



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



**2016-os ÉVES JELENTÉS (2015-ös adatok)
az EMCDDA számára
készítette: Nemzeti Drog Fókuszpont**

“MAGYARORSZÁG”

REITOX

A KÖTET SZERZŐI:

CSESZTREGI TAMÁS, Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

HORVÁTH GERGELY CSABA, Nemzeti Drog Fókuszpont

NYÍRÁDY ADRIENN, Nemzeti Drog Fókuszpont

PORT ÁGNES, Nemzeti Drog Fókuszpont

TARJÁN ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

VARGA ORSOLYA, Nemzeti Drog Fókuszpont

LEKTORÁLTA:

DUDÁS MÁRIA, FLIEGAUF GERGELY, IGNÁCZ GYÖRGY, KOÓS TAMÁS, PETKE ZSOLT, RÁCZ JÓZSEF, SZEMELYÁCS JÁNOS, SZMODICS RÓBERT

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. Kiegészítő adatok és információk | 10 |
| T6. 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. Kiegészítő adatok és információk | 19 |
| T6. Források, módszertan | 19 |
| Kábítószeresek | 20 |
| T0. Összefoglalás | 20 |
| A. KANNABISZ | 24 |
| T1. Hazai helyzetkép | 24 |
| T2. Trendek, tendenciák | 30 |
| T3. Új fejlemények | 30 |
| T4. További adatok és információk | 30 |
| T5. Kiegészítő adatok és információk | 31 |
| T6. Források, módszertan | 31 |
| B. STIMULÁNSOK | 32 |
| T1. Hazai helyzetkép | 32 |
| T2. Trendek, tendenciák | 44 |
| T3. Új fejlemények | 44 |
| T4. További adatok és információk | 44 |
| T5. Kiegészítő adatok és információk | 45 |
| T6. Források, módszertan | 45 |
| C. HEROIN ÉS EGYÉB OPIÁTOK | 46 |
| T1. Hazai helyzetkép | 46 |
| T2. Trendek, tendenciák | 49 |
| T3. Új fejlemények | 49 |

| | |
|---|-----|
| T4. További adatok és információk | 49 |
| T5. Kiegészítő adatok és információk | 49 |
| T6. Források, módszertan | 49 |
| D. EGYÉB ÚJ PSZICHOAKTÍV SZEREK ÉS MÁS KÁBÍTÓSZEREK A FENTIEKEN TÚL 50 | |
| E. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN | 50 |
| T6. Források, módszertan | 50 |
| Prevenció | 54 |
| T0. Összefoglalás | 54 |
| T1. Hazai helyzetkép | 54 |
| T2. Trendek, tendenciák | 59 |
| T3. Új fejlemények | 60 |
| T4. További adatok és információk | 63 |
| T5. Kiegészítő adatok és információk | 63 |
| T6. Források, módszertan | 63 |
| Kezelés | 65 |
| T0. Összefoglalás | 65 |
| T1. Hazai helyzetkép | 65 |
| T2. Trendek, tendenciák | 77 |
| T3. Új fejlemények | 80 |
| T4. További adatok és információk | 80 |
| T5. Kiegészítő adatok és információk | 89 |
| T6. Források és módszertan | 89 |
| Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés | 92 |
| T0. Összefoglalás | 92 |
| T1. Hazai helyzetkép | 93 |
| T2. Trendek, tendenciák | 109 |
| T3. Új fejlemények | 113 |
| T4. További adatok és információk | 113 |
| T5. Kiegészítő adatok és információk | 114 |
| T6. Források, módszertan | 114 |
| Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés | 117 |
| T0. Összefoglalás | 117 |
| T1. Hazai helyzetkép | 117 |
| T2. Trendek, tendenciák | 127 |
| T3. Új fejlemények | 135 |
| T4. További adatok és információk | 135 |
| T5. Kiegészítő adatok és információk | 137 |
| T6. Források, módszertan | 137 |
| Kábítószer-probléma a börtönben | 141 |

| | |
|--|-----|
| T0. Összefoglalás | 141 |
| T1. Hazai helyzetkép | 141 |
| T2. Trendek, tendenciák | 153 |
| T3. Új fejlemények | 153 |
| T4. További adatok és információk | 154 |
| T5. Kiegészítő adatok és információk | 154 |
| T6. Források, módszertan | 154 |
| Felhasznált irodalom | 157 |
| Függelék | 161 |
| Ábrajegyzék..... | 161 |
| Táblázatok jegyzéke | 163 |
| Rövidítések jegyzéke | 165 |

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 kábítószerhasználattal 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

¹ A fejezet szerzői: Horváth Gergely Csaba, Varga Orsolya

fejlesztését, a kezelő-ellátórendszer, illetve a reintegráció korszerűsítését, valamint szükségletalapú kapacitásbővítését irányozza elő. A kínálatcsökkentést tekintve a dokumentum legfőbb célja a visszaélésre alkalmas pszichoaktív anyagok Magyarországra történő bejutásának, illetve országon belüli kereskedelmének megakadályozása, és ezzel összefüggésben a bűnmegelőzési szempontok fokozott érvényesítése. Ennek érdekében különösen fontos a világhálón elkövetett bűncselekmények megfékezése, továbbá a felnövekvő generációk védelme minden olyan szinten, 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 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 képviselik 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 félidek 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 biztosítja. Az Iroda a közigazgatási átszervezést követően jelenleg a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) részeként működik.

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

Magyarországon közel 90 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 eredményén alapuló kutatás az adott szervezeti vagy tevékenységi rendszerre jutó éves államháztartási összkiadás kábítószeres esetekre jutó arányának kalkulációját jelenti.

Az kutatás adatai alapján megállapítható, hogy a büntető igazságszolgáltatásra vonatkozó tételek a teljes vizsgált időszakban az összes kiadás 2/3 ill. 3/4 közötti részét tették ki, valamint, hogy a költségvetési kiadások szerkezetében határozott változás nem történt.

További kiadások az alábbi területekhez kapcsolódnak, sorrendben: kezelés-ellátás, a prevenció és kutatás és az ártalomcsökkentés. A becslés szerint az összes közkiadás a 2000-es bázisévben 5340 millió forintra volt tehető, mely a 2007-es utolsó vizsgálati évre mintegy megduplázódott.

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

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

Nem alkalmazható ebben a fejezetben.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

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

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

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. KIEGÉSZÍTŐ ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T5.1 A HATÁLYOS NEMZETI DROGSTRATÉGIA TERVEZETT ÉRTÉKELÉSE

A kábítószer-megelőzésért és kábítószerügyi koordinációs feladatokért felelős miniszter által vezetett minisztérium a stratégiában foglaltak megvalósulásáról 2016-ban félidejű jelentést készít. Az Országgyűlés a 80/2013. (X. 16.) OGY határozatában felkérte a Kormányt arra, hogy a Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósításának félidejében tájékoztassa az Országgyűlést a Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósulásáról, az ellátó-intézményrendszer átvilágításáról és hatékonyságvizsgálatáról.

T5.2 BECSLÉS AZ EUROSTAT SZÁMÁRA AZ ILLEGÁLIS KÁBÍTÓSZERPIAC HOZZÁJÁRULÁSÁRÓL

Nem történt ilyen becslés.

T6. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T6.1 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

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.

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

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

T6.2 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 rábírti 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

² A fejezet szerzője: Varga Orsolya

„elterelésre” a büntetőeljárás ügyészi és bírósági szakaszában is sor kerülhet. Az elterelés lehetőségétől esik, aki a bűncselekmény elkövetését megelőző két éven belül vállalta az elterelésen való részvételt vagy büntetőjogi felelősségét kábítószer-kereskedelem vagy kábítószer birtoklása miatt megállapították.

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 anyag,

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 anyag és

c) az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló törvény mellékletében meghatározott pszichotróp anyag;

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 bünelkövetés, 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 kábítószerekre a Btk. négy mennyiségi mutatót határoz meg, amelyek a kábítószeres tiszta hatóanyagtartamára 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 hatóanyagtartalmat a következő általános szabály érvényesül: a kábítószer csekély mennyiségű, ha annak tiszta hatóanyag-tartalma a hozzá nem szokott fogyasztó átlagos hatásos adagjának hétszerez mértékét nem haladja meg.

A kábítószer-kereskedelem két elkövetési magatartása (forgalomba hozatal, kereskedés) esetében a csekély mennyiség mint privilegizált eset megszűnt, mert a kereskedői típusú magatartások esetében indokolt a szigorúbb fellépés. A kábítószer-kereskedelem elleni hatékonyabb fellépés érdekében a Btk. a kábítószer birtoklása tényállásába külön kategóriaként bevezette a különösen jelentős mennyiségű 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 születhet 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 Országos Addiktológiai Centrum 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 pszichotróp listára (az 1998. évi XXV. tv. 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 vegyületcsoportozáshoz 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 az összes anyag tekintetében 10 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 büntetendő a fogyasztás, illetve csekély mennyiségre történő megszerzés és tartás.

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 legsúlyosabb, akár életfogytig tartó szabadságvesztéssel is sújthatók.

A régi Btk. *büntető* eljárási útról való elterelés eseteit, illetve feltételeit is szabályozta. A korábbi megoldáshoz képest a legjelentősebb változás az volt, hogy a feltételek között nem szerepelt, hogy kizárólag kábítószerfüggő esetében van lehetőség elterelésre. Az elterelés lehetősége személyi oldalon a fogyasztók bármelyik kategóriájára (alkalmi, rendszeres, függő) vonatkozott (de ebben az esetben is a kábítószerfüggőkre vonatkozóan kedvezőbb szabályokkal).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, kábítószerfüggőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vett részt.” Az „elterelésre” a büntetőeljárás ügyészi és bírósági szakaszában is sor kerülhetett. Az elterelésnek a fenti szövegben bemutatott széleskörű alkalmazását az 54/2004. (XII. 13.) AB határozat alkotmányellenesnek nyilvánította, amely döntés alapján több ponton módosította a Btk. szövegét (Be. 188.§ (1) h); 222.§. (2); 266. §.(6)) (részletesen lásd 2005-ös Éves Jelentés 1.1. fejezete).

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

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.]

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 |
| 221/2015. (VIII.7.) Korm. rendelet | 74/2015. (III.30.) Korm. rendelet | A megelőző-felvilágosító szolgáltatással kapcsolatos jogi, szakmai, adminisztrációs és finanszírozási feladatok átkerültek a Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézetből az Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalba (továbbiakban NRSZH). | Részletesen lásd: |
| 2015. évi LXXVI. törvény | 1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról | Az egyes kábítószerrel és új pszichoaktív anyagokkal összefüggő bűncselekményekkel kapcsolatban az elektronikus adat ideiglenes hozzáférhetetlenné tétele (blokkolás) jogszabályi feltételének biztosítása már a büntetőeljárás során. | |
| 367/2014. (XII. 30.) Korm. rendelet | 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületcsoportokról | Az új pszichoaktív anyagok jegyzéke átkerült a 66/2012. (IV.2.) Korm. rendelet C jegyzékéről az 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet 1. jegyzékére | |
| 19/2015. (II. 16.) Korm. rendelet | 162/2003. (X. 16.) Korm. rendelet A kábítószer előállítására alkalmas növények termesztésének, forgalmazásának és felhasználásának rendjéről | A mákszalma fogalmának módosítása: teljes éréskor szárrésszel betakarított, magot már nem tartalmazó tok. | |

⁴ A módosítás előtti szöveg nem elérhető.

T3.2 A JOGALKALMAZÁS VÁLTOZÁSAI AZ ELMÚLT ÉVBEN

Mivel a 2015-ben folyamatban lévő kábítószeres ügyek egy része még a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (a továbbiakban: régi Btk.), másik része viszont már az új Btk. (lásd T1.1.1 alfejezet) hatálya alá esett, ezért a 2015-re vonatkozó adatait az Országos Bírósági Hivatal a régi és az új Btk. kétféle struktúrája alapján szolgáltatotta. (OBH 2016)

2015-ben a régi Btk. szerint 775 személy jogerős elítélésére került sor visszaélés kábítószerrel bűncselekmény valamely alakzata miatt, a következő szakaszok szerint⁵:

- 282. §: 578 fő
- 282/A. §: 107 fő
- 282/B. §: 17 fő
- 282/C. §: 53 fő
- 283/A. §: 0 fő
- 283/B. §: 20 fő
-

2015-ben a Btk. szerint 1513 személy jogerős elítélésére került sor, a következő szakaszok szerint:

- Kábítószer kereskedelem
 - 176. §: 205 fő
 - 177. §: 14 fő
- Kábítószer birtoklása
 - 178. §: 1251 fő
 - 179. §: 2 fő
- Kóros szenvedélykeltés: 181. §: 40 fő
- Kábítószer készítésének elősegítése: 182. §: 0 fő
- Kábítószer prekúrral visszaélés: 183. §: 1 fő

A 2015. évben jogerősen elítélt 2288 személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- végrehajtandó szabadságvesztés 302 fő
- végrehajtásában részben vagy egészében felfüggesztett szabadságvesztés 464 fő
- közérdekű munka 516 fő
- pénzbüntetés (beleértve a felfüggesztett pénzbüntetést) 470 fő
- megrovás intézkedés 22 fő
- próbára bocsátás intézkedés 352 fő

Az új pszichoaktív anyagokkal visszaélés szakasza alapján 2015-ben az alábbiak szerint alakult az ítélkezési gyakorlat:

- 184. §: 117 fő (kereskedői típusú)
- 184/A. §: 15 fő (kereskedői típusú)
- 184/B. §: 9 fő (birtoklás típusú)
- 184/C. §: 17 fő (birtoklás típusú)

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/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.

Az új pszichoaktív anyaggal való visszaélés miatt 2015. évben jogerősen elítélt személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- végrehajtandó szabadságvesztés 19 fő
- végrehajtásában részben vagy egészében felfüggesztett szabadságvesztés 59 fő
- közérdekű munka 14 fő
- pénzbüntetés (beleértve a felfüggesztett pénzbüntetést) 29 fő
- megrovás intézkedés 0 fő
- próbára bocsátás intézkedés 21 fő

T3.3 JOGSZABÁLYOK ÉRTÉKELÉSE

Nincs információ.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs információ.

T5. KIEGÉSZÍTŐ ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T5.1. A kannabiszhasználat szabályozásával kapcsolatos fejlemények
Nincs információ.

T6. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T6.1 FORRÁSOK

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

FM (Földművelésügyi Minisztérium) (2016): A Földművelésügyi Minisztérium beszámolója.

OBH (Országos Bírósági Hivatal) (2016): Statisztikai Elemző Osztály adatai 2015.

T6.2 MÓDSZERTAN

N.a.

KÁBÍTÓSZEREK^{6,7}

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

T0.1 A KÁBÍTÓSZEREK FEJEZET ÖSSZEFOGLALÁSA

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

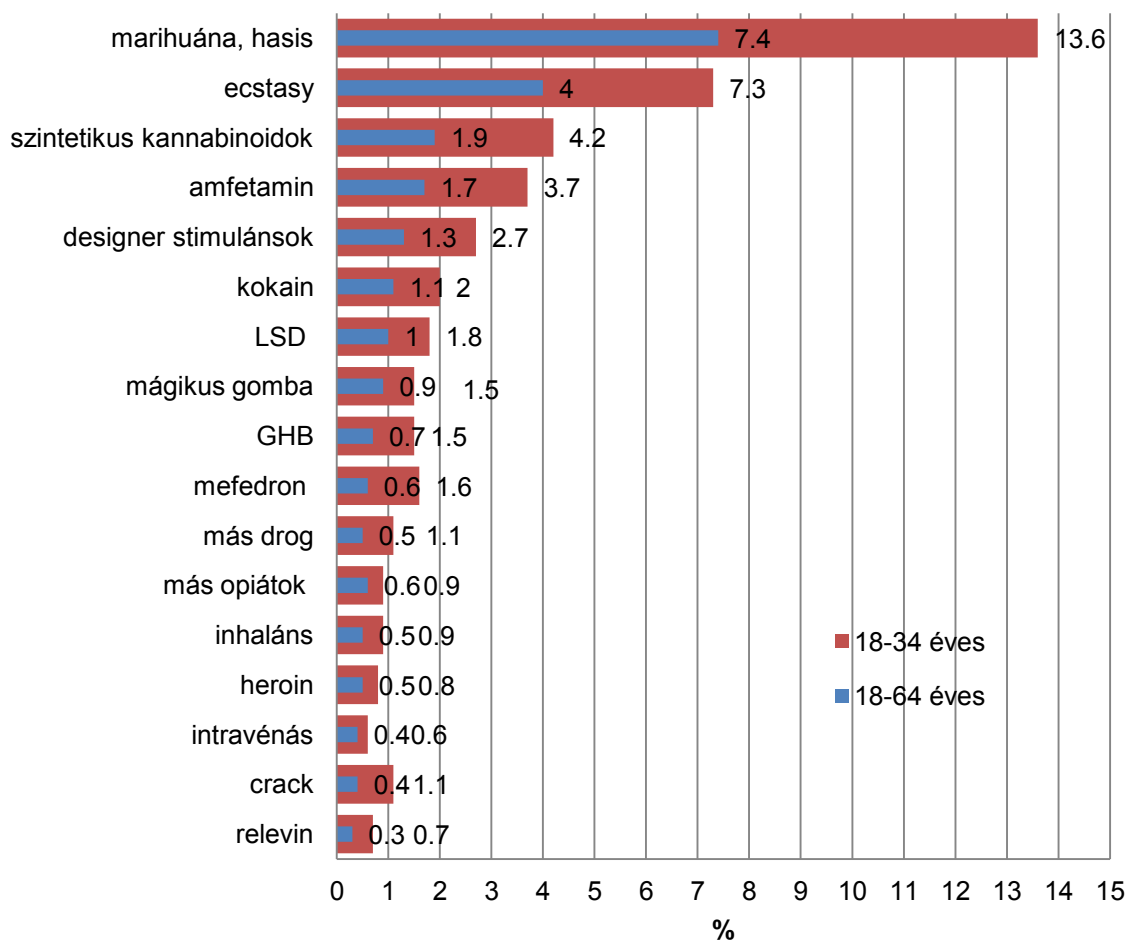
T0.1.1 a) A főbb kábítószeres és relatív fontosságuk

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 (4%) életprevalencia értéke. 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 népesség szerpreferencia sorrendje megegyezik a felnőtt lakosságéval.

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

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 más egyebek is ebben a kategóriában. Továbbá a fejezetben közölt felmérések önbevalláson alapuló utcai nevekre támaszkodnak ezért a designer stimulánsok elnevezés adekvátábban fedti le a stimuláns hatású új pszichoaktív szereket a hatóanyagra utaló elnevezések helyett. Az egyes alfejezetek pontosítják, hogy az adott kutatásban milyen szerevek kerültek besorolásra az említett tágabb kategóriákba.

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

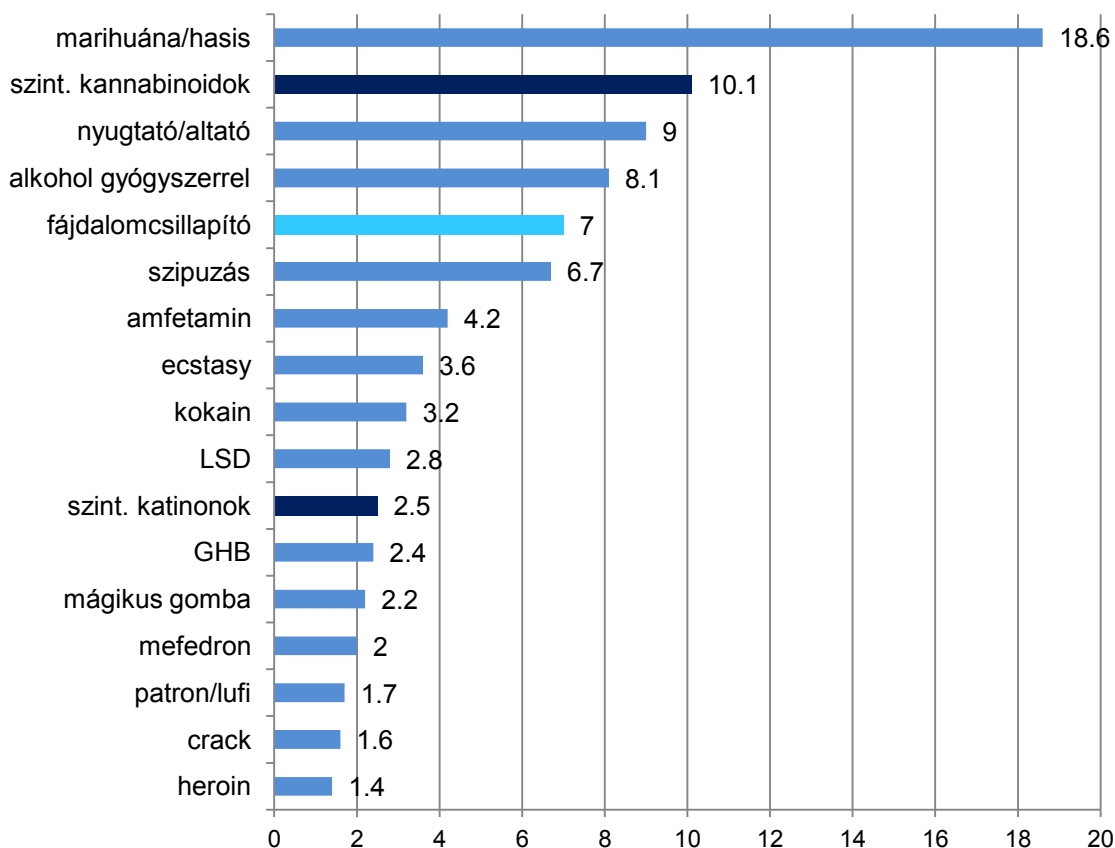


Forrás: Paksi et al. 2015

A tiltott drogok éves prevalencia értéke a felnőtt népességben 2,3%, a fiatal felnőtt népességben pedig 5,3%. 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 kérdezett szintetikus kannabinoidok szercsoport, majd az orvosi javaslat nélkül szedett nyugtatók/altatók, ezek alkohollal történő együttes fogyasztása következik. A szintén először kérdezett, hangulatjavító szándékkal bevett fájdalomcsillapítók is hasonlóan népszerűek a tanulók körében. Hatodik helyen a szerves oldószerek belelegzése 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 kérdezett szer életprevalencia értéke 2% körüli. A designer drogok másik nagy csoportjának, a szintetikus katononoknak a fogyasztása kevésbé elterjedt a középiskolások körében.

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



Forrás: 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 tűcsere programok kliensei 2010 előtt mintegy fele-fele arányban injektáltak heroint vagy amfetamint, addig 2015-ben már 80%-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, T1.2.1 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 64,7%-át adják). A második legjellemzőbb, kezelést indokló szerhasználati probléma a stimulánsfogyasztás. Bár a kezelési adatok csak közvetetten, egyéb források közvetlenebb módon megerősítik a szintetikus kannabinoidok, valamint a szintetikus katinonok használatából eredő kezelési igény jellemzővé válását is, mely mértékében vetekszik a klasszikus kábítószerkezeléshez kapcsolódó kezelési igénnyel. (bővebben Kannabisz, T1.2.3 alfejezet).

Megnövekedett a designer szerek – kannabinoidok és stimulánsok - miatti kezelési igények száma. Ezekhez a szerekhez köthető kezelési igények számának növekedését a kezelési adatok (Kezelés fejezet T1.2) és több felmérés (Péterfi 2015; Péterfi et al. 2016) is igazolta. 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

b) Magyarországon 2010 óta összesen 181, 2015-ben 24 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 amfetaminszármazékok.

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, majd 2015-ben az α -PHP elterjedése volt jellemző.

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. KANNABISZ

T1. HAZAI HELYZETKÉP

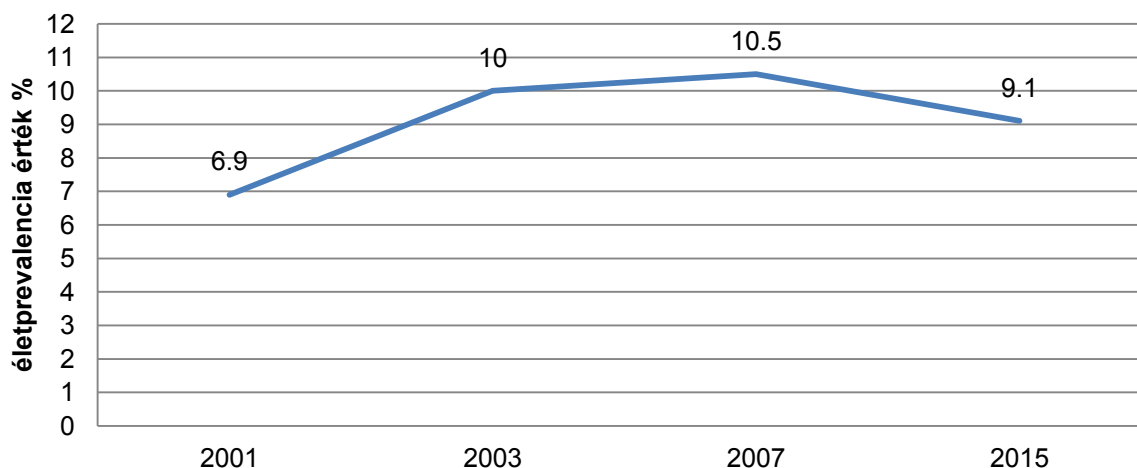
T1.1 A SZERHASZNÁLAT PREVALENCIÁI ÉS TRENDJEI

T1.1.1 Kannabiszfogyasztás az általános népességben

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

A korábbi összehasonlítható vizsgálatok alapján 2001 és 2003 között szignifikánsan növekedett a 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: 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: Paksi et al. 2015

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

T1.1.2 Kannabiszfogyasztás az iskolás populációban

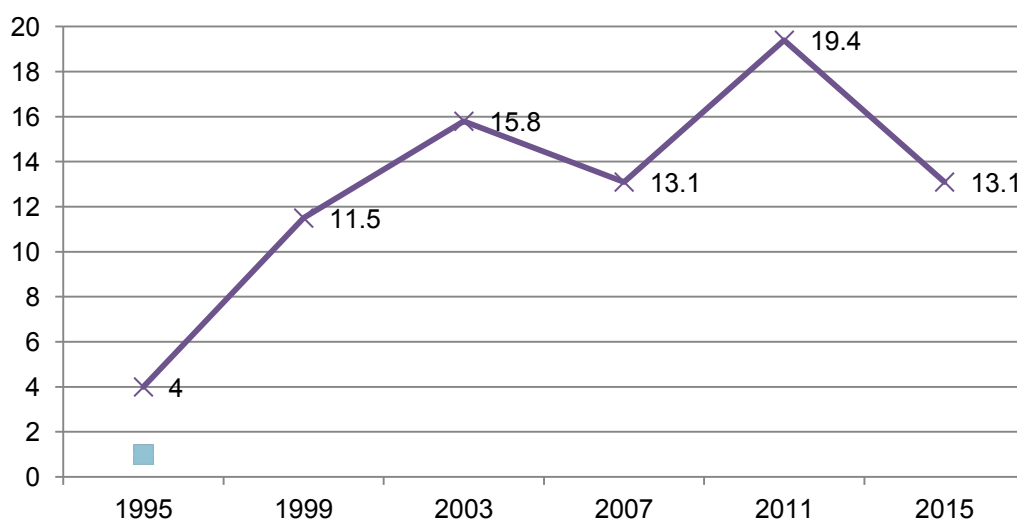
A 2014-ben készült HBSC kutatás (Arnold és Németh 2015) eredményei szerint a 9. és 11. évfolyamon tanuló diákok 18,7%-a fogyasztott már kannabiszt. A kannabiszt kipróbáló tanulók túlnyomó többsége 14 évesnél idősebb korban, legnagyobb arányban - közel fele - 16 évesen vagy idősebben, negyedük pedig 15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

A kannabisz életprevalenciája a régióval szignifikáns kapcsolatot mutatott: a legmagasabb prevalencia értékek Közép-Dunántúlon (23,2%) voltak tapasztalhatók, második helyen Dél-Alföld (21,6%), harmadik helyen Közép-Magyarország (20,9%) szerepelt, a legkevesbé pedig Észak-Alföld volt érintett (12%). A lakóhely és kannabisz-életprevalencia között nem tapasztalható szignifikáns összefüggés, azonban a kannabisz az iskola településtípusával szignifikáns kapcsolatot mutatott. A legmagasabb prevalencia érték községben (27,4%)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: 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: 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 kábítószer-használók kezelésbe lépésének (lásd Kezelés fejezet T1.3.1 és T2.1 alfejezet). 2015-ben a kezelést kezdők

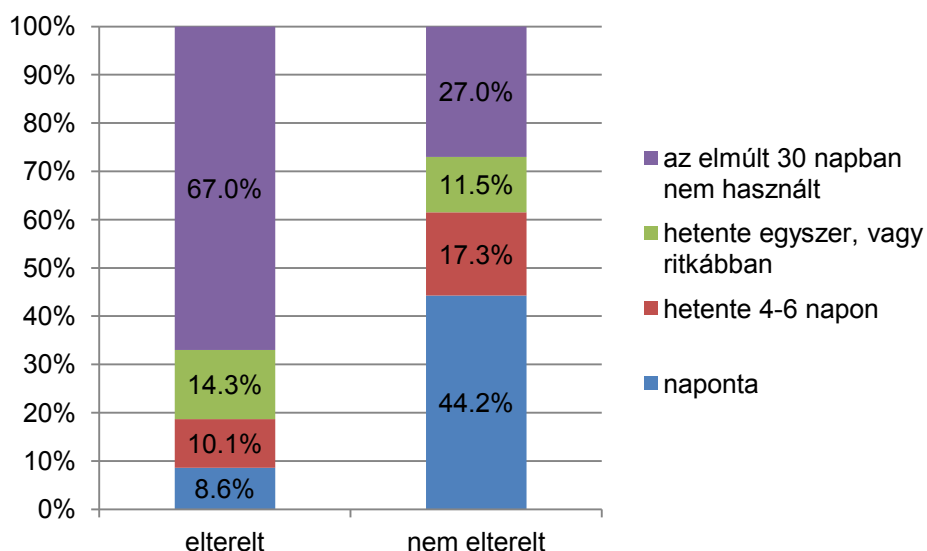
56,2%-a (2420 fő) jelölte meg a kannabiszt elsődleges szerként (TDI adatgyűjtés 2016). A kannabiszhasználók jelentős része (1944 fő, 80,3%) elterelés keretei közt vette igénybe az ellátást. Az eltereltek több mint kétharmada (1944 fő, 69,7%) kannabisz miatt kezdett kezelést. A nem elterelésben lévő kliensek körében a kannabiszhasználók aránya lényegesen alacsonyabb, 31,3% (476 fő).

A kannabisz miatt kezelésbe lépők 91,4%-a férfi, 8,6%-a nő volt, átlagéletkoruk 26,8 év volt és átlagosan 8,4 éve használtak kannabiszt a 2015-ös kezelésbe lépésüket megelőzően.

A kliensek döntő többsége (92,2%) elfüstöli (elszívja) a szert, második leggyakoribb szervezetbe juttatási mód az evés/ivás (4,7%) volt.

Az elterelés miatt kezelést kezdő kliensek kétharmada a megelőző 30 napban nem használta a szert, intenzív használati mintázatról (napi vagy heti 2-6 alkalommal) a kliensek 18,7%-a esetében beszélhetünk. A nem elterelés miatti kezelési igények 61,5%-ában viszont jelen volt az intenzív kannabiszfogyasztás.

5. ábra. A szerhasználat gyakorisága az elterelt és a nem elterelt kliensek százalékában 2015-ben (N=2350 fő)



Forrás: TDI 2016

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 önszegítő programja⁹, mely interneten elérhető terápiás lehetőséget kínál ennek a szerhasználói csoportnak¹⁰. (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 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%.

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.

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

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.

Problémás szerhasználat

A tűcsere szolgáltatók szakmai találkozásán (NFP 2015 és 2016) a legtöbb program kiemelte a szintetikus kannabinoidok (utcai nevén: herbál) intenzív használatát az intravénás szerhasználók körében a 2014., illetve 2015. évre vonatkozóan. A szolgáltatók szerint van, aki időszakosan vagy teljesen átáll a 'herbál' szívására, de a legjellemzőbb a váltott használat az elsődlegesen injektált szerrel. A szervezetek kiemelték a használathoz kapcsolódó tüneteket is, mint például agresszivitás, súlyos szorongás, erős hallucinációk, egyéb pszichotikus tünetek.

Az egyik budapesti tűcsere program 2014. évre vonatkozó jelentése szerint (Tarján 2015b), egyes klienseik injektálják a 'bio' elnevezésű szert is, amely elmondásuk szerint szintetikus kannabinoid, vagyis az a szer, amelyet a 'biofű' elkészítésénél a növényi hordozóra permeteznek.

A TDI adatgyűjtésben a szintetikus kannabinoid használókat előfordul, hogy kannabiszhasználókként jelentik a szolgáltatók, így a két fogyasztói csoport szétválasztására nincs mód ebben az adatgyűjtésben. Egy 2015-ös, hazai kábítószer-használókat ellátó kezelőhelyek körében végzett vizsgálat (Péterfi 2015) eredményei azt mutatták, hogy a kannabisz mellett a szintetikus kannabinoidok jelentik a második legnagyobb problémát a kezelt kábítószer-használók körében. (További információkért lásd a T4.1 alfejezetet, valamint a Kezelés fejezet T4.1 és T6.2 alfejezeteit.)

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 időszaktól inkább az új pszichoaktív szereket (szintetikus kannabinoidokat) használják. A szintetikus kannabinoidokról azt mondják, hogy olcsó, gyorsabban és intenzívebben hat, könnyű hozzáférni és legálisnak vélik. Az interjúalanyok szerint az újfajta pszichoaktív szereket elsősorban a fiatalok használják, már 12–13 éves kortól. Az ő becslésük szerint a településrészen lakó fiatalok több mint fele. 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 van 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 unaloműzésként. 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 baráttól 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.

T5. KIEGÉSZÍTŐ ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs információ.

T6. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

lásd: E. fejezet rész

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)

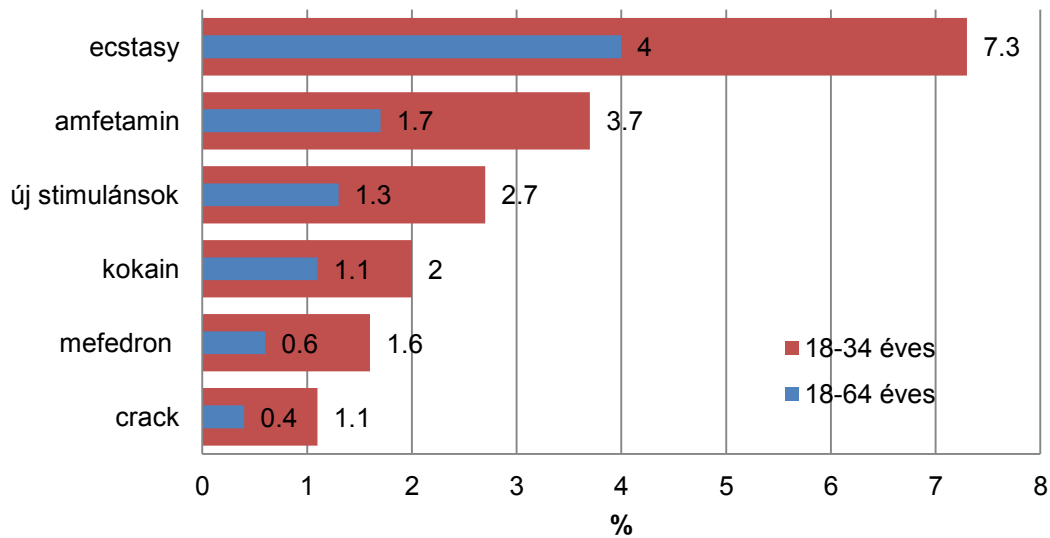
A stimulánsok középiskolások körében vélt beszerezhetőségéről az ESPAD kutatásokból rendelkezünk információkkal. Az amfetaminok, az ecstasy és a kokain esetében a válaszadók fele (49,1%) gondolta, hogy lehetetlen vagy nagyon nehezen beszerezhető, és csak 13,6%-uk valószínűsítette, hogy be tudná szerezni, 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 csempésztett szállítmányokból) egyre többször jelenik meg a kínálatban. (ORFK 2015)

T1.1.2 Stimulánsfogyasztás az általános népességben

A kutatási adatok (Paksi et al. 2015) szerint 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%)

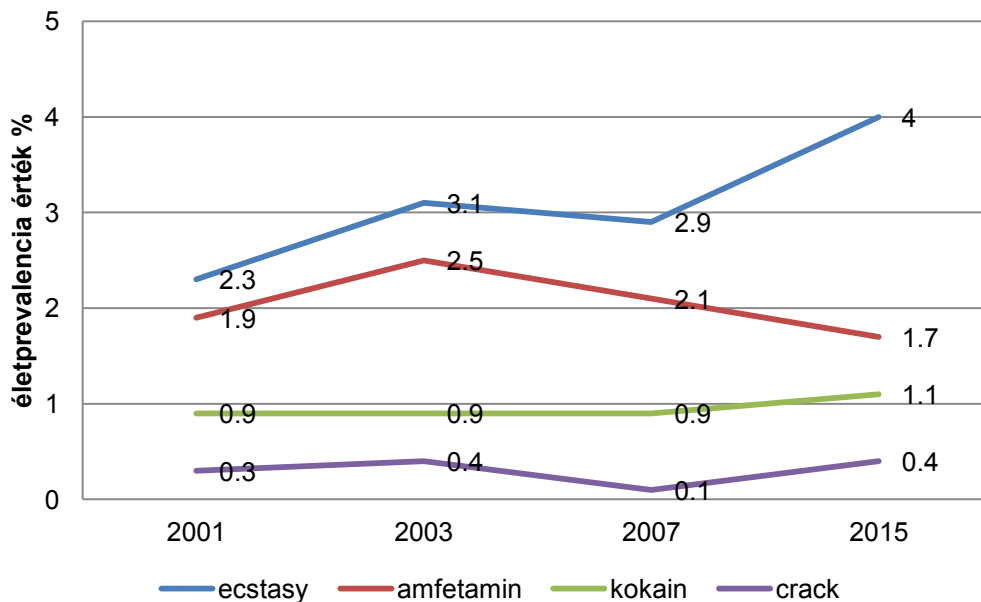
6. ábra. A stimulánsok szerenkénti életprevalencia értékei a 18-64 éves, és a 18-34 éves populációban, 2015-ben



Forrás: 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 amfetaminfogasztás 2001- és 2003 között növekedett, majd 2003 és 2015 között csökkenő tendenciát vett. Az ecstasyhasználat elterjedtsége 2001 és 2003 között növekedett, majd 2003 és 2007 között stagnált, az utóbbi 8 évben pedig ismét növekedett.

7. 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: 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, mefedront, vagy crack-et). A hagyományos stimulánsok éves prevalencia értéke 1%, a havi prevalencia értéke pedig 0,7%. A 18-34 éves fiatal felnőtt populációban az életprevalencia érték 8,2%, az éves 2,3%, a havi pedig 1,7%.

A hagyományos stimulánshasználat tekintetében a vizsgált társadalmi mutatók közül az életkori és az urbanizációs mintázódás mutatkozik meg szignifikánsan. A fiatal felnőttek körében stimuláns-használat 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 iskola végzettség és a háztartás jövedelme nem mutat szignifikáns kapcsolatot a hagyományos stimulánsok használatával. A 18-34 éves populációban a felnőtt népességgel megegyező mintázódást tapasztaltunk.

4. 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: 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%-a¹¹ próbálta már ki a vizsgált stimulánsok valamelyikét¹². 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.

