóan népszerűek a tanulók körében. Hatodik helyen a szerves oldószerek belélegzése szerepel.

A következő, legtöbbször által valaha használt kábítószer az amfetamin, amely így a hetedik helyre került. Hasonlóan elterjedt még az ecstasy, a kokain és az LSD fogyasztása. A többi kérdezett szer életprevalencia értéke 2% körüli. A designer drogok másik nagy csoportjának, a szintetikus katinonoknak a fogyasztása kevésbé elterjedt a középiskolások körében.

¹⁵ A designer stimulánsok csoport legnagyobb részben a szintetikus katinonokat tartalmazó szerekre utal, de nem kizárólagosan, mivel csekély arányban megjelennek új típusú amfetaminok, fenetilaminok, triptaminok, piperazinok vagy egyéb más szerek is ebben a kategóriában. Továbbá a fejezetben közölt felmérések önbevalláson alapuló utcai nevekre támaszkodnak, ezért a „designer stimulánsok” elnevezés adekvátábban fedile a stimuláns hatású új pszichoaktív szereket a hatóanyagra utaló elnevezések helyett. Az egyes alfejezetek pontosítják, hogy az adott kutatásban milyen szernevek kerültek besorolásra az említett tágabb kategóriákba.

2. ábra. Szerenkénti életprevalencia értékek a 9-10. évfolyamon tanuló diákok körében 2015-ben (%)



Forrás: ESPAD – Elekes 2016

2011-ig változó ütemben és mértékben, de nőtt majdnem minden típusú drogfogyasztás életprevalencia értéke a 16 éves diákok körében. A korábbi tendencia 2015-re megfordulni látszik. A vizsgált szertípusok életprevalencia értéke rendre csökkent a 2011-es eredményekhez képest, legnagyobb mértékben a marihuána elterjedtsége, 32,5%-kal. Emellett megjelentek a designer drogok a fogyasztási struktúrában, túlnyomó részt a szintetikus kannabinoidok. Szerváltásról azonban nem beszélhetünk, mivel az összes szer fogyasztásának életprevalencia értéke is csökkent 25%-kal, és az adatokból az is kiderül, hogy a designer drogot kipróbálók többsége tiltott szerfogyasztó is.

Intravénás és magas kockázatú szerhasználat

A rutin adatgyűjtésekből és a területen végzett kutatásokból kirajzolódik, hogy a magasabb kockázatú, problémás szerhasználók körében jelentős változások történtek a szerhasználati mintázatban az elmúlt 8 év során. Ennek a változásnak egyik eredője az új pszichoaktív szerek – jellemzően szintetikus katinonok és szintetikus kannabinoidok – megjelenése és használatának elterjedése, másrészt a problémás használati mintázatban jellemző klasszikus szerek (heroin ill. amfetamin) hatóanyagtartalmának vagy hozzáférhetőségének lecsökkenése. A változás az intravénás szerhasználói populáció mellett érintette az egyéb, szociális szempontból marginalizált csoportokat is, úgymint a hajléktalanokat, fogvatartottakat, a szegregátumokban élőket, illetve a gyermekvédelmi szakellátásban gondozott fiatalokat.

Az intravénás szerhasználók esetében tapasztalható volt egy váltás az elsődlegesen injektált szer vonatkozásában. Míg a tűcsere programok kliensei 2010 előtt mintegy fele-fele

arányban injektáltak heroint vagy amfetamint, addig 2015-re 80%-uk esetében az elsődlegesen injektált szer valamilyen designer stimuláns volt. Az adatok alapján mind a heroin-, mind az amfetaminfogasztók körében tetten érhető volt a szerváltás. Az új anyagok hatása az elmondások szerint rövidebb ideig tart, ezért gyakrabban injektálják azokat (bővebben Stimulánsok, T1.2.5 alfejezet). 2016 óta a szintetikus katinonok injektálása mérséklődni látszik (elsődlegesen injektált szer a tűcsere kliensek körében 2016: 78%; 2017: 77%), mellyel párhuzamosan egyre több adatforrás beszámol a beviteli módban/elsődlegesen használt szerben tapasztalható változásról, vagyis az injektálás helyett egyre több szerhasználó részesíti előnyben a „fóliázással” (belélegzés/inhalálás) történő bevitelt, illetve a szintetikus kannabinoidok elszívására való időszakos vagy teljes átállást. A korábban alapvetően intravénás szerhasználattal jellemezhető csoportok egyre inkább jellemezhetők egy többféle szer és többféle beviteli mód változtatásával leírható polidroghasználati mintázattal.

Az utóbbi 3 évben számos kutatás vizsgálta – az általános népességben végzett populációs vizsgálatok előtt rejtve maradó – szociálisan marginalizált helyzetű csoportok szerhasználatát. Ezek alapján úgy tűnik, az ÚPSZ-ok használata – e szerek alacsony árából és könnyű hozzáférhetőségéből fakadóan – rendkívül elterjedt a hajléktalanok (Paksi és Magi 2017; Kaló et al. 2018), a szegregátumokban élők (Szécsi et al 2016; Csák et al. 2017), a fogvatartottak (Kaló et al. 2018, Port 2016b), illetve a gyermekvédelmi szakellátásban élők körében (Kaló et al. 2017; Baráth et al 2018).

Egészségügyi következmények

Az addiktológiai kezelések okaként leggyakrabban megnevezett szer Magyarországon a kannabisz, használói aránya különösen magas a büntetőeljárás alternatívájaként kezelésbe lépők körében (akik az összes kezelt 68,6%-át adják). A második legjellemzőbb, kezelést indokló szerhasználati probléma a stimulánsfogyasztás. Bár a kezelési adatok csak közvetetten, a kábítószer-használók ellátásával foglalkozó ellátók körében készített két vizsgálat (Péterfi 2015; Péterfi et al. 2016 – módszertant lásd a Kábítószerkezelés E) fejezet T5.2 pontjában) közvetlenebb módon is megerősíti a szintetikus kannabinoidok, valamint a szintetikus katinonok használatából eredő kezelési igény jellemzővé válását, mely mértékében vetekszik a klasszikus kábítószerkezelésekhez kapcsolódó kezelési igénnyel.

A kezelési adatok szerint ezen szerek használata intenzívebb, és a kezelésbe lépő használók életkora is lefelé tolódott. A kezelési adatok mellett több kutatás is igazolta a designer szerek miatt hamarabb kialakuló kezelési igényt. Az addiktológiai problémák mellett a sürgősségi/klinikai toxikológiai és a pszichiátriai kezelési igények száma is növekedést mutatott az elmúlt években a beszámolók szerint (bővebben 2015-ös és 2016-os Éves Jelentés 4.4. fejezet).

2011 és 2014 között megduplázódott (24%-ról – 49%-ra) a HCV prevalencia az intravénás szerhasználók körében országos szinten, az aktív¹⁶ injektálók körében 2014-ben 65%-os volt ez az érték. Az elsődlegesen új pszichoaktív szereket injektálók körében szignifikánsan magasabb az injektáló eszközök megosztásának előfordulási gyakorisága, illetve a HCV prevalenciája a klasszikus szereket injektálókhoz képest. (lásd: Egészségügyi következmények és Ártalomcsökkentés, T1.3. fejezet)

T0.1.1 b) A kábítószerpiac fejleményei

Az új pszichoaktív szerek megjelenésével 2010-től nagyfokú áttrendeződés volt megfigyelhető a kábítószerpiacon, mely 2014-ben érte el csúcspontját mikor is a lefoglalt szerek 60%-a új pszichoaktív szer volt. 2015-től folyamatosan csökkent az arányuk, 2017-

¹⁶ elmúlt 4 hétben is injektáló

ben pedig már csak 35%-át tették ki a lefoglalásoknak. 2017-ben a szintetikus kannabinoidok közül az 5F-MDMB-PINACA, az AMB-FUBINACA és az ADB-FUBINACA voltak leginkább elérhetőek, míg a dizájner stimulánsok körében az ethil-hexedron uralta a piacot.

A lefoglalási és fogyasztói információk szerint, 2017-ben is a kannabisz származékok maradtak a legelterjedtebb kábítószer a piacon. A stimulánsok közül továbbra is az amfetamin, az ecstasy és a kokain a legnépszerűbb. A 2017-es évben kismértékben növekedett a magas MDMA tartalmú ecstasy tabletták lefoglalási aránya, továbbá folyamatos emelkedés figyelhető meg a fogyasztói mennyiségű kokain lefoglalásokban, mely a szer fokozottabb mértékű terjedésére utalhat. (NSZKK 2018a)

T0.1.1 c) Polidrog használat

A felnőttkorú népességben végzett legutóbbi vizsgálat eredményei szerint (Paksi et al. 2015) a 18-64 éves népességben a valaha használók egyharmada (32%) a vizsgált 14 féle drog közül csak egyfélét használt. Másik egyharmaduk (33,5%) kettő, egyötödük (20,5%) azonban háromnál több féle droggal is próbálkozott eddigi élete során. A hatféle EMQ standard drogra (kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, heroin, LSD) számítva a valaha használók közel kétharmada (65,2%) csak egyféle, 7,2% pedig több mint háromféle drog fogyasztásával próbálkozott.

A különböző fogyasztási típusok szétválasztására végzett klaszterelemzés alapján azt mondhatjuk, hogy míg a gyógyszer-, illetve a kannabiszhasználat önálló, illetve a fiatal felnőttek körében jellemző fogyasztói magatartásként van jelen a magyarországi droghasználatban, addig az ÚPSZ-használat a polidrog-használat részeként jelenik meg, nem képez önálló használói csoportot.

Hasonló eredményre jutottak a speciális populációkban végzett vizsgálatok is. A polidroghasználat jellemző a telepi szegregátumban élő felnőtt ÚPSZ használó populációra (Csák et al 2017), valamint a hajléktalan populációra (Paksi és Magi 2017). Egy 2018-as kvalitatív (Kaló et al. 2018) kutatás keretében megkérdezett szakemberek a hajléktalan-ellátásban, a börtön szcénában és az ártalomcsökkentő szolgáltatók klienskörébe tartozó intravénás szerhasználók körében is „politoxikománként” írják le az ÚPSZ használók viselkedését.

A) KANNABISZ

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 A SZERHASZNÁLAT PREVALENCIÁI ÉS TRENDJEI

T1.1.1 Kannabisz származékok hozzáférhetősége

A lefoglalási adatok alapján elmondható, hogy Magyarországon a növényi kannabisz (marihuána) használata a jellemző, valamint kisebb mértékben a hasisé, melynek hozzáférhetősége jóval alacsonyabb a lefoglalási adatok alapján (NSZKK 2018a). További információk a kannabisz-kereskedelemről és lefoglalásokról a Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezetben olvashatók.

Az utcai árakat felmérő kérdőíves kutatásban (Bálint 2018) a válaszadóknak lehetőségük volt egy, a minőség, ár, és hozzáférhetőség változásaira irányuló kérdés megválaszolására is. Az itt megadott válaszok alapján arra következtethetünk, hogy a kannabisz-származékok hozzáférhetősége széles körben igen magas, azonban sokuk szerint magasabb hatóanyagtartalmú marihuánához nehezebben vagy drágábban, és főleg a fővárosban lehet hozzájutni. Ezzel szemben több válaszadó is úgy vélte, hogy a szintetikus kannabinoidokhoz rendkívül könnyű a hozzáférés, és rendkívül olcsók ezek az anyagok, Budapesten kívül és az interneten is. (További információk az utcai kábítószerárakról a Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezet T1.1.5 pontjában, módszertani leírás az adatfelvételtől ugyanitt a T5.2 pontban).

Egy több szerhasználói szcénát felölelő kvalitatív vizsgálatban (Kaló et al. 2018) a szakértők többsége a *varázsdohányt* említette a 2017-es évben legjellemzőbben használt ÚPSZ-ként, mely tulajdonképpen a szintetikus kannabinoidok új megjelenési formája: a hatóanyagot a korábban jellemző hordozóanyagok helyett dohányra impregnálják. A *varázsdohány* először a börtönökben jelent meg, azonban 2017-ben már széles körben hozzá lehetett jutni az utcán is. (NSZKK 2018a; Kaló et al. 2018).

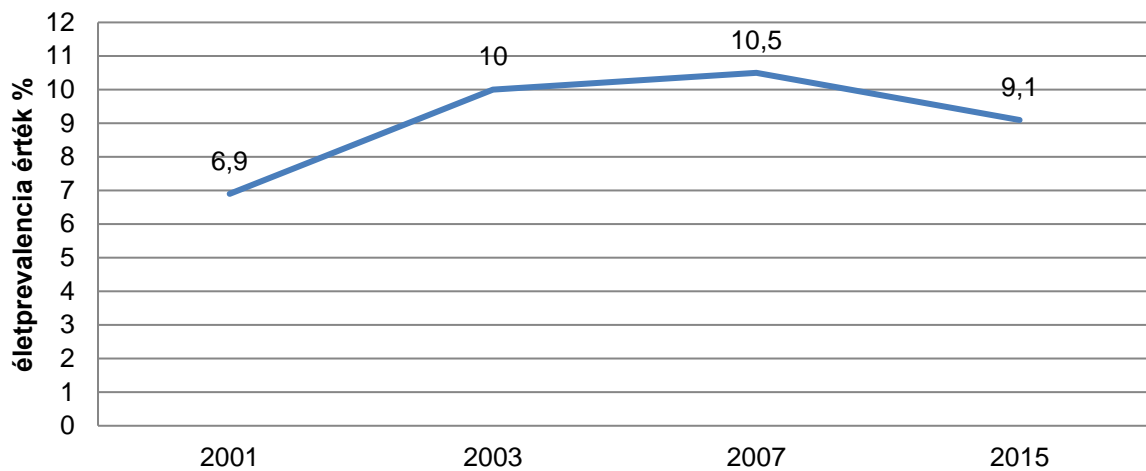
Egy másik új, kevésbé elterjedt megjelenési forma ugyancsak a szintetikus kannabinoidok esetében a fogpiszkáló. A szintetikus kannabinoidokkal átitatott fogpiszkálót kis darabokban vagy lereszelve sodorják cigarettába, és szívják el (Kaló et al. 2018).

T1.1.2 Kannabiszfogyasztás az általános népességben

A 2015-ös lakossági vizsgálat (Paksi et al. 2015) eredményei szerint a 18-64 éves felnőtt lakosság körében a kannabisz a legelterjedtebb kábítószer, életprevalencia értéke 7,4%, az éves prevalencia érték 1,5%, a havi prevalencia érték pedig 0,7%.

A korábbi összehasonlítható vizsgálatok alapján 2001 és 2003 között szignifikánsan növekedett a kannabiszhasználat elterjedtsége, majd 2003 és 2007 között stagnált, az utóbbi 8 évben pedig (68%-os megbízhatósági szinten) azt mondhatjuk, hogy csökkent.

3. ábra. A kannabiszhasználat életprevalencia értékének változása 2001-2015 között a 18-53 éves* népességben (%)



*Az egyes vizsgálatok mintájának eltérő életkori jellemzői miatt a 18-53 éves népesség vonatkozásában van lehetőség tendenciák felvázolására.

Forrás: OLAAP – Paksi et al. 2015

A kannabiszhasználat tekintetében a vizsgált társadalmi mutatók mentén rendre szignifikáns ($p < 0,005$) mintázódás figyelhető meg. Legmarkánsabb különbségek az életkor esetében tapasztalhatók: a fiatal felnőttek (18-34 éves) körében a kannabiszhasználat életprevalencia értéke több mint háromszorosa az idősebb korosztályban (18-64 éves) mért értéknek. A kannabiszhasználat urbanizációs mintázata azt mutatja, hogy az ötvenezer fős, vagy nagyobb településen élők körében több mint kétszeres az életprevalencia érték, mint a kisebb településeken, és hasonló különbség mutatkozik főváros-vidék viszonylatban is. A férfiak életprevalencia értéke szintén szignifikánsan ($p = 0,005$) meghaladja a nőkéét. Az iskolai végzettség, valamint a háztartás jövedelme alapján a magasabb státuszúak mutatnak az átlagosnál nagyobb kitettséget.

3. táblázat. A kannabiszhasználat életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 18-64 éves népességben 2015-ben (%) (N=100 fő)

szociodemográfiai jellemzők		kannabisz- használat életprevalencia érték %	szignifikancia
nem	férfi	9,5	p=0,005
	nő	5,7	
fiatal felnőtt – felnőtt	18-34 év	13,6	p<0,001
	35-64	4,3	
korcsoport	18-24	14,6	p<0,001
	25-34	12,9	
	35-44	7,0	
	45-54	3,4	
	55-64	2,0	
legmagasabb iskolai végzettség	8 általános vagy kevesebb	5,5	p=0,021
	szakmunkás	4,6	
	érettségi	9,3	
	főiskola/BA/BSC	8,0	
	egyetem/MA/MSC	13,7	
településméret	<50.000 lakos	5,8	p=0,003
	≥50 000 lakos	10,2	
vidék-főváros	vidék	6,5	p=0,008
	főváros	11,4	
háztartás nettó havi jövedelme	<100.000 Ft	6,5	p=0,003
	101.000 – 200.000 Ft	4,9	
	200.001 – 400.000 Ft	8,3	
	400.000 Ft felett	18,0	

Forrás: OLAAP – Paksi et al. 2015

A ma 18-64 éves felnőtt népesség első kannabiszhasználatát leggyakrabban, és átlagosan 20 évesen történt: 15 és 20 év között intenzív – az egyes korévekben 1-2%-os –, majd csökkenő kockázat jellemző, 27 éves kor után pedig már nem tapasztalható első kannabiszhasználat. A mai fiatal felnőttek leggyakrabban 17, átlagosan 18,7 évesen próbálták ki a kannabiszt.

T1.1.3 Kannabiszfogyasztás az iskolás populációban

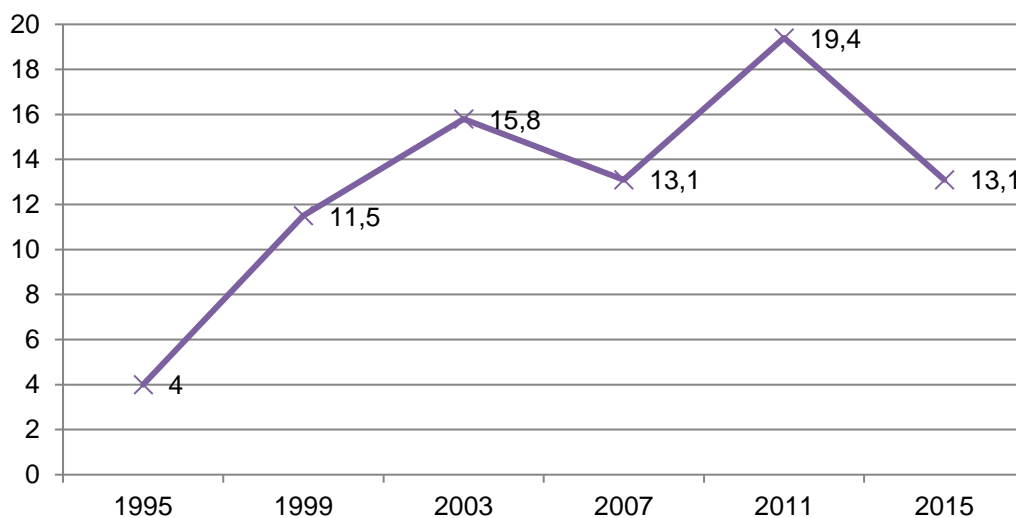
A 2014-ben készült HBSC kutatás (Arnold és Németh 2015) eredményei szerint a 9. és 11. évfolyamon tanuló diákok 18,7%-a fogyasztott már kannabiszt. A kannabiszt kipróbáló tanulók túlnyomó többsége 14 évesnél idősebb korban, legnagyobb arányban – közel fele – 16 évesen vagy idősebben, negyedük pedig 15 évesen fogyasztott életében először kannabiszt. A fiúk és idősebbek szignifikánsan érintettebbek kannabiszhasználat szempontjából: míg a 11. évfolyamon tanulók 23,3%-a, addig a 9. évfolyamosok 14,3%-a próbálta ki a marihuánát, hasist. A korábbi jelentősebb nemi különbség eltűnőben van, ugyanis a fiúk és a lányok közötti életprevalencia értékek közötti különbség épphogy kimutatható (p=0,48): a fiúk 19,9%-a, a lányok 17,6%-a fogyasztott már életében kannabiszt. A kannabisz életprevalenciája a régióval szignifikáns kapcsolatot mutatott: a legmagasabb prevalencia értékek Közép-Dunántúlon (23,2%) voltak tapasztalhatók, második helyen Dél-

Alföld (21,6%), harmadik helyen Közép-Magyarország (20,9%) szerepelt, a legkevésbé pedig Észak-Alföld volt érintett (12%). A lakóhely és kannabisz-életprevalencia között nem tapasztalható szignifikáns összefüggés, azonban a kannabisz az iskola településtípusával szignifikáns kapcsolatot mutatott. A legmagasabb prevalencia érték községben (27,4%)¹⁷ volt megfigyelhető, második helyen Budapest (21%) szerepelt, a legalacsonyabb értéket pedig a városokban (16,3%) mérte a kutatás. A korábbi évekhez hasonlóan a szakiskolában, szakmunkásképzőben tanuló 9. és 11. évfolyamos diákok markánsan érintettebbek (24,1%) voltak kannabiszhasználat tekintetében a gimnáziumban tanuló diákokhoz (17,7%) képest.

A legújabb ESPAD kutatás eredményei (Elekes 2016) szerint a legelterjedtebb kábítószer 2015-ben (is) a marihuána volt a 9-10. évfolyamon tanulók körében: a diákok 18,6%-a próbálta már. A megkérdezettek 12,5%-a vallotta, hogy használt kannabiszt az adatfelvételt megelőző évben és 5,7%-a, hogy a megelőző hónapban is. A valaha használók kétharmada fogyasztotta az előző évben és közel harmada az előző hónapban is.

Az elmúlt 20 év ESPAD kutatásai azt mutatják, hogy 2011-ig változó ütemben, de nőtt a kannabiszfogyasztás prevalenciája a 16 éves diákok körében (2007-ben módszertani változtatások történtek). A korábbi tendencia 2015-re megfordult. A 2011-es adatokhoz képest az összes vizsgált szer közül a legnagyobb mértékben a kannabisz elterjedtsége csökkent, 32,5%-kal.

4. ábra. A kannabiszhasználat életprevalencia értékének változása 1995-2015 között a 16 éves tanulók körében (%)



Forrás: ESPAD – Elekes 2016

A kannabiszhasználat csaknem minden vizsgált társadalmi mutatóval szignifikáns kapcsolatot mutat. A fiúk és a szakiskolába járók szignifikánsan érintettebbek, különösen, ha az iskola Budapesten vagy éppen községekben található. Elterjedtebb a kannabiszfogyasztás a fővárosban és a nagyobb városokban élők, illetve azok körében, akik csak egy szülővel élnek, és az anyagi helyzetüket átlag alattinak gondolják. A szülők iskolai végzettsége viszont nem meghatározó a szerhasználat szempontjából.

¹⁷ Az alacsony elemszám miatt csak körültekintéssel értelmezhető.

4. táblázat. A kannabiszhasználat életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 9-10. évfolyamon tanulók körében 2015-ben (%) (N=1230 fő)

szocio-demográfiai jellemzők		kannabisz életprevalencia érték %	szignifikancia
nem	fiú	21,0	p<0,001
	lány	15,8	
iskolatípus	gimnázium	14,2	p<0,001
	szakközépiskola	19,6	
	szakiskola	24,2	
iskola székhelye	Budapest	27,7	p<0,001
	megye jogú város	17,5	
	egyéb város	14,8	
	község	23,4	
lakóhely	Budapest	24,3	p<0,001
	város	17,8	
	község	15,9	
családszerkezet	teljes család	14,7	p<0,001
	mozaik család	21,9	
	csonka család	25,1	
	nincs édes szülő	27,2	
apa iskolai végzettsége	kevesebb, mint érettség	18,3	nsz
	érettségi	18,7	
	felsőfok	17,7	
	nem tudja, nincs apja	17,8	
anya iskolai végzettsége	kevesebb, mint érettség	17,7	nsz
	érettségi	20,1	
	felsőfok	16,5	
	nem tudja, nincs anyja	18,0	
szubjektív anyagi helyzet	legjobb vagy sokkal jobb az átlagnál	19,1	p<0,001
	átlagos, vagy valamivel jobb az átlagnál	17,1	
	átlag alatti	25,5	

Forrás: ESPAD – Elekes 2016

Az első fogyasztás jellemző életkora a 9-10. évfolyamon tanulók körében 15 éves korra tehető.

T1.2 SZERHASZNÁLATI MINTÁZATOK, KEZELÉS-ELLÁTÁS ÉS PROBLÉMÁS/MAGAS KOCKÁZATÚ SZERHASZNÁLAT

T1.2.2 Kannabiszhasználók ellátása

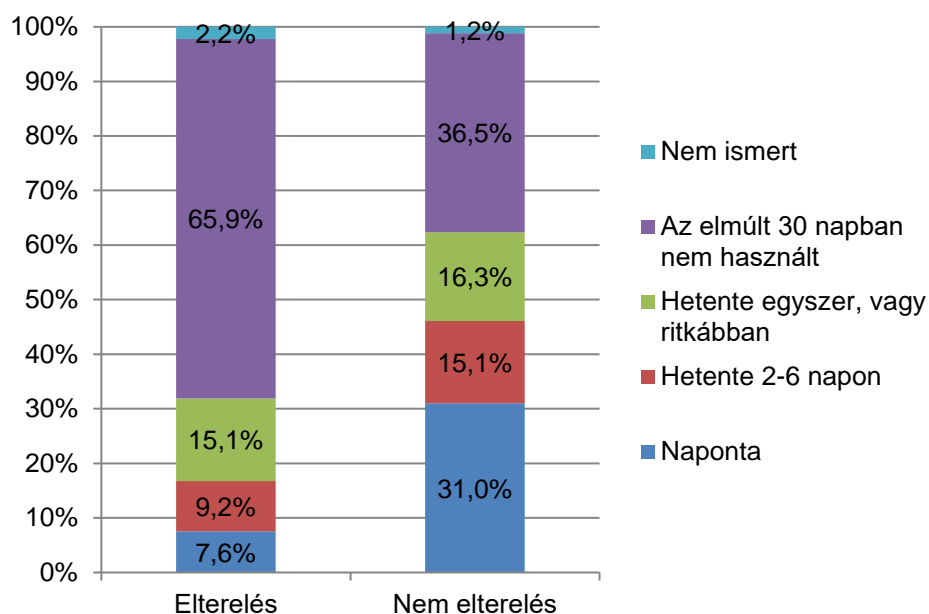
Magyarországon a kannabiszhasználat a vezető indoka a kábítószerhasználók kezelésbe lépésének (lásd Kezelés fejezet T1.3.1 és T2.1 alfejezet). 2017-ben a kezelést kezdők 63,0%-a (3031 fő) jelölte meg a kannabiszt elsődleges szerként (*TDI adatgyűjtés 2018*). 2016-ról 2017-re jelentősen megnövekedett a kezelésbe lépő kannabiszhasználók száma (2323 főről 3031 főre). Közülük az elterelés keretében kezelést kezdő kannabiszhasználók száma növekedett nagyobb mértékben (1826 főről 2417 főre – vagyis 32,4%-kal), de a nem elterelés keretében kezelést kezdők esetében sem elhanyagolható növekedés volt tapasztalható (493 főről 603 főre – vagyis 22,3%-kal). A jelenség részben magyarázható a rendőri aktivitás növekedésével a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények terén, amelynek köszönhetően sok fogyasztó csatornázódik be az ellátórendszerbe a büntető eljárás elkerülése érdekében igénybe vehető elterelésnek köszönhetően. (Kapcsolódó információk a Kezelés fejezet T2.1 pontjában és a Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezet T1.2 és T2.4 pontjában.)

A kannabiszhasználók jelentős része (2417 fő, 79,7%) elterelés keretei között vette igénybe az ellátást, az összes kannabisz miatt kezelt 51,7%-a (1567 fő) megelőző-felvilágosító szolgáltatásban. Az eltereltek közel háromnegyede (2417 fő, 72,9%) kannabisz miatt kezdett kezelést. A nem elterelésben lévő kliensek körében a kannabiszhasználók aránya lényegesen alacsonyabb, 40,7% volt (603 fő).

A kannabisz miatt kezelésbe lépők 90,3%-a férfi, 9,7%-a nő volt, átlagéletkoruk 26,7 év volt és átlagosan 8,4 éve használtak kannabiszt a 2017-es kezelésbe lépésüket megelőzően.

A büntetőeljárás elkerülése érdekében (vagyis elterelés keretében) kezelést kezdő kannabiszhasználók majd kétharmada (65,9%) a megelőző 30 napban nem használta a szert. Intenzív használati mintázatról (napi vagy heti 2-6 alkalommal) e csoport 16,8%-a esetében beszélhetünk. Az egyéb indokból kezelést kezdő (nem elterelt) kannabiszhasználóknak egyharmada (36,5%) nyilatkozott úgy, hogy nem fogyasztott kannabiszt a kezelésbe lépést megelőző 30 napban, míg 46,1%-uk volt jellemezhető intenzív kannabiszfogyasztással (elsődleges szerként).

5. ábra. A kezelésbe lépő kannabiszhasználók szerhasználati gyakorisága az elterelt és a nem elterelt kliensek százalékában 2017-ben ($N_{Elterelt}=2417$ fő; $N_{Nem\ elterelt}=603$ fő)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

A kezelési, ártalomcsökkentő lehetőségeket tekintve a kannabiszhasználók ellátása jellemzően az általános kábítószer-használókat, szenvedélybetegeket, illetve pszichiátriai betegeket ellátó szolgáltatóknál történik. Egyes kezelőhelyek kezelési programjában vannak programelemek, melyek kifejezetten a kannabiszhasználók igényeire szabottak (Péterfi 2015), azonban külön kezelési vagy ártalomcsökkentő program részükre nem elérhető az országban.

Problémás kannabiszhasználóknak a hagyományos kezelési programok mellett nyújt alternatívát a Kék Pont Alapítvány magyar nyelvű online önsegítő programja¹⁸, mely interneten elérhető terápiás lehetőséget kínál ennek a szerhasználói csoportnak¹⁹. A program mindenki számára nyitott és ingyenes. A program, leírása alapján, azokat a (problémás) kannabiszhasználókat célozza, akik környezete egyre nagyobb problémaként érzékeli szerhasználatukat, mivel az iskolai/munkahelyi teljesítményromlással, és a szociális kapcsolatok leépülésével jár. (Bővebben lásd 2011-es Éves Jelentés 5.2. fejezet)

T1.2.4 Szintetikus kannabinoidok

Felnőttkorú népesség

A 2015-ös OLAAP lakossági vizsgálat (Paksi et al. 2015) eredményei szerint a 18-64 éves felnőtt lakosság körében a szintetikus kannabinoidok a legelterjedtebb drogok között szerepelnek: az életprevalencia értéke (1,9%) alapján a harmadik, az éves prevalencia értéke (1,1%) alapján pedig a második legnépszerűbb szertípus. A havi prevalencia értéke 0,2%. (Paksi et al. 2015)

A szintetikus kannabinoidok használatának társadalmi mintázódását az alacsony esetszám miatt csak néhány jellemző mentén vizsgáltuk (18-64 éves mintában a használók száma mindössze 26 fő, a 18-34 éves fiatal felnőtt mintában 58 fő²⁰). Szignifikáns különbséget az

¹⁸ A weboldal kifejlesztéséhez a Jellinek Alapítvány által működtetett knowcannabis.org.uk oldalt vették alapul.

¹⁹ Forrás: http://kekpont.blog.hu/2010/06/02/title_1561746

²⁰ A fiatal felnőttek a két mintában különböző súlyozással szerepelnek.

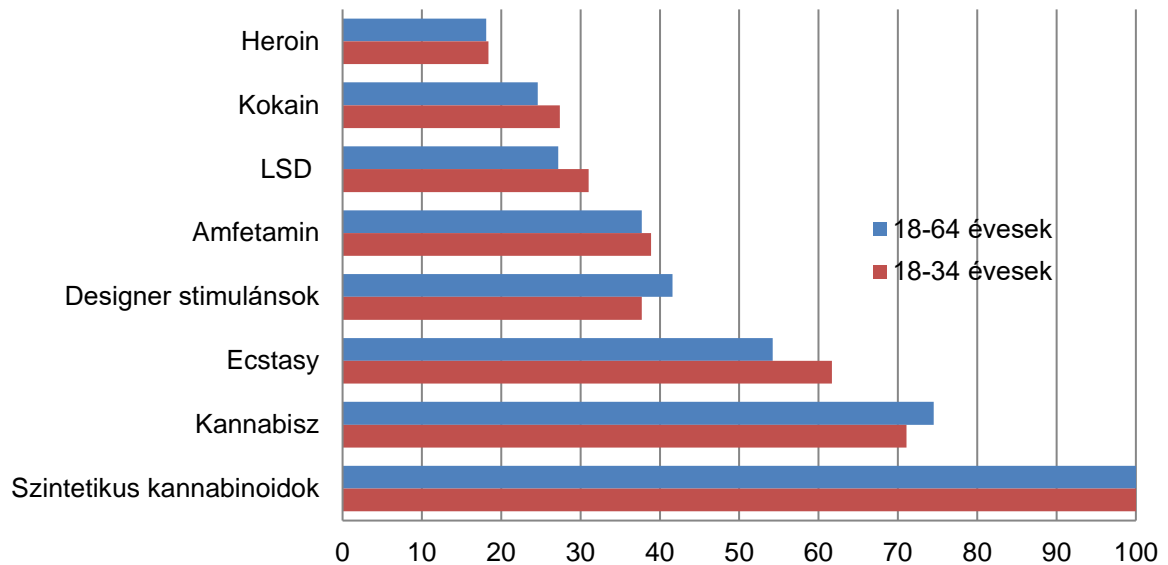
életkor és a nem tekintetében tapasztaltunk. A fiatal felnőttek körében az életprevalencia értéke (4,2%) több mint ötszöröse az idősebb korosztályban mért értéknek (0,8%), a legfiatalabb felnőtt korosztály (18-24 éves) érintettsége szignifikánsan magasabb (6,2%). A férfiak életprevalencia értéke négyszeresen meghaladja a nőkéét (3,3% és 0,8%). Szignifikáns urbanizációs mintázódás nem jelenik meg az adatokban. A 18-34 éves fiatal felnőtt populációban a felnőtt népességgel megegyező mintázódást tapasztaltunk. (Paksi et al. 2015)

Az szintetikus kannabinoidok első fogyasztása átlagosan 18, leggyakrabban 17 évesen történt.

A szintetikus droghasználat és egyéb droghasználó magatartások kapcsolódásának vizsgálatára a kutatás során a hagyományosan a kannabiszhasználókra épített droghasználati piramis²¹ speciális, a szintetikus kannabinoid-használókra konstruált változatát hozták létre. A piramis azt mutatja, hogy azok, akik valaha életükben fogyasztottak szintetikus kannabinoidot, milyen arányban használtak egyéb drogokat (kannabiszt, ecstasyt, új stimulánsokat, amfetamint, LSD-t, kokaint és/vagy heroint) is az életük során. A piramis alapján láthatjuk, hogy a 18–64 éves népességben a valaha szintetikus kannabinoid-használók közel háromnegyede használt már életében kannabiszt, több mint fele ecstasyt, mintegy kétötödük fogyasztott már valamilyen designer stimulánst, illetve amfetamint, minden negyedik próbálkozott már élete során LSD-, illetve kokain- és közel minden ötödik heroinfogyasztással. Ezeket az értékeket összevetve az TO.1.1 alfejezetben az 1. ábra-n szereplő életprevalencia értékekkel, láthatjuk, hogy a szintetikus kannabinoidokat használók körében minden vizsgált drog életprevalencia értéke többszöröse az általános populációban mért életprevalencia értékeknek. A szintetikus kannabinoidokat használók körében több mint harmincszor nagyobb az esélye a heroin, illetve a designer stimulánsok kipróbálásának, 22–27-szeres az LSD-, illetve az amfetaminhasználat előfordulásának, és tízszeres a valószínűsége annak, hogy fogyasztottak már kannabiszt, vagy ecstasyt, mint általában a felnőtt népességben. A fiatal felnőtt népesség droghasználati piramisa követi a 18–64 éves lakosságra konstruált piramist. A piramis alapján az is kirajzolódik, hogy – bár a designer stimulánsok használatának kockázatonövekedése igen magas – nem a designer stimulánsok fogyasztása a leginkább elterjedt a szintetikus kannabinoid-használók körében. (Paksi et al. 2015)

²¹ A hagyományosan a szakirodalomban az ún. tiltott drog-fogyasztási piramist (EMCDDA, 1999) kannabiszszármazékok és más droghasználó magatartások kapcsolódásának kifejezésére konstruálják, ami az egyéb drogok életprevalencia-értékét mutatja a marihuánát/hasist valaha fogyasztók körében.

6. ábra. A szintetikus kannabinoid használókra épített droghasználati piramis a válaszolók %-ában, 2015-ben (a 18–64 és a 18–34 éves populációban)



Forrás: OLAAP – Paksi 2017

Leíró statisztikai eszközökkel vizsgálva a szintetikus kannabinoid-használat mintázódását az tapasztalható, hogy a vizsgált társadalmi-demográfiai dimenziók közül mindössze demográfiai jellemzők mentén mutatkoznak szignifikáns eltérések. A férfiak körében a szintetikus kannabinoid-használat életprevalencia értéke négyszerese a nők körében mért értéknek, s hasonló erősséggel jelentkezik az életkori mintázódás is: a fiatal felnőttek körében a szintetikus kannabinoid-használat életprevalencia értéke több mint négyszerese az idősebb korosztályban mért értéknek, s a legfiatalabb felnőtt korosztály (18–24 éves) érintettsége ezen belül is szignifikánsan magasabb. A kulturális, gazdasági, illetve munkaerőpiaci státusz, valamint a családi és társadalmi integritás különböző mutatói mentén nem találtunk mintázódást, ami azt jelenti, hogy a szintetikus kannabinoid-használók társadalmi jellemzőik mentén az általános népességtől nem különböznek. (Paksi et al. 2015)

A szintetikus kannabinoid-használat a klaszteranalízis alapján a polidrog-használók csoportjára jellemző leginkább a négy azonosított csoport közül, ebben a csoportban mindenki használt már kannabiszon kívül valamilyen más tiltott drogot. Amennyiben a kannabiszon kívül más tiltott drogok használatának társadalmi-demográfiai mintázódását vizsgáljuk, kor és nem tekintetében a szintetikus kannabinoid-használat esetében tapasztalható hasonló tendenciák mutatkoznak meg. Azonban az urbanizációs, gazdasági és kulturális státusz mentén – a szintetikus kannabinoid-használók átlagos helyzetével szemben – az egyéb drogok használata esetében egy, az átlagosnál jobb státusú, nagyvárosi populáció rajzolódik ki. (Paksi et al. 2015)

5. táblázat. A szintetikuskannabinoid-használat és a kannabiszon kívüli más tiltott drogok életprevalencia értéke a különböző szociodemográfiai jellemzők mentén a 18–64 éves népességben; 2015 (%)

Szociodemográfiai jellemzők		Szintetikus kannabinoid-használat LTP	szignifikancia	Kannabiszon kívüli más tiltott drogok LTP	szignifikancia
Nem	férfi	3,3	p=0,001	7,5	p=0,032
	nő	0,8		4,9	
Kor	18–24 év	6,4	p<0,001	12,4	p<0,001
	25–34 év	2,9		9,7	
	35–44 év	1,8		7,1	
	45–54 év	0,0		2,3	
	55–64 év	0,3		1,0	
Településméret	<50.000	1,9	nsz.	4,5	p<0,001
	≥ 50000	2,0		8,8	
A háztartás nettó havi jövedelme	≤100 ezer Ft	2,0	nsz.	4,5	p=0,075
	101 ezer – 200 ezer Ft	1,9		4,6	
	201 ezer – 400 ezer Ft	2,5		7,7	
	> 400 ezer Ft	0,0		11,7	
Dolgozik-e?	nem	1,7	nsz.	3,6	p=0,004
	igen	2,1		7,3	
Deprivációs index átlag	nem fogyasztott	4,07	nsz.	4,13	p=0,098
	fogyasztott	4,12		3,50	

Forrás: OLAAP – Paksi 2017

Iskoláskorúak

A középiskolások körében készült ESPAD vizsgálat (Elekes 2016) eredményei szerint a szerfogyasztási struktúrában második helyen állnak a 2015-ben először kérdezett szintetikus kannabinoid származékok: minden tizedik diák próbálta már életében (10,1%), a fiúk 11,3%-a, a lányoknak 8,7%-a (p=0,002).

A szintetikus kannabinoidok használata (N=668 fő) minden vizsgált társadalmi mutatóval szignifikáns kapcsolatot mutat. A szakiskolában tanulók (15,6%) körében csaknem háromszor elterjedtebb a fogyasztás, mint a gimnáziumokban (5,8%). Az áltagnál jóval magasabb az érintettsége a községi iskoláknak (17,2%). Jellemzőbb a fogyasztás a fővárosban (12,7%), csonka családban (14,1%) és rossz anyagi körülmények (16,6%) között élők körében. A szülők iskolai végzettségét tekintve pedig a felsőfokú végzettséggel rendelkezők gyermekei próbálták legkevésbé a szintetikus kannabinoid származékokat.

A szintetikus kannabinoidokat többségében 15 évesen próbálták ki először. (Elekes 2016)

A kannabisz- és szintetikuskannabinoid-használók csoportjának összevetése a kezelési adatok alapján

A fejezetben említett (lásd Kannabisz fejezt T4.1; Stimulánsok fejezet T4.1), hajléktalanok, szegregátumokban élő emberek, illetve gyermekvédelmi szakellátásban lévő fiatalok esetében egyaránt jelentős szintetikuskannabinoid-használati probléma azonosítható hazánkban (Szécsi, Sík 2016; Kaló et al. 2017; Paksi, Magi 2017; Kaló et al 2018). Feltehetően ezen csoportok jelentős része nem jut szerhasználati problémája miatt ellátáshoz, mivel nem rendelkezik társadalombiztosítással vagy a lakóhelye környékén nem elérhetőek ezek az ellátások, vagy egyéb, az egészségügyi és szociális ellátásokhoz való hozzáférést korlátozó tényezők állnak fenn esetében (pl.: az ellátórendszerrel kapcsolatos bizalmatlanság). Így tehát ezeknek a halmozottan hátrányos helyzetű csoportoknak a kezelési igénye, és annak sajátosságai, nem, vagy korlátozottan jelennek meg a kezelési adatainkban. Mindezt számításba kell vennünk a TDI adatok értelmezése során.

2017-ben 3031 fő lépett kezelésbe (az összes kezelésbe lépő 63,0%-a) elsődlegesen kannabiszhasználatból eredő probléma miatt, míg 267 fő (5,5%) elsődlegesen szintetikus kannabinoidok használatához köthető problémákkal²².

A kannabiszhasználók (3130 fő) és a szintetikuskannabinoid-használók (267 fő) esetében hasonló a nemi megoszlás: a kannabiszhasználók körében 90,3%, a szintetikus kannabinoidhoz kapcsolható esetek körében 86,5% volt a férfiak aránya. Az átlagéletkort vizsgálva látható, hogy közel 2 évvel fiatalabb a kezelést igénylő szintetikuskannabinoid-használók csoportja (kannabisz: 26,7 év; szintetikus kannabinoid: 24,9 év).

A szociális mutatókat szemügyre véve kirajzolódik, hogy a szintetikuskannabinoid-fogyasztók minden vizsgált területen (foglalkoztatottság, iskolai végzettség, lakhatás) egy marginalizáltabb csoport képét mutatják a kannabiszhasználókkal összevetve. A munkanélküliek aránya kétszer akkora a szintetikuskannabinoid-használó kliensek körében (32,2%), mint a kannabiszhasználókéban (16,0%). A legfeljebb 8 általánost végzettek aránya több, mint másfélszer magasabb a szintetikus kannabinoidok használói esetében (74,0%, kannabisz-használóknál 43,2%), és a rendezetlen szálláskörülményekkel (vagy hajléktalansággal) jellemezhetőek aránya is 1,5-szer nagyobb e csoportban (3,7%) a kannabisz-használó kliensekkel összevetve (2,4%).

6. táblázat. Foglalkoztatottság, legmagasabb iskolai végzettség és lakhatás szerinti megoszlás a kezelésbe lépő kannabiszhasználók és a szintetikus kannabinoidokat használók csoportjában 2017-ben

	Kannabisz (N=3031)	Szintetikus kannabinoid (N=267)
Tanuló	19,4%	18,7%
Rendszeresen foglalkoztatott	54,4%	31,5%
Munkanélküli	16,0%	32,2%
Egyéb/Nem ismert	10,2%	17,6%
Legfeljebb 8 általános	43,2%	74,0
Középfokú iskolai végzettség	52,1%	24,8%

²² TDI adatgyűjtésben a szintetikus kannabinoidok használatából eredő kezelési igény nem különíthető el egyértelműen módszertani okokból kifolyólag. A szolgáltatók visszajelzése alapján azonban arra következtethetünk, hogy ezek a szerhasználók az „egyéb hallucinogén” és az „egyéb, be nem sorolható” kategóriákba kerültek rögzítésre. Ezekben a kategóriákban leválogatva a „füst/inhaláció” beviteli módot jelölőket, megvizsgáltuk az így keletkező csoport összetételét és szerhasználati jellemzőit, melyet összevetettünk a kannabiszhasználókéval (a 2017-ben kezelésbe lépők TDI adatai alapján).

Felsőfokú iskolai végzettség	4,7%	1,2%
Rendezetlen szálláskörülmények és/vagy hajléktalan	2,4%	3,7%
Rendezett szálláskörülmények	92,8%	83,9%
Egyéb/Nem ismert	4,8%	12,4%

Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

A szerhasználatuk gyakoriságát tekintve is egy problémásabb mintázat jellemzi a szintetikuskannabinoid-használókat: körükben 40,4% a heti 2-6 vagy napi gyakorisággal történő szerhasználat, míg a kannabiszhasználat miatt kezelésbe lépők mindössze 23,2%-a jellemezhető intenzív szerhasználattal.

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

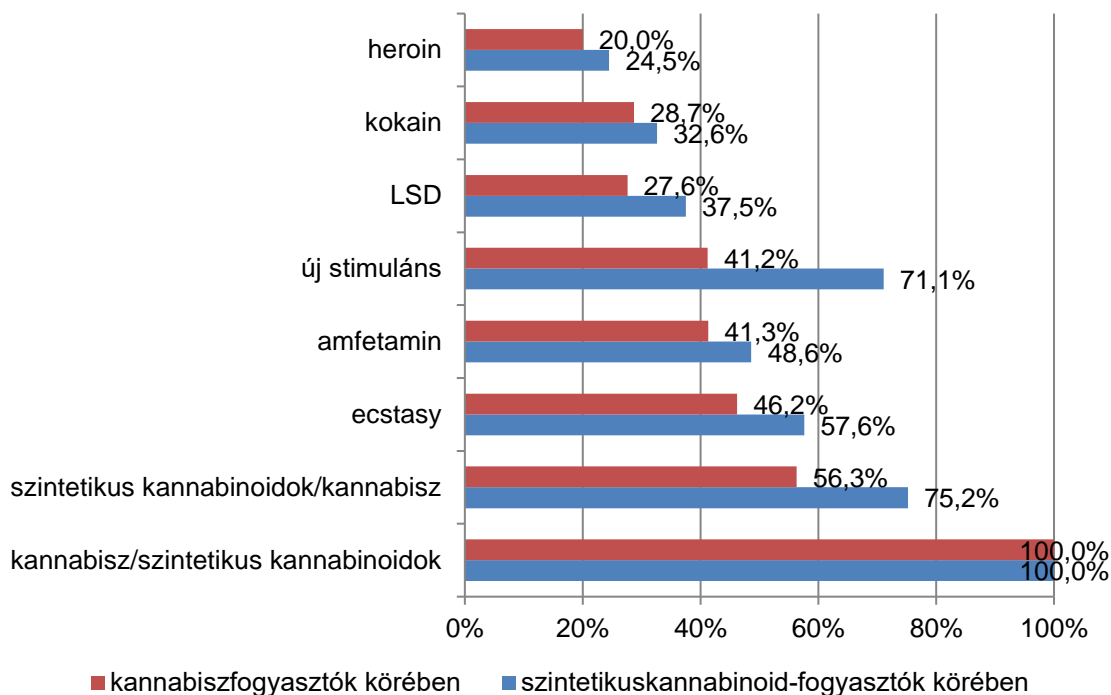
T4.1 TOVÁBBI INFORMÁCIÓK

Szintetikus kannabinoidok használata szociálisan marginalizált csoportokban

A felnőtt korú hajléktalan populációban 2017 folyamán készült reprezentatív vizsgálat (részletes módszertani leírását lásd a Kábítószer/E alfejezet T5.2 pontjában) a kábítószerhasználattal kapcsolatos érintettség feltárására. Az életprevalencia értékek alapján a hazai hajléktalan populáció körében a legelterjedtebb tiltott szer a marihuána/hasis: minden ötödik-hatodik válaszadó fogyasztott már életében marihuánát, vagy hasist (Paksi, Magi 2017). A közelmúltbeli droghasználatot tekintve a válaszok alapján megrajzolható droghasználati struktúrában a szintetikus kannabinoidok használata megelőzi a marihuána/hasis népszerűségét.

A hajléktalan populációban a szintetikuskannabinoid-használatra épített droghasználati piramis leköveti a kannabisz használatra konstruált piramist (lásd a 2015-ös OLAAP vizsgálat eredményeit a fejezet T1.2.4 pontjában), azzal a különbséggel, hogy a szintetikuskannabinoid- használók körében nem 4-6-szor, hanem 5-7-szer nagyobb az egyéb tiltott drogok használatának az esélye, és az új stimulánsok (jellemzően szintetikus katinonok) fogyasztása a kannabiszt használókhoz képest sokkal inkább elterjedt a szintetikuskannabinoid-használók körében. (Paksi, Magi 2017).

7. ábra. Droghasználati piramis a hajléktalan populációban (a kannabiszt és/vagy szintetikus kannabinoidot valaha fogyasztók %-ában), 2017-ben²³



Forrás: (Paks és Magi 2017)

A szegregátumban élő felnőtt korú ÚPSZ-használók körében a szintetikus kannabinoidok („műfű”, „bio”, „herbál”) használata elterjedtebb, mint a katinonok („kristály”) használata (Csák et al 2017). Ez a kutatás két mintázatot azonosított a szintetikus kannabinoid-használat szempontjából: egyrészt egy havi 1-2 alkalommal történő használati mintázatot, illetve egy intenzív használati mintázatot, melyet a minimum heti 3 szintetikus kannabinoid-használat jellemez. Az előbbi mintázat a megkérdezettek 36,8%-át jellemezte, az utóbbi a megkérdezettek 41,1%-át. (A vizsgálat módszertani leírása a Kábítószeres/E fejezet T5.2 pontjában olvasható, további adatokat lásd Kábítószeres/Stimulánsok/T4.)

A gyermekvédelemben dolgozókkal készített kvalitatív vizsgálatban (Kaló et al. 2018) részt vevő szakértők úgy látják, hogy megfigyelhető az ÚPSZ-használat normatívvá válása bizonyos közösségekben, különösen a rossz szocioökonómiai státusszal rendelkező családok körében. (A vizsgálat további eredményei a Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T4.1 pontjában. A vizsgálat módszertani leírása a Kábítószeres/E fejezet T5.2 pontjában olvasható.)

A gyermekvédelmi szakellátásban érintett lányok illetve a gyermekvédelemben dolgozó szakértők bevonásával készített vizsgálat (Kaló et al. 2017) és a speciális gyermekotthonba áthelyezendő gyermekeket és fiatalokat vizsgáló bizottság információi (Baráth et al. 2018) egyaránt azt mutatják, hogy az ÚPSZ használat – különösen a szintetikus kannabinoidok fogyasztása komoly probléma ebben a populációban.

A hazai javítóintézetben élő fiatalok körében végzett felmérés (Port 2016b) szintén azt mutatta, hogy a javítóintézeti populáció körében a kábítószeresek közül az új pszichoaktív szerek használata a legelterjedtebb: az életükben valaha fogyasztók 58%-ánál szerepeltek a

²³ A legelterjedtebb egyéb drogok életprevalencia értéke a marihuánát/hasist illetve szintetikus kannabiszt valaha fogyasztók körében.

szintetikus kannabinoidok, 36%-uknál a designer stimulánsok elsődlegesen használt szerként. (További eredményeket és módszertant lásd: Börtön fejezet T4. és T5.2 alfejezet). 2015 nyarán terepkutatás (Szécsi és Sik 2016) készült az észak-alföldi régió egyik járásában, három kiválasztott település szegregátumaiban, a mélyszegénységben élők droghasználati mintázatainak feltárását célozva, különös tekintettel az új pszichoaktív szerek használatára.

Az eredmények az mutatják, hogy az idősebb generáció az alkohol és cigaretta mellett gyógyszereket fogyaszt visszaélészerűen, míg a fiatalok, egészen korai időszaktól, inkább az új pszichoaktív szereket (szintetikus kannabinoidokat) használják. A szintetikus kannabinoidokról azt mondják, hogy olcsó, gyorsabban és intenzívebben hat, könnyű hozzáférni és legálisnak vélik. Az interjúalanyok szerint az új pszichoaktív szereket elsősorban a fiatalok használják, már 12–13 éves kortól. Az ő becslésük szerint a településrészen lakó fiatalok több mint fele érintett. Elsősorban a szerhasználat rekreációs módja jellemző, ugyanakkor a napi droghasználat sem ritka. A szerválasztás okaként a klasszikus okokat sorolták: „elfelejtik a problémákat, csökkenti a magányérzést, menő, unalom ellen”. Teljesen általános jelenség és minden interjúalany beszámolt droghasználat okozta rosszulértről saját vagy közeli ismerőse esetében. Ezek többségében orvosi beavatkozásra volt szükség, így mentő hívásával és kórházi kezeléssel végződtek. A droghasználattal kapcsolatos segítő helyekkel nincsenek tisztában, a mentőn kívül más segítséget nem is tudtak említeni.

2015 decemberében online kérdőíves felmérés (Nyíri 2016) készült a szintetikus kannabinoid-használat sajátosságairól. A kérdőívet 1319 fő töltötte ki. A kapott adatok alapján a mintát jellemzően 18-29 év közötti, budapesti vagy más városban élő, rendszeres kannabisz-használó, főként férfiak alkották, akik kipróbálták már a szintetikus kannabinoidokat, bár a válaszadók fele utoljára több mint egy éve. Közel 70%-uk fogyasztott kannabiszt az elmúlt hónapban és 16%-uk szintetikus kannabinoidot is.

A szintetikus kannabinoid kipróbálásának okaként a kíváncsiságot, az alacsony árat és a könnyű beszerezhetőséget jelölték meg. Többségük barátaival használta rekreációs céllal, vagy egyedül unaloműzésésként. A válaszadók több mint fele 20-nál többször, 70%-a legalább 5 alkalommal fogyasztott már szintetikus kannabinoidot életében. Jellemzően cigarettába sodorva, dohánnyal keverve használták, alkohollal vagy önmagában. Többségük ismerőstől vette vagy barátától kapta, az internetes vásárlást alig 10%-uk említette. A szer ára grammonként jellemzően 500-1500 forint között mozgott. A hatást illetően a válaszadók arról számoltak be, hogy intenzívebb és rövidebb, mint a marihuána esetében tapasztaltak. Többször járt pszichotikus tünetekkel, tompultsággal, szorongással, hallucinációkkal és mozgáskoordinációs zavarokkal, mint a kannabisz fogyasztása. Jellemző volt az érzékelés megváltozása és az eufória. Testi tünetként megjelent a szájszárazság és a szívdobogás. A válaszadók nyilatkozatai arra utalnak, hogy a szintetikus kannabinoidok addiktívabb jellemzőkkel bírnak, mint a hagyományos kannabisz.

A kezelési adatokból ismert információkat egészíti ki a Nemzeti Drog Fókuszpont 2015-ös kezelőhely vizsgálata (Péterfi 2015), mely alapján a TDI adatok 74%-át jelentő szolgáltatók becslése szerint kábítószer-probléma miatt kezelt klienseik között a kannabiszt (31%) követően a szintetikus kannabinoidok (26%) használata volt a legjellemzőbb kezelést indokoló probléma. (További információkért lásd a 2016-os Éves Jelentés Kezelés fejezet T4.1 és T6.2 alfejezeteit.)

Egy másik 2015-ben, a hazai terápiás közösségek körében végzett vizsgálat (Péterfi et al. 2016) eredményei alapján a 2014-ben ellátott kliensek 27%-a elsődlegesen valamilyen szintetikus kannabinoid fogyasztása miatt került a terápiás otthonba, míg a kannabiszhasználók aránya mindössze 5% volt. (További információkért lásd a 2016-os Éves Jelentés Kezelés fejezet T4.1 és T6.2 alfejezeteit.)

Szintetikuskannabinoid-használók körében végzett interpretatív fenomenológiai analízis alapján (Kassai et al. 2017a,b) (6 fő interjúelemzése) a szintetikus kannaninoidok használatának élményét más szerek használatához képest jelentősen eltérőnek találták. A kiszámíthatatlanság, a gyorsan negatívba forduló élmények és a szer „irányítása” miatt a használók kevéssé tudják a tapasztalataikat értelmezni, vagy más szerekkel összehasonlítani, ami nehézséget jelent a kezelés során. Ez az élményszerveződés magyarázat lehet a szintetikuskannabinoid-használóknál megfigyelhető súlyos pszichopatológiai tünetekre is.

B) STIMULÁNSOK

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 A SZERHASZNÁLAT PREVALENCIÁI ÉS TRENDJEI

T1.1.1 A különböző stimulánsok hozzáférhetősége

A kutatási adatok alapján a 18-64 éves népesség közel egyötöde (18,9%) úgy gondolja, hogy könnyen vagy nagyon könnyen be tudna szerezni ecstasyt, minden hatodik-hetedik felnőtt amfetamint. A metamfetamin esetében 10,8%, a kokain esetében 8,4%, a crack vonatkozásában pedig 7,8% véli a hozzáférhetőséget könnyűnek vagy nagyon könnyűnek. (Paksi et al. 2015)

A stimulánsok középiskolások körében vélt beszerezhetőségéről az ESPAD kutatásokból rendelkezünk információkkal. Az amfetaminok, az ecstasy és a kokain esetében a válaszadók fele (51%; 51% ill. 53%) gondolta, hogy lehetetlen vagy nagyon nehezen beszerezhető, ettől lényegesen elmaradt azok aránya, akik valószínűsítették, hogy be tudnák szerezni, ha akarnák (12%; 13% ill. 12%). Meg kell jegyeznünk, hogy a tanulók közel negyede pedig úgy nyilatkozott, hogy nem tudja megítélni a kért szerek hozzáférhetőségét. (Elekes 2016)

A kokain esetében az utóbbi években egyértelmű, erőteljes növekedést tapasztalt a Rendőrség a kínálatcsökkentési tevékenysége során, mind a fogyasztói, mind a terjesztői oldalon, amelyet a lefoglalások emelkedő esetszáma is alátámaszt. (NSZKK 2018a)

A piacon elérhető amfetamin típusú stimuláns anyagokat illetően elmondható, hogy a hazai piacon 2012-ben újra megjelenő (ORFK 2015) MDMA tartalmú ecstasy tabletták hatóanyag-tartalma egyre magasabb, valamint, hogy többször is lefoglalásra kerültek kis mennyiségű, rendkívül magas hatóanyag-tartalommal rendelkező, gyakorlatilag hígítatlan amfetamin porok. (NSZKK 2018a) A metamfetamin továbbra sem jellemző, azonban nyomozati információk szerint az ország északi részében (Szlovákiából csempészett szállítmányokból) egyre többször jelenik meg a kínálatban. (ORFK 2015)

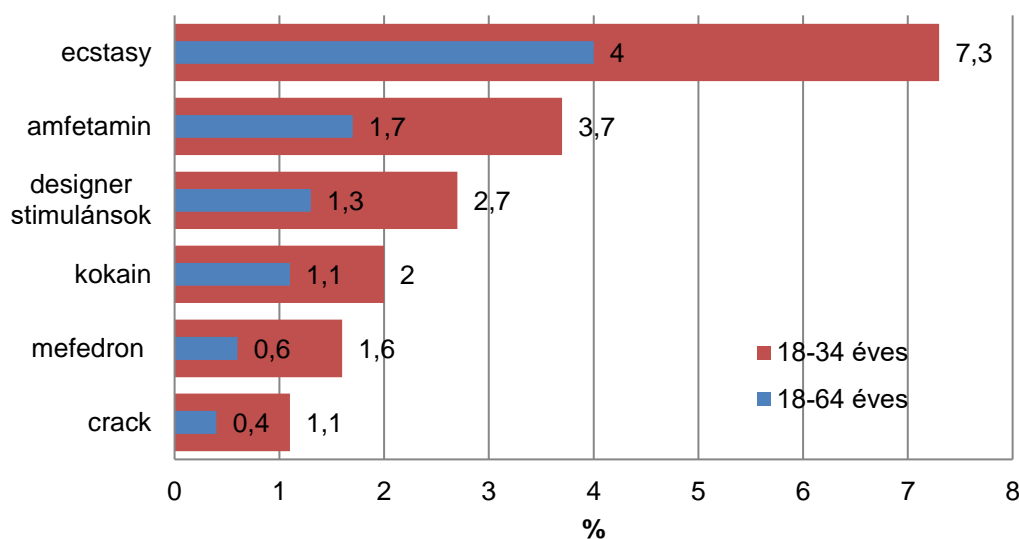
A dizájner stimulánsok, azaz Magyarországon jellemzően a szintetikus katinonok általában por formában kerülnek forgalomba, melyek közül a legjellemzőbb hatóanyagok: 2010-ben a mefedron, 2011-ben a 4-MEC és az MDPV, 2012-től pedig a pentedron voltak. 2016 augusztusa óta az ethil-hexedron a legnépszerűbb szintetikus katinon származék. 2017-ben továbbá a para-metil-N-etil-norpentedron, a 4-CEC, az N-metil-pentedron és az etil-pentilon fordult még elő számottevő arányban a piacon. Összességében elmondható, hogy a szintetikus katinonokkal kapcsolatos lefoglalások száma 2014-ig emelkedett, majd két év visszaesés után 2017-ben újra növekedés volt tapasztalható (2016: 631; 2017: 735 eset) a szintetikus katinont tartalmazó porok lefoglalásának számában (NSZKK 2018a). (Lásd részletesen a trendeket a Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezet T2.1 pontjában.)

T1.1.2 Stimulánsfogyasztás az általános népességben

A kutatási adatok (Paksi et al. 2015) szerint a 18-64 éves általános népességben a hagyományos stimulánsok közül leginkább elterjedt az ecstasy: életprevalencia értéke 4%. Ezt követi az amfetamin (1,7%), a kokain (1,1%), a mefedron (0,6%), és végül a crack (0,4%). A fiatal felnőtt populációban a szerek elterjedtségi sorrendje ezzel megegyező, de az

életprevalencia értékek mintegy kétszer nagyobbak (ecstasy 7,3%; amfetamin 3,7%; a kokain 2%; a mefedron 1,6%; crack 1,1%)

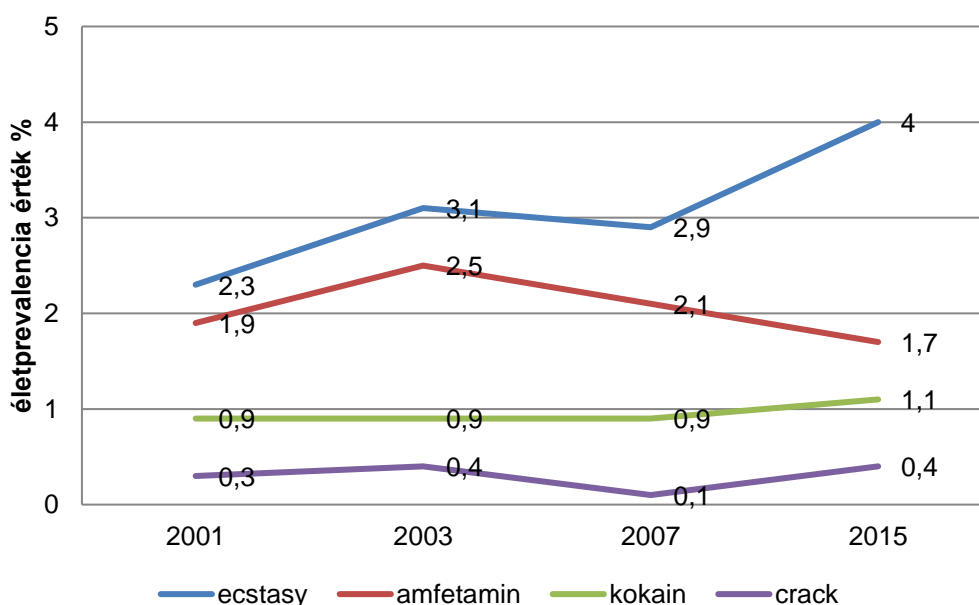
8. ábra. A stimulánsok szerenkénti életprevalencia értékei a 18-64 éves, és a 18-34 éves populációban, 2015-ben



Forrás: OLAAP – Paksi et al. 2015

A korábbi összehasonlítható vizsgálatok alapján azt mondhatjuk, hogy a kokain- és a crackfogyasztás elterjedtségében 2001 és 2015 között nem történt változás, az amfetaminfogyasztás 2001- és 2003 között növekedett, majd 2003 és 2015 között csökkenő tendenciát követett. Az ecstasyhasználat elterjedtsége 2001 és 2003 között növekedett, majd 2003 és 2007 között stagnált, az utóbbi 8 évben pedig ismét növekedett.

9. ábra. A különböző hagyományos stimulánsok életprevalencia értékének változása 2001-2015 között a 18-53 éves* népességben



*Az egyes vizsgálatok mintájának eltérő életkori jellemzői miatt a 18-53 éves népesség vonatkozásában van lehetőség tendenciák felvázolására.

Forrás: OLAAP – Paksi et al. 2015

A 2015-ös lakossági vizsgálat (Paksi et al. 2015) adatai alapján a 18-64 éves népesség 4,5%-a fogyasztott az élete során valamilyen hagyományos stimulánst (ecstasyt, amfetamint, kokaint vagy crack-et). A hagyományos stimulánsok éves prevalencia értéke 1%, a havi prevalencia értéke pedig 0,7% volt. A 18-34 éves fiatal felnőtt populációban az életprevalencia érték 8,2%, az éves 2,3%, a havi pedig 1,7% volt.

A hagyományos stimulánshasználat tekintetében a vizsgált társadalmi mutatók közül az életkori és az urbanizációs mintázódás mutatkozik meg szignifikánsan. A fiatal felnőttek körében a stimulánshasználat életprevalencia értéke több mint háromszorosa az idősebb korosztályban mért értéknek. Az 50 ezer fős, vagy nagyobb településen élők körében több mint kétszeres a stimulánshasználat életprevalencia értéke, mint a kisebb településeken. A nem, az iskolai végzettség és a háztartás jövedelme nem mutat szignifikáns kapcsolatot a hagyományos stimulánsok használatával. A 18-34 éves populációban a felnőtt népességgel megegyező mintázódást tapasztaltunk.

7. táblázat. A hagyományos stimulánsok használatának életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 18-64 éves népességben 2015-ben (%) (N=60 fő)

szocio-demográfiai jellemzők		hagyományos stimulánsok LTP %	szignifikancia.
nem	férfi	5,0	nsz
	nő	4,1	
fiatal felnőtt – felnőtt	18-34 év	8,3	p<0,001
	35-64	2,6	
korcsoport	18-24	8,9	p<0,001
	25-34	7,8	
	35-44	5,0	
	45-54	1,9	
	55-64	0,3	
legmagasabb iskolai végzettség	8 általános vagy kevesebb	2,3	nsz
	szakmunkás	4,3	
	érettségi	5,4	
	főiskola/BA/BSC	3,7	
	egyetem/MA/MSC	8,2	
településméret	<50.000 lakos	3,0	p=0,001
	≥50 000 lakos	7,0	
vidék-főváros	vidék	4,0	p=0,059
	főváros	6,6	
háztartás nettó havi jövedelme	<100.000 Ft	2,6	p=0,070
	101.000 – 200.000 Ft	3,5	
	200.001 – 400.000 Ft	5,2	
	400.000 Ft felett	10,2	

Forrás: OLAAP – Paksi et al. 2015

A különböző hagyományos stimulánsok első használatának életkori jellemzői a 18-64 éves népesség körében meglehetősen eltérőek. Míg az ecstasy első fogyasztása átlagosan 20-21 éves kor között, leggyakrabban 18 évesen történik, addig az első amfetaminfogyasztás átlagosan csaknem 22 évesen, leggyakrabban 25 évesen történik. A kokain kipróbálása legtöbbször 24 éves korra tehető (átlag 25 év). A fiatal felnőttek esetében az ecstasy és

az amfetamin kipróbálása leggyakrabban 18-19 éves korban történik, a kokain kipróbálásának életkora, a 18-64 éves népességhez hasonlóan, kitolódik (átlag 25 év).

T1.1.3 Stimulánsfogyasztás az iskolás populációban

A 2014-ben készült HBSC kutatás (Arnold és Németh 2015) eredményei szerint a 9. és 11. évfolyamon tanuló diákok 5,8%-a²⁴ próbálta már ki a vizsgált stimulánsok valamelyikét²⁵. Szignifikánsan magasabb prevalencia értékek voltak megfigyelhetők a fiúk (6,8%) és az idősebbek körében (11. évfolyam: 6,8%) – a lányokhoz (5,0%) és a fiatalabbakhoz (4,9%) képest.

Régió szerint szignifikánsan nem különböztek a prevalencia értékek, azonban lakóhely és az iskola településtípusa szerint igen. Legnagyobb arányban a tanyán lakó diákok (13%), legalacsonyabb arányban pedig a megyeszékhelyen (4,9%) és a városban (5%) élő diákok próbálták ki a stimulánsokat. Ehhez hasonló eredmények voltak megfigyelhetők az iskola településtípusa szerint: a községben lévő iskolák tanulói érintettebbek leginkább stimulánshasználat szempontjából – ezekben az iskolákban a diákok 13,6%-a fogyasztott már stimulánst –, a legkevésbé pedig a városban elhelyezkedő iskolák (5,2%) érintettek.

A gimnáziumban tanuló diákokhoz (5,1%) képest a szakiskolában, szakmunkásképzőben tanulók (10%) markánsan nagyobb arányban – kétszer annyian – próbálták ki a stimulánsokat: minden tizedik diák fogyasztotta már a stimulánsok legalább egyikét.

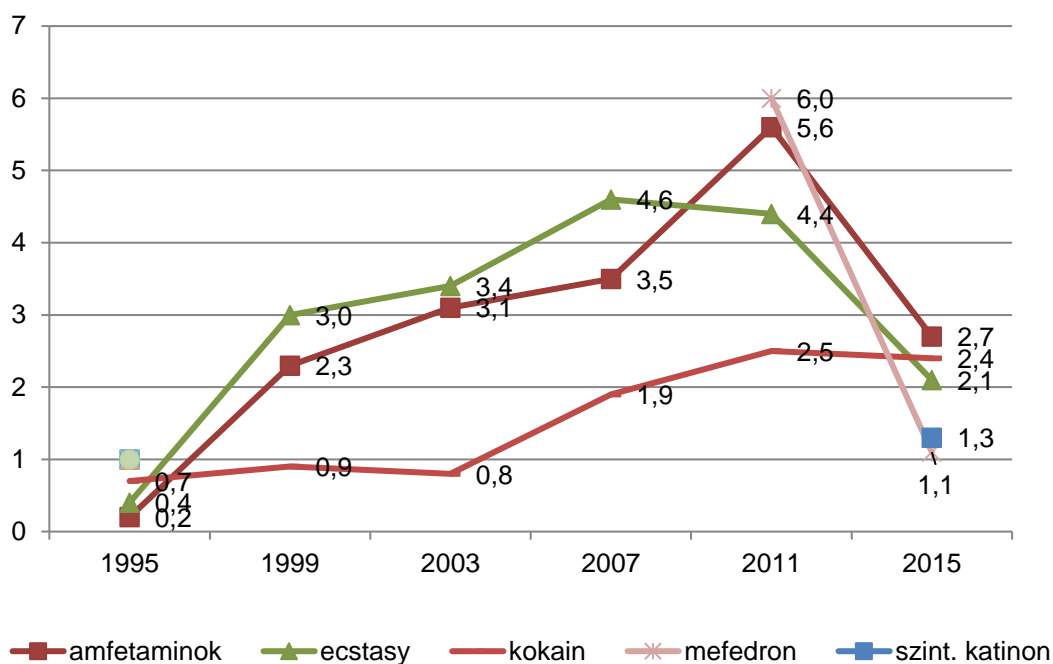
A 16 éves középiskolások körében készült ESPAD vizsgálat (Elekes 2016) eredményei szerint a szerfogyasztási struktúrában hetedik helyen szerepel az amfetamin (életprevalencia értéke 2,7%), majd ezt követi a kokain (2,4), az ecstasy (2,1%) és a metamfetamin (2,1%). Legkevésbé a mefedront (1,1%) és crack-et (1,0%) próbálták.

Az elmúlt 20 év ESPAD kutatásai azt mutatják, hogy 2011-ig változó mértékben ugyan, de nőtt a különböző hagyományos stimulánsok fogyasztásának prevalenciája a 16 éves diákok körében. A korábbi tendencia 2015-re megfordult. Nagy mértékű csökkenés volt tapasztalható mefedron, az amfetaminok és az ecstasy esetében a valaha e szereket kipróbálók arányában. A mefedron 2011-ben az ötödik legnépszerűbb szer volt, azonban időközben tiltólistára került, feltehetően ez okozza a kipróbálási arány visszaesését: a 2011-es 6%-ról 1,1%-ra esett vissza a szer valaha kipróbálók aránya 2015-ben. A kokaint valaha próbálók aránya 2003 és 2011 között emelkedett (0,8%-ról 2,5%-ra), 2015-ben lényegében változatlan maradt (2,5%).

²⁴ A stimulánsokat kipróbálók alacsony száma miatt csak körültekintéssel értelmezhető.

²⁵ Amfetaminok, ecstasy, MDMA, kokain. (A kokaint egyéb drogok között jelölték, külön nem kérdezett rá a kutatás).

10. ábra. A különböző stimulánsok életprevalencia értékeinek változása 1995-2015 között a 16 éves tanulók körében



Forrás: ESPAD – Elekes 2016

A stimulánshasználat csaknem minden vizsgált társadalmi mutatóval szignifikáns kapcsolatot mutat. Elterjedtebb a stimulánsfogyasztás a fiúk, a fővárosban élők, illetve azok körében, akik csak egy szülővel élnek és az anyagi helyzetüket átlag alattinak gondolják. A szakiskolába járók lényegesen érintettebbek, mint a gimnáziumi tanulók, különösen, ha az iskola községben található. A szülők iskolai végzettsége viszont nem meghatározó a szerhasználat szempontjából.

8. táblázat. A stimulánshasználat életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 9-10. évfolyamon tanulók körében 2015-ben (%) (N=454 fő)

szocio-demográfiai jellemzők		stimulánsok életprevalencia érték %	szignifikancia
nem	fiú	7,6	p=0,010
	lány	6,1	
iskolatípus	gimnázium	3,2	p<0,001
	szakközépiskola	7,1	
	szakiskola	12,9	
iskola székhelye	Budapest	9,5	p<0,001
	megye jogú város	5,9	
	egyéb város	6,2	
	község	16,1	
lakóhely	Budapest	8,5	p=0,023
	város	6,0	

	község	6,4	
családszerkezet	teljes család	4,8	p<0,001
	mozaik család	8,1	
	csonka család	9,0	
	nincs édes szülő	17,1	
apa iskolai végzettsége	kevesebb, mint érettség	7,5	nsz
	érettségi	6,4	
	felsőfok	5,6	
	nem tudja, nincs apja	6,1	
anya iskolai végzettsége	kevesebb, mint érettség	7,6	nsz
	érettségi	6,7	
	felsőfok	5,3	
	nem tudja, nincs anyja	6,6	
szubjektív anyagi helyzet	legjobb vagy sokkal jobb az átlagnál	8,2	p<0,001
	átlagos, vagy valamivel jobb az átlagnál	5,6	
	átlag alatti	12,2	

Forrás: ESPAD – Elekes 2016

A stimulánsok első fogyasztásának jellemző életkora a 9-10. évfolyamosok körében 15 éves korra tehető.

T1.2 SZERHASZNÁLATI MINTÁZATOK, KEZELÉS-ELLÁTÁS ÉS PROBLÉMÁS/MAGAS KOCKÁZATÚ SZERHASZNÁLAT

T1.2.1 Szerhasználati mintázatok

Az intravénás stimulánshasználattal összefüggő kockázati magatartásokkal kapcsolatos adatokat lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.4 alfejezet. A kezelést kezdő stimulánshasználók szerhasználati mintázatát lásd a T1.2.2 alfejezetben.

