



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



**2015-ös ÉVES JELENTÉS (2014-es 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

PÉTERFI ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

PORT ÁGNES, Nemzeti Drog Fókuszpont

TARJÁN ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

VARGA ORSOLYA, Nemzeti Drog Fókuszpont

LEKTORÁLTA:

DUDÁS MÁRIA, FLIEGAUF GERGELY, GAZDAG GÁBOR, IGNÁCZ GYÖRGY, KOÓS
TAMÁS, RÁCZ JÓZSEF, RITTER ILDIKÓ, SZEMELYÁCS JÁNOS

TARTALOM

Kábítószer-politika	8
T0. Összefoglalás	8
T1. Hazai helyzetkép	8
T1.1 Nemzeti drogstratégia	8
T1.2 A drogstratégia megvalósításának értékelése	9
T1.3 Kábítószerügyi koordináció	10
T1.4 Kábítószer-fogyasztással összefüggő költségvetési kiadások	10
T2. Trendek, tendenciák	11
T3. Új fejlemények	11
T4. További adatok és információk	11
T4.1 További információk a kábítószer-politikáról	11
T5. Kiegészítő adatok és információk	11
T5.1 A hatályos nemzeti drogstratégia tervezett értékelése	11
T5.2 Becslés az EUROSTAT számára az illegális kábítószerpiac hozzájárulásáról	11
T6. Források, módszertan	12
T6.1 Források	12
T6.2 Módszertan	12
Jogi keretek	13
T0. Összefoglalás	13
T1. Hazai helyzetkép	13
T1.1 Jogi keretek	13
T1.2 Jogalkalmazás	15
T2. Trendek, tendenciák	17
T2.1 A jogi keretek változásai 2000 óta	17
T2.2 A jogalkalmazás változásai 2000 óta	18
T3. Új fejlemények	19
T3.1 A jogi keretek változásai az elmúlt évben	19
T3.2 A jogalkalmazás változásai az elmúlt évben	20
T3.3 Jogszabályok értékelése	20
T4. További adatok és információk	20
T5. Kiegészítő adatok és információk	20
T6. Források, módszertan	20
T6.1 Források	20
T6.2 Módszertan	20
Kábítószeresek	21
T0. Összefoglalás	21

T0.1 A Kábítószeres fejezet összefoglalása	21
KANNABISZ	23
T1. Hazai helyzetkép	23
T1.1 A szerhasználat prevalenciái és trendjei.....	23
T1.2 Szerhasználati mintázatok, kezelés-ellátás és problémás/magas kockázatú szerhasználat	23
T2. Trendek, tendenciák	25
T3. Új fejlemények	25
T4. További adatok és információk	25
T4.1 További információk	25
T5. Kiegészítő adatok és információk	25
T6. Források, módszertan.....	25
T6.1 Források.....	25
T6.2 Módszertan	26
STIMULÁNSOK.....	27
T1. Hazai helyzetkép	27
T1.1 A szerhasználat prevalenciái és trendjei.....	27
T1.2 Szerhasználati mintázatok, kezelés-ellátás és problémás/magas kockázatú.....	28
T2. Trendek, tendenciák	33
T3. Új fejlemények	33
T4. További adatok és információk	33
T4.1 További információk	33
T5. Kiegészítő adatok és információk	33
T6. Források, módszertan	34
T6.1 Források.....	34
T6.2 Módszertan	34
HEROIN ÉS EGYÉB OPIÁTOK.....	35
T1. Hazai helyzetkép	35
T1.1 A szerhasználat prevalenciái és trendjei.....	35
T1.2 Szerhasználati mintázatok, kezelés-ellátás és problémás/magas kockázatú szerhasználat	35
T2. Trendek, tendenciák	37
T3. Új fejlemények	37
T4. További adatok és információk	37
T4.2 A heroin és egyéb opiát használat további aspektusai	37
T5. Kiegészítő adatok és információk	38
T6. Források, módszertan.....	38
T6.1 Források.....	38
T6.2 Módszertan	38
EGYÉB ÚJ PSZICHOAKTÍV SZEREK ÉS MÁSKÁBÍTÓSZEREK A FENTIEKEN TÚL.....	39

Prevenció	40
T0. Összefoglalás	40
T1. Hazai helyzetkép	40
T1.1 Szakpolitika és intézményi háttér	40
T1.2 Prevenációs beavatkozások	42
T1.3 Prevenációs beavatkozások minőségbiztosítása	45
T2. Trendek, tendenciák	46
T3. Új fejlemények	47
T4. További adatok és információk	47
T5. Kiegészítő adatok és információk	47
T5.1 Érdemi változás a közelmúltban a dohányzás- vagy alkoholpolitikában	47
T5.2 Prevenációs beavatkozások hatékonyságának vagy etiológiájának vizsgálata	47
T6. Források, módszertan	47
T6.1 Források	47
T6.2 Módszertan	48
Kezelés	49
T0. Összefoglalás	49
T1. Hazai helyzetkép	49
T1.1 Szakpolitika és koordináció	49
T1.2 Az ellátórendszer felépítése és működése	50
T1.3 Kezelési adatok	55
T1.4 A kezelés típusai	57
T1.5 Minőségbiztosítás	58
T2. Trendek, tendenciák	59
T2.1 A kezelést kezdők, illetve az opiát helyettesítő kezelésben ellátottak körében megfigyelhető hosszú távú trendek	59
T3. Új fejlemények	62
T4. További adatok és információk	62
T4.1 Egyéb adatforrások	62
T5. Kiegészítő adatok és információk	67
T5.1 Az opiát helyettesítő gyógyszerek visszaélészerű használatának monitorozása	67
T5.2 Internet alapú kezelési beavatkozások Magyarországon	68
T5.3 Speciális kezelési programok új pszichoaktív szert használók számára	68
T6. Források, módszertan	68
T6.1 Források	68
T6.2 Módszertan	68
Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés	70
T0. Összefoglalás	70
T1. Hazai helyzetkép	71
T1.1 Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek	71

T1.2 Kábítószer-fogyasztással összefüggő mérgezések	73
T1.3 Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek	73
T1.4 A kábítószer-fogyasztás egyéb egészségügyi következményei.....	77
T1.5 Ártalomcsökkentő beavatkozások	78
T1.6 A kábítószer-fogyasztással összefüggő egyéb egészségügyi ártalmak mérséklését célzó beavatkozások	83
T1.7 Ártalomcsökkentő beavatkozások minőségbiztosítása	84
T2. Trendek, tendenciák	84
T2.1 Rövid távú tendenciák	84
T2.2 Hosszú távú tendenciák	86
T3. Új fejlemények	88
T4. További adatok és információk	88
T5. Kiegészítő adatok és információk	88
T5.1 A stimulánsfogyasztással összefüggő mérgezések és halálesetek	88
T6. Források, módszertan	89
T6.1 Források.....	89
T6.2 Módszertan	89
Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés	92
T0. Összefoglalás	92
T1. Hazai helyzetkép	92
T1.1 Kábítószerpiac	92
T1.2 Kábítószer-bűnözés	96
T1.3 A kábítószer-kínálat csökkentését célzó tevékenységek	99
T2. Trendek, tendenciák	100
T2.1 Rövid távú trendek a kábítószerpiac legjellemzőbb szertípusai esetében.....	100
T2.4 kábítószer-bűncselekmények – rövidtávú trendek	106
T2.7 A kínálatcsökkentési tevékenység változásai	107
T3. Új fejlemények	107
T4. További adatok és információk	107
T5. Kiegészítő adatok és információk	107
T6. Források, módszertan	108
T6.1 Források.....	108
T6.2 Módszertan	108
Kábítószer-probléma a börtönben	110
T0. Összefoglalás	110
T1. Hazai helyzetkép	110
T1.1 Intézményi háttér.....	110
T1.2 Kábítószer-használat és ahhoz köthető problémák a fogvatartottak körében	111
T1.3 A kábítószer-használat egészségügyi vonatkozásaira adott válaszok a börtönben	114

T1.4 Minőségbiztosítás.....	120
T2. Trendek, tendenciák	120
T3. Új fejlemények	120
T4. További adatok és információk	120
T5. Kiegészítő adatok és információk	120
T6 Források, módszertan	121
T6.1 Források.....	121
T6.2 Módszertan	121
Felhasznált irodalom	123
Függelék	126
Ábrajegyzék.....	126
Táblázatok jegyzéke	128
Rövidítések jegyzéke	129

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

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

A hatályos Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósítása érdekében jelenleg zajlik a Szakpolitikai Program kidolgozása.

¹ A fejezet szerzői: Horváth Gergely Csaba, Varga Orsolya

T1.2 A DROGSTRATÉGIA MEGVALÓSÍTÁSÁNAK ÉRTÉKELÉSE

T1.2.1 Stratégiák és akciótervek értékelése

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

T1.2.2 A legutóbbi értékelés összefoglalása

Magyarország első drogstratégiája, a 96/2000. (XII. 11.) országgyűlési 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 képviseltetik magukat a bizottságban, valamint biztosított az információ áramlása és cseréje az érintettek között. Több kritika is megfogalmazódott azonban a KKB-val kapcsolatban, például hogy nem rendelkezik felhatalmazással a kábítószer-politika koordinálására, valamint nincs világos, egyértelmű menete a bizottság által megvitatott témák hivatalos politikai döntésként való jóváhagyásának.

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 forintba 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

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ, beleértve a 2014-es évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

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 féldős 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

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 félidős 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.

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 1998. évi XXV 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 kábítószerre 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 hatóanyag-tartalmat a következő általános szabály érvényesül: a kábítószer csekély mennyiségű, ha annak tiszta hatóanyag-tartalma a hozzá nem szokott fogyasztó átlagos hatásos adagjának hétszeres mértékét nem haladja meg.

A kábítószer-kereskedelem két elkövetési magatartása (forgalomba hozatal, 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 kábítószerre 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

Mivel a 2014-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 2014-re vonatkozó adatait a Legfőbb Ügyészség a régi és az új Btk. kétféle struktúrája alapján szolgáltatotta. (VIR 2015) 2014-ben a régi Btk. szerint 1409 személy elítélésére került sor visszaélés kábítószerrel bűncselekmény valamely alakzata miatt, a következő szakaszok szerint³:

- 282. §: 1085 fő
- 282/A. §: 209 fő
- 282/B. §: 23 fő
- 282/C. §: 74 fő
- 283/A. §: 0 fő
- 283/B. §: 18 fő

A 2014-ben indult büntetőeljárásokban a Btk. szerint 1215 személy elítélésére került sor, a következő szakaszok szerint:

- Kábítószer kereskedelem
 - 176. §: 218 fő
 - 177. §: 18 fő
- Kábítószer birtoklása
 - 178. §: 949 fő
 - 179. §: 2 fő
- Kóros szenvedélykeltés: 181. §: 25 fő
- Kábítószer készítésének elősegítése: 182. §: 2 fő
- Kábítószer prekúrral visszaélés: 183. §: 1 fő

A 2014. évben jogerősen elítélt 2624 személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- végrehajtandó szabadságvesztés 470 fő
- végrehajtásban felfüggesztett szabadságvesztés 608 fő
- közérdekű munka 619 fő
- pénzbüntetés (beleértve a felfüggesztett pénzbüntetést) 512 fő
- megrovás intézkedés 23 fő
- próbára bocsátás intézkedés 418 fő

T1.2.2 Ítélezési gyakorlat – új pszichoaktív szerek

Az új pszichoaktív anyagokkal visszaélés szakasza alapján 2014-ben az alábbiak szerint alakult az ítélezési gyakorlat:

- 184. §: 52 fő (kereskedői típusú)
- 184/A. §: 6 fő (kereskedői típusú)
- 184/B. §: 3 fő (birtoklás típusú)
- 184/C. §: 0 fő (birtoklás típusú)

Az új pszichoaktív szerekkel való visszaélés miatt 2014. évben jogerősen elítélt személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- végrehajtandó szabadságvesztés 8 fő
- végrehajtásban felfüggesztett szabadságvesztés 10 fő
- közérdekű munka 11 fő
- pénzbüntetés (beleértve a felfüggesztett pénzbüntetést) 19 fő

³ 282.§ fogyasztói magatartások: kábítószer termesz, előállít, megszerez, tart, az országba behoz, onnan kivisz, vagy az ország területén átvisz;

282/A.§ kereskedői magatartások: kábítószer 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.

- megrovás intézkedés 0 fő
- próbára bocsátás intézkedés 15 fő

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).⁴ Nem függő fogyasztó elkövetőnél viszont az előző elkövetési magatartások esetén csak akkor volt lehetőség az elterelésre, ha legfeljebb „csekély mennyiségű” a kábítószer. Cselekményi oldalról nézve jellemzően a fogyasztói típusú elkövetési magatartásoknál és azoknak is az enyhébb változatainál jöhet szóba az elterelés. Kivételt jelentett azonban két terjesztői típusú magatartás, a „kínál” és az „átad”, mert ha a kínált, illetve átadott kábítószer legfeljebb csekély mennyiségű, továbbá a szóban forgó cselekményekre „együttesen történő kábítószer-fogyasztás alkalmával” kerül sor, az említett két cselekmény elkövetője is részesülhetett az elterelés kedvezményében. Az „elterelés” alkalmazásának valamennyi esetben feltétele volt, hogy az elkövető „az első fokú ítélet meghozataláig okirattal igazolja, hogy legalább hat hónapig folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vett részt.” Az „elterelésre” a büntetőeljárás ügyészi és bírósági szakaszában is sor kerülhetett. Az elterelésnek a fenti szövegben bemutatott széleskörű alkalmazását az 54/2004. (XII. 13.) AB határozat alkotmányellenesnek nyilvánította, amely döntés alapján több ponton módosította a Btk. szövegét (Be. 188.§ (1) h); 222.§. (2)) (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

⁴ 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.]

kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson, és az a büntethetőség megszűnését eredményezheti, nem célszerű, hogy a nyomozó hatóság vádemelési javaslattal küldje meg az iratokat az ügyésznek, illetve, hogy az ügyész a Be. 222. §-ának (2) bekezdése alapján a vádemelés elhalasztásáról határozzon. Ezért amennyiben a kábítószer-élvező gyanúsított a nyomozás során önként alávetette magát az elterelés alapjául szolgáló kezelési fajták valamelyikének, és ez a nyomozás iratainak ismertetésekor még tart, a nyomozást fel kellett függeszteni.

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

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

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

T2.2 A JOGALKALMAZÁS VÁLTOZÁSAI 2000 ÓTA

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

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

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

T3.1 A JOGI KERETEK VÁLTOZÁSAI AZ ELMÚLT ÉVBEN

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

a módosítandó és a módosító jogszabály ⁵	a módosított jogszabály		
cím	cím	változások összefoglalása	megjegyzés
2013. évi CLXXXVI. törvény	Büntető Törvénykönyvről szóló <u>2012. évi C. törvény</u>	Az új pszichoaktív anyaggal való visszaélés tényállásának a kábítószerrel elkövetett bűncselekmények mintájára való átalakítása. Hatályos: 2014. január 1-től.	
	<u>66/2012. Kormányrendelet</u> A kábítószerekkel és pszichotrop anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló	A Korm. rendelet 2014-ben három alkalommal módosult: az új pszichoaktív anyagok listájára összesen 19 új vegyület került fel. Lásd T1.1.3	
367/2014. (XII. 30.) Korm. rendelet	<u>55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet</u> 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	
2014. évi CXI. (XII. 16.) törvény	<u>1998. évi XXV. törvény</u> módosítása	Egyes új pszichoaktív szerek kockázatértékelése után 42 db, eddig új pszichoaktív szert sorolt át kábítószerre: 1998. évi XXV. törvény A) jegyzékére.	
19/2015. (II. 16.) Korm. rendelet	<u>162/2003. (X. 16.) Korm. rendelet</u> A kábítószer előállítására alkalmas növények termesztésének, forgalmazásának és felhasználásának rendjéről	A mákszalma fogalmának módosítása: teljes éréskor szárrésszel betakarított, magot már nem tartalmazó tok.	

⁵ A módosítás előtti szöveg nem elérhető.

T3.2 A JOGALKALMAZÁS VÁLTOZÁSAI AZ ELMÚLT ÉVBEN

Nincs információ.

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) (2015a): Az EMMI Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztályának beszámolója.

FM (Földművelésügyi Minisztérium) (2015): A Földművelésügyi Minisztérium beszámolója.

VIR (Legfőbb Ügyészség Vádképviselési Informatikai Rendszer) (2015): Legfőbb Ügyészség Vádképviselési Informatikai Rendszer adatai 2014.

T6.2 MÓDSZERTAN

N.a.

KÁBÍTÓSZEREK⁶

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

T0.1 A KÁBÍTÓSZEREK FEJEZET ÖSSZEFOGLALÁSA

T0.1.1 A leggyakrabban használt tiltott szerek és a polidroghasználat

a) A felnőttkorú népettséget tekintve csaknem minden tizedik személy fogyasztott valamilyen kábítószer. A felmérések szerint a leggyakrabban fogyasztott szerek a kannabisz, az ecstasy és az amfetamin voltak. A legutóbbi, 2013-as adatok szerint azonban a szintetikus kannabinoidok rövid idő alatt a második legnépszerűbb szerré váltak, az új pszichoaktív szerek népszerűsége pedig megközelítette az amfetaminét a lakosság körében.

Az iskoláskorúak körében minden ötödik fiatal próbált már ki valamilyen kábítószer. A fiatalok körében is a kannabisz a legnépszerűbb, de elterjedt a gyógyszerekkel való visszaélés vagy a gyógyszerek alkohollal történő fogyasztása, és az inhalánsok használata is meredek emelkedést mutatott az utóbbi évtizedben. A szerhasználat életprevalenciája 1995 és 2003 között négyszeresére nőtt Magyarországon az iskoláskorúak körében, majd 2007-ben valamelyest csökkent, de a 2011-es adatfelvétel az összes tiltott szer fogyasztás életprevalencia értékének újabb jelentős növekedését mutatta. A fiúk és a lányok közötti jelentős különbség a kétezres évek közepén csökkenésnek indult, 2011-ben pedig már nem volt szignifikáns.

Az addiktológiai kezelése okaként leggyakrabban megnevezett szer Magyarországon a kannabisz, használói aránya különösen magas a büntetőeljárás alternatívájaként kezelésbe lépők körében (akik az összes kezelt 60%-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 kábítószerhez kapcsolódó kezelési igénnyel (bővebben Kannabisz, T1.2.3 alfejezet).

b) Magyarországon 2010 óta összesen 108, 2014-ben 42 új pszichoaktív szer 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.

Ennek megfelelően megnövekedett a designer szerek – kannabinoidok és stimulánsok - miatti kezelési igények száma is. 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 2014-es Éves Jelentés 4.4. fejezet).

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

Átalakult az intravénás szerhasználat is. Míg a tūcsere programok kliensei 2010 elōtt mintegy fele-fele arányban injektáltak heroint vagy amfetamint, addig 2014-ben már 68%-uk elsōdlegesen 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).

KANNABISZ

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 A SZERHASZNÁLAT PREVALENCIÁI ÉS TRENDJEI

T1.1.1 Kannabiszfogyasztás az általános populációban

A legutóbbi, nemzetközi standardoknak is megfelelő felmérés 2007-ben készült, eredményei mára elavultak, számszerű tárgyalásuktól eltekintünk. (lásd 2008-as Éves Jelentés 2.1 fejezet) Ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy a máig készült összes országos felmérés egyöntetűen azt mutatta, hogy a kannabisz a legnépszerűbb kábítószer a magyar felnőtt lakosság körében, mind a teljes népességben, mind a fiatal felnőttek között, élet-, éves és havi prevalencia tekintetében is.

T1.1.2 Kannabiszfogyasztás az iskolás populációban

A legutóbbi, 2011-es, ESPAD kutatás eredményei (részletesen lásd 2012-es Éves Jelentés 2.3 fejezet) szerint a felnőtt lakossághoz hasonlóan a kannabisz a leggyakrabban fogyasztott kábítószer a középiskolások körében is az életprevalencia értékek alapján (19,4%).

A 2014-ben készült HBSC kutatás (Arnold és Németh 2015) eredményei szerint a 9. és 11. évfolyamon tanuló diákok 18,7%-a fogyasztott már kannabiszt. A kannabiszt kipróbáló tanulók túlnyomó többsége 14 évesnél idősebb korban, legnagyobb arányban - közel fele - 16 évesen vagy idősebben, negyedük pedig 15 évesen fogyasztott életében először kannabiszt. A fiúk és idősebbek szignifikánsan érintettebbek kannabiszhasználat szempontjából: míg a 11. évfolyamon tanulók 23,3%-a, addig a 9. évfolyamosok 14,3%-a próbálta ki a marihuánát, hasist. A korábbi jelentősebb nemi különbség eltűnően van, ugyanis a fiúk és a lányok közötti életprevalencia értékek közötti különbség épphogy kimutatható ($p=0,48$): a fiúk 19,9%-a, a lányok 17,6%-a fogyasztott már életében kannabiszt. A kannabisz életprevalenciája a régióval szignifikáns kapcsolatot mutatott: a legmagasabb prevalencia értékek Közép-Dunántúlon (23,2%) voltak tapasztalhatók, második helyen Dél-Alföld (21,6%), harmadik helyen Közép-Magyarország (20,9%) szerepelt, a 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%)⁷ volt megfigyelhető, második helyen Budapest (21%) szerepelt, a legalacsonyabb értéket pedig a városokban (16,3%) mérte a kutatás. A korábbi évekhez hasonlóan a szakiskolában, szakmunkásképzőben tanuló 9. és 11. évfolyamos diákok markánsan érintettebbek (24,1%) voltak kannabiszhasználat tekintetében a gimnáziumban tanuló diákokhoz (17,7%) képest.

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). 2014-ben a kezelést kezdők

⁷ Az alacsony elemszám miatt csak körültekintéssel értelmezhető.

55,5%-a jelölte meg a kannabiszt elsődleges szerként (TDI adatgyűjtés 2015). A kannabiszhasználók aránya jellemzően magasabb az elterelés keretében kezelést kezdők körében: 2014-ben 68,6%-uk kezdett kannabisz miatt kezelést (míg a nem eltereltek esetében 36,4%).

A kannabisz miatt kezelésbe lépők 91,7%-a férfi, átlagéletkoruk 25,7 év és átlagosan 7,7 éve használtak kannabiszt a 2014-es kezelésbe lépésüket megelőzően.

A kezelést megelőzően a jellemző beviteli mód az elszívás volt (95,9%), és 30,4%-uk heti 2-6 napon vagy naponta fogyasztotta a kábítószer.

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 önségítő programja⁸, mely interneten elérhető terápiás lehetőséget kínál ennek a szerhasználói csoportnak⁹. (Bővebben lásd 2011-es Éves Jelentés 5.2. fejezet)

T1.2.4 Szintetikus kannabinoidok

2013-ban készült egy úgynevezett omnibusz-kutatás a felnőtt népesség körében (részletesen lásd 2014-es Éves Jelentés 2.2. fejezet). Ebben a felmérésben szerepelt először 'szintetikus kannabisz' a kérdezett szertípusok között. Az életprevalencia értékek alapján a második leggyakrabban használt drognak bizonyult.

A tücsere szolgáltatók szakmai találkozásán (NFP 2015) a legtöbb program kiemelte a szintetikus kannabinoidok (utcai nevén: herbál) intenzív használatát az intravénás szerhasználók körében. A szolgáltatók szerint van, aki időszakosan áll át a 'herbál' szívására, de a legjellemzőbb a váltott használat az elsődlegesen injektált szerrel. A szervezetek kiemelték a használatához kapcsolódó tüneteket is, mint például agresszivitás, hisztéria, erős hallucinációk, egyéb pszichotikus tünetek.

Az egyik budapesti tücsere 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 kannabisz-használókként 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.)

⁸ A weboldal kifejlesztéséhez a Jellinek Alapítvány által működtetett knowcannabis.org.uk oldalt vették alapul.

⁹ Forrás: http://kekpont.blog.hu/2010/06/02/title_1561746 (2011.06.06.)

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ, beleértve a 2014-es évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T4.1 TOVÁBBI INFORMÁCIÓK

2013-ban készült országos felmérés az iskoláskorú népesség körében „Iskolai Egészségfejlesztés és Univerzális Drogmegelőzés” címmel (Grezsa és Surányi 2014). A kutatás eredményei szerint a teljes minta 5,5%-a fogyasztott már életében kannabiszt. Az általános iskolások elenyésző 0,3%-a, a középiskolásoknak pedig 11,6%-a próbálta ezt a szert. A középiskolai 9. évfolyamon¹⁰ 7,1%-uk használt már kannabiszt, a legidősebb, 11. évfolyamosok¹¹ körében az életprevalencia érték ennek duplája, 14,9% volt. A felmérés eredményei szerint a legelterjedtebb a kannabiszfogyasztás a fiúk, a Budapesten vagy megyeszékhelyen élők, a szakközépiskolába vagy szakiskolába járók körében. A kutatás régiós bontásban is vizsgálta a szerfogyasztást, amelyből megállapítható, hogy Budapesten és a Dél-Dunántúlon a legjellemzőbb a kannabisz kipróbálása.

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 követően (31%) a szintetikus kannabinoidok használata volt a legjellemzőbb kezelést indokló probléma (26%).

T5. KIEGÉSZÍTŐ ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs információ.

T6. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T6.1 FORRÁSOK

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

Grezsa, F., Surányi, Zs. (2014): Fiatalok szerhasználata, Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet.

¹⁰ 15 éves

¹¹ 17 éves

NFP (2015): Tűcsere szolgáltatók országos szakmai találkozója

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

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

TDI adatgyűjtés 2015.

T6.2 MÓDSZERTAN

Fiatalok szerhasználata (Grezsa, Surányi 2014): A *Fiatalok szerhasználata* című kötet a TÁMOP-7.2.1-11/K-2012-0004 projekt „Iskolai Egészségfejlesztés és Univerzális Drogmegelőzés” elnevezésű kutatásának eredményeit teszi közzé. A kutatást a Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet készítette (kutatásvezető: Dr. Grezsa Ferenc), az adatfelvétel 2013. április-májusban történt. A kutatásban 6154 fő vett részt, 1., 3., 5., 7., 9. és 11. osztályos tanulók minden iskolatípusból. A mintában a régiók, a nemek és a korosztályok megoszlása közel azonos volt. Az önkitöltős kérdőív 395 kérdést tartalmazott 10 különböző témakörben.

HBSC 2014: 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 Gyermekégeszségügyi 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.

Tűcsere adatgyűjtés: lásd Kábítószeres/ Stimulánsok T6.2 alfejezet

TDI adatgyűjtés 2015: lásd Kezelés fejezet T6.2 alfejezet

Kezelőhely vizsgálat 2015: lásd Kezelés fejezet T6.2 alfejezet

STIMULÁNSOK

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 A SZERHASZNÁLAT PREVALENCIÁI ÉS TRENDJEI

T1.1.1 A különböző stimulánsok hozzáférhetősége

A stimulánsok középiskolások körében vélt beszerezhetőségéről az ESPAD kutatásokból is rendelkezünk információkkal. 2011-ben a megkérdezett diákok ötöde tartotta az ecstasyt és az amfetamint könnyen vagy nagyon könnyen beszerezhetőnek. A kábítószerekhez való hozzájutás tényleges módjaként többségük valamilyen baráti kapcsolatot jelölt meg. (bővebben lásd 2012-es Éves Jelentés 10.2. fejezet)

A kokain esetében az utóbbi években egyértelmű, erőteljes növekedést tapasztalt a Rendőrség a kínálatcsökkentési tevékenysége során, mind a fogyasztói, mind a terjesztői oldalon. A szintetikus anyagokat illetően elmondható, hogy 2009-ben szinte eltűnt a magyar és az európai piacról az ecstasy, amely csak 2012-ben jelent meg újra a hazai piacon. A metamfetamin továbbra sem jellemző, azonban nyomozati információk szerint az ország északi részében (Szlovákiából csempészett szállítmányokból) egyre többször jelenik meg a kínálatban.

T1.1.2 Stimulánsfogyasztás az általános populációban

2007-ben a felnőtt lakosság körében a stimulánsok a második legnépszerűbb szercsoportot alkották. Szertípus szerinti bontásban második helyen az ecstasy, harmadik helyen az amfetaminok és ötödik helyen a kokain szerepelt fogyasztási gyakoriság alapján. (lásd 2008-as Éves Jelentés 2.1. fejezet)

A 2013-as omnibusz kutatás adatai szerint már a harmadik leggyakrabban használt szercsoportnak voltak tekinthetők, mivel az akkor először kérdezett szintetikus szerek megelőzték. Szertípus szerint harmadik helyen szerepelt az ecstasy, negyediken az amfetamin és hetediken a kokain az életprevalencia értékek alapján. (lásd 2014-es Éves Jelentés 2.2. fejezet)

T1.1.3 Stimulánsfogyasztás az iskolás populációban

A legutóbbi, 2011-es ESPAD kutatásban az életprevalencia értékek alapján az amfetamin (5,4%) a hatodik, az ecstasy (4,4%) a nyolcadik, a kokain (2,5%) pedig a tizenegyedik helyen szerepelt a szerfogyasztási struktúrában. (bővebben lásd 2012-es Éves Jelentés 2.2 fejezet)

A 2014-ben készült HBSC kutatás (Arnold és Németh 2015) eredményei szerint a 9. és 11. évfolyamon tanuló diákok 5,8%-a¹² próbálta már ki a vizsgált stimulánsok valamelyikét¹³. Szignifikánsan magasabb prevalencia értékek voltak megfigyelhetők a fiúk (6,8%) és az idősebbek körében (11. évfolyam: 6,8%) - a lányokhoz (5,0%) és a fiatalabbakhoz (4,9%) képest.

Régió szerint szignifikánsan nem különböztek a prevalencia értékek, azonban lakóhely és az iskola településtípusa szerint igen. Legnagyobb arányban a tanyán lakó diákok (13%),

¹² A stimulánsokat kipróbálók alacsony száma miatt csak körültekintéssel értelmezhető.

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

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 tízedik diák fogyasztotta már a stimulánsok legalább egyikét.

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.

Tűcsere kliensek adatai

A tűcsere adatok alapján (Tarján 2015b) 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 injektált elsődlegesen stimulánsokat, addig 2014-re ez az arány 86%-ra nőtt.