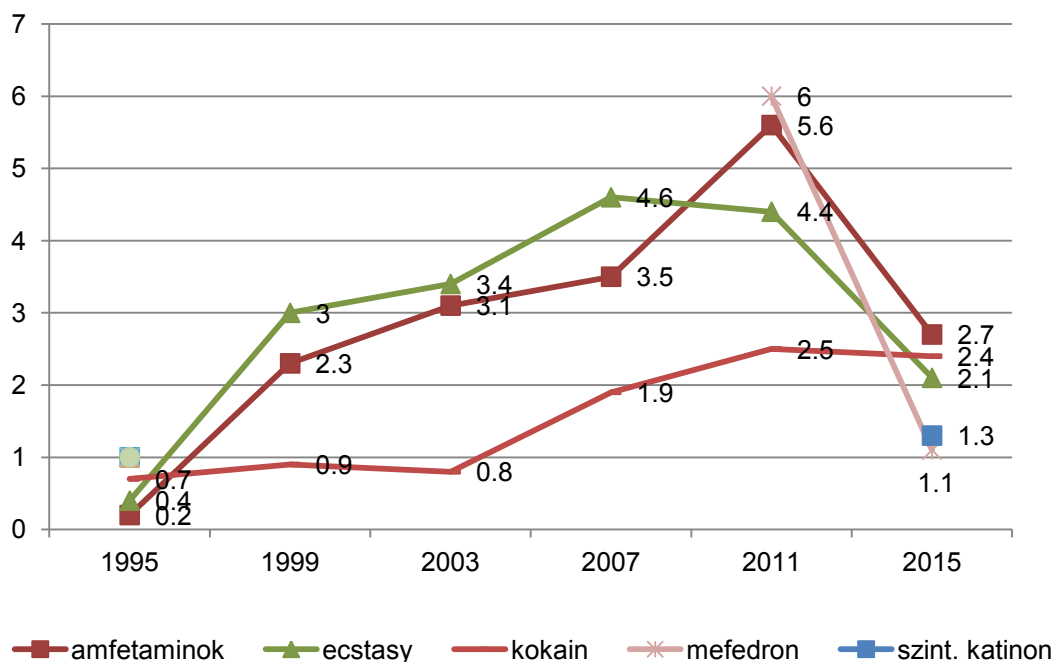
A középiskolások körében készült ESPAD vizsgálat (Elekes 2016) eredményei szerint a szerfogyasztási struktúrában hetedik helyen szerepel az amfetamin (életprevalencia értéke 4,2%), majd ezt követi az ecstasy (3,6%), a kokain (3,2%) és a metamfetamin (2,9%). Legkevésbé mefedront (2,0%) és crack-et (1,6%) próbálták már.

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, időközben tiltólistára került, 2015-re pedig eltűnni látszik, 80%-kal csökkent a bevallások aránya. Egyedül a kokain életprevalencia értéke nem változott számottevően.

¹¹ A stimulánsokat kipróbálók alacsony száma miatt csak körültekintéssel értelmezhető.

¹² Amfetaminok, ecstasy, MDMA, kokain. (A kokaint egyéb drogok között jelölték, külön nem kérdezett rá a kutatás).

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



Forrás: 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.

5. 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: 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 Intravénás szerhasználat

Az elsődlegesen injektált szereket tekintve elmondható, hogy míg korábban a heroin majd a heroin és az amfetamin volt a jellemzően injektált szer, mára már 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, azonban 2015-ben egy enyhe emelkedést tapasztalható a lefoglalások számában. Hasonló kismértékű emelkedés figyelhető meg az amfetamin esetében, míg a szintetikus katinon lefoglalások stagnáló lefoglalási számok mellett csökkenő mennyiséget mutatnak. (Az utóbbi évek kábítószerpiaci trendjei és jogi változásai kapcsán lásd: Kábítószerpiac és Kábítószer-bűnözés T2.1 és Jogi keretek T3.1). A 2015-ös év piaci trendjeit az alábbi epidemiológiai vizsgálatok eredményei (tűcsere kliensek, HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vevő intravénás szerhasználók, kezelésbe lépők adatai) egyelőre nem támasztják alá.

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 T.1.2.3.

Intravénás szerhasználat prevalencia becslése¹³

2016 elején kutatás (Horváth és Tarján 2016) készült az intravénás szerhasználó populáció (opiát és stimuláns injektlók 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 tűcsere 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 mintázatukról bővebben a Kábítószeres fejezetben, az egyes kábítószeres (elsősorban a Stimulánsok, de az Opiátok alatt is) alá rendelt T.1.2.1 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 időszakra vonatkozóan. A szűrés során a vérminta vétele mellett viselkedési kérdőív is kitöltésre kerül, mely kérdést tartalmazott az utolsó injektlás idejére vonatkozóan is. Ennek alapján az aktív szerhasználók aránya (azok, akik a kérdést megelőző 12 hónapban is legalább egy alkalommal injektláltak) 86% volt 2015-ben. Ezt extrapolálva az intravénás szerhasználói populáció becsült nagysága 6707 fő volt 2015-re nézve.

Tűcsere kliensek adatai

A tűcsere adatok alapján (Tarján 2016b) 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%-a¹⁴ injektlált elsődlegesen stimulánsokat, addig 2015-re ez az arány 87%-ra nőtt.

A klasszikus stimulánsokat, azaz elsősorban amfetamint injektlók aránya 40% körül mozgott 2009-2012 között, azonban 2013-ra 19%-ra csökkent és maradt is ezen a szinten 2014-ben (17%). 2015-ben további 7 százalékponttal esett vissza az elsődlegesen amfetamint injektlók aránya. A kokaininjektlók aránya elenyésző a tűcserebe járó intravénás szerhasználók körében.

Az új pszichoaktív szerek, azaz a designer stimulánsok¹⁵ térnyerése 2010-től kezdődően a heroint, 2013-tól pedig már az amfetamint is kiszorította: Míg 2010-ben a tűcserebe járó

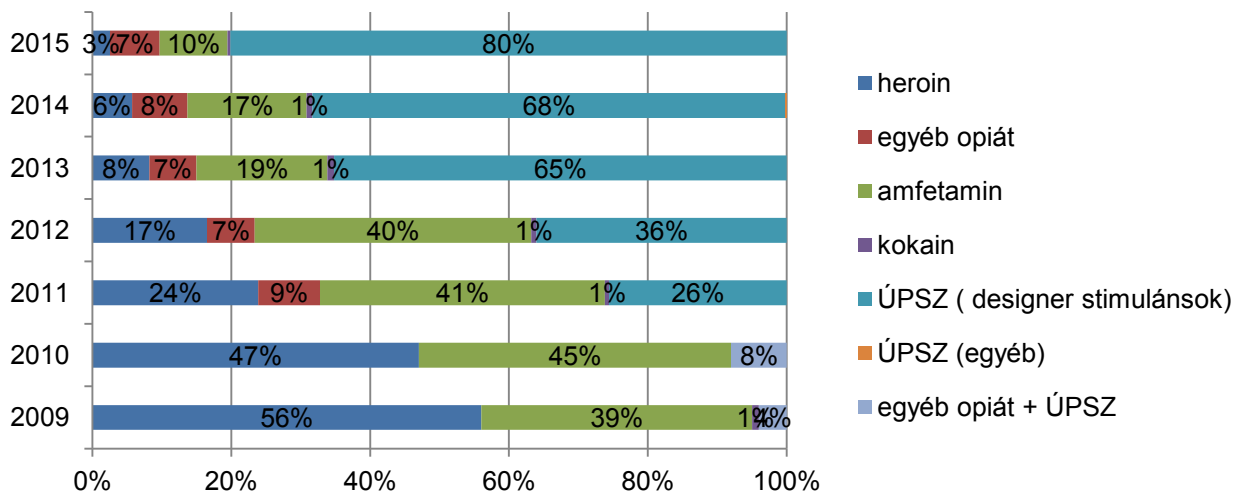
¹³ A becslés a teljes intravénás populációt lefedi. Tekintettel arra, hogy az intravénás szerhasználat a trendek szerint leginkább stimulánsok injektlását takarja, a becslés a Stimulánsok alfejezetben került közlésre.

¹⁴ Az ábrán látható 2009-es 4% és 2010-es 8% „egyéb opiát+ÚPSZ” kategóriában az egyéb stimulánsok és az egyéb opiátok együtt szerepelnek. Így az egyéb stimulánsok aránya vélhetően még alacsonyabb volt ebben a két évben.

¹⁵ A designer stimulánsokként kategorizált utcai neveket lásd: 10. ábra

intravénás szerhasználóknak kevesebb mint 8%-a¹⁶ használt designer stimulánsokat, addig 2015-ben már 80%-uknak volt ez az elsődlegesen injektált szere.

9. ábra. A túcsere programban részt vevő kliensek elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009-2015 között¹⁷



Forrás: Tarján 2016b

A domináns, intravénásan használt designer stimuláns 2010-ben a mefedron, 2011-ben az MDPV volt, 2012 óta pedig a „pentakristály”¹⁸ utcai elnevezésű szer áll az első helyen. A designer stimulánsok között 2014-ben és 2015-ben valamelyest csökkent a pentakristály részesedése az előző évhez képest, ennek ellenére még mindig ez a legelterjedtebb ilyen típusú szer. A 2013-ban még épp csak megjelenő utcai elnevezésű „zene”¹⁹ 2014-ben és 2015-ben a második leggyakrabban injektált új pszichoaktív szerré lépett elő.

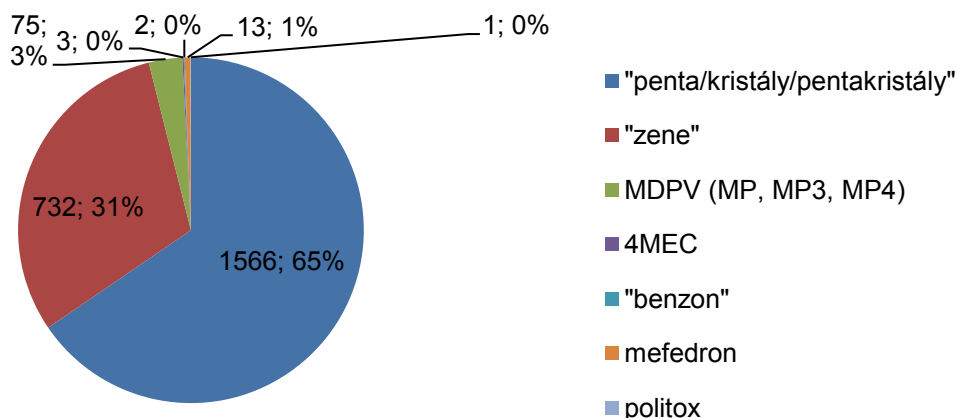
¹⁶ Az ábrán látható 2009-es 4% és 2010-es 8% „egyéb opiát+ÚPSZ” kategóriában az egyéb stimulánsok és az egyéb opiátok együtt szerepelnek. Így az egyéb stimulánsok aránya vélhetően még alacsonyabb volt ebben a két évben.

¹⁷ 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. Ebből kifolyólag az ábrán látható 2009-es 4% és 2010-es 8% „egyéb opiát+ÚPSZ” kategóriában az egyéb stimulánsok és az egyéb opiátok együtt szerepelnek. Az ÚPSZ (egyéb) kategóriában a „bió” elnevezésű szer szerepel, amely szintetikus kannabinoid hatóanyagra utalhat.

¹⁸ Lefoglalási adatok alapján valószínűsíthetően a pentedron hatóanyag tartalmú szerekre vonatkozó utcai elnevezés.

¹⁹ Lefoglalási adatok alapján valószínűsíthetően az alfa-PVP hatóanyag tartalmú szerekre vonatkozó utcai elnevezés.

10. ábra. A designer stimulánsokat injektálók megoszlása elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban 2015-ben (N=2392 fő)²⁰

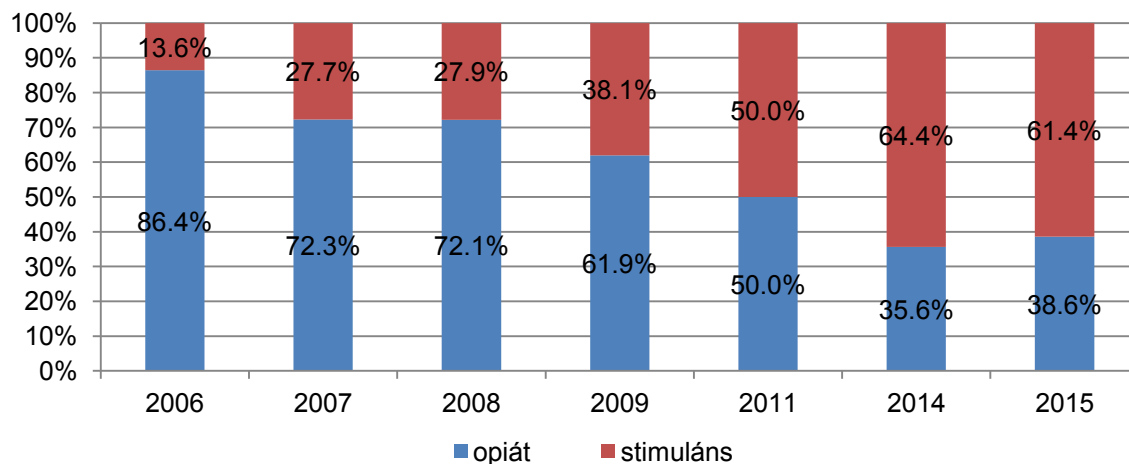


Forrás: Tarján 2016b

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)

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



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

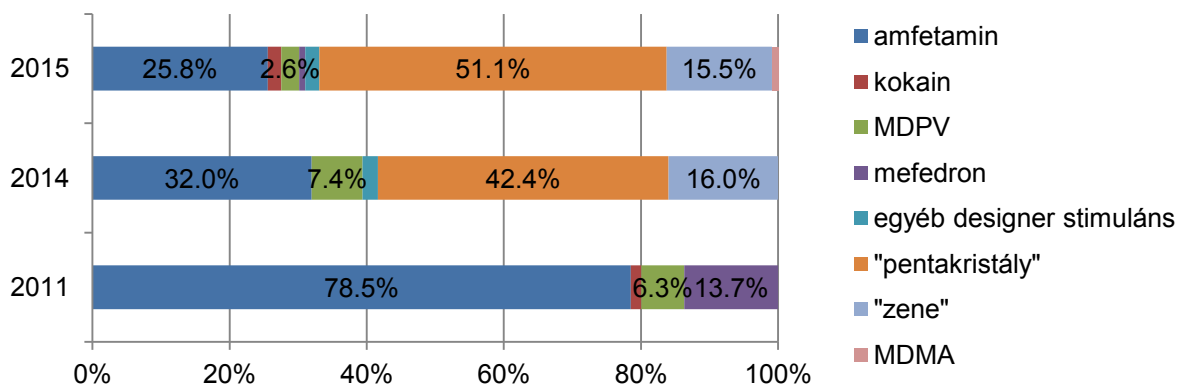
A mintából kiválasztva az elmúlt 4 hétben is injektáló, úgynevezett aktív stimuláns használókat (2011-ben: 64,2%-a az összes aktív injektálónak, 2014-ben: 70,6%, 2015-ben: 66,4%), látható a 2011 és 2015 között történt jelentős eltolódás az amfetamintól a designer stimulánsok felé.²¹ 2011-ben az aktív stimuláns injektálók 78,5%-a vallotta, hogy

²⁰ A politox kategória az elérhető designer stimulánsok polidroghasználatát jelenti.

²¹ 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

elsődlegesen amfetamint használt, 2015-ben viszont csak 26%-uk számolt be erről. Ezzel ellentétben 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”²², 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”²³ utcai elnevezésű szer.

12. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív stimuláns injektálók²⁴ megoszlása (%) az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2011-2015



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

összegyűjtésre az adatok: opiátok; amfetamin; kokain; egyéb. Így az elemzés csak erre három évre nézve tesz megállapításokat.

²² Lefoglalási adatok alapján valószínűsíthetően a pentedron hatóanyag tartalmú szerekre vonatkozó utcai elnevezés.

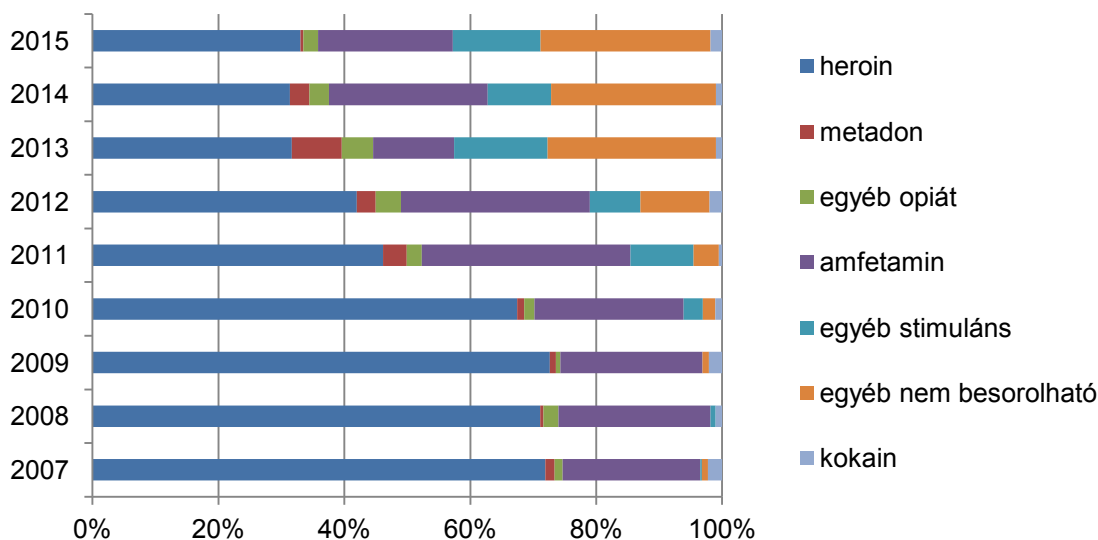
²³ Lefoglalási adatok alapján valószínűsíthetően az alfa-PVP hatóanyag tartalmú szerekre vonatkozó utcai elnevezés.

²⁴ N₂₀₁₁=256 fő; N₂₀₁₄=269 fő; N₂₀₁₅=233 fő

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: vagyis az opiát típusú szerek – elsősorban a heroin – visszaszorulása és a designer stimulánsok térnyerése az intravénás szerhasználók körében.

13. ábra. Intravénás szerhasználók megoszlása a kezelésbe lépők körében az elsődlegesen injektált szer alapján 2007 és 2015 között (%)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2015

A „Tisztább Kép” projekt keretében bevizsgált fecskendőben található hatóanyagokról lásd a Kábítószerpiac és Kábítószer-bűnözés fejezet T4 alfejezetét. A projekt részeként működő kérdőíves vizsgálat eredményeit lásd a T4.1 alfejezetben.

A lefoglalási adatok részeként bemutatott, injektáló eszközökön azonosított hatóanyagokról lásd a Kábítószerpiac és Kábítószer-bűnözés fejezet T2.1 alfejezetét.

T1.2.2 Fertőző betegségek

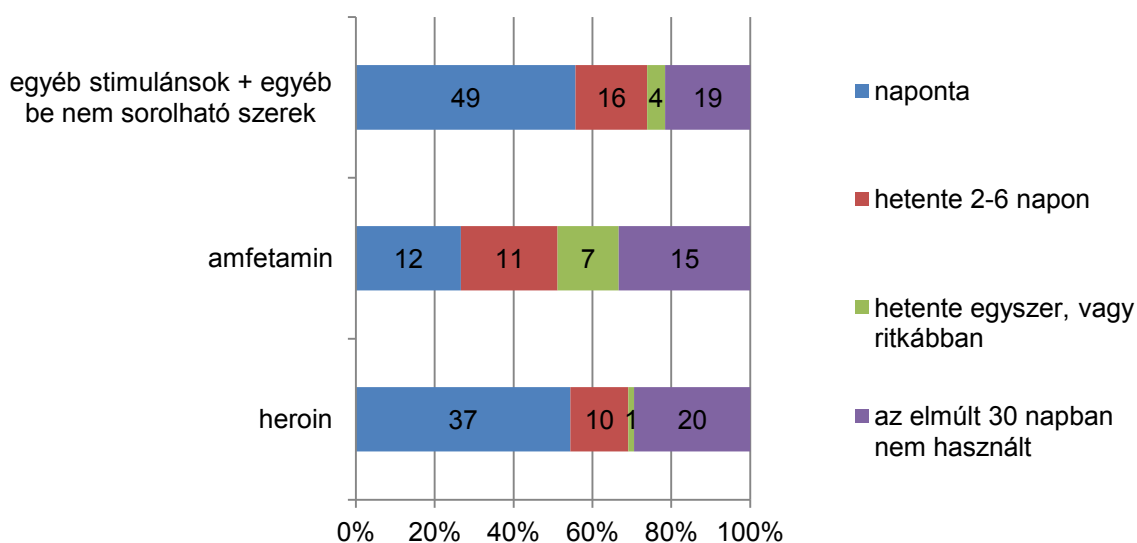
Lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.1 és T2.2.b alfejezet

T1.2.3 Szerhasználati mintázatok

Az intravénás stimulánshasználattal összefüggő kockázati magatartásokkal kapcsolatos adatokat lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.4 alfejezet.

A kezelést kezdő intravénás szerhasználók körében a designer stimulánsokat (egyéb stimuláns + egyéb be nem sorolható) injektálók körében a legmagasabb a naponta vagy heti 2-6 napon injektálók aránya (73,9%), a heroin (69,1%) és az amfetamin injektálók (51,1%) összehasonlítva.

14. ábra. Intravénás szerhasználat gyakorisága a kezelésbe lépők korében 2015-ben (%)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2016

T1.2.4 Stimulánshasználók ellátása

Magyarországon a stimulánshasználat a második legjellemzőbb indoka a kábítószer-használók kezelésbe lépésének (lásd Kezelés fejezet T1.3.1 és T.2.1 alfejezet). 2015-ben a kezelést kezdők 16,6%-a jelölte meg valamelyik stimuláns szert elsődleges szerként (a kokainon kívül) (amfetamin 489 fő, MDMA és származékai 85 fő, egyéb stimuláns 143 fő). (TDI adatgyűjtés 2016)

A stimulánsok miatt kezelésbe lépők 85,5%-a férfi, átlagéletkoruk 29,6 év, és átlagosan 6,8 évig használtak stimuláns szereket a 2015-es kezelésbe lépésüket megelőzően. A kezelést megelőzően a jellemző beviteli mód az orra szippantás volt (37,5%), azt követte az evés/ivás (31,7%), a elszívás/inhalálás (15,2%), majd az injektlás (12,3%). A kezelésbe lépők nagyobb része (59%) a megelőző 30 napban nem használta a szert, napi használó volt 16,5%, heti 2-6 alkalommal 9,2%, hetente egyszer vagy ritkábban 11,7% fogyasztotta elsődleges szerét. (Az injektlásról lásd a T1.2.1 valamint T1.2.3 alfejezeteket.)

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.

T1.2.6 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 szertípus. Az életprevalencia értéke a 18-64 éves populációban 1,3%, a 18-34 éves fiatal felnőtt populációban pedig 2,7%.

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 kevésbé elterjedt, a diákok 2,5%-a próbálta már életében, a fiúk 3,3%-a, a lányoknak 1,8%-a ($p < 0,001$).

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

A szintetikus katinonokat többségében 15 évesen próbálták ki először.

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 katinonfogyasztókról lásd a T1.2.1; T1.3.1 és T4.1 alfejezeteket, valamint a Kezelés fejezet T4.1 alfejezetét.

Az országos tücsere adatgyűjtés során (módszertant lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T.6.2) 2015-ben először került lekérdőzésre 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)

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T4.1 TOVÁBBI ADATFORRÁSOK

A „Tisztább kép” (Péteri 2016, módszertant és a toxikológia vizsgálat részletes eredményeit lásd: Kábítószerpiac és Kábítószer-bűnözés fejezet T4 és T6.2) projekt során a bevizsgált fecskendők egy része esetében (145 minta) kérdőív felvételére is sor került, ahol a fecskendő szolgáltató kienstől megkérdezték, hogy az adott szert milyen néven vásárolta. A

vizsgálat keretében hazánkban először nyílt lehetőség az utcai nevek és a hatóanyag-tartalom (főkomponens) esetalapú összekapcsolására²⁵, amelynek eredményei alátámasztják az utcai nevek és hozzá kapcsolódó hatóanyag-tartalom esetlegességét.

6. táblázat. *Utcai elnevezések a toxikológiai vizsgálat által igazolt főkomponens szerinti bontásban a „Tisztább kép” kérdőíves vizsgálata alapján (N=100)*²⁶

| heroin | metadon | amfetamin | szintetikus katinon | egyéb ÚPSZ | egyéb |
|---------------|-----------------|-----------------------|----------------------------|--------------------|--------------|
| heroin (1) | metadon (11) | speed (11) | kristály (12) | rózsaszín bika (1) | speed (4) |
| | kristály (8) | amfetamin foszfát (1) | zene (9) | speed (1) | kristály (1) |
| | amfetamin (3) | MDPV (1) | metadon (4) | | máktea (1) |
| | 4-MEC (1) | | barna kristály (3) | | |
| | cukor (1) | | MDPV (3) | | |
| | heroin (1) | | kati (2) | | |
| | kapszula (1) | | penta (2) | | |
| | kati koktél (1) | | speed (2) | | |
| | speed (1) | | 4-MEC (1) | | |
| | zene (1) | | barna zene (1) | | |
| | | | ecstasy (1) | | |
| | | | heroin (1) | | |
| | | | koktél (1) | | |
| | | | metadon és kristály (1) | | |
| | | | MP (1) | | |
| | | | nagyszemes kristály (1) | | |
| | | | pentakristály (1) | | |
| | | | superman (1) | | |
| | | | versace (1) | | |

Forrás: Péterfi 2016

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.

T5. KIEGÉSZÍTŐ ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs információ.

T6. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

lásd: E. fejezet rész

²⁵ A vizsgálat korlátai: Egyes esetekben (A 145 kérdőíves mintából 51-ben) egy kérdőívhez több fecskendő és/vagy injektáló eszköz is leadásra került, így nem minden esetben állítható fel egyértelmű kapcsolat a jelentett utcai név és a főkomponens között. Emellett fontos kiemelni, hogy az intravénás szerhasználók jellemzően többször használnak egy fecskendőt, így az utcai nevek nem feltétlenül vannak összhangban a kimutatott főkomponenssel, mivel az inkább az utolsóként injektált anyagot mutatja.

²⁶ Kizárásra került esetek: ahol a toxikológiai vizsgálat nem állapított meg főkomponenst (40 eset); ahol nem injektáló eszközök kerültek bevizsgálásra (5 eset);

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%.

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 Kábítószeres fejezet Stimulánsok T1.2.1 *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. (részleteket lásd 2013-as Éves Jelentés 4.2. fejezet)

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

T1.2.1 Intravénás szerhasználat

Túcsere kliensek adatai

A túcsere adatok alapján (Tarján 2015b) az új pszichoaktív szerek 2010-től kezdődő térnyerése teljesen átalakította a megelőző évekre jellemző szerhasználati struktúrát: míg 2009-ben a túcserebe járó intravénás szerhasználók 56%-a elsődlegesen heroint injektált,

addig 2015-ben csupán a kliensek 3%-a vallotta, hogy elsődlegesen heroint használ. (ábrát lásd: Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.1 alfejezete 9. ábra).

Az intravénásan egyéb opiátokat, elsősorban metadont használók aránya nem változott jelentősen az elmúlt évek során: 7-9% körül mozgott 2011-2015 között.²⁷

A tícserébe járó 25 és 34 év közötti kliensek 7%-a, míg a 34 év feletti 16%-a injektált elsődlegesen heroint vagy egyéb opiátokat, 25 év alatt elenyésző hányaduk (3%) használt elsődlegesen opiátokat 2015-ben. Csak a heroint és egyéb opiátokat injektálók csoportját vizsgálva megállapítható, hogy körükben a legtöbben (64%) a 34 év feletti korcsoportba tartoznak.

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

Az országos prevalencia vizsgálatban (Dudás et al. 2015) részt vevő intravénás szerhasználók megoszlását az elsődlegesen injektált szer szerint vizsgálva szintén jól látható az opiátok térvesztése 2006-tól kezdődően. 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: Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.1 alfejezete 11. ábra)

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.²⁸ (a 2015-ös adatokkal kapcsolatos összehasonlíthatóság korlátait lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.6)

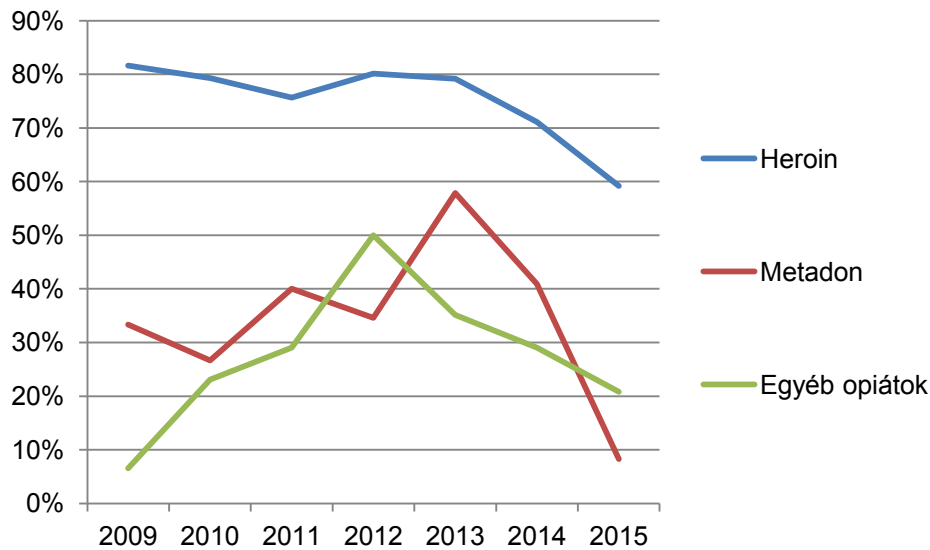
Kezelési (TDI) adatok

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, azt követően pedig azon kliensek arányának növekedése, akik a kezelés előtt már nem használtak opiátokat (ismételt kezelésbe lépés).

²⁷ 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 injektálásáról.

²⁸ 2014-ben lett először szétbontva az opiát kategória heroinra és egyéb opiátokra (nyitott kérdés), így az elemzés csak erre az évre nézve tesz megállapításokat.

15. ábra. Az intravénás beviteli mód aránya a kezelést kezdő opiáthasználók esetében szertípusonként 2009 és 2015 között.



Forrás: TDI adatgyűjtés 2016

A szerhasználati mintázatokról lásd a T1.2.4 alfejezetet, az intravénás szerhasználat további trendjeiről lásd a Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.1 és T1.2.3 alfejezeteit.

A „Tisztább Kép” projekt keretében bevizsgált fecskendőkből található hatóanyagokról lásd a Kábítószerpiac és Kábítószer-bűnözés fejezet T4 alfejezetét. A projekt részeként működő kérdőíves vizsgálat eredményeit lásd a Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T.4.1 alfejezetben.

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

T1.2.2 Fertőző betegségek

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

T1.2.3 Szerhasználati mintázatok

Az intravénás opiáthasználattal összefüggő kockázati magatartásokkal kapcsolatos adatokat lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.4 alfejezetében.

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

T1.2.4 Heroin- és egyéb opiátfogyasztók ellátása

Az opiáthasználat a 2015-ös kezelésbe lépések 3,6%-ában (156 fő) volt a meghatározó szerhasználati mintázat (lásd Kezelés fejezet T.1.3.1. és T.2.1 alfejezetek) (heroin 120 fő, metadon visszaélésszerű használata 12 fő, egyéb opiát 24 fő).

Az opiáthasználat miatt kezelésbe lépők 81,4%-a (127 fő) férfi, 18,6%-a (29 fő) nő volt, átlagéletkoruk 34,9 év volt, és átlagosan 16 évig használtak opiát típusú szereket a 2015-ös kezelésbe lépésüket megelőzően. A kezelést megelőzően a jellemző beviteli mód az injektlás (49,4%) volt, azt követte az evés/ivás (16,7%), a füstölés (fóliázás) (14,7%) majd az orrba szippantás (10,9%). Fogyasztás gyakorisága szerint a kliensek fele naponta, 10,3%-a heti 2-6 napon fogyasztotta a szert, valamint negyedük (27,6%) nem használta a kezelést megelőző 30 napban. (Az injektlásról további információkat lásd a Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.1 és T1.2.3 alfejezete.)

A kezelési lehetőségeket tekintve az opiáthasználók számára elérhető speciális kezelési program az opiát szubsztitúciós kezelés. Ennek működéséről és igénybeviteléről lásd a Kezelés fejezet T1.4.8-T1.4.9 valamint T2.1 alfejezeteit.

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) beszámolt az opiát helyettesítő kezelésben részesülő kliensek új pszichoaktív szer (továbbiakban ÚPSZ), elsősorban designer stimuláns használatáról. Kapitány-Fövény és munkatársai az egyes pszichiátriai tünetek megjelenését vizsgálták ÚPSZ-t valaha próbáló és nem próbáló kliensek esetében egy budapesti helyettesítő program klienskörében (Kapitány-Fövény et al 2015). A BSI (Brief Symptom Inventory) tüneteiskálán vizsgált 9 pszichiátriai tünetből 7 esetében szignifikánsan magasabb értékeket (vagyis súlyosabb pszichiátriai tüneteket) azonosítottak az ÚPSZ-t valaha próbálók körében.

T5. KIEGÉSZÍTŐ ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs információ.

T6. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

D. EGYÉB ÚJ PSZICHOAKTÍV SZEREK ÉS MÁŠ KÁBÍTÓSZEREK A FENTIEKEN TÚL

A korábbi három alfejezetben említett szereken túl – ott bemutatva az új pszichoaktív szerekekkel kapcsolatos fejleményeket is – egyéb szerek fogyasztása nem releváns a magyarországi kábítószer-helyzet szempontjából.

E. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T6. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T6.1 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.

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-Fővény, 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.

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.

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., Felvinczi K., Demetrovics Zs. (2016a): The prevalence of new psychoactive substances in Hungary – based on a general population survey dealing with addiction related problems (OLAAP 2015). IV. International Conference on Novel Psychoactive Substances (NPS). Budapest, 30-31 May

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

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

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

Péterfi, A. (2016): „Tisztább kép” időközi beszámoló az első 10 hónap eredményeiből. Magyar Ökumenikus Szervezet. Budapest. kézirat. http://www.segelyszervezet.hu/sites/default/files/documents/isec_idokozi_beszamolo_hu_pet_eri_05_0.pdf

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

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

Tarján, A. (2015b): Tűcsere programok adatai, 2014. Nemzeti Drog Fókuszpont.

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

TDI adatgyűjtés 2016.

T6.2 MÓDSZERTAN

Designer droghasználók pszichiátriai tünetprofilja szubsztitúciós kezelésben részesülő opiátfüggők körében (Kapitány-Fövény et al 2015): A budapesti Nyíró 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 tanulóakra 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 jelöli²⁹. A becslés második lépéseként a szűrésben alkalmazott, az utolsó injekciós 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 alapképletét³⁰ módosították, megkülönböztetve a szűrésben való ismételt megjelenés okaként a véletlen és a szisztematikus vagy szándékolt részvételt. A részvételi szándék modellezésével érzékenységvizsgálatot végeztek. A részvételi szándék együtthatóját a szűrőhelyek megkérdezését követően alakították ki szakértői becslés módszerével. A megkérdezett szolgáltatók válaszainak átlaga alapján a kliensek 76%-a tudatosan vett részt ismételten a szűrésben.³¹ 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.

Kezelőhely vizsgálat 2015: lásd Kezelés fejezet T6.2 alfejezet.

Kezelőhely vizsgálat a terápiás közösségek körében 2015: lásd 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

²⁹ Ismételt megjelenés a szűrőprogramokban 2014-2015 között

| Év | 2015 | |
|------|------------|------|
| | Megjelenés | Igen |
| 2014 | Nem | 458 |
| | Igen | 133 |

³⁰Az 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 ismételten 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

³¹A 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.

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 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 marihuána-használó főként férfiak alkották, akik kipróbálták már a szintetikus kannabinoidokat.

Országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat: lásd Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T6.2 alfejezet

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

TDI adatgyűjtés 2016: lásd Kezelés fejezet T6.2 alfejezet

Tűcsere adatgyűjtés (Tarján 2016b): A tűcsere szervezetek 2016-ban is a Nemzeti Drog Fókuszpont által 2008 óta működtetett adatgyűjtő internetes portálon jelentették az adatokat. 2010 óta a tűcsere programokban részt vevő kliensek demográfiai jellemzőivel és szerhasználatával kapcsolatos információkat is ezen a felületen keresztül juttatják el a Nemzeti Drog Fókuszpont számára a szolgáltatók. 2012 óta az „egyéb” szer kategória nyitott kérdésként jelenik meg, ahol a szolgáltatók nevesíthetik az egyéb szereket. Az elmúlt évek tapasztalatai alapján a 2015-ös adatgyűjtés során bővítésre került az előre megadott szertípusok listája (új kategóriák: „penta kristály”, „zene”, metadon, MDPV) a meglévő, zárt klasszikus szertípusok és a nyitott „egyéb” kategória mellett. 2015-re vonatkozóan 26 szervezet összesen 3415 fő kliens adatait töltötte fel. Bár a Kék Pont Alapítvány megszűnt tűcsere szolgáltatásának kliens adatai már nem szerepelnek a 2015-ös adatokban, ugyanabban a budapesti kerületben működését 2015-ben megkezdő Alternatíva Alapítvány, illetve a Baptista Szeretetszolgálat új mobil programja viszont jelentett kliens adatokat a tárgyévvel kapcsolatban. A Drogprevenációs Alapítvány a 2015-ben új helyre költöző, tűcserét már nem biztosító alacsonyküszöbű programjának intravénás szerhasználói körében az előző évhez hasonló elsődleges szertípus szerinti megoszlást figyelt meg³². (további információkat lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T.1.5.3) A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikációsűrű, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került. Az elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlásról összesen 2985 kliens esetében számoltak be a szolgáltatók 2015-ben. (2009: 1483 fő; 2010: 1737 fő; 2011: 2237 fő; 2012: 1907 fő; 2013: 3128 fő; 2014: 3692 fő)

Tisztább kép” - Együttműködési program az új szintetikus drogok feltérképezéséért (Péterfi 2016): módszertant lásd: Kábítószerpiac és Kábítószer-bűnözés fejezet T.6.2 alfejezet.

³² Személyes konzultáció a Drogprevenációs Alapítvány alacsonyküszöbű programjának koordinátorával.

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. 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 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.

A Stratégia a prevencióval kapcsolatban 10 szintéren határoz meg feladatokat: helyi közösségek, család, köznevelési és gyermekvédelmi intézményrendszer, felsőoktatás,

³³ A fejezet szerzője: Nyírády Adrienn

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). Az 33/2014. (IX. 16.) EMMI utasítás az Emberi Erőforrások Minisztériuma Szervezeti és Működési Szabályzatáról nevesíti a Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztály drogreprevenzióval 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 drogreprevenziós tevékenységet;
- együttműködik a drogreprevenziós feladatokért felelős háttérintézménnyel,
- a drogreprevenzió kapcsán együttműködik az érintett szakmai főosztályokkal,
- közreműködik a kábítószer-probléma kezelésével kapcsolatos pályázatok szakmai tartalmának kidolgozásában és elbírálásában,

(Forrás: Magyar Közlöny 2014/48.)

2015. szeptember 1-től a 74/2015 (III.30) Korm. rendelet alapján a drogpolitikai feladatellátása a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézettől (melynek szervezeti keretei között működött a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda) jogutódlással a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalhoz került, Szociális, Társadalmi Felzárkózási és Drogpolitikai Programok Osztálya formájában. (NRSZH 2016)

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 negyötöde 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)

T1.2 PREVENCIÓS BEAVATKOZÁSOK

T1.2.1 Környezeti prevenció

Szakpolitikai lépések

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

Bűnmegelőzési stratégiák

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

T1.2.2 Általános prevenció

A KAB-ME-15 pályázat keretében az iskolai egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatokhoz illeszkedő, illetve a helyi közösségi résztvevők együttműködésén alapuló, a drogfogyasztással szemben alternatívát nyújtó programok támogatására volt lehetőség, összhangban a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 dokumentummal, 155.000.000 Ft (505,500 EUR) keretösszegben. A beadott 298 pályázat közül 119 nyert támogatást 154.568.478 Ft (499,107 EUR) összegben. (EMMI 2016) A nyertes pályázatok kétötöde általános/univerzális prevenciót valósított meg iskolai vagy közösségi szinten.

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

„Legyen más a szenvedélyed” címmel az NCSSZI - Nemzeti Drogmegelőzési 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 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 dizájner 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 készségüket³⁴. (NDI 2015).

