



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



**2017-es ÉVES JELENTÉS (2016-os adatok)
az EMCDDA számára
készítette: Nemzeti Drog Fókuszpont**

“MAGYARORSZÁG”

REITOX

A KÖTET SZERZŐI:

CZÉR POLLA, Nemzeti Drog Fókuszpont

CSESZTREGI TAMÁS, Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

FÓTI ORSOLYA, Nemzeti Drog Fókuszpont

HORVÁTH GERGELY CSABA, Nemzeti Drog Fókuszpont

NYÍRÁDY ADRIENN, Nemzeti Drog Fókuszpont

PÉTERFI ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

PORT ÁGNES, Nemzeti Drog Fókuszpont

TARJÁN ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

VARGA ORSOLYA, Nemzeti Drog Fókuszpont

LEKTORÁLTA:

RÁCZ JÓZSEF, SZEMELYÁCS JÁNOS, ELEKES ZSUZSANNA

TARTALOM

Kábítószer-politika.....	6
T0. Összefoglalás	6
T1. Hazai helyzetkép.....	6
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.....	15
T3. Új fejlemények	17
T4. További adatok és információk	19
T5. Források, módszertan	19
Kábítószeresek	20
T0. Összefoglalás	20
A. KANNABISZ	24
T1. Hazai helyzetkép.....	24
T2. Trendek, tendenciák.....	32
T3. Új fejlemények	33
T4. További adatok és információk	33
B. STIMULÁNSOK	35
T1. Hazai helyzetkép.....	35
T2. Trendek, tendenciák.....	47
T3. Új fejlemények	47
T4. További adatok és információk	48
C. HEROIN ÉS EGYÉB OPIÁTOK	49
T1. Hazai helyzetkép.....	49
T2. Trendek, tendenciák.....	52
T3. Új fejlemények	52
T4. További adatok és információk	52
D. EGYÉB ÚJ PSZICHOAKTÍV SZEREK ÉS MÁS KÁBÍTÓSZEREK A FENTIEKEN TÚL	
53	
T1 Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ)	53
T4 További információk.....	53
E. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN.....	55
T5. Források, módszertan	55
Prevenció.....	60

T0. Összefoglalás	60
T1. Hazai helyzetkép.....	60
T2. Trendek, tendenciák.....	67
T3. Új fejlemények	67
T4. További adatok és információk	67
T5. Források, módszertan	70
Kezelés.....	72
T0. Összefoglalás	72
T1. Hazai helyzetkép.....	72
T2. Trendek, tendenciák.....	84
T3. Új fejlemények	88
T4. További adatok és információk	89
T5. Források és módszertan.....	94
Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés.....	98
T0. Összefoglalás	98
T1. Hazai helyzetkép.....	99
T2. Trendek, tendenciák.....	117
T3. Új fejlemények	122
T4. További adatok és információk	122
T5. Források, módszertan	122
Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés	126
T0. Összefoglalás	126
T1. Hazai helyzetkép.....	126
T2. Trendek, tendenciák.....	137
T3. Új fejlemények	143
T4. További adatok és információk	143
T5. Források, módszertan	144
Kábítószer-probléma a börtönben	147
T0. Összefoglalás	147
T1. Hazai helyzetkép.....	148
T2. Trendek, tendenciák.....	160
T3. Új fejlemények	160
T4. További adatok és információk	161
T5. Források, módszertan	162
Felhasznált irodalom	165
Függelék.....	170
Ábrajegyzék.....	170
Táblázatok jegyzéke	172
Rövidítések jegyzéke	174

KÁBÍTÓSZER-POLITIKA¹

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

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.

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.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 NEMZETI DROGSTRATÉGIA

T1.1.1 A hatályos nemzeti drogstratégia

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 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.

A hatályos Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósítása érdekében elfogadott Szakpolitikai Programot a Kormány 2010/2015. (XII. 29.) számú határozatában hirdette ki. A szakpolitikai program 31 intézkedést, 56 feladatot tartalmaz. A keresletcsökkentés területén az egészségfejlesztés és az általános drogmegelőzés minőségbiztosított, rendszerszintű fejlesztését, a kezelő-ellátórendszer, illetve a reintegráció korszerűsítését, valamint

¹ A fejezet szerzői: Horváth Gergely Csaba, Varga Orsolya

szükségletalapú kapacitásbővítését irányozza elő. A kínálatcsökkentést tekintve a dokumentum legfőbb célja a visszaélésre alkalmas pszichoaktív anyagok Magyarországra történő bejutásának, illetve országon belüli kereskedelmének megakadályozása, és ezzel összefüggésben a bűnmegelőzési szempontok fokozott érvényesítése. Ennek érdekében különösen fontos a világhálón elkövetett bűncselekmények megfékezése, továbbá a felnövekvő generációk védelme minden olyan színtéren, ahol a gyermekek, fiatalok fokozott veszélynek vannak kitéve.

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 Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (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, nélkülözi 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. A Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztály a Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztálya részeként végzi munkáját. A drogprevencióval kapcsolatosan a Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztálya együttműködik az Egészségügyért Felelős Államtitkárság illetékes főosztályaival.

A drogprobléma megelőzésével és kezelésével kapcsolatos feladatok 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 megkezdte működését. (SZGYF 2017)

A kábítószer-politika megvalósításában fontos szerepet játszanak a KEF-ek, 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 65 KEF működik városi, kerületi, kistérségi, megyei, illetve regionális hatáskörrel. 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. (EMMI 2015a)

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 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 valamint 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 ernyőszervezet – 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 Ombudsman 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 koncentrálnak, 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 2017)

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T4.1 TOVÁBBI INFORMÁCIÓK A KÁBÍTÓSZER-POLITIKÁRÓL

A fővárosi kábítószer-politikáról részletes leírás található a 2012-es Éves Jelentés 12. fejezetében Nagyvárosi drogpolitika címmel.

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

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

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2015a): Az EMMI Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztályának beszámolója

EMMI (2017): Az EMMI Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztályának beszámolója a 2017-es EMCDDA Jelentéshez

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 féлдős 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.

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

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.

T5.2 MÓDSZERTAN

n.a.

JOGI KERETEK²

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.

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.

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 bűncselekményekről: kábítószer-kereskedelem, kábítószer birtoklása, kóros szenvedélykeltés, kábítószer készítésének elősegítése, kábítószer-prekurzorral visszaélés, új pszichoaktív anyaggal visszaélés.

A kábítószer-kereskedelem (176-177.§) tényállása magába foglalja a kábítószer kínálását, átadását, forgalomba hozatalát, illetve az azzal való kereskedést, valamint az ezekhez az 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 rábírn törekszik) a Btk. két évig terjedő szabadságvesztéssel rendeli büntetni.

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

² A fejezet szerzője: Varga Orsolya

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 eltereltekről: a Kezelés fejezet T1.2.2, illetve T1.3.1 alfejezeteiben.)

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 bűnszövetségben, hivatalos vagy közfeladatot ellátó személyként történő bűnelkövetés, valamint a felnőtt korú személynek a cselekménye, aki 18. életévét be nem töltött személynek kínál vagy ad át kábítószer, vagy az ilyen korú személy felhasználásával valósít meg más kábítószeres bűncselekményt.

Általánosságban elmondható, hogy a bűncselekmény tárgyaként szereplő kábítószerre a Btk. négy mennyiségi mutatót határoz meg, amelyek a kábítószeres tiszta hatóanyag-tartamára vonatkoznak. A csekély mennyiségű kábítószerre 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 hétszeres mértékét nem haladja meg.

A kábítószer-kereskedelem két elkövetési magatartása (forgalomba hozatal, kereskedelem) 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 kábítószerre 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, és ezért hasonló mértékű fenyegetést jelenthetnek a közegészségügyre, mint a kábítószer vagy pszichotróp listákon szereplő anyagok, és erre tekintettel korábban a Kormány, jelenleg 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 magyar hatóságok, 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. 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 vegyületcsoportok esetén, melyek mindaddig az új pszichoaktív anyagok jegyzékén maradhatnak, amíg legalább egy, a vegyületcsoportozathoz 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 bűncselekményeket. Az új szabályozás minősített esetei lényegében azonosak a kábítószerekre vonatkozóakkal, azonban a jelentős mennyiségre történő elkövetést nem tartalmazza. A privilegizált esetek a csekély mennyiséggel való elkövetésre vonatkoznak, mely mennyiség felső határa a hatóanyag tekintetében 2 gramm. 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 csekély mennyiségre történő megszerzés és tartás. Amennyiben az új pszichoaktív anyag a csekély mennyiséget nem éri el, akkor a büntetőeljárás megszüntetésre kerül, és szabálysértési eljárás indul az új pszichoaktív anyag birtoklójával szemben.

T1.2 JOGALKALMAZÁS

T1.2.1 Ítélezési gyakorlat

Nincs információ.

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 súlyosabb, 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).³ 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

³ 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.]

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).

T2.2 A JOGALKALMAZÁS VÁLTOZÁSAI 2000 ÓTA

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

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

a módosítandó és a módosító jogszabály ⁴	a módosított jogszabály		
cím	cím	változások összefoglalása	megjegyzés
378/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet	74/2015. (III.30.) Korm. rendelet	A megelőző-felvilágosító szolgáltatással kapcsolatos jogi, szakmai, adminisztrációs és finanszírozási feladatok átkerültek az Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalból a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóságra.	
2017. évi XXXIX. törvény	2012. évi C. törvény	A 2017. május 23-án hatályba lépett módosítás szerint az új pszichoaktív anyag csekély mennyiségű, ha annak tiszta hatóanyag-tartalma a 2 gramm (korábban 10 gramm készítmény) mennyiséget nem haladja meg.	
2016. évi CIII. törvény	2012. évi C. törvény I	A Btk. a 74/A. §-sal egészült ki, amelynek (2) bekezdése bevezette a kiterjesztett vagyonelkobzás jogintézményét a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények elkövetőivel szemben.	

T3.2 A JOGALKALMAZÁS VÁLTOZÁSAI AZ ELMÚLT ÉVBEN

Mivel a 2016-ban 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 2016-ra vonatkozó adatait az Országos Bírósági Hivatal a régi és az új Btk. kétféle struktúrája alapján szolgáltatotta. (OBH 2017)

2016-ban a régi Btk. szerint 438 személy jogerős elítélésére került sor visszaélés kábítószerrel bűncselekmény valamely alakzata miatt, a következő szakaszok szerint⁵:

⁴ A módosítás előtti szöveg nem elérhető.

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

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

- 282. §: 293 fő
- 282/A. §: 71 fő
- 282/B. §: 20 fő
- 282/C. §: 42 fő
- 283/A. §: 1 fő
- 283/B. §: 11 fő
-

2016-ban a Btk. szerint 2363 személy jogerős elítélésére került sor, a következő szakaszok szerint:

- Kábítószer kereskedelem
 - 176. §: 315 fő
 - 177. §: 17 fő
- Kábítószer birtoklása
 - 178. §: 1962 fő
 - 179. §: 0 fő
- Kóros szenvedélykeltés: 181. §: 66 fő
- Kábítószer készítésének elősegítése: 182. §: 2 fő
- Kábítószer prekúrral visszaélés: 183. §: 1 fő

A 2016. évben jogerősen elítélt 2801 személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- végrehajtandó szabadságvesztés 478 fő
- végrehajtásban részben vagy egészében felfüggesztett szabadságvesztés 603 fő
- közérdekű munka 686 fő
- pénzbüntetés (beleértve a felfüggesztett pénzbüntetést) 593 fő
- megrovás intézkedés 19 fő
- próbára bocsátás intézkedés 392 fő

Az új pszichoaktív anyagokkal visszaélés szakasza alapján 2016-ban az alábbiak szerint alakult az ítélkezési gyakorlat:

- 184. §: 163 fő (kereskedői típusú)
- 184/A. §: 30 fő (kereskedői típusú)
- 184/B. §: 18 fő (birtoklás típusú)
- 184/C. §: 8 fő (birtoklás típusú)

Az új pszichoaktív anyaggal való visszaélés miatt 2016. évben jogerősen elítélt személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- végrehajtandó szabadságvesztés 60 fő
- végrehajtásban részben vagy egészében felfüggesztett szabadságvesztés 76 fő
- közérdekű munka 21 fő
- pénzbüntetés (beleértve a felfüggesztett pénzbüntetést) 37 fő
- megrovás intézkedés 2 fő
- próbára bocsátás intézkedés 23 fő

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

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

283/A.§ kábítószer prekúrral elkövetett visszaélések;

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

T3.3 JOGSZABÁLYOK ÉRTÉKELÉSE

Nincs információ.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs információ.

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

OBH (Országos Bírósági Hivatal) (2017): Statisztikai Elemző Osztály adatai 2016.

T5.2 MÓDSZERTAN

N.a.

KÁBÍTÓSZEREK^{6,7}

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

T0.1 A KÁBÍTÓSZEREK FEJEZET ÖSSZEFOGLALÁSA

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

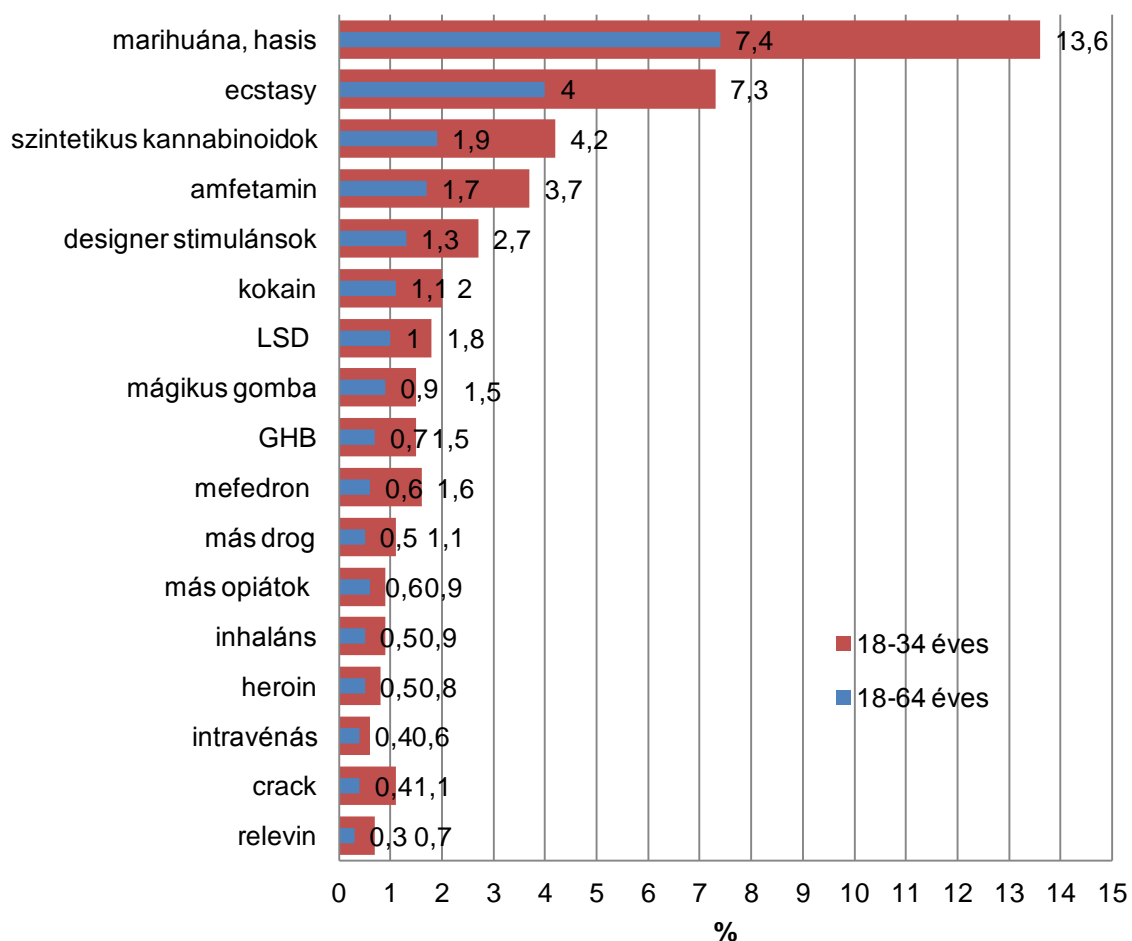
T0.1.1 a) A főbb kábítószeres és relatív fontosságuk

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 lakossággal.

⁶ A fejezet szerzői: Péterfi Anna, Horváth Gergely, Nyírády Adrienn, Tarján Anna, Péterfi Anna, Varga Orsolya

⁷ 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. 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 fedi le a stimuláns hatású új pszichoaktív szereket a hatóanyagra utaló elnevezések helyett. Az egyes alfejezetek pontosítják, hogy az adott kutatásban milyen szerek kerültek besorolásra az említett tágabb kategóriákba.

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

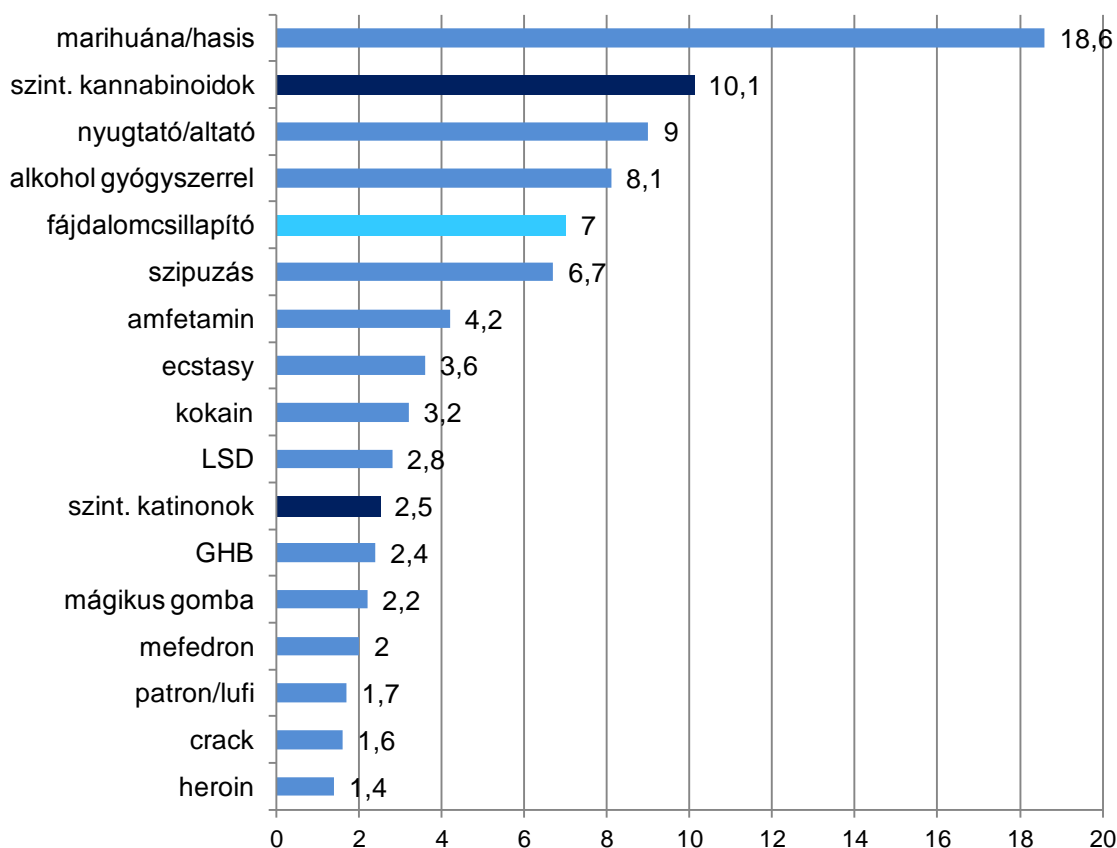


Forrás: OLAAP - Paksi et al. 2015

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 stimulánsok fontossága a közelmúltbeli droghasználat alapján még inkább megmutatkozik: az elmúlt havi prevalencia értékek alapján a szintetikus kannabinoidok a második, a stimulánsok pedig a negyedik helyen szerepelnek.

Az iskoláskorúak körében az életprevalencia értékek alapján (Elekes 2016) a legelterjedtebb kábítószer 2015-ben (is) a marihuána volt a 9-10. évfolyamon. Az ezt követő drogok sorra legális, vagy részben legális szerek. A második helyen új pszichoaktív szer áll, a 2015-ben először kért szintetikus kannabinoidok szercsoport, majd az orvosi javaslat nélkül szedett nyugtatók/altatók, ezek alkohollal történő együttes fogyasztása következik. A szintén először kért, hangulatjavító szándékkal bevett fájdalomcsillapítók is hasonlóan népszerűek a tanulók körében. Hatodik helyen a szerves oldószerek belélegzése szerepel. A következő kábítószer az amfetamin, amely így a hetedik helyre került. Hasonlóan elterjedt még az ecstasy, a kokain és az LSD fogyasztása. A többi kért szer életprevalencia értéke 2% körüli. A designer drogok másik nagy csoportjának, a szintetikus katonoknak a fogyasztása kevésbé elterjedt a középiskolások körében.

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 szerhasználat

Átalakult az intravénás szerhasználat is. Míg a túcsera programok kliensei 2010 előtt mintegy fele-fele arányban injektáltak heroint vagy amfetamint, addig 2016-ban már 74%-uk elsődlegesen valamilyen új pszichoaktív szert injektált. Az adatok alapján mind a heroin-, mind az amfetaminfogyasztók 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).

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 64,6%-át adják). A második legjellemzőbb, kezelést

indokló szerhasználati probléma a stimulánsfogyasztás. Bár a kezelési adatok csak közvetetten, egyéb források (Péterfi 2015; Péterfi et al. 2016) közvetlenebb módon megerősítik 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 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).

Az elsődlegesen új pszichoaktív szereket injektálók körében jellemzően magas az injektáló eszközök megosztásának előfordulási gyakorisága, illetve a HCV prevalenciája. (lásd: Egészségügyi következmények és Ártalomcsökkentés, T1.3. fejezet)

T0.1.1 b) A kábítószerpiac fejleményei

Magyarországon 2010 óta összesen 203, 2016-ban 22 új pszichoaktív szert azonosítottak. A rekreációs szerhasználati mintázatokban a kannabisz mellett feltűntek a szintetikus kannabinoidok, a stimulánsok között a designer stimulánsok: elsősorban a katinonok, illetve újfajta amfetamin-származékok.

A kannabinoidok csoportjára a gyors és állandó változás a jellemző, mintegy félévente a szerek új csoportja jelent meg, legelőször a JWH-k, legújabban a FUBINACA, PINACA és CHMINACA csoportba tartozó szerek terjedtek el.

Stimulánsok közül néhány szer, ha viszonylagosan is, de dominánsabban jelen volt a piacon: 2010-ben a mefedron, 2011-ben az MDPV, azt követően 2012-től pedig a pentedron. 2014-ben a pentedron mellett az α -PVP ért el említésre méltó részesedést a lefoglalási adatok szerint, 2015-ben az α -PHP elterjedése volt jellemző, majd 2016-ban az etil-hexedron, a 4-CMC és a TH-PVP volt a leginkább elérhető a piacon. (ORFK 2016)

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.

A. KANNABISZ

T1. HAZAI HELYZETKÉP

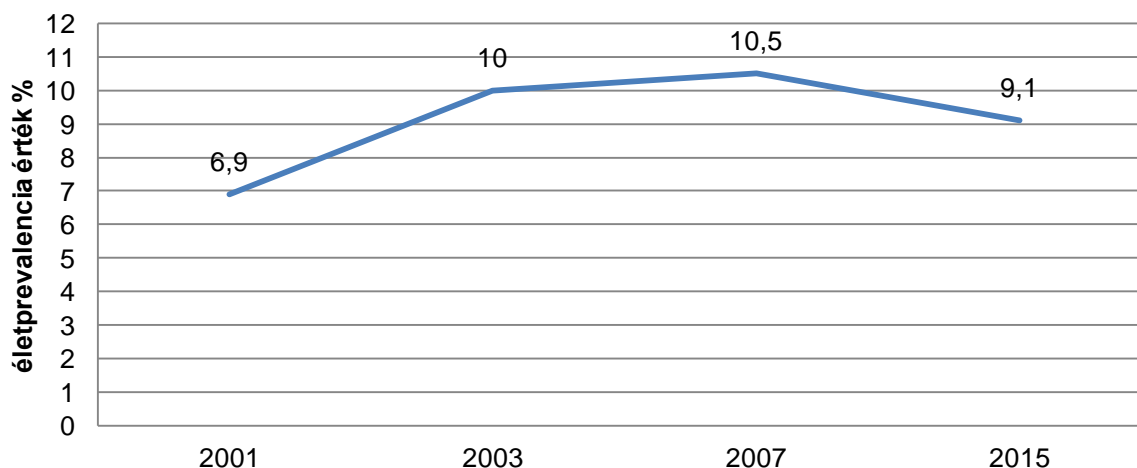
T1.1 A SZERHASZNÁLAT PREVALENCIÁI ÉS TRENDJEI

T1.1.2 Kannabisz fogyasztás 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 kannabisz-használat elterjedtsége, majd 2003 és 2007 között stagnált, az utóbbi 8 évben pedig 68%-os biztonsággal azt mondhatjuk, hogy csökkent.

3. ábra. A kannabisz-használat 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 kannabisz-használat 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 kannabisz-használat életprevalencia értéke több mint háromszorosa az idősebb korosztályban (18-64 éves) mért értéknek. A kannabisz-használat 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.

2. 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 %	sign.
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 kannabiszhasználata 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

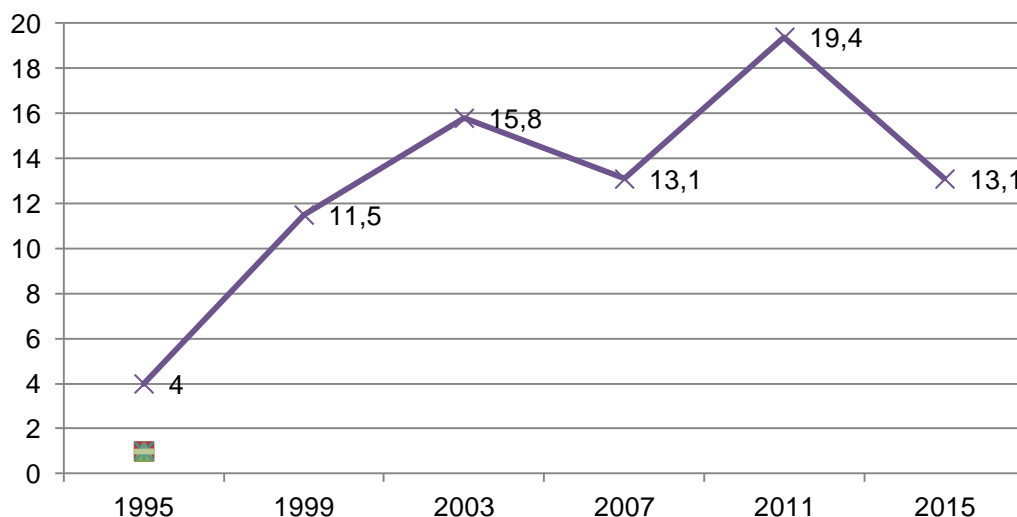
A 2014-ben készült HBSC kutatás (Arnold és Németh 2015) eredményei szerint a 9. és 11. évfolyamon tanuló diákok 18,7%-a fogyasztott már kannabiszt. A kannabiszt kipróbáló tanulók túlnyomó többsége 14 évesnél idősebb korban, legnagyobb arányban - közel fele - 16 évesen vagy idősebben, negyedük pedig 15 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 eltűnően 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

tapasztható szignifikáns összefüggés, azonban a kannabisz az iskola településtípusával szignifikáns kapcsolatot mutatott. A legmagasabb prevalencia érték községben (27,4%)⁸ 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 kannabisz-használat 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 kannabisz-fogyasztás 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 kannabisz-használat életprevalencia értékének változása 1995-2015 között a 16 éves tanulók körében (%)



Forrás: ESPAD – Elekes 2016

A kannabisz-használat 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 kannabisz-fogyasztás 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.

⁸ Az alacsony elemszám miatt csak körültekintéssel értelmezhető.

3. táblázat. A kannabisz-használat 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 %	sign
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

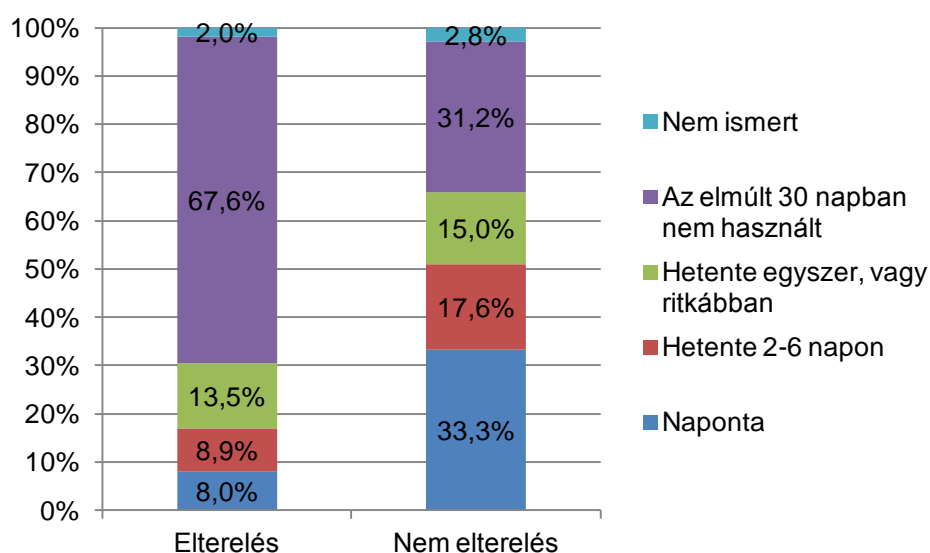
Magyarországon a kannabiszhasználat a vezető indoka a kábítószerhasználók kezelésbe lépésének (lásd Kezelés fejezet T1.3.1 és T2.1 alfejezet). 2016-ban a kezelést kezdők

56,7%-a (2323 fő) jelölte meg a kannabiszt elsődleges szerként (TDI adatgyűjtés 2017). A kannabiszhasználók jelentős része (1826 fő, 78,7%) elterelés keretei közt vette igénybe az ellátást. Az eltereltek több mint kétharmada (1826 fő, 69,0%) kannabisz miatt kezdett kezelést. A nem elterelésben lévő kliensek körében a kannabiszhasználók aránya lényegesen alacsonyabb, 34,2% volt (493 fő).

A kannabisz miatt kezelésbe lépők 91,0%-a férfi, 9,0%-a nő volt, átlagéletkoruk 26,8 év volt és átlagosan 8,3 éve használtak kannabiszt a 2016-os kezelésbe lépésüket megelőzően.

A büntetőeljárás elkerülése érdekében (vagyis elterelés keretében) kezelést kezdő kannabiszhasználók kétharmada (67,6%) a megelőző 30 napban nem használta a szert. Intenzív használati mintázatról (napi vagy heti 2-6 alkalommal) e csoport 16,9%-a esetében beszélhetünk. Az egyéb indokból kezelést kezdő (nem elterelt) kannabiszhasználóknak mindössze egyharmada (31,2%) nyilatkozott úgy, hogy nem fogyasztott kannabiszt a kezelésbe lépést megelőző 30 napban, míg 50,9%-uk volt jellemezhető intenzív kannabiszfogyasztással.

5. ábra. A kezelésbe lépő kannabiszhasználók szerhasználati gyakorisága az elterelt és a nem elterelt kliensek százalékában 2016-ban ($N_{Elterelt}=1826$ fő; $N_{Nem\ elterelt}=493$ fő)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2017

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 kezelési programok mellett nyújt alternatívát a Kék Pont Alapítvány magyar nyelvű online önszolgáltató programja⁹, mely interneten elérhető terápiás lehetőséget kínál ennek a szerhasználói csoportnak¹⁰. 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)

⁹ A weboldal kifejlesztéséhez a Jellinek Alapítvány által működtetett knowcannabis.org.uk oldalt vették alapul.

¹⁰ Forrás: http://kekpont.blog.hu/2010/06/02/title_1561746 (2011.06.06.)

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)

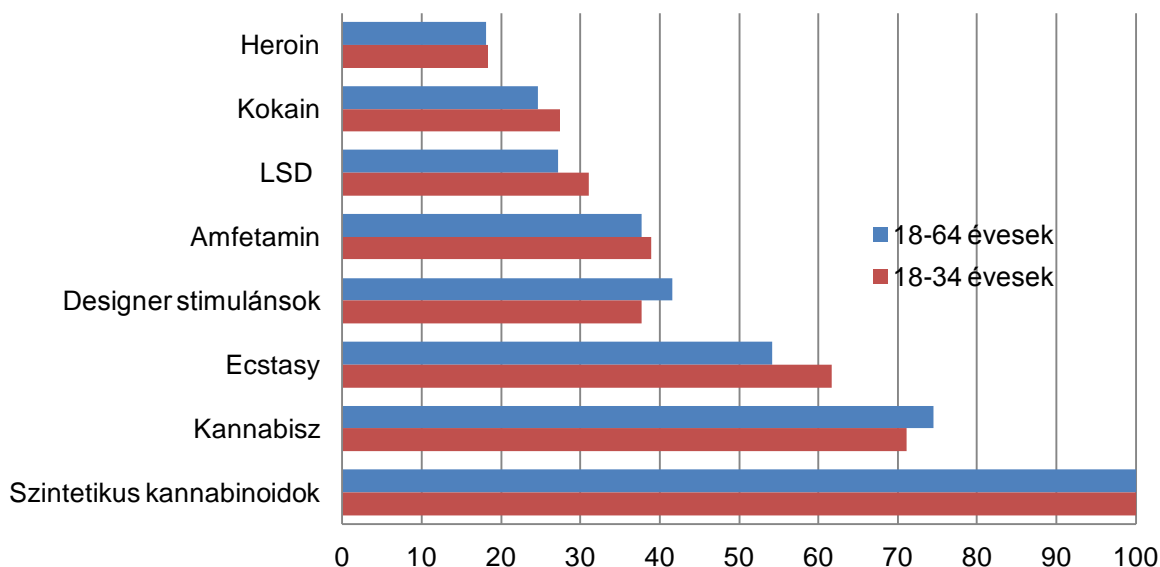
A szintetikus kannabinoidok használatának társadalmi mintázódását az alacsony esetszám miatt csak néhány jellemző mentén vizsgáltuk (18-64 éves mintában a használók száma mindössze 26 fő, a 18-34 éves fiatal felnőtt mintában 58 fő). Szignifikáns különbséget az életkor és a nem tekintetében tapasztaltunk. 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 piramis¹¹ 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, 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 kockázatnövekedése igen magas – nem a designer stimulánsok fogyasztása a leginkább elterjedt a szintetikus kannabinoid-használók körében. (Paksi et al. 2015)

¹¹ 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 (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 munkaerő-piaci 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)

4. táblázat. A szintetikus kannabinoid-használat és a kannabiszon kívüli más tiltott drogok életprevalencia értéke a különböző szociodemográfiai jellemzők mentén a 18–64 éves népességben (%)

Szociodemográfiai jellemzők		Szintetikus kannabisz- használat LTP	sign.	Kannabiszon kívüli más tiltott drogok LTP	sign.
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 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 2016-ban kezelésbe lépők TDI adatai alapján).

A kannabiszhasználók (2323 fő) és a (véltetően) szintetikuskannabinoid-használók (304 fő) esetében hasonló a nemi megoszlás: a kannabiszhasználók körében 91,0%, a szintetikus kannabinoidhoz kapcsolható esetek körében 88,0% volt a férfiak aránya. Az átlagéletkort vizsgálva kijelenthető, hogy jelentősen fiatalabb a kezelést igénylő szintetikuskannabinoid-használók csoportja (kannabisz: 26,8 év; szintetikus kannabinoid: 23,4 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.

5. táblázat. Foglalkoztatottság, legmagasabb iskolai végzettség és lakhatás szerinti megoszlás a kezelésbe lépő kannabiszhasználók és a szintetikus kannabinoidokat használók csoportjában 2016-ban

	Kannabisz (N=2323)	Szintetikus kannabinoid (N=304)
Tanuló	18,2%	21,1%
Rendszeresen foglalkoztatott	52,4%	27,0%
Munkanélküli	18,4%	39,8%
Egyéb/Nem ismert	11,0%	12,2%
Legfeljebb 8 általános	43,0%	74,8%
Középfokú iskolai végzettség	51,3%	25,2%
Felsőfokú iskolai végzettség	5,7%	0,0%
Rendezetlen szálláskörülmények és/vagy hajléktalan	2,8%	11,2%
Rendezett szálláskörülmények	93,2%	83,2%
Egyéb/Nem ismert	4,0%	5,6%

Forrás: TDI adatgyűjtés 2017

A szerhasználatuk gyakoriságát tekintve is egy problémásabb mintázat jellemzi a szintetikuskannabinoid-használókat: körükben 52,9% a heti 2-6 vagy napi gyakorisággal történő szerhasználat, míg a kannabiszhasználat miatt kezelésbe lépők mindössze 24,8%-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

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 újfajta pszichoaktív szerhasználatra.

Az eredmények az mutatják, hogy az idősebb generáció az alkohol és cigaretta mellett gyógyszereket fogyaszt visszaélészerűen, míg a fiatalok, egészen korai időszakról 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 újfajta 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 szervválasztás 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 végződnek. A droghasználatot kapcsolatos segítő helyekkel nincsenek tisztában, a mentőn kívül más segítséget nem is tudtak említeni.

A droghasználat körül nincsenek titkok. A drogokkal és a függőség természetével kapcsolatos minden tudás és áltudás, illetve tudatlanság meglehetősen kollektív. A szerfogyasztás a gyerekek előtt zajlik, a kilenc-tíz évesek is ismerik a szerek neveit, részletesen el tudják mesélni, hogyan néznek ki, hogyan használják, és milyen hatásokat váltanak ki. A szülők tudják, hogy drogoznak a gyerekeik, sőt, a szakemberek is tudják. Az iskolában a tanárok és az igazgató is egyértelműen ismerik az egyes diákok szerhasználati szokásait, sőt az iskolai fogyasztással is tisztában vannak. Ezekben a közösségekben nem maradhat titokban semmi, de eszközük nincs a helyzet megoldására, javítására.

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 az 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.)

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

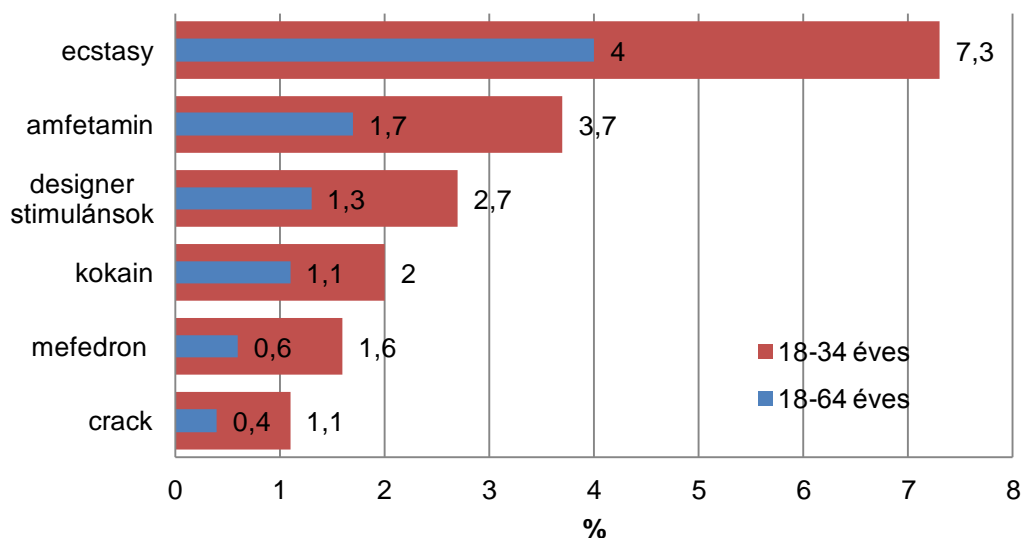
A stimulánsok középiskolások körében vélt beszerezhetőségéről az ESPAD kutatásokból rendelkezünk információkkal. Az amfetaminok, az ecstasy és a kokain esetében a válaszadók fele (49,1%) gondolta, hogy lehetetlen vagy nagyon nehezen beszerezhető, és csak 13,6%-uk valószínűsítette, hogy be tudná szerezni, ha akarná. Meg kell jegyeznünk, hogy a tanulók közel negyede pedig úgy nyilatkozott, hogy nem tudja megítélni a kérdezett 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. A szintetikus anyagokat illetően elmondható, hogy 2009-ben szinte eltűnt a magyar és az európai piacról az ecstasy, amely csak 2012-ben jelent meg újra a hazai piacon. A metamfetamin továbbra sem jellemző, azonban nyomozati információk szerint az ország északi részében (Szlovákiából csempészett szállítmányokból) egyre többször jelenik meg a kínálatban. (ORFK 2015)

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%)

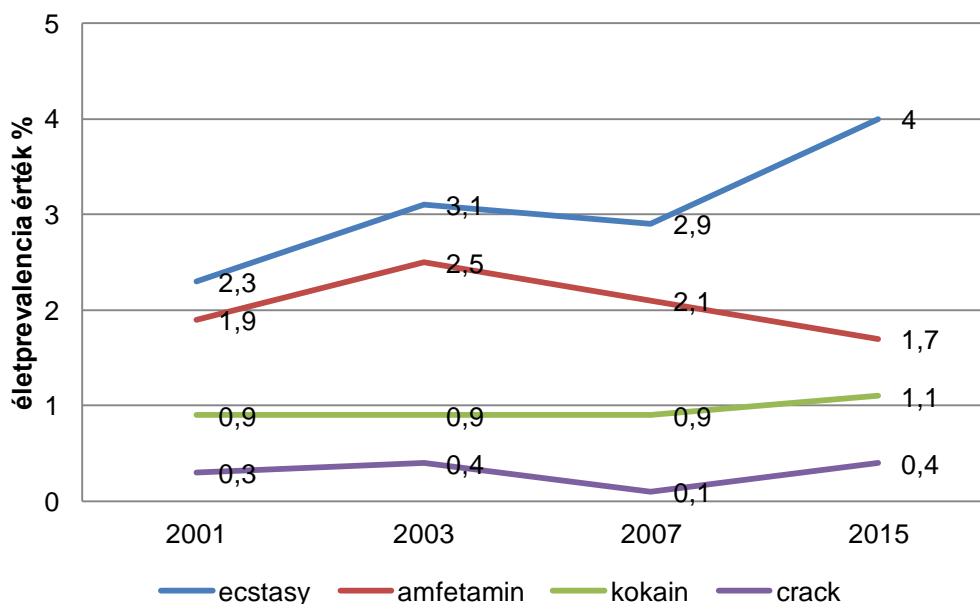
7. ábra. A stimulánsok szerenkénti életprevalencia értékei a 18-64 éves, és a 18-34 éves populációban, 2015-ben



Forrás: OLAAP – Paksi et al. 2015

A korábbi összehasonlítható vizsgálatok alapján azt mondhatjuk, hogy a kokain és a crack 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.