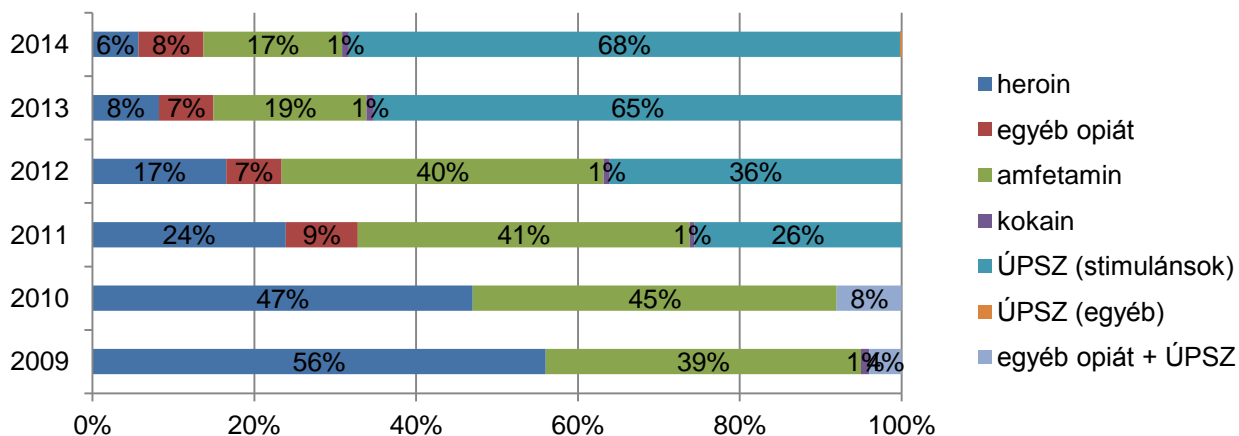
A klasszikus stimulánsokat, azaz elsősorban amfetamint injektálók aránya 40% körül mozgott 2009-2012 között, azonban 2013-ra 19%-ra csökkent és maradt is ezen a szinten 2014-ben (17%). A kokain-injektálók aránya elenyésző a tűcserebe járó intravénás szerhasználók körében.

Az új pszichoaktív szerek, azaz a designer stimulánsok térnyerése 2010-től kezdődően a heroint, 2013-tól pedig már az amfetamint is kiszorította: Míg 2010-ben a tűcserebe járó intravénás szerhasználóknak kevesebb mint 8%-a¹⁵ használt designer stimulánsokat, addig 2014-ben már 68%-uknak volt ez az elsődlegesen injektált szere.

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 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.

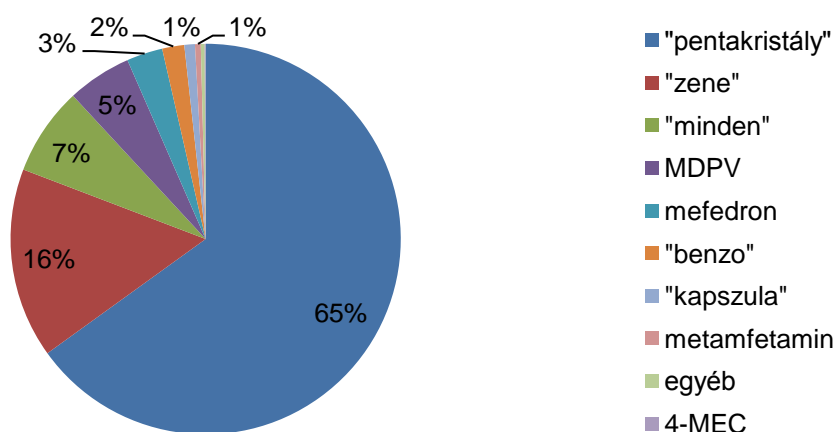
1. ábra. A tüsszere programban részt vevő kliensek elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009-2014 között¹⁶



Forrás: Tarján 2015b

A domináns, intravénásan használt designer stimuláns 2010-ben a mefedron, 2011-ben az MDPV volt, 2012 óta pedig a „pentakristály”¹⁷ utcai elnevezésű szer áll az első helyen. A designer stimulánsok között 2014-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”¹⁸ 2014-re a második leggyakrabban injektált új többféle pszichoaktív szerré vált.

2. ábra. A designer stimulánsokat injektálók megoszlása elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban 2014-ben (N=2515 fő)¹⁹



Forrás: Tarján 2015b

¹⁶ 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.

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

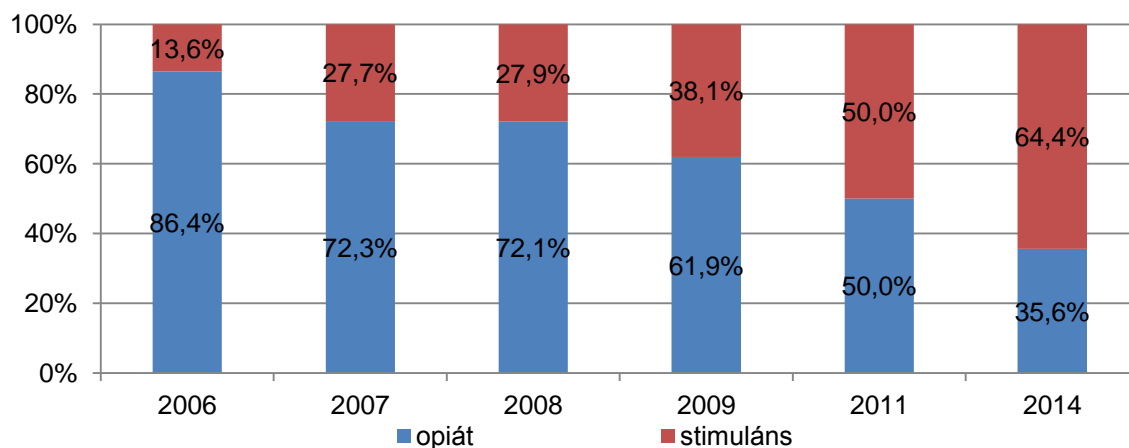
¹⁸ Lefoglalási adatok alapján valószínűsíthetően az alfa-PVP hatóanyag tartalmú szerekre vonatkozó utcai elnevezés.

¹⁹ A kliensek bevallása szerinti „minden” kategória az elérhető designer stimulánsok polidrog-használatát jelenti. Az egyéb kategóriába kerültek besorolásra azok az esetek, ahol „egyéb designer stimuláns” volt megadva az utcai név specifikálása nélkül.

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

Az országos szerprevalencia vizsgálatban (Dudás et al. 2014) 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 már a minta közel kétharmada tartozott ebbe a csoportba.

3. ábra. Az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók megoszlása az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2006-2014 között (%)



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

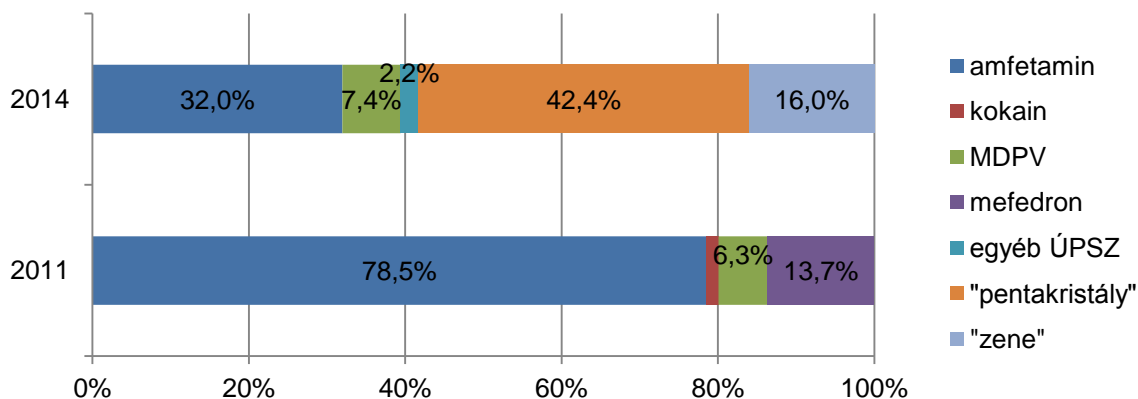
A mintából kiválasztva az elmúlt 4 hétben is injektáló, úgynevezett aktív stimuláns használókat (2011-ben: 64,2%-a az összes aktív injektálónak, 2014-ben: 70,6%), látható a 2011 és 2014 között történt jelentős eltolódás az amfetamintól a designer stimulánsok felé.²⁰ 2011-ben az aktív stimuláns injektálók 78,5%-a vallotta, hogy elsődlegesen amfetamint használt, 2014-ben viszont csak 32%-uk számolt be erről. Ezzel ellentétben az elsődlegesen designer stimulánsokat injektálók aránya 20%-ról 68%-ra nőtt. A 2011-ben legtöbb említést kapó designer stimuláns a mefedron volt, amelyet 2014-re leváltott az elmúlt évben legtöbbet injektált designer stimuláns – és egyben legtöbbet injektált stimuláns is – a „pentakristály”²¹. 2014-ben ezt követte a „zene”²² utcai elnevezésű szer, továbbá az MDPV, amely szer már 2011-ben is jelen volt az intravénás szerhasználók körében.

²⁰ 2011-ben először nyílt lehetőség arra az országos prevalencia vizsgálat során, hogy a szűrésben részt vevők nevesítsék nyitott kérdésben az elsődlegesen injektált „egyéb” szerkategóriát. Addig 4 zárt kategóriában kerültek összegyűjtésre az adatok: opiátok; amfetamin; kokain; egyéb. Így az elemzés csak erre két évre nézve tesz megállapításokat.

²¹ Lefoglalási adatok alapján valószínűsíthetően a pentedron hatóanyag tartalmú szerekre vonatkozó utcai elnevezés.

²² Lefoglalási adatok alapján valószínűsíthetően az alfa-PVP hatóanyag tartalmú szerekre vonatkozó utcai elnevezés.

4. ábra. Az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív stimuláns injektálók megoszlása (%) az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban 2011-ben (N=256 fő) és 2014-ben (N=269 fő)

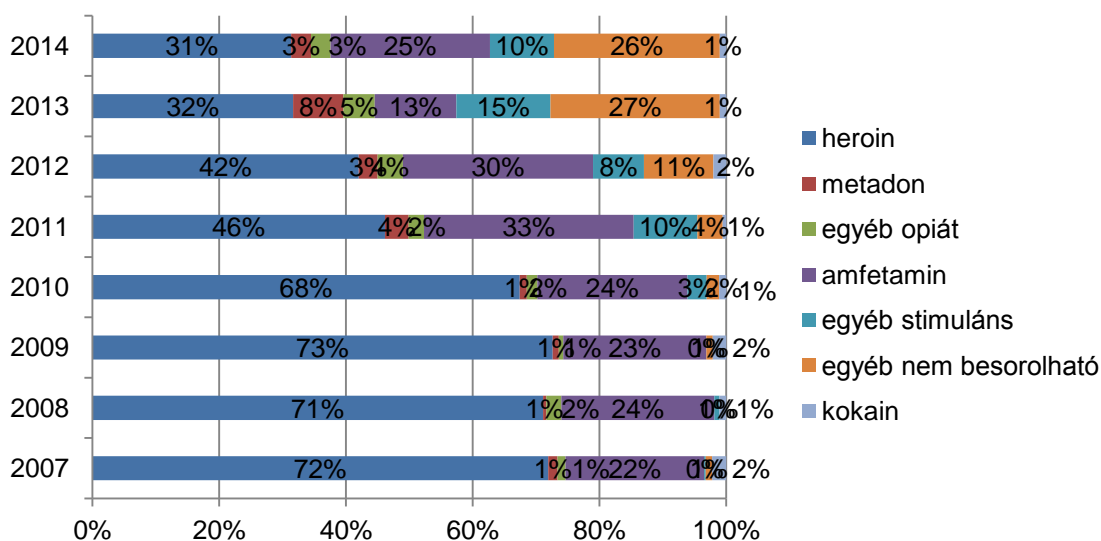


Forrás: Dudás et al. 2014, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Kezelési (TDI) adatok

A kezelést kezdők körében némi késéssel, de végül 2013-ra láthatóvá vált az az eltolódás, ami a többi adatforrásban már korábban is érzékelhető volt: vagyis az opiát típusú szerek – elsősorban a heroin – visszaszorulása és a designer stimulánsok térnyerése az intravénás szerhasználók körében.

5. ábra. Intravénás szerhasználók megoszlása a kezelésbe lépők körében az elsődlegesen injektált szer alapján 2007 és 2014 között (%)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2015

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

T1.2.2 Fertőző betegségek

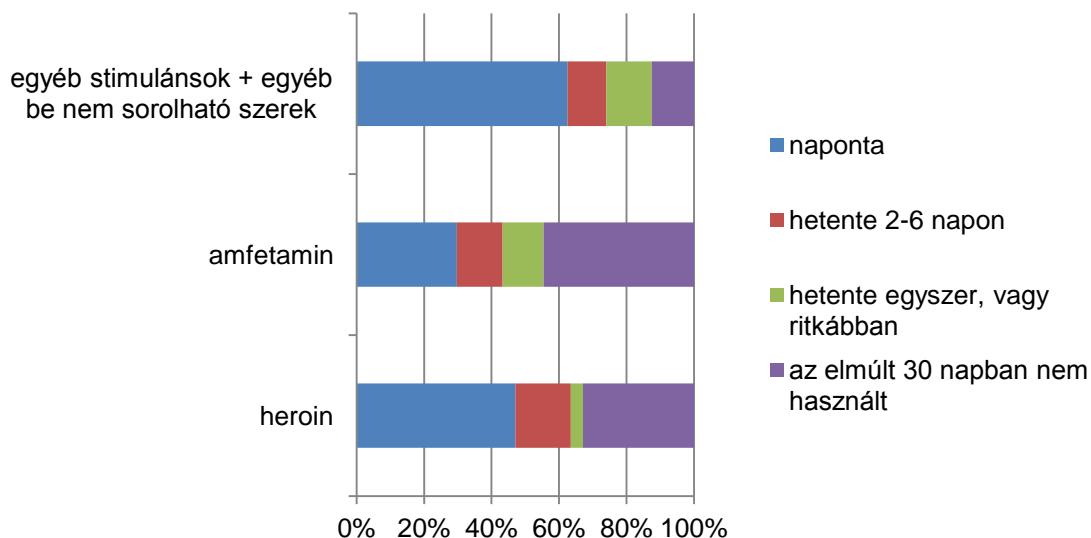
Lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.1 és T2.2.b alfejezet

T1.2.3 Szerhasználati mintázatok

Az intravénás 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 (74,0%), a heroin (63,5%) és az amfetamin injektálókkal (43,2%) összehasonlítva.

6. ábra. Intravénás szerhasználat gyakorisága a kezelésbe lépők körében 2014-ben (%)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2015

T1.2.4 Stimulánshasználók ellátása

Magyarországon a stimulánshasználat a második legjellemzőbb indoka a kábítószerhasználók kezelésbe lépésének (lásd Kezelés fejezet T1.3.1 és T.2.1 alfejezet). 2014-ben a kezelést kezdők 19,1%-a jelölte meg valamelyik stimuláns szert elsődleges szerként (a kokainon kívül) (amfetamin 584 fő, MDMA és származékai 82 fő, egyéb stimuláns 228 fő). (TDI adatgyűjtés 2015)

A stimulánsok miatt kezelésbe lépők 96,1%-a férfi, átlagéletkoruk 28 év, és átlagosan 8 évig használtak stimuláns szereket a 2014-es kezelésbe lépésüket megelőzően. A kezelést megelőzően a jellemző beviteli mód az orra szippantás volt (41,3%), és 32,2%-uk heti 2-6 napon vagy naponta fogyasztotta a kábítószer. (Az injektálásról 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 érhetők el.

T1.2.6 Szintetikus katinonok

2011-ben, az ESPAD kutatásban, szerepelt először országos epidemiológiai felmérésben katinonokra vonatkozó kérdés. Az életprevalencia értékek alapján az ötödik helyet a mefedron (6%) foglalta el, megelőzve a klasszikus stimulánsokat.

A szintetikus katonok 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 katonafogyasztókról lásd a T1.2.1; T1.3.1 és T4.1 alfejezeteket, valamint a Kezelés fejezet T4.1 alfejezetét.

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ, beleértve a 2014-es évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T4.1 TOVÁBBI INFORMÁCIÓK

A 2013-ban készült „Iskolai Egészségfejlesztés és Univerzális Drogmegelőzés” elnevezésű kutatás (Greza és Surányi 2014) eredményei szerint a teljes minta 1,5%-a fogyasztott már életében stimulánsokat, legtöbbször ecstasyt (1%). Az általános iskolások 0,2%-a, a középiskolásoknak pedig 3%-a próbálta. A középiskolai 9. évfolyamon 2%, a 11. évfolyamosok körében 3,8% volt az életprevalencia érték. A stimulánsokat kipróbálók között számszerűen valamivel több a fiú (1,7%), mint a lány (1,4%), alapvetően hasonlóan népszerű mindkét nem körében. A stimulánsfogyasztás inkább jellemző Budapesten és a megyeszékhelyeken, legtöbbször ecstasyt használtak, emellett Budapesten a többi településtípushoz viszonyítva elterjedtebb a kokainhasználat is. Iskolatípus tekintetében az életprevalencia értékek a szakiskolások és a szakközépiskolások körében a legmagasabbak. Régiós bontásban legtöbbször a Dél-Dunántúlon vallották, hogy kipróbáltak már stimuláns szert, leginkább ecstasyt.

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

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. (2014): A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HCV) 2014. évi prevalenciájának vizsgálata. OEK. Publikálás alatt.

Greza, F., Surányi, Zs. (2014): Fiatalok szerhasználata, Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet.

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

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

T6.2 MÓDSZERTAN

Fiatalok szerhasználata: lásd Kábítószeres/Kannabisz fejezet T6.2 alfejezet

HBSC 2014: lásd Kábítószeres/Kannabisz fejezet T6.2 alfejezet

Tűcsere adatgyűjtés (Tarján 2015b): A tűcsere szervezetek 2015-ben 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 szerhasználattal 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. 2014-re vonatkozóan 27 szervezet összesen 4438 fő kliens adatait töltötte fel, amely az eddigi legmagasabb szám az előző évekhez képest, mivel idén a második legnagyobb budapesti program is tudott adatot szolgáltatni az összes klienséről. A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került. Az elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlásról összesen 3692 kliens esetében számoltak be a szolgáltatók 2014-ben. (2009: 1483 fő; 2010: 1737 fő; 2011: 2237 fő; 2012: 1907 fő; 2013: 3128 fő)

Országos HIV/HCV prevalencia vizsgálat (Dudás et al. 2014): lásd Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T6.2 alfejezet

TDI adatgyűjtés 2015: lásd Kezelés fejezet T6.2 alfejezet

Kezelőhely vizsgálat 2015: lásd Kezelés fejezet T6.2 alfejezet

HEROIN ÉS EGYÉB OPIÁTOK

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 A SZERHASZNÁLAT PREVALENCIÁI ÉS TRENDJEI

T1.1.1 Különböző opiátok hozzáférhetősége

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.

T1.1.2 Opiáthasználat prevalenciájának becslése

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

Tűcsere kliensek adatai

A tűcsere adatok alapján (Tarján 2015b) az új pszichoaktív szerek 2010-től kezdődő térnyerése teljesen átalakította a megelőző évekre jellemző szerhasználati struktúrát: míg 2009-ben a tűcserebe járó intravénás szerhasználók 56%-a elsődlegesen heroint injektált, addig 2014-ben csupán a kliensek 6%-a vallotta, hogy elsődlegesen heroint használ. Az elmúlt évben először volt alacsonyabb a heroin-injektálók aránya az egyéb opiátokat injektálókéhoz képest a tűcserebe járó intravénás szerhasználók körben (ábrát lásd: Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.1 alfejezete 1. ábra).

Az intravénásan egyéb opiátokat, elsősorban metadont használók aránya nem változott jelentősen az elmúlt évek során: 7-9% körül mozgott 2011-2014 között.²³

A tűcserebe járó 25 és 34 év közötti kliensek 10,7%-a, míg a 34 év felettek 22,5%-a injektált elsődlegesen heroint vagy egyéb opiátokat, 25 év alatt elenyésző hányaduk (2,6%) használt elsődlegesen opiátokat 2014-ben. Csak a heroint és egyéb opiátokat injektálók csoportját vizsgálva megállapítható, hogy körükben a legtöbben (63%) a 34 év feletti korcsoportba tartoznak.

²³ 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.

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

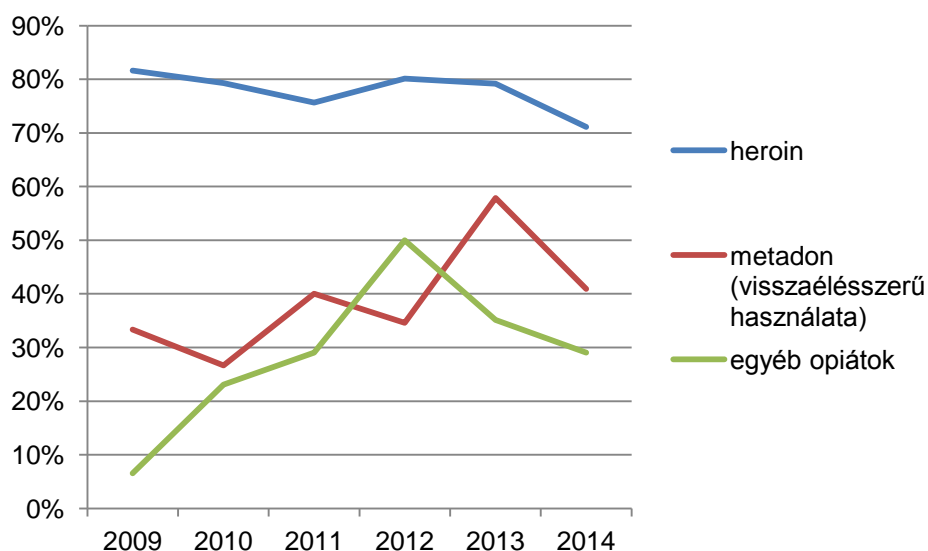
Az országos szerprevalencia vizsgálatban (Dudás et al. 2014) részt vevő intravénás szerhasználók megoszlását az elsődlegesen injektált szer szerint vizsgálva szintén jól látható az opiátok térvesztése 2006-tól kezdődően. Míg 2006-ban a minta 86,4%-a elsődlegesen opiátokat injektált, addig 2014-ben már csak 35,6%-uk vallott elsődleges szerének valamilyen opiátot. (ábrát lásd: Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.1 alfejezete 3. ábra)

A 2014. évre vonatkozó mintából kiválasztva az elmúlt 4 hétben is injektáló, aktív szerhasználókat, elmondható, hogy körükben alacsony és emellett közel azonos volt a részesedése a heroint és az egyéb opiátokat injektálóknak: 13,1%-uk injektált elsődlegesen egyéb opiátokat, elsősorban metadont, míg 15,5% a heroint vallotta elsődleges szerének.²⁴

Kezelési (TDI) adatok

Az intravénás beviteli mód arányát tekintve az elmúlt hat év távlatában a heroin esetében egy enyhe visszaesés 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.

7. ábra. Az intravénás beviteli mód aránya a kezelést kezdő opiáthasználók esetében szertípusonként 2009 és 2014 között.



Forrás: TDI adatgyűjtés 2015

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.

T1.2.2 Fertőző betegségek

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

²⁴ 2014-ben lett először szétbontva az opiát kategória heroindra és egyéb opiátokra (nyitott kérdés), így az elemzés csak erre az évre nézve tesz megállapításokat.

T1.2.3 Szerhasználati mintázatok

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

A tücsere szolgáltatók szakmai találkozásán (NFP 2015) a részt vevő, opiát helyettesítő kezelést is nyújtó szervezetek beszámoltak arról, hogy a helyettesítő kezelést igénybe vevő klienseik körében számottevően fordul elő a kezelés mellett a designer stimulánsok injektálása és/vagy a szintetikus kannabinoidok fogyasztása.

T1.2.4 Heroin- és egyéb opiátfogyasztók ellátása

Az opiáthasználat a 2014-es kezelésbe lépések 4,2%-ban volt a meghatározó szerhasználati mintázat (lásd Kezelés fejezet T1.3.1 és T2.1 alfejezetek) (heroin 140 fő, metadon visszaélészerű használata 23 fő, egyéb opiát 33 fő).

Az opiáthasználat miatt kezelésbe lépők 85,5%-a férfi, átlagéletkoruk 34 év, és átlagosan 14,5 évig használtak opiát típusú szereket a 2014-es kezelésbe lépésüket megelőzően. A kezelést megelőzően a jellemző beviteli mód az injektálás volt (60,2%), és 66,9%-uk heti 2-6 napon vagy naponta fogyasztotta a kábítószer. A heroinhasználók esetében 71,1%-ra tehető az injektálók és 17,2%-ra a füstölők (fóliázók) aránya. (Az injektálásról további információkat lásd a Kábítószerkezelés/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 igénybevételéről lásd a Kezelés fejezet T1.4.8-T1.4.10 valamint T2.1 alfejezeteit.

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ, beleértve a 2014-es évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, 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 esetben szignifikánsan

magasabb értékeket (vagyis súlyosabb pszichiátriai tüneteket) azonosítottak az ÚPSZ-t valaha próbáltak körében.

T5. KIEGÉSZÍTŐ ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs információ.

T6. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T6.1 FORRÁSOK

Dudás, M., Rusvai, E., Győri, Z., Tarján, A., Horváth, G., Minárovits, J., Takács, M., Csohán, Á. (2014): A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HCV) 2014. évi prevalenciájának vizsgálata. OEK. Publikálás alatt.

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

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.

NFP (2015): Túcsere szolgáltatók országos szakmai találkozója.

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

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

T6.2 MÓDSZERTAN

Túcsere adatgyűjtés: lásd Kábítószeres/ Stimulánsok T6.2 alfejezet

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

TDI adatgyűjtés 2015: lásd Kezelés fejezet T6.2 alfejezet

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

EGYÉB ÚJ PSZICHOAKTÍV SZEREK ÉS MÁS KÁBÍTÓSZEREK A FENTIEKEN TÚL

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

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

Korábbi kutatási adatok (Paksi és Arnold 2010) azt mutatták, hogy a prevenciós programokat működtető szervezetek többsége általános/univerzális prevenciót folytat, iskolai keretek között. Ezeknek a szervezeteknek a 70%-a volt civil szervezet, finanszírozásuk leginkább állami forrásból történt pályázati úton. Az iskolán kívüli, jellemzően célzott prevenciót folytató szervezetek között több volt az állami vagy önkormányzati (szociális ellátó, gyermekvédelmi intézmény), amelyek egyébként is találkoztak a célcsoporttal más vonatkozásban. Munkahelyi prevenciós programok csak eseti jelleggel fordultak elő.

A prevenciós tevékenység fő finanszírozója ma is az állam és már európai uniós források (TÁMOP, EFOP) is. A drogprevenciós feladatokért felelős háttérintézmény a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda. A korábban működtetett adatbázis mára elavult, prevenciós tevékenységet feltérképező kutatások az utóbbi időben nem készültek, így a prevenciós programok kínálatáról nem rendelkezünk naprakész információkkal.

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 szintjén 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 szintjén határoz meg feladatokat: helyi közösségek, család, köznevelési és gyermekvédelmi intézményrendszer, felsőoktatás,

²⁵ 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.

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 drogprevencióval kapcsolatos feladatait is:

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

A drogprevenció feladatokért felelős háttérintézmény pedig a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda, melynek kapcsolódó feladatai az alábbiak:

- „a kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos (...) nemzeti stratégiai program (...) célkitűzések megvalósítása érdekében a Kormány részére szakmai támogatást nyújt, különös tekintettel a megelőzés irányelveinek, megvalósítási módszereinek kidolgozására a közösségi és intézményi drogmegelőzési tevékenység területén továbbá az egységes szemlélet képviselőjére a magyarországi drogprevenció gyakorlatban,
- (...) különös figyelemmel a prevenció tevékenység hatékonyabbá tételére – kutatói és tudományos háttérrel nyújt,
- szakmai és módszertani szempontból elősegíti, illetve részt vesz a drogmegelőzéssel kapcsolatos kutatási programok kezdeményezésében, azok lebonyolításában, illetve

támogatásában, továbbá nemzetközi kutatási együttműködések kezdeményezésében,

- rész vesz a drogmegelőzéssel kapcsolatos képzések, továbbképzések előmozdításában, tartalmának, módszertanának kidolgozásában,
- terjeszti, és hozzáférhetővé teszi a drogrevenzióval kapcsolatos tudományos és gyakorlati ismereteket a szakmai célcsoportok számára,
- részt vesz a drogrevenzió szolgáltatásainak tervezésében, szervezésében, szakmai felügyeletében,
- közreműködik a nemzetközi drogmegelőzési gyakorlat áttekintésében, értékelésében, hazai adaptációja lehetőségeinek megvizsgálásában, modellprogramok kidolgozásában, ezzel összefüggésben részt vesz nemzetközi kábítószer-prevenziós együttműködésekben, projektekben,
- kidolgozza és működteti a szakterülettel kapcsolatos komplex adatbázis rendszerét, amely gyűjti, rendszerezi, hozzáférhetővé teszi a prevenziós programokkal (...) kapcsolatos különböző típusú adatokat, információkat,
- a drogmegelőzés területén részt vesz a kormányzat által indított átfogó programok megvalósításában (...)

(Forrás: NCSSZI 2015)

A prevenziós programokat működtető szervezetek túlnyomó többsége általános/univerzális, iskolai keretek között megvalósított prevenziót folytat és az iskolával szerződéses jogviszonyban áll. Egy 5 évvel ezelőtti kutatás adatai (Paksi és Arnold 2010) azt mutatták, hogy a programok közel 70%-át civil (nonprofit vagy egyházi) szervezet működtette, emellett kis számban előfordultak társas vállalkozások, önkormányzati, költségvetési szervezetek, és néhány esetben magánszemélyek is. A civil szervezetek döntő többsége alapítványi vagy egyesületi formában működött. A versenyszféra szerepvállalása minimális mértékű volt. A szervezetek aktuális számáról, tevékenységük részleteiről nincsenek információk.

A bűnmegelőzési keretek között működő szervezetekről rendelkezésre álló információk a T1.2.1 alfejezetben találhatóak.