A Rendőrség drogmegelőzési tevékenysége

Drogprevenciós összekötők

A fiatalkorúak kábítószer-fogyasztásának visszaszorítása érdekében a rendőrség 2014 szeptemberében új drogprevenciós programot indított „A szülők és a családtagok a rendőrség kiemelt partnerei a kábítószer-bűnözés megelőzésében” címmel. A program célja, hogy a 12-18 éves gyermekeket nevelő szülők, családtagjaik közvetlen tájékoztatást kapjanak a kábítószer-fogyasztás kockázatairól, büntetőjogi következményeiről. Valamennyi rendőrkapitányságon elérhető a program helyi közvetítői. (Rendőrség 2015)

T1.2.3 Célzott prevenció

A T1.2.2 alfejezetben említett nyertes programok harmada - 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 szintéren 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 fejezetben található.

A Magyar Honvédség drogprevenciós tevékenysége

³⁴ Még több információ olvasható a http://www.ndi-szip.hu/tamop-5_2_9_/Rolunk.aspx oldalon.

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 2015 folyamán a következő tevékenységeket valósította meg (Magyar Honvédség, 2016):

- Kognitív ismeretátadás, tájékoztató kiadványok, vizuális szemléltetés keretében törzstanuló napon illetve továbbképzés keretein belül 23 alkalommal összesen 598 fő részvételével zajlottak tájékoztató előadások a drogprevenciót érintően. A közösségi, színtér programok alkalmával felkérés alapján 4 alkalommal vettek részt rendezvényeken, ahol összesen 1500 főt értek el.
- A MH Egészségmegőrző Program keretében 2015-ben 2 alakulatnál 82 fő vett részt ilyen programon.
- A misszióra tervezett állomány felkészítésében 2015-ben 5 alkalommal, 135 fő részvételével tartottak drogprevenciós felkészítést.
- Képzések: a katonai szervezeteknél drogprevenciós feladatokat ellátók (egészségügyi szakszemélyzet és a csapatpszichológusi állomány) részére 2015-ös évben egy alkalommal került sor továbbképzésre 30 fő részvételével.

T1.2.4 Javallott prevenció

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

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 prevenciós programok, lakótelepeken és egyéb leromló lakókörnyezetekben élő – csellengő fiatalok számára létesített célzott prevenciós programok, zenés-táncos szórakozóhelyeken létesített/működtetett célzott prevenciós 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 a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) koordinál. (részletesen lásd 2014-es Éves Jelentés 3.4 fejezet) A bevezetett rendszer lényege, hogy az iskolákban csak olyan prevenciós programok működhetnek, amelyek ezen az eljáráson megkapják a szakmai ajánlást. A szakmai ajánlási rendszer minőségbiztosítási szempontból előzetes megfelelés-tanúsítási rendszer.

2015-ben 20 iskolai egészségfejlesztési programajánlás iránti kérelem érkezett a NEFI-be, mindegyik szerhasználatához kapcsolódó prevenciós program volt. A programok az

ismeretátadáson túl társas kompetenciákat fejlesztő vagy érzelmi nevelési elemeket minden esetben tartalmaztak. A szakmai ajánlást végül 9 drogvenció program kapta meg. (NEFI 2016)

7. 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 | 8 | 3 |
| Szenvedélybetegség | 4 | 2 |
| Komplex | 8 | 4 |
| Összesen | 20 | 9 |

Forrás: NEFI 2016

8. táblázat. 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 | 8 | 3 | 1 | 5 |
| Szenvedélybetegség megelőzés | 4 | 2 | 1 | 1 |
| Komplex | 8 | 4 | 1 | 2 |
| Összesen | 20 | 9 | 3 | 8 |

Forrás: NEFI 2016

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 amellet, hogy nagy hangsúlyt fektet a professzionális programfelépítésre, nemzetközi ajánlások, jó gyakorlatok ismeretére, erős szűrőként is jelentkezett.

2009-ig készültek országos kvantitatív felmérések az iskolai és az iskolán kívüli prevenció programokról, amelyekből tudható, hogy milyen drogvenció beavatkozásokkal találkozhattak a diákok (a kutatások részletes leírása olvasható a korábbi Éves Jelentésekben). 2010-2015-ig csak regionális, illetve kvalitatív vizsgálatok történtek. Majd 2015-ben újra készült országos adatgyűjtés, amely aktuális információkkal szolgál a prevenció kínálat jellemzőiről (lásd T3. alfejezet). A két legutóbbi országos adatgyűjtés eredményeit összevetve kitűnik, hogy 10 éve mintegy duplája volt a megismert iskolai programok kínálat (megyénként 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 céltételezésű 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.

Az iskolai prevenciós programok minőségbiztosítása érdekében 2008-2009-ben is történtek kezdeményezések, végül a szakmai ajánlási rendszer 2013-ra készült el. Néhány iskolai prevenciós program külső evaluációjára sor került 2003-2005 között, jellemzőbb a programok belső értékelése, ami leginkább a tetszési index és az ismeretek változásának mérésére korlátozódik.

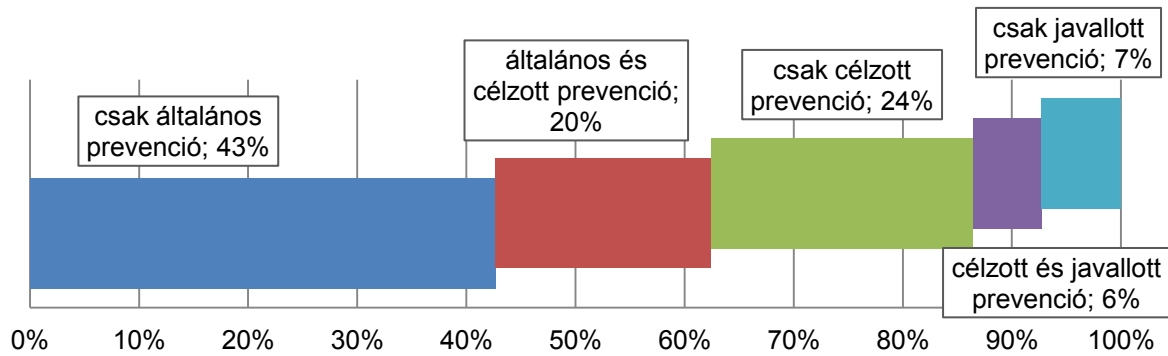
T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

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

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

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 szintereként is jelen van az iskola, negyede pedig (24%) a célpopuláció saját közegében (is) zajlik. A beavatkozások leginkább a 14-18 éves fiatalokat célozzák meg.

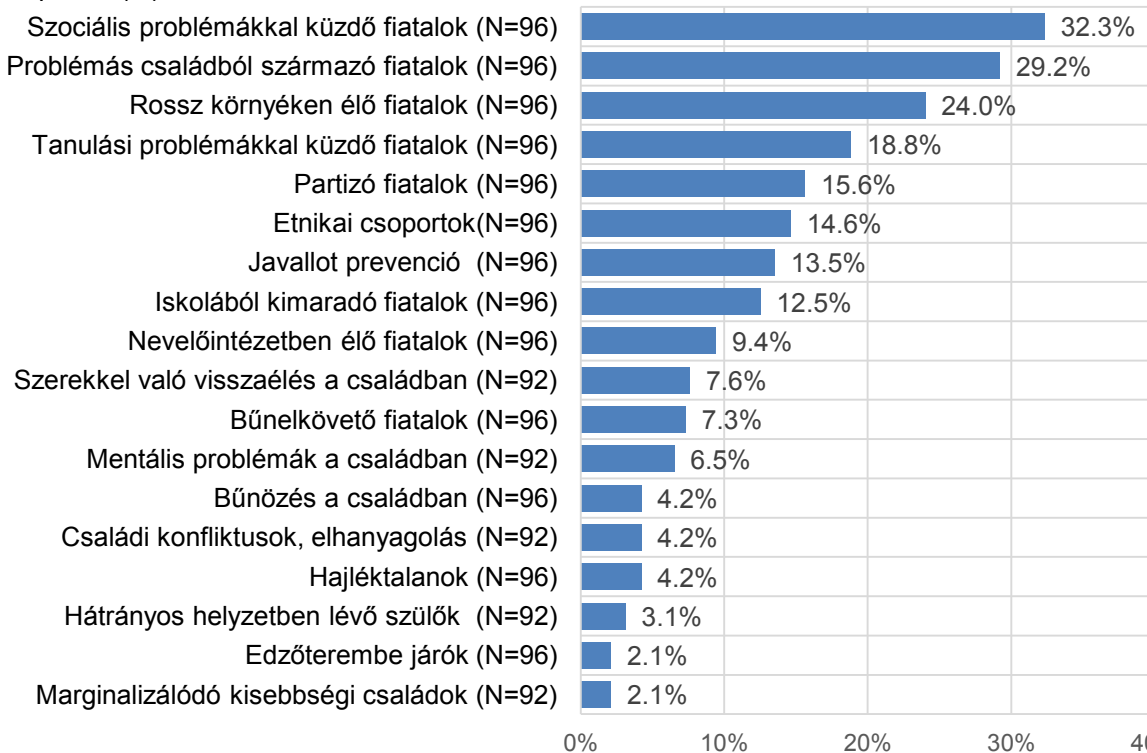
16. ábra. A közvetlenül a végső célcsoportra irányuló beavatkozások típusai (N=96)



Forrás: Paksi et al. 2016b

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

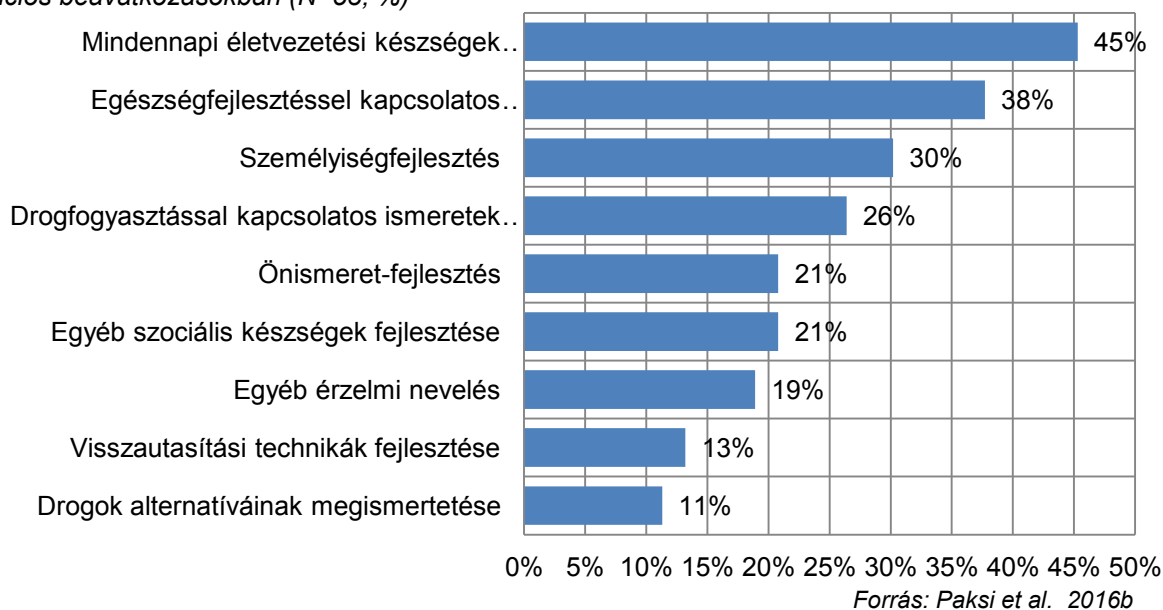
17. ábra. A közvetlenül végső célcsoportra irányuló beavatkozások által megcélzott speciális csoportok (%)



Forrás: Paksi et al. 2016b

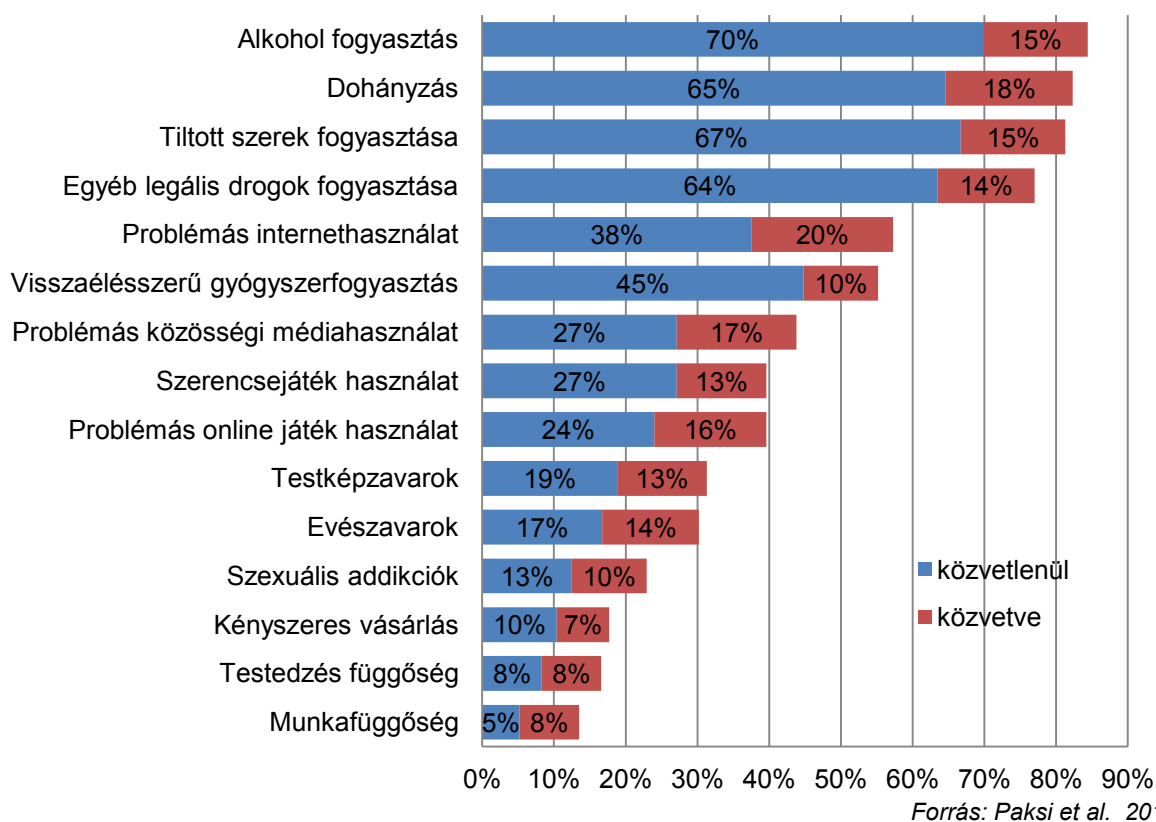
A végső célpopulációra irányuló beavatkozások céljait vizsgálva 9 célkitűzés típus fordul elő (lásd a 18. ábrát). Egy beavatkozással kapcsolatban átlagosan 2-3 féle célt fogalmaztak meg a szolgáltatók. Leggyakrabban a mindennapi életvezetési készségek fejlesztése, az egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadása, illetve a személyiségfejlesztéssel kapcsolatos célkitűzések fordultak elő.

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



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

19. 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.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs információ.

T5. KIEGÉSZÍTŐ ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T5.1 ÉRDEMI VÁLTOZÁS A KÖZELMÚLTBAN A DOHÁNYZÁS- VAGY ALKOHOLPOLITIKÁBAN

2012. január 1-én lépett hatályba a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvényt módosított formája. A törvény értelmében teljes dohányzási tilalom vonatkozik a közoktatási intézményekre, gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézményekre, egészségügyi szolgáltatókra, tömegközlekedési, illetve belföldi közlekedési eszközökre és az ezekhez kapcsolódó várakozóhelyekre, játszóterekre és egyéb közforgalmú intézményekre. Kivételt képeznek ez alól a pszichiátriai intézmények (a kezelték számára lehet zárt térben is dohányzó helyet kijelölni), a büntetés végrehajtási intézmények és a rendőrségi előállító helyiségek, fogdák (a fogvatartottak számára lehet zárt térben is dohányzó helyet kijelölni) illetve a szállodák szivarszobái. (részletesen lásd 2013-as Éves Jelentés 3.2 fejezet)

T5.2 PREVENCIÓS BEAVATKOZÁSOK HATÉKONYSÁGÁNAK VAGY ETIOLÓGIÁJÁNAK VIZSGÁLATA

A közelmúltban ilyen jellegű vizsgálat nem történt.

T6. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T6.1 FORRÁSOK

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

Magyar Honvédség (2016): Beszámoló a kábítószerügyi Éves jelentéshez.

NRSZH (Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal) (2016): Tájékoztató az EMCDDA számára készülő, 2016. Évi Jelentés elkészítéséhez

NEFI (Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet) (2016): A NEFI kábítószerhez kapcsolódó tevékenységei

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. (2016b): Szenvedélymagatartásokra irányuló prevenciók beavatkozások országos katasztere, Budapest, Kézirat

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

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

T6.2 MÓDSZERTAN

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

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

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

A kábítószer-használók járóbeteg és fekvőbeteg ellátása az egészségügyi és szociális ellátórendszer közös feladata, a civil szféra szereplőinek részvétele mellett. A kábítószer-használók ellátását, az ellátórendszer működését az Emberi Erőforrások Minisztériuma (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, ez a megközelítés azonban ma már újragondolásra szorul a korszerű és eredményes, elsősorban közösségi fenntartású közösségi ellátások tükrében.

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 (2015-ben 64,7%; 2014-ben 60%-a) 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 túcsere 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

T.1.1.1 A legfőbb kezelési prioritások a nemzeti drog stratégiában

Az kábítószer-használók ellátását illetően a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-20 (továbbiakban Stratégia) konkrét céljai között nevesítésre került a gyermek- és fiatalok

³⁵ Horváth Gergely

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

A Stratégia ún. ellátásszervezési alapelveket fogalmaz meg, melynek elemei a különböző szakterületeken működő szolgáltatások által nyújtott ellátások egymásra épülése, a szolgáltatások 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, mely a megkereső tevékenységgel együtt segíthet 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, valamint a civil szféra. 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.

Az ilyen típusú ellátások finanszírozása egészségügyi oldalról az Országos Egészségügyi Pénztár kasszájából, szociális oldalról a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által felügyelt, szociális kasszából finanszírozott normatíva formájában és pályázati úton elnyerhető pénzekből 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, esetenként a pszichiátriai betegekkel. Ennek ellenére léteznek olyan ellátóhelyek, amelyek inkább 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 megelőző-felvilágosító szolgáltatás az összes ellátó típus esetében előfordulhat, és ezt a típusú szolgáltatást számos nem kormányzati piaci szereplő is biztosítja.

A fogvatartottak ellátásával kapcsolatban lásd a Kábítószer-probléma a börtönben fejezet T1.3.3 alfejezetét.

Járóbeteg ellátás

T1.2.1 Járóbeteg szolgáltatók

A kábítószer-használók járóbeteg ellátása szempontjából releváns finanszírozási kategóriák:

- egészségügyi ellátás:
 - addiktológiai járóbeteg ellátás
 - gyermek- és ifjúságaddiktológiai ellátás
 - pszichiátriai járóbeteg ellátás
 - gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátás
- szociális ellátás (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 büntető eljárás 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 9. és 10. táblázatban mutatunk be.

9. táblázat. Járóbeteg ellátók (kezelőegységek száma 2015-ben)

| | Kezelőegységek száma | Definíció (kezelőegységek típusai) |
|---|----------------------|---|
| Drogambulanciák, egyéb specializált drogbeteg ellátók | 39 | 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. |
| Alacsonyküszöbű szolgáltatók ³⁶ | 19 | A TDI adatgyűjtésben magukat alacsonyküszöbű/drop-in/megkereső kezelőegységként azonosító szolgáltatók (jellemzően pszichoszociális ellátásokat nyújtó szolgáltatók). |
| Általános / Mentális egészségügyi ellátók | 5 | A TDI adatgyűjtésben magukat járóbeteg kezelőegységként (azon belül pszichiátriaként) azonosító szolgáltatók (kórházakban és rendelőintézetekben működő pszichiátriai gondozók és szakrendelők). |
| Kezelőegységek a büntetés-végrehajtásban | 7 | 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. |

Forrás: TDI adatgyűjtés 2016 - Standard table 24

T1.2.2 A járóbeteg ellátás további aspektusai – 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. §)

³⁶ és egyéb, alapvetően szociális profilú kezelőegységek

Az elterelést választókat egy pszichiáter szakorvos vagy klinikai szakpszichológus által végzett előzetes állapotfelmérés alapján utalják megelőző-felvilágosító szolgáltatásba (továbbiakban MFSZ) – mely inkább javallott prevenció beavatkozásnak tekinthető –, vagy kezelésbe³⁷. 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.

(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 T1.3.3 alfejezet)

T1.2.3 A járóbeteg ellátórendszer kihasználtsága 2015-ben

Új kábítószer-használó kliens járóbeteg ellátásba történő kezelésbe vételéről 63 szolgáltató számolt be 2015-ben a 79 jelentést küldő kezelőegység közül, a büntetés-végrehajtás kezelőegységei nélkül. Az összes kliens (4308 fő) 90,5%-a (3900 fő) kezdett kezelést specializált járóbeteg ellátónál, alacsonyküszöbű szolgáltatónál vagy általános/mentális egészségügyi szolgáltatónál. Járóbeteg ellátás keretei között 2780 fő lépett elterelés miatt kezelésbe.

10. táblázat. Járóbeteg ellátás (kezelést kezdő kliensek száma 2015-ben)

| | Összes kliens száma (kezelést kezdők) | Kezeltek jellemzői |
|---|---------------------------------------|---|
| Drogambulanciák, egyéb specializált drogbeteg ellátók | 3020 | Közülük 2043 fő elterelés keretében kezdett kezelést. |
| Alacsonyküszöbű szolgáltatók ³⁸ | 725 | Közülük 583 fő elterelés keretében kezdett kezelést. |
| Általános / Mentális egészségügyi ellátók | 60 | Közülük 59 fő elterelés keretében kezdett kezelést. |
| Kezelőegységek a büntetés-végrehajtásban | 95 | Közülük 95 fő elterelés keretében kezdett kezelést. |

Forrás: TDI adatgyűjtés 2016 - Standard table 24

Fekvőbeteg ellátás

T1.2.6 Fekvőbeteg szolgáltatók

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

- egészségügyi ellátás:
 - addiktológiai aktív, krónikus és rehabilitációs fekvőbeteg ellátás
 - gyermek- és ifjúságaddiktológiai rehabilitációs ellátás
 - pszichiátriai, krónikus és rehabilitációs fekvőbeteg ellátás
 - gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitációs ellátás
- szociális ellátás (1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról):
 - ápolást, gondozást nyújtó intézmények pszichiátriai vagy szenvedélybetegek számára

³⁷ A kezelésnek a jogszabály szerint két típusa lehetséges: „kábítószer-függőséget gyógyító kezelés” és „kábítószer-használatot kezelő más ellátás”.

³⁸ és egyéb, alapvetően szociális profilú kezelőegységek

- rehabilitációs intézmények pszichiátriai vagy szenvedélybetegek számára
- átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények pszichiátriai vagy szenvedélybetegek számára
- lakóotthon pszichiátriai vagy szenvedélybetegek számára
- támogatott lakhatás

A fekvőbeteg ellátók esetében is beszélhetünk elsősorban **egészségügyi profilú ellátóhelyekről**: ilyenek a kórházi addiktológiai illetve pszichiátriai osztályok. Ezekben jellemzően pszichiáterek, addiktológusok, klinikai szakpszichológusok és szakápolók biztosítják az ellátást. A kórházi osztályok által nyújtott programok hagyományosan és jellemzően a pszichiátriai és alkoholproblémákkal küzdő betegek ellátására fókuszálnak, kábítószer-használók ellátása ezekben az intézményekben csak kismértékben jellemző. Részben a definíciós nehézségekből adódóan, részben az ellátás monitorozásának alacsony szintje miatt nem állnak rendelkezésre megfelelő adatok ezen bentlakásos ellátási forma leírására. A nem kórházi ellátás mellett a másik opciót a **vegyes profilú ellátók** jelentik, melyek mindkét kasszából finanszírozáshoz jutnak. A terápiás **közösségek** nem a hagyományos kórházi-egészségügyi intézményrendszeri keretek között működő, pszichoaktív szerhasználók és viselkedési függőségekben szenvedők többszörös kezelési igényére hosszú távú, közösségi-együttéléses módon terápiás választ adó, jellemzően egyházi, civil, illetve önkormányzati fenntartású szervezeti egységek. Ezen ellátóhelyeken a multidiszciplináris teamben gyakori a felépülő, és szakirányú végzettséget (addiktológiai konzultáns, szociális munkás, mentálhigiénés gondozó, stb.) szerzett, józan függők alkalmazása is. Ők átjárást biztosíthatnak a klienseknek a 12 lépéses programok irányába is.

A kábítószeres-kezelőhelyek ellátásának nagyobb csoportba sorolása miatt pontos számadatok nem állnak rendelkezésre a kábítószer-használókat valóban ellátó kezelőhelyek számáról. Adatokkal a – fekvőbeteg ellátás területén részleges lefedettséggel rendelkező – TDI adatgyűjtésből rendelkezünk, melyeket az 11. és 12. táblázatban mutatunk be.

11. táblázat. *Fekvőbeteg ellátók (kezelőegységek száma)*

| | Kezelőegységek száma | Definíció (kezelőegységek típusai) |
|--|----------------------|--|
| Kórházi fekvőbeteg osztályok | 8 | A TDI adatgyűjtésben magukat fekvőbeteg kórházi addiktológiai és pszichiátriai osztályokként azonosító kezelőegységek. |
| Bentlakásos ellátás kábítószer-használók részére (nem kórházi) | 0 | |
| Terápiás közösségek | 5 | A TDI adatgyűjtésben magukat fekvőbeteg ellátóként azonosító nem kórházi környezetben működő terápiás közösségek – drogterápiás / drogrehabilitációs intézetek / otthonok. |
| Kezelőegységek a büntetés-végrehajtásban | 0 | A fogvatartottakat ellátó járóbeteg és bentlakásos ellátást nyújtó egységek összesítve a I. táblában kerülnek megjelenítésre. |

Forrás: TDI adatgyűjtés 2016 - Standard table 24

További információért a hazai terápiás közösségekről lásd: *Drogterápiás intézetek vizsgálata 2015* (Péterfi et al. 2016, Kezelés fejezet T4.1) és a 2012-es Éves Jelentés 11. fejezetét.

T1.2.7 A fekvőbeteg ellátás további aspektusai

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. A terápiás közösségek száma a legutóbbi fókuszált vizsgálat (Péterfi et al. 2016) (korábbi részletekért lásd Éves Jelentés 2012, 11. fejezet) alapján 15 volt, ebből mindössze 5 kezelőegység jelentett eseteket 2015-ben a TDI adatgyűjtésbe.

T1.2.8 A fekvőbeteg ellátórendszer kihasználtsága 2015-ben

A fekvőbeteg ellátást kezdő új kábítószer-használó kliensek körülbelül fele vegyes profilú terápiás közösségeknél került kezelésbe, másik részüket pedig kórházi osztályokon látták el. Fekvőbeteg ellátás keretében így az összes kliens (4308 fő) 9,5%-a (408 fő) kezdett kezelést 2015 folyamán, közülük elterelésben vett részt 6 fő.

12. táblázat. *Fekvőbeteg ellátás (kezelést kezdő kliensek száma)*

| | Összes kliens száma (kezelést kezdők) | Definíció (kezeltek jellemzői) |
|--|---------------------------------------|--|
| Kórházi fekvőbeteg osztályok | 242 | Közülük 6 fő elterelés keretében kezdett kezelést. |
| Bentlakásos ellátás kábítószer-használók részére (nem kórházi) | 0 | |
| Terápiás közösségek | 166 | Közülük 2 fő elterelés keretében kezdett kezelést. |
| Kezelőegységek a büntetés-végrehajtásban | 0 | A fogvatartott klienseket lásd összesítve a II. táblázatban. |

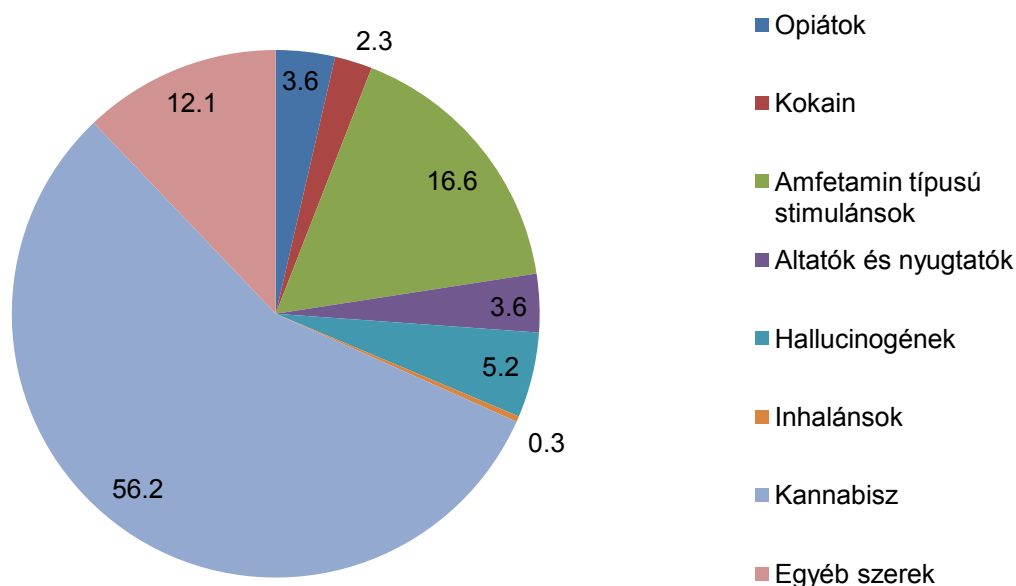
Forrás: TDI adatgyűjtés 2016 - Standard table 24

T1.3 KEZELÉSI ADATOK

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

2015-ben összesen 4308 kliens kezelésbe lépéséről számolt be a kábítószer-használók kezelésével (is) foglalkozó, és jelentést küldő 79 kezelőegység. A kábítószer-használatból eredő probléma miatt kezelést kezdők többsége (56,2%) – a korábbi évekhez hasonlóan – kannabiszhasználat miatt kezdett valamilyen kezelési programot. Amfetamin típusú stimulánsok – beleértve az ecstasy-t is – használata miatt a kliensek 16,6%-a jelentkezett kezelésbe. Hallucinogének fogyasztása miatt lépett kezelésbe a kliensek 5,2%-a. Az opiáthasználat kis mértékben volt jellemző indoka a kezelésnek (3,6%). A kokain és ecstasy-használók aránya egyaránt mintegy 2% volt. A felsoroltakon kívüli egyéb szereket a kezelést kezdők 12,1%-a jelölt meg elsődleges szerként.

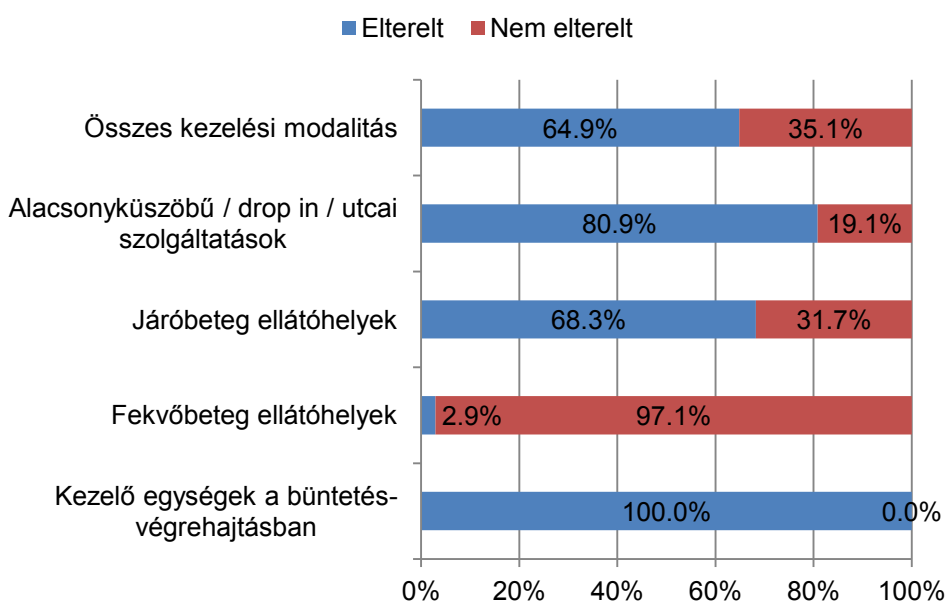
20. ábra. A kezelési igény elsődleges szer szerinti megoszlása (2015; %, N=4308)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2016

A büntetőeljárás elkerülése (elterelés) a kezelésbe kerülés legfőbb indoka a kábítószer-használók körében. Az összes klienst tekintve 64,9% (2788 fő) 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 a járóbeteg szolgáltatók klienseinek jelentős része került így kezelésbe (80,9% és 68,3%), addig a fekvőbeteg ellátásba kerülőknek mindössze töredéke (2,9%-a) kezdett kezelési programot a büntetőeljárás elkerülése érdekében. A büntetés-végrehajtás kezelőegységei kizárólag elterelés keretében ellátott eseteket jelentettek a TDI adatgyűjtésbe 2015-ben.

21. ábra. Eltereltek aránya a kezelést kezdők körében, kezelőhely típusa szerint (2015; N=4298)

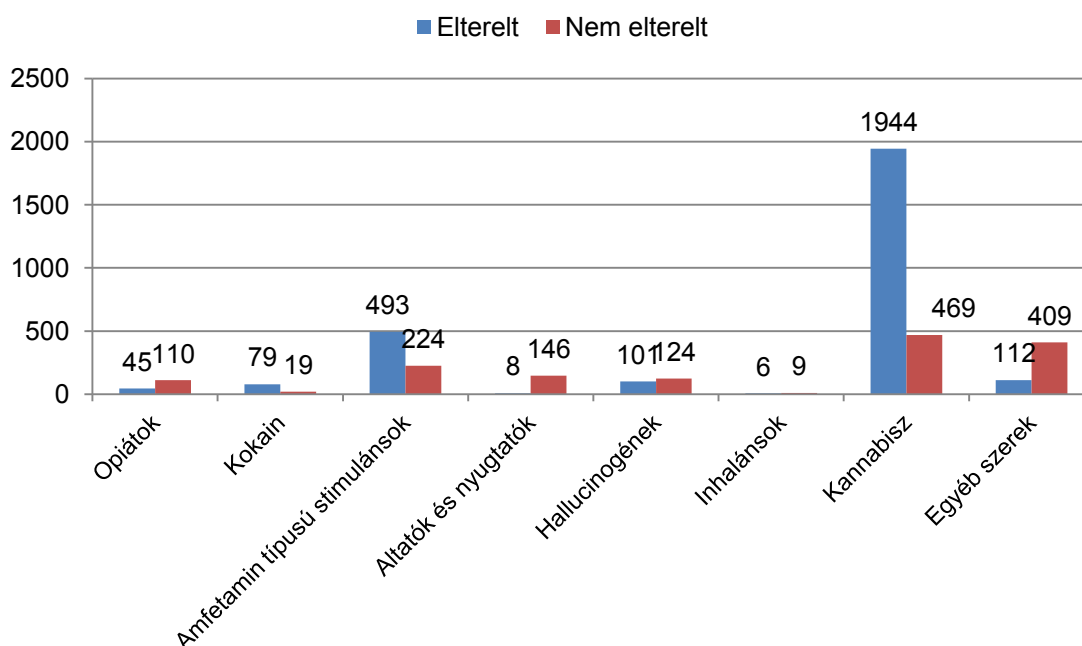


Forrás: TDI adatgyűjtés 2016

A szertípus szerinti megoszlás is különböző képet mutat az elterelés miatt, és az egyéb indokból kezelést kezdők körében. Az elterelés miatt kezelést kezdő 2788 fő esetében a leggyakoribb elsődleges szer a kannabisz volt (1944 fő, 69,7%), azt követték az amfetamin típusú stimulánsok (493 fő, 17,7%), a többi szer aránya 5% alatt maradt.

A nem eltereltek (1510 fő) esetében is leggyakrabban a kannabiszhasználat a kezelés oka (469 fő, 31,1%), második helyen azonban az 'egyéb szerek' állnak (409 fő, 27,1%), mely kategória javarészből designer drogokat takar. Ezt követik az amfetamin típusú stimulánsok (224 fő, 14,8%) és a hallucinogének kategóriái (124 fő, 8,2%), melyek feltehetően szintén tartalmaznak designer drogokat. A vélelmezett új pszichoaktív szerek miatt induló kezelési igények arányáról bővebben lásd a 27. ábrát.

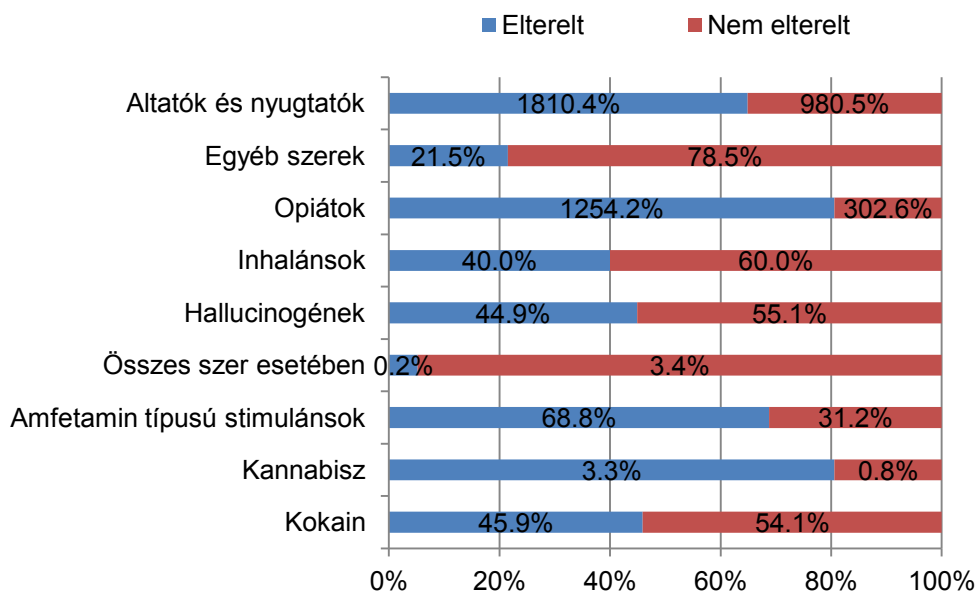
22. ábra. Kezelést kezdők szertípus szerinti megoszlása az eltereltek és a nem eltereltek körében (2015; N(elterelt)=2788; N(nem elterelt)=1510)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2016

Az eltereltek aránya jelentős eltérést mutat a különböző szerkategóriákon belül is. Míg az összes szer esetében az eltereltek adják a kezelték 2/3-át (64,9%), ennél magasabb arány mutatkozik a kannabiszhasználók körében, ahol 5 esetből 4-ben (80,6%) elterelés áll a kezelés indulása hátterében. Amfetamin típusú stimulánsok fogyasztói esetében ez az arány 68,8%, opiátfogyasztók körében 29%, egyéb szereket fogyasztók körében pedig 21,5%.

23. ábra. Eltereltek és nem eltereltek aránya a kezelésbe lépők körében az elsődleges szer kategóriája szerint (2015; N(elterelt)=2788; N(nem elterelt)=1510)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2016

T1.3.4 A kezelésbe kerülő kliensek jellemzői

A kezelésbe kerülő kliensek jellemzőinek részletesebb leírását lásd a Kábítószeres/Kannabisz fejezet T1.2.2, Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.1 és T1.2.3, valamint Kábítószeres/Heroin és egyéb opiátok fejezet T1.2.1 és T1.2.3 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 T1.4.8 alfejezetben.

T1.4.3 A fekvőbeteg ellátás keretében nyújtott szolgáltatások

A kábítószer-használók számára nyújtott fekvőbeteg ellátásokról elérhető információkat lásd a T1.2.6 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. 15 szolgáltató biztosít ilyen típusú ellátást, kliensadatokat azonban mindössze 8 szolgáltató

jelent az országos jelentési rendszerben. (A szubsztitúciós adatgyűjtés leírását lásd a T6.2 alfejezetben.)