8. 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.

6. 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 %	sign.
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 jellemzően 24 éves korra tehető. A fiatal felnőttek esetében az ecstasy és az amfetamin

kipróbálása leggyakrabban 18-19 éves korban történik, a kokain kipróbálásának életkora hasonlóan kitolódik (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%-a¹² próbálta már ki a vizsgált stimulánsok valamelyikét¹³. 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.

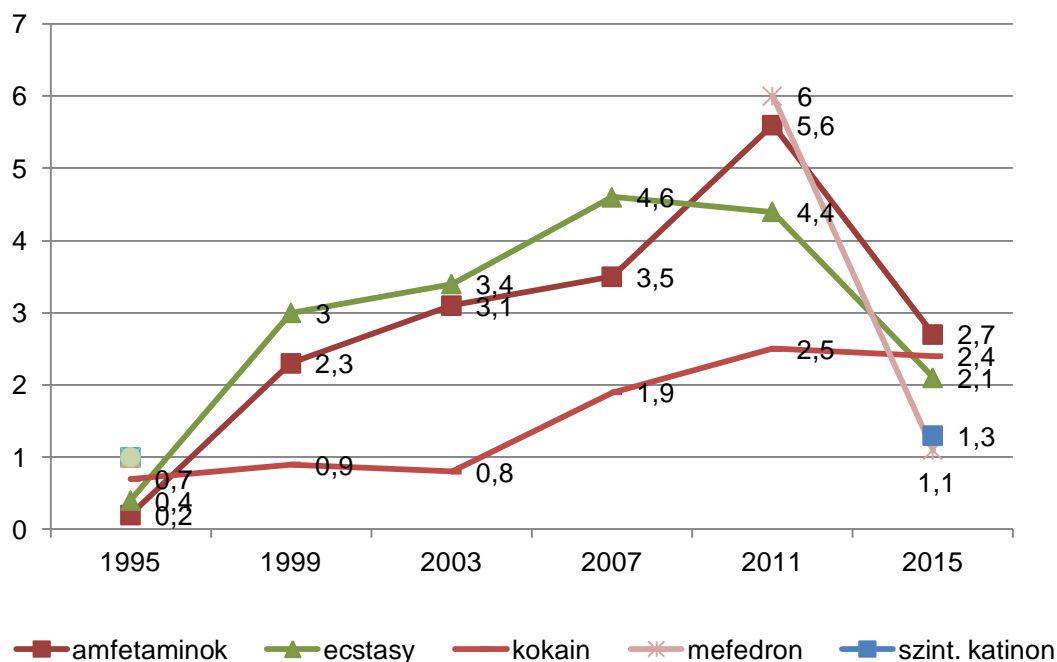
A középiskolások körében készült ESPAD vizsgálat (Elekes 2016) eredményei szerint a szerfogyasztási struktúrában hetedik helyen szerepel az amfetamin (életprevalencia értéke 4,2%), majd ezt követi az ecstasy (3,6%), a kokain (3,2%) és a metamfetamin (2,9%). Legkevésbé a mefedront (2,0%) és crack-et (1,6%) 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. Legnagyobb mértékű csökkenés az amfetaminok és az ecstasy esetén következett be, amelyek életprevalencia értéke a felére esett vissza. A mefedron 2011-ben az ötödik legnépszerűbb szer volt, azonban időközben tiltólistára került, 2015-re pedig eltűnni látszik: 80%-kal csökkent a bevallások aránya. Egyedül a kokain életprevalencia értéke nem változott számottevően a vizsgált periódusban.

¹² A stimulánsokat kipróbálók alacsony száma miatt csak körültekintéssel értelmezhető.

¹³ Amfetaminok, ecstasy, MDMA, kokain. (A kokaint egyéb drogok között jelölték, külön nem kérdezett rá a kutatás).

9. 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.

7. 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 %	sign
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

Az első fogyasztás jellemző életkora a 9-10. évfolyamon 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). 2016-ban a kezelést kezdők 18,9%-a (775 fő) jelölte meg valamelyik stimuláns szert elsődleges szerként (a kokainon kívül) (amfetamin 507 fő, MDMA és származékai 73 fő, egyéb stimuláns 195 fő). (TDI adatgyűjtés 2017)

A stimulánsok miatt kezelésbe lépők 85,2%-a férfi volt, átlagéletkoruk 29,7 év, és átlagosan 8,6 évig használtak stimuláns szereket a 2016-os kezelésbe lépésüket megelőzően. A kezelést megelőzően a jellemző beviteli mód az orra szippantás volt (43,2%), azt követte az evés/ivás (29,5%), az elszívás/inhalálás (17,2%), majd az injektlás (9,1%). A kezelésbe lépők nagyobb része (56,8%) a megelőző 30 napban nem használta a szert. Hetente egyszer vagy ritkábban 14,6% fogyasztotta elsődleges szerét, heti 2-6 alkalommal történő stimulánshasználat jellemezte a csoport 9,6%-át és napi használó volt 19,0%. (Az injektlásról lásd a T1.2.5 alfejezetet.)

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 érhetőek 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 amfetamin és a kokain között helyezkednek el, azaz a harmadik legelterjedtebb szer típus. Az életprevalencia értéke a 18-64 éves populációban 1,3%, a 18-34 éves fiatal felnőtt populációban pedig 2,7% volt.

A designer stimulánsok 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 kevéssé 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 katinon-fogyasztókról lásd a T1.2.1; T1.3.1 és T4.1 alfejezeteket, valamint a Kezelés fejezet T1.3.1 és T2.1 alfejezeteit.

Az országos tücsere adatgyűjtés során (módszertant lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T.5.2) 2015-ben először került lekérdezésre a designer stimuláns injektálással kapcsolatos célzott tanácsadás elérhetősége a szervezeteknél: a 28 jelentő szervezet közül 22-nél szóbeli, míg 5-nél írásos szóróanyag is elérhető a témában. (Tarján 2016b)

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 katinonok) 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 katinon 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 katinon lefoglalások száma csökkent. (Az utóbbi évek kábítószerpiaci trendjei és jogi változásai kapcsán lásd: Kábítószerpiac és Kábítószer-bűnözés T2.1 és Jogi keretek T3.1). A 2016-os év piaci trendjeivel párhuzamosan a kezelési és túcsere adatokban is érzékelhető az új pszichoaktív szerek használatával összefüggő ellátási igények enyhe csökkenése. Az alábbi rutin adatgyűjtések az elsődlegesen injektált szertípusra vonatkozóan gyűjtenek információt, nem alkalmasak a polidroghasználat monitorozására. Az opiát helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek polidroghasználatára vonatkozó leírást lásd: Heroin és egyéb opiátok T4.2. alfejezetét.

Intravénás szerhasználat prevalencia becslése¹⁴

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 becslésbe olyan szűrésben részt vevő intravénás szerhasználók kerültek, akik az adott időintervallumban túcsere programban vettek részt vagy drogambulancián részesültek kezelésben. A vizsgálatban a két vizsgálati évben 19-19 szervezet vett részt. A szűrésben való részvétel feltétele a valaha történt intravénás szerhasználat volt. (Az intravénás szerhasználók körében végzett országos HIV/HBV/HCV prevalenciavizsgálatról bővebben az egyes években az Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3, T2.2 és T6.2 pontja alatt olvashat.)

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 a Kábítószeres fejezetben, az egyes kábítószeres (elsősorban a Stimulánsok, de az Opiátok alatt is) alá rendelt T.1.2.2 pontok alatt olvashat.)

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 $\alpha=0,24$ esetén a rejtett intravénás szerhasználó populáció nagyságát 6744 főre, a teljes intravénás szerhasználó csoport nagyságát 7799 főre becsülték a két éves időszakokra vonatkozóan. A szűrés során a vérminta vétele mellett viselkedési kérdőív is kitöltésre került, mely kérdést tartalmazott az utolsó injektálás idejére vonatkozóan is. Ennek alapján az aktív szerhasználók aránya (azok, akik a kérdést megelőző 12 hónapban is legalább egy alkalommal injektáltak) 86% volt 2015-ben. Ezt extrapolálva az intravénás szerhasználói populáció becsült nagysága 6707 fő volt 2015-re nézve.

Túcsere kliensek adatai

¹⁴ A becslés a teljes intravénás populációt lefedí. Tekintettel arra, hogy az intravénás szerhasználat a trendek szerint leginkább stimulánsok injektálását takarja, a becslés a Stimulánsok alfejezetben került közlésre.

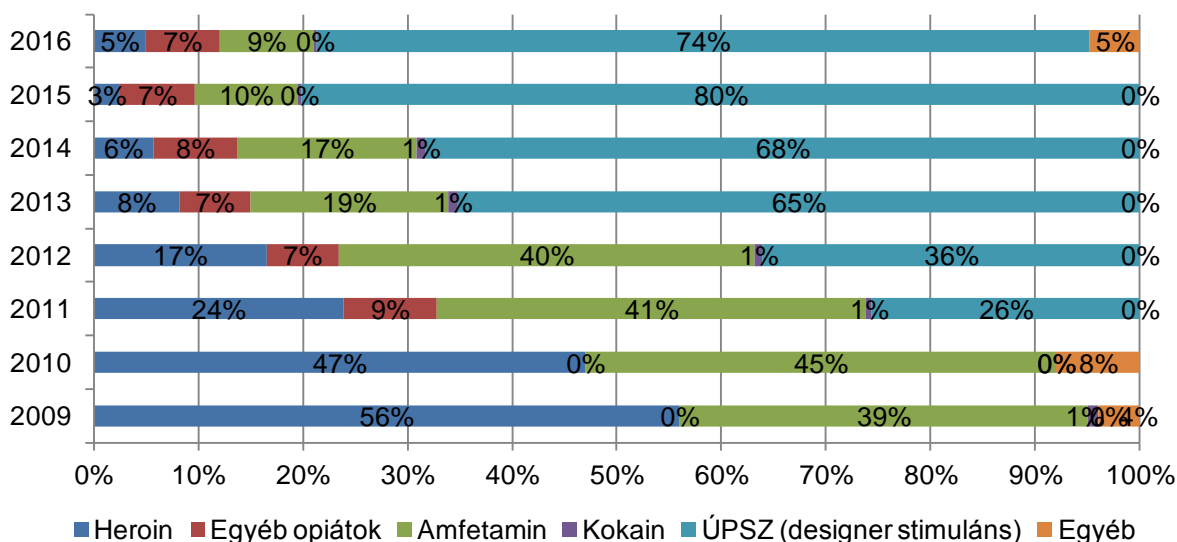
A tűcsere adatok alapján (Fóti 2017) az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) megjelenése 2010-ben teljesen átalakította a megelőző évekre jellemző szerhasználati struktúrát: míg 2009-ben a tűcserebe járó intravénás szerhasználók kevesebb mint 44%-a injektált elsődlegesen stimulánsokat, addig 2016-ra ez az arány 83%-ra nőtt.

A klasszikus stimulánsokat, azaz elsősorban amfetamint injektálók aránya 40% körül mozgott 2009-2012 között, azonban 2013-ra 19%-ra csökkent és maradt is ezen a szinten 2014-ben (17%). 2015-ben és 2016-ban tovább csökkent, ez utóbbi évben mindössze a tűcsere szolgáltatók klienseinek 9% jelölte magát elsődlegesen amfetamininjektálónak. A kokaininjektálók aránya elenyésző a tűcserebe 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 tűcserebe járó intravénás szerhasználóknak kevesebb mint 8%-a¹⁵ használt designer stimulánsokat, addig 2016-ban 74%-uknak volt ez az elsődlegesen injektált szere.

A heroin injektálók aránya ezzel párhuzamosan visszaesett a 2009-ben mért 56%-ról 5%-ra (2016-ban).

10. ábra. A tűcsere programban részt vevő kliensek elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009-2016 között¹⁶



Forrás: Fóti 2017

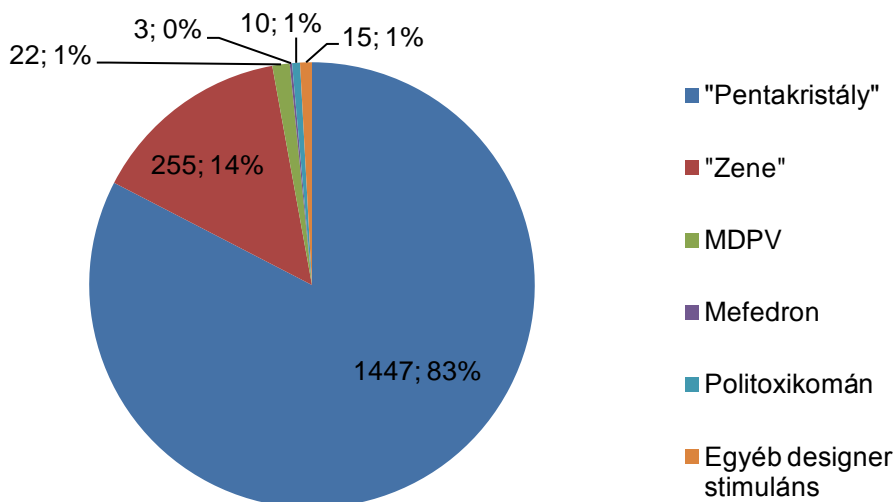
A domináns, intravénásan használt designer stimuláns 2010-ben a mepredon, 2011-ben az MDPV volt, 2012 óta pedig a „pentakristály”¹⁷ utcai elnevezésű szer állt az első helyen a szerhasználók által jelentett információk alapján. A designer stimulánsok között 2016-ban is a „pentakristály” volt a leggyakrabban említett utcai elnevezés (83% a designer stimulánsok között; 1447 fő). Ezt követte a „zene” elnevezésű anyag 14%-kal (255 fő).

¹⁵ 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.

¹⁶ 2009-ben és 2010-ben az egyéb opiátok és ÚPSZ-ok az „egyéb” kategóriába kerültek rögzítésre. 2016-ban egyebek mellett, a szintetikus kannabinoidokkal összefüggő utcai elnevezések kerültek rögzítésre ebbe a kategóriában.

¹⁷ Lefoglalási adatok alapján valószínűsíthetően a pentedron hatóanyag tartalmú szerekre vonatkozó utcai elnevezés.

11. ábra. A designer stimulánsokat injektálók megoszlása a szerhasználók által megadott anyag utcai elnevezése alapján 2016-ban (N=1752 fő)¹⁸

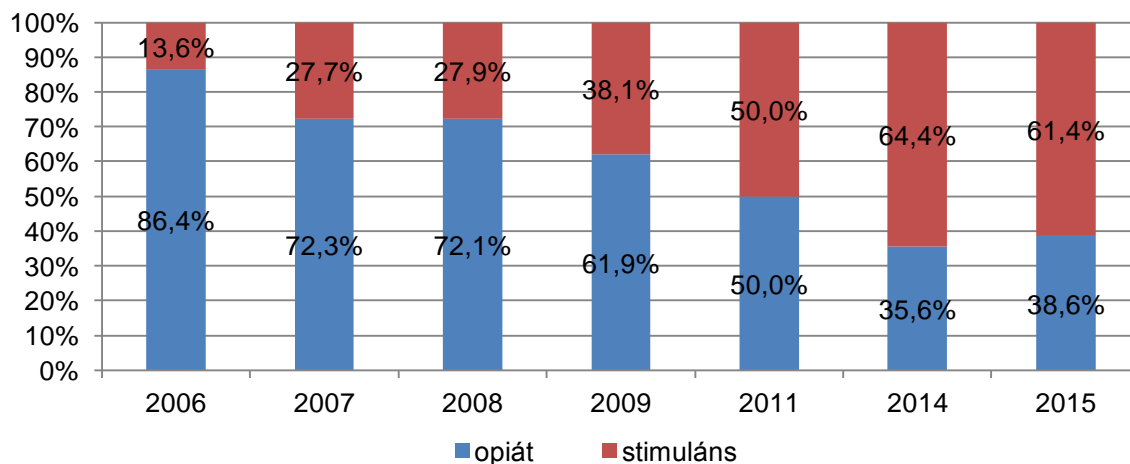


Forrás: Fóti 2017

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 csoportba. (a 2015-ös adatokkal kapcsolatos összehasonlíthatóság korlátait lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.6)

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

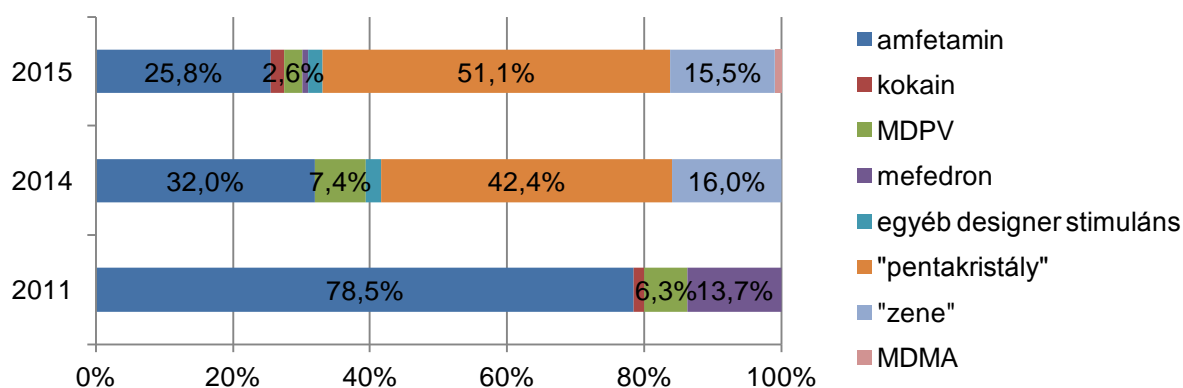


Forrás: Dudás et al. 2015, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

¹⁸ A politoxikomán kategória az elérhető designer stimulánsok polidroghasználatát jelenti.

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%), látható a 2011 és 2015 között történt jelentős eltolódás az amfetamintól a designer stimulánsok felé.¹⁹ 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”²⁰, amely egyben a legtöbbet injektált stimuláns is volt mind 2014-ben és 2015-ben. 2014 óta a designer stimulánsok körében második helyen áll a „zene”²¹ utcai elnevezésű szer.

13. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív stimuláns injektálók²² megoszlása (%) az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2011-2015



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

Kezelési (TDI) adatok

A kezelést kezdők körében némi késéssel, de végül 2013-ra láthatóvá vált az az eltolódás, ami a többi adatforrásban már korábban is érzékelhető volt: az opiát típusú szerek – elsősorban a heroin – visszaszorulása és a designer stimulánsok térnyerése az intravénás szerhasználók körében. Ez a trend 2016-ban megfordult, és a designer stimulánsokhoz köthető kategóriák (összesen 12 százalékpontos) csökkenése mellett a heroinhoz köthető kezelési igény 8 százalékponttal megemelkedett. Az esetszámokat tekintve az látható, hogy az injektált heroinhoz köthető esetszám lényegében változatlan maradt (2015: 71 fő; 2016: 69 fő), azonban a designer stimulánsokhoz köthető esetek száma lecsökkent (2015: 88 fő; 2016: 50 fő) – ez okozta a heroinhoz köthető esetek részesedésének növekedését.

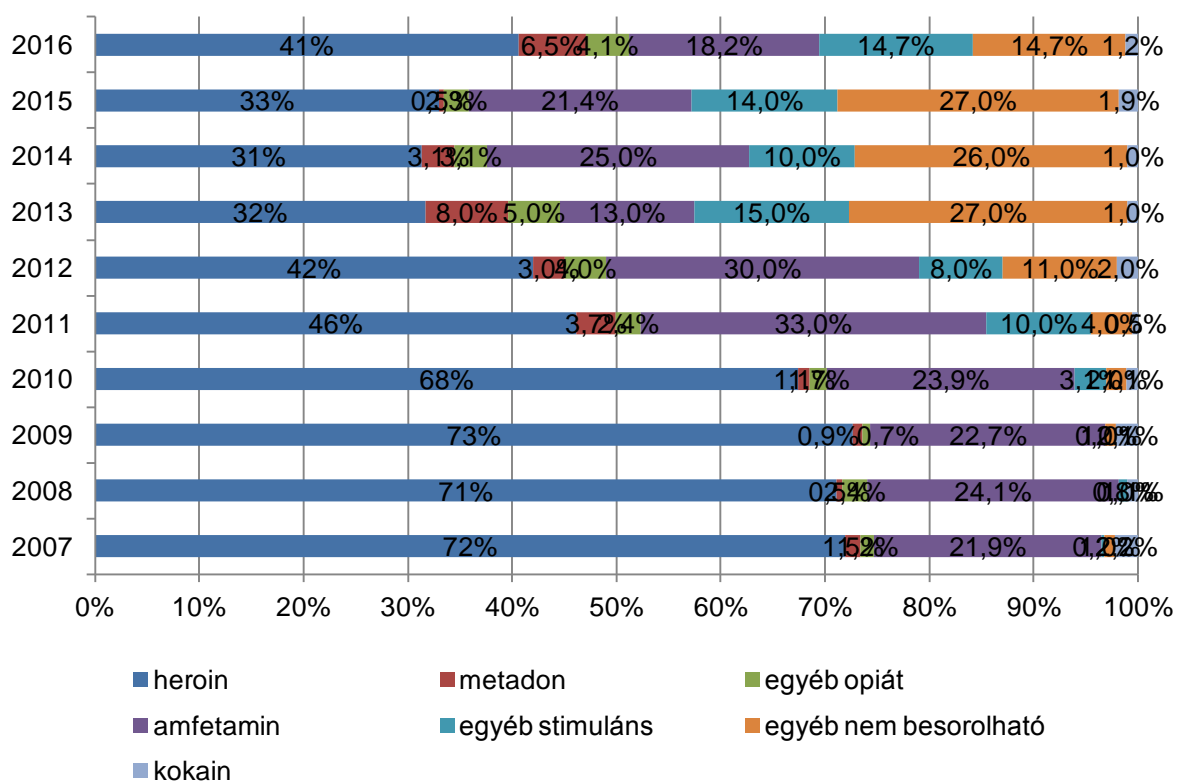
¹⁹ 2011-ben először nyílt lehetőség arra az országos prevalencia vizsgálat során, hogy a szűrésben részt vevők nevesítsék nyitott kérdésben az elsődlegesen injektált „egyéb” szerkategóriát. Addig 4 zárt kategóriában kerültek összegyűjtésre az adatok: opiátok; amfetamin; kokain; egyéb. Így az elemzés csak erre három évre nézve tesz megállapításokat.

²⁰ Lefoglalási adatok alapján valószínűsíthetően a pentedron hatóanyag tartalmú szerekre vonatkozó utcai elnevezés.

²¹ Lefoglalási adatok alapján valószínűsíthetően az alfa-PVP hatóanyag tartalmú szerekre vonatkozó utcai elnevezés.

²² $N_{2011}=256$ fő; $N_{2014}=269$ fő; $N_{2015}=233$ fő

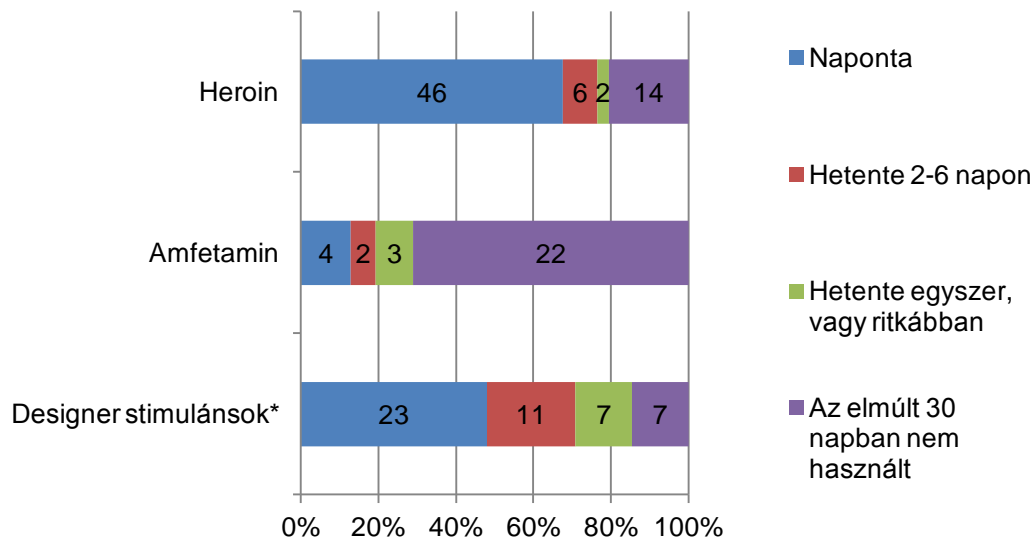
14. ábra. Intravénás szerhasználók megoszlása a kezelésbe lépők körében az elsődlegesen injektált szer alapján 2007 és 2016 között (%)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2017

A kezelést kezdő intravénás szerhasználók körében a heroint injektálók esetében a legmagasabb a naponta vagy heti 2-6 napon injektálók aránya (76,5%; 52 fő), a designer stimulánsokat injektálókkal (70,8%; 34 fő) és az amfetamin injektálókkal (19,4%; 6 fő) összehasonlítva.

15. ábra. Intravénás szerhasználat gyakorisága²³ a kezelésbe lépők körében 2016-ban (fő)



*"Egyéb stimuláns" és „egyéb nem besorolható” szerek összevonásával
 Forrás: TDI adatgyűjtés 2017

2015-2016 folyamán zajlott egy, az intravénás szerhasználók által injektált hatóanyagok meghatározását célzó projekt („Tisztább kép”), mely keretében az utcáról és a szerhasználóktól gyűjtött használt fecskendőkön és egyéb injektáló eszközökön található anyagmaradványok hatóanyagait GC-MS eljárással határozták meg (Gyarmathy et al 2017; Péterfi et al. 2017; Péterfi 2016). A projekt is megerősítette a szintetikus katinonok dominanciáját az injektált szerek között. Az eredmények időrendi bontása a Kábítószerpiac és 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 hatóanyagokról lásd a Kábítószerpiac és bűnözés fejezet T2.1 alfejezetét.

T1.2.6 Fertőző betegségek

Lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.1 és T2.2.b alfejezet

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

²³ A kezelésbe lépést megelőző 30 napban.

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 az 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.)

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. (ORFK 2015)

T1.1.2 Opiáthasználat prevalenciájának becslése

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

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 2016-os kezelésbe lépések 4,8%-ában (198 fő) volt a meghatározó szerhasználati mintázat (lásd Kezelés fejezet T1.3.1. és T2.1 alfejezetek) (heroin 122 fő, metadon visszaélészerű használata 41 fő, egyéb opiát 35 fő).

Az opiáthasználat miatt kezelésbe lépők 80,6%-a (154 fő) férfi, 19,4%-a (37 fő) nő volt, átlagéletkoruk 36,8 év volt, és átlagosan 15,5 évig használtak opiát típusú szereket a 2016-os kezelésbe lépésüket megelőzően. A kezelést megelőzően a jellemző beviteli mód az injektlás (46,5%) volt, azt követte az evés/ivás (27,3%), a füstölés (fóliázás) (16,0%) majd az orrba szippantás (9,1%). Fogyasztás gyakorisága szerint a kliensek több mint kétharmada (67,4%) naponta, 7,6%-a heti 2-6 napon fogyasztotta a szert, 6,5% hetente egyszer vagy kevesebbszer, 18,5% pedig bevallása szerint nem a 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 működéséről és igénybevételéről lásd a Kezelés fejezet T1.4.7-T1.4.9 valamint T2.1 alfejezeteit.

T1.2.4 Szintetikus opiátok

A Magyar Ökumenikus Segélyszervezet „Tisztább kép” projektje keretében (módszertani leírását lásd a Kezelés fejezet T5.2 alfejezetében) a 20 hónap alatt bevizsgált injektláló eszközökben kizárólag tramadol került kimutatásra (az EMCDDA által új szerek között monitorozott szintetikus opiátok közül). A tramadolt összesen 12 vizsgálati mintában azonosították, melyből 7 Békéscsabán 5 minta pedig Budapest VII. kerületében lett begyűjtve (forrás: MÖSZ). (A vizsgálat további eredményeit lásd a Kezelés fejezet T4.2 alfejezetében valamint a Kábítószer piac és kábítószer bűnözés fejezet T4. alfejezetében.)

T1.2.5 Intravénás szerhasználat

Tűcsere kliensek adatai

A tűcsere adatok alapján (Fóti 2017) az új pszichoaktív szerek 2010-től kezdődő térnyerése teljesen átalakította a megelőző évekre jellemző szerhasználati struktúrát: míg 2009-ben a tűcserebe járó intravénás szerhasználók 56%-a elsődlegesen heroint injektlált, addig 2016-ban csupán a kliensek 5%-a vallotta, hogy elsődlegesen heroint használ. (ábrát lásd: Stimulánsok fejezet T1.2.5 alfejezete).

Az intravénásan egyéb opiátokat, elsősorban metadont használók aránya nem változott jelentősen az elmúlt évek során: 7-9% körül mozgott 2011-2016 között.²⁴

A tűcserebe járó 25 és 34 év közötti kliensek 4,2%-a (40 fő) heroint, 7,3%-a (69 fő) egyéb opiátokat injektlált, míg a 34 év feletiek 6,4%-a (53 fő) heroint, 8,4%-a (69 fő) egyéb opiátokat. 25 év alatt elenyésző volt a heroint (2,1%; 12 fő) és az egyéb opiátokat (2,6%; 15 fő) injektlálók aránya 2016-ban.

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 injektlált szer szerint vizsgálva szintén jól

²⁴ 2011 előtt 4 zárt kategóriában jelentettek adatot a szolgáltatók: heroin; amfetamin; kokain, egyéb. 2011-től az egyéb kategória nyitott kérdéssé vált, azóta nevesíthetőek az oda sorolt szerek, így csak azóta áll rendelkezésre pontos adat az egyéb opiátok injektlásáról.

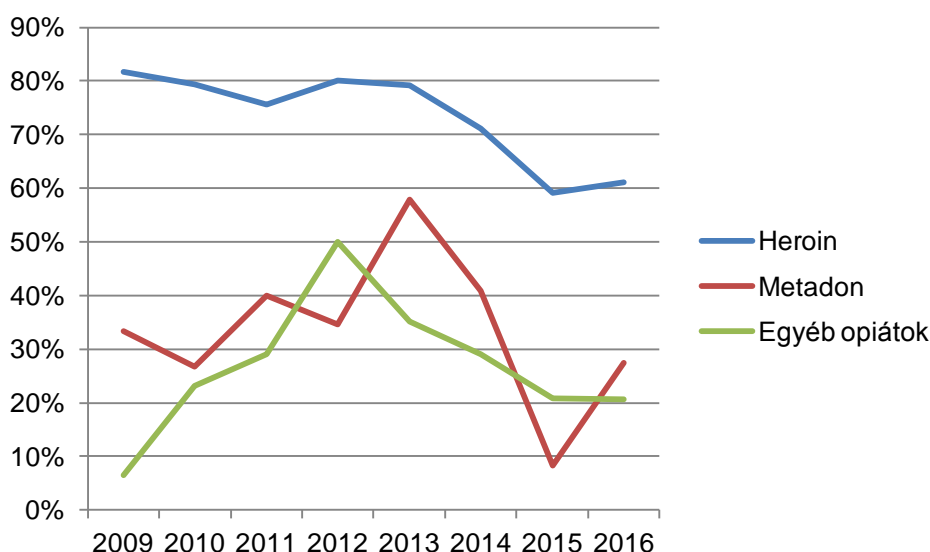
látható az opiátok térvesztése. Míg 2006-ban a minta 86,4%-a elsődlegesen opiátokat injektált, addig 2015-ben már csak 38,3%-uk vallott elsődleges szerének valamilyen opiátot. (ábrát lásd: Stimulánsok, T1.2.5 alfejezete)

A 2015. évre vonatkozó mintából kiválasztva az elmúlt 4 hétben is injektáló, aktív szerhasználókat, elmondható, hogy körükben továbbra is viszonylag alacsony volt a részesedése a heroint és az egyéb opiátokat injektálóknak: 22%-uk injektált elsődlegesen egyéb opiátokat (2014: 13,1%) – elsősorban metadont –, míg 15,9% (2014: 15,5%) a heroint vallotta elsődleges szerének.²⁵ (Dudás et al. 2015) (a 2015-ös adatokkal kapcsolatos összehasonlíthatóság korlátait lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.6)

Kezelési (TDI) adatok

Az intravénás beviteli mód arányát tekintve az elmúlt hat év távlatában a heroin esetében folyamatos csökkenés figyelhető meg. A metadon és az egyéb opiátok esetében egy 4-5 éves markáns emelkedést követően 2014-re már mindkét szertípus esetében visszaesés volt tapasztalható ebben a beviteli módban. Utóbbi két szer esetében a 2013-ig tartó emelkedésre magyarázatul szolgálhat a heroin hozzáférhetőségének visszaesése, és a heroin helyett egyéb típusú opiátok injektálása. 2016-ban az intravénás beviteli mód arányának visszaesése megtorpant a heroin használókön és az egyéb opiát használókön belül, míg a metadon használók körében az injektálók aránya 2015-ről 2016-ra megháromszorozódott.

16. ábra. Az intravénás beviteli mód aránya a kezelést kezdő opiáthasználók esetében szertípusonként 2009 és 2016 között (%)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2017

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

Egy, a használt injektáló eszközökön lévő anyagmaradványok vizsgálatát célzó kutatás („Tisztáb kép” projekt) nagy mértékű metadon injektálást azonosított. Erről további információt a Kezelés fejezet T4.2 alfejezetében olvashat.

²⁵ 2014-ben lett először szétbontva az opiát kategória heroinra és egyéb opiátokra (nyitott kérdés), így az elemzés csak erre az évre nézve tesz megállapításokat.

A lefoglalási adatok részeként bemutatott, injektáló eszközökön azonosított hatóanyagokról lásd a Kábítószerpiac és Kábítószer-bűnözés fejezet T1.1.5 alfejezetét.

T1.2.6 Fertőző betegségek

Lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.1 és T2.2.b 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 NPS 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 találkozásán (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.

D. EGYÉB ÚJ PSZICHOAKTÍV SZEREK ÉS MÁŠ 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”²⁶ 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 droghasználat, és ritka volt a gyógyszerhasználat is. (Paksi 2017)

²⁶ A csoport elnevezésére használt „polidrog-használók” kifejezés azon fogyasztók megkülönböztetésére szolgál, akiknek változatosabb a fogyasztási mintázatuk azokénál, akik kizárólag egyfajta kábítószerrel fogyasztanak.

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

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.

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. (2017): Tűcsere programok adatai, 2016. 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.

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

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

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

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., 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., Tarján, 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 terápiás 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., 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* doi: 10.1002/dta.2217

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

Tarján, A. (2016b): Tűcsere programok adatai, 2015. Nemzeti Drog Fókuszpont.

TDI adatgyűjtés 2017.

T5.2 MÓDSZERTAN

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-Fővény 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 során 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 Gyermekegészségügyi 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 becslés különböző szertípusok szerinti megosztása nem volt lehetséges. A becslés első lépésének eredménye kétéves időintervallumra vonatkozik, azaz a jelzett két évben való intravénás szerhasználatot jelöli²⁷. A becslés második lépéseként a szűrésben alkalmazott, az utolsó injekció idejére vonatkozó kérdés alapján a kapott eredményt módosították. 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 alapképletét²⁸ 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

²⁷ Ismételt megjelenés a szűrőprogramokban 2014-2015 között

Év	Megjelenés	2015	
		Nem	Igen
2014	Nem		458
	Igen	463	133

²⁸Az 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

tudatosan vett részt ismételtén a szűrésben.²⁹ 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.

Kapitány.Fővény, 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.

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 interjú 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 koncentráló interpretatív fenomenológiai analízissel történt.

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

Tűcsere adatgyűjtés (Fóti 2017): A tűcsere szervezetek 2016-os évről is a Nemzeti Drog Fókuszpont által 2008 óta működtetett adatgyűjtő internetes portálon jelentették az adatokat.

²⁹A kutatás során a részt vevő szolgáltatókat megkeresték azzal, hogy becsülik 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.

2010 óta a túcsere 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. 2016-ra vonatkozóan 26 szervezet összesen 2714 fő kliens adatait töltötte fel. A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikációsűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került. Az elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlásról összesen 2353 kliens esetében számoltak be a szolgáltatók 2016-ban. (2009: 1483 fő; 2010: 1737 fő; 2011: 2237 fő; 2012: 1907 fő; 2013: 3128 fő; 2014: 3692 fő; 2015: 2985 fő)

PREVENCIÓ³⁰

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.

³⁰ A fejezet szerzője: Nyírády Adrienn, 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 kábítószerket kipróbáló és alkalmoszerűen használó serdülők aránya az adott korosztályon belül csökkenjen 10%-kal;
- A megelőző, felvilágosító programok minőségbiztosítási rendszerének kialakítása és bevezetése;
- Csak szakmai ajánlással rendelkező és minőségbiztosítási rendszert tartalmazó egészségfejlesztési programok valósulhassanak meg Magyarországon, beleértve ebbe a köznevelési intézmények tevékenységét is;
- A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) helyi szerepvállalása és koordinációs tevékenysége erősödjön;
- Az elfogadásra kerülő, a lelki egészség fejlesztését, az alkoholprobléma és más viselkedési függőségek kezelését célzó nemzeti stratégiákat és programokat hangolják össze a drogellenes stratégiával.

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

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 látott el a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) is. A 378/2016. (XII.2.) Korm.rendelet alapján 2016. december 31-ig az NRSZH beolvadásos különválás útján, jogutódlással megszűnt; az intézet drogpolitikai feladatait 2017. január 1-től a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság (SZGYF), mint jogutód látja el. Az SZGYF Drogmegelőzési Programok Osztálya a prevenciót érintően közreműködik a Nemzeti Drog Stratégia végrehajtásában, ellátja drogpolitikai célú programok kidolgozását, részt vesz az EMMI kábítószerügyi pályáztatásainak 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.³¹

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, amely többnyire szenvedélybeteg klubok formájában valósult meg főként az északi régiókban. (NEFI 2016)

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 folyamatossága 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)

2016-ban állami forrásból egyedi támogatás útján a kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos, a terület szempontjából kiemelten fontos feladatok finanszírozására került sor 174.416.903 Ft (559,100 EUR)³² összegben. Továbbá a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (jogelődje a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Ifjúsági Igazgatóságának egységeként működő Nemzeti Drogmegelőzési Iroda) az Emberi Erőforrások Minisztériumának támogatásával 110 millió forintot (352,609 EUR) biztosított a büntetőeljárás elkerülését lehetővé tevő „megelőző-felvilágosító szolgáltatás” finanszírozására.

A KAB-ME pályázatok keretében az iskolai egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatokhoz illeszkedő, illetve a helyi közösségi résztvevők együttműködésén alapuló, a drogfogyasztással szemben alternatívát nyújtó programok támogatására volt lehetőség 209.200.000 Ft (összegben, összhangban a Nemzeti Drogellenes Stratégiával (lásd T1.2.2. alfejezet). (EMMI 2017)

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.