T1.1.3 Finanszírozási rendszer

A prevenziós tevékenység egyik legmeghatározóbb tényezője a finanszírozás módja, mértéke. AT1.1.2 alfejezetben említett kutatás eredményei szerint átlagosan a prevenziós programok költségvetésének négyötöde külső, pályázati finanszírozással történt, ami a programok működésének folyamatossága szempontjából nagy bizonytalanságot visz a rendszerbe. A finanszírozó többnyire az állam. Ettől jelentősen elmaradt a piaci bevétel, az alapítványi, illetve az önkormányzati finanszírozás. Az adományozói finanszírozás aránya 2,9% volt. A működés kiszámíthatóságát/fenntarthatóságát javító stabil, állandó költségkeretek jelenléte nem volt jellemző. (Paksi és Arnold 2010)

T1.2 PREVENZIÓS BEAVATKOZÁSOK

T1.2.1 Környezeti prevenzió

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 drogrevenió. (részletesen lásd 2014-es Éves Jelentés 9.5 fejezet)

T1.2.2 Általános prevenció

A KAB-ME-14 pályázat keretében az iskolai szinten, valamint a helyi közösségi résztvevők együttműködésén alapuló, a drogfogyasztással szemben alternatívát nyújtó univerzális és célzott prevenciós beavatkozások, továbbá a családi rendszer megerősítését elősegítő programok támogatására volt lehetőség, illeszkedve a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 dokumentumhoz, 155.000.000 Ft (502,431 EUR) keretösszegben. A beadott 288 pályázat közül 164 nyert támogatást 145.558.372 Ft (471,824 EUR) összegben. (EMMI 2015a) A nyertes pályázatok fele 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). 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, drogrevenió programok:

2014 szeptemberétől elindult az országos roadshow, amely több mint 50 városba és kisebb településre látogatott el. A fiatalok bevonását célzó drogrevenió program sorozat, 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.

Az infokommunikációs technológiák alkalmazásával lehetőség nyílt a fiatalok közvetlen megszólítására egy komplex, univerzális drogrevenió programmal, melynek keretén belül a témához kapcsolódva kifejezheték kreativitásukat és alkotói készségüket²⁶. (NDI 2015)

Egészségfejlesztési irodák

Európai uniós támogatással az egészségügyi ellátórendszer prevenciós kapacitásának támogatására, az egészségügyi ellátórendszerhez integráltan egészségfejlesztési irodák jöttek létre, 2014 végéig 59 kedvezményezett kapott támogató döntést. Az irodáknak jelentős szerepe van az univerzális prevenció megvalósításban, 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 2015, EMMI 2015b)

²⁶ Még több információ olvasható a http://www.ndi-szip.hu/tamop-5_2_9/Rolunk.aspx oldalon.

A Nemzeti Bűnmegelőzési Tanács drogmegelőzési tevékenysége

Munkafüzet készült Lélekvesztők címmel a kisebb korosztályok számára, amely speciálisan a dohányzásról, az alkoholfogyasztásról, a kábítószerekről és az internet veszélyeiről tartalmaz meséket, pedagógusoknak ajánlják háttéranyagként órai feldolgozásra.

Legyen a sport a szenvedélyed! kampány

A kampány részeként a Magyar Labdarúgó Szövetség, a Magyar Edzőképző Központ és a Tanács közösen készített szóróanyagot a szülők számára. A gyermekek aktív bevonásának módja pedig ebben a témában rajzpályázat kiírása volt 2014-ben. (NBT 2015)

A Rendőrség drogmegelőzési tevékenysége

A 2013/14-es tanévben az általános iskolásoknak szóló DADA programban az ország 193 települése 342 iskolájának 1293 osztályában 33128 gyermek vett részt, akiket 157 rendőr oktatott. A 2013/14-es tanévben a középiskolásoknak szóló ELLEN-SZER programban az ország 26 települése 43 iskolájának 152 osztályában 7098 diák vett részt, akiket 27 rendőr oktatott (ORFK 2015). 2014-ben sor került az ELLEN-SZER tananyag megújítására. (NBT 2015)

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. (ORFK 2015)

T1.2.3 Célzott prevenció

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

A party service szolgáltatások egy része célzott prevencióba sorolható, többsége azonban ártalomcsökkentés, ezért részletes leírása az Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.5.2 és T1.5.3 alfejezetében található.

A Magyar Honvédség drogprevenciós tevékenysége

A Magyar Honvédség szervezeti keretein belül végzett drogprevenciós tevékenység fő irányait a jelenleg hatályos 80/2013 (X. 16.) OGY határozattal elfogadott Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 és a MH Drogprevenciós Stratégiája határozzák meg. Ezek alapján 2014 folyamán a következő tevékenységeket valósította meg (Magyar Honvédség, 2015):

- Kognitív ismeretátadás, tájékoztató kiadványok, vizuális szemléltetés keretében törzstanuló napon illetve továbbképzés keretein belül 16 alkalommal összesen 1489 fő

részvételével zajlottak tájékoztató előadások a drogprevenációt érintően. A közösségi, színtér programok alkalmával felkérés alapján 9 alkalommal vettek részt rendezvényeken, ahol összesen 3300 főt értek el.

- A MH Egészségmegőrző Program keretében 2014-ben 2 alakulatnál 82 fő vett részt ilyen programon.
- A misszióra tervezett állomány felkészítésében 2014-ban 3 alkalommal, 60 fő részvételével tartottak drogprevenációs felkészítést.
- Képzések: a katonai szervezeteknél drogprevenációs feladatokat ellátók (egészségügyi szakszemélyzet és a csapatpszichológusi állomány) részére 2014-es évben egy alkalommal került sor továbbképzésre 24 fő részvételével.

T1.2.4 Javallott prevenció

Az államilag támogatott programok között (lásd T1.2.2 alfejezet) néhány javallott prevenció program is megtalálható, amelyek különösen veszélyeztetett fiatalokat, tanodák diákjait, illetve szerfogyasztó családban élőket céloztak meg.

A büntetőeljárás alternatívájaként igénybe vehető elterelés egyik típusa, a megelőző-felvilágosító tevékenység, tekinthető javallott prevenciónak annyiban, hogy a már jogi procedúrába vont fogyasztók további fogyasztásának mérséklésére és megszüntetésére irányul. A vonatkozó adatgyűjtés a TDI részét képezi, ezért részletes leírása a Kezelés fejezet T1.2.2 és T1.3.1 alfejezetében található.

T1.3 PREVENCIÓS BEAVATKOZÁSOK MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSA

T1.3.1 Minőségbiztosítási standardok, irányelvek és célok

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

Az iskolai keretek között megvalósított egészségfejlesztési programok minőségbiztosítása érdekében 2013. február 1-től bevezetésre került az ezeket a programokat az iskolai egészségfejlesztés átfogó rendszerén belül szabályozó szakmai ellenőrző eljárás, amelyet a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) koordinál. (részletesen lásd 2014-es Éves Jelentés 3.4. fejezet) A bevezetett rendszer lényege, hogy az iskolákban csak olyan prevenció programok működhetnek, amelyek ezen az eljáráson megkapják a szakmai ajánlást.

2014-ben 41 iskolai egészségfejlesztési programajánlás iránti kérelem érkezett a NEFI-be, ebből 39 volt szerhasználathoz kapcsolódó prevenció program. A szakmai ajánlást végül 10 drogprevenációs program kapta meg. (NEFI 2015)

2. 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	28	7
kortárssegítés	3	1
szenvedélybetegség	1	1
komplex	7	1
bántalmazás és iskolai erőszak megelőzés	1	0
táplálkozás	1	1
összesen	41	11

Forrás: NEFI 2015

3. 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	28	7	6	15
szenvedélybetegség megelőzés	1	1	0	0
kortárssegítés	3	1	0	2
komplex	7	1	1	5
összesen	39	10	7	22

Forrás: NEFI 2015

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 mellett, 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 drogprevenció beavatkozásokkal találkozhattak a diákok (a kutatások részletes leírása olvasható a korábbi Éves Jelentésekben). 2010 óta csak regionális, illetve kvalitatív vizsgálatok történtek, ezért

jelenleg nincsenek információink arról, hogy hány prevenció program és milyen formában, milyen módszertannal dolgozik az országban.

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

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ, beleértve a 2014-es évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

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) (2015a): Az EMMI Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztályának beszámolója.

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2015b): Az EMMI Egészségpolitikai Főosztályának és Népegészségügyi Főosztályának beszámolója.

Magyar Honvédség (2015): Beszámoló a kábítószerügyi Éves jelentéshez.

NBT (Nemzeti Bűnmegelőzési Tanács) (2015): Tájékoztató a Nemzeti Bűnmegelőzési Tanács 2014. évi tevékenységéről.

NCSSZI (Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet) (2105): Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Szervezeti és Működési Szabályzata IV.1.3.3.

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

NEFI (Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet) (2015): 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>

ORFK (2015): A Rendőrség 2014. 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.

KEZELÉS²⁷

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

A kábítószer-használók járóbeteg és fekvőbeteg ellátása az egészségügyi és szociális ellátórendszer közös feladata. A kábítószer-használók ellátását, az ellátórendszer működését az Emberi Erőforrások 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 ország szerte. A kábítószerfüggők specializált járóbeteg ellátásának igényét a 1980-as években ismerték fel, és ekkor teremtették meg az első szolgáltatásokat. Az ellátást jellemzően állami/önkormányzati működtetésű közintézmények (kórházak, szakrendelők), illetve nonprofit egyházi/civil 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/megelőzési beavatkozások jogi lehetősége, melyhez a kezelésbe lépések többsége (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 tőcsere adatokból közvetlenebbül látható az új pszichoaktív szerek (továbbiakban ÚPSZ) elterjedésének következménye, mely tapasztalható az intravénás szerhasználat és a kezelési igény alakulása terén egyaránt. Ezzel párhuzamosan a heroinhasználat visszaesése és az amfetaminhoz köthető kezelési igény viszonylagos stabilitása figyelhető meg.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 SZAKPOLITIKA ÉS KOORDINÁCIÓ

T1.1.1 A legfőbb kezelési prioritások a nemzeti drogstratégiában

A kábítószer-használók ellátását illetően a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-20 (továbbiakban: Stratégia) konkrét céljai között nevesítésre került a gyermek- és fiatalkorúak ellátását szolgáló, a valós szükségleteknek megfelelő, országos lefedettségű és általános

²⁷ A fejezet szerzője: Péterfi Anna

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

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

A Stratégia kezelés-ellátás területén is a felépülés-központú megközelítést tekinti alapvetésnek, melynek célja a kliens 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.

T1.1.2 Ellátásszervezés és igazgatás a kábítószer-használók kezelése és ellátása területén

A kábítószer-használók ellátásában egyaránt érintett az egészségügyi és a szociális ellátórendszer. A kábítószer-használók ellátását, az ellátórendszer működését az *EMMI szociális ügyekért és társadalmi felzárkóztatásért felelős államtitkársága* valamint *egészségügyért felelős államtitkársága* koordinálja és felügyeli szakmai háttérintézményei, tanácsadó testületei segítségével.

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 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-fogyasztók 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 4. és 5. táblázatban mutatunk be.

4. táblázat. Járóbeteg ellátók (kezelőegységek száma 2014-ben)

	kezelőegységek száma	definíció (kezelőegységek típusai)
drogambulanciák, egyéb specializált drogbeteg ellátók	41	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 ²⁸	22	A TDI adatgyűjtésben magukat alacsonyküszöbű/drop-in/megkereső kezelőegységként azonosító szolgáltatók (jellemzően pszichoszociális ellátásokat nyújtó szolgáltatók).
általános / mentális egészségügyi ellátók	6	A TDI adatgyűjtésben magukat járóbeteg kezelőegységként (azon belül pszichiátriként) azonosító szolgáltatók (kórházakban és rendelőintézetekben)

²⁸ és egyéb, alapvetően szociális profilú kezelőegységek

		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 2015

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. §)

Az elterelést választókat egy pszichiáter szakorvos vagy klinikai szakpszichológus által végzett előzetes állapotfelmérés alapján utalják megelőző-felvilágosító szolgáltatásba (továbbiakban MFSZ) – mely inkább javallott prevenciós beavatkozásnak tekinthető –, vagy kezelésbe²⁹. 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. (Az elterelés miatt lezárult büntetőeljárásokról lásd a Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezet T1.2.1 alfejezetét.)

T1.2.3 A járóbeteg ellátórendszer kihasználtsága 2014-ben

Új kábítószer-használó kliens járóbeteg ellátásba történő kezelésbe vételéről 69 szolgáltató számolt be 2014-ben (a fogvatartottak ellátását nem számítva itt) a 90 jelentést küldő kezelőegység közül. Az összes kliens 85%-a (4688 főből 4003 fő) kezdett kezelést specializált járóbeteg ellátónál, alacsonyküszöbű szolgáltatónál vagy általános/mentális egészségügyi szolgáltatónál.

5. táblázat. Járóbeteg ellátás (kezelést kezdő kliensek száma 2014-ben)

	összes kliens száma (kezelést kezdők)	kezeltek jellemzői
drogambulanciák, egyéb specializált drogbeteg ellátók	3079	Közülük 1980 fő elterelés keretében kezdett kezelést.
alacsonyküszöbű szolgáltatók ³⁰	775	Közülük 539 fő elterelés keretében kezdett kezelést.
általános / mentális egészségügyi ellátók	149	Közülük 117 fő elterelés keretében kezdett kezelést.
kezelőegységek a büntetés-végrehajtásban	146	Közülük 144 fő elterelés keretében kezdett kezelést.

Forrás: TDI adatgyűjtés 2015

²⁹ melyeket a jogszabály „kábítószer-függőséget gyógyító kezelés” és „kábítószer-használatot kezelő más ellátás” típusokba sorol.

³⁰ és egyéb, alapvetően szociális profilú kezelőegységek

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
 - 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 team mellett gyakori a felépült szerhasználók alkalmazása is.

A kábítószer-fogyasztók ellátásának nagyobb csoportba sorolása miatt pontos szám adatok nem állnak rendelkezésre a kábítószer-használókat valóban ellátó kezelőhelyek számáról. Adatokkal a – fekvőbeteg ellátás területén részleges lefedettséggel rendelkező – TDI adatgyűjtésből rendelkezünk, melyeket az 6. és 7. táblázatban mutatunk be.

6. táblázat. Fekvőbeteg ellátók (kezelőegységek száma 2014-ben)

	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	6	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 4. táblázatban kerülnek megjelenítésre.

Forrás: TDI adatgyűjtés 2015

További információért a hazai terápiás közösségekről lásd 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 (további részletekért lásd 2012-es Éves Jelentés 11. fejezetét) alapján 14 volt, ebből mindössze 6 kezelőegység jelentett eseteket 2014-ben a TDI adatgyűjtésbe.

T1.2.8 A fekvőbeteg ellátórendszer kihasználtsága 2014-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 11,5%-a (4688 főből 539 fő) kezdett kezelést 2014 folyamán.

7. táblázat. *Fekvőbeteg ellátás (kezelést kezdő kliensek száma 2014-ben)*

	összes kliens száma (kezelést kezdők)	kezeltek jellemzői
kórházi fekvőbeteg osztályok	266	Közülük 7 fő elterelés keretében kezdett kezelést.
bentlakásos ellátás kábitószer-használók részére (nem kórházi)	0	
terápiás közösségek	273	Közülük 1 fő elterelés keretében kezdett kezelést.
kezelőegységek a büntetés- végrehajtásban	0	A fogvatartott klienseket lásd összesítve az 5. táblázatban.

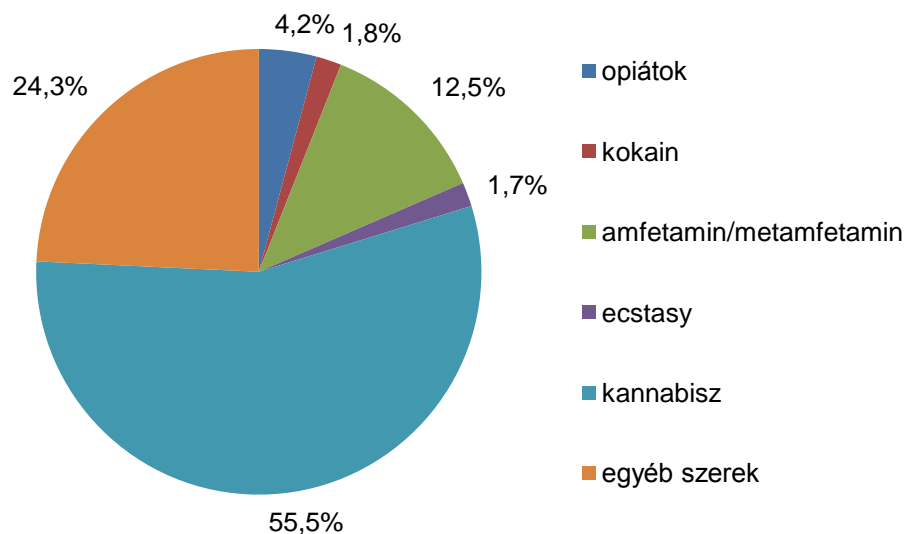
Forrás: TDI adatgyűjtés 2015

T1.3 KEZELÉSI ADATOK

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

2014-ben összesen 4688 kliens kezelésbe lépéséről számolt be a kábítószer-használók kezelésével (is) foglalkozó, és jelentést küldő 90 kezelőegység. Közülük 3120 fő életében először lépett kezelésbe. A kábítószer-használatból eredő probléma miatt kezelést kezdők többsége (55,5%) – a korábbi évekhez hasonlóan – kannabiszhasználat miatt kezdett valamilyen kezelési programot. Amfetaminhasználat miatt 12,5% jelentkezett kezelésbe. Az opiáthasználat kis mértékben volt jellemző indoka a kezelésnek (4,2%). A kokain és ecstasy-használók aránya egyaránt 2% alatt volt. A felsoroltakon kívüli egyéb szereket a kezelést kezdők közel negyede (24,3%) jelölt meg elsődleges szerként.

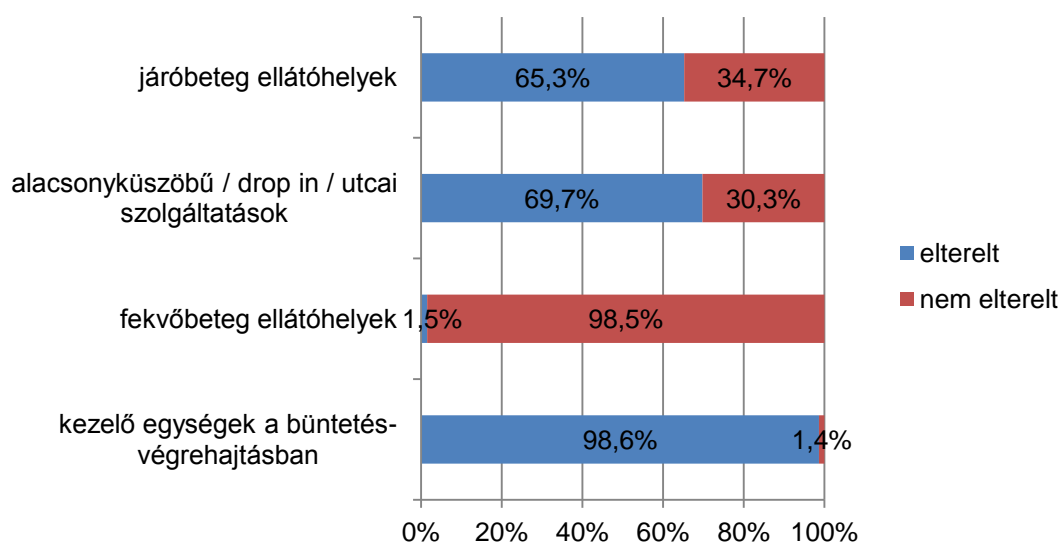
8. ábra. A kezelési igény elsődleges szer szerinti megoszlása (2014; %; N=4688)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2015

A büntetőeljárás elkerülése (elterelés) a kezelésbe kerülés legfőbb indoka a kábítószer-használók körében. Az összes klienst tekintve 60% (2788 fő) az így kezelésbe jutók aránya. Fontos azonban megjegyezni, hogy a kezelőhely típusokat vizsgálva, komoly különbségek figyelhetők meg az eltereltek arányában. Míg a járóbeteg és alacsonyküszöbű (szociális) szolgáltató klienseinek kb. 2/3-a került így kezelésbe (65% és 70%), addig a fekvőbeteg ellátásba kerülőknek mindössze töredéke (2%-a) kezdett kezelési programot a büntetőeljárás elkerülése érdekében.

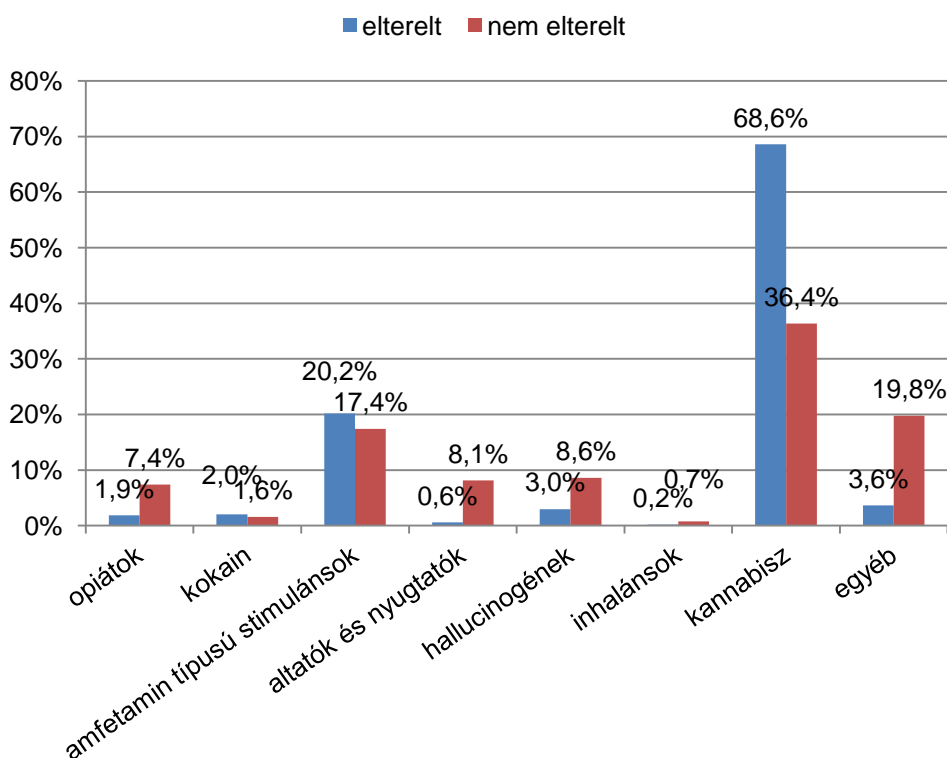
9. ábra. Eltereltek aránya a kezelést kezdők körében, kezelőhely típusa szerint (2014; N=4666)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2015

A szertípus szerinti megoszlás is különböző képet mutat az elterelés miatt, és az egyéb indokból kezelést kezdők körében. Az eltereltek esetében a legmarkánsabb különbség a kannabiszhasználók rendkívül magas aránya (68,6%). A nem elterelés miatt kezelést kezdők körében is ez a legjellemzőbb elsődleges szer, de ott mindössze 36,4% az arányuk.

10. ábra. Kezelést kezdők szertípus szerinti megoszlása az eltereltek és a nem eltereltek körében (2014; eltereltek=2788; nem eltereltek=1878)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2015

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 alfejezeteiben. A kezelést kezdő fogvatartottak jellemzőiről lásd a Börtön fejezet T1.2.2 alfejezetét.

T1.4 A KEZELÉS TÍPUSAI

T1.4.1 Járóbeteg ellátás keretében nyújtott szolgáltatások

A kábítószer-használók számára nyújtott járó- és fekvőbeteg 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 járó- és 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 7 szolgáltató jelent az országos jelentési rendszerben. (Az adatgyűjtés leírását lásd a T6.2 alfejezetben.)

A büntetés-végrehajtás intézeteiben működő kezelőegységek nem nyújtanak helyettesítő kezelést, esetenként az előzetes letartóztatásban lévők hozzájutnak a helyettesítő gyógyszerhez, amennyiben a fogva tartó intézmény együttműködik a letartóztatás előtt kezelést biztosító külső ellátóval. (Lásd Börtön fejezet T1.3.4 alfejezet.)

T1.4.8 Opiát helyettesítő kezelésben részesülő kliensek száma

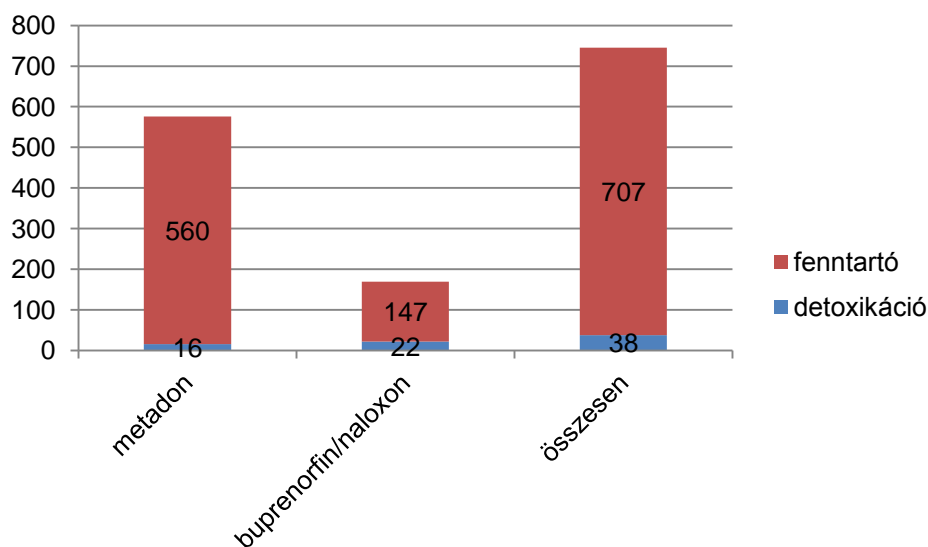
Magyarországon kétféle helyettesítő szer alkalmazásáról beszélhetünk opiát helyettesítő programokban: a metadon és a buprenorfin/naloxon. Történeti és finanszírozási okok miatt a metadon alkalmazása az elterjedtebb, jellemzően az éves esetszám $\frac{3}{4}$ -e részesül kezelésben ezzel a helyettesítő szerrel (2014-ben 576 fő, 77%), míg a buprenorfin/naloxon keverék a kliensek hozzávetőlegesen $\frac{1}{4}$ -e esetében a választott helyettesítő szer (2014-ben 169 fő, 23%). Különbség még a két szer alkalmazásában, hogy a buprenorfin/naloxon esetében lehetőség van beteg által finanszírozott gyógyszerfelírásra is, így a teljesítmény korlát miatt keretek közé szorított ellátási kapacitásokon felül lehetőség nyílik a költségeket vállalni kész kliensek ellátására.

A hazai szubsztitúciós jelentésben részt vevő szolgáltatók 2014-ben összesen 745 kliensről számoltak be, ez szakértői becslések szerint az összes eset hozzávetőlegesen 75%-át fedi le.

T1.4.10 Kiegészítő információk az opiát helyettesítő kezelésről

Az opiát helyettesítő kezelések 95%-a fenntartó kezelés volt, 5%-uk detoxikációs célú kezelés 2014-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) a detoxikációs kezelés hosszát 1 és 6 hónap között határozza meg metadon esetében.

11. ábra. Az opiáthelyettesítő kezelésben ellátottak megoszlása a helyettesítő szer és terápia célja szerint (2014; N=745)



Forrás: Szubsztitúciós adatgyűjtés 2015

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

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

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 alapulnak³¹. Leírják a szolgáltatás céljait, vezérelvét, a szolgáltatók jellemzőit, a minőségbiztosítás feltételeit valamint a szolgáltatás által lefedett tevékenységeket.

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

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

T2.1 A KEZELÉST KEZDŐK, ILLETVE AZ OPIÁT HELYETTESÍTŐ KEZELÉSBEN ELLÁTOTTAK KÖRÉBEN MEGFIGYELHETŐ HOSSZÚ TÁVÚ TRENDEK

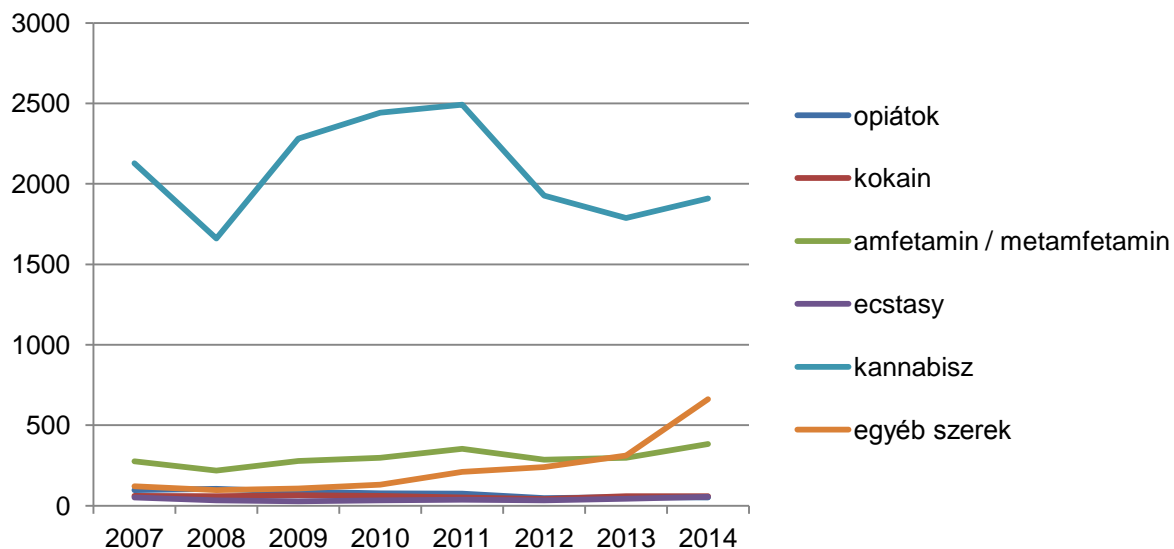
A kezelésbe lépők esetében – mind az elsőként kezelésbe lépőket, mind az összes klienst tekintve – elmondható, hogy a kannabiszhasználat a legjellemzőbb probléma, amihez a kezelési igény kötődik, különösen az elterelés keretében kezelést kezdők körében. A fentiekben (lásd T1.2.2 és T1.3.1 alfejezet) már leírt sajátossága a magyar ellátórendszernek, hogy a kliensek többsége a büntetőeljárás elkerülése érdekében kezd kezelést. Ezen kliensek egy része nem igényel addiktológiai ellátást, őket egyfajta javallott prevenciós 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 az egyéb szerek markáns emelkedése 2010-től 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 kábítószer-problémával kezelt klienseik 26%-a szintetikus kannabinoid, 21% valamilyen designer stimuláns miatt került kezelésben (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).