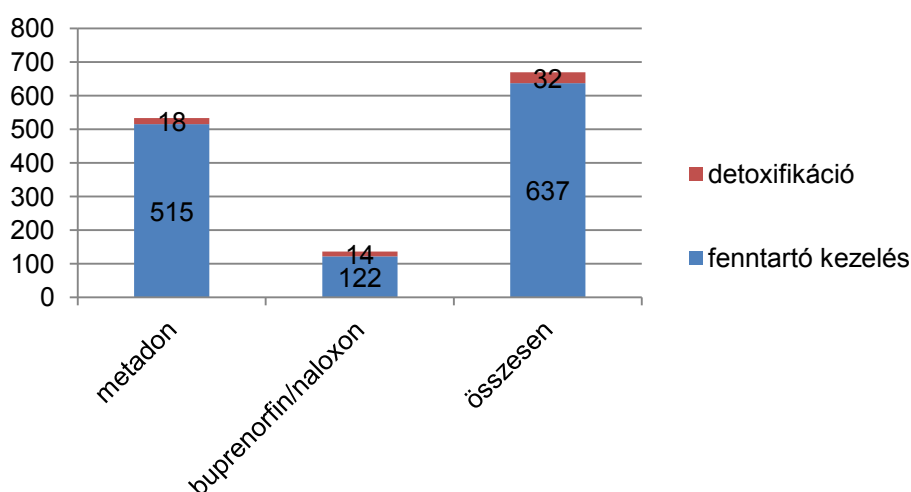
A büntetés-végrehajtási intézeteken belül opiát helyettesítő kezelés nem érhető el, ugyanakkor a bv. intézeteknek jogszabály szerinti ellátási kötelezettsége van az opiát-helyettesítő kezelést igénylő fogvatartottak felé, és kötelesek őket a területileg illetékes külső szolgáltatóhoz (drogambulancia) 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 száma

Magyarországon kétféle helyettesítő szer alkalmazásáról beszélhetünk opiát helyettesítő programokban: a metadon és a buprenorfin/naloxon. A hazai szubsztitúciós jelentésben részt vevő szolgáltatók 2015-ben összesen 669 kliensről számoltak be, ez szakértői becslések szerint az összes eset 80%-át fedi le. 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 orvosi rendelvényre felírni jogosult, ellentétben a metadonnal, mely ún. intézeti gyógyszer (a beszerzés és a kiadás 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) a detoxikációs kezelés hosszát 1 és 6 hónap között határozza meg metadon esetében.

24. ábra. Az opiát helyettesítő kezelésben ellátottak megoszlása a helyettesítő szer és 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 (39,7 év) és a nők (38,4 év) átlagéletkorában eltérés lényegében nem mutatkozott.

A kliensek nagy része (606 fő, 90,6%) rendezett szállás-körülményekkel 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 Minőségbiztosítás 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.

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.

³⁹ Az irányelv tervezeteket konszenzus konferencián egyeztették a szakma képviselőivel.

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

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

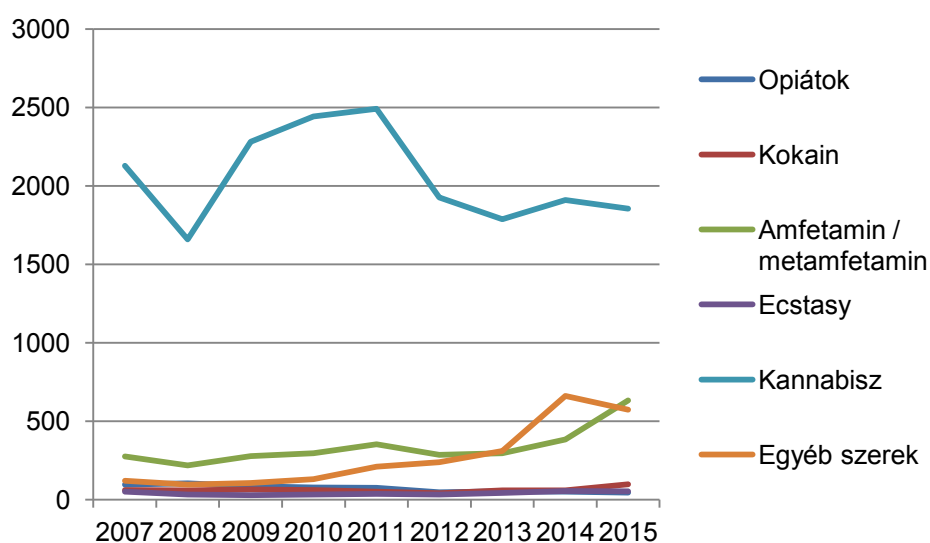
TDI adatok

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 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 nagyobb? 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.

A másik megfigyelhető trend a kezelési igényt meghatározó elsődleges szer tekintetében az egyéb szerek arányának markáns 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 kezelőegységek becslése alapján a kábítószer-problémával kezelt kliensek 26%-a szintetikus kannabinoid, 21%-a valamilyen designer stimuláns használata miatt került kezelésbe 2014-ben. (további részletekért lásd a T4.1 alfejezetet).

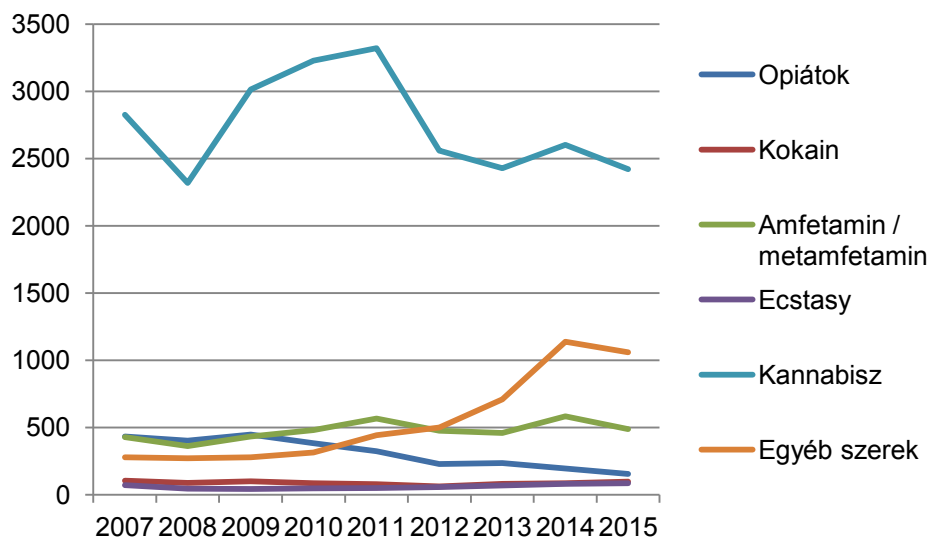
Az összes kezelést kezdő körében látható még az opiátokhoz köthető kezelési igény visszaesése 2009-től kezdődően. Az ÚPSZ térnyerése, és a heroin visszaesése egyaránt visszaköszön a lefoglalási adatokban is (lásd Kábítószerpiac fejezet T2.1 alfejezet). Az összes és az életükben első alkalommal kezelést kezdők között elsődleges szer szerint nincs jelentős eltérés az elterelés miatt kezelést kezdők dominanciája miatt.

25. ábra. Trendek az életükben először kezelést kezdők körében szer típus szerint 2007-2015



Forrás: TDI adatgyűjtés 2016

26. ábra. Trendek az összes kezelést kezdő körében szerítípus szerint 2007-2015

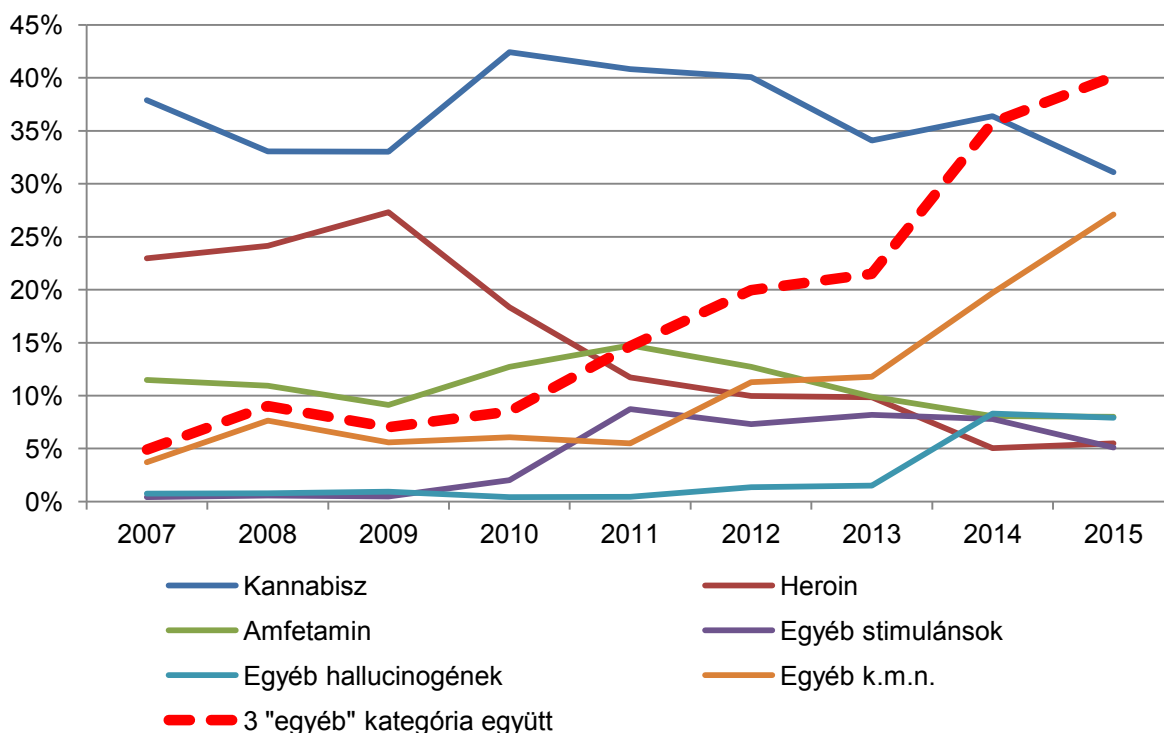


Forrás: TDI adatgyűjtés 2016

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

Az új pszichoaktív anyagok vélhetően három kategóriában kerülnek rögzítésre a TDI rendszerben. Az „egyéb stimulánsok” a katinonok és más stimulánsok miatti, az „egyéb hallucinogének” a szintetikus kannabinoidok fogyasztásához köthető eseteket tartalmazza, az „egyéb szerek” kategóriája is dominánsan új pszichoaktív anyagok miatti kezelési igényeket takar vélhetően. A módszertani bizonytalanság mellett is figyelemre méltó, hogy e három kategória összevontan a kezelési igények mintegy 40%-ért volt felelős 2015-ben.

27. ábra. Kezelési igények számának alakulása a jelentési kategóriák alapján, ill. a három „egyéb szerekre” utaló kategória összevontan 2007-2015 között



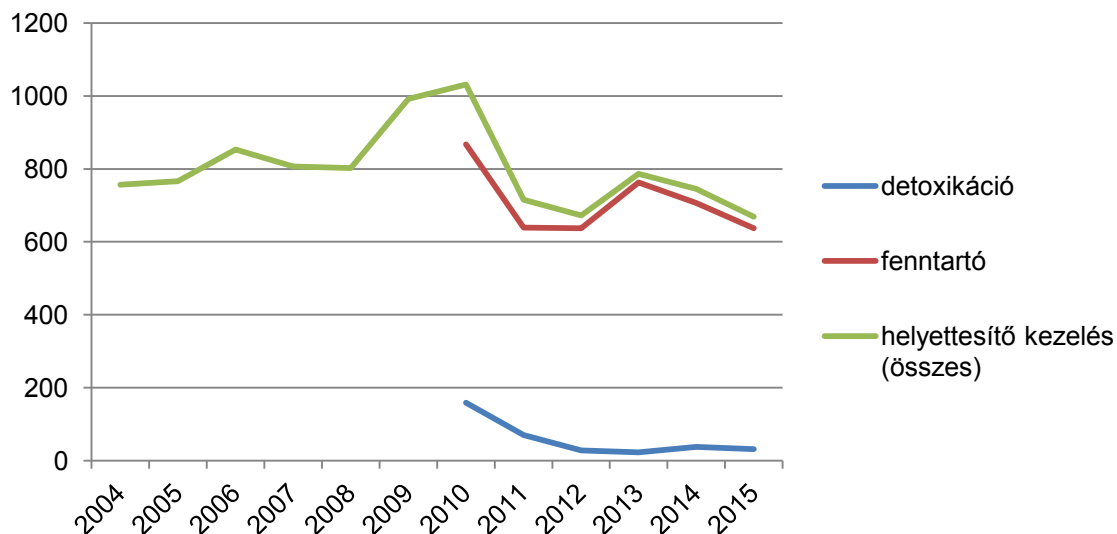
Forrás: TDI adatgyűjtés 2016

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 önfelfinanszírozott 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 felfinanszírozott kezelési kapacitás nem változott, a buprenorfin/naloxon felfinanszírozása pedig javult az évek során.

28. 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 Kábítószer/Stimulánsok fejezet T1.2.1 és T1.2.3 alfejezeteit és az Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezetet.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ, beleértve a 2015-ös évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1 alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

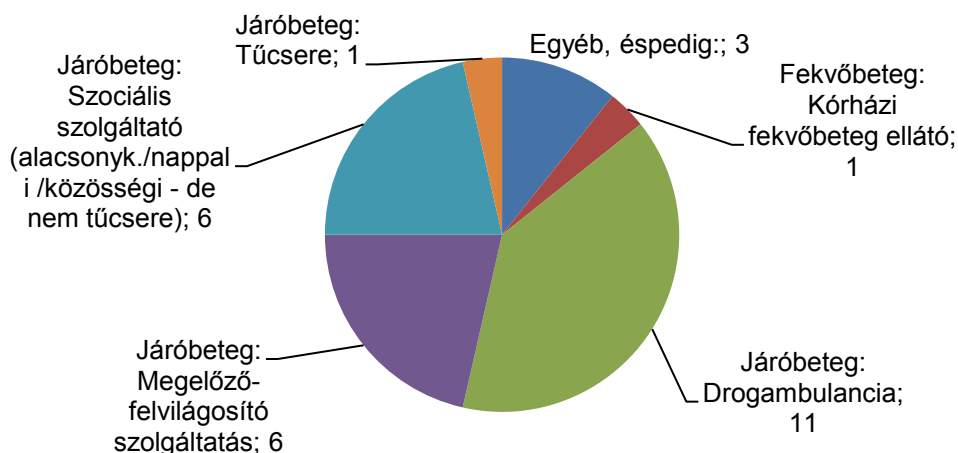
T4.1 EGYÉB ADATFORRÁSOK

Kezelőhely vizsgálat 2015

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2015-ben vizsgálatot végzett (Péterfi 2015) a legnagyobb hazai kábítószer-használókat ellátó kezelőhelyek körében (módszertan leírása a T6.2 alfejezetben). A mintába került kezelőhelyek a 2013-ban (a TDI adatok alapján) kezelést kezdő kliensek 74%-ának ellátásáért feleltek. Ugyan a minta nem képviseli reprezentatíván a kábítószer-használókat ellátó hazai szervezeteket, a legnagyobb forgalmú szolgáltatókról van szó, így jellemzőik mégis meghatározóak a hazai ellátás szempontjából.

A válaszadók nagy része járóbeteg ellátóként azonosította magát, legnagyobb arányban drogambulanciák kerültek a mintába.

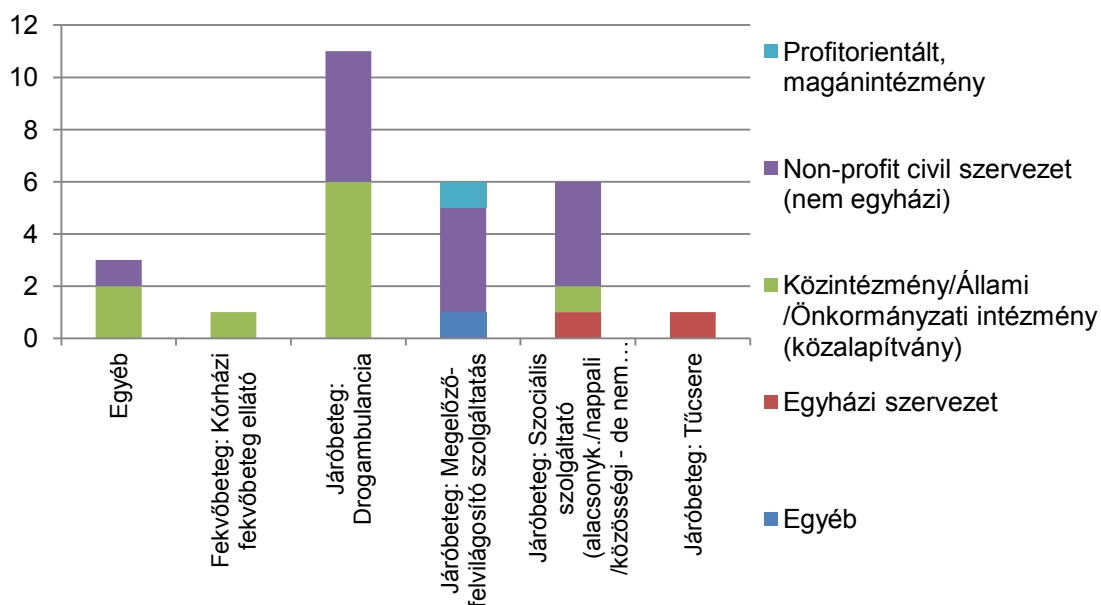
29. ábra. Kezelőhely típusa (N=28)



Forrás: Péterfi 2015

A működési forma szempontjából a drogambulanciák esetében közel fele-fele arányban volt jellemző a civil szervezeti forma és az állami/önkormányzati működtetői háttér. A mintába került szociális járóbeteg szolgáltatók és MFSZ szolgáltatók többsége civil szervezetként sorolta be magát. Összesen a 28 válaszadó fele (14 kezelőegység) kategorizálta magát civilként.

30. ábra. Működési forma a kezelőhely típusa szerint (N=28)



Forrás: Péterfi 2015

A kábítószer-használók ellátására igénybe vehető állami finanszírozási lehetőségeket tekintve elmondható, hogy mind az egészségügyi, mind a szociális oldalról történő finanszírozás egyaránt fontos, és nem lehet az ellátást kizárólag az egyik oldal figyelembe vételével leírni. A mintába kerültek többsége (9) kizárólag egészségügyi finanszírozás⁴⁰ igénybevételét jelölte meg, 7 kezelőegység csak szociális forrásokat⁴¹ használ fel, 6

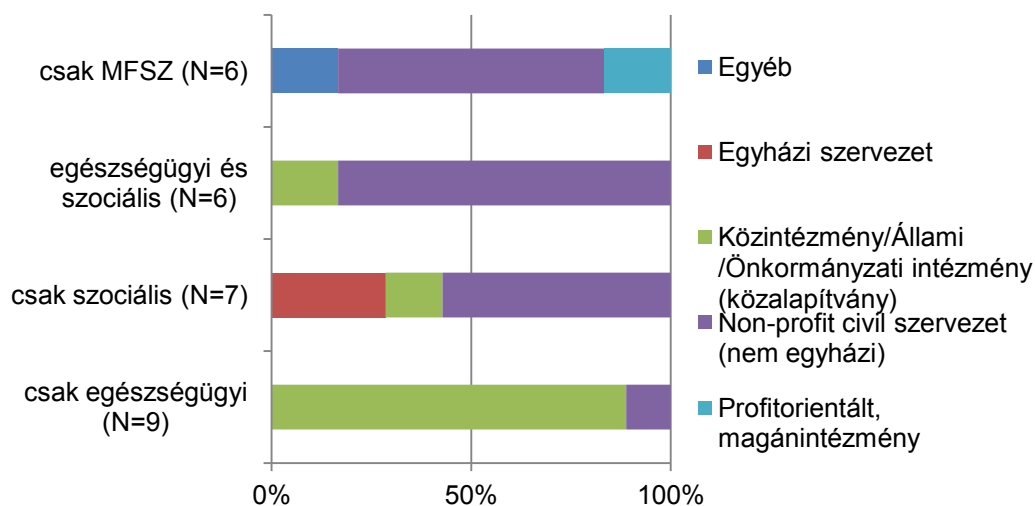
⁴⁰ OEP finanszírozott addiktológiai (vagy drogbeteg) vagy pszichiátriai járóbeteg vagy fekvőbeteg ellátás

⁴¹ Közösségi ellátás szenvedélybetegek részére (NRSZH), Alacsonyküszöbű ellátás szenvedélybetegek részére (NRSZH), Nappali ellátás szenvedélybetegek részére (NRSZH)

szolgáltató vegyes finanszírozással működik, míg 6 szervezet kizárólag MFSZ-t nyújt, így a többi kábítószer-használók ellátására felhasználható forrást nem igényelheti⁴².

A működési formát a felhasznált finanszírozási forrásokkal összevetve, a mintába került szervezeteknél nagyobb arányban vannak a non-profit civil szervezetek a vegyes finanszírozású intézmények között, a csak szociális ellátások nyújtása pedig az egyházi és civil szervezetek körében jellemzőbb. Csak egészségügyi finanszírozást igénybe vevők többsége közintézmény és a csak MFSZ-t nyújtó egységeket civil, profitorientált vagy egyéb működési forma jellemzi.

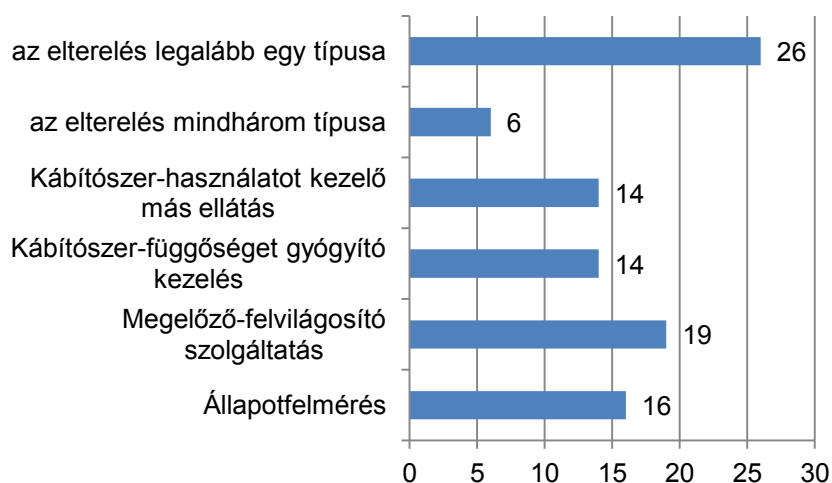
31. ábra. Működési forma a kezelőhely finanszírozása szerint (N=26)



Forrás: Péterfi 2015

A büntetőeljárás elkerülésére a 28 szolgáltatóból 26-nál vehető igénybe kezelési alternatíva, legnagyobb arányban az MFSZ hozzáférhető.

32. ábra. Az elterelés hozzáférhetősége (N=28)

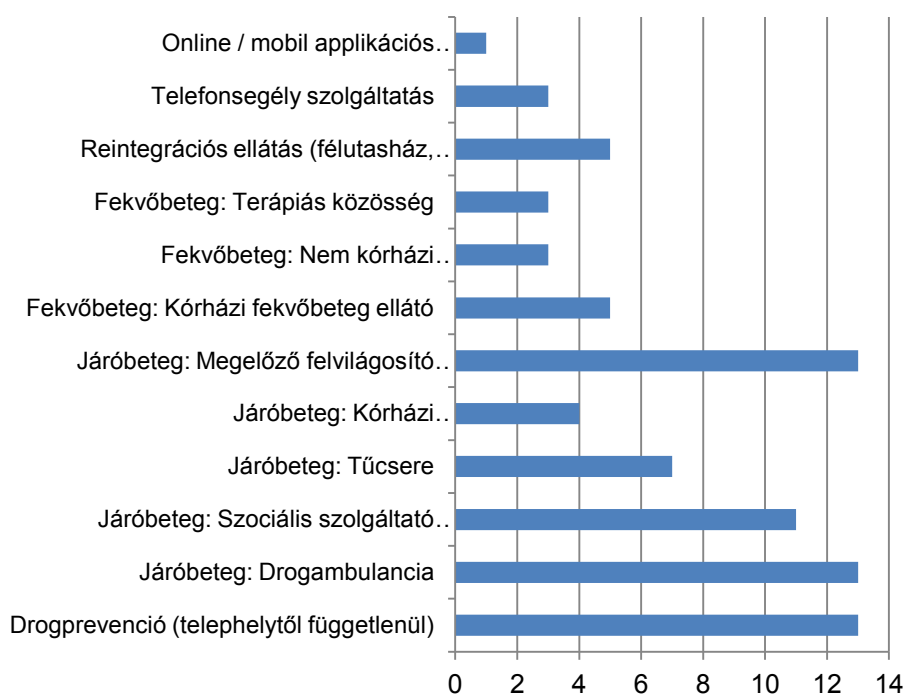


Forrás: Péterfi 2015

Az anyaintézmény által működtetett egyéb programokat tekintve az MFSZ, a drogambulancia és a drogprevenció voltak a legtöbbször említett szolgáltatások, melyeket jellemzően külön kezelőegység biztosít.

⁴² A finanszírozási lehetőségek besorolásánál nem számítottuk az MFSZ-re leírási finanszírozást a szociális források közé.

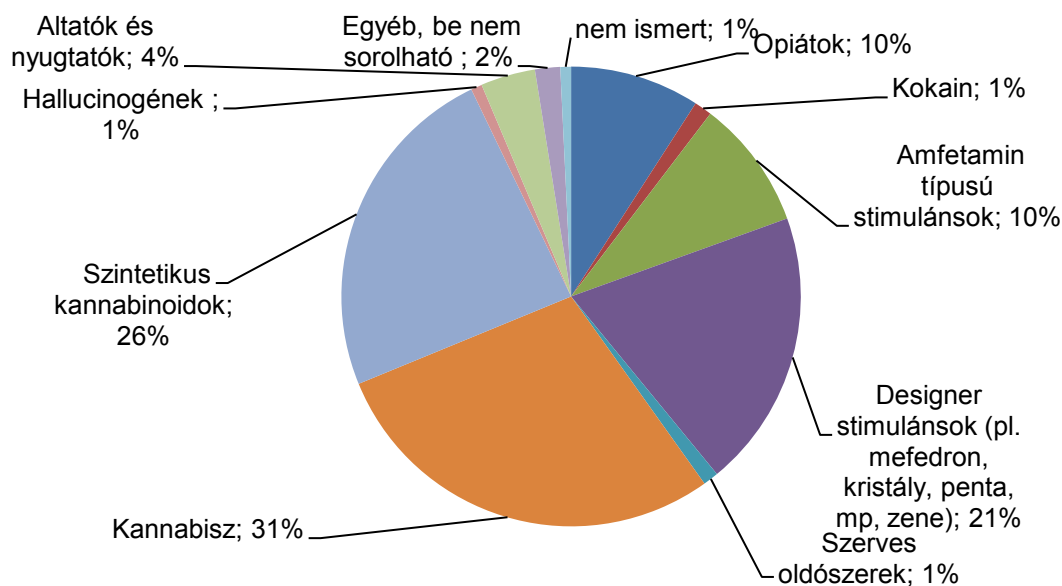
33. ábra. Egyéb az anyaintézmény által működtetett kezelőegységek/programok (N=28)



Forrás: Péterfi 2015

A kezelőhelyek klienskörét tekintve 25 szolgáltató válasza alapján 17 kezelőegység lát el egyaránt kábítószer- és alkoholproblémával küzdőket, közülük mindössze 3 egység jelentette, hogy 2014-ben nagyobb számban kezelték alkoholfüggőket, mint kábítószer-használókat. További 8 kezelőegység csak kábítószer-használók ellátásáról számolt be. A kábítószer-használó kliensek szeritípus szerinti becsült megoszlása és a megadott éves kliensszám segítségével a témában adatot szolgáltató 25 kezelőegység által ellátott populáció esetében – hasonlóan a kezelési (TDI) adatokhoz – a kannabiszhasználat volt a legfőbb probléma. A kannabiszt követő két legnagyobb klienscsoport új pszichoaktív szerekhez kapcsolódóan, azon belül is szintetikus kannabinoidok (26%) illetve különböző designer stimulánsok (21%) fogyasztása miatt részesült kezelésben 2014-ben. Az opiátok és amfetamin típusú stimulánsok fogyasztásához az esetek hozzávetőlegesen 10-10%-a volt köthető a szolgáltatók becslése alapján.

34. ábra. A kábítószer-használó kliensek elsődleges szer szerinti becsült megoszlása 2014-ben (25 kezelőegység válasza alapján)



Forrás: Péterfi 2015

Drogtérapiás intézetek vizsgálata 2015

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2015 novemberében kutatást végzett a magyarországi drogtérapiás intézetek és kábítószer-használók számára nem kórházi fekvőbeteg ellátást nyújtó kezelőhelyek körében. (Péterfi et al 2016, a kutatás módszertanának leírását lásd: T6.2) A kutatásba mind a 15 hazai közfinanszírozásban részesülő elsősorban kábítószer-használókat célzó nem kórházi rehabilitációs intézmény bevonásra került. A kérdőívet mind a 15 felkért intézmény kitöltötte, így az alábbi eredmények megbízható képet adnak a hazai nem kórházi, kábítószer-használókat célzó rehabilitációs ellátás helyzetéről 2014-ben és 2015-ben.

Szervezeti információk

Működési forma szerint a vizsgálat négy típust különböztetett meg: közintézmények/állami, önkormányzati intézmények/közalapítványok; profitorientált, nem kormányzati intézmények; non-profit civil szervezetek; illetve ezektől külön sorolva egyházi szervezetek. A megadott adatok alapján a válaszadó 15 kezelőhelyből 8 szervezet non-profit civil szervezeti formában működött, 3 egyházi szervezet volt, 4 pedig (állami vagy önkormányzati) közintézmény volt.

A legtöbb kezelőhely (13) egy nagyobb anyaintézmény szervezeti keretei között működött. A kezelőegység típusát vizsgálva kiderült, hogy a 15 válaszadó kezelőegység közül 11 terápiai közösségként, kettő nem kórházi bentlakásos ellátóként, további kettő pedig egyéb (gyermekotthon) intézményként azonosította magát. A szervezetek finanszírozását tekintve 14 válaszadó közül 8 nyilatkozott úgy, hogy addiktológiai vagy pszichiátriai fekvőbeteg ellátás céljából támogatást kap az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól. 10 kezelőegység személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátásra kap finanszírozást a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivataltól⁴³.

A felmérés kiterjedt a hazai vizsgálatban részt vevő szervezetek kapacitására, illetve a szociális védelmi kiadási kassza és/vagy az OEP által finanszírozott ágyak számára is. A válaszadás időpontjában a 15 válaszadó kezelőhely összesen 380 ágygal rendelkezett. A

⁴³ Az OEP és az NRSZH általi finanszírozás párhuzamosan is történhet.

fekvőhelyek több mint kétharmada két forrásból jut finanszírozáshoz⁴⁴. Közintézményként (állami, önkormányzati intézmény, közalapítvány) működő drogterápiás intézetben összesen 90 ágy, egyházi szervezetek által működtetett otthonokban 72 ágy érhető el. A legnagyobb kapacitást (57%) a non-profit civil szervezetek képviselik 218 férőhellyel.

Az országos férőhely kihasználtság a válaszadás időpontjában 82,6%-os volt (380 ágyon 314 bentlakó). 2015-ben az átlagos kapacitás kezelőegységenként 25,3 ágy volt. Kizárólag fiatalok ellátására három otthonban kerül sor⁴⁵. Ezen intézmények kapacitása összesen 52 ágy, ez a teljes ágyszám 18%-a.

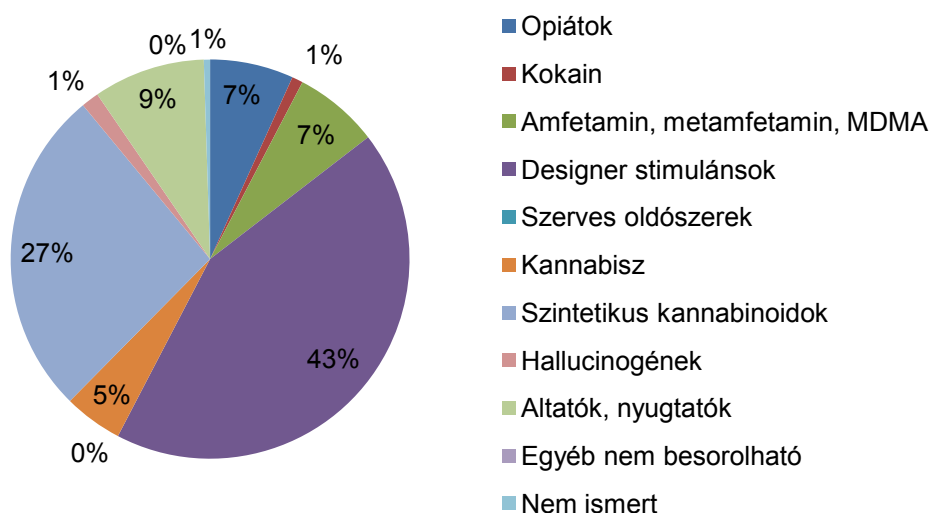
Célcsoport- és kliens adatok

12 válaszadó adatai alapján⁴⁶ 2014-ben összesen 807 fő részesült nem kórházi fekvőbeteg ellátásban, az év folyamán ellátottak száma 22 és 161 között mozgott intézményenként.

Az összes ellátott (807 fő) közül 592 fő (73%) elsődlegesen kábítószer-használattal összefüggő probléma miatt vett részt az adott terápiás programban, míg elsődlegesen alkoholfogyasztás miatt 197 fő (25%), egyéb elsődleges probléma miatt pedig 18 fő (2%). A kérdőívben a kábítószer-használati problémák kategóriájába a kábítószeres fogyasztása mellett az új pszichoaktív szerek és a szerves oldószerek használatát, továbbá az altatók és nyugtatók visszaélészerű használatát is beleértették.

2014-ben 11 válaszadó⁴⁷ adatai alapján az elsődlegesen kábítószer-használó kliensek közel fele (43%) esetében valamely designer stimuláns volt az elsődleges szer. A második leggyakrabban előforduló szercsoport a szintetikus kannabinoidoké volt, mely több mint a kliensek negyede (26%) esetében volt a kezelésbe lépés indoka. Altatók és nyugtatók visszaélészerű használatához a kliensek 9%-ának kezelési igénye volt köthető. Az amfetaminokat és az opiátokat 7-7%-ban jelölték elsődleges szerként.

35. ábra. A kábítószer-használat miatt rehabilitációba kerülő kliensek elsődleges szer szerinti bontása, 2014-ben (% , N=555)



Forrás: Péterfi et al. 2016

⁴⁴ A 2012-es Éves Jelentésben megjelent 2009-es adatok alapján akkor 353 ágy volt az országos kapacitás, amelyek közül 269-et finanszírozott az OEP és 340 ágyat a szociális kassza. (2012-es Éves Jelentés 111.o.)

⁴⁵ Az adatfelvétel idején a ráckeresztúri otthonban (MRE KIMM – Fiatalok Drogtérápiás Otthona) még nem folyt kliensellátás, így a vizsgálatba sem került be az intézmény.

⁴⁶ 2 intézmény nem válaszolt, egy intézmény 2015-től üzemelt.

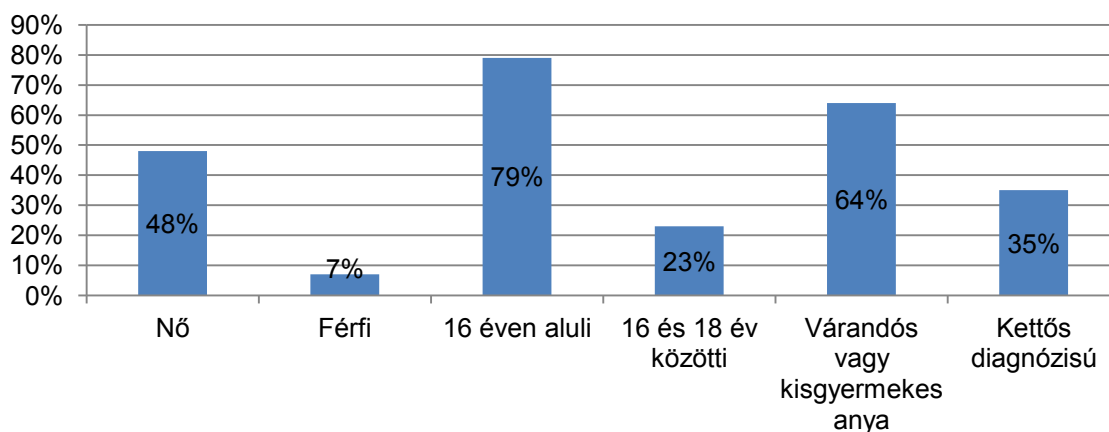
⁴⁷ 3 intézmény nem válaszolt, egy intézmény 2015-től üzemelt.

Az elsődleges szerhasználati problémák mellett a felmérés kitért a klienskörben 2014-ben tapasztalt másodlagos problémákra is. A válaszadók közül mindenki tapasztalt kliensei körében visszaélészerű gyógyszerhasználatot, emellett magas volt az új pszichoaktív szerek használatát másodlagos problémaként azonosító kezelőhelyek száma (9) és az egyéb viselkedési függőségek előfordulása (7), az alkohol említése mellett (6).

Az egyes intézmények között különbség tapasztalható az ellátásba vehetők körét illetően⁴⁸. A pártfogói felügyelet, a hepatitis C, illetve HIV fertőzöttség, valamint a hajléktalanság egyik intézményben sem jelent kizáró okot. 16 éven aluli fiatalokat a kezelőhelyek 77%-a (10 kezelőhely) nem fogad, a 16 és 18 év közöttieket ehhez képest csupán az intézetek 31%-a (4) zárja ki az ellátottak köréből. Nőket a kezelőhelyek 54%-a (7) fogad. 1 kezelőhely kizárólag nők számára van fenntartva, így nem fogad férfiakat. A nőket fogadó ellátók közül 2 nem lát el várandós, illetve kisgyermekes anyákat. A kettős diagnózis az intézmények nagy részében nem jelent kizáró okot.

A kizáró tényezőket a kapacitási adatokra vetítve (a 13 válaszadó összesen 286 ágyra vonatkozó adatai alapján) a férőhelyek 48%-a kizárólag férfiak számára, 7%-a pedig kizárólag nők számára érhető el. Az ágyak 64%-án nem fogadnak várandós vagy kisgyermekes anyákat. Az összes (286) ágy közül, melyre vonatkozóan adattal rendelkezünk, 79% kizárólag 16 éven felüliek számára biztosított, a férőhelyek 23%-a pedig csak 18 éven felül vehető igénybe. Kettős diagnózisú jelentkezőket az ágyak számának 35%-a esetében nem fogadnak.

36. ábra. Bekerülést kizáró tényezők a kapacitásra vetítve (% , N=286)



Forrás: Péterfi et al. 2016

2014-ben az előző évhez képest a 14 közül egyik kezelőegységben sem csökkent a programba lépő szerhasználók száma. 3 szervezet számolt be a kliensszám stagnálásáról, míg a többi 11 (79%) úgy ítélte meg, hogy a jelentkezők száma kis- vagy nagymértékben nőtt.

A legtöbben a kliensszám növekedésének okát a drogpiazi folyamatokban, az új pszichoaktív szerek terjedésében, ezek alacsony árában és könnyű beszerezhetőségében látják. A változás okát egyes szervezetek a társadalom, illetve a család feladat-ellátási problémájából eredeztették.

Az új pszichoaktív szerek nagyarányú megjelenésével és a kliensszám emelkedésével kapcsolatban több szervezet megjegyezte, hogy a kliensek átlagos életkora egyre alacsonyabb, sok a kevésbé motivált fiatal. Az új szerekhez kapcsolódóan egyes szolgáltatók

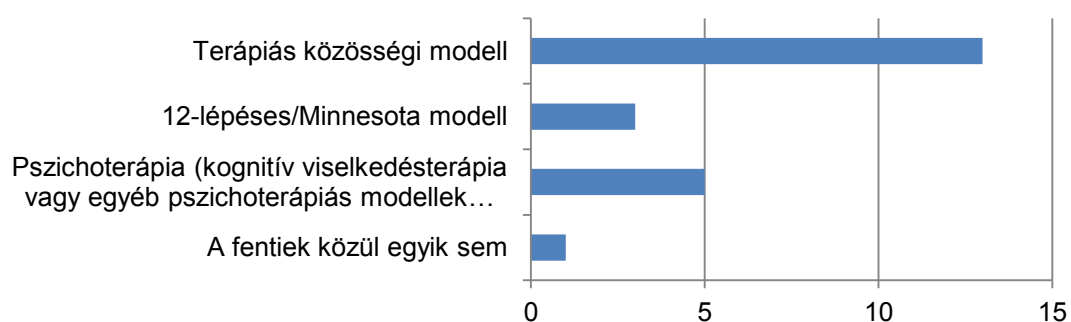
⁴⁸ A programba kerülést kizáró tényezőkre vonatkozóan 13 kezelőhely esetében volt elérhető adat.

említették a terápiás programok átalakításának igényét. A fiatalok esetében rövidebb terápiát és új programelemeket (pl. élményterápia) javasolt néhány szervezet.