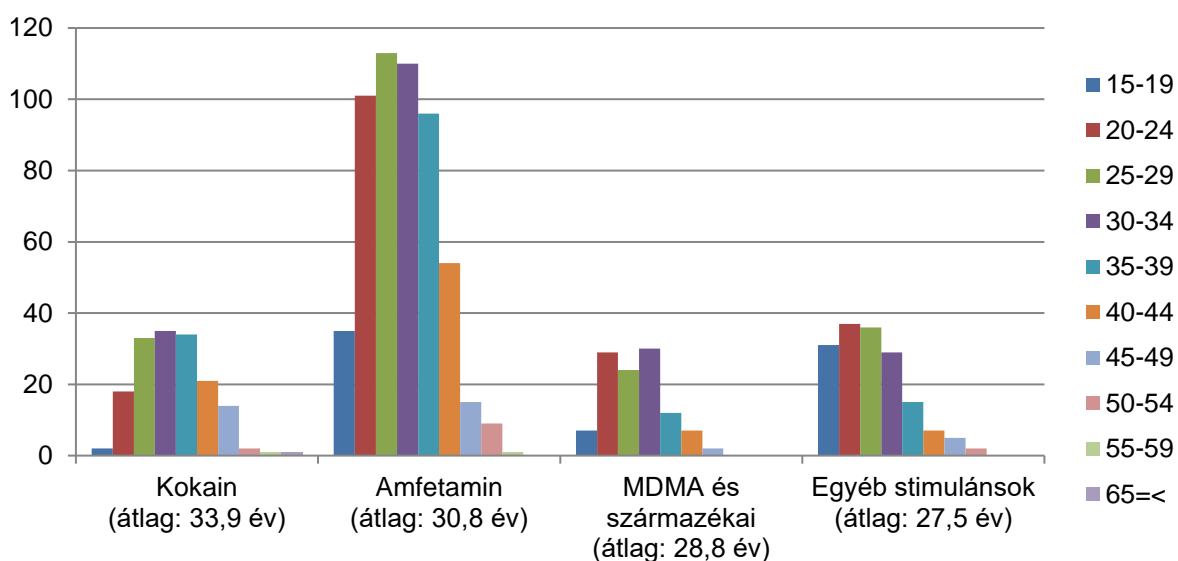
T1.2.2 Stimulánshasználók ellátása

Magyarországon a stimulánshasználat a második legjellemzőbb indoka a kábítószerhasználók kezelésbe lépésének (lásd Kezelés fejezet T1.3.1 és T.2.1 alfejezet). 2017-ben a kezelést kezdők 16,8%-a (807 fő) jelölte meg valamelyik amfetamin típusú stimuláns szert elsődleges szerként (amfetamin 534 fő, MDMA és származékai 111 fő, egyéb stimuláns 162 fő). További 3,5% (167 fő) kokain típusú szer elsődleges használata miatt lépett kezelésbe (kokain: 161 fő, crack: 6 fő). (TDI adatgyűjtés 2018)

A stimulánsok miatt kezelésbe lépők 83,6%-a férfi volt, átlagéletkoruk 30,5 év, és átlagosan 8,5 évig használtak stimuláns szereket a 2017-es kezelésbe lépésüket megelőzően. Az

egyed szerek fogyasztóinak életkori megoszlását figyelve látható, hogy az egyéb stimulánsok (töbnyire szintetikus katinonok) fogyasztói a legfiatalabbak a stimulánshasználók között, körükben 15-29 év közé esik a legtöbb (64,2%) kezelésbe lépő életkora (átlag 27,5 év). Őket követik életkorban az MDMA származékai fogyasztásából eredő problémákkal kezelést keresők, akik többsége (74,8%) 20 és 34 éves közötti volt (átlag 28,8 éves). Az amfetamin használók körében is 20 és 34 év közötti volt a kezelésbe lépők többsége (60,7%-a) (átlagosan 30,8 éves). A legidősebb csoport²⁶ a kokain-használók csoportja: átlagéletkoruk (33,9 év) több mint 6 évvel meghaladja az egyéb stimuláns használókét, legtöbbjük (63,4%) a 25-39 közötti korcsoportokba esik.

11. ábra. Stimulánshasználat miatt kezelésbe lépők életkori bontásban, elsődleges szer szerint 2017 (fő; N=968)



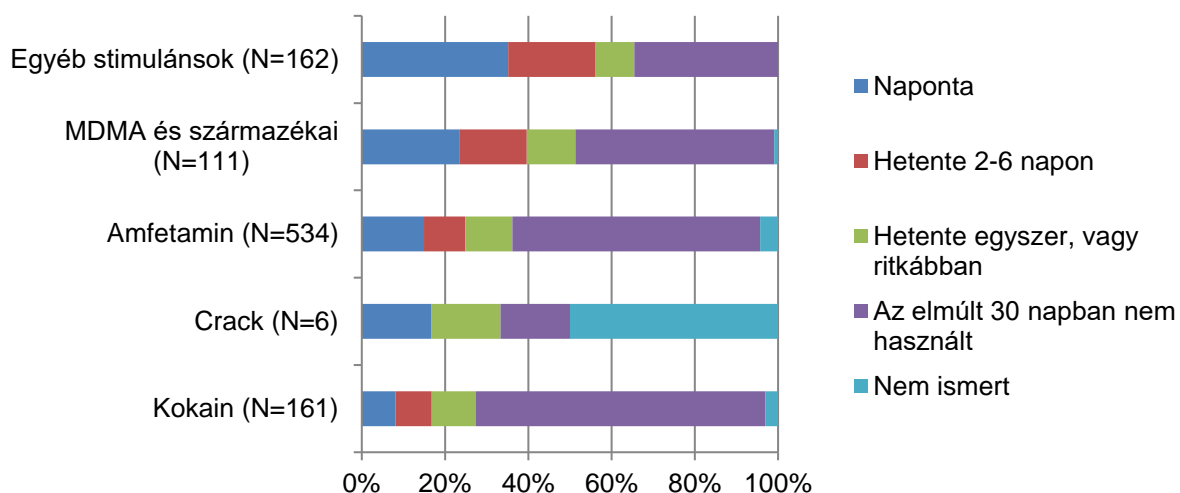
Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

A kezelést megelőzően a jellemző beviteli mód az orra szippantás volt (48,8%), azt követte az evés/ivás (24,7%), az elszívás/inhalálás (14,5%), majd az injektlás (9,4%). (Az injektlásról bővebben lásd a T1.2.5 alfejezetet.)

A stimulánshasználat miatt kezelésbe lépőket a szerhasználat gyakorisága alapján vizsgálva elmondható, hogy az egyéb stimulánsok fogyasztói körében volt mérhető a legtöbb intenzív szerhasználó, 56,2% (aki legalább heti 2 napon fogyasztotta az elsősleges szerét a kezelésbe lépést megelőző 30 napban). Az MDMA és származékai miatt kezelésbe lépők 39,6%-a, az amfetamin használók 24,9%-a, a crack használók 16,7% és a kokain (só) használók 16,8%-a volt jellemezhető intenzív szerhasználati mintázattal.

²⁶ A crack használók kivételével, mivel őket a csoport alacsony elemszáma miatt mellőztük az elemzésből.

12. ábra. Stimulánshasználat miatt kezelésbe lépők megoszlása a szerhasználat gyakorisága szerint, elsődleges szer szerinti bontásban, 2017 (fő; N=974)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

Mivel a gyakori, intenzív szerhasználat magasabb kockázattal jár, az alábbiakban a szerhasználat gyakorisága szerint vizsgáljuk a stimulánshasználók csoportjait különböző szociális és szerhasználati tényezők mentén.

Az alábbi táblázatban jól látható, hogy a rendezetlen szálláskörülmények (vagy hajléktalanság), a munkanélküliség és az intravénás szerhasználatban való (valaha volt) érintettség szempontjából a nem intenzív használók kevésbé érintettek, mint az intenzív szerhasználók, a szertípustól függetlenül. A vizsgált szercsoportok között ugyanakkor különböző az érintettség e változók mentén. Elmondhatjuk, hogy az említett három változó mindegyike esetében a kokainhasználók körében volt legalacsonyabb az érintettség. Az alacsony (legfeljebb 8 általános) iskolai végzettség a kokain, amfetamin és egyéb stimuláns fogyasztók esetében ugyancsak az intenzív használók körében fordul elő nagyobb arányban, ugyanakkor az MDMA és származékait fogyasztók esetében a nem intenzív használók körében volt magasabb érintettség mérhető a kezelésbe lépők körében.

A beutalás eredetét vizsgálva az egyes stimulánshasználó csoportokban elmondható, hogy a bírósági/ügyészségi beutalás (vagyis a kezelés elterelés keretében történő megkezdése) kevésbé érinti az intenzív használókat, ők jellemzően saját indíttatásból keresik fel a kezelőhelyet.

9. táblázat. A kezelésbe lépő stimulánshasználók szociális és szerhasználati jellemzői a szerhasználat intenzitása szerinti bontásban 2017 (%) (N=454 fő)

	Intenzív használók		Nem intenzív használók
Kokain	7%		2%
Amfetamin	18%	Rendezetlen szálláskörülmények/Hajléktalan	2%
MDMA és származékai	30%		2%
Egyéb stimulánsok	23%		6%
Kokain	22%		8%
Amfetamin	50%	Munkanélküli	16%
MDMA és származékai	70%		11%
Egyéb stimulánsok	68%		28%
Kokain	37%	Legfeljebb 8 általános	22%
Amfetamin	50%		43%

MDMA és származékai	25%		38%
Egyéb stimulánsok	74%		54%
Kokain	33%	Bíróság/ügyészség utalta be	88%
Amfetamin	21%		86%
MDMA és származékai	25%		86%
Egyéb stimulánsok	19%		69%
Kokain	19%	Valaha injektált	6%
Amfetamin	36%		19%
MDMA és származékai	36%		20%
Egyéb stimulánsok	26%		22%

Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

A kezelési, ártalomcsökkentő lehetőségeket tekintve a stimulánshasználók ellátása jellemzően az általános kábítószer-használókat, szenvedélybetegeket, illetve pszichiátriai betegeket ellátó szolgáltatóknál történik. Specifikus programok erre a szerhasználói populációra nem érhetők el.

T1.2.4 Szintetikus katinonok

A 2015-ös lakossági vizsgálat (Paksi et al. 2015) eredményei szerint a 18-64 éves felnőtt lakosság körében a szintetikus katinonok a stimulánsok fontossági sorrendjében az ecstasyt és amfetamint követően helyezkednek el, azaz ez a szertípus a harmadik legelterjedtebb stimuláns. Az életprevalencia értéke a 18-64 éves populációban 1,3%, a 18-34 éves fiatal felnőtt populációban pedig 2,7% volt.

A designer stimulánsok (szintetikus katinonok) használatának társadalmi mintázódását az alacsony esetszám miatt csak néhány jellemző mentén vizsgáltuk (a 18-34 éves mintában 38 fő, a 18-64 éves mintában mindössze 17 fő). Szignifikáns különbséget csak életkor tekintetében tapasztaltunk. A fiatal felnőttek körében az életprevalencia érték (2,7%) több mint négyszerese az idősebb korosztályban mért értéknek (0,6%). Szignifikáns nemi különbség csak a fiatal felnőttek körében jelenik meg, urbanizációs mintázódás nem mutatható ki.

A designer stimulánsok első fogyasztása átlagosan 19,5, leggyakrabban 16 évesen történik.

A középiskolások körében készült ESPAD vizsgálat (Elekes 2016) eredményei szerint a szintetikus katinonok fogyasztása kevésbé elterjedt, a diákok 2,5%-a próbálta már életében, a fiúk 3,3%-a, a lányoknak 1,8%-a ($p < 0,001$).

A szintetikus katinonok használata (N=169 fő) csaknem minden vizsgált társadalmi mutatóval szignifikáns kapcsolatot mutat. A fiúk, a csonka családban (3,9%), és a rossz anyagi körülmények (5,9%) között élők érintettebbek. Lényeges mutató továbbá az iskola típusa: míg a gimnáziumokban az életprevalencia érték 0,4%, addig a szakiskolákban ennek 16-szorosa, 6,5%. A községi iskolákban tanulók körében is messze átlag feletti a szintetikus katinonok kipróbálása (10,9%). Ugyanakkor a lakóhely és a szülők iskolai végzettsége nem meghatározó a szerhasználat szempontjából.

A szintetikus katinonokat többségében 15 évesen próbálták ki először. (Elekes 2016)

A szintetikus katinonok intravénás használatára vonatkozó adatokat lásd: T1.2.1 alfejezetben; továbbá az Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.1, T1.3.4 és T2.2.b alfejezetében.

A kezelésbe lépő szintetikus katonon fogyasztók²⁷ jellemzően fiatalabbak a többi kezelést kezdő stimulánshasználóval összevetve: közülük ötből egy fő 20 év alatti (19,1%). Magas körökben a munkanélküliek (50,6%), és az alacsony, legfeljebb 8 osztályos iskolai végzettségűek (64,8%) aránya. Többségük (56,2%) intenzív szerhasználó, vagyis hetente legalább két napon fogyaszt szintetikus katononokat. További információk a T1.2.1; T1.3.1 és T4.1 alfejezetekben, valamint a Kezelés fejezet T1.3.1 és T2.1 alfejezeteiben.

Az országos tűcsere adatgyűjtés alapján (módszertant lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T.5.1) 2017-ben a designer stimuláns injektálással kapcsolatos szóbeli célzott tanácsadás 21 szervezetnél volt elérhető (a 26 jelentő szervezetből), míg ezzel kapcsolatos írásos szóróanyagot semelyik szervezet nem osztott a tárgyévben. (Fóti és Tarján 2018)

T1.2.5 Intravénás szerhasználat

Az elsődlegesen injektált szereket tekintve elmondható, hogy míg korábban a heroin, majd a heroin és az amfetamin volt a jellemzően injektált szer, az utóbbi években átvették a designer stimulánsok (elsősorban szintetikus katononok) a vezető szerepet. Ez a mintázati változás megfigyelhető több rutin adatgyűjtés adataiban. Az intravénásan használt szerstruktúra átalakulásának kezdetén 2010-ben és 2011-ben jelentősen csökkent a heroin lefoglalások száma és mennyisége, illetve a heroin hatóanyagtartalma. Az amfetamin tekintetében szintén elmondható, hogy 2009 és 2011 között a legjellemzőbb hatóanyag tartalom 1-10% körül alakult (Lásd: 2012-es Éves Jelentés, 10. fejezet). Ezzel párhuzamosan megnőtt a szintetikus katonon lefoglalások száma, amely szerekre jóval magasabb tisztaság, alacsonyabb ár, könnyebb hozzáférhetőség, intenzívebb hatás volt jellemző az akkori legális jogi státusz mellett (Péterfi et al. 2014; Horváth et al. 2011).

A heroin lefoglalások száma és mennyisége a további években is alacsony maradt. Folyamatos emelkedés figyelhető meg az amfetamin esetében, míg a szintetikus katonon lefoglalások száma a 2016-os csökkenés után újra növekedett. Bár a kokain injektálás számottevő jelenléte a rutin adatgyűjtésekben (tűcsere, kezelési adatok) nem látható, az elmúlt években a kokain lefoglalások száma is emelkedett (Az utóbbi évek kábítószerpiaci trendjei és jogi változásai kapcsán lásd: Kábítószerpiac és Kábítószer-bűnözés T2.1 és Jogi keretek T3.1). A kezelési és tűcsere adatokban is érzékelhető az új pszichoaktív szerek intravénás használatával összefüggő ellátási igények enyhe mérséklődése 2016 óta, az azt megelőző dinamikus növekedő trendhez képest.

Egy, az intravénás szerhasználók által injektált anyagok feltérképezését célzó 2015-2016-os vizsgálat (Péterfi 2016; Péterfi et al. 2017) szintén alátámasztotta a szintetikus katononok dominanciáját az injektált szerek körében a használt fecskendőkben azonosított hatóanyagok alapján. Az eredmények időrendi bontása a Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezet T4 alfejezetében látható, az eredmények földrajzi bontása a Kezelés fejezet T4.2 alfejezetében. A vizsgálat módszertani leírását lásd a Kezelés fejezet T5.2 alfejezetében.

A lefoglalási adatok részeként bemutatott, injektáló eszközökön azonosított hatóanyagok szintén megerősítik a szintetikus katononok markáns jelenlétét, továbbá az amfetamininjektálás erősödését, azonban trendek korlátozottan állapíthatók meg az alacsony vizsgálati esetszám és a mintavétel esetlegessége miatt. Adatokat lásd a Kábítószerpiac és bűnözés fejezet T2.1 pontjában.

²⁷ Akiket a szolgáltatókkal történt egyeztetések alapján a TDI adatgyűjtésben elsődleges szerként „egyéb stimulánsokat” fogyasztókkal feleltetünk meg.

A heroin- és metadoninjektálással kapcsolatos információkat és megállapításokat lásd a Kábítószeres/ Heroin és egyéb opiátok/ T.1.2.5 alfejezetben.

Az alábbi rutin adatgyűjtések az elsődlegesen injektált szertípusra vonatkozóan gyűjtnek információt, nem alkalmasak a polidroghasználat monitorozására. Az opiát helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek polidroghasználatára vonatkozó leírást lásd: Kábítószeres/Heroin és egyéb opiátok T4.2. alfejezet.

Intravénás szerhasználat prevalencia becslése²⁸

2016 elején kutatás (Horváth és Tarján 2016) készült az intravénás szerhasználó populáció (opiát és stimuláns injektálók együttesen) nagyságára vonatkozóan. A becslés során az Országos Epidemiológiai Központ által 2006 óta szervezett, országos HIV/HBV/HCV prevalenciavizsgálat 2014 és 2015 évekre vonatkozó kliensforgalmi adatait használták fel.

A rejtett intravénás populáció nagyságát 2014 és 2015 években pontbecslést alkalmazva teljes statisztikai függetlenség esetén 1594 főre tették. A becsült 76%-os tudatos részvételi hányad, azaz $\alpha=0,24$ ²⁹ esetén a rejtett intravénás szerhasználó populáció nagyságát 6744 főre, a teljes intravénás szerhasználó csoport nagyságát 7799 főre becsülték a kétéves időszakokra vonatkozóan³⁰. A szűrés során a vérminta vétele mellett viselkedési kérdőív is kitöltésre került, mely kérdést tartalmazott az utolsó injektálás idejére vonatkozóan is. Ennek alapján az elmúlt egy évben is injektálók aránya 86% volt 2015-ben. Ezt extrapolálva az intravénás szerhasználói populáció becsült nagysága 6707 fő volt 2015-re nézve.

Tűcsere kliensek adatai

A tűcsere adatok alapján (Fóti és Tarján 2018) az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) megjelenése 2010-ben teljesen átalakította a megelőző évekre jellemző szerhasználati struktúrát: míg 2009-ben a tűcserébe járó intravénás szerhasználók kevesebb mint 44%-a injektált elsődlegesen stimulánsokat, addig 2017-re ez az arány 87%-ra nőtt.

A klasszikus stimulánsokat, azaz elsősorban amfetamint injektálók aránya 40% körül mozgott 2009-2012 között, azonban 2013 óta csökkenő tendenciát mutat. 2017-ben a tűcsere szolgáltatók klienseinek csak 10%-a jelölte magát elsődlegesen amfetamininjektálónak. A kokaininjektálók aránya elenyésző a tűcserébe járó intravénás szerhasználók körében.

Az új pszichoaktív szerek közé tartozó designer stimulánsok térnyerése 2010-től kezdődően a heroint, 2013-tól pedig már az amfetamint is kiszorította: míg 2010-ben a tűcserébe járó intravénás szerhasználóknak kevesebb mint 8%-a³¹ használt designer stimulánsokat, addig 2015-ben 80%-uknak volt ez az elsődlegesen injektált szere. 2016 óta a szintetikus katinonok injektálása mérséklődni látszik (elsődlegesen injektált szer a tűcsere kliensek körében 2016: 78%; 2017: 77%), mellyel párhuzamosan a szervezetek beszámolnak (Kaló et al. 2018) a beviteli módban/ elsődlegesen használt szerben tapasztalható változásról, vagyis az injektálás helyett egyre több intravénás szerhasználó részesíti előnyben a „fóliázással” (belélegzés/inhalálás) történő bevittelt, illetve a szintetikus kannabinoidok elszívására való időszakos vagy teljes átállást (lásd alább még: TDI adatok, T1.4.1).

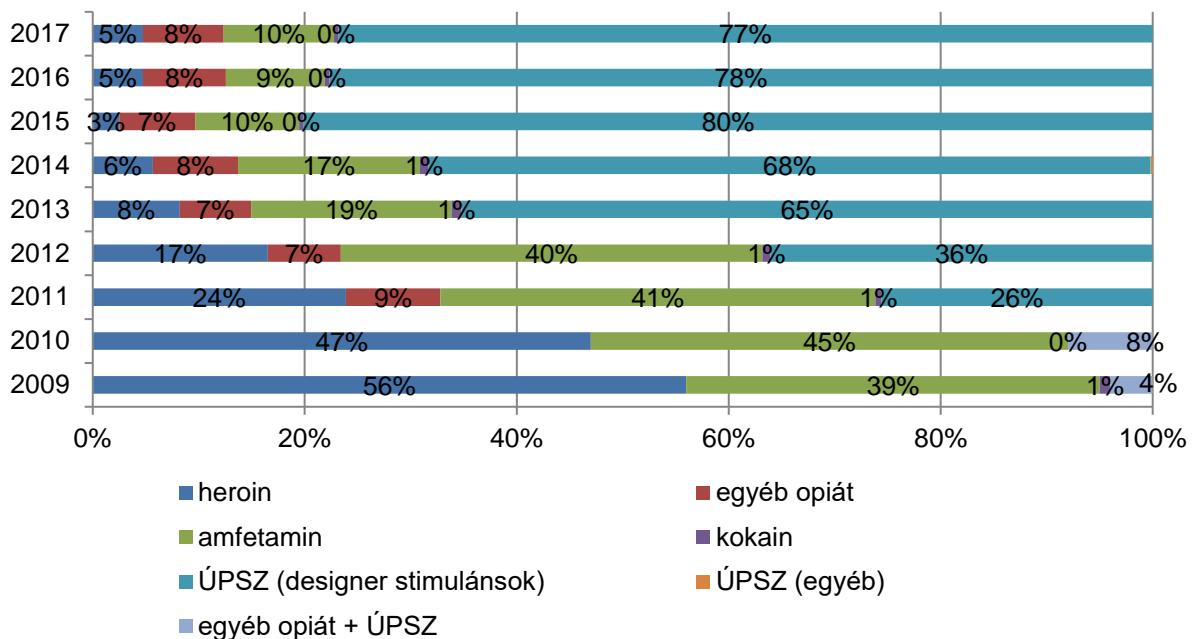
²⁸ A becslés a teljes intravénás populációt lefedi. Tekintettel arra, hogy az intravénás szerhasználat a trendek szerint leginkább stimulánsok injektálását takarja, a becslés a Stimulánsok alfejezetben került közlésre.

²⁹ További információt lásd E/T.5.2

³⁰ Akik 2013 és 2015 között legalább egyszer injektáltak.

³¹ Az ábrán látható 2009-es 4% és 2010-es 8% „Egyéb” kategóriában az egyéb stimulánsok és az egyéb opiátok együtt szerepelnek. Így az egyéb stimulánsok aránya vélhetően még alacsonyabb volt ebben a két évben.

13. ábra. A tűcsere programban részt vevő kliensek³² elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009-2017 között^{33, 34}



Forrás: Fóti és Tarján 2018

A domináns, intravénásan használt designer stimuláns 2010-ben a mepredon, 2011-ben az MDPV volt, 2012 óta pedig a „pentakristály/kristály”³⁵ utcai elnevezésű szer áll az első helyen a szerhasználók által jelentett információk alapján. Így a designer stimulánsok (1407 fő esetében) között 2017-ben is a „kristály” volt a leggyakrabban említett utcai elnevezés (95% a designer stimulánsok között; 1333 fő). Ezt követte a „zene” elnevezésű anyag 3%-kal (43 fő). Az esetek 2%-ában MDPV, kevesebb mint 1%-ában a mepredon került megnevezésre.

A designer stimulánsok injektálása a 25 év alatti kliensek körében a legmagasabb, 2017-ben 83%-uknak volt ez az elsődlegesen injektált szere.

Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vevő intravénás szerhasználók jellemzői

Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban (Dudás et al. 2015) részt vevő intravénás szerhasználók megoszlását az elsődlegesen injektált szer szerint vizsgálva hasonló trend állapítható meg: a stimuláns injektálók aránya fokozatosan növekedett az évek során a mintában. Míg 2006-ban 13,6%-uk injektált elsődlegesen stimulánsokat, addig 2014-ben és 2015-ben már a minta közel kétharmada tartozott ebbe a csoportba³⁶. (A 2015-ös adatokkal kapcsolatos összehasonlíthatóság korlátait lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.6)

³² évenkénti mintaelemszámokat lásd a módszertani leírásnál: Kábítószer/E/T.5.2

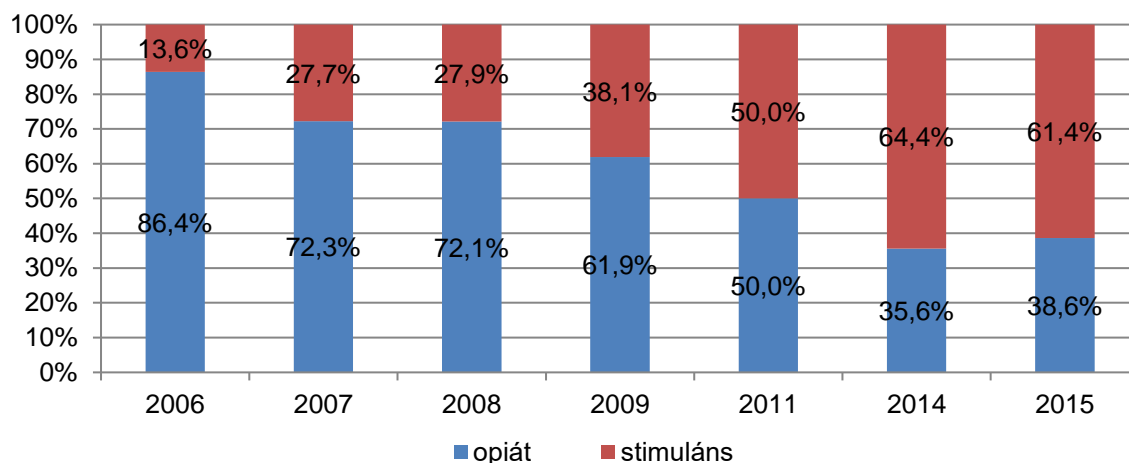
³³ 2009-ben és 2010-ben az egyéb opiátok és ÚPSZ-ok az „egyéb” zárt kategóriában kerültek rögzítésre.

³⁴ A tavalyi év során közölt 2016. évre vonatkozó adatok korrigálásra kerültek visszamenőleges adattisztításként köszönhetően.

³⁵ Korábbi (2012-2014) lefoglalási adatok alapján valószínűsíthetően a pentedron hatóanyag tartalmú szerekre vonatkozott ez az utcai elnevezés. Bár a pentedron előfordulási gyakorisága lecsökkent és annak helyét más szintetikus katonok vették át a lefoglalási adatok alapján, az utcai elnevezés megmaradt.

³⁶ . A vizsgálatban részt vevő szervezetek körében több opiát-szubsztitúciós kezelést is biztosító kezelőhely volt (2015: 7/19 szervezet), amely a szerprevalencia adatok tekintetében torzító erővel bír az opiátinjektálás javára.

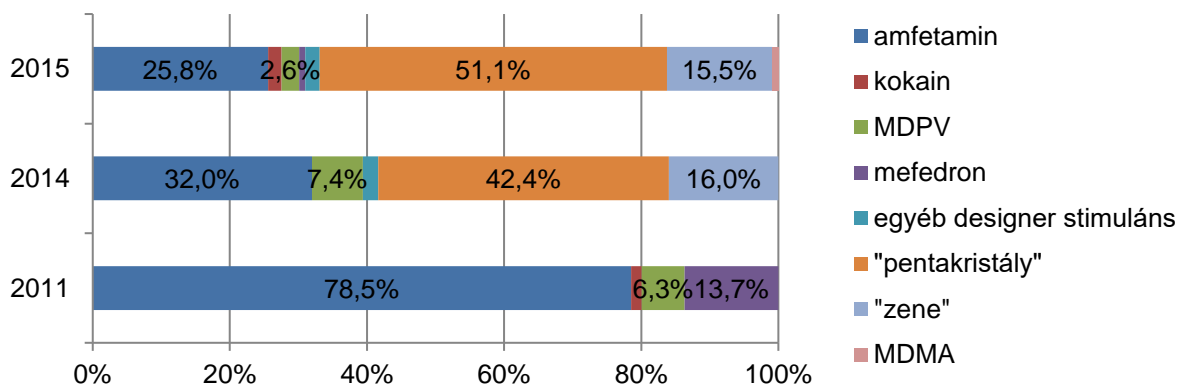
14. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók megoszlása az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2006-2015 között (%)



Forrás: Dudás et al. 2015, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

A mintából kiválasztva az elmúlt 4 hétben is injektáló, úgynevezett aktív stimuláns használókat (2011-ben: 64,2%-a az összes aktív injektálónak, 2014-ben: 70,6%, 2015-ben: 66,4%³⁷), látható a 2011 és 2015 között történt jelentős eltolódás az amfetamintól a designer stimulánsok felé.³⁸ 2011-ben az aktív stimuláns injektálók 78,5%-a vallotta, hogy elsődlegesen amfetamint használt, 2015-ben viszont csak 26%-uk számolt be erről. Ezzel párhuzamosan az elsődlegesen designer stimulánsokat injektálók aránya 20%-ról 72,2%-ra nőtt. A 2011-ben legtöbb említést kapó designer stimuláns a mefedron volt, amelyet 2014-re leváltott a „pentakristály/kristály” amely egyben a legtöbbet injektált stimuláns is volt mind 2014-ben és 2015-ben.

15. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív stimuláns injektálók³⁹ megoszlása (%) az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2011-2015



Forrás: Dudás et al. 2015, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

³⁷ A minta fennmaradó része az opiátinjektálók körébe tartozott, további adatokat lásd a Kábítószeres/ Heroin és egyéb opiátok fejezetben.

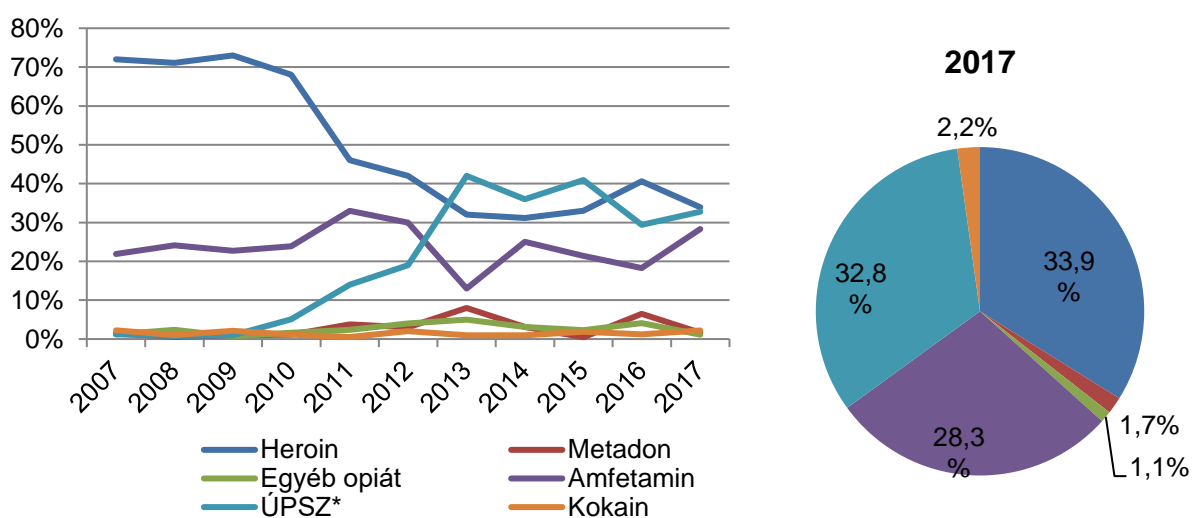
³⁸ 2011-ben először nyílt lehetőség arra az országos prevalencia vizsgálat során, hogy a szűrésben részt vevők nevesítsék nyitott kérdésben az elsődlegesen injektált „egyéb” szerkategóriát. Addig 4 zárt kategóriában kerültek összegyűjtésre az adatok: opiátok; amfetamin; kokain; egyéb. Így az elemzés csak erre három évre nézve tesz megállapításokat.

³⁹N₂₀₁₁=256 fő; N₂₀₁₄=269 fő; N₂₀₁₅=233 fő

Kezelési (TDI) adatok

A kezelést kezdők körében némi késéssel, 2013-ra vált láthatóvá az az eltolódás, ami a többi adatforrásban már korábban is érzékelhető volt: az opiát típusú szerek – elsősorban a heroin – visszaszorulása és a designer stimulánsok (ÚPSZ) - térnyerése az intravénás szerhasználók körében. 2015-től kezdődően mérséklődött a designer stimulánsok aránya az injektálók körében a TDI adatokban, hasonlóan a tűcsere kliensadatokhoz. A heroinhoz köthető intravénás esetek aránya némi emelkedés után 2016-ról 2017-re újra enyhén csökkent, azonban az alacsony esetszámok miatt ekkora elmozdulás nehezen értelmezhető. Az esetszámokat tekintve az látható, hogy az injektált heroinhoz köthető esetszám enyhén csökkent az elmúlt két évben (2015: 71 fő; 2016: 69 fő; 2017: 61 fő).

16. ábra. Intravénás szerhasználók megoszlása a kezelésbe lépők körében az elsődlegesen injektált szer alapján⁴⁰ 2007 és 2017 között (%; N₂₀₁₇=180)

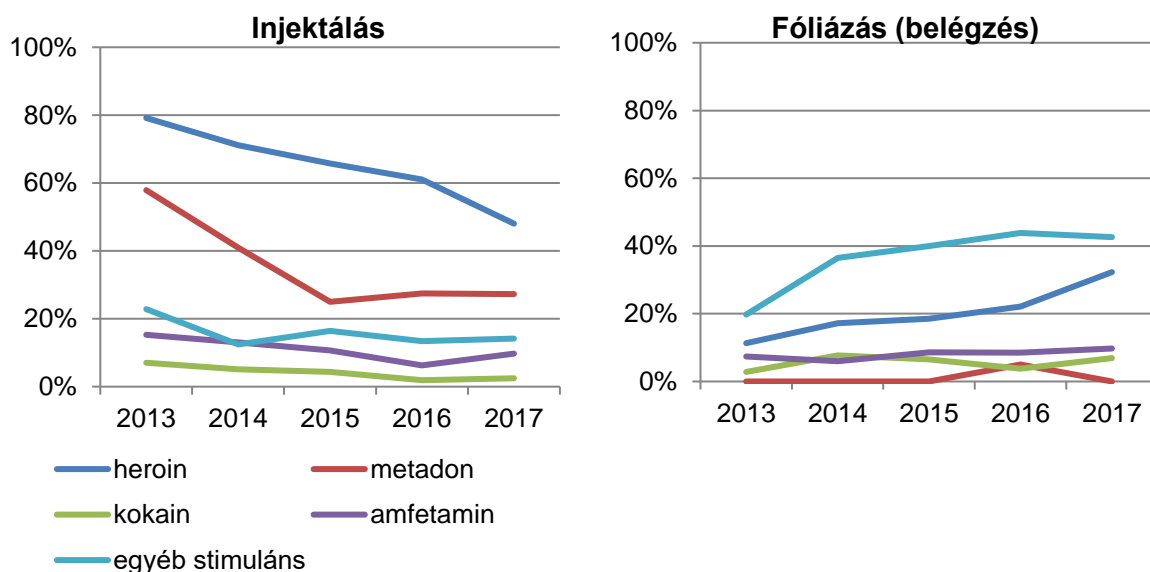


* egyéb stimuláns + egyéb be nem sorolható
Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

Az injektálható szerek beviteli módját vizsgálva láthatjuk, hogy jellemző egy eltolódás a kezelést kezdők körében. A heroin és a metadon estében látható egy markánsabb visszaesés (79%-ról 48%-ra ill. 58%-ról 27%-ra 2013 és 2017 között) az injektálás miatt kezelést kezdők körében, a kokain, amfetamin és egyéb stimulánsok (szintetikus kationonok) esetében enyhe visszaesés tapasztalható. Ezzel párhuzamosan markáns emelkedést tapasztalhatunk az elsődlegesen főlíázva heroint (11%-ról 32%-ra) és egyéb stimulánsokat fogyasztók esetében (20%-ról 43%-ra). A másik három vizsgált szer miatt kezelésbe lépők körében viszonylag egyenletes maradt a vizsgált időszakban a főlíázást elsődleges beviteli módként jelölők aránya.

⁴⁰ Csak a jellemzően injektált anyagok (heroin, metadon, egyéb opiátok, amfetamin, ÚPSZ (szintetikus kationonok, kokain) figyelembe vételével.

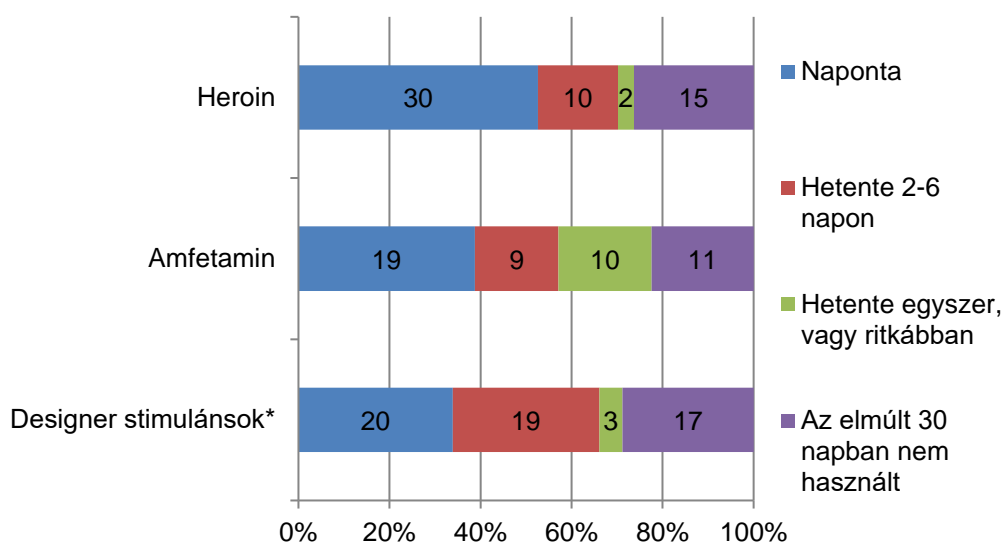
17. ábra. Az injektlás és fóliázás (elfüstölés, belégzés), mint elsődleges bevíteli mód aránya az egyes szertípusok miatt kezelést kezdők körében (az adott szer miatt kezelésbe lépők %-ában) 2013 és 2017 között



Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

A kezelést kezdő intravénás szerhasználók körében a heroint injektlók esetében a legmagasabb a naponta vagy heti 2-6 napon injektlók aránya (70,2%; 40 fő), a designer stimulánsokat injektlókkal (66,1%; 39 fő) és az amfetamint injektlókkal (57,1%; 28 fő) összehasonlítva.

18. ábra. Intravénás szerhasználat gyakorisága⁴¹ a kezelésbe lépők körében 2017-ben (N=165; fő)



**Egyéb stimuláns” és „egyéb nem besorolható” szerek összevonásával
Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

⁴¹ A kezelésbe lépést megelőző 30 napban.

Az intravénás szerhasználók kockázati magatartásaira vonatkozó elemzést lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.1

További intravénás szerhasználattal kapcsolatos kutatásokat lásd Kábítószeres/Stimulánsok/T.4.1.

T1.2.6 Fertőző betegségek

Lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.1 alfejezet.

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T4.1 TOVÁBBI ADATFORRÁSOK

A kezelési adatokból ismert információkat egészíti ki a Nemzeti Drog Fókuszpont 2015-ös kezelőhely vizsgálata (Péterfi 2015), mely alapján a TDI adatok 74%-át jelentő szolgáltatók becslése szerint kábítószer-probléma miatt kezelt klienseik között a designer stimulánsok használata (21%) volt a harmadik legjellemzőbb kezelést indokló probléma 2014-ben, a kannabiszt (31%), valamint a szintetikus kannabinoidokat (26%) követően. (További részletekért lásd a 2016-os Éves jelentés Kezelés fejezet T4.1 és T6.2 alfejezeteit.)

Egy másik, 2015-ben a hazai terápiás közösségek körében végzett vizsgálat (Péterfi et al. 2016) eredményei alapján a 2014-ben ellátott kliensek 43%-a elsődlegesen valamilyen designer stimuláns fogyasztása miatt került a terápiás otthonba és további 27% elsődlegesen szintetikus kannabinoid használatból eredő probléma miatt. (További részletekért lásd a 2016-os Éves jelentés Kezelés fejezet T4.1 és T6.2 alfejezeteit.)

A Központi Statisztikai Hivatal által szegregátumnak minősített telepeken, nem városban élő felnőttek aktív ÚPSZ használatának vizsgálata két régió (Észak-Magyarország és Dél-Dunántúl) három járásában történt (Csák et al 2017). A vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a vizsgált szegregátumokban elterjedtebb a szintetikus kannabinoidok használata, mint a szintetikus katinonoké (a vizsgálat módszertani leírását lásd a Kábítószeres/E fejezet T5.2 pontjában). Az elmúlt havi ÚPSZ-használatról beszámolók (150 fő) ötöde (19,5%) nem használt még életében szintetikus katinonokat, míg a szintetikus kannabinoidok esetében 3,4% volt a nem próbálók aránya. A teljes mintára vetítve az aktív (elmúlt havi) használók aránya a szintetikus katinonok esetében 56,4% volt. Összességében a vizsgált populációban a szintetikus katinon–használatról beszámolók esetében a jellemző használati gyakoriság a havi 1-2 alkalom volt (50 fő; 36,8%). Az intenzív (legalább heti 3-szor) szintetikus katinon-használók aránya a megkérdezett (valaha) ÚPSZ-használók körében 23,7% volt.

A mintába bekerültek közül 28 válaszadó (19%) jelezte, hogy használt már életében kábítószerrel injektálva. Közülük 18 nyilatkozott úgy, hogy az elmúlt 30 nap folyamán is

használt intravénásan valamilyen szert, főleg szintetikus katinonokat (15 válaszadóból 14-en.) A 15-ből 7 fő jelezte, hogy az esetek felében vagy annál gyakrabban közösen használtak valamilyen injekáló eszközt. (A vizsgálat módszertani leírását a Kábítószeres/E fejezet T5.2 pontjában.)

Egy, 2018-as szakértői kvalitatív kutatás (Kaló et al 2018) keretében megkérdezett kezelés-ellátásban és ártalomcsökkentésben dolgozó szakemberek, illetve szerhasználók tapasztalatai szerint az ÚPSZ injekálás mérséklődött, illetve rejtőzködőbbé vált. Az egész ÚPSZ jelenséget pedig a stagnálással jellemezték.

A kezelés-ellátásban dolgozók szerint a használók a más, köztük újonnan megjelenő használati módokat (fóliázás, szívószál, fopiszkáló) a hatósági kontroll növekedésével hozták összefüggésbe. A használói csoportok összetételét illetően úgy érzékelték a vizsgálatban részt vevő aktív szerhasználók, hogy egyre fiatalabbak használnak új pszichoaktív szereket.

Az ártalomcsökkentés területén dolgozó szakemberek többen említették a szintetikus katinonok intravénás használatáról szintetikus kannabinoidok („herbál”, „bio”), szívására történő váltást, másrészt érzékelhető volt szerhasználati mód-váltás injekciós használatról fóliázásra (belégzés), mely a kezelési adatokban is tetten érhető (lásd e fejezet T1.2.5 pontját). Emellett említették az ÚPSZ-ok minőségromlását. Ezeket a változásokat a szerhasználók viselkedésváltozásával hozták összefüggésbe: rejtőzködőbbnek látják őket, és úgy tapasztalják a „dizájner szubkultúrát” jellemzi a „politoxikomán” viselkedés és az ezzel összefüggő, korábban ÚPSZ-használati jellemzőként leírt „bódulat függőség” (vagyis hogy szerválasztásukban elsődleges szempont, hogy üssön az anyag). A szakértők a változásokat (beviteli mód; rejtőzködőbb intravénás szerhasználat) a nagyobb hatósági kontrollal és rendőri jelenléttel magyarázzák. (A vizsgálat módszertani leírását a Kábítószeres/E fejezet T5.2 pontjában.)

Az Alternatíva Alapítvány 2015/2016-ban végzett HIV/STI programja (lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T.5.2. és T.1.4.1) (Altalap 2017, Csák és Rácz 2018) keretében rögzített kockázati kérdőívek adatai alapján⁴² 2015-ben a 144 aktív (elmúlt 30 napban) injekáló résztvevő 77%-a injekált elsődlegesen új pszichoaktív szereket, míg 9,7%-uk heroint, 6,3%-uk amfetamint; 5,6%-uk metadont. A vizsgálat kimutatása megközelítőleg összhangban van az országos túcsere kliensadatok alapján megfigyelt szerprevalencia értékekkel.

⁴² Az adatok csak a vizsgálat első fázisára (2015 június – november) nézve kerültek az Éves jelentés szempontjából releváns módon feldolgozásra (az intravénás szerhasználók almintájának elkülönítése és elemzése által).

C) HEROIN ÉS EGYÉB OPIÁTOK

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 A SZERHASZNÁLAT PREVALENCIÁI ÉS TRENDJEI

T1.1.1 Különböző opiátok hozzáférhetősége

A 2015-ös lakossági vizsgálat (Paksi et al. 2015) alapján a 18-64 éves népesség 6,9%-a véli úgy, hogy könnyen vagy nagyon könnyen be tudna szerezni heroint. A fiatal felnőtt populációnak 9%-a nyilatkozott ugyanígy.

A kutatási adatok szerint a normál népességben az opiátok használata nagyon ritka. Az összesített életprevalencia érték 0,7%, a heroiné 0,5%, az egyéb opiátoké 0,6%. Az éves- és a havi prevalencia érték alig mérhető.

A korábbi összehasonlítható vizsgálatok eredményei alapján az opiátok elterjedtsége az elmúlt másfél évtizedben nem változott, mindvégig a lakosság nagyon alacsony hányada próbálta ki.

Az ESPAD 2015 kutatás (Elekes 2016) eredményei szerint a heroin a vizsgált szerek közül a legkevésbé elterjedt a 9-10.évfolyamon tanulók körében, életprevalencia értéke 1,4% volt.

A 16 éves diákok körében az elmúlt 20 évben megfigyelhető trendek alapján kevesen próbálták, az életprevalencia értéke 1995 és 2015 között mindvégig 1-2% között mozgott.

A heroin vonatkozásában a kínálatcsökkentési tevékenysége során a Rendőrség azt tapasztalta, hogy a korábbi célország szerep folyamatosan, szinte teljesen megszűnt. Azonban, mint tranzitország, Magyarország továbbra is jelentős szerepet játszik az európai piacon. (NSZKK 2018a)

A lefoglalási adatokat tekintve, 2009-2010 között a korábbi évekhez képest jelentősen csökkent mind a lefoglalások száma, mind pedig a legfoglalt heroin mennyiség. A visszaesést követően nem történt elmozdulás a heroin lefoglalásokban 2010 és 2017 között. A tranzitforgalom esetében azonban, több 1 kg közeli lefoglalás is történt 2017-ben. Az előbbi tendenciák figyelhetőek meg a lefoglalt intravénás szerhasználathoz köthető tárgyakról vett minták alapján is, miszerint 2009-ről 2010-re, majd 2011-re radikálisan lecsökkent a heroinhoz köthető minták aránya (67%; 28%; 1%). Az vizsgált mintákból az is kiderül, hogy heroinról szintetikus katinonok (dizájner stimulánsok) használatára tértek át az intravénás szerhasználók. (NSZKK 2018a)

A heroin mellett a metadon a leginkább hozzáférhető opiát típusú szer a hazai feketepiacon. A régebb óta elérhető tablettás formátum mellett 2016-ban vezették be Magyarországon a Misyo néven forgalmazott folyékony metadont, mely több opiát szubsztitúciós kezelést nyújtó szolgáltatónál is felváltotta a korábban alkalmazott tablettás formátumot (Csorba 2018). Mivel a kliensek többsége továbbra is a tablettás formátumot preferálja, és ennek a kiadott mennyisége lecsökkent, vélhetően a feketepiacra is korázottabb mennyiségben került ki a tablettás formátumú metadon. A kereslet megnövekedése és a kínálat lecsökkenése így a tablettás metadon utcai árának emelkedését eredményezte: a 20 mg-os metadon tableta leggyakrabban említett ára 1200-ról 2000 forintra nőtt 2016-ról 2017-re, míg az 5 mg-os kiszerezésé 500 forintról 1000 forintra emelkedett (lásd Kábítószerpiac és kábítószerbűnözés fejezet T1.1.5 pont).

Magyarországon kevésbé elterjedtek az új típusú szintetikus opiátok: 2015 és 2017 között mindösszesen 9 lefoglalás történt, főként fentanyl származékokkal kapcsolatban. A fentanyl származékokon kívül az U47700 elnevezésű szintetikus opiát volt még azonosítható a hazai piacon. (NSZKK 2018a)

T1.1.2 Opiáthasználat prevalenciabecslése

A 2015-re vonatkozó intravénás szerhasználó populáció nagyságára vonatkozó becslést (Horváth és Tarján 2016) lásd a Stimulánsok T1.2.5 pontja alatt.

A heroinhasználat prevalenciájára vonatkozó becslés utoljára 2013-ban készült, két éves intervallumra vonatkozóan (2010-2011). A heroint az adott két évben legalább egy alkalommal használókra vonatkozó pontbecslés értéke 3244 fő volt. (részleteket lásd 2013-as Éves Jelentés 4.2. fejezet) Az azóta a kábítószerpiacon és szerhasználatban bekövetkezett változások miatt azonban feltételezhető, hogy e populáció mérete jelentősen visszaesett.

T1.2 SZERHASZNÁLATI MINTÁZATOK, KEZELÉS-ELLÁTÁS ÉS PROBLÉMÁS/MAGAS KOCKÁZATÚ SZERHASZNÁLAT

T1.2.1 Szerhasználati mintázatok

Az intravénás opiáthasználattal összefüggő kockázati magatartásokkal kapcsolatos adatokat lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.4 alfejezetében. A kezelést kezdő opiáthasználók szerhasználati mintázatát lásd a T1.2.2 alfejezetben.

T1.2.2 Heroin- és egyéb opiátfogyasztók ellátása

Az opiáthasználat a 2017-es kezelésbe lépések 4,0%-ában (192 fő) volt a meghatározó ok (lásd Kezelés fejezet T1.3.1. és T2.1 alfejezetek) (heroin 154 fő, metadon visszaélészerű használata 12 fő, egyéb opiát 26 fő). A kezelésbe lépő (elsődleges) heroinhasználók száma a 2016-ban mért 122-ről 26%-kal emelkedett, míg a metadonos esetek száma a 2016-ban mért 41 főről 71%-kal csökkent. A heroinhasználók száma így összességében emelkedett, még ha az intravénás használók között csökkent is az arányuk (lásd a Stimulánsok T1.2.5 alfejezetet). Ugyanakkor a metadont visszaélészerűen használók száma jelentősen csökkent. Ez utóbbi jelenségre magyarázatként szolgálhat, hogy 2016-tól kezdődően számos kezelőhelyen a tablettás metadont folyékony metadon váltotta fel.

Az opiáthasználat miatt kezelésbe lépők 79,5%-a (140 fő) férfi, 20,5%-a (36 fő) nő volt, átlagéletkoruk 36,0 év volt, és átlagosan 15,8 évig használtak opiát típusú szereket a 2017-es kezelésbe lépésüket megelőzően. A kezelést megelőzően a jellemző beviteli mód az injektlás (40,5%) volt, azt követte a füstölés (fóliázás) (25,8%), az evés/ivás (25,2%), majd az orrba szippantás (6,1%). Figyelemre méltó, hogy a kezelésbe lépő heroinhasználók 48,0% (61 fő) jelölte az injektlást jellemző beviteli módként, és 32,3% (41 fő) a füstölést/fóliázást. Ez egyértelmű eltolódást mutat a fóliázás irányába, mely tendencia 2013 óta érzékelhető a kezelést kezdő populációban (a trendadatokat lásd a Kábítószerkezelés/Stimulánsok fejezet T1.2.5. pontjában). Ez összhangban van a területről érkező szolgáltatói visszajelzésekkel (Fóti és Tarján 2018; Kaló et al 2018). Fogyasztás gyakorisága szerint a kliensek 44,3%-a naponta, 17,1%-a heti 2-6 napon fogyasztotta a szert, 6,3% hetente egyszer vagy kevesebbszer, 32,3% pedig bevallása szerint nem használt opiátot a kezelést megelőző 30 napban. (Az injektlásról további információkért lásd a Stimulánsok, T1.2.5 alfejezetét.)

A kezelési lehetőségeket tekintve az opiáthasználók számára elérhető speciális kezelési program az opiát szubsztitúciós kezelés. Ennek keretében metadon és buprenorfin/naloxone kombináció a hozzáférhető gyógyszerek. Opiát szubsztitúciós terápiában a legutóbbi adatok szerint (2015-ben) 669 fő vett részt. E kezelési beavatkozás működéséről és igénybevételeéről lásd a Kezelés fejezet T1.4.7-T1.4.9, valamint T2.1 alfejezeteit.

T1.2.5 Intravénás szerhasználat

Az intravénás szerhasználat területén továbbra is az új pszichoaktív szerek dominanciája figyelhető meg a populációban. Lásd Kábítószeres/Stimulánsok/T.1.2.5

A heroinnal kapcsolatban elmondható, hogy továbbra is nagyon korlátozott a hozzáférhetősége. A lefoglalási adatokból és a tūcsere adatokból egyaránt úgy tűnik, hogy országos szinten nem beszélhetünk a heroin hozzáférhetőségének és használatának növekedéséről.

Tūcsere kliensek adatai

A tūcsere adatok alapján (Fóti és Tarján 2018) az új pszichoaktív szerek 2010-től kezdődő térnyerése teljesen átalakította a megelőző évekre jellemző szerhasználati struktúrát: míg 2009-ben a tūcserebe járó intravénás szerhasználók 56%-a elsődlegesen heroint injektált, addig 2017-ben csupán a kliensek 5%-a vallotta, hogy elsődlegesen heroint használ. A heroininjektálás prevalenciája 2013 óta 8% és 3% között mozog a tūcsere kliensek körében (trendábrát lásd: Stimulánsok fejezet T1.2.5 alfejezete, az egyes évekre vonatkozó összkliensszámot lásd: E/T.5.2).

Az intravénásan egyéb opiátokat, elsősorban metadont használók aránya nem változott jelentősen az elmúlt évek során: 7-9% körül mozgott 2011-2017 között.⁴³

A fiatalok (25 év alattiak) körében elenyésző az opiátinjektálók aránya. 2017-ben a heroininjektálók (85 fő) 3%-a 25 év alatti volt; 35%-uk 25 és 34 év közötti, míg 61%-uk 34 év feletti. Hasonló megoszlás figyelhető meg az egyéb opiátok injektálása (főleg metadon, 139 fő) tekintetében is, ugyanebben a sorrendben a korcsoport szerinti eloszlás: 2%, 39%, 59%.

Az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vevő intravénás szerhasználók jellemzői

Az országos prevalencia vizsgálatban (Dudás et al. 2015) részt vevő intravénás szerhasználók megoszlását az elsődlegesen injektált szer szerint vizsgálva szintén jól látható az opiátok térvesztése. Míg 2006-ban a minta⁴⁴ 86,4%-a elsődlegesen opiátokat injektált, addig 2015-ben már csak 38,3%-uk vallott elsődleges szerének valamilyen opiátot⁴⁵. (trendábrát lásd: Stimulánsok, T1.2.5 alfejezete)

A 2015. évre vonatkozó mintából kiválasztva az elmúlt 4 hétben is injektáló, aktív szerhasználókat (összes aktív injektáló: 2015: 351 fő; 2014: 381 fő), elmondható, hogy körükben továbbra is viszonylag alacsony volt a részesedése a heroint és az egyéb opiátokat injektálóknak: 2015-ben 22%-uk injektált elsődlegesen egyéb opiátokat (2014: 13,1%) – elsősorban metadont –, míg 15,9% (2014: 15,5%) a heroint vallotta elsődleges

⁴³ 2011 előtt 4 zárt kategóriában jelentettek adatot a szolgáltatók: heroin; amfetamin; kokain, egyéb. 2011-től az egyéb kategória nyitott kérdéssé vált, azóta nevesíthetők az oda sorolt szerek, így csak azóta áll rendelkezésre pontos adat az egyéb opiátok injektálásáról.

⁴⁴ valaha injektálók

⁴⁵ A vizsgálatban részt vevő szervezetek körében több opiát-subsztitúciós kezelést is biztosító kezelőhely is részt vett (2015: 7/19 szervezet), amely a szerprevalencia adatok tekintetében torzító erővel bír az opiátinjektálás javára.

szerének.⁴⁶ (Dudás et al. 2015) (A 2015-ös adatokkal kapcsolatos összehasonlíthatóság korlátait lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.6.)

A szerhasználati mintázatokról lásd a T1.2.2 alfejezetet, az intravénás szerhasználat további trendjeiről lásd a Stimulánsok T1.2.5 alfejezetét.

T1.2.6 Fertőző betegségek

Lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.1 alfejezet.

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T4.2 A HEROIN ÉS EGYÉB OPIÁT HASZNÁLAT TOVÁBBI ASPEKTUSAI

Az elmúlt években több vizsgálat (Farkas 2011; Péterfi 2013; Kapitány-Fövény et al. 2015) beszámolt az opiát-helyettesítő kezelésben részesülő kliensek új pszichoaktív szer (továbbiakban ÚPSZ), elsősorban designer stimuláns használatáról. Kapitány-Fövény és munkatársai (2017) az ÚPSZ-használat okait vizsgálták az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet opiát-helyettesítő kezelésben lévő páciensei körében. A vizsgálat megállapította, hogy elsősorban nem farmakológiai, hanem praktikus szempontok vezérelték a döntést: jellemzően a kíváncsiság, más anyagok helyettesítése és a könnyű hozzáférhetőség. Az eredmények szerint a valaha amfetamin fogyasztás és a súlyosabb pszichiátriai tünetek előrejelezhetik az ÚPSZ használatot. (A vizsgálat módszertanát lásd az E.) Források és Módszertan T5.2 alfejezetében.)

A tűcsere szolgáltatók 2016-os szakmai találkozóján (NFP 2016) a részt vevő, opiát-helyettesítő kezelést is nyújtó szervezetek beszámoltak arról, hogy a helyettesítő kezelést igénybe vevő klienseik körében számottevően fordul elő a kezelés mellett a designer stimulánsok injektálása és/vagy a szintetikus kannabinoidok fogyasztása.

Egy 2015/2016-os kutatás (Péterfi 2016; Péterfi et al. 2017), amely használt fecskendőkből található anyagmaradványokat vizsgált, jelentős esetszámban azonosította a metadon stabil jelenlétét (havi bontásban 20%-30% körül mozgott a vizsgált időszakban). A metadon injektálása, így visszaélészerű használata (feltehetően polidrog-használat formájában) fontos kimutatása a kutatásnak, azonban a szerprevalencia adatok intravénás szerhasználói populációra történő kiterjesztésének lehetősége korlátozott, az adatgyűjtési helyszínek és a

⁴⁶ 2014-ben lett először szétbontva az opiát kategória heroinra és egyéb opiátokra (nyitott kérdés), így ezt az adatbontást csak 2014-re, illetve 2015-re nézve lehet megadni.

mintavétel módszertani korlátai miatt⁴⁷. A rendőrségi lefoglalások során bevizsgált injektáló eszközökön kimutatott hatóanyagok tekintetében sem rajzolódik ki a metadon injektálás nagymértékű megerősődése.

⁴⁷ A 7 vizsgálati helyszín közül 5 esetben ugyanabban az intézményben nyújtanak opiát-szbusztitúciós kezelést, ahol és amelynek környékéről a fecskendőket begyűjtötték.

D) EGYÉB ÚJ PSZICHOAKTÍV SZEREK ÉS MÁS KÁBÍTÓSZEREK A FENTIEKEN TÚL

T1. ÚJ PSZICHOAKTÍV SZEREK (ÚPSZ)

Az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos információk bemutatását lásd: A) Kannabisz T1.2.4 és T4.1 alfejezetekben, B) Stimulánsok T1.2.4 és T1.2.4 alfejezetekben valamint C) Heroin és egyéb opiátok T1.2.4 valamint T4.2 alfejezetekben.

T4. TOVÁBBI INFORMÁCIÓK

T4.3 NEM SPECIFIKUS SZERHASZNÁLAT ÉS POLIDROGHASZNÁLAT

Az OLAAP felmérés keretében a különböző szerhasználó magatartások alapján kirajzolódó látens fogyasztói csoportok azonosítása céljából klaszteranalízist végeztek (Paksi 2017). A 18–64 éves felnőtt népességen belül a vizsgált fogyasztói magatartások alapján a mintában lévő személyek 86,8%-át lefedő 4 fogyasztói csoportot sikerült elkülöníteni.

- 1) A legnagyobb létszámú csoport – a besorolt esetek 83,1%-a – gyakorlatilag semmilyen vizsgált szerhasználó magatartásban nem érintett, őket a „nem használók” csoportjának nevezték el.
- 2) A következő legnépesebb csoport (7,9%) a „gyógyszerfogyasztók” csoportja, közöttük mindenki használt már életében orvosi javaslatra vagy anélkül nyugtatót, s a csoportba tartozók közel fele érintett visszaélészerű gyógyszerhasználatban is, tiltott szereket azonban a csoport tagjai csak elenyésző arányban használtak (kannabiszt 2%, kannabiszon kívül más tiltott drogot szintén 2%).
- 3) A harmadik, a populáció 5,2%-át kitevő látens csoport a „polidrog-használók”⁴⁸ csoportja, az ide tartozók közül mindenki használt már kannabiszon kívül valamilyen más tiltott drogot, de 60%-uk fogyasztott kannabiszt is az élete során. Ebben a csoportban minden vizsgált szerhasználó magatartás jelentős életprevalencia értékkel van jelen, de leginkább a hagyományos stimulánsok használata a jellemző (életprevalencia értéke 85%), s itt fordul elő legnagyobb arányban az ÚPSZ használat is (a szintetikus kannabinoidok életprevalencia értéke 33%; a designer stimulánsoké 19%), de messze nem az ÚPSZ a csoport domináns szere.
- 4) Végül a negyedik, legkisebb létszámú csoport a tisztán „kannabiszhasználók” csoportja: itt mindenki fogyasztott már életében marihuánát vagy hasist, és mindössze 5% esetében fordult elő a kannabiszon kívül valamilyen más tiltott drog-használat, és ritka volt a gyógyszerhasználat is. (Paksi 2017)

10. táblázat. A droghasználat alapján elkülöníthető látens csoportok a 18–64 éves valaha használók körében

⁴⁸ A csoport elnevezésére használt „polidrog-használók” kifejezés azon fogyasztók megkülönböztetésére szolgál, akik kettő vagy annál több kábítószer fogyasztásáról számoltak be életük során.

Végső klaszterközéppontok (besorolt esetek: 1293; hiányzó adat: 197)								
	Klaszterek							
	polidrog- használók		gyógyszer- fogyasztók		nem használók		kannabisz- használók	
	18-64	18-34	18-64	18-34	18-64	18-34	18-64	18-34
nyugtató (orvosi javaslatra vagy anélkül)	,23	,42	1,00	1,00	,00	,00	,01	,01
visszaélésszerű gyógyszerhasználat	,21	,32	,46	,71	,01	,01	,04	,02
kannabiszhasználat	,61	,77	,02	,18	,00	,00	1,00	,81
szintetikus kanabinoidok használata	,33	,68	,02	,08	,00	,00	,00	,14
designer stimulánsok használata	,19	,59	,01	,02	,00	,00	,01	,05
kokain összes használata	,22	,54	,00	,00	,00	,00	,00	,04
hagyományos stimulánsok	,85	1,00	,00	,18	,00	,00	,00	,34
hallucinogén összes használata	,19	,54	,00	,02	,00	,00	,01	,04
egyéb tiltott drogok használata	,14	,49	,00	,02	,00	,00	,01	,02
kannabiszon kívül más tiltott drogok használata	1,00	1,00	,02	,26	,00	,00	,05	,50
N	67	41	102	54	1075	1080	49	169
%	5,2	3,0	7,9	4,0	83,1	80,4	3,8	12,6

Forrás: OLAAP – Paksi 2017

A 18–34 éves korosztályban – a felnőtt népességre vonatkozóan bemutatott eljárással megegyező módon végzett klaszterelemzés eredményeként – kirajzolódó látens csoportok nagymértékben hasonlítanak a felnőtt népességben elkülönülő csoportokhoz, azonban egyrészt más az egyes csoportok súlya, másrészt a „nem fogyasztók” csoportja kivételével minden csoportban változatosabb fogyasztási mintázat jelenik meg, mint a 18–64 éves populációban. (Paksi et al. 2015)

A különböző fogyasztási típusok szétválasztására végzett klaszterelemzés alapján azt mondhatjuk, hogy míg a gyógyszer-, illetve a kannabiszhasználat önálló, illetve a fiatal felnőttek körében jellemző fogyasztói magatartásként van jelen a magyarországi droghasználatban, addig az ÚPSZ-használat a polidrog-használat részeként jelenik meg, nem képez önálló használói csoportot. (Paksi et al. 2015)

E) FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

Arnold P., Németh Á. (2015): Serdülők tiltott szer használata a HBSC 2014 adatok tükrében. Kézirat.

Bálint, R. (2018): A kábítószer utcai árának alakulása 2017-ben. Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőíves adatgyűjtés. (módszertan, lásd:T5.2)

Csák R., Márványkövi F., Rácz J. (2017): Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használóinak vizsgálata vidéki szegregátumokban 2017. Kutatási beszámoló.

Csák R., Rácz J. (2018): Risk behaviours of NPS users in Hungary and the possibility of harm reduction. Med Rodz. 21 (1): 93-95.

Csorba, J (2018): Metadon dózis és terápiás hatékonyság. VIII Szubsztitúciós Fórum Budapest, 2018.06.07

Dudás, M., Rusvai, E., Győri, Z., Tarján, A., Horváth, G., Minárovits, J., Takács, M., Csohán, Á. (2015): A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2015. évi prevalenciájának vizsgálata. OEK. Publikálás alatt.

Elekes, Zs. (szerk.) (2016): Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015, Magyarországi eredmények, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest

Farkas, J. (2011): Hungary. EMCDDA Trendspotter találkozó, 2011. október 18-19., Lisszabon.

Fóti, O. és Tarján A., (2018): Tücsere programok adatai, 2017. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Horváth G.Cs.; Tarján A. (2016): Az intravénás szerhasználat prevalencia becslése. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Horváth, G. Cs., Péterfi A., Tarján A. (2011): A kábítószer-fogyasztással kapcsolatos új jelenségek 2010-ben az ellátóhelyek tapasztalatai alapján. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Kaló Zs., Szabó R., Bálint R., Péterfi A., Port Á., Szatmári D., Tarján A., Horváth G. (2018): Az új pszichoaktív szerek monitorozása kulcsszakértők bevonásával Magyarországon 2017-2018-ban. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kutatási beszámoló, Kézirat.

Kapitány-Fövény, M Farkas, J., Pataki, P.A., Kiss, A., Horváth, J., Szabó, T. Winter, Zs., Rigó, P. (2015): Designer droghasználók pszichiátriai tünetprofilja szubsztitúciós kezelésben részesülő opiátfüggők körében. Magyar Pszichiátriai Társaság XIX. Vándorgyűlése. Szeged 2015 január 28-31.

Kapitány.Fövény, M., Farkas, J., Pataki, P.A., Kiss, A., Horváth, J., Urbán, R., Demetrovics Zs. (2017): Novel psychoactive substance use among treatment-seeking opiate users: The

role of life events and psychiatric symptoms. *Human Psychopharmacol.* 2017 May; 32(3) doi: 10.1002/hup.2602.

Kassai, S., Pintér, J. N, Rácz, J., Erdősi, D., Milibák, R., Gyarmathy, V. A. (2017): Using interpretative phenomenological analysis to assess identity formation among users of synthetic cannabinoids. *International Journal of Mental Health and Addiction*, DOI 10.1007/s11469-017-9733-3

Kassai, S., Pintér, J. N., Rácz, J., Böröndi, B., Tóth-Karikó, T., Kerekes, K., Gyarmathy, V. A. (2017): Assessing the experience of using synthetic cannabinoids by means of interpretative phenomenological analysis. *Harm Reduction Journal*, 14:9 DOI 10.1186/s12954-017-0138-1

Lannert J. (2017). Kábítószer-használat a szegregátumban élő átlános iskolás gyerekek körében. Kutatási beszámoló.

NFP (2015): Túcsere szolgáltatók országos szakmai találkozója. Nemzeti Drog Fókuszpont.

NFP (2016): Túcsere szolgáltatók országos szakmai találkozója. Nemzeti Drog Fókuszpont.

NSZKK (2018a): A lefoglalások laboratóriumi vizsgálati eredményének adatai 2009 és 2017 között.

Nyíri, N. (2016): Új pszichoaktív szerek, a szintetikus kannabinoidok (biofű/herbál) fogyasztásának vizsgálata. Fogyasztók tapasztalatainak felmérése. Budapest, Kézirat

ORFK (2015): A Rendőrség 2014. évi tevékenységéről szóló beszámolója.

ORFK (2016): A Rendőrség 2015. évi tevékenységéről szóló beszámolója.

Paksi, B. (2017): ÚPSZ-használattal kapcsolatos epidemiológiai tapasztalatok az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP 2015) című kutatás alapján. Kézirat.

Paksi B. és Magi A. (2018): Hajléktalanság és droghasználat. A hajléktalan populáció drog- és egyéb pszichoaktív szerhasználatának vizsgálata. Viselkedéskutató Kft. Kutatási beszámoló

Paksi B., Magi A., Felvinczi K., Demetrovics Zs. (2015): Drogfogyasztás a magyarországi felnőtt népesség körében - a 2015. évi „Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról” (OLAAP 2015) első eredményei. Magyar Addiktológiai Társaság X. Országos Kongresszusa 2015. november 26-28, Siófok, Supplementum kötet, pp. 53. http://www.mat.org.hu/doksi/2015/Absztraktfuzet_MAT_X_2015.pdf

Péterfi, A. (2013): Kvalitatív vizsgálat metadon programot működtető szolgáltatók körében 2013-ban. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Péterfi, A., Tarjan, A., Horvath, G. C., Csesztregi, T., & Nyirady, A. (2014). Changes in patterns of injecting drug use in Hungary: a shift to synthetic cathinones. *Drug Test Anal*, 6(7-8), 825-831. doi: 10.1002/dta.1625

Péterfi, A. (2015): Kezelőhely vizsgálat 2015. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Péterfi A., Major M., Dunay M. (2016): Kezelőhely vizsgálat terápiais közösségek körében. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Péterfi A. (szerk.) (2016): Tisztább Kép. Projekt zárókiadvány. Magyar Ökumenikus Segélyszervezet.

http://www.segelyszervezet.hu/sites/default/files/documents/tisztabb_kep_egyben.pdf

Péterfi, A., Csorba, J., Figezki, T., Kiss, J., Medgyesi-Frank, K., Posta, J., Gyarmathy, V.A. (2017): Drug residues in syringes and other injecting paraphernalia in Hungary. Drug Testing and Analysis doi: 10.1002/dta.2217

Port, Á. (2016b): A magyarországi javítóintézetben elhelyezett fiatalok kábítószerhasználatának vizsgálata. Nem publikált kézirat.

Szécsi, J., Sik, D. (2016): Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban, Esély 2016/2, 115-131. old.

TDI adatgyűjtés 2018.

T5.2 MÓDSZERTAN

Altalap HIV/STI program (2017): lásd Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T5.2 alfejezet

Tisztább kép projekt 2016: A fejezetben bemutatott adatok a vizsgálat teljes időszakára (2015. március – 2016. október) vonatkoznak, és a laboratóriumi vizsgálat eredményeként elérhető nyers adatokból származnak. A többi fejezetben bemutatott adatok módszertani leírását lásd a Kezelés fejezet T5.2 alfejezetében.

Designer droghasználók pszichiátriai tünetprofilja szubsztitúciós kezelésben részesülő opiátfüggők körében (Kapitány-Fövény et al 2015): A budapesti Nyírő Gyula Kórház OPAI Drogambulancia opiát helyettesítő programjában 2014. április 15. és augusztus 21. között kezelt kliensek (210 fő) körében végzett önkéntes, anonim vizsgálatba 198 főt sikerült bevonni. A vizsgálati kérdőív tartalmazott a kezelésre és a kliens demográfiai jellemzőire vonatkozó kérdéseket, az ÚPSZ használatra vonatkozó kérdéseket, valamint lekérdezésre került a BSI (Brief Symptom Inventory) és a LEQ (Életesemények kérdőív). A lekérdezés személyesen, bizalmas körülmények között, pszichológus hallgatók segítségével történt.

ESPAD 2015 (Elekes 2016): 2015 márciusában került sor az *Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól* vizsgálat soron következő adatfelvételére. A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézete készítette. A magyarországi adatfelvétel az ESPAD protokollnak megfelelően az 1999-ben született, nappali tagozatos normál iskolai képzésben résztvevő fiatalok országos reprezentatív mintáján készült osztályos lekérdezéssel, önkitöltős módszerrel. A 9-10. évfolyamon tanulók teljes mintája 6664 fő, a 16 évesekre vonatkozó nettó minta 2647 fő volt.

HBSC 2014 (Arnold, Németh 2015): Az adatfelvétel 2014 tavaszán valósult meg országos reprezentatív mintán, nemzetközi standardok figyelembevételével. A kutatás az 5., 7., 9. és 11. évfolyamon tanulókra terjed ki. A minta kialakítása településtípus, képzés típus, fenntartó és földrajzi elhelyezkedés szerinti (legalább régiónkénti) rétegzett mintavételi eljárással történt. Nettó minta 6153 fő. Az adatgyűjtés osztályos lekérdezéssel, önkitöltős, anonim kérdőívek segítségével valósult meg passzív beleegyezéssel és etikai bizottság jóváhagyásával. A kutatást az Országos Gyermekeségügyi Intézet finanszírozta. A kutatás a szerhasználatot a 9. és 11. évfolyamosok körében vizsgálja (N=3509). A 9. évfolyamon tanulók átlagosan 15,9 évesek, a 11. évfolyamosok átlagosan 18 évesek.

Intravénás szerhasználat prevalencia becslése (Horváth és Tarján 2016): A becslés az időben ismétlődő fogás-visszafogás módszerével történt. A két felhasznált adatbázishoz tartozó felmérésről (2014-es és 2015-ös országos HIV/HBV/HCV prevalenciavizsgálat) bővebben az egyes években (2015-ös és 2016-os Éves Jelentés) az Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3, T2.2 és T5.2 pontja alatt olvashat.

A becslésbe olyan szűrésben részt vevő intravénás szerhasználók kerültek, akik az adott időintervallumban tücsere programban vettek részt vagy drogambulancián részesültek kezelésben. Mindkét évben 19 szervezet vett részt a vizsgálatban. A szűrésben való részvétel feltétele a valaha történt intravénás szerhasználat volt.

Az intravénás szerhasználók azonosítása a vizsgálatban a TDI rendszerben alkalmazott egyedi azonosító, ún. generált kód alkalmazásával történt, mely lehetővé tette a kliensek ismételt megjelenésének nyomon követését. (Az intravénás szerhasználók szociodemográfiai adatairól, szerhasználati mintázatokról bővebben 2015-ös és a 2016-os Éves Jelentés / Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3, illetve a Kábítószeres fejezetben, az egyes kábítószeres (elsősorban a Stimulánsok, de az Opiátok alatt is) alá rendelt T.1.2.2 pontok alatt olvashat)

A becslés különböző szertípusok szerinti megosztása nem volt lehetséges. A becslés első lépésének eredménye kétéves időintervallumra vonatkozik, azaz a jelzett két évben való intravénás szerhasználatot jelöli⁴⁹. A becslés második lépéseként a szűrésben alkalmazott, az utolsó injektlás idejére vonatkozó kérdés alapján a kapott eredményt módosították, így a becslés az elmúlt évben injektláló populációt határozza meg.. A fogás-visszafogás módszer alkalmazásának feltétele egyebek mellett a két mérési időpont között fennálló függetlenség. A prevalenciavizsgálatban a függetlenség ezen feltétele vélelmezhetően sérült, ezért a fogás-visszafogás alapképletét⁵⁰ módosították, megkülönböztetve a szűrésben való ismételt megjelenés okaként a véletlen és a szisztematikus vagy szándékolt részvételt. A részvételi szándék modellezésével érzékenység-vizsgálatot végeztek. A részvételi szándék együtthatóját a szűrőhelyek megkérdezését követően alakították ki szakértői becslés módszerével. A megkérdezett szolgáltatók válaszainak átlaga alapján a kliensek 76%-a tudatosan vett részt ismételt a szűrésben.⁵¹ A szűrésben részt vevő kliensek motivációs csomagot (1000 forint (kb.3 €) 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.

⁴⁹ *Ismételt megjelenés a szűrőprogramokban 2014-2015 között*

Év	2015	
	Megjelenés	Igen
2014	Nem	458
	Igen	133

⁵⁰Az 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

⁵¹A kutatás során a részt vevő szolgáltatókat megkeresték 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 mind a 15 szolgáltató válaszolt, ahol 2014-ről 2015-re ismétlődés volt megfigyelhető a generált kód alapján.