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

³² A fejezetben szereplő összegek a 2016-os hivatalos euró középárfolyam (1€=311,96 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

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 drogvenció (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 drogvenció 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 kitűnik, hogy 10 éve mintegy duplája volt a megismert iskolai programok kínálata (megyéenként 49, Budapesten 75), tehát a válaszadási hajlandóság jelentősen romlott. A korábbiakhoz hasonlóan ma is döntő többségében a nonprofit szféra működteti a prevenciós beavatkozásokat, bár a költségvetési szervek jelenléte 10%-kal növekedett. Ugyanakkor a korábbiakhoz viszonyítva fele annyian végzik fő tevékenységként a prevenciós tevékenységet. A tartalmi vonatkozásokat vizsgálva megállapítható, hogy a programok/szolgáltatások többsége ma is közvetlenül a végső célpopulációban tevékenykedik, emellett megjelentek a pedagógusok által végzett beavatkozások és a pedagógus-továbbképző szerfogyasztás-megelőzési célú programok is, korszerűbb lett a célrendszer és több órában/alkalommal találkoznak 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, ma már inkább a 14 év feletiekre irányuló programok/szolgáltatások vannak többségben.

2016-ban az EMMI és az NRSZH által közösen lebonyolított kábítószerügyi pályázatok keretében a KAB-ME-16-A-B pályázat az iskolai szinten megvalósítandó, az egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatokhoz illeszkedő univerzális, javallott és célzott prevenciós programok támogatását tette lehetővé. A KAB-ME-16-C pályázat a függőnek nem minősülő, de annak korai jeleit mutató szerfogyasztó személyek számára speciális intervenciók alkalmazására, közösségi 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 beadott 166 pályázat közül 99 nyert támogatást, összesen 209.200.000 Ft (670.599 EUR) összegben.³³ (SZGYF 2017) A támogatási összeg harmada a KAB-ME-16-A-B pályázat keretében, 25 pályázó között került szétosztásra, kétharmada a KAB-ME-16-C pályázat keretében, összesen 74 pályázó részére került kiosztásra. .

TÁMOP-5.2.9-13/1 - „Legyen más a szenvedélyed”

„Legyen más a szenvedélyed” címmel az NCSSZI - Nemzeti Drogvenció Iroda valósította meg az uniós finanszírozású kiemelt projektet, amelynek szerződött támogatási összege 250.000.000 Ft (810,372 EUR). A kampány releváns információkat juttatott el a társadalom minél szélesebb köréhez a káros szenvedélyek megelőzéséről, kezelési

33

<http://nrszh.kormany.hu/download/c/41/10000/%C3%96sszes%C3%ADtett%20d%C3%B6nt%C3%A9si%20lista%20-%20KAB-ME-16-A%2CB%2CC%20p%C3%A1ly%C3%A1zati%20kateg%C3%B3ria.pdf>

lehetőségeiről és sokszínűségéről. A projekt elsődleges célcsoportját alkották a káros szenvedélyek által leginkább veszélyeztetett gyermekek és közvetlen környezetük (család, közösség), valamint a fiatal felnőttek (a 12-29 év közötti ifjúsági korosztály). Az érintett korosztály olyan programokban vehetett részt, amelyek alternatívát jelenthetnek a droghasználattal szemben. Másodlagos célcsoportot alkottak az érintett szakterületeken dolgozó szakemberek, akik a megelőzésben, a felismerésben és a beavatkozásban is részt vesznek.

A projekt futamideje (2014. március 27 - 2015. június 27.) alatt megvalósult szakmai rendezvények, drogprevenciós programok:

2014 szeptemberétől elindult az országos roadshow, amely több mint 50 városba és kisebb településre látogatott el. A fiatalok bevonását célzó drogprevenciós programsorozat, valamint a különösen veszélyeztetett fiatalok elérését célzó nagyobb ifjúsági rendezvényeken való megjelenés alkalmával (2014. évben fesztiválok) helyi ifjúsági és civil szervezetek, valamint alternatív szabadidő eltöltését biztosító, megelőzési programok mutatkoztak be. A program érdemének tekinthető, hogy célkitűzései között szerepelt a dizájn drogok előretörésére adott válasz kialakítása. Az infokommunikációs technológiák alkalmazásával lehetőség nyílt a fiatalok közvetlen megszólítására egy komplex, univerzális drogprevenciós beavatkozással, melynek keretén belül a témához kapcsolódva kifejezheték kreativitásukat és alkotói készségüket. (NDI 2015).

A Rendőrség drogmeelőzési tevékenysége

A Rendőrség drogprevenciós tevékenységének alapját a 2016. július 22-én hatályba lépett „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 2016. évi végrehajtása az alábbiak szerint összegezhető:

Az OVI-ZSARU programban 2016-ban országosan 244 település 418 óvodája vett részt, ami így összesen 17 778 fő gyermekhez jutott el. A DADA program a 2015/2016-os tanévben 177 település 306 iskolájában 31776 tanulóhoz jutott el a Rendőrség 157 fő kiképzett oktatója révén. Ugyanezen időszakban 42 fő rendőr vett részt DADA oktatói képzésben. Az ELLEN-SZER program végrehajtása során 33 fő kiképzett rendőr-oktató 28 település 45 iskolájában 2682 középiskolás tanulóhoz jutott el.

A 2015/2016-os tanévben 114 fő iskolai bűnmeelőzési tanácsadó teljesített szolgálatot az ország 91 településének 270 középfokú oktatási intézményében, összesen 119 448 tanulót elérve. A tanácsadók általuk fogatosított intézkedésre 487 esetben került sor, jellemzően drogfogyasztás, kábítószer birtoklása és terjesztése, kisebb súlyú vagy elleni jogsértések, könnyű testi sértések, zaklatások, illetve a gyermekvédelmi jelzőrendszer, gyámhivatal értesítése folytán. (Rendőrség 2017)

Drogprevenciós összekötők

A fiatalok kábítószer-fogyasztásának visszaszorítása érdekében a rendőrség 2014 szeptemberében új drogprevenciós programot indított „A szülők és a családtagok a rendőrség kiemelt partnerei a kábítószer-bűnözés meelőzésében” címmel. A program célja, hogy a 12-18 éves gyermekeket nevelő szülők, családtagjaik közvetlen tájékoztatást kapjanak a kábítószer-fogyasztás kockázatairól, büntetőjogi következményeiről. Valamennyi rendőrkapitányságon elérhető 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.

A 2015/2016-os tanévben a program keretében a drogprevenciós összekötő tisztek országosan 368 személyes és 256 telefonos megkeresést kaptak, 142 e-mailre adtak választ és 498 szülői értekezleten, valamint 4051 egyéb tájékoztató előadáson vettek részt. (Rendőrség 2017)

T1.2.3 Célzott prevenció

A T1.2.2 alfejezetben említett nyertes programok egy része - a pályázati felhívásnak megfelelően - célzott prevenciónak 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 drogprevenciós tevékenysége

A Magyar Honvédség szervezeti keretein belül végzett drogprevenciós tevékenység fő irányait a jelenleg hatályos 80/2013 (X. 16.) OGY határozattal elfogadott Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 és a MH Drogprevenciós Stratégiája határozzák meg. Ezek alapján 2016 folyamán a következő tevékenységeket valósította meg (Magyar Honvédség, 2017):

- Törzstanuló napon, illetve kiképzés keretein belül 9 alkalommal összesen 608 fő részvételével zajlottak tájékoztató előadások a drogprevenciót érintően. Közösségi, színtér programok alkalmával „workshop” jelleggel felkérés alapján 10 alkalommal vettek részt a MH munkatársai rendezvényeken, ahol az egészségtudatos magatartás kialakításának részeként drogprevenciós témakörben kognitív ismeretátadásra, személyes tanácsadásra, prevenciós kiadványok átadására került sor, összesen mintegy 1195 főt elérve.
- A MH Egészségmegőrző Program keretében 2016-ban 3 alakulatnál 112 fő vett részt drogprevenció témakörében tartott kiscsoportos, interaktív foglalkozáson.
- A misszióra tervezett állomány felkészítésének részeként 2016-ban 3 alkalommal, 89 fő részvételével tartottak drogprevenciós felkészítést.

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 prevenció programok, lakótelepeken és egyéb leromló lakókörnyezetekben élő – csellengő fiatalok számára létesített célzott prevenció programok, zenés-táncos szórakozóhelyeken létesített/működtetett célzott prevenció 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 prevenció programok működhetnek, amelyek ezen az eljáráson megkapják a szakmai ajánlást. A szakmai ajánlási rendszer minőségbiztosítási szempontból előzetes megfelelés-tanúsítási rendszer. (Részletesen lásd 2014-es Éves Jelentés 3.4 fejezet.)

2016-ban 17 iskolai egészségfejlesztési programajánlás iránti kérelem érkezett a NEFI-be, ebből 12 volt kifejezetten szerhasználathoz kapcsolódó vagy szenvedélybetegségekkel foglalkozó prevenció 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 végül 5 drogpreneció program kapta meg. (NEFI 2017)

9. táblázat. A NEFI-hez az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlásáért benyújtott és támogatott kérelmek száma és téma szerinti megoszlása

Téma	Kérelmek száma	Támogatott kérelmek
Drogmegelőzés	4	3
Szenvedélybetegség	3	0
Komplex	5	2
Táplálkozás	1	0
Személyi higiéné	1	0
Lelki egészség	2	1
Kortárssegítés	1	1
Összesen	17	7

Forrás: NEFI 2017

10. táblázat. A NEFI-hez az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlásáért benyújtott, droghasználathoz kapcsolódó kérelmek eredmény szerinti megoszlása

	Beérkezett kérelmek száma	Támogatást kapott	Formai okok miatt elutasított	Nem kapott támogatást
Drogmegelőzés	4	3	1	0
Szenvedélybetegség megelőzés	3	0	0	3

Komplex	5	2	2	1
Összesen	12	5	3	4

Forrás: NEFI 2017

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

Az iskolai prevenció/egészségfejlesztés a 2001/2002-es tanévben, a rendszerszintű pályázati finanszírozás kialakításával vett lendületet. A prevenció 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 prevenció programról készült adatbázis, mert a regisztráció a pályázás 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 prevenció szolgáltatók részéről.

A kínálat másik meghatározó tényezője a jogszabályi környezet, illetve a mindenkori drogstratégia. 2011-ben a Nemzeti Alaptanterv kötelezővé tette a prevenció feladatok 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 amellyel, hogy nagy hangsúlyt fektet a professzionális programfelépítésre, nemzetközi ajánlások, jó gyakorlatok ismeretére, erős szűrőként is jelentkezett.

Az iskolai prevenció programok minőségbiztosítása érdekében 2008-2009-ben is történtek kezdeményezések, végül a szakmai ajánlási rendszer 2013-ra készült el. 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

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ, beleértve a 2016-os évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

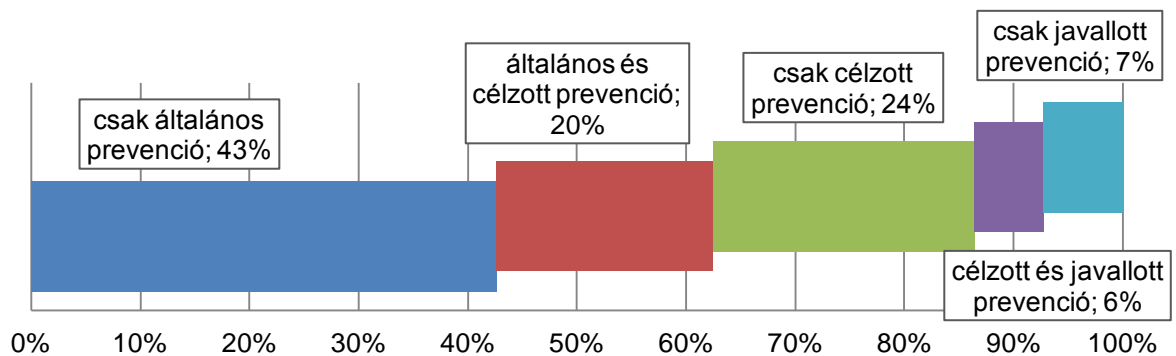
A prevenció programok feltárását célzó országos adatgyűjtés (Paksi et al. 2016) 2013-2015 között működően 253 szenvedélymagatartások megelőzésével (is) foglalkozó szervezetet azonosított, s közülük aktuálisan 194 szervezet van jelen a prevenció szintjén saját, programszerű – vagyis az alkalmazott célok és módszerek tekintetében egy-egy célcsoportban homogén – prevenció 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 prevenció szervezetek többsége (85%) nem főtevékenységként végzi a prevenció 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.

Budapesten 37, megyénkénti átlagban 24 program vagy szolgáltatás működik aktuálisan az országban. A megismert prevenciós beavatkozások 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 színtereként is jelen van az iskola, negyede pedig (24%) a célpopuláció saját közegében (is) zajlik. A beavatkozások leginkább a 14-18 éves fiatalokat célozzák meg.

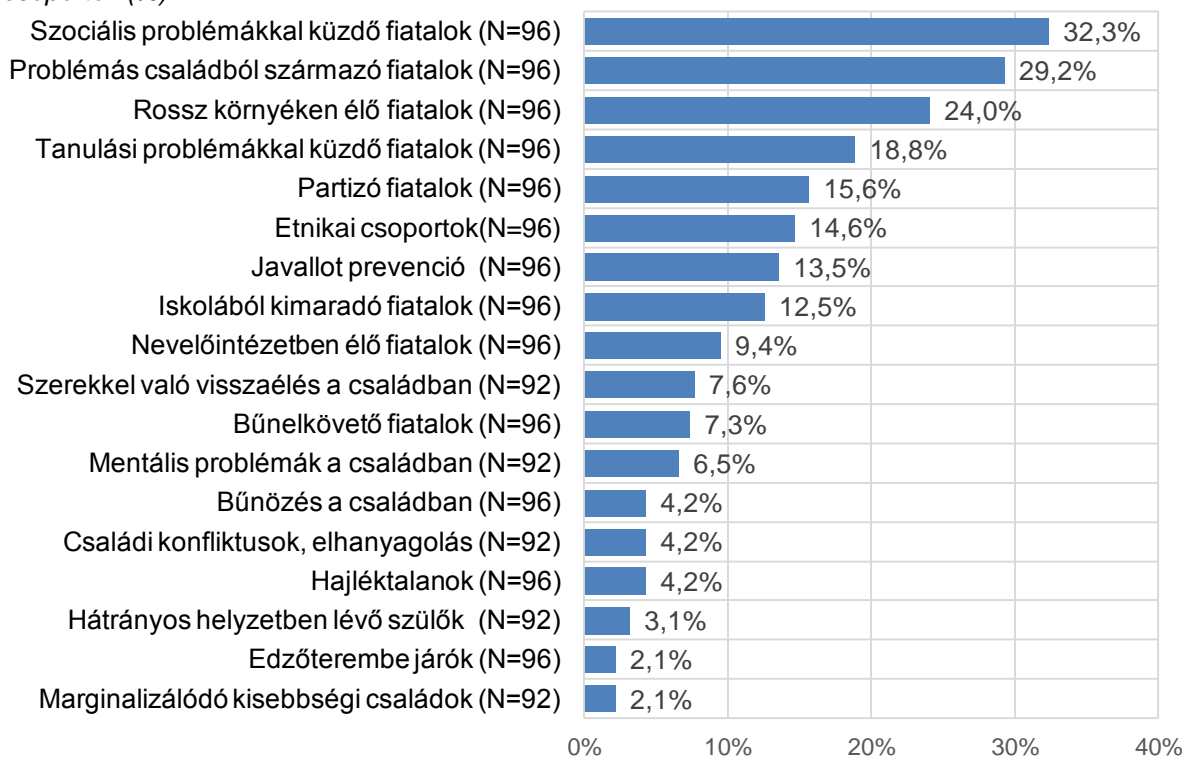
17. ábra. A közvetlenül a végső célcsoportra irányuló beavatkozások típusai (N=96)



Forrás: Paksi et al. 2016

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

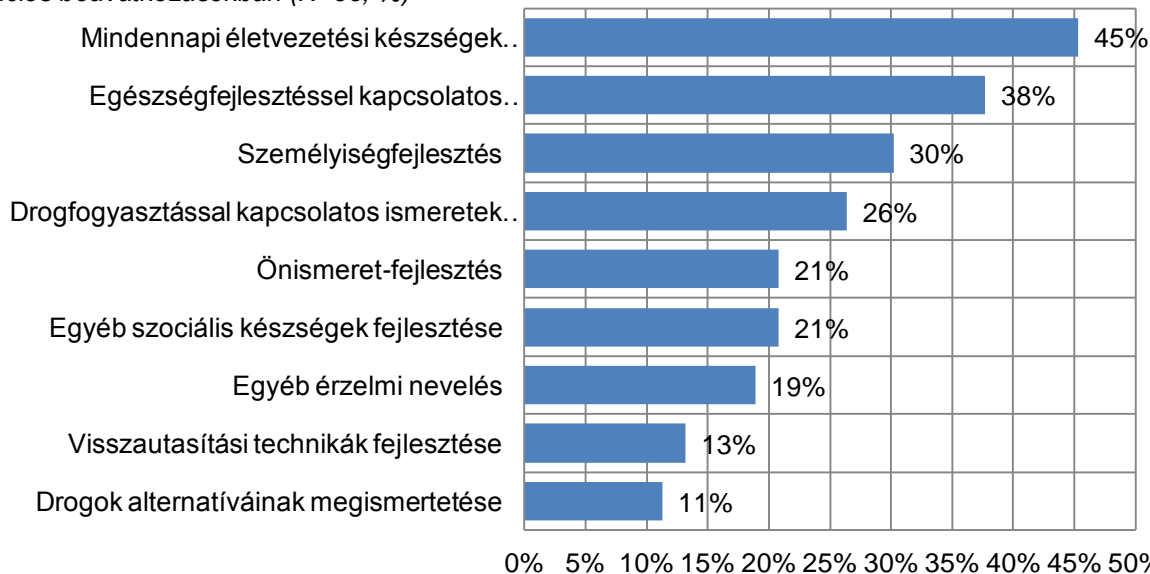
18. ábra. A közvetlenül végső célcsoportra irányuló beavatkozások által megcélzott speciális csoportok (%)



Forrás: Paksi et al. 2016

A végső célpopulációra irányuló beavatkozások céljait vizsgálva 9 célkitűzés típus fordul elő (lásd a 19. 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.

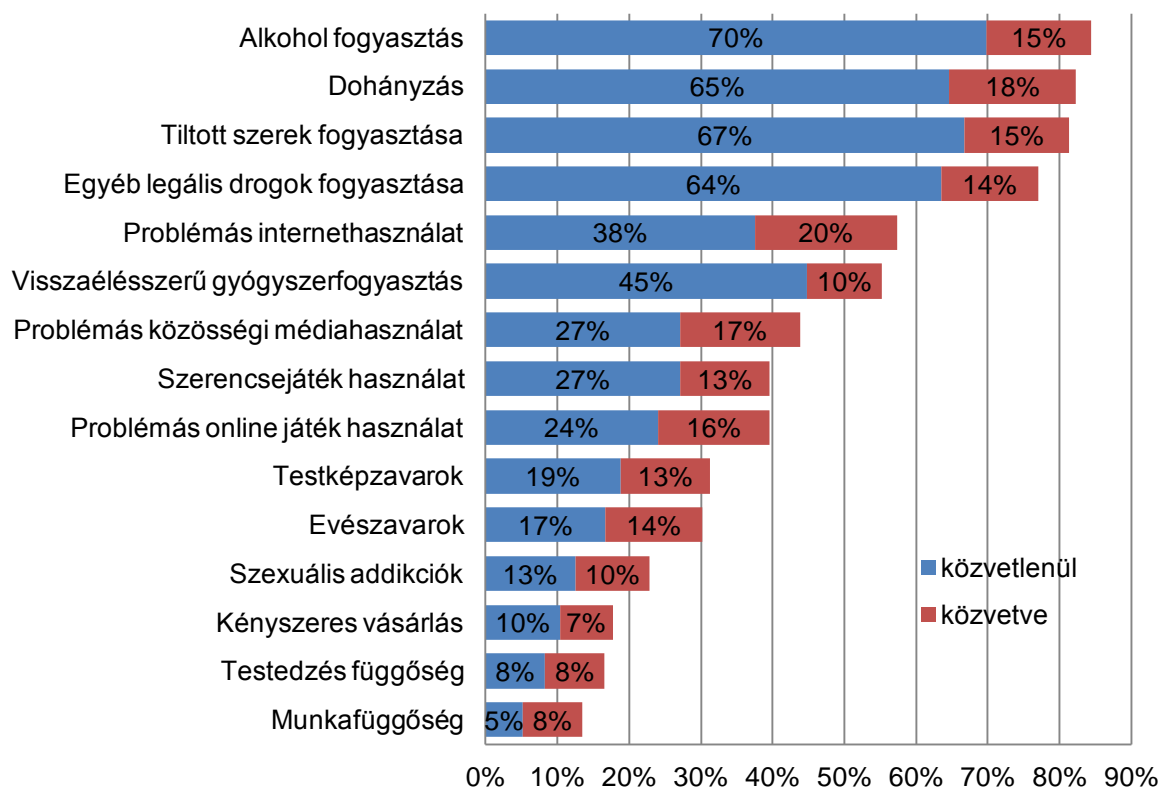
19. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciós beavatkozásokban (N=53, %)



Forrás: Paksi et al. 2016

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

20. 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 különülnek el élesen aszerint, hogy általános, célzott vagy javallott beavatkozást végeznek.

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

EMMI (2017): Az EMMI Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztályának beszámolója a 2017-es EMCDDA Jelentéshez

Magyar Honvédség (2017): A honvédelmi tárca beszámolója az EMCDDA számára készülő 2017-es Éves Jelentéshez

NDI (2015): Tájékoztató az EMCDDA számára készülő, 2015. Évi Jelentés elkészítéséhez.

NEFI (2017): A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet iskolai egészségfejlesztési programokkal kapcsolatos 2016-os adatai

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 prevenciók beavatkozások országos katasztere, Budapest, Kézirat

Rendőrség (2017): A Rendőrség 2016. évi tevékenységéről szóló beszámolója

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

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 prevenciók szolgáltatója töltötte ki, akik összesen 125 prevenciók programot működtettek.

Paksi, B., Magi, A., Demetrovics, Zs. (2016): 2015 ősztől 2016 tavaszig országos adatgyűjtés zajlott a 9-24 éves korosztályt megcélzó prevenciók 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 prevenciók tevékenységet, s 194 szervezet működtetett programszerűen (minden megvalósítási alkalommal azonos célok és módszerek mentén zajló) valamilyen prevenciók programot vagy szolgáltatást. A prevenciók 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.

KEZELÉS³⁴

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 (2016-ban 64,9%) 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. Ezek alapján a legnagyobb problémát a kannabiszhasználat jelenti, legtöbbször emiatt lépnek kezelésbe. A kezelési adatokból közvetve, a piaci és tőcsere adatokból közvetlenebbül látható az új pszichoaktív szerek (továbbiakban ÚPSZ) elterjedésének következménye, mely tapasztalható az intravénás szerhasználat és a kezelési igény alakulása terén egyaránt. Ezzel párhuzamosan a heroinhasználat visszaesése és az amfetaminhoz köthető kezelési igény viszonylagos stabilitása figyelhető meg.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 SZAKPOLITIKA ÉS KOORDINÁCIÓ

T1.1.1 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

³⁴ Péterfi Anna

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 62 szolgáltató számolt be 2016-ban a 78 jelentést küldő kezelőegység közül, a büntetés-végrehajtás kezelőegységei nélkül. Az összes kliens (4098 fő) 88,2%-a (3616 fő) kezdett kezelést specializált járóbeteg ellátónál, alacsonyküszöbű szolgáltatónál vagy általános mentális egészségügyi szolgáltatónál. Járóbeteg ellátás keretei között 2510 fő lépett elterelés miatt kezelésbe (a bv. intézetekben kezelteteket nem számítva).

11. táblázat. Járóbeteg ellátók (kezelőegységek száma és ellátottak száma) 2016-ban

	Kezelőegységek száma	Definíció (kezelőegységek típusai)	Összes kliens száma (kezelést kezdők)
Drogambulanciák, egyéb specializált drogbeteg ellátók	37	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.	2738 (melyből 1844 fő elterelés keretében kezdett kezelést)
Alacsonyküszöbű szolgáltatók³⁵	21	A TDI adatgyűjtésben magukat alacsonyküszöbű/drop-in/megkereső kezelőegységként azonosító szolgáltatók (jellemzően pszichoszociális ellátásokat nyújtó szociális szolgáltatók).	741 (melyből 542 fő elterelés keretében kezdett kezelést)
Általános mentális egészségügyi ellátók	4	A TDI adatgyűjtésben magukat járóbeteg kezelőegységként (azon belül pszichiátriként) azonosító szolgáltatók (kórházakban és rendelőintézetekben működő pszichiátriai gondozók és szakrendelők).	137 (melyből 124 fő elterelés keretében kezdett kezelést)
Kezelőegységek a büntetés-végrehajtásban (belső és külső szolgáltatók)	6	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 táblában kerülnek megjelenítésre.	128 (melyből 128 fő elterelés keretében kezdett kezelést)

Forrás: TDI adatgyűjtés 2017 - 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. §)

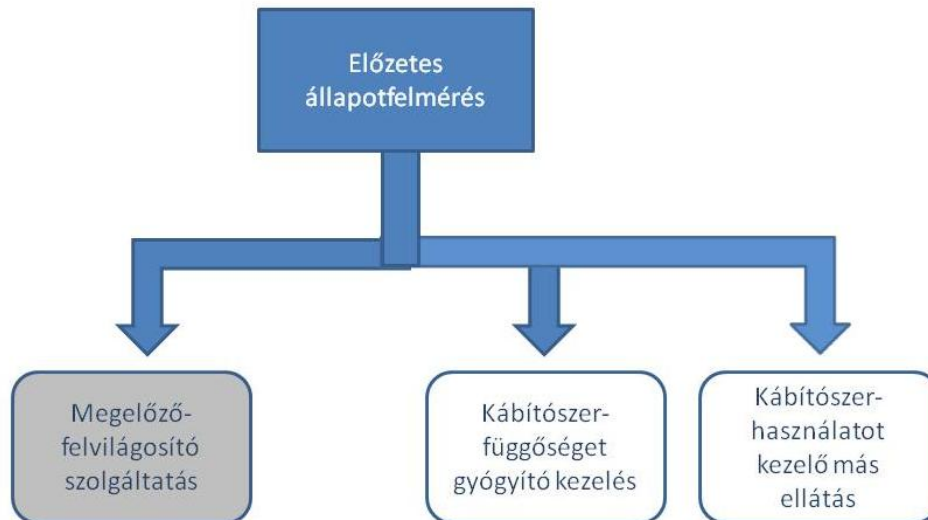
Az elterelést választókat egy pszichiáter szakorvos vagy klinikai szakpszichológus által végzett előzetes állapotfelmérés alapján utalják megelőző-felvilágosító szolgáltatásba (továbbiakban MFSZ) – mely inkább javallott prevenciós beavatkozásnak tekinthető –, vagy kezelésbe³⁶. A kezelési beavatkozások 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.

³⁵ és egyéb, alapvetően szociális profilú kezelőegységek

³⁶ A kezelésnek a jogszabály szerint két típusa lehetséges: „kábítószer-függőséget gyógyító kezelés” és „kábítószer-használatot kezelő más ellátás”.

Az elterelés kezelési adatokban történő megjelenéséhez fontos megjegyezni, hogy az adatgyűjtésben rögzített elsődleges szer nem feltétlenül egyezik a büntetőeljárás során az elkövetés tárgyaként rögzített anyaggal. Továbbá – az elterelés (azon belül az MFSZ) esetében a finanszírozás és az adatgyűjtés kapcsolatából adódóan – feltételezhető, hogy a TDI adatgyűjtésben némileg felülreprezentáltak az elterelés miatt induló kezelési események.

21. 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;
- 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;

- o támogatott lakhatás.

A fekvőbeteg ellátók esetében is beszélhetünk elsősorban **egészségügyi profilú ellátóhelyek**ről: 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.

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 10 szolgáltató jelentett fekvőbeteg ellátás keretében kezelésbe lépő kábítószer-használó kliensről adatokat 2016-ban (ezeket az alábbi táblában mutatjuk be).

A fekvőbeteg ellátást kezdő kábítószer-használó kliensek 44,2%-a (159 fő) vegyes profilú terápiás közösségekben került kezelésbe, 55,8%-ukat (201 fő) pedig kórházi osztályokon látták el. Fekvőbeteg ellátás keretében az összes kezelésbe lépő kliens (4098 fő) 8,8%-a (360 fő) kezdett kezelést 2016 folyamán, közülük 8 fő elterelés keretein belül.

12. táblázat. *Fekvőbeteg ellátók (kezelőegységek száma és ellátottak száma) 2016-ban*

	Kezelőegységek száma	Definíció (kezelőegységek típusai)	Összes kliens száma (kezelést kezdők)
Kórházi fekvőbeteg osztályok	6	A TDI adatgyűjtésben magukat fekvőbeteg kórházi addiktológiai és pszichiátriai osztályokként azonosító kezelőegységek.	201 (melyből 6 fő elterelés keretében kezdte meg a kezelést)
Terápiás közösségek	4	A TDI adatgyűjtésben magukat fekvőbeteg ellátóként azonosító nem kórházi környezetben működő terápiás közösségek – drogterápiás / drogrehabilitációs intézetek / otthonok.	159 (melyből 2 fő elterelés keretében kezdte meg a kezelést)
Kezelőegységek a büntetés-végrehajtásban	-	A fogvatartottakat ellátó járóbeteg és bentlakásos ellátást nyújtó egységek összesítve a 11. táblában kerülnek megjelenítésre.	-

Forrás: TDI adatgyűjtés 2017 - 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.

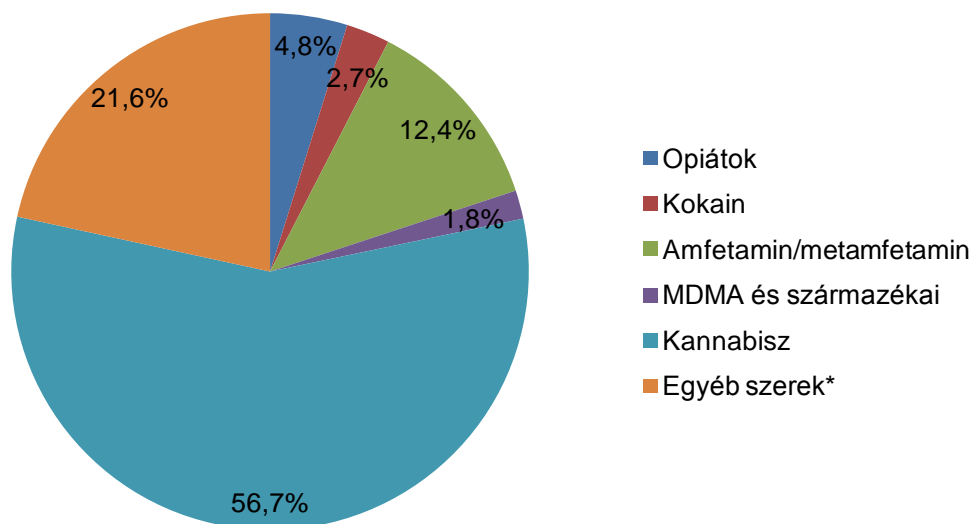
Az addiktológiai és pszichiátriai osztályok száma a TDI adatgyűjtésbe jelentők számánál lényegesen magasabb, azonban csak egy részük lát el kábítószer-használókat, és feltehetően ennek a csoportnak is csak egy része jelent adatokat a TDI adatgyűjtésbe. Így tehát a kórházi fekvőbeteg osztályokon kábítószer-használókat 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 2016-ban a TDI adatgyűjtésbe.

T1.3 KEZELÉSI ADATOK

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

2016-ban összesen 4098 kliens kezelésbe lépéséről számolt be a kábítószer-használók kezelésével (is) foglalkozó, és jelentést küldő 78 kezelőegység. A kábítószer-használatból eredő probléma miatt kezelést kezdők többsége (56,7%; 2323 fő) – a korábbi évekhez hasonlóan – kannabiszhasználat miatt kezdett valamilyen kezelési programot. Amfetamin (vagy metamfetamin) használata miatt a kliensek 12,4%-a (507 fő) jelentkezett kezelésbe. Opiáthasználat miatt a kliensek 4,8%-a (198 fő), kokain fogyasztása miatt a kliensek 2,7%-a (112 fő) lépett kezelésbe. Az ecstasy-használók (MDMA és származékai) aránya 1,8% volt (73 fő). A felsoroltakon kívüli egyéb szereket a kezelést kezdők 21,6%-a (885 fő) jelölt meg elsődleges szerként.

22. ábra. A kezelési igény elsődleges szer szerinti megoszlása (2016; %; N=4098)



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

Forrás: TDI adatgyűjtés 2017

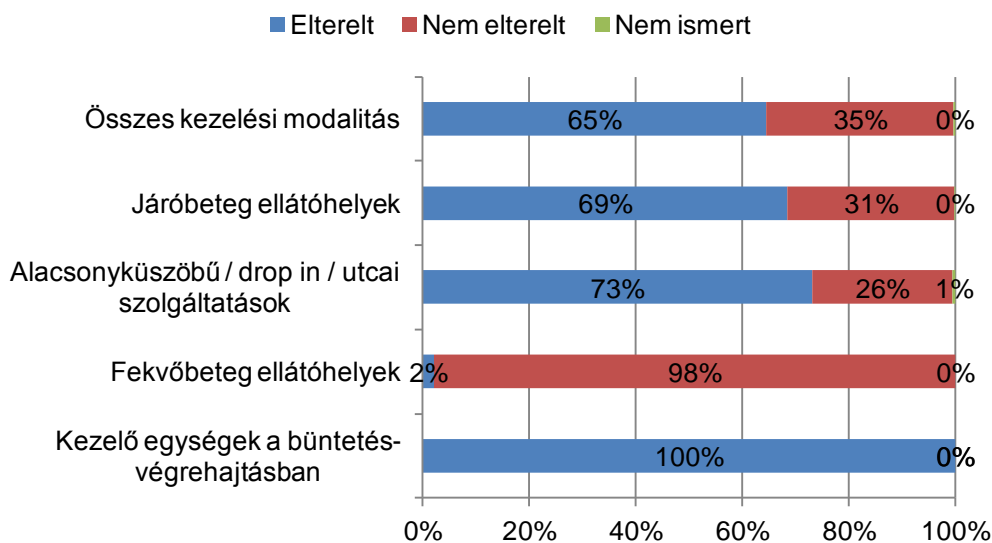
13. táblázat. Összesítő táblázat a 2016-ban kábítószerfogyasztás miatt kezeltéről (fő)

	Kliensszám
Összes kezelésben lévő kliens	nincs elérhető adat
Összes helyettesítő kezelésben lévő kliens	nincs elérhető adat (2015-ben: 669)
Összes kezelést kezdő kliens	4098

Forrás: ST24 és TDI adatgyűjtés 2017

A büntetőeljárás elkerülése (elterelés) a legjellemzőbb oka a kezelésbe kerülésnek a kábítószer-használók körében. Az összes klienst tekintve 2016-ban 64,7% (2646 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 (73,1%; 542 fő és 68,6%; 1968 fő), addig a fekvőbeteg ellátásba kerülőknek mindössze töredéke (2,2%; 8 fő) kezdett kezelési programot a büntetőeljárás elkerülése érdekében. A büntetés-végrehajtás kezelőegységei kizárólag elterelés keretében ellátott eseteket jelentettek a TDI adatgyűjtésbe 2016-ban.

23. ábra. Eltereltek aránya a kábítószerhasználat miatt kezelést kezdők körében, a kezelőhely típusa szerint (2016; N=4098)

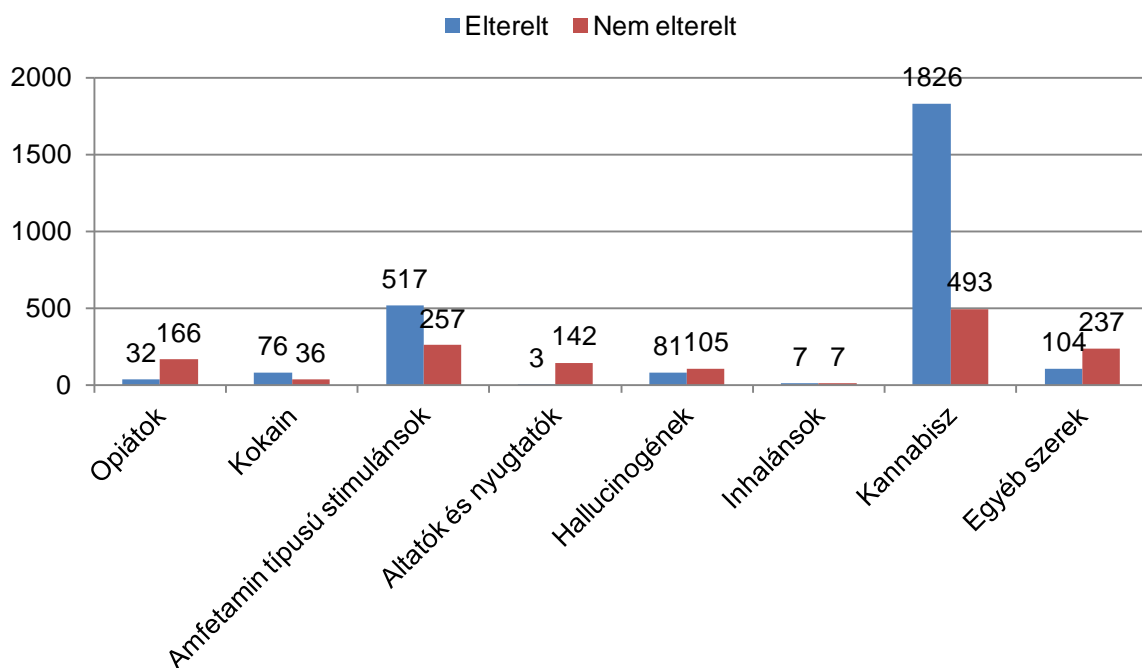


Forrás: TDI adatgyűjtés 2017

A szertípus szerinti megoszlás némileg különböző képet mutat az elterelés miatt, és az egyéb indokból kezelést kezdők körében. Az elterelés miatt kezelést kezdő 2646 fő esetében a leggyakoribb elsődleges szer a kannabisz volt (1826 fő, 69,0%), ezt követték az amfetamin típusú stimulánsok (517 fő, 19,5%). A további szerek miatt történő kezelésbe lépések aránya nem érte el együttesen a 12%-ot (11,5%; 303 fő) ebben a csoportban.

A nem eltereltek (1443 fő) esetében is leggyakrabban a kannabiszhasználat (34,2%; 493 fő), valamint az amfetamin típusú stimulánsok fogyasztása (17,8%; 257 fő) volt a kezelésbe lépés oka. Egyéb szerek miatt (mely kategóriába sorolódnak az új pszichoaktív szereket fogyasztók is) kezdett kezelést a nem elterelés keretében kezelést kezdők 16,4%-a (237 fő) opiátok miatt 8,2%-uk (166 fő). A vélelmezett új pszichoaktív szerek miatt induló kezelési igények alakulásáról bővebben lásd a 30. ábrát.

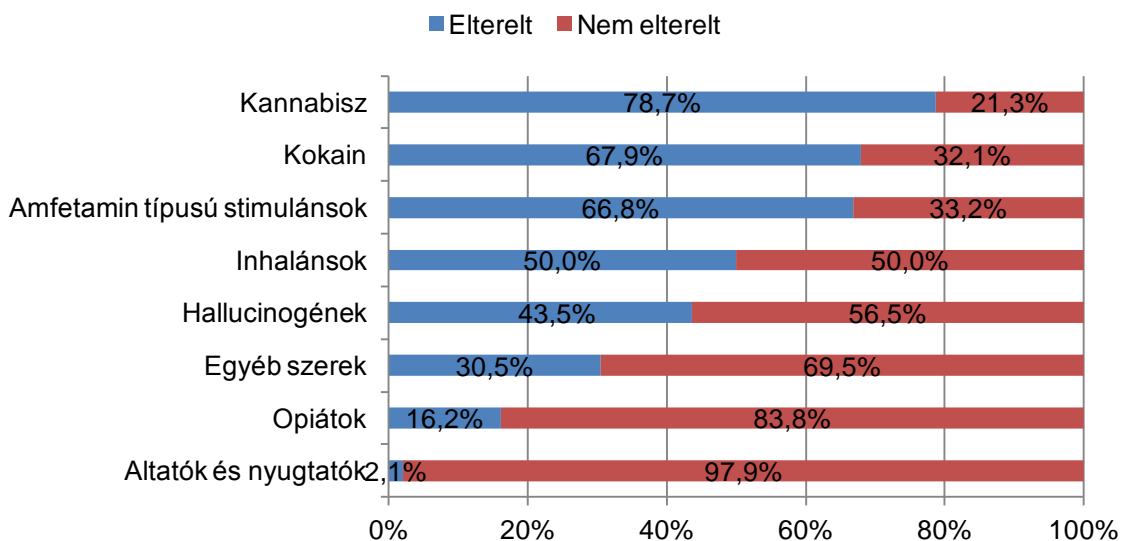
24. ábra. Kezelést kezdők elsődleges szer szerinti megoszlása az elterelték és a nem elterelték körében (2016; $N_{\text{el terelt}}=2646$; $N_{\text{nem el terelt}}=1443$)³⁷



Forrás: TDI adatgyűjtés 2017

Az elterelték aránya jelentős eltérést mutat a különböző szerkategóriákon belül is. Míg az összes kezelésbe lépőt tekintve az elterelték adták 2016-ban a kliensek közel 2/3-át (64,7%), a kannabiszhasználók körében ennél lényegesen magasabb volt az arányuk: 4 esetből 3-ban (78,7%) elterelés állt a kezelés megkezdésének háttérében. Amfetamin típusú stimulánsok fogyasztói esetében az elterelték aránya 66,8%, opiátfogyasztók körében 16,2%, egyéb szereket fogyasztók esetében pedig 30,5% volt.