A terápiás program és egyéb szolgáltatások

A terápiás megközelítések kijelölésénél az EMCDDA kategóriái kerültek alkalmazásra: terápiás közösségi modell; 12 lépéses vagy Minnesota modell; pszichoterápia; egyéb nem besorolható megközelítés. A leírt modellek közül több is megjelölhető volt a kérdőívben. A 15 válaszadó intézmény közül 13 értékelte a terápiás közösségi modellt jellemzőnek megközelítésében, 5 a kognitív viselkedésterápiát vagy egyéb pszichoterápiás modellt, 3 a 12 lépéses vagy Minnesota modellt. Egy kezelőhely a három közül egyiket sem vélte meghatározónak programjában.

37. ábra. A szervezetek által alkalmazott terápiás megközelítés (N=15)



Forrás: Péterfi et al. 2016

A terápiás program átlagos tervezett hossza kezelőhelyenként változó: 5 hónaptól 24 hónapig terjed. A program tervezett hossza a 15 intézet átlagában 12,5 hónap. 3 intézményben jellemző a 6 hónapos vagy annál rövidebb program, 5 intézményben a 12 hónapnál hosszabb terápia. A legtöbb kezelőhelyen (7 intézmény) a terápiás programot 7-12 hónaposra tervezik.⁴⁹

Programba kerülési várólista a 15 kezelőhely közül 10-nél van, melyeknél átlagosan 3,4 fő volt a válaszadás időpontjában várólistán. Ezeknél a szervezeteknél a kliensek a befogadást előkészítő interjútól számítva átlagosan 1,3 hónapig várakoznak a rehabilitációs program megkezdésére.

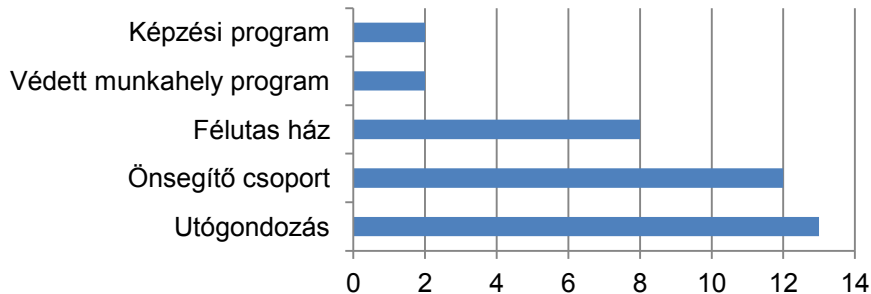
A programban való részvételért térítési díjat 8 intézményben nem kell fizetniük a bentlakóknak. 5 intézményben van térítési díj, azonban ez egyikben sem kötelező. A díjfizetési kötelezettségre vonatkozó adat 13 intézmény estében volt elérhető. Egy szervezet nyilatkozta, hogy a térítési díj összege a jövedelem meghatározott százaléka, kettő, hogy 10 illetve 12 ezer Ft, egy esetben pedig 114 ezer forint havonta. A bentlakásos program ideje alatt 1 szervezetnél van lehetőségük a klienseknek részt venni olyan munkában, amely bevételt termel és nem az önellátás része.

A kezelőegységek, illetve anyaintézményeik által működtetett, a bentlakásos ellátásból kikerülőket célzó reintegrációs program vagy programok működtetéséről 14 szervezet számolt be. Utógondozást szinte mindegyik (13) szervezet végez, önszervező csoportot 12

⁴⁹ Két szolgáltató esetében hatósági határozat alapján és nem önkéntesen kerülnek az intézetbe fiatalos kliensek. A gyermekotthonok speciális helyzete miatt a bentlakás hossza a jogszabályoktól és a hatósági döntésektől is függ. Az ellátás a gondozási idő lejártával, a fiatal nagykorúvá válásával vagy a gyám- és szakértői bizottság javaslata alapján szűnhet meg (1997. évi XXXI. tv.).

intézmény működtet, félutas házat 8 kezelőhely. Védett munkahely és képzés 2-2 szervezet esetében érhető el a kikerülést követő reintegrációs ellátás keretében.

38. ábra. Reintegrációs programok (N=15)



Forrás: Péterfi et al. 2016

Az egyéb intézménytípusokkal való együttműködést tekintve 2014 során alacsonyküszöbű, kábítószer- és alkohol-problémákra szakosodott járóbeteg, illetve fekvőbeteg, általános egészségügyi, valamint szociális intézmények egyaránt utaltak be, irányítottak tovább klient a rehabilitációs otthonokba.

Kezelések és egészségügyi szolgáltatások a program ideje alatt

Az elterelés keretében igénybe vehető szolgáltatásokat tekintve, 4 intézmény végzett állapotfelmérést, 12 kezelőhely biztosított kábítószer-függőséget gyógyító kezelést, 3 kábítószer-használatot kezelő más ellátást, és 2 kezelőegység megelőző-felvilágosító szolgáltatást.⁵⁰

A program ideje alatt helyettesítő (szubsztitúciós) kezelésben való részvétel nem megengedett a 15 kezelőhely közül 13-ban. 1 intézmény a 6 hónapnál rövidebb detoxikációs célzatú kezelést, 1 intézmény pedig a detoxikációs és fenntartó kezelést egyaránt engedélyezi kliensei számára.

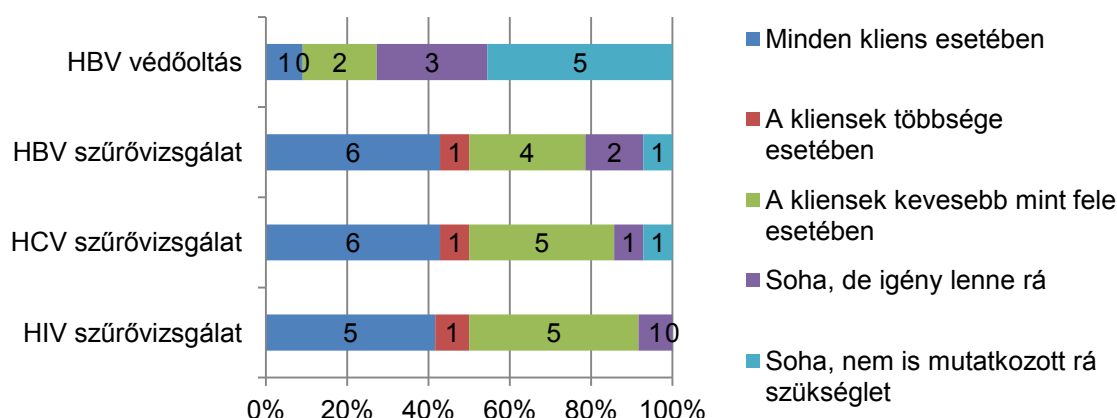
Pszichiátriai gyógyszeres kezelésben való részvételre a terápia ideje alatt 6 kezelőhelyen nincs lehetősége a bentlakóknak, ugyanakkor 9 szervezet megengedi az ilyen típusú kezelést az általa ellátottak számára.

HIV, hepatitis B és C diagnosztikai szűrővizsgálat, illetve hepatitis B védőoltás, mint egészségügyi szolgáltatások valamelyikét mind a 14 válaszadó szervezetnél igénybe vették 2014-ben⁵¹. HIV szűrővizsgálatot 11 kezelőhelyen vettek igénybe kliensek, hepatitis C szűrővizsgálatot 12, hepatitis B szűrővizsgálatot szintén 11, hepatitis B védőoltást pedig 3 intézményben. A HIV és hepatitis C szűréssel kapcsolatban 1-1 kezelőhely nyilatkozta, hogy 2014-ben egyszer sem vették igénybe, annak ellenére, hogy igény mutatkozott rá, a hepatitis B szűréssel kapcsolatban 2 és a hepatitis B vírus elleni védőoltásra vonatkozóan 3 szervezet mondta ugyanezt. 10 kezelőhelyen van lehetőség külső szolgáltató által biztosított hepatitis C fertőzöttséget célzó kezelésre, közülük 6 esetében volt is erre igény 2014 folyamán. 5 szervezetnél nincs lehetőség ilyen kezelésben való részvételre a terápiás programmal párhuzamosan, habár a hepatitis C fertőzöttség sehol nem felvételt kizáró ok.

⁵⁰ A kezelőhely által biztosított elterelésről 13 szervezet nyújtott információt.

⁵¹ 1 kezelőegység még nem üzemelt ekkor.

39. ábra. Egészségügyi szolgáltatások igénybevétele, 2014 (kezelőhelyek száma)



Forrás: Péterfi et al. 2016

T5. KIEGÉSZÍTŐ ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T5.1 AZ OPIÁT HELYETTESÍTŐ SZER VISSZAÉLÉSSZERŰ HASZNÁLATA

Az opiát helyettesítő szer (Magyarországon a metadon és a buprenorfin/naloxon) visszaélésszerű használata megjelenik a kezelésbe lépő kliensek. Erre irányuló speciális adatgyűjtési program nem zajlik Magyarországon.

T5.2 ONLINE KEZELÉS

Speciális online kezelési program nem érhető el Magyarországon.

T5.3 ÚJ PSZICHOAKTÍV SZERT HASZNÁLÓK SPECIFIKUS KEZELÉSI PROGRAMJAI

Új pszichoaktív szert használók számára specifikus kezelési program nem érhető el Magyarországon.

T6. FORRÁSOK ÉS MÓDSZERTAN

T6.1 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.

EMCDDA (2010): Treatment demand indicator, standard protocol 2.0. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html> (utolsó elérés: 2015.06.04.)

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.)

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

Nemzeti Drog Fókuszpont (2010): Éves Jelentés 2010

Nemzeti Drog Fókuszpont (2012): Éves Jelentés 2012

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

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

Topolánszky, Á., Felvinczi, K., Paksi, B., Arnold, P. (2009): A magyarországi drogterápiás intézetek működése és értékelése című kutatás elsődleges eredményei. „Addiktológia a változó kihívások korában”. MAT VII. Országos Kongresszusa. 2009. november 19-21. Síófok. Supplementum kötet, pp. 75.

T6.2 MÓDSZERTAN

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.

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

TDI adatgyűjtés 2016.: A TDI (Treatment Demand Indicator – Kezelési Igény Indikátor) adatgyűjtést az Országos Addiktológiai Centrum koordinálja, az adatokat a Nemzeti Drog Fókuszpont dolgozza fel és elemzi. 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 2010) 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. További részletekért lásd a protokollt (EMCDDA 2010).

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).

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

2015-ben 25 kábítószer-használattal közvetlenül összefüggő túladagolós és 40 közvetlen összefüggő halálesetet jelentettek a speciális halálozási regiszterbe. Az esetek mintegy felében valamilyen opiát és más szerek együttes használata vezetett végzetes mérgezéshez. Az esetek másik fele valamilyen stimulánshoz: amfetaminhoz, kokainhoz vagy designer stimulánshoz volt köthető.

Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatok során 2015-ben 1 fő (0,2%) esetében diagnosztizáltak HIV-fertőzést. A HBV fertőzöttek aránya 2,2% volt, míg a HCV prevalencia 49,7%-os volt. 2015-ben az elmúlt 4 hétben is injektáló, aktív szerhasználók körében az új pszichoaktív szereket injektálók alkották a legnagyobb csoportot, körükben a HCV prevalenciája 78,7% volt.

2015-ben a két legnagyobb budapesti tűcsere program 2014 második felében történő bezárásának hatása volt mérhető a forgalmi adatokban. A kiosztott fecskendők száma 59%-kal (188.696 darabra), míg a hozott és gyűjtött fecskendők száma 49%-kal (150.565 darabra) csökkent az előző évhez képest. A kliensek száma 23%-kal (3436 főre), míg a kontaktok száma 41%-kal esett vissza (24.368 alkalomra). Egy intravénás szerhasználóra 28 fecskendő jutott a tárgyévben.

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

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 szerítípus szerinti bontásban. A 2015-ös adatok trendelemzése során fontos figyelembe venni a szűrővizsgálati helyszínek változásaiból származó korlátokat. (lásd: T.1.3.6).

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

⁵² A fejezet szerzői: Horváth Gergely, Tarján Anna

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 számú megjelenéssel, továbbá új, tűcsere programba nem járó intravénás szerhasználók bevonásával is kompenzálta. A 2015-ös tűforgalmi és kliens/kontakt adatok nagymértékű csökkenésében a két legnagyobb budapesti tűcsere program 2014 második felében történő bezárásának hatása volt tetten érhető.

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ a T1. fejezetben kerül bemutatásra.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 KÁBITÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK

T1.1.1 Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek

Közvetlen túladagolás okozta halálesetek

2015-ben 25 kábítószer-használattal közvetlenül összefüggő halálesetet jelentettek a speciális halálozási regiszterbe így a 2013-as magasabb esetszám után visszatérés mutatkozik a korábbi években tapasztaltakhoz (2014: 23; 2013:31; 2012: 24; 2011:14, 2010:17 eset) viszonyítva⁵³. A 25 halálesetből 4 esetben volt nő az elhunyt.

Az öngyilkossági szándékot egyértelműen bizonyító körülményre a 2015-ben egy esetben derült fény.

13. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2015-ben (fő)*

| | férfi | nő | összesen |
|---|--------------|-----------|-----------------|
| opiát és egyéb szer okozta mérgezés ⁵⁴ | 7 | 1 | 8 |
| metadon (egyéb kábítószer nélkül) okozta túladagolás/mérgezés ⁵⁵ | 3 | 1 | 4 |
| egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés | 9 | 1 | 10 |
| egyéb szer okozta mérgezés ⁵⁶ | 2 | 1 | 3 |
| összesen | 21 | 4 | 25 |

Forrás: OAC 2016a

A túladagolós esetek körében a férfiak átlagéletkora 34 év, a nőké 29,5 év, együttesen pedig 33,2 év volt. Az opiátokhoz és a metadonhoz köthető halálesetekben az átlagéletkor 34,8 év volt.

A legtöbb elhunyt 10 eset (40%) a 30-34 évesek, további 8 eset (32%) a 35-39 évesek, 3 eset a 40-44 évesek korcsoportjába tartozott. összességében a 30 év feletti az esetek több mint háromnegyedét (84%) tették ki.

⁵³ A tramadolhoz köthető esetek kizárásra kerültek.

⁵⁴ Opiát bomlástermék (morfin) mellett más szerek előfordulhatnak, beleértve a metadont is, de a kizárólag metadonhoz köthető esetek kizárásra kerültek.

⁵⁵ Alkohol és/vagy benzodiazepinek előfordulása mellett.

⁵⁶ Kábítószernek nem minősülő pszichoaktív anyag, gyógyászati készítmények kizárása mellett.

14. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek korcsoportok szerinti megoszlása 2014-ben (fő)

| | 15- 19 | 20- 24 | 25- 29 | 30- 34 | 35- 39 | 40- 44 | 45- 49 | 50- 54 | 60- 64 | összesen |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| opiát okozta túladagolás/mérgezés (metadon és más szer nélkül) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| opiát és egyéb szer okozta túladagolás/mérgezés | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| metadon okozta túladagolás/mérgezés | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés | 0 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| egyéb szer okozta mérgezés | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| összesen | 0 | 2 | 2 | 10 | 8 | 3 | 0 | 0 | 0 | 25 |

Forrás: OAC 2016a

A 25 halálesetből 10 (40%) – közöttük három női eset – Budapesten történt, megyeszékhelyen egy, kisvárosban két, községben hat haláleset fordult elő. Négy esetben volt az elhunyt hajléktalan, két esetben pedig külföldi személy, EU tagállam (Hollandia) állampolgára.

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

Kábítószer-fogyasztással közvetetten kapcsolatba hozható halálesetek

2015-ben 40 kábítószer-fogyasztással közvetetten összefüggő halálesetről érkezett bejelentés a halálozási regiszterbe, Az elhunytak között 37 férfi és 3 nő volt.

Az esetek közül 9 természetes okra visszavezethető, korábbi kábítószer-fogyasztással összefüggő haláleset volt. A halál oka leggyakrabban kardiológiai eredetű (szívizom-elfajulás) volt. 11 öngyilkosság esetében mutattak ki az elhunytak biológiai mintáiban valamilyen kábítószer. 20 esetben erőszakos haláleset történt (gyilkosság, baleset vagy olyan önártalom, ahol a szándék nem volt megállapítható).

T1.1.2 Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek toxikológiai adatai

Túladagolós halálesetek toxikológiai adatai

Kizárólag heroinhasználathoz köthető haláleset 2015-ben sem történt. Opiát és más kábítószerek együttes használata 8 esetben volt végzetes kimenetelű. Az opiátokhoz köthető esetek minden esetben polidroghasználatra vezethetők vissza, jellemzően 4-5 más szer is kimutatható volt az elhunytak biológiai mintáiban. A leggyakoribb ilyen szerek a benzodiazepinek, a kodein és a metadon voltak.

Négy esetben állapított meg halálos mérgezést az igazságügyi orvosszakértő metadon miatt, minden esetben a metadon bomlásterméke mellett benzodiazepin is kimutatható volt.

Egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés tíz esetben fordult elő. Öt esetben amfetamin volt kimutatható egyebek mellett. Három esetben volt jelen GHB/GBL is az elhunytak biológiai mintáiban, egy esetben kokain volt jelen, két esetben találtak

antipszichotikumokat is. A nem opiát típusú kábítószeres kategóriájába sorolódnak a jogilag kábítószernek minősülő új pszichoaktív anyagok is, ezek közül a következők voltak jelen: α -PVP, 3-MMC, pentedron, 4F-PEP, TH-PVP, α -PVT.

Három eset ún. egyéb szerek okozta mérgezésnek minősül, ami a halálozás idején nem kábítószernek minősülő új pszichoaktív anyagot takar, mindhárom esetben α -PHP volt kimutatható egyebek mellett a biológiai mintákban.

25 esetből 24-ben készült véralkohol vizsgálat, mely kilenc esetben bizonyult pozitívnak. Tűszúrás nyomát kilenc esetben találtak az igazságügyi orvosszakértők.

15. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálozások száma 2015-ben*⁵⁷

| | összesen |
|--|-----------------|
| opiát okozta túladagolás/mérgezés (metadon és más szer nélkül) | 0 |
| opiát és egyéb szer okozta túladagolás/mérgezés | 8 |
| metadon okozta túladagolás/mérgezés ⁵⁸ | 4 |
| egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés | 10 |
| egyéb szer okozta mérgezés | 3 |
| összesen | 25 |

Forrás: OAC 2016a

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

2015-ben Magyarországon összesen 271 újonnan diagnosztizált HIV-pozitív esetet jelentettek be, az incidencia 27 eset/1millió lakos értéknek felelt meg. A regisztrált HIV-fertőzöttek mintegy 60%-ánál volt ismert a fertőződés módja. Az ismert rizikócsoportba tartozó HIV-fertőzöttek és AIDS betegek közül két magyar állampolgár tartozott az intravénás szerhasználók rizikócsoportjába. (Csohán et al. 2016).

16. táblázat. *A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása 2011-2015 között (fő)*

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

⁵⁷ Special register Selection D.

⁵⁸ Alkohol és/vagy benzodiazepinek előfordulása mellett.

2015-ben 43 akut hepatitis B megbetegedést jelentettek be, az incidenciája 0,4‰ volt. 12 főnél volt ismert a fertőződés módja, akik közül egy 25-34 év közötti férfi volt intravénás szerhasználó.

2015-ben 19 heveny hepatitis C megbetegedést jelentettek, az incidenciája 0,2‰-nak bizonyult. A 19 beteg közül hatnál volt ismert a fertőződés módja, közülük egy 25 évesnél fiatalabb nő és két 25 évesnél fiatalabb férfi, illetve egy 25-34 év közötti férfi fertőződött intravénás szerhasználat révén. (Csohán et al. 2016).

HIV/HBV/HCV prevalencia az intravénás szerhasználók körében

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

HIV

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

HBV

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

HCV

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

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

17. 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 |

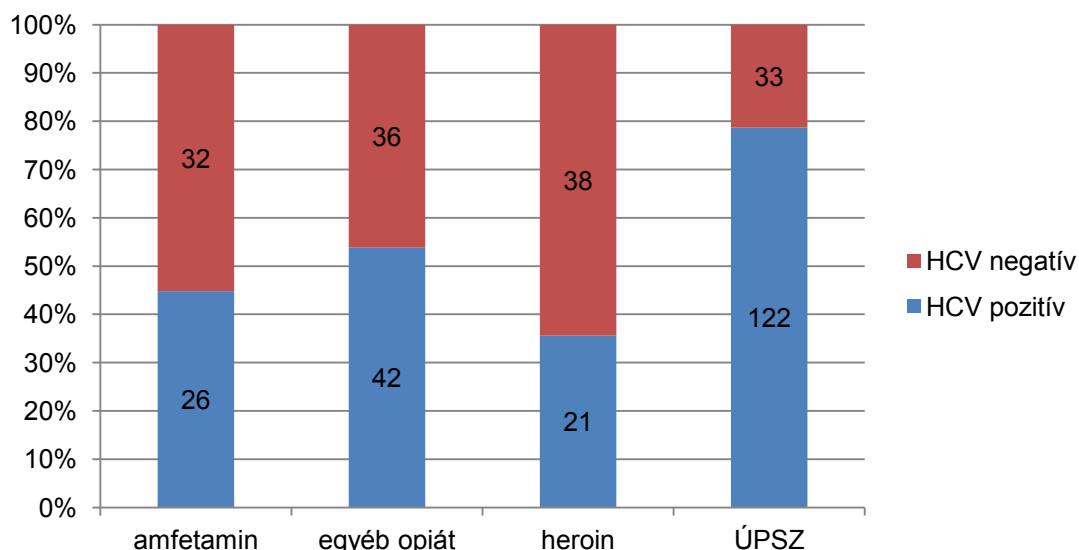
Forrás: Dudás et al. 2015

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 pozitív arány, a 2-4 éve injektálók körében 47,5%.

Az elsődlegesen nem opiátokat⁵⁹ 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 T.1.2.1 alfejezet és Kábítószeres/Heroin és egyéb opiátok fejezet T.1.2.1 alfejezet.

40. 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

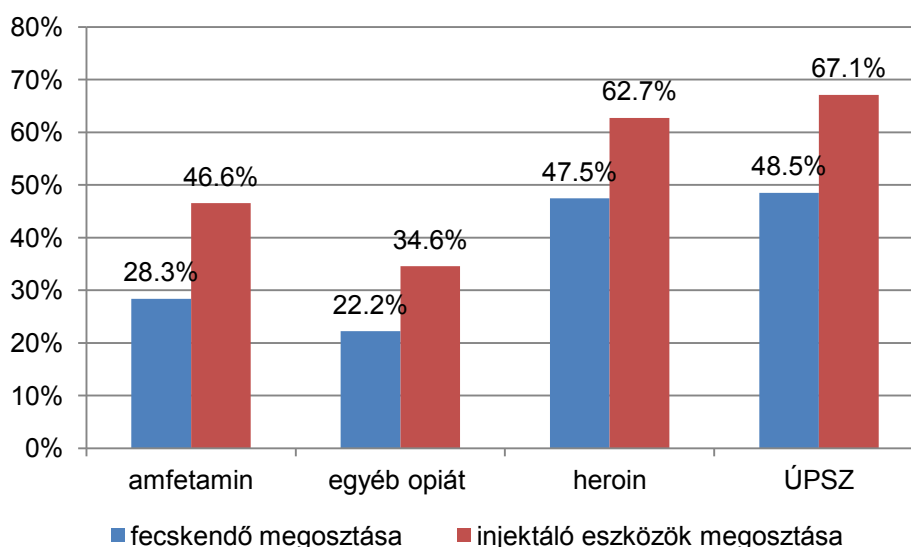
⁵⁹ nem opiátok: új pszichoaktív szerek (kristály, MDPV, mefedron, bió, egyéb desginer, zene), metamfetamin, amfetamin, MDMA, kokain, egyéb, LSD.

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.

T1.3.4 Fertőző betegségekkel összefüggő kockázati magatartások

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

41. 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-ben⁶⁰



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

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

18. táblázat. Az utolsó napi injekciós-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

⁶⁰ 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

Az aktív – elmúlt 4 hétben is injekáló – szerhasználók 53,8%-a vallotta magát napi injekálóknak. (Naponta egyszer vagy többször injekál).

Az aktív injekáló 85,1%-a az utolsó alkalommal steril fecskendővel injekált. Az aktív injekáló 58,6%-a az elmúlt 4 hétben 15 vagy annál több steril fecskendőhöz jutott hozzá személyes használat céljából.⁶¹

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.

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

A 2014 második félévében bezárt két legnagyobb budapesti tűcsere szolgáltató (Kék Pont Alapítvány; Drogprevenációs 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 Drogprevenációs Alapítvány ugyan 2015-ben kinyitott egy új helyszínen ugyanabban a kerületben (XIII. kerület), azonban alacsonyküszöbű szolgáltatásuk keretében nem végeztek tűcsere, így feltételezhetően a korábbi évekhez képest valamelyest más összetételű szerhasználói populációt szűrtek le új programjukban. 2015-ben a továbbra is tűcsere 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.

⁶¹ Az adatok interpretálásánál fontos figyelembe venni, hogy a vizsgálat drogambulanciákon vagy tűcsere programokban zajlott, így abba valamilyen ellátásban lévő szerhasználók kerültek be.

19. 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) |
| Nyirő 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 KÁBITÓSZER-FOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI

T1.4.1 A kábítószer-fogyasztás egyéb egészségügyi következményei

Közúti balesetek

2015-ben a rendőrség 155 közúti baleset során vett vér- és/vagy vizeletmintát küldött az Országos Toxikológiai Intézetbe igazságügyi toxikológus-szakértői vizsgálatra, vezetési képességre hátrányosan ható szer fogyasztásának gyanújával. Az intézet ezek közül 96 esetben állapított meg pozitivitást kábítószerekre és/vagy új pszichoaktív anyagokra.

20. táblázat. *Kábítószer/ pszichotróp anyag/ új pszichoaktív szer jelenléte a közúti balesetekből származó vér és/vagy vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban, 2015-ben*

| hatóanyag | Esetek száma (db) |
|--|--------------------------|
| 3-MMC | 1 |
| 3-MMC + 5F-AMB-PINACA + amfetamin + CMC + MDMA + THC | 1 |
| 3-MMC + pentedron | 1 |
| AB-CHMINACA | 1 |
| AB-CHMINACA + alfa-PVP + CMC | 1 |
| AB-FUBINACA + AB-PINACA + ADB-PINACA + AMB-FUBINACA | 1 |
| ADB-FUBINACA | 1 |
| ADB-FUBINACA + alfa-PVP + THC | 1 |
| ADB-FUBINACA + amfetamin | 1 |
| ADB-FUBINACA + amfetamin + THC | 1 |
| ADB-PINACA | 1 |
| alfa-PHP | 1 |
| alfa-PVP | 3 |
| alfa-PVP + pentedron | 1 |
| amfetamin | 22 |
| amfetamin + alfa-PHP | 1 |
| amfetamin + alfa-PVP | 1 |
| amfetamin + CMC | 1 |
| amfetamin + CMC + THC | 1 |
| amfetamin + kokain | 1 |
| amfetamin + pentedron | 1 |
| amfetamin + THC | 6 |
| CMC | 1 |
| ketamin | 4 |
| ketamin + THC | 1 |
| kokain | 4 |
| kokain + GHB | 1 |
| kokain + THC | 1 |
| MDMB-CHMICA | 1 |
| MDMB-CHMICA + metoxifenidin | 1 |
| metamfetamin | 1 |
| morfin + THC | 1 |
| pentedron | 6 |
| THC | 24 |
| <i>negatív</i> | 59 |
| Összesen | 155 |

Forrás: Országos Toxikológiai Intézet

A várandósság alatti droghasználat

Budapesten a Józan Babák Klub alacsonyküszöbű szolgáltatásaiban (Oberth et al. 2016) 2015-ben 59 olyan szerhasználó nő vett részt, aki a tárgyévben várandós volt, vagy elvetélt, vagy 2013-2015 között szült.

Közülük 18 főnek az amfetamin volt az elsődleges szere, 6 főnek a heroin, 9 főnek a „pentakristály”. További 6 fő marihuánát fogyasztott elsődlegesen, míg 4 fő az alkohol és gyógyszer együttes használatát, 7 fő a visszaélésszerűen használt gyógyszert, 4 fő a szintetikus kannabinoidot, 3 fő az alkoholt, 2 fő a kokaint nevezte meg, mint elsődlegesen használt szertípust.

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

A Stratégia megállapítja a tűcsere 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 tűcserét, mint a fertőző betegségek megelőzésének eszközét. Az opiátfüggő szerhasználók esetében kiemeli a fenntartó kezelés fontosságát, amelynek egy, a lehető legteljesebb felépülést szolgáló, átfogó program keretein belül kell helyet kapnia.

T1.5.2 Az ártalomcsökkentő szolgáltatások rendszerének felépítése

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

A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő, más néven parti szerviz szolgáltatást nyújtó szervezetek (23 darab) közül 15 non-profit civil szervezetként működött (Tarján 2016a), 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 tűcsere programhoz, és 5 terápiás közösséghez. 11 szolgáltató esetében az anyaintézmény a parti szerviz mellett működtetett valamilyen egyéb szociális szolgáltatást (nem tűcserét) alacsonyküszöbű /nappali/ közösségi ellátás keretében.

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

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

A tucsonere 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.

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

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

Forrás: Tarján 2015a

A szervezetek az anyaintézményen kívüli szolgáltatók esetében 2014-ben leggyakrabban terápiás közösségbe (25 szervezet), pszichiátriai addiktológiai osztályra (24 szervezet), önsegítő csoportokba (23 szervezet), hajléktalan szállóra (22 szervezet) vagy drogambulanciára (21 szervezet) irányították tovább a klienseiket.⁶²

Ártalomcsökkentő szolgáltatások finanszírozása

A szenvedélybetegek közösségi és alacsonyküszöbű ellátását nyújtó szolgáltatások működtetését az állam három évre megkötött, éves fix támogatási összeget meghatározó finanszírozási szerződések útján támogatja⁶³ a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal közreműködésével. Mindkét ellátási forma magában foglalja az alkoholfüggők és egyéb

⁶² Az elemzés során összevonásra került egyes szolgáltatástípusok mentén az „alkalmanként”, a „gyakran”, és a „nagyon gyakran” kategóriákat megjelölő szervezetek száma.

⁶³ Az összeg nincs arányosítva az adott szolgáltatás kliensszámához és eszközigényéhez (tucsonere programok esetében).

szenvedélybetegségekben szenvedők ellátását is, a kábítószer-használók ellátására elérhető forrás nem határozható meg pontosan. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások által nyújtott alaptevékenységek közül kettő biztosítása alapfeltétel: pszicho-szociális intervenciók; információs, felvilágosító szolgáltatások; megkereső munka. A kiegészítő tevékenységek, melyek önállóan nem, kizárólag a meghatározott alaptevékenységekkel együtt pályázhatóak a következők: telefonos, információs vonal; parti szerviz; tűcsere szolgáltatások; drop in „toppanj be központ”.

2012-ben új három éves támogatási ciklus (2012-2014) kezdődött meg a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátást működtető szolgáltatók állami támogatása tekintetében, amelynek során a források szűkültek az előző 3 éves (2009-2011) ciklushoz képest (részletesen lásd a 2013-as Éves Jelentés 5. ill. 7. fejezetét). 2015-ben nem került kiírásra új pályázat, a finanszírozás a 2012-es befogadás alapján történt.

Szakmai fórumok keretében több nagy szervezet beszámolt arról, hogy az integrált intézményi háttér finanszírozási segítsége 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 tűcsere programok esetében a szűkülő források következtében fellépő eszközhiányra reagálva, szakmai szervezetek és az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) közötti egyeztetés eredményeképp, az EMMI 2013 és 2015 között egyedi támogatás keretében három alkalommal, összesen 18 millió forint összeggel (732.400 fecskendő) támogatta az injektorok beszerzését. A szervezetek jelentése szerint (Tarján 2016b) 2015-ben a beszerzett fecskendők (297.993 darab) döntő részét, 47%-át az EMMI által egyedi támogatás keretében beszerzett fecskendők fedik, míg további 42% minisztériumi/önkormányzati pályázatból származik. Adomány útján tudták biztosítani a szervezetek a fecskendők 6%-át. A fix pályázati támogatás (úgynevezett normatíva) keretében csupán a fecskendők 3%-a került beszerzésre.

Az önkéntesek alkalmazása a parti szerviz szolgáltatás biztosítása esetén jellemző (Tarján 2016a), az adatot szolgáltató szervezeteknél összesen 80 fizetett alkalmazott és 278 önkéntesként dolgozó végzett alacsonyküszöbű ártalomcsökkentő munkát 2015 folyamán.

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 2016a). 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, szórólapp, szőlőcukor és pezsgőtabletta voltak. Az egyéb kategóriában említésre került a fül dugó, steril tű, és szippantó cső osztása.

22. táblázat. A parti szerviz szolgáltatók által osztott ártalomcsökkentő eszközök típusai (válaszadó szervezetek száma=23)

| <u>típus</u> | <u>szervezetek száma</u> |
|--|--------------------------|
| 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 2016a

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.

Az opiát helyettesítő kezelésre vonatkozó adatokat lásd Kezelés fejezet T1.4.8-10 és T2. alfejezetében.

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

A kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek megelőzése

Tűcsere programok

2015-ben nem került kiírásra új pályázat, a finanszírozás a 2012-2014 közötti 3 éves pályázati ciklus (2012-2014) 2012-es befogadása alapján történt. 2015-ben 30 szolgáltató működtetett tűcsere programot összesen 21 városban, amely az ország 14 megyéjét és 7 régióját fedi le (Tarján 2016b). 2014 második felében a két legnagyobb budapesti tűcsere program helyi önkormányzati döntések következtében bezárni kényszerült. A Kék Pont Alapítvány a VIII. kerületben augusztusban, míg a Drogprevenciós Alapítvány a XIII. kerületben novemberben szüntette meg tűcsere szolgáltatását.

2015-ben az Alternatíva Alapítvány indította el megkereső és mobil szolgáltatását a VIII. kerületben, míg a Drogprevenciós Alapítvány kinyitott egy új telephelyen a XIII. kerületben, ahol azonban fecskendőt nem osztanak csak egyéb steril eszközöket, illetve utcai megkereső munka keretében használt fecskendőket gyűjtenek be. Részben a Kék Pont kieső szolgáltatásának kompenzálásaként egyszeri minisztériumi támogatás révén indította el a budapesti Baptista Szeretetszolgálat új mobil programját a Népligetnél. A vidéki városok tekintetében Miskolcon 2015-ben a Baptista Szeretetszolgálat szüntette meg tűcsere programját.

2015-ben az országban 26 állandó telephelyű program működött, 13 szervezetnél végeztek utcai megkereső munkát, 3 szervezet működtetett mobil tűcsere programot, és 4 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 tűcsere volt elérhető.

A tűcsere programok a tavalyi évben összesen 188.696 steril injektort osztottak ki a klienseknek, a hozott illetve gyűjtött használt fecskendők száma 150.565 darab volt.⁶⁴ A becserélési arány 80%-os volt. Néhány vidéki program által megfigyelt jelenség szerint valószínűsíthetően növekszik a gyógyszerári fecskendő vásárlás, mivel több fecskendő kerül vissza a programokba, mint amennyit kiadnak (NFP 2016). Továbbá a 2015-ben legnagyobb fecskendő forgalmat bonyolító Baptista Szeretetszolgálat becserélési szabályai⁶⁵ is nagyban hozzájárultak a 2015-ös magas becserélési arányhoz. A tűcsere programokat 2015-ben 3436 intravénás szerhasználó⁶⁶ vette igénybe 24.368 alkalommal. 1530 új kliens⁶⁷ regisztráltak a programok a tárgyévben. Egy kliensre 54 kiosztott és 44 visszahozott fecskendő, illetve átlagosan 7 kontakt jutott a tárgyévben.

A programtípusonkénti bontás szerint a kiosztott fecskendők, illetve a kliensek száma közel egyenlően oszlott meg 2015-ben a mobil, illetve az állandó telephelyű programok között.

23. táblázat. A tűcsere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2015-ben

| | állandó telephelyű | mobil tűcsere | utcai megkereső | tű-automata | összesen |
|--------------------|--------------------|---------------|-----------------|-------------|----------|
| osztott | 73432 | 96114 | 16063 | 3087 | 188696 |
| hozott (+gyűjtött) | 54581 | 82034 | 13377 | 573 | 150565 |
| becserélési arány | 74% | 85% | 83% | 19% | 80% |
| kliensek száma | 1580 | 1384 | 472 | 0 | 3436 |
| új kliensek száma | 656 | 807 | 67 | 0 | 1530 |
| kontaktok száma | 13297 | 8095 | 2976 | 0 | 24368 |
| szervezetek száma* | 26 | 3 | 13 | 4 | 30 |

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

Forrás: Tarján 2016b

A területi megoszlást vizsgálva 2015-ben is a budapesti tűcsere programok tették ki mind az osztott/hozott fecskendős szám, mind a kliens/kontaktszám döntő részét (79%-85% között mozogtak az egyes indikátorok értékei).

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 a témában. (Tarján 2016b)

T1.5.4 Kontextuális információ az ártalomcsökkentéssel kapcsolatos adatokhoz

2015-ben egy intravénás kábítószer-fogyasztóra átlagosan 28 steril fecskendő jutott, amely nagymértékű csökkenést jelent az előző évi adatokhoz képest (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:

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

⁶⁵ A kliens 0-2 visszahozott fecskendőre 3-at kap, ha 3-at vagy annál többet hoz vissza, akkor egy az egybe + egy csere történik. A program egy kontakt alkalmával maximum 20 fecskendőt ad ki.

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

⁶⁷ A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került. A 2015-ben indult Alternatíva Alapítvány a korábban a Kék Pontba járó klienseket régi kliensként rögzítette, így ők nem kerültek beszámításra az új kliensek közé.

Kábítószeres/Stimulánsok T1.2.1 fejezet), így a 2015-ös lefedettségi becslés ez alapján készült 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 fecskendők számát. A vidéki programok 2015-re vonatkozó megfigyelése szerint valószínűsíthetően növekszik a gyógyszeres fecskendő vásárlás, mivel több fecskendő került vissza a programokba, mint amennyit kiadtak (NFP 2016). 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 szolgáltatóknál, 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, terhesgondozás, 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.

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 tucssere 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: T6.2 alfejezet.

A fogvatartottak körében végzett tanácsadásról, szűrővizsgálatokról és kezeléssel szülő információ a Kábítószer-probléma a börtönben fejezet T1.3.2 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) a helyben élő, „krízisdiszpécser-szolgálat”-a az ország bármely területéről jelentkező, és Budapesten segítséget kereső droghasználó várandós nőket, édesanyákat és gyermekeiket látja el alacsonyküszöbű szolgáltatások keretében.

2015-ben a szolgáltatásokat összesen 59 fő vette igénybe (Oberth et al. 2016) (szerhasználati jellemzőket lásd: T1.4.1).

Ebből személyesen 19 szerhasználó nő személyesen, míg 40 fő telefonon vagy interneten keresztül kereste meg a programokat.

2015-ben utánkövetés keretében 16-an vettek részt a programokban, ők 2013 előtt kapcsolódtak be a Józan Babák Klub munkájába. A megjelentek többsége részt vett, vagy sikeresen tovább irányítható volt magasabb küszöbű, nem anonim egészségügyi és szociális ellátásba.