Kapitány.Fövény, M., Farkas, J., Pataki, P.A., Kiss, A., Horváth, J., Urbán, R., Demetrovics Zs. (2017): Az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet 198 opiátfüggő kliensével törént strukturált kérdőív felvétele 2014-ben. A kérdőív vizsgálta a kliensek szocio-demográfiai jellemzőit, a kezelésük jellemzőit, a valaha történt szerhasználatot, az ÚPSZ használat okait, a negatív életeseményeket és a pszichiátriai tüneteket.

Kezelőhely vizsgálat 2015: lásd 2016-os Éves Jelentés Kezelés fejezet T6.2 alfejezet.

Kezelőhely vizsgálat a terápiás közösségek körében 2015: lásd 2016-os Éves Jelentés Kezelés fejezet T6.2 alfejezet.

A magyarországi javítóintézetben elhelyezett fiatalok kábítószer-használatának vizsgálata (Port 2016b): lásd Börtön fejezet T5.2.

OLAAP 2015 (Paksi et al. 2015): a magyarországi 18-64 éves népesség bruttó 2477, nettó 2247 fős, régió, településméret és életkor szerint rétegzett véletlen mintáján történt a 18-34 éves populáció felülreprezentálásával. A 18-64 éves népességre vonatkozó országos reprezentatív minta 1490 fős, a 18-34 évesekre vonatkozó szintén országos reprezentatív minta pedig 1534 fő adatait tartalmazza. Az adatfelvétel a mintába került személyek személyes megkeresésével, ún. „kevert”, face to face és önkitöltős elemeket egyaránt alkalmazó módszerrel, 2015 tavaszán zajlott. A kutatás az OTKA (pályázati azonosító: K.109375) és az EMMI támogatásával készült.

Online felmérés (Nyíri 2016): 2015 decemberében online kérdőíves felmérés készült a szintetikuskannabinoid-használat sajátosságairól. A kérdőívet 1319 fő töltötte ki. A kapott adatok alapján a mintát jellemzően 18-29 év közötti, budapesti vagy más városban élő, rendszeres marihuána-használó főként férfiak alkották, akik kipróbálták már a szintetikus kannabinoidokat.

Országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat: lásd Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T5.2 alfejezet

Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban (Szécsi és Sik 2016): A kutatás módszere a résztvevő megfigyelés, a kérdőíves felmérés és a félig strukturált interjúk készítése volt. A kutatásban és a feldolgozásban részt vettek az ELTE TáTK elsőéves szociális munkás szakos hallgatói. A kutatást az ELTE TáTK finanszírozta. A 30 egyetemi hallgató mindegyike 25 óra megfigyelést végzett, 204 kérdőív és 33 interjú készült (fele felnőttekkel, fele 18 év alatti kiskorúakkal) 2015 nyarán.

Szintetikuskannabinoid-használat pszichológiai vizsgálata (Kassai et al. 2017a,b): A vizsgálat keretében 6 fő kezelésben lévő szintetikuskannabinoid-függővel készült félig strukturált kvalitatív interjú. Az interjúk elemzése a szerhasználat élményére és az identitásváltozásra koncentrázó interpretatív fenomenológiai analízissel történt.

TDI adatgyűjtés 2017: lásd Kezelés fejezet, T5.2 alfejezet

Tűcsere adatgyűjtés (Fóti és Tarján 2018): A tűcsere szervezetek a 2017-es évről is a Nemzeti Drog Fókuszpont által 2008 óta működtetett adatgyűjtő internetes portálon jelentették az adatokat. 2010 óta a tűcsere programokban részt vevő kliensek demográfiai jellemzőivel és szerhasználatával kapcsolatos információkat is ezen a felületen keresztül juttatják el a Nemzeti Drog Fókuszpont számára a szolgáltatók. 2012 óta az „egyéb” szer kategória nyitott kérdésként jelenik meg, ahol a szolgáltatók nevesíthetik az egyéb szereket. Az elmúlt évek tapasztalatai alapján a 2015-ös adatgyűjtés során bővítésre került az előre megadott szertípusok listája (új kategóriák: „penta kristály”, „zene”, metadon, MDPV) a

meglévő, zárt klasszikus szertípusok és a nyitott „egyéb” kategória mellett. 2017-re vonatkozóan 25 szervezet összesen 2093 fő kliens adatait töltötte fel. A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikációsűrű, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetenél is regisztrálásra került. Az elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlásról összesen 1831 kliens esetében számoltak be a szolgáltatók 2017-ben. (2009: 1483 fő; 2010: 1737 fő; 2011: 2237 fő; 2012: 1907 fő; 2013: 3128 fő; 2014: 3692 fő; 2015: 2985 fő; 2016: 2366 fő)

Hajléktalanok droghasználata Magyarországon (Paksi, Magi 2017): Az vizsgálat célja az egyik lakossági vizsgálatokból kimaradó társadalmi csoport, a hajléktalan populáció drog- és egyéb pszichoaktív szerhasználatának becslése és az adatok általános populációs kontextusban való értelmezése révén a hajléktalan populáció speciális szerhasználati jellemzőinek azonosítása. Az adatfelvétel – a 2007-es kutatáshoz (Paksi és mtsai, 2008, 2010) hasonlóan – omnibusz jelleggel a hajléktalan populáció legjobb becslését adó, „Február Harmadika (F3)” adatfelvétel sorozat 2017. évi adatfelvételéhez kapcsolódva történt. A kutatás célpopulációját a magyarországi hajléktalan populáció, a mintavételi keretet pedig a 2017-es F3 adatfelvétel során az ország egész területén a hajléktalan-ellátás részeként működő szálláshelyeken, vagy közterületeken elért 8014 fős hajléktalan populáció képezte. A kutatás a mintavételi keret elérési-helyszín (konkrét szálláshelyek és utcai szolgálatok) szerint rétegzett, egyhatodos véletlen mintáján történt. A mintakeret létszáma alapján a kutatás kalkulált bruttó mintája 1335 fő volt, a nettó minta nagysága 1302 fő. A magas elérési arány miatt a minta súlyozást nem igényelt. E mintanagyság mellett végzett elemzéseink során 95%-os megbízhatósági szinten az elméleti hibahatár mértéke $\pm 2,5\%$. Az adatfelvétel – a kutatás előzményének tekinthető 2007-es vizsgálat (Paksi és mtsai, 2008, 2010) és az általános populációs drogepidemiológiai kutatásokkal (pl. Elekes és Paksi 2003; Paksi, 2009; Paksi és mtsai, 2017) harmonizálva – zárható borítékban átadott önkitöltős kérdőív alkalmazásával történt. A vizsgálati battéria összeállítása során az EMCDDA ajánlásait (EMCDDA, 1999, 2002), az indikátor igényének változásait (észlelt hozzáférhetőség), az új pszichoaktív szerek (NPS) használatának nyomon követésére megfogalmazott ajánlásokat, valamint a hazai normál populációs (OLAAP 2007, 2015) drogepidemiológiai vizsgálatokkal való összehasonlíthatóságot érvényesítettük.

Telepi szegregátum ÚPSZ-használata (Csák et al. 2017): A Központi Statisztikai Hivatal által szegregátumnak minősített telepeken, nem városban élő felnőttek aktív ÚPSZ használatának vizsgálata két régió (Észak-Magyarország és Dél-Dunántúl) három járásában történt. A mintavétel privilegizált hozzáférés, valamint társas hálózat alapú megkeresés módszerével történt. A mintába kerülés kritériuma a betöltött 18. életév, valamint az elmúlt 30 nap során legalább egy alkalommal történő ÚPSZ használat szintetikus kannabinoid („szintetikus fű”, „herbál”, „bio”) és/vagy (jellemzően szintetikus katinonokat tartalmazó) „kristályra” vonatkozóan. Régióként 75 kérdőív és 25 interjú került felvételre (összesen 150 kérdőív, 50 félig-strukturált interjú). Az adatfelvételre 2017. június 1. és 2017. szeptember 30. között került sor.

A szegregátumokban élő 5. és 8. osztályos tanulók droghasználatának (különös tekintettel az új pszichoaktív szerekre) kvalitatív vizsgálata (Lannert 2017): A vizsgálat 3 régióban (Észak-Magyarország, Kelet-Magyarország, Dél-Dunántúl) 3-3 iskolában valósult meg. Az alsó tagozatos gyerekekkel végzett vizsgálat innovatív fókuszcsoportos technikát alkalmazott (pl. story kocka, kreatív leírás) életkornak megfelelő foglalkozás (pl. drámapedagógiai) keretében. A felső tagozatos diákok körében nem reprezentatív országos online önbevallásos kérdőíves vizsgálat készült (3289 fő a kérdőív legalább felét, 3127 fő a teljes kérdőívet kitöltötte), a minta 90%-a 7. vagy 8. osztályos tanuló, 18%-a budapesti vagy Pest megyei.

Az új pszichoaktív szerek monitorozása kulcsszakértők bevonásával Magyarországon 2017-2018-ban. (Kaló et al 2018): A vizsgálat központi témája az új pszichoaktív szerek használati

trendjében észlelhető változások és újdonságok azonosítása szakértői percepciók és adatok elemzésével egy 6 hónapos (2017. június - december) időszakban Magyarországon. A vizsgálat célja a szakirodalom által korábban már azonosított szcénák (intravénás szerhasználat, kezelés-ellátás, börtön, éjszakai élet) mellett a magyar és nemzetközi szakértők által az ÚPSZ-használat mentén megjelenő új területek (LMBTQ közösségek, gyermekvédelem és hajléktalan-ellátás, online szcéna), valamint a média és a hatóságok ismereteinek feltárásával a leíró indikátorokon túlmutató elemzés elkészítése (Mounteney és Haugland 2009, Mounteney 2009). Pragmatista filozófiai megközelítésű (Johnson és Onwuegbuzie [2006]) primer kvalitatív adatgyűjtéssel és szekunder kvalitatív és kvantitatív adatelemzéssel készült kevert módszertanú nem reprezentatív vizsgálat.

- 1) Kvalitatív vizsgálat: a (primer) adatgyűjtés 2018 január és április között zajlott interjúk és fókuszcsoportos technikával. 10 tematikus munkacsoport (intravénás szerhasználat, kezelés-ellátás, börtön, éjszakai élet, LMBTQ közösségek, gyermekvédelem, hajléktalan-ellátás, online, média, hatóságok) 20 fókuszcsoportos (53 fő résztvevő + 10 fő munkacsoport-vezető) és 12 interjú (12 fő), valamint 2 szakértői (munkacsoport vezető + 6 szakértő) fókuszcsoportos adatfelvétele valósult meg összesen 81 fővel.
- 2) Médiamonitoring: A szakértői adatfelvétel tartalmi elemzésével 21 kulcsszó került kiválogatásra, amely alapján elkészült a magyar nyelvű online média szisztematikus monitorozása a vizsgálati időszakban (összesen 382 db. médiamegjelenés).
- 3) A szekunder adatok (vizsgálati időszakra vonatkozó lefoglalási, epidemiológiai és kutatási adatok) gyűjtése és elemzése készült el (20 db dokumentum). Az adatelemzés deduktív tartalom- és dokumentumelemzéssel készült az Atlas.ti 8.2.0. programban.

PREVENCIÓ⁵²

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

A 2013-ban hatályba lépett Nemzeti Drogellenes Stratégia a prevencióval kapcsolatban meghatároz prioritásokat és 10 szintéren feladatokat is. A drogprevenciós tevékenységet - több más kábítószer-problémával összefüggő feladat mellett - az Emberi Erőforrások Minisztériumának Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztálya koordinálja (lásd: Kábítószer-politika fejezet T1.3.1 alfejezet).

Az országos felmérések adatai azt mutatják, hogy a megelőző tevékenységet működtető szervezetek többsége általános/univerzális prevenciót folytat, iskolai keretek között. Ezeknek a szervezeteknek a 70%-a civil szervezet, finanszírozásuk leginkább állami forrásból történik pályázati úton. Az iskolán kívüli, jellemzően célzott prevenciót folytató szervezetek között több az állami vagy önkormányzati (szociális ellátó, gyermekvédelmi intézmény), amelyek hivatalból rendszeresen találkoznak a célcsoporttal más vonatkozásban is. Munkahelyi prevenciós programok csak eseti jelleggel fordulnak elő. A prevenciós tevékenység fő finanszírozója az állam, valamint európai uniós források (TÁMOP, EFOP).

Az elmúlt években a szakpolitikát alakítók részéről prioritás volt, hogy a prevenciós programok a professzionalizálódás felé haladjanak. A létrehozott szakmai szabályozóanyagok, illetve az iskolákban zajló prevenciós programok szakmai ajánláshoz kötése ezt a célt szolgálták.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 SZAKPOLITIKA ÉS INTÉZMÉNYI HÁTTÉR

T1.1.1 Prevenciós célkitűzések a Nemzeti Stratégiában

A 2013-ban hatályba lépett Nemzeti Drogellenes Stratégia (lásd még: Kábítószer-politika fejezet T1.1 alfejezet) alapvető szemléleti kerete „az egészség és az egészséget támogató folyamatok, illetve az ezekhez vezető személyes, közösségi, környezeti feltételek erősítése”. A Stratégia kimondja, hogy az „egészség, az egészséges életmód, mint érték és erőforrás minél több ember számára váljon követhető és követendő mintává”. Ezáltal „várható egy olyan társas környezet kifejlődése, amelyben jelentősen kisebb a legkülönbözőbb függőségi, illetve a lelki egészséget és az életvezetést negatívan érintő problémák kialakulásának lehetősége”.

Emellett a megközelítés lényeges eleme, hogy a helyi szintű kezdeményezéseket ösztönzi annak érdekében, „hogy kialakuljon az a közösségi – civil – szakmai hálózat, amely minden településen lehetővé teszi a különböző fejlesztő, megelőző és kezelő programokhoz való egyenlő hozzáférést”.

A Stratégia meghatároz prioritásokat a prevenció területén is. A Stratégia kábítószer-megelőzéssel foglalkozó V.2. fejezete szerint „a kábítószer-problémával kapcsolatos megelőzési tevékenységnek valamennyi szintéren és célcsoportban az egészségfejlesztés tágabb összefüggésében kell megfogalmazódnia” valamint fontos, hogy „a kábítószer-megelőzés szűkebb értelmezése helyett a programok középpontjába az egészségfejlesztés, az átfogó testi, lelki, szellemi, társadalmi jólét” kerüljön.

⁵² A fejezet szerzője: Port Ágnes

A Stratégia a prevencióval kapcsolatban 10 szinten határoz meg feladatokat: helyi közösségek, család, köznevelési és gyermekvédelmi intézményrendszer, felsőoktatás, kortárs csoportok, média, munkahely, büntetés-végrehajtási intézetek és a „büntetés helyett kezelés” intézménye.

A Stratégiában megfogalmazott prioritások a kábítószer-megelőzéssel kapcsolatban a következők:

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

(Forrás: H/11798. számú országgyűlési határozati javaslat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020)

A Kormány a 1669/2017. (IX. 15.) számú Korm. határozatában fogadta el a Nemzeti Drogellenes Stratégia (2013–2020, Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen alcímmel ellátott 80/2013. (X. 16.) OGY határozathoz kapcsolódó) 2017–2018. évekre vonatkozó szakpolitikai programját. A szakpolitikai program a keresletcsökkentés területén az egészségfejlesztés és a kábítószer-megelőzés rendszerének fejlesztését kívánja előmozdítani, prioritásként kezelve az univerzális, célzott, javallott programok minél szélesebb körben és minél több szinten történő megvalósítását. Kiemelt figyelmet fordít a családok és közösségek bevonására, a veszélyeztetett célcsoportok elérésére (pl. gyermekvédelmi terület), a speciális szempontok érvényesítésére (pl. hátrányos helyzetű lakosság).

T1.1.2 Intézményi háttér

A magyarországi drogkoordináció legfőbb szerve az Emberi Erőforrások Minisztériumának Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztálya (bővebben lásd Kábítószer-politika fejezet T1.3.1 alfejezet). Az 33/2014. (IX. 16.) EMMI utasítás az Emberi Erőforrások Minisztériuma Szervezeti és Működési Szabályzatáról nevesíti a Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztály drogprevencióval kapcsolatos feladatait is:

- a Nemzeti Drogellenes Stratégia és cselekvési tervek keretében kidolgozza a kábítószer-probléma kezelését szolgáló szakmai irányokat, fejlesztési koncepciókat és programokat, valamint összehangolja és figyelemmel kíséri az azokban foglalt feladatok megvalósulását,
- közreműködik a kábítószer-probléma kezelésével összefüggő kereslet- és kínálatcsökkentési feladatok ellátásában, egészségfejlesztési feladatok megvalósításában, koordinálja a drogprevenciós tevékenységet;
- együttműködik a drogprevenciós feladatokért felelős háttérintézménnyel,
- a drogprevenció kapcsán együttműködik az érintett szakmai főosztályokkal,

- közreműködik a kábítószer-probléma kezelésével kapcsolatos pályázatok szakmai tartalmának kidolgozásában és elbírálásában.

(Forrás: Magyar Közlöny 2014/48.)

Az EMMI háttérintézményeként prevencióhoz kapcsolódó drogpolitikai feladatokat lát el a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság (SZGYF) is. Az SZGYF Drogmegelőzési Programok Osztálya a prevenciót érintően közreműködik a Nemzeti Drogellenes Stratégia végrehajtásában, részt vesz a drogpolitikai célú programok kidolgozásában, illetve az EMMI kábítószerügyi pályáztainak előkészítésében, a pályáztatási folyamatban és elbírálásban, koordinálja az elterelés keretében igénybe vehető megelőző-felvilágosító szolgáltatások rendszerének működését, valamint segíti a prevencióban érintett szakemberek és intézmények közötti együttműködést.⁵³

Egészségfejlesztési irodák

Európai uniós támogatással az egészségügyi ellátórendszer prevenciók kapacitásának támogatására, az egészségügyi ellátórendszerhez integráltan egészségfejlesztési irodák jöttek létre, 2013 és 2014 folyamán; összesen 61 iroda. Választható egészségfejlesztési feladataik között szerepel a dohányzás, a drog- és a túlzott alkoholfogyasztás megelőzése.

T1.1.3 Finanszírozási rendszer

A prevenciók tevékenység egyik legmeghatározóbb tényezője a finanszírozás módja, mértéke. Egy korábbi kutatás eredményei szerint átlagosan a prevenciók programok költségvetésének négyötöde külső, pályázati finanszírozással történt, ami a programok működésének folyamatosága szempontjából nagy bizonytalanságot visz a rendszerbe. A finanszírozó többnyire az állam. Ettől jelentősen elmaradt a piaci bevétel, az alapítványi, illetve az önkormányzati finanszírozás. Az adományozói finanszírozás aránya 2,9% volt. A működés kiszámíthatóságát/fenntarthatóságát javító stabil, állandó költségkeretek jelenléte nem volt jellemző. (Paksi és Arnold 2010)

2017-ben egyedi támogatás útján a kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos, a terület szempontjából kiemelten fontos feladatok finanszírozására 98.487.533 Ft (318.308 EUR)⁵⁴ összegben került sor. A Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság az Emberi Erőforrások Minisztériumának támogatásával 100 millió forintot (323.196 EUR) biztosított a a büntetőeljárás elkerülését lehetővé tevő „megelőző-felvilágosító szolgáltatás” finanszírozására.

A kábítószer-használat megelőzését célzó (KAB-ME) pályázatok 2017-ben kizárólag a Közép-Magyarországi Régióban voltak elérhetőek. A pályázati konstrukció keretében összesen 210 millió Ft (678.711 EUR) összegben volt lehetőség iskolai egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatokhoz illeszkedő, illetve a helyi közösségi résztvevők együttműködésén alapuló, univerzális, célzott vagy javallott prevenciók programok támogatására, valamint olyan prevenciók programok támogatására, amelyek hozzájárulnak a gyermekvédelmi szakellátásban ideiglenes hatállyal elhelyezett, nevelésbe vett gyerekek vagy utógondozói ellátásban részesülő fiatal felnőttek szerhasználatának megelőzéséhez, visszaszorításához. (EMMI 2018a)

2017-ben az Emberi Erőforrások Minisztériuma két nemzetközi pályázat létrejöttét segítette. Az EFOP-1.8.7-16 „Célzott prevenciók programok a szenvedélybetegség megelőzése érdekében” c. pályázat célja a lakosság egészségkultúrájának fejlesztése, hatékony, a célcsoportokhoz igazított egészségkommunikációval az egészségtudatosság növelése,

⁵³ 13/2017. (III. 31.) EMMI utasítás a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság Szervezeti és Működési Szabályzatáról, <https://www.szgyf.gov.hu/hu/foigazgatosag/szmsz>

⁵⁴ A fejezetben szereplő összegek a 2017-es hivatalos euró középárfolyam (1€=309,41 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

szemléletformáló és prevenciós programok megvalósítása, különös tekintettel a közösségek és családok bevonására. A rendelkezésre álló forrás 3 milliárd Ft (9,7 millió EUR), a kiírásra összesen 43 pályázat érkezett be. Az EFOP-1.8.9-17 „Legyen más a szenvedélyed! 2.” pályázat keretében összesen 2.538 Mrd Ft áll rendelkezésre a gyermekvédelmi szakellátási intézmények droghasználat kialakulásának megelőzését, visszaszorítását célzó tevékenységeinek támogatására. A program során a kedvezményezett intézményeknek olyan megelőző tevékenység megvalósítására nyílik lehetőségük, amely pozitív hatást gyakorol a gyermekvédelmi szakellátásban részesülőkre. Hatályos támogatási szerződéssel jelenleg 17 intézmény rendelkezik. (EMMI 2018a)

T1.2 PREVENCIÓS BEAVATKOZÁSOK

T1.2.1 Környezeti prevenció

Szakpolitikai lépések

Jelentős nemzeti szintű változás az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos jogi szabályozás kiterjesztése volt 2011-ben. Kormányzati döntés és jogszabályalkotás történt a törzsképlet alapú szabályozás kialakítása és bevezetése érdekében. Fontos eleme a folyamatnak az új pszichoaktív szerek legális forgalmazásának megszüntetése.

Bűnmegelőzési stratégiák

A Kormány 2011-ben létrehozta a Nemzeti Bűnmegelőzési Tanácsot, amelynek kiemelten fontos feladata volt a Nemzeti Bűnmegelőzési Stratégia megalkotása. A stratégia tíz évre, 2023-ig határoz meg célokat a bűnmegelőzés vonatkozásában, kiemelt prioritásai között szerepel a gyermek- és fiatalkori bűnözés megelőzése, melyen belül az egyik részterület a szenvedélybetegségek megelőzése, alkohol- és drogprevenció (részletesen lásd 2014-es Éves Jelentés 9.5 fejezet).

T1.2.2 Általános prevenció

2009-ig készültek országos kvantitatív felmérések az iskolai és az iskolán kívüli prevenciós programokról, amelyekből tudható, hogy milyen drogprevenciós beavatkozásokkal találkozhattak a diákok (a kutatások részletes leírása olvasható a korábbi Éves Jelentésekben). 2010 és 2015 között csak regionális, illetve kvalitatív vizsgálatok történtek. Majd 2015-ben újra készült országos adatgyűjtés, amely aktuális információkkal szolgál a prevenciós kínálat jellemzőiről (lásd T4. alfejezet). A két legutóbbi országos adatgyűjtés eredményeit összevetve, 2015-ben is döntő többségében a nonprofit szféra működtette a prevenciós beavatkozásokat, bár a költségvetési szervek jelenléte 10%-kal növekedett. Ugyanakkor a korábbiakhoz viszonyítva fele annyian végezték fő tevékenységként a prevenciós tevékenységet. A tartalmi vonatkozásokat vizsgálva megállapítható, hogy a programok/szolgáltatások többsége továbbra is közvetlenül a végső célpopulációban tevékenykedett, emellett megjelentek a pedagógusok által végzett beavatkozások és a pedagógus-továbbképző szerfogyasztás-megelőzési céltételezésű programok is, valamint korszerűbb lett a célrendszer és több órában/alkalommal találkoztak a szolgáltatók a diákokkal, mint korábban. Míg 2009-ben a beavatkozások közel azonos arányban célozták meg a 10-14, és a 15-18 éves korosztályt, 2015-ben már inkább a 14 év feletiekre irányuló programok/szolgáltatások voltak többségben.

2017-ben az EMMI és az NRSZH által közösen lebonyolított kábítószerügyi pályázatok keretében a KAB-ME-17-KMR-A/B pályázat az iskolai szintén megvalósítandó, az

egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatokhoz illeszkedő univerzális, javallott és célzott prevenciós programok támogatását tette lehetővé. 2017-től kezdődően a pályázati támogatás odaítélésének feltétele, hogy a program rendelkezzen az EMMI előzetes értékelési eljárása során elnyert szakmai ajánlással (lásd T1.3.1). A beadott 15 pályázat közül 14 nyert támogatást, összesen 58,4 millió Ft (188.746 EUR) összegben.

A KAB-ME-17-KMR-C pályázat az iskolai, köznevelési és felsőoktatási színtereken kívül megvalósuló, függőnek nem minősülő, de annak korai jeleit mutató szerfogyasztó személyek számára speciális intervenciók alkalmazására, közösségi programok megvalósítására, érzelmi és érték közvetítő nevelést segítő programok megvalósítására, online és offline módszert ötvöző programok megvalósítására, valamint a családi rendszer megerősítésére, a szülői készségek fejlesztését szolgáló, célzott, javallott programok, képzések támogatására, továbbá a területen dolgozó segítők (pedagógusokat, nevelőket, szociális munkásokat) célzó érzékenyítő programokra és képzésekre biztosított lehetőséget. A C kategóriában 46 pályázat érkezett be, ezek közül 35 nyert támogatást, összesen 151,6 millió Ft (490 278 EUR) értékben.⁵⁵

Mindhárom kategória keretében lehetőség volt a gyermekvédelmi szakellátásban ideiglenes hatállyal elhelyezett, nevelésbe vett gyermekek, utógondozói ellátásban részesülő fiatal felnőttek szerhasználatának megelőzéséhez és visszaszorításához hozzájáruló univerzális, célzott vagy javallott prevenciós programok támogatására.

A Rendőrség drogmegelőzési tevékenysége

A Rendőrség drogprevenciós tevékenységének alapját „A gyermek és ifjúságvédelmi programok egységes végrehajtásáról” szóló 16/2016. (VII. 21.) ORFK utasítás adja, amely átfogóan szabályozza az iskolai és az óvodai programokkal kapcsolatos rendőri feladatokat. Az utasításban foglaltak 2017. évi végrehajtása az alábbiak szerint összegezhető:

Az OVI-ZSARU programban a 2016/2017-es tanévben országosan 244 település 418 óvodája vett részt, ami így összesen 17.778 gyermekhez jutott el. Az általános iskolásoknak szóló DADA program a 2016/2017-es tanévben 187 település 300 iskolájában 23.778 tanulóhoz jutott el. A középiskolákban tartott ELLEN-SZER program 32 település 44 iskolájában 2615 diákhoz jutott el.

A középiskolákban működtetett iskolai bűnmegelőzési tanácsadó program célja a folyamatos kapcsolattartás az iskola, a tanácsadó rendőrtiszt és az egyéb gyermekvédelmi szervek között, illetve a helyi sajátosságokat szem előtt tartó tematika alapján oktatás diákok és pedagógusok részére. 2016/2017-es tanévben 111 iskolai bűnmegelőzési tanácsadó teljesített szolgálatot az ország 110 településének 272 középfokú oktatási intézményében, összesen 113.530 tanulót elérve. A tanácsadók által végrehajtott, vagy általuk kezdeményezett intézkedésre 452 esetben került sor, jellemzően drogfogyasztás, kábítószer birtoklása és terjesztése, kisebb súlyú vagy elleni jogsértések, könnyű testi sértések, zaklatások miatt. (Rendőrség 2018)

Drogprevenciós összekötők

A fiatakorúak kábítószer-fogyasztásának visszaszorítása érdekében a rendőrség 2014 szeptemberében új drogprevenciós programot indított „A szülők és a családtagok a rendőrség kiemelt partnerei a kábítószer-bűnözés megelőzésében” címmel. A program célja, hogy a 12-18 éves gyermekeket nevelő szülők, családtagjaik közvetlen tájékoztatást kapjanak a kábítószer-fogyasztás kockázatairól, büntetőjogi következményeiről. Valamennyi rendőrkapitányságon elérhetők a program helyi közvetítői (a drogprevenciós összekötő tisztek), akik a széles körű tájékoztatás érdekében elektronikus üzenetben, előadásokon, fórumokon, havonta egy alkalommal fogadóórán, illetve kéthetente telefonos ügyelet útján segítik tanácsokkal, információkkal az őket felkereső szülőket.

⁵⁵ <https://szgyf.gov.hu/index.php/hu/palyazatok/category/542-palyazati-felhivas-kabitoszer-prevencios-programok-tamogatasa>

A 2016/2017-es tanévben a program keretében a drogrevenziós összekötő tisztok országosan 93 személyes és 138 telefonos megkeresést kaptak, 297 e-mailre válaszoltak, 503 szülői értekezleten és 1225 egyéb tájékoztató előadáson vettek részt. (Rendőrség 2018)

T1.2.3 Célzott prevenció

A T1.2.2 alfejezetben említett nyertes programok egy része - a pályázati felhívásnak megfelelően - célzott prevencióknak tekinthető, amelyek olyan célcsoportokat jelöltek meg, mint az állami gondoskodásban, büntetés-végrehajtási intézetben, vagy hátrányos helyzetű lakókörnyezetben élők, illetve hajléktalan fiatalok, várandósok. A családi szinten megvalósuló programok szinte mindegyike a szerfogyasztók hozzátartozóival foglalkozott. Mivel finanszírozásuk a pályázati keretek között 1 évre biztosított, a programok hosszabb távú működése kérdéses.

A party service szolgáltatások egy része célzott prevencióba sorolható, többsége azonban ártalomcsökkentés, ezért részletes leírása az Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.5.3 alfejezetében található.

A Magyar Honvédség drogrevenziós tevékenysége

A Magyar Honvédség szervezeti keretein belül végzett drogrevenziós tevékenység fő irányait a jelenleg hatályos 80/2013 (X. 16.) OGY határozattal elfogadott Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 és a MH Drogrevenziós Stratégiája határozzák meg. Ezek alapján 2017 folyamán a következő tevékenységeket valósította meg (Magyar Honvédség, 2018):

- Közösségi szinten tartott programok alkalmával „workshop” jelleggel felkérés alapján 11 alkalommal vettek részt a MH munkatársai rendezvényeken, ahol az egészségtudatos magatartás kialakításának részeként drogrevenziós témakörben kognitív ismeretátadásra, személyes tanácsadásra, prevenciós kiadványok átadására került sor, összesen mintegy 1390 főt elérve.
- A MH Egészségmegőrző Program keretében (amelynek célja a személyi állomány egészségtudatos magatartásának kialakítása, fejlesztése) 2017-ben 14 alakulatnál 418 fő vett részt drogrevenzió témakörében tartott kiscsoportos, interaktív foglalkozáson.
- A misszióra tervezett állomány felkészítésének részeként 2017-ben 2 alkalommal, összesen 55 fő részvételével tartottak drogrevenziós felkészítést.

A Magyar Honvédségben szűrővizsgálati rendszer működik, melynek keretein belül a kábítószer-fogyasztás felderítése három vizsgálati irányvonal mentén történik: alkalmassági vizsgálat részeként végrehajtott (foglalkozás egészségügyi) szűrővizsgálatok; szolgálatteljesítésre alkalmas állapot ellenőrzése (preventív célból végzett szűrőpróba-szerű vizsgálat); kábítószer-befolyásoltság (hatósági) vizsgálata kábítószer-fogyasztás gyanúja esetén. 2017-ben összesen 13.099 vizsgálat történt, amelyből 20 minta bizonyult pozitívnak (8 THC, 3 kokain, 4 amfetamin és 5 DES).

T1.2.4 Javallott prevenció

Az államilag támogatott programok (T1.2.2 alfejezet) egy része javallott prevenciós program, főként a családi rendszer megerősítését és a szülői készségek fejlesztését célozva meg, különösen veszélyeztetett fiatalok, tanodák diákjai, illetve szerfogyasztó családban élők körében.

A büntetőeljárás alternatívájaként elérhető ún. elterelés egyik fajtája a megelőző-felvilágosító szolgáltatás, mely főként javallott prevenciós beavatkozásokat fed le. Az eltereléssel

kapcsolatos információk és adatok a Jogi keretek fejezet T1.1.1 alfejezetében, a Kezelés fejezet T1.2.2 és T1.3.1 alfejezeteiben, valamint a Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezet T1.2.1 alfejezetében olvashatóak.

T1.3 PREVENCIÓS BEAVATKOZÁSOK MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSA

T1.3.1 Minőségbiztosítási standardok, irányelvek és célok

A szociális szolgáltatások modernizációjával foglalkozó projekt (TÁMOP 5.4.1) 2011-ben lezárult kábítószerügyi pillérje keretében több prevencióval foglalkozó terület (bevásárlóközpontokban/plázákban működtetett célzott prevenciók programok, lakótelepeken és egyéb leromló lakókörnyezetekben élő – csellengő fiatalok számára létesített célzott prevenciók programok, zenés-táncos szórakozóhelyeken létesített/működtetett célzott prevenciók és ártalomcsökkentő programok, megelőző-felvilágosító szolgáltatások) nemzetközi és hazai kutatási tapasztalatait, bevált gyakorlatait és szabályozási gyakorlatait tekintették át. Ezek alapján módszertani levelek (szakmai szabályozóanyagok) is készültek minden egyes területre vonatkozóan (bővebben lásd 2011-es Éves Jelentés 3.2 fejezet).

Az iskolai keretek között megvalósított egészségfejlesztési programok minőségbiztosítása érdekében 2013. február 1-től bevezetésre került az ezeket a programokat az iskolai egészségfejlesztés átfogó rendszerén belül szabályozó szakmai ellenőrző eljárás, amelyet - 2017. márciusi megszűnéséig - a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) koordinált. 2017 áprilisától az ajánlási rendszer működtetését az EMMI (az intézet jogutódja) vette át. A bevezetett rendszer lényege, hogy az iskolákban csak olyan prevenciók programok működhetnek, amelyek ezen az eljárásán megkapják a szakmai ajánlást. A szakmai ajánlási rendszer minőségbiztosítási szempontból előzetes megfelelés-tanúsítási rendszer. (Részletesen lásd 2014-es Éves Jelentés 3.4 fejezet.)

2017-ben 15 iskolai egészségfejlesztési programajánlás iránti kérelem érkezett az EMMI-hez, ebből 9 volt kifejezetten szerhasználathoz kapcsolódó vagy szenvedélybetegségekkel foglalkozó prevenciók program. A programok az ismeretátadáson túl társas kompetenciákat fejlesztő vagy érzelmi nevelési elemeket minden esetben tartalmaztak. A szerhasználattal, szenvedélybetegségekkel foglalkozó programok közül a szakmai ajánlást 8 droprevenciók program kapta meg. (EMMI 2018b)

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

Az iskolai prevenció/egészségfejlesztés a 2001/2002-es tanévben, a rendszerszintű pályázati finanszírozás kialakításával vett lendületet. A prevenciók programok kínálatát, módszereit, célcsoportját, akár időtartamát leginkább a finanszírozói (legtöbb esetben az állam – lásd T1.1.3 alfejezet) elvárások határozták meg az elmúlt 10 évben, kevésbé a szerfogyasztási mintázatok változása vagy új jelenségek feltűnése. Ezt támasztja alá például, hogy 2006-ban több mint 400 prevenciók programról készült adatbázis, mert a regisztráció a pályázaton való részvétel feltétele volt. Az alkalmazott módszereknek a frontális ismeretátadástól az interaktív személyiségfejlesztés, attitűdformálás irányába történő elmozdulása is a pályázati kiírásokban jelent meg. Ugyanakkor az új pszichoaktív szerek Magyarországon megfigyelhető terjedésére nem születtek érdemi válaszok a prevenciók szolgáltatók részéről.

A kínálat másik meghatározó tényezője a jogszabályi környezet, illetve a mindenkori drogstratégia. 2011-ben a Nemzeti Alaptanterv kötelezővé tette a prevenciók feladatokat

végzését az iskolák számára. 2012-től minisztériumi rendelet írja elő az iskolákban a teljes körű egészségfejlesztés bevezetését, melynek részét képezi a kábítószer-fogyasztás megelőzése is. 2013-ban pedig bevezetésre került a szakmai ajánlási rendszer, amely amellet, hogy nagy hangsúlyt fektet a professzionális programfelépítésre, nemzetközi ajánlások, jó gyakorlatok ismeretére, erős szűrőként is működik. (Lásd T.1.3.1 alfejezet)

Néhány iskolai prevenció program külső evaluációjára sor került 2003-2005 között, jellemzőbb azonban a programok belső értékelése, ami leginkább a tetszési index és az ismeretek változásának mérésére korlátozódik.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

A köznevelési törvény az iskolákat ifjúságvédelmi feladatok ellátására kötelezi, e feladatok megszervezéséért és ellátásáért a nevelési-oktatási intézmény vezetője felel.⁵⁶ Az intézmény alkalmazhat külső szakembert az ifjúságvédelmi feladatok felelőseként, de ez nem kötelező. A *Személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet módosításáról* szóló 2/2018. (I. 18.) EMMI rendelet bevezeti az óvodai és iskolai szociális segítő szolgáltatás fogalmát (a korábbi iskolai szociális munka helyett). A rendelet értelmében 2018. szeptember 1-től az óvodai és iskolai szociális segítő szolgáltatás a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében a szociális segítő munka eszközeivel támogatást nyújt a köznevelési intézménybe járó gyermeknek, a gyermek családjának és a köznevelési intézmény pedagógusainak. Ennek keretében egyebek között segíti:

- a gyermek tanulmányi kötelezettségeinek teljesítését akadályozó tényezők észlelését és feltárását,
- prevenció eszközök alkalmazásával a gyermek veszélyeztetettségének kiszűrését, és
- a jelzőrendszer működését.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

2018 tavaszán online felmérés készült (Sárosi, Magi 2018) az elmúlt 5 évben középiskolai drogprevenció programokban részt vevő hazai fiatalok körében. A kutatás célja annak feltérképezése volt, hogy milyen fajtájú és tartalmú középiskolai drogprevenció programokon vettek részt a fiatalok, és ők maguk hogyan ítélik meg ezeknek a programoknak az eredményességét. (Módszertani adatokat lásd: T5.2 alfejezet).

A kutatásban résztvevőket⁵⁷ megkérdezték arról, hogy milyen fajtájú drogmegelőzési tevékenységben vettek részt (több válasz is megjelölhető volt). Messze a legtöbben drogprevenció előadáson (85%) vettek részt, a második leggyakoribb forma, a filmvetítés is jóval lemaradt (32%) ettől. Játékkal, drámával egybekötött foglalkozáson a tanulók 10%-a vett részt, 8% kiállítás tekintett meg, 8% sporttal egybekötött tevékenységen vett részt. Az egyéni konzultáción részt vettek aránya 4%, a családi foglalkozáson részt vevőké pedig alig

⁵⁶ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 69.§. (2)f bekezdés

⁵⁷ A kérdőívet érvényesen kitöltő 1133 fiatal mintegy 95%-a a 14-25 éves korosztályba, 63%-a a 14-18 éves korosztályba tartozott. A lányok aránya 50%, a fiúk aránya 48%, 3 kitöltő pedig transzneműnek vallotta magát. A résztvevők körülbelül negyede (26%) járt fővárosi középiskolába, míg 33%-a megyeszékhelyen, 36%-a pedig egyéb városban. A legkevésbéen (3%) községben vagy faluban vettek részt középfokú oktatásban. Az iskolatípusonkénti megoszlás alapján a legnagyobb csoport (36%) szakközépiskolába (régiben: szakközépiskola) jár vagy járt, ezt követte szoroson a 4 osztályos gimnáziumba járók csoportja (35%), majd a szakközépiskolába (régiben: szakiskola) járóké (11%). 6 osztályos gimnáziumban 10%, 8 osztályos gimnáziumban pedig 8% járt.

haladta meg a 3%-ot. A legtöbb diák az iskolán belül szervezett iskolai drogprevenciós tevékenységen vett részt, iskolán kívüli foglalkozásról mindössze 15% számolt be.

A drogprevenciót tartó személyt/szervezetet tekintve, rendőr által tartott drogprevenciós programban a válaszadók 54%-a, külső drogprevenciós szakember által tartott programon 42%-uk, tanár által vezetett foglalkozáson 37%-uk vett részt.⁵⁸ A válaszadók 20%-a volt drogfüggő, 18%-a orvos, 4%-a pap által vezetett drogprevención is részt vett, valamint 89-en (8%) megjelöltek egyéb előadót is (védőnő, pszichológus, orvostanhallgató és színész, az említési gyakoriság sorrendjében).

A válaszadók szerint a legtöbb (82%) drogmegelőzési program a drogok veszélyeinek tudatosítására fókuszált, 68%-a a ismereteket adott át a drogok fajtáiról és hatásairól, 44%-a azt próbálta tudatosítani, hogy a kábítószeres fogyasztása tilos, míg 40%-uk arra nevelte a fiatalokat, hogyan mondjanak nemet a drogfogyasztásra. A tanulók 30%-át okították arról, hogyan élhet biztonságosabb éjszakai életet, illetve hogyan szórakozhat biztonságosabban. 27% vett részt olyan foglalkozáson, amely a drogfogyasztó tanuló társaiknak való segítség formáiról is szólt, 23% a választási lehetőségek tudatosításáról, 15% a szabadidő alternatív eltöltésének módjairól is tanult. Az ártalomcsökkentés módozataira a programok mindössze 12%-a, a társas kapcsolatok jobb megértésére pedig 9% fektetett hangsúlyt.

A drogprevenciós programok hitelességével kapcsolatos kérdésekre adott válaszokból az derült ki, hogy a tanulók többsége hitelesnek fogadta el a programot. A résztvevők többsége (53%-a) szerint hitelesek, meggyőzőek voltak a drogprevenciós foglalkozáson elhangzottak, kisebbségük (29%) számára nem. A résztvevők 44%-a egyetértett azzal, hogy a drogprevenciós program eltúlozta a drogok ártalmait, míg 37%-uk nem.

A kérdőív rákérdezett arra is, hogy a program mennyire változtatta meg a tanulók eddigi véleményét a drogokkal kapcsolatban. Az "Úgy éreztem, a foglalkozás hatására sok mindenről megváltozott a véleményem" kijelentéssel csupán 9% értett teljesen egyet, míg 32% egyáltalán nem. A "Sok olyan kérdésre kaptam választ, ami már régóta foglalkoztatott" kijelentéssel 31% értett egyet, 47% viszont nem.

Az "Őszintén kibeszélhettem a saját tapasztalataimat is" kijelentéssel a tanulók 49%-a nem értett egyet, és csupán 10% érezte úgy, hogy teljes bizalmi légkör valósult meg a program során. Azok körében, akik teljesen egyetértettek ezzel a kijelentéssel, szignifikánsan magasabb volt azok aránya, akiknek tapasztalati segítő (volt drogfüggő) tartott foglalkozást (19% az általános mintában, 31% az ezzel teljesen egyetértők körében), illetve akiknek külső szakember (42% helyett 50%).

A tanulók 34%-a szívesen részt vett volna még hasonló programon, 43%-uk viszont nem.

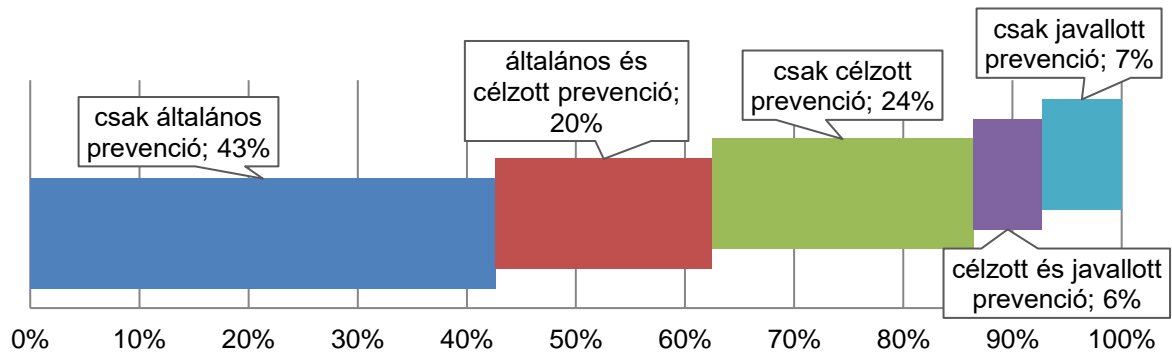
A prevenciós programok feltárását célzó országos adatgyűjtés (Paksi et al. 2016, a módszertan ismertetését lásd a T5.2 alfejezetben) 2013-2015 között működően 253 szenvedélymagatartások megelőzésével (is) foglalkozó szervezetet azonosított, s közülük aktuálisan 194 szervezet van jelen a prevenciós színtéren saját, programszerű – vagyis az alkalmazott célok és módszerek tekintetében egy-egy célcsoportban homogén – prevenciós programmal. A szolgáltatók harmada Közép-Magyarországon (Budapesten és Pest megyében) található, az ország többi részében megyénként átlagosan 7-8 van jelen.

A kataszter adatlapot a 194 szervezet közül 76 töltötte ki, róluk rendelkezünk részletesebb információkkal. Ennek alapján a prevenciós szervezetek többsége (85%) nem főtevékenységként végzi a prevenciós tevékenységet, hanem zömében ellátási, egyéb segítő, vagy kisebb mértékben oktatási/nevelési tevékenységük részeként. A szervezetek döntő többsége (70%) nonprofit szervezet. Viszonylag jelentős arányban (24%) vannak az önkormányzatok és költségvetési szervezetek. A for-profit szféra szerepvállalása összesen 6%. A szervezetek leggyakrabban egy, átlagosan 1,8, összesen 139 prevenciós programot vagy szolgáltatást működtetnek, melyek közül 115 intervencióról rendelkezünk részletesebb információkkal. A közvetlenül a végső célcsoportra irányuló programok száma 96. A továbbiakban ennek a 96 programnak a részletes adatai kerülnek bemutatásra.

⁵⁸ Több válasz is megjelölhető volt.

Budapesten 37, megyénkénti átlagban 24 program vagy szolgáltatás működik aktuálisan az országban. A megismert prevenciók beavatkozásai 21%-a kizárólag az iskola intézményén keresztül lép kapcsolatba a célcsoporttal, másik 49%-a pedig az iskolában és azon kívül is. A programok közel fele esetében a megvalósulás szintereként is jelen van az iskola, negyede pedig (24%) a célpopuláció saját közegében (is) zajlik. A beavatkozások leginkább a 14-18 éves fiatalokat célozzák meg.

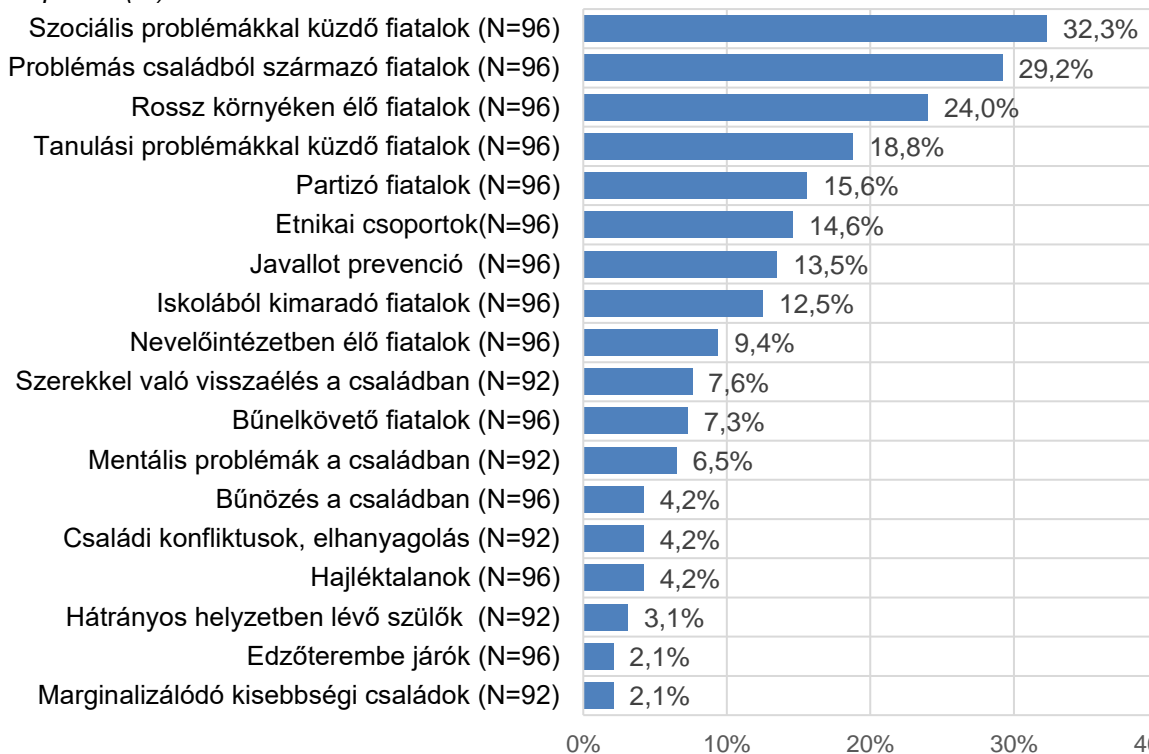
19. ábra. A közvetlenül a végső célcsoportra irányuló beavatkozások típusai (N=96)



Forrás: Paksi et al. 2016

A prevenciók beavatkozásai közel kétharmada (62,5%) célpopulációként megjelöli az általános populációt (is). Ugyanakkor egyetlen program sem irányul menekült fiatalokra.

20. ábra. A közvetlenül végső célcsoportra irányuló beavatkozások által megcélzott speciális csoportok (%)

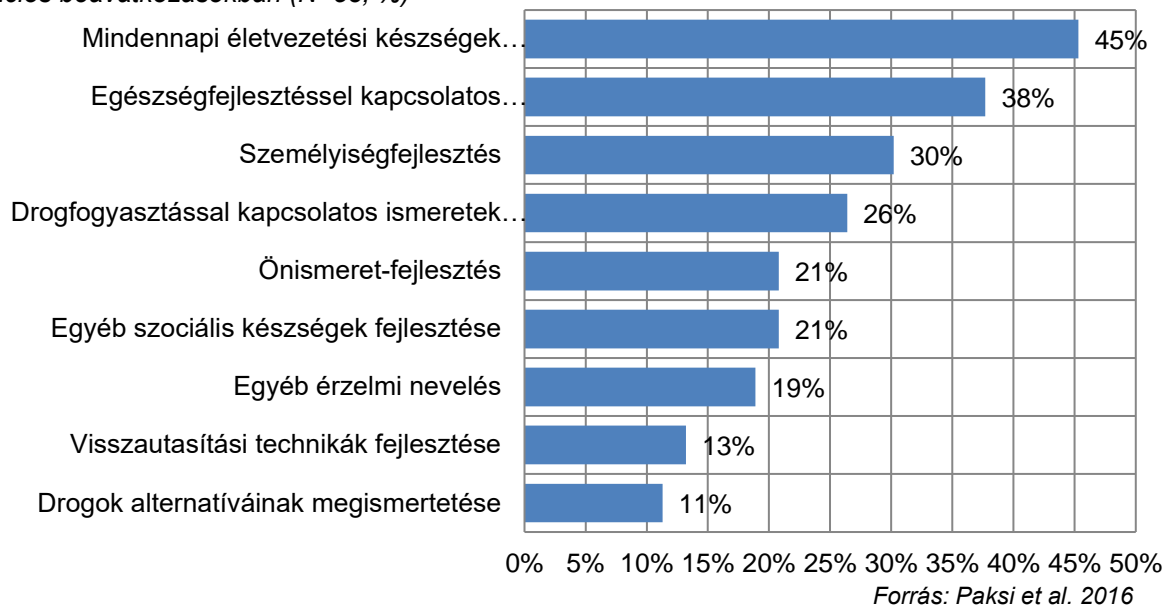


Forrás: Paksi et al. 2016

A végső célpopulációra irányuló beavatkozások céljait vizsgálva 9 célkitűzés típus fordul elő (lásd a 21. ábrát). Egy beavatkozással kapcsolatban átlagosan 2-3 féle célt fogalmaztak meg a szolgáltatók. Leggyakrabban a mindennapi életvezetési készségek fejlesztése, az

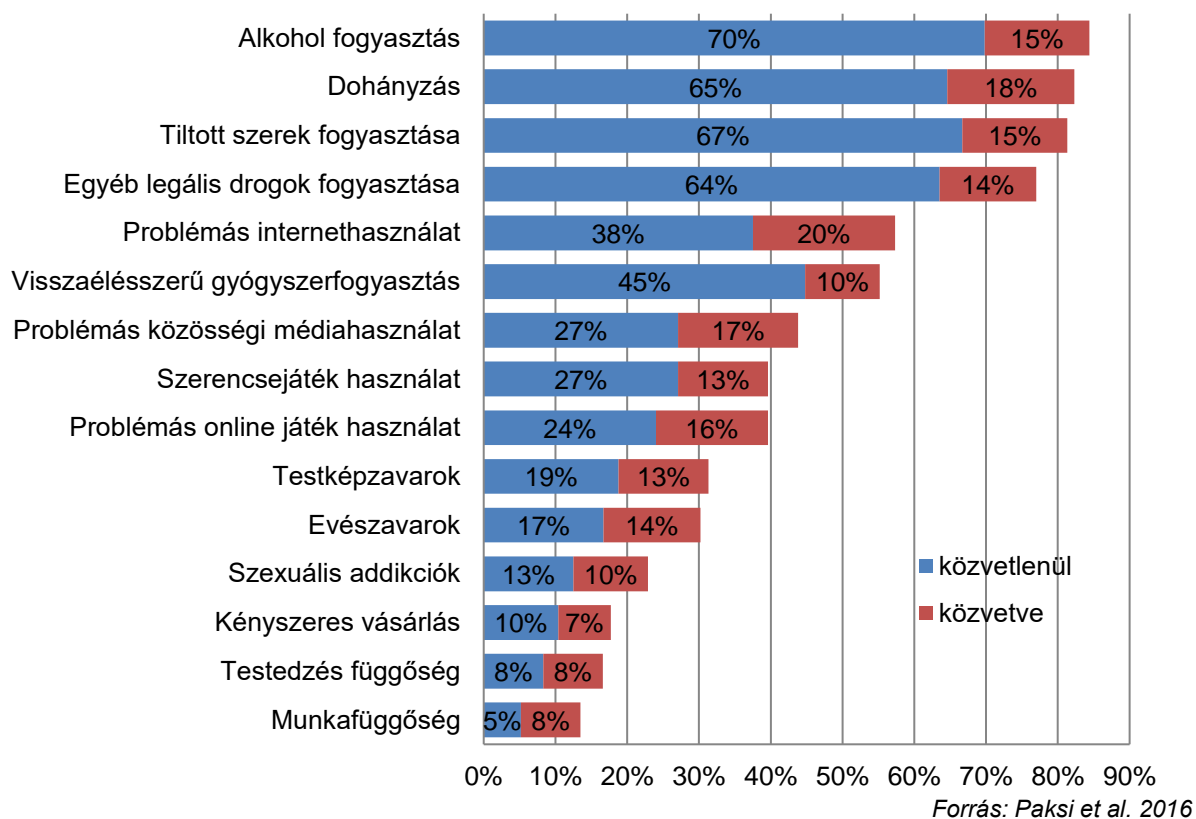
egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadása, illetve a személyiségfejlesztéssel kapcsolatos célkitűzések fordultak elő.

21. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciós beavatkozásokban (N=53, %)



A megcélzott szenvedélymagatartásokat vizsgálva azt mondhatjuk, hogy a beavatkozások döntő többsége (82,3%) direkt módon is megcélozza valamelyik szenvedélymagatartás megelőzését, kétharmaduk direkt módon a tiltott szerek fogyasztását.

22. ábra. A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciós beavatkozások által megcélzott szenvedélymagatartások (N=96)



A prevenciós programok között ma már a 10 óránál hosszabb programok jelenléte meghatározó (60%), a legtöbb programot 1-4 hónap alatt bonyolítják le, de 40%-uk ennél hosszabb időszak, 21% egy tanév alatt valósul meg. Az egyes programok megvalósítási módjának jellemzői nem különböznek el élesen aszerint, hogy általános, célzott vagy javallott beavatkozást végeznek.

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

EMMI (2018a): Az EMMI Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztályának beszámolója a 2018-as EMCDDA Jelentéshez

EMMI (2018b): az EMMI Egészségmagatartási és Mentálhigiénés Osztály iskolai egészségfejlesztési programokkal kapcsolatos adatai

Magyar Honvédség (2018): A honvédelmi tárca beszámolója az EMCDDA számára készülő 2018-as Éves Jelentéshez

Paksi B., Arnold P. (2010): Az ország három régiójában drog területen jelen lévő civil szervezetek jellemzői, az általuk végzett tevékenység tartalmi vonatkozásai és a projekttel szembeni igények. <http://www.madaszsz.hu/beszam.php>

Paksi, B., Magi, A., Demetrovics, Zs. (2016): Szenvedélymagatartásokra irányuló prevenciós beavatkozások országos katasztere, Budapest, Kézirat

Rendőrség (2018): A Rendőrség 2017. évi tevékenységéről szóló beszámolója

Sárosi, P., Magi, A. (2018): Online felmérés a középiskolai drogprevenciós programban részt vett fiatalok körében. Kézirat.

T5.2 MÓDSZERTAN

Paksi B., Arnold P. (2010): A kutatás a TÁMOP-2.5.1-07/1-2008-0136 projekt keretében készült, az ország három régiójában (Pest, Csongrád, Bács-Kiskun, Békés, Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben és Budapesten). A célcsoport tevékenységének leírására szolgáló adatlapot 63 prevenciós szolgáltató töltötte ki, akik összesen 125 prevenciós programot működtettek.

Paksi, B., Magi, A., Demetrovics, Zs. (2016): 2015 ősztől 2016 tavaszig országos adatgyűjtés zajlott a 9-24 éves korosztályt megcélzó prevenciós programok kataszterének összeállítása céljából. Nyolcféle adatforrás összehasonlító elemzésével 1766 szervezetet azonosítottak. Az adatfelvételi periódusban 773 szervezettel sikerült kapcsolatba lépni, közülük 253 szolgáltató végzett 2013 és 2015 között valamilyen prevenciós tevékenységet, s 194 szervezet működtetett programszerűen (minden megvalósítási alkalommal azonos célok és módszerek mentén zajló) valamilyen prevenciós programot vagy szolgáltatást. A prevenciós kataszterbe 76 szolgáltató által feltöltött 115 program jellemzőit mutatja be a felmérés. Az adatgyűjtést az ELTE PPK Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kara készítette a Szerencsejáték Zrt. társadalmi felelősségvállalási programjának támogatásával.

Sárosi, P., Magi, A. (2018): Az online adatgyűjtés 2018. április 23. és május 4. között folyt. A SurveyMonkey alkalmazással készített, 8 kérdésből álló online kérdőív a drogriporter.blog.hu oldalon és a Drogriporter 30 ezer kedvelővel rendelkező, magyar nyelvű facebook oldalán volt elérhető, ezenkívül más, tematikus oldalakon is megosztásra került (CannabisKultusz, Daath.hu). A kérdőívet olyan fiatalok tölthették ki, akik jelenleg járnak vagy az elmúlt 5 évben jártak középiskolába Magyarországon és részt vettek valamilyen iskolai drogprevenciós foglalkozáson. Annak érdekében, hogy a kimondottan kábítószerrel foglalkozó oldalak által lefedett, speciális érdeklődésű fiatalok körén kívülre is kiterjesszék az adatfelvételt, a kutatók 18 és 24 éves magyarországi fiatalokra célzottan fizetett hirdetést adtak fel (*post boost*) a Facebook-on 15 dollár értékben. A Drogriporter facebook poszt összesen 46102 személyt ért el és 2942 poszt kattintást generált. Az online kérdőívet 1144 személy töltötte ki, ebből 1133 választ találtak érvényesnek.

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

A kábítószer-használók járóbeteg és fekvőbeteg ellátása az egészségügyi és szociális ellátórendszer közös feladata. A kábítószer-használók ellátását, az ellátórendszer működését az Emberi Erőforrások Minisztériumának (EMMI) *Szociális Ügyekért és Társadalmi Felzárkóztatásért Felelős Államtitkársága*, valamint az *Egészségügyért Felelős Államtitkársága* koordinálja és felügyeli szakmai háttérintézményei, tanácsadó testületei segítségével.

A kábítószer-használók ellátására számos járó- és fekvőbeteg ellátási forma és kezelőegység érhető el országszerte. A kábítószerfüggők specializált járóbeteg ellátásának igényét a 1980-as években ismerték fel, és ekkor teremtették meg az első szolgáltatásokat. Az ellátást jellemzően állami/önkormányzati működtetésű közintézmények (kórházak, szakrendelők) illetve egyházi/civil nonprofit szervezetek biztosítják. A jelenlegi kezelési lehetőségek tekintetében elmondható, hogy nincsenek specializált kezelési programok, melyek egy-egy szertípus használóit céloznák, hanem a programok általánosságban az összes szertípus fogyasztóját, vagy általában a szenvedélybetegségeket, pszichiátriai problémákkal küzdőket célozzák. Ez alól kivétel az opiát helyettesítő kezelés, mely 1994 óta érhető el Magyarországon a hosszabb ideje opiátfüggőséggel küzdő szerhasználók számára.

A hazai ellátás lényeges meghatározója még a büntetőeljárás alternatívájaként igénybe vehető kezelési/megelőző beavatkozások jogi lehetősége, melyhez a kezelésbe lépések többsége (2017-ben 68,6%) köthető.

A szerhasználók ellátása nem képez külön kategóriát sem a szociális, sem az egészségügyi rendszeren belül, hanem általában az addiktológiai és pszichiátriai ellátások csoportjába tartozik. Ez megnehezíti az ellátási lehetőségek, kapacitás és kihasználtság monitorozását. Megbízható adatokkal a területről a kezelési (TDI), valamint a szubsztitúciós adatgyűjtésekből rendelkezünk, melyek elsősorban a klienskör jellemzőinek leírására alkalmasak. Fontos megjegyezni, hogy a kábítószer használat problémássá válása, és a következmények esetleges megjelenése (mint a problémás használat, függőség, intravénás használat, a büntető, igazságszolgáltatás látókörébe való bekerülés) a „drogkarrier” különböző pontjain teszik láthatóvá az adatgyűjtésekben a szerhasználót. A kezelési (TDI) adataink elsősorban a járóbeteg ellátás keretében kezelést kezdőkről adnak megbízható képet, a fekvőbeteg ellátás leírására csak részben alkalmasak. Ez utóbbi típusú ellátásról a tudásunkat a területen végzett kutatások eredményei egészítik ki. Ezek alapján elmondhatjuk, hogy a járóbeteg ellátásban legtöbbször kannabiszhasználat miatt lépnek kezelésbe.

Az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) térnyerését első körben a lefoglalási és tűcsere adatok jelezték, majd évről évre több szerhasználó jelent meg kezelésben is ezek miatt az anyagok miatt. A kezelési adatokban 2010-től figyelhető meg az ÚPSZ használók számának növekedése. Az adataink alapján úgy tűnik, hogy 2014-2015-ben elkezdett visszaesni a járóbeteg ellátásba bekerülő ÚPSZ használók száma, ugyanakkor a kutatási eredmények azt mutatják, hogy bizonyos csoportokban (pl.: intravénás szerhasználók, szegregátumokban élők, hajléktalanok, gyermekvédelmi szakellátásban lévő fiatalok) még mindig igen elterjedt az ÚPSZ használat, és a fekvőbeteg ellátók körében végzett vizsgálatok is azt jelzik, hogy az általuk kezelték jellemzően ÚPSZ-használatból eredő problémáik miatt kerülnek ellátásba.

A kezelési adatokból ezen felül láthatóvá válik a heroinhasználat 2009 óta tapasztalható visszaesése és az amfetaminhoz köthető kezelési igény viszonylagos stabilitása.

⁵⁹ A fejezet szerzője: Péterfi Anna

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 SZAKPOLITIKA ÉS KOORDINÁCIÓ

T.1.1.1 A legfőbb kezelési prioritások a nemzeti drog stratégiában

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

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

A Stratégia kezelés-ellátás területén is a felépülés-központú megközelítést tekinti alapvetésnek, melynek célja a kliens – saját erőforrásainak mozgósítása és aktív közreműködése, felelősségvállalása mellett – egészségi állapotának javítása, illetve helyreállítása, továbbá a társadalomba történő reintegráció elősegítése. Az alacsonyküszöbű ellátásokra a stratégia a kezelési lánc első állomásaként tekint, melyek a megkereső tevékenységgel együtt segíthetnek a rejtőzködő szerhasználók felkutatásában és kezelés-ellátásba vonásában, valamint a fertőző betegségek megelőzésében, szűrésében, terjedésének mérséklésében. Bemeneti oldalon, a kezelésbe kerülés első pillanatától, illetve a kezelő intézmények szakmai programjában is szerepet játszanak a 12 lépéses felépülési programok (Anonim Alkoholisták, Névtelen Anyagosok) által felhalmozott tapasztalatok és módszerek.

T.1.1.2 Ellátásszervezés és igazgatás a kábítószer-használók kezelése és ellátása területén

A kábítószer-használók ellátásában egyaránt érintett az egészségügyi és a szociális ellátórendszer. A kábítószer-használók ellátását, az ellátórendszer működését az EMMI Szociális Ügyekért és Társadalmi Felzárkóztatásért Felelős Államtitkársága valamint Egészségügyért Felelős Államtitkársága koordinálja és felügyeli szakmai háttérintézményei, tanácsadó testületei segítségével.

A szenvedélybetegeknek nyújtott egészségügyi szakellátások biztosításához az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkárságának Országos Tisztifőorvosi Feladatokért Felelős Helyettes Államtitkársága adja ki a működési engedélyt, finanszírozásuk a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) kasszájából történik. A szenvedélybetegek számára nyújtott szociális alap- és szakellátások biztosítására a fővárosi és megyei kormányhivatalok

adják meg a működési engedélyt, finanszírozásuk a Magyar Államkincstáron (MÁK) keresztül történik (kivéve az alacsonyküszöbű szolgáltatást, melynek kifizetése a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóságon <SZGYF> keresztül történik). Mindkét szektorra jellemző, hogy formálisan a kábítószer-használók ellátása nem képez külön kategóriát a finanszírozott ellátási formák között, hanem egy célcsoportként kezelik őket az alkoholfüggőséggel és egyéb szenvedélybetegségekkel küzdőkkel, esetenként a pszichiátriai betegekkel. Ennek ellenére léteznek olyan ellátóhelyek, amelyek elsősorban a kábítószer-használók ellátását tekintik céljuknak, finanszírozásuk oldaláról azonban ez a distinkció nem érhető tetten.

T1.2 AZ ELLÁTÓRENDSZER FELÉPÍTÉSE ÉS MŰKÖDÉSE

A kezelőhelyek fenntartóját tekintve beszélhetünk állami/önkormányzati fenntartású ellátóhelyekről, akik vagy kizárólag egészségügyi típusú ellátást nyújtanak, vagy vegyesen egészségügyi és szociális ellátásokat, valamint nem kormányzati szereplőkről (civil szervezetek, egyházi fenntartású szervezetek), akik vegyesen nyújtanak egészségügyi és szociális ellátást vagy kizárólag az utóbbit (Péterfi 2015). A büntetőeljárás alternatívájaként igénybe vehető megelőző-felvilágosító szolgáltatás az összes ellátó típus esetében előfordulhat, és ezt a típusú szolgáltatást számos nem kormányzati piaci szereplő is biztosítja (az elterelésről további információkért lásd a T1.2.2 alfejezetet).

A fogvatartottak ellátásával kapcsolatban lásd a Kábítószer-probléma a börtönben fejezet T1.3.2 alfejezetét.

Járóbeteg ellátás

T1.2.1 Járóbeteg szolgáltatók

A kábítószer-használók járóbeteg ellátása szempontjából releváns finanszírozási kategóriák:

- egészségügyi járóbeteg ellátás (a 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet alapján):
 - addiktológia
 - gyermek- és ifjúságaddiktológia
 - pszichiátria
 - gyermek- és ifjúságpszichiátria
 - pszichoterápia
 - szakpszichológia
- szociális járóbeteg ellátás (alapellátás) (1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról):
 - szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása
 - közösségi szenvedélybeteg ellátás
 - szenvedélybetegek nappali ellátása

Ezekon felül külön – ugyancsak szociális – forrásból kerül finanszírozásra a büntetőeljárás alternatívájaként igénybe vehető megelőző-felvilágosító szolgáltatás.

Tehát beszélhetünk elsősorban **egészségügyi profilú ellátóhelyekről**: ilyenek a kórházi addiktológiai gondozók és szakrendelők, pszichiátriai gondozók és szakrendelők, illetve a drogambulanciák egy része, melyek jellemzően állami/önkormányzati háttérű intézmény részeként működnek. Beszélhetünk **szociális profilú ellátóhelyekről**, akik csak a szociális kasszából kapnak finanszírozást, esetükben jellemzően civil, illetve egyházi szervezet a működtető. A **vegyes profilú ellátóhelyek** pedig mindkét kasszából finanszírozáshoz jutnak, ilyenek a jellemzően civil szervezetek által működtetett drogambulanciák (Péterfi 2015).

A kábítószer-használók ellátásának nagyobb csoportba sorolása miatt pontos szám adatok nem állnak rendelkezésre a kábítószer-használókat valóban ellátó kezelőhelyek számára. Adatokkal a – járóbeteg ellátás területén szakértői becslés alapján jó lefedettséggel rendelkező – TDI adatgyűjtésből rendelkezünk, melyeket az alábbi táblázatban mutatunk be.

Új kábítószer-használó kliens járóbeteg ellátásba történő kezelésbe vételéről 67 szolgáltató számolt be 2017-ben a 86 jelentést küldő kezelőegység közül, a büntetés-végrehajtás kezelőegységei nélkül. Az összes kliens (4813 fő) 90,7%-a (4365 fő) kezdett kezelést specializált járóbeteg ellátónál, alacsonyküszöbű szolgáltatónál vagy általános mentális egészségügyi szolgáltatónál. A 4365 főből 3173 fő (72,7%) lépett elterelés miatt kezelésbe, ezen belül megelőző-felvilágosító szolgáltatásba 2042 fő (46,8%).

11. táblázat. Járóbeteg ellátók (kezelőegységek száma és ellátottak száma) 2017-ben

	Kezelőegységek száma	Definíció (kezelőegységek típusai)	Összes kliens száma (kezelést kezdők)
Drogambulanciák, egyéb specializált drogbeteg ellátók	42	A TDI adatgyűjtésben magukat járóbeteg kezelőegységként (azon belül drogambulancia, addiktológiai gondozó vagy egyéb ellátóhelyként) azonosító szolgáltatók (jellemzően drogambulanciák, addiktológiai gondozók és szakrendelők, és egyéb, drogbetegeket célzó, egészségügyi ellátást vagy MFSZ-t biztosító kezelőegységek). Opiát helyettesítő kezelést ezen szolgáltatók hozzávetőlegesen 20%-a biztosít.	3528 (melyből 2565 fő elterelés keretében kezdett kezelést)
Alacsonyküszöbű szolgáltatók⁶⁰	23	A TDI adatgyűjtésben magukat alacsonyküszöbű/drop-in/megkereső kezelőegységként azonosító szolgáltatók (jellemzően pszichoszociális ellátásokat nyújtó szociális szolgáltatók).	786 (melyből 557 fő elterelés keretében kezdett kezelést)
Általános mentális egészségügyi ellátók	2	A TDI adatgyűjtésben magukat járóbeteg kezelőegységként (azon belül pszichiátriként) azonosító szolgáltatók (kórházakban és rendelőintézetekben működő pszichiátriai gondozók és szakrendelők).	51 (melyből 51 fő elterelés keretében kezdett kezelést)
Kezelőegységek a büntetés-végrehajtásban (belső és külső szolgáltatók)	3 kezelőegység bv. intézetben 3 külső szolgáltató	A TDI adatgyűjtésben fogvatartottak ellátásáról is beszámoló intézmények (bv. intézetek és fogvatartottakat ellátó külső szolgáltatók). A járó- és bentlakásos ellátást nyújtó egységek összesítve ebben a táblázatban kerülnek megjelenítésre.	146 (melyből 134 fő elterelés keretében kezdett kezelést)

Forrás: TDI adatgyűjtés 2018 - Standard table 24

T1.2.2 A járóbeteg ellátás sajátosságai – elterelés

Bizonyos kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények esetében az elkövetőnek lehetősége van kezelési/megelőző beavatkozásokban való részvétellel a büntetőeljárást elkerülni, amennyiben megfelel az alábbi feltételeknek:

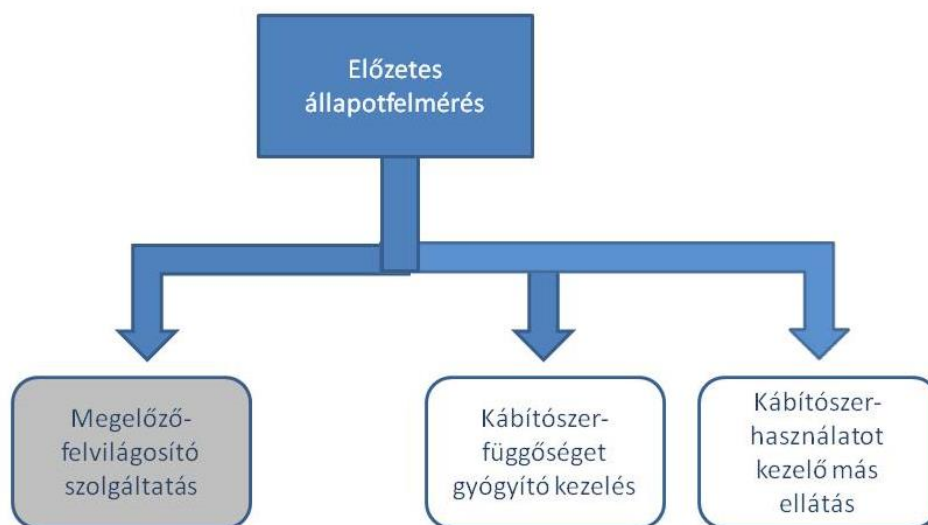
- csekély mennyiségű kábítószer saját használatra természet, előállít, megszerez, tart vagy fogyaszt;
- a bűncselekmény elkövetését beismeri;
- nem állapították meg büntetőjogi felelősségét kábítószer birtoklás vagy -kereskedelem kapcsán a megelőző két évben;
- nem vett részt elterelésben a megelőző két évben. (Btk. 180. §)

⁶⁰ és egyéb, alapvetően szociális profilú kezelőegységek

Az elterelést választókat egy pszichiáter szakorvos vagy klinikai szakpszichológus által végzett előzetes állapotfelmérés alapján utalják megelőző-felvilágosító szolgáltatásba (továbbiakban MFSZ) – mely inkább javallott prevenció beavatkozásnak tekinthető –, vagy kezelésbe⁶¹. A kezelési beavatkozások tartalma nem meghatározott, azokat a klasszikus járó- vagy fekvőbeteg kábítószer-kezelő programok keretében biztosítják az egészségügyi szolgáltatók. A megelőző vagy kezelési programban 6 hónapon át legalább kéthetente 1,5 órában szükséges részt vennie az elkövetőnek a teljesítési igazolás kiállításához.

A TDI adatok alapján a 2017-ben a kábítószer-probléma miatt kezelést kezdők 68,6%-a kezdett kezelést elterelés keretében: az összes kezelést kezdő 44,4%-a megelőző-felvilágosító szolgáltatásban, míg 24,5%-a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben vagy kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült.

23. ábra. Az elterelés típusai



Az elterelés adatok értelmezésénél fontos szem előtt tartani, hogy kezelési adatgyűjtésbe rögzített elsődleges szer nem feltétlenül egyezik meg a bűncselekményben érintett anyaggal. Továbbá, köszönhetően annak, hogy a megelőző-felvilágosító szolgáltatások esetében a finanszírozás összekapcsolódik az adatok jelentésével (ami a nem elterelt eseteknél nem áll fenn), feltételezhető, hogy az elterelt esetek felülreprezentáltak a nemzeti TDI adatgyűjtésben.

Eltereléssel kapcsolatos információkért lásd még: Jogi keretek fejezet T1.1.1 alfejezet, Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezet T1.2.1 alfejezet, Kábítószer-probléma a börtönben fejezet T1.3.2 alfejezet.

Fekvőbeteg ellátás

T1.2.4 Fekvőbeteg szolgáltatók

A kábítószer-használókat célzó fekvőbeteg kezelési programok tekintetében releváns finanszírozási kategóriák:

- egészségügyi ellátás (a 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet alapján):
 - addiktológiai aktív, krónikus és rehabilitációs fekvőbeteg ellátás;
 - gyermek- és ifjúságaddiktológiai rehabilitációs ellátás;
 - pszichiátriai aktív, krónikus és rehabilitációs fekvőbeteg ellátás;
 - gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitációs ellátás;

⁶¹ A kezelésnek a jogszabály szerint két típusa lehetséges: „kábítószer-függőséget gyógyító kezelés” és „kábítószer-használatot kezelő más ellátás”.