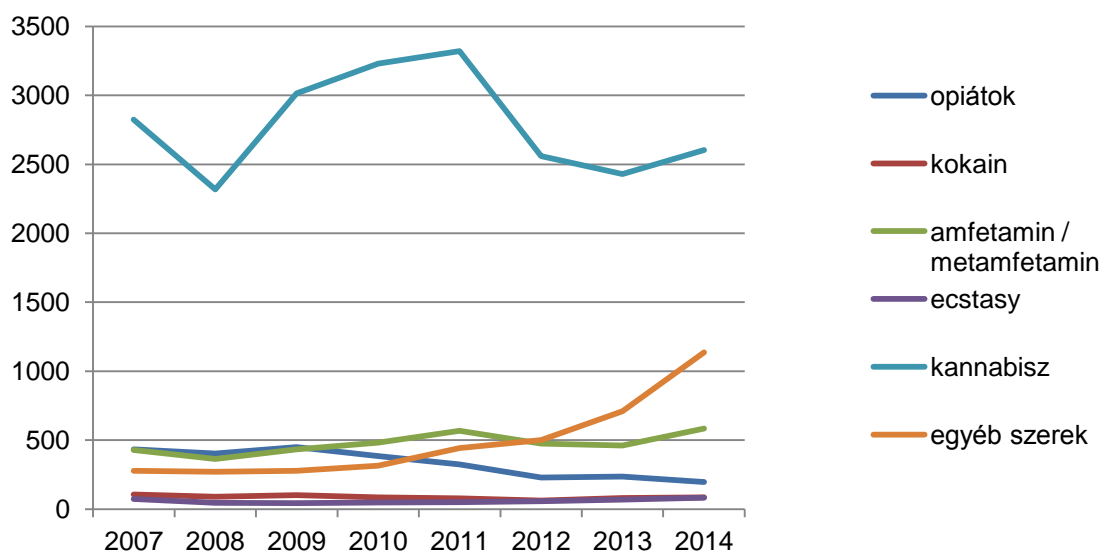
³¹ Az irányelv tervezeteket konszenzus konferencián egyeztették a szakma képviselőivel.

12. ábra. *Trendek az elsőként kezelést kezdők körében szer típus szerint 2007-2014*



Forrás: TDI adatgyűjtés 2015

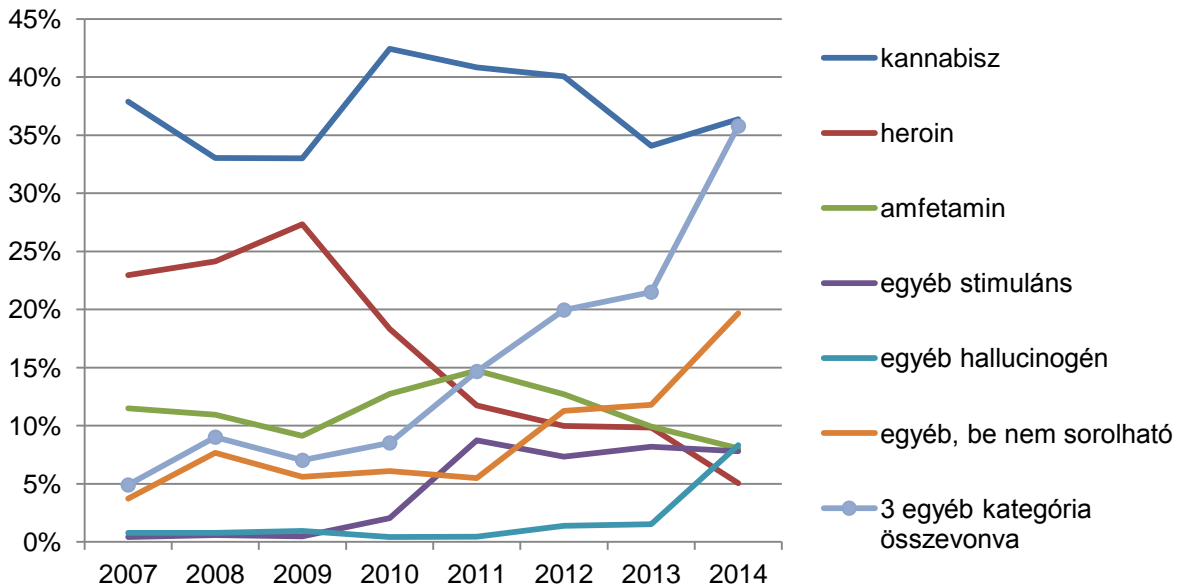
13. ábra. *Trendek az összes kezelést kezdő körében szer típus szerint 2007-2014*



Forrás: TDI adatgyűjtés 2015

Mivel az elterelés révén kezelésbe kerülők jellemzői – dominanciájuk miatt – erősen befolyásolják a megfigyelhető trendeket, ezért többlet információt nyújthat azon esetek külön vizsgálata, mikor a kezelésbe lépés egyéb indokból történik, nem a büntető eljárás elkerülése végett. A nem elterelés keretében kezelést kezdő kliensek körében 2009 és 2014 között az elsődlegesen heroinhasználó kliensek aránya 23%-ról 5%-ra esett vissza. Az új pszichoaktív szereket tartalmazó kategóriákat tekintve (szolgáltatói beszámolók alapján: „egyéb stimuláns”, „egyéb hallucinogén” és „egyéb, be nem sorolható”) látható, hogy az ezen szerekhez köthető kezelési igény 2009-től folyamatosan növekedett (3 egyéb kategória összevonva a 14. ábrán), mígnem 2014-re elérte a kannabiszhasználattal összefüggő kezelési igény szintjét.

14. ábra. Trendek az elterelésen kívül kezelést kezdők körében * 2007-2014

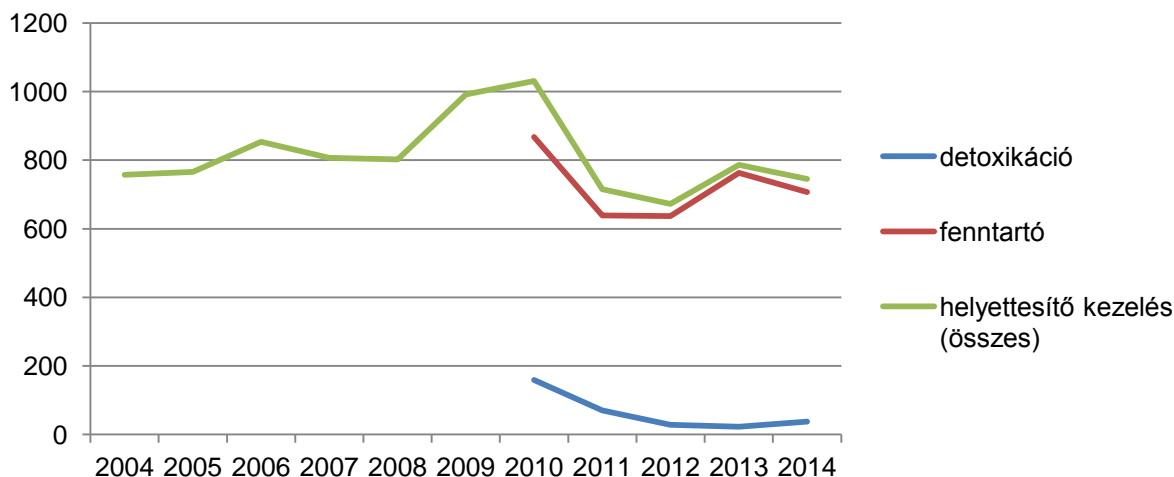


*Az összes nem eltereltre kalkulálva, a legfontosabb szerkategóriák feltüntetésével
 Forrás: TDI adatgyűjtés 2015

Habár a TDI adatokban és egyéb adatforrásokban (Péterfi 2015; Csák 2012; Horváth et al. 2011) is megfigyelhető az ÚPSZ (elsősorban szintetikus kannabinoidok és szintetikus katinonok) 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 opiát helyettesítő kezelésben ellátottak száma relatíve stabil a vizsgált évek viszonylatában: volt egy kisebb emelkedés 2008-at követően, mely a buprenorfin/naloxon bevezetéséhez (és az önfinanszírozott ellátás lehetőségének megteremtéséhez) köthető, majd egy módszertani fejlesztés (mely lehetővé tette a duplikációk kiszűrését országos szinten), mely a 2011-es visszaesést okozta. A relatíve stabil hozzáférés oka, hogy finanszírozott kezelési kapacitás nem változott az évek során. Az utolsó becslés a heroinhasználók számáról 2013-ban készült 2010-2011-re vonatkozóan, ezek alapján 2010-ben hozzávetőlegesen 22% volt a helyettesítő kezelés lefedettsége az összes heroinhasználó viszonylatában.

15. ábra. Trendek az opiát helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek esetében, 2004-2014



Forrás: Szubsztitúciós adatgyűjtés 2015

Az intravénás szerhasználatban tapasztalható trendekről lásd a Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.1 és T1.2.3 alfejezeteit.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ, beleértve a 2014-es évre vonatkozókat is, az alapadatok között, a T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

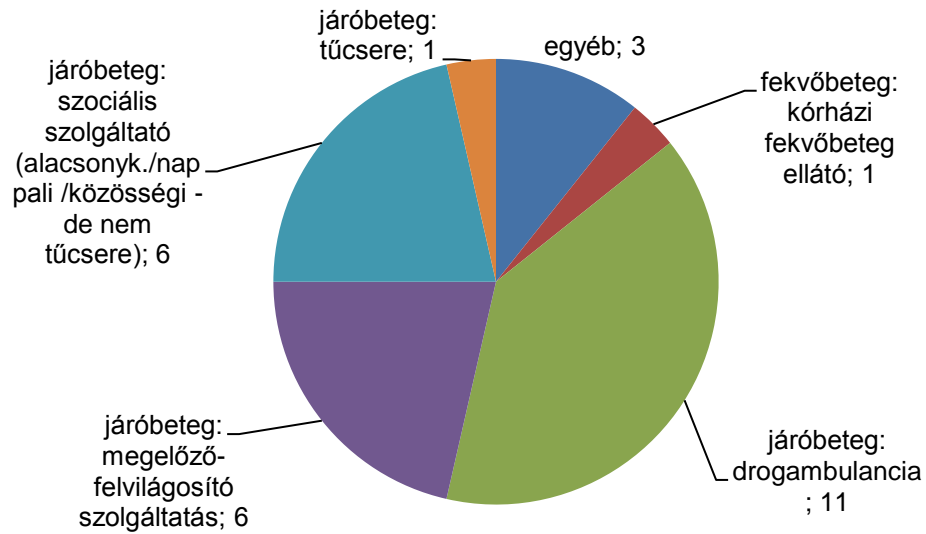
T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T4.1 EGYÉB ADATFORRÁSOK

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 reprezentatívan 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.

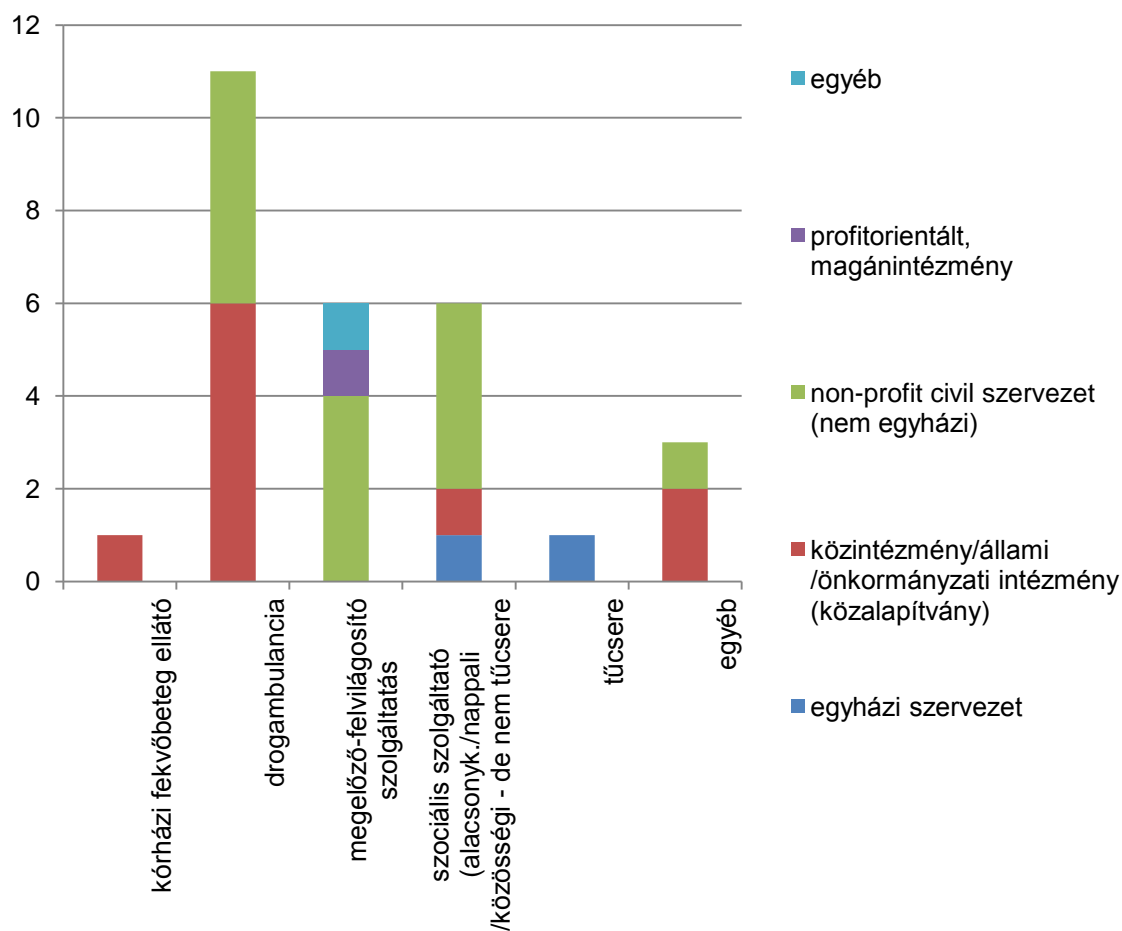
16. ábra. Kezelőhely típusa (N=28)



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 többsége civil szervezetként sorolta be magát. Összesen a 28 válaszadó fele (14 kezelőegység) kategorizálta magát civil szervezetként.

17. 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 finanszírozás³² igénybevételét jelölte meg, 7 kezelőegység csak szociális forrásokat³³ használ fel, 6 szolgáltató vegyes finanszírozással működik, míg 6 szervezet kizárólag MFSZ-t nyújt, így a többi kábítószer-használók ellátására felhasználható forrást nem igényelheti³⁴.

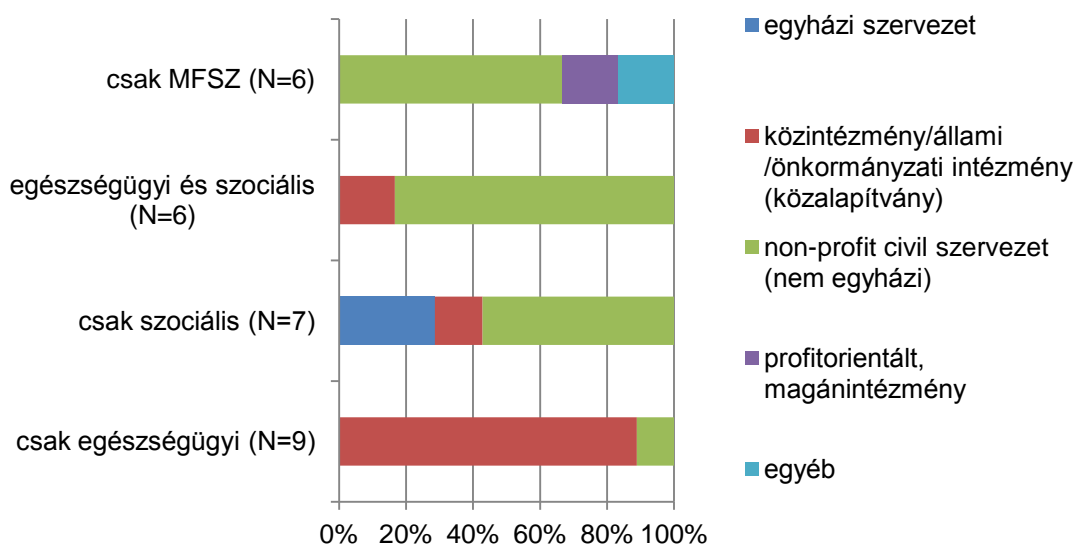
A működési formát a felhasznált finanszírozási forrásokkal összevetve a mintába került szervezeteknél nagyobb arányban vannak a non-profit civil szervezetek a vegyes finanszírozású intézmények között, a csak szociális ellátások nyújtása pedig az egyházi és civil szervezetek körében jellemzőbb. Csak egészségügyi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

³² OEP finanszírozott addiktológiai (vagy drogbeteg) vagy pszichiátriai járóbeteg vagy fekvőbeteg ellátás

³³ Közösségi ellátás szenvedélybetegek részére (NRSZH), Alacsonyküszöbű ellátás szenvedélybetegek részére (NRSZH), Nappali ellátás szenvedélybetegek részére (NRSZH)

³⁴ A finanszírozási lehetőségek besorolásánál nem számítottuk az MFSZ-re lehívható finanszírozást a szociális források közé.

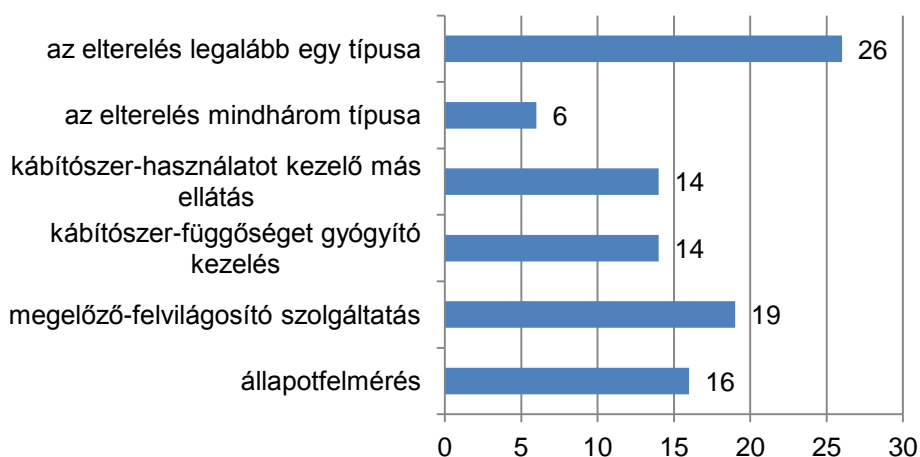
18. ábra. Működési forma a kezelőhely finanszírozása szerint (N=26)



Forrás: Péterfi 2015

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

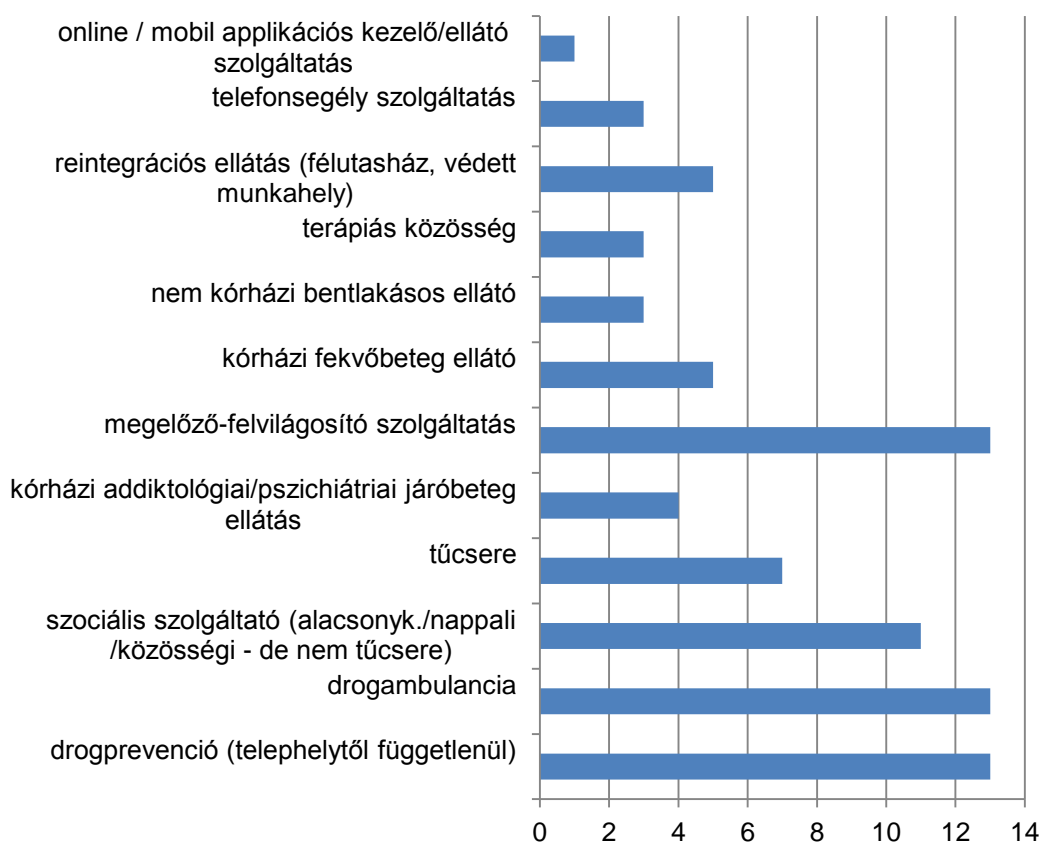
19. ábra. Az elterelés hozzáférhetősége (N=28)



Forrás: Péterfi 2015

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

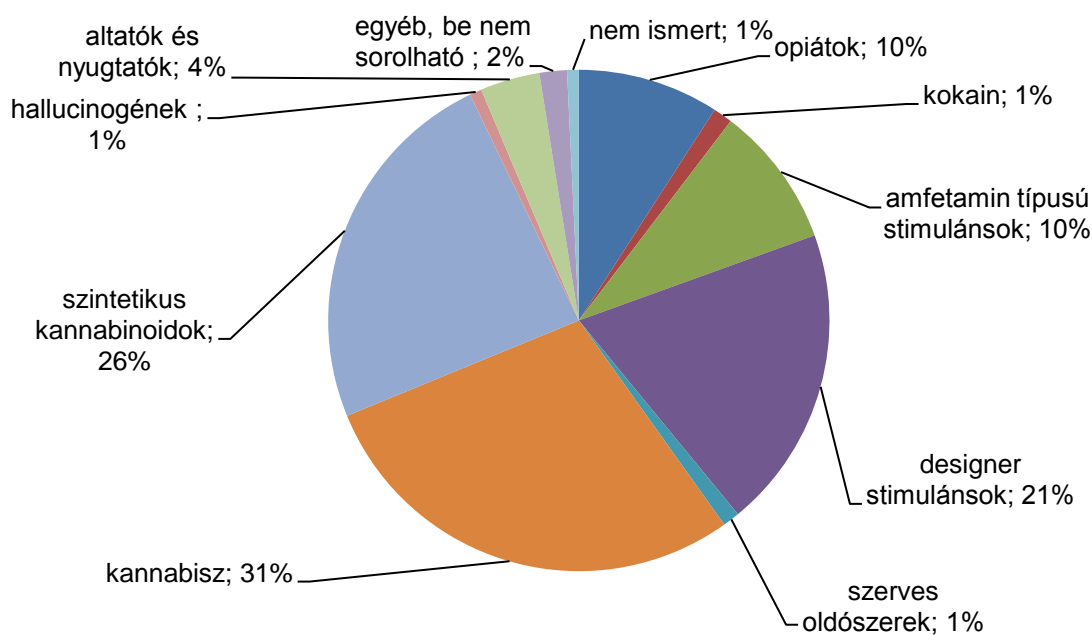
20. ábra. Egyéb az anyaintézmény által működtetett kezelőegységek/programok (N=28)



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 szerinti becsült megoszlása és a megadott éves kliensszám segítségével a témában adatot szolgáltató 25 kezelőegység által ellátott populáció esetében megbecsülhető volt a kliensek szerinti megoszlása, mely alapján – hasonlóan a kezelési (TDI) adatokhoz – a kannabiszhasználat volt a legfőbb probléma (31%). A kannabiszt követő két legnagyobb klienscsoport az ÚPSZ, 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 becslés alapján.

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



Forrás: Péterfi 2015

T5. KIEGÉSZÍTŐ ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T5.1 AZ OPIÁT HELYETTESÍTŐ GYÓGYSZEREK VISSZAÉLÉSSZERŰ HASZNÁLATÁNAK MONITOROZÁSA

Magyarországon nincs kifejezetten a helyettesítő szerek visszaélészerű használatát nyomon követő adatgyűjtés, vannak azonban egyéb adatgyűjtések, melyekben tetten érhető a jelenség megléte. Ezek:

- A Nemzeti Drog Fókuszpont utcai kábítószer árak adatgyűjtése: kérdőíves vizsgálat a szerhasználók által tapasztalt utcai árakról (és közvetve a szerek elérhetőségéről), ebben megjelenik mind a metadon, mind a buprenorfin/naloxon a mintába kerültek által említett szerek között (lásd Kábítószerpiac fejezet T1.1.5 alfejezet);
- TDI adatgyűjtés: rutin adatgyűjtés, mely többek között információt nyújt az elsődlegesen a metadon visszaélészerű használata miatt kezelést kezdők számáról az adott évben (lásd Kábítószer/Heroin és egyéb opiátok fejezet T1.2.1 és T1.2.3 alfejezetei);
- Kábítószerrel összefüggő halálozás: rutin adatgyűjtés, mely információt nyújt az adott évben kábítószer túladagolás miatt elhunytak számáról szerenkénti bontásban (melyben megjelenhetnek a metadonhoz köthető halálesetek is) (lásd Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.1.1 alfejezet);
- A Nemzeti Drog Fókuszpont tűcsere szolgáltatók körében végzett adatgyűjtése: rutin adatgyűjtés a hazai szolgáltatók körében, mely tartalmazza a szolgáltatásban részt vevő kliensek elsődlegesen injektált szerét. Ezen szerek között megjelenik a metadon valamint a buprenorfin/naloxon is (lásd Kábítószer/Stimulánsok fejezet T1.2.1 alfejezet);
- A BSZKI lefoglalási adatai: a BSZKI által évente biztosított lefoglalási adatokban külön statisztika foglalkozik az injektáló eszközökön talált anyagmaradványokkal, ezen hatóanyagok között szerepel a metadon is (lásd Kábítószerpiac fejezet T1.1.5 alfejezet).

T5.2 INTERNET ALAPÚ KEZELÉSI BEAVATKOZÁSOK MAGYARORSZÁGON

A MOLTE (Magyarországi Online Tanácsadás Egyesület) információi alapján 4 online program érhető el Magyarországon kábítószer-használók számára:

- a Kék Pont Alapítvány által működtetett kannabiszhasználókat célzó önszegítő program (kannabiszpont.hu);
- a Drog-Stop által működtetett ártalomcsökkentő applikáció (Drog-Stop), valamint online tanácsadás kábítószer-használók részére (drogstoponline.hu);
- a Félúton Alapítvány elsősorban szenvedélybetegeket célzó online tanácsadási programja (<http://www.feluton.hu>); valamint
- a Kallódó Ifjúságot Mentő Missziós Támogató Alapítvány kábítószer-használókat célzó online tanácsadási programja (<http://drogproblemak.hu/index.php/online-tanacsadas>).

T5.3 SPECIÁLIS KEZELÉSI PROGRAMOK ÚJ PSZICHOAKTÍV SZERT HASZNÁLÓK SZÁMÁRA

A Nemzeti Drog Fókuszpont kezelőhely vizsgálatában (lásd T4.1 és T6.2 alfejezet) 1 szolgáltató tett említést ÚPSZ használók számára nyújtott speciális programról: egy józanságmegtartó csoportról kifejezetten ezen szerhasználói csoport tagjai számára.

T6. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T6.1 FORRÁSOK

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

EMCDDA (2000): 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.

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

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.

TDI adatgyűjtés 2015: 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 2000) iránymutatásait követve került kidolgozásra. Az adatgyűjtés anonimizált azonosítók segítségével történik, így az éves statisztikákból kiszűrhetők a duplikációk – vagyis egy személy évente csak egyszer jelenik meg az adatokban. További részletekért lásd a protokollt (EMCDDA 2010).

Szubsztitúciós adatgyűjtés 2015: A szubsztitúciós adatgyűjtést az Országos Addiktológiai Centrum koordinálja. 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 a nemzeti szintű duplikációszűrésnek köszönhetően (az adott év utolsó jelentése alapján).

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

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 újra növekedett az opiátokhoz köthető esetek száma. A szerstruktúrában bekövetkezett elmozdulás összességében nem okozott változást a halálesetek számában.

2014-ben 23 kábítószer-használattal közvetlenül összefüggő túladagolós és 42 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, metamfetaminhoz vagy designer stimulánshoz volt köthető.

A kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek esetében a 2006 óta folyó országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatok során 2014-ben találtak először HIV-fertőzöttestet a vizsgálatba bevont személyek között (2 fő, 0,3%). A hepatitis C vírus prevalenciájának országos átlaga 25% körül alakult az intravénás szerhasználók körében 2011-ig, azonban 2014-ben 48,7%-nak bizonyult, amely kétszerese az előző években mért országos HCV prevalencia értéknek.

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 HCV előfordulási gyakorisága.

2014-ben az elmúlt 4 hétben is injektáló, aktív szerhasználók körében az új pszichoaktív szereket injektálók alkották a legnagyobb csoportot, körükben a HCV prevalenciája 73,9% volt.

A válaszlépések terén a tűcsere programok esetében 2011-ben az előző évekhez képest ugrásszerűen megnőtt a kiosztott fecskendők száma, amelynek háttérében a klasszikus kábítószerekhez képest jóval gyakrabban injektált új pszichoaktív szerek 2010-ben kezdődő térnyerése áll. A 2011-ig tartó növekvő trendet a rendelkezésre álló források csökkenése törte meg 2012-ben, amikor az új szerhasználati mintázatok miatti növekvő fecskendő-igény ellenére 220 ezerrel kevesebb injektort osztottak ki a szervezetek. Bár az egyedi minisztériumi támogatásoknak köszönhetően enyhén növekedett az elmúlt 2 évben 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.