2014-ben szakmai együttműködési megállapodást kötött a Józan Babák Egyesület, a Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány és a Magyar Védőnők Egyesülete, azzal a céllal, hogy egy krízisdiszpécser-szolgálaton keresztül fogadják a válsághelyzetbe került droghasználó várandós nőkkel kapcsolatos jelzéseket, továbbá hatékonyan segítsék ellátásba kerülésüket. Az új alacsonyküszöbű szolgáltatás elindítását az Emberi Erőforrások Minisztériuma pályázati úton támogatta, valamint 2014 szeptemberétől a központi költségvetés finanszírozza. Az együttműködés részeként 2015-ben a Józan Babák Klub védőnői továbbképzéseket tartott öt vidéki városban.

A budapesti Drogprevenációs Alapítvány metadon programja keretében 2014-ben létrehozta a speciális szülők akadémiáját, a metadonon lévő anyák részére pedig 2015-ben a MENYA csoportot és a MENYA fogadóórát (6 fő vett benne részt a tárgyévben), ennek keretében egyéni esetkezeléssel- pszichiáter szakorvosi kontrollal és intézményeken átívelő együttműködéssel segítik a várandós és kisgyermeket nevelő klienseiket. Kevésbé tematikus elemekkel metadon programban lévő apák számára is létrehozták a MEPA csoportot (5 fő vett benne részt a tárgyévben).⁶⁸

⁶⁸ Személyes konzultáció a Drogprevenációs Alapítvány koordinátorával.

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 (Csák et. al 2011).

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 3 éves 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. TRENDEK, 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

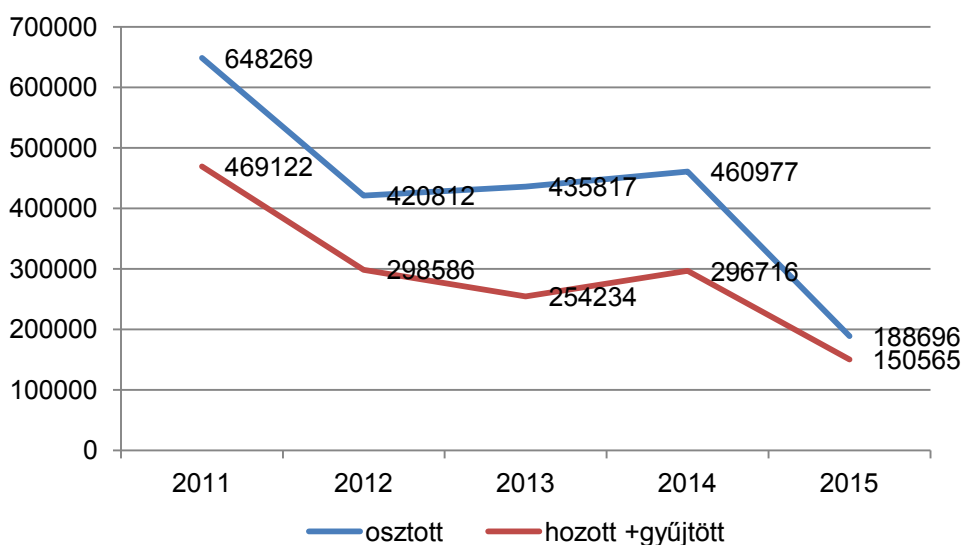
A kábítószer-fogyasztással összefüggő nem halálos kimenetelű mérgezésekről szisztematikus, rendszerszintű adatgyűjtés nincsen Magyarországon.

- d) Az intravénás szerhasználók részére kiosztott fecskendők száma

2011-ben az előző évekhez képest ugrásszerűen megnőtt a kiosztott fecskendők száma, amelynek háttérében a klasszikus kábítószerkezeléshez képest jóval gyakrabban injektált, új pszichoaktív szerek 2010-ben kezdődő térnyerése áll (lásd: Kábítószerkezelés/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 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.

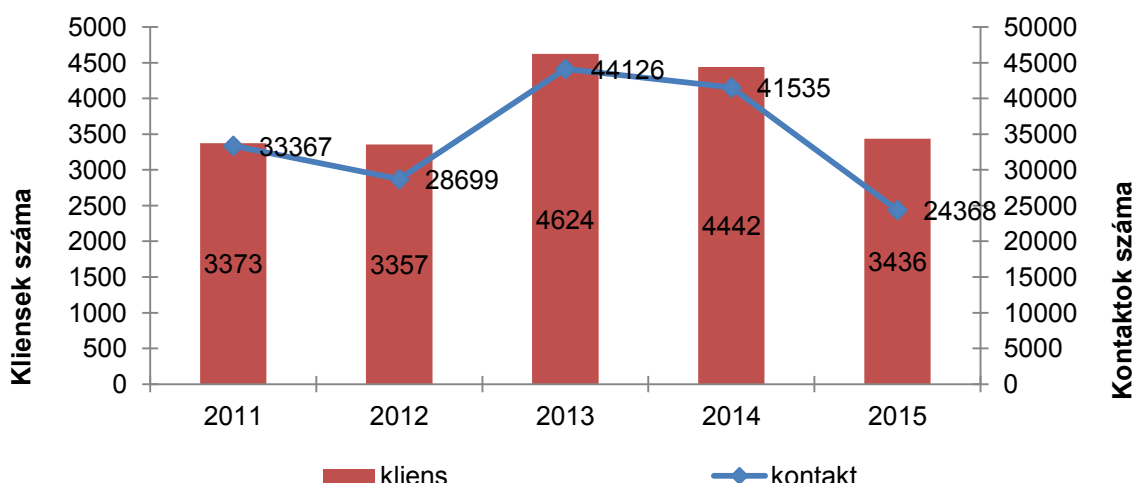
42. ábra. A tűcsere programok fecskendőforgalmi adatai, 2011-2015 között



Forrás: Tarján 2016b

A kiosztott fecskendők számának változásaival ellentétben a tűcsere programokban megjelent kliensek száma, illetve a kontaktok száma meredek emelkedést mutatott 2012 után. Feltehető, hogy a steril fecskendők elérhetőségének korlátozását a klienskör nagyobb számú megjelenéssel, továbbá új, tűcsere programba nem járó intravénás szerhasználók bevonásával kompenzálta. A kliensek száma nagyon csekély mértékben, 4,1%-kal (182 fő) csökkent 2014-ben, a 2012-ről 2013-ra történő ugrásszerű emelkedés után. A klienskontaktok száma a 2013-as drasztikus emelkedést követően 2014-ben szintén enyhe (6,2%-os) csökkenést mutatott. Fontos azonban megjegyezni, hogy ha a két legnagyobb forgalmú budapesti program a teljes tárgyévben tudott volna működni (lásd T1.5.3 alfejezet), akkor az év végi összesítés jóval magasabb kliensszámot/ kontaktus számot eredményezett volna 2013-hoz képest. 2015-ben a bezárások következményeként a kliensek száma 23%-kal, míg a kontaktok száma 41%-kal esett vissza.

43. ábra. A tūcserében részt vevő kliensek és kontaktok számának alakulása, 2011-2015



Forrás: Tarján 2016b

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 2015-ben már csak 79-85%. A trendvizsgálat során jól látható, hogy míg a korábbi években csak a budapesti adatok követték az országos csökkenő tendenciákat, addig a 2015-ös adatok tekintetében mind a budapesti mind a vidéki forgalmi adatok esetében az országos – azaz csökkenő – tendencia figyelhető meg az egyes indikátorok mentén.

A programtípusonkénti bontás szerint a kiosztott fecskendők, illetve a kliensek száma közel egyenlően oszlott meg 2015-ben a mobil, illetve az állandó telephelyű programok között, míg a korábbi években az állandó telephelyű fecskendő, illetve kliens forgalom volt kiemelkedően magas a többi programtípushoz képest.

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 2015-ben 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. Az új pszichoaktív anyagok halálóki 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, és szerepet játszik 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, de az összességében emelkedő tendencia megfordult, és 2014-ben valamint 2015-ben stabilnak volt tekinthető az új pszichoaktív anyagokhoz köthető halálesetek alacsony száma miatt.

24. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2009-2015 között (fő)

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| opiát és egyéb szer okozta mérgezés ⁶⁹ | 28 | 12 | 6 | 8 | 3 | 10 | 8 |
| metadon (egyéb kábítószer nélkül) okozta túladagolás/mérgezés ⁷⁰ | 2 | 2 | 4 | 5 | 9 | 2 | 4 |
| egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés | 1 | 3 | 3 | 7 | 15 | 4 | 10 |
| egyéb szer okozta mérgezés | 0 | 0 | 1 | 4 | 4 | 7 | 3 |
| összesen | 31 | 17 | 14 | 24 | 31 | 23 | 25 |

Forrás: OAC 2016a

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 szertípus 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

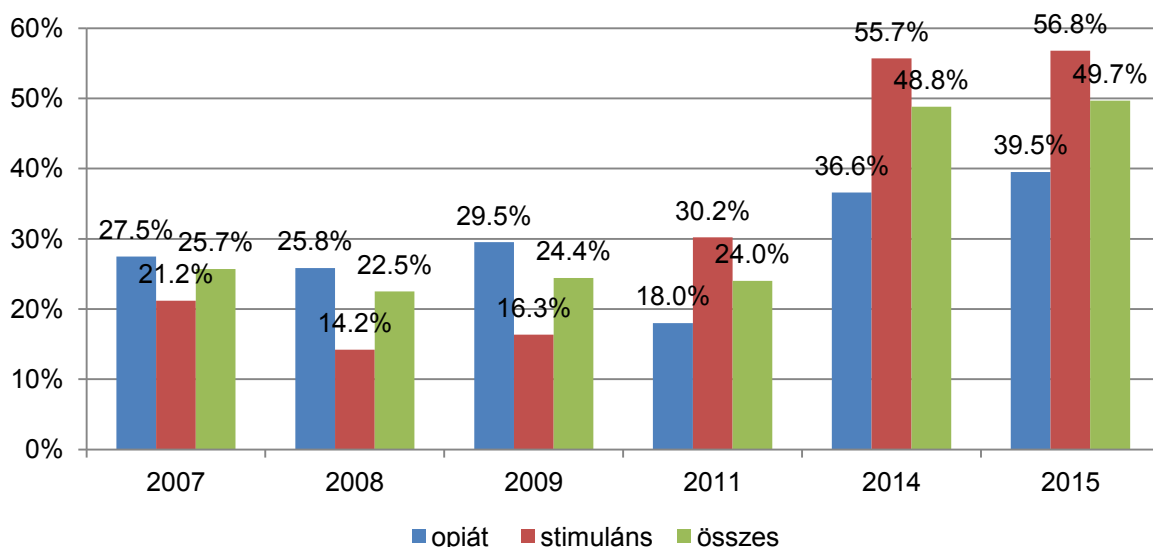
⁶⁹ Opiát bomlástermék (morfin) mellett más szerek előfordulhatnak, beleértve a metadont is, de a kizárólag metadonhoz köthető esetek kizárásra kerültek.

⁷⁰ Alkohol és/vagy benzodiazepinek előfordulása mellett.

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

44. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) az elsődlegesen injektált szertípus 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 2015-ös évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs új információ.

T5. KIEGÉSZÍTŐ ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T5.1 A STIMULÁNSFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ MÉRGEZÉSEK ÉS HALÁLESETEK

A kábítószer-fogyasztással összefüggő nem halálos kimenetelű mérgezésekről szisztematikus adatgyűjtés nem történik, így a stimulánsokhoz köthető esetek növekedése nem igazolható.

A túladagolások halálozások tekintetében stimulánshasználathoz köthető növekvő tendencia nem mutatható ki. Az amfetaminszármazékok évente néhány esetben ugyan kimutathatók, de az alacsony elemszám (2014-ben 3 eset, 2015-ben 5 eset) trendszerű megállapításokat nem tesz lehetővé. Stimuláns hatású új pszichoaktív anyagok 2012-től minden évben megjelentek az elhunytak biológiai mintáiban (pl. 5-IT, pentedron, mefedron, 4'4-DMAR, α -PVP, α -PHP), a halálesetek számának növekedése azonban nem trendszerű, hanem a piacon megjelenő anyag veszélyességével függ össze. Ilyen designer stimuláns használata évi mintegy öt esetben volt kimutatható 2012 és 2015 között.

T6. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T6.1 FORRÁSOK

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., 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

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

OAC (2016a): TDI adatgyűjtés halálozási modul: Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozási adatok 2014.

Oberth J., Bíró Zs., Mándi B. (2016): Beszámoló a Józan Babák Klub 2015. évi várandósgondozási tevékenységéről

Tarján, A (2015a): Tűcserek az ellátórendszerben 2014-ben. Nemzeti Drog Fókuszpont.

Tarján, A (2016a): A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet végző szervezetek 2015. évi működési és forgalmi adatai. Nemzeti Drog Fókuszpont.

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

T6.2 MÓDSZERTAN

Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás (OAC 2016a): A halálozással kapcsolatos adatok az ún. Speciális Halálozási Regiszterből származnak, melynek technikai működtetését az Országos Addiktológiai Centrum végzi. Az adatgyűjtést a Nemzeti Drog Fókuszpont az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet támogatásával végzi 2009 óta. Ez a regiszter anonim, eset-alapú, minden esetben részletes toxikológiai adatokat is tartalmaz és a kezelési adatokkal összekapcsolható, így bővebb elemzést tesz lehetővé. 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 fejtethető egyedi azonosítóval látták el, amely lehetővé teszi a szerológiai és a kérdőíves adatok összekapcsolását, továbbá a duplikátumok kiszűrését a teljes mintából. Az elemszámok a résztvevő szervezetek intravénás szerhasználói kliensszámaihoz lettek arányosítva 2006-2014 között, azonban ez a budapesti adatok tekintetében 2015-ben módosítást igényelt a két legnagyobb tűcsere program 2014-es bezárása miatt, akik fő helyszínei voltak a vizsgálatnak (lásd: T.1.3.6). A szervezetek a vizsgálati periódusban minden intravénás szerhasználó kliensüknek felajánlották – egy rövid tájékoztatást követően – a részvételi lehetőséget, mindaddig, amíg el nem érték a rájuk szabott mintaszámot. A vizsgálatba bevont intravénás szerhasználók motivációs díjat kaptak élelmiszerjegyek formájában (1000 Ft/ 3 EUR).

A laboreredményeket az OEK munkatársai visszajuttatták a mintavétel helyszíneire, amely átadásra került a kliensek számára, amellyel együttesen biztosított volt a szűrővizsgálat utáni tanácsadás is.

A szerológiai vizsgálatokhoz – az ujjbegyből történő vérvételt követően – szártott 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 kité, illetve az Innogenetics cég által gyártott INNOTEST HCV Ab IV kité

alkalmazták. Az anti-HCV pozitív eredményeket a Fujirebio cég által gyártott INNO-LIA HCV Score teszttel (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): A tűcsere szervezetek 2016-ban is a Nemzeti Drog Fókuszpont által működtetett adatgyűjtő internetes portálon jelentették az adatokat. 2008-tól kezdődően a szervezetek ezen a felületen szolgáltatnak adatot a fecskendőforgalmukról, egyéb ártalomcsökkentő eszközhasználatáról és szolgáltatásairól, a fecskendő beszerzési forrásairól, 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 szűrt, 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 színtéren 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-BŰNÖZÉS⁷¹

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

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

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

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

A kábítószer-bűncselekmények jellemzői az Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerben (ENYÜBS) a nyomozás befejezésekor rögzített adatok alapján követhetők nyomon.

Magyarországon az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények száma 5-6000 körül alakul évente, az esetek nagyobb hányada kannabiszhoz (2015: 49,8%), kisebb része stimulánsokhoz (2015: 27,3%) kapcsolható. 2012-től kezdődően, mióta az új pszichoaktív anyagokkal elkövetett (kínálati oldali) bűncselekmények is büntetőjogi felelősséget vonnak maguk után, ezek a szerek is egyre növekvő arányban jelennek meg az elkövetés tárgyaként. A kábítószer-bűncselekmények túlnyomó többségét a fogyasztói típusú elkövetések teszik ki, a kereskedői típusú elkövetések aránya rendre 20% alatt marad.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 KÁBÍTÓSZERPIAC

T1.1.1 Hazai kábítószer-előállítás és termesztés

A kábítószerek magyarországi előállítása tekintetében jellemzően a kisebb méretű kenderültetvények váltak ismertté a nyomozóhatóságok előtt a legnagyobb számban⁷². A nagyobb ültetvényeket (1400-1500 tő) jellemzően külföldi elkövetői csoportok tartják fenn. 2015-ben, a vegyészszakértői vizsgálatot igénylő 127 ismertté vált kannabisz termesztés miatt indult eljárás során mindösszesen 4659 tő került lefoglalásra. A 100 tővet meghaladó méretű ültetvények az esetek mintegy 4%-á tették ki.

A szintetikus szerek előállítása Magyarországon jellemzően kis tételben zajlik. 2015 folyamán két illegális laboratórium került felderítésre, ahol – a lefoglalt anyagmennyiségek és eszközök alapján – becsülhetően néhány-száz grammos volumenben állítottak elő benzaldehidből kiindulva amfetamint.

Az év folyamán több olyan nyomozás történt, ahol aceton mellett szintetikus kannabinoidok csoportjába tartozó tiszta hatóanyagot vagy ilyen anyaggal impregnált készítményt, illetve

⁷¹ A fejezet szerzői: Port Ágnes, Varga Orsolya

⁷² A kenderültetvény lefoglalásoknál lehetőség van a büntetőeljárás csak botanikai szakértői vizsgálat alapján történő lefolytatására. A hozzájuk kapcsolódó lefoglalt mennyiségekre vonatkozóan az eljáró rendőrség rendelkezik információval.)

kezeletlen növényi törmeléklet foglaltak le a hatóságok. Egyes esetekben a lefoglalt, még kezeletlen növényi anyagok mennyisége több kilogramm volt. A lefoglalások Magyarországon zajló impregnálási tevékenységre utalnak. Új pszichoaktív hatóanyagot előállító laboratórium azonban nem került felderítésre. (ORFK 2015)

T1.1.2 Szállítási útvonalak (import és tranzit szállítmányok)

A nyomozóhatóság tapasztalata szerint (ORFK 2015) a növényi kannabiszt jellemzően a Cseh Köztársaságból csempézik vietnámi szervezett bűnözői csoportok, míg Hollandiából magyar elkövetők csempézik Magyarország területére. A főleg nyugat-európai piacra szánt, jobb minőségű „skunk” kannabisz Albániából érkezik. A cseh eredetű növényi kannabiszt gyakran személyautókkal csempézik, 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 csempézik 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 csempézik mivel a schengeni határokon belül ez a legkevésbé kockázatos módszer.

Az új pszichoaktív szerek beszerzési forrása jellemzően Kína. A kereskedők, de akár közvetlenül a fogyasztók is interneten keresztül rendelik meg és csomagküldő szolgáltatásokon keresztül szállítatják az országba. Nyomozati információk szerint azonban a nyersanyagok egy része Szlovákiából, Hollandiából és Spanyolországból érkezik Magyarországra.

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, prekurzorok 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 prekurzorok 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 prekurzor piac

2015 folyamán Magyarországon jelentősebb kábítószer-prekurzor lefoglalás nem történt.

A legjellemzőbb hígító és adalékanyagok közül öt esetben, összesen 47,6 kg koffein-paracetamol elegyet foglaltak le heroin mellett a hatóságok. A mennyiség legnagyobb részét egy olyan eset teszi ki, amelyben 5,9 kg heroin mellett 46,1 kg hígító elegy került lefoglalásra. 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 előállításával (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 középszintű 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 megszerzhető 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, fehér mályva 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.⁷³ 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, amelyik az elnevezésen kívül (füstölő) semmilyen iránymutatást nem tartalmazott a szerek felhasználásra vonatkozóan, további 10 oldalon csupán annyit fűztek hozzá a szerek felhasználáshoz, hogy azok emberi és állati fogyasztásra alkalmatlanok. Egy oldal részletes útmutatót nyújtott a herbál füstölő készítéséhez kannabinoid por felhasználásával.

A szerek hatásairól nagyon kevés oldal tartalmazott bármilyen leírást. Egyedül a kratomot, illetve salviát áruló oldal közölt kifejezetten részletes ismertetőt (ugyanitt a használati utasításról is valós információt adtak). További 4 honlap utalt a füstölő nyugtató vagy éppen élénkítő hatására, egy pedig mindössze a hatás időtartamára figyelmeztetett. Végül egy oldal volt, amelyik mellékhatásként utalt a kábulásra, amely körülbelül két óra múlva múlik el.

Összevetve a korábbi online piacot monitorozó vizsgálatokkal (Péterfi és Port 2011, Port 2012, Port 2013) (a kutatások eredményeinek részletes ismertetését lásd a 2011-es Éves Jelentés 10.1, a 2012-es és a 2013-as Éves Jelentések 10.2 fejezetében), a javasolt felhasználási módok (füstölő/illatosító, növénytápszer, kertészet), a közölt figyelmeztetések és jogi információk, illetve használati utasítások tekintetében jelentős változás nem tapasztalható. Az árusított szerek származási helye kapcsán megállapítható, hogy bár már 2011-ben is elenyésző volt azon oldalak száma, melyek megjelölték a szerek eredetét (19-ből 4 honlap), ez a szám 2015-re tovább csökkent (mindössze egy a 38-ból). Az árakat tekintve a némileg eltérő módszertan miatt nehezebb következtetéseket levonni. A 2011-es kutatásban a növényi törmelékre felvitt JWH-018 szerepelt, melynek grammja kis mennyiség

⁷³ 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.

rendelése esetén átlagosan 2360 Ft-ért (7,62 €)⁷⁴, 100 gramm rendelésekor átlagosan 1070 Ft-ért (3,46 €) volt beszerezhető. Ezt összevetve a herbál füstölők 2015-ös áraival - 1223 Ft/g (3,95 €), illetve 483 Ft/g (1,56 €), mennyiségtől függően -, jelentős, 50% körüli csökkenés figyelhető meg, ami összecseng a kábítószeres utcai árakkal kapcsolatos évenkénti adatgyűjtés (Varga 2015) eredményeivel.

Utcai árak

Az előző évekhez hasonlóan, a Nemzeti Drog Fókuszpont 2016 elején kérdőíves felmérést végzett a drogambulanciák kliensei körében a kábítószeres utcai árakról (Varga 2016; (módszertant lásd T.6.2).

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

25. táblázat. Kábítószeres utcai árak forintban 2015-ben

| szertípus | legalacsonyabb | legmagasabb | leggyakoribb | átlag | válaszadók száma |
|--------------------|----------------|-------------|--------------|-------|------------------|
| marihuána (gr) | 1000 | 5000 | 2500 | 2455 | 123 |
| hasis (gr) | 1000 | 5000 | 2500 | 2590 | 60 |
| heroin (gr) | 3000 | 25000 | 5000 | 12385 | 24 |
| heroin (pakett) | 3000 | 6000 | 5000 | 4263 | 20 |
| kokain (gr) | 10000 | 30000 | 20000 | 19379 | 56 |
| amfetamin (gr) | 1000 | 5000 | 3000 | 2942 | 84 |
| ecstasy (tabletta) | 500 | 4000 | 2000 | 1745 | 70 |
| metamfetamin (gr) | 1500 | 5000 | 2000 | 2929 | 18 |
| LSD (adag) | 1000 | 10000 | 2500 | 3000 | 42 |
| metadon (20 mg) | 500 | 6000 | 1000 | 2435 | 28 |
| metadon (5 mg) | 400 | 3000 | 1000 | 890 | 20 |
| GBL (adag) | 1000 | 6000 | 2000 | 2800 | 14 |
| mefedron (gr) | 800 | 8000 | 2000 | 3052 | 23 |
| MDPV (gr) | 1000 | 10000 | 3000 | 3674 | 23 |
| pentadron (gr) | 1000 | 10000 | 5000 | 3602 | 38 |
| Spice/herbál (gr) | 200 | 5000 | 1000 | 1040 | 65 |

Forrás: Varga 2016

⁷⁴ Az összegek a 2015-ös hivatalos euró középárfolyam (1€=309,69 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

26. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban⁷⁵ 2015-ben

| szertípus | legalacsonyabb | legmagasabb | leggyakoribb | átlag | válaszadók száma |
|--------------------|----------------|-------------|--------------|-------|------------------|
| marihuána (gr) | 3,2 | 16,1 | 8,1 | 7,9 | 123 |
| hasis (gr) | 3,2 | 16,1 | 8,1 | 8,4 | 60 |
| heroin (gr) | 9,7 | 80,7 | 16,1 | 40,0 | 24 |
| heroin (pakett) | 9,7 | 19,4 | 16,1 | 13,8 | 20 |
| kokain (gr) | 32,3 | 96,9 | 64,6 | 62,6 | 56 |
| amfetamin (gr) | 3,2 | 16,1 | 9,7 | 9,5 | 84 |
| ecstasy (tabletta) | 1,6 | 12,9 | 6,5 | 5,6 | 70 |
| metamfetamin (gr) | 4,8 | 16,1 | 6,5 | 9,5 | 18 |
| LSD (adag) | 3,2 | 32,3 | 8,1 | 9,7 | 42 |
| metadon (20 mg) | 1,6 | 19,4 | 3,2 | 7,9 | 28 |
| metadon (5 mg) | 1,3 | 9,7 | 3,2 | 2,9 | 20 |
| GBL (adag) | 3,2 | 19,4 | 6,5 | 9,0 | 14 |
| mefedron (gr) | 2,6 | 25,8 | 6,5 | 9,9 | 23 |
| MDPV (gr) | 3,2 | 32,3 | 9,7 | 11,9 | 23 |
| pentadron (gr) | 3,2 | 32,3 | 16,1 | 11,6 | 38 |
| Spice (gr) | 0,6 | 16,1 | 3,2 | 3,4 | 65 |

Forrás: Varga 2016

Tisztaság

A lefoglalt szerek hatóanyag-tartalma 2015 folyamán néhány szer esetében tért el az előző évben detektált értékektől (módszertant lásd T6.2). Míg a marihuána esetében nem volt tapasztalható jelentős változás, addig a hasis esetében, a vizsgált tételek mintegy 2/3 részét az 5-20% THC-tartalmú anyagok tették ki, de több esetben került vizsgálatra 0,1-1% hatóanyag-tartalmú készítmény is. A heroin tartalmú porok koncentrációja jellemzően a 15-50% közötti tartományba esett, mind a nagytételű lefoglalások, mind a kisebb mennyiségek esetében. A lefoglalt kokain porok hatóanyag-tartalma jellemzően 10-80% között alakult. 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. Több esetben jelentek meg különleges alakú, nagyméretű tabletták, jellemzően 150-200 mg hatóanyag-tartalommal. Az alacsonyabb hatóanyag-tartalmú tabletták MDMA-bázis tartalma általában 40-130 milligramm közötti érték volt. A kristályos formában megjelenő MDMA hatóanyag-tartalma az esetek többségében 70-80% közötti érték volt.

A por formában fogyasztott, jellemzően „kristály” utcai néven árult új pszichoaktív anyagok koncentrációja a leggyakoribb hatóanyagok esetében hasonló tartományba esett: pentadron esetében 20-80%, α -PVP esetén 15-80% míg α -PHP vonatkozásában 30-85% volt a jellemző koncentráció a vizsgált anyagok esetében. A növényi törmelékekre felvitt különböző szintetikus kannabinoidok hatóanyag-tartalma továbbra is jellemzően 1-10% tartományba esett.

⁷⁵ A táblázatban szereplő árak a 2015-ös hivatalos euró középfolyam (1€=309,69 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

T1.2 KÁBITÓSZER-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.)

2015-ben 6625 kábítószerhez vagy új pszichoaktív anyaghoz köthető bűncselekmény miatt indított nyomozás lezárására került sor, ebből 856 eset a régi Btk. hatálya alá, 5769 eset az új Btk. hatálya alá tartozott. Új pszichoaktív anyaghoz köthetően 562 bűncselekményt (8,5%) regisztráltak (37 esetet a régi Btk., 525 esetet az új Btk. hatálya alá tartozóan.) (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 kábítószerhez köthető bűncselekmények az összes hazánkban regisztrált bűncselekmény 2,4%-át tették ki.

A kábítószer-bűncselekmények csaknem 40%-át a fővárosban vagy Pest megyében követték el.

Szertípusok

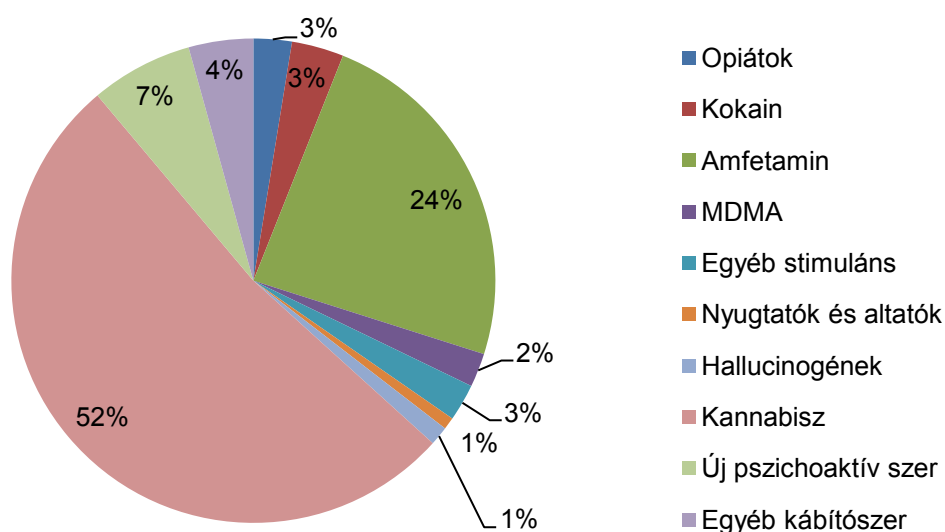
Az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények felét (52,1%, 3301 eset) kannabisszal követték el, 28,7%-át (1811 eset) stimulánsokkal, 6,8%-át új pszichoaktív anyagokkal (432 eset).⁷⁶ A stimulánsokkal elkövetett esetek között az elkövetés tárgyaként leggyakrabban előforduló kábítószer az amfetamin (83,4%), az MDMA (ecstasy) (7,9%) és a metamfetamin (5,4%) voltak. Az új pszichoaktív anyagok között a legnagyobb arányban katinon származékok (33,6%), szintetikus kannabinoidok (22,5%) és fenetilaminok (17,8%) szerepeltek.

Az elkövetés tárgyaként kokain a bűncselekmények 3,5%-ában, opiátok 2,6%-ban (ezen belül heroin 1,1%-ban, metadon 0,5%-ban, morfin 0,4%-ban), hallucinogének 1,3%-ban, egyéb kábítószer 4,3%-ban kerültek rögzítésre.⁷⁷

⁷⁶ Az új pszichoaktív anyagokkal elkövetett esetek száma Btk. tényállások szerinti, illetve szertípusok szerinti bontásban nem egyezik. Ennek oka az, hogy a bűncselekmények szertípusok szerinti leválogatása az EMCDDA kábítószer-bűncselekményekre vonatkozó adatgyűjtési protokolljában meghatározott szertípus kategóriák mentén történt, mely szerint az ENSZ kábítószerjegyzékein nem szereplő anyagok minősülnek új pszichoaktív anyagnak. A bűncselekmények tényállások szerinti bontásakor a hazai büntetőjog értelmében „új pszichoaktív anyag”-nak minősülő anyagokkal elkövetett visszaélések kerültek ide. A hazai szabályozás ugyanakkor helyenként szigorúbb a nemzetközihez képest, vagyis hazánkban bizonyos ENSZ listán nem szereplő - így az EMCDDA protokoll szerint új pszichoaktív anyagnak és nem kábítószernek minősülő - anyagok is kábítószernek minősülnek. Ennek következtében az új pszichoaktív anyagokkal elkövetett bűncselekmények száma eltér Btk. tényállások szerinti és szertípusok szerinti bontásban.

⁷⁷ 287 bűncselekmény (az összes regisztrált eset 4,3%-a) esetében szertípus nem került rögzítésre. Kábítószerprekursor volt az elkövetés tárgya 8 esetben (0,1%).

45. ábra. Ismertté vált kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények (N=6330)⁷⁸ megoszlása szerítípus szerint, 2015



Forrás: ENYÜBS 2016, elemezte: NFP

Elkövetői magatartások⁷⁹

2015-ben az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények közül szigorúan kábítószer birtoklásához (saját használat céljából történő megszerzés, vagy tartás) 4985 bűncselekmény (a bűncselekmények 75,3%-a) volt köthető. Az esetek 57,2%-át kannabisszal, 31,4%-át stimulánsokkal követték el, a többi szerítípus csak elenyésző arányban fordult elő a fogyasztói típusú bűncselekmények tárgyaként (opiátok 2,6%, kokain 3,4%, új pszichoaktív anyagok 1,8%).

A kínálati típusba sorolható elkövetések⁸⁰ az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények 20,8%-át tették ki (1378 eset). A kínálati típusú bűncselekmények valamivel több mint harmada (36,4%, 501 eset) csekély mennyiségű kábítószerhez köthető kereskedői tevékenység volt, jelentős vagy különösen jelentős mennyiséggel elkövetett bűncselekmény mindössze 151 esetben (a kereskedői magatartások 11%-ában, az összes bűncselekmény 2,3%-ában) került rögzítésre. Kábítószer termesztése vagy előállítása 137 esetben (2,1%) szerepelt az elkövetés módjaként.

A kínálati oldalhoz sorolható elkövetések között is a kannabisszal elkövetett bűncselekmények szerepeltek a legnagyobb arányban (32,5%), de jóval kisebb mértékű volt a fölényük más szerekhez képest, mint a fogyasztói magatartások esetében. A kereskedői típusú elkövetések tárgyaként új pszichoaktív anyagok 18,9%-ban, stimulánsok 17,1%-ban kerültek rögzítésre. A jelentős mennyiséggel elkövetett cselekmények között az elkövetés tárgyaként gyakrabban fordultak elő opiátok (heroin) (5,3%) és kokain (17,2%), mint az egyéb cselekmények között (minden más elkövetési kategóriában 3,5-3,5% alatt volt a két szerítípus aránya). A termesztői/előállítói módszerű elkövetések 90%-a kannabisz termesztéséhez kapcsolódott, stimulánsok 4,4%-ban, opiátok 2,9%-ban kokain 2,4%-ban szerepeltek az elkövetés tárgyaként.

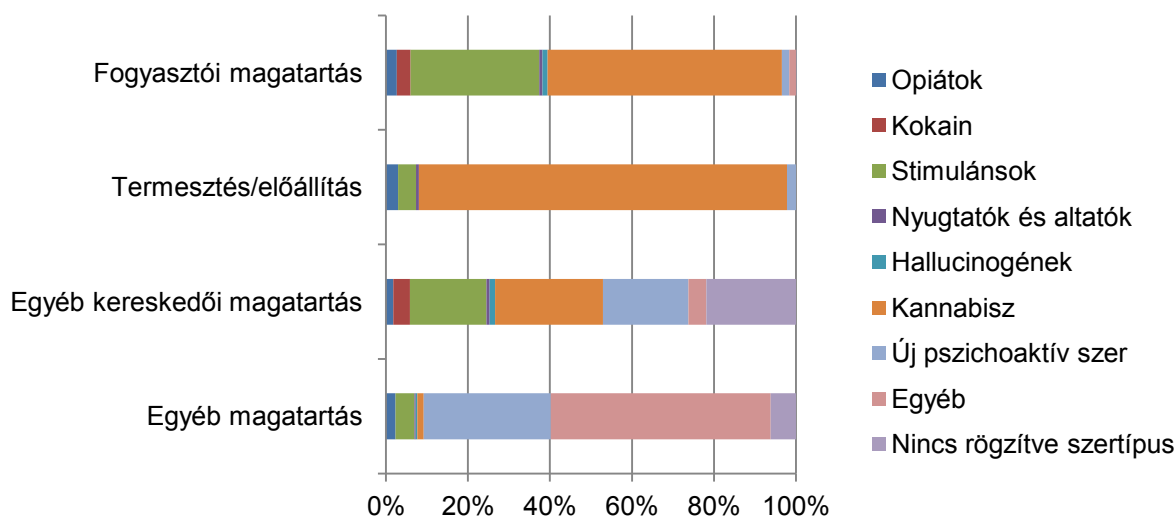
⁷⁸ A prekurzorokkal elkövetett és a szerítípushoz nem köthető esetek nélkül.

⁷⁹ 2014-től kezdődően a bűncselekmény típusok az EMCDDA új kábítószer-bűnözésre vonatkozó adatgyűjtési protokolljának megfelelően kerülnek leválogatásra, mely több ponton eltér a korábbi években követett jelentési struktúrától.

⁸⁰ 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.

Egyéb magatartások (kóros szenvedélykeltés, kábítószer készítésének elősegítése) 262 esetben (4%) kerültek rögzítésre. Ezeknek az eseteknek csaknem harmada (31%) új pszichoaktív anyagokkal, több mint fele pedig egyéb, nem kategorizált kábítószerekkel elkövetett vagy szertípushoz nem köthető eset volt.

46. ábra. Ismertté vált kábítószer-bűncselekmények megoszlása elkövetői magatartások és szertípusok szerint, 2015



Forrás: ENYÜBS 2016, elemezte: NFP

Elterelés

A kábítószerhez köthető ügyekben indult büntetőeljárások⁸¹ 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 megállapítanak bűncselekmény elkövetését és bűncselekményként regisztrálnák az esetet.

2015-ben összesen 13439 büntetőeljárás fejeződött be kábítószerrel kapcsolatos ügyben, ebből vádemelésre mindössze 2839 esetben (21,1%) került sor. A büntetőeljárások maradék 80%-a még a bírósági szakaszt megelőzően lezárult, a nyomozás megszüntetése (45,5%), a feljelentés elutasítása (2,8%), egyéb befejezés (15,7%), vagy „elterelés” eljárási döntés következtében. Eltereléshez kapcsolódóan 1999 ügyben (14,9%) került sor a büntetőeljárás befejezésére, de a ténylegesen elterelés miatt lezárult eljárások száma ennél több, mert az

⁸¹ A regisztrált bűncselekmények számát és a büntetőeljárásra vonatkozó adatokat egymástól külön kell kezelni. A büntetőeljárásra vonatkozó adatok mutatják azt, hogy hány büntetőeljárás indult az adott cselekmény miatt az adott időszakban, függetlenül az eljárás befejezési módjától. A regisztrált bűncselekményre vonatkozó adatok azt mutatják, hogy adott bűncselekmény típusból adott időszakban mennyit regisztráltak bűncselekményként a nyomozás lezárásakor. Egy cselekményhez kapcsolódóan több büntetőeljárás is indulhat, ugyanakkor bűncselekményként csak egyszer lesz regisztrálva a statisztikában. Előfordulhat az is, hogy a nyomozás végén nem állapítja meg a rendőrség vagy az ügyész az adott bűncselekmény elkövetését, illetve az ügyész a vádemeléstől eltérő, más befejezési módot alkalmaz (pl. bizonyíték hiányában megszünteti, felfüggeszti az eljárást stb.), és így bűncselekményként nem kerül regisztrálásra az adott ügy. A büntetőeljárás adatok tehát jóval szélesebb halmazt képeznek, mint a regisztrált bűncselekményi adatok.

elterelt esetek egy kisebb hányada az „egyéb befejezés” eljárási döntések között jelenik meg, vádemelés elhalasztása, vagy büntethetőséget megszüntető egyéb ok címen.

A kábítószer-bűncselekményeket elkövetők jellemzői

2015-ben a 6625 regisztrált kábítószer-bűncselekményhez kötődően 6043 elkövetőt regisztrált a bűnügyi statisztika⁸². A kábítószer-bűncselekményt elkövetők 90%-a férfi, 10%-a nő volt. Az elkövetők életkor szerinti megoszlását tekintve, 11%-uk 18 év alatti, 35%-uk 19 és 24 év közötti, 26%-uk 25 és 30 év közötti fiatal volt, összességében tehát a kábítószer-bűncselekményt elkövetők 72%-a a 30 évesnél fiatalabb korosztályból került ki. Összehasonlítva az összes bűnelkövető életkori megoszlásával, a kábítószer-bűncselekményeket elkövetők az egyéb bűncselekmények elkövetőinél jóval fiatalabbak: az összes bűnelkövető között a 30 év alattiak aránya 44%-ot tett ki.