- szociális ellátás (szakellátás) (1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról):
 - ápolást, gondozást nyújtó intézmények pszichiátriai vagy szenvedélybetegek számára;
 - rehabilitációs intézmények pszichiátriai vagy szenvedélybetegek számára;
 - átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények pszichiátriai vagy szenvedélybetegek számára;
 - lakóotthon pszichiátriai vagy szenvedélybetegek számára;
 - támogatott lakhatás.

A fekvőbeteg ellátók esetében is beszélhetünk elsősorban **egészségügyi profilú ellátóhelyekről**: ilyenek a kórházi addiktológiai, illetve pszichiátriai osztályok. Ezekben jellemzően pszichiáterek, addiktológusok, klinikai szakpszichológusok és szakápolók biztosítják az ellátást. A kórházi osztályok által nyújtott programok hagyományosan és jellemzően a pszichiátriai és alkoholproblémákkal küzdő betegek ellátására fókuszálnak, kábítószer-használók ellátása ezekben az intézményekben csak kismértékben jellemző. Részben a definíciós nehézségekből adódóan, részben az ellátás monitorozásának alacsony szintje miatt nem állnak rendelkezésre megfelelő adatok ezen bentlakásos ellátási forma leírására. A nem kórházi ellátás mellett a másik opciót a **vegyes profilú ellátók** jelentik, melyek mindkét kasszából finanszírozáshoz jutnak. A terápiás közösségek nem a hagyományos kórházi-egészségügyi intézményrendszeri keretek között működő, pszichoaktív szerhasználók és viselkedési függőségekben szenvedők többszörös kezelési igényére hosszú távú, közösségi-együttéléses módon terápiás választ adó, jellemzően egyházi, civil, illetve önkormányzati fenntartású szervezeti egységek. Ezen ellátóhelyeken a multidiszciplináris teamben gyakori a felépülő, és szakirányú végzettséget (addiktológiai konzultáns, szociális munkás, mentálhigiénés gondozó, stb.) szerzett, józan függők alkalmazása is. Ők átjárást biztosíthatnak a klienseknek a 12 lépéses programok irányába is. Összesen három, 18 év alatti szerhasználó fiatalokat célzó terápiás közösség működik jelenleg az országban. Közülük két intézmény csak fiúkat (30 illetve 10 ágyon), egy intézmény lányokat és fiúkat egyaránt fogad (15 ágyon). A három intézményben a szociális szolgáltatások finanszírozása egy modellprogram keretében valósult meg az elmúlt években, melynek tapasztalatait a T1.2.5 pontban részletezzük. Az ellátástípus finanszírozásának végleges kialakításáig – várhatóan 2019-ig – a három intézmény működését egyedi támogatás formájában finanszírozza a szociális tárca.

A kábítószer-fogyasztók egészségügyi ellátása különböző szakmakódok alatt történik, melyek többségükben az alkohol- ill. pszichiátriai problémával küzdő betegek ellátását is magukban foglalják, így pontos számadatok nem állnak rendelkezésre a kábítószerhasználókat valóban ellátó kezelőhelyek számáról. Adatokkal a – fekvőbeteg ellátás területén részleges lefedettséggel rendelkező – TDI adatgyűjtésből rendelkezünk, melybe összesen 13 szolgáltató jelentett fekvőbeteg ellátás keretében kezelésbe lépő kábítószer-használó kliensről adatokat 2017-ben (ezeket az alábbi táblában mutatjuk be).

A fekvőbeteg ellátást kezdő kábítószer-használó kliensek 30,8%-a (93 fő) vegyes profilú terápiás közösségekben került kezelésbe, 69,2%-ukat (209 fő) pedig kórházi osztályokon látták el. Fekvőbeteg ellátás keretében az összes kezelésbe lépő kliens (4813 fő) 6,3%-a (302 fő) kezdett kezelést 2017 folyamán, közülük mindössze 9 fő részesült ellátásban elterelés keretein belül.

12. táblázat. *Fekvőbeteg ellátók (kezelőegységek száma és ellátottak száma) 2017-ben*

	Kezelőegységek száma	Definíció (kezelőegységek típusai)	Összes kliens száma (kezelést kezdők)
Kórházi fekvőbeteg osztályok	69	A TDI adatgyűjtésben magukat fekvőbeteg kórházi addiktológiai és pszichiátriai osztályokként azonosító kezelőegységek.	201209 (melyből 9 fő elterelés keretében kezdte meg a kezelést)
Terápiás közösségek	44	A TDI adatgyűjtésben magukat fekvőbeteg ellátóként azonosító nem kórházi környezetben működő terápiás közösségek – drogterápiás / drogrehabilitációs intézetek / otthonok.	15993 (melyből 0 fő elterelés keretében kezdte meg a kezelést)
Kezelőegységek a büntetés-végrehajtásban	-	A fogvatartottakat ellátó járóbeteg és bentlakásos ellátást nyújtó egységek összesítve a 11. táblázatban kerülnek megjelenítésre.	-

Forrás: TDI adatgyűjtés 2018 - Standard table 24

További információért a hazai terápiás közösségekről lásd: *Drogterápiás intézetek vizsgálata 2015* (Péterfi et al. 2016) a 2016-os Éves Jelentés Kezelés fejezet T4.1 alfejezetében, valamint egy korábbi vizsgálat (Topolánszky et al. 2009) eredményeit a 2012-es Éves Jelentés 11. fejezetében.

T1.2.5 A fekvőbeteg ellátás sajátosságai

Az elterelésről lásd a T1.2.2 alfejezetet.

Az addiktológiai és pszichiátriai osztályok száma a TDI adatgyűjtésbe jelentők számánál lényegesen magasabb, azonban csak egy részük lát el kábítószer-használókat, és feltehetően ennek a csoportnak is csak egy része jelent adatokat a TDI adatgyűjtésbe. Így tehát a kórházi fekvőbeteg osztályokon kábítószer-használókat ellátó kezelőhelyek számáról nem rendelkezünk információval. A terápiás közösségek száma a legutóbbi fókuszált vizsgálat (Péterfi et al. 2016) alapján 15 volt, mely azóta két új intézménnyel bővült (lásd T3. alfejezet), ebből mindössze 4 kezelőegység jelentett eseteket 2017-ben a TDI adatgyűjtésbe. Összességében tehát elmondható, hogy a fekvőbeteg ellátás keretében kezelést kezdő kábítószer-használók leírására mérsékeltén alkalmas a TDI adatgyűjtés, mivel mind a kezelőhelyek száma, mind a kliensszám esetében alacsony lefedettségű az adatgyűjtés ebben a modalitásban.

A gyermek- és ifjúság-addiktológiai rehabilitációs intézetek működésének tapasztalatai (Berényi et al. 2017)

2016-ban vizsgálat készült az országban működő három gyermek- és ifjúság-addiktológiai rehabilitációs intézet működéséről. A projekt célja a szolgáltatók szakmai tevékenységének vizsgálata, az intézmények működésében meglévő azonosságok és különbségek feltérképezése, valamint az ellátási modalitás rendszerszintű kialakításának és finanszírozásának megalapozása volt (a módszertan leírását lásd a T5.2 alfejezetben).

Az ellátotti interjúkból, szakértői fókuszcsoportokból és dokumentumelemzésből felépülő vizsgálat megállapításokat fogalmazott meg a szabályozási környezet, a finanszírozás és az ellátási lánc fejlesztésével kapcsolatban.

A vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a gyermek és tinédzser korúak addiktológiai rehabilitációs ellátáshoz szükséges olyan szolgáltatások biztosítása, melyek túlmutatnak a 60/2003 (X.20.) SzCsM rendeletben megfogalmazott minimum feltételeken. A három hazai szolgáltató első éveinek tapasztalatai azt mutatják, hogy az ellátási forma megfelelő

működtetéséhez szükséges további humán-erőforrásbeli, szakmai és fizikai feltételek meghatározása – a rendeletben meghatározottakon felül – e speciális célcsoport számára elengedhetetlen szociális, büntetőügyekhez kapcsolódó, oktatási valamint szabadidős tevékenységek biztosításához. Mindezen feltételek és szolgáltatások megteremtéséhez és biztosításához elengedhetetlen a gyermek- és ifjúság-addiktológiai rehabilitációs intézetek megfelelő finanszírozásának szükségletekhez illeszkedő kialakítása.

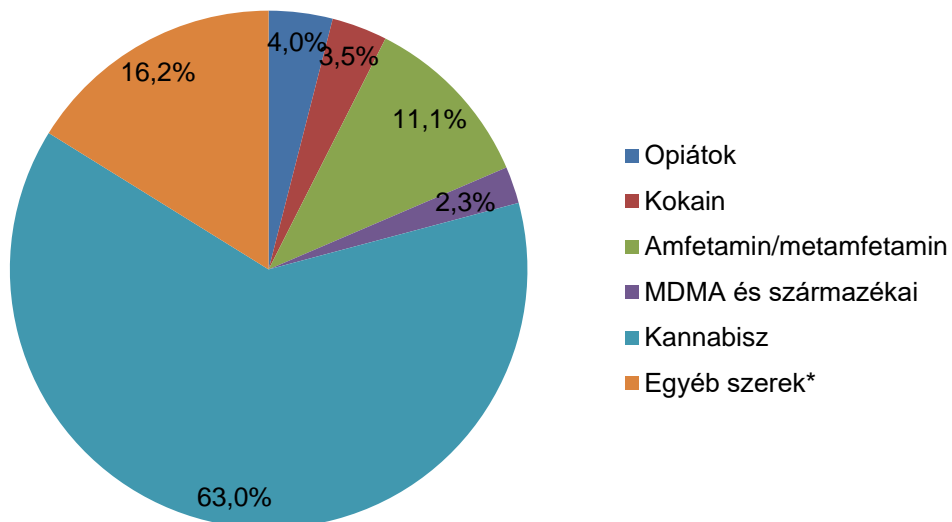
A szolgáltatói tapasztalatok alapján az elő- és utógondozás megvalósítására nincs kapacitása az intézeteknek, ezeket partnerek bevonásával próbálják megoldani. Ugyanakkor egyértelműen szükséges a gyermek- és ifjúság addiktológiai járóbeteg és utógondozó (re)integrációs szolgáltatások kialakítása és fejlesztése, hogy e intézetek ne izoláltan működjenek az egészségügyi és szociális rendszerben, hanem beágyazva, egy differenciált intézményrendszer és ellátási lánc részeként (Berényi et al. 2017).

T1.3 KEZELÉSI ADATOK

T1.3.1 Összefoglaló táblázat a főbb kezelési adatokról és a kezelési igény elsődleges szer szerinti megoszlásáról

2017-ben összesen 4813 kliens kezelésbe lépéséről számolt be a kábítószer-használók kezelésével (is) foglalkozó, és jelentést küldő 86 kezelőegység. A kábítószer-használatból eredő probléma miatt kezelést kezdők többsége (63,0%; 3031 fő) – a korábbi évekhez hasonlóan – kannabiszhasználat miatt kezdett valamilyen kezelési programot. Amfetamin (vagy metamfetamin) használata miatt a kliensek 11,1%-a (534 fő) jelentkezett kezelésbe. Opiáthasználat miatt a kliensek 4,0%-a (192 fő), kokain vagy crack fogyasztása miatt a kliensek 3,5%-a (167 fő) lépett kezelésbe. Az ecstasy-használók (MDMA és származékai) aránya 2,3% volt (111 fő). A felsoroltakon kívüli egyéb szereket a kezelést kezdők 16,2%-a (778 fő) jelölt meg elsődleges szerként.

24. ábra. A kezelési igény elsődleges szer szerinti megoszlása (2017; %; N=4813)



*Egyéb szerek: „egyéb stimulánsok”, „inhalánsok”, „hallucinogének”, „altatók és nyugatók”, „egyéb, nem besorolható szerek”
 Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

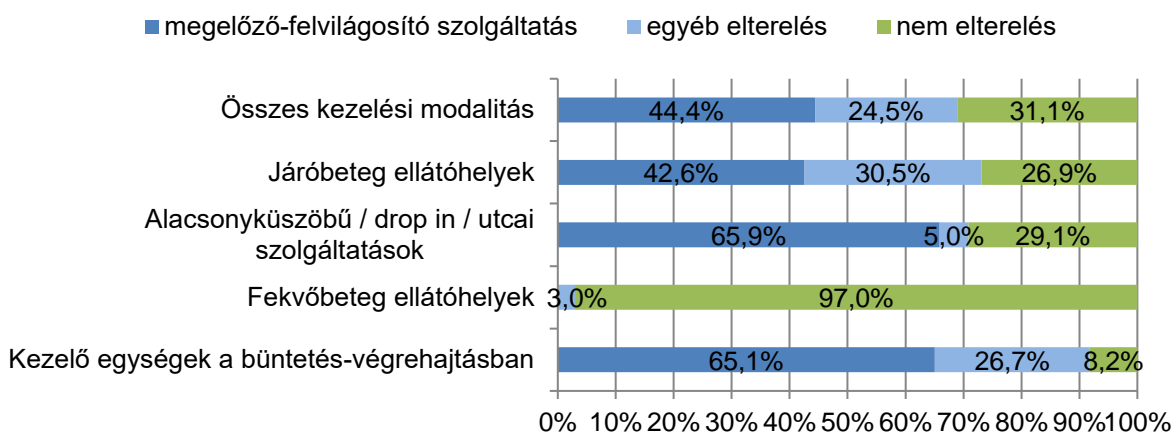
13. táblázat. Összesítő táblázat a 2017-ben kábítószerfogyasztás miatt kezeltéről (fő)

	Kliensszám
Összes kezelésben lévő kliens	nincs elérhető adat
Összes helyettesítő kezelésben lévő kliens	nincs elérhető adat (2015-ben: 669)
Összes kezelést kezdő kliens	40984813

Forrás: ST24 és TDI adatgyűjtés 2018

A büntetőeljárás elkerülése (elterelés) a legjellemzőbb oka a kezelésbe kerülésnek a kábítószer-használók körében. Az összes klienst tekintve 2017-ben 68,9% (3316 fő) volt az így kezelésbe jutók aránya. Fontos azonban megjegyezni, hogy a kezelőhely típusokat vizsgálva komoly különbségek figyelhetők meg az eltereltek arányában. Míg az alacsonyküszöbű (szociális) és járóbeteg szolgáltatók klienseinek jelentős része került így kezelésbe (70,9%; 557 fő és 73,1%; 2616 fő), addig a fekvőbeteg ellátásba kerülőknek mindössze töredéke (3,0%; 9 fő) kezdett kezelési programot a büntetőeljárás elkerülése érdekében. A büntetés-végrehajtás intézeteiben fogvatartottak többsége (91,8%; 134 fő) elterelés keretében kezdett kezelést a beérkező jelentések alapján 2017-ben.

25. ábra. Eltereltek aránya a kábítószer-használat miatt kezelést kezdők körében, a kezelőhely típusa szerint (2017; N=4813)

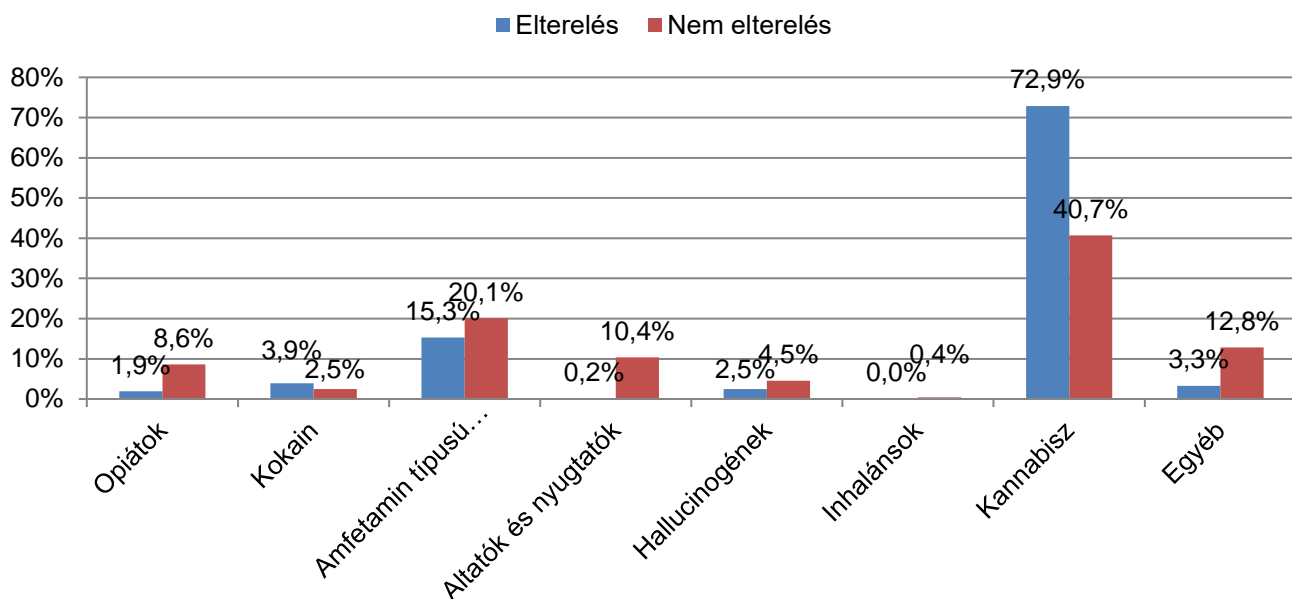


Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

A szertípus szerinti megoszlás némileg különböző képet mutat az elterelés miatt, és az egyéb indokból kezelést kezdők körében. Az elterelés miatt kezelést kezdő 3316 fő esetében a leggyakoribb elsődleges szer a kannabisz volt (2417 fő, 72,9%), ezt követték az amfetamin típusú stimulánsok (507 fő, 15,3%). A további szerek miatt történő kezelésbe lépések aránya nem érte el együttesen a 12%-ot (11,8%; 392 fő) ebben a csoportban.

A nem eltereltek (1483 fő) esetében is leggyakrabban a kannabiszhasználat (40,70%; 603 fő), valamint az amfetamin típusú stimulánsok fogyasztása (20,1%; 298 fő) volt a kezelésbe lépés oka. A nem elterelés keretében kezelték körében ezeken felül az egyéb szerekhez (mely részben az új pszichoaktív szereket is fedő kategória) valamint az altatók, nyugtatókhoz köthető jelentősebb, 10%-ot meghaladó kezelési igény. A vélelmezett új pszichoaktív szerek miatt induló kezelési igények alakulásáról bővebben lásd a 33. ábrát.

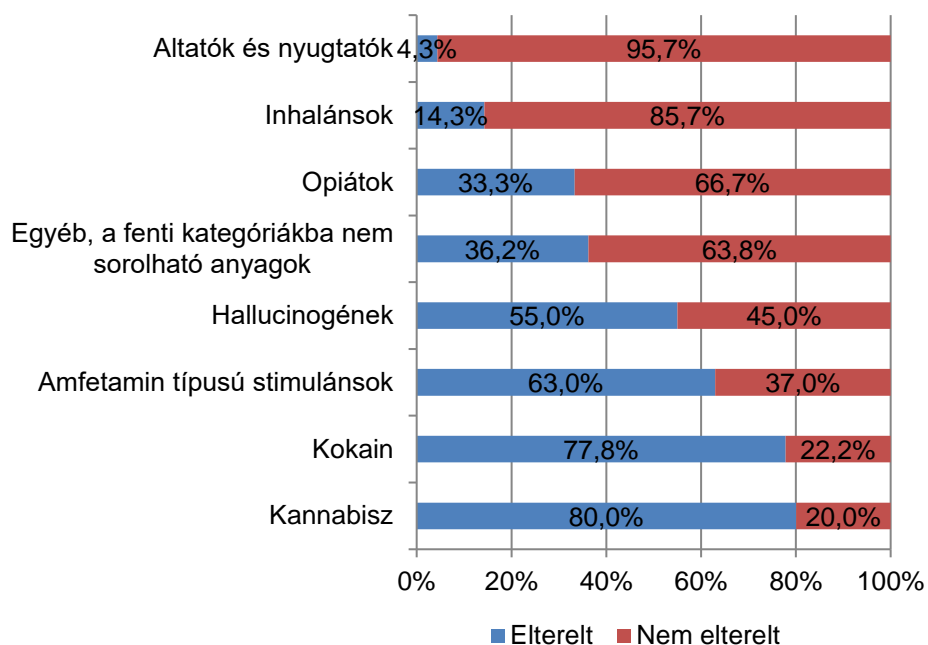
26. ábra. Kezelést kezdők elsődleges szer szerinti megoszlása az eltereltek és a nem eltereltek körében (2016; $N_{\text{elterelt}}=3316$; $N_{\text{nem elterelt}}=1483$)⁶²



Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

Az eltereltek aránya jelentős eltérést mutat a különböző szerkategóriákon belül is. Míg az összes kezelésbe lépőt tekintve az eltereltek adták 2017-ben a kliensek több mint 2/3-át (69,1%), a kannabiszhasználók körében ennél lényegesen magasabb volt az arányuk: 5 esetből 4-ben (80,0%) elterelés állt a kezelés megkezdésének háttérében. Amfetamin típusú stimulánsok fogyasztói esetében az eltereltek aránya 63,0%, opiátfogyasztók körében 33,3%, egyéb szereket fogyasztók esetében pedig 36,2% volt.

27. ábra. Eltereltek és nem eltereltek aránya az egyes szercsoportokon belül, a kezelésbe lépők körében (2017; $N=4799$) A kezelési igény elsődleges szer szerinti megoszlása (2017; %; $N=4813$)

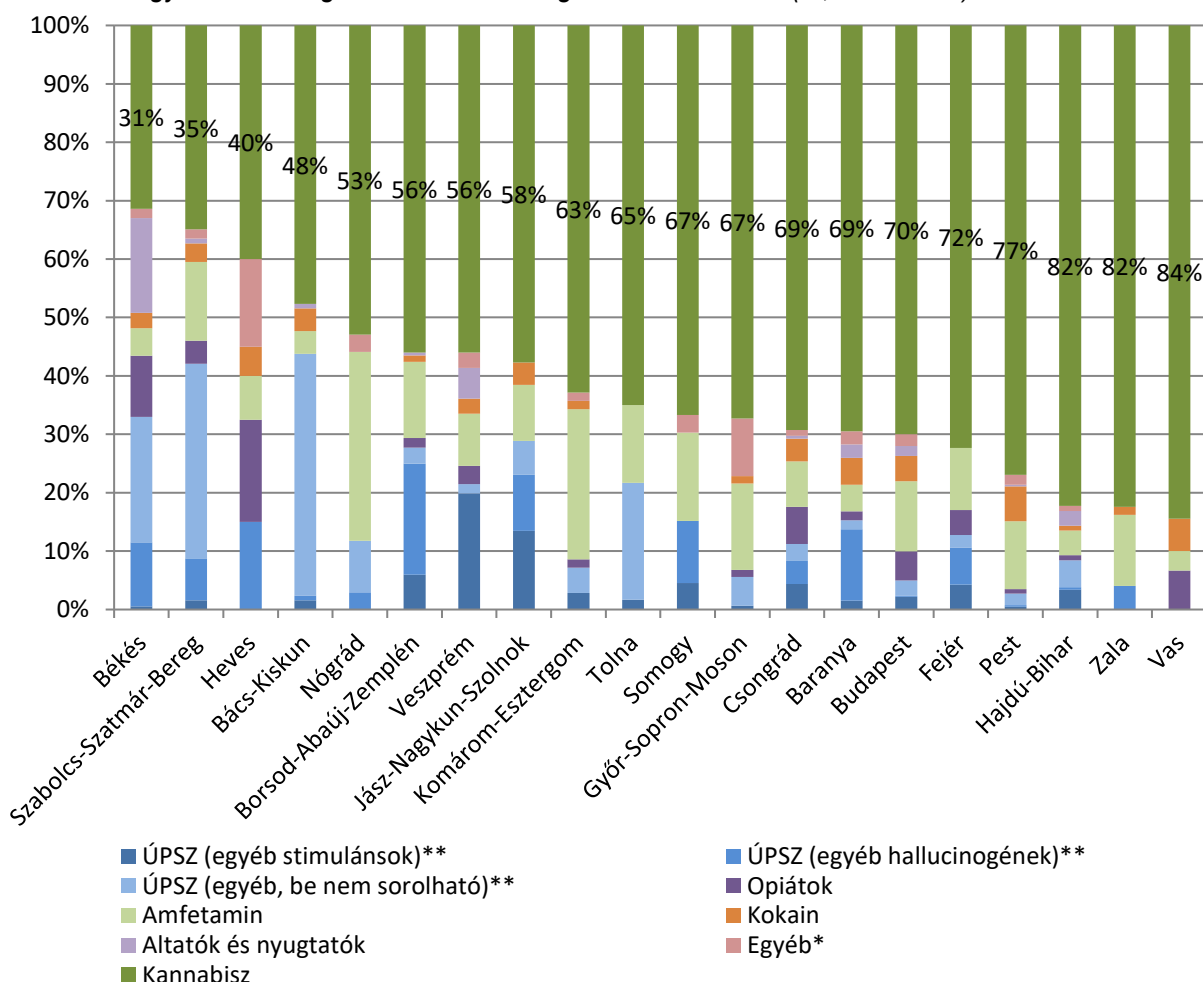


Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

⁶² 14 fő esetében ismeretlen volt a beutalás eredete

Földrajzi bontásban vizsgálva a járóbeteg klienseket (járóbeteg ellátóknál, és a szociális szolgáltatóknál kezelésbe lépő összes kliens) elmondható, hogy habár minden megyében a kannabiszhasználathoz köthető a legnagyobb kezelési igény, mégis az ország keleti felében kevésbé domináns a kannabiszhasználati probléma a kezelést igénylők körében, a nyugati megyékhez képest. Ezzel párhuzamosan, több keleti, észak-keleti megyében tapasztalható az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) térnyerése a kezelt populációban. Különösen Bács-Kiskun, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Békés megyében tűnik jelentős problémának az ÚPSZ használat, hiszen ezekben a megyékben a kezelést kezdők több mint 30%-a jelöli meg ezen szerek használatát elsődleges problémaként. A kannabiszos esetek aránya megyénként 31% és 84% között mozgott (arányuk összesítve 66,3% volt a vizsgált kezelőhelyeken). Az amfetamint kis mértékben megelőzik az ÚPSZ-ok, melyek a vizsgált kezelőhelyeken 11,5%-ban határozzák meg a kezelést kezdőket. Arányuk az egyes megyék esetében 0% és 44% között mozgott 2017-ben. Valamilyen amfetamin típusú stimuláns miatt lépett kezelésbe a kezelőhelyeken a kliensek 3-32%-a (átlag 10,8%). Az adatok értelmezéséhez fontos megjegyezni, hogy az adatok rögzítése az ellátó intézmény telephelye szerint történt, és egyes ellátók több megyéből is fogadhatnak betegeket.

28. ábra. A járóbeteg szolgáltatóknál (beleértve az alacsonyküszöbű ellátókat is) kezelésbe lépő kliensek megye és elsődleges szer szerinti megoszlása 2017-ben (%; N=4365 fő)



*Egyéb: MDMA és származéka + LSD + inhalánsok

**A szolgáltatókkal történt egyeztetések alapján a jelölt kategóriákban történik az ÚPSZ anyagok használata miatt kezelést kezdők jelentése
 Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

A kezelésbe kerülő kliensek jellemzőinek részletesebb leírását lásd a Kábítószeres/Kannabisz fejezet T1.2.2, Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.2 és T1.2.5, valamint Kábítószeres/Heroin és egyéb opiátok fejezet T1.2.2 és T1.2.5 alfejezeteit.

A bv. intézetekben kezelést kezdők jellemzői a Kábítószer-probléma a börtönben fejezet T1.2.2 alfejezetében kerülnek bemutatásra.

T1.4 A KEZELÉS TÍPUSAI

T1.4.1 Járóbeteg ellátás keretében nyújtott szolgáltatások

A kábítószer-használók számára nyújtott járóbeteg ellátásokról elérhető információkat lásd a T1.2.1 alfejezetben. Az opiát helyettesítő kezelés részletes leírását lásd a T1.4.7 alfejezetben.

T1.4.3 A fekvőbeteg ellátás keretében nyújtott szolgáltatások

A kábítószer-használók számára nyújtott fekvőbeteg ellátásokról elérhető információkat lásd a T1.2.4 alfejezetben.

Opiát helyettesítő kezelés

T1.4.7 Opiát helyettesítő kezelést nyújtó intézmények

Az ellátás jellemzően ambuláns kezelés keretében történik, de van néhány szolgáltató, akik fekvőbeteg ellátás keretében (kórházi vagy terápiás közösségben) is biztosítják ezt a gyógyszeres kezelést. Az ellátók egészségügyi profilú, jellemzően kórházi addiktológiai vagy pszichiátriai gondozók és szakrendelők, illetve vegyes profilú specializált járóbeteg ellátók. 2016-ban 14 szolgáltató biztosított ilyen típusú ellátást. Adatgyűjtés az opiát helyettesítő kezelésben lévőkrol utoljára 2015-ben történt: az akkor működő 15 szolgáltató közül 8 jelentett adatokat a 2015-ben ellátottakról az országos jelentési rendszerbe. (A szubsztitúciós adatgyűjtés leírását lásd a T5.2 alfejezetben.)

A büntetés-végrehajtási intézeteken belül opiát helyettesítő kezelés praktikusán nem érhető el, ugyanakkor a bv. intézeteknek jogszabály szerinti ellátási kötelezettsége van az opiát-helyettesítő kezelést igénylő fogvatartottak felé, és kötelesek őket a területileg illetékes külső szolgáltatóhoz (drogambulancia) kiszállítani. Esetenként az előzetes letartóztatásban lévők hozzájutnak a helyettesítő gyógyszerhez, amennyiben a fogvatartó intézmény együttműködik a letartóztatás előtt kezelést biztosító külső ellátóval. (Lásd Kábítószer-probléma a börtönben fejezet T1.3.4 alfejezet.)

T1.4.8 Opiát helyettesítő kezelésben részesülő kliensek száma⁶³

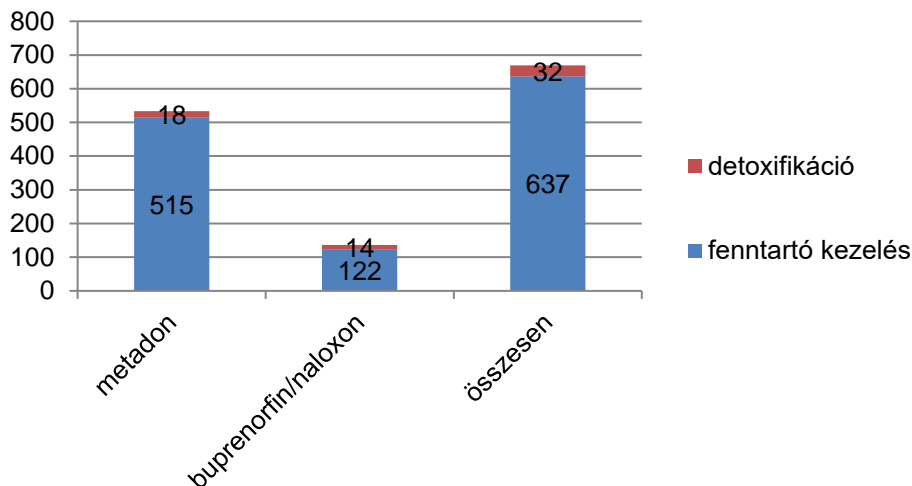
Magyarországon kétféle helyettesítő szer alkalmazásáról beszélhetünk opiát helyettesítő programokban: ezek a metadon és a buprenorfin/naloxon. A hazai szubsztitúciós jelentésben részt vevő szolgáltatók 2015-ben összesen 669 kliensről számoltak be. Történeti és finanszírozási okok miatt a metadon alkalmazása az elterjedtebb, jellemzően az éves esetszám háromnegyede részesül kezelésben ezzel a helyettesítő szerrel (2015-ben 533 fő, 79,7%), míg a buprenorfin/naloxon kombinációja a kliensek hozzávetőlegesen negyede esetében a választott helyettesítő szer (2015-ben 136 fő, 20,3%). A buprenorfin/naloxon kombinációt tartalmazó készítményt pszichiáter szakorvos jogosult orvosi rendelvényre felírni, ellentétben a metadonnal, mely ún. intézeti gyógyszer, vagyis beszerzése és kiadása

⁶³ Adatgyűjtés az opiát helyettesítő kezelésben lévőkrol utoljára 2015-ben történt.

az egészségügyi ellátó feladata. Emiatt az előbbi készítmény magánellátásban is megjelenhet, melyről információkkal nem rendelkezünk.

A helyettesítő kezelés célja szerint a kezelések 95,2%-a (637 eset) fenntartó kezelés volt, 4,8%-a (32 eset) detoxikációs célzatú kezelés volt 2015-ben. Fontos megjegyezni, hogy e két kezelési forma olykor váltja egymást egy terápián belül, ezért nehezen különíthetők el egymástól. A vonatkozó szakmai irányelv (Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele a metadon kezelésről, lásd T1.5.1 alfejezet) a detoxikációs kezelés hosszát 1 és 6 hónap között határozza meg metadon esetében.

29. ábra. Az opiát helyettesítő kezelésben ellátottak megoszlása a helyettesítő szer és a terápia célja szerint (2015; N=669)



Forrás: Szubsztitúciós adatgyűjtés 2016

T1.4.9 Opiát helyettesítő kezelésben részesülő kliensek jellemzői

2015-ben az összes kliens (669 fő) 75,9%-a (508 fő) férfi, 24,1%-a (161 fő) nő volt. A kezelt betegek átlagéletkora 39,4 év volt, a férfiak esetében 39,7 év, a nők esetében 38,4 év.

A kliensek nagy része (606 fő, 90,6%) rendezett szálláskörülményekkel rendelkezett. A kliensek csaknem fele (290 fő, 43,3%) rendszeresen foglalkoztatott volt. Munkanélküli (140 fő, 20,9%) és gazdaságilag inaktív (56 fő, 8,4%) státusz mellett valamilyen egyéb munkaügyi helyzetről számolt be a kliensek negyede (174 fő, 26%).

T1.5 MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS

T1.5.1 Minősegbiztosítás a kábítószer-használók ellátása terén

Egészségügyi eljárásrendek

Kábítószer-fogyasztók kezelésével kapcsolatban 3 protokoll és egy módszertani levél van jelenleg érvényben:

- Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele – A Metadon kezelés,
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja – Opiáthasználattal kapcsolatos betegségek kezeléséről,
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja – Amfetaminhasználattal összefüggő kórképek kezeléséről valamint
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja – Kannabiszhasználattal kapcsolatos zavarokról.

Mindhárom protokollt az Országos Addiktológiai Intézet 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.

Nem specifikusan a kábítószer-használók ellátását célzó, de a szerhasználói populáción belül egy speciális csoport – a szerhasználó/függőségben szenvedő várandós nők – egészségügyi ellátását is érintő eljárásrend az *Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről* (Egészségügyi Közlöny 2017).

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 alapulnak⁶⁴. Leírják a szolgáltatás céljait, vezérelvét, a szolgáltatók jellemzőit, a minőségbiztosítás feltételeit valamint a szolgáltatás által lefedett tevékenységeket. 2017-ben sor került a szenvedélybeteg ellátás területén a fenti három szakmai szabályozó felülvizsgálatára uniós források segítségével (EMMI 2018a).

További információért a minőségbiztosítási rendszer működéséről lásd a 2010-es Éves Jelentés 11. fejezetét. Az ártalomcsökkentő beavatkozások minőségbiztosításáról lásd még az Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.7 alfejezetét.

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

T.2.1 A KEZELÉST KEZDŐK ILLETVE AZ OPIÁT HELYETTESÍTŐ KEZELÉSBEN ELLÁTOTTAK KÖRÉBEN MEGFIGYELHETŐ HOSSZÚ TÁVÚ TRENDEK

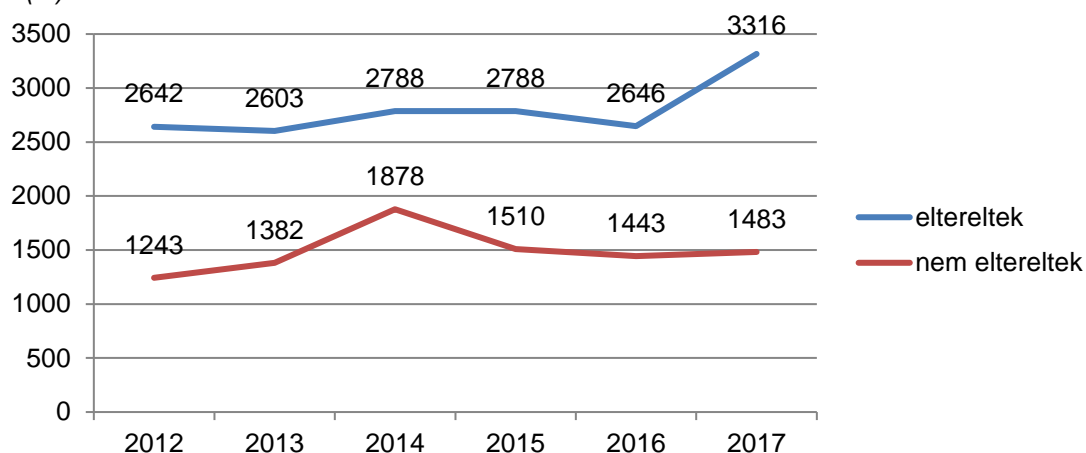
TDI adatok

A kezelésbe lépők esetében – mind az elsőként kezelésbe lépőket, mind az összes klienst tekintve – elmondható, hogy a kannabiszhasználat a legjellemzőbb probléma, amihez a kezelési igény kötődik, különösen az elterelés keretében kezelést kezdők körében. A fentiekben (lásd a T1.2.2 és T1.3.1 alfejezeteket) már leírt sajátossága a magyar ellátórendszernek, hogy a kliensek többsége a büntetőeljárás elkerülése érdekében kezd kezelést. Ezen kliensek egy része nem igényel addiktológiai ellátást, őket egyfajta javallott prevenció beavatkozásban – ún. megelőző-felvilágosító szolgáltatásban – részesítik a szolgáltatók. Figyelemre méltó változás, hogy 2016-ról 2017-re jelentősen (25,3%-kal) megemelkedett a büntető-eljárás alternatívájaként kezelésbe lépők száma (és aránya az összes kezelést kezdőkön belül). Az emelkedés feltehetően a rendőri szervek nagyobb aktivitásának köszönhető, mivel elmozdulás figyelhető meg a kábítószerrel kapcsolatos

⁶⁴ Az irányelv tervezeteket konszenzus konferencián egyeztették a szakma képviselőivel.

bűncselekmények számában is (a kapcsolódó ENyÜBS adatok bemutatását lásd a Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezet T1.2 pontja alatt).

30. ábra. Kezelésbe lépők számának alakulása a beutalás eredete függvényében, 2012 és 2017 között (fő)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

Az ÚPSZ elterjedése kapcsán fontos megemlíteni, hogy amíg ezen anyagok nem kerülnek fel a kábítószer ill. pszichotróp listákra, addig az esetükben indított (szabálysértési) eljárások során nincs lehetőség az eljárás kezeléssel való kiváltására, így a szabályozás bizonyos szempontból hatással van a „kezelési igény” alakulására.

A másik megfigyelhető trend a kezelési igényt meghatározó elsődleges szer tekintetében az egyéb szerek arányának emelkedése 2010-zel kezdődően. Ez a jelenség egyértelműen az ÚPSZ terjedésével hozható összefüggésbe. A Nemzeti Drog Fókuszpont 2015-ös kezelőhely vizsgálatában (Péterfi 2015) részt vevő járó- és fekvőbeteg kezelőegységek becslése alapján a kábítószer-problémával kezelt klienseik 26%-a szintetikus kannabinoid, 21%-a valamilyen designer stimuláns használata miatt került kezelésbe 2014-ben. (További részletekért lásd a 2016-os Éves jelentés Kezelés fejezet T4.1 alfejezetét).

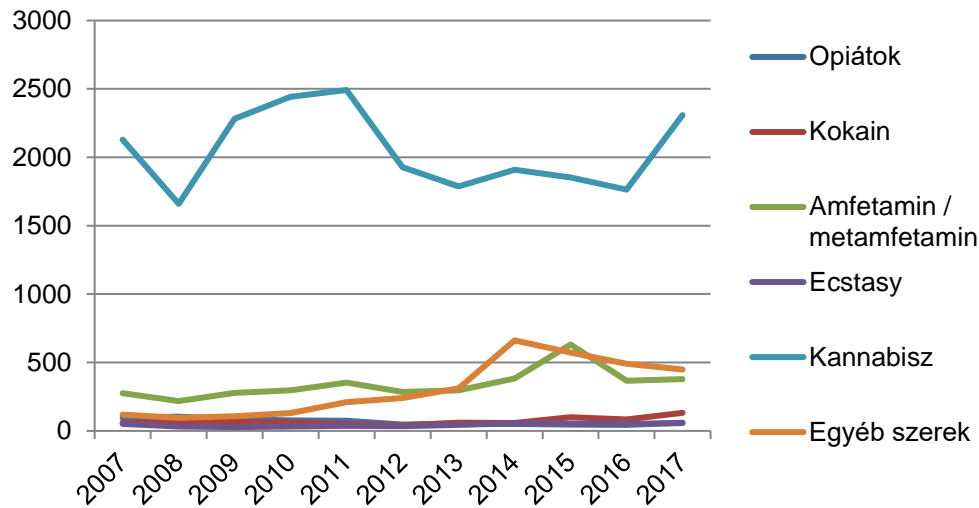
Egy másik, a hazai terápiás közösségek körében szintén 2015-ben végzett vizsgálat (Péterfi et al 2016) eredményei alapján a 2014-ben ellátott kliensek 43%-a elsődlegesen valamilyen designer stimuláns fogyasztása miatt került a terápiás otthonba, 27%-uk pedig szintetikus kannabinoidok fogyasztásából eredő probléma miatt. Tehát a terápiás otthonokban ellátottak 70%-a ÚPSZ fogyasztás miatt keresett kezelést. Ezt erősíti meg Berényi és munkatársai (2017) vizsgálata, melyet a három hazai ifjúsági rehabilitációs intézetben végeztek, 2016-os működésüket vizsgálva. A kvalitatív vizsgálat azt mutatta, hogy a három ifjúsági intézményben megjelenő kliensek elsősorban az új pszichoaktív szerek, másodsorban az orvosi rendelvényre kapható gyógyszerek használatából eredő probléma miatt kerülnek az addiktológiai rehabilitációs intézménybe.

A TDI adatgyűjtés adatai alapján az összes kezelést kezdő kliens körében látható az opiátokhoz köthető kezelési igény visszaesése 2009-től kezdődően (2009: 449 fő; 2017: 192 fő). Ezzel párhuzamosan 2009 és 2014 között megnövekedett az egyéb (köztük az új pszichoaktív) szerekhez⁶⁵ köthető kezelésbe lépések száma (2009: 278 fő; 2014: 1137 fő), melyet visszaesés követett 2014 és 2017 között (2014:1137 fő; 2017: 778 fő). Az ÚPSZ térnyerése, és a heroin visszaesése visszaköszön a lefoglalási adatokban is (lásd Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezet T2.1 alfejezet). Az összes és az életükben első alkalommal kezelést kezdők között elsődleges szer szerinti bontásban nincs jelentős

⁶⁵ Egyéb szerek: altatók, nyugtatók+inhalánsok+hallucinogének+egyéb stimulánsok+egyéb be nem sorolható anyagok

eltérés. Ennek fő oka az elterelés keretében kezelést kezdők nagy aránya, akik jellemzően elsőként lépnek kezelésbe. Az amfetaminhasználatból adódó kezelési igény az egyetlen, ami eltérően alakult az új és az összes kliensek összehasonlításában. Az új kliensek esetében 2013 és 2015 között egy enyhe emelkedés volt megfigyelhető az amfetamin fogyasztáshoz köthető kezelési igényben, míg ez a változás az összes klienst vizsgálva nem tapasztalható. Úgy tűnik, az elterelés keretében kezelést kezdők számában bekövetkező emelkedés szinte kizárólag a kannabiszhasználók nagyobb számban történő kezelésbe lépésével járt együtt, vagyis a rendőrségi aktivitás emelkedése elsősorban a kannabisz, (a lefoglalások alapján) jellemzően a marihuána használókat sújtotta.

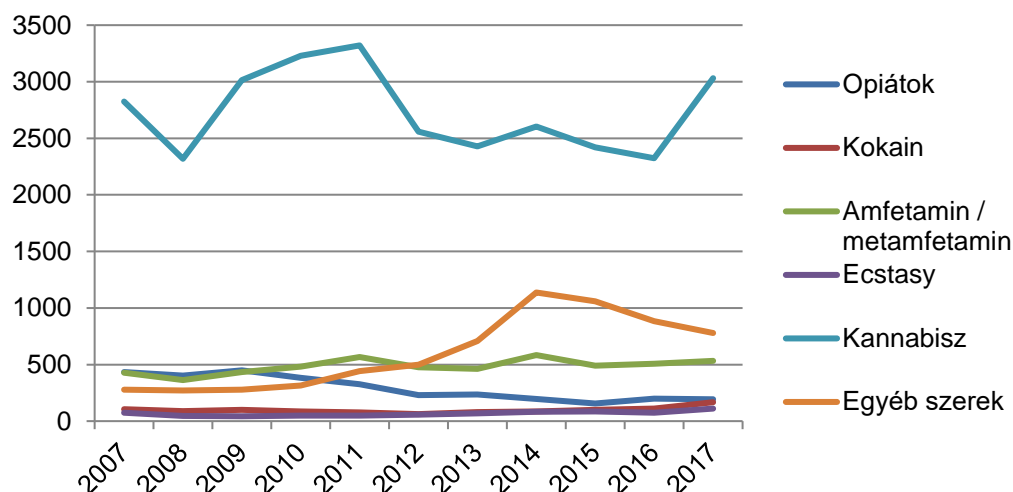
31. ábra. *Trendek az életükben először kezelést kezdők körében elsődleges szer szerint 2007-2017*⁶⁶



Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

⁶⁶ Egyéb szerek: altatók, nyugtatók+inhalánsok+hallucinogének+egyéb stimulánsok+egyéb be nem sorolható anyagok

32. ábra. Trendek az összes kezelést kezdő körében szerítípus szerint 2007-2017⁶⁷



Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

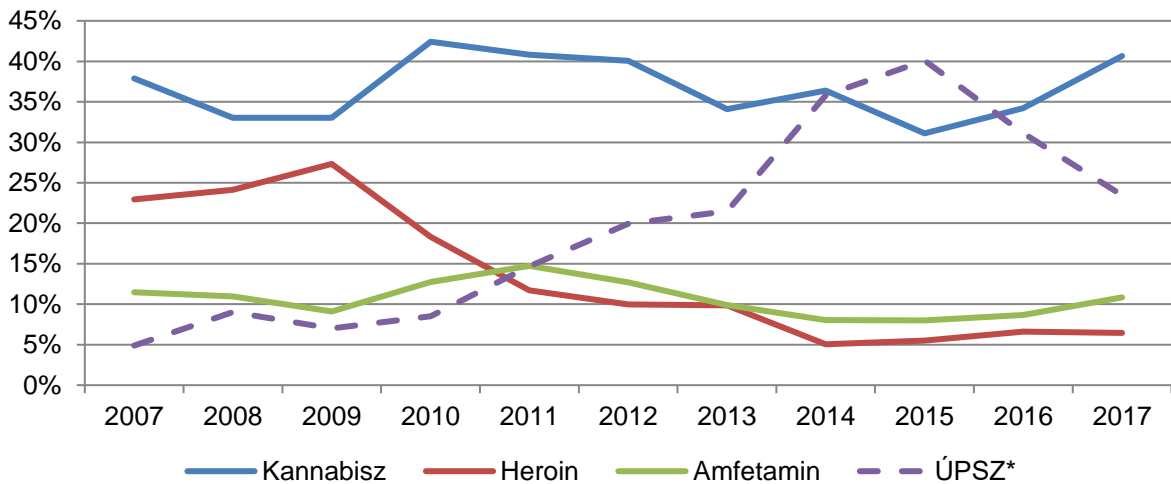
Habár a TDI adatokban és egyéb adatforrásokban (Péterfi 2016; Péterfi 2015; Csák 2012; Horváth et al. 2011) is megfigyelhető az ÚPSZ (elsősorban szintetikus kannabinoidok és designer stimulánsok) használatából adódó egyre növekvő kezelési igény, fontos megjegyeznünk, hogy specializált terápiás lehetőségek ezen csoportok részére nem érhetők el jelenleg hazánkban. Az ÚPSZ használathoz köthető speciálisabb igények (többek között a fiatalabbak érintettsége, motiválatlanság, intenzívebb használat, magasabb igény a sürgősségi ellátásra) (GDS 2014; Csák 2012; Horváth et al. 2011) így kielégítetlenek maradhatnak. Emiatt szakértői vélemények e fogyasztói csoportok alulreprezentáltságát valószínűsítik a kezelési adatokban.

Az önként (vagyis nem a büntetőeljárás elkerülése érdekében) kezelést kezdőket tekintve láthatjuk, hogy az új pszichoaktív szerekhez köthető⁶⁸ kezelési igény aránya 2009 és 2015 között növekedett a kezelésbe lépők között (2009: 8,5%; 2015: 40,1%). 2015 és 2017 között azonban megindult az új típusú anyagokhoz (e lefoglalási adatok alapján jellemzően szintetikus kannabinoidokhoz és szintetikus katinonokhoz) köthető kezelési igény visszaesése (2015: 40,1%; 2017: 23,5%). Ezzel párhuzamosan 2015-tel kezdődően az amfetaminnal és heroinnal kapcsolatos kezelésbe lépések aránya enyhe (2,9 és 1 százalékpontos), míg a kannabiszhoz köthető kezelési igény intenzívebb (9,6 százalékpontos) emelkedése figyelhető meg ebben a csoportban

⁶⁷ Egyéb szerek: altatók, nyugtatók+inhalánsok+hallucinogének+egyéb stimulánsok+egyéb be nem sorolható anyagok

⁶⁸ Az új pszichoaktív anyagok vélhetően három kategóriában kerülnek rögzítésre a TDI rendszerben. Az „egyéb stimulánsok” kategóriába rögzített kliensek a katinonok és más stimuláns hatású anyagok fogyasztásához köthető eseteket fednek, az „egyéb hallucinogének” jellemzően a szintetikus kannabinoidok fogyasztásához köthető eseteket tartalmazzák, valamint az „egyéb szerek” kategóriája is dominánsan új pszichoaktív anyagok használatából eredő kezelési igényeket takar vélhetően.

33. ábra. A kezelési igény alakulása elsődleges szer szerinti bontásban 2007-2017 között (az összes nem elterelt kliens körében, a legfontosabb szerkategóriák arányának feltüntetésével⁶⁹)



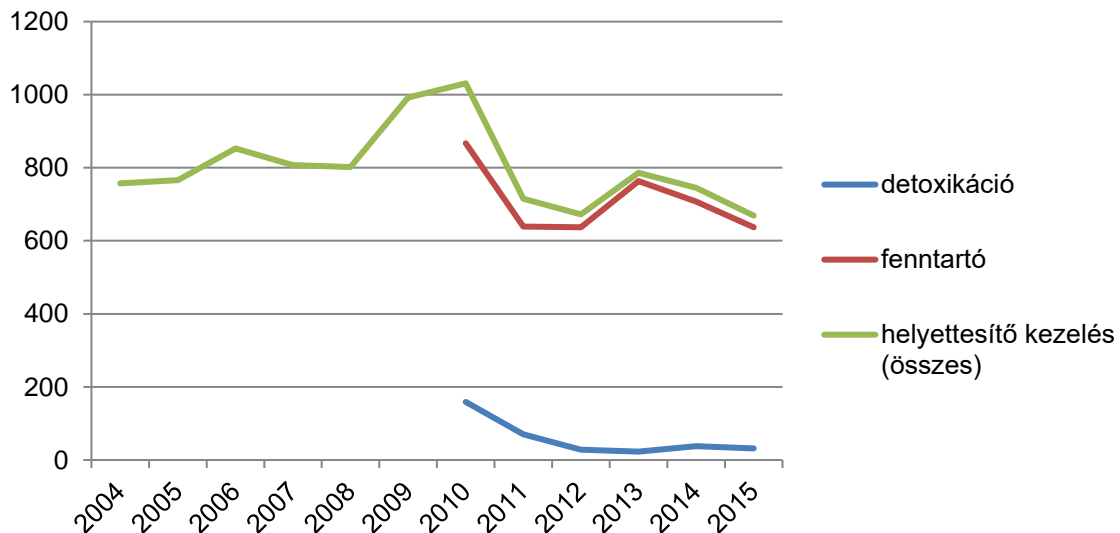
*Egyéb stimuláns, egyéb hallucinogén és egyéb, be nem sorolható szerek
 Forrás: TDI adatgyűjtés 2018

Opiát-helyettesítő kezelés

Az opiát helyettesítő kezelésben ellátottak száma relatíve stabil a vizsgált évek viszonylatában: volt egy kisebb emelkedés 2008-at követően, mely a buprenorfin/naloxon bevezetéséhez (és az önfinanszírozott ellátás lehetőségének megteremtéséhez) köthető, majd egy módszertani fejlesztés (mely lehetővé tette a duplikációk kiszűrését országos szinten), mely a 2011-es visszaesést okozta. A kliensek számában 2013 óta lassú monoton csökkenés tapasztalható a kezeléshez való hozzáférés stabilitása mellett, mely vélhetően a heroin 2010 utáni jelentős visszaszorulásával, így pedig a kezelési igények csökkenésével függ össze.

A relatíve stabil hozzáférés oka, hogy a finanszírozott kezelési kapacitás nem változott az elmúlt években.

34. ábra. Az opiát helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek számának alakulása 2004-2015



⁶⁹ Az adatsor nem tartalmazza a metadon, egyéb opiátok, kokain, crack, MDMA és származékai, inhalánsok, LSD, valamint az altatók és nyugtatók használata miatt kezelést kezdők trendvonalait, azonban a százalékok kiszámításához számításba veszi őket.

Az intravénás szerhasználatban tapasztalható trendekről lásd a Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.2 és T1.2.5 alfejezeteit és az Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezetet.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

Az ellátórendszerben történt változásokkal kapcsolatos legfrissebb információk, az alapadatok között, a T1 alfejezetben kerülnek bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T4.1 EGYÉB ADATFORRÁSOK

Gyermekvédelmi szakellátásban élő lányok szerhasználata és ellátása (Kaló et al. 2017)

2017-ben konszenzuális kvalitatív vizsgálat készült a gyermekvédelmi szakellátásban lévő lányok szerhasználatairól, és az arra adott válaszokról. (A vizsgálat részletes módszertani leírását lásd a T5.2 alfejezetben.) A kutatás keretében 43 személlyel készült egyéni vagy fókuszcsoporthoz tartozó interjú, mindegyikük nő, és az interjú idején utógondozói ellátásban részesült. Az interjúalanyok 18 év felettek voltak, és legalább 2 évet töltöttek el kiskorúként gyermekvédelmi szakellátásban. Az interjú célja a kérdezettek és társaik szerhasználati szokásainak, szerhasználatuk hátterének és a szerhasználati problémáikra kapott válaszoknak a feltárása volt. Az ellátásban érintettek mellett 24 ellátásban dolgozó szakemberrel is adatfelvétel készült, ugyancsak egyéni vagy fókuszcsoporthoz tartozó interjú formájában, mely a lányok szerhasználati szokásai mellett az érintett intézmények által nyújtott válaszlépésekre is kitért. Emellett mindkét megkérdezett csoport esetében fókusz volt a beszélgetéseknek a nők és férfiak szerhasználatában és a problémáikra adott válaszlépésekben tapasztalható különbségek.

A szerhasználati szokások esetében a „lányokkal” készített interjúk alapján elmondható, hogy mind a legális (dohány, alkohol, gyógyszerek), mind az illegális (kábitószeres, új pszichoaktív szerek) anyagokkal kapcsolatba kerültek a lányok. Elmondásuk szerint a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a kannabisz és a biofű (szintetikus kannabinoidok) gyakoribb használata jellemezte a gyermekotthonban élő lányokat leginkább. A drágább szerek fogyasztása – a populáció szűkös anyagi lehetőségeiből adódóan – kevésbé volt jellemző körükben. A szakemberek elmondása ezt részben megerősítette. Szerintük kifejezetten az olcsóbb pszichoaktív szerek használata az elterjedt, melybe a dohányzás az energiatartalma és a biofű használata értendő bele elsősorban. Az alkohol és a klasszikus kábítószeres használata megítélésük szerint ritka, az anyagi korlátokból adódóan.

A szerhasználat okaiként a lányok és a tapasztalt szakemberek elsősorban a gyermekkorban átélt traumákat, krízishelyzeteket, párkapcsolati problémákat és intézményi abúzust (pl.: korai bekerülés, többszöri gondozási hely/forma váltás) hozták fel. A szakemberek szerint a szerhasználat jellemzően már a szakellátásba kerülést megelőzően fennáll, sokszor a korábbi környezet, család is szerhasználati problémákkal küzd (több-generációs szerhasználat). A szakemberek elmondása szerint a szerhasználat gyakran társul pszichés problémákhoz, és bűnelkövető magatartáshoz. Jelentős különbségek mutatkoznak a szakellátásban megtalálható intézményi szintek között. Egy átlagos

gyermekotthon kevésbé küzd a drogfogyasztásból származó nehézségekkel, míg a speciális gyermekotthonokban ezek a problémák jobban jelentkeznek.

A probléma észlelésével és az arra adott válaszokkal kapcsolatban a lányok úgy érzékelik, hogy az intézményekben nincs rendszerszintű válasz a szerhasználati problémákra. Elmondásuk szerint a szakemberhiányból és a kompetencia hiányából adódóan esetleges a probléma felismerése, jellemzőbb a tüneti kezelés, mely nagyrészt a mentő kihívásában merül ki mérgezéses tünetek esetén.

A képet árnyalták a szakemberekkel készült beszélgetések. Megítélésük szerint is korlátozottan rendelkeznek kompetenciákkal, dolgozóik nem felkészültek a segítő kapcsolatra egy droghasználóval. A speciális gyermekotthonokban alkalmazott szakemberek ugyanakkor jobban felkészültek a droghasználat kezelésére. A gyermekotthonok kapcsolatai külső ellátókkal esetlegesek, jellemzően a kollégák személyes kapcsolatain, szakmai beágyazottságán alapulnak.

A hosszabbtávú beavatkozásnak, válaszlépésnek elmondásuk szerint két mintázata jellemző. Az egyik a szankcionáló megközelítés, tehát valamilyen büntetés alkalmazása, aminek másodlagos célja a példastatuálás. Ez azonban a nevelők szerepére és viselkedésére is kihat, tovább erősítve a rendszert, és egyben távolítva a nevelő és gyermek közti kapcsolatot.

A másik egy odafordulóbb, támogató, empatikus megközelítés, amelynek korlátja a fent említett kompetencia hiány.

A droghasználat akut kezelésére a gyermekvédelmi szakellátáson belül kétféle gyakorlat körvonalazódott a szakemberekkel folytatott beszélgetések alapján. Az egyik esetben jellemző, hogy ha kábítószerrel találkozik a nevelő a gyermek környezetében, akkor rögtön mentőt és/vagy rendőrt hív. A másik pedig az, hogy nem hívnak rendőrt, felelősséget vállalnak a gyerekért, megpróbálják valamilyen segítségnyújtással megoldani a problémát. Ez azonban nagyobb felelősséget és frusztrációt ró a gyermekvédelmi ellátásban dolgozó szakemberekre.

A nemi különbségek kapcsán a vizsgálat egyik érdekes megállapítása, hogy a lányok esetében jellemzőbb, hogy az intézményen kívülről keresik a megerősítést, a kapcsolatot, így a szerhasználatuk is jellemzően az intézményen kívülre tehető, és elsősorban nem a sorstársakhoz köthető. Esetükben hangsúlyosabb a párkapcsolati hatás mind a szerhasználat kialakulásában, fejlődésében és a leállásban. Mindez növeli a lányok befolyásolhatóságát és kiszolgáltatottságát az intézményen kívüli szereplőknek, tényezőkné. A koedukált intézményekben dolgozó szakemberek úgy látták, hogy a fiúknál erősebb a sorstárs közösség, és a szerhasználat is inkább az intézményben lakó társakkal együtt történik. Ez a különbség a beavatkozások hatásosságára is kihatással van. Elmondásuk szerint a fiúk bevonása egyszerűbb az intézmény által nyújtott programokba, tevékenységekbe, míg a lányok motiválása nehezebb.

Mind a lányokkal, mind a szakemberekkel folytatott beszélgetésekben gyakran felmerült a szexmunka, és általában a szexualitás illetve a szerhasználat kapcsolata, mely részben visszacsatol a kiszolgáltatottság és párkapcsolat témaköröihez.

Emellett még fontos megemlíteni az anyaságot, mely gyakran fiatalon bekövetkezik a vizsgált csoportban. A teherbe esést gyakran követi változás a szerhasználat alakulásában, mert a gyermekért jellemzően hajlandóak nagyobb áldozatot hozni, mint önmagukért.

Fontos témakör volt a kimenők és a szökések szerepe a probléma fennmaradásában és kezelésében. Mindkét megkérdezett csoport úgy vélte, hogy szoros a kapcsolat a súlyosabb szerhasználat, a szexmunka és a szökésben töltött idő között. A szökések kezelésére az intézményeknek korlátozottak az eszközeik, ugyanakkor a kint, az intézményi kontrollon kívül töltött időben különösen veszélyeztetettek a lányok (mind szerhasználat, mind áldozattá válás szempontjából). A szakemberek beszámolója szerint jellemző, hogy a kimenőn töltött idő is károsan hat a szerhasználat alakulására, mivel a lányok ilyenkor visszakerülhetnek a

kiemelést indokló, traumatizáló, abuzáló környezetbe, illetve a szerhasználatban érintett családba.

A család szerepe nem csak a kimenők kapcsán jelent meg a beszélgetésekben, hanem a nevelők és a lányok közti viszony befolyásolójaként is, mely – úgy tűnt az elbeszélésekből – a fiúk esetében kevésbé hangsúlyos.

A vizsgálat a következő szükséges beavatkozásokat azonosította a védelemben vett lányok szerhasználatának megelőzése, kezelése és társadalomba történő hatékonyabb integrációja érdekében:

- A gyermekvédelmi rendszer alapellátásának megerősítése: addiktológiai problémák kezeléséhez értő szakemberek alkalmazása, intenzív családmegtartó szolgáltatások beépítése az alapellátás munkájába.
- A speciális szükségletű gyermekek intézményeinek megerősítése, a struktúra és elhelyezési forma megváltoztatásának (gyereketthon helyett nevelőszülők) felülvizsgálata.
- Statisztikai adatok gyűjtése megyei szinten a droghasználattal összefüggő jelenségekről (rosszullét, gyógyszeres kezelés, mentő, rendőr értesítése, stb.).
- Az utógondozás megerősítése, elérhetővé tétele a droghasználó vagy más problémákkal küzdő lányok esetében is.
- Szakmaközi együttműködések erősítése: rendszeres tapasztalatcsere a fiatalokkal foglalkozó addiktológiai intézmények és a gyermekvédelmi szakellátás munkatársai között.
- Addiktológiai és pszichiátriai ismereteket és gyakorlati eszközöket nyújtó képzések az otthonok munkatársai, valamint a nevelőszülők számára.
- Rendszeres szupervízió és team biztosítása a szakellátásban a lányokkal közvetlenül dolgozó szakemberek számára.
- Intézményi drogstratégiák kialakítása, belső szabályok kialakítása és egyértelművé tétele.
- Lépcsőzetes addiktológiai ellátórendszer bővítése és elérhetővé tétele a vidéki településen élők számára is.
- A droghasználó lányokkal foglalkozó szakemberek képzése a gender érzékeny módszerekre mind a szakellátás, mind az addiktológiai ellátás keretei között pl. a későbbi droghasználatot kiváltó kodependencia kezelése.
- A traumaterápiákkal történő megismerkedés támogatása, széleskörűen elérhetővé tétele.

T5. FORRÁSOK ÉS MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

Csák, R. (2012): A 2011-ben tapasztalt új jelenségek a különböző típusú szolgáltatók megkérdezése alapján. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Egészségügyi Közlöny (2017): Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről. 2017. 4. szám, 1120. o. Elérhető: http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2485/fajlok/EEMI_szakmai_iranyelve_a_pre_peri.pdf

EMCDDA (2000): Treatment demand indicator, standard protocol 2.0. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html> (utolsó elérés: 2015.06.04.)

EMMI (2018a): Az EMMI Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztályának beszámolója a 2018-as EMCDDA Jelentéshez

Global Drug Survey (2014): Global Drug Survey 2014 findings. <http://www.globaldrugsurvey.com/facts-figures/the-global-drug-survey-2014-findings/> (utolsó elérés: 2015.06.25.)

Berényi, A., Batizi, I., Tóth, B. A., Holb, G. (2017): Gyermek- és fiatalkorúak addiktológiai ellátásának az Emberi Erőforrások Minisztériuma által támogatott monitorozása. Forrás Lelki Segítők Egyesülete. 2017. Kézirat.

Horváth, G. Cs., Péterfi, A., Tarján, A. (2011): A kábítószer-fogyasztással kapcsolatos új jelenségek 2010-ben az ellátóhelyek tapasztalatai alapján. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Kaló Zs., Rácz A., Szécsi J., Hegedűs J. (2017): „Mi lesz a lányokkal?” Gyermekvédelmi szakellátásba kerülő lányok szerhasználati mintázata és kezelésbe kerülésének jellemzői. Szakmai beszámoló. Akut Alapítvány. 2017. Kézirat.

Péterfi A. (2015): Kezelőhely vizsgálat 2015. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Péterfi A., Major M., Dunay M. (2016): Drogterápiás intézetek vizsgálata 2015. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Topolánszky, Á., Felvinczi, K., Paksi, B., Arnold, P. (2009): 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.

T5.2 MÓDSZERTAN

Drogterápiás intézetek vizsgálata 2015: A Nemzeti Drog Fókuszpont 2015 novemberében vizsgálatot készített a drogterápiás intézetek körében (Péterfi et al. 2016). A kérdőív az EMCDDA által kifejlesztett European Facility Survey Questionnaire (Európai Ellátóhely Vizsgálati Kérdőív) módszertanán és kérdéssorán alapult. Ezt a kutatók módosították a magyarországi viszonyoknak és a kutatási célcsoportnak megfelelően. A kérdőív felvétele önkitöltős módszerrel történt, online eszköz segítségével. A kitöltésre a rehabilitációs programok vezetőit kérték fel. A kérdőív célja a hazai ellátórendszer, ezen belül a drogterápiás intézetek feltérképezése volt, összesen 40 kérdés segítségével. Az adminisztratív információkat követően az intézményről (anyaintézmény jellemzői, terápiás kezelőegység kapacitása), a célcsoportról (kliensek száma, jellemzői, szolgáltatás igénybevételének feltételei), a személyi állományról és minőségbiztosításról, valamint a nyújtott szolgáltatásokról (terápiás program, párhuzamos egészségügyi ellátások, várólista, együttműködések, célcsoport változásai) szerepeltek kérdések a kérdőívben. A lekérdezett adatok egy része a 2014-es év egészére, másik része a kitöltés napján fennálló pillanatnyi helyzetre vonatkozott. Az eredmények részletes ismertetését lásd a 2016-os Éves Jelentés Kezelés fejezet T4. alfejezetében.

A gyermek- és ifjúság-addiktológiai rehabilitációs intézetek működésének tapasztalatai (Berényi et al. 2017): 2016-ban vizsgálat készült 3 hazai gyermek- és ifjúság-addiktológiai rehabilitációs intézet működésének és működési szükségleteinek feltérképezésére. A vizsgálat mindhárom intézmény esetében dokumentumelemzésből (szakmai program, és egyéb szakmai dokumentáció), az ellátottakkal készített interjúkból (5 interjú

intézményenként), az intézmény vezetőjével készített interjúból, illetve fókuszcsoportos beszélgetésekből állt, melyben az intézményben dolgozó szakmai team és az együttműködő partnerek vettek részt.

Gyermekvédelmi szakellátásban élő lányok szerhasználata és ellátása (Kaló et al. 2017): 2017-ben konszenzuális kvalitatív vizsgálat készült a gyermekvédelmi szakellátásban lévő lányok szerhasználatairól, és az arra adott válaszokról. A vizsgálat az EMMI támogatásával, a KAB-KT-16-25624 számú nyertes pályázataként került megvalósítására. A projekt részeként készült egy információs adattár a hazai gyermekvédelmi szakellátást nyújtó intézményekről; elkészült egy szakirodalmi összefoglaló tanulmány a szerhasználattal kapcsolatos nemzeti különbségekről, lezajlott egy kutatás a gyermekvédelmi szakellátásban gondozottak és a szakellátásban dolgozó szakemberek körében; készült egy leírás – egy dokumentumelemzés eredményeként – a hazai gyermekvédelmi szakellátás intézményrendszeréről; és összeállításra került egy mérőeszköz a lányok/ fiatal felnőtt nők szerhasználati szokásainak, mintázatainak, kezelésbe kerülésének és ellátási lehetőségeinek felmérésére a hazai gyermekvédelmi szakellátást nyújtó intézményekben.

A kutatás keretében gondozottakkal és a gyermekvédelmi szakellátásban dolgozókkal és ahhoz kapcsolódó szakemberekkel készült egyéni vagy fókuszcsoportos interjú. A gondozottak és a szakemberek budapesti, Veszprém és Baranya megyei ellátóktól kerültek ki. Az interjúk 2017. március és augusztus közti időszakban készültek. A kutatás megtervezése, lebonyolítása és az adatok elemzése a konszenzuális kvalitatív kutatás (Consensual Qualitative Research) szabályai szerint történt. Az egyéni, félig strukturált interjúk és a fókuszcsoportok vezérfonala tematikailag megegyezett az egyes vizsgálati csoportokon belül. Összesen 43 gondozottal készült egyéni vagy fókuszcsoportos interjú, mindegyikük nő, és az interjú idején utógondozói ellátásban részesült. Az interjúalanyok 18 év felettiak voltak, és legalább 2 évet töltöttek el kiskorúként gyermekvédelmi szakellátásban, a szerhasználatban való érintettség nem volt bekerülési feltétel. Az interjú célja a kérdezettek és társaik szerhasználati szokásainak, szerhasználatuk hátterének és a szerhasználati problémáikra kapott válaszoknak a feltárása volt. Az ellátásban érintettek mellett 24 ellátásban dolgozó szakemberrel is adatfelvétel készült, ugyancsak egyéni vagy fókuszcsoportos interjú formájában, mely a lányok szerhasználati szokásai mellett az érintett intézmények által nyújtott válaszlépésekre is kitért.

Kezelőhely vizsgálat 2015: A Nemzeti Drog Fókuszpont 2015 május-júniusában vizsgálatot készített a nagy kliensszámot jelentő kábítószer-használók ellátásával foglalkozó szolgáltatók körében (Péterfi 2015). A vizsgálat célja a hazai kábítószer-használatot célzó egészségügyi és szociális ellátás feltérképezése: a kezelési paletta, a kapacitások, a kezelőhelyek működési körülményei, az intézményi kapcsolódások valamint az ellátott populáció főbb jellemzőinek megismerése. A vizsgálatba a 2014-ben a TDI adatgyűjtésbe a 30 legnagyobb esetszámot jelentő szolgáltató került bele. A 30 szolgáltatóból 28 töltötte ki az online kérdőívet, mely az EMCDDA által kifejlesztett European Facility Survey Questionnaire (Európai Ellátóhely Vizsgálati Kérdőív) kérdéssorán alapult. Az eredmények részletes ismertetését lásd a 2016-os Éves Jelentés Kezelés fejezet T4. alfejezetében.

Szubsztitúciós adatgyűjtés 2016: A szubsztitúciós adatgyűjtést az Országos Addiktológiai Centrum koordinálja, az adatokat a Nemzeti Drog Fókuszpont dolgozza fel és elemzi. Az adatok jelentése önkéntes. A helyettesítő kezelést szolgáltatók havi beszámolót küldenek az OAC felé, melyeket a Nemzeti Drog Fókuszpont összesít és elemez. Az éves statisztikában minden kliens csak egyszer jelenik meg (az adott év utolsó jelentése alapján). Az utolsó ilyen adatgyűjtés 2016-ban történt, a 2015-ben ellátottakról.

TDI adatgyűjtés 2018: A TDI (Treatment Demand Indicator – Kezelési Igény Indikátor) adatgyűjtést 2017 áprilisáig az Országos Addiktológiai Centrum koordinálta, az adatokat a Nemzeti Drog Fókuszpont dolgozta fel és elemezte. A TDI-be a 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet alapján minden kábítószer-használó kezelésbe vételéről jelentenie kell a hazai

szolgáltatóknak. Az adatgyűjtési kérdőív a TDI 2.0 protokoll (EMCDDA 2000) iránymutatásait követve került kidolgozásra. Az adatgyűjtés anonimizált azonosítók segítségével történik, így az éves statisztikákból kiszűrhetők a duplikációk – vagyis egy személy évente csak egyszer jelenik meg az adatokban. A hazai alkalmazásban a beutalás eredete kérdésre „Bíróság/feltételes szabadlábra helyezés/rendőrség” választ adókat tekintjük elterelteknek (büntetőeljárás elkerülése érdekében kezelést kezdőknek). További részletekért lásd a protokollt (EMCDDA 2000).

EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEK ÉS ÁRTALOMCSÖKKENTÉS⁷⁰

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

Egészségügyi következmények - áttekintés

A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás tekintetében Magyarországon évente mintegy 20-30 közvetlen túladagolós haláleset történt az elmúlt 10 évben. 2010 előtt a halálesetek számának évenkénti változása mögött elsősorban az utcai heroin tisztaságának változása állt. A heroin hozzáférhetőségének 2010-es drasztikus visszaesésével az e szerhez köthető halálesetek száma is lecsökkent. A csökkenő tendenciát 2011 után az új pszichoaktív szerekhez köthető halálesetek számának emelkedése ellensúlyozta 2012-ben és 2013-ban. 2014-ben némileg növekedett az opiátokhoz köthető esetek száma. A szerstruktúrában bekövetkezett elmozdulás összességében nem okozott változást a halálesetek számában 2015-ben, azonban 2016-ben majd 2017-ben is újra növekedés volt tapasztalható.

A sürgősségi, klinikai toxikológiai ellátásról részletes statisztikai adatokkal nem rendelkezünk. Anekdotikus információk azonban 2016 és 2017 vonatkozásában is a szintetikus kannabinoidok használatával összefüggő ellátási események magas számáról tesznek említést.

A kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek esetében a 2006 óta folyó országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatok során 2014-ben azonosítottak először HIV-fertőzötteket a vizsgálatba bevont személyek között (2 fő, 0,3%). 2015-ben 1 fő (0,2%) esetében diagnosztizáltak HIV-fertőzést. A hepatitis C vírus prevalenciájának országos átlaga 25% körül alakult az intravénás szerhasználók körében 2011-ig, azonban 2014-ben a fertőzöttség mértéke 48,7%-nak bizonyult, amely kétszerese az előző években mért országos HCV prevalencia értéknek. 2015-ben az előző évihez hasonló 49,7%-os HCV prevalenciát mértek az országos vizsgálat során. Az új pszichoaktív szerek nagymértékű térnyerése előtt a HCV prevalenciája rendre az opiátinjektálók körében volt szignifikánsan magasabb. Ez azonban átfordult: 2011-ben az elsődlegesen amfetamint és designer stimulánsokat injektálók körében találtak magasabb HCV prevalenciát, miközben az összesített, országos prevalencia érték nem változott. 2014-ben mind az opiát- mind a stimulánsinjektálók körében megkétszereződött a hepatitis C vírus előfordulási gyakorisága. Kutatási adatok alapján a HCV prevalencia duplázódásának hátterében azonosítható a magasabb kockázatokkal járó ÚPSZ-injektálás nagyfokú térnyerése, illetve a tűcsere programok hozzáférhetőségének visszaesése a vizsgált időszakban. 2015-ben a 2014-es értékekhez hasonlóan alakult a fertőzöttségi arány szertípus szerinti bontásban. A 2015-ös adatok trendelemzése során fontos figyelembe venni a szűrővizsgálati helyszínek változásaiból származó korlátokat. (lásd: T.1.3.6).