2014-ben a programok összesen 460.977 steril injektort osztottak ki a klienseknek, a hozott illetve gyűjtött használt fecskendők száma 296.716 darab volt. A programokat 2014-ben 4442

³⁵ A fejezet szerzői: Horváth Gergely, Tarján Anna

intravénás szerhasználó vette igénybe 41.535 alkalommal. Egy intravénás szerhasználóra 81 fecskendő jutott a tárgyévben.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK

T1.1.1 Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek

Közvetlen túladagolás okozta halálesetek

2014-ben 23 kábítószer-használattal közvetlenül összefüggő halálesetet jelentettek a speciális halálozási regiszterbe így a 2103-as magasabb esetszám után visszatérés mutatkozik a korábbi években tapasztaltakhoz (2013:31; 2012: 24; 2011:14, 2010:17 eset) viszonyítva³⁶. A 23 halálesetből 2 esetben volt nő az elhunyt.

Az öngyilkossági szándékot egyértelműen bizonyító körülményre a 2014-es eseteknél nem derült fény.

8. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2014-ben (fő)*

	férfi	nő	összesen
opiát típusú kábítószer okozta mérgezés ³⁷	8	2	10
metadon (egyéb kábítószer nélkül) okozta túladagolás/mérgezés ³⁸	2	0	2
egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	4	0	4
egyéb szer okozta mérgezés ³⁹	7	0	7
összesen	21	2	23

Forrás: OAC 2015a

A túladagolós esetek körében a férfiak átlagéletkora 33,3 év, a nőké 38 év, együttesen pedig 33,7 év volt. Az opiátokhoz és a metadonhoz köthető halálesetek a 35 évnél idősebbek körében volt jellemző.

A legtöbb elhunyt 7 eset (30,4%) a 30-34 évesek, további 5-5 eset (21,7%) a 35-39 illetve a 40-44 évesek korcsoportjába tartozott, összességében a 30 év feletti az esetek háromnegyedét tették ki.

9. 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	3	4	3	0	0	0	10

³⁶ A tramadolhoz köthető esetek kizárásra kerültek.

³⁷ Opiát bomlástermék (morfin) mellett más szerek előfordulhatnak, beleértve a metadont is, de a kizárólag metadonhoz köthető esetek kizárásra kerültek.

³⁸ Alkohol és/vagy benzodiazepinek előfordulása mellett.

³⁹ Kábítószernek nem minősülő pszichoaktív anyag, gyógyászati készítmények kizárása mellett.

metadon okozta túladagolás/mérgezés	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	0	0	1	2	0	1	0	0	0	4
egyéb szer okozta mérgezés	1	3	0	2	1	0	0	0	0	7
összesen	1	3	1	7	5	5	1	0	0	23

Forrás: OAC 2015a

A 23 halálesetből 13 (56,6%) – közöttük a két női eset – Budapesten történt, megyeszékhelyen vagy nagyvárosban három, kisvárosban három, községben két haláleset fordult elő. Egy esetben volt az elhunyt hajléktalan, egy esetben pedig külföldi személy, EU tagállam állampolgára.

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

Közvetett halálesetek

2014-ben 42 kábítószer-fogyasztással közvetetten összefüggő halálesetről érkezett bejelentés a halálozási regiszterbe, Az elhunytak között 33 férfi és 9 nő volt.

Az esetek közül 11 természetes okra visszavezethető, korábbi kábítószer-fogyasztással összefüggő haláleset volt. A halál oka leggyakrabban kardiológiai eredetű (szívizom-elfajulás) volt. 17 öngyilkosság esetében mutattak ki az elhunytak biológiai mintáiban valamilyen kábítószer. 14 esetben erőszakos haláleset történt (gyilkosság, baleset vagy olyan önártalom, ahol a szándék nem volt megállapítható).

T1.1.2 Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek toxikológiai adatai

Túladagolósos halálesetek toxikológiai adatai

Kizárólag heroinhasználathoz köthető haláleset 2014-ben sem történt. Opiát és más kábítószerek együttes használata 10 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.

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

Egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés négy esetben fordult elő. Három esetben amfetamin és metamfetamin volt kimutatható egyebek mellett. A negyedik polidroghasználathoz köthető halálesethez GHB és különböző gyógyszerek együttes használata vezetett.

Hét esetben valamilyen egyéb szerhez volt köthető a haláleset, ezek jellemzően új pszichoaktív anyagokhoz köthető halálesetek. α -PVP három ill. α -PVT egy esetben volt jelen. Négy esetben volt jelen szintetikus kannabinoid a mintákban (AB-PINACA, ADB-CHMINACA, AB-CHMINACA) egyéb szerek mellett. A további kimutatott új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) a pentedron, a bk-MPA és az mpx voltak, továbbá megjelentek más kábítószerek és gyógyszerek is. 3 esetben valamilyen designer stimuláns és szintetikus kannabinoid együttesen fordultak elő a mintákban.

Az elhunytak véréből 12 esetben volt alkohol is kimutatható.

10. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálosetek száma 2014-ben*⁴⁰

	összesen
opiát okozta túladagolás/mérgezés (metadon és más szer nélkül)	0
opiát és egyéb szer okozta túladagolás/mérgezés	10
metadon okozta túladagolás/mérgezés ⁴¹	2
egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	4
egyéb szer okozta mérgezés	7
összesen	23

Forrás: OAC 2015a

T1.2 KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ MÉRGEZÉSEK

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

T1.3 KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

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

Bejelentett HIV/ AIDS, HBV, HCV esetek

2014-ben Magyarországon összesen 271 újonnan diagnosztizált HIV-pozitív esetet jelentettek be, az incidencia 27 eset/1millió lakos értéknek felelt meg. A regisztrált HIV-fertőzöttek több mint háromnegyedénél volt ismert a fertőződés módja. Az ismert rizikócsoporthoz tartozó HIV-fertőzöttek és AIDS betegek közül egy magyar állampolgár tartozott az intravénás szerhasználók rizikócsoportjába. (Csohán et al. 2015).

11. táblázat. *A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoporthoz szerinti megoszlása 2010-2014 között (fő)*

	2010	2011	2012	2013	2014
homo/biszexuális	124	106	146	160	171
heteroszexuális	19	18	23	24	28
hemofília	0	0	0	0	0
transzfúziós recipiens	0	2*	1*	0	0
intravénás szerhasználó	0	0	0	1*	1
nosocomiális	0	0	0	0	0
maternalis	0	0	1	1	1
ismeretlen	39	36	48	54	70
összesen	182	162	219	240	271

** Importált esetek*

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2015)

2014-ben 67 akut hepatitis B megbetegedést jelentettek be, az incidencia 0,7‰ volt. 10 főnél volt ismert a fertőződés módja, közülük kettő 25-34 év közötti férfi tartozott az intravénás szerhasználók rizikócsoporthoz.

2014-ben 44 heveny hepatitis C megbetegedést jelentettek, az incidencia 0,4‰-nak bizonyult. A 44 beteg közül nyolcnál volt ismert a fertőződés módja, közülük egy 25 évesnél

⁴⁰ Special register Selection D.

⁴¹ Alkohol és/vagy benzodiazepinek előfordulása mellett.

fiatalabb és egy 25-34 év közötti nő, illetve három 25 évnél fiatalabb, és két 25-34 év közötti férfi fertőzött intravénás szerhasználat révén. (Csohán et al. 2015).

HIV/HCV prevalencia az intravénás szerhasználók körében

Az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálat (Dudás et al. 2014) során 592 mintát adó személy közül 438 (74%) volt férfi és 154 (26%) volt nő. A három korcsoport közül (<25, 25-34, 34<) a 25-34 év közötti korcsoportba tartozók és a 34 év felettiiek adták a vizsgálatban részt vevők 40-40%-át, a 25 évnél fiatalabbak alkották a legkisebb csoportot 95 fővel (20%). Szerhasználati jellemzőiket lásd: Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.1 alfejezet és Kábítószeres/Heroin és egyéb opiátok fejezet T1.2.1 alfejezet.

HIV

A 2014. évi országos HIV/HCV prevalencia vizsgálat alapján 592 személyből 2 férfi bizonyult HIV-pozitívnak (0,3%), akik a 25-34 évesek közül kerültek ki. Mindkét HIV-fertőzött személy 2-4 éve használt kábítószer intravénásan. Mindketten elsődlegesen új pszichoaktív szert (ÚPSZ) injektáltak. A két HIV-pozitív személy 4 héten belül injektált utoljára.

HCV

A HCV-re irányuló laboratóriumi vizsgálatok 573 esetben mutattak egyértelmű eredményt (lásd: T1.6.2 alfejezet). Ezek közül 279 személynél (48,7%) mutattak ki hepatitis C vírus elleni ellenanyagot. Az egyik HIV-pozitív férfi vérmintája egyidejűleg hepatitis C pozitívnak is bizonyult. Azon szerhasználók között, akik 4 héten belül injektáltak utoljára, 64,9% volt a HCV ellenanyag pozitív személyek aránya.

A férfiak és a nők HCV fertőzöttségében (49,8% és 45,6%) az eltérés nem volt szignifikáns. A 25-34 év közötti férfiak, illetve a 34 évnél idősebb férfiak és nők HCV prevalencia értékei haladták meg az átlagos prevalencia értéket. Emellett fontos megemlíteni, hogy a fiatal, 25 év alatti nők és férfiak körében is 30% felett volt a HCV prevalencia.

12. táblázat. Az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége nem és korcsoport szerinti bontásban, 2014-ben

korcsoport	nem	vizsgált személyek száma (N)	HCV fertőzöttek száma (N)	HCV fertőzöttek aránya (%)
< 25 év	férfi	61	21	34,4
	nő	32	10	31,3
25-34 év	férfi	173	95	54,9
	nő	66	31	47,0
> 34 év	férfi	191	96	50,3
	nő	49	26	53,1

Forrás: Dudás et al. 2014

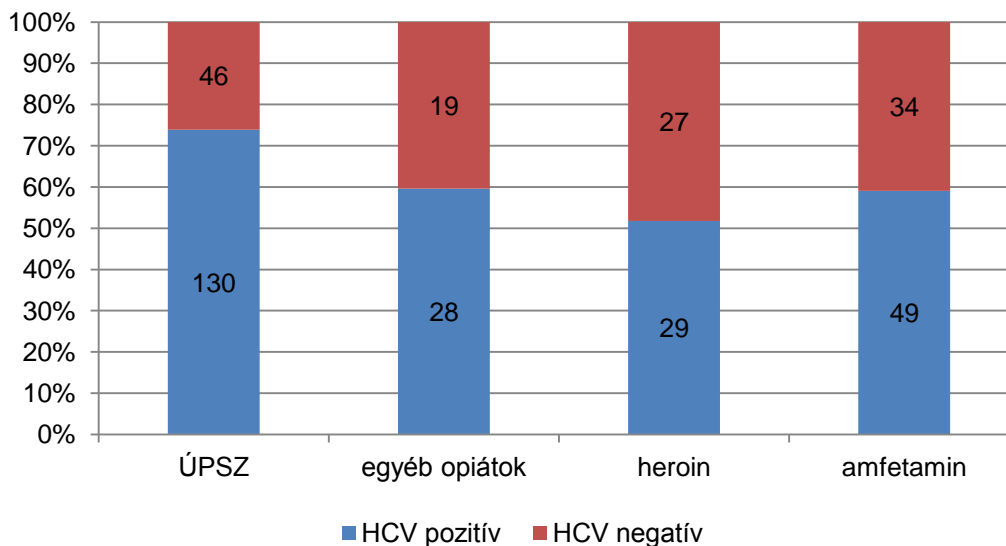
Az országos átlagnál szignifikánsan magasabb fertőzöttséget mértek a 2-4 éve (54,1%) és a több mint 9 éve (55,6%) injektálók körében. A kevesebb mint 2 éve injektálók között 21,4%-os volt a HCV előfordulási gyakorisága, az 5-9 éve injektálók körében 44,9%.

Az elsődlegesen stimulánsokat (amfetamint, kokaint vagy ÚPSZ-okat) injektálók körében 55,7%-os volt az átfertőzöttség, míg az opiátinjektálók körében ugyanez az érték 36,6%. Kiemelendő, hogy a budapesti stimulánsinjektálók 79%-a volt HCV-fertőzött (190-ből 150 minta).

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 (73,9%). Szerhasználati jellemzőiket lásd: Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.1 alfejezet és Kábítószeres/Heroin és egyéb opiátok fejezet T.1.2.1 alfejezet.

22. ábra. Az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2014-ben



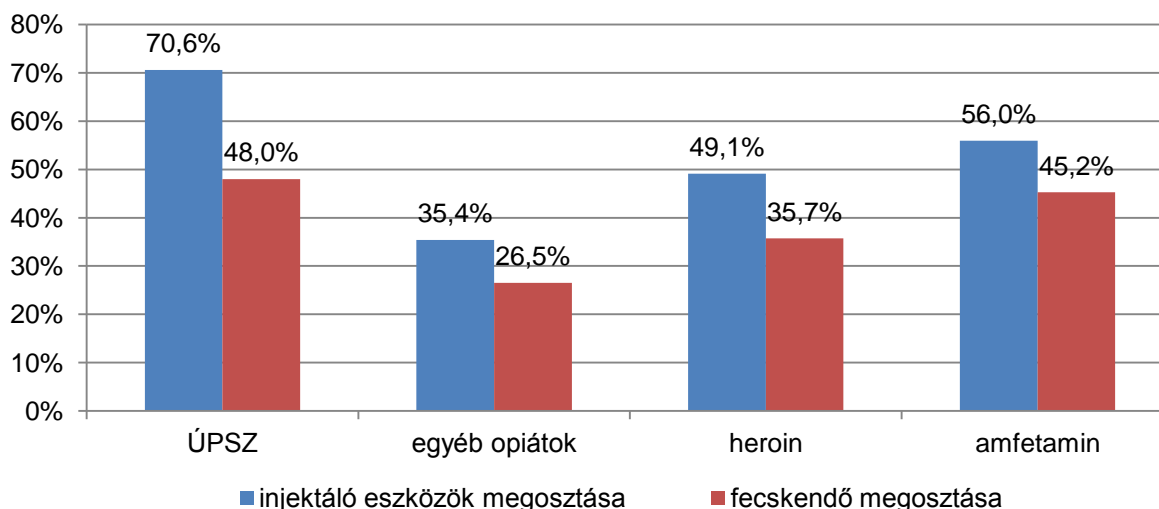
Forrás: Dudás et al. 2014, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Területi megoszlás szerint a fővárosból érkezett 327 mintából 199 bizonyult hepatitis C pozitívnek, amely 60,9%-os átfertőzöttséget jelent. Ezzel szemben a vidékről érkezett minták 32,5%-ánál diagnosztizáltak hepatitis C pozitivitást (80 minta a 246-ból). Vidéken Miskolcon (52,5%), Szegeden (37%) és Pécsen (36,2%) 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 42,7%-a osztotta meg a fecskendőjét az elmúlt 4 hétben, míg a bármilyen injektáló segédeszköz megosztásának előfordulási gyakorisága az elmúlt 4 hétben 59,2% 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.

23. ábra. A fecskendő és eszközmegosztás prevalenciája az elmúlt 4 hétben, elsődlegesen injektált szertípus szerinti megoszlásban az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók körében, 2014-ben⁴²



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

Mind a napi injektálás-szám, mind az utolsó fecskendő újrahasználásának száma rendre a „zene” utcai elnevezésű új pszichoaktív szert injektálók körében volt a legmagasabb.

13. táblázat. Az utolsó napi injektálás-szám és az utolsó eldobott fecskendő újrahasználásainak száma (csoport átlag) az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók körében egyes elsődlegesen injektált szerek esetében, 2014-ben

		injektálás- szám	válaszadók száma	újrahasználás- szám	válaszadók száma
klasszikus kábitószer	amfetamin	3,46	127	1,87	128
	egyéb opiát	2,35	79	2,09	78
	heroin	3,13	127	2,09	127
új pszichoaktív szerek	egyéb ÚPSZ	3,50	10	2,40	10
	MDPV	3,16	31	1,88	32
	pentakristály	3,38	152	2,15	153
	zene	5,02	42	2,42	43

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

Az aktív – elmúlt 4 hétben is injektáló – szerhasználók 60,4%-a napi injektálónak vallotta magát. (Naponta egyszer vagy többször injektált). Az aktív injektálók 86%-a az utolsó alkalommal steril fecskendővel injektált, 70,6%-a az elmúlt 4 hétben 15 vagy annál több steril fecskendőhöz jutott hozzá személyes használat céljából.⁴³

Az érvényes választ adó 524 fő közül 202 fő (38,5%) még soha nem volt korábban HIV szűrővizsgálaton. 117 fő (22,3%) vallotta azt, hogy utoljára 2013-ban vagy 2014-ben vett részt ilyen típusú vizsgálaton a prevalencia vizsgálatot megelőzően.

Kizárva a magukat HCV pozitívnak vallókat az elemzésből, 434 érvényes válasz érkezett az utolsó HCV szűrővizsgálat időpontjára vonatkozóan. 187-en (43,1%) bevallásuk szerint még

⁴² Fecskendő megosztás esetében válaszadók száma (N): ÚPSZ=173; egyéb opiátok=49; heroin=56; amfetamin=84. Eszköz megosztás esetében válaszadók száma (N): ÚPSZ=180; egyéb opiátok=48; heroin=57; amfetamin=84

⁴³ Az adatok interpretálásánál fontos figyelembe venni, hogy a vizsgálat drogambulanciákon vagy tűcsere programokban zajlott, így abba valamilyen ellátásban lévő szerhasználók kerültek be.

sohasem voltak HCV szűrővizsgálaton a felmérést megelőzően. Azok közül, akik részt vettek már valaha HCV szűrővizsgálaton, 97 fő vallotta azt, hogy az utolsó vizsgálat 2013-ban vagy 2014-ben volt, ez az érvényes válaszadók 22,4%-át teszi ki.

Az összes válaszadó 2,9%-a (17 fő) nyújtott szexuális szolgáltatást az elmúlt 4 hétben pénzért, kábítószerért, vagy egyéb juttatásokért cserébe. Az elmúlt 4 hétben szexuális életet élő intravénás szerhasználók 77,9%-a az utolsó együttlét alkalmával nem használt óvszert.

A vizsgálatba bevontak 1,9%-a (11 fő) nem Magyarországon született. A válaszadók 30,8%-a élt az elmúlt 1 évben 1 hétnél hosszabb ideig hajléktalan szállón, az utcán, vagy úgy, hogy nem volt stabil lakhelye. Közel minden második (48,9%) intravénás szerhasználó volt már valaha börtönben.

T1.4 A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI

T1.4.1 A kábítószer-fogyasztás egyéb egészségügyi következményei

Közúti balesetek

2014-ben a rendőrség 84 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 53 esetben állapított meg pozitívítást kábítószerekre és/vagy új pszichoaktív anyagokra.

14. táblázat. *Kábítószer/ pszichotróp anyag/ új pszichoaktív szer jelenléte a közúti balesetektől származó vér és/vagy vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban 2014-ben*

hatóanyag	eset (db)
4-metil-bufedron + alfa-PVT	1
AB-CHMINACA	2
AB-CHMINACA + alfa-PVP	2
AB-CHMINACA + MDMB-CHMICA	1
AB-CHMINACA + PB-22	1
alfa-PVP	1
amfetamin	13
amfetamin + ketamin	1
amfetamin + kokain + THC	1
amfetamin + MDMA	1
amfetamin + pentedron	1
amfetamin + THC	3
ketamin	2
kokain	2
kokain + alfa-PVP + 4F-alfa-PEP	1
kokain + THC	1
metamfetamin + kokain + THC	1
pentedron	3
pentedron + alfa-PEP	1
THC	14
<i>negatív</i>	31
összesen	84

Forrás: Országos Toxikológiai Intézet

A várandósság alatti droghasználat

Budapesten a Józan Babák Klub „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” programjában (Oberth et al. 2015) 2014-ben 45 olyan szerhasználó nő vett részt, aki a tárgyévben várandós volt, vagy elvetélt, vagy 2012-2014 között szült. Közülük 15 főnek az amfetamin volt az elsődleges szere, 6-6 főnek a heroin, illetve a „pentakristály”. További 7 fő marihuánát fogyasztott elsődlegesen, míg 5 fő az alkohol és gyógyszer együttes használatát, 6 fő pedig a visszaélésszerűen használt gyógyszert 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 2015-ös Kezelőhely vizsgálat adatait lásd: Kezelés fejezet T4.1 alfejezet.

A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő, más néven parti szerviz szolgáltatást nyújtó szervezetek (23 darab) közül 15 non-profit civil szervezetként működött (Tarján 2015a), 4 szervezet állami/ önkormányzati működtetői háttérrel rendelkezett, míg 2 szolgáltatás egyházi szervezethez tartozott, 2 szolgáltatás pedig egyéb szervezeti formát jelölt meg.

A 23 parti szerviz szolgáltató közül az anyaintézménye által 5 szolgáltató kapcsolódott drogambulanciához, és 4 terápiás közösséghez. 13 szolgáltató esetében az anyaintézmény

a parti szerviz mellett működtetett valamilyen egyéb szociális szolgáltatást alacsonyküszöbű /nappali/ közösségi ellátás keretében.

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

A túcseres 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.

15. táblázat. A túcseres 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 2015c

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.⁴⁴

Ártalomcsökkentő szolgáltatások finanszírozása

A szenvedélybetegek közösségi és alacsonyküszöbű ellátását nyújtó szolgáltatások működtetését az állam három évre megkötött, éves fix támogatási összeget meghatározó

⁴⁴ Az elemzés során összevonásra került egyes szolgáltatástípusok mentén az „alkalmanként”, a „gyakran”, és a „nagyon gyakran” kategóriákat megjelölő szervezetek száma.

finanszírozási szerződések útján támogatja⁴⁵ a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal közreműködésével. Mindkét ellátási forma magában foglalja az alkoholfüggők és egyéb szenvedélybetegségekben szenvedők ellátását is, a kábítószer-használók ellátására elérhető forrás nem határozható meg pontosan. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások által nyújtott 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; túcsera 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). 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 Szendélybetegek felépülési folyamatának támogatása (KAB FF) című minisztériumi pályázat keretében.

A túcsera programok esetében a szűkülő források következtében fellépő eszközhiányra reagálva, szakmai szervezetek és az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) közötti egyeztetés eredményeképp, az EMMI 2013 és 2014 között egyedi támogatás keretében két alkalommal, összesen 13 millió forint összeggel (553.400 fecskendő) támogatta az injektorok beszerzését. A szervezetek jelentése szerint (Tarján 2015b) 2014-ben a beszerzett fecskendők (462.735 darab) döntő része, 72%-a minisztériumi/önkormányzati pályázatból származik, amelynek legnagyobb részét valószínűsíthetően az EMMI által egyedi támogatás keretében beszerzett fecskendők fedik. Adomány útján tudták biztosítani a szervezetek a fecskendők 12%-át. A fix pályázati támogatás (úgynevezett normatíva) keretében csupán a fecskendők 7%-a került beszerzésre.

Az önkéntesek alkalmazása a parti szerviz szolgáltatás biztosítása esetén jellemző (Tarján 2015a), az adatot szolgáltató szervezeteknél összesen 88 fizetett alkalmazott és 298 önkéntesként dolgozó végzett alacsonyküszöbű ártalomcsökkentő munkát 2014 folyamán.

T1.5.3 Ártalomcsökkentő beavatkozások

A kábítószer-fogyasztás okozta halálesetek és mérgezések megelőzése

Ártalomcsökkentés a rekreációs szintéren

2014-ben összesen 23 alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtó szervezet vett részt az adatgyűjtésben⁴⁶, amelyből 13 városi, 3 kistérségi, 3 megyei, 1 regionális és 3 országos hatókörrel működtetett ártalomcsökkentő tevékenységet a rekreációs szintéren (Tarján 2015a). 2014-ben 2 új szervezet kezdte meg működését Budapesten: a Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány (városi), illetve a Helperek Önkéntes Segítők Egyesület (országos). A Kék Pont Alapítvány szolgáltatása viszont 2014-ben már nem működött.

2014-ben a szervezetek összesen 79 szórakozóhellyel/ parti szervező csapattal működtek együtt, 622 eseményen vettek részt. Összesen 41.817 személlyel kerültek kapcsolatba. Az egy eseményre jutó átlagos kontaktszám 66 volt (2013-ban: 50). A szervezetek által

⁴⁵ Az összeg nincs arányosítva az adott szolgáltatás kliensszámához és eszközigényéhez (túcsera programok esetében).

⁴⁶ A 24 megkeresett szolgáltató közül egy vidéki szervezet nem vett részt az adatjelentésben.

leggyakrabban biztosított eszközök a víz, az óvszer, szórólap, szőlőcukor és pezsgőtabletta voltak. Az egyéb kategóriában említésre került a fűldugó, steril törlőkendő, és szippantó cső osztása.

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

típus	szervezetek száma
víz/ásványvíz	23
óvszer	22
kábítószer-használattal kapcsolatos szórólap	22
szőlőcukor	22
pezsgőtabletta	22
túladagolással és mérgezéssel kapcsolatos információs szórólap	14
vitamin	10

Forrás: Tarján 2015a

Négy vidéki szervezet jelezte, hogy tartott képzést a velük együttműködő szórakozóhelyek üzemeltetőinek, személyzetének összesen 9 alkalommal, 190 fő számára. A képzések a következő tematikát érintették: jogi ismeretek, szerfajták ismerete, szerhasználók kezelése, ártalomcsökkentő szemléletmód, szerhasználat okozta egészségügyi tünetek felismerése, krízisintervenció, elsősegélynyújtás.

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

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

A kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek megelőzése

Túcsere programok

A tavalyi év nagy részében az új 3 éves pályázati ciklus (2012-2014) mentén kialakult ellátási struktúra nem változott, 2014-ben 31⁴⁷ szolgáltató működtetett túcsere programot összesen 21 városban, amely az ország 14 megyéjét és 7 régióját fedi le (Tarján 2015b). Azonban fontos kiemelni, hogy 2014 második felében a két legnagyobb budapesti túcsere program helyi önkormányzati döntések következtében bezárni kényszerült. A Kék Pont Alapítvány a VIII. kerületben augusztusban, míg a Drogprevenációs Alapítvány a XIII. kerületben novemberben szüntette meg túcsere szolgáltatását.

2014-ben az országban 30 állandó telephelyű program működött, 15 szervezetnél végeztek utcai megkereső munkát, 1 szervezet működtetett mobil túcsere programot, és 4 helyen tudtak igénybe venni tű-automatát az injektló szerhasználók.

11 szervezet üzemeltetett két típusú programot, ez minden esetben az állandó telephelyű programhoz kapcsolódva végzett utcai megkereső munka volt. Három féle programot négy szolgáltató tartott fenn, 15 szolgáltató esetében csupán egy típusú túcsere volt elérhető, ez döntően az állandó telephelyű program volt.

A túcsere programok a tavalyi évben összesen 460.977 steril injektort osztottak ki a klienseknek, a hozott illetve gyűjtött használt fecskendők száma 296.716 darab volt.⁴⁸ A

⁴⁷ A tavalyi évhez képest nem bővült a szolgáltatók köre, adminisztrációs változtatás következtében nőtt 29-ről 31-re a szervezetek száma, mivel az INDIT bajai Egyenlítő programja is felkerült a szolgáltatók listájára (ahol a túcsere lehetősége már 2012 óta létezik), továbbá az INDIT pécsi TÉR programja külön szolgáltatóként jelenik meg a listán.

⁴⁸ Ebbe beleértendő a túcsere automaták által adott, és az automaták mellett elhelyezett gyűjtőedénybe dobott fecskendők száma is.

becserélési arány 64%-os volt. Mivel az előző két évben a nagyobb szolgáltatók esetében bevezetett kiadható/becserélhető tűk számát érintő korlátozások megmaradtak, ezért valószínűsíthető, hogy a programokba vissza nem került használt fecskendők jelentős részét - elsősorban a fővárosban – újrahasználták vagy megosztották egymással a kliensek (NFP 2015). A tűcsere programokat 2014-ben 4442 intravénás szerhasználó⁴⁹ vette igénybe 41.535 alkalommal. 1844 új klienst⁵⁰ regisztráltak a programok a tárgyévben. Egy kliensre 102 kiosztott és 67 visszahozott fecskendő, illetve átlagosan 9 kontakt jutott a tárgyévben. Programtípusonkénti bontásban elmondható, hogy az állandó telephelyű programok képviselik a legnagyobb arányt a hazai tűcsere forgalomban. 2014-ben a teljes országos forgalom 83%-át tették ki az ebből a programtípusból származó adatok a kiosztott fecskendő indikátor alapján.

17. táblázat. A tűcsere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2014-ben

	állandó telephelyű	mobil tűcsere	utcai megkereső	tű-automata	összesen
osztott	381992	58655	14125	6205	460977
hozott (+gyűjtött)	226560	57995	11188	973	296716
becserélési arány	59%	99%	79%	16%	64%
kliensek száma	4096	231	115	-	4442
új kliensek száma	1652	141	51	-	1844
kontaktok száma	38184	2055	1296	-	41535
szervezetek száma*	30	1	15	4	31

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

Forrás: Tarján 2015b

A területi megoszlást vizsgálva 2014-ben is a budapesti tűcsere programok tették ki mind az osztott/hozott fecskendőszám, mind a kliens/kontaktszám döntő részét (86-89% között mozogtak az egyes indikátorok értékei). A 2014. évi bezárások kapcsán megvizsgálásra került, hogy a Kék Pont Alapítvány és Drogprevenációs Alapítvány adatai együtt mekkora részét képezik az országos tűcsere forgalomnak. A 2014-es év adatai szerint, annak ellenére, hogy ez már egy csonka év volt a két szervezet számára elmondható, hogy az osztott/hozott fecskendőszám, illetve a kliens/kontaktszám 40-60%-át tették ki a tőlük származó forgalmi adatok.