T1.2.2 Kábítószer hatása alatt elkövetett bűncselekmények

2015-ben kábítószer hatása alatt összesen 4801 fő követett el bűncselekményt, ami az összes regisztrált hazai bűnelkövető 4,7%-át tette ki. A kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövetők túlnyomó része (4403 fő, 91,7%) kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményt követett el, attól eltérő, egyéb bűncselekményt 398 fő (8,3%) követett el. A kábítószer hatása alatt kábítószer-bűncselekménytől különböző bűncselekményt elkövetők fele (201 fő) közlekedési bűncselekményt követett el (ebből járművezetést ittas és/vagy bódult állapotban: 195 fő). Vagyon elleni bűncselekményt 62 fő (15,6%), személy elleni bűncselekményt 27 fő⁸³ (6,8%) (ebből befejezett emberölést 4 fő, emberölési kísérletet 3 fő, testi sértést 20 fő), garázdaságot 46 fő (11,6%), egyéb bűncselekményt 62 fő (15,6%) 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 szervezetet, 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

⁸² 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.

⁸³ 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.

eredményes fellépés szempontjából különösen fontos a társadalmi bűnmegelőzés lehetőségeinek kihasználása.

Mindezek alapján a kínálatcsökkentés legfőbb stratégiai célja bármely visszaélésre alkalmas pszichoaktív anyag Magyarországra történő bejutásának és a hazánkban megjelenő szerekhez való hozzáférés megakadályozása, illetve ezzel összefüggésben a bűnmegelőzési vetület érvényesítése.

2014 februárjában lépett életbe a Nemzeti Rendőrségi Kábítószer-ellenes Stratégia. A kínálatcsökkentés mellett prioritásként jelenik meg a dokumentumban az igazságügyi szakértői tevékenység erősítése, a kábítószer-fogyasztással összefüggő közúti balesetek számának csökkentése valamint a nyomozati hatékonyság növelése. A megfogalmazott főbb prioritások szerint növelni kell a terjesztői magatartások miatt megindított eljárások számát valamint ki kell alakítani a csomagküldő szolgálatokkal és a Magyar Postával egy olyan együttműködést, amely elősegíti az ilyen formában történő forgalmazás visszaszorítását.

A kínálatcsökkentési tevékenységben részt vesz elsősorban a Rendőrség bűnügyi és közrendvédelmi szolgálata, illetve szerepet kap ebben az igazgatásrendészeti szolgálat kábítószer-rendészeti tevékenysége, amely az engedéllyel rendelkezők körében (egészségügyi szolgáltatók, gyártók, nagykereskedők) végzett ellenőrzések során csökkenti, illetve megakadályozza az eltérítést.

2012-ben történt szervezeti átalakítások miatt jelenleg csak a Készenléti Rendőrség Nemzeti Nyomozó Irodájánál van olyan szervezeti egység 25 fővel, amely nevesítve kábítószer-elleni bűnüldözési tevékenységet végez. Ezt megelőzően a Budapesti Rendőr-főkapitányságnál is volt kijelölt szerv, amely 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

Kenderültetvények esetében 2010-2011 folyamán több nagyméretű, 100 tő feletti ültetvényen évente több mint 10000 tő növényt foglaltak le a hatóságok. Ez a mennyiség 2012-2014 időszakban jelentősen csökkent. Azonban a 10 tő alatti, illetve 10-100 tő közötti ültetvények számában és arányában a 2010-2015 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 2013-2015 évekre 807, 480, illetve 531 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, 2015-ben 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 2015-ben sem emelkedett jelentősen, azonban növekvő tendencia figyelhető meg az előző évhez képest.

A kokain lefoglalások vonatkozásában, a 2011-2015 időszakban a lefoglalások számában kismértékű emelkedés tapasztalható.

Az amfetamin lefoglalások száma – a kis tételű, 10 gramm alatti lefoglalások trendjéből adódóan – szintén enyhe emelkedést mutat a 2010-2015 időszakban.

Az MDMA tartalmú tablettákból 2010-ben mindössze 7 lefoglalás történt, de 2012-től a lefoglalások száma folyamatosan emelkedett. 2015 folyamán már 219 esetben foglaltak le ilyen tablettát. 2015-ben 7 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.

27. táblázat. *Lefoglalások száma 2011 és 2015 között*⁸⁴

| szertípus | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| marihuána | 2073 | 2092 | 2040 | 2058 | 1945 |
| kannabisz növény | 192 | 193 | 196 | 146 | 127 |
| hasis | 63 | 103 | 101 | 101 | 141 |
| heroin | 22 | 26 | 32 | 31 | 48 |
| kokain | 108 | 118 | 117 | 143 | 153 |
| amfetamin | 483 | 454 | 536 | 598 | 633 |
| metamfetamin | 33 | 38 | 50 | 54 | 62 |
| ecstasy tableta /MDMA, MDA, MDE/ | 22 | 91 | 181 | 213 | 219 |
| LSD | 11 | 28 | 22 | 29 | 33 |
| <i>növényi anyagok szintetikus kannabinoidokkal</i> | 465 | 1,298 | 2099 | 3876 | 2440 |
| <i>szintetikus kannabinoidok porokban</i> | 51 | 61 | 60 | 104 | 90 |
| <i>katonon származékok por formában</i> | 595 | 700 | 855 | 863 | 802 |
| <i>katonon származékok tablettában</i> | 144 | 174 | 174 | 40 | 67 |

Forrás: BSZKI 2016

⁸⁴ 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.

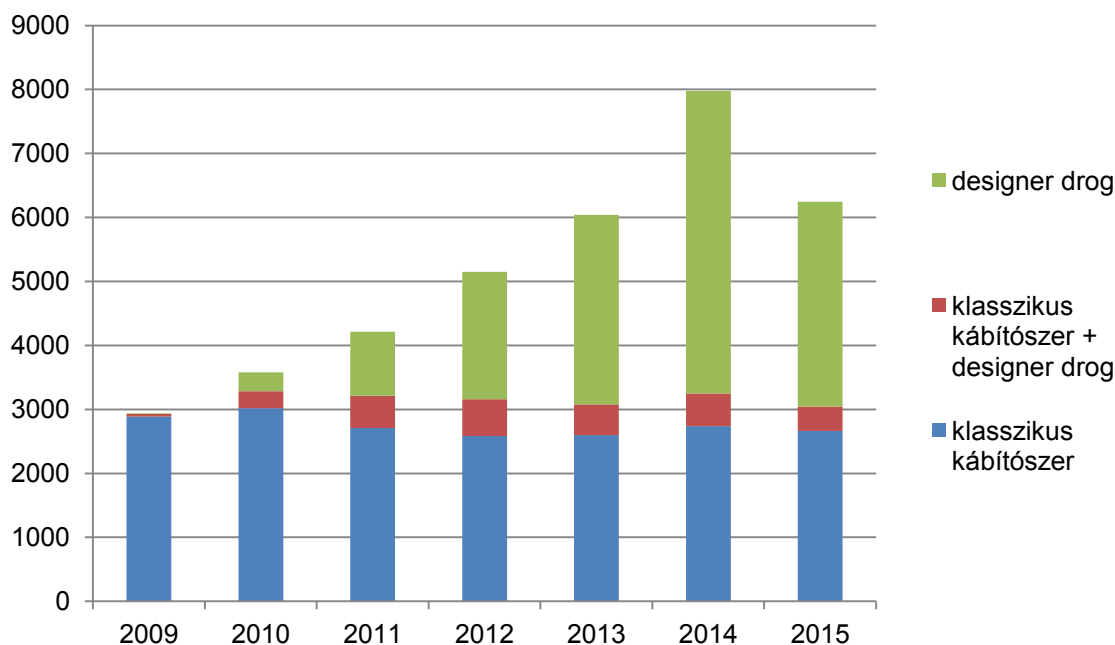
28. táblázat. Lefoglalások mennyisége 2011 és 2015 között⁸⁵

| szertípus | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|-------|--------|-------|--------|-------|
| marihuána (kg) | 208,7 | 1776,7 | 863,4 | 529,23 | 58955 |
| kannabisz növény (tő) | 14121 | 7382 | 5307 | 3288 | 2970 |
| hasis (kg) | 18,2 | 3,1 | 5 | 7,91 | 18,15 |
| heroin (kg) | 3,2 | 2,5 | 5,7 | 70,06 | 11,74 |
| kokain (kg) | 12,6 | 13,3 | 8,1 | 39,65 | 30,53 |
| amfetamin (kg) | 24,1 | 29,9 | 74,8 | 15,95 | 32,48 |
| metamfetamin (kg) | 0,1 | 0,06 | 0,2 | 0,41 | 1,17 |
| ecstasy tableta (db) /MDMA, MDA, MDE/ | 270 | 12437 | 17664 | 13020 | 56420 |
| LSD (adag) | 274 | 599 | 342 | 965 | 398 |
| növényi anyagok | 10,2 | 179,2 | 44,5 | 100,01 | 21,18 |
| kannabinoidokkal (kg) | | | | | |
| szintetikus kannabinoidok porokban (kg) | 13,2 | 4,3 | 15,5 | 5,52 | 5,55 |
| katonon származékok por formában (kg) | 75,8 | 58,7 | 81,5 | 42,01 | 18,34 |
| katonon származékok tablettában (db) | 7951 | 27876 | 55421 | 12902 | 15578 |

Forrás: BSZKI 2016

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 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.

47. ábra. „Klasszikus”⁸⁶ és „designer” szerek lefoglalásainak száma, 2009-2015 között



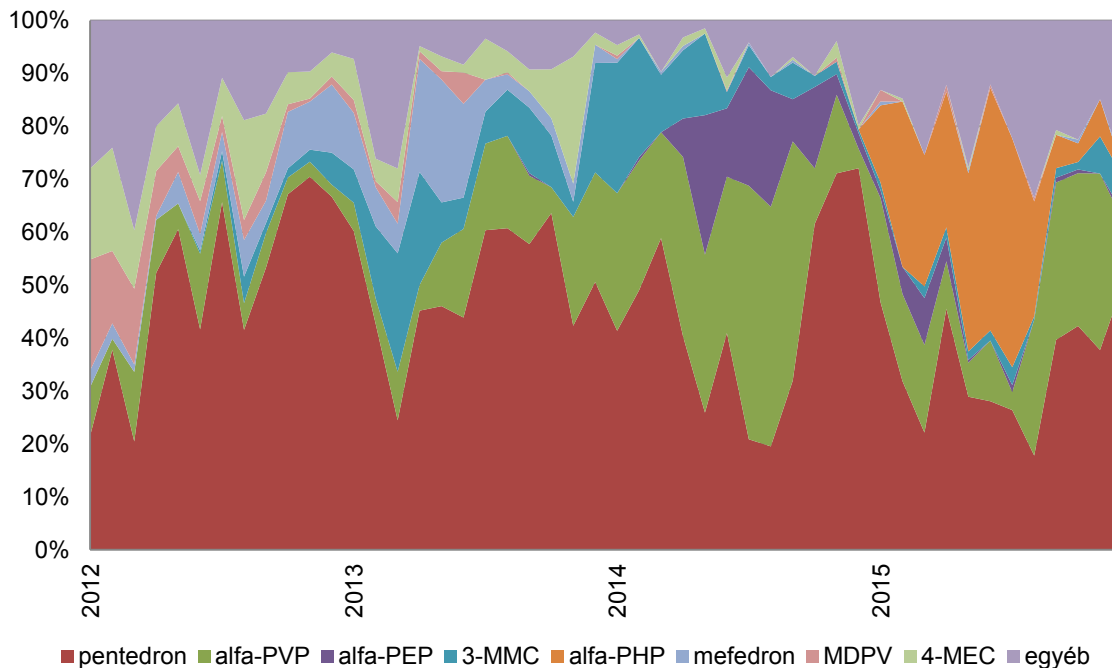
Forrás: BSZKI 2016

⁸⁵ 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.

⁸⁶ Klasszikus szerek az ENSZ Kábítószer Egyezményeinek valamely jegyzékén szereplő anyagok minősültek.

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.

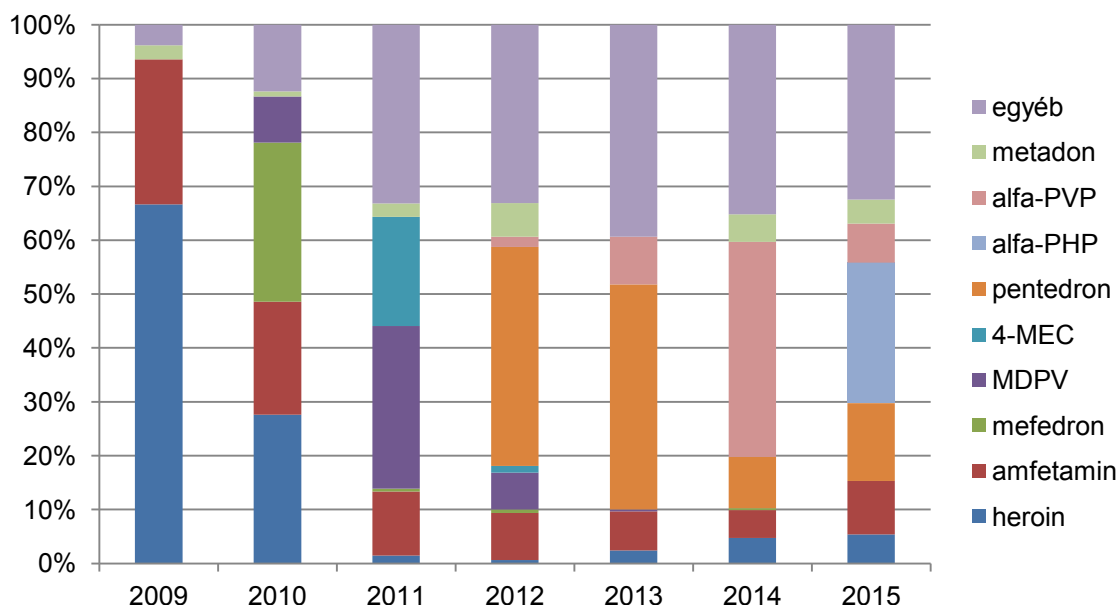
48. ábra. Katinonszármazékok előfordulási gyakorisága (hatóanyag kimutatások aránya) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2012-2015 között



Forrás: BSZKI 2016

A laboratóriumi vizsgálatra kerülő, intravénás szerhasználathoz köthető tárgyacról kimutatott hatóanyagok összesítése alapján figyelemmel kísérhető az ehhez a fogyasztási módhoz kapcsolódó szerek körének és hozzávetőleges arányának alakulása. 2015-ben folytatódott a korábbi években tapasztalt tendencia, a 2010 előtt domináló heroin és amfetamin az esetek mindössze 10, illetve 5%-ában volt kimutatható. A vizsgált tárgyacról az esetek többségében katinonszármazékok voltak kimutathatók, ezek közül az α -PHP volt a leggyakoribb, a vizsgált 111 tétel közül 29 esetben ez a vegyület volt kimutatható. Az esetek 35%-ában többféle hatóanyag, vagy kisebb gyakorisággal előforduló egyéb hatóanyagok voltak azonosíthatók. (Az intravénás szerhasználók átalakuló szerhasználata nyomon követhető a tűcsere kliensek, valamint a kábítószer-használat miatt kezelésbe lépők adataiban - lásd: Kábítószer/ Stimulánsok T.1.2.1)

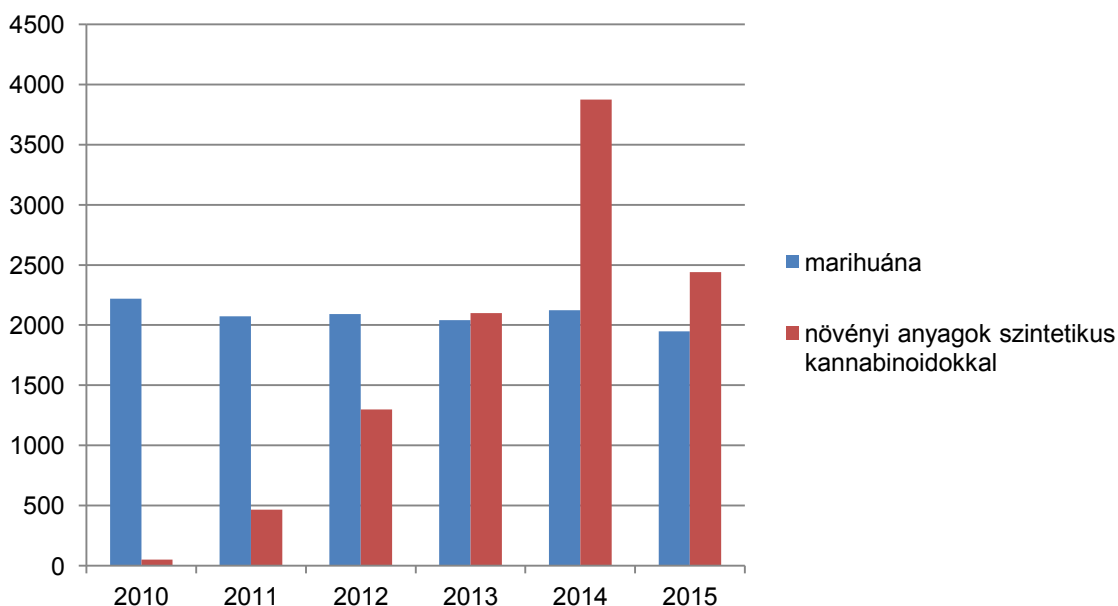
49. ábra. Az intravénás szerhasználathoz köthető tárgyakról kimutatott hatóanyagok 2009-2015 között (%)



Forrás: BSZKI 2016

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.

50. ábra. Marihuána és szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok lefoglalásainak száma 2010-2015 között

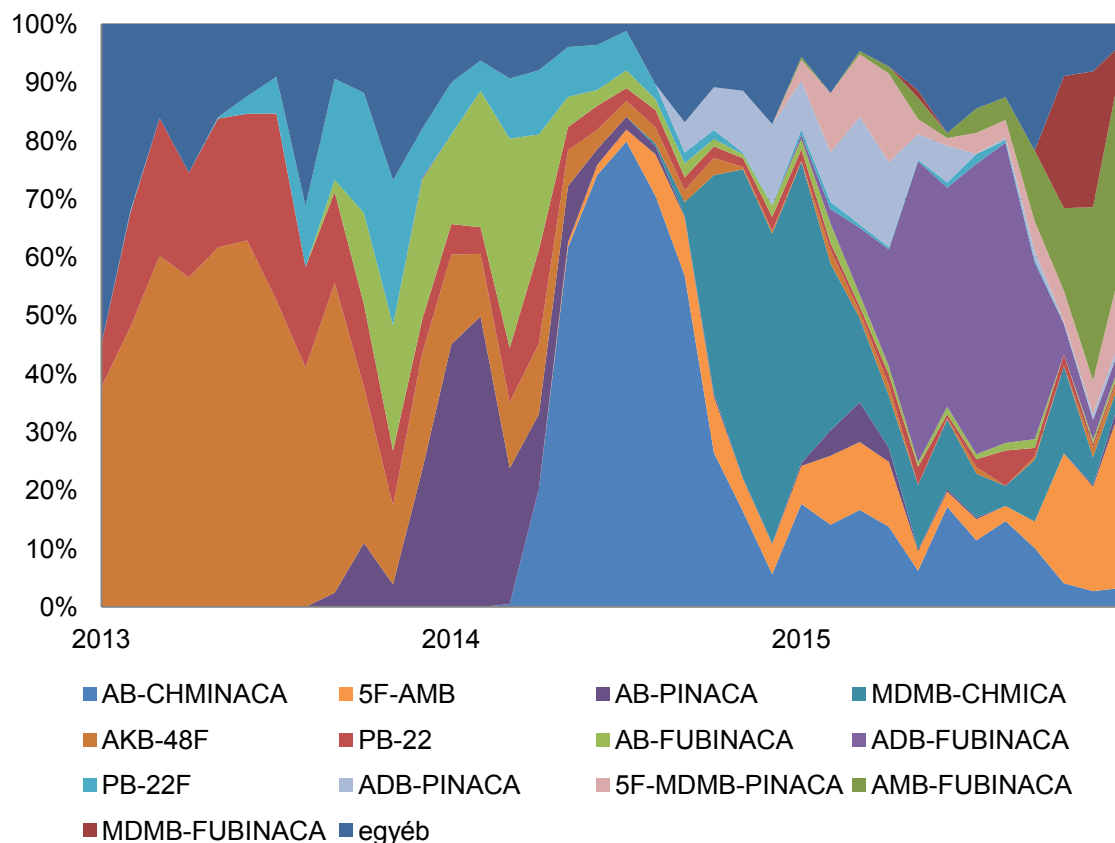


Forrás: BSZKI 2016

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, a generikus szabályozás júliusi

bővítésével jelentősen lecsökkent azon hatóanyagok köre, amelyek büntetőjogi fenyegetettség nélkül terjeszthetők. Az addig legális, és a lefoglalásokban domináló ADB-FUBINACA hatóanyag helyét az év végére az AMB-FUBINACA és az 5F-AMB vegyületek vették át, annak ellenére, hogy ezek már 2014 októberétől ellenőrzött anyagnak minősülnek.

51. ábra. Szintetikus kannabinoid vegyületek előfordulási gyakorisága (%) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2013-2015 között

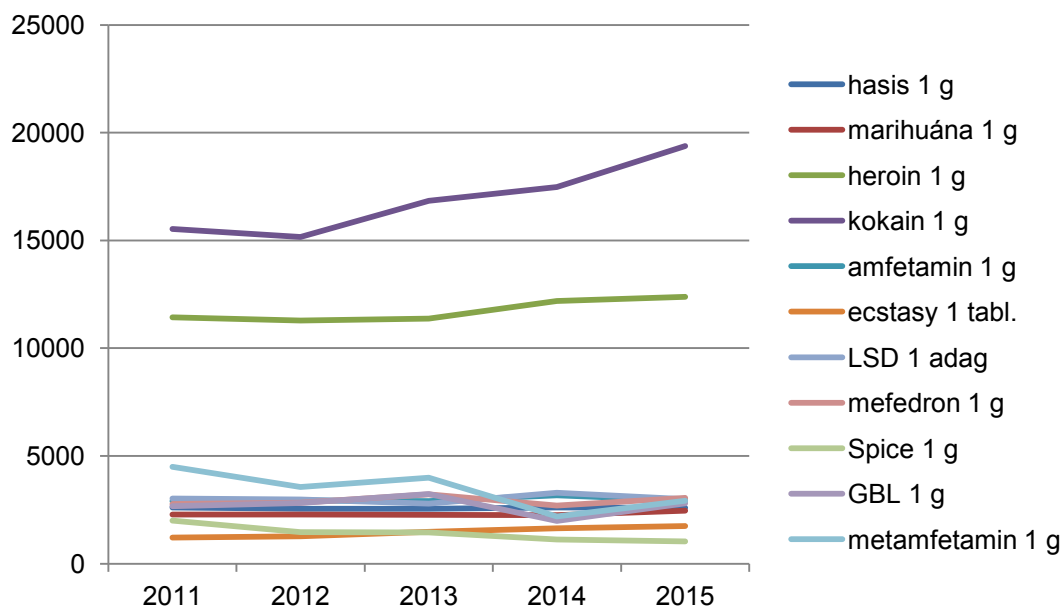


Forrás: BSZKI 2016

Kábítószerárak

A Nemzeti Drog Fókuszpont kutatása (Varga 2016) szerint az elmúlt években a kábítószeres utcai árakban 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.

52. ábra. Kábítószeresek átlagos utcai árai forintban 2011-2015 között



Forrás: Varga 2016

Tisztaság

A lefoglalt marihuána hatóanyag-tartalmában, a 2010-2015 időszakban, jelentős változás nem tapasztalható.

A hasis esetében 2015-ben visszaesett a nagy hatóanyag-tartalmú minták aránya az előző évhez képest (ld. T1.1.5.).

A lefoglalt anyagok között továbbra is jelen van a hígítatlan, gyakorlatilag tiszta amfetamin-szulfát. Az 50%-nál magasabb hatóanyag-tartalmú anyagok 2015-ben az esetek mintegy 10%-át tették ki.

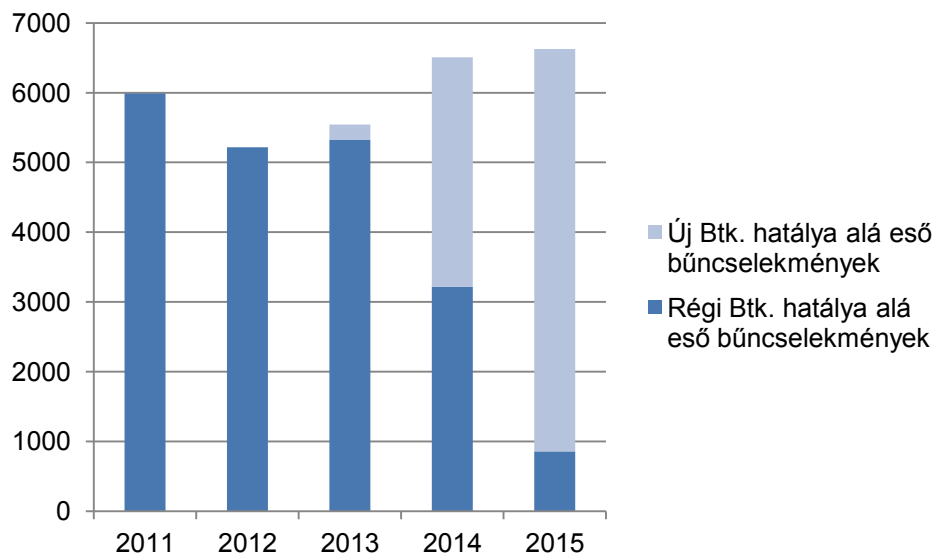
Az MDMA tabletták hatóanyag-tartalmában növekedés figyelhető meg, több esetben kerültek lefoglalásra különleges alakú, nagyméretű tabletták, melyek jellemzően 150-200 milligramm MDMA hatóanyagot tartalmaztak.

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 (rég 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 években enyhén emelkedő trendet mutatott; 2006 óta 2015-ben volt a legmagasabb a regisztrált esetek száma Magyarországon.

53. ábra. A regisztrált kábítószer-bűncselekmények száma Magyarországon 2011-2015 között



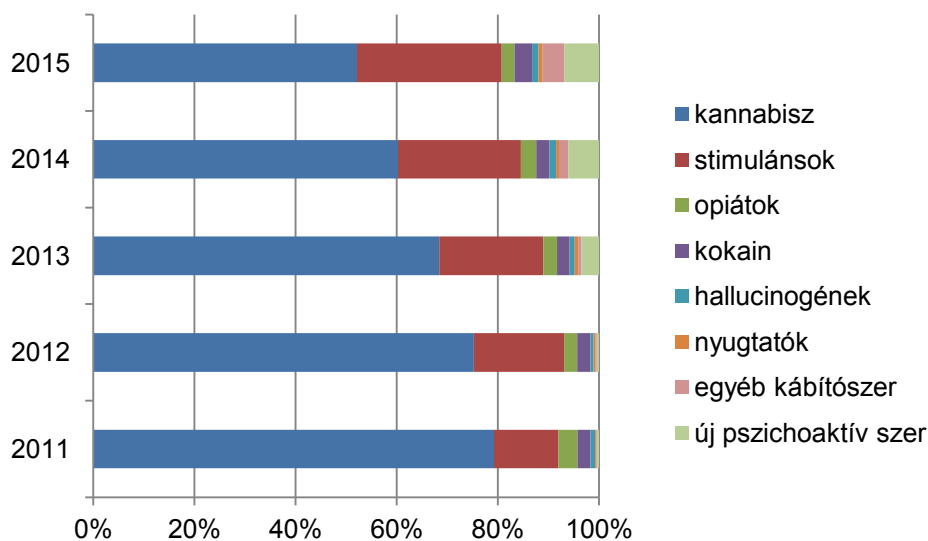
Forrás: ENYÜBS 2016, elemezte: NFP

Az elkövetői magatartások tekintetében 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 csekély mennyiségű kábítószerrel követték el, jelentős mennyiségű kábítószer a visszaélések mintegy 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: 2011-ben még az esetek 80%-át, 2015-ben már csak 50%-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 2015 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, 2015-ben már az ismertté vált bűncselekmények 28,6%-át tették ki az ezekkel a szerekkel elkövetett bűncselekmények (2011: 12,7%, 2014: 20,5%). Az ecstasy-val elkövetett visszaélések aránya a 2010 és 2012 között jellemző csökkenő tendencia után 2013-tól kezdődően ismét enyhén emelkedni látszik.

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 egyre növekvő hányadát teszik ki a kábítószer-bűncselekményeknek (2013: 3,5%, 2015: 6,8%).

54. ábra. A kábítószer-bűncselekmények⁸⁷ megoszlása szerítípus szerint 2011-2015 között



Forrás: ENYÜBS 2016, 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 2015-ös évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1. és a T2. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

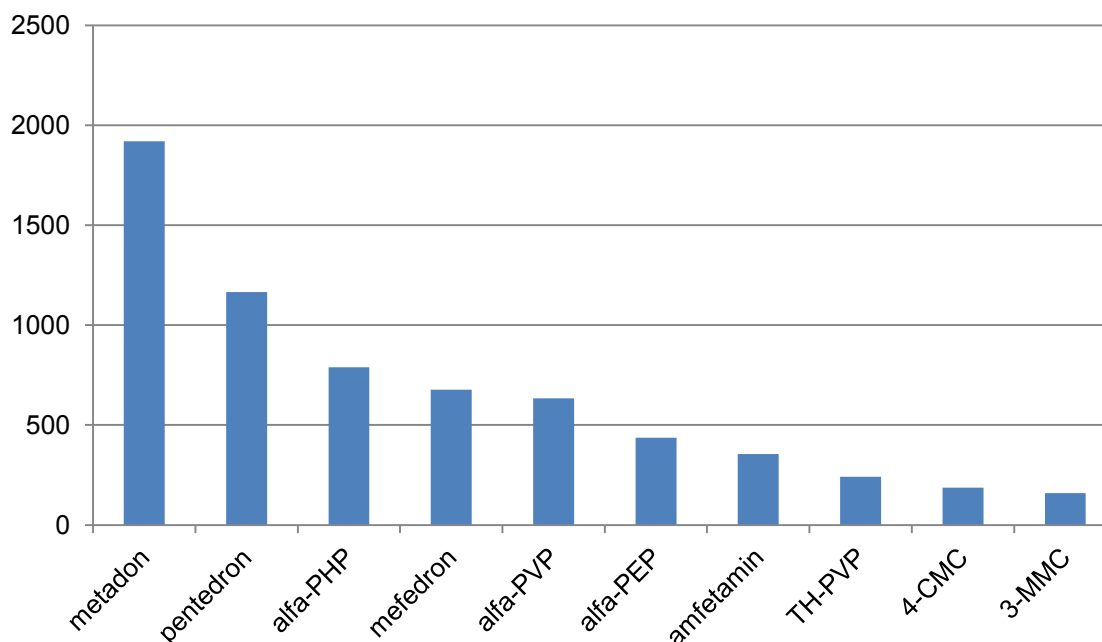
Drogszemét vizsgálata

2015 januárjában a Magyar Ökumenikus Segélyszervezet partnerszervezetekkel együttműködve indított útjára egy EU-s finanszírozású ISEC modellprogramot: „Tisztább kép” Együttműködési program az új szintetikus drogok feltérképezéséért címmel, amely során a használt injekciós eszközökön található anyagok kerültek azonosításra (Péterfi 2016, módszertant lásd T.6.2).

A metadon volt a leggyakrabban azonosított hatóanyag: a 2598 mintából 1919-ben (73,9%) volt kimutatható a jelenléte (korlátokat lásd: T6.2). A tíz leggyakoribb hatóanyag közül 8 a szintetikus katinonok családjába tartozó vegyület volt. A klasszikus kábítószerek közül a metadon mellett egyedül az amfetamin került be az első tízbe.

⁸⁷ A prekursorokkal elkövetett, és azon esetek nélkül ahol az elkövetés tárgyaként szerítípus nem került rögzítésre. A szerítípusok az EMCDDA 2014-es, kábítószer-bűnözésre vonatkozó adatgyűjtési protokollja szerint kerültek besorolásra, új pszichoaktív anyagnak az ENSZ kábítószer jegyzékein nem szereplő anyagok minősültek.

55. ábra. A leggyakrabban kimutatott klasszikus kábítószeres és új pszichoaktív szerek a 2015. március és december között gyűjtött mintákban (azonosítások száma; N=2598)



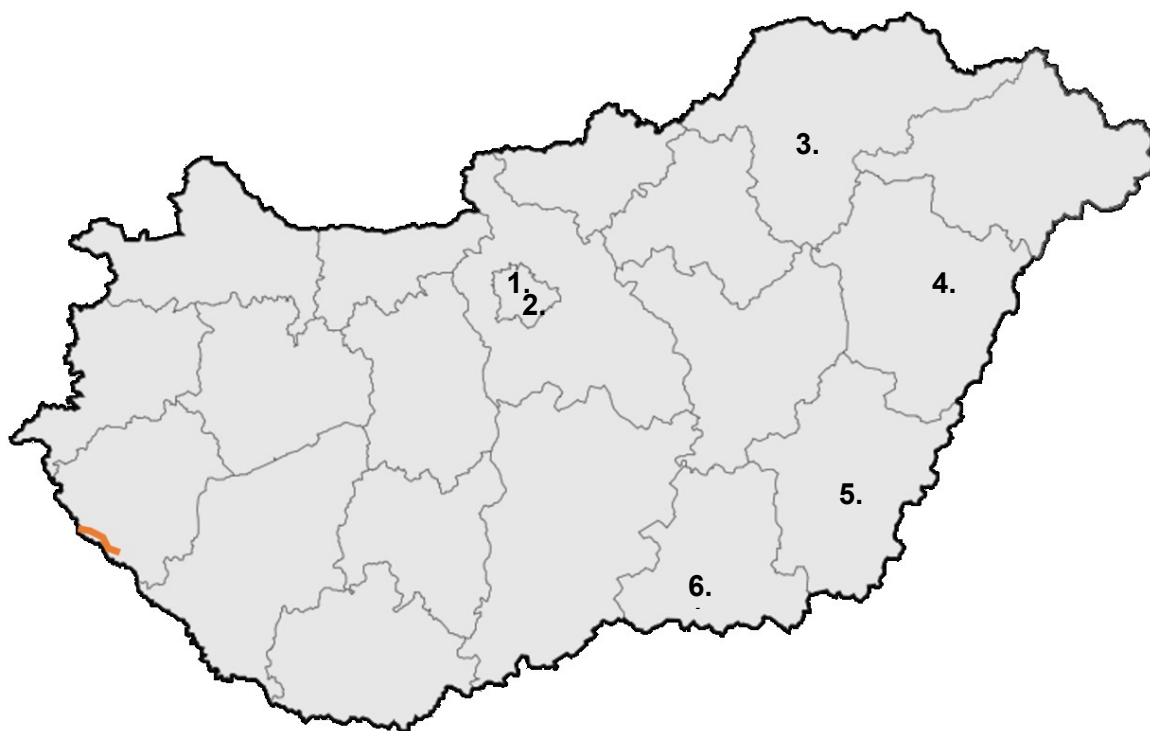
Forrás: Péterfi 2016

A kimutatások gyakoriságának vizsgálata szerint az egyes hónapokban a leggyakoribb hatóanyagok esetében látható, hogy míg bizonyos anyagok injektálása stabilan detektálható, addig mások – néhány hónap dominanciát követően – lecserélődnek újabb anyagokra. A metadon volt a leggyakrabban kimutatott hatóanyag minden egyes hónapban. A pentedront tartalmazó minták gyakorisága viszonylag stabil volt a vizsgált 10 hónap során. Az α -PHP nagy számban volt azonosítható 2015. június és szeptember között, azonban szeptembert követően elvesztette második helyét a rangsorban. Az α -PHP mellett az α -PEP és a mefedron is jóval gyakoribb volt az első hónapokban, majd 2015 júniusát követően kevésbé volt jellemző jelenlétük a vizsgált mintákban. Ezzel szemben az α -PVP és TH-PVP 2015 augusztusát követően vált jellemzőbbé.

Ahogy az a következő táblázatból kiolvasható, földrajzi különbségek tapasztalhatók a fecskendők tartalmát illetően. A metadon volt a leggyakrabban kimutatott főkomponens három helyszínen és további kettőnél szerepel az első öt leggyakoribb főkomponens között. Az α -PHP és a pentedron a hat vizsgált helyszínből csak három-három helyszínen szerepelt a leggyakoribb főkomponensek között. A mefedron (4-MMC) nem található meg a leggyakoribb főkomponensek között Budapesten, azonban Szegeden és Miskolcon nagy arányban volt azonosítható. Az amfetamin két helyszínen jelent meg az első öt főkomponens között (Budapest 7. kerületében és Debrecenben), míg a heroin mindössze egy helyszínen (Békéscsaba/Gyula). (a módszertani korlátokat lásd T.6.2.)

29. táblázat. Földrajzi különbségek – az öt leggyakrabban azonosított főkomponens az egyes helyszíneken (az összes helyszínen gyűjtött vizsgálati minta alapján, ahol a főkomponens meghatározásra került)⁸⁸ a 2015 április és december között gyűjtött mintákban

⁸⁸ Pécs nem szerepel az elemzésben az alacsony mintaszám miatt.



| 1. Budapest VII. kerület (tűcsere) (N=826) | 2. Budapest XXIII. (opiát helyettesítő kezelés/drogambulancia) kerület ⁸⁹ (N=97) | 3. Miskolc (tűcsere/ opiát helyettesítő kezelés/drogambulancia) (N=553) | 4. Debrecen (tűcsere) (N=145) | 5. Békéscsaba/Gyula (tűcsere) (N=57) | 6. Szeged tűcsere/ opiát helyettesítő kezelés/drogambulancia) (N=661) |
|--|---|---|-------------------------------|--------------------------------------|---|
| pentedron 45% | metadon 88,7% | metadon 41% | amfetamin 17% | α-PHP 30% | metadon 49% |
| α-PHP 21% | α-PHP 4,1% | buprenorfin 11% | α-PEP 16% | metadon 25% | 4-MMC 38% |
| metadon 12% | koffein 2,1% | 4-MMC 9% | koffein 16% | heroin 14% | pentedron 3% |
| α-PVP 4% | | etilfenidáte 8% | 4-MeO PV9 10% | alprazolam 7% | 3-MMC 2% |
| amfetamin 3% | | pentedron 8% | ADB-FUBINACA 8% | TH-PVP 7% | 2-MMC 1% |

Forrás: Péterfi 2016

T5. KIEGÉSZÍTŐ ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs információ.

T6. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

⁸⁹ Csak az első 3 anyagot tüntettük föl, mivel a többi hatóanyag előfordulása rendkívül alacsony volt ezen a helyszínen.

T6.1 FORRÁSOK

BSZKI (2016): A BSZKI lefoglalási adatai 2009 és 2015 között.

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

ENYÜBS (2016): A Belügyminisztérium Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos, 2015. évre vonatkozó adatai.

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

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

Péterfi, A. (2016): „Tisztább kép” - Együttműködési program az új szintetikus drogok feltérképezéséért. Időközi beszámoló az első 10 hónap eredményeiből (2015. március – december) . Budapest. Magyar Ökumenikus Segélyszervezet. kézirat. http://www.segelyszervezet.hu/sites/default/files/documents/isec_idokozi_beszamolo_hu_pet_erfi_05_0.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. (2016): A kábítószer utcai árának alakulása 2015-ben. Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőíves adatgyűjtés.

T6.2 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 lépcsőben lebonyolítható legyen.

Az azonosított oldalakat a következő szempontok szerint vizsgálták: árusított szerek, rendelés módja, árak kis (5 g), közepes (100 g) és nagy mennyiség (1000 g fölött) rendelése esetén, marketing, figyelmeztetések és jogi információk elérhetősége, használati utasítás és hatásokra vonatkozó leírás, üzemeltetők elérhetősége, oldal nyelve, az árusított szerek származási helye.