Ártalomcsökkentés – áttekintés

A válaszlépések terén a tűcsere programok esetében 2011-ben az előző évekhez képest ugrásszerűen megnőtt a kiosztott fecskendők száma, amelynek hátterében a klasszikus kábítószerekhez képest jóval gyakrabban injektált új pszichoaktív szerek 2010-ben kezdődő térnyerése áll. A 2011-ig tartó növekvő trendet a rendelkezésre álló források csökkenése törte meg 2012-ben, amikor az új szerhasználati mintázatok miatti növekvő fecskendő-igény ellenére 220 ezerrel kevesebb injektort osztottak ki a szervezetek. Bár az egyedi minisztériumi támogatásoknak köszönhetően enyhén növekedett 2014-ig a kiosztott fecskendők száma, továbbra is jóval alatta maradt a 2011-ben mért adatoknak. A kiosztott

⁷⁰ A fejezet szerzői: Horváth Gergely, Tarján Anna

fecskendők számának változásaival ellentétben a túcsere programokban megjelent kliensek száma, illetve a kontaktok száma meredek emelkedést mutatott 2012 után. Feltehető, hogy az egy alkalommal kiadható steril fecskendők számának korlátozását a klienskör nagyobb számú megjelenéssel, továbbá új, túcsere programba nem járó intravénás szerhasználók bevonásával is kompenzálta. A két legnagyobb budapesti túcsere program bezárása következtében 2015-ben jelentősen tovább csökkent a hazai túcsereprogramok fecskendő és kliensforgalma. A csökkenő tendencia 2016-ban és 2017-ben mérsékeltebben, de folytatódott, amely főként további programok megszűnésének, a fővárosi szervezeteknél megfigyelhető kapacitáshiánynak és az intravénás szerhasználók szerhasználati mintázatában bekövetkezett változásnak (rejtőzködőbb intravénás szerhasználat a fokozódó rendőri jelenlét miatt; növekvő szintetikus kannabinoid használat; az injektálható szerek esetében a fóliázás terjedése) tudható be.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 KÁBITÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK

T1.1.1 Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek

Közvetlen túladagolás okozta halálesetek

2017-ben 33 kábítószer-használattal közvetlenül összefüggő halálesetet jelentettek a speciális halálozási regiszterbe így az elmúlt évek azonosított esetszámait tekintve 2017-ben magasabb esetszámú évről beszélhetünk (2016: 29; 2015: 25; 2014: 23;)⁷¹. A 33 halálesetből 1 esetben volt nő az elhunyt.

Az öngyilkossági szándékot egyértelműen bizonyító körülményre a 2017-es esetek vonatkozásában nem derült fény.

14. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2017-ben (fő)*

	férfi	nő	összesen
opiát és egyéb szer okozta mérgezés ⁷²	9	0	9
metadon (egyéb kábítószer nélkül) okozta túladagolás/mérgezés ⁷³	1	0	1
egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	11	1	12
egyéb szer okozta mérgezés ⁷⁴	11	0	11
összesen	32	1	33

Forrás: NFP 2018

A túladagolós esetek körében a férfiak átlagéletkora 31,2 év, együttesen pedig 31,3 év volt. Az opiátokhoz köthető halálesetekben az átlagéletkor 32,9 év, a nem opiát típusú kábítószerhez köthető esetekben 32,7 év volt. Ennél némileg fiatalabbak az egyéb (új pszichoaktív) szerekhez köthető esetek (átlagéletkor: 29,7 év).

10 eset (30,3%) a 30-34 évesek, és 9 eset (27,3%) a 25-29 évesek csoportjába tartozott. 40 év felett összesen 4 haláleset történt. Az alacsony elemszámok miatt csak kellő óvatosság mellett jelenthető ki, de az elhunytak átlagéletkorában csökkenés tapasztalható – feltehetőleg az új pszichoaktív szerek növekvő részesedésével összefüggésben.

⁷¹ A tramadolhoz köthető esetek kizárásra kerültek.

⁷² Opiát bomlástermék (morfin) mellett más szerek előfordulhatnak, beleértve a metadont is, de a kizárólag metadonhoz köthető esetek kizárásra kerültek.

⁷³ Alkohol és/vagy benzodiazepinek előfordulása mellett.

⁷⁴ Kábítószernek nem minősülő pszichoaktív anyag, gyógyászati készítmények kizárása mellett.

15. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek korcsoportok szerinti megoszlása 2017-ben (f; N=33)

	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	>=60	összesen
opiát okozta túladagolás/mérgezés (metadon és más szer nélkül)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
opiát és egyéb szer okozta túladagolás/mérgezés	0	0	4	2	2	0	0	0	1	0	9
metadon okozta túladagolás/mérgezés	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	0	1	3	4	2	1	1	0	0	0	12
egyéb szer okozta mérgezés	2	1	2	4	1	0	1	0	0	0	11
összesen	3	2	9	10	5	1	2	0	1	0	33

Forrás: NFP 2018

A 33 halálesetből 14 személy (37%) – közöttük egy női eset – budapesti lakos volt. Három esetben volt az elhunyt hajléktalan, egy esetben pedig külföldi személy, EU tagállam állampolgára.

Kábítószer-fogyasztással közvetetten kapcsolatba hozható halálesetek

2017-ben 46 kábítószer-fogyasztással közvetetten összefüggő halálesetről érkezett bejelentés a halálozási regiszterbe. Az elhunytak között 42 férfi és 4 nő volt.

Az esetek közül 7 természetes okra visszavezethető, korábbi kábítószer-fogyasztással összefüggő haláleset volt. 1 esetben történt életellenes cselekmény kábítószerrel (mérgezés), 3 öngyilkosság esetében mutattak ki az elhunytak biológiai mintáiban kábítószernek minősülő, orvosi fentanilt. 35 további esetben jelentettek erőszakos halálesetet, amelyben az áldozat toxikológiai mintája pozitívnak bizonyult, ezek döntő többsége öngyilkosság, néhány esetben (közlekedési) baleset volt.

T1.1.2 Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek toxikológiai adatai

Túladagolós halálesetek toxikológiai adatai

Kizárólag heroinhasználathoz köthető haláleset 2017-ben sem történt. Opiát és más kábítószerek együttes használata 9 esetben volt végzetes kimenetelű. Az opiátokhoz köthető esetek minden esetben polidroghasználatra vezethetők vissza, jellemzően 3-4 más szer is kimutatható volt az elhunytak biológiai mintáiban. A gyakoribb ilyen szerek az opiát helyettesítő kezelésben használt metadon valamint a kodein voltak.

Egy esetben állapított meg halálos mérgezést az igazságügyi orvosszakértő kizárólag metadon miatt, és további négy esetben más egyéb pszichoaktív szer is kimutatható volt a szubsztitúciós szer mellett.

Egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés 12 esetben fordult elő (2016: 20). Ezen kategóriában a leggyakrabban előforduló hatóanyagok az amfetamin (5 esetben), ecstasy bomlástermék (4 eset), szintetikus katinonok (4 eset), a kokain (4 eset) és a szintetikus kannabinoidok (2) voltak. A nem opiát típusú kábítószerek kategóriájába sorolódnak a jogilag kábítószernek (pszichotróp anyagnak) minősülő új pszichoaktív anyagok is.

11 eset (33,3%) ún. „egyéb szerek okozta” mérgezésnek minősül, ami a halálozás idején nem kábítószernek minősülő új pszichoaktív anyagot takar, jellemzően szintetikus kannabinoid és katinonszármazék együttes használatát.

Új pszichoaktív szerek – jogi státuszuktól függetlenül – összesen 14 (42,5%) esetben kerültek kimutatásra (2016: 45%). Leggyakoribb ilyen szer az etil-hexedron és az ADB-FUBINACA voltak; előfordult még: 5F-ADB, Cumyl-PeGaClone, 5F-MDB-Pinaca, AMB-Fubinaca és 4-CEC is.

33 esetből 28-ban készült véralkohol vizsgálat, mely 11 esetben bizonyult pozitívnak. Tűszúrás nyomot 15 esetben találtak az igazságügyi orvosszakértők.

16. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2017-ben*⁷⁵

	Összesen
opiát okozta túladagolás/mérgezés (metadon és más szer nélkül)	0
opiát és egyéb szer okozta túladagolás/mérgezés	9
metadon okozta túladagolás/mérgezés ⁷⁶	1
egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	12
egyéb szer okozta mérgezés	11
összesen	33

Forrás: NFP 2018

T.1.1.4. A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek tendenciái

A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek az új pszichoaktív anyagok 2010-es megjelenése előtt jellemzően opiáthasználathoz, azon belül is heroinfogyasztáshoz voltak köthetők. A halálesetek számának évenkénti változása mögött elsősorban az utcai heroin tisztaságának változása állt. A heroin hozzáférhetőségének 2010-es drasztikus visszaesésével párhuzamosan az e szerhez köthető halálesetek száma is lecsökkent. 2010 óta lassú emelkedést mutatott ugyanakkor a metadonhoz köthető halálesetek száma. A metadon 2017-ben is jelen volt az elhunytak mintáiban, jellemzően más opiátok mellett.

2012 óta az új pszichoaktív szerek használata az elhunytak mintáiban is igazolódott. Kezdetben a mepredon, később az MDPV, a pentedron és a 4-MEC játszott szerepet több halálesetben is. Egyes, különösen veszélyes új pszichoaktív anyagok megjelenéséhez alkalmanként több haláleset is köthető volt: 2012-ben az 5-API, 2013-ban a 4,4'-dimetilaminorex (4,4'-DMAR) fogyasztása vezetett több ember halálához. 2014-ben nem volt olyan különösen veszélyes új pszichoaktív anyag, amely több ember halálát okozta volna, jellemzően az α -PVP és szintetikus kannabinoidok voltak kimutathatók. 2015-ben a pentedron és az α -PVP mellett az α -PHP jelent meg több esetben a mintákban, míg szintetikus kannabinoidok nem voltak kimutathatók.

2016-ban az etil-hexedron volt a legnagyobb esetszámban (5) kimutatott ÚPSZ, de a pentedron (3) és az α -PVP (4) is több esetben azonosítható volt. Szintetikus kannabinoidok közül az AMB-Fubinaca volt 2 esetben kimutatható, a további 8 szintetikus kannabinoid mindössze 1-1 alkalommal került kimutatásra (olykor többben is egy mintán belül).

2017-ben 5 esetben is kimutatható volt kokain vagy annak bomlásterméke, leggyakrabban (33-ból 13 esetben) valamilyen új szintetikus kannabinoid játszott szerepet, gyakori volt még (6 eset) az etil-hexedrone, hasonlóan a 2016-os évhez.

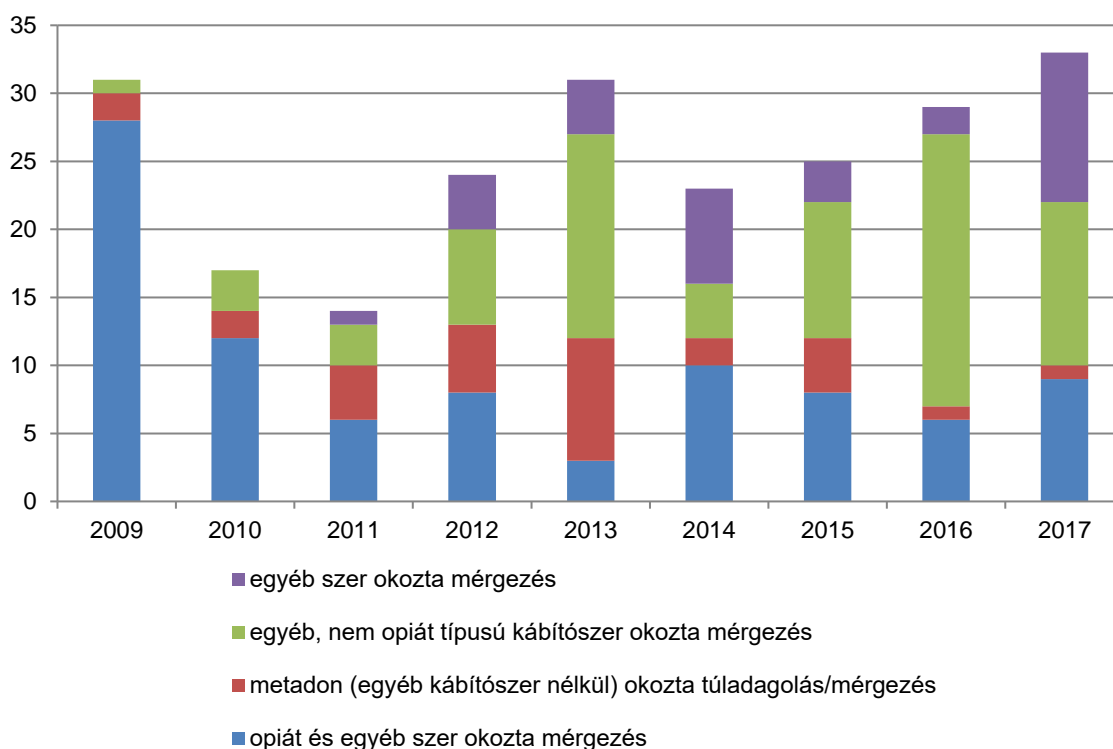
⁷⁵ Special register Selection D.

⁷⁶ Alkohol és/vagy benzodiazepinek előfordulása mellett.

Az új pszichoaktív anyagok haláloki szerepe a polidroghasználat és a korlátozott farmakológiai ismeretek miatt nem határozható meg egyértelműen. Az elhunytak szerhasználati mintázatára jellemző az intravénás szerhasználat és a polidroghasználat, a biológiai mintákban gyakran több kábítószer mellett metadon ill. valamilyen benzodiazepin is kimutatható volt, továbbá sok esetben szerepet játszott az alkohol is.

Összességében a heroin visszaszorulásával magyarázható csökkenő tendenciát 2011 után az új pszichoaktív szerekhez köthető halálesetek számának emelkedése ellensúlyozta 2012-ben és 2013-ban. 2014-ben némileg növekedett az opiátokhoz, elsősorban a heroinhoz köthető halálesetek száma. 2016 után megemelkedett az egyéb, nem opiát típusú kábítószerhez (köztük pszichotróp anyagként szabályozott új pszichoaktív anyagokhoz) köthető halálesetek száma.

35. ábra. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása szertípusok szerint 2009-2017 között (fő)



NFP 2018

T1.2 KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ MÉRGEZÉSEK

A kábítószer-fogyasztással összefüggő nem halálos kimenetelű mérgezésekről szisztematikus, rendszerszintű adatgyűjtés nem érhető el Magyarországon.

T1.3 KÁBITÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

T1.3.1 A legfőbb kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek – HIV, HBV, HCV

Bejelentett esetek

2017-ben Magyarországon összesen 223 újonnan diagnosztizált HIV-pozitív esetet jelentettek be, az incidencia 22 eset/1 millió lakos értéknek felelt meg. A regisztrált HIV-fertőzöttek mintegy 60%-ánál volt ismert a fertőződés módja. Az ismert rizikócsoportba tartozó HIV-fertőzöttek és AIDS betegek közül egy személy tartozott az intravénás szerhasználók rizikócsoportjába. (Szóbeli közlés Dudás 2018).

17. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása 2012-2017 között (fő)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
homo/biszexuális	146	160	171	133	117	110
heteroszexuális	23	24	28	21	28	22
hemofiliás	0	0	0	0	0	0
transzfúziós recipiens	1*	0	0	0	0	0
intravénás szerhasználó	0	1*	1	2	3	1*
nosocomiális	0	0	0	0	0	0
maternalis	1	1	1	2	1	2
ismeretlen	48	54	70	113	79	88
összesen	219	240	271	271	228	223

* Importált esetek

Forrás: EMMI, Kórházhigiénés és Járványügyi Felügyeleti Főosztály (Szóbeli közlés Dudás 2018)

2017-ben 42 akut hepatitis B megbetegedést jelentettek be, az incidencia 0,4‰ volt. 5 főnél volt ismert a fertőződés módja, akik közül két 35 évesnél idősebb férfi volt intravénás szerhasználó.

2017-ben 11 heveny hepatitis C megbetegedést jelentettek, az incidencia 0,1‰-nak bizonyult. A 11 beteg közül háromnál volt ismert a fertőződés módja, közülük egy 25 évesnél fiatalabb nő, és kettő 25-34 év közötti férfi fertőződött intravénás szerhasználat révén. (Szóbeli közlés Dudás 2018).

HIV/HBV/HCV prevalencia az intravénás szerhasználók körében

Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat eredményei (2015)

Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat (Dudás et al. 2015) során 596 mintát adó személy közül 452 (76%) volt férfi és 144 (24%) volt nő. A három korcsoport közül (<25, 25-34, 34<) a 34 évesek adták a vizsgálatban résztvevők 49%-át, a 25-34 év közötti korcsoportba tartozók a 39%-át, a 25 évnél fiatalabbak alkották a legkisebb csoportot (12%). Szerhasználati jellemzőiket lásd: Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.1 alfejezet és Kábítószeres/Heroin és egyéb opiátok fejezet T1.2.1 alfejezet.

HIV

A 2015. évi országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat alapján az 596 vizsgált személy közül egy férfi (0,2%) bizonyult HIV-pozitívnak. A férfi a 25-34 évesek közül került ki, az elmúlt négy hétben is injektált, elsődlegesen injektált szere a „kristály” volt.

HBV

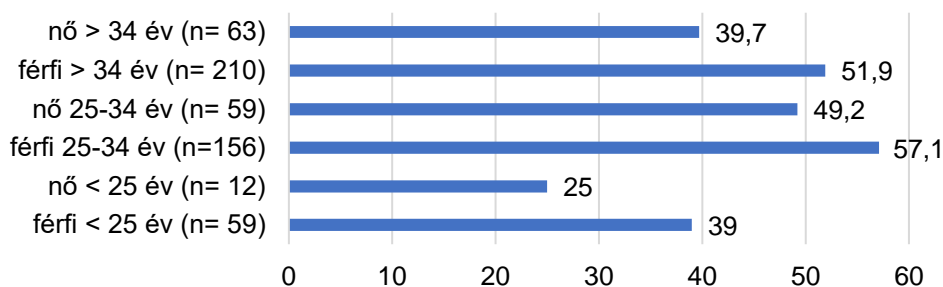
A 2015. évi országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat alapján az 596 vizsgált személy közül 13 fő esetében (2,2%) mutattak ki hepatitis B felületi antigént. A 13 személy közül 12 fő egyben HCV fertőzött is volt, 1 fő esetében pedig kétes eredményt adott a HCV ellenanyag vizsgálat.

HCV

A HCV-re irányuló laboratóriumi vizsgálatok 559 esetben mutattak egyértelmű eredményt (lásd: T1.6.2 alfejezet). Ezek közül 278 személynél (49,7%) mutattak ki hepatitis C vírus elleni ellenanyagot. Azon szerhasználók között, akik 4 héten belül injektáltak utoljára (365 fő), 60,3% volt a HCV ellenanyag pozitív személyek aránya.

A férfiak és a nők HCV fertőzöttségében (52,0% és 42,5%) az eltérés nem volt szignifikáns. A 25-34 év közötti férfiak, illetve a 34 évnél idősebb férfiak HCV prevalencia értékei haladták meg az átlagos prevalencia értéket. Emellett fontos megemlíteni, hogy a fiatal, 25 év alatti férfiak körében is 39% volt a HCV prevalencia.

36. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) nem és korcsoport szerinti bontásban, 2015-ben



Forrás: Dudás et al. 2015

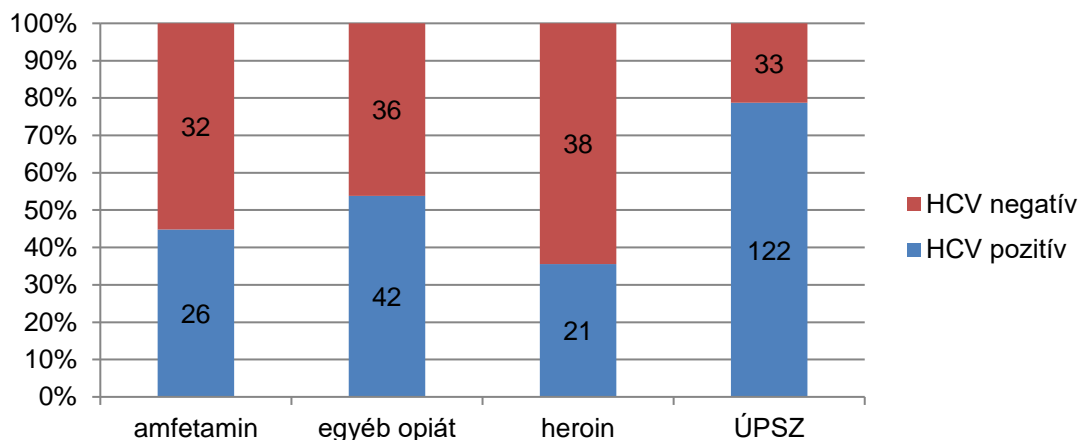
Az országos átlagnál szignifikánsan magasabb fertőzöttséget mértek az 5-9 éve (59,3%) és a több mint 9 éve (52,2%) injektálók körében. A kevesebb mint 2 éve injektálók között 31%-os volt a HCV pozitívítási arány, a 2-4 éve injektálók körében 47,5%.

Az elsődlegesen nem opiátokat⁷⁷ injektálók körében 56,8%-os volt az átfertőzöttség, míg az opiátinjektálók körében ugyanez az érték 39,5% volt.

Kiválasztva a vizsgált személyek közül az aktív intravénás szerhasználókat – azaz akik a kérdőív felvételét megelőző négy hétben is injektáltak, tehát a leginkább kitétek a vírus akvirálásának és átadásának – látható, hogy a fertőzöttség az ÚPSZ-injektálók körében volt a legmagasabb (78,7%). Szerhasználati jellemzőiket lásd: Kábítószeres/Heroin és egyéb opiátok fejezet T.1.2.5 alfejezet és Kábítószeres/Heroin és egyéb opiátok fejezet T.1.2.5 alfejezet.

⁷⁷ nem opiátok: új pszichoaktív szerek (kristály, MDPV, mefedron, bió, egyéb desginer, zene), metamfetamin, amfetamin, MDMA, kokain, egyéb, LSD.

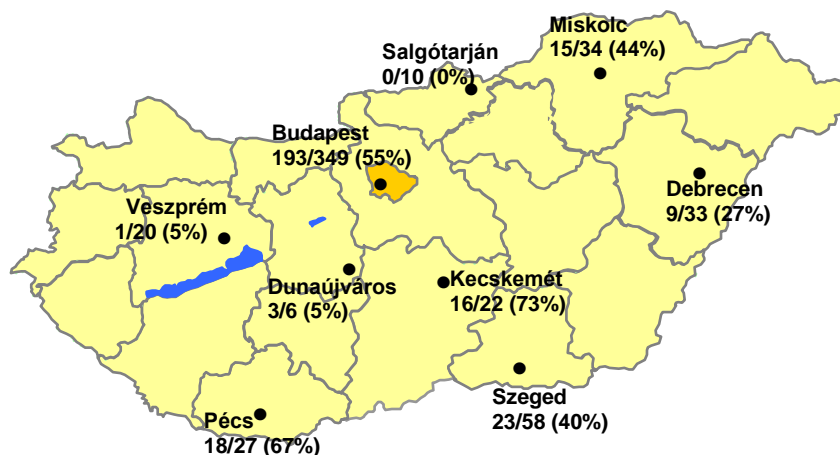
37. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2015-ben



Forrás: Dudás et al. 2015, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Területi megoszlás szerint a fővárosból érkezett 349 mintából 193 bizonyult hepatitis C pozitívnek, amely 55,3%-os átfertőzöttséget jelent. Ezzel szemben a vidékről érkezett minták 40,5%-ánál diagnosztizáltak hepatitis C pozitivitást (85 minta a 210-ből). Vidéken Kecskeméten (72,7%) és Pécsen (66,7%) volt a legmagasabb a HCV-fertőzött kliensek aránya.

1. térkép. A HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya városonként, 2015-ben



adatforrás: Dudás et al. 2015, térkép: Nemzeti Drog Fókuszpont

Trendek: HIV/ HCV prevalencia az intravénás szerhasználók körében

HIV

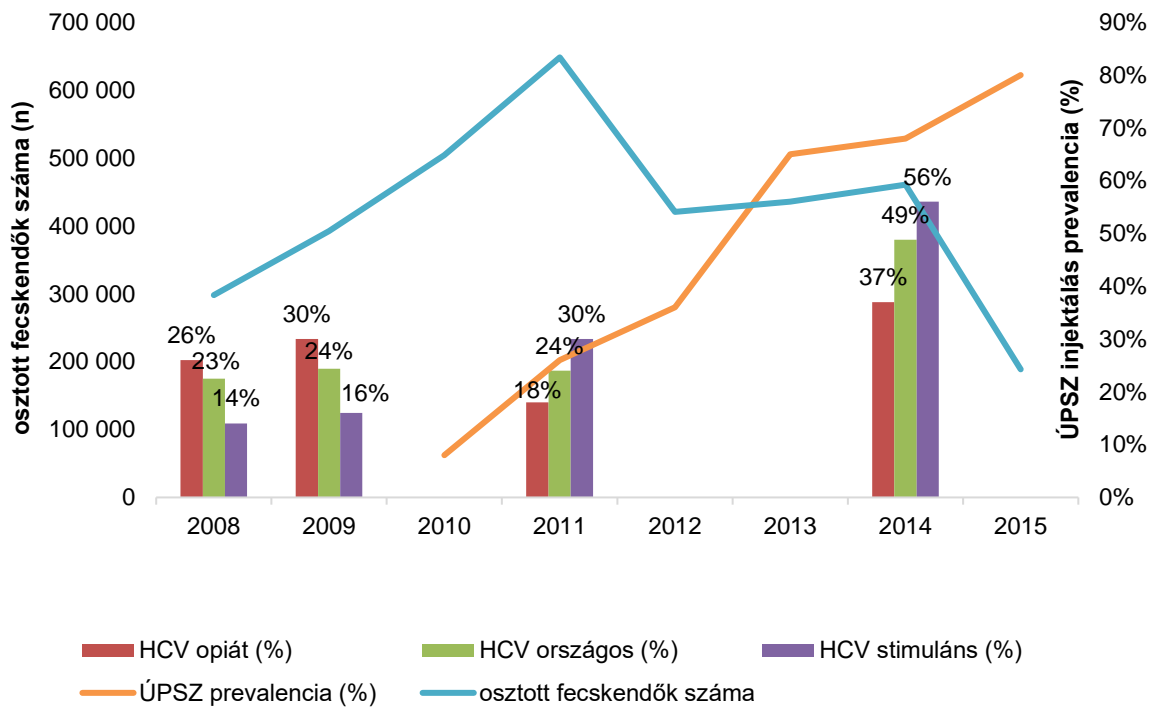
A 2006 óta intravénás szerhasználók körében végzett országos HIV/ HBV/ HCV prevalencia vizsgálatok során 2014-ben azonosítottak először HIV-fertőzötteket a vizsgálatba bevont személyek között (2 fő; 0,3%), míg 2015-ben 1 fő esetében diagnosztizáltak HIV-pozitivitást (0,2%). A fertőzött személy a generált kód (lásd: T5.1.) alapján egyike a 2014. évi vizsgálatban kiszűrteknek.

HCV

Az elsődlegesen injektált szerek tekintetében 2010-től átrendeződés volt megfigyelhető az intravénás szerhasználó populációban: évről évre magasabb lett a stimulánsokat, elsősorban új pszichoaktív szereket injektálók aránya. (További szerhasználati jellemzőket lásd: Kábítószeres/ Stimulánsok fejezet T1.2.5 alfejezet.) A HIV/ HBV/ HCV prevalencia vizsgálat adatai szerint 2011 előtt az opiátinjektálók aránya magasabb volt a mintában, mint a stimulánsinjektálóké (lásd: Kábítószeres/ Heroin és egyéb opiátok fejezet T1.2.5 alfejezet), a HCV prevalenciája pedig rendre az opiátinjektálók körében volt magasabb. Ez azonban átfordult: 2011-ben az opiát helyett az elsődlegesen amfetamint és designer stimulánsokat injektálók körében találtak 30%-os HCV prevalenciát. Mivel az országos átlagos HCV prevalencia érték nem változott szignifikánsan 2011-ben, a prevalencia értékek szertípus szerinti átrendeződése valószínűsíthetően az új szerhasználati mintázatoknak, többek között az opiát származékokról amfetamin, illetve ÚPSZ-ok injektálására történő váltásnak köszönhető (További információk a szerváltásról: 2012-es Éves Jelentés 4.3. fejezet és 4.4. fejezet, illetve 2011-es Éves Jelentés 4.3. fejezet.)

2014-ben tovább emelkedett a stimulánsokat – azon belül is elsősorban designer stimulánsokat – injektálók aránya a vizsgálatban részt vevők között. A szerhasználók egyharmada opiátinjektáló volt, kétharmada stimulánsinjektáló (lásd még: Kábítószeres/ Stimulánsok fejezet T1.2.5 alfejezet). HCV fertőzöttség tekintetében elmondható, hogy mind az opiát-, mind a stimulánsinjektálók körében megkétszereződött a HCV előfordulási gyakorisága, csakúgy ahogy az összesített országos prevalencia érték is. A HCV prevalencia 2014-es meredek emelkedésének hátterében az ÚPSZ-injektálás nagymértékű térnyerése mellett – amely szerekhez jóval gyakoribb injektálás és eszközmegosztás, illetve újrahasználás kapcsolódik – fontos szerepet játszhatott a tűcsere szolgáltatás ezzel párhuzamosan szűkülő hozzáférhetősége 2012-től kezdődően (lásd: T1.5.4 alfejezet).

38. ábra. Az ÚPSZ injektálás terjedésének (országos tücsere kliensek körében), és a kiosztott fecskendőszám csökkenésének (országos tücsere adatok) hatása a HCV prevalenciára és annak elsődlegesen injektált szerípus szerinti alakulására (országos HIV/HCV prevalenciavizsgálat sorozat, valaha injektálók) 2008-2015 között



Forrás: Tarján 2018

2015-ben a szerípus szerinti megoszlás nem változott számottevően (Dudás et al. 2015). 2014-hez képest, a HCV prevalencia az előző évihez hasonlóan alakult mind az országos (49,7%) mind a szerípus szerinti bontás esetében (stimulánsinjektálók: 56,8%; opiátinjektálók: 39,5%), azonban az összehasonlíthatóságra korlátozottan van lehetőség (lásd: T1.3.6).

Jelentős különbségek mutatkoztak területi bontásban is 2011 és 2014 között: vidéken 10% körül, míg Budapesten 35-40% között alakultak a prevalencia értékek 2011-ig, azonban 2014-ben a Budapesten mért HCV fertőzöttség (60,9%) közel a duplájára, vidéken a HCV-fertőzöttek aránya (32,5%) több mint háromszorosára nőtt a 3 évvel azelőtti vizsgálattal összehasonlítva. 2015-ben vidéken szignifikánsan tovább nőtt a HCV fertőzöttek aránya (40,5%) míg Budapesten nem változott szignifikánsan (55,7%), azonban a budapesti adatok trendelemzésére csak korlátozottan van lehetőség. (lásd: T1.3.6).

T1.3.3 Fertőző betegségekre vonatkozó prevalencia adatok egyéb kutatások alapján

Az Alternatíva Alapítvány HIV/STI programja keretében HIV, HCV és szifilisz fertőzések szűrésére került sor 2015 júniusa és 2016 áprilisa között (Altalap 2017; Csák és Rácz 2018, módszertan: T.5.2). A vizsgálat az intravénás szerhasználókön kívül más rizikócsoportokat (MSM, szexmunkások) is bevont. A szűrés során 511 fő vizsgálatára került sor, értékelhető, kockázati magatartásokat felmérő kérdőív 475 alkalommal került felvételre. A vizsgált személyek kétharmada (326 fő, 63,8%) használt élete során legalább egy alkalommal kábítószer intravénásan. A 326 fő közül 175 fő (53,7%) HCV ellenanyag pozitív, 15 fő (4,6%) szifilisz pozitív, két fő (0,6%) HIV pozitívnek bizonyult. Részletesebb elemzés csak az első fázisban végzett vizsgálatok esetében volt elérhető (2015 június - 2015

november, összesen: 201 fő⁷⁸): Az elmúlt 30 napban is injektálók körében a HCV prevalencia 60% volt. Az ÚPSZ-injektálók (N=108 fő) esetében szignifikánsan magasabb volt a fertőzöttek aránya (67%), mint a klasszikus szereket injektálók körében (N=32 fő; HCV: 38%). Szerhasználati mintázatokkal és kockázati magatartásokkal kapcsolatos további adatokat lásd: Kábítószeres/ Stimulánsok/ T.4.1 és ebben a fejezetben: T.1.3.4.)

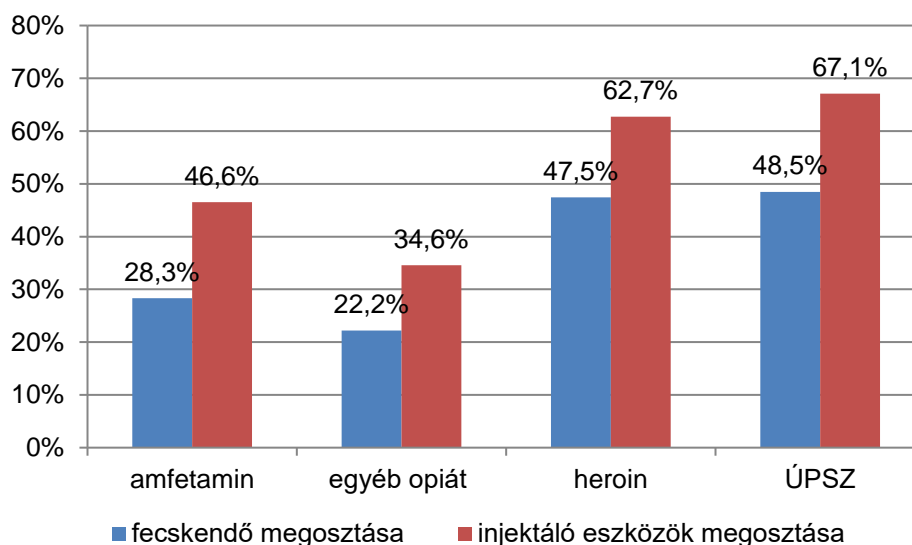
A fogvatartottak körében végzett korábbi szeró-magatartás vizsgálatok eredményei (Treso et al. 2011 és Ritter 2013), amelyek vizsgálták az intravénás szerhasználói múlttal rendelkező fogvatartottak körében előforduló HIV/ HBV/ HCV prevalenciát, illetve kapcsolódó kockázati magatartásokat a Börtön/ T.1.2.2 fejezetben olvashatók.

T1.3.4 Fertőző betegségekkel összefüggő kockázati magatartások

Az országos HIV/ HBV/ HCV prevalencia vizsgálat (2015)

Az országos HIV/ HCV prevalencia vizsgálat alapján, az aktív – elmúlt 4 hétben is injektáló – szerhasználók 38,9%-a osztotta meg a fecskendőjét az elmúlt 4 hétben, míg a bármilyen injektáló segédeszköz megosztásának előfordulási gyakorisága az elmúlt 4 hétben 55,7% volt. Ha szer típus szerinti bontásban vizsgáljuk az eszközmegosztást, elmondható, hogy a prevalencia értékek az ÚPSZ-injektálók esetében a legmagasabbak, amely esetükben magas HCV prevalenciával is társul.

39. ábra. A fecskendő és eszközmegosztás prevalenciája az elmúlt 4 hétben, elsődlegesen injektált szer típus szerinti megoszlásban az országos HIV/ HBV/ HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók körében, 2015-ben⁷⁹



Forrás: Dudás et al. 2015, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

A napi injektálás-szám az új pszichoaktív szereket injektálók körében, míg az utolsó fecskendő újrahasználásának száma az elsődlegesen amfetamint vagy egyéb opiátokat injektálók körében volt a legmagasabb.

⁷⁸ A 201 fő közül 173 fő injektált valaha életében kábítószer. A 173 fő 29%-a (58 fő) szemünkában is érintett volt (dolgozott vagy fizetett érte) A 173 fő 86%-a (149 fő) az elmúlt 30 napban is injektált.

⁷⁹ Fecskendő megosztás esetében válaszadók száma (N): ÚPSZ=163; egyéb opiátok=81; heroin=59; amfetamin=60. Eszköz megosztás esetében válaszadók száma (N): ÚPSZ=164; egyéb opiátok=81; heroin=59; amfetamin=58

18. táblázat. Az utolsó napi injektlás-szám és az utolsó eldobott fecskendő újrahasználásainak száma (csoport átlag) az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók körében egyes elsődlegesen injektlált szerek esetében, 2015-ben

Szertípus	injektlás-szám	válaszadók száma	újrahasználás-szám	válaszadók száma
amfetamin	3,40	141	2,44	137
egyéb opiát	2,19	108	2,44	106
heroin	3,32	111	2,15	113
ÚPSZ	3,59	202	2,26	200

Forrás: Dudás et al. 2015, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Az aktív szerhasználók 53,8%-a vallotta magát napi⁸⁰ injektlónak. Az aktív injektlók 85,1%-a az utolsó alkalommal steril fecskendővel injektlált. Az aktív injektlók 58,6%-a az elmúlt 4 hétben 15 vagy annál több steril fecskendőhöz jutott hozzá személyes használat céljából.⁸¹

Az érvényes választ adó 584 fő közül 163 fő (27,9%) még soha nem volt korábban HIV szűrvizsgálaton. 46,2% (244 fő az 528 érvényes válaszból) vallotta azt, hogy utoljára 2014-ben vagy 2015-ben vett részt ilyen típusú vizsgálaton a prevalencia vizsgálatot megelőzően.

Kizárva a magukat HCV pozitívnak vallókat az elemzésből, 465 érvényes válasz érkezett az utolsó HCV szűrvizsgálat időpontjára vonatkozóan. 162-en (34,8%) bevallásuk szerint még sohasem voltak HCV szűrvizsgálaton a felmérést megelőzően. Azok közül, akik részt vettek már valaha HCV szűrvizsgálaton, 158 fő vallotta azt, hogy az utolsó vizsgálat 2014-ben vagy 2015-ben volt, ez az érvényes válaszadók 37,6%-át teszi ki.

Az elmúlt 4 hétben szexuális életet élő intravénás szerhasználók 6,4%-a (22 fő) nyújtott szexuális szolgáltatást az elmúlt 4 hétben pénzért, kábítószerért, vagy egyéb juttatásokért cserébe. Az aktív szexuális életet élők 76,3%-a (267 fő) az utolsó együttlét alkalmával nem használt óvszert.

A válaszadók 35,3%-a élt az elmúlt 1 évben 1 hétnél hosszabb ideig hajléktalan szállón, az utcán, vagy úgy, hogy nem volt stabil lakhelye. Közel minden második (48,4%) intravénás szerhasználó volt már valaha börtönben.

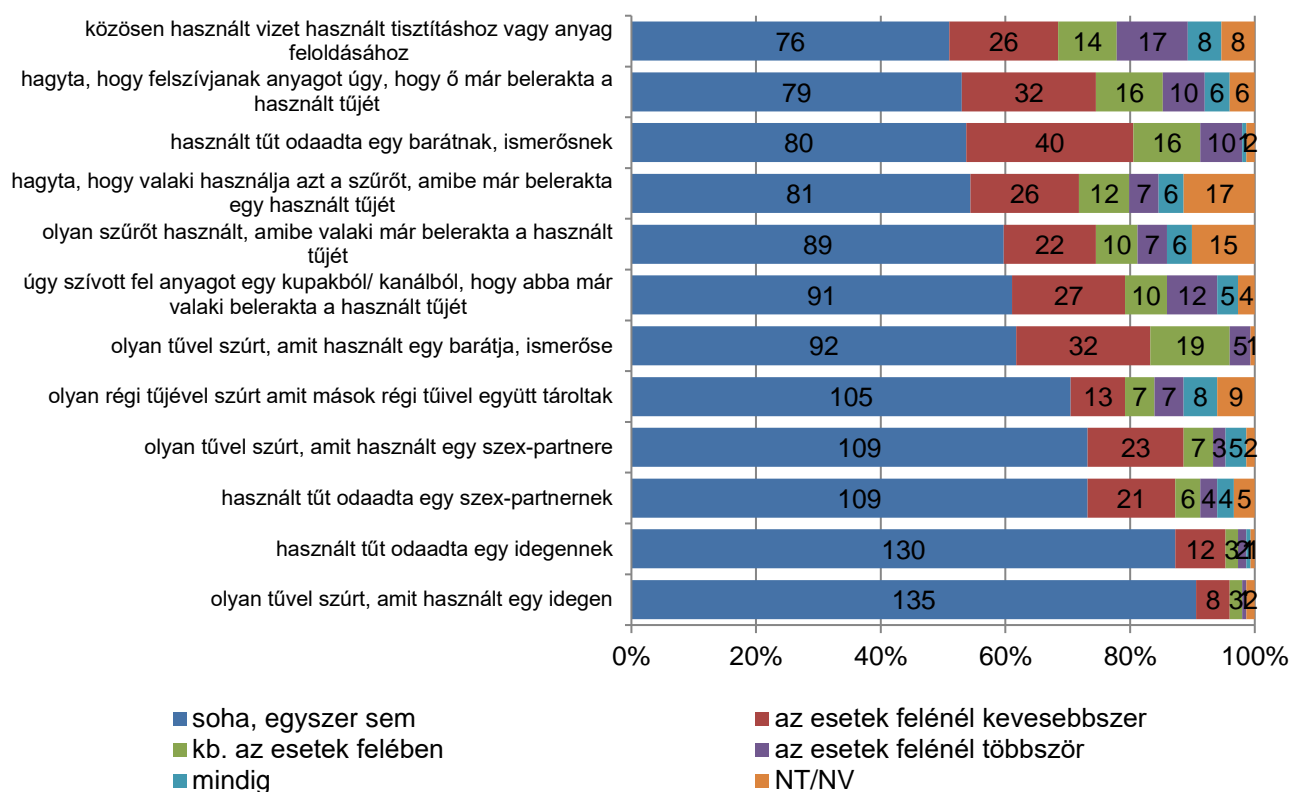
Altalap HIV/STI program (2015)

Az Alternatíva Alapítvány HIV/STI programja keretében végzett felmérés első fázisának adatai szerint (Altalap 2017; Csák és Rácz 2018, módszertant, szerhasználati és fertőzöttségi adatokat lásd ebben a fejezetben T.5.2 és T.1.3.3, illetve Kábítószeres/Stimulánsok/ T.4.1) az aktív intravénás szerhasználók (érvényes válaszadók száma: 147 fő) kevesebb mint egynegyede mondta azt, hogy az elmúlt 30 napban nem osztott meg injektló eszközöket. A fecskendő újrahasználás is gyakori volt körükben, az aktív injektlók csupán 25%-a nem használta újra a fecskendőt az elmúlt 30 napban, míg 44%-uk átlagosan 3 vagy több alkalommal.

⁸⁰ Naponta egyszer vagy többször injektlál.

⁸¹ Az adatok interpretálásánál fontos figyelembe venni, hogy a vizsgálat drogambulanciákon vagy túcseres programokban zajlott, így abba valamilyen ellátásban lévő szerhasználók kerültek be.

40. ábra. Kockázati magatartások az ALTALAP HIV/STI programjában részt vevő aktív intravénás szerhasználók körében az elmúlt 30 napban (n=149 fő)



Forrás: Csák és Rác 2018

A szerzők összefüggést találtak az egy személy esetében előforduló kockázati magatartások száma és a HCV-fertőzöttség között. Az elmúlt 30 napban kevesebb mint 3 kockázati magatartással élők esetében átlagon aluli volt a HCV fertőzöttség előfordulás gyakorisága (0-2 kockázati magatartással élők (n=69 fő; HCV: 43%), míg a 3 vagy annál több kockázati magatartással élők körében szignifikánsan magasabb (n= 74; HCV: 73%). Továbbá összefüggés mutatkozott a kockázati magatartások száma és az eszkmegosztásban részt vevő injektáló társak száma tekintetében. Míg az 1-2 kockázati magatartással élők csak 15,6%-a 3 vagy annál több emberrel osztott meg eszközöket az elmúlt 30 napban, addig a legmagasabb kockázattal élő csoport esetében (7 vagy több kockázati magatartás) ugyanez az érték 50% volt.

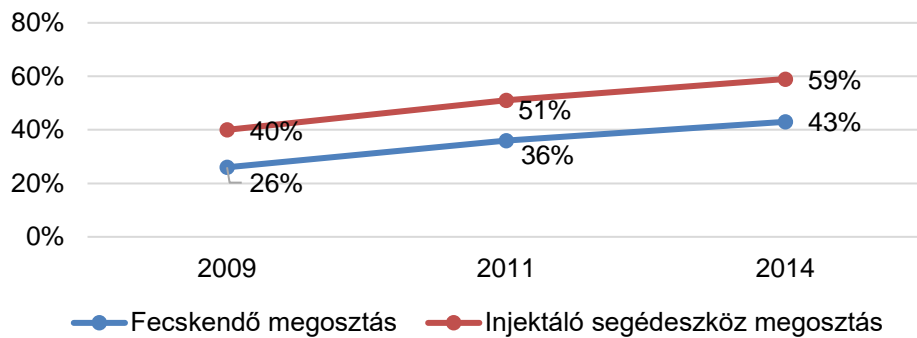
További adatok a teljes mintára vonatkozóan (201 fő, beleértve a nem szerhasználó résztvevőket is) a szerzők által publikált cikkben (Csák és Rác 2018) olvashatók.

Trendek az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat alapján (2009-2014)

Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív injektálók körében mért adatok alapján 2009 és 2014 között szignifikánsan és konstansan nőtt a fecskendő és injektáló segédeszköz megosztás elmúlt havi prevalenciája.⁸²

⁸² A 2015-ös adatok az összehasonlíthatósági korlátok miatt nem kerültek bele az elemzésbe, lásd: T.1.3.6.

41. ábra. Eszköz megosztás prevalenciája (elmúlt 4 hét) az országos HIV/HBV/HCV prevalenciavizsgálat sorozat alapján az aktív intravénás szerhasználók körében⁸³, 2009-2014

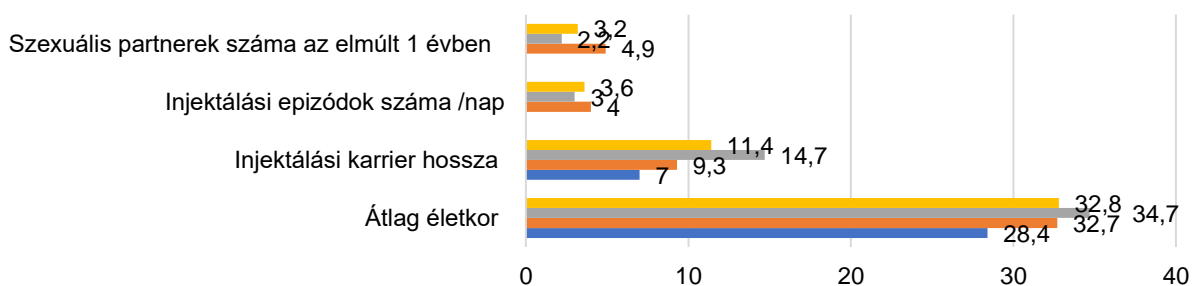


Forrás: Tarján 2018

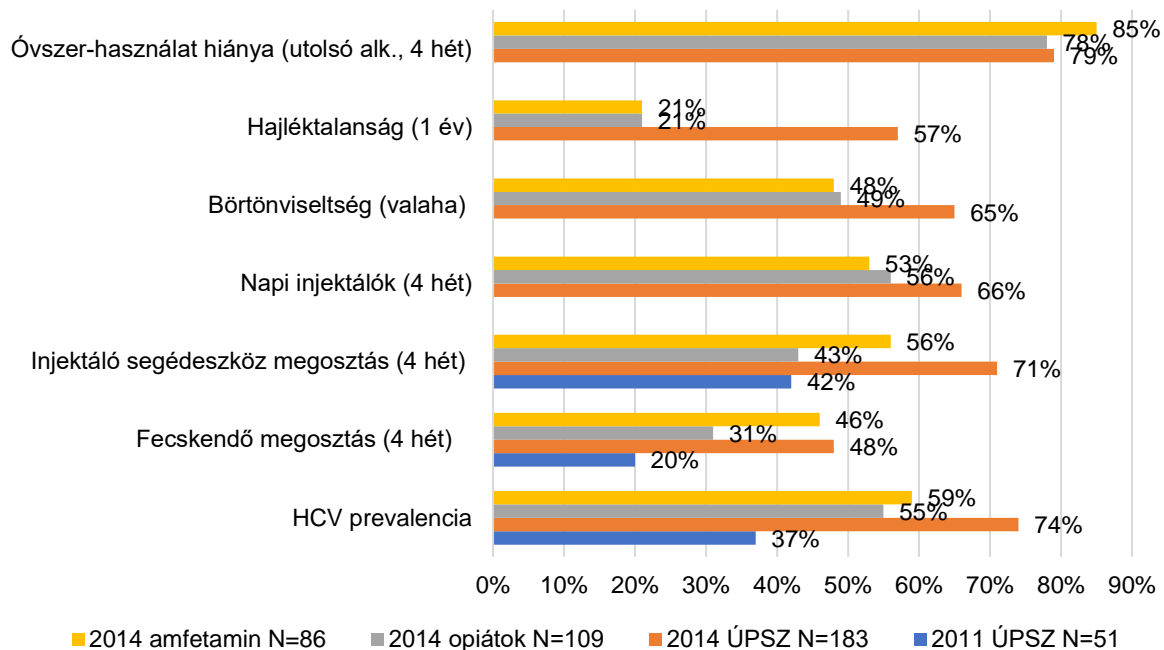
Az eszköz-megosztásban bekövetkezett változás egyrészt tükrözi a gyakoribb injektálással járó ÚPSZ injektálás terjedését és a tűcsere programok romló hozzáférhetőségét a vizsgált időszakban, illetve magyarázó erővel bír a HCV prevalencia populáción belüli megduplázódása tekintetében 2011 és 2014 között (összevont trendábrát lásd: T.1.3.1.)

Tarján és munkatársai megvizsgálták (Tarján et al. 2017) az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálaton részt vett aktív injektálók körében azt, hogy 2011 és 2014 között hogyan változott az egyes kockázati magatartások prevalenciája az ÚPSZ-injektálók körében, illetve 2014-ben melyik szerhasználói csoport volt a legkitettebb a HIV és HCV fertőzések akvirálása szempontjából az egyéni és környezeti kockázati tényezők mentén. Az eredmények szerint a legtöbb kockázati tényező szignifikánsan magasabb volt 2014-ben az ÚPSZ-injektálók körében az amfetamin- és az opiátinjektálók csoportjához képest és szignifikánsan megemelkedett 2011-hez képest az ÚPSZ-injektálók körében.

42. ábra. HCV prevalencia és kockázati tényezők az országos HIV/HBV/HCV prevalenciavizsgálat sorozatban részt vett iv. szerhasználók (aktív) körében, elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban (2011-2014)



⁸³ n₂₀₀₉= 316 fő; n₂₀₁₁= 382 fő; n₂₀₁₄= 375 fő




forrás: Tarján et al. 2017

T1.3.6 Kiegészítő információ a kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségekhez

Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat

A 2014 második félévében bezárt két legnagyobb budapesti tűcsere szolgáltató (Kék Pont Alapítvány; Drogprevenációs Alapítvány [DPA]) volt az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat két legnagyobb mintaszámmal dolgozó szűrővizsgálati helyszíne 2014-ig. Míg a Kék Pont Alapítvány 2014-ig a VIII. kerületi tűcsere programja keretében közel 80 főt szűrt évente, addig 2015-ben a IX. kerületi drogambulanciáján 29 szűrővizsgálatot vállalt. Ez azért bír kiemelt jelentőséggel, mert az alapítvány VIII. kerületi tűcsere klientúrájában mérték a korábbi évek adatai alapján a legmagasabb HCV fertőzöttséget (2014-ben 89% volt a HCV prevalencia). A DPA ugyan 2015-ben kinyitott egy új helyszínen ugyanabban a kerületben (XIII. kerület), azonban alacsonyküszöbű szolgáltatásuk keretében nem végeztek tűcserét, így feltételezhetően a korábbi évekhez képest valamelyest más összetételű szerhasználói populációt szűrték le új programjukban. 2015-ben a továbbra is tűcserét nyújtó Art Éra Alapítvány is 40-el kevesebb szűrővizsgálatot vállalt. A budapesti szűrővizsgálati kvótaszám maradéka újraosztásra került a fennmaradó szervezetek között, továbbá bevonásra került a VIII. kerületi Józan Babák alacsonyküszöbű szolgáltató is (profilját lásd: T.1.6.1). A prevalencia vizsgálatba bekerülés feltétele (intravénás szerhasználói múlt) nem változott az előző évekhez képest (lásd T.5.1). A szolgáltatói profilok, így a kliens profilok, illetve az egyes budapesti szolgáltatók által felajánlott szűrővizsgálatok számának változása miatt, a budapesti és így a 2015. évi országos adatok csak korlátozottan hasonlíthatók össze a korábbi évek adataival.

19. táblázat. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban Budapesten részt vevő intravénás szerhasználók megoszlása (n; %) szolgáltató szerinti bontásban⁸⁴, 2014-2015

Szervezet neve	elemszám 2014		típus+ kerület 2014		elemszám 2015		típus + kerület 2015
	n	%			n	%	
Art Éra	49	14%	TCS (VII)		10	3%	TCS (VII)
Baptista Sz.	33	10%	TCS (IV;X)		67	18%	TCS (IV; X)
DPA	88	26%	TCS/OST (XIII; XV)		129	35%	AK/OST (XIII; XV)
Józán Babák	-	-	-		10	3%	AK (VIII)
Kék Pont 1.	77	23%	TCS (VIII)		-	-	-
Kék Pont 2.	-	-	-		29	8%	DA (IX)
Nyíró Kórház	19	6%	DA/OST (XIII)		34	9%	DA/OST(XIII)
MÖSZ	50	15%	DA/OST (XXIII)		49	13%	DA/OST (XXIII)
Válaszút	24	7%	TCS (II)		40	11%	TCS (II)
Összesen	340	100%			368	100%	

Forrás: Dudás et al. 2014 és Dudás et al. 2015, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

T1.4 A KÁBITÓSZER-FOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI

T1.4.1 A kábítószer-fogyasztás egyéb egészségügyi következményei

Közúti balesetek

2017-ben a rendőrség 187 közúti baleset során vett vér- és/vagy vizeletmintát küldött az NSZKK Toxikológiai Szakértői Intézetének (korábban ISZKI Országos Toxikológiai Intézet) igazságügyi toxikológus-szakértői vizsgálatra, vezetési képességre hátrányosan ható szer fogyasztásának gyanújával. Az intézet ezek közül 134 esetben állapított meg pozitívitást kábítószerre és/vagy új pszichoaktív anyagokra.

20. táblázat. Kábítószer/ pszichotróp anyag/ új pszichoaktív szer jelenléte a közúti balesetektől származó vér- és/vagy vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban, 2017-ben (csak pozitív esetek, n=134)

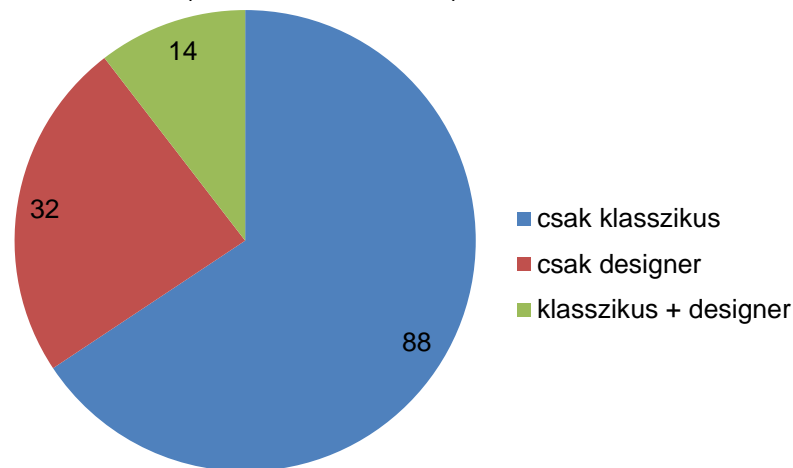
Kimutatott hatóanyag	Esetek száma (db)
4-CEC	4
5F-AB/5F-AMB-PINACA + 5F-MDMB-PINACA + AB/AMB/EMB-FUBINACA + ADB-CHMINACA + ADB-FUBINACA	1
5F-ADB-PINACA + 5F-MDMB-PINACA + AB/AMB/EMB-FUBINACA	1
5F-ADB-PINACA + 5F-MDMB-PINACA + AB/AMB/EMB-FUBINACA + ADB/MDMB-FUBINACA	1
5F-MDMB-PICA + AB/AMB/EMB-FUBINACA	2
5F-MDMB-PINACA	1
5F-MDMB-PINACA + 5F-AB/5F-AMB-PINACA + AB-FUBINACA + AMB-FUBINACA	1
5F-MDMB-PINACA + 5F-MDMB-PICA + AB/AMB/EMB-FUBINACA	1
5F-MDMB-PINACA + AB/AMB/EMB-FUBINACA	1

⁸⁴ típusok: TCS: túcsere; DA: drogambulancia; OST: opiát szubsztitúciós kezelés; AK. alacsonyküszöbű program túcsere nélkül

5F-MDMB-PINACA + AB/AMB/EMB-FUBINACA + ADB-FUBINACA	2
5F-MDMB-PINACA + ADB/MDMB-FUBINACA + AMB-FUBINACA + EMB-FUBINACA	1
AB/AMB/EMB-FUBINACA	2
AB/AMB/EMB-FUBINACA + ADB-FUBINACA + MDMB-FUBINACA	1
AB/AMB/EMB-FUBINACA + MDMB-CHMICA + AMB-CHMICA	1
AB-FUBINACA + AMB-FUBINACA	2
ADB-FUBINACA	2
AMB-FUBINACA	1
AMB-FUBINACA + ADB-FUBINACA	1
amfetamin	5
amfetamin + 5F-MDMB-PINACA	1
amfetamin + fentanil + THC	1
amfetamin + kokain	3
amfetamin + MDMA	4
amfetamin + MDMA + 5F-ADB-PINACA + 5F-MDMB-PINACA + AB/AMB/EMB-FUBINACA + CUMYL-PEGACLONE	1
amfetamin + MDMA + kokain	1
amfetamin + MDMA + kokain + THC	2
amfetamin + MDMA + kokain + THC + GHB	1
amfetamin + MDMA + THC	4
amfetamin + THC	8
amfetamin + THC + 5F-MDMB-PINACA + AB/AMB/EMB-FUBINACA	1
amfetamin + THC + AB-FUBINACA	1
amfetamin + THC + EMB-FUBINACA	1
fentanil	4
fentanil + THC	1
fentanil + THC + ketamin	1
fentanil + THC + mitraginin	1
ketamin	3
kokain	5
kokain + 4-CEC	1
kokain + 5F-MDMB-PICA	1
MDMA	3
MDMA + N-etil-hexedron + AB/AMB/EMB-FUBINACA + ADB-FUBINACA	1
MDMA + N-etil-hexedron + ADB-FUBINACA + AMB-FUBINACA	1
MDMA + THC	3
metadon + 5F-MDMB-PINACA + AB/AMB/EMB-FUBINACA	1
metamfetamin	6
metamfetamin + MDMA + THC	1
morfin (heroin) + etilmorfin + fentanil	1
morfin (heroin) + metadon + N-etil-hexedron	1
N-etil-hexedron	5
N-etil-hexedron + 5F-MDMB-PINACA + AMB-FUBINACA	1
THC	25
THC + 5F-MDMB-PINACA + 5F-MDMB-PICA + AB/AMB/EMB-FUBINACA	1
THC + ketamin	3
THC + kokain	2
THC + N-etil-hexedron	2
Összesen	134

Az eseteket klasszikus és designer szerek (ÚPSZ) csoportjaira bontva látható a csak klasszikus szerekkel összefüggő esetek arányának dominanciája (88 eset, 66%). Összesen 46 esetben (34%) volt valamilyen designer szer (szintetikus kannabinoid vagy kation) a közúti balesetekből származó vér- és/vagy vizeletmintában kimutatható.

43. ábra. Designer szerek és klasszikus szerek⁸⁵ jelenléte a közúti balesetekből származó, pozitív vér- és/vagy vizeletmintákban 2017-ben (N=134; esetek száma)



Forrás: NSZKK 2018b

A várandósság alatti droghasználat

Budapesten a Józan Babák Klub alacsonyküszöbű szolgáltatásaiban (Oberth et al. 2018) 2017-ben 81 olyan szerhasználó nő vett részt, aki a tárgyévben várandós volt (29 fő), vagy 2014-2017 között szült (22 fő), vagy utánkövetés keretében látogatta a szolgáltatást (30 fő).

Elsődleges szernek a következőket nevezték meg: gyógyszerek visszaélészerű használata: 18 fő, amfetamin: 16 fő, alkohol: 10 fő, marihuána: 9 fő, alkohol és gyógyszer együttes használata: 8 fő, heroin: 6 fő, „kristály”: 2 fő, kokain: 1 fő, szintetikus kannabinoid: 1 fő.⁸⁶

A program leírását lásd T1.6.1 alfejezetben.

T1.5 ÁRTALOMCSÖKKENTŐ BEAVATKOZÁSOK

T1.5.1 Drogpolitika és a legfőbb ártalomcsökkentéssel kapcsolatos célkitűzések

A 2013-ban hatályba lépett Nemzeti Drogellenes Stratégia (részleteket lásd: Kábítószerpolitika fejezet) Egészségfejlesztés és kábítószer-megelőzés fejezetében kiemeli a zenés, táncos szórakozóhelyeken végzett ártalomcsökkentő tevékenységek fontosságát: azaz a szórakozóhelyek bevonását a fiatalok biztonságosabb szórakoztatásába, a biztonságos szórakozás feltételeinek megteremtését a szórakozóhelyek személyzetének képzésével, a szórakozóhelyeken támogató szolgáltatások biztosítását, valamint az ezzel kapcsolatos követelmények következetes ellenőrzését.

⁸⁵ A klasszikus kategóriába kerültek besorolásra a GHB-hoz, ketaminhoz és fentanilhoz köthető esetek is.

⁸⁶ További 10 fő kodependenciával került ellátásba.

A Stratégia Kezelés, ellátás, felépülés című fejezetében kiemelésre kerül, hogy a felépülés-központú szemlélet alapján működő kezelési láncnak az ártalomcsökkentő programok is részei, annak első állomását jelentik. A szolgáltatások működtetése kapcsán a következő célkitűzéseket nevesíti: a rejtőzködő kábítószer-használók megkeresése, amely lehetőséget jelent a kezelésbe kerülésükre is; a fertőző betegségek terjedésének, és a bűnözés kockázatának mérséklése; illetve a túladagolás okozta halálesetek megakadályozása. Ugyanakkor a Stratégia hangsúlyozza annak fontosságát, hogy az ártalomcsökkentő programok integrálódjanak felépülés-központú komplex programokba és szorosan működjenek együtt a gyógyító-rehabilitáló intézményekkel.

A Stratégia megállapítja a tőcsere programokkal kapcsolatban, hogy a veszélyeztetett, rejtőzködő kábítószer-használói csoportokkal sok esetben kizárólag ezek a szolgáltatók állnak kapcsolatban, továbbá a dokumentum a fogalomtárban is nevesíti a tőcserét, mint a fertőző betegségek megelőzésének eszközét. Az opiátfüggő szerhasználók esetében kiemeli a fenntartó kezelés fontosságát, amelynek egy, a lehető legteljesebb felépülést szolgáló, átfogó program keretein belül kell helyet kapnia.

T1.5.2 Az ártalomcsökkentő szolgáltatások rendszerének felépítése

Az opiát helyettesítő kezelés leírását lásd: Kezelés fejezet T1.4.8 alfejezet.

2015-ben a rekreációs szinten ártalomcsökkentő, más néven parti szerviz szolgáltatást nyújtó szervezetek (23 darab) közül 15 non-profit civil szervezetként működött (Tarján 2016), 4 szervezet állami/ önkormányzati működtetői háttérrel rendelkezett, míg 3 szolgáltatás egyházi szervezethez tartozott, 1 szolgáltatás pedig egyéb szervezeti formát jelölt meg.

A 23 parti szerviz szolgáltató közül az anyaintézménye által 5 szolgáltató kapcsolódott drogambulanciához, 11 tőcsere programhoz, és 5 terápiás közösséghez. 11 szolgáltató esetében az anyaintézmény a parti szerviz mellett működtetett valamilyen egyéb szociális szolgáltatást (nem tőcserét) alacsonyküszöbű /nappali/ közösségi ellátás keretében.

A tőcserek ellátórendszeren belüli elhelyezkedését felmérő kutatás szerint (Tarján 2015a) 2014-ben a szervezetek kétharmada (18) non-profit civil szervezetként működött, 7 szervezet állami/ önkormányzati működtetői háttérrel rendelkezett, míg 4 szolgáltatás egyházi szervezethez tartozott.

A 29 tőcsere szolgáltató közül az anyaintézménye által 9 szolgáltató kapcsolódott drogambulanciához, és 4 terápiás közösséghez. 16 szolgáltató esetében az anyaintézmény a tőcsere mellett működtetett valamilyen egyéb szociális szolgáltatást alacsonyküszöbű /nappali/ közösségi ellátás keretében.

A tőcsere szolgáltatók az – anyaintézményen kívüli – egyéb szolgáltatók közül rendszeres együttműködést leggyakrabban a pszichiátriai/ addiktológiai ellátást nyújtó osztályokkal, családsegítő szolgálattal és a rehabilitációs otthont/terápiás közösséget működtető szervezetekkel létesítettek 2014-ben.

21. táblázat. A tüsszere programok együttműködése egyéb - anyaintézményen kívüli - szolgáltatókkal (N) szolgáltatótípus szerinti bontásban, 2014-ben, válaszadók száma=29

	rendszeres együttműködés	eseti együttműködés
pszichiátria/addiktológia	19	7
családsegítő szolgálat	16	9
rehabilitációs otthon/ terápiás közösség	14	9
gyermekjóléti szolgálat	13	10
drogambulancia	12	7
önsegítő csoportok	11	9
hajléktalan szálló	11	13
külső helyszíni HIV/hepatitis szűrőhely	10	5
házi orvos	10	10
gyógyszertár	10	7
munkaügyi tanácsadó szolgálat	6	11
HIV és/vagy hepatitis betegek kezelésével foglalkozó eü. intézmény	5	8
közterület-felügyelet/ polgárőrség	4	7
toxikológia	3	11
célzottan várandós szerhasználókkal foglalkozó szolgáltató	2	5
bőr- és nemibeteg gondozó	1	9

Forrás: Tarján 2015a

A szervezetek az anyaintézményen kívüli szolgáltatók esetében 2014-ben leggyakrabban terápiás közösségbe (25 szervezet), pszichiátriai addiktológiai osztályra (24 szervezet), önsegítő csoportokba (23 szervezet), hajléktalan szállóra (22 szervezet) vagy drogambulanciára (21 szervezet) irányították tovább a klienseiket.⁸⁷

Ártalomcsökkentő szolgáltatások finanszírozása

A szenvedélybetegek közösségi és alacsonyküszöbű ellátását nyújtó szolgáltatásokra a működési engedélyt a Fővárosi és megyei kormányhivatalok adják ki. A közösségi ellátások finanszírozási befogadása 2017. január 1-től az EMMI hatáskörébe tartozik, aki meghatározza a finanszírozott kapacitást (feladatmutatót), és a szolgáltatás finanszírozása onnantól normatív alapon történik a központi költségvetésből. Ezzel szemben az alacsonyküszöbű ellátás (melybe a tüsszere szolgáltatás is bele tartozik) finanszírozása pályázati úton történik. Esetükben a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság határozza meg a pályázók közül a finanszírozott szolgáltatásokat, amelyeket fix időre (2017-ben egy évre) megkötött, éves fix támogatási összeget meghatározó finanszírozási szerződések útján támogat a központi költségvetésből⁸⁸. Új szolgáltatás pályázati úton történő befogadására 2012 óta nem került sor, az akkor befogadott szervezetek szerződésai kerülnek évenként meghosszabításra. Mindkét ellátási forma magában foglalja az alkoholfüggők és egyéb szenvedélybetegségekben szenvedők ellátását is, a kábítószer-használók ellátására elérhető forrás nem határozható meg pontosan. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások által nyújtott alaptervekenységek közül kettő biztosítása alapfeltétel: pszicho-szociális intervenciók; információs, felvilágosító szolgáltatások és/vagy megkereső munka. A kiegészítő tevékenységek, melyek önállóan nem, kizárólag a meghatározott

⁸⁷ Az elemzés során összevonásra került egyes szolgáltatástípusok mentén az „alkalmanként”, a „gyakran”, és a „nagyon gyakran” kategóriákat megjelölő szervezetek száma.

⁸⁸ Az összeg nincs arányosítva az adott szolgáltatás kliensszámához és eszközigényéhez (tüsszere programok esetében).

alaptevékenységekkel együtt pályázhatóak a következők: telefonos, információs vonal; parti szerviz; tűcsere szolgáltatások; drop in „toppanj be központ”.

Szakmai fórumok keretében több nagy szervezet beszámolt arról, hogy az integrált intézményi háttér finanszírozási segítségével nélkül nehéz lenne fenntartani az ártalomcsökkentő szolgáltatásokat (NFP 2015).

A fix összegű finanszírozás mellett az alacsonyküszöbű szolgáltatók számára kiegészítő működési támogatás megpályázására nyílik lehetőség az évenként kiírt Szervedélybetegek felépülési folyamatának támogatása (KAB FF) című minisztériumi pályázat keretében.

A 2017-ben beszerzett fecskendők legnagyobb részét (44%; 43.640 db) a szervezetek adományként kapták⁸⁹. A tárgyévben beszerzett fecskendők 24%-a (23.200 db) minisztériumi pályázatból származott, további 23%-át (23.000 db) az alacsonyküszöbű „normatíva” terhére vásárolták. A korábbi évek beszerzéseinek döntő részét adó – az EMMI által egyedi támogatás keretében biztosított – „tűdepó” 2016 óta nem biztosított eszközökre erőforrást. (Fóti és Tarján 2018)

A parti szerviz szolgáltatás biztosítására jellemző az önkéntesek alkalmazása: az adatot szolgáltató szervezeteknél összesen 80 fizetett alkalmazott és 278 önkéntesként dolgozó végzett alacsonyküszöbű ártalomcsökkentő munkát 2015 folyamán (Tarján 2016).

T1.5.3 Ártalomcsökkentő beavatkozások

a) A fertőző betegségek szűrővizsgálata⁹⁰

HIV-szűrővizsgálat

Hazánkban minden megyében elérhető anonim, ingyenes HIV-szűrővizsgálat a lakosság körében. A 18/2002. (XII. 28.) ESzCsM rendelet alapján az önkéntes vizsgálatot igénybe lehet venni a területi bőr és nemibeteg gondozó intézetekben, továbbá a fővárosi és megyei kormányhivatal által működtetett HIV/AIDS tanácsadóknál⁹¹. A szerhasználókkal foglalkozó alacsonyküszöbű szervezetek esetében általában központilag szervezeten, vagy egyéni pályázat útján valósul meg HIV-szűrővizsgálat. Egy tűcserét is nyújtó budapesti szolgáltató állandó jelleggel felajánlja klienseinek a HIV-szűrővizsgálat lehetőségét (Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat állandó telephelyű programja keretében), míg az Alternatíva Alapítvány megkereső programjának egyik fő profilja a HIV-szűrővizsgálat biztosítása (pályázati finanszírozás függvényében).

HCV-szűrővizsgálat

A HIV-szűrővizsgálathoz hasonló rendszerszintű, rendeleti úton szabályozott anonim, ingyenes HCV-szűrővizsgálat nem érhető el az országban, sem az általános népesség sem a rizikócsoportok számára. Eseti jelleggel, egy korábbi – már elévült - szabályozásnak köszönhetően⁹², a fővárosi és megyei kormányhivatalok a szerhasználók számára néha térítésmentesen elvégzik a HCV-szűrővizsgálatot.

A szerhasználókkal foglalkozó alacsonyküszöbű szervezetek esetében általában központilag szervezett szűrőprogramok keretében (pl.: OEK-es országos HIV/HCV prevalenciavizsgálat; HAREACT projekt, ALTALAP HIV/STI program), vagy egyéni pályázati forrásból valósul meg

⁸⁹ összesen 25 szervezet szolgáltattott adatot a beszerzési forrásokról, 98.403 fecskendő tekintetében.

⁹⁰ lektorálta: Dr. Dudás Mária (EMMI); Takács Sándor (AATSZ)

⁹¹listát lásd: <https://anonimaidis.hu/hasznos-informaciok/szuroallomasok/>

⁹² 2005-ben az Országos Tisztifőorvos elrendelte az akkori ÁNTSZ által működtetett laboratóriumoknak a HIV és HCV szűrővizsgálat térítésmentes elvégzését az intravénás szerhasználók esetében, amennyiben azt a vizsgálatkérő lapon megjelölik.

HCV-szűrővizsgálat. Egy tűcserét is nyújtó szolgáltató állandó jelleggel felajánlja a HCV-szűrővizsgálat lehetőségét (Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat állandó telephelyű programja keretében), míg az Alternatíva Alapítvány megkereső programjának egyik fő profilja a HCV-szűrővizsgálat biztosítása (pályázati finanszírozás függvényében).

A tűcsere programok elmondása szerint – szolgáltatói szinten kialakított megoldásként –, amennyiben nem érhető el éppen HCV-szűrővizsgálat egy adott szervezetnél, akkor a klienst az Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálathoz irányítják tovább.

Az alacsonyküszöbű programok keretében végzett szűrővizsgálatok módszertani és jogi háttere nem rendezett. HIV/HCV szűrővizsgálatot – a jelenlegi törvényi szabályozás szerint⁹³ – csak egészségügyi szolgáltató végezhet (minimum feltételek biztosítása mellett), a szűrővizsgálatok típusa a szabályozásban nincs elkülönítve (nyálalapu gyorsteszt vs. vérvétel). A korábbi Országos Epidemiológiai Központ gyorsteszttekkel kapcsolatos szakmai útmutatója ezzel ellentétben csak a counselling tanfolyam elvégzését és egy egészségügyi szolgáltatóval kötött megállapodást határoz meg feltételként. A szűrővizsgálatok engedélyezéséért felelős területileg illetékes kormányhivatalok döntései ezért nem egységesek.

A magasabb küszöbű egészségügyi szolgáltatóknál (drogambulancia/opiát-szubsztitúciós kezelőhely) szintén esetleges a HCV-szűrővizsgálat elvégzése. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által csak a diagnosztikai céllal elvégzett HCV-szűrővizsgálat finanszírozott (feltéve, ha a kliensnek rendezett a TB jogviszonya). Az egészségügyi szolgáltató által az intravénás szerhasználók körében kezdeményezett évenkénti rutinszerű HIV/HCV szűrővizsgálat elvégzésére nem áll rendelkezésre országos szakmai protokoll. Az elvégzett szűrővizsgálatok száma szolgáltató-függő (finanszírozás, hozzáállás).

Egyes rehabilitációs otthonok esetében a bekerülés feltétele egy évnél nem régebbi HIV/HCV szűrővizsgálati eredmény, amelynek elvégzéséről az előgondozást végző drogambulanciák, alacsonyküszöbű szervezetek gondoskodnak.

A börtönben végzett HIV/HSV/HCV szűrővizsgálatok tekintetében lásd: Börtön/T.1.3.3.

b) Steril fecskendők elérhetősége (tűcsere)

2017-ben 30 szolgáltató működtetett tűcsere programot összesen 21 városban, amely az ország 14 megyéjét és 7 régióját fedi le (Fóti és Tarján 2018).

Nagy hatással volt az ellátás hozzáférhetőségének változására, hogy 2014 második felében a két legnagyobb budapesti tűcsere program helyi önkormányzati döntések következtében bezárni kényszerült. A Kék Pont Alapítvány a VIII. kerületben 2014 augusztusában, míg a Drogprevenációs Alapítvány a XIII. kerületben 2014 novemberében szüntette meg tűcsere szolgáltatását.

Budapesten 2015-ben az Alternatíva Alapítvány indította el utcai megkereső és mobil szolgáltatását a Kék Pont Alapítvány bezárása után tűcsere program nélkül maradt, problémás szerhasználat által jelentősen érintett VIII. kerületben, azonban 2017-ben már csak utcai megkereső programjuk tudott működni a korábbiakhoz képest jóval alacsonyabb forgalommal⁹⁴. A Baptista Szeretetszolgálat állandó telephelyű programot 2017-ben már nem működtetett.

Vidéken 2016-ban az INDIT Közalapítvány Egyenlítő nevű programja Bajáról Komlóra költözött, ahol 2017-ben az előzetesen felmért igényekre alapozva el is indította tűcsere programját. Kecskeméten a RÉV utcai megkereső programot is indított az állandó telephelyű tűcsere mellett. A szekszárdi RÉV, az INDIT – TÉR, az INDIT – Tisztás, illetve az orosházi MI-ÉRTÜNK által korábban működtetett utcai megkereső programok 2017-ben már nem

⁹³ 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet

⁹⁴ a Norvég Alap támogatási időszakának lejártja miatt

működtek. 4 városban (Békéscsaba; Hódmezővásárhely; Nagykanizsa; Salgótarján) bár rendelkezésre áll állandó telephelyű tűcsere program, azt 2017-ben nem vették igénybe.

2017-ben az országban 25 állandó telephelyű program működött (2016: 26), 12 szervezetnél végeztek utcai megkereső munkát (2016: 14), 1 szervezet működtetett mobil tűcsere programot (2016: 2), és 3 helyen tudtak igénybe venni tű-automatát az intravénás szerhasználók.

8 szervezet üzemeltetett két típusú programot, ez legtöbb esetben az állandó telephelyű programhoz kapcsolódva végzett utcai megkereső munka volt. Három féle programot 1 szolgáltató tartott fenn, 21 szolgáltató esetében csupán egy típusú tűcsere volt elérhető.