25. ábra. Elterelték és nem elterelték aránya a kezelésbe lépők körében elsődleges szer szerinti bontásban (2016; $N=4089$)

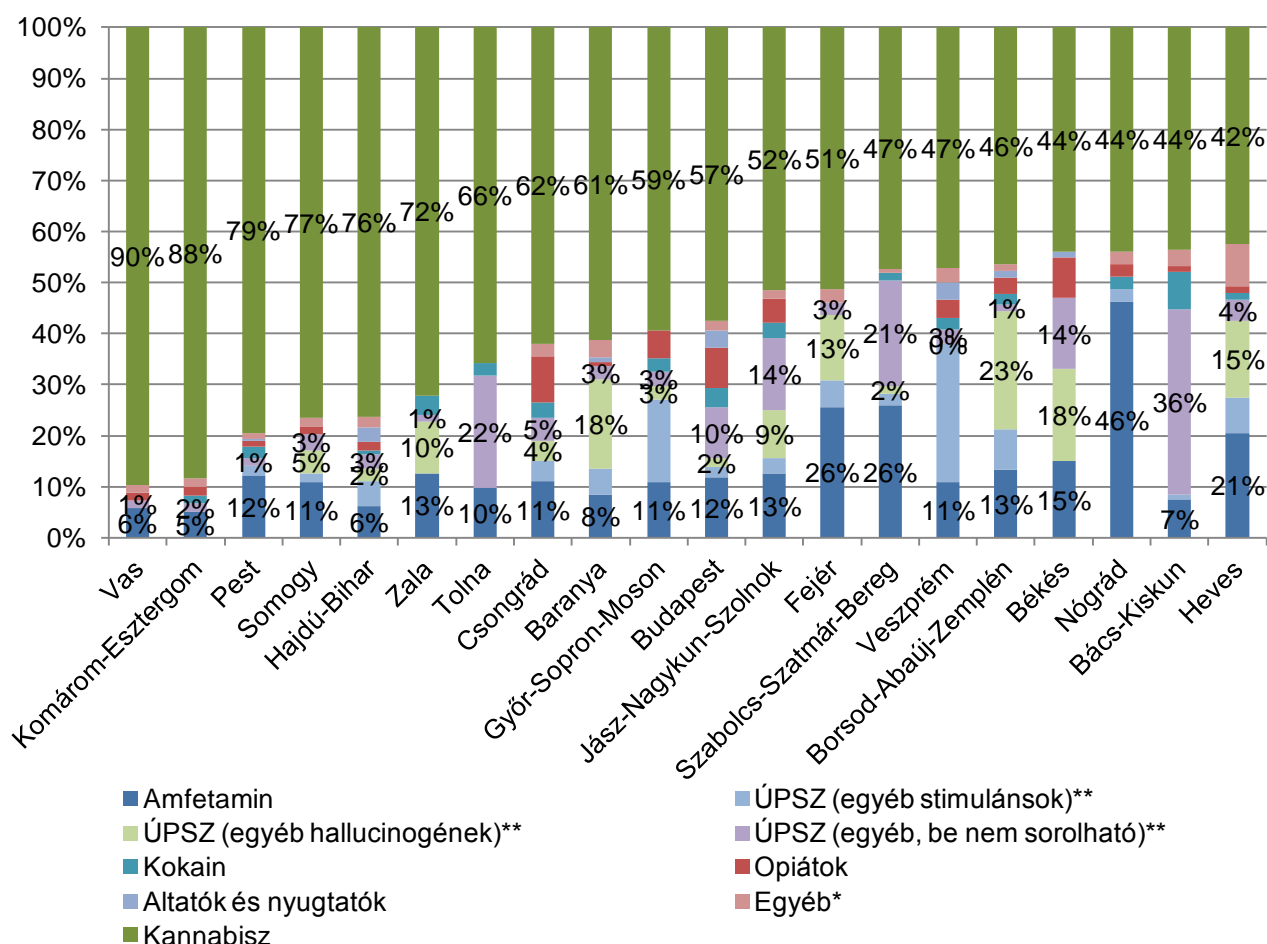


Forrás: TDI adatgyűjtés 2017

³⁷ 9 fő esetében ismeretlen volt a beutalás eredete.

Földrajzi bontásban vizsgálva a járóbeteg kliensek (járóbeteg ellátóknál, és a szociális szolgáltatóknál kezelésbe lépő összes kliens) elsődleges szer szerinti megoszlását, elmondható, hogy Heves megye kivételével minden megyében a kannabisz-használathoz volt köthető a legtöbb kezelési igény. A kannabiszos esetek aránya megyénként 42% és 90% között mozgott (arányuk összesítve 61% volt a vizsgált kezelőhelyeken). Látható, hogy az amfetaminhasználat a következő markáns probléma, amelyhez a kezelési igények egy jelentős része kapcsolódott (összesítve 12%). Arányuk az egyes megyékben 6% és 46% között változott, a kiugró 46%-ot a Nógrád megyében ellátottak esetében jelentették a szolgáltatók. Figyelemre méltó még az új pszichoaktív szerekhez köthető „egyéb be nem sorolható” szereket fogyasztók csoportja, mely összesítve 8% volt, de három megyében (Tolna, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Bács-Kiskun megye) 20% fölött volt az ilyen szerek miatt kezelést kezdők aránya. Ugyancsak említésre méltó a szintetikus kannabinoidokhoz köthető „egyéb hallucinogén” fogyasztók kezelésben való megjelenésének földrajzi mintázódása: összesen 6 megyében volt 10% feletti a szercsoporthoz köthető kliensek aránya (3 nyugat- és 3 kelet-magyarországi megyében). Közülük a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei kezelést kezdők körében volt legmagasabb a szercsoporthoz köthető kezelési igény: 23%. Az adatok értelmezéséhez fontos megjegyezni, hogy az adatok rögzítése az ellátó intézmény telephelye szerint történt, és egyes ellátók több megyéből is fogadhatnak betegeket.

26. ábra. A járóbeteg szolgáltatóknál (beleértve az alacsonyküszöbű ellátókat is) kezelésbe lépő kliensek megye és elsődleges szer szerinti megoszlása 2016-ban (%; N=3610 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 2017

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 lévőkről 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 száma³⁸

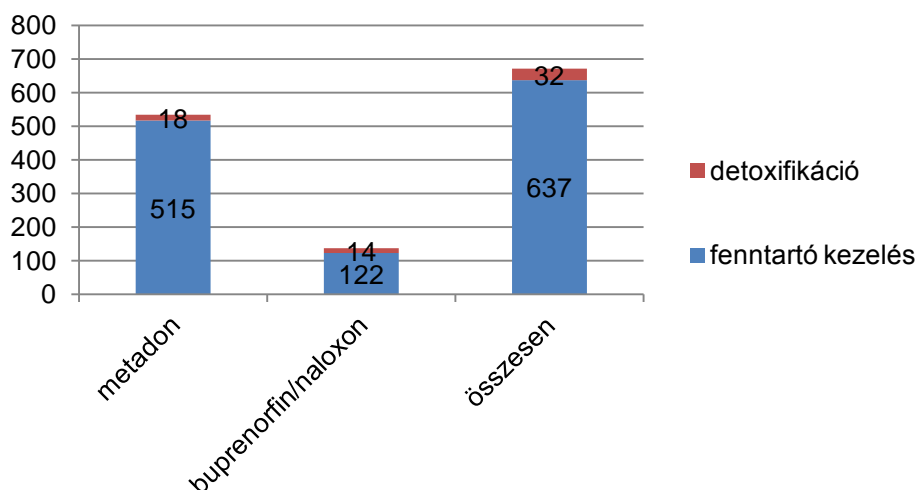
Magyarországon kétféle helyettesítő szer alkalmazásáról beszélhetünk opiát helyettesítő programokban: ezek a metadon és a buprenorfin/naloxon. A hazai szubsztitúciós jelentésben részt vevő szolgáltatók 2015-ben összesen 669 kliensről számoltak be. Történeti és finanszírozási okok miatt a metadon alkalmazása 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

³⁸ Adatgyűjtés az opiát helyettesítő kezelésben lévőkről 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.

27. 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 OAI készítette elsősorban a pszichiátriai és addiktológiai szakorvosok részére. Bizonyítékon és szakmai konszenzuson alapulnak. A protokollok tartalmazzák a betegség leírását, a diagnosztizálás, kezelés, rehabilitáció és gondozás folyamatát, javasolt technikáit és részben az eredményesség indikátorait. Megújításuk két évente esedékes.

A módszertani levél egy, a protokolloknál sokkal specifikusabb eljárásrend, mely kizárólag a diagnosztizálás és a kezelés folyamatát írja le, valamint az eredményesség indikátorait.

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*. (Lásd bővebben a T3. alfejezetet)

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 alapulnak³⁹. Leírják a szolgáltatás céljait, vezérelvét, a szolgáltatók jellemzőit, a minőségbiztosítás feltételeit valamint a szolgáltatás által lefedett tevékenységeket.

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 részesítik a szolgáltatók. 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.

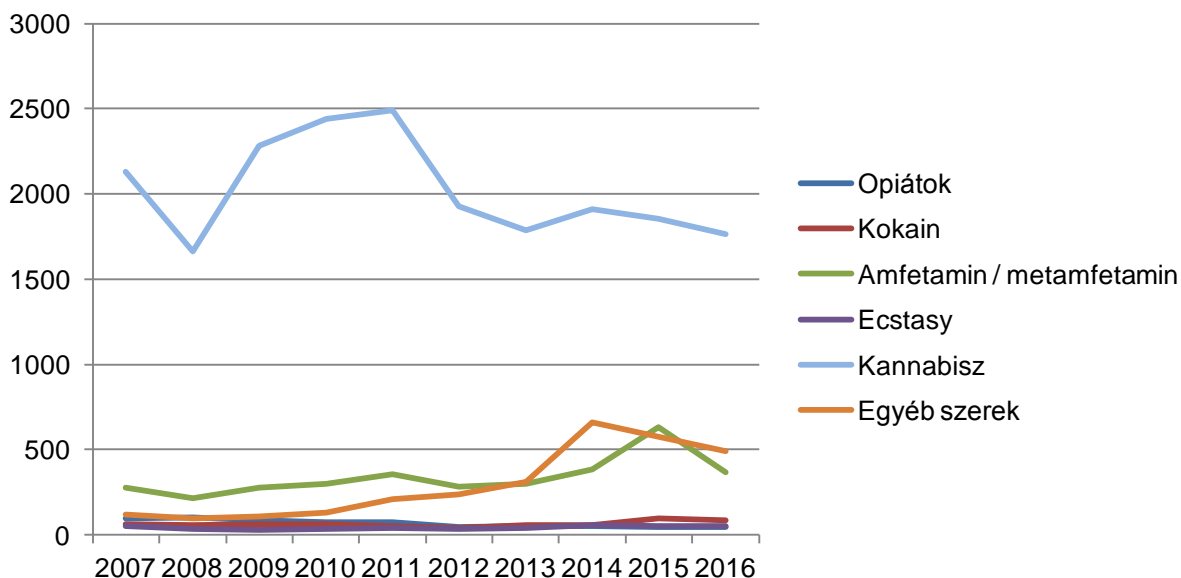
³⁹ Az irányelv tervezeteket konszenzus konferencián egyeztették a szakma képviselőivel.

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.

A TDI adatgyűjtés adatai alapján az összes kezelést kezdő kliens körében látható az opiátokhoz köthető kezelési igény visszaesése 2009-től kezdődően. Az ÚPSZ térnyerése, és a heroin visszaesése visszaköszön a lefoglalási adatokban is (lásd Kábítószerpiac és bűnözés fejezet T2.1 alfejezet). Az összes és az életükben első alkalommal kezelést kezdők között elsődleges szer szerinti bontásban nincs jelentős 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.

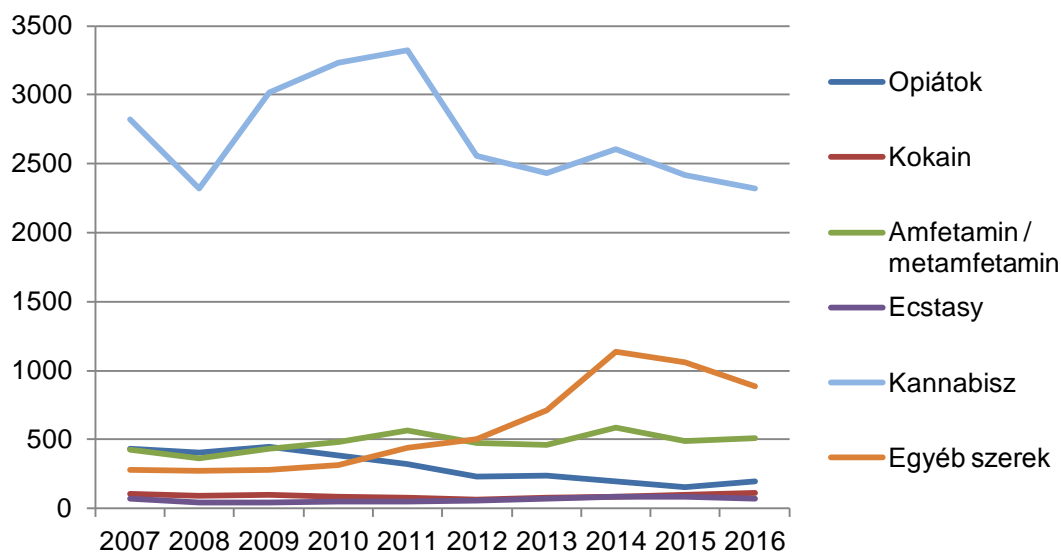
28. ábra. *Trendek az életükben először kezelést kezdők körében elsődleges szer szerint 2007-2016*⁴⁰



Forrás: TDI adatgyűjtés 2017

⁴⁰ Egyéb szerek: altatók, nyugtatók+inhalánsok+hallucinogének+egyéb stimulánsok+egyéb be nem sorolható anyagok

29. ábra. Trendek az összes kezelést kezdő körében szertípus szerint 2007-2016⁴¹



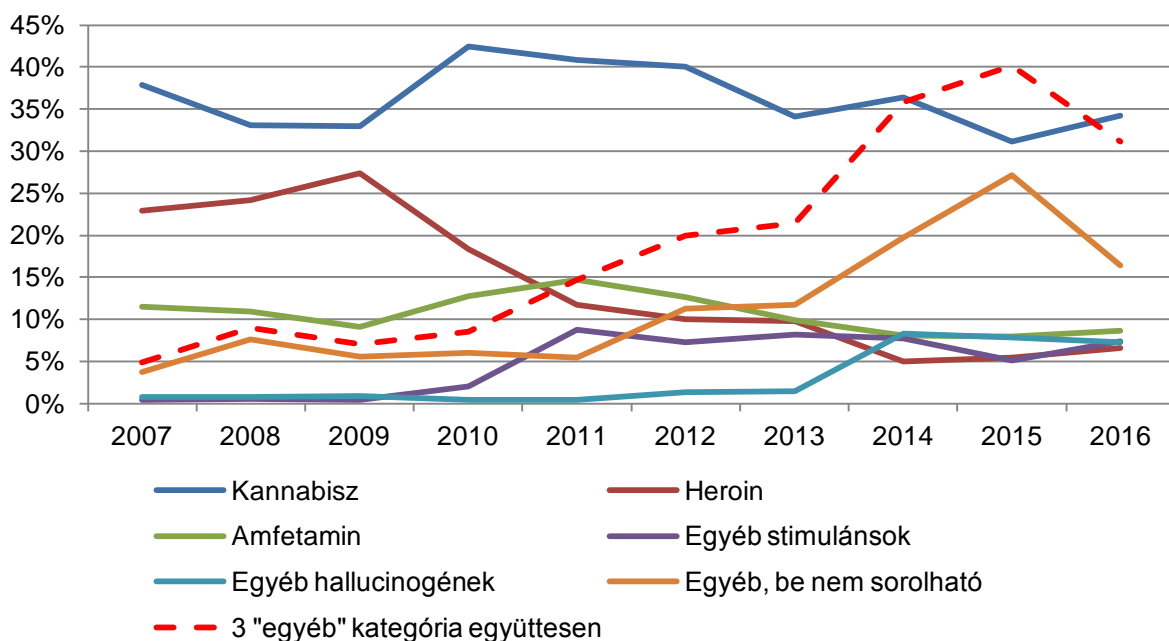
Forrás: TDI adatgyűjtés 2017

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, motivátlanság, 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 új pszichoaktív anyagok vélhetően három kategóriában kerülnek rögzítésre a TDI rendszerben. Az „egyéb stimulánsok” kategóriába rögzített kliensek a katonok és más stimuláns hatású anyagok fogyasztásához köthető eseteket fednek, az „egyéb hallucinogének” jellemzően a szintetikus kannabinoidok fogyasztásához köthető eseteket tartalmaznak, valamint az „egyéb szerek” kategóriája is dominánsan új pszichoaktív anyagok használatából eredő kezelési igényeket takar vélhetően. Az önként (vagyis nem a büntetőeljárás elkerülése érdekében) kezelést kezdőket tekintve változás a korábbi években tapasztalt trendekhez képest, hogy a 2016-ban kezelésbe lépők körében némileg visszaesett a vélhetően ÚPSZ miatt kezelést kezdők aránya: a 2015-ben mért 40,1%-ról 31,1%-ra.

⁴¹ Egyéb szerek: altatók, nyugtatók+inhalánsok+hallucinogének+egyéb stimulánsok+egyéb be nem sorolható anyagok

30. ábra. A kezelési igény alakulása elsődleges szer szerinti bontásban 2007-2016 között (az összes nem elterelt kliens körében, a legfontosabb szerkategóriák arányának feltüntetésével⁴²)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2017

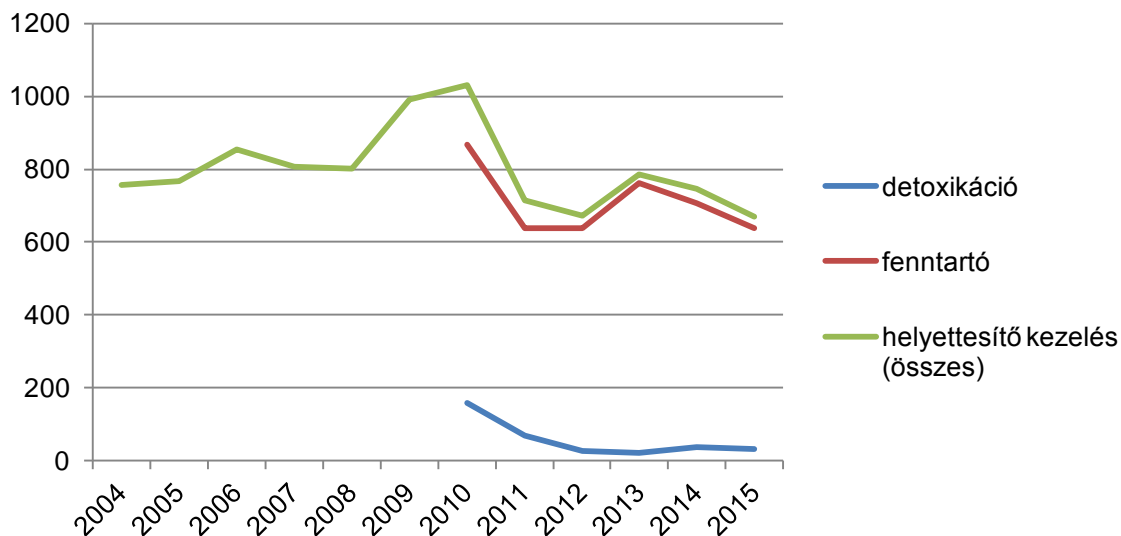
Opiát-helyettesítő kezelés

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.

⁴² 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..

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



Forrás: Szubsztitúciós adatgyűjtés 2016 - ST 24

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

Nem kizárólag a kábítószer-használók ellátását célzó, de a szerhasználói populáción belül egy speciális csoport – a szerhasználó/függőségben szenvedő várandós nők – egészségügyi ellátását is érintő eljárásrendet jelentetett meg 2017-ben az EMMI az *Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről* címmel (Egészségügyi Közlöny 2017). Az eljárásrend ajánlásokat fogalmaz meg többek között az alkohol és droghasználat kezelésével kapcsolatban várandós nők egészségügyi ellátása kapcsán.

A kábítószer-használók ellátása kapcsán említendő változás a Magyar Ökumenikus Szeretetszolgálat egy rég működő, problémás szerhasználókat széles szolgáltatási palettával (többek között opiát szubsztitúciós kezeléssel), nagy számban ellátó járóbeteg szolgáltatójának, a Soroksári Addiktológiai Centrumnak 2016 júniusában történt bezárása (a szolgáltatásaik egy éves felfüggesztését követően a végleges bezárás 2017 júniusában történt).

2016-os fejlemény ugyanakkor, hogy Székesfehérváron egy, már régebb óta a területen dolgozó szervezet szolgáltatásbővülésével új drogambulancia kezdte meg működését (Egészségdokk Drogambulancia⁴³).

A 18 év alatti szerhasználó fiatalokat célzó ellátások terén három szolgáltatás indult el 2016-ban. Az egyik egy kifejezetten gyermekeket és serdülőket célzó ambuláns addiktológiai szolgáltatás, melyet a Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány⁴⁴ indított Budapesten a XIV. kerületben.

⁴³ <http://www.egeszsegdokk.hu/egeszsegdokk-drogambulancia>

⁴⁴ <http://www.tisztajovoert.hu/szagr.php>

A 2015-ben Szatymazon indított – jelenleg 10 ágy kapacitással működő – Dr. Farkasinszky Terézia Drogcentrum Gyermek- és Ifjúsági Addiktológiai Rehabilitációs Részlege⁴⁵ mellett 2016-ban Ráckeresztúron nyílt meg a Magyar Református Egyház Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió által működtetett Fiatalok Drogterápiás Otthona⁴⁶, 30 ágy kapacitással. Ugyancsak ebben az évben nyitotta meg kapuit Budapesten az Emberbarát Alapítvány gyermek- és ifjúsági rehabilitációs otthona 10 ágy kapacitással. A három gyermek- és ifjúsági rehabilitációs otthon közül csak a budapesti intézmény koedukált, a másik két intézmény kizárólag fiúkat fogad. A három intézményben a szociális szolgáltatások finanszírozása egy modellprogram keretében valósul meg. A modellprogramok monitorozása jelenleg is zajlik (EMMI 2017).

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

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T4.1 EGYÉB ADATFORRÁSOK

Az addiktológiai ellátórendszer vizsgálata 2017

2017-ben vizsgálat készült a hazai addiktológiai ellátórendszerrel (beleértve az alkoholbetegek és kábítószer-használók ellátását is). (A vizsgálat módszertanának leírását lásd a T5.2 alfejezetben.)

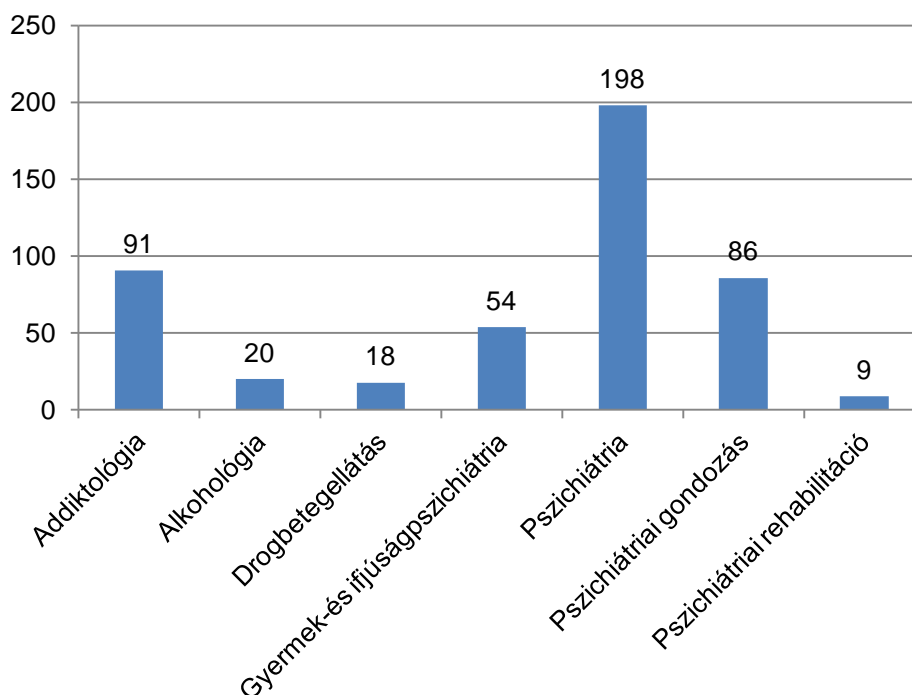
Az addiktológiai ellátások területén finanszírozási nehézségek és területi különbségek egyaránt megtalálhatók. A helyzet valós feltárását nehezíti, hogy a szenvedélybetegségek kezelése az egészségügyi rendszer több elemében is megjelenik, és a felállított diagnózis gyakran más betegségeket helyez előtérbe vagy éppen fed el. Ebből kifolyólag az egészségügyi statisztikai adatok csak részben alkalmasak az ellátórendszer bemutatására. (B. Erdős M. et al 2017)

Az addiktológiai ellátás az egészségügyi rendszeren belül járó- és fekvőbeteg szakellátások keretében valósul meg. Az OEP 2016-os adatai alapján látható a járóbeteg ellátásban a pszichiátriai ellátást, gondozást nyújtó intézmények számbeli fölénye. (B. Erdős M. et al 2017)

⁴⁵ <http://www.drogcentrumszeged.hu/content/gyermek-%C3%A9s-ifj%C3%BAs%3%A1gi-addiktol%C3%B3giai-rehabilit%C3%A1ci%C3%B3s-r%C3%A9szleg>

⁴⁶ <http://www.tinirehab.hu/>

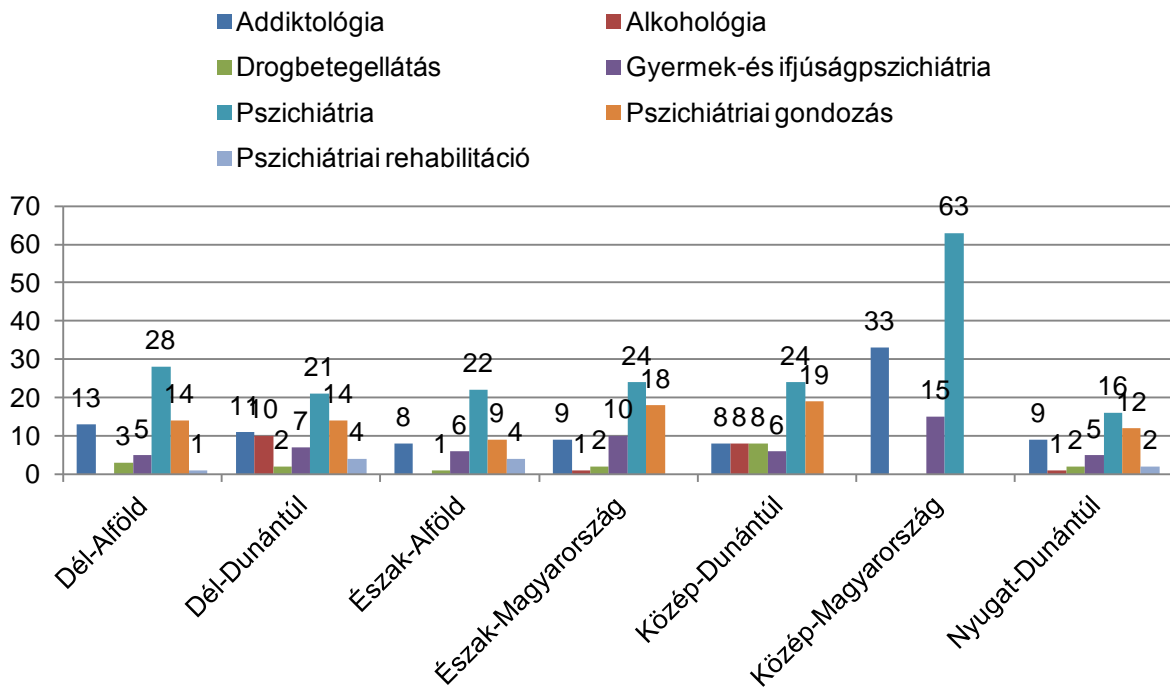
32. ábra. Az addiktológiai járóbeteg ellátások megoszlása ellátási területek szerint (az OEP 2016-os adatai alapján)



Forrás: B Erdős M. et al 2017

Az ellátások földrajzi eloszlása jellemzően egyenlőtlen. A Dél-dunántúli, Észak-magyarországi és Nyugat-dunántúli régióban a megnevezett ellátások mindegyike megtalálható, bár ezek száma is igen változatos. Ismét kirajzolódik a pszichiátriai ellátás túlsúlya, amely ellátási terület az egészségügyi rendszeren belül nagyrészt lefedi, és a már említett diagnosztikai okokból, gyakran el is rejti a szenvedélybetegeket. Ezt látszik alátámasztani a drogbeteg-ellátás tevékenységi körébe tartozó, tisztán egészségügyi profillal rendelkező intézmények alacsony száma is. A rendelkezésre álló adatok alapján a Közép-magyarországi régióban két intézménytípus jelenik meg: gyermek-és ifjúságpszichiátria, illetve pszichiátria (ez utóbbiak száma több mint kétszeres a többi régióhoz képest). A többi ellátási terület hiánya valószínűleg nem felel meg a valós helyzetnek, sokkal inkább a hiányos adatszolgáltatásnak köszönhető. (B. Erdős M. et al 2017)

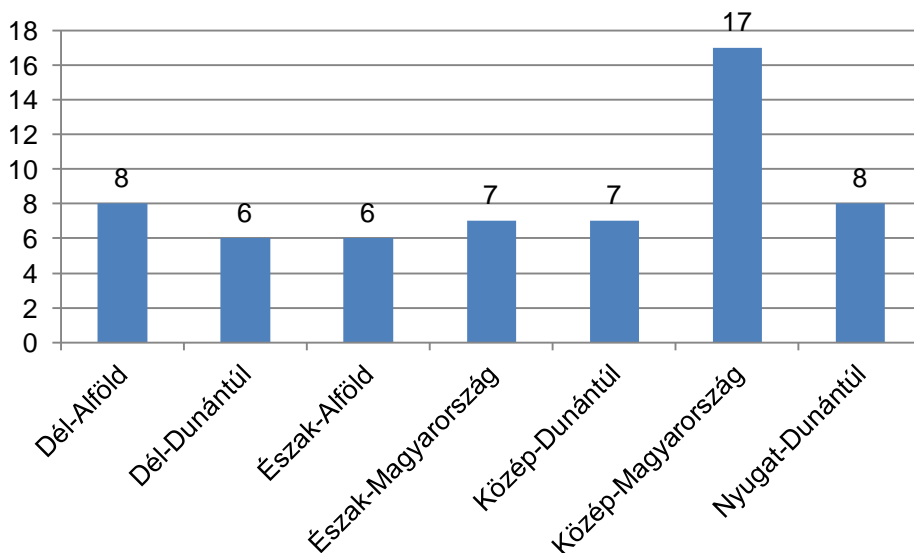
33. ábra. A szenvedélybetegek számára elérhető járóbeteg szakellátás megoszlása regionálisan, ellátási területenként (az OEP 2016-os adatai alapján)



Forrás: B Erdős M. et al 2017

A fekvőbeteg ellátásban (ide értve a sürgősségi ellátást végző egységeket is) a régiók között viszonylagos kiegyensúlyozottság látható, leszámítva a Közép-magyarországi régiót. Ennek magyarázata, hogy hazánkban a főváros központi szerepet tölt be az egészségügyben is, számos országos intézet, többek között az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet is Budapesten található. (B. Erdős M. et al 2017)

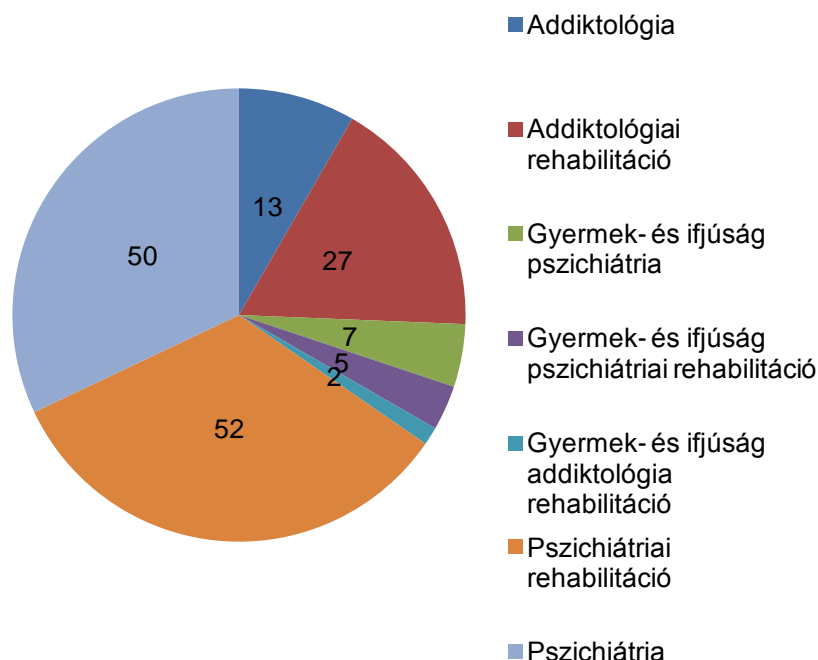
34. ábra. A fekvőbeteg szakellátás intézményeinek regionális megoszlása (az OEP 2016-os adatai alapján)



Forrás: B Erdős M. et al 2017

Az OEP adatai alapján a szenvedélybetegek ellátását végző egészségügyi rendszerhez tartozó fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmények között a krónikus (rehabilitációs) osztályok dominanciája figyelhető meg (az ellátók 55%-a). (B. Erdős M. et al 2017)

35. ábra. Az addiktológiai fekvőbeteg ellátások megoszlása ellátási területek szerint (az OEP 2016-os adatai alapján)



Forrás: B Erdős M. et al 2017

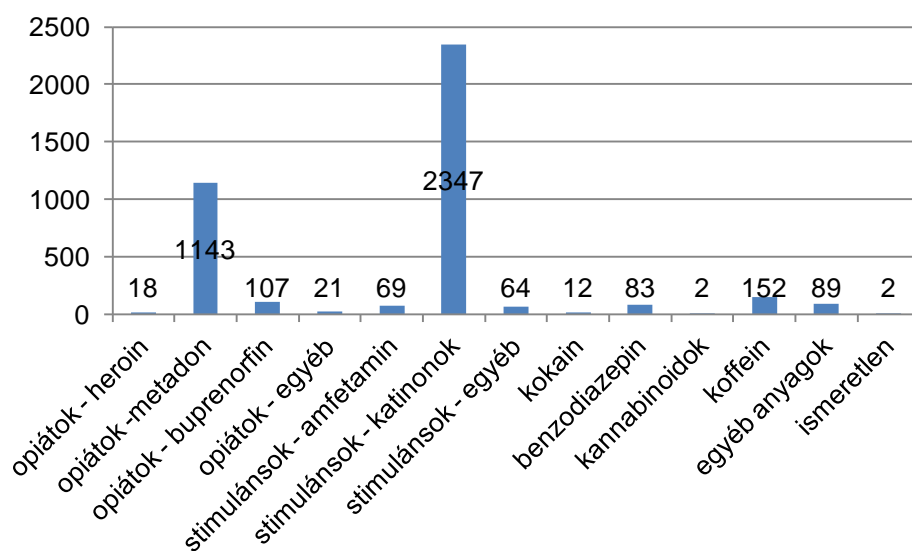
A krónikus (rehabilitációs) betegellátást végző egészségügyi intézmények számszerű fölényük ellenére is lényegesen kevesebb szenvedélybetegét láttak el (teljes esetszám 2016-ban: 29.922), mint az aktív osztályok (teljes esetszám 2016-ban: 54.744), ami csak részben magyarázható az ellátás jellegéből adódó hosszabb ápolási időszakokkal és kevesebb férőhellyel. Sokkal inkább magyarázza a helyzetet a szociális ellátórendszer intézményeinek jelenléte az addiktológiai ellátások, így különösen a bentlakásos, rehabilitációs ellátások területén. (B. Erdős M. et al 2017)

A kutatás részeként sor került egy online vizsgálatra is a kezelő-, ellátóhelyek körében (a mintavételről lásd a T5.2 alfejezetet). A kérdőív a működési feltételek kapcsán kitért az ellátások finanszírozásának helyzetére (a kapcsolódó kérdést a 113 válaszadó intézmény közül 58 válaszolta meg). A válaszadók 44,8%-ánál előfordult, hogy célzott finanszírozás nélkül nyújtottak szolgáltatást. Néhány szervezet esetében ez csak kivételes alkalom volt, de több intézmény jelezte, hogy ez folyamatos probléma: évente akár több száz alkalommal is kénytelenek ilyen módon ellátást nyújtani. Ez a jelenség inkább a szociális szférában, illetve egyházi vagy civil szervezeti fenntartó esetében fordult elő. Az intézményvezetők e jelenség hátterével kapcsolatban leginkább azt említették, hogy állami normatíva nélkül (pl.: létszám feletti ellátás esetén), vagy egyéb finanszírozás hiányában sem utasítják el a hozzájuk forduló, segítséget kérő klienseket, betegeket, illetve krízis esetén a finanszírozás keretei közé nem sorolható szolgáltatást is nyújtanak. Ilyen eset például az, amikor az ellátást kérő nem rendelkezik társadalombiztosítási jogosultsággal, vagy az intézmény olyan ellátási forma biztosítását ítéli szükségesnek, melyet semmilyen finanszírozott ellátási kategória nem fed le (ilyenek például a hozzátartozóknak nyújtott szolgáltatások). Ezen esetekben az intézmények saját erőforrásaik terhére kénytelenek az ellátást biztosítani. (B. Erdős M. et al 2017)

T4.2 AZ OPIÁT HELYETTESÍTŐ SZEREK VISSZAÉLÉSSZERŰ HASZNÁLATA

Az opiát helyettesítő szerek (Magyarországon a metadon és a buprenorfin/naloxon) visszaélésszerű használata megjelenik a kezelésbe lépő kliensek körében. 2015-ben és 2016-ban egy közel két éven át tartó kutatási program keretében (Péterfi 2016; Péterfi et al. 2017; Gyarmathy et al. 2017) („Tisztább kép” projekt) vizsgálták az intravénás szerhasználók által injektált anyagokat használt injektáló eszközökön található anyagmaradványok kémiai vizsgálatával (a vizsgálat módszerét lásd a T5.2 alfejezetben). A vizsgálat egyik fontos eredménye, hogy a vizsgálati minták 27,8%-ában (4109 esetből 1143 esetben) a metadon volt a legnagyobb mennyiségben kimutatható hatóanyag, vagyis ezen adatok alapján sokkal magasabb volt a metadoninjektálás aránya, mint az a kezelési vagy tűcsere adatokból látszik. Elképzelhető, hogy a metadont sokan másodlagos szerként injektálják, ezért nem jelennek meg az elsődleges szereket regisztráló adatokban (Péterfi 2016, Péterfi et al. 2017; Gyarmathy et al. 2017).