A steril injektor mellett a biztonságos injektálással kapcsolatos szóbeli tanácsadás érhető el a legtöbb tűcsere programban (27 jelentő szervezetből 23 helyen). Emellett a legtöbb szolgáltatónál elérhető az alkoholos törölkendő, 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 segédesszközöket. (Tarján 2015b)

T1.5.4 Kontextuális információ az ártalomcsökkentéssel kapcsolatos adatokhoz

2014-ben egy intravénás kábítószer-fogyasztóra átlagosan 81 steril fecskendő jutott, amely valamivel ugyan magasabb az előző évi adatoknál (2013: 76 db; 2012: 74 db), ugyanakkor az intravénás szerhasználók számára vonatkozó becslés statikus és 2010-ben készült, így nem tükrözi az intravénás szerhasználói populációban azóta bekövetkezett változásokat. Egyrészt a kliensszámban és a klienskontaktokban 2013 és 2014 folyamán tapasztalt meredek emelkedést (lásd T2.1 fejezet), amely többek között jelezheti az intravénás

⁴⁹ A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

⁵⁰ A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

szerhasználat terjedését. Másrészt az idézett becslés (lásd: 2010-es Éves Jelentés 4.1. fejezet) a 2008-2009 közötti két éves időszakra vonatkozik, így abban nem látszódhatnak az új pszichoaktív szerek 2010-es megjelenése okozta változások hatásai sem (lásd: Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.1 alfejezet).

További kontextuális információkat lásd: T2.1 alfejezet.

T1.5.5 Kiegészítő információ az ártalomcsökkentő beavatkozásokhoz

Az „Egészségügyi ellátási és fejlesztési feladatok” elnevezésű előirányzat (20/22/02) terhére az Emberi Erőforrások Minisztériuma Népegészségügyi Főosztálya által 2013. évben kiírásra került a „Civil szervezetek részvétele a HIV/AIDS megelőzésben” című pályázat. A pályázat célja volt a magas HIV-fertőzési kockázatnak kitett közösségek tagjai között a kockázat ismertetése, csökkentése, önkéntes szűrés, valamint tanácsadás lehetőségének biztosítása. 10 civil szervezet részesült összesen 15 millió forint keretösszegű támogatásban. A nyertes szervezetek közül három pályázó célcsoportja az intravénás szerhasználói populáció volt. A programok 2014-ben zajlottak le, amelynek keretében a 3 budapesti program 550 intravénás szerhasználó HIV szűrővizsgálatát végezte el. (EMMI 2015b)

Az intravénás szerhasználók körében végzett HIV/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 „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” elnevezésű programjának bemutatását lásd: 2012-es Éves Jelentés 7.4. fejezet. 2014-ben a szolgáltatást Budapesten a VIII. kerületben összesen 61 fő vette igénybe (Oberth et al. 2015). Ebből személyesen 53 szerhasználó nő jelent meg, míg 8 fő telefonon vagy interneten keresztül kereste meg a programot. 2014-ben utánkövetés keretében 14-en vettek részt a programban, ők 2011 előtt kapcsolódtak be az alapítvány 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.

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

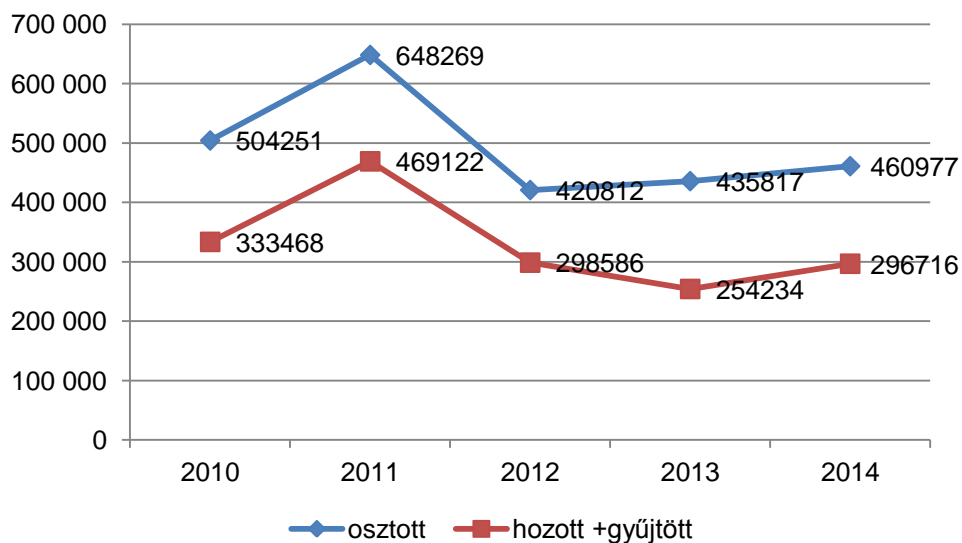
A kábítószer-fogyasztással összefüggő nem halálos kimenetelű mérgezésekről szisztematikus, rendszerszintű adatgyűjtés nincsen Magyarországon.

d) Az intravénás szerhasználók részére kiosztott fecskendők száma

2011-ben az előző évekhez képest ugrásszerűen megnőtt a kiosztott fecskendők száma, amelynek háttérében a klasszikus kábítószerekhez képest jóval gyakrabban injektált, új pszichoaktív szerek 2010-ben kezdődő térnyerése áll (lásd: Kábítószerek/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 elégíti 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 – újrahasználik vagy megosztják egymással a kliensek (NFP 2015).

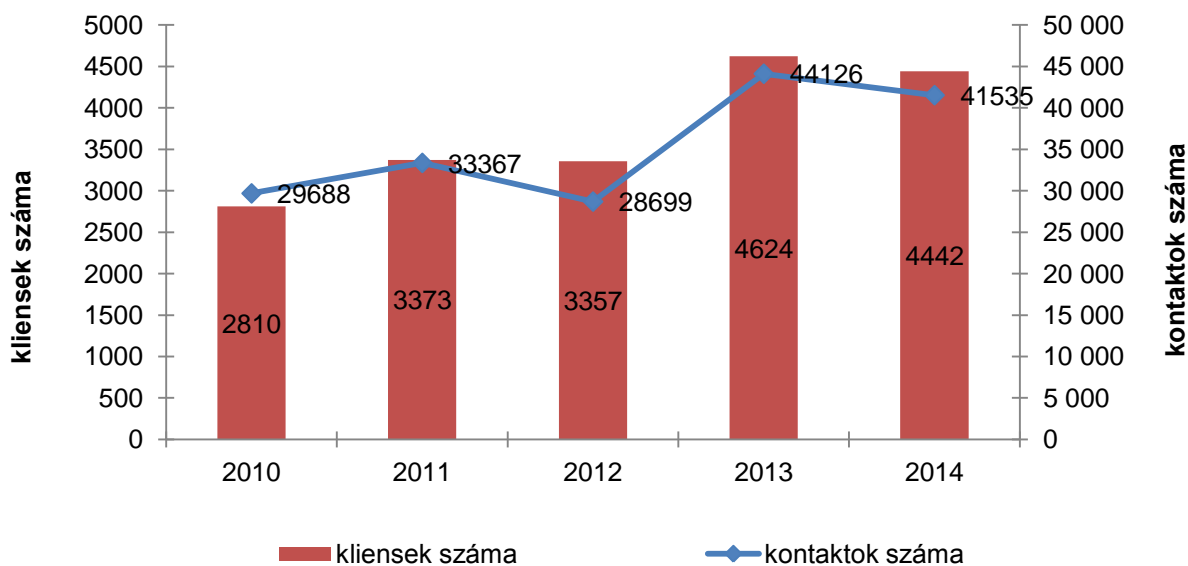
24. ábra. A tűcsere programok fecskendőforgalmi adatai, 2010-2014 között



Forrás: Tarján 2015b

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.

25. ábra. A tícserében részt vevő kliensek és kontaktok számának alakulása, 2010-2014



Forrás: Tarján 2015b

2013-hoz képest a forgalmi adatok mérőszámai mentén nőtt a vidéki részesedés: míg korábban az egyes indikátorok esetében a főváros részesedése 89-91% volt, addig 2014-ben már csak 86-89%. Ha trendszerűen vizsgáljuk a forgalmi adatokat területi bontásban, elmondható, hogy míg a vidéki forgalmat folyamatos növekedés jellemzi, azaz nem érintették az országos adatokban megfigyelhető tendenciák, addig a fővárosban regisztrált adatok teljes mértékben követik azt.

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 2014-ben is jelen volt az elhunytak mintáiban, de 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, de ezek haláloki szerepe a polidroghasználat 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 emelkedő tendencia megfordult az új pszichoaktív anyagokhoz köthető halálesetek alacsony száma miatt.

18. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2009-2014 között (fő)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
opiát típusú kábítószer okozta mérgezés ⁵¹	28	12	6	8	3	10
metadon (egyéb kábítószer nélkül) okozta túladagolás/mérgezés ⁵²	2	2	4	5	9	2
egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	1	3	3	7	15	4
egyéb szer okozta mérgezés	0	0	1	4	4	7
összesen	31	17	14	24	31	23

Forrás: OAC 2015

b) Fertőző betegségek prevalenciája, bejelentett esetek

i) HIV prevalencia az intravénás szerhasználók körében

A 2006 óta intravénás szerhasználók körében végzett országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatok során 2014-ben találtak először HIV-fertőzötteket a vizsgálatba bevont személyek között (2 fő; 0,3%).

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/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.)

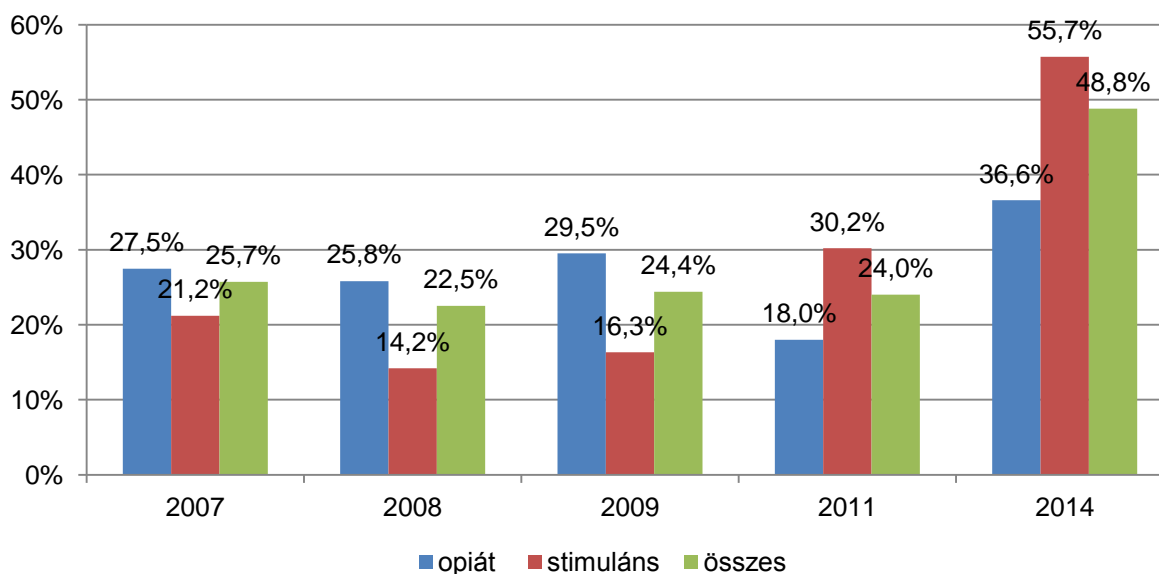
2014-ben tovább emelkedett a stimulánsokat – azon belül is elsősorban designer stimulánsokat – injektálók aránya a mintában. A szerhasználók egyharmada opiátinjektáló volt, kétharmada stimulánsinjektáló (lásd még: Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.1. alfejezet). HCV fertőzöttség tekintetében elmondható, hogy mind az opiát-, mind a stimulánsinjektálók körében megkétszereződött a HCV előfordulási gyakorisága, csakúgy ahogy az összesített országos prevalencia érték is.

A HCV prevalencia 2014-es meredek emelkedésének hátterében az ÚPSZ-injektálás nagymértékű térnyerése mellett – amely szerekhez jóval gyakoribb injektálás és eszközmegosztás, illetve újrahasználás kapcsolódik – fontos szerepet játszhatott a tűcsere szolgáltatás ezzel párhuzamosan szűkülő hozzáférhetősége 2012-től kezdődően (lásd: T2.1.d alfejezet).

⁵¹ Opiát bomlástermék (morfin) mellett más szerek előfordulhatnak, beleértve a metadont is, de a kizárólag metadonhoz köthető esetek kizárásra kerültek.

⁵² Alkohol és/vagy benzodiazepinek előfordulása mellett.

26. ábra. Az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2007-2014 között



Forrás: Dudás et al. 2014

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 ezelőtti vizsgálattal összehasonlítva.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ, beleértve a 2014-es 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 tekintetében stimulánsokhoz köthető növekvő tendencia nem mutatható ki. Az amfetaminszármazékok évente néhány esetben ugyan kimutathatók, de az alacsony elemszám (2014-ben 3 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'-DMAR), 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 2014 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., Dudás, M., Horváth, K., Szilágyi, A., Fogarassy, E., Lendvai, Gy., Kaszás, K., Molnárné Kozma, E. (2015): Magyarország járványügyi helyzete 2014. Országos Epidemiológiai Központ.

Dudás, M., Rusvai, E., Győri, Z., Tarján, A., Horváth, G., Minárovits, J., Takács, M., Csohán, Á. (2014): A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HCV) 2014. évi prevalenciájának vizsgálata. OEK. Publikálás alatt.

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2015b): Az EMMI Egészségpolitikai Főosztályának és Népegészségügyi Főosztályának beszámolója

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

OAC (2015): TDI adatgyűjtés halálozási modul: Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozási adatok 2014.

Oberth J., Bíró Zs., Mándi B. (2015): Beszámoló a Józan Babák Klub Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás programja 2014 . évi tevékenységéről.

Tarján, A (2015a): A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet végző szervezetek 2014. évi működési és forgalmi adatai. Nemzeti Drog Fókuszpont.

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

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

T6.2 MÓDSZERTAN

Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás (OAC 2015): 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. 2015): 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/HCV prevalencia vizsgálat az intravénás szerhasználók körében (Dudás et al. 2014): 2014 márciusa és májusa között az Egészségügyért Felelős Államtitkárság által biztosított támogatásból az Országos Epidemiológiai Központ megismételte a HIV, és HCV fertőzések országos prevalencia vizsgálatát az intravénás szerhasználók körében. 2006 óta hatodszor került sor azonos módszerrel, hasonló körülmények között végzett szűrővizsgálatokra az intravénás szerhasználók körében.

2014-ben 19 szervezet szolgáltatott mintát: Budapesten öt tűcsere program és két kezelőhely, vidéken pedig hat tűcsere program, két kezelőhely és négy tűcserét is működtető kezelőhely vett részt a vizsgálatban. A vizsgálatba olyan személyek kerülhettek, akik valaha használtak intravénásan kábítószer/ új pszichoaktív szert. A szűrővizsgálat mellett sor került a szociodemográfiai és szerhasználati jellemzők, illetve a kockázati magatartások felmérésére is. A kérdőív az EMCDDA kulcsindikátorral kapcsolatos útmutatójára, illetve a 9. standard tábla 2. és 3. részére épült. A kérdőívet és a vérmintát személyes adatokból generált, de vissza nem fejthető egyedi azonosítóval látták el, amely lehetővé teszi a szerológiai és a kérdőíves adatok összekapcsolását, továbbá a duplikátumok kiszűrését a teljes mintából. Az elemszámok a résztvevő szervezetek intravénás szerhasználói kliensszámaihoz lettek arányosítva. 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 helyszínére, amely átadásra került a kliensek számára, amellyel együttesen biztosított volt a szűrővizsgálat utáni tanácsadás is.

A szerológiai vizsgálatokhoz – az ujjbegyből történő vérvételt követően – szárított vérmintát használtak. HIV szűrővizsgálat céljára a Vironostika HIV Ag/Ab ELISA (bioMérieux) tesztet használták. A reaktív eredményt adó mintákat egy másik, vírus antigén kimutatására is alkalmas kombinált ELISA tesztel ellenőrizték (Genscreen Ultra HIV Ag-Ab; BIO-RAD). Ezen kívül elvégezték az Immuno blot elvén működő INNO-LIA HIV I/II Score (FUJIREBIO) Line Immuno Assay-t is. A hepatitis C vírus esetében a Dia. Pro cég által gyártott HCV Ab Screening ELISA 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 tesztel (Line Immuno Assay technika) verifikálták.

A teljes minta egyedi azonosító alapján történő duplikáció szűrése után 592 személy adatai kerültek bele a statisztikai elemzésbe. A kétes szerológiai eredményeket kizárták az elemzésből (HCV esetében: 19 minta; HIV esetében: 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 2015b): A tűcsere szervezetek 2015-ben 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.

Tűcserék az ellátórendszerben (Tarján 2015c): 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 2015a): A Nemzeti Drog Fókuszpont 2007 óta gyűjti a rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet végző szervezetek működési és forgalmi adatait, egy strukturált kérdőív segítségével, amely 2014-ben először on-line formában került kivitelezésre. A 24 megkeresett szolgáltató közül 23 töltötte ki a kérdőívet.

KÁBÍTÓSZERPIAC ÉS KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS⁵³

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

A kábítószer-bűncselekmények jellemzői az Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerben (ENYÜBS) a nyomozás befejezésekor rögzített adatok alapján követhetők nyomon. Hazánkban a kábítószer-bűncselekmények legnagyobb hányada kannabiszhoz, kisebb részük stimulánsokhoz kapcsolható. 2012-től kezdődően, mióta az új pszichoaktív anyagokkal való visszaélés is büntetőjogi felelősséget von maga után, ezek a szerek is megjelentek az elkövetés tárgyaként. A kábítószer-bűncselekmények túlnyomó többségét a fogyasztói típusú elkövetések teszik ki.

A rendőrség által lefoglalt kábítószergyanús anyagok vizsgálatát 2014-ben a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet (BSZKI) végezte. 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 nem minősülő készítmények adatait az alábbi elemzés nem tartalmazza.

A lefoglalási és fogyasztói információk alapján a kábítószerpiacot az elmúlt években jellemző 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.

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 számban⁵⁴. A nagyobb ültetvényeket (1400-1500 tő) jellemzően vietnámi elkövetői csoportok tartják fenn. 2014-ben, a vegyészszakértői vizsgálatot igénylő 148 ismertté vált kannabisztermesztés miatt indult eljárás során mindösszesen 3503 tő került lefoglalásra. A 100 tővet meghaladó méretű ültetvények az esetek mintegy 4%-á tették ki.

Opiátokat főként az ország keleti részében állítanak elő illegálisan felhasznált ópiummákból. A ritkán lakott területeken kisebb csoportok állítják elő a mákgubóból főzött folyadékot, amelyet az ismert csempészútvonalakon keresztül Ukrajnába szállítanak. Magyarországon jellemzően nincs keresleti piaca ennek az anyagnak.

A szintetikus szerek előállítása Magyarországon jellemzően kis tételben zajlik. 2014 folyamán egy illegális laboratórium került felderítésre, ahol – a lefoglalt anyagmennyiségek és eszközök alapján – becsülhetően néhány-száz grammos volumenben állítottak elő benzaldehidből kiindulva amfetamint.

⁵³ A fejezet szerzői: Port Ágnes, Varga Orsolya

⁵⁴ A kender ültetvény lefoglalásoknál lehetőség van a büntetőeljárás csak botanikai szakértői vizsgálat alapján történő lefolytatására. A hozzájuk kapcsolódó lefoglalt mennyiségekre vonatkozóan az eljáró rendőrség rendelkezik információval.)

Az új pszichoaktív anyagokhoz kapcsolódóan 2014-ben egy olyan tablettázó hely került felderítésre, ahol kilogrammos nagyságrendben történt a katinon-származékok körébe tartozó hatóanyagok hígítása és tablettázása.

Az év folyamán több olyan nyomozás történt, ahol aceton mellett szintetikus kannabinoidok csoportjába tartozó tiszta hatóanyagot vagy ilyen anyaggal impregnált készítményt foglaltak le a hatóságok. Ezekben az esetekben a lefoglalt anyagok mennyisége nem haladta meg a néhány száz grammot. A lefoglalások a Magyarországon jellemzően kisebb tételben 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 csempészik vietnámi szervezett bűnözői csoportok Magyarország területére. A főleg nyugat-európai piacra szánt, jobb minőségű „skunk” kannabisz Albániából érkezik. A cseh eredetű növényi kannabiszt gyakran személyautókkal csempészik, míg Albániából teherautókban elrejtve nagyobb mennyiségeket (250-400 kg) szállítanak.

A heroint továbbra is Afganisztánból, a klasszikus Balkán-útvonalon, Törökországon keresztül szállítják az országba. A szállítmányok nagy része - a korábbi évekhez hasonlóan - az EU más országaiba kerül és csak rendkívül kis mennyiség jut a hazai piacra. E szer vonatkozásában hazánk továbbra is tranzitország. A román és/vagy szerb határon át érkező heroint személy- és tehergépjárművek rejtett rekeszeiben csempészik az országba.

A kokain származási helye, csempészési útvonalai és módjai többféleképpen lehetnek: a gépjárműveken Európába belépő szállítmányok Spanyolországból és Hollandiából kerülnek Magyarországra. De továbbra is jellemző a közvetlenül Dél-Amerikából csomagokban és az úgynevezett „nyelős módszerrel” történő csempészés.

A szintetikus kábítószer (amfetamin és ecstasy) elsősorban Belgiumból és Hollandiából kerülnek az országba. Általában személygépjárműveken és buszokon csempészik mivel a schengeni határokon belül ez a legkevésbé kockázatos módszer.

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

Egy, a hazai amfetamin kínálati piacot feltérképező kutatás (Ritter 2010) szerint Hollandián keresztül jut Magyarországra a legtöbb típusú kábítószer (marihuána, kokain, amfetaminok), viszont az előállításához szükséges alapanyagok, prekursorok hazánkból, vagy tranzit országgént rajtuk áthaladva kerülnek Hollandiába. A nem helyben előállított anyag a Holland-Antillák érintésével általában hajón kerül Hollandiába, ez jellemzően a kokain, melynek a fő forrása Dél-Amerika. Magyar elkövetők jellemzően csak Hollandiából, Belgiumból és Spanyolországból hoznak szert, ritka a balkáni államokból vagy Dél-Amerikából történő behozatal. A dél-szláv államokból is kerül áru hazánkba, de ők mint terjesztők, csak csekély részt vesznek ki a piacból. A behozott szer jellemzően az amfetaminok és az előállításukhoz szükséges alapanyagok, és elsősorban vidéken, főleg Szegeden vannak érdekeltségeik. A kutatás szerint a Csehországból és Szlovákiából származó metamfetamin nem jellemző a hazai drogpiacon. Egyre jellemzőbb viszont a prekursorok interneten történő rendelése, elsősorban Kínából.

T1.1.3 Szállítás az országon belül

A rendelkezésre álló információt lásd a T1.1.5 alfejezetben.

T1.1.4 Nagykereskedelmi és prekurzor piac

2014 folyamán Magyarországon jelentősebb kábítószer-prekurzor lefoglalás nem történt.

A legjellemzőbb hígító és adalékanyagok közül egy esetben foglaltak le a hatóságok számottevő mennyiségű (mintegy 4 kg) koffein-paracetamol elegyet, ami mellett mintegy 2 kg heroin is lefoglalásra került. A T1.1.1 szakaszban szereplő, tablettázó hely mellett, 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 2015)

T1.1.5 Kiskereskedelmi piac

Egy 2010-ben végzett kutatás (Ritter 2010) szerint új szerek és legális anyagok jelentős változást hoztak a drogpiacon szereplők jellemzőiben. Egyre több szervezett csoportoktól elkülönülő, kisebb társaság vagy egyén próbálkozik előállításal (bár ennek a kockázata jellemzően még mindig magasabb, mint a csempészetnek), ami azt eredményezi, hogy egyre inkább fragmentálódik az amfetamin-piac. A kereskedők, beszerzők jellemzően egy vagy két szertípussal foglalkoznak, csak terjesztői szinten jelenik meg a szélesebb paletta. Az amfetaminokhoz általában a kokain társul, ritkán a marihuána. A hazai amfetamin-kereskedelemmel foglalkozó bűnözői csoportok befektető vagy kereskedelemmel foglalkozó tagjainak szociális jellemzői eltérnek az „átlag” bűnözőétől: jellemzően fiatal 30 év körüli legalább 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 megszereshető jövedelem reményében, az illegális tevékenységbe.

Online kereskedelem

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2011 elején felmérést⁵⁵ (Péterfi és Port 2011) végzett a Magyarországon internetről legálisan beszerezhető, kábítószer listán még nem szereplő új pszichoaktív szerek internetes beszerzési lehetőségeiről és kereskedelmének jellemzőiről. A kutatás négy előre meghatározott szerre fókuszált: a GBL-re, a JWH-018-ra, a mefildrononra (amely egy kitalált anyagnév), valamint az MDPV-re.

A kutatás eredményei szerint az internetes kereskedelem legjellemzőbb értékesítési csatornáit az apróhirdetések és a konkrét szerek értékesítésére létrehozott oldalak.

Az egyes szerekből rendelhető mennyiség a minimálistól (1g) a kifejezetten nagy tételekig (1000g) terjed. Az ár mindenhol a kiszélesítés függvényében változott (A kutatás eredményeiről részletesen lásd: 2011-es Éves Jelentés 10. fejezet).

A 2012. januári EMCDDA snapshot felméréshez csatlakozva, a Nemzeti Drog Fókuszpont kutatást végzett az új pszichoaktív szereket árusító magyar internetes oldalakról, 2012.

⁵⁵ A kutatás kizárólag magyar nyelvű oldalakra terjedt ki. A kereséshez használt keresőszavak a következők voltak: GBL tisztító, GBL rendelés, gamma-butyrolactone, MDPV eladó, MDPV online shop, JWH-018, JWH potpourri, mefildronon. A keresést 2011. január 13. és február 4. között végezték.

január 23. és február 3. között (Port 2012). A megadott feltételek szerint⁵⁶ összesen 21 internetes oldal került azonosításra. (A kutatás eredményeiről részletesen lásd: 2012-es Éves Jelentés 10.2. fejezet)

Tisztaság

A lefoglalt szerek hatóanyag-tartalma 2014 folyamán számos szer esetében eltért az előző évben detektált értékektől. Míg a marihuána esetében nem volt tapasztalható jelentős változás, addig a hasis esetében, az előző évben jellemzően 20% alatti THC-tartalommal szemben, a vizsgált tételek mintegy felét a 20-40% THC-tartalmú anyagok tették ki. A heroin tartalmú porok között a kisebb mennyiségek 15-25% hatóanyag-tartalmúak voltak, míg a 100 gramm feletti mennyiségek heroin-bázis tartalma jellemzően a 40-60% közötti tartományba esett. A kokain esetében a 100 gramm alatti tételek hatóanyag-tartalma jellemzően a 4-80%, a nagyobb tételek hatóanyag-tartalma 40-85% 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. A korábbi évekhez képest markáns változás, hogy több alkalommal kerültek lefoglalásra kis mennyiségű, mintegy 70% amfetamin-bázis tartalmú, gyakorlatilag hígítatlan porok. Az ecstasy tabletták hatóanyag-tartalma szintén emelkedett. A vizsgált lefoglalások mintegy 10%-át tették ki a 140 milligrammnál magasabb MDMA-bázis tartalmú tabletták. Az alacsonyabb hatóanyag-tartalmú tabletták MDMA-bázis tartalma általában 40-100 milligramm közötti érték volt. A por formában fogyasztott új pszichoaktív anyagok közül a pentedronra vonatkozóan áll rendelkezésre mért hatóanyag-tartalom: a lefoglalt és vizsgált porok pentedron-bázis tartalma a 15-85% koncentrációtartományba esett. A növényi törmelékekre felvitt különböző szintetikus kannabinoidok hatóanyag-tartalma általában 1-10% volt.

Utcai árak

Az előző évekhez hasonlóan, a Nemzeti Drog Fókuszpont 2015 elején kérdőíves felmérést végzett a drogambulanciák kliensei körében a kábítószeres utcai áráról (Varga 2015). A kérdőív a klasszikus kábítószeres mellett, a mepredon, az MDPV, a pentedron és a szintetikus fű (szintetikus kannabinoiddal kezelt növényi keverékek, Spice néven) legutolsó vásárláskori árára is rákérdezett.

19. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban 2014-ben

szertípus	legalacsonyabb	legmagasabb	leggyakoribb	átlag	válaszadók száma
marihuána (gr)	1000	3500	2500	2256	124
hasis (gr)	1500	5000	2500	2604	52
heroin (gr)	4000	30000	10000	12190	18
heroin (pakett)	3000	6500	5000	4500	16
kokain (gr)	1500	40000	15000	17478	41
amfetamin (gr)	1000	6000	3000	3178	83
ecstasy (tableta)	200	4500	1000	1648	72
metamfetamin	800	3500	2000	2187	17
LSD (adag)	500	10000	3000	3300	32
metadon (20 mg)	700	3500	1000	1478	30
metadon (5 mg)	250	2000	1000	785	10

⁵⁶ Csak azok az oldalak kerültek rögzítésre, ahol a vásárlás egy látogatás alatt lebonyolítható volt, vagyis maga a rendelés is lehetséges volt az oldalon és nem csak e-mailen vagy telefonszámon keresztül. Az új pszichoaktív szereket árusító magyar weboldalak között ugyanakkor nagyon gyakori, hogy nem lehet közvetlenül az adott oldalon keresztül vásárolni, hanem egy megadott e-mail címre kell elküldeni a rendelést. Ezeket az oldalakat is figyelembe véve, 11 további, új pszichoaktív szereket árusító oldal került azonosításra, de ezeknek a tartalmát a kutatás nem elemezte.

GBL (adag)	500	5000	2000	1992	13
mefedron (g)	500	6000	2000	2700	27
MDPV (g)	1000	8000	1000	3267	15
pentedron (g)	800	6000	4000	3298	41
„Spice” (g)	200	3500	1000	1124	73

Forrás: Varga 2015

20. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban⁵⁷ 2014-ben

szertípus	legalacsonyabb	legmagasabb	leggyakoribb	átlag	válaszadók száma
marihuána (gr)	3,2	11,3	8,1	7,3	124
hasis (gr)	4,9	16,2	8,1	8,4	52
heroin (gr)	13,0	97,2	32,4	39,5	18
heroin (pakett)	9,7	21,1	16,2	14,6	16
kokain (gr)	4,9	129,7	48,6	56,7	41
amfetamin (gr)	3,2	19,4	9,7	10,3	83
ecstasy (tabletta)	0,6	14,6	3,2	5,3	72
metamfetamin	2,6	11,3	6,5	7,1	17
LSD (adag)	1,6	32,4	9,7	10,7	32
metadon (20 mg)	2,3	11,3	3,2	4,8	30
metadon (5 mg)	0,8	6,5	3,2	2,5	10
GBL (adag)	1,6	16,2	6,5	6,5	13
mefedron (g)	1,6	19,4	6,5	8,8	27
MDPV (g)	3,2	25,9	3,2	10,6	15
pentedron (g)	2,6	19,4	13,0	10,7	41
„Spice” (g)	0,6	11,3	3,2	3,6	73

Forrás: Varga 2015

T1.2 KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS

T1.2.1 Kábítószer-bűncselekmények

A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények és e 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 a 2014-es Éves Jelentés 1.2. fejezet.)