A tűcsere programok 2017-ben összesen 137.580 steril injektort osztottak ki a klienseknek, a hozott illetve gyűjtött használt fecskendők száma 102.603 darab volt.⁹⁵ A becserélési arány 75%-os volt. A tűcsere programokat 2017-ben 2093 intravénás szerhasználó⁹⁶ vette igénybe összesen 13.883 alkalommal. 594 új kliens⁹⁷ regisztráltak a programok a tárgyévben. Egy kliensre 65 kiosztott és 49 visszahozott fecskendő, illetve átlagosan 7 kontakt jutott a tárgyévben.

A programtípusonként vizsgálva a forgalmi adatokat, az állandó telephelyű programok osztották ki a fecskendők nagy részét (65%), és a legtöbb kliens is ezekkel a szolgáltatókkal lépett kapcsolatba (55%).

22. táblázat. A tűcsere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2017-ben

	állandó telephelyű	mobil tűcsere	utcai megkereső	tű- automata	összesen
osztott	89.603	39.567	6.187	2.223	137.580
hozott (+gyűjtött)	59.353	38.459	4.689	102	102.603
becserélési arány	66%	97%	76%	5%	75%
kliensek száma	1.161	658	274	0	2.093
új kliensek száma	407	121	66	0	594
kontaktek száma	8.471	4.055	1.357	0	13.883
szervezetek száma*	25	1	12	3	30

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

Forrás: Fóti és Tarján 2018

A területi megoszlást vizsgálva 2017-ben is a budapesti tűcsere programokhoz köthető mind az osztott és hozott fecskendős szám, mind a kliens és kontaktszám döntő része (budapesti részesedés ebben a sorrendben 84%; 88%;73%; 73%).

A 2015. évre vonatkozó populációs becslés adatait felhasználva (Lásd: Kábítószeres/ Stimulánsok/ T.1.2.5.) 2017-ben egy intravénás szerhasználóra 21 fecskendő jutott országos szinten.

A gyógyszeres fecskendő-forgalom megfigyelése nem képezi részét a rutin monitoring rendszernek (leírását lásd: T.5.1), A 2015-ös országos HIV/HCV prevalencia vizsgálat adatai alapján az elmúlt négy hétben injektáló intravénás szerhasználók 67%-a vásárolt (385 főből 258) (2014-ben: 58,4%) az elmúlt 4 hétben fecskendőt gyógyszerészetben.

⁹⁵ Ebbe beleértendő a tűcsere automaták által adott, és az automaták mellett elhelyezett gyűjtőedénybe dobott fecskendők száma is.

⁹⁶ A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

⁹⁷ Az új kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

c) *Egyéb steril eszközök és ártalomcsökkentő szolgáltatások elérhetősége*

A steril injektor mellett a biztonságos injektálással kapcsolatos szóbeli tanácsadás érhető el a legtöbb tűcsere programban (27 jelentő szervezetből 24 helyen). Emellett a legtöbb szolgáltatónál elérhető az alkoholos törlőkendő, az óvszer, vitamin, és steril szűrő. A szervezetek egyharmada előre összeállított egységcsomagban biztosítja a steril injektáló segédeszközöket. (Fóti és Tarján 2018)

23. táblázat. *Injektáló és ártalomcsökkentő segédeszközök osztása és egyéb szolgáltatások nyújtása a tűcserét végző szervezetek körében 2017-ben (jelentő tűcsere szervezetek száma, n= 27)*

Eszköz/ Szolgáltatás típusa	Száma
Tanácsadás biztonságos injektálásról (szóbeli):	23
Célzott tanácsadás az ÚPSZ- injektálással kapcsolatosan (szóbeli):	21
Alkoholos törlőkendő:	20
Óvszer:	20
Vitamin:	19
Steril szűrő/filter:	14
Vénakrém:	12
Előre összeállított, egységcsomagban kiszerezett steril injektáló eszközök:	10
Tanácsadás biztonságos injektálásról (írott szóróanyag):	10
Aszkorbinsav/ savasító:	9
HIV szűrővizsgálat:	9
HCV szűrővizsgálat:	8
Célzott tanácsadás ÚPSZ-injektálással kapcsolatosan (írott szóróanyag):	8
Egyéni kockázatfelmérés:	7
Steril főzőedény/kupak:	6
Érszorító:	6
Száraz törlőkendő, vatta:	4
Fertőtlenítőszer eszköztisztításhoz:	4
Desztillált víz:	2
Fólia:	2
Sebtapasz:	2
Steril szipka:	1

Forrás: Fóti és Tarján 2018

24. táblázat. *Injektáló és ártalomcsökkentő segédeszközök és egyéb szolgáltatások lefedettsége a tűcsere programok körében, 2017-ben*⁹⁸

	A legtöbb helyen elérhető	Gyakran elérhető	Ritkán elérhető	Nem elérhető	Nincs információ
alkoholos törlőkendő	x				
száraz törlőkendő			x		
desztillált víz			x		
steril főzőedény/kupak			x		
steril szűrő/filter		x			
aszorbinsav/ savasító		x			
fertőtlenítőszer eszköztisztításhoz			x		
óvszer	x				
síkító					x
alacsony holtterfogatú fecskendő	x				
otthoni HIV gyorsteszt készlet				x	
fólia, pipa, szipka			x		
kezelésbe/szűrésbe irányítással kapcsolatos információ	x				

Forrás: Fóti és Tarján 2018

d) A kábítószer-fogyasztás okozta halálesetek és mérgezések megelőzése

Elvihető naloxone és ezzel kapcsolatos felkészítés, mint szolgáltatás nem érhető el hazánkban.

Ártalomcsökkentés a rekreációs szintéren

2015-ben összesen 23 alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtó szervezet működtetett ártalomcsökkentő tevékenységet a rekreációs szintéren: 13 városi, 3 kistérségi, 3 megyei, 1 regionális és 3 országos hatókörrel (Tarján 2016).

A szervezetek összesen 86 szórakozóhellyel/ parti szervező csapattal működtek együtt, 583 eseményen vettek részt. Összesen 83.877 személlyel kerültek kapcsolatba. Az egy eseményre jutó átlagos kontaktszám 143 volt (2014-ben: 66). A szervezetek által leggyakrabban biztosított eszközök a víz, az óvszer, szórólap, szőlőcukor és pezsgőtabletta voltak. Az egyéb kategóriában említésre került a fül dugó, steril tű, és szippantó cső osztása.

25. táblázat. *A parti szerviz szolgáltatók által osztott ártalomcsökkentő eszközök típusai (válaszadó szervezetek száma=23)*

típus	szervezetek száma
víz/ásványvíz	18
óvszer	18
kábítószer-használattal kapcsolatos szórólap	21
szőlőcukor	20
pezsgőtabletta	17
túladagolással és mérgezéssel kapcsolatos információs szórólap	10
vitamin	11

Forrás: Tarján 2016

⁹⁸A kategóriák operacionalizálása: Legtöbb helyen elérhető: a jelentő tűcsere szervezetek > 70%-ánál elérhető; Gyakran elérhető: a jelentő tűcsere szervezetek 70%-30%-ánál elérhető; Ritkán elérhető: a jelentő tűcsere szervezetek < 30%-ánál elérhető.

Két vidéki szervezet jelezte, hogy tartott képzést a velük együttműködő szórakozóhelyek üzemeltetőinek, személyzetének, illetve mentőtiszteknek összesen 6 alkalommal, 106 fő számára. A képzések a következő tematikát érintették: biztonságos szórakozóhely megteremtése, a parti szerviz munkájának megismertetése, a droghasználat szempontjából veszélyes helyzetek felismerése és kezelése, a droghasználat jogi vonatkozásai, elsősegélyképzés.

e) Felügyelt szerhasználói szobák

Ez a szolgáltatás nem érhető el hazánkban.

f) Szabaduló fogvatartottak számára szerhasználókkal foglalkozó ellátók által nyújtott speciális szolgáltatások

Ezzel kapcsolatosan elérhető információkat lásd: Börtön/ T.1.3.3/ Reintegráció, szabadulásra való felkészítés.

g) Védőoltások

Speciális, célzott védőoltás programok nem érhetőek el a szerhasználók számára. A hepatitis B elleni védőoltás 1999 óta kötelező a 13. életévüket betöltött személyek számára hazánkban.

h) Fertőző betegségek kezelése⁹⁹

HIV fertőzés kezelése

A verifikált HIV-fertőzött személyek kezelése Magyarországon az ország négy különböző pontján lévő szakosodott ellátóhelyen, Budapesten, illetve – 2014 óta – további három decentrumban Miskolcon, Pécsen és Debrecenben történik, amelynek eljárásrendjét a 18/2002. (XII. 28.) ESzCsM rendelet határozza meg, illetve az Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet szakértői munkacsoportja által 2017-ben kiadott HIV kezelési protokoll¹⁰⁰ (Szóbeli közlés Szilágyi 2018). A szerhasználat nem kontraindikáció a HIV-kezelés megkezdésében.

HCV fertőzés kezelése

Az országban 43 hepatológiai centrum található, 24 városban¹⁰¹.

A legújabb HCV kezeléssel kapcsolatos országos szakmai konszenzus (Hunyady et al. 2018), amely 2018 márciusától hatályos, a korábban előírt 3 hónapos absztinenciát már nem tartalmazza, hanem egyéni esetelbírálást ír elő az aktív szerfogyasztók esetében.

Az új, direkt ható antivirális gyógyszerek piacra kerülése óta megszűnt a HCV kezeléssel kapcsolatos várólista, továbbá vezető hepatológusok 2016-os állásfoglalása szerint (Horváth et al. 2016) az új gyógyszerekkel a legnehezebben kezelhető betegcsoportokban is – a korábbi kezelésekhöz képest rövidebb idő alatt és sokkal kevesebb mellékhatással – 90% feletti gyógyulás érhető el. Kizárólag szakmai szempontokat figyelembe véve minden, hepatitis C vírust hordozó fertőzött antivirális kezelése indokolt.

A HAREACT projekt keretében (lásd: T1.5.5.) a szűrővizsgálatot végző alacsonyküszöbű szervezetek képzéseken vettek részt 2016-ban és 2018-ban az intravénás szerhasználók HIV/HCV kezelésbe juttatásának kapcsán, illetve területileg szerveződő munkacsoportok

⁹⁹ lektorálta: Dr. Dudás Mária (EMMI); Takács Sándor (AATSZ)

¹⁰⁰ Antiretrovirális kezelés, védőoltások alkalmazása és az opportunista betegségek primer és szekunder profilaxisa HIV-fertőzött felnőtteknél

¹⁰¹ https://hepreg.hu/custom/hepreg/doc/hepatologiai_centrumok.pdf

keretében többféle érdekképviselői csoport (szociális munkások, hepatológusok, infektológusok) bevonásával lokális egyeztetések folynak a gyakorlati megvalósítás érdekében.

Emellett vannak egyéni kezdeményezések is: a Drogprevenációs Alapítvány kidolgozta a „Kísér” nevű programját, amely esetmenedzsmet keretében végig kíséri a klienst a szűréstől a kezelésig tartó úton. A HCV pozitívakat a Szent János Kórház Hepatológiájára jegyeztetik elő, igény szerint el is kísérik őket (2017: 2 fő). A kezelésre irányítottak és előjegyzettek száma 22 fő volt 2017-ben.

A fogvatartottak HIV/HCV kezelésével kapcsolatos információkat lásd: Börtön/T.1.3.3.

i) Szexuális egészséggel kapcsolatos tanácsadás; óvszer osztás

Az óvszerosztással kapcsolatos adatokat lásd: T.1.5.3 c) és d) pontja. Hazánkban két olyan szerhasználókkal foglalkozó alacsonyküszöbű budapesti (tűcsere) szervezet van (Alternatíva Alapítvány és Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat), amelyek szolgáltatói profiljában a szerhasználattal kapcsolatos ártalmak csökkentése mellett a szexuális egészséggel kapcsolatos tanácsadás is hangsúlyosan megjelenik.

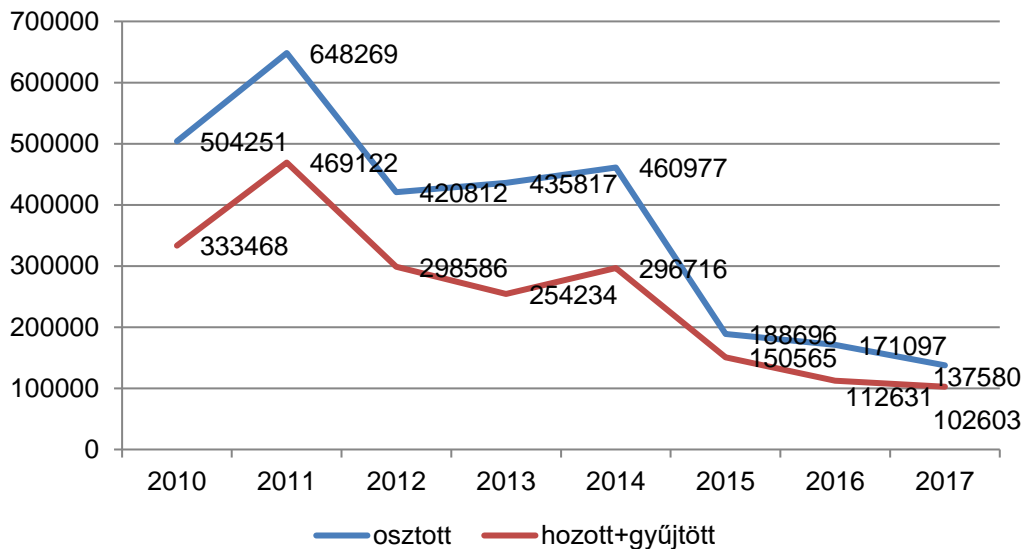
T1.5.4 Ártalomcsökkentő programok: elérhetőség; hozzáférhetőség, trendek

Az intravénás szerhasználók részére kiosztott fecskendők száma

2011-ben az előző évekhez képest ugrásszerűen megnőtt a kiosztott fecskendők száma, amelynek háttérében a klasszikus kábítószerkezh képest jóval gyakrabban injektált, új pszichoaktív szerek 2010-ben kezdődő térnyerése áll (lásd: Kábítószerkezh/Stimulánsok fejezet T1.2.1. alfejezet). A 2011-ig tartó növekvő trendet az alacsonyküszöbű és közösségi szenvedélybeteg ellátásra rendelkezésre álló források csökkenése törte meg 2012-ben (lásd: T1.5.2 alfejezet), amikor új három éves pályázati ciklus kezdődött. Ekkor az előző évhez képest mintegy 220 ezerrel kevesebb injektort osztottak ki a tűcsere programokban. A szolgáltatások fenntarthatósága végett a legnagyobb forgalmú szolgáltatók korlátozták az egy alkalommal kiadható fecskendők számát, egyes esetekben csökkentett nyitvatartási idővel dolgoztak, volt olyan program, amely átmenetileg vagy véglegesen bezárásra kényszerült. 2013-ban majd 2014-ben enyhén emelkedett a kiosztott fecskendők száma, amely elsősorban az EMMI által biztosított egyedi támogatásnak volt köszönhető (lásd: T1.5.2), azonban még mindig nem érte el a 2011-ben mért értéket, és valószínűsíthetően továbbra sem elégítette ki az intravénás szerhasználók tényleges fecskendő szükségleteit. Ezt alátámasztja a becserelési arányban megfigyelt csökkenés 2013-ban, amelynek nyomán valószínűsíthető, hogy a programokba vissza nem került használt fecskendők jelentős részét – elsősorban a fővárosban – újrahasználták vagy megosztották egymással a kliensek (NFP 2015). A 2014. év második felében bezárt két legnagyobb hazai tűcsere program (lásd: T1.5.3) forgalmának kiesése 2015-ben jelentős csökkenést (59%, illetve 49%) okozott mind a kiosztott mind a 'hozott és gyűjtött' fecskendők száma tekintetében, amely tendencia 2016-ban és 2017-ben mérsékeltebb ütemben tovább folytatódott. A további csökkenés háttértényezőire világítanak rá Kaló és munkatársainak kutatása (2018), illetve a rutinadatgyűjtések során kimutatható változások (az ide vonatkozó eredményeket lásd: Kábítószerkezh/ Stimulánsok/ T1.2.5 és T4.1), amelyek alapján az intravénás szerhasználók körében mérsékelten, de szerhasználati mintázatváltozás történt az elmúlt 3 évben (növekvő szintetikus-kannabinoid használat, az injektálható szerek tekintetében a fóliázás, mint beviteli mód növekvő aránya). Emellett a tűcsere szervezetek úgy vélik, hogy a növekvő rendőri jelenlét miatt egyre rejtőzködőbbé válik ez a szerhasználói csoport (Kaló et al. 2018). Több szervezet jelezte (Kaló et al. 2018, Fóti és Tarján 2018), hogy kapacitás és szervezet hiány miatt egyre kisebb része kerül az intravénás szerhasználóknak a szervezetek látóterébe

(Budapest), illetve vidéken is azonosíthatók¹⁰² ellátatlan injektló szerhasználói közösségek olyan településeken, ahol a tűcsere szolgáltatás nem hozzáférhető.

44. ábra. A tűcsere programok fecskendőforgalmi adatai, 2010-2017 között



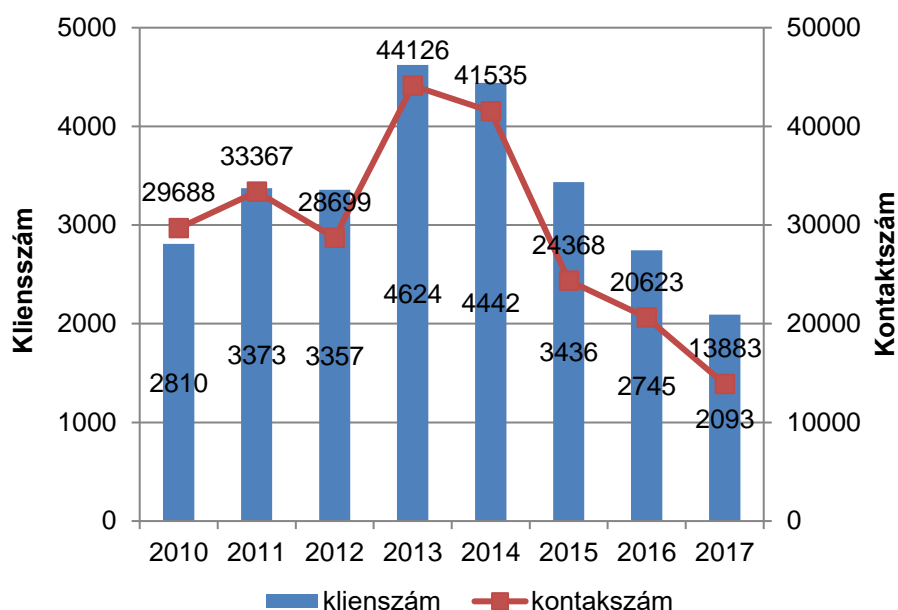
Forrás: Fóti és Tarján 2018

A kiosztott fecskendők számának változásaival ellentétben a tűcsere programokban megjelent kliensek száma, illetve a kontaktok száma meredek emelkedést mutatott 2012 és 2013 között. Feltehető, hogy a steril fecskendők elérhetőségének korlátozását a klienskör nagyobb számú megjelenéssel, továbbá új, tűcsere programba nem járó intravénás szerhasználók bevonásával kompenzálta. 2013 és 2014 között némileg visszaesett mind a kliens, mind a kontaktszám, melynek oka a két legnagyobb tűcsere szolgáltató bezárása az év során. A két nagy szolgáltató kiesésével 2015-re tovább csökkent a kliensek és a kontaktok száma. A csökkenő tendencia 2016-ban és 2017-ben is folytatódott a fecskendőforgalmi trendadatok kapcsán leírt okokból kifolyólag. A 2013-ban ellátott 4624 főhöz képest 2017-ben mindössze 2093 fő vette igénybe a hazai tűcsere szolgáltatásokat, vagyis 55%-os volt a visszaesés. A kontaktok száma ugyanebben az időszakban 69%-kal csökkent (2013: 44.126; 2017: 13.883). Míg az elmúlt években (2011-2016) 1100 és 1800 között mozgott az évenként regisztrált új kliensek száma, 2017-ben csak 594 olyan kliens volt, aki a tárgyévben regisztrált először tűcsere programban.

Az elmúlt évek tűcsere kliensforgalmi adatai – a változó szerhasználati mintázatok és a feltehetően csökkenő gyakoriságú intravénás szerhasználat ellenére is – azt valószínűsítik, hogy az intravénás populáció egy jelentős része marad ellátatlanul.

¹⁰² nem szerhasználattal kapcsolatos ellátást nyújtó szervezetek (pl.: gyermekjóléti, családsegítő szolgáltatások) visszajelzése alapján

45. ábra. A tűcserében részt vevő kliensek és kontaktok számának alakulása, 2010-2017



Forrás: Fóti és Tarján 2018

2014 és 2016 között a forgalmi adatok mérőszámai mentén nőtt a vidéki részesedés: míg korábban az egyes indikátorok esetében a főváros részesedése 86-89% volt, addig 2016-ban már csak 73-85%, amely rávilágít arra, hogy a tűcsere szolgáltatások által kiosztott fecskendők számában és kliensszámában tapasztalt visszaesést a szolgáltatás budapesti beszükülése okozta, mindeközben a vidéki hozzáférés jelentősen nem változott ebben az időszakban. 2017-ben csekély mértékben de újra nőtt a budapesti részesedés. Azonban összesítve: mind a vidéki, mind a budapesti adatok tekintetében minden indikátor (osztott, hozott, kliens, kontakt) a tűcsere szolgáltatások csökkenő hozzáférhetőségét jelzi 2016 és 2017 között, kivétel a vidéken mért kliensszám, ahol enyhén emelkedett a tűcserét igénybe vevő szerhasználók száma.

Programtípusonként vizsgálva az adatokat elmondható, hogy mind a kliensszám, mind a kiosztott fecskendők száma esetében tovább nőtt az állandó telephelyű programok részesedése a többi tűcsere típusal szemben (kliensszám 2015: 46%; 2016: 48%; 2017: 55%; kiosztott fecskendők: 2015: 39%; 2016: 53%; 2017: 65%).

2017-ben egy intravénás kábítószer-fogyasztóra átlagosan 21 steril fecskendő jutott országos szinten, amely további csökkenést jelent a megelőző évek adataihoz képest (2016: 25 2015: 28 2014: 81; 2013: 76 db; 2012: 74 db). Fontos megjegyezni, hogy 2015-ben készült az utolsó becslés az intravénás szerhasználói populáció méretére vonatkozóan (adatokat és módszertant lásd: Kábítószeres/Stimulánsok T1.2.5 alfejezet), így 2015 óta a lefedettségi becslés ez alapján készül, míg 2014-ig az egy főre jutó steril fecskendőszám a 2010-ben készült populációs becslés alapján (lásd: 2010-es Éves Jelentés, 4.1. fejezet) került kiszámításra.

T1.5.5 Kiegészítő információ az ártalomcsökkentő beavatkozásokhoz

2014-ben hívták életre a HIV és a HIV-hez társuló fertőzések megelőzésére és az ártalomcsökkentés javítására irányuló HAREACT nevű Joint Action projektet, az uniós politikák megvalósításának elősegítése érdekében. A projekt célcsoportja az intravénás

szerhasználók. Az együttes fellépés közvetlen céljai: az ártalomcsökkentés, a HIV és a HIV-hez társuló fertőzések megelőzésének fejlesztése az intravénás szerhasználók, illetve partnereik körében (szexpartnerek, szexmunkások, várandósok, gyerekek, férfiakkal szexuális kapcsolatot létesítő férfiak, büntetés-végrehajtási intézetekben élők), továbbá az intravénás kábítószer-használattal összefüggő halálesetek megelőzésének javítása. Magyarország nemcsak mint partner vesz részt a közös fellépésben, hanem Lettország és Litvánia mellett célországként lett megjelölve.

A (korábbi) Országos Tisztifőorvosi Hivatal az alábbi munkacsomagokban vett részt: *Ártalomcsökkentéshez való hozzáérés növelése a büntetés-végrehajtási intézetekben fogvatartott intravénás szerhasználók számára; Az intravénás szerhasználók egészségügyi ellátására vonatkozó megfelelő modell kialakítása; A nemzeti HIV/AIDS programok fenntarthatóságának javítása.* A (korábbi) Országos Epidemiológiai Központ az *Alacsonyküszöbű szolgáltatások fejlesztése az intravénás szerhasználók számára: korai diagnózis elősegítése és a szexuális egészséghoz kötődő szolgáltatások javítása* munkacsomagban vállalt szerepet.

A hazai intézményi átalakulások miatt a HAREACT projekt keretében csak 2018-ban indultak el a HIV/HCV szűrővizsgálatok. 11 alacsonyküszöbű szervezet¹⁰³ vett részt 2016-ban és 2018-ban a projekt által támogatott képzéseken, amelyek a következő témákban zajlottak: HIV/HCV szűrővizsgálat (gyorsteszt alkalmazása) és counselling; ártalomcsökkentés és a női kliensek ellátása; HIV/HCV kezelésbe utalás; az integrált ellátás modellje; túladagolások megelőzése.

A projekt által finanszírozott nyálteszt alapú szűrővizsgálatok (HIV/HCV) és ehhez kapcsolódó kérdőíves vizsgálat¹⁰⁴ (az első fázisban 600 HIV és 600 HCV gyorseszteszt került kiosztásra) 2018 májusában kezdődtek meg a résztvevő szervezeteknél. A 2018 áprilisában megrendezésre került HIV/HCV kezelésbe utalással kapcsolatos képzésen az alacsonyküszöbű szervezetek mellett részt vettek hepatológusok és infektológusok is. A képzés célja a különböző szakterületek közötti lokális együttműködés kiépítése, illetve megvalósítható beteg utak kidolgozása volt.

Az intravénás szerhasználók körében végzett HIV/HSV/HCV országos prevalencia vizsgálat módszertanát lásd: T5.1 alfejezet.

A fogvatartottak körében végzett tanácsadással, szűrővizsgálatokról és kezeléssel szóló információ a Kábítószer-probléma a börtönben fejezet T1.3.3 alfejezetében olvasható.

T1.6 A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI ÁRTALMAK MÉRSÉKLÉSÉT CÉLZÓ BEAVATKOZÁSOK

T1.6.1 A kábítószer-fogyasztással összefüggő egyéb egészségügyi ártalmak mérséklését célzó beavatkozások

Kábítószer-használó várandós nőket és gyermekeiket érintő beavatkozások

A Józan Babák Klub Budapest VIII. kerületében található „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” elnevezésű programja (bemutatását lásd: 2012-es Éves Jelentés 7.4. fejezet), mely a helyben élő, szerhasználati problémákkal küzdő várandós vagy kisgyermekes nőket célozza. 2017-ben az Egyesület szolgáltatásait összesen 81 fő vette igénybe (Oberth et al. 2017) (szerhasználati jellemzőket lásd: T1.4.1).

¹⁰³ Budapest: 4 tucssere és 2 alacsonyküszöbű szervezet; Pécs: 2 tucssere szervezet; Debrecen, Kecskemét és Miskolc: 1-1 tucssere szervezet

¹⁰⁴ amelyet a Nemzeti Drog Fókuszpont dolgozott ki és finanszírozott

2014 óta a Józan Babák Egyesület a Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány és a Magyar Védőnők Egyesülete együttműködésével krízisdiszpécser-szolgálatot is működtet a válsághelyzetbe került droghasználó várandós nők hatékony ellátásba segítése érdekében. Ez az ország bármely területéről jelentkező, Budapesten segítséget kereső droghasználó várandós nőket, édesanyákat és gyermekeiket látja el alacsonyküszöbű szolgáltatás keretében.

2017-ben új szolgáltatással, a támogatott lakhatással bővült az Egyesület tevékenységi köre. Ennek keretében, egy Budapest XX. kerületében kialakított félutas házban a „Babaházban” 8 szerhasználati problémával küzdő várandós vagy kisgyermekes nő elhelyezését tudják biztosítani (gyermekkel együtt). 2017-ben 6 felnőtt nő és 5 kiskorú gyermek vette igénybe az ellátást.

A budapesti Drogprevenációs Alapítvány metadon programja keretében 2014-ben létrehozta a speciális szülők akadémiáját, a metadonon lévő anyák és apák részére pedig 2015-ben a MENYA/MEPA fogadóórát, melynek keretében egyéni esetkezeléssel- pszichiáter szakorvosi kontrollal és intézményeken átívelő együttműködéssel segítik a várandós és kisgyermeket nevelő klienseiket. A tanácsadás többek között olyan speciális témákat érint, mint a betegség (opiát-függőség) és a kezelés (helyettesítő kezelés) kommunikációja a védőnő, bölcsőde/óvoda, gyermekvédelem, családsegítő, gyermekpszichológus felé, HCV szűrés fontossága a HCV pozitív szülők csecsemőjénél, szerhasználat biztonságosabbá tétele a családi környezetben, gyermekkori betegségek, rendellenességek a szülő szerhasználatával összefüggésben. A speciális tanácsadásban 2017 folyamán összesen 10 nő és 7 férfi vett részt (ebből 4 pár), akik összesen 15 gyermeket neveltek

T1.7 ÁRTALOMCSÖKKENTŐ BEAVATKOZÁSOK MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSA

T1.7.1 Ártalomcsökkentő beavatkozások minőségbiztosítása

A szociális szolgáltatásokban megjelenő egyes ártalomcsökkentő tevékenységeket, így többek között a túcsere program keretében nyújtott szolgáltatást a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény, illetve a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet szabályozza.

Szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátására vonatkozóan született meg a „Szakmai ajánlás – A szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű szolgáltatások részére”, mely szakmai irányelv kidolgozását az Addiktológiai Szakértői Munkacsoport végezte 2007-ben (2010-es Éves Jelentés 11. fejezet). Az ajánlás leírja a szolgáltatások típusait, céljait, vezérelvét, jellemzőit, a minőségbiztosítás feltételeit valamint a szolgáltatás által lefedett tevékenységeket. A támogatási szerződések megkötése esetében (lásd T1.5.2 alfejezet) ez a dokumentum szolgál alapul a pályázatok elkészítése és elbírálása során. Az ajánlás 2017-ben feülvizsgálatra került, a megújított szakmai ajánlás 2018. július 1-től hatályos.¹⁰⁵

Továbbá a TÁMOP 5.4.1 projekt kábítószerügyi fejlesztéseket célzó pillérjének keretei között 2011-ben kidolgozásra kerültek széleskörű szakmai konszenzuson alapuló, ajánlásokat megfogalmazó, nemzeti szintű útmutatók a zenés-táncos szórakozóhelyeken működtetett célzott prevenciós és ártalomcsökkentő programok, illetve a túcsere programok számára (2011-es Éves Jelentés 3.2. fejezet). A dokumentumokban foglaltak illeszkednek a 2007-ben kiadott szakmai irányelv célkitűzéseire.

¹⁰⁵ Az új ajánlás a következő évi jelentésben kerül bemutatásra.

A 23/2011. (III.8.) Kormányrendelet a zenés, táncos rendezvények működésének biztonságosabbá tételéről a 2012-es Éves Jelentés 1.2. fejezetében olvasható.

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ, beleértve a 2017-es évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs új információ.

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 ADATFORRÁSOK

Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás:

Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás (NFP 2018): A halálozással kapcsolatos adatok az ún. Speciális Halálozási Regiszterből származnak.. Az adatgyűjtést a Nemzeti Drog Fókuszpont a Semmelweis Egyetem Igazságügyi- és Biztosítás-orvostani Intézet valamint az NSZKK támogatásával végzi 2009 óta. A rendszer országos lefedettségű, BNO-10-e kategóriákat alkalmaz. A regiszter anonim, eset-alapú, minden esetben részletes szociodemográfiai és toxikológiai adatokat is tartalmaz a halálozás körülményeivel kapcsolatos adatok mellett. A regiszter esetdefiníciói és a gyűjtött jellemzők pontosan megfelelnek az EMCDDA halálozási protokolljában (Drug-Related Deaths (DRD) Standard Protocol, version 3.2 2009; Special Register Selection D) foglaltaknak.

Fertőző betegségek:

Bejelentett HIV/HBV/HCV esetek:

Magyarországon az intravénás kábítószer-használók körében bejelentett HIV/AIDS esetekre, valamint a heveny HBV, HCV okozta hepatitisek incidenciájára vonatkozó adatok az EMMI, Kórházhigiénés és Járványügyi Felügyeleti Főosztályán (korábban: Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi Osztályán) működő országos fertőzőbeteg nyilvántartásból, valamint a speciális HIV/AIDS, illetve hepatitis surveillance adatbázisból származnak.

HIV/HBV/HCV prevalencia adatok:

Országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat az intravénás szerhasználók körében (Dudás et al. 2015): 2015 áprilisa és szeptembere között az Egészségügyért Felelős Államtitkárság által biztosított támogatásból az Országos Epidemiológiai Központ megismételte a HIV, HBV és HCV fertőzések országos prevalencia vizsgálatát az intravénás szerhasználók körében. 2006 óta hetedszer került sor azonos módszerrel, hasonló körülmények között végzett szűrővizsgálatokra az intravénás szerhasználók körében. (korábbi vizsgálati évek: 2006-2009 évente; 2011; 2014)

2015-ben 19 szervezet vett részt a vizsgálatban: Budapesten három tűcsere program, három kezelőhely, egy alacsonyküszöbű program illetve egy alacsonyküszöbű programmal is rendelkező kezelőhely, vidéken három kezelőhely, hat tűcsere program és kettő tűcsere programmal rendelkező kezelőhely. A vizsgálatba olyan személyek kerülhettek, akik valaha használtak intravénásan kábítószer/ új pszichoaktív szert. A szűrővizsgálat mellett sor került a szociodemográfiai és szerhasználati jellemzők, illetve a kockázati magatartások felmérésére is. A kérdőív az EMCDDA kulcsindikátorral kapcsolatos útmutatójára, illetve a 9. standard tábla 2. és 3. részére épült, amelyet az OEK és a Nemzeti Drog Fókuszpont munkatársai közösen dolgoztak ki. A kérdőívet és a vérmintát személyes adatokból generált, de vissza nem fejtethető egyedi azonosítóval látták el, amely lehetővé teszi a szerológiai és a kérdőíves adatok összekapcsolását, továbbá a duplikátumok kiszűrését a teljes mintából. Az elemszámok a résztvevő szervezetek intravénás szerhasználói kliensszámaihoz lettek arányosítva 2006-2014 között, azonban ez a budapesti adatok tekintetében 2015-ben módosítást igényelt a két legnagyobb tűcsere program 2014-es bezárása miatt, akik fő helyszínei voltak a vizsgálatnak (lásd: T.1.3.6). A szervezetek a vizsgálati periódusban minden intravénás szerhasználó kliensüknek felajánlották – egy rövid tájékoztatást követően – a részvételi lehetőséget, mindaddig, amíg el nem érték a rájuk szabott mintaszámot. A vizsgálatba bevont intravénás szerhasználók motivációs díjat kaptak élelmiszerjegyek formájában (1000 Ft/ 3 EUR).

A laboreredményeket az OEK munkatársai visszajuttatták a mintavétel helyszíneire, amely átadásra került a kliensek számára, amellyel együttesen biztosított volt a szűrővizsgálat utáni tanácsadás is.

A szerológiai vizsgálatokhoz – az ujjbegyből történő vérvételt követően – szárított vérmintát használtak. HIV szűrővizsgálat céljára a Vironostika HIV Ag/Ab ELISA (bioMérieux) tesztet használták. A reaktív eredményt adó mintákat egy másik, vírus antigén kimutatására is alkalmas kombinált ELISA tesztel ellenőrizték (Genscreen Ultra HIV Ag-Ab; BIO-RAD). Ezen kívül elvégezték az Immuno blot elvén működő INNO-LIA HIV I/II Score (FUJIREBIO) Line Immuno Assay-t is. A hepatitis C vírus esetében a Dia. Pro cég által gyártott HCV Ab Screening ELISA kitet, illetve az Innogenetics cég által gyártott INNOTEST HCV Ab IV kitet alkalmazták. Az anti-HCV pozitív eredményeket a Fujirebio cég által gyártott INNO-LIA HCV Score tesztel (Line Immuno Assay technika) verifikálták.

A teljes minta egyedi azonosító alapján történő duplikáció szűrése után 596 személy adatai kerültek bele a statisztikai elemzésbe. A kétes szerológiai eredményeket kizárták az elemzésből (HCV: 37 minta; HIV: 0; HBV: 0). Az adatok elektronikus rögzítése és feldolgozása az Epi Data és az Epi Info Windows 3.5 programcsomag, illetve az SPSS programcsomag segítségével történt.

Országos vizsgálat 2015 óta nem valósult meg újra. Egyrészt a vizsgálat nem kapott további finanszírozást, mivel Magyarország 2015-ben célszágként bekerült a HAREACT nemzetközi projektbe (lásd: T1.5.5.), amelynek egyik munkacsomagja HIV/HCV nyálteszt alapú szűrővizsgálati gyorsteszteket biztosít. 2018-ban ehhez kapcsolódóan egy új, egyszeri bio-magatartás felmérés indul, amely 5 régiót fed le hazánkban. Másrészt a korábbi országos vizsgálatosorozat évek közötti összehasonlíthatósága 2015-ben sérült a két legnagyobb szűrővizsgálati helyszín (tűcsere) bezárása után, így annak folytatása emiatt is akadályokba ütközött.

A korábbi években egy-egy ad hoc kutatás (beleértve a börtönbeli színteret) eredményei (Csák és Rác 2018; Altalap 2017; Tresó et al. 2012), illetve 2010-2013 között az OEK által biztosított regionális rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokból származó adatok egészítették ki az országos prevalenciavizsgálatból származó eredményeket (lásd korábbi Éves Jelentések vonatkozó fejezetei).

Ártalomcsökkentés

Túcsere adatgyűjtés (Tarján és Fóti 2018): A túcsere szervezetek (100%-os lefedettség) 2018-ban is a Nemzeti Drog Fókuszpont által működtetett adatgyűjtő internetes portálon jelentették 2017-es adataikat. 2008-tól kezdődően a szervezetek ezen a felületen szolgáltatnak adatot a fecskendőforgalmukról (az EMCDDA ST10 tábla kategóriái/ definíciója alapján), egyéb ártalomcsökkentő eszközösztásról és szolgáltatásairól, a fecskendő beszerzési forrásairól, illetve klienseik demográfiai és szerhasználati jellemzőiről a Nemzeti Drog Fókuszpont számára. Az összegyűjtött országos, aggregát adatokat a Nemzeti Drog Fókuszpont kezeli és elemzi. A kliensek/ új kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került. A kliensadatokkal kapcsolatos adatgyűjtésre vonatkozó információkat lásd: Kábítószeres/ E./T.5.2.)

Túcserek az ellátórendszerben (Tarján 2015): A Nemzeti Drog Fókuszpont 2015. május-júniusában on-line kérdőíves vizsgálatot készített a túcsere szolgáltatók körében, amely során felmérte működési formájukat, az ellátórendszerben és a kezelési láncban elfoglalt helyüket, az intézményi kapcsolódásokat. 29 kérdőív érkezett be, amely 100%-os lefedettséget jelent.

Parti szerviz adatgyűjtés (Tarján 2016a): A Nemzeti Drog Fókuszpont 2007 óta gyűjti a rekreációs színtéren ártalomcsökkentő/prevencióos tevékenységet végző szervezetek működési és forgalmi adatait, egy strukturált kérdőív segítségével, amely 2015-ben először on-line formában került kivitelezésre. A 23 megkeresett szolgáltató közül 23 töltötte ki a kérdőívet. Az adatgyűjtés 2015 óta nem valósult meg újra.

T5.2 MÓDSZERTAN

T5.2.1 Hivatkozott kutatások és egyéb felhasznált adatforrások

Altalap (2017): A NCTA_2015_10922_F azonosítójú, Altalap HIV Program projektben elvégzett tesztelesek_HIV, Szifilisz,HCV -, ill a hozzájuk kapcsolódó rizikóviselkedéseket feltáró kérdőívek adataiból 2015. decembere és 2016. áprilisa közti időszakban. Kézirat. elérhető: https://drive.google.com/file/d/0B_DVZxADqeNebTEtMkdVYTcwTGs/view (utolsó hozzáférés: 2018. 09. 16.)

Csák R., Gyarmathy V.A., Miletics M. (2011): Módszertani levél a túcsere programokat megvalósító szolgáltatók számára. NCSSZI.

Csák R., Rácz J. (2018): Risk behaviours of NPS users in Hungary and the possibility of harm reduction. Med Rodz. 21 (1): 93-95.

Dudás, M., Rusvai, E., Győri, Z., Tarján, A., Tresó, B., Horváth, G., Minárovits, J., Csohán, Á. (2015): A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV,HBV, HCV) 2015. évi prevalenciájának vizsgálata. OEK. Publikálás alatt.

Fóti, O., Tarján A. (2018): Túcsere programok adatai, 2017. Kézirat. Nemzeti Drog Fókuszpont.

Hunyady B., Gerlei Zs.,Gervain J., Horváth G., Lengyel G., Pár A., Péter Z., Rókus L., Schneider F., Szalay F., Tornai I., Werling K., Makara M. (2018) Hepatitis C-vírus fertőzés szűrése, diagnosztikája, antivirális terápiája, kezelés utáni gondozása. Central European Journal of Gastroenterology and Hepatology, Vol 4, 2: 53-68.

Horvath G., Halasz T., Makara M., és Hunyady B. (2015) [New era in the treatment of chronic hepatitis C - novel direct acting antivirals]. *Orv Hetil*, 156: 841-848.

Kaló Zs., Szabó R., Bálint R., Péterfi A., Port Á., Szatmári D., Tarján A., Horváth G. (2018): Az új pszichoaktív szerek monitorozása kulcsszakértők bevonásával Magyarországon 2017-2018-ban. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kutatási beszámoló, Kézirat.

NFP (2016): Tűcsere szolgáltatók országos találkozója. Nemzeti Drog Fókuszpont.

NFP (2018): TDI adatgyűjtés halálozási modul: Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozási adatok 2017-ben.

NSZKK (2018b): Kábítószer/pszichotróp anyag/új pszichoaktív szer jelenléte a közúti balesetekből származó vér- és/vagy vizeletmintákban 2017-ben. NSZKK.

Oberth J., Bíró Zs., Mándi B. (2018): Beszámoló a Józan Babák Klub 2017. évi várandósgondozási tevékenységéről

Tarján, A (2015a): Tűcserek az ellátórendszerben 2014-ben. Nemzeti Drog Fókuszpont.

Tarján, A (2016a): A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet végző szervezetek 2015. évi működési és forgalmi adatai. Nemzeti Drog Fókuszpont.

Tarjan, A., Dudas, M., Wiessing, L., Horvath, G., Rusvai, E., Tresó, B., & Csohan, A. (2017). HCV prevalence and risk behaviours among injectors of new psychoactive substances in a risk environment in Hungary-An expanding public health burden. *Int J Drug Policy*, 41, 1-7.

Tarján A., (2018). A hazai intravénás szerhasználók HIV/HCV-fertőzéssel összefüggő kockázati tényezői 2008-2015 között. Doktori értekezés. elérhető: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/horvathtarjananna.d.pdf; short version in English: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/horvathtarjananna.e.pdf (utolsó hozzáférés: 2018. szeptember 17.)

T5.2.1 Hivatkozott kutatások módszertana

Altalap HIV/STI Program (Altalap 2017; Csák és Rácz 2018): Az Alternatíva Alapítvány Altalap HIV Program elnevezésű projektje keretében két hullámban végzett szűrést intravénás szerhasználók, és más, fertőző betegségeknek kitett csoportok körében (MSM populáció, szexmunkások) 2015 júniusa – 2016 áprilisa között. A szűrés során gyorseszteszt segítségével HCV (nyálmintá), HIV és szifilisz (ujjbegyés vérminta) jelenlétét vizsgálták. A szűrés első hulláma 2015 június és november között zajlott, négy helyszínen 7 tűcsere program részvételével: Budapesten (3), Miskolcon (2), Pécsen és Szegeden. Az első hullámban 201 szűrést végeztek, közülük 173 fő volt intravénás szerhasználó. A vizsgálat második hulláma alatt (2015 december – 2016 április) négy vidéki és három budapesti szolgáltató segítségével végezték a szűréseket. A vizsgálat mindkét hulláma kiegészült kockázati magatartásokra és/vagy szexuális úton terjedő betegségek magatartási kockázataira vonatkozó különböző kérdőívekkel, melyek összegzése módszertani korlátokba ütközött. Az intravénás szerhasználók almintájára vonatkozó összesített adatok csak az egyes fertőző betegségek prevalenciaértékei kapcsán voltak elérhetők. A szerhasználati mintázatokkal és kockázati tényezőkkel kapcsolatos eredmények az iv. szerhasználókra vonatkozóan csak az első fázis esetében érhetőek el. Az első fázis (összesen 201 minta) 48%-a Budapestről; 24%-a Miskolcra; 13%-a Pécsről; míg 15%-a Szegedről származott.

Az új pszichoaktív szerek monitorozása kulcsszakértők bevonásával Magyarországon 2017-2018-ban (Kaló et al. 2018): Kábítószeres/E./T.5.2.

KÁBÍTÓSZERPIAC ÉS KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS¹⁰⁶

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

A Magyarországon lefoglalt kábítószergyanús anyagok vizsgálatát a Nemzeti Szakértői és Kutató Központ (NSZKK) mellett, a vámhatósági ellenőrzések során vett mintákból és a hatáskörébe tartozó bűncselekmények felderítéséhez szükséges vizsgálatok szempontjából pedig a Nemzeti Adó- és Vámhivatal végzi. A lefoglalási adatok és a Rendőrség beszámolóí alapján részletes képet kapunk a hazai kábítószerpiacról.

A lefoglalási és fogyasztói információk alapján a kábítószerpiacot 2010-től nagyszabású átrendeződés jellemzi. A „klasszikus” kábítószer mellett nagy számban jelentek meg az új pszichoaktív szerek, amelyek állandó cserélődése a piacon komoly kihívás elé állítja a kínálatcsökkentési törekvéseket is. Az új pszichoaktív szerek piaci részesedése 2010-től 2014-ig folyamatosan bővült, 2014-ben a rendőrségi lefoglalások mintegy 60 %-át ezek az anyagok tették ki. Ez az arány 2015-től folyamatosan csökkent, 2017-re mintegy 35 %-ra esett vissza. Magyarországon nem jellemző a kábítószer nagy mennyiségű termesztése vagy előállítása, csak kisebb ültetvények, illetve laborok váltak ismertté a hatóságok számára. Ebből is adódik, hogy Magyarország leginkább tranzit-országnak tekinthető, amin áthalad több fő kereskedelmi útvonal is. Hazánk célország jellege a kannabisz, az amfetamin a designer drogok és az egyre erősebben megjelenő MDMA tartalmú ecstasy tabletták tekintetében mondható jelentősnek.

A kábítószer-bűncselekmények jellemzői az Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerben (ENYÜBS) a nyomozás befejezésekor rögzített adatok alapján követhetők nyomon. Magyarországon az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények száma 5-7000 között alakul évente, az esetek nagyobb hányada kannabiszhoz (2017: 60,7%), kisebb része stimulánsokhoz (2017: 25,0%) kapcsolható. 2012-től kezdődően, mióta az új pszichoaktív anyagokkal elkövetett (kínálati oldali) bűncselekmények is büntetőjogi felelősséget vonnak maguk után, ezek a szerek is egyre gyakrabban jelennek meg az elkövetés tárgyaként. A kábítószer-bűncselekmények túlnyomó többségét a fogyasztói típusú elkövetések teszik ki, kiváltképp a csekély mennyiséggel elkövetett bűncselekmények esetében, ahol az esetek több mint 90%-a ebbe az elkövetői magatartásba sorolható. A kereskedői típusú elkövetések aránya rendre 20% alatt marad.

A kábítószer-kínálat csökkentését célzó eljárási lehetőségeket a Nemzeti Drogellenes Stratégia, más szakpolitikai stratégiákkal együtt fogalmazza meg. Az említett, kínálat csökkentés eléréséhez vezető eszközök többek között a rendészeti és nyomozati munka hatékonyságának növelése, az igazságügyi szakértői tevékenység erősítése, valamint a terjesztői magatartással kapcsolatban indított eljárások növelése.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 KÁBÍTÓSZERPIAC

T1.1.1 Hazai kábítószer-előállítás és termesztés

A kábítószer magyarországi előállítása tekintetében jellemzően a kisebb méretű kenderültetvények váltak ismertté legnagyobb számban a nyomozóhatóságok előtt. 2017-ben 158 ismertté vált kannabisz termesztés miatt indult eljárás során, mindösszesen 5287 fő

¹⁰⁶ A fejezet szerzői: Bálint Réka, Csesztregi Tamás, Port Ágnes

került lefoglalásra. A 100 tövet meghaladó méretű ültetvények az esetek mintegy 6%-át tették ki.

A szintetikus szerek előállítása Magyarországon jellemzően kis tételben zajlik. 2017 folyamán két olyan illegális laboratórium került lefoglalásra, ahol amfetamin előállítása zajlott benzaldehidből kiindulva. A gyártás az egyik laboratóriumban feltételezhetően néhány grammos tételben történt, míg a másik esetben közel 4 kg amfetamin bázist tartalmazó reakcióelegy került lefoglalásra.

2017-ben egy nyomozás során impregnálási tevékenységre utaló lefoglalások történtek, ahol aceton mellett, szintetikus kannabinoidok csoportjába tartozó tiszta hatóanyagot, illetve ilyen anyaggal impregnált készítményt, valamint kezeletlen növényi törmeléket foglaltak le a hatóságok. Új pszichoaktív hatóanyagot előállító laboratórium azonban nem került felderítésre. (NSZKK 2018a)

T1.1.2 Szállítási útvonalak (import és tranzit szállítmányok)

A nyomozóhatóság tapasztalata szerint (ORFK 2015) a növényi kannabiszt jellemzően a Cseh Köztársaságból csempészik vietnámi szervezett bűnözői csoportok, míg Hollandiából magyar elkövetők csempészik Magyarországra területére. A főleg nyugat-európai piacra szánt, jobb minőségű „skunk” kannabisz Albániából érkezik. A cseh eredetű növényi kannabiszt gyakran személyautókkal csempészik, míg Albániából teherautókban elrejtve nagyobb mennyiségeket (250-400 kg) szállítanak.

A heroint továbbra is Afganisztánból, a klasszikus Balkán-útvonalon, Törökországon keresztül szállítják az országba. A szállítmányok nagy része - a korábbi évekhez hasonlóan - az EU más országaiba kerül és csak rendkívül kis mennyiség jut a hazai piacra. E szer vonatkozásában hazánk továbbra is tranzit ország. A román és/vagy szerb határon át érkező heroint személy- és tehergépjárművek rejtett rekeszeiben csempészik az országba.

A kokain származási helye, csempészési útvonalai és módjai többféleképpen lehetnek: a gépjárműveken Európába belépő szállítmányok Spanyolországból és Hollandiából kerülnek Magyarországra. De továbbra is jellemző a közvetlenül Dél-Amerikából csomagokban és az úgynevezett „nyelős módszerrel” történő csempészés.

A szintetikus kábítószer (amfetamin és ecstasy) elsősorban Belgiumból és Hollandiából kerülnek az országba. Általában személygépjárműveken és buszokon csempészik mivel a schengeni határokon belül ez a legkevésbé kockázatos módszer.

Az új pszichoaktív szerek beszerzési forrása jellemzően Kína. A kereskedők, de akár közvetlenül a fogyasztók is interneten keresztül rendelik meg és csomagküldő szolgáltatásokon keresztül szállítatják az országba. Nyomozati információk szerint azonban a nyersanyagok egy része Szlovákiából, Hollandiából és Spanyolországból érkezik Magyarországra.

T1.1.3 Szállítás az országon belül

A rendelkezésre álló információt lásd a T1.1.5 alfejezetben.

T1.1.4 Nagykereskedelmi és prekursor piac

2017 folyamán, Magyarországon jelentősebb kábítószer-prekursor lefoglalás nem történt, azonban egy esetben 200 kilogramm olyan anyagot foglaltak le, amely valószínűsíthetően kábítószer-prekursor előállítására használható.

A legjellemzőbb hígító és adalékanyagok közül három esetben, összesen mintegy 10 kg koffein-paracetamol elegyet foglaltak le a szerb határon a hatóságok. Jelentősebb, magyarországi kábítószer hígításra utaló lefoglalás nem történt.

A lefoglalt készítményekben legjellemzőbb adalék és hígító anyagok az amfetamin esetében a koffein és a laktóz, kokain esetében a fenacetin és a koffein, míg a heroin esetében a

koffein és a paracetamol. A por formában utcára kerülő új pszichoaktív anyagok jellemzően hígítatlanul, tiszta formában kerülnek forgalomba.

A nyomozó hatóság felderítő tevékenysége során információt gyűjt a piacon jellemző nagykereskedelmi árakról. Az adatok alapján történő szakértői becslés szerint az átlagos árak a következők szerint alakulnak: kannabisz: 3.750 €/kg, heroin: 18.000 €/kg, kokain: 28.000 €/kg, amfetamin: 4.500 €/kg. (ORFK 2016)

T1.1.5 Kiskereskedelmi piac

Online kereskedelem

2015 novemberében a Nemzeti Drog Fókuszpont felmérést végzett a szintetikus kannabinoidok és designer stimulánsok online beszerezhetőségéről, illetve az új pszichoaktív szerek online piacán megfigyelhető változásokról (Dunay és Port 2015, módszertant lásd: T.5.2). A vizsgálat eredményei szerint csökkent az ilyen típusú honlapok száma: a vizsgálat során összesen 38 oldal került azonosításra, szemben a 2013-ban az EMCDDA online snapshot felmérés részeként végzett kutatás (Port 2013) során azonosított 54 oldallal.

A vizsgálat szempontjából a legális szerek három csoportját különítették el: szintetikus kannabinoidok, designer stimulánsok és pszichedelikus növények. A leggyakrabban árult termék a növényi törmelékre felvitt szintetikus kannabinoid volt, mely 35 oldal (92%) kínálatában szerepelt. Pszichedelikus növényt áruló oldalt összesen 4-et (10,5%), designer stimulánst (tabletta vagy kristály) kínáló, 17-et (45%) sikerült azonosítani. A szintetikus kannabinoidot kínáló oldalak jellemzően növényi keverékként kínálták terméküket, melyet 25 oldal füstölő néven árusított, de előfordult a potpourri, biofű, herbál mix és egy esetben szobaillatosító megnevezés is. Nem növényi törmelékre felvitt, por formájú szintetikus kannabinoidot 15 oldal (39%) árult (3 esetben tápsóként, egy esetben kristályként, két esetben herbál por, kilenc esetben pedig „cannabinoid por” formájában). A vélhetően designer stimuláns hatóanyagot tartalmazó, „kristály” megnevezésű cikkek esetében sem fedték fel az oldalak egyértelműen, hogy mik a szer összetevői. Megnevezésüket tekintve a borostyán kristály volt a leggyakoribb: ez a 16 kristályt áruló honlapból 5 esetben fordult elő, további 3 oldalon a penta elnevezés szerepelt. A vélhetően designer stimuláns hatóanyagot tartalmazó, „kristály” megnevezésű cikkek esetében sem fedték fel az oldalak egyértelműen, hogy mik a szer összetevői. Megnevezésüket tekintve a borostyán kristály volt a leggyakoribb: ez a 16 kristályt áruló honlapból 5 esetben fordult elő, további 3 oldalon a penta elnevezés szerepelt. Tablettát (illetve „legál bogyót”) a 38 vizsgált honlapból 10 kínált (26%) különböző fantáziánéven, azok összetételére vagy hatására semmi nem utalt. Pszichedelikus növények között a leggyakoribb a damiana és a kratom volt (ezeket 3 oldal is árusította), salviát a vizsgált oldalak közül mindössze egy kínált. A 3 damianát és kratomot áruló honlapon egyéb etnobotanikai termékek is beszerezhetőek voltak, mint a wild dagga, leonorus sibiricus, fehér mályva levél, mexikói hajnalka, kann, catuaba, khat stb.

Az oldalak magyar nyelven voltak elérhetőek, a vizsgált honlapok között összesen kettő volt, amely más nyelvre váltható (az egyik angol, illetve román, a másik pedig angol nyelvre). A vásárlás módja majdnem minden esetben két lépcsős volt: emailen (néhol telefonon, sms-ben) fel kell venni a kapcsolatot, leadni a rendelést, majd többnyire a futárnak utólag, illetve postai utánvétellel fizetni. Klasszikus webáruházzal – ahol a rendelés és a fizetés egyidejűleg lehetséges volt – mindössze 4 esetben találtak a kutatók.¹⁰⁷ Az oldalakon a leggyakoribb megadott elérhetőség az email-cím volt (34 oldal), telefonos elérhetőséget 18 oldal adott meg, aktív facebook oldallal egy honlap rendelkezett.

¹⁰⁷ Négy további oldal volt, melyen ugyan a fizetés egy második lépcsőben történt, viszont volt lehetőség a termékek árát bankszámlára utalni, két esetben a fizetést PayPal-on keresztül rendezni, illetve egy oldal felajánlotta ezek mellett a Western Unionon keresztül, vagy a bitcoinnal történő fizetés lehetőségét is.

Az oldalak szinte kivétel nélkül hallgattak a termék eredetével kapcsolatban. Egy honlap említette meg, hogy a szerek „külföldről” származnak, és egyetlen oldal volt, amely ennél pontosabban Kínát és Indiát jelölte meg származási országgént.

A termékekkel kapcsolatos figyelmeztetéseket vizsgálva, a 38 oldalból 34 oldal (89%) jelezte valamilyen módon, hogy szolgáltatásai csak nagykorúak számára elérhetők. Szintén gyakori figyelmeztetés volt, hogy a szer emberi vagy állati fogyasztásra alkalmatlan, ilyen figyelmeztetés 28 oldalon (74%) szerepelt. A 38 oldalból 9 oldal (24%) volt, amely nem tért ki a forgalmazott termékek jogi státuszára, a többi 29 oldal mind a szerek legalitására hívta fel a figyelmet. A jogi információk között néhányszor előfordult az adatvédelmi szabályok részletes leírása (4 esetben).

24 oldalon volt feltüntetve valamilyen információ a felhasználás módjáról, ám ezek általában csak arra szolgáltak, hogy a legalitás látszatát erősítsék: felhívták a figyelmet rá, hogy a szerek kertészeti, technikai, dekorációs célt szolgálnak, illetve 12 herbál füstölőt áruló oldal tartalmazott majdnem egyező használati utasítást a füstölőként való alkalmazásra vonatkozóan. 4 oldal volt, amelyek az elnevezésen kívül (füstölő) semmilyen iránymutatást nem tartalmazott a szerek felhasználásra vonatkozóan, további 10 oldalon csupán annyit fűztek hozzá a szerek felhasználáshoz, hogy azok emberi és állati fogyasztásra alkalmatlanok. Egy oldal részletes útmutatót nyújtott a herbál füstölő készítéséhez kannabinoid por felhasználásával.

A szerek hatásairól nagyon kevés oldal tartalmazott bármilyen leírást. Egyedül a kratomot, illetve salviát áruló oldal közölt kifejezetten részletes ismertetőt (ugyanitt a használati utasításról is valós információt adtak). További 4 honlap utalt a füstölő nyugtató vagy éppen élénkítő hatására, egy pedig mindössze a hatás időtartamára figyelmeztetett. Végül egy oldal volt, amelyik mellékhatásként utalt a kábulásra, amely körülbelül két óra múlva múlik el.

Összevetve a korábbi online piacot monitorozó vizsgálatokkal (Péterfi és Port 2011, Port 2012, Port 2013) (a kutatások eredményeinek részletes ismertetését lásd a 2011-es Éves Jelentés 10.1, a 2012-es és a 2013-as Éves Jelentések 10.2 fejezetében), a javasolt felhasználási módok (füstölő/illatosító, növénytápszer, kertészet), a közölt figyelmeztetések és jogi információk, illetve használati utasítások tekintetében jelentős változás nem tapasztalható. Az árusított szerek származási helye kapcsán megállapítható, hogy bár már 2011-ben is elenyésző volt azon oldalak száma, melyek megjelölték a szerek eredetét (19-ből 4 honlap), ez a szám 2015-re tovább csökkent (mindössze egy a 38-ból). Az árakat tekintve a némileg eltérő módszertan miatt nehezebb következtetéseket levonni. A 2011-es kutatásban a növényi törmelékre felvitt JWH-018 szerepelt, melynek grammja kis mennyiség rendelése esetén átlagosan 2360 Ft-ért (7,62 €)¹⁰⁸, 100 gramm rendelésekor átlagosan 1070 Ft-ért (3,46 €) volt beszerezhető. Ezt összevetve a herbál füstölők 2015-ös áraival - 1223 Ft/g (3,95 €), illetve 483 Ft/g (1,56 €), mennyiségtől függően -, jelentős, 50% körüli csökkenés figyelhető meg, ami összecseng a kábítószeres utcai áraival kapcsolatos évenkénti adatgyűjtés eredményeivel.

¹⁰⁸ Az összegek a 2015-ös hivatalos euró középárfolyam (1€=309,69 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

Utcai árak

Az előző évekhez hasonlóan, a Nemzeti Drog Fókuszpont 2018 tavaszán kérdőíves felmérést készített a drogambulanciák kliensei körében, a kábítószeres utcai áráról (Bálint; módszertan: T.5.2).

A felmérés a klasszikus kábítószeres mellett, a különböző designer stimulánsok (kristály néven), valamint a szintetikus fű (szintetikus kannabinoiddal kezelt növényi keverékek, Spice/herbál/bio fű/varázsdohány néven) legutolsó vásárláskori árát is felmérte.

A kannabisz származékok (marihuána, hasis) leggyakoribb utcai ára 2017-ben 2500 Forint volt, míg az ecstasy-ért leggyakrabban 2000 Forintot, az Amfetaminért 3000 Forintot kértek. A szintetikus fű 2017-es leggyakoribb ára 1000 Forint, míg a dizájner stimulánsoké 3000 Forint volt.

26. táblázat. Kábítószeres utcai árak forintban 2017-ben

szertípus	legalacsonyabb	legmagasabb	átlag	leggyakoribb	mintaszám
Hasis (gr)	1 500	4 500	2 572	2 500	77
Marihuána (gr)	1 500	4 000	2 551	2 500	126
Heroin (gr)	7 500	20 000	12 308	12 000	19
Heroin 1 pakett	2 000	12 000	5 353	5 000	20
Kokain (gr)	12 000	30 000	21 024	20 000	65
Amfetmin (gr)	2 000	5 000	2 854	3 000	85
Metamfetamin (gr)	2 000	16 000	3 739	3 000	24
Ecstasy 1 tabl.	500	3 500	1 996	2 000	81
LSD 1 bélyeg	1 000	6 000	3 042	3 000	44
szintetikus fű (gr)	500	5 000	1 227	1 000	65
Metadon (20mg)	500	6 000	1 981	2 000	15
Metadon (5mg)	300	2 000	1 030	1 000	13
kristály (gr)	1 000	7 000	2 982	3 000	53

Forrás: Bálint 2018

27. táblázat. Kábítószeres utcai árak euróban¹⁰⁹ 2017-ben

szertípus	legalacsonyabb	legmagasabb	átlag	leggyakoribb	mintaszám
Hasis (gr)	4,8	14,5	8,3	8,1	77
Marihuána (gr)	4,8	12,9	8,2	8,1	126
Heroin (gr)	24,2	64,6	39,8	38,8	19
Heroin 1 pakett	6,5	38,8	17,3	16,2	20
Kokain (gr)	38,8	97,0	67,9	64,6	65
Amfetmain (gr)	6,5	16,2	9,2	9,7	85
Metamfetamin (gr)	6,5	51,7	12,1	9,7	24
Ecstasy 1 tabl.	1,6	11,3	6,5	6,5	81
LSD 1 bélyeg	3,2	19,4	9,8	9,7	44
biofű/spice (gr)	1,6	16,2	4,0	3,2	65
Metadon (20mg)	1,6	19,4	6,4	6,5	15
Metadon (5mg)	1,0	6,5	3,3	3,2	13
kristály (gr)	3,2	22,6	9,6	9,7	53

Forrás: Bálint 2018

¹⁰⁹ A táblázatban szereplő árak a 2017-es hivatalos euró középárfolyam (1€=309,41 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

Tisztaság

A lefoglalt szerek hatóanyag-tartalma 2017 folyamán néhány szer esetében tért el az előző évben detektált értékektől (módszertant lásd T5.2). A marihuána esetében nem tapasztalható jelentős változás az előző évhez képest. A hasis lefoglalások között csökkent a kis hatóanyag-tartalmú anyagok aránya, a korábbi években több esetben előforduló 2% hatóanyag tartalom alatti anyagok gyakorlatilag eltűntek a lefoglalásokból. A heroin tartalmú porok esetében 2017-ben, az előző évinél több nagytételű, magasabb hatóanyag-tartalmú lefoglalás történt, de néhány kisebb lefoglalás esetében is előfordultak magasabb koncentrációjú minták. A fogyasztói kiszerelemben lefoglalt kokain porok hatóanyag-tartalma jellemzően 15-85% között alakult, míg a nagytételű lefoglalásokban több esetben fordultak elő néhány-száz grammos, 30-40% koncentrációjú készítmények. A metamfetamin tartalmú porok hatóanyag-tartalma az előző évekhez képest jelentősen nem változott. A lefoglalt amfetamin porok koncentrációja általában az 1-70% tartományba esett. Az előző évekhez hasonlóan, több alkalommal kerültek lefoglalásra kis mennyiségű, mintegy 70% amfetamin-bázis tartalmú, gyakorlatilag hígítatlan porok. Az ecstasy tabletták hatóanyag-tartalma kis mértékben tovább emelkedett. Továbbra is nagy számban kerültek lefoglalásra különleges alakú, nagyméretű tabletták, amelyek akár 220 mg hatóanyagot is tartalmaztak. Az alacsonyabb hatóanyag-tartalmú tabletták MDMA-bázis tartalma általában 70-150 milligramm közötti érték volt.

A por formában fogyasztott, jellemzően „kristály” utcai néven árult új pszichoaktív anyagok közül 2017 folyamán a domináns szer az etil-hexedron volt, ami általában tisztán, hígítatlanul fordult elő, de számos esetben került lefoglalásra olyan készítmény is, ami az etil-hexedron mellett kisebb mennyiségben 4-Cl-alfa-PVP hatóanyagot is tartalmazott. A növényi törmelékekre felvitt különböző szintetikus kannabinoidok hatóanyag-tartalma csökkent, 2017-ben a 0,1-6% tartományba eső koncentrációk voltak jellemzők.

T1.2 KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS

T1.2.1 Kábítószer-bűncselekmények

A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények és a bűncselekmények elkövetőinek jellemzői a Legfőbb Ügyészség Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerében (ENYÜBS), a nyomozati szak lezárásakor rögzített adatok alapján kerülnek bemutatásra. Az adatok elemzését a Nemzeti Drog Fókuszpont végzi.

2013-ban a hazai Büntető Törvénykönyv Különös Része jelentősen módosult, benne a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények törvényi tényállásai is. A 2013. július 1-je után elkövetett bűncselekmények a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (a továbbiakban: új Btk.) hatálya alá tartoznak, míg az e dátum előtt elkövetett bűncselekmények a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (a továbbiakban: régi Btk.) hatálya alá esnek. (Részletekért lásd: Jogi keretek fejezet T1.1.1 alfejezet, valamint 2014-es Éves Jelentés 1.2. fejezet.)

2017-ben 6963 kábítószerhez vagy új pszichoaktív anyaghoz köthető bűncselekmény miatt indított nyomozás lezárására került sor, ebből 55 eset a régi Btk. hatálya alá, 6908 eset az új Btk. hatálya alá tartozott.

Az új pszichoaktív anyagokkal való visszaélés 2012 márciusa óta von maga után büntetőjogi felelősségre vonást. (Részletekért lásd: Jogi keretek fejezet T1.1.3 alfejezet, 2012-es Éves Jelentés 1.2. fejezet.) Új pszichoaktív anyaghoz köthetően 415 bűncselekményt (6,8%) regisztráltak, valamennyi az új Btk. hatálya alá tartozott. Az új pszichoaktív anyaggal visszaélés bűncselekmény miatt folytatott nyomozások megszüntetését követően szabálysértési hatóságokhoz áttett ügyekben 1 678 személyt vontak szabálysértési eljárás alá 2017-ben. (Rendőrség 2018)

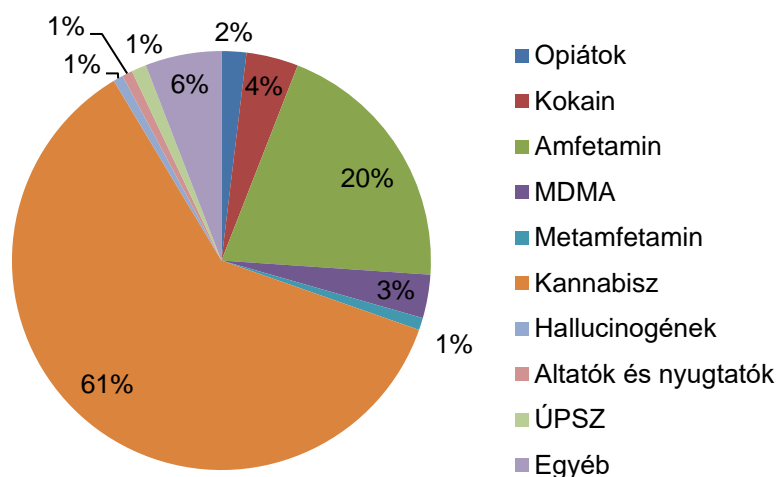
A kábítószerrel összefüggő bűncselekmények aránya az összes regisztrált bűncselekményen belül 3,1% volt.

A kábítószer-bűncselekmények közel 50% át Budapesten (38,5%) vagy Pest megyében (8,1%) regisztrálták. A többi megye közül egyes északi határ mentén fekvő megyék részesedése volt a legmagasabb (Győr-Moson-Sopron megye 5,2%, BAZ 4,6%).

Szertípusok

2017-ben az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények¹¹⁰ 60%-át (60,6%, 3951 eset) kannabisszal követték el, a második leggyakoribb szercsoport a stimulánsok¹¹¹ voltak (25,0%, 1631 eset). A stimulánsokkal elkövetett esetek között az elkövetés tárgyaként leggyakrabban az amfetamin (80,0%) fordult elő, ezt követte az MDMA (ecstasy) (13,3%) és a metamfetamin (3,7%). Új pszichoaktív anyagok az esetek mindössze 1,1%-ában (74 eset) kerültek rögzítésre¹¹². Az új pszichoaktív anyagok között 40,5%-ban katinon származékok, 28,4%-ban arylalkilaminok, 13,5%-ban piperazinok, 10,8%-ban fenetilaminok szerepeltek. Az elkövetés tárgyaként kokain 4,0%-ban (260 eset), opiátok 2,6%-ban (124 eset, ezen belül: heroin 0,95%, metadon 0,85%, egyéb opiátok 0,80%), hallucinogének 0,75%-ban (49 eset), egyéb kábítószerek 5,8%-ban (381 eset) kerültek rögzítésre.¹¹³

46. ábra. Ismertté vált kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények (N=6522)¹¹⁴ megoszlása szertípus szerint, 2017



Forrás: ENYÜBS 2018, elemezte: NFP

¹¹⁰ A prekúrozokkal elkövetett (4) és a szertípushoz nem köthető (437) esetek nélkül.

¹¹¹ A kokain külön kategóriaként, nem a stimulánsok között szerepel.

¹¹² Az új pszichoaktív anyagokkal elkövetett esetek száma Btk. tényállások szerinti, illetve szertípusok szerinti bontásban nem egyezik. Ennek oka az, hogy a bűncselekmények szertípusok szerinti leválogatása az EMCDDA kábítószer-bűncselekményekre vonatkozó adatgyűjtési protokolljában meghatározott szertípus kategóriák mentén történt, mely szerint az ENSZ kábítószerjegyzékein nem szereplő anyagok minősülnek új pszichoaktív anyagnak. A bűncselekmények tényállások szerinti bontásakor a hazai büntetőjog értelmében „új pszichoaktív anyag”-nak minősülő anyagokkal elkövetett visszaélések kerültek ide. A hazai szabályozás ugyanakkor helyenként szigorúbb a nemzetközihez képest, vagyis hazánkban bizonyos ENSZ listán nem szereplő - így az EMCDDA protokoll szerint új pszichoaktív anyagnak és nem kábítószernek minősülő - anyagok is kábítószernek minősülnek. Ennek következtében az új pszichoaktív anyagokkal elkövetett bűncselekmények száma eltér Btk. tényállások szerinti és szertípusok szerinti bontásban.

¹¹³ 437 bűncselekmény (az összes regisztrált eset 6,3%-a) esetében szertípus nem került rögzítésre. Kábítószerprekúrozor volt az elkövetés tárgya 4 esetben (0,06%).

¹¹⁴ A prekúrozokkal elkövetett és a szertípushoz nem köthető esetek nélkül.

Elkövetői magatartások¹¹⁵

2017-ben az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények közül szigorúan kábítószer birtoklásához (saját használat céljából történő megszerzés vagy tartás) 5587 bűncselekmény (a bűncselekmények 80,2%-a) volt köthető. A fogyasztói típusú bűncselekmények 60,7%-át kannabisszal, 25,3%-át stimulánsokkal követték el, a többi szertípus csak elenyésző arányban fordult elő az elkövetés tárgyaként (opiátok 1,9%, kokain 4,0%, egyéb szerek 5,6%, új pszichoaktív anyagok 1%).

A kínálati típusba sorolható elkövetések¹¹⁶ az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények 19,3%-át tették ki (1343 eset). A kínálati típusú bűncselekmények harmada (31,7%, 426 eset) csekély mennyiségű kábítószerhez köthető kereskedői tevékenység volt. Jelentős vagy különösen jelentős mennyiséggel elkövetett bűncselekmény 219 esetben (a kereskedői magatartások 16,3%-ában, az összes bűncselekmény 3,2%-ában) került rögzítésre. Kábítószer termesztése vagy előállítása tényállás 109 esetben, a kereskedői magatartások 8,1%-ában szerepelt az elkövetés módjaként.

A kínálati oldalhoz sorolható elkövetések között is a kannabisszal elkövetett bűncselekmények szerepeltek a legnagyobb arányban (41,6%). A kereskedői típusú elkövetések tárgyaként stimulánsok 16,3%-ban, kokain 2,9%-ban, opiátok 1,3%-ban, új pszichoaktív anyagok 0,9%-ban, egyéb szerek 4,0%-ban kerültek rögzítésre. Viszonylag magas (31,9%) volt azon esetek aránya, ahol az elkövetés tárgyaként szertípus nem került rögzítésre.

A jelentős mennyiséggel elkövetett cselekmények között az elkövetés tárgyaként leggyakrabban a kannabisz (53,9%) és a stimulánsok (25,1%) fordultak elő, kokain 10,5%-ban, opiátok 4,1%-ban, egyéb kábítószerek 1,4%-ban kerültek rögzítésre. A csekély mennyiségű kábítószerrel elkövetett kínálati típusú bűncselekmények 34,0%-át szintén kannabisszal követték el, 14,1%-át stimulánsokkal, a mellett, hogy magas volt az egyéb szerek (5,2%) és a szertípushoz nem köthető esetek (43,4%) aránya.

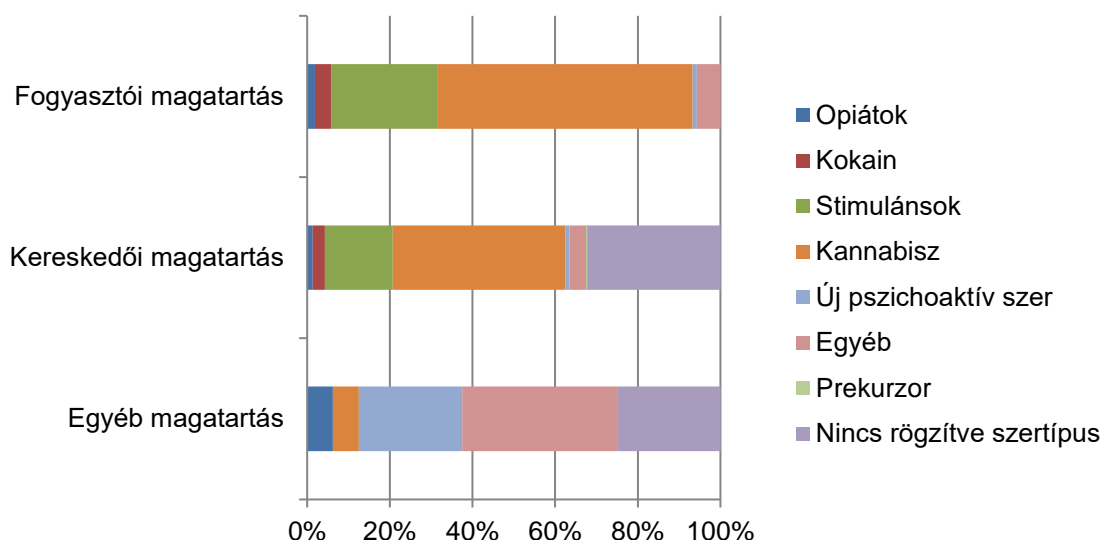
A termesztői/előállítói típusú elkövetések 96,3%-a kannabisz termesztéséhez kapcsolódott.

Egyéb magatartások (kóros szenvedélykeltés, kábítószer készítésének elősegítése) 33 esetben (0,5%) kerültek rögzítésre.