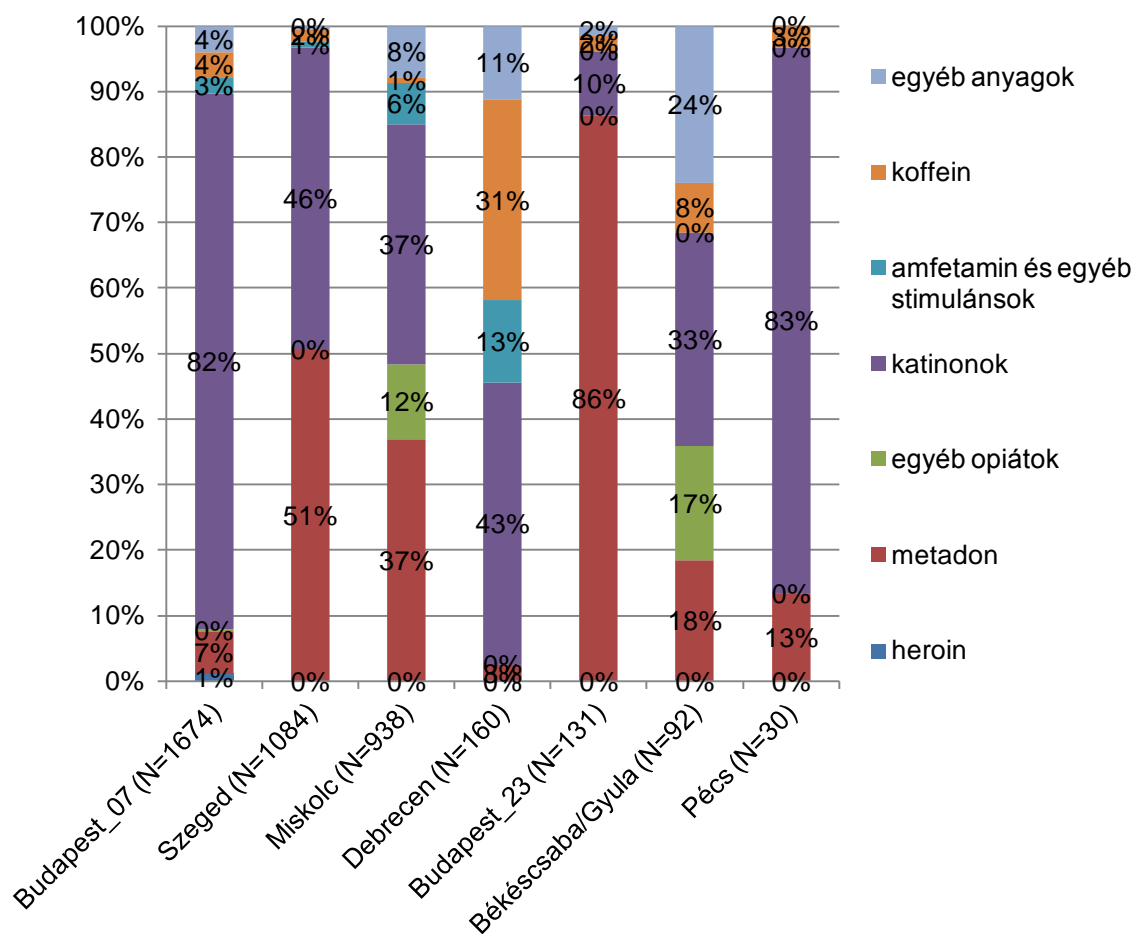
36. ábra. Injektáló eszközökben azonosított hatóanyagok kimutatásának gyakorisága 2015. március és 2016. július között (N=4109)



Forrás: Péterfi 2016

Az injektált hatóanyagokban nagy földrajzi változatosság volt megfigyelhető: a metadon gyakorisága 2% és 86% között mozgott az egyes vizsgálati helyszíneken. A 6 város közül Debrecenben nem volt elérhető az opiát-helyettesítő kezelés.

37. ábra. Földrajzi eltérések az injektáló eszközökben azonosított hatóanyagokban 2015. március és 2016. július között (%)



Forrás: Péterfi 2016

A vizsgálat további eredményeinek leírását lásd a Kábítószer piac és kábítószer bűnözés T4. alfejezetében.

T5. FORRÁSOK ÉS MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

1997. évi XXXI. tv. a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

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 (2017): Az EMMI Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztályának beszámolója a 2017-es EMCDDA Jelentéshez

B. Erdős M., Bognár A., Borda V., Brettner Zs., Kelemen G., Madácsy J., Márk M., Mihaldinecz Cs., Molnár D., Szijjártó L., Szöllősi G., Vojtek É. (2017): Az addiktológiai ellátórendszer vizsgálata. 4 Dimenzió Társadalomtudományi Egyesület, Pécsi Tudományegyetem. Kézirat.

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., Figezki, 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*

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

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

Péterfi A., Major M., Dunay M. (2016): Dropterápiás intézetek vizsgálata 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* 10.1002/dta.2217

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

B. Erdős M. et al. 2017: 2016-ban átfogó vizsgálat készült a hazai addiktológiai ellátórendszeréről. A vizsgálatot az EMMI 43036-1/2016/SZOCSZOLG iktatószámú szerződés keretében nyújtott támogatásával a 4 Dimenzió Társadalomtudományi Egyesület és a Pécsi Tudományegyetem valósította meg. A vizsgálat Jelentésben bemutatott megállapításai a 2016-os nyilvános OEP adatok másodelemzésén, illetve egy online kérdőíves kutatás eredményein alapulnak. Az online kérdőíves vizsgálat 2016. szeptember 20. és november 7. között zajlott. A hozzáférhető statisztikai adatok alapján összeállított intézménylista az egészségügyi és szociális ellátórendszer valamennyi intézményének elérhetőségét

tartalmazta. A vizsgálatban történő részvételre a felkérés 356 címre (167 egészségügyi- és 189 szociális ellátó) került kiküldésre az intézményvezetőknek címezve. A kérdőív kitöltése önkéntes és anonim volt. A 356 megkeresett intézményből összesen 113-an töltötték ki a kérdőívet. (B Erdős M. et al. 2017)

Péterfi 2016: 2015. és 2016. folyamán a Magyar Ökumenikus Segélyszervezet Tisztább kép projektje keretében [JUST/2013/ISEC/DRUGS/AG/6418] intravénás szerhasználók által használt injekciós eszközök begyűjtésére és kémiai vizsgálatára került sor. A program első 17 hónapja során (2015. március-2016. július) 32.705 darab tárgy került begyűjtésre Magyarország 6 városában (7 helyszínen), közvetlenül az intravénás szerhasználóktól alacsonyküszöbű szolgáltatáson keresztül, utcai tűcsere automatából és utcai „drogszemét” begyűjtésével. Az eszközök a begyűjtés helye, begyűjtés módja és ideje, csomagolása és vizuális jellemzőinek figyelembe vételével kerültek csoportosításra, a kémiai vizsgálat alapegységét (vizsgálati mintát) ezek a csoportok képezték. Egy vizsgálati minta tehát egy vagy több tárgyat (például négy fecskendőt) tartalmazott. A beérkező droghulladék csoportosításával összesen 4601 vizsgálati minta kialakítására került sor, melyek laboratóriumi vizsgálata 4340 esetben azonosított valamilyen pszichoaktív összetevőt. Statisztikai elemzés bekerülési feltételeinek 4109 vizsgálati minta felelt meg. A laboratóriumi vizsgálati minták több mint kétharmada (41%; 1674 vizsgálati minta) Budapest VII. kerületéből érkezett. A vizsgálati minták további 26%-a (1084) Szegedről, 23%-a (938) Miskolcra, 4%-a (160) Debrecenből, 3%-a (131) Budapest XXIII. kerületéből, 2%-a (92) Békéscsabáról és 1%-a (30) Pécsről érkezett. Az anyagmaradványok kémiai vizsgálata GC-MS eljárással történt, „screening” megközelítés alkalmazásával (analitikai standardok alkalmazása mellett nemzetközi tömegspektrum könyvtárakban és adatbázisokban elérhető analitikai információk felhasználásával, lehetővé téve minél több hatóanyag azonosítását a vizsgált mintákban). A jelentésben olvasható eredmények a vizsgálati mintákban legnagyobb mennyiségben azonosított hatóanyag (főkomponens) mentén kerültek bemutatásra. (Péterfi 2016, Gyarmathy et al 2017; Péterfi et al. 2017)

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 Vizsgáló Kérdőív) módszertanán és kérdéssorán alapult. Ezt a kutatók módosították a magyarországi viszonyoknak és a kutatási célcsoportnak megfelelően. A kérdőív felvétele önkéntes 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.

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 2017: 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 eltereltnek (büntetőeljárás elkerülése érdekében kezelést kezdőknek). További részletekért lásd a protokollt (EMCDDA 2000).

EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEK ÉS ÁRTALOMCSÖKKENTÉS⁴⁷

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

Egészségügyi következmények - áttekintés

A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás tekintetében Magyarországon évente mintegy 20-30 közvetlen túladagolásos 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 újra növekedés volt tapasztalható.

A sürgősségi, klinikai toxikológiai ellátásról részletes statisztikai adatokkal nem rendelkezünk. Anektodikus információk 2016 vonatkozásában 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. 2015-ben a 2014-es értékekhez hasonlóan alakult a fertőzöttségi arány szerípus szerinti bontásban. A 2015-ös adatok trendelemzése során fontos figyelembe venni a szűrővizsgálati helyszínek változásaiból származó korlátokat. (lásd: T1.3.6).

Ártalomcsökkentés – áttekintés

A válaszlépések terén a tűcsere programok esetében 2011-ben az előző évekhez képest ugrásszerűen megnőtt a kiosztott fecskendők száma, amelynek háttérében 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 fecskendők számának változásaival ellentétben a tűcsere 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

⁴⁷ A fejezet szerzői: Fóti Orsolya, Horváth Gergely, Péterfi Anna, Tarján Anna

számú megjelenéssel, továbbá új, tűcsere programba nem járó intravénás szerhasználók bevonásával is kompenzálta. A 2015-ben tapasztalt forgalmi adatok nagymértékű csökkenése 2016-ban mérsékeltebben, de tovább folytatódott. A szolgáltatástípus hozzáférhetősége az elmúlt 7 évet tekintve 2016-ban volt a legalacsonyabb (az osztott, gyűjtött fecskendők száma, a kliensszám és a kontaktszám esetében egyaránt). Ennek hátterében a tűcsere szolgáltatások megszűnése és szüneteltetése áll.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 KÁBITÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK

T1.1.1 Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek

Közvetlen túladagolás okozta halálesetek

2016-ban 29 kábítószer-használattal közvetlenül összefüggő halálesetet jelentettek a speciális halálozási regiszterbe így az elmúlt évek azonosított esetszámait tekintve a 2013-as évhez hasonlóan magasabb esetszámú évről beszélhetünk (2015: 25; 2014: 23; 2013:31; 2012: 24; 2011:14, 2010:17 eset)⁴⁸. A 29 halálesetből 3 esetben volt nő az elhunyt.

Az öngyilkossági szándékot egyértelműen bizonyító körülményre a 2016-os esetek vonatkozásában nem derült fény.

14. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2016-ban (fő)*

	férfi	nő	összesen
opiát és egyéb szer okozta mérgezés ⁴⁹	6	0	6
metadon (egyéb kábítószer nélkül) okozta túladagolás/mérgezés ⁵⁰	1	0	1
egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	17	3	20
egyéb szer okozta mérgezés ⁵¹	2	0	2
összesen	26	3	29

Forrás: NFP 2017

A túladagolások esetében a férfiak átlagéletkora 35,6 év, a nőké 37,7 év, együttesen pedig 36,8 év volt. Az opiátokhoz köthető halálesetekben az átlagéletkor 37,2 év volt.

A legtöbb elhunyt, 6 eset (22%), a 30-34 évesek, további 4-4 eset (15-15%) a 20-24 és a 25-29 évesek, 3 eset a 35-39 évesek korcsoportjába tartozott. Összességében a 30 év feletiek az esetek 63%-át tették ki (17 fő).

⁴⁸ A tramadolhoz köthető esetek kizárásra kerültek.

⁴⁹ Opiát bomlástermék (morfin) mellett más szerek előfordulhatnak, beleértve a metadont is, de a kizárólag metadonhoz köthető esetek kizárásra kerültek.

⁵⁰ Alkohol és/vagy benzodiazepinek előfordulása mellett.

⁵¹ Kábítószernek nem minősülő pszichoaktív anyag, gyógyászati készítmények kizárása mellett.

15. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek korcsoportok szerinti megoszlása 2016-ban (fő; N=27)⁵²

	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	>=65	összesen
opiát okozta túladagolás/mérgezés (metadon és más szer nélkül)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
opiát és egyéb szer okozta túladagolás/mérgezés	0	0	0	4	1	0	0	0	1	0	0	6
metadon okozta túladagolás/mérgezés	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	1	4	3	2	2	2	1	2	1	0	1	19
egyéb szer okozta mérgezés	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
összesen	2	4	4	6	3	2	1	2	2	0	1	27

Forrás: NFP 2017

A 29 halálesetből 10 személy (37%) – közöttük egy női eset – budapesti lakos volt. Négy esetben volt az elhunyt hajléktalan, egy esetben pedig külföldi személy, nem EU tagállam állampolgára.

Fontos megjegyezni, hogy jelentős életkori eltérés volt tapasztalható a ÚPSZ-szal összefüggő és nem összefüggő halálesetek között (az anyagok jogi státuszát nem vizsgálva): az ÚPSZ-okkal összefüggésbe hozható esetekben az elhunytak átlagéletkora 29,9 év volt, a ÚPSZ-szal nem összefüggő esetekben 40,5 év.

A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek trendjének bemutatására a T2.2 alfejezetben kerül sor.

T1.1.2 Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek toxikológiai adatai

Túladagolós halálesetek toxikológiai adatai

Kizárólag heroinhasználathoz köthető haláleset 2016-ban sem történt. Opiát és más kábítószerek együttes használata 6 esetben volt végzetes kimenetelű. Az opiátokhoz köthető esetek minden esetben polidroghasználatra vezethetők vissza, jellemzően 3-4 egyéb szer is kimutatható volt az elhunytak biológiai mintáiban. A leggyakoribb ilyen szer az opiát helyettesítő kezelésben használt metadon volt.

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

Egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés 20 esetben fordult elő. Ezen kategóriában a leggyakrabban előforduló hatóanyagok az amfetamin (7 esetben) a szintetikus katinonok (7 eset), a kokain (5 eset) és a szintetikus kannabinoidok (4) voltak. A nem opiát típusú kábítószerek kategóriájába sorolódnak a jogilag kábítószernek (pszichotróp

⁵² További két fő esetében ismeretlen az életkor.

anyagok) minősülő új pszichoaktív anyagok is, ezek közül a következők voltak jelen: α -PVP, pentedron, ADB-FUBINACA, AB-FUBINACA és AB-CHMINACA.

Két eset ún. „egyéb szerek okozta” mérgezésnek minősül, ami a halálozás idején nem kábítószernek minősülő új pszichoaktív anyagot takar.

Új pszichoaktív szerek – jogi státuszuktól függetlenül – összesen 13 esetben kerültek kimutatásra (45%): valamilyen szintetikus katinon 10 esetben, valamilyen szintetikus kannabinoid 7 esetben volt detektálható az elhunyt szervezetében (ezekből 4 esetben mindkét szertípus jelent volt).

29 esetből 25-ben készült véralkohol vizsgálat, mely kilenc esetben bizonyult pozitívnak. Tűszúrás nyomot kilenc esetben találtak az igazságügyi orvosszakértők.

16. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2016-ban*⁵³

	összesen
opiát okozta túladagolás/mérgezés (metadon és más szer nélkül)	0
opiát és egyéb szer okozta túladagolás/mérgezés	6
metadon okozta túladagolás/mérgezés ⁵⁴	1
egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	20
egyéb szer okozta mérgezés	2
összesen	29

Forrás: NFP 2017

T1.1.3 Kábítószer-fogyasztással közvetetten kapcsolatba hozható halálesetek

2016-ban 43 kábítószer-fogyasztással közvetetten összefüggő halálesetről érkezett bejelentés a halálozási regiszterbe. Az elhunytak között 38 férfi és 5 nő volt.

Az esetek közül 6 természetes okra visszavezethető, korábbi kábítószer-fogyasztással összefüggő haláleset volt. 10 öngyilkosság esetében mutattak ki az elhunytak biológiai mintáiban valamilyen kábítószer. 26 esetben erőszakos haláleset történt (gyilkosság, baleset vagy olyan önártalom, ahol a szándék nem volt megállapítható).

T1.2 KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ MÉRGEZÉSEK

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

T1.3 KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

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

Bejelentett esetek

2016-ban Magyarországon összesen 228 újonnan diagnosztizált HIV-pozitív esetet jelentettek be, az incidencia 23 eset/1millió lakos értéknek felelt meg. A regisztrált HIV-fertőzöttek mintegy 65%-ánál volt ismert a fertőződés módja. Az ismert rizikó csoportba

⁵³ Special register Selection D.

⁵⁴ Alkohol és/vagy benzodiazepinek előfordulása mellett.

tartozó HIV-fertőzöttek és AIDS betegek közül három személy tartozott az intravénás szerhasználók rizikócsoportjába. (Szóbeli közlés Dudás 2017).

17. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása 2011-2016 között (fő)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
homo/biszexuális	106	146	160	171	133	117
heteroszexuális	18	23	24	28	21	28
hemofiliás	0	0	0	0	0	0
transzfúziós recipiens	2*	1*	0	0	0	0
intravénás szerhasználó	0	0	1*	1	2	3
nosocomiális	0	0	0	0	0	0
maternalis	0	1	1	1	2	1
ismeretlen	36	48	54	70	113	79
összesen	162	219	240	271	271	228

* Importált esetek

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Szóbeli közlés Dudás 2017)

2016-ban 55 akut hepatitis B megbetegedést jelentettek be, az incidencia 0,6‰ volt. 12 főnél volt ismert a fertőződés módja, akik közül egy 25-34 év közötti férfi, és egy 35 évesnél idősebb férfi volt intravénás szerhasználó.

2016-ban 24 heveny hepatitis C megbetegedést jelentettek, az incidencia 0,2‰-nak bizonyult. A 24 beteg közül tizenötnél volt ismert a fertőződés módja, közülük egy 25-34 év közötti nő, három 25 évesnél fiatalabb férfi, illetve kettő 25-34 év közötti férfi fertőződött intravénás szerhasználat révén. (Szóbeli közlés Dudás 2017).

HIV/HBV/HCV prevalencia az intravénás szerhasználók körében

Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat eredményei

Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat (Dudás et al. 2015)⁵⁵ 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.

⁵⁵ A kutatás módszertanát bővebben lásd: T5.2 Módszertan *Országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat az intravénás szerhasználók körében* (Dudás et al. 2015).

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.

18. táblázat. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége nem és korcsoport szerinti bontásban, 2015-ben

korcsoport	nem	vizsgált személyek száma (N)	HCV fertőzöttek száma (N)	HCV fertőzöttek aránya (%)
< 25 év	férfi	59	23	39,0
	nő	12	3	25,0
25-34 év	férfi	156	89	57,1
	nő	59	29	49,2
> 34 év	férfi	210	109	51,9
	nő	63	25	39,7

Forrás: Dudás et al. 2015

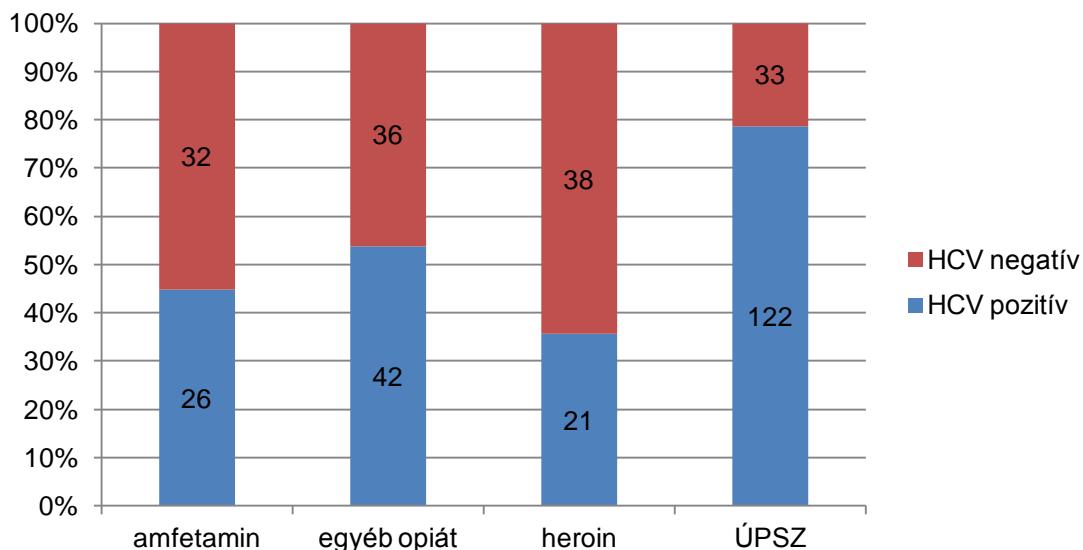
Az országos átlagnál szignifikánsan magasabb fertőzöttséget mértek az 5-9 éve (59,3%) és a több mint 9 éve (52,2%) injektálók körében. A kevesebb mint 2 éve injektálók között 31%-os volt a HCV pozitívítási arány, a 2-4 éve injektálók körében 47,5%.

Az elsődlegesen nem opiátokat⁵⁶ injektálók körében 56,8%-os volt az átfertőzöttség, míg az opiátinjektálók körében ugyanez az érték 39,5%.

Kiválasztva a vizsgált személyek közül az aktív intravénás szerhasználókat – azaz akik a kérdőív felvételét megelőző négy hétben is injektáltak, tehát a leginkább kitéttek a vírus akvirálásának és átadásának – látható, hogy a fertőzöttség az ÚPSZ-injektálók körében volt a legmagasabb (78,7%). Szerhasználati jellemzőiket lásd: Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.1 alfejezet és Kábítószeres/Heroin és egyéb opiátok fejezet T.1.2.1 alfejezet.

⁵⁶ nem opiátok: új pszichoaktív szerek (kristály, MDPV, mefedron, bió, egyéb desginer, zene), metamfetamin, amfetamin, MDMA, kokain, egyéb, LSD.

38. 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.

Altalap HIV program

Az Alternatíva Alapítvány Altalap HIV programja keretében HIV, HCV és szifilisz fertőzések szűrésére került sor nyálmintás gyorseszteszek segítségével (Altalap 2017) 2015 második felében. A vizsgálat az intravénás szerhasználókra 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 kábítószerrel intravénásan.

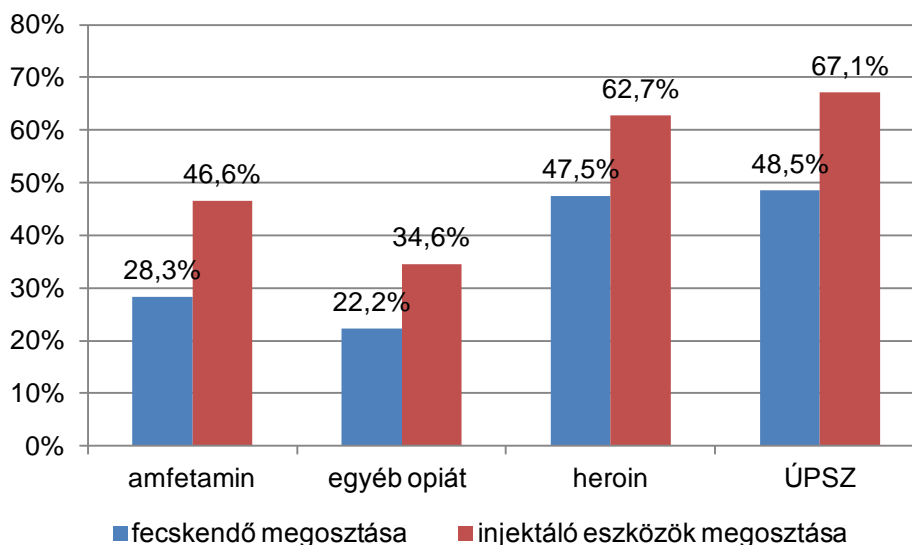
A 326 fő valaha kábítószerrel injektált személy közül 175 fő (53,7%) HCV ellenanyag pozitívnek, 15 fő (4,6%) szifilisz pozitívnek, két fő (0,6%) HIV pozitívnek bizonyult.

T1.3.4 Fertőző betegségekkel összefüggő kockázati magatartások

Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat

Az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálat alapján, az aktív 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 szertípus szerinti megoszlásban az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók körében, 2015-ben⁵⁷



Forrás: Dudás et al. 2014, 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.

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

Szertípus	injektálás-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 – elmúlt 4 hétben is injektáló – szerhasználók 53,8%-a vallotta magát napi injektálónak. (Naponta egyszer vagy többször injektált).

Az aktív injektálók 85,1%-a az utolsó alkalommal steril fecskendővel injektált. Az aktív injektálók 58,6%-a az elmúlt 4 hétben 15 vagy annál több steril fecskendőhöz jutott hozzá személyes használat céljából.⁵⁸

Az érvényes választ adó 584 fő közül 163 fő (27,9%) még soha nem volt korábban HIV szűrővizsgálaton. 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.

⁵⁷ 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

⁵⁸ Az adatok interpretálásánál fontos figyelembe venni, hogy a vizsgálat drogambulanciákon vagy tűcsere programokban zajlott, így abba valamilyen ellátásban lévő szerhasználók kerültek be.

Kizárva a magukat HCV pozitívnak vallókat az elemzésből, 465 érvényes válasz érkezett az utolsó HCV szűrővizsgálat időpontjára vonatkozóan. 162-en (34,8%) bevallásuk szerint még sohasem voltak HCV szűrővizsgálaton a felmérést megelőzően. Azok közül, akik részt vettek már valaha HCV szűrővizsgálaton, 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 vizsgálatba bevontak 2%-a (12 fő) nem Magyarországon született. 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.

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; Drogprevenciós Alapítvány) 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 szűrte, addig 2015-ben a IX. kerületi drogambulanciáján 29 szűrővizsgálatot vállalt. Ez azért bír kiemelt jelentőséggel, mert az alapítvány tűcsere klientúrájában mérték a korábbi évek adatai alapján a legmagasabb HCV fertőzöttséget (2014-ben 89% volt a HCV prevalencia). A Drogprevenciós Alapítvány 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 szűrtek 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.6.2). 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.

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

Szervezet	elemszám 2014 (N; %)		Intézmény 2014	típus	elemszám 2015 (N; %)		Intézmény típus 2015
Art Éra Alapítvány	49	14%	túcsere		10	3%	túcsere
Baptista Szeretetszolgálat	33	10%	túcsere		67	18%	túcsere
Drog Prevenációs Alapítvány	88	26%	túcsere/ drogambulancia/ opiát helyettesítő program		129	35%	alacsonyküszöbű program/ drogambulancia/ opiát helyettesítő program
Józan Babák	0	0%	alacsonyküszöbű program		10	3%	alacsonyküszöbű program
Kék Pont Alapítvány	77	23%	túcsere (VIII. ker)		29	8%	drogambulancia (IX. kerület)
Nyíró Gyula Kórház	19	6%	Drogambulancia / opiát helyettesítő program		34	9%	Drogambulancia/o piát helyettesítő program
MÖSZ (Soroksár)	50	15%	Drogambulancia/opi át helyettesítő program		49	13%	Drogambulancia/o piát helyettesítő program
Válaszút Misszió	24	7%	túcsere		40	11%	túcsere
Összesen	340	100%			368	100%	

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

T1.4 A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI

T1.4.1 A kábítószer-fogyasztás egyéb egészségügyi következményei

Közúti balesetek

2016-ban a rendőrség 142 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 91 esetben állapított meg pozitívítást kábítószerre és/vagy új pszichoaktív anyagokra.

21. táblázat. Kábítószer/ pszichotróp anyag/ új pszichoaktív szer jelenléte a közúti balesetekből származó vér- és/vagy vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban, 2016-ban

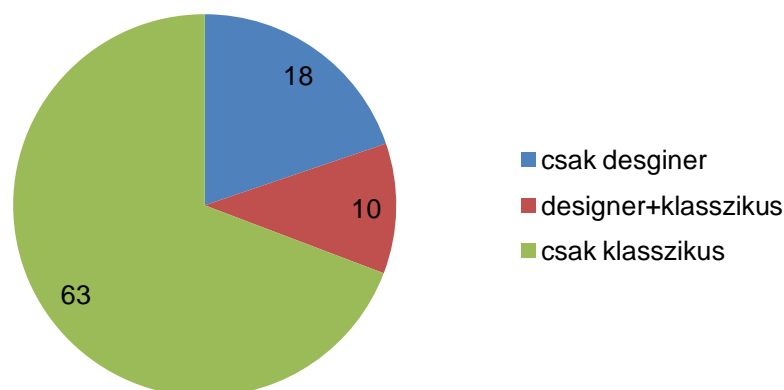
Kimutatott hatóanyag	Esetek száma (db)
5F-MDMB-PINACA	1
5F-AMB + AMB-FUBINACA + amfetamin + THC	1
5F-MDMB-PINACA + CUMYL-4CN-BINACA	1
5F-MDMB-PINACA + THJ-2201	1
AB-CHMINACA + ADB-FUBINACA	1
AB-FUBINACA + AMB-FUBINACA + THC	1
AB-PINACA + fentanil + metamfetamin	1
ADB-FUBINACA	3
ADB-FUBINACA + AMB-FUBINACA	1
ADB-FUBINACA + MDMB-FUBINACA	1
ADB-FUBINACA + THC	2
alfa-PVP	1
AMB-FUBINACA	2
AMB-FUBINACA + fentanil + ketamin	1
AMB-FUBINACA + pentedron	1
amfetamin	5
amfetamin + CUMYL-4CN-BINACA + THC	1
amfetamin + GHB	1
amfetamin + ketamin	1
amfetamin + kokain	1
amfetamin + MDMA	4
amfetamin + MDMA + THC	1
amfetamin + metamfetamin	2
amfetamin + metamfetamin + MDMA + THC	1
amfetamin + THC	6
3/4-CMC	1
CUMYL-4CN-BINACA	3
fentanil	2
fentanil + MDMB-CHMICA	1
fentanil + THC	1
heroin + THC	1
ketamin	3
ketamin + kokain	1
ketamin + THC	2
kokain	3
kokain + THC	4
MDMA + morfin/heroin	1
metamfetamin	1
N-etil-hexedron + fentanil	1
N-etil-norpentedron	1
pentedron + THC	1
THC	22
<i>negatív</i>	51
Összesen	142

Forrás: NSZKK

Az eseteket klasszikus és designer szerek (ÚPSZ) csoportjaira bontva látható a csak klasszikus szerekkel összefüggő esetek arányának dominanciája (63 eset, a pozitív esetek 69,2%-a). Összesen 28 esetben (a pozitív esetek 30,8%-a) volt valamilyen

designer szer (szintetikus kannabinoid vagy katinon) a közúti balesetekből származó vér- és/vagy vizeletmintában kimutatható.

40. ábra. Designer szerek és klasszikus szerek⁵⁹ jelenléte a közúti balesetekből származó, pozitív vér- és/vagy vizeletmintákban 2016-ban (N=91; esetek száma)



Forrás: NSZKK

A várandósság alatti droghasználat

Budapesten a Józan Babák Klub alacsonyküszöbű szolgáltatásaiban (Oberth et al. 2017) 2016-ban 61 olyan szerhasználó nő vett részt, aki a tárgyévben várandós volt, vagy elvetélt, vagy 2014-2016 között szült.

Közülük 12 főnek az amfetamin volt az elsődleges szere, 5 főnek a heroin, 11 főnek a „pentakristály”. További 8 fő marihuánát fogyasztott elsődlegesen, míg 3 fő az alkohol és gyógyszer együttes használatát, 6 fő gyógyszerek visszaélészerű használatát, 3 fő a szintetikus kannabinoidot, 9 fő az alkoholt nevezte meg, mint elsődlegesen használt szertípust⁶⁰.

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.

A Stratégia Kezelés, ellátás, felépülés című fejezetében kiemelésre kerül, hogy a felépülésközpontú 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

⁵⁹ A klasszikus kategóriába kerültek besorolásra a GHB-hoz, ketaminhoz és fentanilhoz köthető esetek is.

⁶⁰ További 4 fő kodependenciával került ellátásba.

programok integrálódjanak felépülés-központú komplex programokba és szorosan működjenek együtt a gyógyító-rehabilitáló intézményekkel.

A Stratégia megállapítja a túcsere 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 túcserét, 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 T1.4.7 alfejezet.

A rekreációs szintéren 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 túcsere programhoz, és 5 terápiás közösséghez. 11 szolgáltató esetében az anyaintézmény a parti szerviz mellett működtetett valamilyen egyéb szociális szolgáltatást (nem túcserét) alacsonyküszöbű /nappali/ közösségi ellátás keretében.

A túcserek ellátórendszeren belüli elhelyezkedését felmérő kutatás szerint (Tarján 2015) 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 túcsere szolgáltató közül az anyaintézménye által 9 szolgáltató kapcsolódott drogambulanciához, és 4 terápiás közösséghez. 16 szolgáltató esetében az anyaintézmény a túcsere mellett működtetett valamilyen egyéb szociális szolgáltatást alacsonyküszöbű /nappali/ közösségi ellátás keretében.

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

22. táblázat. A tüssere 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 2015

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.⁶¹

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 tüssere 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 (2016-ban egy évre) megkötött, éves fix támogatási összeget meghatározó finanszírozási szerződések útján támogat a központi költségvetésből.⁶² Új szolgáltatás pályázati úton történő befogadására 2012 óta nem került sor. 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; megkereső munka. A kiegészítő tevékenységek, melyek önállóan nem, kizárólag a meghatározott alaptervekenységekkel

⁶¹ Az elemzés során összevonásra került egyes szolgáltatástípusok mentén az „alkalmanként”, a „gyakran”, és a „nagyon gyakran” kategóriákat megjelölő szervezetek száma.

⁶² Az összeg nincs arányosítva az adott szolgáltatás kliensszámához és eszközigényéhez (tüssere programok esetében).

együtt pályázhatóak a következők: telefonos, információs vonal; parti szerviz; túcsere 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 Szenvedélybetegek felépülési folyamatának támogatása (KAB FF) című minisztériumi pályázat keretében.

A 2016-ban beszerzett fecskendők legnagyobb részénél (34%; 42.500 db) beszerzési forrásként a szervezetek „egyéb” forrást jelöltek meg⁶³. Ez alatt a szolgáltatók nagy része a tavaly beszerzett fecskendők maradványának kiosztását értette. A tárgyében beszerzett fecskendők 33%-a (41.100 db) minisztériumi pályázatból származott, 14%-a (17.500 db) adomány útján került a szervezetekhez, és csupán a fecskendők 13%-át (15.700) vásárolták a szolgáltatók az alacsonyküszöbű „normatíva” terhére. A korábbi évek beszerzéseinek döntő részét adó – az EMMI által egyedi támogatás keretében biztosított – „tűdepó” 2016-ban nem biztosított eszközökre erőforrást, a szervezetek azonban a 2015-ös támogatásból kapott injektorokat tartalékolva egészítették ki 2016-os készleteiket. Az injektorok 6%-a (8.000 db) származott e tartalékból. (Fóti 2017)

T1.5.3 Ártalomcsökkentő beavatkozások

A kábítószer-fogyasztás okozta halálesetek és mérgezések megelőzése

Ártalomcsökkentés a rekreációs színtéren

2015-ben összesen 23 alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtó szervezet működtetett ártalomcsökkentő tevékenységet a rekreációs színtéren: 13 városi, 3 kistérségi, 3 megyei, 1 regionális és 3 országos hatókörrel (Tarján 2016). 2015-ben Győrben a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület (városi) kezdte meg működését, azonban a debreceni Magyar Ökumenikus Segélyszervezet programja szünetelt, míg a nyíregyházi programja megszűnt a tárgyévben.

2015-ben 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.

23. 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

⁶³ összesen 25 szervezet szolgáltatott adatot a beszerzési forrásokról

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.

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.

Az opiát helyettesítő kezelésre vonatkozó adatokat lásd Kezelés fejezet T1.4.8-9 és T2. alfejezetében.

A túcsere szervezetek által nyújtott egyéb ártalomcsökkentő szolgáltatásokat lásd alább ebben az alfejezetben.

A kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek megelőzése

Túcsere programok

2016-ban nem történt új kiírás alacsonyküszöbű szolgáltatások finanszírozásba való befogadására, így ezen szolgáltatások – és ezen belül a túcsere – finanszírozása a 2012-es befogadása alapján történt. 2016-ban 30 szolgáltató működtetett túcsere programot összesen 21 városban, amely az ország 14 megyéjét és 7 régióját fedi le (Fóti 2017).

Nagy hatással volt az ellátás hozzáférhetőségének változására, hogy 2014 második felében a két legnagyobb budapesti túcsere 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 túcsere szolgáltatását.

A 2016-os változások között említendő a Baptista Szeretetszolgálat állandó telephelyű budapesti programjának májusi bezárása. A miskolci Drogambulancia Alapítvány által működtetett tűautomata forráshiány miatt nem tudta a szerhasználókat ellátni az év során. Az INDIT Közalapítvány Egyenlítő nevű programja 2016 októberében Bajáról Komlóra költözött.

2016-ban az országban 26 állandó telephelyű program működött, 14 szervezetnél végeztek utcai megkereső munkát, 3 szervezet működtetett mobil túcsere programot, és 3 helyen tudtak igénybe venni tű-automatát az intravénás szerhasználók.

9 szervezet üzemeltetett két típusú programot, ez legtöbb esetben az állandó telephelyű programhoz kapcsolódva végzett utcai megkereső munka volt. Három féle programot három szolgáltató tartott fenn, 18 szolgáltató esetében csupán egy típusú túcsere volt elérhető.

A túcsere programok 2016-ban összesen 171.097 steril injektort osztottak ki a klienseknek, a hozott illetve gyűjtött használt fecskendők száma 112.631 darab volt.⁶⁴ A becserelési arány 66%-os volt. A túcsere programokat 2016-ban 2745 intravénás szerhasználó⁶⁵ vette igénybe 20.623 alkalommal. 1099 új kliens⁶⁶ regisztráltak a programok a tárgyévben. Egy kliensre 61 kiosztott és 41 visszahozott fecskendő, illetve átlagosan 8 kontakt jutott a tárgyévben.

⁶⁴ Ebbe beleértendő a túcsere automaták által adott, és az automaták mellett elhelyezett gyűjtőedénybe dobott fecskendők száma is.

⁶⁵ A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

⁶⁶ Az új kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

A programtípusonként vizsgálva a forgalmi adatokat, az állandó telephelyű programok osztották ki a fecskendők nagy részét (53,1%-át; 90.768 db), és a legtöbb kliens is ezekkel a szolgáltatókkal lépett kapcsolatba (48,5%; 1331 fő).

24. táblázat. A tűcsere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2016-ban

	állandó telephelyű	mobil tűcsere	utcai megkereső	tű-automata	összesen
osztott	90.768	60.459	16.792	3.078	171.097
hozott (+gyűjtött)	54.373	48.445	9.720	93	112.631
becserélési arány	60%	80%	58%	3%	66%
kliensek száma	1.331	969	445	0	2.745
új kliensek száma	463	487	149	0	1.099
kontaktok száma	11.662	6.677	2.284	0	20.623
szervezetek száma*	26	3	14	3	30

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

Forrás: Fóti 2017

A területi megoszlást vizsgálva 2016-ban is a budapesti tűcsere programokhoz köthető mind az osztott/hozott fecskendőszám, mind a kliens/kontaktszám döntő részét (73%-85% között mozogtak az egyes indikátorok értékei). Azonban az előző évhez képest elmondható, hogy tovább nőtt a vidéki programok részesedése.

A steril injektor mellett a biztonságos injektálással kapcsolatos szóbeli tanácsadás érhető el a legtöbb tűcsere programban (28 jelentő szervezetből 24 helyen). Emellett a legtöbb szolgáltatónál elérhető az alkoholos törülköző, az óvszer és a vitamin. Steril filter és főzőedény a szolgáltatások kevesebb, mint felénél volt hozzáférhető. A szervezetek közel egyharmada előre összeállított egységcsomagban biztosítja a steril injektáló segédeszközöket. 2015-ben először került lekérdezésre az ÚPSZ injektálással kapcsolatos célzott tanácsadás elérhetősége: 22 szervezetnél szóbeli, míg 5 szervezetnél írásos szóróanyag is elérhető volt a témában. (Tarján 2016)

T1.5.4 Kontextuális információ az ártalomcsökkentéssel kapcsolatos adatokhoz

2015-ben egy intravénás kábítószer-fogyasztóra átlagosan 25 steril fecskendő jutott, amely további csökkenést jelent a megelőző évek adataihoz képest (2015: 28 2014: 81; 2013: 76 db; 2012: 74 db). Fontos megjegyezni, hogy 2015-ben új becslés készült az intravénás szerhasználói populáció méretére vonatkozóan (adatokat és módszertant lásd: Kábítószeres/Stimulánsok T1.2.1 alfejezet), így a 2016-os lefedettségi becslés ez alapján készült, 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.

A gyógyszeres fecskendő-forgalom megfigyelése nem képezi részét a rutin monitoring rendszernek (leírását lásd: T.6.2), amely szintén befolyásolja az egy intravénás szerhasználóra jutó steril fecskendő számát. 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 gyógyszeres tárolóban.

További kontextuális információkat lásd: T2.1 alfejezet.