2014-ben mindösszesen 6509 kábítószerhez vagy új pszichoaktív anyaghoz köthető bűncselekmény miatt indított nyomozás lezárására került sor, ebből 3215 eset tartozott a régi Btk. hatálya alá, 3294 eset az új Btk. hatálya alá. Új pszichoaktív anyagnak minősülő anyagokhoz köthetően 347 bűncselekményt (5,3%) regisztráltak (56 esetet a régi Btk., 291 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 1,97%-át tették ki. A kábítószer-bűncselekmények 38%-át a fővárosban vagy Pest megyében követték el.

⁵⁷A táblázatban szereplő árak a 2014-es hivatalos euró középárfolyam (1€=308,51 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

Szertípusok

A 6509 regisztrált bűncselekmény 57,7%-át (3758 eset) kannabisszal követték el, 23,3%-át (1515 eset) stimulánsokkal, 5,8%-át új pszichoaktív anyagokkal (379 eset).⁵⁸ A stimulánsokon belül az elkövetés tárgyaként leggyakrabban előforduló kábítószer az amfetamin (83,1%), az MDMA (ecstasy) (9,2%) és a metamfetamin (4,7%) voltak. Az új pszichoaktív anyagok között a legnagyobb arányban katinon származékok (28%), fenetilaminok (18,5%), szintetikus kannabinoidok (16,9%) és piperazin származékok (11,6%) szerepeltek.

Az elkövetés tárgyaként opiátok az esetek 2,9%-ában (ezen belül heroin 1,1%-ban, metadon 0,7%-ban), kokain 2,5%-ban, hallucinogének 1,2%-ban, prekursorok 0,3%-ban, egyéb szerek 1,7%-ban kerültek rögzítésre.⁵⁹

Elkövetői magatartások

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. Az adatok értelmezésénél feltétlenül figyelembe kell venni, hogy a protokollban szereplő elkövetési kategóriáktól jelentősen eltérő szerkezetű hazai anyagi jogi szabályozás, továbbá a következtelen jogalkalmazói rögzítési gyakorlat következtében az EMCDDA kategóriák alapján történő adatleválogatás a fogyasztói jellegű elkövetések vonatkozásában nem ad megbízható képet a bűncselekmények megoszlásáról. A régi és az új Btk-ban is, a kábítószer termesztése és előállítása tényállások magukba foglalják a saját használatra történő, valamint a kereskedelmi célú termesztői/gyártói tevékenységeket is, melyek a statisztikai adatrögzítés során sem kerülnek elkülönítésre. Ugyanakkor, mivel a hatályos Btk-ban ez a két elkövetői módszer a kábítószer-birtoklás fejezetcíme alatt szerepel, feltehetően túlsúlyban vannak közöttük a fogyasztói típusú elkövetések.

A 2014-ben regisztrált bűncselekmények közül szigorúan kábítószer birtoklásához (saját használat céljából történő megszerzés, vagy tartás) 2425 bűncselekmény (a bűncselekmények 37,3%-a) volt köthető. Az esetek 59%-át kannabisszal, 29%-át stimulánsokkal követték el, a többi szertípus csak elenyésző arányban fordult elő (opiátok 3,3%, kokain 2,6%, új pszichoaktív anyagok 2,8%).

Kábítószer termesztése vagy előállítása 3012 esetben (46,3%) szerepelt az elkövetés módjaként. A termesztői módszerű elkövetéseket az elkövetés tárgya szerint vizsgálva, kannabisz 64,7%-ban, stimulánsok 21,8%-ban, opiátok 2,9%-ban kokain 2,4%-ban szerepelt az elkövetés tárgyaként.⁶⁰

A szigorúan kínálati típusba sorolható elkövetések⁶¹ a kábítószer- bűncselekmények 14,5%-át tették ki (941 eset). Ezen belül csekély mennyiséggel elkövetett kereskedői tevékenység

⁵⁸ Az új pszichoaktív anyagokkal elkövetett esetek száma tényállások szerinti, illetve szertípusok szerinti bontásban nem egyezik. Ennek oka az, hogy a bűncselekmények szertípusok szerinti besorolása az EMCDDA által meghatározott kategóriák mentén történt, ahol az ENSZ kábítószerjegyzékein nem szereplő anyagok minősülnek új pszichoaktív anyagnak, míg 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, így hazánkban bizonyos ENSZ listán nem szereplő anyagok is kábítószernek minősülnek. Ennek következtében tényállásonként összesítve kevesebb az új pszichoaktív anyagokkal elkövetett bűncselekmények száma, mint a szertípusonkénti kategorizálás szerint.

⁵⁹ 234 esetben a szertípus nem került rögzítésre.

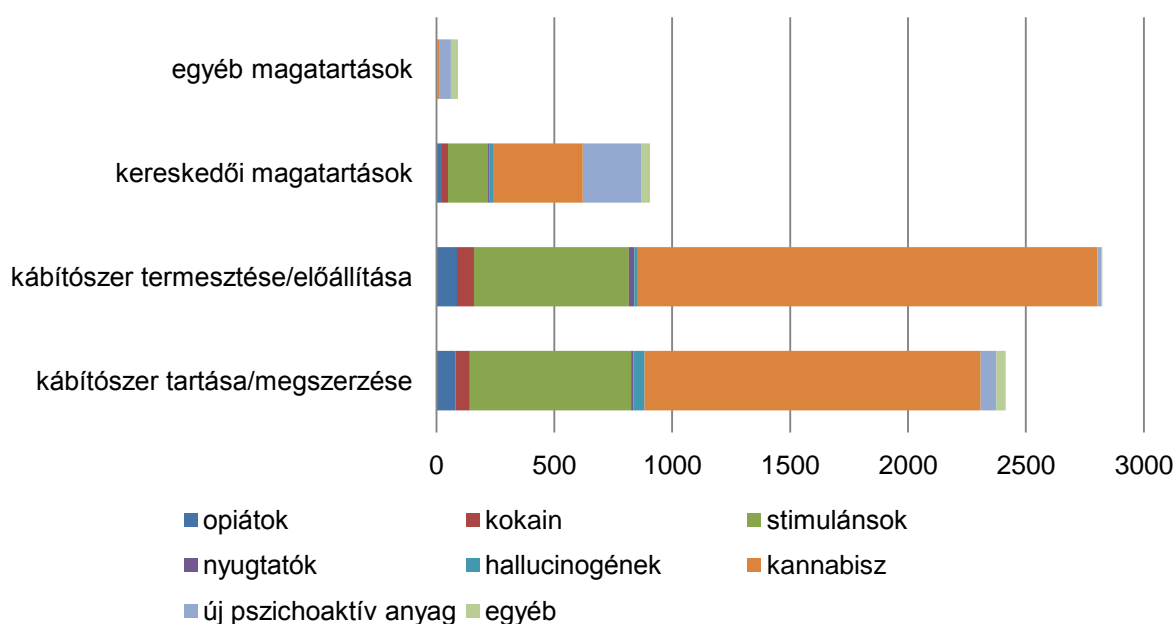
⁶⁰ Az esetek 5,6%-ában a szertípus nem került rögzítésre.

⁶¹ Kereskedői/kínálati típusú magatartások: 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.

6,1%-ban (421 eset), alapeset szerinti 6,5%-ban (396 eset), jelentős vagy különösen jelentős mennyiséggel elkövetett bűncselekmény mindössze 124 esetben (1,9%) szerepelt. A kereskedői elkövetések is nagyobb részt kannabiszhoz voltak köthetők (40,2%), bár ezek között valamivel alacsonyabb volt a kannabisz részesedése, mint a fogyasztói magatartások esetében. A kereskedői típusú elkövetések tárgyaként új pszichoaktív anyagok 26,2%-ban kerültek rögzítésre, megelőzve a stimulánsokat (18%). A jelentős mennyiséggel elkövetett cselekmények között az elkövetés tárgyaként gyakrabban fordultak elő opiátok (heroin) és kokain (7%, illetve 11%), mint az egyéb cselekmények között (minden más elkövetési kategóriában 3-3% alatt volt a két szertípus aránya).

Egyéb magatartások (kóros szenvedélykeltés, kábítószer készítésének elősegítése) 109 esetben (1,7%) kerültek rögzítésre. Ezeknek az eseteknek csaknem a fele új pszichoaktív anyagokhoz volt köthető.

27. ábra. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények megoszlása elkövetői magatartások és szertípusok szerint, 2014



Forrás: ENYÜBS 2015, elemezte: NFP

Elterelés

A kábítószerhez köthető ügyekben indult büntetőeljárások⁶² 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 olvashatók.) Az elterelésben résztvevőknek csak egy része fog a regisztrált bűnelkövetők között szerepelni (például ha az elkövető csak az eljárás bírósági szakaszában kezdi meg az elterelést), más részük ugyanakkor nem fog megjelenni a bűncselekményi

⁶² 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.

statisztikában, mert a büntetőeljárás az elterelés megkezdésével még azelőtt megszűnik, hogy megállapítanak bűncselekmény elkövetését és bűncselekményként regisztrálnák az esetet.

2014-ben összesen 13358 büntető eljárás indult kábítószerrel kapcsolatos ügyben, ebből azonban vádemelésre mindössze 2377 esetben került sor, az ügyek nagyobb része még a bírósági szakaszt megelőzően lezárult. Eltereléshez kapcsolódóan 3638 ügyben került sor a büntetőeljárás befejezésére (vádemelés elhalasztása, vagy büntethetőséget megszüntető egyéb ok címen).

A kábítószer-bűncselekményeket elkövetők jellemzői

2014-ben a 6509 regisztrált kábítószer-bűncselekményhez kötődően 6078 elkövetőt regisztrált a bűnügyi statisztika⁶³. A kábítószer-bűncselekményt elkövetők 90%-a férfi, 10%-a nő volt. Az elkövetők életkor szerinti megoszlását tekintve, 13%-uk 18 év alatti, 35%-uk 19 és 24 év közötti, 25%-uk 25 és 30 év közötti fiatal volt, összességében tehát a kábítószer-bűncselekményt elkövetők háromnegyede a 30 évesnél fiatalabb korosztályból került ki.

T1.2.2 Kábítószer hatása alatt elkövetett bűncselekmények

2014-ben kábítószer hatása alatt összesen 4687 fő követett el bűncselekményt, ami az összes regisztrált bűnelkövető 4,3%-át tette ki. A kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövetők túlnyomó része (4340 fő, 92,6%) kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményt követett el, attól eltérő, egyéb bűncselekményt 347 fő (7,4%) követett el.

A kábítószer hatása alatt nem kábítószer-bűncselekményt elkövetők közül vagyon elleni bűncselekményt 91 fő (26,2%), közlekedési bűncselekményt 152 fő (43,8%) (ebből járművezetést ittas és/vagy bódult állapotban: 147 fő), személy elleni bűncselekményt 33 fő⁶⁴ (9,5%) (ebből befejezett emberölést 4 fő, testi sértést 20 fő), garázdaságot 33 fő (9,5%), egyéb bűncselekményt 23 fő (6,6%) 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

⁶³ 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.

⁶⁴ 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 főcíme alá sorolt egyes tényállásokat az új Btk. eltérő címek alatt nevesíti.

technikai bázisát. A fentiekén túl fel kell állítani egy országos szintű, kábítószer-bűnözés elleni szolgálatot. A kábítószer-ellenes küzdelem átfogó társadalmi feladatot is jelent, így az eredményes fellépés szempontjából különösen fontos a társadalmi bűnmegelőzés lehetőségeinek kihasználása.

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

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

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

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

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

T2.1 RÖVID TÁVÚ TRENDEK A KÁBÍTÓSZERPIAC LEGJELLEMZŐBB SZERTÍPUSAI ESETÉBEN

Lefoglalások

A kender ültetvények 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 2010-2014 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 2013-2014 évekre 807 illetve 480 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. Az esetszám emelkedés főként a kistételű, 10 gramm alatti lefoglalásokhoz köthető.

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 2014-ben sem emelkedett jelentősen, azonban a lefoglalt mennyiség több mint 70 kilogramm volt.

A kokain lefoglalások vonatkozásában, a 2010-2014 időszakban jellemző trendek sem a lefoglalások számában, sem a lefoglalt mennyiségben, sem a hatóanyag-tartalomban nem azonosíthatók.

Az amfetamin lefoglalások száma – a kis tételű, 10 gramm alatti lefoglalások trendjéből adódóan – enyhe emelkedést mutat a 2010-2014 időszakban.

Az MDMA tartalmú tablettákból 2010-ben mindössze 7 lefoglalás történt, de 2012-től a lefoglalások száma folyamatosan emelkedett. 2014 folyamán már 206 esetben foglaltak le ilyen tablettát. A lefoglalások döntő többsége kis tételű, 50 tablettánál kisebb mennyiséget tartalmazó eset volt. Az éves lefoglalt tablettamennyiséget jellemzően néhány nagy lefoglalás határozta meg, ezért a mennyiségi adatok nem mutatnak jellegzetes tendenciát.

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.

21. táblázat. *Lefoglalások száma 2010 és 2014 között*⁶⁵

szertípus	2010	2011	2012	2013	2014
marihuána	2,220	2,073	2,092	2040	2058
kannabisz növény	213	192	193	196	146
hasis	44	63	103	101	101
heroin	73	22	26	32	31
kokain	132	108	118	117	143
amfetamin	484	483	454	536	598
metamfetamin	41	33	38	50	54
ecstasy tableta /MDMA, MDA, MDE/	9	22	91	181	213
LSD	12	11	28	22	29
<i>növényi anyagok szintetikus kannabinoidokkal</i>	51	465	1,298	2099	3876
<i>szintetikus kannabinoidok porokban</i>	5	51	61	60	104
<i>katinon származékok por formában</i>	353	595	700	855	863
<i>katinon származékok tablettában</i>	60	144	174	174	40

Forrás: BSZKI 2015

22. táblázat. *Lefoglalások mennyisége 2010 és 2014 között*⁶⁶

szertípus	2010	2011	2012	2013	2014
marihuána (kg)	528.1	208.7	1,776.7	863.4	529.23
kannabisz növény (tő)	14,824	14,121	7,382	5307	3288
hasis (kg)	8.5	18.2	3.1	5	7.91
heroin (kg)	97.8	3.2	2.5	5.7	70.06
kokain (kg)	14.4	12.6	13.3	8.1	39.65
amfetamin (kg)	71.2	24.1	29.9	74.8	15.95
metamfetamin (kg)	3.4	0.1	0.06	0.2	0.41
ecstasy tableta (db) /MDMA, MDA, MDE/	1,135	270	12,437	17 664	13 020
LSD (adag)	461	274	599	342	965
<i>növényi anyagok szintetikus kannabinoidokkal (kg)</i>	14.8	10.2	179.2	44.5	100.01
<i>szintetikus kannabinoidok porokban (kg)</i>	0.01	13.2	4.3	15.5	5.52
<i>katinon származékok por formában (kg)</i>	9.08	75.8	58.7	81.5	42.01
<i>katinon származékok tablettában (db)</i>	3,990	7,951	27,876	55 421	12 902

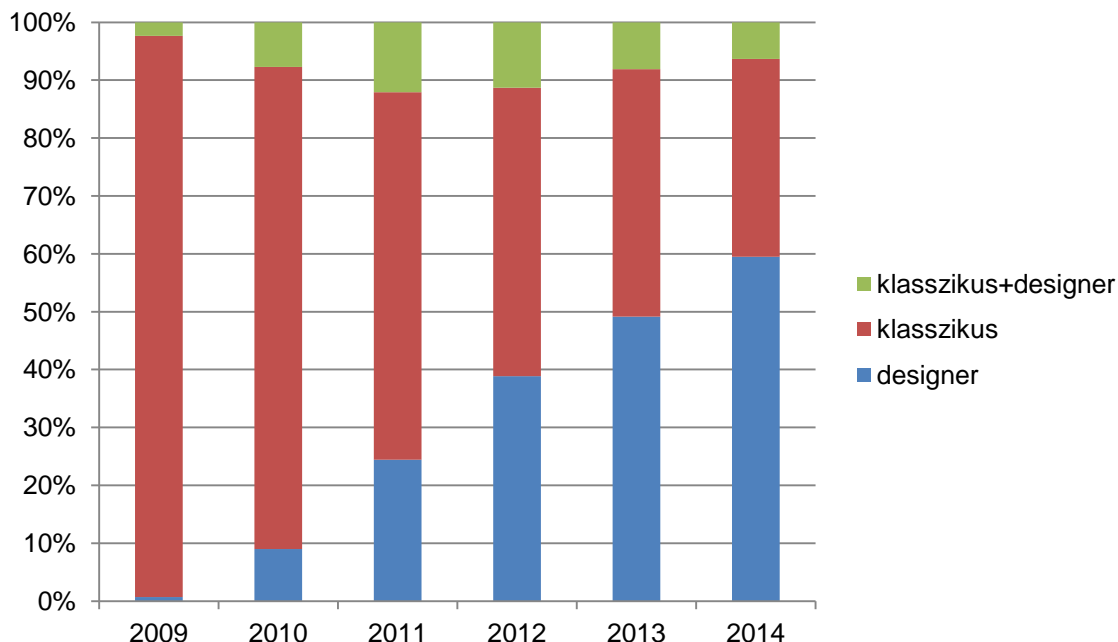
Forrás: BSZKI 2015

⁶⁵ 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.

⁶⁶ 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.

Az új pszichoaktív anyagok 2010-2014 folyamán teljesen átrendezték a magyar kábítószerpiacot. 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.

28. ábra. „Klasszikus”⁶⁷ és „designer” szerek előfordulási gyakorisága (%) a lefoglalt anyagok között, 2009-2014 között

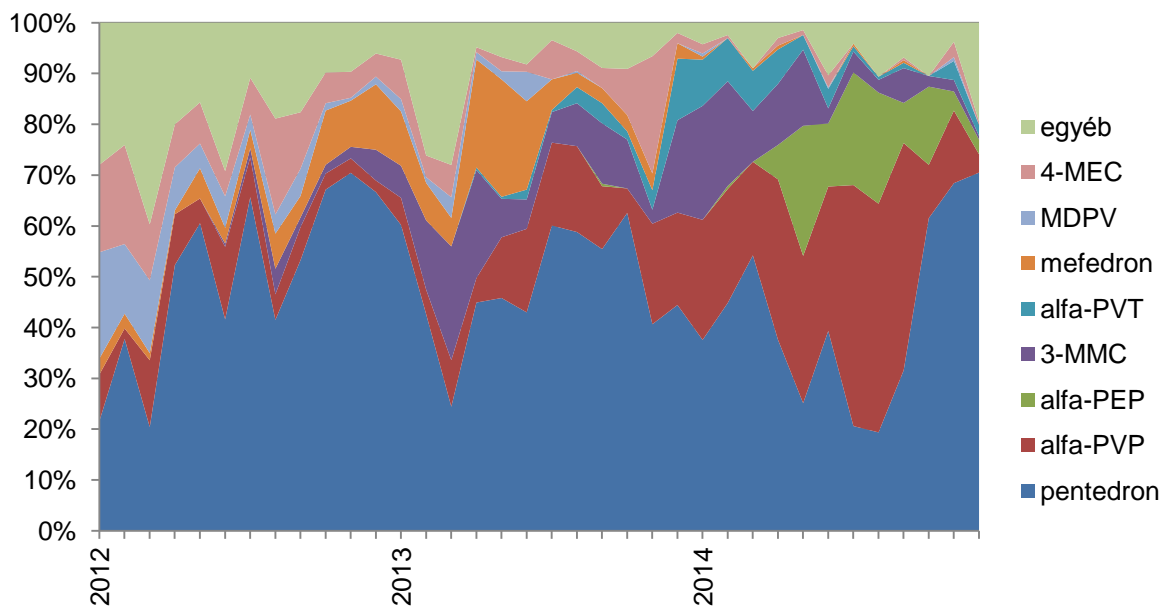


Forrás: BSZKI 2015

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 alfa-PVP részaránya a lefoglalásokban, de az év végére ismét a pentedron lett a legjellemzőbb szer.

⁶⁷ Klasszikus szerek az ENSZ Kábítószer Egyezményeinek valamely jegyzékén szereplő anyagok minősültek.

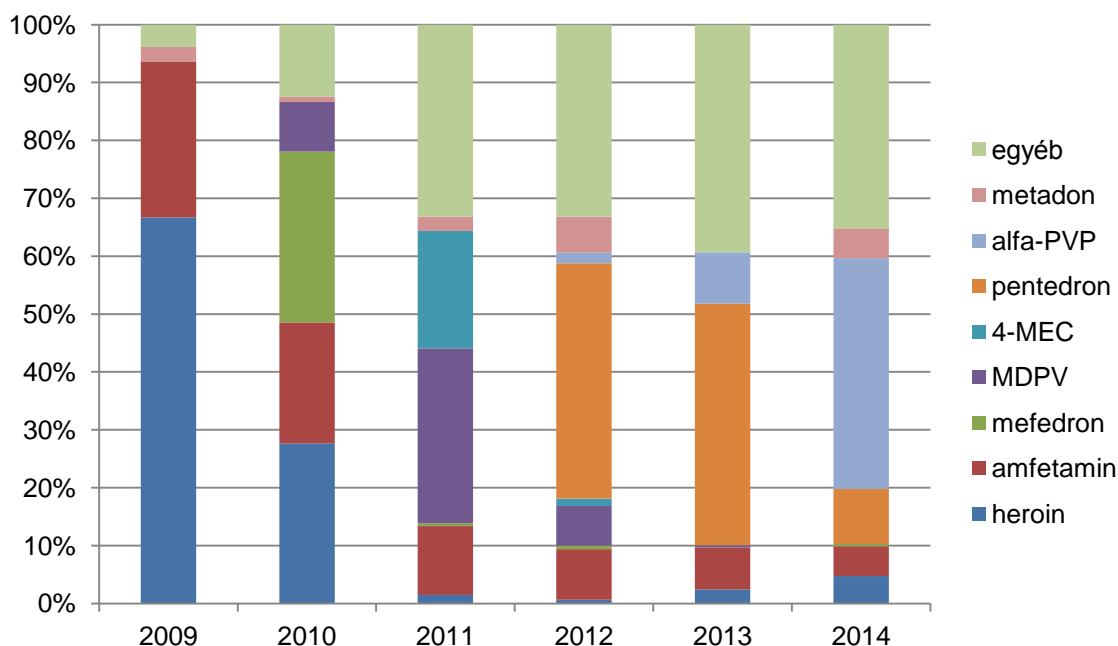
29. ábra. Katinonszármazékok előfordulási gyakorisága (hatóanyag kimutatások aránya) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2012-2014 között



Forrás: BSZKI 2015

A laboratóriumi vizsgálatra kerülő, intravénás szerhasználathoz köthető tárgyakról kimutatott hatóanyagok összesítése alapján figyelemmel kísérhető az ehhez a fogyasztási módhoz kapcsolódó szerek körének és hozzávetőleges arányának alakulása. 2014-ben folytatódott a megelőző két évben tapasztalt tendencia, a 2010 előtt domináló heroin és amfetamin az esetek mindössze 5-5%-ában volt kimutatható. A vizsgált tárgyakról az esetek többségében katinonszármazékok voltak kimutathatók, ezek közül azonban már nem pentedron volt a leggyakoribb (9,5%), hanem a PVP (az esetek 39,9%-a). Az esetek 35%-ában többféle hatóanyag, vagy kisebb gyakorisággal előforduló egyéb hatóanyagok voltak azonosíthatók. (Az intravénás szerhasználók átalakuló szerhasználata nyomon követhető a tűcsere szolgáltatók adataiban - lásd Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet -, valamint a kábítószer-használat miatt kezelést kezdők adataiban - lásd Kezelés fejezetet - is.)

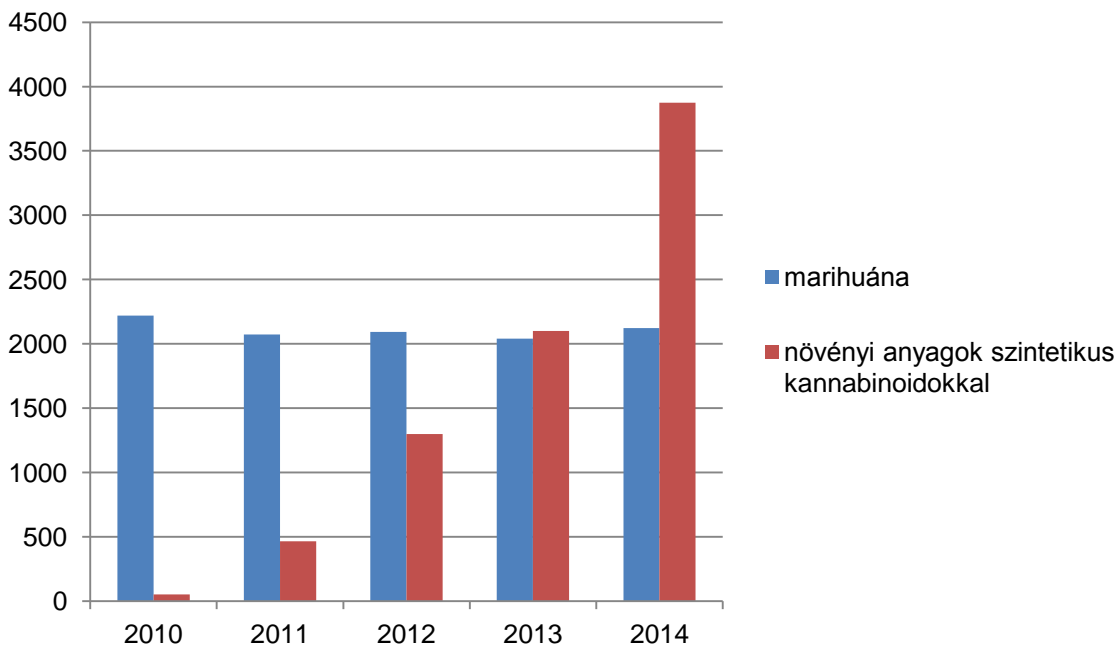
30. ábra. Az intravénás szerhasználathoz köthető tárgyokról kimutatott hatóanyagok 2009-2014 között (%)



Forrás: BSZKI 2015

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.

31. ábra. Marihuána és szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok lefoglalásainak száma 2010-2014 között

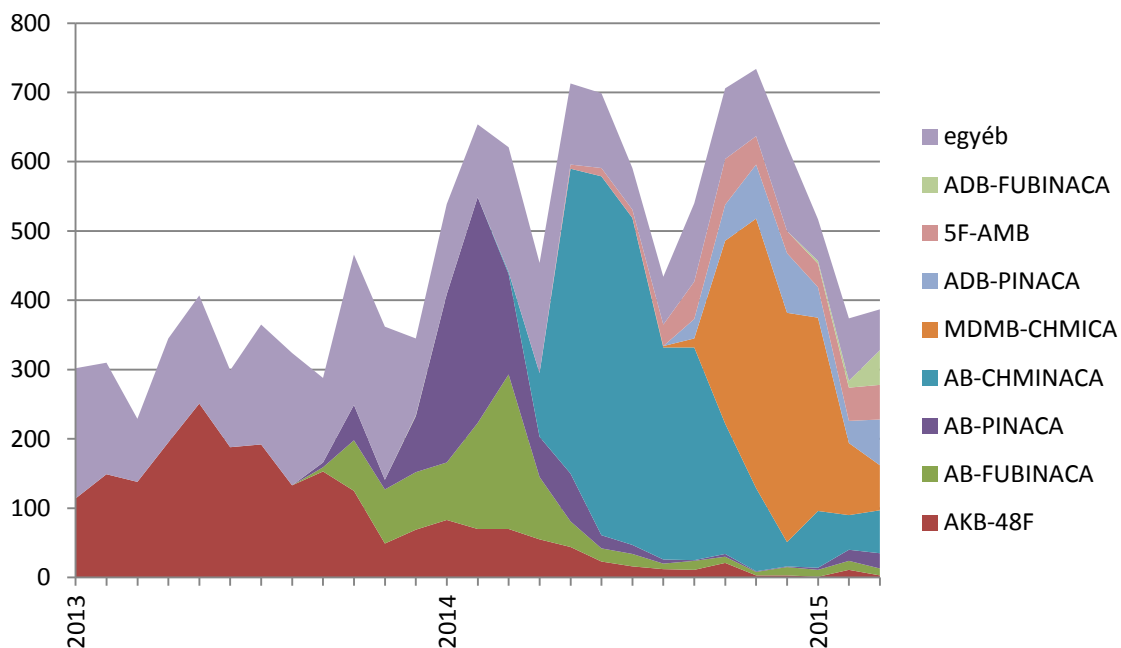


Forrás: BSZKI 2015

A termékekben található hatóanyagok köre a jogszabályi változásokat dinamikusan követi, egy-egy időszakban jellemzően 1-2 domináns hatóanyag fordul elő a piacon. Az egyes hatóanyagok az ellenőrzés alá vonást követően, általában 1-3 hónap alatt, jelentősen

visszaszorulnak és új, még nem ellenőrzött hatóanyagok veszik át a helyüket. 2014 folyamán a leggyakoribb hatóanyag az AB-CHMINACA volt.

32. ábra. Szintetikus kannabinoid vegyületek előfordulási gyakorisága (hatóanyag kimutatások száma) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2013 és 2015 első negyedéve között



Forrás: BSZKI 2015

Tisztaság

A lefoglalt marihuána hatóanyag-tartalmában, a 2010-2014 időszakban, jelentős változás nem tapasztalható.

A hasis THC-tartalmában jelentős változás volt a nagy hatóanyag-tartalmú minták arányának növekedése (ld. T1.1.5.).