¹¹⁵ 2014-től kezdődően a bűncselekmény típusok az EMCDDA új kábítószer-bűnözésre vonatkozó adatgyűjtési protokolljának megfelelően kerülnek leválogatásra, mely több ponton eltér a korábbi években követett jelentési struktúrájától.

¹¹⁶ Kereskedői/kínálati típusú magatartások: termeszt, előállít, kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik, az országba behoz, az országból kivisz, az ország területén átvisz, és valamennyi jelentős vagy különösen jelentős mennyiségű kábítószerrel elkövetett bűncselekmény.

47. ábra. Ismertté vált kábítószer-bűncselekmények megoszlása elkövetői magatartások és szertípusok szerint, 2017



Forrás: ENYÜBS 2018, elemezte: NFP

Elterelés

A kábítószerhez köthető ügyekben indult büntetőeljárások¹¹⁷ nagyobb része még a bírósági szakasz megkezdése előtt lezárul, a büntetés alternatívájaként igénybe vehető elterelés intézményének köszönhetően. (Az elterelés jogszabályi háttere a Jogi keretek fejezet T2.1 alfejezetében, az elterelés keretében kezelésbe lépők adatai a Kezelés fejezet T1.3.1 alfejezetében, a bv. intézeteken belül elterelésben résztvevő fogvatartottak adatai a Kábítószer-használat a börtönben fejezet T1.2.2 és T1.3.2 alfejezeteiben olvashatók.) Az elterelésben résztvevőknek csak kisebb része fog a regisztrált bűnelkövetők között szerepelni (például ha az elkövető csak az eljárás bírósági szakaszában kezdi meg az elterelést), nagyobb részük nem fog megjelenni a bűncselekményi statisztikában, mert a büntetőeljárás az elterelés megkezdésével még azelőtt megszűnik, hogy megállapítanák bűncselekmény elkövetését és bűncselekményként regisztrálnák az esetet.

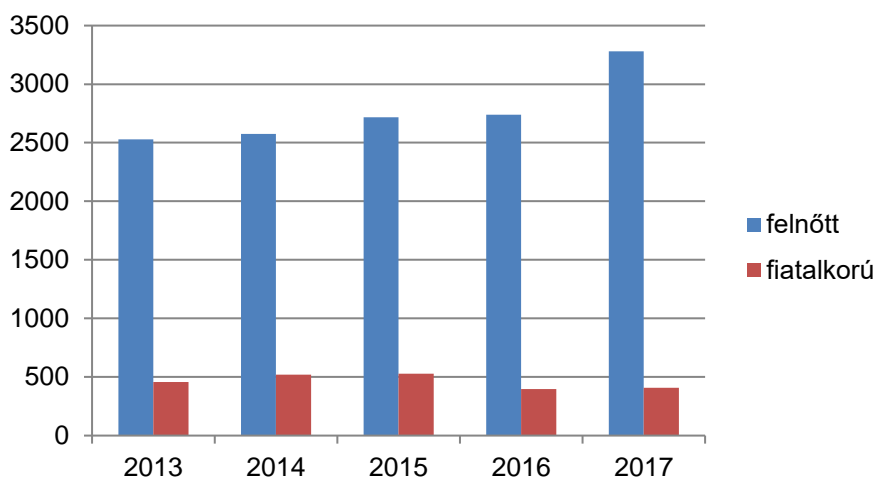
2017-ben összesen 12575 büntetőeljárás fejeződött be kábítószerrel kapcsolatos ügyben, ebből vádemelésre 3041 esetben (24,2%) került sor. A büntetőeljárások maradék 76%-a még a bírósági szakaszt megelőzően lezárult, a nyomozás megszüntetése (34,8%), a feljelentés elutasítása (4,0%), egyéb befejezés (17,2%), vagy „elterelés” eljárási döntés következtében. Eltereléshez kapcsolódóan 2482 ügyben (19,7%) került sor a büntetőeljárás befejezésére, de a ténylegesen elterelés miatt lezárult eljárások száma ennél több, mert az elterelt esetek egy kisebb hányada az „egyéb befejezés” eljárási döntések között jelenik meg, vádemelés elhalasztása, vagy büntethetőséget megszüntető egyéb ok címen.

Elterelés mellett megállapított pártfogó felügyeletre 3688 ügyben került sor, az esetek 88,9%-ában az elkövetők felnőtt korúak voltak, 11,1%-ában fiatalok.¹¹⁸

¹¹⁷ A regisztrált bűncselekmények számát és a büntetőeljárásra vonatkozó adatokat egymástól külön kell kezelni. A büntetőeljárásra vonatkozó adatok mutatják azt, hogy hány büntetőeljárás indult az adott cselekmény miatt az adott időszakban, függetlenül az eljárás befejezési módjától. A regisztrált bűncselekményre vonatkozó adatok azt mutatják, hogy adott bűncselekmény típusból adott időszakban mennyit regisztráltak bűncselekményként a nyomozás lezárásakor. Egy cselekményhez kapcsolódóan több büntetőeljárás is indulhat, ugyanakkor bűncselekményként csak egyszer lesz regisztrálva a statisztikában. Előfordulhat az is, hogy a nyomozás végén nem állapítja meg a rendőrség vagy az ügyész az adott bűncselekmény elkövetését, illetve az ügyész a vádemeléstől eltérő, más befejezési módot alkalmaz (pl. bizonyíték hiányában megszünteti, felfüggeszti az eljárást stb.), és így bűncselekményként nem kerül regisztrálásra az adott ügy. A büntetőeljárás adatok tehát jóval szélesebb halmazt képeznek, mint a regisztrált bűncselekményi adatok.

¹¹⁸ A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény 222. § (2) bekezdése szerinti vádemelés elhalasztása (elterelés) mellett megállapított pártfogó felügyelet esetében a Be. 225.§ (4) bekezdése alapján a pártfogó felügyelet tartamára kötelezettségként elő kell írni a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésen, kábítószer-

48. ábra. Vádemelés elhalasztása (elterelés) mellett megállapított pártfogó felügyelet ügyek száma 2013-2017 között



Forrás: IM 2018

A kábítószer-bűncselekményeket elkövetők jellemzői

2017-ben a 6963 kábítószer-bűncselekményhez kötődően 6860 elkövetőt regisztrált a bűnügyi statisztika¹¹⁹. A korábbi évekhez hasonlóan, az elkövetők 90%-a férfi, 10%-a nő volt. Az életkor szerinti megoszlást tekintve, az elkövetők 9,2%-a 18 év alatti, 34,2%-a 19 és 24 év közötti, 25,9%-a 25 és 30 év közötti fiatal volt. Összességében, a kábítószer-bűncselekményt elkövetők 68,1%-a a 30 éves vagy annál fiatalabb korosztályból került ki, míg az összes regisztrált bűnelkövető között a 30 év alattiak aránya 42,8% , a 19-24 év közöttiek aránya 16,7% volt, vagyis elmondható, hogy a kábítószer-bűncselekményeket elkövetők az egyéb bűncselekmények elkövetőinél jóval fiatalabbak.

A kábítószer-bűncselekményt elkövetők 30,8%-a általános iskolai végzettséggel rendelkezett, 35,0%-a középfokú végzettséggel. Az elkövetők mindössze 2,6%-a rendelkezett felsőfokú végzettséggel.¹²⁰

T1.2.2 Kábítószer hatása alatt elkövetett bűncselekmények

2017-ben kábítószer hatása alatt összesen 5845 fő követett el bűncselekményt, ami az összes regisztrált hazai elkövető 6,3%-át tette ki. A kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövetők túlnyomó része (5300 fő, 90,7%) kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményt követett el, attól eltérő, egyéb bűncselekményt 545 fő (9,3%) követett el.

A kábítószer hatása alatt kábítószer-bűncselekménytől különböző bűncselekményt elkövetők több mint fele (317 fő, 58,2%) közlekedési bűncselekményt követett el (ebből 315 fő járművezetést ittas és/vagy bódult állapotban). Vagyon elleni bűncselekményt 97 fő (17,8%), személy elleni bűncselekményt 27 fő¹²¹ (4,95%) (ebből befejezett emberölést 2 fő,

használatot kezelő más ellátáson vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételt. Az elterelés mellett megállapított pártfogó felügyelet a pártfogó felügyeletnek egy olyan speciális esete, ahol a pártfogó felügyelet elsődleges célja a külön kötelezettség teljesítésének ellenőrzése és támogatása.

¹¹⁹ Egy elkövető több bűncselekményt is elkövethet. A bűncselekményekre vonatkozóan a kinyert adatok teljeskörűek, az elkövetőkre vonatkozóan azonban nem, mivel az elkövetői adatok rögzítésére szolgáló „T” lapon csak a legsúlyosabb, illetve gyermekkorúként vagy fiatalkorúként elkövetett bűncselekményt kell feltüntetni.

¹²⁰ 2160 fő esetében (31,5%) az iskolai végzettség nem ismert.

¹²¹ A régi Btk. hatálya alá eső összes esetet tartalmazza, az új Btk. hatálya alá eső eseteket csak részben, mivel a régi Btk.-ban a személy elleni bűncselekmények főcím alá sorolt egyes tényállásokat az új Btk. eltérő címe alatt nevesíti.

emberölési kísérletet 4 fő, testi sértést 17 fő), garázdaságot 45 fő (8,3%), egyéb bűncselekményt 59 fő (10,8%) követett el.

T1.3 A KÁBÍTÓSZER-KÍNÁLAT CSÖKKENTÉSÉT CÉLZÓ TEVÉKENYSÉGEK

T1.3.1 A kábítószer-kínálat csökkentését célzó tevékenységek

A Nemzeti Drogellenes Stratégiában meghatározott cél, hogy 2020-ra a kereslet- és a kínálat-csökkentés egyensúlyának biztosítása mellett, a rendelkezésre álló eszközök széles körű alkalmazásával, a lehető legteljesebb mértékben visszaszoruljon a kábítószer-fogyasztás Magyarországon. Különösen fontos ez azokon a színtereken, ahol a gyermekek, fiatalok fokozott veszélynek vannak kitéve: az iskolákban, a közművelődési intézményekben és a szórakozóhelyeken.

A Nemzeti Biztonsági Stratégia részletesen meghatározza a kábítószer-kereskedelemmel összefüggésben felmerülő hazai kihívásokat és az adekvát válaszokat. Rögzíti, hogy a kábítószer-bűnözés elleni sürgős és a jelenleginél célravezetőbb fellépés előfeltétele a rendészeti munka hatékonyságának növelése, az illetékes szervek technikai ellátottságának és személyi állománya képzettségének javítása, továbbá az illetékes nemzetközi szervezetekkel folytatott hatékony információcsere és együttműködés. Ennek érdekében a Stratégia szerint növelni kell az ellenintézkedések hatékonyságát, meg kell erősíteni a bünszervezetek elleni fellépésért felelős szervezetek, valamint a bűnügyi szakértői tevékenység személyi, anyagi és technikai bázisát. A fentiekben túl fel kell állítani egy országos szintű, kábítószer-bűnözés elleni szolgálatot. A kábítószer-ellenes küzdelem átfogó társadalmi feladatot is jelent, így az eredményes fellépés szempontjából különösen fontos a társadalmi bűnmegelőzés lehetőségeinek kihasználása.

Mindezek alapján a kínálatcsökkentés legfőbb stratégiai célja bármely visszaélésre alkalmas pszichoaktív anyag Magyarországra történő bejutásának és a hazánkban megjelenő szerekhez való hozzáférés megakadályozása, illetve ezzel összefüggésben a bűnmegelőzési vetület érvényesítése.

2014 februárjában lépett életbe a Nemzeti Rendőrségi Kábítószer-ellenes Stratégia. A kínálatcsökkentés mellett prioritásként jelenik meg a dokumentumban az igazságügyi szakértői tevékenység erősítése, a kábítószer-fogyasztással összefüggő közúti balesetek számának csökkentése valamint a nyomozati hatékonyság növelése. A megfogalmazott főbb prioritások szerint növelni kell, a terjesztői magatartások miatt megindított eljárások számát, valamint ki kell alakítani a csomagküldő szolgálatokkal és a Magyar Postával egy olyan együttműködést, amely elősegíti az ilyen formában történő forgalmazás visszaszorítását.

A kínálatcsökkentési tevékenységben részt vesz elsősorban a Rendőrség bűnügyi és közrendvédelmi szolgálata, illetve szerepet kap ebben az igazgatásrendészeti szolgálat kábítószer-rendészeti tevékenysége, amely az engedéllyel rendelkezők körében (egészségügyi szolgáltatók, gyártók, nagykereskedők) végzett ellenőrzések során csökkenti, illetve megakadályozza az eltérítést.

2012-ben történt szervezeti átalakítások miatt jelenleg csak a Készenléti Rendőrség Nemzeti Nyomozó Irodájánál van olyan szervezeti egység 25 fővel, amely nevesítve kábítószer-elleni bűnüldözési tevékenységet végez. Ezt megelőzően a Budapesti Rendőr-főkapitányságnál is volt kijelölt szerv, amely végzett ilyen tevékenységet. Jelenleg a megyei (és budapesti) Rendőr-főkapitányságok bűnügyi és felderítő osztályai végzik a kábítószer-bűncselekmények miatti eljárási cselekményeket a többi bűncselekmények nyomozása mellett, nincs erre a feladatra speciálisan dedikált szerv.

A kábítószer-rendészeti feladatokat az ORFK RFI Igazgatásrendészeti Főosztály Rendészeti Osztály – mint központi szerv – mellett, egy stabil kábítószer-rendészeti területi hálózat (23 fő) látja el. 2017-ben több mint 8 ezer ellenőrzés történt, melynek eredménye képpen 29 felügyelt megsemmisítés történt. A szerv továbbá, 188 esetben észlelt valamilyen

hiányosságot, melynek szankciójaként 6 esetben szabálysértési feljelentést, 180 esetben pedig jegyzőkönyvi figyelmeztetést alkalmaztak.

A Nemzeti Adó- és Vámhivatal a kábítószeres, a pszichotróp és új pszichoaktív anyagok, illetve kábítószer-prekúrzorok legális forgalmának felügyelete, valamint a határátkelőhelyeken, illetve a postai és futárszolgálatok forgalmából kiszűrt, illegálisan szállított anyagok felderítése révén lát el kínálatcsökkentő feladatokat (NAV 2018).

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

T2.1 RÖVID TÁVÚ TRENDEK A KÁBÍTÓSZERPIAC LEGJELLEMZŐBB SZERTÍPUSAI ESETÉBEN

Lefoglalások

Kenderültetvények esetében 2010-2011 folyamán több nagyméretű, 100 tő feletti ültetvényen évente több mint 10000 tő növényt foglaltak le a hatóságok. Ez a mennyiség 2012-2014 időszakban jelentősen csökkent. Azonban a 10 tő alatti, illetve 10-100 tő közötti ültetvények számában és arányában a 2010-2017-ig tartó időszakban markáns változás nem tapasztalható.

A nagytételben lefoglalt marihuána mennyisége 2012-ben jelentősen megugrott, majd 2016-ig folyamatosan csökkent. 2017-ben ismét jelentősebb lefoglalások történtek a Szerbiából Magyarországra tartó határforgalomban. Míg a 2010-2011 időszakban néhány-száz kilogramm marihuána került lefoglalásra, addig 2012-ben közel 1,8 tonna volt a lefoglalt mennyiség, ami a 2014-2016 évekre 529, 590 illetve 494 kilogrammra esett vissza, majd 2017-ben ez a mennyiség 2,1 tonnára emelkedett.

A hasis lefoglalások száma 2010 óta folyamatos emelkedő tendenciát mutat. 2017-ben a korábbi évekhez képest kiugró, 114 kilogrammos a lefoglalt mennyiség jelentős részét egyetlen, 108 kilogrammos szállítmány tette ki.

2009-2010 folyamán a heroin lefoglalások száma, illetve a lefoglalt anyag mennyisége is jelentősen visszaesett a korábbi évekhez képest. A következő időszakban a lefoglalások éves száma nem emelkedett számottevően, a lefoglalt összes anyagmennyiség is mindössze néhány kilogramm volt évente. Míg 2016 folyamán számottevő tranzitforgalomra jellemző nagyobb lefoglalás nem történt, addig 2017-ben 5 esetben volt 1 kilogramm feletti és egy esetben 1 kilogramm közeli lefoglalás.

A kokain lefoglalások vonatkozásában, a 2011-2017 időszakban a lefoglalások számában folyamatos emelkedés tapasztalható, a lefoglalások jelentős részét a kisebb (fogyasztói) mennyiségek tették ki. 2016-2017 folyamán az esetszámok a korábbinál nagyobb mértékben emelkedtek, ami a kokain fokozottabb terjedésére utal.

Az amfetamin lefoglalások száma – a kis tételű, 10 gramm alatti lefoglalások trendjéből adódóan – szintén enyhe emelkedést mutat a 2010-2017 időszakban.

Az MDMA tartalmú tablettákból 2010-ben mindössze 7 lefoglalás történt, de 2012-től a lefoglalások száma folyamatosan emelkedett. 2016 és 2017 folyamán már 332, illetve 502 esetben foglaltak le ilyen tablettát. 2017-ben 11 nagytételű (1000 vagy több tablettát tartalmazó) lefoglalás történt. Ezzel párhuzamosan a kristályos vagy por formában piacra kerülő MDMA esetszáma is folyamatos emelkedést mutat.

Az LSD lefoglalások száma és a lefoglalt anyag mennyisége 2017-ben meghaladta az előző évek adatait. Az utóbbi években oldat, illetve por formában is foglaltak le LSD-t a hatóságok. Az LSD lefoglalások jellemzően nagy nemzetközi érdeklődés mellett zajló nyári zenei fesztiválokhoz köthetők.

28. táblázat. Lefoglalások száma 2013 és 2017 között¹²²

szertípus	2013	2014	2015	2016	2017
marihuána	2040	2058	1945	2673	3674
kannabisz növény	196	146	127	153	158
hasis	101	101	141	149	153
heroin	32	31	48	34	34
kokain	117	143	153	229	276
amfetamin	536	598	633	778	900
metamfetamin	50	54	62	54	68
ecstasy tableta /MDMA, MDA, MDE/	181	213	219	332	502
LSD	22	29	33	32	54
<i>növényi anyagok szintetikus kannabinoidokkal</i>	<i>2099</i>	<i>3876</i>	<i>2440</i>	<i>2373</i>	<i>2177</i>
<i>szintetikus kannabinoidok porokban</i>	<i>60</i>	<i>104</i>	<i>90</i>	<i>113</i>	<i>120</i>
<i>kátonon származékok por formában</i>	<i>855</i>	<i>863</i>	<i>802</i>	<i>671</i>	<i>735</i>
<i>kátonon származékok tablettában</i>	<i>174</i>	<i>40</i>	<i>67</i>	<i>70</i>	<i>8</i>

Forrás: NSZKK 2018a

29. táblázat. Lefoglalások mennyisége 2013 és 2017 között¹²³

szertípus	2013	2014	2015	2016	2017
marihuána (kg)	863,4	529,23	589,55	494,12	2 139,91
kannabisz növény (tő)	5307	3288	2970	6482	5 287
hasis (kg)	5	7,91	18,15	3,69	114,46
heroin (kg)	5,7	70,06	11,74	2,11	20,56
kokain (kg)	8,1	39,65	30,53	25,06	5,87
amfetamin (kg)	74,8	15,95	32,48	24,78	24,71
metamfetamin (kg)	0,2	0,41	1,17	0,19	0,74
ecstasy tableta (db) /MDMA, MDA, MDE/	17664	13020	56420	79702	51 836
LSD (adag)	342	965	398	928	1 476
<i>növényi anyagok szintetikus kannabinoidokkal (kg)</i>	<i>44,5</i>	<i>100,01</i>	<i>21,18</i>	<i>29,13</i>	<i>11,79</i>
<i>szintetikus kannabinoidok porokban (kg)</i>	<i>15,5</i>	<i>5,52</i>	<i>5,55</i>	<i>3,47</i>	<i>3,09</i>
<i>kátonon származékok por formában (kg)</i>	<i>81,5</i>	<i>42,01</i>	<i>18,34</i>	<i>36,14</i>	<i>30,76</i>
<i>kátonon származékok tablettában (db)</i>	<i>55421</i>	<i>12902</i>	<i>15578</i>	<i>3256</i>	<i>551</i>

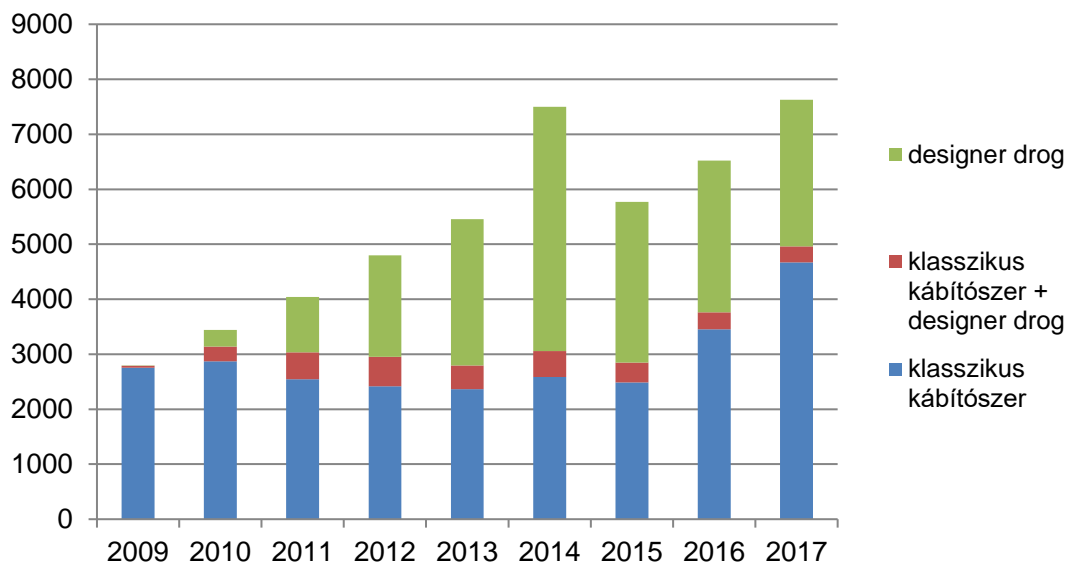
Forrás: NSZKK 2018a

Az új pszichoaktív anyagok 2010-től teljesen átrendezték a magyar kábítószerpiacot. A mefedron 2010 nyarán történő nagymértékű térnyerését követően a klasszikus szerekhez képest az új pszichoaktív anyagok aránya évekig folyamatosan emelkedett. 2014-ben az új szerek („designer drogok”) a rendőrségi lefoglalások közel 60%-át tették ki. A lefoglalásokban folyamatosan emelkedő trend 2015 folyamán visszafordult, 2017-re az új pszichoaktív anyagok már csak mintegy 35 %-át tették ki a rendőrségi lefoglalásoknak.

¹²² A táblázat a Nemzeti Szakértői és Kutatóközpont (valamint jogelődje a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet) kábítószer-vizsgáló laboratóriumaiban vizsgált lefoglalások adatait, valamint botanikai vizsgálat alapján, a helyszínen lefoglalt kender-ültetvények adatait tartalmazza.

¹²³ A táblázat a Nemzeti Szakértői és Kutatóközpont (valamint jogelődje a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet) kábítószer-vizsgáló laboratóriumaiban vizsgált lefoglalások adatait, valamint botanikai vizsgálat alapján, a helyszínen lefoglalt kender-ültetvények adatait tartalmazza.

49. ábra. „Klasszikus”¹²⁴ és „designer” szerek lefoglalásainak száma, 2009-2017 között



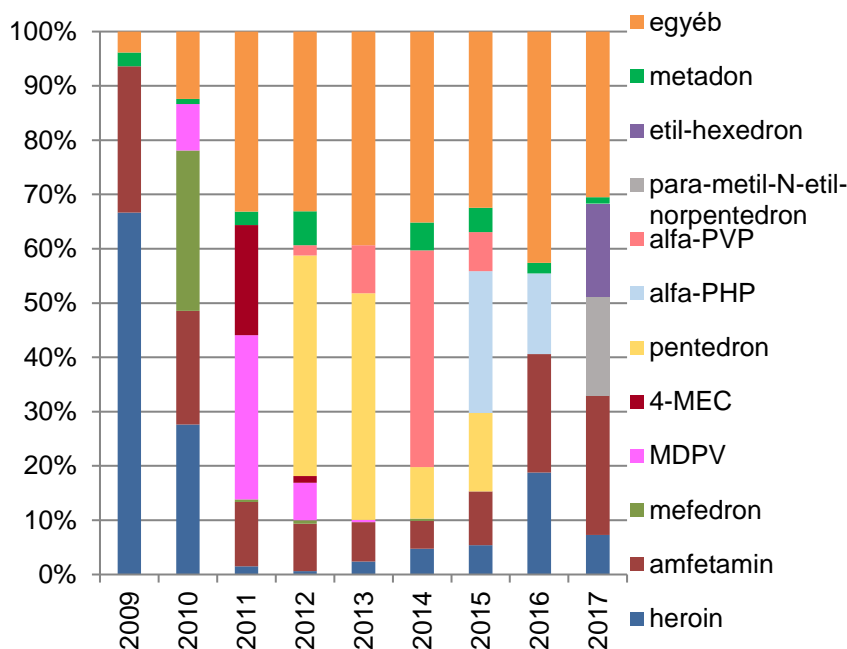
Forrás: NSZKK 2018a

Az új anyagok között két nagy csoport, a katinonszármazékok és a szintetikus kannabinoidok részesedése a legnagyobb a lefoglalásokban. A katinonok általában por formájában kerülnek forgalomba. A legjellemzőbb hatóanyagok: 2010-ben a mefedron, 2011-ben a 4-MEC és az MDPV, 2012-től pedig a pentedron voltak. 2014 folyamán egy ideig számottevően emelkedett az α -PVP részaránya a lefoglalásokban, de az év végére ismét a pentedron lett a legjellemzőbb szer. 2015-ben a pentedron és az α -PVP mellett az α -PHP jelent meg jelentősebb részesedéssel a lefoglalásokban, jellemzően a januártól augusztusig tartó időszakban. Az etil-hexedron 2016 augusztusától kezdve, illetve 2017-ben is a legnépszerűbb katinonnak bizonyult. 2017 folyamán a vizsgált etil-hexedron porok közel negyedében kisebb mennyiségű 4-Cl-alfa-PVP is kimutatható volt. Ebben az évben a para-metil-N-etil-norpentedron, a 4-CEC, az N-metil-pentedron és az N-etil-pentilon fordult még elő számottevő arányban, a vegyületcsaládban.

A laboratóriumi vizsgálatra kerülő, intravénás szerhasználathoz köthető tárgyokról kimutatott hatóanyagok összesítése alapján figyelemmel kísérhető az ehhez a fogyasztási módhoz kapcsolódó szerek körének és hozzávetőleges arányának alakulása. Míg a korábbi években a katinon-származékok dominanciája volt tapasztalható, addig 2016-ban és 2017-ben már a vizsgált tárgyak mintegy harmadából amfetamin, illetve heroin volt azonosítható. A leggyakrabban injektált katinon 2017-ben a para-metil-N-etil-norpentedron és az etil-hexedron volt. (Az intravénás szerhasználók átalakuló szerhasználata nyomon követhető a túcsere kliensek, valamint a kábítószer-használat miatt kezelésbe lépők adataiban - lásd: Kábítószeres/ Stimulánsok T.1.2.1)

¹²⁴ Klasszikus szerek az ENSZ Kábítószer Egyezményeinek valamely jegyzékén szereplő anyagok minősültek.

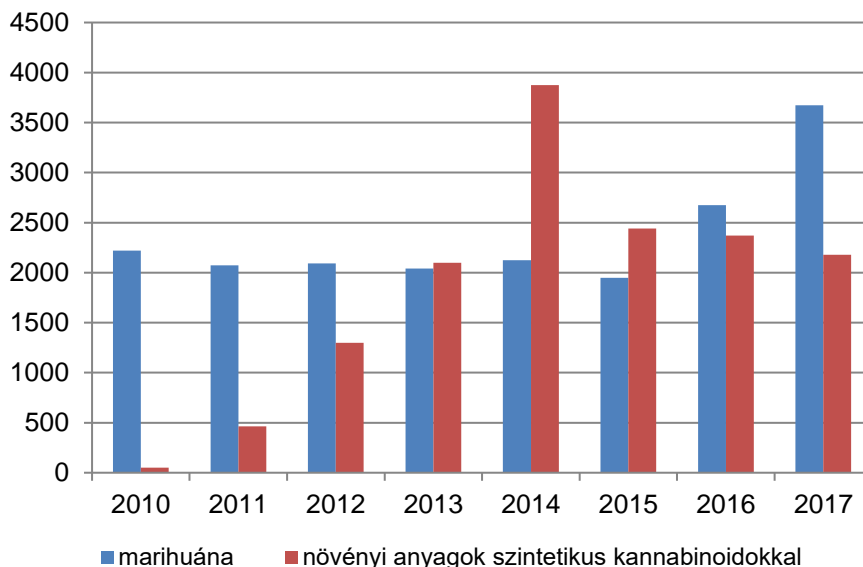
50. ábra. Az intravénás szerhasználatához köthető tárgyakról kimutatott hatóanyagok 2009-2017 között (%)



Forrás: NSZKK 2018a

A növényi törmelékekre impregnált szintetikus kannabinoidok lefoglalásai 2010 ősztől kezdődően mutatnak folyamatos emelkedést. A „herbál”, „biofű” vagy „szálya” néven ismert termékek lefoglalásainak száma 2014-ben megközelítette a marihuána lefoglalások kétszeresét, de 2015-től kezdődően itt is számottevő visszaesés tapasztalható.

51. ábra. Marihuána és szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok lefoglalásainak száma 2010-2017 között



Forrás: NSZKK 2018a

A termékekben található hatóanyagok köre a jogszabályi változásokat általában dinamikusan követi, egy-egy időszakban jellemzően 1-2 domináns hatóanyag fordul elő a piacon. A 2011-2014 időszakban az egyes hatóanyagok az ellenőrzés alá vonást követően, általában 1-3 hónap alatt, jelentősen visszaszorultak és új, még nem ellenőrzött hatóanyagok vették át a helyüket. 2015-ben a folyamatok dinamikája megváltozott, 2016-ra pedig már a marihuána

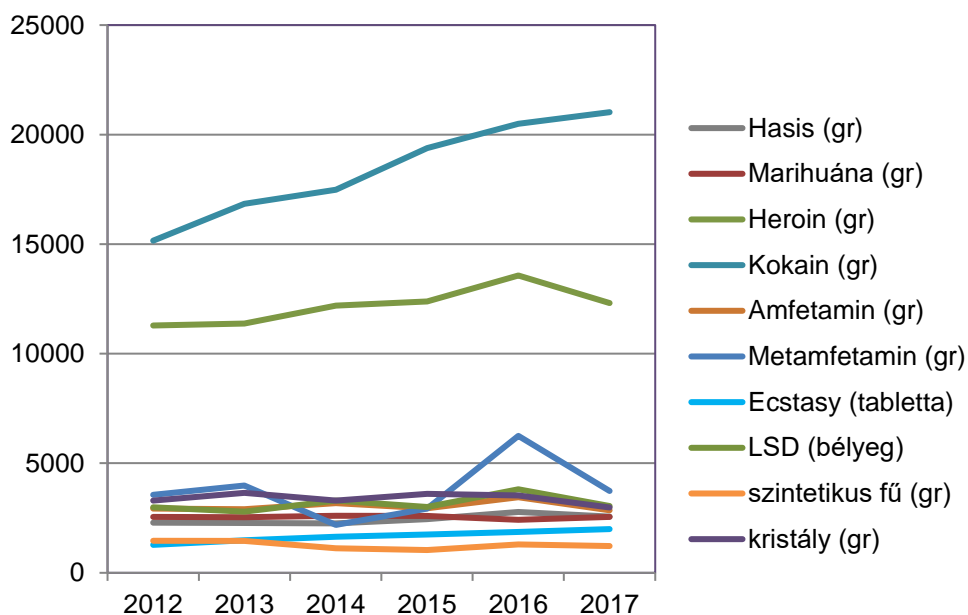
lefoglalások száma ismét magasabb volt, mint a szintetikus szerekkel impregnált készítményeké. A leggyakoribb hatóanyagok 2017-ben az 5F-MDMB-PINACA, az AMB-FUBINACA és az ADB-FUBINACA voltak.

A szintetikus kannabinoidokkal az esetek jelentős részében a kereskedelmi forgalomban kapható gyógynövény-törmelékeket itatják át, de előfordul a hatóanyagok vágott dohányra történő felvitele is. Ezek, az utcai forgalomban „varázsdohány” néven ismert készítmények 2017-ben a szintetikus kannabinoidokkal impregnált növényi anyagok mintegy 15 %-át tették ki, ami jelentős emelkedés az előző évek jellemzően 5 %-os arányához képest.

Kábítószerárak

A Nemzeti Drog Fókuszpont kutatása (Bálint 2018) szerint általánosan megállapítható, hogy 2017-ben is folytatódtak az elmúlt években tapasztalt tendenciák a kábítószeres utcai árakkal kapcsolatban és csak néhány említésre méltó változás figyelhető meg. Az új pszichoaktív szerek és a metamfetamin esetében a tavalyi évben bekövetkezett enyhe emelkedés után, most ismét csökkenés tapasztalható. Az ecstasy tabletták ára továbbra is enyhe növekedést mutat. Ezzel szemben az LSD, valamint az amfetamin átlagos ára 2017-re az előző évhez képest enyhe csökkenést mutat. Évek óta erős növekedés volt megfigyelhető a kokain esetében, amely összefüggésben lehetett az alacsony kínálattal, míg 2017-re ez az erőteljes növekedés mérséklődött. A marihuána és a hasis utcai ára évek óta szinte teljesen változatlan, azonban még így is sokkal magasabb, mint a szintetikus kannabinoidoké.

52. ábra. Kábítószeres átlagos utcai árak forintban 2012-2017 között



Forrás: Bálint (2018)

Tisztaság

A lefoglalt marihuána és hasis hatóanyag-tartalmában, a 2010-2017 időszakban, jelentős változás nem tapasztalható.

A lefoglalt anyagok között továbbra is jelen van a hígítatlan, gyakorlatilag tiszta amfetamin-szulfát. Az 50%-nál magasabb hatóanyag-tartalmú anyagok 2017-ben is az esetek közel 10%-át tették ki.

Az MDMA tabletták hatóanyag-tartalmában növekedés figyelhető meg, több esetben kerültek lefoglalásra különleges alakú, nagyméretű tabletták, melyek akár 220 milligramm MDMA hatóanyagot tartalmaztak.

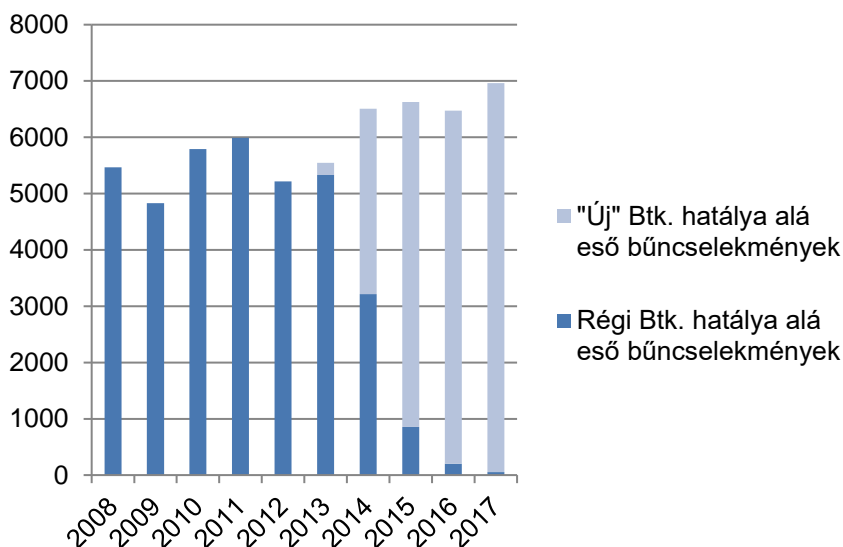
A szintetikus kannabinoidokkal átitatott növényi törmelékek között, a korábbi évekhez képest alacsonyabb, 0,1%-os koncentrációjú készítmények is megjelentek a piacon, ami jelentős változás a 2014-2016 időszakban vizsgált 1-10%, illetve 0,5-6% koncentrációtartományba eső készítmények hatóanyagtartalmához képest.

T2.4 KÁBITÓSZER-BŰNCSELEKMÉNYEK – RÖVIDTÁVÚ TRENDK

A kábítószer-bűncselekmények számának 5 évre visszatekintő idősoros elemzése csak korlátozottan lehetséges, mivel az időszak alatt elkövetett bűncselekmények egy része a 2013. július előtt hatályos 1978. évi IV. törvény (régí Btk.), másik része a 2013. július 1-től hatályos 2012. évi C. törvény (új Btk.) hatálya alá tartozik, és a kábítószer-bűnügyi statisztika szempontjából a régi és az új Btk. tényállásait lefedő kategóriák nem minden esetben feleltethetők meg egyértelműen egymásnak. (Bővebben lásd: 2014-es Éves Jelentés 9.1. fejezet). Továbbá, 2014-től kezdődően a bűncselekmény típusok az EMCDDA új kábítószer-bűnözésre vonatkozó protokolljának kategóriái mentén kerülnek leválogatásra, mely jelentősen eltér a korábbi években követett jelentési struktúrától. Ezek következtében a korábbi évekkel való összehasonlításra és idősoros elemzésre az adatok csak korlátozottan alkalmasak.

Az elmúlt öt évet vizsgálva a regisztrált kábítószer-bűncselekmények száma enyhe emelkedést mutat, 2016 és 2017 között 7,6%-kal nőtt. Az emelkedést magyarázhatja, hogy az időszakban a Rendőrség a kábítószer-bűncselekmények felderítésére a korábbiakhoz képest fokozott figyelmet fordított.

53. ábra. A regisztrált kábítószer-bűncselekmények száma Magyarországon 2008-2017 között



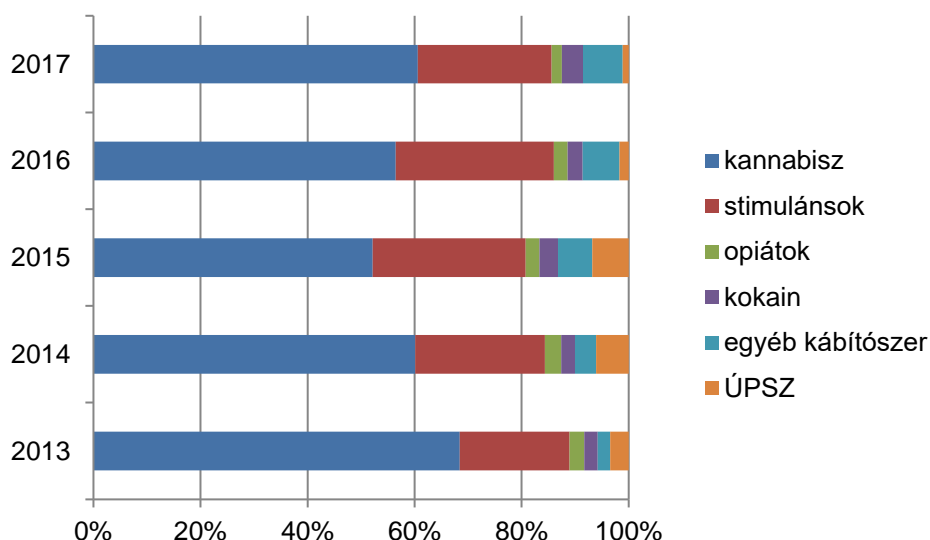
Forrás: ENYÜBS 2018, elemezte: NFP

Az elkövetői magatartások tekintetében az elmúlt 5 évben a kábítószer-bűncselekmények mintegy 80-át a saját használattal összefüggésben elkövetett, fogyasztói típusú magatartások tették ki. A kereskedői típusú, kábítószer-kínálattal összefüggő magatartások aránya rendre 20% alatt maradt. A bűncselekmények túlnyomó többségét (80-90%) csekély mennyiségű kábítószerrel követték el, jelentős mennyiségű kábítószer a visszaélések mintegy 2-3%-ában fordult csak elő.

Az elmúlt öt évet tekintve, a kábítószer-bűncselekmények legnagyobb hányadát kannabisszal követték el (2017: 60,6%). A kannabisz aránya a szertípusok között 2013 és 2016 között csökkenést mutatott, majd 2017-ben ismét növekedésnek indult. A

bűncselekmények szertípus szerinti megoszlásának változása követte a kábítószerpiacon (lásd T2.1 alfejezet) és a szerhasználati mintázatokban (lásd Kábítószer/Stimulánsok és Kábítószer/Opiátok fejezetek T1.2 alfejezetei) bekövetkezett változásokat: 2012 és 2017 között az opiátokkal elkövetett esetek aránya rendre 3% alatt maradt, a heroinnal elkövetett esetek aránya pedig az 1%-ot sem érte el. A stimulánsok (jellemzően amfetamin) ugyanakkor évről évre növekvő arányban jelentek meg az elkövetés tárgyaként, 2016-ban az ismertté vált bűncselekmények 29,5%-át tették ki az ezekkel a szerekkel elkövetett bűncselekmények (2011: 12,7%, 2014: 20,5%, 2015: 28,6%). 2017-ben a stimulánsokkal elkövetett esetek aránya némileg visszaesett az előző évekhez képest. Az ecstasy-val elkövetett visszaélések aránya a 2010 és 2012 között jellemző csökkenő tendencia után 2013-tól kezdődően ismét enyhén emelkedni látszik (2012: 1,8%, 2017: 3,3%). Az új pszichoaktív szerekkel való (kereskedői típusú) visszaélés 2012 áprilisa óta von maga után büntetőjogi felelősségre vonást, a bűnügyi statisztikában először 2013-ban szerepeltek érdemi számban ilyen esetek. Az új pszichoaktív szerekkel elkövetett bűncselekmények 2015-ig egyre növekvő hányadát tették ki a kábítószer-bűncselekményeknek (2013: 3,5%, 2015: 6,8%), ám 2016-ban és 2017-ben már csak kevesebb mint 2%-át. Ugyanakkor, 2013-tól kezdődően azoknak az eseteknek a száma is növekedést mutatott ahol szertípus nem került rögzítésre (2013: 23 eset, 2015: 287 eset, 2017: 437 eset); valószínűsíthető, hogy az új pszichoaktív anyagokhoz köthető esetek egy része ebben a kategóriában jelenik meg a bűnügyi statisztikában.

54. ábra. A kábítószer-bűncselekmények¹²⁵ megoszlása szertípus szerint 2013-2017 között



Forrás: ENYÜBS 2018, elemezte: NFP

T2.7 A KÍNÁLATCSÖKKENTÉSI TEVÉKENYSÉG VÁLTOZÁSAI

Lásd T1.3.1 alfejezet.

¹²⁵ A prekursorokkal elkövetett, és azon esetek nélkül ahol az elkövetés tárgyaként szertípus nem került rögzítésre. A szertípusok az EMCDDA 2014-es, kábítószer-bűnözésre vonatkozó adatgyűjtési protokollja szerint kerültek besorolásra, új pszichoaktív anyagnak az ENSZ kábítószer jegyzékein nem szereplő anyagok minősültek.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ, beleértve a 2017-es évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1. és a T2. alfejezetben kerül bemutatásra.

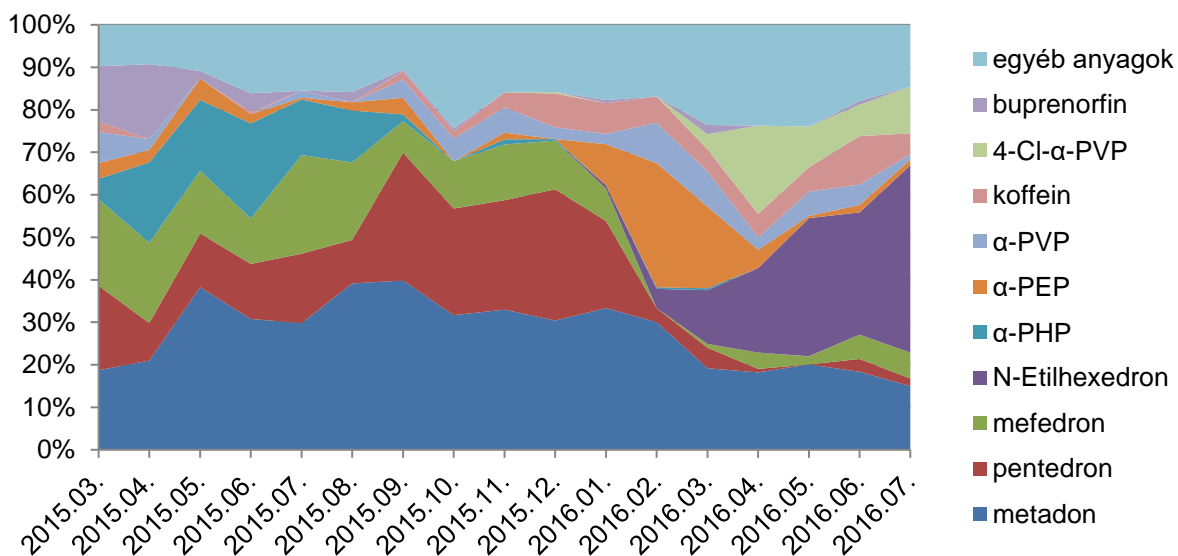
T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Anyagmaradványok vizsgálata használt injektáló eszközökön

2015-ben és 2016-ban a „Tisztább kép” elnevezésű projekt (Péterfi 2016; Péterfi et al. 2017; Gyarmathy et al. 2017) keretében vizsgálták az intravénás szerhasználók által injektált anyagokat használt injektáló eszközökön található anyagmaradványok kémiai vizsgálatával (a vizsgálati módszer leírásátát lásd a Kezelés fejezet T5.2 alfejezetben).

A főkomponensként kimutatott 10 leggyakoribb hatóanyagot vizsgálva az injektáló eszközök begyűjtésének ideje szerint jól látható a kábítószerpiac dinamikája. Vannak anyagok, melyek évekig stabilan megmaradnak a piacon, míg vannak olyanok – elsősorban az új pszichoaktív szerek között –, melyek pár hónapos népszerűséget követően el is tűnnek. Ez tapasztalható az azonosított injektált hatóanyagok esetében is. A metadon és pentedron – bár változó megjelenési gyakorisággal – de stabilan ott volt a leggyakrabban injektált szerek között. Ezzel szemben a szintetikus katinonok családjába tartozó α -PEP kizárólag 2015. december és 2016. áprilisa között jelent meg nagyobb arányban a kimutatott hatóanyagok között. Hasonlóan rövid ideig tartott az ugyancsak katinon α -PHP (2015. március és augusztus között) népszerűsége. Figyelemre méltó az N-etilhexedron megjelenése és elterjedése 2016 februárjától kezdődően (ez is szintetikus katinon). Gyakorisága az utolsó vizsgált hónapban elérte a 44%-ot (a 2016. júliusi mintákban), 2016 májusától ez volt a leggyakrabban kimutatott főkomponens a vizsgált mintákban – megelőzve többek között a metadont és a pentedront is. (Péterfi 2016)

55. ábra. Az injektáló eszközökben főkomponensként kimutatott leggyakoribb hatóanyagok, havi bontásban (N=4109)



Forrás: Péterfi 2016

A vizsgálat további eredményeit lásd a Kezelés fejezet T4.2 alfejezetében.

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

Bálint, R. (2018): A kábítószeres utcai árának alakulása 2017-ben. Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőíves adatgyűjtés.

Dunay, M., Port, Á. (2015): Az új pszichoaktív szerek online piacának vizsgálata 2015. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

ENYÜBS (2018): A Belügyminisztérium Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos adatai.

Gyarmathy, V.A., Péterfi, A., Figeczki, T., Kiss, J., Medgyesi-Frank, K., Posta, J., Csorba, J. (2017): Diverted medications and new psychoactive substances – a chemical network analysis of discarded injecting paraphernalia in Hungary. International Journal of Drug Policy

IM (2018): Az Igazságügyi Minisztérium 2017-re vonatkozó beszámolója a 2018-as EMCDDA Jelentés elkészítéséhez.

NAV (2018): A Nemzeti Adó- és Vámhivatal 2017-re vonatkozó beszámolója a 2018-as EMCDDA Jelentés elkészítéséhez

NSZKK (2018a): A lefoglalások laboratóriumi vizsgálati eredményének adatai 2009 és 2017 között.

ORFK (2015): A Rendőrség 2014. évi tevékenységéről szóló beszámolója.

ORFK (2016) : A Rendőrség 2015. évi tevékenységéről szóló beszámolója.

Péterfi, A., Csorba, J., Figeczki, T., Kiss, J., Medgyesi-Frank, K., Posta, J., Gyarmathy, V.A. (2017): Drug residues in syringes and other injecting paraphernalia in Hungary. Drug Testing and Analysis 10.1002/dta.2217

Péterfi A. (szerk.) (2016): Tisztább Kép. Projekt zárókiadvány. Magyar Ökumenikus Segélyszervezet.

http://www.segelyszervezet.hu/sites/default/files/documents/tisztabb_kep_egyben.pdf

Péterfi, A., Port, Á (2011): Online kereskedelem Magyarországon. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Port, Á. (2012): Felmérés az új pszichoaktív anyagokat árusító magyarországi internetoldalakról az EMCDDA Online Snapshot vizsgálatának részeként, 2012. EMCDDA/Nemzeti Drog Fókuszpont.

Port, Á. (2013): Felmérés az új pszichoaktív anyagokat árusító magyarországi internetoldalakról az EMCDDA Online Snapshot vizsgálatának részeként, 2013. EMCDDA/Nemzeti Drog Fókuszpont.

Rendőrség (2018): A Rendőrség 2017. évi tevékenységéről szóló beszámolója

T5.2 MÓDSZERTAN

Kábítószer-bűncselekmények (ENYÜBS adatgyűjtés): Az Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerben (ENYÜBS) gyűjtik és dolgozzák fel a feljelentés elutasításáról, illetve a büntetőeljárás megindításától a nyomozás felfüggesztéséig, a nyomozás megszüntetéséig vagy a vádemelésig keletkezett nyomozóhatósági és ügyészségi bűnügyi statisztikai adatokat.

Az ENYÜBS a bűncselekmények egyes alakzataihoz 17 jegyű statisztikai kódot rendel, az egyes elkövetési magatartások, törvényi fordulatok szerinti részletes és jogilag pontos megkülönböztetés érdekében. A nyomozás lezárásakor mind a bűncselekményre, mind az elkövetőre vonatkozóan kitöltésre kerül egy statisztikai adatlap. A bűncselekményekre vonatkozóan a kinyert adatok teljes körűek, az elkövetőkre vonatkozóan azonban nem: egy elkövető több bűncselekményt is elkövethet, de csak egy, a legsúlyosabb, vagy fiatalkorúként elkövetett bűncselekményhez kötődően kerül kitöltésre statisztikai adatlap. A bűncselekményre vonatkozó adatlapon az elkövetés tárgyaként csak egy szertípus kerül rögzítésre (egy bűncselekményhez csak egy szertípus rendelhető). Abban az esetben, ha egyidejűleg több kábítószerfajtaival is történt visszaélés, nincs egységes előírás arra vonatkozóan, hogy melyik szertípus rögzítendő.

Lefoglalások (NSZKK 2018a): A lefoglalt anyagokra vonatkozó információk az igazságügyi szakértői vizsgálatok eredményei alapján kerültek összesítésre. A hatóanyag-tartalomra vonatkozó vizsgálatok abban az esetben történnek, ha az adott lefoglalásban lévő anyagokban található tiszta hatóanyag mennyisége meghaladhatja a csekély mennyiségre vonatkozó jogi határértéket (amfetamin 0,5 gramm, heroin 0,6 gramm, MDMA 1 gramm, kokain 2 gramm, THC 6 gramm). Az intravénás szerhasználathoz kötődő injekciós eszközök laboratóriumi vizsgálatát – az intravénás szerhasználók magas Hepatitis-C fertőzöttségi arány miatt – az Intézet csak a legindokoltabb esetekben végzi el.

Az új pszichoaktív szerek online piacának vizsgálata (Dunay és Port 2015): A vizsgálat szempontjából a legális szerek három csoportját különítették el: szintetikus kannabinoidok, designer stimulánsok és pszichedelikus növények. Kategóriánként 2-2 - a legtöbb releváns találatot adó - kereső kifejezés került azonosításra. A keresés Google és Bing keresőmotorokkal, 2015.11.23. és 2015.11.27. között folyt. A vizsgálat a 2015-ös, az évszámmal egyáltalán nem rendelkező, illetve a 2014-ben létrehozott, egyéb évszámmal nem rendelkező, magyar nyelvű oldalakra terjedt ki. Az online árusító oldalak definiálásakor nem volt feltétel, hogy a vásárlás és a fizetés egy lépcsőben lebonyolítható legyen.

Az azonosított oldalakat a következő szempontok szerint vizsgálták: árusított szerek, rendelés módja, árak kis (5 g), közepes (100 g) és nagy mennyiség (1000 g fölött) rendelése esetén, marketing, figyelmeztetések és jogi információk elérhetősége, használati utasítás és hatásokra vonatkozó leírás, üzemeltetők elérhetősége, oldal nyelve, az árusított szerek származási helye.

Kábítószerek utcai árai (Bálint 2018): A kábítószerek utcai árait felmérő kutatás 7 nagyváros 7 drogambulanciájának részvételével zajlott. Minden szervezet körülbelül 20, a kezelésbe lépés előtt 2017-ben kábítószert használó klienssel töltötte ki a kérdőíveket, így végül a teljes minta 146 fő volt. A kliensek csak annak a kábítószernak adták meg az árát, amelyből ők személyesen vásároltak a tárgyévben. A kérdőívben azt az árát kellett megadni kábítószerneként a válaszadóknak, amennyiért utoljára vásárolták az adott szert. Az egyes szertípusok legalacsonyabb, legmagasabb, leggyakoribb és átlagos árai az utolsó vásárlás árértékeiből kerültek kiszámításra.

„Tisztább kép” (Péterfi 2016): Lásd a Kezelés fejezet T5.2 alfejezetében.

KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA A BÖRTÖNBEN¹²⁶

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

A hazai Büntetés-végrehajtási Szervezet egészét átfogó, kábítószer-témájú kutatás Magyarországon viszonylag ritka: a fogvatartottak kábítószer-használatát felmérő országos lefedettségű kutatás utoljára 2008-ban készült. Ennek hiányában, a bv. szervein belüli kábítószer-problémáról rendszeres információkkal a BVOP által központilag nyilvántartott adatokból, továbbá kisebb szakterületekre korlátozódó részleges adatgyűjtésekből rendelkezünk. Ez utóbbiak közül kiemelendő a TDI adatgyűjtés, melynek keretében a kábítószer-használattal összefüggésben a bv. intézeteken belül kezelést kezdők adatai is rögzítésre kerülnek. Az utóbbi évekre vonatkozóan a másik meghatározó, átfogó információforrás a 2013-ban és 2016-ban, a Nemzeti Drog Fókuszpont és a BVOP együttműködésében, valamennyi hazai bv. intézet részvételével végzett kérdőíves felmérés volt. A vizsgálatok célja a börtönbeli kábítószer-probléma mértékének, illetve a bv. intézetekben elérhető, kábítószer-használattal összefüggő szolgáltatások lefedettségének és tartalmának feltérképezése volt.

A fogvatartottak kábítószer-használatával kapcsolatosan elérhető országos adatok szerint a hazai büntetés-végrehajtási intézetekben fogvatartottak 30-40%-a fogyasztott már a bekerülés előtt valamilyen kábítószerrel élete során. Az intézeten belüli kábítószer-fogyasztást tekintve, az elmúlt években megfigyelhető az új pszichoaktív szerek (és azon belül is a szintetikus kannabinoidok) használatának terjedése a fogvatartottak körében, bár erre vonatkozó adatok csak korlátozottan állnak rendelkezésre.

A HIV és a hepatitis B és C vírusfertőzések prevalenciája magasabb a fogvatartottak körében, mint az általános népesség körében. A büntetés-végrehajtási intézetekben végzett kutatások azt jelzik, hogy a vizsgálati mintába került HCV-fertőzött fogvatartottak többsége valószínűleg a korábbi intravénás kábítószer-használat és azzal összefüggő kockázati magatartások által fertőződött meg.

A TDI adatok alapján a kábítószer-használattal összefüggésben kezelést kezdő fogvatartottak körében lényegesen gyakoribb a stimulánsok és az opiátok használata, valamint az intravénás szerhasználói múlt, mint a bv. intézményén kívül kezelést kezdők között.

A büntetés-végrehajtás keretein belül biztosított kezelés-ellátási tevékenységet a büntetőjog punitív szemléletű keretei alapvetően meghatározzák, ezen belül az ellátást a medikális modell szemlélete uralja. Az ellátás legfontosabb elemeinek az elterelés végrehajtására kiépült többszintű rendszer, a kábítószer-prevenációs körletek, és az általános egészségügyi ellátás kábítószer-fogyasztót érintő szegmensei tekinthetőek. Ez utóbbiban a bv. egészségügyi szakszolgálat és a bv.-n kívüli egészségügyi ellátórendszer (főként drogambulanciák) egyaránt szerepet kapnak. E rendszert egészítik ki a különböző civil szervezetek által biztosított programok, amelyek azonban, pályázati finanszírozásuk miatt, tartalmukban vegyesek, esetlegesek.

¹²⁶ A fejezet szerzője: Port Ágnes

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 INTÉZMÉNYI HÁTTÉR

Magyarországon 2017-ben 29 bv. intézet működött. Az intézetek közül országos hatáskörrel működött 15 intézet, megyei hatáskörrel 14 intézet. A megyei intézetek elsősorban előzetes letartóztatás foganatosítására szolgálnak, ezekben az intézetekben férfiak és nők, valamint fiatalok is elhelyezhetők. Az országos hatáskörű bv. intézetek esetében az elhelyezésnél a lakóhely közelségét a bv. szervezet igyekszik figyelembe venni: az elhelyezésnél a regionalitás prioritás, de a jelenlegi telítettség mellett nem érvényesül minden esetben.

A hazai bv. intézetekben elhelyezett fogvatartottak száma 2017. december 31-én 17343 fő volt, ebből 16067 (92,6%) volt a férfi és 1276 (7,4%) a női, 237 (1,4%) a fiatalok fogvatartottak száma.

A magyar börtönökben jelentős a túltelítettség: 2017-ben a bv. intézetek átlagos telítettsége 124%-os volt. A túltelítettség súlyosbítja a börtönbeli kábítószer-problémát.

Kábítószer-bűncselekmények¹²⁷ elkövetéséhez kapcsolódóan 2017 folyamán 3160 fő került elhelyezésre bv. intézetben. (BVOP 2018)

T1.2 KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT ÉS AHHOZ KÖTHETŐ PROBLÉMÁK A FOGVATARTOTTAK KÖRÉBEN

T1.2.1 A kábítószer-használat a fogvatartottak körében

Kábítószer-használat a bekerülés előtt

A büntetés-végrehajtásban újonnan bevezetett kockázatelemzési rendszer (lásd T1.3.3 alfejezet) adatfelvételi fejlesztésének részeként 2015 márciusában 1170 fős fogvatartotti mintán sor került szerhasználatra vonatkozó kérdések lekérdezésére is. (A vizsgálat módszertanának leírását lásd a T5.2 alfejezetben). A vizsgálatba bevont fogvatartottak 31,8%-a (355 fő) fogyasztott saját bevallása szerint kábítószert valamikor élete során a bekerülése előtt. A valaha fogyasztók 40,3%-a (139 fő) vélte úgy, hogy drogfogyasztásának negatív következménye is volt.

Az egyes szertípusok fogyasztásának prevalenciáját tekintve, kannabiszt 218 fő (a teljes minta 18,7%-a, a valaha fogyasztók 61,4%-a) használt már valamikor élete során. A második leggyakrabban említett szertípus a stimulánsok¹²⁸ voltak, 205 fő (a teljes minta 17,5%-a, a valaha fogyasztók 57,7%-a) mondta azt, hogy próbált már ilyen típusú szert. Csaknem ugyanennyien, 202 fő (a kérdésre válaszolók 28,2%-a) nyilatkozott úgy, hogy szed valamilyen gyógyszert¹²⁹, melynek elhagyása befolyásolná viselkedését. Valamilyen hallucinogén szert¹³⁰ 50 fő (a minta 4,3%-a, a valaha fogyasztók 14,1%-a), opiátokat 43 fő (3,7%, 12,1%), szerves oldószereket 23 fő (2%, 6,5%) fogyasztott már legalább egyszer életében. Designer drogot 77 fogvatartott (6,6%, 21,7%) próbált már.

A droghasználatról beszámoló fogvatartottak 68,1%-a 35 év alatti, 24,4%-a 25 év alatti volt, amely jóval magasabb a teljes mintára jellemző 50,6%-nál, illetve 18,1%-nál. Az egyes szertípusok használói esetében az életkor szerinti megoszlás hasonlóan alakult; kiugróan

¹²⁷ Kábítószer birtoklása, Kábítószer készítésének elősegítése, Kábítószer-kereskedelem, Kábítószer-prekurzorral visszaélés, Kóros szenvedélykeltés, Új pszichoaktív anyaggal visszaélés, Visszaélés kábítószer előállításához használt anyaggal, Visszaélés kábítószerral

¹²⁸ A stimulánsok közé a következő szereket sorolták a vizsgálat során: kokain, amfetamin-származékok, amfetamin (speed), metamfetamin (ice), MDMA (ecstasy)

¹²⁹ A kérdőívben nem volt specifikálva, hogy orvos által felírt és rendeltetésszerűen használt, vagy visszaélészerűen használt gyógyszerről van-e szó.

¹³⁰ Meszkalin, pszilocibin, LSD

magas volt a 25 év alattiak aránya a kannabiszhasználók (30,1%) és a designer drogokat (33,8%) fogyasztók körében.

Saját droghasználatát politoxikománnak ítélte¹³¹ 4 fogvatartott (0,3%), és 65 fogvatartott (5,9%) mondta azt, hogy van a kábítószer-használattól különböző viselkedési függősége (internet, szerencsejáték stb.). Azok közül, akik fogyasztottak életük során kábítószerrel, 9,5%, azok közül, akik saját bevallásuk szerint nem használtak soha kábítószerrel, 4,3% mondta azt, hogy egyéb viselkedési függősége van.

A fogvatartottak bekerülést megelőző szerhasználatára vonatkozóan a 2013-ban, a Nemzeti Drog Fókuszpont és a BVOP által közösen végzett kérdőíves felmérésből (Port és Tarján 2014) is rendelkezünk információkkal, melynek adatai 2012-re vonatkoznak.

A fogvatartotti állományban lévők körében a befogadáskor magát kábítószerfüggőnek vallók arányáról 31 intézet közül 15 intézet tudott pontos adatot szolgáltatni. E szerint a befogadáskor magát kábítószerfüggőnek¹³² vallók aránya jellemzően 10% alatt volt, ugyanakkor 3 intézet esetében meghaladta a 30%-ot; a 15 intézet átlagában 15% volt (859 fő). A kérdőív rákérdezett arra is, hogy a befogadás során hány fő vallotta magáról, hogy fogyasztott már életében kábítószerrel. A fogvatartottak számáról, valamint a valaha kábítószerrel fogyasztók számáról is jelteni tudó 16 intézetben átlagosan 38% (3148 fő) volt azoknak az aránya, akik saját bevallásuk szerint fogyasztottak már valaha kábítószerrel. A fogvatartottak közül a befogadás során összesen 219 fő vallotta azt, hogy fogyasztott már intravénásan kábítószerrel, ami az erről információt adó 13 bv. intézetben a fogvatartottak átlagosan 4%-át tette ki.

Hazánkban a teljes fogvatartotti populáció körében végzett, a fogvatartottak kábítószer-használatra vonatkozó felmérés utoljára 2008-ban készült (Paksi 2009). Ennek eredményei szerint a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben jogerősen fogvatartott populáció 43,8%-a kipróbált már bekerülése előtt valamilyen tiltott drogot¹³³. A valaha fogyasztók több mint kétötöde (41,6%), azaz minden ötödik-hatodik fogvatartott (18,2%) kinti életében pedig volt olyan periódus, amikor legalább heti rendszerességgel élt valamilyen tiltott szerrel. A büntetés megkezdését megelőző évben minden harmadik, az utolsó kinti töltött hónap során pedig minden ötödik jelenleg fogvatartott használt valamilyen tiltott drogot. A fogvatartottak 37,8%-a, azaz a valamilyen tiltott drogot valaha használók döntő többsége (85,7%-a), használt már életében marihuánát vagy hasist. Az összes többi szer előfordulási gyakorisága ennél jóval kisebb gyakoriságot vett fel. A kutatás eredményei részletesen a 2009-es Éves Jelentés 9.4. fejezetében olvashatók.

2012-ben kutatás készült (Ritter 2013) a bv. intézetekben zajló HIV/HBV/HCV fertőzések megelőzésére irányuló felvilágosító és szűrőprogram keretében a „Fertőzések és félelmek a büntetés-végrehajtási intézményekben” címmel, amely a fogvatartottak véleményét, attitűdjét, érintettségét, és az érintettség okai tényezőit tárta fel a büntetés-végrehajtási intézeteken belül előforduló HCV fertőzéssel kapcsolatban. A kutatás vizsgálta a megkérdezett fogvatartottak (852 fő) szerhasználati jellemzőit is.¹³⁴ A mintába került fogvatartottak 49,7%-a saját bevallása szerint fogyasztott már életében valaha valamilyen kábítószerrel/új pszichoaktív szerrel. A legtöbben kannabisz-származékot (35,5%), amfetamin-származékokat (27,6%), ecstasy-t (26,9%), kokaint (18,7%), illetve LSD-t (12,9%) fogyasztottak. Emellett a fogvatartottak körében mérhető volt az új pszichoaktív szerek

¹³¹ Saját bevallása szerint jellemzően többféle szerrel fogyasztott.

¹³² A kábítószer-függőség fogalma a bekerülési adatlapon nincs külön definiálva, a fogvatartottak saját megítélésük szerint nyilatkoztak kábítószer-függőségükről.

¹³³ A kutatás során a tiltott drogok közé az alábbiakat sorolták: kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, heroin, egyéb opiát, LSD, mágius gomba, crack, GHB, bármilyen drog intravénásan, herbál drogok, rush, angyalpor, I-por (ketamin)

¹³⁴ Az adatok interpretálásánál fontos figyelembe venni, hogy a mintába azok az elítéltek kerültek (852 fő), akik részt vettek a szűrésen és egyben hajlandók voltak részt venni a vizsgálatban is és kitölteni az anonim kérdőívet, illetve akik már hepatitis C vírussal voltak fertőzöttek és részt kívántak venni a vizsgálatban.

megjelenése is, a leggyakoribb közülük a mepredon volt, amelyet a megkérdezettek 12,6%-a fogyasztott már valaha életében. A megkérdezettek 8,1%-a kábítószerfüggőnek, 9,9%-a rendszeres kábítószer-használónak minősítette saját magát. A magukat kábítószerfüggőnek minősítők közül, a mintában kétszer annyian voltak, akik amfetamin-származékok és egyéb stimulánsok fogyasztása miatt váltak addiktív szerhasználókká, mint akik opiátfogyasztás következtében.

Kábítószer-használat a börtönben

A BVOP adatai szerint 2017 folyamán kábítószergyanús anyag lefoglalására 280 esetben került sor, ebből 210 alkalommal (75%) már az előtt megtörtént a felderítés, hogy a fogvatartottakhoz a tiltott szerek eljuthattak volna. A lefoglalt szerekre vonatkozóan nincs egységes jelentési kötelezettség, a BVOP beszámolója szerint (BVOP 2018) jellemzően növényi származékokat, valamint új típusú pszichoaktív szereket kívántak bejuttatni az intézetekbe. Mivel az előtalált anyagok pontos kémiai összetételéről a lefoglalást követően - egyetlen intézetet leszámítva - nem kaptak az intézetek visszajelzést, a bejuttatott szerek típusa az adatszolgáltatásokban sem jelent meg (kivéve az egyetlen esetben beazonosított szereket, melyek FUBINACA és PINACA típusúak voltak).

2017. évben 6 intézetben összesen 51 fő esetében került felderítésre intézeten belüli kábítószer fogyasztás, jellemzően ismeretlen eredetű pszichotróp anyag. Kábítószer használat miatt rendkívüli esemény vélelmezhetően két intézetben összesen 6 alkalommal 13 fő esetében történt, akik impregnált dohányáru elszívását követően lettek rosszul (10 fogvatartott), 3 fogvatartottnál tárgyalásra előállítás során merült fel a gyanú befolyásolt állapotra, illetve egy alkalommal az egyik nagykövetség nevében próbáltak csomagot bejuttatni az intézet területére. (Arzenovits 2018)

Injektáláshoz kapcsolódó eszközök lefoglalása, illetőleg intravénás szerhasználat felderítése a hazai bv. intézetekben nem jellemző, 2017-ben sem volt ilyen eset. (BVOP 2018, Arzenovits 2018)

A 2008-ban készült országos lefedettségű, a fogvatartottak szerhasználatának feltárására irányuló vizsgálat (Paksi 2009) szerint a fogvatartottak 14,3%-a, a bekerülés előtt valaha valamilyen tiltott drogot fogyasztók 29,4%-a, a bekerülés előtt rendszeresen használóknak pedig közel fele (46,3%) használt valamilyen tiltott drogot a fogvatartási időszak alatt. A valaha valamilyen drogot fogyasztók túlnyomó többsége (90,9%) már korábban, a bekerülés előtt is használt valamilyen tiltott drogot.

T1.2.2 Kábítószer-használathoz köthető problémák a fogvatartottak körében

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

A büntetés-végrehajtás intézményrendszerén belül elterelés keretében (lásd T1.3.2 alfejezet) kezelést kezdők szociodemográfiai, illetve kábítószer-használati jellemzőiről a TDI adatgyűjtésből állnak rendelkezésre adatok. A TDI adatgyűjtésbe a TDI-protokollnak megfelelően a büntetés-végrehajtási intézetek is jelentik a kezelésbe lépő eseteiket.¹³⁵

A TDI adatok alapján 2017-ben 146 fogvatartott kezdett kezelést (134 férfi, 6 nő, 6 fő neme nem ismert) kábítószer-probléma miatt. A fogvatartottak közül 134-en (91,8%) elterelés keretében 12-en elterelésen kívül kerültek kezelésbe.

¹³⁵ Számszakilag a TDI adatok azonban nem egyeznek meg a BVOP által jelzett kezelési adatokkal (lásd: T1.3.2 alfejezet). Ennek oka egyrészt az, hogy a BVOP a tárgyévben folyamatban lévő, befejezett és megszakított kezeléseket regisztrálja, a TDI pedig a tárgyévben megkezdettteket. Másrészt, a TDI rendszerbe jelentő intézetek köre nem teljes, azaz a TDI adatgyűjtés nem fedi le valamennyi bv. intézetet ahol sor kerül fogvatartottak kábítószer-használathoz kapcsolódó ellátására.

A falakon kívül és falak között kezelést kezdő kábítószer-használók között számos eltérés figyelhető meg mind szociodemográfiai, mind pedig szerhasználati jellemzők tekintetében. Az átlagéletkor kis mértékben magasabb volt a bv. intézetekben kezelést kezdők körében (fogvatartottak 31,6 év; nem fogvatartottak 28,3 év). Az első használat átlagos életkorát tekintve nem volt különbség a fogvatartottak és a nem fogvatartottak között (19,5 év). Az első szerhasználat és a kezelébe lépés ideje között valamivel kevesebb idő telt el a nem fogvatartottak esetében (8,8 év), mint a fogvatartottaknál (12,1 év). A férfiak aránya jellemzően magas a szerhasználók és a fogvatartottak körében is: a kezelést kezdő fogvatartottak esetében 95,7%, míg a nem fogvatartottak esetében 86,6% volt. A legmagasabb iskolai végzettség tekintetében a falakon kívül kezelést kezdők valamivel kevesebb mint fele (44%) rendelkezett legfeljebb általános iskolai végzettséggel, míg a fogvatartottak esetében ez az arány csaknem 80%-os volt.

A szerhasználati mintázatot vizsgálva, a stimulánshasználat (elsősorban amfetamin) és az opiáthasználat nagyobb arányban jellemezte a bv. intézetben kezelést kezdőket, míg a kannabiszhasználat gyakoribb volt a nem fogvatartottak körében, mint a kezelést meghatározó elsődleges szerhasználati probléma.

Az intravénás szerhasználat tekintetében is a fogvatartott populáció mutatkozott érintettebbnek. A fogvatartottként kezelést kezdők 8,7%-a esetében az injektlás volt a jellemző szerhasználati forma, és 19,5% számolt be arról, hogy életében valaha injektlált kábítószerrel. A nem fogvatartottak esetében 4,2%, illetve 10,2% százalék volt az elsődleges szerüket intravénásan fogyasztók, illetve a valaha injektlálók aránya.

30. táblázat. A 2017-ben kezelésbe lépő fogvatartott és nem fogvatartott kliensek főbb jellemzői ($N_{\text{fogvatartott}}=146$; $N_{\text{nem-fogvatartott}}=4667$)¹³⁶

fogvatartottak		nem fogvatartottak
31,6 év	átlagéletkor	28,3 év
95,7%	férfiak aránya	86,6%
78,8%	legfeljebb 8 általánost végzettek aránya	44,4%
50,0%	kannabiszhasználók aránya	63,4%
24,0%	stimulánshasználók aránya	16,5%
4,1%	kokainhasználók aránya	3,5%
9,6%	opiáthasználók aránya	3,8%
8,9%	egyéb, nem klasszikus szereket használók aránya	6,1%
8,7%	elsődleges szerüket injektlálók aránya	4,2%
19,5%	valaha injektlálók aránya	10,2%

Forrás: TDI adatgyűjtés 2018, elemezte Nemzeti Drog Fókuszpont

Kockázati magatartások, fertőző megbetegedések

A HIV és a hepatitis B és C vírusfertőzések prevalenciája magasabb a fogvatartottak körében, mint az általános népesség körében. A büntetés-végrehajtási intézetekben végzett kutatások azt jelzik, hogy a vizsgálati mintába került HCV-fertőzött fogvatartottak többsége valószínűleg a korábbi intravénás kábítószer-használat és azzal összefüggő kockázati magatartások által fertőződött meg.

Egy 2007 és 2009 között végzett vizsgálat (Tresó et al. 2011) 20 büntetés-végrehajtási intézetben 4894 fogvatartott körében a HBV prevalenciáját 1,5%-osnak, a HCV prevalenciáját 4,9%-osnak, a HIV prevalenciát 0,04%-osnak találta. 1553 fő kockázati magatartásokkal kapcsolatosan is töltött ki kérdőívet. Utóbbi válaszadók harmada (35,6%) fogyasztott már életében kábítószerrel, közülük 37,8% (209 fő) injektlált is legalább egyszer. Az

¹³⁶ Az arányok kiszámítása az adott változóra „nem ismert” választ adók kizárásával történt.

elemzések igazolták, hogy a HCV fertőzés feltehetően nagymértékben a bekerülés előtti intravénás szerhasználatnak köszönhető: HCV az iv. fogvatartottak körében: 23% a nem iv. fogvatartottak körében: 1%; a HCV-fertőzött fogvatartottak 76%-a rendelkezett intravénás szerhasználói múlttal. A kockázati magatartások összefüggést mutattak a HCV fertőzöttséggel: az eszközt valaha megosztók körében 30,7%, a tűt/fecskendőt megosztók körében 37,9% volt a HCV prevalencia érték (ugyanaz a nem megosztók körében: 16,5% és 15,4% ebben a sorrendben).

A 2012-ben a bv. intézetekben zajló HIV/HBV/HCV fertőzések megelőzésére irányuló felvilágosító és szűrőprogram keretében végzett kutatás (Ritter 2013) során az összes megkérdezett (852 fő) 20,7%-a vallotta azt, hogy használt élete során valaha intravénásan kábítószerrel, a vizsgálati mintába kerültek 4,2%-a a börtönön belül is injektált már. A vizsgált személyek körében a HCV prevalencia értéke 8,2% volt. A valaha intravénásan kábítószerrel használók körében 24,8%-os HCV prevalenciát mért a vizsgálat.¹³⁷

A 70 HCV-fertőzött fogvatartott 82,9%-a vallotta azt, hogy használt valaha intravénásan kábítószerrel, közülük a legtöbben (56,9%) amfetamint injektáltak elsődlegesen, az elsődlegesen heroint injektálók aránya 24,1% volt. A HCV fertőzöttek 10%-a jelezte, hogy a börtönben is használt intravénásan kábítószerrel, jellemzően amfetamin-származékokat. A HCV-fertőzöttek közül 3 fő volt olyan, aki nagy valószínűséggel a börtönben kapta el a fertőzést, ugyanis a vizsgálatot megelőző évben is részt vett szűrésen és akkor negatív volt az eredménye, és legalább 2 éve volt büntetés-végrehajtási intézményben fogvatartott.

A vizsgálat során azonosított HCV-fertőzött fogvatartottak 61,3%-a számolt be arról, hogy az injektálás során valaha használta másokkal közösen a tűt, illetve a fecskendőt, 14,8%-uk csak egy alkalommal, 85,2%-uk több alkalommal.