T1.5.5 Kiegészítő információ az ártalomcsökkentő beavatkozásokhoz

Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság évente 15 millió forint támogatást biztosít a HIV prevenció támogatására. A 2015. évben a HIV/AIDS prevencióra rendelkezésre álló ágazati

keretösszeget az Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat kapta, HIV szűrés és kapcsolódó tanácsadás megvalósítására a magas kockázati csoportba tartozók (férfiak, akik férfiakkal létesítenek szexuális kapcsolatot (MSM), intravénás kábítószer-használók, szexmunkások) körében. A támogatási szerződés a 2015. év novemberében aláírásra került.

2015 szeptemberében HIV/AIDS counselling tanfolyamot szervezett az Országos Epidemiológiai Központ az Egészségügyért Felelős Államtitkárság támogatásával (2,4 millió forint). Az országból összesen 68 szakember vett részt a képzésen. 13-an bőr- és nemibeteg gondozóban, 11-en a Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szervénél, 18-an egészségügyi szolgáltatónál, 11-en tűcsere programoknál, nyolcan az OEK-ben és az OTH-ban, heten pedig az Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálatnál látnak el szakfeladatot, vagy önkéntesként dolgoznak. (EMMI 2016)

A 2014. évben hívták életre a HIV és a HIV-hez társuló fertőzések megelőzésére és az ártalomcsökkentés javítására irányuló HA-REACT nevű Joint Action projektet, az uniós politikák megvalósításának elősegítése érdekében. A projekt célcsoportja az intravénás kábítószer-használók. Közvetlen céljai: az ártalomcsökkentés, a HIV és a HIV-hez társuló fertőzések megelőzésének fejlesztése az intravénás szerhasználók, illetve partnereik körében (szexpartnerek, szexmunkások, terhsgondozás, gyerekek, MSM, büntetés-végrehajtási intézetekben élők), továbbá az intravénás kábítószer-használattal összefüggő halálesetek megelőzésének javítása. A konzorciumi szerződéskötés 2015 októberében valósult meg, a projekt teljes időtartama 3 év. Magyarország, nemcsak mint partner vesz részt a közös fellépésben, hanem Lettország és Litvánia mellett célországként lett megjelölve.

Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal az alábbi munkacsomagokban vesz részt: *Ártalomcsökkentéshez való hozzáférés 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.* Az Országos Epidemiológiai Központ az *Alacsonyküszöbű szolgáltatások fejlesztése az intravénás szerhasználók számára: korai diagnózis elősegítése és a szexuális egészséghez kötődő szolgáltatások javítása* munkacsomagban vesz részt.

Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság a HIV/AIDS prevenció területén tevékenykedő civil szervezetek részére „HIV/AIDS megelőzése a civil szervezetekkel” címmel pályázat 15 millió forintos keretösszegét 2016-ban az OEK kapta. Az OEK a 2016. évben az Egészségügyért Felelős Államtitkárság által nyújtott támogatásából a 2017. évben két alkalommal 2,5 napos HIV szűrés és kapcsolódó tanácsadás oktatást valósított meg a Bőr- és Nemibeteg Gondozó hálózatban, a Kormányhivatal által működtetett anonim HIV/AIDS tanácsadóknak, a HIV-fertőzötteket és AIDS betegeket kezelő egészségügyi intézményekben és civil szervezeteknél dolgozó 57 szakember számára. Emellett 3 esetmegbeszélő napot tartottak azoknak a kollégáknak, akik már gyakorlatban végeznek HIV-szűrővizsgálatot és tanácsadást, esetmegbeszélésre, a jó gyakorlatok átadására. A három esetmegbeszélő napon összesen 32 szakember vett részt. Az oktatásokra az ország egész területéről érkeztek, az 5 rendezvény lebonyolítása 4, 2 millió Ft-ba került.

A VIII. kerületben 2015 óta mobil és utcai megkereső tűcsere szolgáltatást működtető Alternatíva Alapítvány a Norvég Civil Alap támogatásával valósította meg 2015 márciusa és 2016 áprilisa között HIV/STI programját. A projekt keretében 600 HCV (nyálteszt), illetve 600 HIV és szifilisz (ujjbegyés) szűrést végeztek a rizikócsoportok – elsősorban intravénás szerhasználók – körében. A szűréssel összekötve kitöltésre került egy kockázati magatartásokat felmérő kérdőív is, illetve pre- és post-teszt tanácsadásban is részesültek a vizsgált személyek. Négy városból hat tűcsere program csatlakozott a projekthez. Az epidemiológiai eredmények a 2017-es Éves Jelentésben kerülnek bemutatásra. (Alternatíva Alapítvány 2015)

Az intravénás szerhasználók körében végzett HIV/HBV/HCV országos prevalencia vizsgálat módszertanát lásd: T5.2 alfejezet.

A fogvatartottak körében végzett tanácsadásról, szűrővizsgálatokról és kezeléssel szembeni 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.

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 (gyermekekkel együtt) 2017 első negyedétől kezdődően.

2016-ban az Egyesület szolgáltatásait összesen 61 fő vette igénybe (Oberth et al. 2017) (szerhasználati jellemzőket lásd: T1.4.1).

2016-ban utánkövetés keretében 28-an vettek részt a programokban, ők 2014 előtt kapcsolódtak be a Józan Babák Klub munkájába.

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 kisgyermekes 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 felé, szerhasználat biztonságosabbá tétele a családi környezetben, gyermekkori betegségek, rendellenességek a szülő szerhasználatával összefüggésben. A speciális tanácsadásban 2016 folyamán összesen 13 nő és 11 férfi vett részt (ebből 7 pár), akik összesen 16 gyermeket neveltek, illetve két pár gyermeket várt volt.

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.

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.

A 23/2011. (III.8.) Kormányrendelet a zenés, táncos rendezvények működésének biztonságosabbá tételéről a 2012-es Éves Jelentés 1.2. fejezetében olvasható.

T2. TRENDK, TENDENCIÁK

T2.1 RÖVID TÁVÚ TENDENCIÁK

- a) Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek: lásd: T2.2 alfejezet
- b) Fertőző betegségek prevalenciája, bejelentett esetek: lásd: T2.2 alfejezet
- c) Kábítószer-fogyasztással összefüggő mérgezések

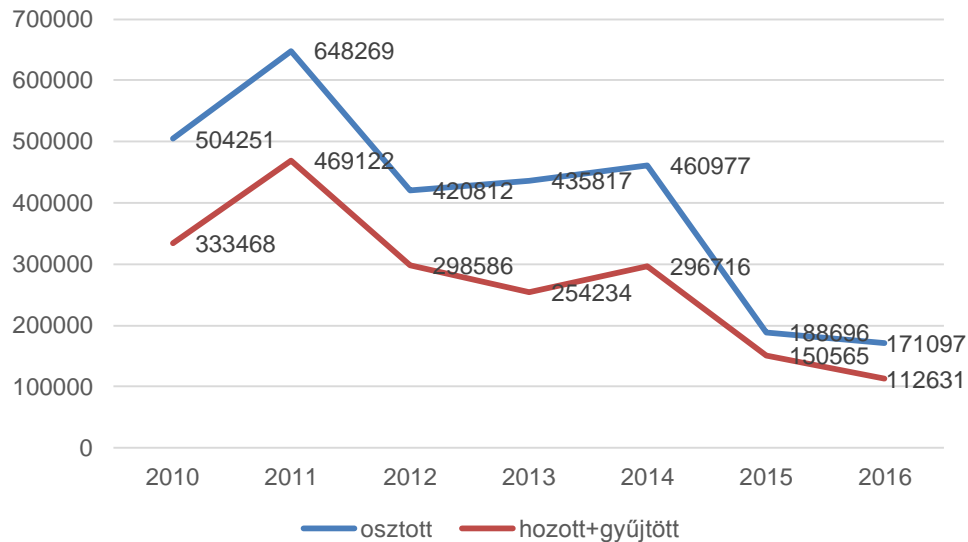
A kábítószer-fogyasztással összefüggő nem halálos kimenetelű mérgezésekről szisztematikus, rendszerszintű adatgyűjtés nincsen Magyarországon.

- d) Az intravénás szerhasználók részére kiosztott fecskendők száma

2011-ben az előző évekhez képest ugrásszerűen megnőtt a kiosztott fecskendők száma, amelynek háttérében a klasszikus kábítószerhez képest jóval gyakrabban injektált, új pszichoaktív szerek 2010-ben kezdődő térnyerése áll (lásd: Kábítószer/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 túcsere 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: T.1.5.2), 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 becserélési 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 számának tekintetében, mely tendencia 2016-ban mérsékeltebb ütemben tovább folytatódott. A becserélési arány 2014. és 2015. között 64%-ról 80%-ra emelkedett, 2016-ban azonban újra 66%-ra esett vissza.

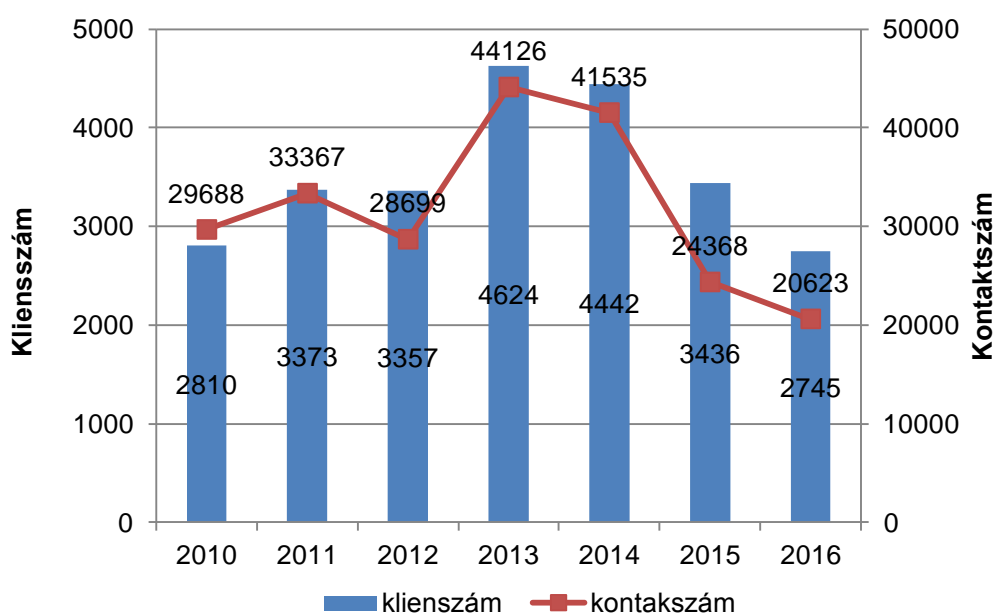
41. ábra. A tűcsere programok fecskendőforgalmi adatai, 2010-2016 között



Forrás: Tarján 2016 b, Fóti 2017

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, mely csökkenés a 2016-os évben is folytatódott. A 2013-ban ellátott 4624 főhöz képest 2016-ban mindössze 2745 fő vette igénybe a hazai tűcsere szolgáltatásokat, vagyis 59,4%-os volt a visszaesés. A kontaktok száma ugyanebben az időszakban 46,7%-kal esett vissza (2013: 44.126 kontakt; 2016: 20.623 kontakt). Az elmúlt évek tűcsere kliensforgalmi adatai tehát azt valószínűsítik, hogy a budapesti intravénás populáció egy jelentős része maradt ellátatlanul a két legnagyobb budapesti szolgáltató bezárását követően.

42. ábra. A tucsonerében részt vevő kliensek és kontaktok számának alakulása, 2010-2016



Forrás: Tarján 2016 b, Fóti 2017

2014-hez képest 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%. A Budapest-vidék bontás rávilágít arra, hogy a tucsonere szolgáltatások által kiosztott fecskendők számában és kliensszámában tapasztalt visszaesést a szolgáltatás típus budapesti beszűkülése okozta, mindeközben a vidéki hozzáférés hullámzó képet mutatott az elmúlt években.

Programtípusonként vizsgálva az adatokat elmondható, hogy mind a kliensszám, mind a kiosztott fecskendők száma esetében csökkent a mobil programok részesedése (kliensszám 2015: 40,3%; 2016: 35,3%; kiosztott fecskendők: 2015: 50,9%; 2016: 35,3%), és nőtt az állandó telephelyű programoké (kliensszám 2015: 46,0%; 2016: 48,5%; kiosztott fecskendők: 2015: 38,9%; 2016: 53,1%).

T2.2 HOSSZÚ TÁVÚ TENDENCIÁK

a) Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek

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 mutat ugyanakkor a metadonhoz köthető halálesetek száma. A metadon 2016-ban is jelen volt az elhunytak mintáiban, jellemzően más opiátok mellett.

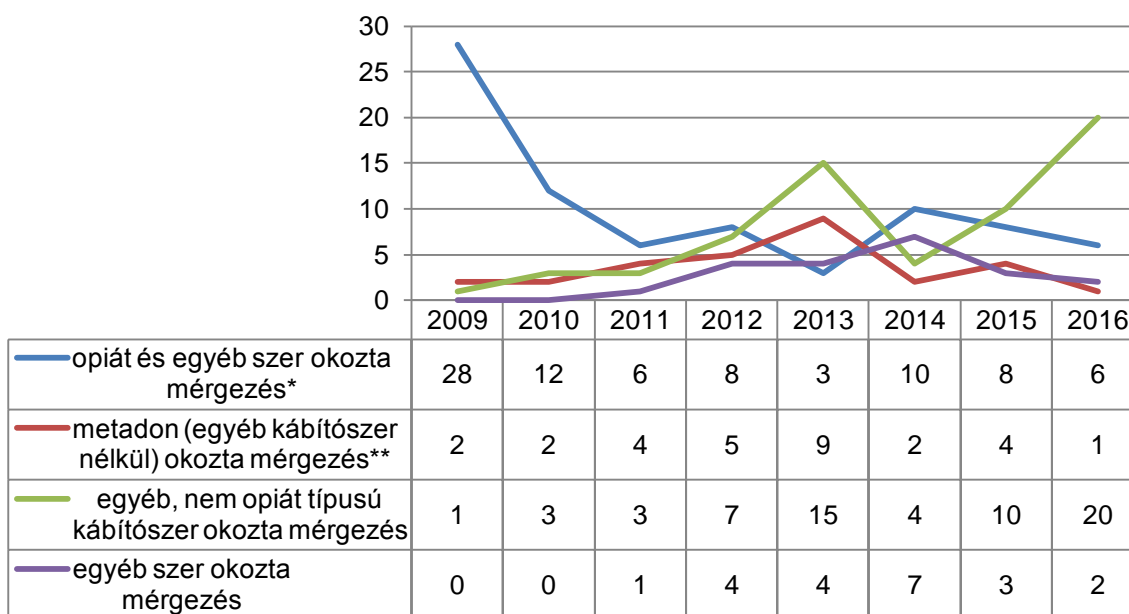
Az utóbbi években az új pszichoaktív szerek használata az elhunytak mintáiban is igazolódott. Kezdetben a mepredon, később az MDPV, a pentedron és a 4-MEC játszott szerepet több halálesetben is. Egyes, különösen veszélyes új pszichoaktív anyagok megjelenéséhez alkalmanként több haláleset is köthető volt: 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 az α -PVP (4) és a pentedron (3) is több esetben azonosítható volt. Szintetikus kannabinoidok közül az AMB-FUBINACA volt 2 esetben kimutatható, a további 9 szintetikus kannabinoid mindössze 1-1 alkalommal került kimutatásra (olykor többen is egy mintán belül). Az új pszichoaktív anyagok halálteki 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 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-ban jelentősen megemelkedett az egyéb nem opiát típusú kábítószerekhez (köztük pszichotróp anyagként szabályozott új pszichoaktív szerek) köthető halálesetek száma. E 20 esetből 10 esetben pszichotróp listán lévő új pszichoaktív szerek is azonosíthatóak voltak az elhunyt szervezetében.

25. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2009-2016 között (fő)



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

** Alkohol és/vagy benzodiazepinek előfordulása mellett.

Forrás: NFP 2017

b) Fertőző betegségek prevalenciája, bejelentett esetek

i) HIV prevalencia az intravénás szerhasználók körében

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: T.6.2) alapján egyike a 2014. évi vizsgálatban kiszűrteknek.

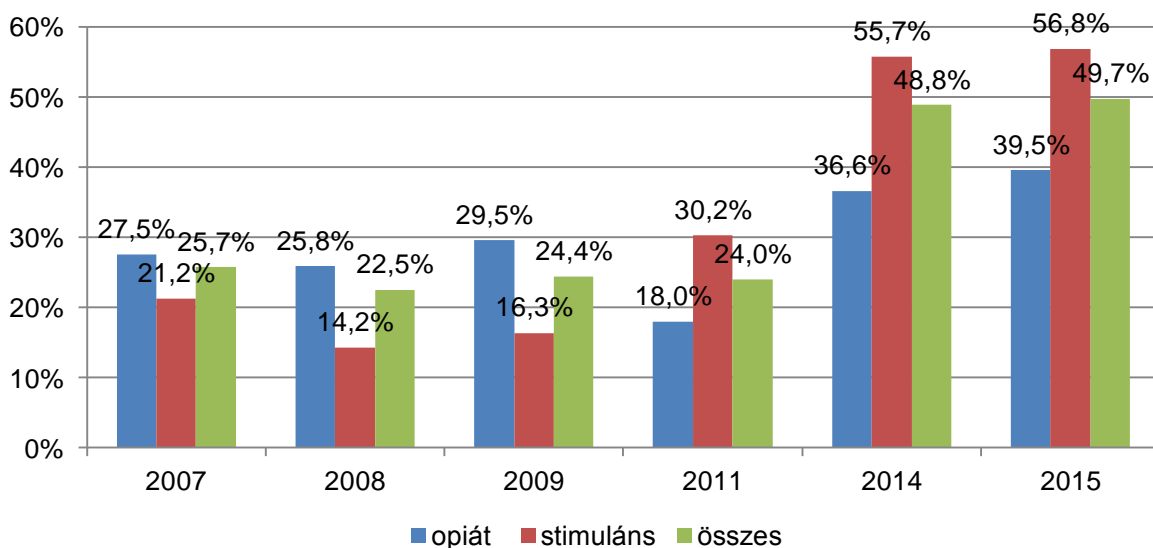
ii) HCV prevalencia az intravénás szerhasználók körében

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 T1.2.1 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 T1.2.1 alfejezet), a HCV prevalenciája pedig rendre az opiátinjektálók körében volt magasabb. Ez azonban átfordult: 2011-ben az opiát helyett az elsődlegesen amfetamin 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 szeritípus szerinti átrendeződése valószínűsíthetően az új szerhasználati mintázatoknak, többek között az opiát származékokról amfetamin, illetve ÚPSZ-ek 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 T1.2.1. 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: T2.1.d alfejezet).

2015-ben a szeritípus szerinti megoszlás nem változott számottevően. 2014-hez képest, a HCV prevalencia az előző évihez hasonlóan alakult mind az országos mind a szeritípus szerinti bontás esetében, azonban az összehasonlíthatóságra korlátozottan van lehetőség (lásd: T1.3.6).

43. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) az elsődlegesen injektált szeritípus szerinti bontásban, 2007-2015 között



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

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).

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ, beleértve a 2016-os évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs új információ.

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

Alternatíva Alapítvány (2017): Altalap HIV program 2015-16-os adatai. Kutatási beszámoló.

Csák R., Gyarmathy V.A., Miletics M. (2011): Módszertani levél a túcseré programokat megvalósító szolgáltatók számára. NCSSZI.

Csohán, Á., Krisztalovics, K., Molnár, Zs., Fehér, Á., Dudás, M., Bognár, Zs., Fogarassy, E., Mezei, E., Kaszás, K., Kozma, E. (2016): Magyarország járványügyi helyzete 2015. Országos Epidemiológiai Központ.

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.

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2016b): Az EMMI Népegészségügyi Főosztályának beszámolója

Fóti, O. (2017): Túcseré programok adatai, 2016. Kézirat. Nemzeti Drog Fókuszpont.

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

NFP (2017): Nemzeti adatgyűjtés a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálzásról. Nemzeti Drog Fókuszpont

Oberth J., Bíró Zs., Mándi B. (2017): Beszámoló a Józan Babák Klub 2016. évi várandósgondozási tevékenységéről

Tarján, A (2015): Túcserék 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, A (2016b): Tűcsere programok adatai, 2015. Kézirat. Nemzeti Drog Fókuszpont.

T5.2 MÓDSZERTAN

Altalap HIV Program (Altalap 2017): 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). A szűrés során nyálmintán alapuló gyorsesztes segítségével HIV, HCV és szifilisz jelenlétét vizsgálták. A szűrés első hulláma 2015 június és november között zajlott, négy helyszínen: Budapesten, Miskolcon, Pécsen és Szegeden. Az első hullámban 201 szűrést végeztek, közülük 173 fő volt intravénás szerhasználó. A vizsgálat második hulláma 5 hónapja alatt 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.

Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás (NFP 2017): A halálozással kapcsolatos adatok az ún. Speciális Halálozási Regiszterből származnak. Az adatgyűjtést a Nemzeti Drog Fókuszpont az NSZKK támogatásával végzi 2009 óta. Ez a regiszter anonim, eset-alapú, minden esetben részletes toxikológiai adatokat is tartalmaz. A regiszter esetdefiníciói és a gyűjtött jellemzők pontosan megfelelnek az EMCDDA halálozási protokolljában (Drug-Related Deaths (DRD) Standard Protocol, version 3.2 2009; Selection D) foglaltaknak.

Bejelentett HIV/HBV/HCV esetek (Csohán et al. 2016): Magyarországon az intravénás kábítószer-használók körében bejelentett HIV/AIDS esetekre, valamint a heveny HBV, HCV okozta hepatitisek incidenciájára vonatkozó adatok az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi Osztályán működő országos fertőzőbeteg nyilvántartásból, valamint a speciális HIV/AIDS, illetve hepatitis surveillance adatbázisból származnak.

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.

2015-ben 19 szervezet vett részt a vizsgálatban. Budapesten három tűcsere program, három kezelőhely, egy alacsony küszöbű program illetve egy alacsony küszöbű programmal is rendelkező kezelőhely vett részt. Vidéken három kezelőhely, hat tűcsere program és kettő tűcsere programmal rendelkező kezelőhely került bevonásra. 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. A kérdőívet és a vérmintát személyes adatokból generált, de vissza nem fejthető 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 kitétet, illetve az Innogenetics cég által gyártott INNOTEST HCV Ab IV kitétet 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.

Tűcsere adatgyűjtés (Tarján 2016b, Fóti 2017): A tűcsere szervezetek 2017-ben is a Nemzeti Drog Fókuszpont által működtetett adatgyűjtő internetes portálon jelentették 2016-os adataikat. 2008-tól kezdődően a szervezetek ezen a felületen szolgáltatnak adatot a fecskendőforgalmukról, egyéb ártalomcsökkentő eszközhasználatáról és szolgáltatásaikról, a fecskendő beszerzési forrásaikról, illetve klienseik szociodemográfiai és szerhasználati jellemzőiről a Nemzeti Drog Fókuszpont számára. Az összegyűjtött országos, aggregált adatokat a Nemzeti Drog Fókuszpont kezeli és elemzi. A kliensek/ új kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrte, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

Tűcserek az ellátórendszerben (Tarján 2015): A Nemzeti Drog Fókuszpont 2015. május-júniusában on-line kérdőíves vizsgálatot készített a tűcsere 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 szintűen ártalomcsökkentő/prevenációs 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.

KÁBÍTÓSZERPIAC ÉS KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS⁶⁷

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

A Magyarországon lefoglalt kábítószergyanús anyagok vizsgálatát a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet (BSZKI) végzi. A lefoglalási adatok és a Rendőrség beszámolóí alapján részletes képet kapunk a hazai kábítószerpiacról.

A lefoglalási és fogyasztói információk alapján a kábítószerpiacot az elmúlt években nagyszabású átrendeződés jellemzi. A „klasszikus” kábítószer helyét az új pszichoaktív szerek vették át, amelyek állandó cserélődése a piacon komoly kihívás elé állítja a kínálatcsökkentési törekvéseket is.

A kábítószer-bűncselekmények jellemzői az Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészeti Bűnügyi Statisztikai Rendszerben (ENYÜBS) a nyomozás befejezésekor rögzített adatok alapján követhetők nyomon. Magyarországon az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények száma 5-6000 körül alakul évente, az esetek nagyobb hányada kannabiszhoz (2016: 52,4%), kisebb része stimulánsokhoz (2016: 27,4%) 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.

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 a nyomozóhatóságok előtt a legnagyobb számban⁶⁸. A nagyobb ültetvényeket (1400-1500 tő) jellemzően külföldi elkövetői csoportok tartják fenn. 2016-ban, a vegyészszakértői vizsgálatot igénylő 153 ismertté vált kannabisz termesztés miatt indult eljárás során mindösszesen 6482 tő került lefoglalásra. A 100 tővet meghaladó méretű ültetvények az esetek mintegy 5%-á tették ki.

A szintetikus szerek előállítása Magyarországon jellemzően kis tételben zajlik. 2016 egy olyan lefoglalás történt, ahol jellemzően amfetamin előállítására használt vegyszerek mellett, a használt üvegeszközök vizsgálati eredményei alapján amfetamin és 2-PEA előállítása valószínűsíthető benzaldehidből kiindulva.

Az év folyamán egy nyomozás során történtek impregnálási tevékenységre utaló lefoglalások, acetonnal mellett szintetikus kannabinoidok csoportjába tartozó tiszta hatóanyagot ilyen anyaggal impregnált készítményt, illetve kezeletlen növényi törmeléket foglaltak le a hatóságok. Új pszichoaktív hatóanyagot előállító laboratórium azonban nem került felderítésre. (ORFK 2016)

⁶⁷ A fejezet szerzői: Czér Polla, Port Ágnes, Varga Orsolya

⁶⁸ A kenderültetvény lefoglalásoknál lehetőség van a büntetőeljárás csak botanikai szakértői vizsgálat alapján történő lefolytatására. A hozzájuk kapcsolódó lefoglalt mennyiségekre vonatkozóan az eljáró rendőrhatalóság rendelkezik információval.)

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 Magyarország 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 szolgálatokon keresztül szállítatják az országba. Nyomozati információk szerint azonban a nyersanyagok egy része Szlovákiából, Hollandiából és Spanyolországból érkezik Magyarországra.

Egy, a hazai amfetamin kínálati piacot feltérképező kutatás (Ritter 2010) szerint Hollandián keresztül jut Magyarországra a legtöbb típusú kábítószer (marihuána, kokain, amfetaminok), viszont az előállításához szükséges alapanyagok, prekursorok rajtuk áthaladva kerülnek Hollandiába.

A nem helyben előállított anyag a Holland-Antillák érintésével általában hajón kerül Hollandiába, ez jellemzően a kokain, melynek a fő forrása Dél-Amerika. Magyar elkövetők jellemzően csak Hollandiából, Belgiumból és Spanyolországból hoznak szert, ritka a balkáni államokból vagy Dél-Amerikából történő behozatal. A dél-szláv államokból is kerül áru hazánkba, de ők mint terjesztők, csak csekély részt vesznek ki a piacból. A behozott szer jellemzően az amfetaminok és az előállításukhoz szükséges alapanyagok, és elsősorban vidéken, főleg Szegeden vannak érdekeltségeik. A kutatás szerint a Csehországból és Szlovákiából származó metamfetamin nem jellemző a hazai drogpiacon. Egyre jellemzőbb viszont a prekursorok interneten történő rendelése, elsősorban Kínából (ORFK 2015).

T1.1.3 Szállítás az országon belül

A rendelkezésre álló információt lásd a T1.1.5 alfejezetben.

T1.1.4 Nagykereskedelmi és prekursor piac

2016 folyamán Magyarországon jelentősebb kábítószer-prekursor lefoglalás nem történt.

A legjellemzőbb hígító és adalékanyagok közül három esetben, összesen 8 kg koffein-paracetamol elegyet foglaltak le heroin mellett 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

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

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.6.2). 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 szobailatosító 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 bogycót”) 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, fehérmályva levél, mexikói hajnalka, kanna, 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 találkoztak a kutatók.⁶⁹ Az oldalakon a leggyakoribb megadott elérhetőség az email-cím volt (34 oldal), telefonos elérhetőséget 18 oldal adott meg, aktív facebook oldallal egy honlap rendelkezett.

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 elérhetőek. 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 árat 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 €)⁷⁰, 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 kábítószerek utcai áraival kapcsolatos évenkénti adatgyűjtés (Varga 2015) eredményeivel.

⁶⁹ 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.

⁷⁰ Az összegek a 2015-ös hivatalos euró középárfolyam (1€=309,69 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

Utcai árak

Az előző évektől eltérően, a Nemzeti Drog Fókuszpont 2017 elején rövid felmérést végzett a drogambulanciák kliensei körében a kábítószeres utcai árairól (Varga 2017; módszertant lásd T.5.2).

A felmérés a klasszikus kábítószeres mellett, a mefedron, az MDPV, a pentedron és a szintetikus fű (szintetikus kannabinoiddal kezelt növényi keverékek, Spice/herbál néven) legutolsó vásárláskori árát is felmérte.

26. táblázat. Kábítószeres utcai árak forintban 2016-ban

szertípus	legalacsonyabb	legmagasabb	átlag	leggyakoribb	mintaszám
hasis (gr)	2 000	4 000	2 778	3 000	9
marihuána (gr)	2 000	3 000	2 420	2 500	10
heroin (gr)	11 500	20 000	13 571	12 000	7
heroin 1 pakett	3 000	8 000	5 400	6 000	5
kokain (gr)	15 000	30 000	20 500	20 000	11
amfetmain (gr)	2 000	7 500	3 450	3 000	10
metamfetamin (gr)	4 000	8 000	6 250		4
ecstasy 1 tabl.	800	3 000	1 873	1 500	11
LSD 1 adag	1 500	5 000	3 813	5 000	8
mefedron (gr)	1 500	9 000	4 600		5
MDPV (gr)	2 000	8 000	4 600	4 000	5
pentedron (gr)	2 000	9 000	4 143	3 000	7
biofű/spice (gr)	500	2 000	1 300	1 500	7
GBL (gr)	2 000	9 500	6 250		6
metadon (20mg)	1 000	2 000	1 358	1 200	6
metadon(5mg)	300	1 500	600	500	7
kristály, zene (gr)	1 000	8 750	3 536		7

Forrás: Varga 2017

27. táblázat. Kábítószeres utcai árak euróban⁷¹ 2016-ban

szertípus	legalacsonyabb	legmagasabb	átlag	leggyakoribb	mintaszám
hasis (gr)	6,4	12,8	8,9	9,6	9
marihuána (gr)	6,4	9,6	7,8	8,0	10
heroin (gr)	36,9	64,1	43,5	38,5	7
heroin 1 pakett	9,6	25,6	17,3	19,2	5
kokain (gr)	48,1	96,2	65,7	64,1	11
amfetmain (gr)	6,4	24,0	11,1	9,6	10
metamfetamin (gr)	12,8	25,6	20,0		4
ecstasy 1 tabl.	2,6	9,6	6,0	4,8	11
LSD 1 adag	4,8	16,0	12,2	16,0	8
mefedron (gr)	4,8	28,8	14,7		5
MDPV (gr)	6,4	25,6	14,7	12,8	5

⁷¹ A táblázatban szereplő árak a 2016-ös hivatalos euró középárfolyam (1€=311,96 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

pentedron (gr)	6,4	28,8	13,3	9,6	7
biofű/spice (gr)	1,6	6,4	4,2	4,8	7
GBL (gr)	6,4	30,5	20,0		6
metadon (20mg)	3,2	6,4	4,4	3,8	6
metadon(5mg)	1,0	4,8	1,9	1,6	7
kristály, zene (gr)	3,2	28,0	11,3		7

Forrás: Varga 2017

Tisztaság

A lefoglalt szerek hatóanyag-tartalma 2016 folyamán néhány szer esetében tért el az előző évben detektált értékektől (módszertant lásd T5.2). A marihuána és a hasis esetében nem tapasztalható jelentős változás az előző évhez képest. A heroin tartalmú porok koncentrációja jellemzően a 10-45% közötti tartományba esett, de minták mintegy fele a 10-15%-os tartományba tartozott. A fogyasztói kiszereleésben lefoglalt kokain porok hatóanyag-tartalma jellemzően 15-85% között alakult, míg a nagy tételű lefoglalásokban minden esetben 65% feletti koncentráció volt mérhető. 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 évhez hasonlóan, több alkalommal kerültek lefoglalásra kis mennyiségű, mintegy 70% amfetamin-bázis tartalmú, gyakorlatilag hígítatlan porok. Az ecstasy tabletták hatóanyag-tartalma tovább emelkedett. Továbbra is nagy számban kerültek lefoglalásra különleges alakú, nagyméretű tabletták, amelyek akár 210 mg hatóanyagot is tartalmaztak. Az alacsonyabb hatóanyag-tartalmú tabletták MDMA-bázis tartalma általában 60-130 milligramm közötti érték volt. A kristályos formában megjelenő MDMA esetében a korábban jellemző, 70% feletti tisztaság mellett esetenként megjelentek alacsonyabb, 25-40% koncentrációjú készítmények is.

A por formában fogyasztott, jellemzően „kristály” utcai néven árult új pszichoaktív anyagok sokszor tisztán, hígítatlanul fordulnak elő, de a pentedron esetében többször került lefoglalásra olyan készítmény, ami a pentedron mellett jelentős mennyiségben tartalmazott izopentedront, ami valószínűsíthetően gyártási melléktermék. A növényi törmelékekre felvitt különböző szintetikus kannabinoidok hatóanyag-tartalma csökkent, 2016-ban a 0,5-6% 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.)

2016-ban 6473 kábítószerhez vagy új pszichoaktív anyaghoz köthető bűncselekmény miatt indított nyomozás lezárására került sor, ebből 200 eset a régi Btk. hatálya alá, 6273 eset az új Btk. hatálya alá tartozott. Új pszichoaktív anyaghoz köthetően 441 bűncselekményt (6,8%)

regisztráltak, ebből 434 eset tartozott az új Btk. hatálya alá. 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.) A kábítószerrel összefüggő bűncselekmények aránya az összes regisztrált bűncselekményen belül 2,2% volt.

A kábítószer-bűncselekmények 35,6%-át Budapesten követték el. Megyék szerinti bontásban a legtöbb kábítószerrel összefüggő bűncselekményt Pest megyében (6,5%) és Győr-Moson-Sopron megyében (5,6%) követték el.

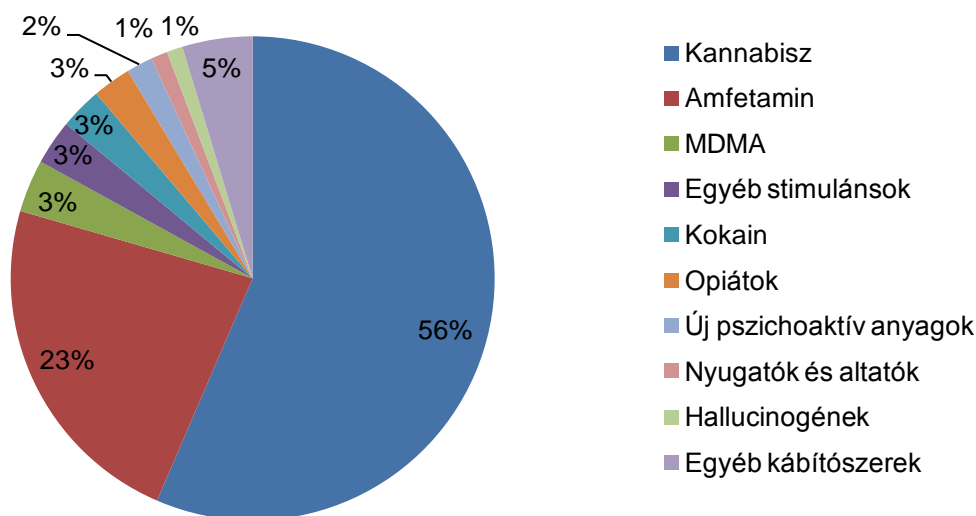
Szertípusok

2016-ban az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények több mint felét (56,5%, 3392 eset) kannabisszal követték el, a második leggyakoribb szercsoport a stimulánsok voltak (29,5%, 1774 eset). A stimulánsokkal elkövetett esetek között az elkövetés tárgyaként leggyakrabban az amfetamin (23%) fordult elő, ezt követte az MDMA (ecstasy) (3,5%) és a metamfetamin (1,4%). Új pszichoaktív anyagok az esetek mindössze 1,7%-ában (105 eset) kerültek rögzítésre⁷². Az új pszichoaktív anyagok között 25,7%-ban katinon származékok, 23,8%-ban szintetikus kannabinoidok, 21%-ban arylalkilaminok, 12,4%-ban fenetilaminok szerepeltek. Az elkövetés tárgyaként kokain 2,8%-ban, opiátok 2,6%-ban (ezen belül: heroin 0,95%, metadon 0,85%, egyéb opiátok 0,80%), hallucinogének 1%-ban, egyéb kábítószerek 4,7%-ban kerültek rögzítésre.⁷³

⁷² 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 kábítószernak minősülő - anyagok is kábítószernak minősülnek. Ennek következtében az új pszichoaktív anyagokkal elkövetett bűncselekmények száma eltér Btk. tényállások szerinti és szertípusok szerinti bontásban.

⁷³ 452 bűncselekmény (az összes regisztrált eset 7%-a) esetében szertípus nem került rögzítésre. Kábítószerprekursor volt az elkövetés tárgya 14 esetben (0,2%).

44. ábra. Ismertté vált kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények (N=6007)⁷⁴ megoszlása szerítípus szerint, 2016



Forrás: ENYÜBS 2017, elemezte: NFP

Elkövetői magatartások⁷⁵

2016-ban az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények közül szigorúan kábítószer birtoklásához (saját használat céljából történő megszerzés, vagy tartás) 5219 bűncselekmény (a bűncselekmények 80,6%-a) volt köthető. Az esetek 56,9%-át kannabisszal, 30,6%-át stimulánsokkal követték el, a többi szerítípus csak elenyésző arányban fordult elő a fogyasztói típusú bűncselekmények tárgyaként (opiátok 2,5%, kokain 2,6%, hallucinogének 1,1%, új pszichoaktív anyagok 1%).

A kínálati típusba sorolható elkövetések⁷⁶ az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények 18%-át tették ki (1167 eset). A kínálati típusú bűncselekmények valamivel több mint harmada (33,8%, 394 eset) csekély mennyiségű kábítószerhez köthető kereskedői tevékenység volt. Jelentős vagy különösen jelentős mennyiséggel elkövetett bűncselekmény 158 esetben (a kereskedői magatartások 13,5%-ában, az összes bűncselekmény 2,4%-ában) került rögzítésre. Kábítószer termesztése vagy előállítása 117 esetben, a kereskedői magatartások 10%-ában szerepelt az elkövetés módjaként.

A kínálati oldalhoz sorolható elkövetések között is a kannabisszal elkövetett bűncselekmények szerepeltek a legnagyobb arányban (35,3%), de jóval kisebb mértékű volt a fölényük más szerekhez képest, mint a fogyasztói magatartások esetében. A kereskedői típusú elkövetések tárgyaként stimulánsok 15,3%-ban, kokain 3%-ban, opiátok és új pszichoaktív anyagok mindössze 1,7-1,7%-ban kerültek rögzítésre. Viszonylag magas, (38%) volt azon esetek aránya, ahol az elkövetés tárgyaként szerítípus nem került rögzítésre vagy a használt szer ismeretlen volt.

A jelentős mennyiséggel elkövetett cselekmények között az elkövetés tárgyaként leggyakrabban a kannabisz (39,2%) és a stimulánsok (36,1%) fordultak elő, kokain 10,8%-

⁷⁴ A prekurzokkal elkövetett és a szerítípushoz nem köthető esetek nélkül.

⁷⁵ 2014-től kezdődően a bűncselekmény típusok az EMCDDA új kábítószer-bűnözésre vonatkozó adatgyűjtési protokolljának megfelelően kerülnek leválogatásra, mely több ponton eltér a korábbi években követt jelentési struktúrájától.