Kábítószeres utcai árai (Varga 2016): A kábítószeres utcai árakat felmérő kérdőívek felvétele önkéntes módszerrel történt 2016-ban, 7 nagyváros 7 drogambulanciájának részvételével. Minden szervezet 20, a kezelésbe lépés előtt 2015-ben kábítószerrel használó klienssel töltötte ki a kérdőívet, így a teljes minta 140 fő volt. A kliensek csak annak a kábítószernek adták meg az árát, amelyből ők személyesen vásároltak a tárgyévben. A kérdőívben azt az árát kellett megadni kábítószerként a válaszadóknak, amennyiért utoljára vásárolták az adott szert. Az egyes szertípusok legalacsonyabb, legmagasabb, leggyakoribb és átlagos árai az utolsó vásárlás árértékeiből 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” - Együttműködési program az új szintetikus drogok feltérképezéséért (Péterfi 2016): A program során az intravénás droghasználók által közterületen hátrahagyott illetve a tűcsere szolgáltatókhoz bevitt droghulladék összegyűjtésére került, majd havi gyakorisággal a Debreceni Egyetem Toxikológiai Laboratóriuma az odaszállított droghulladékban fellelhető anyagokat bevizsgálta, elemezte. A drogszemét begyűjtésére a projekt első első 10 hónapjában hét ártalomcsökkentő programban és azok környezetében került sor: MÖSZ Debreceni Szociális és Fejlesztő Központ (Debrecen, tűcsere); MÖSZ Soroksári Addiktológiai Centrum (Budapest; opiát-helyettesítő program/ drogambulancia); Art Éra Alapítvány (Budapest; tűcsere); Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum (Szeged);

túcsere/ opiát-helyettesítő program/ drogambulancia); Mi-Értünk Prevenció és Segítő Egyesület, (Békéscsaba/Gyula; túcsere); Drogambulancia Alapítvány (Miskolc; túcsere/ opiát-helyettesítő program/ drogambulancia); INDÍT Közalapítvány (Pécs; túcsere/ opiát-helyettesítő program/ drogambulancia, csak decemberben csatlakozott) Kiemelendő, hogy a partner szervezetek közül négy nyújt opiát helyettesítő kezelést, így ez befolyásolhatja a fecskendőkből talált hatóanyagokat (lásd területi bontás).

Összesen a 10 hónap alatt 18 066 tárgy begyűjtésére és laboratóriumba szállítására került sor toxikológiai vizsgálat céljából. 2718 vizsgálat zajlott le, melyekből 2598 volt eredményes. Mivel a vizsgálatok dokumentációja változott az első hónapot követően, az eredmények egy része csak a további 9 hónapra korlátozódik (2015. április – december) Ebben a 9 hónapban összesen 2339 eredményes vizsgálat történt.

A kutatás része volt egy kérdőíves vizsgálat, melynek célja az volt, hogy a toxikológiai vizsgálatra injektáló eszközöket leadó szerhasználóktól adatokat gyűjtsenek be. A kérdőív egy önkitöltős anonim kérdőív, melyben a szerhasználó szocio-demográfiai jellemzői mellett a szerhasználatára és a leadott mintákra vonatkozó kérdések szerepeltek. A kérdőívek felvételére a résztvevő ártalomcsökkentő szolgáltatásokban került sor. (adatokat lásd Kábítószeres/ Stimulánsok/ T.4.1)

KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA A BÖRTÖNBEN⁹⁰

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 keretén 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 tekinthetők. 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.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 INTÉZMÉNYI HÁTTÉR

⁹⁰ A fejezet szerzője: Port Ágnes.

Magyarországon 2015-ben 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 fogvatartására 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 2015. december 31-én 17.449 fő volt, ebből 16199 fő volt férfi (92,8%) és 1250 fő (7,2%) volt nő. A fogvatartottak között a fiatalok aránya 2,0% volt (352 fő). A magyar börtönökben jelentős a túltelítettség: 2015-ben a bv. intézetek átlagos telítettsége 135%-os volt. Ugyanakkor az év folyamán átadott több mint 500 új férőhely eredményeként az év végére az átlagtelítettség 127%-ra csökkent az előző év végi 140%-ról. (BVOP 2016a) A túltelítettség súlyosbítja a börtönbeli kábítószer-problémát.

A kábítószer-bűncselekmények⁹¹ miatt elítélt fogvatartottak teljes fogvatartotti populációhoz viszonyított aránya 5,4% volt 2015-ben.

T1.2 KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT ÉS AHHOZ KÖTHETŐ PROBLÉMÁK A FOGVARTOTTAK 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 stimulánsok⁹² 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 gyógyszert, melynek elhagyása befolyásolná viselkedését. Valamilyen hallucinogén szert⁹³ 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 magas volt a 25 év alattiak aránya a kannabiszhasználók (30,1%) és a designer drogot (33,8%) fogyasztók körében.

Saját droghasználatát politoxikománnak ítélte⁹⁴ 4 fogvatartott (0,3%), és 65 fogvatartott (5,9%) mondta azt, hogy van a kábítószer-használatról különböző viselkedési függősége

⁹¹ Kábítószer birtoklása, Kábítószer készítésének elősegítése, Kábítószer-kereskedelem, Kábítószer-prekurzorral visszaélés, Kóros szenvedélykeltés, Új pszichoaktív anyaggal visszaélés, Visszaélés kábítószer előállításához használt anyaggal, Visszaélés kábítószerrel

⁹² A stimulánsok közé a következő szereket sorolták a vizsgálat során: kokain, amfetamin-származékok, amfetamin (speed), metamfetamin (ice), MDMA (ecstasy)

⁹³ Meszkalin, pszilocibin, LSD

⁹⁴ Saját bevallása szerint jellemzően többféle szert fogyasztott.

(internet, szerencsejáték stb.). Azok közül, akik fogyasztottak életük során kábítószer, 9,5%, azok közül, akik saját bevallásuk szerint nem használtak soha kábítószer, 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 kábítószerfüggőnek⁹⁵ 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 kábítószer. A fogvatartottak számáról, valamint a valaha kábítószer fogyasztók számáról is jelteni tudó 16 intézetben átlagosan 38% (3148 fő) volt azoknak az aránya, akik saját bevallásuk szerint fogyasztottak már valaha kábítószer. A fogvatartottak közül a befogadás során összesen 219 fő vallotta azt, hogy fogyasztott már intravénásan kábítószer, ami az erről információt adó 13 bv. intézetben a fogvatartottak átlagosan 4%-át tette ki.

Hazánkban a teljes fogvatartotti populáció körében végzett, a fogvatartottak kábítószerhasználatra 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 drogot⁹⁶. 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 kint 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.⁹⁷ A mintába került fogvatartottak 49,7%-a saját bevallása szerint fogyasztott már életében valaha valamilyen kábítószer/ új pszichoaktív szert. 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 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

⁹⁵ A kábítószer-függőség fogalma a bekerülési adatlapon nincs külön definiálva, a fogvatartottak saját megítélésük szerint nyilatkoztak kábítószer-függőségükről.

⁹⁶ A kutatás során a tiltott drogok közé az alábbiakat sorolták: kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, heroin, egyéb opiát, LSD, mágius gomba, crack, GHB, bármilyen drog intravénásan, herbál drogok, rush, angyalpor, l-por (ketamin)

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 kitölteni az anonim kérdőívet, illetve akik már hepatitisz C vírussal voltak fertőzöttek és részt kívántak venni a vizsgálatban.

stimulánsok fogyasztása miatt váltak addiktív szerhasználókká, mint akik opiátfogyasztás következtében.

Kábítószer-használat a börtönben

A BVOP adatai szerint 2015 folyamán kábítószergyanús anyag lefoglalására 252 esetben került sor. A kábítószergyanús anyagok jellemzően postai küldeményben érkeztek be az intézetekbe, papírba, szövetbe, vagy más anyagba áztatva, játékban, élelmiszerben, tubusos fogkrémekben, dohányban elrejtve, továbbá kávéba vagy krémbe keverve. A tiltott anyagokat az esetek 73%-ában (185 eset) a fogvatartottakhoz való eljuttatást megelőzően találták meg, ugyanakkor komoly kihívást jelent az új pszichoaktív anyagok intézetbe való bejutásának megakadályozása, melyek felderítésére az intézetek nincsenek megfelelően felkészülve (pl. az alkalmazott kábítószer-kereső kutyák nincsenek kiképezve ilyen anyagok felismerésére).

A lefoglalt szerekre vonatkozóan nincs egységes jelentési kötelezettség, az intézetek beszámolóit (Port 2016) szerint a lefoglalások legnagyobb részét a marihuána, a vélhetően szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi törmelékek és dohány termékek, valamint visszaélészerűen használt pszichoaktív hatású gyógyszerek tették ki. Ismeretlen összetételű tabletták és por formájú anyagok lefoglalásáról 6-6 intézet számolt be.

A bv. intézeteken 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 szintén a fentebb említett szerekhez (marihuána, szintetikus kannabinoidok, Rivotril tabletták) volt köthető.

Injektáláshoz kapcsolódó eszközök lefoglalása, illetőleg intravénás szerhasználat felderítése a hazai bv. intézetekben nem jellemző, 2015-ben sem volt ilyen eset. (Port 2016)

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.⁹⁸

A TDI adatok alapján 2015-ben 95 fogvatartott kezdett kezelést (91 férfi, 4 nő) 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 28,5 év). A férfiak aránya jellemzően magas a

⁹⁸ 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 megkezdetteket. 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.

szerhasználók körében, a kezelést kezdő fogvatartottak esetében 96%, míg a nem fogvatartottak esetében 87% 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 (48%) rendelkezett legfeljebb általános iskolai végzettséggel, míg a fogvatartottak esetében ez az arány több mint 80% volt.

A szerhasználati mintázatot vizsgálva, a stimulánshasználat (elsősorban amfetamin), és az opiáthasználat (elsősorban heroin) nagyobb arányban jellemezte a falak között kezelést igénylőket, míg a kannabiszhasználat gyakoribb volt a nem fogvatartottak körében, mint a kezelést meghatározó elsődleges szerhasználati probléma.

Az intravénás szerhasználat tekintetében is a kezelést kezdő fogvatartott populáció mutatkozott érintettebbnek. A fogvatartottként kezelést kezdők 21,5%-a esetében az injektlás volt a jellemző szerhasználati forma, és 30% számolt be arról, hogy életében valaha injektlált kábítószerrel. A nem fogvatartottak esetében 5,4%, illetve 12% százalék volt az elsődleges szerüket intravénásan fogyasztók, illetve a valaha injektlálók aránya.

30. táblázat. A 2015-ben kezelésbe lépő fogvatartott és nem fogvatartott kliensek főbb jellemzői (Nfogvatartott=95; Nnem-fogvatartott=4213)⁹⁹

| fogvatartottak | | nem fogvatartottak |
|----------------|--|--------------------|
| 31,1 év | átlagéletkor | 28,5 év |
| 96% | férfiak aránya | 87% |
| 84% | legfeljebb 8 általánost végzettek aránya | 48% |
| 38% | kannabiszhasználók aránya | 57% |
| 40% | stimulánshasználók aránya | 16% |
| 17% | opiáthasználók aránya | 3% |
| 22% | elsődleges szerüket injektlálók aránya | 5% |
| 30% | valaha injektlálók aránya | 12% |

Forrás: TDI adatgyűjtés 2016, 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 ki kérdőívet. Utóbbi válaszadók harmada (35,6%) fogyasztott már életében kábítószerrel, közülük 37,8% injektlált is legalább egyszer. Azok körében, akik már fogyasztottak kábítószerrel 9,4% volt a HCV prevalenciája; azok körében, akik injektláltak 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 kábítószerrel, a vizsgálati mintába kerültek 4,2%-a a börtönön belül is injektlált már. A vizsgált

⁹⁹ Az arányok kiszámítása az adott változóra „nem ismert” választ adók kizárásával történt.

személyek körében a HCV prevalencia értéke 8,2% volt. A valaha intravénásan kábítószer használók körében 24,8%-os HCV prevalenciát mért a vizsgálat.¹⁰⁰

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.

T1.3 A KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ADOTT VÁLASZOK A BÖRTÖNBEN

T1.3.1 Stratégia

A 2013-2020 közötti időszakra szóló Nemzeti Drogellenes Stratégia (lásd még: Kábítószerpolitika fejezet T1.1 alfejezet) két helyen nevesíti a büntetés-végrehajtás intézményeit: a prevenció-, valamint a kezelés-ellátás pilléreknél. A prevencióval foglalkozó fejezet önálló színtérként nevezi meg a büntető-igazságszolgáltatás intézményeit, és feladatként írja elő számukra a fogvatartottak társadalmi beilleszkedésének elősegítését, a bv. intézetekben a drogprevenció 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

¹⁰⁰ Az adatok interpretálásánál fontos figyelembe venni, hogy a mintába azok az elítéltek kerültek (852 fő), akik részt vettek a szűrésen és egyben hajlandók voltak részt venni a vizsgálatban is, és kitöltötték az anonim kérdőívet, illetve akik már hepatitisz C fertőzöttek voltak és részt kívántak venni a vizsgálatban.

a 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 szorosán együttműködik.

A medikális modell mellett nagy szerepet kap a biztonsági modell¹⁰¹ 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 prevenció programok felügyelete, a szakemberek kábítószer képzésével, továbbképzésével összefüggő irányelvek kidolgozása, a tervezett intézkedésekhez módszertani útmutatók kidolgozása, pályázatok előkészítése, a működtetéshez források felkutatása. Az elmúlt években a Bizottság nem volt aktív, 2014 és 2015 folyamán nem ülésezett.

Eltereltek a büntetés-végrehajtás intézményein belül

A magyar jogrendszer lehetőséget biztosít rá, hogy a bekerülésük előtt visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető fogvatartottak 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 formájának¹⁰² 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 az NRSZH által meghatározott, területi ellátási kötelezettséggel bíró (külső) szolgáltató útján kell biztosítani, a bv. intézet és a szolgáltató között kötött együttműködési szerződés szerint.

2015-ben a BVOP adatai szerint kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben 113 fő, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban 145 fő, megelőző-felvilágosító szolgáltatásban 333 fő vett részt.¹⁰³ Problémát jelent, hogy az előzetes letartóztatás alatt nagyon nehéz

¹⁰¹ E szerint a börtönben található kábítószeres és paraferáliák 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.

¹⁰² Elterelés keretében 3 féle ellátás vehető igénybe: megelőző-felvilágosító szolgáltatás; kábítószer-függőséget gyógyító kezelés; kábítószer-használatot kezelő más ellátás.

¹⁰³ 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.

megszervezni az elterelést, mert a fogvatartottak fluktuációja, és intézetek közti szállítása nagymértékű. Ezért sok elterelés marad félbe, illetve zajlik párhuzamosan. Az elterelések túlnyomó többsége Budapesten történik, azaz az elterelés intézménye a büntetés-végrehajtáson belül centralizált. (A bv. intézetekben kábítószer-használattal összefüggésben kezelést kezdők TDI rendszerbe jelentett adatai a T1.2.2 alfejezetben olvashatók).

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

Befogadási eljárás

A 2015 januárjától hatályos új bv. tv.¹⁰⁴ 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 kockázatelemzés 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.¹⁰⁵ A nyilatkozat valóságtartalmának ellenőrzésére nincs mód. Egyéb addikció súlyossági vagy más hasonló sztenderdizált kábítószer-érintettség 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 ügynevezett prevenciók körletek, részlegek kialakítását a bv. intézetekben az önként jelentkező¹⁰⁶ fogvatartottak számára. Jelenleg a drogprevenciók részlegek működésének szabályait a 2013. évi CCXL. törvény a büntetés-végrehajtásról (bv. tv.), a 16/2014 (XII.19.) IM Rendelet a szabadságvesztés, a szabálysértési elzárás, az előzetes letartóztatás és a rendbíróság helyébe lépő elzárás végrehajtásának részletes szabályairól, valamint a 7/2015.(I.20.) OP szakutasítás a drogprevenciók részlegek működéséről határozza meg részleteiben. A drogprevenciók részlegesen 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 részlegesen történő elhelyezésre elsősorban azon fogvatartottak kérelmét lehet engedélyezni,

- akiket kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény miatt ítéltek el;
- akikről 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.

nyilvántartásában rögzített adatok nem duplikációsúrtak: 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.

¹⁰⁴ 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról

¹⁰⁵ 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.

¹⁰⁶ A jelentkezésnek nem feltétele a korábbi szerhasználat.

Amennyiben a fogvatartott felvételi kérelmét az adott intézetben férőhely hiány miatt utasítják el, lehetősége van más intézet drogprevenciós részlegébe történő felvételét kérni.

A prevenciós részlegen 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 részlegen elhelyezett fogvatartottak reintegrációs tevékenységét komplex terápiás program keretében kell megvalósítani. Részükre a reintegrációs tiszt heti foglalkoztatási programot készít, amely tartalmazza a prevenciós programokat is. A részlegen elhelyezett fogvatartottak magatartását, aktivitását, érdeklődését, együttműködési készségét, kapcsolattartását és egyéb lényeges eseményeket a reintegrációs tiszt legalább hathavonta értékeli. A prevenciós körletek által nyújtott szolgáltatások és programok túlnyomórészt pszichológiai/pszichoterápiás csoportfoglalkozások, és egyéni konzultáció formájában zajlanak. A bv. intézetekben megvalósításra kerülő drogprevenciós programok, és nem szűk értelemben vett medikális szolgáltatások jelentős részét külső civil szervezetek közreműködésével, pályázati finanszírozás útján biztosítja a bv.

2015-ben 20 bv. intézetben működött drogprevenciós körlet, összesen 378 férőhellyel. Az itt elhelyezett fogvatartottak száma változó, 2015. december 31-én az intézetek összesítése szerint 204 fő volt.

A BVOP és az NFP közös kutatásából (Port 2016) származó adatok¹⁰⁷ szerint a drogprevenciós körleten nyújtott programok, szolgáltatások az intézetek többségében (18-ból 14 esetben) vegyesen, külső szolgáltató bevonásával és az intézet munkatársainak közreműködésével valósultak meg 2015-ben, 3 intézetben külső szolgáltató biztosította azokat, 1 intézet pedig kizárólag a saját munkatársaira támaszkodott.

A drogprevenciós 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 prevenciós 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 prevenciós körleteken biztosított, illetve az attól függetlenül, valamennyi fogvatartott számára nyitott drogprevenciós 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.

¹⁰⁷ 18 intézet adatai alapján.

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 gyógyító kezelés (2 intézet) keretében, külső szolgáltatók bevonásával valósították meg. Több intézetben nem váltak szét élesen a kezelési és prevenció programok, vagyis a kezelést is a prevenció körlet/csoport keretében biztosították. A kezelési programok, a prevenció 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 kezeléstípusok¹⁰⁸ 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. intézetekben¹⁰⁹. A HCV kampány szűrővizsgálatok egy előzetes féléves felvilágosító előadással kezdődnek, amely után a fogvatartottak önkéntes módon vehetik igénybe a szűrővizsgálatot. A vérminták vizsgálatára a Szent László Kórházban kerül sor.

A bv. intézetek körében végzett kérdőíves vizsgálat (Port 2016) adatai szerint 2015 során HCV/ HBV/ HIV/ TBC fertőzéssel kapcsolatos felvilágosító/tájékoztató célú előadást 11 bv. intézetben tartottak, az előadásokkal mintegy 4100 főt (az átlag fogvatartotti létszám 23%-a) sikerült elérni. Fertőző megbetegedésekkel kapcsolatos egyéni tanácsadás és felvilágosítás 6 intézetben összesen 518 esetben volt, további 2 intézetben minden befogadás alkalmával

¹⁰⁸ 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

¹⁰⁹ 2013-ban a program forráshiány következtében szünetelt.

sor került rá. Írásos tájékoztató anyagot 7 intézetben, 1051 fő kapott az év folyamán, további 2 intézet minden befogadáskor adott a témával kapcsolatos tájékoztató anyagot.

2015 folyamán HCV szűrésen összesen 2419 fogvatartott vett részt, az átlag fogvatartotti létszám 13,6%-a. Közülük 190 fő (7,9%, a teljes fogvatartotti létszám 1,1%-a) bizonyult HCV ellenanyag pozitívnak, ebből 96 fő egyidejűleg fertőzőképes hepatitis C vírus hordozó is volt. Hepatitis B szűrés 594 esetben (a fogvatartotti létszám 3,3%-a) történt, 2 HBV+ fogvatartott kiszűrésére került sor. HIV szűrés 750 esetben (a fogvatartottak 4,2%-a) történt, 1 új eset került kiszűrésre.

A büntetés-végrehajtás intézményein belül TBC szűrés is elérhető. A 18/1998. NM rendelet módosítása értelmében 2013-tól minden újonnan bekerülő fogvatartottnak kötelező részt venni tüdőszűrésen a befogadását követően. 2015 folyamán TBC gyanúval összesen 70 fő került kiszűrésre, a kiszűrt esetek között 3 aktív TBC-s beteg volt. TBC elleni kezelésben 13 fogvatartott részesült az év folyamán.

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. 2015-ben 20 HIV-fertőzött fogvatartott részesült antiretrovirális kezelésben, 137 HCV-fertőzött és 3 HBV-fertőzött fogvatartott pedig antivirális kezelésben. (A HCV fertőzöttek közül 50 fő nem vállalta a kezelést, 9 fő egészségügyi okokból nem került kezelésbe, 18 fő pedig szabadulása miatt abbahagyta a kezelést.)

A fogvatartottak hepatitis C megbetegedéssel kapcsolatos kezelését a bv. intézetekben található egészségügyi szolgálatok látják el a területi hepatológiai centrummal együttműködve. Amennyiben arra szükség van, a fogvatartottat kiszállítják a helyi hepatológiai centrum szakrendelésére. A HIV-fertőzött egyének számára felajánlják, hogy büntetésüket a Tököli Országos Büntetés-végrehajtási Intézetben, a HIV-fertőzöttek számára kialakított elkülönített körleten töltsék le. Az itt elhelyezett fogvatartottak létszáma változó, 2015 márciusában 17 fő volt. A speciális körleten található orvosi rendelő is, ahol meghatározott időközönként a Szent László Kórház szakorvosa látja el a HIV-fertőzött fogvatartottakat. A kiszűrt új, aktív TBC-s betegeket a Büntetés-végrehajtás Központi Kórházának Tüdőosztályán különítik el és kezelik.

Ártalomcsökkentés, a szabadulás utáni túladagolás megelőzése

A BVOP és az Nemzeti Drog Fókuszpont 2016-os kérdőíves felmérésének (Port 2016) keretében 3 intézet¹¹⁰ számolt be arról, hogy biztosítottak a szabadulás utáni túladagolás 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. Túladagolás megelőzésével kapcsolatos egyéni tanácsadás szintén 3 intézetben volt elérhető¹¹¹, 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

¹¹⁰ A 30 intézet közül 25 intézet válaszolt nemmel, 2 intézet esetében pedig nem állt rendelkezésre információ.

¹¹¹ A 30 intézet közül 24 intézet válaszolt nemmel, 3 intézet esetében pedig nem állt rendelkezésre információ.

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 kimondottan kábítószer-fogyasztó fogvatartottak számára szól, 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 Váltósáv Alapítvány¹¹² és a Tévelygőkért Alapítvány¹¹³, mint a legjelentősebb fogvatartottak reszocializációjával, reintegrációjával foglalkozó civil szervezetek hazánkban. A Váltósáv 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 Váltósáv 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 szegény-mentes kommunikációs gyakorlat meghonosítása. A szervezet börtönviselték számára szóló reintegrációs programja a B-Terv, amely a bv. rendszerből frissen szabadult, hátrányos helyzetű, családjukhoz visszatérni nem tudók

¹¹² <http://www.valtosav.hu/>

¹¹³ <http://www.tevelygokertalapitvany.info/>

számára olyan lakóközösséget hoz létre, amelyben a szeretetteli, előítéletektől mentes, asszertív kommunikáció gyakorolható. A B-Terv program keretében a volt elítélt 3-9 hónapig él az őt befogadó lakóközösségben, ezt követően pedig lehetősége van a saját munkahelye mellett az Alapítvány egyes projektjeiben munkatársként részt venni.

T1.3.4 Opiát helyettesítő kezelés a bv. intézetekben

A fogvatartottak metadon kezeléséről a BVOP 38/2015. (V.20.) OP szakutasítása rendelkezik. Ennek értelmében a metadon kezelést, mint az opiát-függőség egyik lehetséges terápiáját a bv. intézetnek biztosítani kell, ha a fogvatartott befogadásakor a korábban őt gondozó drogambulancia metadon kezelés folytatására szóló javaslatával jelentkezik, vagy azt az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet szakorvosa javasolja, és ehhez a fogvatartott írásos beleegyezését adja. A kezelést az e tárgyban kiadott módszertani levélben meghatározottak szerint a metadon beszerzésére, tárolására és alkalmazására kijelölt terápiás helyeken kell elvégezteni, 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.

2015-ben a BVOP és a Drog Fókuszpont felmérése (Port 2016) szerint egy fogvatartott sem részesült opiát-helyettesítő kezelésben. 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. 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 2015-ös 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 prevenciók 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

Nincs információ.

T5. KIEGÉSZÍTŐ ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs információ.

T6 FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T6.1 FORRÁSOK

BVOP (2016a): A BVOP 2015-re vonatkozó összesített adatai.

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

BVOP (2016c): BVOP Évkönyv 2015.

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. (2016): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben 2016 júniusában végzett kérdőíves felmérés eredményei.

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 2016.

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.

T6.2 MÓDSZERTAN

BVOP (2016b): 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 2016): 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 2016: lásd Kezelés fejezet T6.2 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 megkérdezettet biztosító felülreprezentálással – egyharmados mintát vettek a kutatás során. A megyei letöltőházak esetében a mintavétel két lépcsőben történt: régióként egy-egy, szakértői mintavétellel kiválasztott helyszínen, a régiókban fogvatartottak létszámával arányos véletlen minta került kiválasztásra. A teljes minta 652 fő volt, a nemenként arányos országos végső minta nagysága 503 fő volt. A szocio-demográfiai háttérrel, drogfogyasztáson kívüli szokásokkal, illetve a kérdezett jelenlegi objektív büntetés-végrehajtási státusára, és előéletére vonatkozó kérdéseket tartalmazó ún. „A” kérdőív face to face technikával került felvételre. A börtönbe kerülés előtti és a fogvatartás alatti drogfogyasztással kapcsolatos célváltozók, illetve néhány viselkedési addikcióval foglalkozó kérdéssor felvétele önkitöltős technika felajánlásával történt. Az önkitöltős blokkot a kérdezettek közel háromnegyede (71,6%) alapvetően önállóan töltötte ki. A kérdezettek 28,4%-a esetében azonban az önkitöltős részek is face to face technikával kerültek felvételre. Az adatfelvétel 2008. október 14. és december 12. között történt.

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 ajánlásai¹¹⁴ 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.

¹¹⁴ 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

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 (2016): A BSZKI lefoglalási adatai 2009 és 2015 között.

BVOP (2016a): A BVOP 2015-re vonatkozó összesített adatai.

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

BVOP (2016c): BVOP Évkönyv 2015.

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

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

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. Publikálás alatt.

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

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

EMCDDA (2010): 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) (2015a): Az EMMI Szociális és Gyermejköltségi Szolgáltatások Főosztályának beszámolója

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

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

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

- ENYÜBS (2016): A Belügyminisztérium Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészeti Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos, 2015. évre vonatkozó adatai.
- Farkas, J. (2011): Hungary. EMCDDA Trendspotter találkozók, 2011. október 18-19., Lisszabon.
- FM (Földművelésügyi Minisztérium) (2016): A Földművelésügyi Minisztérium beszámolója.
- 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 félidős 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.)
- 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., 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.
- Magyar Honvédség (2016): Beszámoló a kábítószerügyi Éves jelentéshez.
- NEFI (Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet) (2016): A NEFI kábítószerhez kapcsolódó tevékenységei
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2010): Éves Jelentés 2010
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2012): Éves Jelentés 2012
- NFP (2015): Tűcsere szolgáltatók országos szakmai találkozója. Nemzeti Drog Fókuszpont.
- NFP (2016): Tűcsere szolgáltatók országos találkozója. Nemzeti Drog Fókuszpont.
- NRSZH (Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal) (2016): Tájékoztató az EMCDDA számára készülő, 2016. Évi Jelentés elkészítéséhez
- Nyíri, N. (2016): Új pszichoaktív szerek, a szintetikus kannabinoidok (biofű/herbál) fogyasztásának vizsgálata. Fogyasztók tapasztalatainak felmérése. Budapest, Kézirat
- OAC (2016a): TDI adatgyűjtés halálozási modul: Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozási adatok 2014.
- Oberth J., Bíró Zs., Mándi B. (2016): Beszámoló a Józan Babák Klub 2015. évi várandósgondozási tevékenységéről
- OBH (Országos Bírósági Hivatal) (2016): Statisztikai Elemző Osztály adatai 2015.
- ORFK (2015): A Rendőrség 2014. évi tevékenységéről szóló beszámolója.

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., Felvinczi K., Demetrovics Zs. (2016a): The prevalence of new psychoactive substances in Hungary – based on a general population survey dealing with addiction related problems (OLAAP 2015). IV. International Conference on Novel Psychoactive Substances (NPS). Budapest, 30-31 May

Paksi, B., Magi, A., Demetrovics, Zs. (2016b): Szendélymagatartásokra irányuló prevenciók beavatkozások országos katasztere, Budapest, Kézirat

Péterfi, A., Port, Á (2011): Online kereskedelem Magyarországon. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

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

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

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

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

Péterfi, A. (2016): „Tisztább kép” - Együttműködési program az új szintetikus drogok feltérképezéséért. Időközi beszámoló az első 10 hónap eredményeiből (2015. március – december) . Budapest. Magyar Ökumenikus Segélyszervezet. kézirat. http://www.segelyszervezet.hu/sites/default/files/documents/isec_idokozi_beszamolo_hu_pet_erfi_05_0.pdf

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

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

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

Port, Á. (2016): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben 2016 júniusában végzett kérdőíves felmérés eredményei.

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

Rendőrség (2016): A Rendőrség 2015. 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.

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

Tarján, A (2015a): Tűcserék az ellátórendszerben 2014-ben. Nemzeti Drog Fókuszpont.

Tarján, A. (2015b): Tűcsere programok adatai, 2014. 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.

TDI adatgyűjtés 2016.

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. (2016): A kábítószeres utcai árak alakulása 2015-ben. 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 szerhasználat gyakorisága az elterelt és a nem elterelt kliensek százalékában 2015-ben (N=2350 fő)..... | 28 |
| 6. ábra. A stimulánsok szerenkénti életprevalencia értékei a 18-64 éves, és a 18-34 éves populációban, 2015-ben..... | 33 |
| 7. ábra. A különböző hagyományos stimulánsok életprevalencia értékének változása 2001-2015 között a 18-53 éves* népességben..... | 33 |
| 8. ábra. A különböző stimulánsok életprevalencia értékeinek változása 1995-2015 között a 16 éves tanulók körében..... | 36 |
| 9. ábra. A tűcsere programban részt vevő kliensek elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009-2015 között..... | 39 |
| 10. ábra. A designer stimulánsokat injektálók megoszlása elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban 2015-ben (N=2392 fő)..... | 40 |
| 11. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók megoszlása az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2006-2015 között (%)..... | 40 |
| 12. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív stimuláns injektálók megoszlása (%) az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2011-2015..... | 41 |
| 13. ábra. Intravénás szerhasználók megoszlása a kezelésbe lépők körében az elsődlegesen injektált szer alapján 2007 és 2015 között (%)..... | 42 |
| 14. ábra. Intravénás szerhasználat gyakorisága a kezelésbe lépők körében 2015-ben (%)..... | 43 |
| 15. ábra. Az intravénás beviteli mód aránya a kezelést kezdő opiáthasználók esetében szertípusonként 2009 és 2015 között..... | 48 |
| 16. ábra. A közvetlenül a végső célcsoportra irányuló beavatkozások típusai (N=96)..... | 61 |
| 17. ábra. A közvetlenül végső célcsoportra irányuló beavatkozások által megcélzott speciális csoportok (%)..... | 61 |
| 18. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenció beavatkozásokban (N=53, %)..... | 62 |
| 19. ábra. A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenció beavatkozások által megcélzott szenvedélymagatartások (N=96)..... | 62 |
| 20. ábra. A kezelési igény elsődleges szer szerinti megoszlása (2015; %; N=4308)..... | 72 |
| 21. ábra. Eltereltek aránya a kezelést kezdők körében, kezelőhely típusa szerint (2015; N=4298)..... | 72 |
| 22. ábra. Kezelést kezdők szertípus szerinti megoszlása az eltereltek és a nem eltereltek körében (2015; N(elterelt)=2788; N(nem elterelt)=1510)..... | 73 |
| 23. ábra. Eltereltek és nem eltereltek aránya a kezelésbe lépők körében az elsődleges szer kategóriája szerint (2015; N(elterelt)=2788; N(nem elterelt)=1510)..... | 74 |
| 24. ábra. Az opiát helyettesítő kezelésben ellátottak megoszlása a helyettesítő szer és terápia célja szerint (2015; N=669)..... | 75 |
| 25. ábra. Trendek az életükben először kezelést kezdők körében szertípus szerint 2007-2015..... | 77 |
| 26. ábra. Trendek az összes kezelést kezdők körében szertípus szerint 2007-2015..... | 78 |

| | |
|--|-----|
| 27. ábra. Kezelési igények számának alakulása a jelentési kategóriáknak alapján, ill. a három „egyéb szerekre” utaló kategória összevontan 2007-2015 között | 79 |
| 28. ábra. Az opiát helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek számának alakulása 2004-2015 | 80 |
| 29. ábra. Kezelőhely típusa (N=28) | 81 |
| 30. ábra. Működési forma a kezelőhely típusa szerint (N=28) | 81 |
| 31. ábra. Működési forma a kezelőhely finanszírozása szerint (N=26) | 82 |
| 32. ábra. Az elterelés hozzáférhetősége (N=28)..... | 82 |
| 33. ábra. Egyéb az anyaintézmény által működtetett kezelőegységek/programok (N=28).... | 83 |
| 34. ábra. A kábítószer-használó kliensek elsődleges szer szerinti becsült megoszlása 2014-ben (25 kezelőegység válasza alapján) | 84 |
| 35. ábra. A kábítószer-használat miatt rehabilitációba kerülő kliensek elsődleges szer szerinti bontása, 2014-ben (% , N=555)..... | 85 |
| 36. ábra. Bekerülést kizáró tényezők a kapacitásra vetítve (% , N=286)..... | 86 |
| 37. ábra. A szervezetek által alkalmazott terápiás megközelítés (N=15) | 87 |
| 38. ábra. Reintegrációs programok (N=15)..... | 88 |
| 39. ábra. Egészségügyi szolgáltatások igénybevétele, 2014 (kezelőhelyek száma) | 89 |
| 40. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2015-ben | 97 |
| 41. 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 | 98 |
| 42. ábra. A tűcsere programok fecskendőforgalmi adatai, 2011-2015 között..... | 110 |
| 43. ábra. A tűcsereben részt vevő kliensek és kontaktok számának alakulása, 2011-2015 | 111 |
| 44. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2007-2015 között..... | 113 |
| 45. ábra. Ismertté vált kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények (N=6625) megoszlása szertípus szerint, 2015 | 124 |
| 46. ábra. Ismertté vált kábítószer-bűncselekmények megoszlása elkövetői magatartások és szertípusok szerint, 2015..... | 125 |
| 47. ábra. „Klasszikus” és „designer” szerek lefoglalásainak száma, 2009-2015 között | 129 |
| 48. ábra. Katinonszármazékok előfordulási gyakorisága (hatóanyag kimutatások aránya) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2012-2015 között..... | 130 |
| 49. ábra. Az intravénás szerhasználathoz köthető tárgyakról kimutatott hatóanyagok 2009-2015 között (%) | 131 |
| 50. ábra. Marihuána és szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok lefoglalásainak száma 2010-2015 között | 131 |
| 51. ábra. Szintetikus kannabinoid vegyületek előfordulási gyakorisága (%) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2013-2015 között..... | 132 |
| 52. ábra. Kábítószerek átlagos utcai árai forintban 2011-2015 között..... | 133 |
| 53. ábra. A regisztrált kábítószer-bűncselekmények száma Magyarországon 2011-2015 között | 134 |
| 54. ábra. A kábítószer-bűncselekmények megoszlása szertípus szerint 2011-2015 között | 135 |
| 55. ábra. A leggyakrabban kimutatott klasszikus kábítószerek és új pszichoaktív szerek a 2015. március és december között gyűjtött mintákban (azonosítások száma; N=2598) | 136 |

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)..... | 25 |
| 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 hagyományos stimulánsok használatának életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 18-64 éves népességben 2015-ben (%) (N=60 fő) . | 34 |
| 5. táblázat. A stimulánsok használatának életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 9-10. évfolyamon tanulók körében 2015-ben (%) (N=454 fő) | 36 |
| 6. táblázat. Utcai elnevezések a toxikológiai vizsgálat által igazolt főkomponens szerinti bontásban a „Tisztább kép” kérdőíves vizsgálata alapján (N=100) | 45 |
| 7. táblázat. A NEFI-hez az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlásáért benyújtott és támogatott kérelmek száma és téma szerinti megoszlása | 59 |
| 8. táblázat. táblázat. A NEFI-hez az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlásáért benyújtott, droghasználathoz kapcsolódó kérelmek eredmény szerinti megoszlása | 59 |
| 9. táblázat. Járóbeteg ellátók (kezelőegységek száma 2015-ben)..... | 68 |
| 10. táblázat. Járóbeteg ellátás (kezelést kezdő kliensek száma 2015-ben) | 69 |
| 11. táblázat. Fekvőbeteg ellátók (kezelőegységek száma) | 70 |
| 12. táblázat. Fekvőbeteg ellátás (kezelést kezdő kliensek száma) | 71 |
| 13. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2015-ben (fő)..... | 93 |
| 14. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek korcsoportok szerinti megoszlása 2014-ben (fő)..... | 94 |
| 15. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2015-ben..... | 95 |
| 16. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása 2011-2015 között (fő) | 95 |
| 17. táblázat. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége nem és korcsoport szerinti bontásban, 2015-ben | 97 |
| 18. 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 | 98 |
| 19. táblázat. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban Budapesten részt vevő intravénás szerhasználók megoszlása (N; %) szolgáltató szerinti bontásban, 2014-2015 .. | 100 |
| 20. táblázat. Kábítószer/ pszichotróp anyag/ új pszichoaktív szer jelenléte a közúti balesetekből származó vér és/vagy vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban, 2015-ben | 101 |
| 21. táblázat. A túcsere programok együttműködése egyéb - anyaintézményen kívüli - szolgáltatókkal (N) szolgáltatótípus szerinti bontásban, 2014-ben, válaszadók száma=29. | 103 |
| 22. táblázat. A parti szerviz szolgáltatók által osztott ártalomcsökkentő eszközök típusai (válaszadó szervezetek száma=23) | 105 |
| 23. táblázat. A túcsere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2015-ben | 106 |
| 24. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2009-2015 között (fő) | 112 |
| 25. táblázat. Kábítószerek utcai árai forintban 2015-ben | 121 |
| 26. táblázat. Kábítószerek utcai árai euróban 2015-ben | 122 |
| 27. táblázat. Lefoglalások száma 2010 és 2015 között..... | 128 |
| 28. táblázat. Lefoglalások mennyisége 2010 és 2015 között | 129 |
| 29. táblázat. Földrajzi különbségek – az öt leggyakrabban azonosított főkomponens az egyes helyszíneken (az összes helyszínen gyűjtött vizsgálati minta alapján, ahol a főkomponens meghatározásra került) a 2015 április és december között gyűjtött mintákban | 136 |

30. táblázat. A 2015-ben kezelésbe lépő fogvatartott és nem fogvatartott kliensek főbb jellemzői (Nfogvatartott=95; Nnem-fogvatartott=4213)..... 145

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

BM – Belügyminisztérium
BSI – Brief Symptom Inventory
BSZKI – Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet
Btk. – Büntető Törvénykönyv
BVOP – Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága
DCO – Drogszakmai Civil Ombudsman
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
FM – Földművelésügyi Minisztérium
GDS – Global Drug Survey
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
MFSZ – megelőző-felvilágosító szolgáltatás
MH – Magyar Honvédség
MÖSZ – Magyar Ökumenikus Segélyszervezet
NBT – Nemzeti Bűnmegelőzési Tanács
NCSSZI – Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet
NDI – Nemzeti Drogmegelőzési Iroda (korábban: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet)
NEFI – Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet
NFP – Nemzeti Drog Fókuszpont
NRSZH - Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal
OAC – Országos Addiktológiai Centrum
OBH – Országos Bírósági Hivatal
OEK – Országos Epidemiológiai Központ
OEP – Országos Egészségbiztosítási Pénztár
OGY – Országgyűlés
OKRI – Országos Kriminológiai Intézet
OLAAP – Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról
ORFK – Országos Rendőr-főkapitányság
OTKA – Országos Tudományos Kutatási Alapprogramok
TÁMOP – Társadalmi Megújulás Operatív Program
TBC – Tuberkulózis
TDI – Treatment Demand Indicator (Kezelési igény indikátor)
ÚPSZ – új pszichoaktív szerek