A HCV-fertőzöttek 60,5%-a – saját bevallása szerint – tetetett fel magára tetoválást úgy, hogy előtte máson is ugyanazt a tetováló tűt használták, emellett 20,6%-uk a börtönben is tetetett fel tetoválást úgy, hogy azt megelőzően a tűt már más is használta és nem volt fertőtlenítve. A mintába került HCV-fertőzött intravénás szerhasználók 71,8%-ának volt tetoválása, azonban csak harmaduk (32,4%) jelezte, hogy a tetoválás felhelyezéséhez nem használt másokkal közös tűt. Kétharmaduk esetében a HCV fertőződés történetét akár intravénás szerfogyasztás, akár tetoválás során használt közös tű útján is.

A mintába került HCV-fertőzöttek mindössze 10,5%-a jelezte, hogy szexuális aktusai során gyakran vagy mindig használt óvszert. Többségük azonban vagy nagyon ritkán vagy egyáltalán nem használt.

A 2015. évi intravénás szerhasználók körében végzett országos HIV/HCV prevalenciavizsgálat (Dudás et al. 2015) adatai szerint közel minden második (266 fő, 48,4%) intravénás szerhasználó volt már valaha börtönben, körükben a HCV prevalenciája 65% volt. A vizsgálat további adatait lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T.1 és T.2 alfejezet.

T1.2.3 Kábítószer-kínálat a börtönben

A bv. intézetekben lefoglalt kábítószeranyagokkal kapcsolatban rendelkezésre álló adatok és információk a T1.2.2 alfejezet „Kábítószer-használat a börtönben” pontja alatt olvashatók.

A kábítószeranyagok jellemzően postai küldeményben érkeznek be az intézetekbe, élelmiszerben, dohányban elrejtve, tisztálkodó-kozmetikai szerekbe elhelyezve (fogkrém, stift, fültisztító pálcára), cipőtalpba, ruhába eldugva. Ezen kívül gyakori, hogy az egyes intézetek sétaudvarára dobják be, vagy látogató fogadása során adják át az illegális szereket

¹³⁷ Az adatok interpretálásánál fontos figyelembe venni, hogy a mintába azok az elítéltek kerültek (852 fő), akik részt vettek a szűrésen és egyben hajlandók voltak részt venni a vizsgálatban is, és kitöltötték az anonim kérdőívet, illetve akik már hepatitisz C fertőzöttek voltak és részt kívántak venni a vizsgálatban.

a hozzátartozók. Az új típusú pszichoaktív szereket a tapasztalatok szerint a kapcsolattartók a különböző postai küldemények (elsősorban levelek és egyéb papíráruk) impregnálásával kívánják eljuttatni a fogvatartottakhoz. Komoly kihívást jelent, hogy az új pszichoaktív anyagok felderítésére az intézetek nincsenek megfelelően felkészülve (pl. az alkalmazott kábítószer-kereső kutyák nincsenek kiképezve ilyen anyagok felismerésére). (BVOP 2017, Arzenovits 2018)

T1.3 A KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ADOTT VÁLASZOK A BÖRTÖNBEN

T1.3.1 Stratégia

A 2013-2020 közötti időszakra szóló Nemzeti Drogellenes Stratégia (lásd még: Kábítószerpolitika fejezet T1.1 alfejezet) két helyen nevesíti a büntetés-végrehajtás intézményeit: a prevenció-, valamint a kezelés-ellátás pilléreknél. A prevencióval foglalkozó fejezet önálló szintériként nevezi meg a büntető-igazságszolgáltatás intézményeit, és feladatként írja elő számukra a fogvatartottak társadalmi beilleszkedésének elősegítését, a bv. intézetekben a drogprevenciós körletek működtetését és hatókörük bővítését, valamint az addiktológiai problémával küzdő fogvatartottak megfelelő ellátáshoz való hozzáféréseinek fejlesztését. A kezelés-ellátás vonatkozásában a Stratégia célul tűzi ki a hátrányos helyzetű és speciális szükségletű csoportok, köztük a fogvatartottak, számára a csoport egyedi szükségleteinek megfelelő és az intézményrendszer sajátosságaira tekintettel lévő, speciális kezelő-ellátó programok (terápiás beavatkozások) és utánkövető-gondozó programok kialakítását.

A Belügyminisztérium Alapító Okirata 2010-től kezdődően a Belügyminisztérium hatáskörébe utalta a büntetés-végrehajtási tevékenység központi igazgatását, így a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága a Belügyminisztérium felügyelete alatt látja el a bv. intézetek és a Bv. Szervezethez tartozó egyéb intézmények (4 oktatási és továbbképzési, és 2 egészségügyi) és gazdasági társaságok irányítását, koordinálását.

T1.3.2 Ellátás-szervezés

Az bv. intézetekben az ellátás alapvetően medikális modell alapján szerveződik, a kábítószer-fogyasztást elsősorban mint egészségügyi problémát képes kezelni a rendszer. Az ellátási rendszer bizonyos elemeit a bv. egészségügyi szolgálata, ezen belül az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (IMEI), az elterelésre kijelölt intézetek, az alapellátást végző orvosok és pszichológusok adják, míg más részeit a területileg illetékes szakintézmények (többnyire drogambulanciák) szakemberei biztosítják. A büntetés-végrehajtás a feladatok végrehajtásában számos kormányzati, önkormányzati kutatási-képzési, és programszolgáltató nem kormányzati szervezettel is szorosan együttműködik. A medikális modell mellett nagy szerepet kap a biztonsági modell¹³⁸ is a kábítószer-probléma megközelítésében, mely a legfőbb akadályát jelenti az ártalomcsökkentő beavatkozások bevezetésének.

A kábítószer-területtel foglalkozó, dedikált szervezeti egység nem működik a büntetés-végrehajtás intézményrendszerén belül. A területet érintő ügyek felmerülésekor eseti jelleggel kerül meghatározásra azok felelőse, és működnek együtt a témában érintett területek képviselői.

¹³⁸ E szerint a börtönben található kábítószerek és parafernáliák elsősorban tiltott tárgyakká minősülnek. A biztonsági állomány kötelessége a tiltott tárgyak felderítése, kiszűrése és elkobása, az esetleges kereslet- vagy ártalomcsökkentő programokból adódó kontraindikációk ellenére is.

Eltereltek a büntetés-végrehajtás intézményein belül

A magyar jogrendszer lehetőséget biztosít rá, hogy a bekerülésük előtt visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető fogvatartottak¹³⁹ is részt vegyenek – két éven belül egy alkalommal, csekély mennyiségű, saját használat céljából történő kábítószer birtoklása esetén - a büntetőeljárás alternatívájaként igénybe vehető ún. elterelésen (bővebb leírást lásd Kezelés fejezet T1.2.2 alfejezet). Orvosszakértői vélemény alapján, illetve ennek hiányában az IMEI által végzett előzetes állapotfelmérésen kerül megállapításra, hogy az elterelés három fajtája¹⁴⁰ közül melyiket kell alkalmazni. A kezeléshez szükséges előzetes állapotfelmérést a bv. intézet pszichiátere, addiktológus szakorvosa, vagy klinikai szakpszichológusa végezheti. Ezt követően kerül kijelölésre a szolgáltatást biztosító bv. intézet.

Az elterelés keretében biztosított kábítószer-függőséget gyógyító kezelés és kábítószer-használatot kezelő más ellátás biztosítására a 4/2009. (III.20.) IRM utasítás alapján különböző fogvatartotti csoportok (férfiak, nők, fiatalok, előzetes letartóztatásban lévők) számára az IMEI mellett hat további bv. intézet jogosult. Az eltereltek számára megelőző-felvilágosító szolgáltatást 2017. január 1-től a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság által meghatározott, területi ellátási kötelezettséggel bíró (külső) szolgáltató útján kell biztosítani, a bv. intézet és a szolgáltató között kötött együttműködési szerződés szerint; 2017-ben 12 intézetben zajlott ilyen tevékenység.

A BVOP adatai szerint 2017 folyamán kábítószer-használattal összefüggésben az IMEI-ben állapotfelmérés céljából 48 fő jelent meg, járóbeteg ellátás keretei között. Kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben 32 fő, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban 120 fő, megelőző-felvilágosító szolgáltatásban 173 fő vett részt.¹⁴¹ Problémát jelent, hogy az előzetes letartóztatás alatt nagyon nehéz megszervezni az elterelést, mert a fogvatartottak fluktuációja, és intézetek közti szállítása nagymértékű. Ezért sok elterelés marad félbe, illetve zajlik párhuzamosan. Az elterelések túlnyomó többsége Budapesten történik, azaz az elterelés intézménye a büntetés-végrehajtáson belül centralizált. (A bv. intézetekben kábítószer-használattal összefüggésben kezelést kezdők TDI rendszerbe jelentett adatai a T1.2.2 alfejezetben olvashatók).

T1.3.3 Kábítószer-használattal összefüggő egészségügyi és egyéb szolgáltatások a bv. intézetekben

Befogadási eljárás

A 2015 januárjától hatályos új bv. tv.¹⁴² bevezette a Kockázatelemzési és Kezelési Rendszer intézményét. A kockázatértékelés során meghatározzák az elítélt befogadásakor mért általános - visszaesési és fogvatartási - kockázatát, és a kockázat csökkentéséhez szükséges egészségügyi, pszichológiai, biztonsági és reintegrációs feladatokat, programokat. A kockázatértékelés személyes interjúk, kérdőívek, pszichodiagnosztikai

¹³⁹ Más bűncselekmény elkövetéséért büntetésüket töltő, bekerülésük előtt olyan kábítószer-bűncselekményt elkövető fogvatartottak, melyben elsőfokú ítélet még nem született.

¹⁴⁰ Elterelés keretében 3 féle ellátás vehető igénybe: megelőző-felvilágosító szolgáltatás; kábítószer-függőséget gyógyító kezelés; kábítószer-használatot kezelő más ellátás.

¹⁴¹ A adatok a TDI adatgyűjtésbe jelentett adatokkal nem összehasonlíthatók, mert a bv. intézetek a befejezett, a félbe szakadt, és a folyamatban lévő elterelések negyedévenként összesített számát tartják nyilván, míg a TDI rendszerben a kezelést kezdők számát rögzítik adott időszak alatt. Probléma továbbá, hogy a bv. nyilvántartásában rögzített adatok nem duplikációsűrtek: egy fogvatartott többször is megjelenhet a statisztikában például mint kezelést folytató, majd pedig befejező személy, vagy átszállítás esetén, vagy a kezelés időszakos abbamaradása, majd folytatása esetén.

¹⁴² 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról

tesztek és egészségügyi vizsgálati módszerek segítségével történik. A kockázatfelmérés részeként sor kerül a pszichoaktív szerekkel való visszaélés kockázatának felmérésére is. A bv. intézetbe befogadottak egészségügyi állapotfelmérésen is átesnek, ennek részét képezi a kábítószer- és alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdések megválaszolása is. Az elmondottakat az egészségügyi alrendszerben, csak az arra jogosult szakszemélyzet által hozzáférhető módon rögzítik.¹⁴³ A nyilatkozat valóságtartalmának ellenőrzésére nincs mód. Egyéb addikció súlyossági vagy más hasonló sztenderdizált kábítószer-érintettséget mérő eszköz általánosan nem kerül alkalmazásra. Fogyasztással kapcsolatos pozitív válasz esetén, amennyiben ez orvosilag indokolt, az ellátó orvos intézkedik a további szükséges kezeléstről (mint minden egyéb egészségügyi probléma esetén).

Prevenció

Egy 2002-es jogszabályi változás tette lehetővé úgynevezett prevenciós körletek, részleg kialakítását a bv. intézetekben az önként jelentkező¹⁴⁴ fogvatartottak számára. Jelenleg a drogprevenciós részleg működésének szabályait a 2013. évi CCXL. törvény a büntetés-végrehajtásról (bv. tv.), a 16/2014 (XII.19.) IM Rendelet a szabadságvesztés, a szabálysértési elzárás, az előzetes letartóztatás és a rendbíróság helyébe lépő elzárás végrehajtásának részletes szabályairól, valamint a 24/2017.(II.24.) OP szakutasítás a sajátos kezelési igényű fogvatartottak számára kialakított és az egyéb speciális részlegeken elhelyezett elítéltekkel kapcsolatos reintegrációs feladatok végrehajtásáról határozza meg részleteiben. A drogprevenciós részlegen történő elhelyezésre a fogvatartott saját kezdeményezésű, írásos kérelme alapján kerülhet sor, a felvételtől vagy elutasításról az ún. Befogadási és Fogvatartási Bizottság dönt, a reintegrációs tiszt és a bv. intézet pszichológusának javaslata alapján. A részlegen történő elhelyezésre elsősorban azon fogvatartottak kérelmét lehet engedélyezni,

- akiket kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény miatt ítélték el;
- akiről a befogadás során vagy a befogadó részlegben a bevonulást megelőzően drogfogyasztásra utaló adatok merültek fel;
- akiket a bv. intézetben drogfogyasztás miatt felelősségre kellett vonni;
- akik még nem kerültek kapcsolatba a kábítószerrel, de beszámolójuk szerint folyamatos veszélyeztetésnek vannak kitéve.

Amennyiben a fogvatartott felvételi kérelmét az adott intézetben férőhely hiány miatt utasítják el, lehetősége van más intézet drogprevenciós részlegébe történő felvételét kérni.

A drogprevenciós részleget lehetőség szerint külön körleten vagy körletrészen kell kialakítani és a fogvatartottakat külön zárkákban elhelyezni.

Az itt elhelyezett fogvatartottak írásos nyilatkozatban vállalják a részvételt drogszűrésen havonta minimum egyszer, előre meg nem határozott időpontban. Drogtesztet kell elvégezni a drogprevenciós részlegre helyezés előtt, vagy az intézeten kívüli előállításokat, szállításokat követően, valamint szerhasználat gyanúja esetén is.

11 intézetben nincs maximalizálva a részlegen eltölthető idő hossza, a fogvatartottak szabad férőhelyek függvényében bármeddig a részlegen maradhatnak. 4 intézetben 12 hónap, 3 intézetben 6 hónap, egy intézetben pedig 3 hónap a részlegen tölthető maximális idő, ami a fogvatartott kérelmére (pozitív elbírálás esetén) meghosszabbítható. (Arzenovits 2018)

A prevenciós részleg tevékenysége komplex terápiás rendszerben valósul meg a büntetés-végrehajtási, a pszichológia, az egészségügyi szakterület és a börtönlelkész szolgálat szoros együttműködésében. A részlegen elhelyezett fogvatartottak számára a reintegrációs tiszt heti foglalkoztatási programot készít, amely tartalmazza a prevenciós programokat is. A részlegen elhelyezett fogvatartottak magatartását, aktivitását, érdeklődését, együttműködési készségét, kapcsolattartását és egyéb lényeges eseményeket a reintegrációs tiszt legalább hathavonta értékeli.

¹⁴³ Az adatokat folyó szöveggént rögzítik, azok standardizált és aggregált formában történő évenkénti kinyeréséhez az informatikai rendszer fejlesztésére lenne szükség, mely jelenleg az egységes Kockázatelemzési és Kezelési Rendszer bevezetése kapcsán folyamatban van.

¹⁴⁴ A jelentkezésnek nem feltétele a korábbi szerhasználat.

A prevenciók körletek által nyújtott szolgáltatások és programok túlnyomórészt pszichológiai/pszichoterápiás csoportfoglalkozások, és egyéni konzultáció formájában zajlanak. A bv. intézetekben megvalósításra kerülő drogvenciók programok, és nem szük értelemben vett medikális szolgáltatások jelentős részét külső civil szervezetek közreműködésével, pályázati finanszírozás útján biztosítja a bv.

2017-ben 19 bv. intézetben működött drogvenciók körlet, összesen 333 férőhellyel. Az itt elhelyezett fogvatartottak száma változó, a körzetek feltöltöttsége átlagosan 60%-os kihasználtsággal jellemezhető. Az év folyamán 262 fogvatartott került behelyezésre az egyes részlegekre, és kábítószerhasználat, vagy annak gyanúja miatt 27 fogvatartottat, míg egyéb magatartási problémák miatt 35 főt helyeztek ki onnan. (Arzenovits 2018, BVOP 2018)

A bv. intézetek körében végzett kérdőíves felmérésből (Arzenovits 2018) származó adatok szerint 2017-ben a részlegek programjai 14 intézetben intézetben belüli és külső források felhasználásával szerveződtek, 3 intézetben a programok kizárólag saját erőforrásból és saját személyi állomány bevonásával kerültek megvalósításra, míg két intézetben külső szervezetek bevonásával valósultak meg. A drogvenciók részlegben biztosítottakon kívül 26 intézet eseti jelleggel, évente 1-3 alkalommal valósított meg drogvenciók, vagy drogvenciók elemeket tartalmazó programokat, melyen 2017. évben 1778 fogvatartott vett részt országwide. Ezek a programok nem állnak központi koordinálás, irányítás, szervezés alatt, azok kidolgozása és megvalósítása az intézetek saját hatáskörébe tartozik. A programokat 5 intézet kizárólag saját erőforrásból valósította meg, 8 intézet külső szervezetek segítségével, 13 intézet pedig intézeti és külső erőforrások vegyes felhasználásával.

A prevenciók körleteken biztosított, illetve az attól függetlenül, valamennyi fogvatartott számára nyitott drogvenciók programok hasonlóak tartalmukat tekintve: jellemzően csoportos és egyéni pszichológiai foglalkozásokat, esetenként ismeretterjesztő előadásokat tartalmaznak. A programok fókuszában az esetek többségében a személyiségfejlesztés (önismeret, stressz-kezelés, konfliktuskezelés), az egyéni és szociális kompetenciák fejlesztése, az egészség megőrzése, a visszaesés megelőzése, a felvilágosítás és az ismeretek bővítése áll. Formájukat, módszerüket tekintve a programok változatosak: kézműves foglalkozások, zeneterápia, meseterápia, sportfoglalkozások, kutyaterápia, kulturális programok (filmvetítés, irodalmi csoport), életvezetési tanácsadás. (Port 2016a, Arzenovits 2018)

A 2015-től működtetett Kockázatelemzési és Kezelési Rendszer (lásd fentebb) keretében a szerhasználati problémák kezelésére 12 alkalmas (valamennyi bevont intézetben egységesen végrehajtható) droghasználatot megelőző tréningprogramot biztosíthatnak az intézetek. A program elsősorban kognitív viselkedésterápiás módszereket alkalmaz. 2017 folyamán a „Kábítószer-használat megelőzése” c. 12 alkalmas tréning 30 alkalommal került megtartásra, összesen 290 fogvatartott részvételével.

Kezelés-ellátás

A bv. intézetek körében végzett legfrissebb felmérés (Arzenovits 2018) alapján kábítószerhasználat járóbeteg típusú ellátása intézetben belül 9 helyen, míg külső szolgáltató által biztosítottan 8 intézetben volt elérhető 2017-ben. Kábítószerhasználatból eredő problémák fekvőbeteg típusú ellátása egy intézetben belül volt biztosított, külső szolgáltató által 7 intézet tudott fogvatartottai részére ilyen típusú ellátást biztosítani.

Kábítószer-elvonási tünetekkel 13 intézet összesen 422 fogvatartottat kezelt vagy kezeltetett. Csak gyógyszeres kezelést alkalmaznak 11 intézetben, 12 intézet a gyógyszeres és pszichoterápiás kezelést együtt biztosítja. 6 intézetben nem volt szükség elvonási tünetek miatti kezelésbe vonásra, egy intézet pedig a gyógyszeres kezelést és tanácsadást jelölte meg mint az elvonási tünetek egyéb formájú kezelését. (Arzenovits 2018)

A büntetőeljárás alternatívájaként igénybe vehető elterelés intézményének leírása a T1.3.2 alfejezetben, a kezelést kezdő fogvatartottak TDI adatai a T1.2.2 alfejezetben, a fogvatartottak opiát-helyettesítő kezelésével kapcsolatos információk a T1.3.4 alfejezetben olvashatók.

Fertőző betegségek prevenciója, szűrése és kezelése

A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága (BVOP) szervezésében, külső egészségügyi forrás bevonásával, 2007 óta évente zajlott felvilágosítással egybekötött hepatitis C szűrőprogram a hazai bv. intézetekben¹⁴⁵. 2017 folyamán a felvilágosító- és szűrőprogram szünetelt, így a korábbi évekhez képest jóval kisebb számú fogvatartott vett részt fertőző betegségekkel kapcsolatos felvilágosításban, illetve szűrésben.

A bv. intézetektől származó adatok szerint (Arzenovits 2018) 2017 során HCV/ HBV/ HIV/ TBC fertőzéssel kapcsolatos felvilágosításra 5 bv. intézetben került sor szervezett formában, összesen 1109 fő (a fogvatartottak 6,4%-a) részvételével. Egyéni tanácsadásban/felvilágosításban 8 intézetben összesen 2102 fogvatartott részesült az év folyamán. Írásos tájékoztató kiadvány 8 intézetben mintegy 4000 fogvatartott részére került kiosztásra.

Az előadások valamennyi intézetben más intézményekkel, szervezetekkel is együttműködve kerültek megvalósításra, míg az egyéni tanácsadásokat kifejezetten az intézeti kollégák biztosították.

2017 folyamán HCV szűrésen összesen 50 fogvatartott vett részt, közülük 6 fő (12%) bizonyult HCV ellenanyag pozitívnak.

Hepatitis B szűrésre 3 intézetben 40 fő részvételével került sor, valamennyi minta negatív volt. HBV elleni védőoltásban az intézeti jelentések¹⁴⁶ szerint 2 intézetben mindösszesen 3 fogvatartott részesült.

HIV szűrés 15 intézetben, 263 esetben (a fogvatartottak 1,5%-a) történt, 1 HIV+ eset került kiszűrésre.

A büntetés-végrehajtás intézményein belül TBC szűrés is elérhető. A 18/1998. NM rendelet módosítása értelmében 2013-tól kötelező valamennyi a fogvatartottnak részt venni tüdőszűrésen a befogadását követően, valamint a befogadás napjától számítva évente egyszer. 2017 folyamán 2 aktív és 25 passzív TBC-s beteg kiszűrésére került sor, TBC elleni kezelésben 11 fogvatartott részesült.

A kiszűrt és a terápiás kritériumoknak is megfelelő HIV, HBV és HCV beteg fogvatartottak gyógykezelésben részesülnek, a kezelésbe valamilyen egészségügyi okból nem kerülőket gondozásba veszik. 2017-ban 32 HIV-fertőzött fogvatartott részesült antiretrovirális kezelésben, 18 HCV-fertőzött és 2 HBV-fertőzött fogvatartott pedig antivirális kezelésben. 1 olyan HCV fertőzött volt, aki egészségügyi okokból nem került kezelésbe, 2 fő pedig szabadulása miatt abbahagyta a kezelést

A fogvatartottak hepatitis C megbetegedéssel kapcsolatos kezelését a bv. intézetekben található egészségügyi szolgálatok látják el a területi hepatológiai centrummal együttműködve. Amennyiben arra szükség van, a fogvatartottat kiszállítják a helyi hepatológiai centrum szakrendelésére. A HIV-fertőzött egyének számára felajánlják, hogy büntetésüket a Tököli Országos Büntetés-végrehajtási Intézetben, a HIV-fertőzöttek számára kialakított elkülönített körleten töltsék le. Az itt elhelyezett fogvatartottak létszáma változó,

¹⁴⁵ A HCV kampány szűrővizsgálatok egy előzetes féléves felvilágosító előadással kezdődnek, amely után a fogvatartottak önkéntes módon vehetik igénybe a szűrővizsgálatot. A vérminták vizsgálatára a Szent László Kórházban kerül sor.

¹⁴⁶ 29 intézetből 26 intézet adatai alapján.

2017. december 31-én 20 fő volt. A speciális körleten található orvosi rendelő is, ahol meghatározott időközönként a Szent László Kórház szakorvosa látja el a HIV-fertőzött fogvatartottakat. A kiszűrt új, aktív TBC-s betegeket a Büntetés-végrehajtás Központi Kórházának Tüdőosztályán különítik el és kezelik.

Ártalomcsökkentés, a szabadulás utáni túladagolás megelőzése

Kifejezetten ártalomcsökkentési célú programok, beavatkozások a hazai bv. intézetekben nem érhetőek el.

A bv. intézetek körében készült felmérés (Arzenovits 2018) során egyetlen intézet sem számolt be kifejezetten a szabadulás utáni túladagolással foglalkozó, azt megelőzni kívánó programokról és programelemekről. 3 intézet számolt be egyéni keretek között elérhető ilyen típusú tanácsadásról, melyet pszichológusi, reintegrációs tiszti foglalkozások keretében, illetve külső szolgáltató által biztosítottak, összesen 91 fő részvételével.

Reintegráció, szabadulásra való felkészítés

A magyarországi bv. intézetek körében 2013-ban, 2016-ban és 2018-ban végzett felmérések (Port és Tarján 2014, Port 2016, Arzenovits 2018) szerint a szabadulásukat megelőzően kábítószer-probléma miatt kezelésben részesülő fogvatartottakra vonatkozó formális eljárásrend rendszerint nincs az intézetekben, ugyanakkor több intézet jelezte, hogy az érintett fogvatartottakat tájékoztatják a megfelelő szervezetek elérhetőségéről vagy továbbirányítják őket – az intézettel több esetben együttműködési megállapodással is rendelkező – helyi drogambulanciára, pszichiátriára vagy valamilyen rehabilitációs intézménybe. A 2018-as felmérés során egy-egy intézet beszámolt arról, hogy amennyiben a fogvatartott pártfogói felügyelet alatt áll, a szolgálat munkatársai a szabadulás után segítséget nyújtanak az eltereléssel kapcsolatban, illetve arról, hogy a reintegrációs és pszichológia szakterület munkatársai egyéni konzultációs alkalmakat biztosítanak szabadulás előtt. (Arzenovits 2018)

2017-ben kábítószer-használó fogvatartottakat megcélzó reintegrációs/reszocializációs program 8 intézetben (38 program) volt elérhető, melyek keretében összesen mintegy 600 főt sikerült elérni. Egyéni tanácsadás szabadulás utáni reintegrációt segítő célzattal 4 intézetben volt elérhető, összesen 55 fogvatartottat sikerült ilyen módon elérni. (Arzenovits 2018)

A bv. intézetekben működő pártfogói felügyelet keretében a pártfogó felügyelők is ellátnak - jogszabályban előírt - reintegrációs gondozói és utógondozói feladatokat a pártfogó felügyelet alá helyezett, valamint az őket önkéntesen felkereső fogvatartottak esetében. A reintegrációs gondozás célja az elítélt társadalmi beilleszkedését segítő támogatás, egyéni tanácsadás és esetkezelés, valamint csoportos tájékoztatás formájában. A támogatás a következő területeket fedi le: egészségügyi ellátás/elhelyezés, munkaerőpiaci beilleszkedés, lakhatás, képzésben való részvétel segítése, szociális ügyintézésre való felkészítés, csoportos tájékoztatás a reintegrációs gondozás és utógondozás lehetőségeiről és jogi segítségnyújtási lehetőségekről, továbbá az elítélt családjának felkészítése az elítélt visszafogadására. Az egyéni esetkezelés keretében biztosított támogatási formák között a vonatkozó rendelet külön nevesíti a „szervedélybetegségekhez kapcsolódó szociális és mentális deficitek kezelésével az ártalmas következmények csökkentését”. Utógondozás keretében a pártfogó felügyelők a szabadulást követő egy évben segítik az azt igénylő frissen szabadultak társadalmi beilleszkedését, a fentebb részletezett támogatási formákon keresztül.

A reintegrációs tevékenységek kapcsán kiemelendő még a Váltóság Alapítvány¹⁴⁷ és a Tévelygőkért Alapítvány¹⁴⁸, mint a legjelentősebb fogvatartottak reszocializációjával, reintegrációjával foglalkozó civil szervezetek hazánkban. A Váltóság Alapítvány munkatársai a fogvatartottakkal szabadulás előtt a börtönben veszik fel a kapcsolatot, amelyet a szabadulás után is fenntartanak. Vegyes technikákkal dolgoznak, melynek részét képezik: mentoring, csoportos, egyéni foglalkozások, tréningek. A szervezetnek van foglalkoztatási, tehetséggondozó, és kifejezetten nőknek szóló programja is, illetve félutas házat is működtetnek. A Váltóság emellett működtet egy, a témával kapcsolatos információs adatbázist, ahol a szabadulók, hozzátartozók és szakemberek tájékozódhatnak. Az Alapítvány rendszeres időközönként tájékoztató, segítő kiadványokat is megjelentet a témában az érdekeltek számára.

A Tévelygőkért Alapítvány célja az esélyegyenlőtlenség megszüntetése a marginalizált csoportokkal való közös munka, valamint társadalmi érzékenyítés révén, és ezen belül fő területük a büntetés-végrehajtási rendszer által hátrányosan érintettek támogatása. Az Alapítvány „Beszélj szabadon” programja középiskolás korúakat céloz meg, célja, hogy a fiatalokat elfogadóbbá és nyitottabbá tegye a bv. rendszerből szabadultakkal, csökkentve ezáltal az elítélt bűnelkövetők kirekesztettségét és elősegítve társadalmi reintegrációjukat. A „Mirkó-projekt” célja elsősorban a fogvatartottak és gyermekeik között a szülő-gyermek kapcsolat erősítése, gondozása, a gyermekek sorsának követése, támogatása, másodsorban a civil szervezetek bevonása, aktivizálása, ezen keresztül a társadalom érzékenyítése, az előítélet- és szégyen-mentes kommunikációs gyakorlat meghonosítása. A szervezet börtönviselték számára szóló reintegrációs programja a B-Terv, amely a bv. rendszerből frissen szabadult, hátrányos helyzetű, családjukhoz visszatérni nem tudók számára olyan lakóközösséget hoz létre, amelyben a szeretetteli, előítéletektől mentes, asszertív kommunikáció gyakorolható. A B-Terv program keretében a volt elítélt 3-9 hónapig él az őt befogadó lakóközösségben, ezt követően pedig lehetősége van a saját munkahelye mellett az Alapítvány egyes projektjeiben munkatársként részt venni.

T1.3.4 Opiát helyettesítő kezelés a bv. intézetekben

A fogvatartottak metadon kezeléséről a BVOP 38/2015. (V.20.) OP szakutasítása rendelkezik. Ennek értelmében a metadon kezelést, mint az opiát-függőség egyik lehetséges terápiáját a bv. intézetnek biztosítani kell, ha a fogvatartott befogadásakor a korábban őt gondozó drogambulancia metadon kezelés folytatására szóló javaslatával jelentkezik, vagy azt az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet szakorvosa javasolja, és ehhez a fogvatartott írásos beleegyezését adja. A kezelést az e tárgyban kiadott módszertani levélben meghatározottak szerint a metadon beszerzésére, tárolására és alkalmazására kijelölt terápiás helyeken kell elvégeztetni, mely feladatra – működési engedély hiányában – a bv. intézetek nem jogosultak. Metadon kezelés végrehajtására a bv. intézetnek a fogvatartottat a területileg kijelölt drogambulanciára, illetve addiktológiai vagy pszichiátriai szakellátó helyre kell előállítania.

2017-ben az intézetek adatai szerint (Arzenovits 2018) opiát helyettesítő kezelés egy bv. intézetben volt helyben elérhető, 4 intézetben pedig külső szolgáltató által biztosított. Az év során befogadásakor 8 fogvatartott jelezte, hogy fogvatartását közvetlenül megelőzően opiát-helyettesítő kezelésben (Metadon vagy Suboxone) részesült, két intézetben 1-1 fő folytatta a kezelést fogvatartását követően is; további fogvatartottak opiát helyettesítő kezeléséről nem számoltak be az intézetek. (Arzenovits 2018) A korábbi gyakorlatról elmondható, hogy külső szolgáltatók esetlegesen biztosítottak ilyen ellátást a bv. intézet megkeresése esetén, de az ilyen esetek száma rendkívül alacsony volt. A szubsztitúciós kezelést biztosító drogambulanciák körében folytatott éves adatgyűjtés (Tarján 2013) szerint 2005 és 2012 között a területileg illetékes drogambulanciákra opiát-helyettesítő kezelés céljából 2005-ben 3, 2006-ban 2 fogvatartottat szállítottak ki.

¹⁴⁷ <http://www.valtosav.hu/>

¹⁴⁸ <http://www.tevelygokertalapitvany.info/>

T1.4 MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS

Jelenleg nincsenek érvényben kifejezetten a büntetés-végrehajtás intézményeiben nyújtott, a kábítószer-használók ellátását is érintő szolgáltatások minőségbiztosítására vonatkozó szabályozó anyagok.

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

Nem alkalmazható ebben a fejezetben.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ, beleértve a 2017-es évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

2016 tavaszán kérdőíves felmérés készült a magyarországi javítóintézetek körében (Port 2016b, a vizsgálat módszertanának leírását lásd a T5.2 alfejezetben).

Életkori megoszlást tekintve, a kérdőívet kitöltő 180 fiatal 36%-a 16 év alatti, 52%-uk 16 és 18 év közötti volt, 12%-uk pedig a 19-20 éves korcsoportból került ki. Tetoválással a mintába kerültek 61%-a (110 fő) rendelkezett, nagyobb részük még az intézetbe kerülés előtt szerezte utolsó tetoválását (95 fő, 86%), 15-en viszont az intézeten belül is tetováltattak magukra. Szálláskörülményeit tekintve, a minta 93%-a (167 fő) stabil lakhellyel rendelkezett a felmérést megelőző egy évben, 7% (13 fő) nyilatkozott úgy, hogy egy hétnél tovább hajléktalan szállón, utcán vagy stabil lakhely nélkül élt.

A mintába került 180 nevelőintézeti fiatal közül 162-en (90%) mondták azt, hogy fogyasztottak már életük során kábítószer vagy új pszichoaktív szert¹⁴⁹, 158-an (87,8%) kizárólag az intézetbe kerülés előtt, 4-en (2,2%) az intézeten belül töltött időben is (valamennyien egy éven belül, 4 hétnél régebben). A felmérést megelőző 4 hétben az intézeten belül egy fő sem fogyasztott kábítószer saját bevallása szerint. A stabil lakhatással nem rendelkezők (13 fő) valamennyien fogyasztottak kábítószer intézetbe kerülésük előtt, a stabil lakhellyel rendelkezők között ez az arány 89% volt.

Összességében elmondható, hogy a vizsgált javítóintézeti populáció körében az új pszichoaktív szerek használata volt a legelterjedtebb: 78%-uk (127 fő) fogyasztott élete során valamilyen új pszichoaktív szert. Az életében valaha fogyasztó 162 fő 58%-ánál szerepeltek a szintetikus kannabinoidok, 36%-uknál a designer stimulánsok elsődlegesen használt szerként.

Az egyetlen elsődleges szert megjelölő¹⁵⁰ 128 fő 52%-a (66 fő) elsődlegesen a szintetikus kannabinoidok¹⁵¹ használatát, 23%-a (29 fő) designer stimulánsok¹⁵² használatát, 20%-a

¹⁴⁹ Fontos megjegyezni, hogy a mintába került fiatalok részben a droghasználat szempontjából kockázati tényezőnek minősülő szociális és egészségügyi-pszichés tényezők alapján lettek kiválasztva (lásd T5.2 alfejezet).

¹⁵⁰ A valaha fogyasztó 162 fő közül 34 fő több szert is megjelölt elsődleges szerként, annak ellenére, hogy a kérdőív kifejezetten egy, a leggyakrabban/jellemzően használt szer megjelölését kérte.

¹⁵¹ műfű, biofű, új marihuánához hasonló hatású szerek

¹⁵² kristály, zene, 4-mec, formek, penta, MDPV

kannabisz használatát jelölte meg. Elsődlegesen amfetamint használt a válaszadók 4%-a, heroint és a kokaint mindössze 0,8-0,8%-uk.

Az egyidejűleg több elsődleges szert is megjelölő 34 fogvatartott közül 20 fő (59%, a valaha próbálók 12%-a) a két új pszichoaktív szer kategóriát (szintetikus kannabinoid vagy designer stimuláns) jelölte meg elsődlegesen használt szereként, és további 12 esetben (35%) szintén szerepelt az egyik vagy mindkét ÚPSZ kategória az amfetamin-, kokain-, vagy kannabiszhasználat említése mellett.

Az intézetben belüli kábítószer-használatról 4 fő számolt be, valamennyien új pszichoaktív szerek használatát jelölték meg elsődlegesen (ketten designer stimulánsok, egy fő szintetikus kannabinoidok, egy fő pedig designer stimulánsok és szintetikus kannabinoidok egyidejű elsődleges használatáról számolt be).

30 fő (a valaha fogyasztók 19%-a¹⁵³, a teljes minta 16,7%-a) intravénásan is használt már kábítószer, 23-an még intézetbe kerülésüket megelőzően, 7-en az intézetben belül is. Az intravénás szerhasználatról nyilatkozó fogvatartottak kétharmada fiú, egyharmada lány volt, életkori megoszlásukat tekintve 6 fő volt 16 év alatti, 20 fő 16-18 éves, és 4 fő 18 évnél idősebb. Tetoválással 70%-uk rendelkezett, 18-an még az intézetbe kerülés előtt, 3-an az intézetben belül is tetováltattak. 5 fő monda azt, hogy élt szexuális életet az elmúlt 4 hétben, közülük óvszert egyikük sem használt. Az intravénás droghasználók két fő kivételével¹⁵⁴ valamennyien a designer stimulánsokat jelölték meg elsődlegesen injektált szereként.

A felméréssel egybekötött HCV szűrés során 5 fertőzött eset (4 pozitív és 1 kétes eredményű) került kiszűrésre, nemüket tekintve 4 fiú és 1 lány. Tetoválással mind az 5 HCV fertőzött fiatal rendelkezett, kettőjük az intézetben belül is szerzett tetoválást. 2 fiatalnak nem voltak stabil lakhatási körülményei az elmúlt egy év során. Leggyakrabban használt szereként valamennyien új pszichoaktív szereket jelöltek meg.

Az 5 kiszűrt HCV+ esetből 4 fő használt már intravénásan is kábítószer saját bevallása szerint, utoljára mind a négyen 4 hétnél régebben, de egy éven belül, és valamennyien egy évnél régebben injektáltak először életükben. A négy intravénás droghasználó közül egy az intézetben belül is fogyasztott kábítószer intravénásan. Az elsődlegesen injektált szer mind a 4 esetben designer stimuláns volt, 4-ből 3 esetben az utolsó injektálásnál nem új és steril fecskendőket használtak, és valamennyien többször újrahasználták a tűt (ketten 10-15 alkalommal is). Az injektálás gyakorisága szintén mind a 4 esetben magas volt, naponta többször (5,10,30,40 alkalommal) is injektáltak az utolsó használat alkalmával.

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

Arzenovits (2018): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben végzett kérdőíves felmérés. Kutatási beszámoló.

BVOP (2018): A BVOP 2017-re vonatkozó beszámolója.

BVOP (2016): Az elítéltekre vonatkozó kockázatértékelési rendszer bevezetése kapcsán végzett kérdőíves vizsgálat eredményei. BVOP Stratégiai, Elemzési és Tervezési Főosztály.

Paksi, B. (2009): A jogerősen elítélt fogvatartottak kábítószer- és egyéb szenvedélyszer használata Magyarországon 2008-ban. Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központ. Kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.

¹⁵³ A kérdésre nem válaszoló 2 fő kizárásával.

¹⁵⁴ 1 fő heroin, 1 fő egyéb szer (LSD) injektálását jelölte meg elsődlegesen.

Port, Á. (2016a): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben 2016 júniusában végzett kérdőíves felmérés eredményei.

Port, Á. (2016b): A magyarországi javítóintézetben elhelyezett fiatalok kábítószerhasználatának vizsgálata. Nem publikált kézirat.

Port Á., Tarján A. (2014): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokság és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben 2013-ban végzett kérdőíves felmérés eredményeiről készült kutatási beszámoló.

Ritter, I. (2013): Fertőzések és félelmek a büntetés-végrehajtási intézményekben, OKRI. Kézirat.

Tarján (2013): Kiegészítő adatgyűjtés a szubsztitúciós kezelést biztosító drogambulanciák körében.

TDI adatgyűjtés 2018.

Tresó, B., Barcsay, E., Tarján, A., Horváth, G. Cs., Dencs, Á., Hettmann, A., Csépai, M., Győri, Z., Rusvai, E., Takács, M., (2011): Prevalence and Correlates of HCV, HVB, and HIV Infection among Prison Inmates and Staff, Hungary. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. doi:10.1007/s11524-011-9626-x.

T5.2 MÓDSZERTAN

Arzenovits (2018): A kérdőíves felmérésben valamennyi 2017-ben működő hazai bv. intézet részt vett (összesen 29). A kérdőívek felvétele 2018 júniusában történt, az adatszolgáltatás tárgyáé 2017 volt.

BVOP (2016): A vizsgálat alapját egy, a befogadási eljárás keretében, elsősorban kockázatbecslési, másodsorban nyilvántartási céllal felvett kérdőív adta, melynek a szerhasználatra vonatkozó kérdései is voltak. (Az adatfelvétel nem klasszikus kutatási céllal, hanem egy újonnan bevezetett kockázatelemzési rendszer adatfelvételi fejlesztésének tesztelése céljából történt.) A mintába a résztvevő 5 bv. intézetbe a vizsgálat hónapjában befogadott férfi elítéltek kerültek, összesen 1170 fő. A kérdőívek felvételére 2015 márciusában került sor, a válaszok a fogvatartottak önbevallásán alapulnak.

BVOP és NFP kérdőíves felmérés (Port 2016a): A kérdőíves felmérésben a 2015-ben hazánkban működő bv. intézetek (összesen 30) vettek részt. A kérdőívek felvétele 2016 május-júniusában zajlott, a kérdésekre a válaszokat 2015 vonatkozásában kellett megadni. A kérdőíveket a bv. intézetek munkatársai töltötték ki, a válaszok összesítését és az adatok kiértékelését a Nemzeti Drog Fókuszpont végezte.

BVOP és NFP kérdőíves felmérés (Port és Tarján 2014): A kérdőívek felvételére 2013. július-augusztusában került sor, a válaszokat 2012-re vonatkozóan kellett megadni. A kérdőív mind a 31 hazai bv. intézet által kitöltésre került. A kérdőíveket a bv. intézetek munkatársai töltötték ki, a válaszok összesítését és az adatok kiértékelését a Nemzeti Drog Fókuszpont végezte. A kérdőív alapjául az EMCDDA standard kérdőívei (23 és 27), valamint a korábbi Éves Jelentések Börtön fejezetére vonatkozó iránymutatásai szolgáltak.

TDI adatgyűjtés 2018: lásd Kezelés fejezet T5.2 alfejezet

Paksi (2009): A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központ készítette a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet finanszírozásával, és a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának támogatásával. A kutatás célpopulációját a vizsgálat idején a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben jogerősen fogvatartott, magyar állampolgárságú, felnőtt korú elítéltek képezték. Az országos intézetek esetében az egyes intézetekben az aktuális fogvatartott listák alapján, SPSS programmal a helyszínen, egyszerű véletlen mintavételi módszerrel, arányos, a férfiak esetében 5%-os, nők esetében pedig – elemezhető számú megkérdezett biztosító felülreprezentálással – egyharmados mintát vettek a kutatás során. A megyei letöltőházak esetében a mintavétel két lépcsőben történt: régióként egy-egy, szakértői mintavétellel kiválasztott helyszínen, a régiókban fogvatartottak létszámával arányos véletlen minta került kiválasztásra. A teljes minta 652 fő volt, a nemenként arányos országos végső minta nagysága 503 fő volt. A szocio-demográfiai háttérrel, drogfogyasztáson kívüli szokásokkal, illetve a kérdezett jelenlegi objektív büntetés-végrehajtási státusára, és előéletére vonatkozó kérdéseket tartalmazó ún. „A” kérdőív face to face technikával került felvételre. A börtönbe kerülés előtti és a fogvatartás alatti drogfogyasztással kapcsolatos célváltozók, illetve néhány viselkedési addikcióval foglalkozó kérdéssor felvétele önkitöltős technika felajánlásával történt. Az önkitöltős blokkot a kérdezettek közel háromnegyede (71,6%) alapvetően önállóan töltötte ki. A kérdezettek 28,4%-a esetében azonban az önkitöltős részek is face to face technikával kerültek felvételre. Az adatfelvétel 2008. október 14. és december 12. között történt.

Port (2016b): A kérdőíves felmérésre egy pályázati projekt részeként került sor, a vizsgálatban a pályázat beadásának időpontjában működő 4 magyarországi javítóintézet, valamint egy speciális lány gyermekotthon (EMMI Esztergomi Gyermekotthon) vett részt, a lányok mintán belüli arányának növelése céljából. A mintába összesen 180 fiatal került be (140 férfi, 40 nő): a Debreceni Javítóintézetben a felmérés időpontjában az intézetben elhelyezett valamennyi fiatal kitöltötte a kérdőívet, a többi 4 intézetből 20-20 fő került kiválasztásra, a droghasználat szempontjából kockázati tényezőnek minősülő szociális és egészségügyi-pszichés tényezők¹⁵⁵ alapján, mivel a pályázat célja a hazai javító-nevelőintézetekbe bekerülő fiatalok Hepatitis C érintettségének feltérképezése mellett az érintett fiatalok azonosítása és korai kezelésbe vétele volt, mind a HCV fertőzöttség, mind a kábítószer-használat tekintetében.

Ritter (2013): A mintavételi keretet a Bristol-Myers Squibb Kft. által 2012-ben finanszírozott és lebonyolított HCV, HBV anonim szűrésen részt vett, 7 - random módszerrel választott - büntetés-végrehajtási intézmény elítéltejei alkották. A mintába azok az elítéltek kerültek (852 fő), akik részt vettek a szűrésen és egyben hajlandók voltak részt venni a vizsgálatban is és kitölteni az anonim kérdőívet, illetve akik már hepatitis C fertőzöttek voltak és részt kívántak venni a vizsgálatban. A vizsgálat során alkalmazott kérdőívek jellemzően zárt kérdéseket tartalmaztak. A kérdőíves adatfelvételre jellemzően a szűrést követően került sor, napokkal vagy hetekkel később. A kérdőíves adatgyűjtés mellett mélyinterjú készült fogvatartottakkal és nevelőkkel is a jelenségről és a szűrésről. A vérminták vizsgálatát a Szent László Kórház Immunológiai Osztálya végezte. A vérminta és a kérdőív egy anonim azonosító kód által került összekapcsolásra.

Tresó et al (2011): Az országos lefedettségű, a fogvatartotti populáció körében a fertőző betegségek azonosítására irányuló vérmintavizsgálat 2007 júniusa és 2009 júniusa között zajlott, 20 magyarországi bv. intézet részvételével. A vizsgálatban 4894 önként jelentkező fogvatartott vett részt (az akkori fogvatartotti populáció 34,2%-a), valamint összehasonlítási

¹⁵⁵ Szociális szempontok: anamnézis (nem mindig őszinte); iskolarendszerből kimaradt magántanuló; család egyéb tagjainak szerhasználata; kábítószeres jogi következmény. Egészségügyi- pszichés szempontok: emelkedett laborértékek; gyógyszeres intoxikáció; beérkezés utáni megvonás (feszültség, alvászavar, hangulatingadozás, a beilleszkedés alkalmatlansága, stb.); testen szúrás nyomok, bedugult erek; nem pontos információk meglévő májbetegséggel kapcsolatban; ablakperiódus figyelembevétele

csoportként a bv. intézetek munkatársi közül további 1066 önként jelentkező. A Nemzeti Drog Fókuszpont kezdeményezésére, a BVOP hozzájárulását követően, 2008 júniusa és 2009 júniusa között a szűrésen résztvevő önként jelentkező fogvatartottak körében kérdőív felvételére is sor került, a fogvatartottak esetleges kábítószer-fogyasztói/ intravénás kábítószer-fogyasztói múltjára, illetve a hepatitis C terjedésével összefüggő kockázati magatartásaikra vonatkozóan. 2009 júniusáig 7 bv. intézetben, 1553 fogvatartott töltötte ki a kérdőívet a szűréssel párhuzamosan. A kérdőívet a Nemzeti Drog Fókuszpont készítette az EMCDDA ajánlásai¹⁵⁶ alapján. A szűrésben résztvevő fogvatartottak a kérdőívet a szűrést megelőzően töltötték ki. A kérdőívek és a szerológiai eredmények egy egyedi, anonim azonosító alapján kerültek összekapcsolásra. A kérdőívek felvétele önkitöltős módszerrel, anonim módon történt.

¹⁵⁶ Protocol for the implementation of the EMCDDA key indicator: Drug-related infectious diseases (DRID), draft version 6 October 2006, Project CT.04.P1.337

FELHASZNÁLT IRODALOM

Altalap (2017): A NCTA_2015_10922_F azonosítójú, Altalap HIV Program projektben elvégzett tesztelések_HIV, Szifilisz,HCV -, ill a hozzájuk kapcsolódó rizikóviselkedéseket feltáró kérdőívek adataiból 2015. decembere és 2016. áprilisa közti időszakban. Kézirat. elérhető: https://drive.google.com/file/d/0B_DVZxADqeNebTEtMkdVYTcwTGs/view (utolsó hozzáférés: 2018. 09. 16.)

Arnold P., Németh Á. (2015): Serdülők tiltott szer használata a HBSC 2014 adatok tükrében. Kézirat.

Arzenovits (2018): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben végzett kérdőíves felmérés. Kutatási beszámoló.

Bálint, R. (2018): A kábítószeres utcai árának alakulása 2017-ben. Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőíves adatgyűjtés.

Berényi, A., Batizi, I., Tóth, B. A., Holb, G. (2017): Gyermek- és fiatalkorúak addiktológiai ellátásának az Emberi Erőforrások Minisztériuma által támogatott monitorozása. Forrás Lelki Segítők Egyesülete. 2017. Kézirat.

Beszámoló a Drogszakmai Civil Ombudsman kétéves tevékenységéről 2014. május - 2016. május (2016), Budapest.

BVOP (2018): A BVOP 2017-re vonatkozó beszámolója.

BVOP (2016): Az elítéltekre vonatkozó kockázatértékelési rendszer bevezetése kapcsán végzett kérdőíves vizsgálat eredményei. BVOP Stratégiai, Elemzési és Tervezési Főosztály.

Csák, R. (2012): A 2011-ben tapasztalt új jelenségek a különböző típusú szolgáltatók megkérdezése alapján. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Csák R., Gyarmathy V.A., Miletics M. (2011): Módszertani levél a túcsere programokat megvalósító szolgáltatók számára. NCSSZI.

Csák R., Márványkövi F., Rácz J. (2017): Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használóinak vizsgálata vidéki szegregátumokban 2017. Kutatási beszámoló.

Csák R., Rácz J. (2018): Risk behaviours of NPS users in Hungary and the possibility of harm reduction. Med Rodz. 21 (1): 93-95.

Csorba, J (2018): Metadon dózis és terápiás hatékonyság. VIII Szubsztitúciós Fórum Budapest, 2018.06.07

Dudás, M., Rusvai, E., Győri, Z., Tarján, A., Horváth, G., Minárovits, J., Takács, M., Csohán, Á. (2015): A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2015. évi prevalenciájának vizsgálata. OEK. Publikálás alatt.

Dunay, M., Port, Á. (2015): Az új pszichoaktív szerek online piacának vizsgálata 2015. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Egészségügyi Közlöny (2017): Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő

kezeléséről. 2017. 4. szám, 1120. o. Elérhető:
http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2485/fajlok/EEMI_szakmai_iranyelve_a_pre_peri.pdf

Elekes, Zs. (szerk.) (2016): Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015, Magyarországi eredmények, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest

EMCDDA (2000): Treatment demand indicator, standard protocol 2.0.
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html> (utolsó elérés: 2015.06.04.)

EMMI (2018a): Az EMMI Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztályának beszámolója a 2018-as EMCDDA Jelentéshez

EMMI (2018b): az EMMI Egészségmagatartási és Mentálhigiénés Osztály iskolai egészségfejlesztési programokkal kapcsolatos adatai

EMMI (2018c): Az EMMI Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztályának beszámolója

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2017a): Az EMMI Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztályának beszámolója

ENYÜBS (2018): A Belügyminisztérium Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos adatai.

Farkas, J. (2011): Hungary. EMCDDA Trendspotter találkozó, 2011. október 18-19., Lisszabon.

Fóti, O., Tarján A. (2018): Tűcsere programok adatai, 2017. Kézirat. Nemzeti Drog Fókuszpont.

Galla, M., von Gageldonk, A., Trautmann, F., Verbraeck, H. (2005a): Hogyan erősíthető meg a magyar drogpolitikai koordináció az értékelés tükrében? Trimbos Instituut, Utrecht.

Galla, M., von Gageldonk, A., Trautmann, F., Verbraeck, H. (2005b): A Nemzeti Stratégia féлдős értékelésének részletes tapasztalatai. Trimbos Instituut, Utrecht.

Global Drug Survey (2014): Global Drug Survey 2014 findings.
<http://www.globaldrugsurvey.com/facts-figures/the-global-drug-survey-2014-findings/> (utolsó elérés: 2015.06.25.)

Gyarmathy, V.A., Péterfi, A., Figeczki, T., Kiss, J., Medgyesi-Frank, K., Posta, J., Csorba, J. (2017): Diverted medications and new psychoactive substances – a chemical network analysis of discarded injecting paraphernalia in Hungary. *International Journal of Drug Policy*

Hajnal, Gy. (2009): A kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások alakulása 2000 és 2007 között. In: *Drogpolitika számokban*. Felvinczi, K., Nyírády, A. (szerk.) pp. 375-409. L'Harmattan, Budapest.

Horvath G., Halasz T., Makara M., és Hunyady B. (2015) [New era in the treatment of chronic hepatitis C - novel direct acting antivirals]. *Orv Hetil*, 156: 841-848.

Horváth G. Cs.; Tarján A. (2016): Az intravénás szerhasználat prevalencia becslése. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Horváth, G. Cs., Péterfi, A., Tarján, A. (2011): A kábítószer-fogyasztással kapcsolatos új jelenségek 2010-ben az ellátóhelyek tapasztalatai alapján. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Hunyady B., Gerlei Zs., Gervain J., Horváth G., Lengyel G., Pár A., Péter Z., Rókus L., Schneider F., Szalay F., Tornai I., Werling K., Makara M. (2018) Hepatitis C-vírus fertőzés szűrése, diagnosztikája, antivirális terápiája, kezelés utáni gondozása. Central European Journal of Gastroenterology and Hepatology, Vol 4, 2: 53-68.

Ignác Gy. (2017): Kábítószer-kereskedelem és kábítószer birtoklása a Fővárosi Ítéltábla gyakorlatában. In Büntetőjogi Szemle 2017/1. 43-62. old.

IM (2018): Az Igazságügyi Minisztérium 2017-re vonatkozó beszámolója a 2018-as EMCDDA Jelentés elkészítéséhez.

Kaló Zs., Rácz A., Szécsi J., Hegedűs J. (2017): „Mi lesz a lányokkal?” Gyermekvédelmi szakellátásba kerülő lányok szerhasználati mintázata és kezelésbe kerülésének jellemzői. Szakmai beszámoló. Akut Alapítvány. 2017. Kézirat.

Kaló Zs., Szabó R., Bálint R., Péterfi A., Port Á., Szatmári D., Tarján A., Horváth G. (2018): Az új pszichoaktív szerek monitorozása kulcsszakértők bevonásával Magyarországon 2017-2018-ban. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kutatási beszámoló, Kézirat.

Kapitány-Fövény, M Farkas, J., Pataki, P.A., Kiss, A., Horváth, J., Szabó, T. Winter, Zs., Rigó, P. (2015): Designer droghasználók pszichiátriai tünetprofilja szubsztitúciós kezelésben részesülő opiátfüggők körében. Magyar Pszichiátriai Társaság XIX. Vándorgyűlése. Szeged 2015 január 28-31.

Kapitány.Fövény, M., Farkas, J., Pataki, P.A., Kiss, A., Horváth, J., Urbán, R., Demetrovics Zs. (2017): Novel psychoactive substance use among treatment-seeking opiate users: The role of life events and psychiatric symptoms. Human Psychopharmacol. 2017 May; 32(3) doi: 10.1002/hup.2602.

Kassai, S., Pintér, J. N, Rácz, J., Erdősi, D., Milibák, R., Gyarmathy, V. A. (2017): Using interpretative phenomenological analysis to assess identity formation among users of synthetic cannabinoids. International Journal of Mental Health and Addiction, DOI 10.1007/s11469-017-9733-3

Kassai, S., Pintér, J. N., Rácz, J., Böröndi, B., Tóth-Karikó, T., Kerekes, K., Gyarmathy, V. A. (2017): Assessing the experience of using synthetic cannabinoids by means of interpretative phenomenological analysis. Harm Reduction Journal, 14:9 DOI 10.1186/s12954-017-0138-1

Lannert J. (2017). Kábítószer-használat a szegregátumban élő átlános iskolás gyerekek körében. Kutatási beszámoló.

Magyar Honvédség (2018): A honvédelmi tárca beszámolója az EMCDDA számára készülő 2018-as Éves Jelentéshez

NFP (2015): Tűcsere szolgáltatók országos szakmai találkozója. Nemzeti Drog Fókuszpont.

NFP (2016): Tűcsere szolgáltatók országos szakmai találkozója. Nemzeti Drog Fókuszpont.

NFP (2018): TDI adatgyűjtés halálozási modul: Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozási adatok 2017-ben.

NSZKK (2018a): A lefoglalások laboratóriumi vizsgálati eredményének adatai 2009 és 2017 között.

NSZKK (2018b): Kábítószer/pszichotróp anyag/új pszichoaktív szer jelenléte a közúti balesetekből származó vér- és/vagy vizeletmintákban 2017-ben. NSZKK.

Nyíri, N. (2016): Új pszichoaktív szerek, a szintetikus kannabinoidok (biofű/herbál) fogyasztásának vizsgálata. Fogyasztók tapasztalatainak felmérése. Budapest, Kézirat

Oberth J., Bíró Zs., Mándi B. (2018): Beszámoló a Józan Babák Klub 2017. évi várandósgondozási tevékenységéről

OBH (Országos Bírósági Hivatal) (2018): Statisztikai Elemző Osztály adatai 2017.

ORFK (2016): A Rendőrség 2015. évi tevékenységéről szóló beszámolója.

ORFK (2015): A Rendőrség 2014. évi tevékenységéről szóló beszámolója.

Paksi, B. (2017): ÚPSZ-használattal kapcsolatos epidemiológiai tapasztalatok az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP 2015) című kutatás alapján. Kézirat.

Paksi, B. (2009): A jogerősen elítélt fogvatartottak kábítószer- és egyéb szenvedélyszer használata Magyarországon 2008-ban. Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központ. Kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.

Paksi B., Arnold P. (2010): Az ország három régiójában drog területen jelen lévő civil szervezetek jellemzői, az általuk végzett tevékenység tartalmi vonatkozásai és a projekttel szembeni igények. <http://www.madaszsz.hu/beszam.php>

Paksi, B., Magi, A., Demetrovics, Zs. (2016): Szendélymagatartásokra irányuló prevenciók beavatkozások országos katasztere, Budapest, Kézirat

Paksi B. és Magi A. (2018): Hajléktalanság és droghasználat. A hajléktalan populáció drog- és egyéb pszichoaktív szerhasználatának vizsgálata. Viselkedéskutató Kft. Kutatási beszámoló

Paksi B., Magi A., Felvinczi K., Demetrovics Zs. (2015): Drogfogyasztás a magyarországi felnőtt népesség körében - a 2015. évi „Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról” (OLAAP 2015) első eredményei. Magyar Addiktológiai Társaság X. Országos Kongresszusa 2015. november 26-28, Siófok, Supplementum kötet, pp. 53. http://www.mat.org.hu/doksi/2015/Absztraktfuzet_MAT_X_2015.pdf

Péterfi, A. (2013): Kvalitatív vizsgálat metadon programot működtető szolgáltatók körében 2013-ban. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Péterfi, A. (2015): Kezelőhely vizsgálat 2015. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Péterfi A. (szerk.) (2016): Tisztább Kép. Projekt zárókiadvány. Magyar Ökumenikus Segélyszervezet. http://www.segelyszervezet.hu/sites/default/files/documents/tisztabb_kep_egyben.pdf

Péterfi, A., Csorba, J., Figezki, T., Kiss, J., Medgyesi-Frank, K., Posta, J., Gyarmathy, V.A. (2017): Drug residues in syringes and other injecting paraphernalia in Hungary. Drug Testing and Analysis doi: 10.1002/dta.2217

Peterfi, A., Tarjan, A., Horvath, G. C., Csesztregi, T., & Nyirady, A. (2014). Changes in patterns of injecting drug use in Hungary: a shift to synthetic cathinones. Drug Test Anal, 6(7-8), 825-831. doi: 10.1002/dta.1625

Péterfi A., Major M., Dunay M. (2016): Kezelőhely vizsgálat terápiais közösségek körében. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Péterfi, A., Port, Á (2011): Online kereskedelem Magyarországon. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Port, Á. (2012): Felmérés az új pszichoaktív anyagokat árusító magyarországi internetoldalakról az EMCDDA Online Snapshot vizsgálatának részeként, 2012. EMCDDA/Nemzeti Drog Fókuszpont.

Port, Á. (2013): Felmérés az új pszichoaktív anyagokat árusító magyarországi internetoldalakról az EMCDDA Online Snapshot vizsgálatának részeként, 2013. EMCDDA/Nemzeti Drog Fókuszpont.

Port, Á. (2016a): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben 2016 júniusában végzett kérdőíves felmérés eredményei.

Port, Á. (2016b): A magyarországi javítóintézetben elhelyezett fiatalok kábítószerhasználatának vizsgálata. Nem publikált kézirat.

Port Á., Tarján A. (2014): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokság és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben 2013-ban végzett kérdőíves felmérés eredményeiről készült kutatási beszámoló.

Rendőrség (2018): A Rendőrség 2017. évi tevékenységéről szóló beszámolója

Ritter, I. (2013): Fertőzések és félelmek a büntetés-végrehajtási intézményekben, OKRI. Kézirat.

Sárosi, P., Magi, A. (2018): Online felmérés a középiskolai drogprevenációs programban részt vett fiatalok körében. Kézirat.

Szécsi, J., Sik, D. (2016): Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban, Esély 2016/2, 115-131. old.

SZGYF (Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság) (2017): A Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság beszámolója az EMCDDA 2017-es Éves Jelentéshez

SZGYF (Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság) (2018): A Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság beszámolója az EMCDDA 2018-as Éves Jelentéshez

Tarján, A (2015a): Tűcserék az ellátórendszerben 2014-ben. Nemzeti Drog Fókuszpont.

Tarján, A (2016a): A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet végző szervezetek 2015. évi működési és forgalmi adatai. Nemzeti Drog Fókuszpont.

Tarján (2013): Kiegészítő adatgyűjtés a szubsztitúciós kezelést biztosító drogambulanciák körében.

Tarjan, A., Dudas, M., Wiessing, L., Horvath, G., Rusvai, E., Tresó, B., & Csohan, A. (2017). HCV prevalence and risk behaviours among injectors of new psychoactive substances in a risk environment in Hungary-An expanding public health burden. *Int J Drug Policy*, 41, 1-7.

Tarján A., (2018). A hazai intravénás szerhasználók HIV/HCV-fertőzéssel összefüggő kockázati tényezői 2008-2015 között. Doktori értekezés. elérhető: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/horvathtarjananna.d.pdf; short version in English: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/horvathtarjananna.e.pdf (utolsó hozzáférés: 2018. szeptember 17.)

TDI adatgyűjtés 2018.

Topolánszky, Á., Felvinczi, K., Paksi, B., Arnold, P. (2009): 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.

Tresó, B., Barcsay, E., Tarján, A., Horváth, G. Cs., Dencs, Á., Hettmann. A., Csépai, M., Győri, Z., Rusvai, E., Takács, M., (2011): Prevalence and Correlates of HCV, HVB, and HIV Infection among Prison Inmates and Staff, Hungary. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. doi:10.1007/s11524-011-9626-x.

Vitrai, J. (2009): Tanulmány a „Nemzeti Drogstratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” megvalósulásának dokumentum- és mélyinterjú elemzésen alapuló értékeléséről. EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest.

FÜGGELÉK

ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra. A szerenkénti életprevalencia értékek a 18-64 éves, és a 18-34 éves populációban, 2015-ben (%)	22
2. ábra. Szerenkénti életprevalencia értékek a 9-10. évfolyamon tanuló diákok körében 2015-ben (%)	23
3. ábra. A kannabiszhasználat életprevalencia értékének változása 2001-2015 között a 18-53 éves* népességben (%)	27
4. ábra. A kannabiszhasználat életprevalencia értékének változása 1995-2015 között a 16 éves tanulók körében (%).....	29
5. ábra. A kezelésbe lépő kannabiszhasználók szerhasználati gyakorisága az elterelt és a nem elterelt kliensek százalékában 2017-ben ($N_{\text{Elterelt}}=2417$ fő; $N_{\text{Nem elterelt}}=603$ fő).....	32
6. ábra. A szintetikus kannabinoid használókra épített droghasználati piramis a válaszolók %-ában, 2015-ben (a 18-64 és a 18-34 éves populációban).....	34
7. ábra. Droghasználati piramis a hajléktalan populációban (a kannabiszt és/vagy szintetikus kannabinoidot valaha fogyasztók %-ában), 2017-ben	38
8. ábra. A stimulánsok szerenkénti életprevalencia értékei a 18-64 éves, és a 18-34 éves populációban, 2015-ben	42
9. ábra. A különböző hagyományos stimulánsok életprevalencia értékének változása 2001-2015 között a 18-53 éves* népességben.....	42
10. ábra. A különböző stimulánsok életprevalencia értékeinek változása 1995-2015 között a 16 éves tanulók körében	45
11. ábra. Stimulánshasználat miatt kezelésbe lépők életkori bontásban, elsődleges szer szerint 2017 (fő; $N=968$).....	47
12. ábra. Stimulánshasználat miatt kezelésbe lépők megoszlása a szerhasználat gyakorisága szerint, elsődleges szer szerinti bontásban, 2017 (fő; $N=974$).....	48
13. ábra. A tücsere programban részt vevő kliensek elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009-2017 között,.....	52
14. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók megoszlása az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2006-2015 között (%)	53
15. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív stimuláns injektálók megoszlása (%) az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2011-2015	53
16. ábra. Intravénás szerhasználók megoszlása a kezelésbe lépők körében az elsődlegesen injektált szer alapján 2007 és 2017 között (%; $N_{2017}=180$)	54
17. ábra. Az injektálás és fóliázás (elfüstölés, belégzés), mint elsődleges beviteli mód aránya az egyes szertípusok miatt kezelést kezdők körében (az adott szer miatt kezelésbe lépők %-ában) 2013 és 2017 között.....	55
18. ábra. Intravénás szerhasználat gyakorisága a kezelésbe lépők körében 2017-ben ($N=165$; fő).....	55
19. ábra. A közvetlenül a végső célcsoportra irányuló beavatkozások típusai ($N=96$)	81
20. ábra. A közvetlenül végső célcsoportra irányuló beavatkozások által megcélzott speciális csoportok (%)	81
21. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciós beavatkozásokban ($N=53$, %)	82
22. ábra. A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciós beavatkozások által megcélzott szenvedélymagatartások ($N=96$).....	82
23. ábra. Az elterelés típusai	89
24. ábra. A kezelési igény elsődleges szer szerinti megoszlása (2017; %, $N=4813$)	92
25. ábra. Eltereltek aránya a kábítószer-használat miatt kezelést kezdők körében, a kezelőhely típusa szerint (2017; $N=4813$).....	93

26. ábra. Kezelést kezdők elsődleges szer szerinti megoszlása az eltereltek és a nem eltereltek körében (2016; N _{elterelt} =3316; N _{nem elterelt} =1483)	94
27. ábra. Eltereltek és nem eltereltek aránya az egyes szercsoportokon belül, a kezelésbe lépők körében (2017; N=4799) A kezelési igény elsődleges szer szerinti megoszlása (2017; %; N=4813)	94
28. ábra. A járóbeteg szolgáltatóknál (beleértve az alacsonyküszöbű ellátókat is) kezelésbe lépő kliensek megye és elsődleges szer szerinti megoszlása 2017-ben (%; N=4365 fő)	95
29. ábra. Az opiát helyettesítő kezelésben ellátottak megoszlása a helyettesítő szer és a terápia célja szerint (2015; N=669).....	97
30. ábra. Kezelésbe lépők számának alakulása a beutalás eredete függvényében, 2012 és 2017 között (fő)	99
31. ábra. Trendek az életükben először kezelést kezdők körében elsődleges szer szerint 2007-2017	100
32. ábra. Trendek az összes kezelést kezdő körében szertípus szerint 2007-2017	101
33. ábra. A kezelési igény alakulása elsődleges szer szerinti bontásban 2007-2017 között (az összes nem elterelt kliens körében, a legfontosabb szerkategóriák arányának feltüntetésével).....	102
34. ábra. Az opiát helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek számának alakulása 2004-2015	102
35. ábra. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása szertípusok szerint 2009-2017 között (fő).....	113
36. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) nem és korcsoport szerinti bontásban, 2015-ben....	115
37. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2015-ben.....	116
38. ábra. Az ÚPSZ injektálás terjedésének (országos tűcsere kliensek körében), és a kiosztott fecskendőszám csökkenésének (országos tűcsere adatok) hatása a HCV prevalenciára és annak elsődlegesen injektált szertípus szerinti alakulására (országos HIV/HCV prevalenciavizsgálat sorozat, valaha injektáltak) 2008-2015 között.....	118
39. ábra. A fecskendő és eszkozmegosztás prevalenciája az elmúlt 4 hétben, elsődlegesen injektált szertípus szerinti megoszlásban az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók körében, 2015-ben	119
40. ábra. Kockázati magatartások az ALTALAP HIV/STI programjában részt vevő aktív intravénás szerhasználók körében az elmúlt 30 napban (n=149 fő)	121
41. ábra. Eszköz megosztás prevalenciája (elmúlt 4 hét) az országos HIV/HBV/HCV prevalenciavizsgálat sorozat alapján az aktív intravénás szerhasználók körében, 2009-2014	122
42. ábra. HCV prevalencia és kockázati tényezők az országos HIV/HCV szero-magatartás prevalenciavizsgálat sorozatban részt vett iv. szerhasználók (aktív) körében, elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban (2011-2014).....	122
43. ábra. Designer szerek és klasszikus szerek jelenléte a közúti balesetekből származó, pozitív vér- és/vagy vizeletmintákban 2017-ben (N=134; esetek száma).....	126
44. ábra. A tűcsere programok fecskendőforgalmi adatai, 2010-2017 között.....	136
45. ábra. A tűcserében részt vevő kliensek és kontaktok számának alakulása, 2010-2017	137
46. ábra. Ismertté vált kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények (N=6522) megoszlása szertípus szerint, 2017	151
47. ábra. Ismertté vált kábítószer-bűncselekmények megoszlása elkövetői magatartások és szertípusok szerint, 2017.....	153
48. ábra. Vádemelés elhalasztása (elterelés) mellett megállapított pártfogó felügyelet ügyek száma 2013-2017 között	154
49. ábra. „Klasszikus” és „designer” szerek lefoglalásainak száma, 2009-2017 között	158
50. ábra. Az intravénás szerhasználathoz köthető tárgyakról kimutatott hatóanyagok 2009-2017 között (%).....	159

51. ábra. Marihuána és szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok lefoglalásainak száma 2010-2017 között	159
52. ábra. Kábítószeres átlagos utcai árai forintban 2012-2017 között.....	160
53. ábra. A regisztrált kábítószer-bűncselekmények száma Magyarországon 2008-2017 között	161
54. ábra. A kábítószer-bűncselekmények megoszlása szertípus szerint 2013-2017 között	162
55. ábra. Az injekciós eszközökben főkomponensként kimutatott leggyakoribb hatóanyagok, havi bontásban (N=4109)	163

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. Kábítószerügyi stratégiák áttekítése	5
2. táblázat. Jogi keretek változásai az elmúlt évben	18
3. táblázat. A kannabiszhasználat életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 18-64 éves népességben 2015-ben (%) (N=100 fő).....	28
4. táblázat. A kannabiszhasználat életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 9-10. évfolyamon tanulók körében 2015-ben (%) (N=1230 fő)	30
5. táblázat. A szintetikuskannabinoid-használat és a kannabiszon kívüli más tiltott drogok életprevalencia értéke a különböző szociodemográfiai jellemzők mentén a 18–64 éves népességben; 2015 (%)	35
6. táblázat. Foglalkoztatottság, legmagasabb iskolai végzettség és lakhatás szerinti megoszlás a kezelésbe lépő kannabiszhasználók és a szintetikus kannabinoidokat használók csoportjában 2017-ben.....	36
7. táblázat. A hagyományos stimulánsok használatának életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 18-64 éves népességben 2015-ben (%) (N=60 fő) .	43
8. táblázat. A stimulánshasználat életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 9-10. évfolyamon tanulók körében 2015-ben (%) (N=454 fő)	45
9. táblázat. A kezelésbe lépő stimulánshasználók szociális és szerhasználati jellemzői a szerhasználat intenzitása szerinti bontásban 2017 (%) (N=454 fő).....	48
10. táblázat. A droghasználat alapján elkülöníthető látens csoportok a 18–64 éves valaha használók körében	63
11. táblázat. Járóbeteg ellátók (kezelőegységek száma és ellátottak száma) 2017-ben.....	88
12. táblázat. Fekvőbeteg ellátók (kezelőegységek száma és ellátottak száma) 2017-ben....	91
13. táblázat. Összesítő táblázat a 2017-ben kábítószerfogyasztás miatt kezeltokről (fő)	93
14. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2017-ben (fő)	110
15. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek korcsoportok szerinti megoszlása 2017-ben (f; N=33)	111
16. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2017-ben....	112
17. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása 2012-2017 között (fő)	114
18. táblázat. Az utolsó napi injektlás-szám és az utolsó eldobott fecskendő újrahhasználásainak száma (csoport átlag) az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók körében egyes elsődlegesen injektált szerek esetében, 2015-ben	120
19. táblázat. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban Budapesten részt vevő intravénás szerhasználók megoszlása (n; %) szolgáltató szerinti bontásban, 2014-2015...	124
20. táblázat. Kábítószer/ pszichotróp anyag/ új pszichoaktív szer jelenléte a közúti balesetekből származó vér- és/vagy vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban, 2017-ben (csak pozitív esetek, n=134).....	124
21. táblázat. A tűcsere programok együttműködése egyéb - anyaintézményen kívüli - szolgáltatókkal (N) szolgáltatótípus szerinti bontásban, 2014-ben, válaszadók száma=29	128
22. táblázat. A tűcsere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2017-ben	131
23. táblázat. Injektáló és ártalomcsökkentő segédeszközök osztása és egyéb szolgáltatások nyújtása a tűcserét végző szervezetek körében 2017-ben (jelentő tűcsere szervezetek száma, n= 27)	132
24. táblázat. Injektáló és ártalomcsökkentő segédeszközök és egyéb szolgáltatások lefedettsége a tűcsere programok körében, 2017-ben.....	133
25. táblázat. A parti szerviz szolgáltatók által osztott ártalomcsökkentő eszközök típusai (válaszadó szervezetek száma=23)	133
26. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban 2017-ben	149
27. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban 2017-ben	149
28. táblázat. Lefoglalások száma 2013 és 2017 között.....	157

29. táblázat. Lefoglalások mennyisége 2013 és 2017 között	157
30. táblázat. A 2017-ben kezelésbe lépő fogvatartott és nem fogvatartott kliensek főbb jellemzői (N _{fogvatartott} =146; N _{nem-fogvatartott} =4667)	170

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

BSI – Brief Symptom Inventory
Btk. – Büntető Törvénykönyv
BVOP – Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága
DCO – Drogszakmai Civil Ombudsman
EFOP – Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program
ELTE – Eötvös Loránd Tudományegyetem
EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja)
EMMI – Emberi Erőforrások Minisztériuma
EMQ – European Model Questionnaire (Európai Modell Kérdőív)
ENYÜBS – Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszer
ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
GDS – Global Drug Survey
Gytv. – 2005. évi XCV. törvény
HBSC – Health Behaviour in School-aged Children
HBV – hepatitis B vírus
HCV – hepatitis C vírus
HIV – human immunodeficiency virus (emberi immunhiányt okozó vírus)
IM – Igazságügyi Minisztérium
IMEI – Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet
KEF – Kábítószerügyi Egyeztető Fórum
KKB – Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság (korábban: Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság)
KT – Kábítószerügyi Tanács
LEQ – Life Events Questionnaire
MÁK – Magyar Államkincstár
MFSZ – megelőző-felvilágosító szolgáltatás
MH – Magyar Honvédség
NEAK – Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
NEFI – Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet
NFP – Nemzeti Drog Fókuszpont
NRSZH - Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal
NSZKK – Nemzeti Szakértői és Kutató Központ
OAC – Országos Addiktológiai Centrum
OBH – Országos Bírósági Hivatal
OEK – Országos Epidemiológiai Központ
OGY – Országgyűlés
OLAAP – Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról
OPAI – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet
ORFK – Országos Rendőr-főkapitányság
OTKA – Országos Tudományos Kutatási Alapprogramok
SZGYF – Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
TÁMOP – Társadalmi Megújulás Operatív Program
TBC – Tuberkulózis
TDI – Treatment Demand Indicator (Kezelési Igény Indikátor)
ÚPSZ – új pszichoaktív szerek