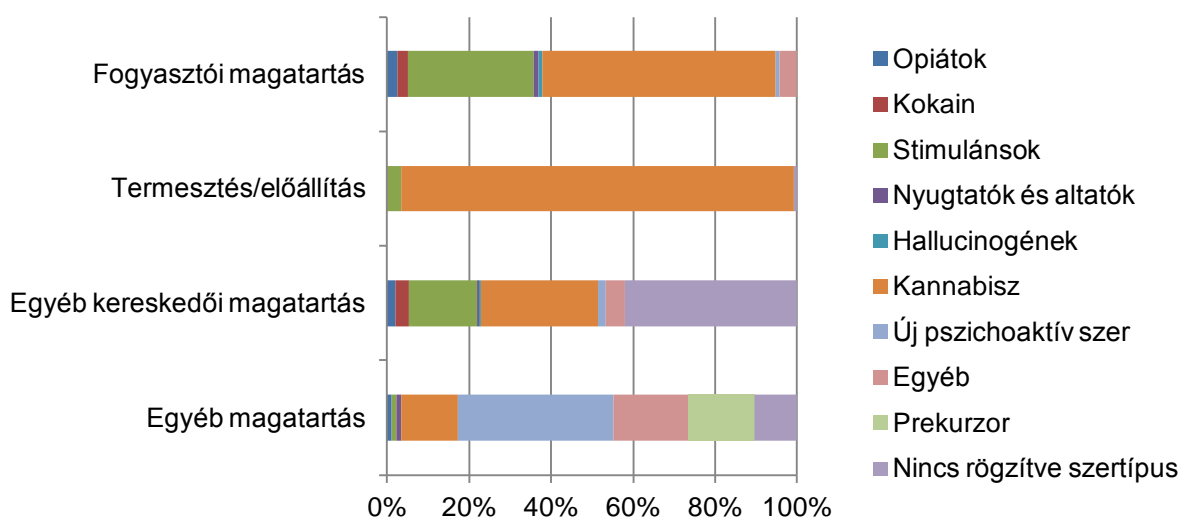
⁷⁶ Kereskedői/kínálati típusú magatartások: termeszt, előállít, kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik, az országba behoz, az országból kivisz, az ország területén átvisz, és valamennyi jelentős vagy különösen jelentős mennyiségű kábítószerrel elkövetett bűncselekmény.

ban, opiátok 5,1%-ban, egyéb kábítószer 6,3%-ban kerültek rögzítésre. A csekély mennyiségű kábítószerrel elkövetett kínálati típusú bűncselekmények legnagyobb részét is a kannabisszal elkövetett esetek tették ki (27,4%). Stimulánsok 10,9%-ban, új pszichoaktív anyagok mindössze 1,5%-ban kerültek rögzítésre, viszont az ismeretlen szerek aránya itt is magas volt (50,4%).

A termesztői/előállítói típusú elkövetések 96%-a kannabisz termesztéséhez kapcsolódott.

Egyéb magatartások (kóros szenvedélykeltés, kábítószer készítésének elősegítése) 87 esetben (1,3%) kerültek rögzítésre. Ezeknek az eseteknek több mint a harmada (37,9%) új pszichoaktív anyagokkal került elkövetésre, 18,4%-a egyéb, nem kategorizált kábítószerekkel elkövetett eset volt, 16,1%-a prekursorokhoz, 13,8%-a pedig kannabiszhoz volt köthető.

45. ábra. Ismertté vált kábítószer-bűncselekmények megoszlása elkövetői magatartások és szertípusok szerint, 2016



Forrás: ENYÜBS 2017, elemezte: NFP

Elterelés

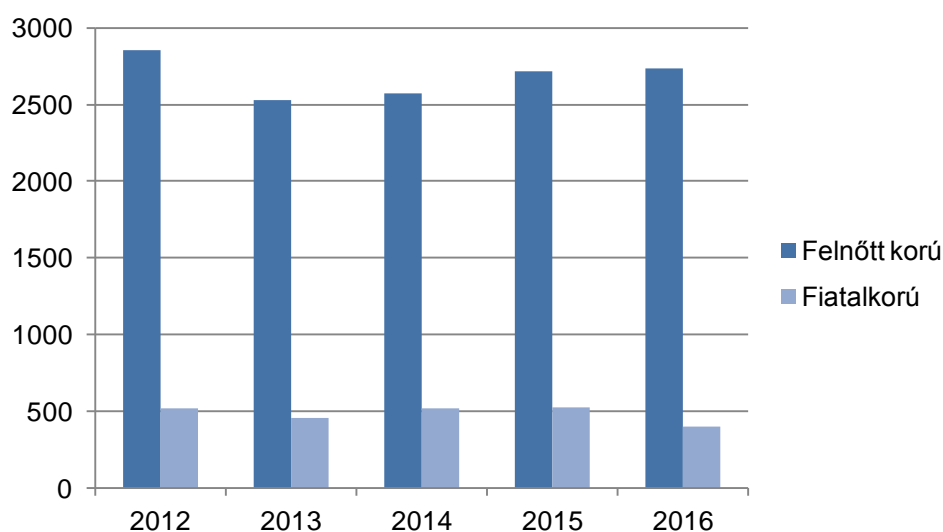
A kábítószerhez köthető ügyekben indult büntetőeljárások⁷⁷ nagyobb része még a bírósági szakasz megkezdése előtt lezárul, a büntetés alternatívájaként igénybe vehető elterelés intézményének köszönhetően. (Az elterelés jogszabályi háttere a Jogi keretek fejezet T2.1 alfejezetében, az elterelés keretében 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.

⁷⁷ 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 büntetőeljárási adatok tehát jóval szélesebb halmazt képeznek, mint a regisztrált bűncselekményi adatok.

2016-ban összesen 11745 büntetőeljárás fejeződött be kábítószerrel kapcsolatos ügyben, ebből vádemelésre mindössze 2770 esetben (23,6%) került sor. A büntetőeljárások maradék 76%-a még a bírósági szakaszt megelőzően lezárult, a nyomozás megszüntetése (38,7%), a feljelentés elutasítása (3,8%), egyéb befejezés (16,6%), vagy „elterelés” eljárási döntés következtében. Eltereléshez kapcsolódóan 2039 ügyben (17,4%) 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 3136 ügyben került sor, az esetek 87,3%-ában az elkövetők felnőtt korúak voltak, 12,7%-ában fiatalok.⁷⁸

46. ábra. Vádemelés elhalasztása (elterelés) mellett megállapított pártfogó felügyelet ügyek száma 2012-2016 között



Forrás: IM 2017

A kábítószer-bűncselekményeket elkövetők jellemzői

2016-ban a 6473 regisztrált kábítószer-bűncselekményhez kötődően 6167 elkövetőt regisztrált a bűnügyi statisztika⁷⁹. A korábbi évekhez hasonlóan, az elkövetők 90%-a férfi, 10%-a nő volt.

Az életkor szerinti megoszlást tekintve, az elkövetők 10,8%-a 18 év alatti, 32,6%-a 19 és 24 év közötti, 25,3%-a 25 és 30 év közötti fiatal volt. Összességében, a kábítószer-bűncselekményt elkövetők 68,7%-a a 30 éves vagy annál fiatalabb korosztályból került ki, míg az összes regisztrált bűnelkövető között a 30 év alattiak aránya mindössze 44,2% volt, a 19-24 év közöttiek aránya 17,2% volt, vagyis elmondható, hogy a kábítószer-bűncselekményeket elkövetők az egyéb bűncselekmények elkövetőinél jóval fiatalabbak.

⁷⁸ 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-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.

⁷⁹ Egy elkövető több bűncselekményt is elkövethet. A bűncselekményekre vonatkozóan a kinyert adatok teljeskörűek, az elkövetőkre vonatkozóan azonban nem, mivel az elkövetői adatok rögzítésére szolgáló „T” lapon csak a legsúlyosabb, illetve gyermekkorúként vagy fiatalokként elkövetett bűncselekményt kell feltüntetni.

A kábítószer-bűncselekményt elkövetők 32,7%-a általános iskolai végzettséggel rendelkezett, 32,8%-a pedig középfokú végzettséggel. Az elkövetők mindössze 2,2%-a rendelkezett felsőfokú végzettséggel.⁸⁰

T1.2.2 Kábítószer hatása alatt elkövetett bűncselekmények

2016-ban kábítószer hatása alatt összesen 5124 fő követett el bűncselekményt, ami az összes regisztrált hazai elkövető 5,1%-át tette ki. A kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövetők túlnyomó része (4679 fő, 91,3%) kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményt követett el, attól eltérő, egyéb bűncselekményt 445 fő (8,7%) követett el.

A kábítószer hatása alatt kábítószer-bűncselekménytől különböző bűncselekményt elkövetők fele (239 fő, 53,7%) közlekedési bűncselekményt követett el (ebből járművezetést ittas és/vagy bódult állapotban: 236 fő). Vagyon elleni bűncselekményt 94 fő (21,1%), személy elleni bűncselekményt 26 fő⁸¹ (5,8%) (ebből befejezett emberölést 1 fő, emberölési kísérletet 5 fő, testi sértést 17 fő), garázdaságot 38 fő (8,5%), egyéb bűncselekményt 48 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 mértéke 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 szerveket, 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

⁸⁰ 1979 fő esetében (32,1%) az iskolai végzettség nem ismert.

⁸¹ A régi Btk. hatálya alá eső összes esetet tartalmazza, az új Btk. hatálya alá eső eseteket csak részben, mivel a régi Btk.-ban a személy elleni bűncselekmények főcím alá sorolt egyes tényállásokat az új Btk. eltérő címek alatt nevesíti.

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 67 fővel 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 Nemzeti Adó- és Vámhivatal (NAV) vámhatósági tevékenysége kiterjed a kábítószernek minősülő anyagokra elkövetett jogsértések felderítésére is. Ezen feladatok stratégiaszintű meghatározása és kezelése érdekében 2015. április 28-án kiadmányozásra került a NAV Drogellenes Stratégiája. A stratégia a 2015-2016 közti időszak vonatkozásában határoz meg feladatokat (pl. felderítést vagy a kábítószergyanús anyagok azonosítását elősegítő eszközök beszerzése, oktatás és képzés, lefoglalt anyagok vizsgálata, társhatóságokkal való együttműködés) az egyes NAV szervek számára a Nemzeti Drogellenes Stratégiában foglalt célokkal összhangban. A NAV drogstratégiája elsősorban a kínálatcsökkentés elősegítését szolgálja, egyúttal e célok elérése érdekében megnevezi az egyes feladatok végrehajtásáért felelős NAV szervezeti egységeket.

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

T2.1 RÖVID TÁVÚ TRENDEK A KÁBÍTÓSZERPIAC LEGJELLEMZŐBB SZERTÍPUSAI ESETÉBEN

Lefoglalások

Kenderültvények 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 2010-2016 időszakban markáns változás nem tapasztalható.

A nagytételben lefoglalt marihuána mennyisége 2012-ben jelentősen megugrott, majd folyamatosan csökkent. 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.

A hasis lefoglalások száma a 2010. évi mintegy 40 esetről 2013-2014-re - folyamatos emelkedés mellett - elérte az éves mintegy 100 esetet, 2016-ban tovább emelkedett. Az emelkedés mind a nagytételű lefoglalások, mind a kisebb mennyiségű anyagok esetén megfigyelhető.

2009-2010 folyamán a heroin lefoglalások száma, illetve a lefoglalt anyag mennyisége is jelentősen visszaesett a korábbi évekhez képest. A 2011-2013 időszakban már mindössze 20 körüli volt a lefoglalások éves száma, és a lefoglalt összes anyagmennyiség is mindössze néhány kilogramm volt évente. A lefoglalások száma 2016-ban csökkent az előző évben tapasztalt növekvő tendencia után.

A kokain lefoglalások vonatkozásában, a 2011-2016 időszakban a lefoglalások számában kismértékű, de folyamatos emelkedés tapasztalható.

Az amfetamin lefoglalások száma – a kis tételű, 10 gramm alatti lefoglalások trendjéből adódóan – szintén enyhe emelkedést mutat a 2010-2016 időszakban.

Az MDMA tartalmú tablettákból 2010-ben mindössze 7 lefoglalás történt, de 2012-től a lefoglalások száma folyamatosan emelkedett. 2016 folyamán már 332 esetben foglaltak le ilyen tablettát. 2016-ban 9 nagytételű (1000 vagy több tablettát tartalmazó) lefoglalás történt. Az LSD lefoglalások száma a fenti anyagokhoz képest nem jelentős, jellemzők a kisebb tételű bélyeg lefoglalások, de az utóbbi években oldat, illetve por formában is foglaltak le LSD-t hatóságok. Ezek az esetek jellemzően a nagy nemzetközi érdeklődés mellett zajló nyári zenei fesztiválokhoz köthetők.

28. táblázat. *Lefoglalások száma 2012 és 2016 között*⁸²

szertípus	2012	2013	2014	2015	2016
marihuána	2092	2040	2058	1945	2673
kannabisz növény	193	196	146	127	153
hasis	103	101	101	141	149
heroin	26	32	31	48	34
kokain	118	117	143	153	229
amfetamin	454	536	598	633	778
metamfetamin	38	50	54	62	54
ecstasy tableta /MDMA, MDA, MDE/	91	181	213	219	332
LSD	28	22	29	33	32
<i>növényi anyagok szintetikus kannabinoidokkal</i>	<i>1,298</i>	<i>2099</i>	<i>3876</i>	<i>2440</i>	<i>2373</i>
<i>szintetikus kannabinoidok porokban</i>	<i>61</i>	<i>60</i>	<i>104</i>	<i>90</i>	<i>113</i>
<i>katinon származékok por formában</i>	<i>700</i>	<i>855</i>	<i>863</i>	<i>802</i>	<i>671</i>
<i>katinon származékok tablettában</i>	<i>174</i>	<i>174</i>	<i>40</i>	<i>67</i>	<i>70</i>

Forrás: BSZKI 2017

29. táblázat. *Lefoglalások mennyisége 2012 és 2016 között*⁸³

szertípus	2012	2013	2014	2015	2016
marihuána (kg)	1776,7	863,4	529,23	589,55	494,12
kannabisz növény (tő)	7382	5307	3288	2970	6482
hasis (kg)	3,1	5	7,91	18,15	3,69
heroin (kg)	2,5	5,7	70,06	11,74	2,11
kokain (kg)	13,3	8,1	39,65	30,53	25,06
amfetamin (kg)	29,9	74,8	15,95	32,48	24,78
metamfetamin (kg)	0,06	0,2	0,41	1,17	0,19
ecstasy tableta (db) /MDMA, MDA, MDE/	12437	17664	13020	56420	79702
LSD (adag)	599	342	965	398	928
<i>növényi anyagok szintetikus kannabinoidokkal (kg)</i>	<i>179,2</i>	<i>44,5</i>	<i>100,01</i>	<i>21,18</i>	<i>29,13</i>
<i>szintetikus kannabinoidok porokban (kg)</i>	<i>4,3</i>	<i>15,5</i>	<i>5,52</i>	<i>5,55</i>	<i>3,47</i>
<i>katinon származékok por formában (kg)</i>	<i>58,7</i>	<i>81,5</i>	<i>42,01</i>	<i>18,34</i>	<i>36,14</i>
<i>katinon származékok tablettában (db)</i>	<i>27876</i>	<i>55421</i>	<i>12902</i>	<i>15578</i>	<i>3256</i>

Forrás: BSZKI 2017

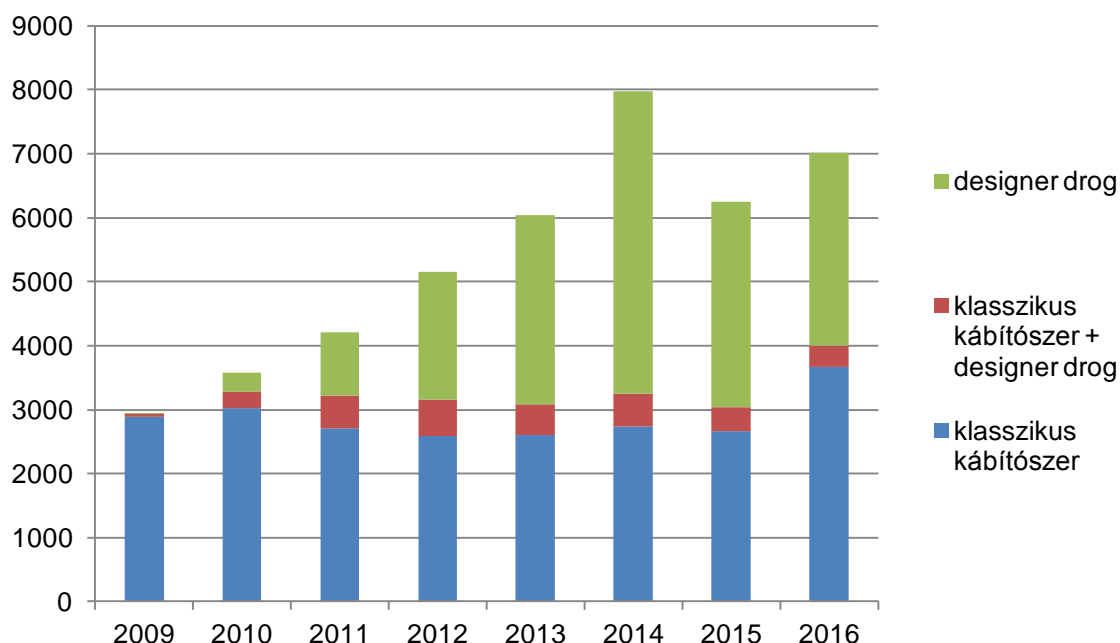
Az új pszichoaktív anyagok 2010-2014 folyamán teljesen átrendezték a magyar kábítószerpiacot (Lásd Kábítószeres fejezet T0.1.1 b)). A mefedron 2010 nyarán történő nagymértékű térnyerését követően a klasszikus szerekhez képest az új pszichoaktív anyagok aránya folyamatosan emelkedett. 2014-ben az új szerek („designer drogok”) a

⁸² Az alábbi táblázat a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet kábítószer-vizsgáló laboratóriumaiban vizsgált lefoglalások adatait, valamint botanikai vizsgálat alapján, a helyszínen lefoglalt kender-ültetvények adatait tartalmazza.

⁸³ Az alábbi táblázat a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet kábítószer-vizsgáló laboratóriumaiban vizsgált lefoglalások adatait, valamint botanikai vizsgálat alapján, a helyszínen lefoglalt kender-ültetvények adatait tartalmazza.

rendőrségi lefoglalások közel 60%-át tették ki. A lefoglalásokban folyamatosan emelkedő trend 2015 folyamán visszafordult, az új pszichoaktív anyagok lefoglalásai a kábítószer-lefoglalásokhoz közeli szintre estek vissza. Ez a tendencia 2016. év során tovább folytatódott, ekkor már a klasszikus kábítószereket tartalmazó lefoglalások száma meghaladta a „designer drogok” lefoglalásának számát.

47. ábra. „Klasszikus”⁸⁴ és „designer” szerek lefoglalásainak száma, 2009-2016 között



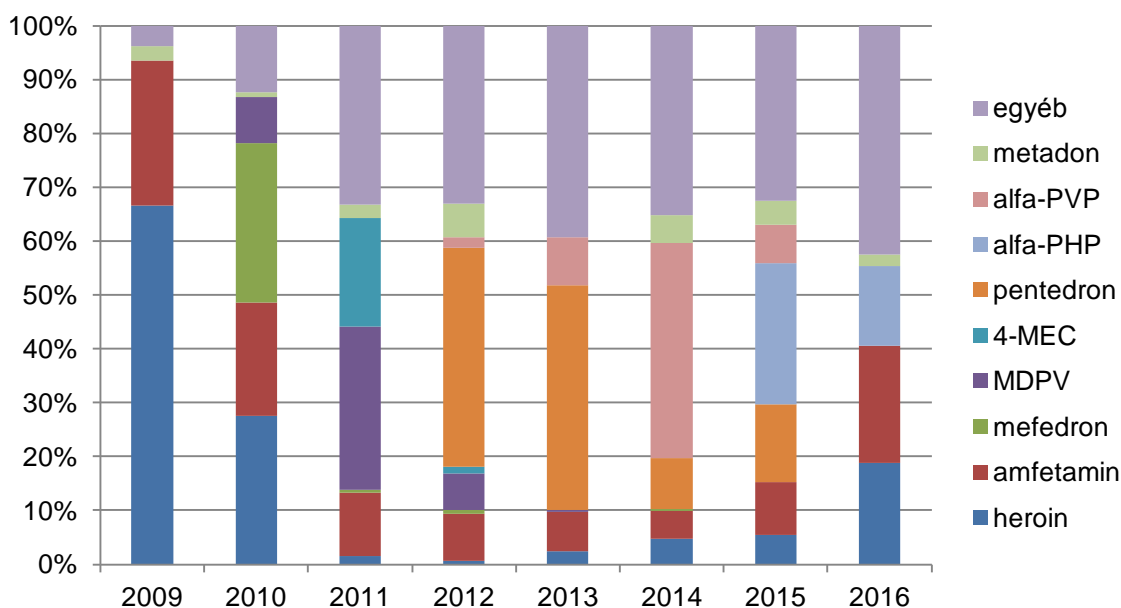
Forrás: BSZKI 2017

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 a legnépszerűbb katinonnak bizonyult. A 4-CMC és a TH-PVP fordult még elő említésre méltó arányban a lefoglalásokban. Ez a három vegyület új pszichoaktív anyagnak minősül, és a hosszú időn át népszerű, azonban már két éve a kábítószerek jegyzékén szereplő pentedront és alfa-PVP-t, valamint az új pszichoaktív anyagnak minősülő 4-CI-PPP-t szorították ki a piacról.

A laboratóriumi vizsgálatra kerülő, intravénás szerhasználathoz köthető tárgyakra 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 már a vizsgált tárgyak mintegy 20-20 %-ából amfetamin, illetve heroin volt azonosítható. A leggyakrabban injektált katinon az alfa-PVP (15%) volt, az esetek mintegy 45 %-ában egyéb vegyületek, vagy több anyag kombinációja volt azonosítható az eszközökről. (Az intravénás szerhasználók átalakuló szerhasználata nyomon követhető a túcsere kliensek, valamint a kábítószer-használat miatt kezelésbe lépők adataiban - lásd: Kábítószerek/ Stimulánsok T.1.2.1)

⁸⁴ Klasszikus szerek az ENSZ Kábítószer Egyezményeinek valamely jegyzékén szereplő anyagok minősültek.

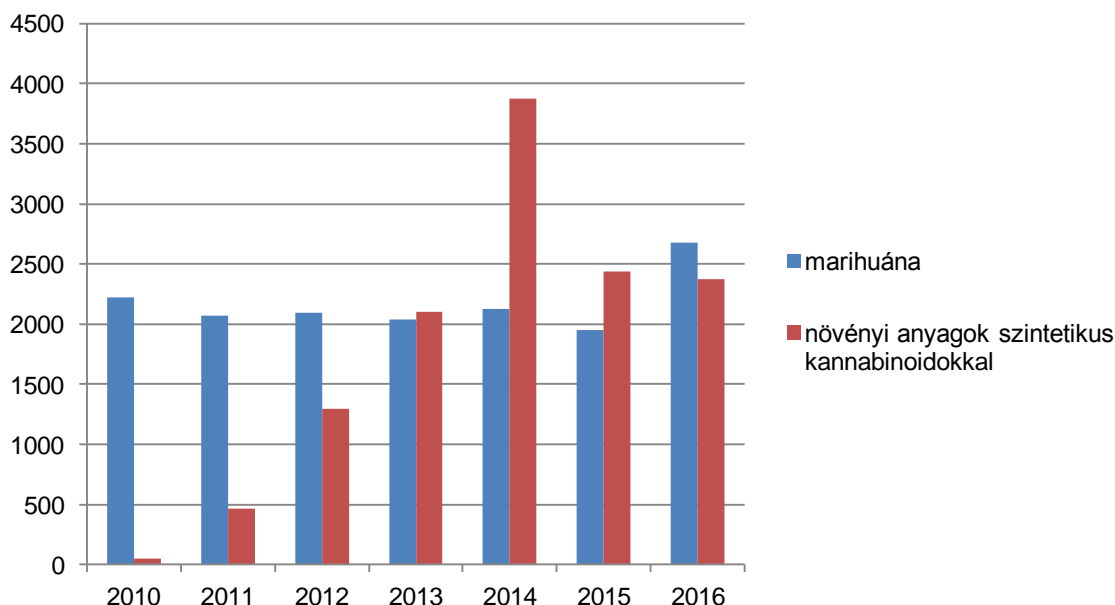
48. ábra. Az intravénás szerhasználatához köthető tárgyakról kimutatott hatóanyagok 2009-2016 között (%)



Forrás: BSZKI 2017

A növényi törmelékekre impregnált szintetikus kannabinoidok lefoglalásai 2010 ősztől kezdődően mutatnak folyamatos emelkedést. A „herbál”, „biofű” vagy „zsálya” néven ismert termékek lefoglalásainak száma 2014-ben megközelítette a marihuána lefoglalások kétszeresét, de 2015-ben itt is számottevő visszaesés tapasztalható.

49. ábra. Marihuána és szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok lefoglalásainak száma 2010-2016 között



Forrás: BSZKI 2017

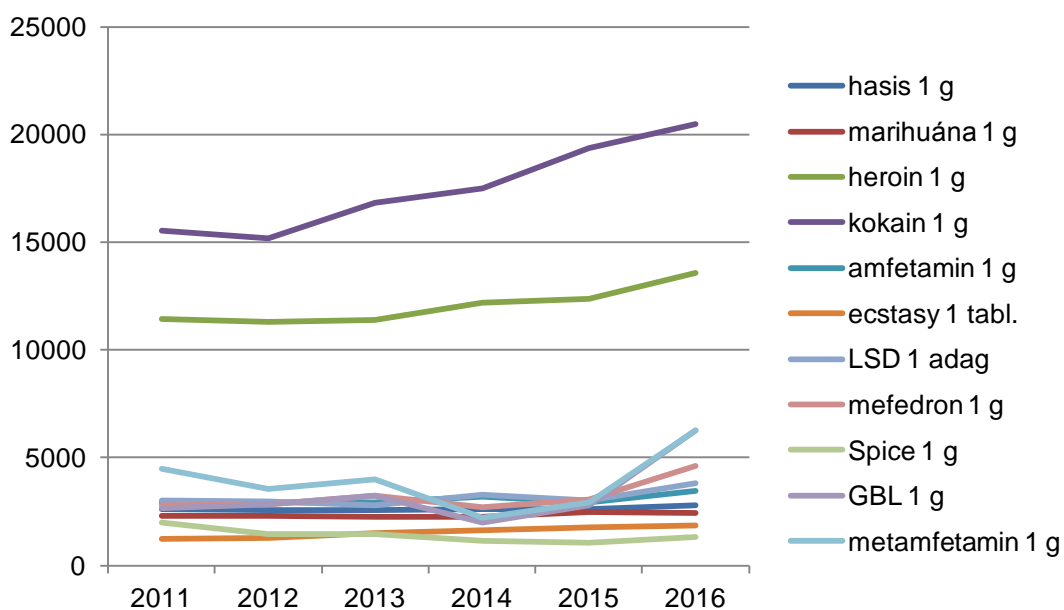
A termékekben található hatóanyagok köre a jogszabályi változásokat általában dinamikusan követi, egy-egy időszakban jellemzően 1-2 domináns hatóanyag fordul elő a piacon. A 2011-2014 időszakban az egyes hatóanyagok az ellenőrzés alá vonást követően, általában 1-3 hónap alatt, jelentősen visszaszorultak 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 készítmények. A leggyakoribb hatóanyagok 2016-ban az ADB-FUBINACA és az AMB-FUBINACA voltak.

Kábítószerárak

A Nemzeti Drog Fókuszpont kutatása (Varga 2017) szerint az elmúlt években a kábítószer utcai áraiban fellelhető tendenciák tovább folytatódnak. Az új pszichoaktív szerek és a metamfetamin esetében folyamatos csökkenés után egy enyhe emelkedés látható. Az ecstasy tabletták ára növekedést mutat. Ugyanez a növekedés figyelhető meg a heroin és a kokain esetében, amely összefüggésben lehet a piacon betöltött szerepük változásával: a kínálat csökkenésével, és az új szerek térhódításával.

50. ábra. Kábítószeresek átlagos utcai árai forintban 2011-2016 között



Forrás: Varga 2017

Tisztaság

A lefoglalt marihuána és hasis hatóanyag-tartalmában, a 2010-2016 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 2016-ban az esetek mintegy 10%-át tették ki.

Az MDMA tabletták hatóanyag-tartalmában növekedés figyelhető meg, több esetben kerültek lefoglalásra különleges alakú, nagyméretű tabletták, melyek akár 210 milligramm MDMA hatóanyagot tartalmaztak.

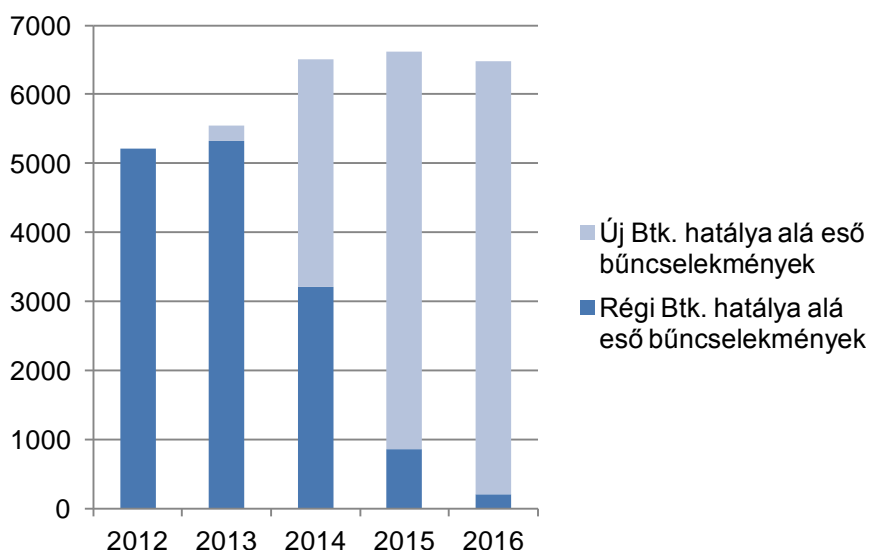
T2.4 KÁBÍTÓSZER-BŰNCSELEKMÉNYEK – RÖVIDTÁVÚ TRENDK

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.

Összességében elmondható, hogy a regisztrált kábítószer-bűncselekmények száma az elmúlt 5 évben évi 5-6000 eset körül alakult; 2016-ban 6473 esetet regisztráltak, mely követte az eddigi trendet.

51. ábra. A regisztrált kábítószer-bűncselekmények száma Magyarországon 2012-2016 között



Forrás: ENYÜBS 2017, elemezte: NFP

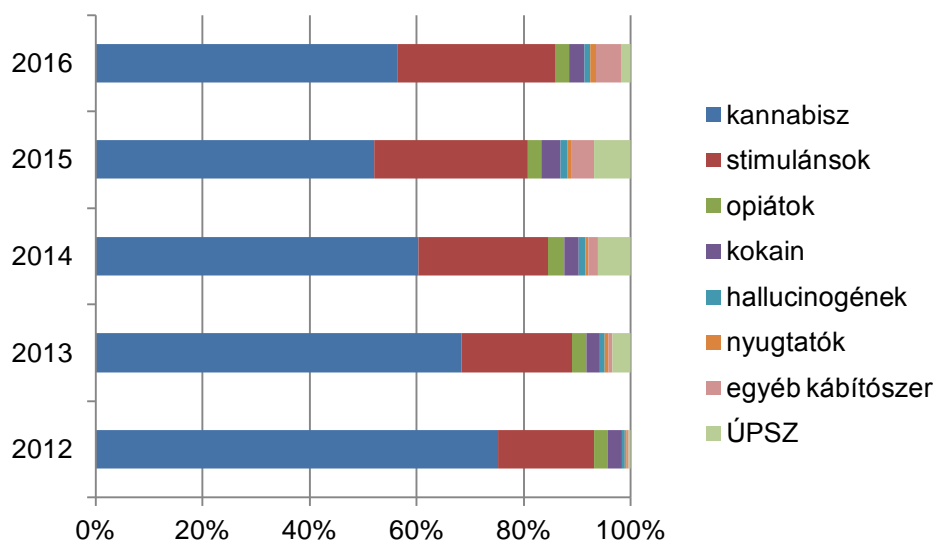
Az elkövetői magatartások tekintetében az elmúlt 5 évben a kábítószer-bűncselekmények 80-90%-át a saját használattal összefüggésben elkövetett, fogyasztói típusú magatartások tették ki. a kereskedői típusú, kábítószer-kínálattal összefüggő magatartások aránya rendre 20% alatt maradt. A bűncselekmények túlnyomó többségét (80%) csekély mennyiségű kábítószerrel követték el, jelentős mennyiségű kábítószer a visszaélések mintegy 2-3%-ában fordult csak elő.

Az elmúlt öt évet vizsgálva, a kábítószer-bűncselekmények legnagyobb hányadát kannabisszal követték el. Ugyanakkor a kannabisz aránya a szertípusok között fokozatos csökkenést mutat: 2012-ben még az esetek 75%-át, 2016-ban már csak 56,5%-át követték el ezzel a szerrel. A bűncselekmények szertípus szerinti megoszlásának változása némileg követte a kábítószerpiacon (lásd T2.1 alfejezet) és a szerhasználati mintázatokban (lásd Kábítószeres/Stimulánsok és Kábítószeres/Opiátok fejezetek T1.2 alfejezetei) bekövetkezett változásokat: 2012 és 2016 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%). 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%, 2016: 3,5%).

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 mindössze 1,8%-át. Ugyanakkor, a nem ismert szerekkel elkövetett esetek száma is növekedést mutatott 2013 és 2016 között, és 2015-ről 2016-ra is csaknem 60%-kal nőtt (2013: 23 eset, 2015: 287 eset, 2016: 482 eset); valószínűsíthető, hogy az új pszichoaktív anyagokhoz köthető esetek egy része ebben a kategóriában jelenik meg a bűnügyi statisztikában.

52. ábra. A kábítószer-bűncselekmények⁸⁵ megoszlása szertípus szerint 2012-2016 között



Forrás: ENYÜBS 2017, elemezte: NFP

T2.7 A KÍNÁLATCSÖKKENTÉSI TEVÉKENYSÉG VÁLTOZÁSAI

Lásd T1.3.1 alfejezet.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ, beleértve a 2016-os évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1. és a T2. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

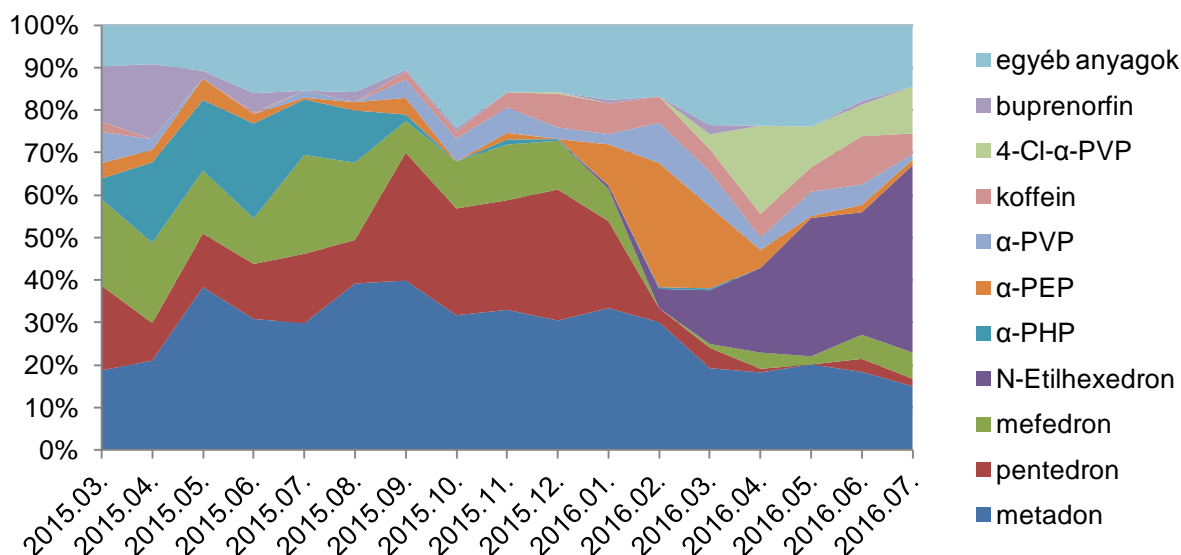
Anyagmaradványok vizsgálata használt injektáló eszközökön

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).

⁸⁵ 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.

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)

53. 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

BSZKI (2017): A BSZKI lefoglalási adatai 2009 és 2016 között.

Dunay, M., Port, Á. (2015): Az új pszichoaktív szerek online piacának vizsgálata 2015. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

ENYÜBS (2014): A Legfőbb Ügyészség Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos adatai 2004-2013.

ENYÜBS (2017): A Belügyminisztérium Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos, 2016. évre vonatkozó adatai.

Gyarmathy, V.A., Péterfi, A., Figezki, 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 (2017): Az Igazságügyi Minisztérium 2016-ra vonatkozó beszámolója a 2017-es EMCDDA Jelentés elkészítéséhez.

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

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

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* 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 internetoldalokról az EMCDDA Online Snapshot vizsgálatának részeként, 2012. EMCDDA/Nemzeti Drog Fókuszpont.

Port, Á. (2013): Felmérés az új pszichoaktív anyagokat árusító magyarországi internetoldalokról az EMCDDA Online Snapshot vizsgálatának részeként, 2013. EMCDDA/Nemzeti Drog Fókuszpont.

Ritter, I. (2010): A hazai amfetamin kínálati piac. Kutatási beszámoló. Egészséges Ifjúságért Alapítvány.

Varga, O. (2017): A kábítószeres utcai árak alakulása 2016-ban. Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőíves adatgyűjtés.

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 kábítószerfajttal is történt visszaélés, nincs egységes előírás arra vonatkozóan, hogy melyik szertípus rögzítendő.

Lefoglalások (BSZKI 2015): 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 lépésben 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.

Kábítószeres utcai árai (Varga 2017): A kábítószeres utcai árait felmérő kutatás 5 város 8 drogambulanciájának részvételével zajlott. Az egyes szertípusok legalacsonyabb, legmagasabb, leggyakoribb és átlagos árai a szervezetek munkatársai által a klienseknek feltett kérdésekre adott válaszok alapján kerültek kiszámításra.

A hazai amfetamin kínálati piac (Ritter 2010): A 2010-ben, az Egészséges Ifjúságért Alapítvány által a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatásával készült kutatás célja a hazai amfetamin kínálati piac működési struktúrájának feltárása volt. A kínálati oldalt jellemző indikátorok: lefoglalások a vizsgált időszakban; büntetőeljárások a vizsgált időszakban; hazai előállítók, befektetők, beszerzők tevékenysége; az amfetamin-elosztás szervezettsége, struktúrája. A vizsgálati mintát egyrészt az elmúlt 10 év kriminálstatisztikai és droglefoglalási adatai, másrészt az ORFK, a BRFK szakembereivel, drogos ügyekben legalább 3 éve rendszeresen eljáró ügyészekkel és bírókkal készült beszélgetések, valamint az amfetamin-kereskedelem/terjesztés miatt jogerősen elítéltekkel készült interjúk alkották. Összesen 48 interjú készült, ebből 39 elítéltekkel és 9 szakemberekkel.

„Tisztább kép” (Péterfi 2016): Lásd a Kezelés fejezete T5.2 alfejezetében.

KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA A BÖRTÖNBEN⁸⁶

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 intézetben 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. intézményen 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.

⁸⁶ A fejezet szerzője: Port Ágnes

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 INTÉZMÉNYI HÁTTÉR

Magyarországon 2016-ban 30 bv. intézet működött, összesen 13209 férőhellyel. Az intézetek közül országos hatáskörrel működött 15 intézet, megyei hatáskörrel 15 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 2016. december 31-én 17658 fő volt, ebből 16361 (92,7%) volt a férfi és 1297 (7,3%) a női, 307 (1,7%) a fiatalok fogvatartottak száma.

A magyar börtönökben jelentős a túltelítettség: 2016-ban a bv. intézetek átlagos telítettsége 131%-os volt. (BVOP 2017) A túltelítettség súlyosbítja a börtönbeli kábítószer-problémát. Kábítószer-bűncselekmények⁸⁷ miatt 1264 fő töltötte ítéletét 2016. január 1. és 2016. december 31. között, ami az átlagos fogvatartotti populáció 7%-át tette ki.

T1.2 KÁBITÓSZER-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 T6.2 alfejezetben). A vizsgálatba bevont fogvatartottak 31,8%-a (355 fő) fogyasztott saját bevallása szerint kábítószerrel 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 stimulánsok⁸⁸ 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 gyógyszer⁸⁹, melynek elhagyása befolyásolná viselkedését. Valamilyen hallucinogén szert⁹⁰ 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

⁸⁷ Kábítószer birtoklása, Kábítószer készítésének elősegítése, Kábítószer-kereskedelem, Kábítószer-prekurzorral visszaélés, Kóros szenvedélykeltés, Új pszichoaktív anyaggal visszaélés, Visszaélés kábítószer előállításához használt anyaggal, Visszaélés kábítószerrel

⁸⁸ A stimulánsok közé a következő szereket sorolták a vizsgálat során: kokain, amfetamin-származékok, amfetamin (speed), metamfetamin (ice), MDMA (ecstasy)

⁸⁹ A kérdőívben nem volt specifikálva, hogy orvos által felírt és rendeltetésszerűen használt, vagy visszaélésszerűen használt gyógyszerről van-e szó.

⁹⁰ 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 ítélte⁹¹ 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 kábítószerfüggőnek⁹² 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 drogot⁹³. 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.⁹⁴ 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

⁹¹ Saját bevallása szerint jellemzően többféle szerrel fogyasztott.

⁹² A kábítószer-függőség fogalma a bekerülési adatlapon nincs külön definiálva, a fogvatartottak saját megítélésük szerint nyilatkoztak kábítószer-függőségükről.

⁹³ A kutatás során a tiltott drogok közé az alábbiakat sorolták: kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, heroin, egyéb opiát, LSD, mágiikus gomba, crack, GHB, bármilyen drog intravénásan, herbál drogok, rush, angyalpor, l-por (ketamin)

⁹⁴ 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 hepatitisz 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 2016 folyamán kábítószergyanús anyag lefoglalására 311 esetben került sor, ebből 243 alkalommal (78%) már az előtt megtörtént a felderítés, hogy a fogvatartottakhoz a tiltott szerek eljuthattak volna. Kábítószergyanús anyagot a fogvatartottak elhelyezésére szolgáló helyiségekben, valamint személyes tárgyaik között 68 alkalommal találtak.

A lefoglalt szerekre vonatkozóan nincs egységes jelentési kötelezettség, a BVOP beszámolója szerint (BVOP 2017) jellemzően marihuánát, amfetamint, illetve ezek származékait, valamint új típusú pszichoaktív szereket kívántak bejuttatni az intézetekbe. Az új típusú szerekre a korábbiakhoz képest megnövekedett kereslet érzékelhető a fogvatartottak körében, erre vonatkozóan azonban konkrét számadatok nem állnak rendelkezésre.

Kábítószer hatóanyag kimutatására kábítószer-használat gyanúja miatt vizsgált vizeletmintából 8 esetben (10 fogvatartottat érintően) került sor 2016 során. Ebből egy esetben a laborvizsgálat MDMA hatóanyagot mutatott ki, a további esetekre vonatkozóan az analitikai eredményekről az intézeteknek nem volt információja.

Egy 2016-ban végzett felmérés (Port 2016) szerint 2015-ben a bv. intézetben belül kábítószer-használat felderítésére 8 intézetben, 43 fogvatartott esetében került sor. A 43 esetből ugyanakkor 30 esetet egy intézetből jelentettek, a többi intézetben jellemzően csupán 1-2 esetben került sor kábítószer-használat felderítésére. A felderített kábítószer-használat esetek többsége az alábbi szerekhez volt köthető: marihuána, szintetikus kannabinoidok, visszaélészerűen használt gyógyszerek.

Injektáláshoz kapcsolódó eszközök lefoglalása, illetőleg intravénás szerhasználat felderítése a hazai bv. intézetekben nem jellemző, 2016-ban sem volt ilyen eset. (BVOP 2017)

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 az Országos Addiktológiai Centrum TDI adatgyűjtéséből állnak rendelkezésre adatok. A TDI adatgyűjtésbe a TDI-protokollnak megfelelően a büntetés-végrehajtási intézetek is jelentik a kezelésbe lépő eseteiket.⁹⁵

⁹⁵ 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 megkezdett eseteket. 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 TDI adatok alapján 2016-ban 128 fogvatartott kezdett kezelést (121 férfi, 5 nő, 2 fő neme nem ismert) kábítószer-probléma miatt, valamennyien elterelés keretében.

A falakon kívül és falak között kezelést kezdő kábítószer-használók között számos eltérés figyelhető meg mind szociodemográfiai, mind pedig szerhasználati jellemzőik tekintetében. Az átlagéletkor kis mértékben magasabb volt a bv. intézetekben kezelést kezdők körében (fogvatartottak 31,1 év; nem fogvatartottak 28,6 év). Az első használat átlagos életkorát tekintve nem volt számottevő különbség a fogvatartottak (19,8 év) és a nem fogvatartottak (19,7 év) között. A férfiak aránya jellemzően magas a szerhasználók körében, a kezelést kezdő fogvatartottak esetében 96%, míg a nem fogvatartottak esetében 86% volt, ami részben köszönhető a fogvatartotti populáció nemi megoszlásának is (93% férfi, 7% nő). A legmagasabb iskolai végzettség tekintetében a falakon kívül kezelést kezdők fele (47%) rendelkezett legfeljebb általános iskolai végzettséggel, míg a fogvatartottak esetében ez az arány csaknem 90%-os volt.

A szerhasználati mintázatot vizsgálva, a stimulánshasználat (elsősorban amfetamin) és a kokainhasználat nagyobb arányban jellemezte a falak között kezelést igénylőket, míg a kannabiszhasználat és az egyéb, nem klasszikus szerek használata 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 11,7%-a esetében az injektlás volt a jellemző szerhasználati forma, és 18,3% számolt be arról, hogy életében valaha injektlált kábítószerrel. A nem fogvatartottak esetében 4,6%, illetve 11,9% százalék volt az elsődleges szerüket intravénásan fogyasztók, illetve a valaha injektlálók aránya.

30. táblázat. A 2016-ban kezelésbe lépő fogvatartott és nem fogvatartott kliensek főbb jellemzői ($N_{\text{fogvatartott}}=128$; $N_{\text{nem-fogvatartott}}=3970$)⁹⁶

fogvatartottak		nem fogvatartottak
31,1 év	átlagéletkor	28,6 év
96%	férfiak aránya	86%
88,2%	legfeljebb 8 általánost végzettek aránya	46,5%
39,1%	kannabiszhasználók aránya	57,3%
43,8%	stimulánshasználók aránya	18,1%
7,0%	kokainhasználók aránya	2,6%
6,3%	opiáthasználók aránya	4,8%
2,3%	egyéb, nem klasszikus szereket használók aránya	8,5%
11,7%	elsődleges szerüket injektlálók aránya	4,6%
18,3%	valaha injektlálók aránya	11,9%

Forrás: TDI adatgyűjtés 2017, 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 találta. 1553 fő kockázati magatartásokkal kapcsolatosan is töltött

⁹⁶ Az arányok kiszámítása az adott változóra „nem ismert” választ adók kizárásával történt.

ki kérdőívet. Utóbbi válaszadók harmada (35,6%) fogyasztott már életében kábítószer, közülük 37,8% injektált is legalább egyszer. Azok körében, akik már fogyasztottak kábítószer 9,4% volt a HCV prevalenciája; azok körében, akik injektáltak is, 22,5% volt az előfordulás gyakorisága. 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.

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 kábítószer, 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 kábítószer használók körében 24,8%-os HCV prevalenciát mért a vizsgálat.⁹⁷

A 70 HCV-fertőzött fogvatartott 82,9%-a vallotta azt, hogy használt valaha intravénásan kábítószer, 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 kábítószer, 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 történhetett 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 kábítószeranyagok anyaggal kapcsolatban rendelkezésre álló adatok és információk a T1.2.2 alfejezet „*Kábítószer-használat a börtönben*” pontja alatt olvashatók.

A BVOP információi szerint (BVOP 2017) a kábítószeranyagok jellemzően postai küldeményben érkeznek be az intézetekbe, élelmiszerben, dohányban elrejtve, kávéba vagy krémbe, fogkrémbe keverve. Ezen kívül gyakori, hogy az egyes intézetek sétaudvarára dobják be, vagy látogató fogadása során adják át az illegális szereket a hozzátartozók. Az új típusú pszichoaktív szereket a tapasztalatok szerint a kapcsolattartók a különböző postai

⁹⁷ 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.

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).

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: Kábítószer-politika fejezet T1.1 alfejezet) két helyen nevesíti a büntetés-végrehajtás intézményeit: a prevenció-, valamint a kezelés-ellátás pilléreknél. A prevencióval foglalkozó fejezet önálló színtérként 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 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 modell⁹⁸ is a kábítószer-probléma megközelítésében, mely a legfőbb akadályát jelenti az ártalomcsökkentő beavatkozások bevezetésének.

2008-ban jött létre a Büntetés-végrehajtási Szervezet Kábítószerügyi Szakmai Bizottsága, az alábbi feladatokkal: a büntetés-végrehajtási szervezet keretein belül a kábítószer kínálat, kereslet és ártalomcsökkentő programok országos koordinálása, a prevenciós programok felügyelete, a szakemberek kábítószer képzésével, továbbképzésével összefüggő irányelvek kidolgozása, a tervezett intézkedésekhez módszertani útmutatók kidolgozása, pályázatok előkészítése, a működtetéshez források felkutatása. 2008 és 2015 között a Bizottság nem volt aktív, konkrét feladatok, problémák felmerülésekor eseti jelleggel működtek együtt az

⁹⁸ E szerint a börtönben található kábítószeres és paraferaliák elsősorban tiltott tárgyaknak minősülnek. A biztonsági állomány kötelessége a tiltott tárgyak felderítése, kiszűrése és elkobzása, az esetleges kereslet- vagy ártalomcsökkentő programokból adódó kontraindikációk ellenére is.

érintett szervek képviselői. 2016 folyamán a BVOP-n belül megalakult egy, a bv. szervezetben a kábítószer-problémát érintő gyakorlatok felülvizsgálatával, megújításával és hatékonyabbá tételével foglalkozó munkacsoport. A munkacsoport ülésein elsősorban a témával összefüggő, rendelkezésre álló adatokat és tényeket tekintette át, valamint meghatározásra kerültek a legfontosabb beavatkozási pontok, problémagócok. A munkacsoport a későbbiekben a BVOP-n állandó jelleggel működő Kábítószerügyi Szakmai Bizottság (KSZB) kialakításán dolgozott, a fogvatartási kockázatok minimalizálása és a reintegrációs célkitűzések minél teljesebbkörű megvalósulása, valamint a kábítószer-prevenció különböző szintjeinek és a fogvatartottak kezelésének-ellátásának központi összefogása és koordinálása érdekében. Kidolgozásra került a KSZB működési rendjéről szóló dokumentum, melynek célja, hogy segítséget nyújtson a KSZB tevékenységéhez és meghatározza annak személyi- és feladatkörét.

Eltereltek a büntetés-végrehajtás intézményein belül

A magyar jogrendszer lehetőséget biztosít rá, hogy a bekerülésük előtt visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető fogvatartottak⁹⁹ 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). Amennyiben a fogvatartott jogosult az elterelés valamelyik formájának¹⁰⁰ igénybevételére, a kezeléshez szükséges előzetes állapotfelmérést a bv. intézet pszichiátora, addiktológus szakorvosa, vagy klinikai szakpszichológusa végezheti. Az állapotfelmérés meghatározza a szolgáltatás formáját, szintjét. 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 különböző fogvatartotti csoportok (férfiak, nők, fiatalok, előzetes letartóztatásban lévők) számára az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (IMEI) mellett hat további bv. intézet jogosult. Az eltereltek számára megelőző-felvilágosító szolgáltatást 2017. január 1-től a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság (2016. december 31-ig az NRSZH) által meghatározott, területi ellátási kötelezettséggel bíró (külső) szolgáltató útján kell biztosítani, a bv. intézet és a szolgáltató között kötött együttműködési szerződés szerint; 2016-ban 12 intézetben zajlott ilyen tevékenység.

2016-ban a BVOP adatai szerint kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben 49 fő, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban 187 fő, megelőző-felvilágosító szolgáltatásban 221 fő vett részt.¹⁰¹ 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).

⁹⁹ Más bűncselekmény elkövetéséért büntetésüket töltő, bekerülésük előtt olyan kábítószer-bűncselekményt elkövető fogvatartottak, melyben elsőfokú ítélet még nem született.

¹⁰⁰ Elterelés keretében 3 féle ellátás vehető igénybe: megelőző-felvilágosító szolgáltatás; kábítószer-függőséget gyógyító kezelés; kábítószer-használatot kezelő más ellátás.

¹⁰¹ 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.

T1.3.3 Kábítószer-használattal összefüggő egészségügyi és egyéb szolgáltatások a bv. intézetekben

Befogadási eljárás

A 2015 januárjától hatályos új bv. tv.¹⁰² 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 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.¹⁰³ A nyilatkozat valóságtartalmának ellenőrzésére nincs mód. Egyéb addikció súlyossági vagy más hasonló sztenderdizált kábítószer-érintettségét 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 prevenciók körletek, részleg kialakítását a bv. intézetekben az önként jelentkező¹⁰⁴ fogvatartottak számára. Jelenleg a drogprevenciók 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 rendbírás helyébe lépő elzárás végrehajtásának részletes szabályairól, valamint a 7/2015.(I.20.) OP szakutasítás a drogprevenciók részleg működéséről határozza meg részleteiben. A drogprevenciók részleg 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 részleg történő elhelyezésre elsősorban azon fogvatartottak kérelmét lehet engedélyezni,

- akiket kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény miatt ítétek el;
- akiről a befogadás során vagy a felkészítő 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 drogprevenciók részlegébe történő felvételét kérni.

A prevenciósrészlegben a fogvatartottak elhelyezésére külön zárkákban vagy körleten kerül sor. Az itt elhelyezett fogvatartottak írásos nyilatkozatban vállalják a részvételt a minimálisan havonta, de egyébként bármikor elrendelhető drogszűrésen.

A részlegben elhelyezett fogvatartottak reintegrációs tevékenységét komplex terápiás program keretében kell megvalósítani. Részükre a reintegrációs tiszt heti foglalkoztatási programot készít, amely tartalmazza a prevenciók programokat is. A részlegben elhelyezett fogvatartottak magatartását, aktivitását, érdeklődését, együttműködési készségét,

¹⁰² 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról

¹⁰³ 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.

¹⁰⁴ A jelentkezésnek nem feltétele a korábbi szerhasználat.

kapcsolattartását és egyéb lényeges eseményeket a reintegrációs tiszt legalább hathavonta értékeli. 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 szűk értelemben vett medikális szolgáltatások jelentős részét külső civil szervezetek közreműködésével, pályázati finanszírozás útján biztosítja a bv.

2016-ban 18 bv. intézetben működött drogvenciók körlet, összesen 333 férőhellyel. Az itt elhelyezett fogvatartottak száma változó, 2016. december 31-én 198 fő volt, ami megfelelt az év során jellemző átlagos feltöltöttségnek. (BVOP 2017)

A BVOP és az NFP közös kutatásából (Port 2016) származó adatok¹⁰⁵ szerint 2015-ben a drogvenciók körleten nyújtott programok, szolgáltatások az intézetek többségében (18-ból 14 esetben) vegyesen, külső szolgáltató bevonásával és az intézet munkatársainak közreműködésével valósultak meg, 3 intézetben külső szolgáltató biztosította azokat, 1 intézet pedig kizárólag a saját munkatársaira támaszkodott.

A drogvenciók körleten biztosított szolgáltatásokon túl, valamennyi fogvatartott számára nyitott program 28 intézetben került megvalósításra 2015-ben. 14 intézet 1 db program, 6-6 intézet 2, illetve 3 db program, egy intézet 5 db, egy pedig 7 db program megvalósításáról számolt be. Az intézetek felében (14) a prevenciók beavatkozásokat külső szolgáltató biztosította, 10 intézet külső és belső erőforrásokat egyaránt felhasználva, 4 intézet csak a saját belső erőforrásaira támaszkodva valósította meg azokat. Az elért fogvatartottak száma programonként 5-6 főtől 225 főig terjedt (100-nál több résztvevővel 3 program zajlott), összesen mintegy 1150 fő volt. Az egyes programokon résztvevők száma leggyakrabban 10 és 50 fő között mozgott, átlagosan 83 fő volt.

A prevenciók körleteken biztosított, illetve az attól függetlenül, valamennyi fogvatartott számára nyitott drogvenciók programok hasonlóak voltak tartalmukat tekintve: jellemzően csoportos és egyéni pszichológiai foglalkozásokat, esetenként ismeretterjesztő előadásokat tartalmaztak. A programok fókuszában az esetek döntő 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 állt. Formájukat, módszerüket tekintve a programok változatosak voltak: kézműves foglalkozások, zeneterápia, meseterápia, sportfoglalkozások, kutyaterápia, kulturális programok (filmvetítés, irodalmi csoport), életvezetési tanácsadás.

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. 2016 folyamán 8 intézetben, összesen 181 fogvatartott részvételével zajlott ilyen program.

2016-ban a TÁMOP-5.6.3. projekt keretében a fiatalokú elkövetők részére életvezetési, életviteli készségek fejlesztését célzó 30 órás foglalkozások megtartására került sor. A projekt célja az volt, hogy a fiatalokúak olyan készségeket sajátítsanak el (döntéshozás, visszautasítás, nemet mondani tudás), amelyek segítségével ellen tudnak állni a drogok és az alkohol csábításának, illetve maximalizálni tudják életminőségüket.

Kezelés-ellátás

A hazai bv. intézetekben 2013-ban végzett kérdőíves felmérés (Port és Tarján 2014) során kábítószer-probléma kezelését célzó programok megvalósításáról 2012 folyamán 18 intézet számolt be. Az intézetek a kezelési programokat nagyjából az elterelés részeként igénybe vehető megelőző-felvilágosító szolgáltatás (12 intézet) vagy kábítószer-függőséget

¹⁰⁵ 18 intézet adatai alapján.

gyógyító kezelés (2 intézet) keretében, külső szolgáltatók bevonásával valósították meg. Több intézetben nem váltak szét élesen a kezelési és prevenciós programok, vagyis a kezelést is a prevenciós körlet/csoport keretében biztosították. A kezelési programok, a prevenciós programokhoz hasonlóan, főként egyéni vagy csoportos foglalkozás, tanácsadás keretében zajlottak, és olyan kompetenciák fejlesztését célozták meg, mint a megküzdési erőforrások felismerése és megküzdési technikák elsajátítása, börtönártalmak csökkentése, szabadulásra felkészítés, önismeret fejlesztése, szociális kompetencia fejlesztése, asszertivitás növelése, visszaesés megelőzése. Módszerüket tekintve a programok változatosak voltak: pszichodráma, film, viselkedés terápia, stb.

A különböző kezeléstípusok¹⁰⁶ elérhetőségéről a kutatásban résztvevő 31 intézet közül 25 adott meg információt. Ez alapján alacsony intenzitású, járóbeteg típusú ellátás 14 intézetben, közepes/magas intenzitású, fekvőbeteg típusú ellátás keretében biztosított kezelés 5 intézetben volt elérhető. Megelőző-felvilágosító szolgáltatás elérhetőségét 18 intézet biztosította. A kérdőív rákérdezett arra is, hogy az egyes intézetekben hogyan történik az esetlegesen kábítószer elvonási tünetekkel jelentkező fogvatartottak kezelése. A 27 érvényes választ adó intézet közül az elvonási tünetek kezelése jellemzően gyógyszeres úton történik 11 intézetben, további 12 intézetben a gyógyszeres kezelést kiegészíti pszichoszociális kezelés is. Több intézet jelezte, hogy az intézeten belül elvonási tüneteket nem kezelnek, mert arra már azelőtt sor kerül, hogy hozzájuk kerülne a fogvatartott.

A 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 zajlik felvilágosítással egybekötött hepatitis C szűrőprogram a hazai bv. intézetekben¹⁰⁷. A HCV kampány szűrővizsgálatok egy előzetes félórás felvilágosító előadással kezdődnek, amely után a fogvatartottak önkéntes módon vehetik igénybe a szűrővizsgálatot. A vérminták vizsgálatára a Szent László Kórházban kerül sor.

A BVOP adatai szerint (BVOP 2017) 2016 során HCV/ HBV/ HIV/ TBC fertőzéssel kapcsolatos felvilágosításra 24 bv. intézetben került sor szervezett formában, összesen 11412 fő (az átlag fogvatartotti létszám 63%-a) részvételével.

2016 folyamán HCV szűrésen összesen 2495 fogvatartott vett részt, az átlagos fogvatartotti létszám 13,8%-a. Közülük 154 fő (6,2%, a teljes fogvatartotti létszám 0,9%-a) bizonyult HCV ellenanyag pozitívnak, ebből 98 fő egyidejűleg fertőzőképes hepatitis C vírus hordozó is volt. Hepatitis B szűrés 1059 esetben (a fogvatartotti létszám 5,9%-a) történt, 13 HBV+ fogvatartott kiszűrésére került sor. HBV elleni védőoltásban 39 fogvatartott részesült. HIV szűrés 411 esetben (a fogvatartottak 2,3%-a) történt, 1 HIV+ eset került kiszűrésre.

¹⁰⁶ Kezelési típusok:

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

¹⁰⁷ 2013-ban a program forráshiány következtében szünetelt.

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. 2016 folyamán 9 aktív és 33 passzív TBC-s beteg kiszűrésére került sor, TBC elleni kezelésben 31 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. 2016-ban 18 HIV-fertőzött fogvatartott részesült antiretrovirális kezelésben, 157 HCV-fertőzött és 24 HBV-fertőzött fogvatartott pedig antivirális kezelésben. 36 olyan HCV fertőzött volt, aki nem vállalta a kezelést, 11 fő egészségügyi okokból nem került kezelésbe, 14 fő pedig szabadulása miatt abbahagyta a kezelést.. A HBV fertőzött fogvatartottak közül 4 fő nem vállalta a kezelést, további 4 fő egészségügyi okok miatt nem részesült kezelésben.

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, 2016. december 31-én 18 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 túlادagolás megelőzése

Kifejezetten ártalomcsökkentési célú programok, beavatkozások hazai bv. intézetekben nem érhetők el.

A BVOP és az Nemzeti Drog Fókuszpont 2016-os kérdőíves felmérésének (Port 2016) keretében 3 intézet¹⁰⁸ számolt be arról, hogy biztosítottak a szabadulás utáni túlادagolás megelőzését célzó programot vagy tanácsadást 2015-ben. Egy intézetben kifejezetten ilyen céllal, két további pedig szélesebb körű egyéb programok (összesen 3 db) részét képezték a foglalkozások. A programokon összesen 76 fogvatartott vett részt. Túlادagolás megelőzésével kapcsolatos egyéni tanácsadás szintén 3 intézetben volt elérhető¹⁰⁹, ezek közül egy intézetben (Pálhalma) általános jelleggel, valamennyi fogvatartott számára biztosították ennek a lehetőségét, a másik két intézetben 3, illetve 5 fő vett részt benne.

Reintegráció, szabadulásra való felkészítés

A magyarországi bv. intézetek körében 2013-ban és 2016-ban végzett felmérések (Port és Tarján 2014, Port 2016) 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 vagy pszichiátriára.

2015-ben a 30 hazai bv. intézet mintegy felében (53%, 16 intézet) volt elérhető reszocializációval/reintegrációval kapcsolatos program vagy egyéni támogatás, mely

¹⁰⁸A 30 intézet közül 25 intézet válaszolt nemmel, 2 intézet esetében pedig nem állt rendelkezésre információ.

¹⁰⁹A 30 intézet közül 24 intézet válaszolt nemmel, 3 intézet esetében pedig nem állt rendelkezésre információ.

kimondottan kábítószer-fogyasztó fogvatartottak számára szolt, vagy amelyben kábítószer-fogyasztói múlttal rendelkező fogvatartottak is részt vettek. Kifejezetten kábítószer-használó fogvatartottakat megcélzó reintegrációs program 9 intézetben (13 program) volt elérhető, melyek keretében összesen 162 főt sikerült elérni. Szélesebb körű reintegrációs/reszocializációs program, mely a kábítószer-használatot is érintette 7 intézetben valósult meg, összesen 387 fogvatartott részvételével. Egyéni tanácsadás 5 intézetben volt elérhető, összesen 76 fogvatartottat sikerült ilyen módon elérni. (Port 2016)

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 „szenvedélybetegségekhez 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 Alapítvány¹¹⁰ és a Tévelygőkért Alapítvány¹¹¹, 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 szegyen-mentes kommunikációs gyakorlat meghonosítása. A szervezet börtönviseltek 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 öt befogadó lakóközösségben, ezt követően pedig lehetősége van a saját munkahelye mellett az Alapítvány egyes projektjeiben munkatársként részt venni.

¹¹⁰ <http://www.valtosav.hu/>

¹¹¹ <http://www.tevelygokertalapitvany.info/>

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.

2016-ban a BVOP adatai szerint (BVOP 2017) egy fogvatartott sem részesült opiát-helyettesítő kezelésben. 2015 során két bv. intézet számolt be összesen 5 olyan fogvatartottról, akik közvetlenül bekerülésüket megelőzően saját elmondásuk alapján opiát-helyettesítő kezelésben vettek részt, de bekerülésük után kezelésük nem folytatódott. (Port 2016) 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.

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 2016-os évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

A 2013. december 17-én elfogadott, a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról szóló 2013. évi CCXL. törvény (a továbbiakban: Bv. tv.) 2015. január 1-én lépett hatályba. Az új Bv. tv. kábítószer-használathoz kapcsolódó rendelkezései (drogprevenációs részlegek működése, elterelés keretében nyújtott szolgáltatások igénybevétele), továbbá a tv.-ben foglaltak végrehajtását részletező OP utasítások tartalma a T1.3.3 alfejezetben kerül részletesen bemutatásra. Költségviselés szempontjából a Bv. tv. szerint a kábítószer prevenációs tevékenység, illetve a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer használatot kezelő más ellátás, továbbá a megelőző-felvilágosító szolgáltatás céljából történő szállítás költsége nem terheli az elítéltet.

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 intézetben 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 szert¹¹², 158-an (87,8%) kizárólag az intézetbe kerülés előtt, 4-en (2,2%) az intézetben belül töltött időben is (valamennyien egy éven belül, 4 hétnél régebben). A felmérést megelőző 4 hétben az intézetben 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 megjelölő¹¹³ 128 fő 52%-a (66 fő) elsődlegesen a szintetikus kannabinoidok¹¹⁴ használatát, 23%-a (29 fő) designer stimulánsok¹¹⁵ használatát, 20%-a 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 szerként, 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%-a¹¹⁶, 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 mondta azt, hogy élt szexuális életet az elmúlt 4 hétben, közülük óvszert egyikük sem használt. Az intravénás droghasználók két fő kivételével¹¹⁷ valamennyien a designer stimulánsokat jelölték meg elsődlegesen injektált szerként.

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

¹¹² 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).

¹¹³ 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.

¹¹⁴ műfű, biofű, új marihuánához hasonló hatású szerek

¹¹⁵ kristály, zene, 4-mec, fomek, penta, MDPV

¹¹⁶ A kérdésre nem válaszoló 2 fő kizárásával.

¹¹⁷ 1 fő heroin, 1 fő egyéb szer (LSD) injektálását jelölte meg elsődlegesen.

voltak stabil lakhatási körülményei az elmúlt egy év során. Leggyakrabban használt szerként 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 intézeten 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

BVOP (2017): A BVOP 2016-ra 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.

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 2017.

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

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 2017: 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 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 nemeként 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 tényezők¹¹⁸ 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 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 ajánlásai¹¹⁹ 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.

¹¹⁸ 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, hangulatangadozás, a beilleszkedés alkalmatlansága, stb.); testen szúrás nyomok, bedugult erek; nem pontos információk meglévő májbetegséggel kapcsolatban; ablakperiódus figyelembevétele

¹¹⁹ 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

1997. évi XXXI. tv. a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

Alternatíva Alapítvány (2017): Altalap HIV program 2015-16-os adatai. Kutatási beszámoló.

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

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

BSZKI (2017): A BSZKI lefoglalási adatai 2009 és 2016 között.

BVOP (2016): Az elítéltekre vonatkozó kockázatértékelési rendszer bevezetése kapcsán végzett kérdőíves vizsgálat eredményei. BVOP Stratégiai, Elemzési és Tervezési Főosztály.

BVOP (2017): A BVOP 2016-ra vonatkozó beszámolója.

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 tűcsere programokat megvalósító szolgáltatók számára. NCSSZI.

Csohán, Á., Krisztalovics, K., Molnár, Zs., Fehér, Á., Dudás, M., Bognár, Zs., Fogarassy, E., Mezei, E., Kaszás, K., Kozma, E. (2016): Magyarország járványügyi helyzete 2015. Országos Epidemiológiai Központ.

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.

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

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

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2015): Az EMMI Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztályának beszámolója

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2016a): Az EMMI Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztályának részanyaga

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2016b): Az EMMI Népegészségügyi Főosztályának beszámolója

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2017): Az EMMI Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztályának beszámolója a 2017-es EMCDDA Jelentéshez

ENYÜBS (2014): A Legfőbb Ügyészség Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos adatai 2004-2013.

ENYÜBS (2017): A Belügyminisztérium Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos, 2016. évre vonatkozó adatai.

B. Erdős M., Bognár A., Borda V., Brettner Zs., Kelemen G., Madácsy J., Márk M., Mihaldinecz Cs., Molnár D., Szijjártó L., Szöllősi G., Vojtek É. (2017): Az addiktológiai ellátórendszer vizsgálata. 4 Dimenzió Társadalomtudományi Egyesület, Pécsi Tudományegyetem. Kézirat.

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. (2017): Tücsere programok adatai, 2016. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

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.

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.

IM (2017): Az Igazságügyi Minisztérium 2016-ra vonatkozó beszámolója a 2017-es Éves Jelentés elkészítéséhez.

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

Magyar Honvédség (2017): A honvédelmi tárca beszámolója az EMCDDA számára készülő 2017-es Éves Jelentéshez

NDI (2015): Tájékoztató az EMCDDA számára készülő, 2015. Évi Jelentés elkészítéséhez.

NEFI (2017): A NEFI iskolai egészségfejlesztési programokkal kapcsolatos 2016-os adatai.

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

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

NFP (2017): Nemzeti adatgyűjtés a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálzásról. Nemzeti Drog Fókuszpont.

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

Oberth J., Bíró Zs., Mándi B. (2017): Beszámoló a Józan Babák Klub 2016. évi várandósgondozási tevékenységéről

OBH (Országos Bírósági Hivatal) (2017): Statisztikai Elemző Osztály adatai 2016.

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., 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

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

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

Péterfi, A., Port, Á (2011): Online kereskedelem Magyarországon. 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 terápiás 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* 10.1002/dta.2217

Port, Á. (2012): Felmérés az új pszichoaktív anyagokat árusító magyarországi internetoldalokról az EMCDDA Online Snapshot vizsgálatának részeként, 2012. EMCDDA/Nemzeti Drog Fókuszpont.

Port, Á. (2013): Felmérés az új pszichoaktív anyagokat árusító magyarországi internetoldalokról az EMCDDA Online Snapshot vizsgálatának részeként, 2013. EMCDDA/Nemzeti Drog Fókuszpont.

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.

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.

Rendőrség (2017): A Rendőrség 2016. évi tevékenységéről szóló beszámolója

Ritter, I. (2010): A hazai amfetamin kínálati piac. Kutatási beszámoló. Egészséges Ifjúságért Alapítvány.

Ritter, I. (2013): Fertőzések és félelmek a büntetés-végrehajtási intézményekben, OKRI. Kézirat.

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

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

Tarján (2013): Kiegészítő adatgyűjtés a szubsztitúciós kezelést biztosító drogambulanciák körében.

Tarján, A (2015): 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, A. (2016b): Tűcsere programok adatai, 2015. Nemzeti Drog Fókuszpont.

TDI adatgyűjtés 2017.

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.

Varga, O. (2017): A kábítószeres utcai árának alakulása 2016-ban. Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőíves adatgyűjtés.

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 (%).....	21
2. ábra. Szerenkénti életprevalencia értékek a 9-10. évfolyamon tanuló diákok körében 2015-ben (%).....	22
3. ábra. A kannabisz-használat életprevalencia értékének változása 2001-2015 között a 18-53 éves* népességben (%).....	24
4. ábra. A kannabisz-használat életprevalencia értékének változása 1995-2015 között a 16 éves tanulók körében (%).....	26
5. ábra. A kezelésbe lépő kannabiszhasználók szerhasználati gyakorisága az elterelt és a nem elterelt kliensek százalékában 2016-ban ($N_{\text{Elterelt}}=1826$ fő; $N_{\text{Nem elterelt}}=493$ fő).....	28
6. ábra. A szintetikus kannabinoid használókra épített droghasználati piramis a válaszolók %-ában (a 18–64 és a 18–34 éves populációban).....	30
7. ábra. A stimulánsok szerenkénti életprevalencia értékei a 18-64 éves, és a 18-34 éves populációban, 2015-ben.....	36
8. ábra. A különböző hagyományos stimulánsok életprevalencia értékének változása 2001-2015 között a 18-53 éves* népességben.....	36
9. ábra. A különböző stimulánsok életprevalencia értékeinek változása 1995-2015 között a 16 éves tanulók körében.....	39
10. ábra. A tűcsere programban részt vevő kliensek elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009-2016 között.....	43
11. ábra. A designer stimulánsokat injektálók megoszlása a szerhasználók által megadott anyag utcai elnevezése alapján 2016-ban ($N=1752$ fő).....	44
12. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók megoszlása az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2006-2015 között (%).....	44
13. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív stimuláns injektálók megoszlása (%) az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2011-2015.....	45
14. ábra. Intravénás szerhasználók megoszlása a kezelésbe lépők körében az elsődlegesen injektált szer alapján 2007 és 2016 között (%).....	46
15. ábra. Intravénás szerhasználat gyakorisága a kezelésbe lépők körében 2016-ban (fő). 47	
16. ábra. Az intravénás beviteli mód aránya a kezelést kezdő opiáthasználók esetében szer típusonként 2009 és 2016 között (%).....	51
17. ábra. A közvetlenül a végső célcsoportra irányuló beavatkozások típusai ($N=96$).....	68
18. ábra. A közvetlenül végső célcsoportra irányuló beavatkozások által megcélzott speciális csoportok (%).....	69
19. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciós beavatkozásokban ($N=53$, %).....	69
20. ábra. A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciós beavatkozások által megcélzott szenvedélymagatartások ($N=96$).....	70
21. ábra. Az elterelés típusai.....	76
22. ábra. A kezelési igény elsődleges szer szerinti megoszlása (2016; %, $N=4098$).....	78
23. ábra. Eltereltek aránya a kábítószerhasználat miatt kezelést kezdők körében, a kezelőhely típusa szerint (2016; $N=4098$).....	79
24. ábra. Kezelést kezdők elsődleges szer szerinti megoszlása az eltereltek és a nem eltereltek körében (2016; $N_{\text{Elterelt}}=2646$; $N_{\text{Nem elterelt}}=1443$).....	80
25. ábra. Eltereltek és nem eltereltek aránya a kezelésbe lépők körében elsődleges szer szerinti bontásban (2016; $N=4089$).....	80
26. ábra. A járóbeteget szolgáltatóknál (beleértve az alacsonyküszöbű ellátókat is) kezelésbe lépő kliensek megye és elsődleges szer szerinti megoszlása 2016-ban (%; $N=3610$ fő).....	81

27. ábra. Az opiát helyettesítő kezelésben ellátottak megoszlása a helyettesítő szer és a terápia célja szerint (2015; N=669).....	83
28. ábra. Trendek az életükben először kezelést kezdők körében elsődleges szer szerint 2007-2016	85
29. ábra. Trendek az összes kezelést kezdő körében szertípus szerint 2007-2016	86
30. ábra. A kezelési igény alakulása elsődleges szer szerinti bontásban 2007-2016 között (az összes nem elterelt kliens körében, a legfontosabb szerkategóriák arányának feltüntetésével).....	87
31. ábra. Az opiát helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek számának alakulása 2004-2015	88
32. ábra. Az addiktológiai járóbeteg ellátások megoszlása ellátási területek szerint (az OEP 2016-os adatai alapján)	90
33. ábra. A szenvedélybetegek számára elérhető járóbeteg szakellátás megoszlása regionálisan, ellátási területenként (az OEP 2016-os adatai alapján)	91
34. ábra. A fekvőbeteg szakellátás intézményeinek regionális megoszlása (az OEP 2016-os adatai alapján)	91
35. ábra. Az addiktológiai fekvőbeteg ellátások megoszlása ellátási területek szerint (az OEP 2016-os adatai alapján)	92
36. ábra. Injektáló eszközökben azonosított hatóanyagok kimutatásának gyakorisága 2015. március és 2016. július között (N=4109).....	93
37. ábra. Földrajzi eltérések az injektáló eszközökben azonosított hatóanyagokban 2015. március és 2016. július között (%).....	94
38. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2015-ben	104
39. ábra. A fecskendő és eszközmegosztás 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	105
40. ábra. Designer szerek és klasszikus szerek jelenléte a közúti balesetekből származó, pozitív vér- és/vagy vizeletmintákban 2016-ban (N=91; esetek száma).....	109
41. ábra. A tűcsere programok fecskendőforgalmi adatai, 2010-2016 között.....	118
42. ábra. A tűcsérében részt vevő kliensek és kontaktok számának alakulása, 2010-2016.....	119
43. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2007-2015 között	121
44. ábra. Ismertté vált kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények (N=6007) megoszlása szertípus szerint, 2016.....	133
45. ábra. Ismertté vált kábítószer-bűncselekmények megoszlása elkövetői magatartások és szertípusok szerint, 2016.....	134
46. ábra. Vádemelés elhalasztása (elterelés) mellett megállapított pártfogó felügyelet ügyek száma 2012-2016 között	135
47. ábra. „Klasszikus” és „designer” szerek lefoglalásainak száma, 2009-2016 között	139
48. ábra. Az intravénás szerhasználathoz köthető tárgyakról kimutatott hatóanyagok 2009-2016 között (%).....	140
49. ábra. Marihuána és szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok lefoglalásainak száma 2010-2016 között	140
50. ábra. Kábítószerek átlagos utcai árai forintban 2011-2016 között.....	141
51. ábra. A regisztrált kábítószer-bűncselekmények száma Magyarországon 2012-2016 között.....	142
52. ábra. A kábítószer-bűncselekmények megoszlása szertípus szerint 2012-2016 között.....	143
53. ábra. Az injektáló eszközökben főkomponensként kimutatott leggyakoribb hatóanyagok, havi bontásban (N=4109)	144

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. Jogi keretek változásai az elmúlt évben	17
2. táblázat. A kannabiszhasználat életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 18-64 éves népességben 2015-ben (%) (N=100 fő).....	24
3. táblázat. A kannabisz-használat életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 9-10. évfolyamon tanulók körében 2015-ben (%) (N=1230 fő).....	27
4. táblázat. A szintetikus kannabinoid-használat és a kannabiszon kívüli más tiltott drogok életprevalencia értéke a különböző szociodemográfiai jellemzők mentén a 18–64 éves népességben (%).....	31
5. táblázat. Foglalkoztatottság, legmagasabb iskolai végzettség és lakhatás szerinti megoszlás a kezelésbe lépő kannabiszhasználók és a szintetikus kannabinoidokat használók csoportjában 2016-ban.....	32
6. táblázat. A hagyományos stimulánsok használatának életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 18-64 éves népességben 2015-ben (%) (N=60 fő).....	37
7. táblázat. A stimulánshasználat életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 9-10. évfolyamon tanulók körében 2015-ben (%) (N=454 fő).....	39
8. táblázat. A droghasználat alapján elkülöníthető látens csoportok a 18–64 éves valaha használók körében	54
9. táblázat. A NEFI-hez az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlásáért benyújtott és támogatott kérelmek száma és téma szerinti megoszlása	66
10. táblázat. A NEFI-hez az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlásáért benyújtott, droghasználathoz kapcsolódó kérelmek eredmény szerinti megoszlása.....	66
11. táblázat. Járóbeteg ellátók (kezelőegységek száma és ellátottak száma) 2016-ban.....	75
Forrás: TDI adatgyűjtés 2017 - Standard table 24.....	75
12. táblázat. Fekvőbeteg ellátók (kezelőegységek száma és ellátottak száma) 2016-ban ...	77
13. táblázat. Összesítő táblázat a 2016-ban kábítószerfogyasztás miatt kezeltéről (fő).....	79
14. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2016-ban (fő).....	99
15. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek korcsoportok szerinti megoszlása 2016-ban (fő; N=27)	100
16. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2016-ban	101
17. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása 2011-2016 között (fő)	102
18. táblázat. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége nem és korcsoport szerinti bontásban, 2015-ben.....	103
19. táblázat. Az utolsó napi injektálás-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	105
20. táblázat. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban Budapesten részt vevő intravénás szerhasználók megoszlása (N; %) szolgáltató szerinti bontásban, 2014-2015..	107
21. táblázat. Kábítószer/ pszichotróp anyag/ új pszichoaktív szer jelenléte a közúti balesetekből származó vér- és/vagy vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban, 2016-ban	108
22. táblázat. A tűcsere programok együttműködése egyéb - anyaintézményen kívüli - szolgáltatókkal (N) szolgáltatótípus szerinti bontásban, 2014-ben, válaszadók száma=29.	111
23. táblázat. A parti szerviz szolgáltatók által osztott ártalomcsökkentő eszközök típusai (válaszó szervezetek száma=23)	112
24. táblázat. A tűcsere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2016-ban.....	114
25. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2009-2016 között (fő)	120
26. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban 2016-ban	130
27. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban 2016-ban	130
28. táblázat. Lefoglalások száma 2012 és 2016 között.....	138

29. táblázat. Lefoglalások mennyisége 2012 és 2016 között	138
30. táblázat. A 2016-ban kezelésbe lépő fogvatartott és nem fogvatartott kliensek főbb jellemzői (N _{fogvatartott} =128; N _{nem-fogvatartott} =3970)	151

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

BSI – Brief Symptom Inventory
BSZKI – Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet
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)
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
MÖSZ – Magyar Ökomenikus Segélyszervezet
NCSSZI – Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet
NDI – Nemzeti Drogmegelőzési Iroda (korábban: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet)
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
OAI – Országos Addiktológiai Intézet
OBH – Országos Bírósági Hivatal
OEK – Országos Epidemiológiai Központ
OEP – Országos Egészségbiztosítási Pénztár
OGY – Országgyűlés
OLAAP – Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról
ORFK – Országos Rendőr-főkapitányság
OTH – Országos Tisztifőorvosi Hivatal
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