A korábbi időszakban a fogyasztási adagokban is számottevő arányban megjelenő 30% feletti hatóanyag-tartalmú heroin porok 2014-re gyakorlatilag eltűntek a lefoglalásokból, a fogyasztói piacot 2014-ben a 10-30% hatóanyag-tartalmú porok jellemezték.

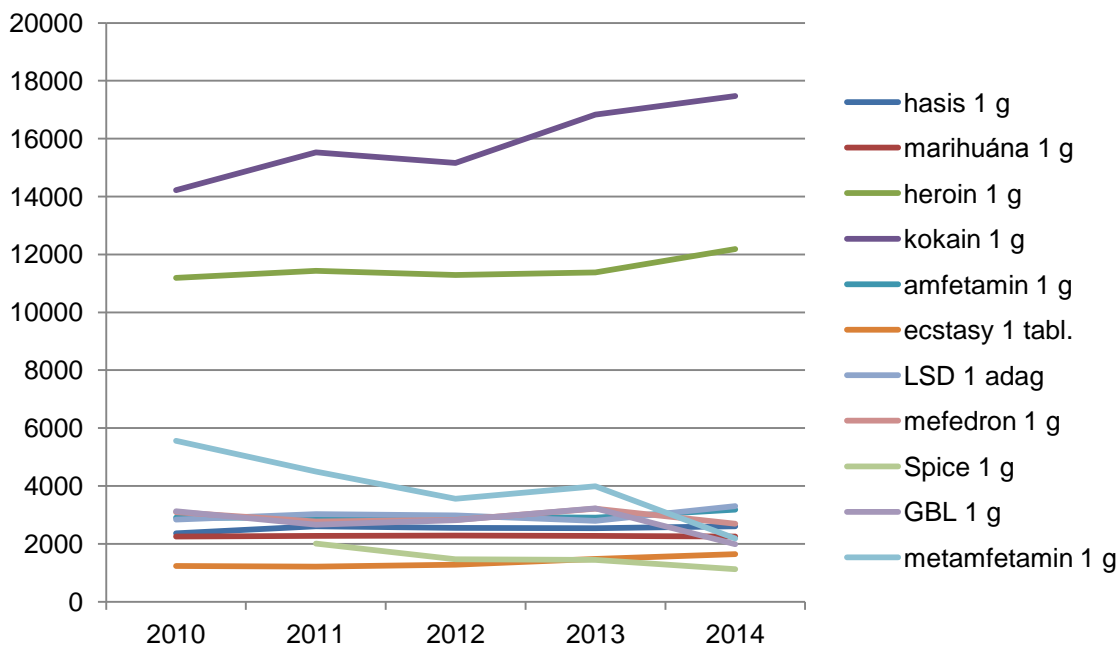
Az anyagok között egyre több esetben jelent meg hígítatlan, gyakorlatilag tiszta amfetamin-szulfát. Az 50%-nál magasabb hatóanyag-tartalmú anyagok 2014-ben az esetek mintegy 10%-át tették ki.

Az MDMA tabletták hatóanyag-tartalmában növekedés figyelhető meg.

Kábítószerárak

A Nemzeti Drog Fókuszpont kutatása (Varga 2015) szerint az elmúlt években a kábítószer utcai áraiban fellelhető tendenciák tovább folytatódnak. Az új pszichoaktív szerek és a metamfetamin esetében folyamatos csökkenést látunk, azonban 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.

33. ábra. Kábítószeresek átlagos utcai árai forintban 2010-2014 között



Forrás: Varga 2015

T2.4 KÁBÍTÓSZER-BŰNCSELEKMÉNYEK – RÖVIDTÁVÚ TRENDÉK

A kábítószer-bűncselekmények számának 5 évre visszatekintő idősoros elemzése csak korlátozottan lehetséges, mivel az időszak alatt elkövetett bűncselekmények egy része a 2013. július előtt hatályos 1978. évi IV. törvény (régí Btk.), másik része a 2013. július 1-től hatályos 2012. évi C. törvény (új Btk.) hatálya alá tartozik, és a kábítószer-bűnügyi statisztika szempontjából a régi és az új Btk. tényállásait lefedő kategóriák nem minden esetben feleltethetők meg egyértelműen egymásnak. (Bővebben lásd: 2014-es Éves Jelentés 9.1. fejezet). Továbbá, 2014-től kezdődően a bűncselekmény típusok az EMCDDA új kábítószer-bűnözésre vonatkozó protokolljának kategóriái mentén kerülnek leválogatásra, mely jelentősen eltér a korábbi években követett jelentési struktúrától. Ezek következtében a korábbi évekkel való összehasonlításra és idősoros elemzésre az adatok csak korlátozottan alkalmasak.

Összességében elmondható, hogy a regisztrált kábítószer-bűncselekmények száma az elmúlt 5 évben enyhén emelkedő trendet mutatott; 2006 óta 2014-ben volt a legmagasabb a regisztrált esetek száma Magyarországon. 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 15% alatt maradt. A bűncselekmények túlnyomó többségét csekély mennyiségű kábítószerrel követték el, jelentős mennyiségű kábítószer a visszaélések mintegy 3%-ában fordult csak elő.

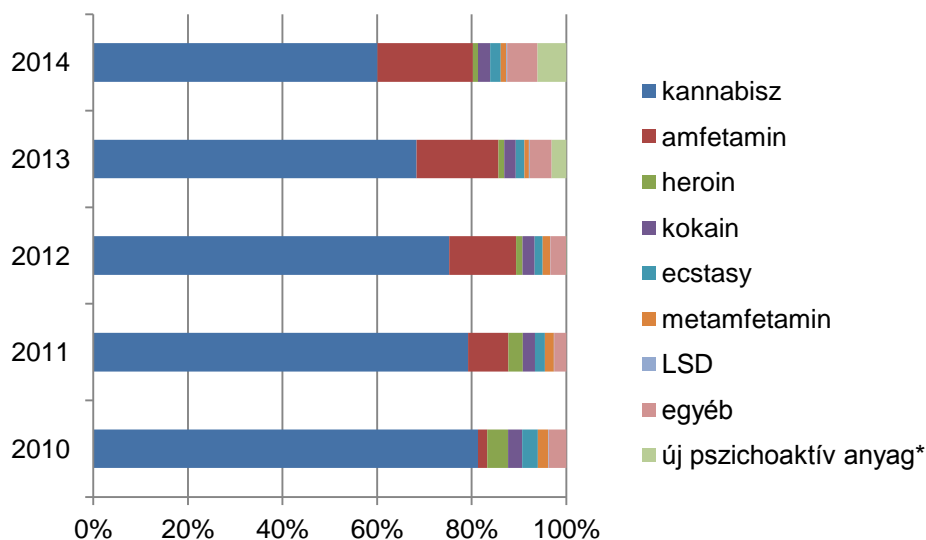
Az elmúlt öt évet vizsgálva, a kábítószer-bűncselekmények⁶⁸ legnagyobb részét kannabisszal követték el. Ugyanakkor a kannabisz aránya a szertípusok között fokozatos csökkenést mutat: 2010-ben még az esetek 80%-át, 2014 már csak 60%-át követték el ezzel a szerrel. A bűncselekmények szertípus szerinti megoszlásának változása némileg követte a kábítószerpiacon bekövetkezett változásokat is: 2010 és 2014 között a heroinnal elkövetett esetek aránya 1%-ra esett vissza, míg az amfetamin évről évre növekvő arányban jelent meg az elkövetés tárgyaként (2011: 8,5%, 2014: 20%). Az ecstasy-val elkövetett

⁶⁸ Az elemzésnek ebben a részében közölt adatok a prekursorokkal elkövetett esetek nélkül, és azon esetek nélkül kerültek kiszámításra, ahol az elkövetés tárgyaként szertípus nem került rögzítésre.

bűncselekmények 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 visszaélések egyre növekvő hányadát teszik ki a kábítószer-bűncselekményeknek (2014: 6,1%).

34. ábra. A kábítószer-bűncselekmények⁶⁹ megoszlása szertípus szerint 2010-2014 között



*2014-től a nemzetközi szabályozás szerint új pszichoaktívnak minősülő anyagokkal (az ENSZ kábítószer-jegyzékében nem szereplő anyagok) elkövetett visszaélések kerültek ebbe a kategóriába, összhangban az EMCDDA új kábítószer-bűnözésre vonatkozó adatgyűjtési protokolljával.
 Forrás: ENYÜBS 2014, 2015. 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 2014-es évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1. és a T2. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs információ.

T5. KIEGÉSZÍTŐ ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs információ.

⁶⁹ A prekursorokkal elkövetett és a nem rögzített szertípussal elkövetett esetek nélkül.

T6. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T6.1 FORRÁSOK

BSZKI (2015): A BSZKI lefoglalási adatai 2009 és 2014 között.

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

ENYÜBS (2015): A Belügyminisztérium Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos, 2014. évre vonatkozó adatai.

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

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

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

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

Varga, O. (2015): A kábítószer utcai árainak alakulása 2014-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 fiatalokként 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).

Kábítószeres utcai árai (Varga 2015): A kábítószeres utcai árait felmérő kérdőívek felvétele önkitöltős módszerrel történt 2015. január 1-30. között, 7 nagyváros 7 drogambulanciájának részvételével. Minden szervezet 20, a kezelésbe lépés előtt 2014-ben kábítószeres használatos klienssel töltetette ki a kérdőívet, így a teljes minta 140 fő volt. A kliensek csak annak a kábítószernek adták meg az árát, amelyből ők személyesen vásároltak a tárgyévben. A kérdőívben azt az árát kellett megadni kábítószerenként 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.

KÁBITÓSZER-PROBLÉMA A BÖRTÖNBEN⁷⁰

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. intézményein 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 Nemzeti Drog Fókuszpont és a BVOP együttműködésében végzett, valamennyi hazai bv. intézetet lefedő kérdőíves felmérés volt. A vizsgálat 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 40%-a fogyasztott már a bekerülés előtt valamilyen kábítószerrel élete során.

A HIV és a hepatitis B és C vírusfertőzések prevalenciája magasabb a fogvatartottak körében, mint az általános népesség körében. A büntetés-végrehajtási intézetekben végzett kutatások azt jelzik, hogy a vizsgálati mintába került HCV-fertőzött fogvatartottak többsége valószínűleg a korábbi intravénás kábítószer-használat és azzal összefüggő kockázati magatartások által fertőződött meg.

A TDI adatok alapján a kábítószer-használattal összefüggésben kezelést kezdő fogvatartottak körében lényegesen gyakoribb a stimulánsok és az opiátok használata, valamint az intravénás szerhasználói múlt, mint a bv. intézményén kívül kezelést kezdők között.

A büntetés-végrehajtás keretien 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 szakszolgálata 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

Magyarországon 2014-ben 33 bv. intézet (28 intézethez tartozóan 33 objektum) működött, összesen 12869 férőhellyel. Az intézetek közül országos hatáskörrel működött 18 intézet, megyei hatáskörrel 15 intézet. A megyei intézetek elsősorban előzetes letartóztatás fogyanatosítására szolgálnak, ezekben az intézetekben férfiak és nők, valamint fiatalok is elhelyezhetők. Az országos hatáskörű bv. intézetek esetében az elhelyezésnél a lakóhely

⁷⁰ A fejezet szerzője: Port Ágnes.

közelségét a bv. szervezet igyekszik figyelembe venni: az elhelyezésnél a regionalitás prioritás, de a jelenlegi telítettség mellett nem érvényesül minden esetben.

Az országos hatáskörű intézetek közül férfiak elhelyezésére 13 intézet, női fogvatartottak elhelyezésére 5 intézet⁷¹ jogosult, 3 intézetben női és férfi fogvatartottak is elhelyezhetőek. Fiatalkorú fogvatartottak elhelyezésére 5 intézetben van lehetőség⁷², ebből 4 intézet csak férfiak, 1 intézet férfiak és nők fogadására is jogosult.

A hazai bv. intézetekben elhelyezett fogvatartottak száma 2014. december 31-én 17890 fő volt, ebből 16541 fő volt férfi (92,4%) és 1349 fő (7,5%) volt nő. A fogvatartottak között a fiatalkorú fogvatartottak aránya 2,4% volt (424 fő, ebből 407 férfi, 17 nő).

A magyar börtönökben jelentős a túltelítettség: 2014-ben a bv. intézetek átlagos telítettsége 141%-os volt, de előfordul olyan bv. intézet is, ahol közel kétszer annyi fogvatartott van elhelyezve, mint amennyi az intézet kapacitása. A túltelítettség súlyosbítja a börtönbeli kábítószer-problémát. Jelenleg kormányzati tervek célozzák a túltelítettség megoldását.

T1.2 KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT ÉS AHHOZ KÖTHETŐ PROBLÉMÁK A FOGVATARTOTTAK KÖRÉBEN

T1.2.1 A kábítószer-használat a fogvatartottak körében

Kábítószer-használat a bekerülés előtt

A fogvatartottak bekerülést megelőző szerhasználatára vonatkozóan a 2013-ban, a Nemzeti Drog Fókuszpont és a BVOP által közösen végzett kérdőíves felmérésből (Port és Tarján 2014) rendelkezünk a legfrissebb megbízható 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 kábítószerfüggőnek 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 kábítószer-használatra vonatkozó felmérés utoljára 2008-ban készült (Paksi 2009). Ennek eredményei szerint a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben jogerősen fogvatartott populáció 43,8%-a kipróbált már bekerülése előtt valamilyen tiltott drogot⁷³. A valaha fogyasztók több mint kétötöde (41,6%), azaz minden ötödik-hatodik fogvatartott (18,2%) kinti életében pedig volt olyan periódus, amikor legalább heti rendszerességgel élt valamilyen tiltott szerrel. A büntetés megkezdését megelőző évben minden harmadik, az utolsó kinti töltött hónap során pedig minden ötödik jelenleg fogvatartott használt valamilyen tiltott drogot. A fogvatartottak 37,8%-a, azaz a valamilyen tiltott drogot valaha használók döntő többsége (85,7%-a), használt már életében marihuánát vagy hasist. Az összes többi szer előfordulási gyakorisága

⁷¹ Szükség esetén plusz 1 intézet kijelölhető.

⁷² Ezt a képet árnyalja, hogy a központi fiatalkorú bv. intézetben (Tököl) átlagosan négyszer több a felnőtt korú fogvatartott, mint a fiatalkorú.

⁷³ A kutatás során a tiltott drogok közé az alábbiakat sorolták: kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, heroin, egyéb opiát, LSD, mágikus gomba, crack, GHB, bármilyen drog intravénásan, herbál drogok, rush, angyalpor, I-por (ketamin)

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.⁷⁴ 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 mefedron volt, amelyet a megkérdezettek 12,6%-a fogyasztott már valaha életében. A megkérdezettek 8,1%-a kábítószerfüggőnek, 9,9%-a rendszeres kábítószer-használónak minősítette saját magát. A magukat kábítószerfüggőnek minősítők közül, a mintában kétszer annyian voltak, akik amfetamin-származékok és egyéb stimulánsok fogyasztása miatt váltak addiktív szerhasználókká, mint akik opiát-fogyasztás következtében.

Kábítószer-használat a börtönben

A BVOP adatai szerint 2014 folyamán kábítószer-birtoklás felderítésére 9 esetben, 13 fő érintettségével, kábítószergyanús anyag lefoglalására 179 esetben, 179 fogvatartottnál került sor. A bv. intézeten belül kábítószer-használat felderítésére 57 fogvatartott - köztük 5 fő fiatalos - esetében került sor. A lefoglalt szerekre vonatkozóan nincs egységes jelentési kötelezettség, az intézetek beszámolóí szerint jellemzően marihuána, szintetikus kannabinoidok, valamint visszaélészerűen használt nyugtató hatású gyógyszerek (klonazepám hatóanyagú Rivotril tabletták) kerültek lefoglalásra többségében. Injektáláshoz kapcsolódó eszközök lefoglalása, illetőleg intravénás szerhasználat felderítése a hazai bv. intézetekben nem jellemző, 2014-ben sem volt ilyen eset. (BVOP 2015)

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 kezelt eltereltek szociodemográfiai, illetve kábítószer-használati jellemzőiről az Országos Addiktológiai Centrum TDI adatbázisából állnak rendelkezésre adatok. A TDI-adatbázisba a TDI-protokollnak megfelelően a büntetés-végrehajtási intézetek is jelentik a kezelésbe lépő eseteiket.⁷⁵

⁷⁴ Az adatok interpretálásánál fontos figyelembe venni, hogy a mintába azok az elítéltek kerültek (852 fő), akik részt vettek a szűrésen és egyben hajlandók voltak részt venni a vizsgálatban is és kitölteni az anonim kérdőívet, illetve akik már hepatitis C vírussal voltak fertőzöttek és részt kívántak venni a vizsgálatban.

⁷⁵ 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 befejezett és megszakított kezeléseket regisztrálja, a TDI pedig a tárgyévben megkezdettéket. Másrészt, a TDI-be jelentő intézetek köre nem teljes, azaz nem fed le valamennyi bv. intézetet ahol sor kerül fogvatartottak kábítószer-használatához kapcsolódó ellátására.

A TDI adatok alapján 2014-ben 146 fogvatartott kezdett kezelést (137 férfi, 7 nő, 2 fő neme ismeretlen) kábítószer-probléma miatt, ezek többsége (144 fő) 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 29,9 év; nem fogvatartottak 27,1 év). A férfiak aránya jellemzően magas a szerhasználók körében, a kezelést kezdő fogvatartottak esetében 95%, míg a nem fogvatartottak esetében 88% volt. Ez részben köszönhető a fogvatartotti populáció nemi megoszlásának is (92% férfi, 8% nő). A legmagasabb iskolai végzettség tekintetében a falakon kívül kezelést kezdők 50%-a rendelkezett legfeljebb általános iskolai végzettséggel, míg a fogvatartottak esetében ez az arány 75% volt.

A szerhasználati mintázatban is tapasztalhatunk eltéréseket. Mind a stimuláns-, mind az opiáthasználat nagyobb arányban jellemezte a falak között kezelést igénylőket, míg a kannabisz-használat a nem fogvatartottak körében mutatott magasabb mértéket, mint a kezelést meghatározó elsődleges szerhasználati probléma.

A rendkívül kockázatos, intravénás szerhasználat tekintetében is a kezelést kezdő fogvatartott populáció mutatkozott érintettebbnek. 26%-uk esetében az injektlás volt a fogvatartást megelőző jellemző szerhasználati forma, és 43% számolt be arról, hogy életében valaha injektlált kábítószerrel. A nem fogvatartottak esetében 6% illetve 15% százalék volt az érintettség.

23. táblázat. A 2014-ben kezelésbe lépő fogvatartott és a nem fogvatartott kliensek főbb jellemzői ($N_{fogvatartott}=146$; $N_{nem-fogvatartott}=4542$)⁷⁶

fogvatartottak		nem fogvatartottak	
29,9 év	átlagéletkor	27,1 év	
95%	férfiak aránya	88%	
75%	legfeljebb 8 általánost végzettek aránya	50%	
38%	kannabiszhasználók aránya	56%	
42%	stimulánshasználók aránya	18%	
12%	opiáthasználók aránya	4%	
26%	elsődleges szerüket injektlók aránya	6%	
43%	valaha injektlók aránya	15%	

Forrás: TDI adatgyűjtés 2015

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 4.894 fogvatartott körében a HBV prevalenciáját 1,5%-osnak, a HCV prevalenciáját 4,9%-osnak találta. 1.553 fő kockázatos 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,

⁷⁶ Az arányok kiszámítása az adott változóra „nem ismert” választ adók kizárásával történt.

22,5% volt az előfordulás gyakorisága. A kockázati magatartások összefüggést mutattak a HCV fertőzöttséggel: az eszközt valaha megosztók körében 30,7%, a tűt/fecskendőt megosztók körében 37,9% volt a HCV prevalencia érték.

A 2012-ben a bv. intézetekben zajló HIV/HBV/HCV fertőzések megelőzésére irányuló felvilágosító és szűrőprogram keretében végzett kutatás (Ritter 2013) során az összes megkérdezett (852 fő) 20,7%-a vallotta azt, hogy használt élete során valaha intravénásan kábítószer, a vizsgálati mintába kerültek 4,2%-a a börtönön belül is injektált már. A vizsgált személyek körében a HCV prevalencia értéke 8,2% volt. A valaha intravénásan kábítószer használók körében 24,8%-os HCV prevalenciát mért a vizsgálat.⁷⁷

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 2014. évi intravénás szerhasználók körében végzett országos HIV/HCV prevalenciavizsgálat (Dudás et al. 2014) adatai szerint közel minden második (282 fő, 48,9%) intravénás szerhasználó volt már valaha börtönben, körükben a HCV prevalenciája 64,9% volt. A vizsgálat további adatait lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T.1 és T.2 alfejezetében.

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

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

⁷⁷ 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.

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.

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 – különösen a megelőző-felvilágosító szolgáltatást – a területileg illetékes szakintézmények (többnyire drogambulanciák) szakemberei biztosítják. A büntetés-végrehajtás a feladatok végrehajtásában számos kormányzati, önkormányzati kutatási-képzési és programszolgáltató nem kormányzati szervezettel is szorosan együttműködik.

A medikális modell mellett nagy szerepet kap a biztonsági modell⁷⁸ is a kábítószer-probléma megközelítésében, mely a legfőbb akadályát jelenti az ártalomcsökkentő beavatkozások bevezetésének.

2008-ban jött létre és azóta működik a Büntetés-végrehajtási Szervezet Kábítószerügyi Szakmai Bizottsága. A Bizottság feladatkörében ellátja a büntetés-végrehajtási szervezet keretein belül a kábítószer kínálat, kereslet és ártalomcsökkentő programok országos koordinálását, a prevenció programok felügyeletét, a szakemberek kábítószer képzésével, továbbképzésével összefüggő irányelvek kidolgozását, a tervezett intézkedésekhez módszertani útmutatók kidolgozását, pályázatok előkészítését, a működtetéshez források felkutatását. Együttműködik a büntetés-végrehajtás szerveivel, a kábítószerügyben érintett hazai, nemzetközi hivatalos, társadalmi és civil szervezetekkel. 2014 folyamán a Bizottság 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 alfejezete).⁷⁹ Az elterelés keretében biztosított kábítószer-függőséget gyógyító kezelésre és más ellátás biztosítására az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (IMEI) mellett hat további bv. intézet került kijelölésre, a függőséget gyógyító kezelésben részt vevők elhelyezését az erre kijelölt bv. intézet biztosítja. Az eltereltek számára megelőző-felvilágosító szolgáltatást a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda által meghatározott, területi ellátási kötelezettséggel bíró (külső) szolgáltató útján kell biztosítani.

2014-ben a BVOP adatai szerint függőséget gyógyító kezelésben vagy kábítószer-használatot kezelő egyéb ellátásban 40 fő, megelőző-felvilágosító szolgáltatásban 175 vett részt. Problémát jelent, hogy az előzetes letartóztatás alatt nagyon nehéz megszervezni az elterelést, mert a fogvatartottak fluktuációja, és intézetek közti szállítása nagymértékű. Ezért sok elterelés marad félbe, illetve zajlik párhuzamosan. Az elterelések túlnyomó többsége Budapesten történik, azaz az elterelés intézménye a büntetés-végrehajtáson belül

⁷⁸ E szerint a börtönben található kábítószeres és parafernáliák 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.

⁷⁹ Elterelés keretében 3 féle ellátás vehető igénybe: megelőző-felvilágosító szolgáltatás; kábítószer-függőséget gyógyító kezelés; kábítószer-használatot kezelő más ellátás.

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 bv. intézetbe befogadottak orvosi vizsgálaton esnek át, és az intézetek többségében pszichológus is végez egy tájékoztató vizsgálatot. Az adatok felvételének részét képezi a kábítószer- és alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdések megválaszolása is, az elmondottakat az egészségügyi alrendszerben, csak az arra jogosult szakszemélyzet által hozzáférhető módon rögzítik.⁸⁰ A nyilatkozat valóságtartalmának ellenőrzésére nincs mód. Fogyasztással kapcsolatos pozitív válasz esetén, amennyiben ez orvosilag indokolt, az ellátó orvos intézkedik a további szükséges kezeléstről (mint minden egyéb egészségügyi probléma esetén). Egyéb addikció súlyossági vagy más hasonló sztenderdizált kábítószer-érintettséget mérő eszköz általánosan nem kerül alkalmazásra.

Prevenció

Egy 2002-es jogszabályi változás tette lehetővé úgynevezett prevenciós körletek, részlegek kialakítását a bv. intézetekben az önként jelentkező⁸¹ fogvatartottak számára. A fogvatartottak elhelyezésére külön zárkákban vagy körleten kerül sor. Az itt elhelyezett fogvatartottak bizonyos kedvezmények és kezelések fejében, írásos nyilatkozatban vállalják a részvételt a minimálisan havonta, de egyébként bármikor elrendelhető drogszűrésben, azaz hogy a kábítószer-mentesség ellenőrzése érdekében biológiai mintát, vizsgálati anyagot szolgáltatnak. A prevenciós körletek által nyújtott szolgáltatások és programok túlnyomórészt pszichológiai/pszichoterápiás csoportfoglalkozások, és egyéni konzultáció formájában zajlanak. 2014-ben 20 bv. intézetben működött drogprevenciós körlet, az itt elhelyezett fogvatartottak száma az év során összesen 501 fő volt. Minden olyan intézetben elérhető a kábítószer-prevenciós részleg, ahol jogerős fiatalok vagy női elítéltek vannak.

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.

A BVOP és az NFP közös kutatása (Port és Tarján 2014) szerint 2012-ben 22 intézetben⁸² valósult meg a drogprevenciós körlettől független, egyéb drogprevenciós program: 8 intézetben 1 db, 11 intézetben 2 db, 1 intézetben 3 db, 2 intézetben pedig 6 db ilyen típusú program zajlott az év során. A programok tartalmukban lényegében nem különböztek a prevenciós körletekben elérhető szolgáltatásoktól: jellemzően egyéni és csoportos pszichológiai foglalkozásokat, valamint ismeretterjesztő előadásokat tartalmaztak. Az alkalmazott módszerek köre igen tág volt: konzultáció, segítő beszélgetés, kortárssegítő csoport, életvezetési tréning, pszichodráma, munkaterápia, meseterápia, autogén tréning stb. A foglalkozások céljaként a következők kerültek említésre: felvilágosítás, a kábítószer használat megelőzése, illetve a használat következményeinek megismertetése, önismeret és önsegítés előmozdítása, szabadulás utáni absztinencia, pszichoedukáció, megküzdési technikák elsajátítása, börtönártalmak csökkentése, szabadulásra felkészítés, szabadulás utáni reintegráció, konfliktuskezelés, egészségfejlesztés. A programok egy bv. intézet kivételével valamilyen külső szervezet közreműködésével kerültek megvalósításra.

⁸⁰ Az adatok aggregát formában történő évenkénti kinyeréséhez az informatikai rendszer fejlesztésére lenne szükség.

⁸¹ A jelentkezésnek nem feltétele a korábbi szerhasználat.

⁸² A 31 résztvevő bv. intézet közül 30 bv. intézet adatai alapján.

A büntetés-végrehajtási intézetekben elérhető kezelési programok

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 prevenciós programok, vagyis a kezelést is a prevenciós körlet/csoport keretében biztosították. A kezelési programok, a prevenciós programokhoz hasonlóan, főként egyéni vagy csoportos foglalkozás, tanácsadás keretében zajlottak, és olyan kompetenciák fejlesztését célozták meg, mint a megküzdési erőforrások felismerése és megküzdési technikák elsajátítása, börtönártalmak csökkentése, szabadulásra felkészítés, önismeret fejlesztése, szociális kompetencia fejlesztése, asszertivitás növelése, visszaesés megelőzése. Módszerüket tekintve a programok változatosak voltak: pszichodráma, film, viselkedés terápiák, stb.

A különböző kezeléstípusok⁸³ 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. intézetekben⁸⁴. 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.

2014 során HCV/ HBV/ HIV/ TBC fertőzéssel kapcsolatos felvilágosító/tájékoztató célú előadás 26 bv. intézetben volt, összesen 31 alkalommal. Az előadásokkal 4273 főt (az átlag fogvatartotti létszám 23,9%-a) sikerült elérni. Fertőző megbetegedésekkel kapcsolatos egyéni tanácsadás és felvilágosítás 5529 esetben (30,9%) történt. 4 intézetben igény szerint biztosították ezt, 3 intézetben minden befogadás alkalmával sor került rá. Írásos tájékoztató

⁸³ 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

⁸⁴ 2013-ban a program forráshiány következtében szünetelt.

anyagot a BVOP összesítése szerint 8 intézetben, 2997 fogvatartott kapott az év folyamán. 3 intézet minden befogadáskor adott a témával kapcsolatos tájékoztató anyagot. (BVOP 2015) 2014 folyamán HCV szűrésen összesen 3082 fogvatartott vett részt, az átlag fogvatartotti létszám 17,2%-a. Közülük 339 fő (11%, a teljes fogvatartotti létszám 1,9%-a) bizonyult HCV ellenanyag pozitívnak, ebből 71 fő egyidejűleg fertőzőképes hepatitis C vírus hordozó is volt. Hepatitis B szűrés 394 esetben (a fogvatartotti létszám 2,2%-a) történt, 3 HBV+ fogvatartott kiszűrésére került sor. HIV szűrés 835 esetben (a fogvatartottak 4,7%-a) történt, 1 új eset került kiszűrésre. (További 6 fő ismert HIV+ volt.)

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. Ennek megfelelően 2014-ben a korábbi évekhez képest nagyobb számban, összesen 24.840 esetben történt tüdőszűrés. TBC gyanúval összesen 90 fő került kiszűrésre. A kiszűrt esetek között aktív TBC-s beteg nem volt, a passzív TBC-ek száma 14 fő volt. TBC elleni kezelésben 26 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. 2014-ben 11 HIV-fertőzött fogvatartott részesült antiretrovirális kezelésben, 134 HCV-fertőzött és 6 HBV-fertőzött fogvatartott pedig antivirális kezelésben. (A HCV fertőzöttek közül 30 fő nem vállalta a kezelést, 18 fő pedig egészségügyi okokból nem került kezelésbe.)

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 Fiatalkorúak Büntetés-végrehajtási Intézetében, 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 2013-as kérdőíves felmérése (Port és Tarján 2014) rákérdezett, hogy az egyes bv intézetekben elérhető-e valamilyen, a szabadulás utáni túladagolás megelőzését célzó program vagy tanácsadás. 4 intézet⁸⁵ számolt be arról, hogy ilyen jellegű segítségnyújtás elérhető volt, közülük ugyanakkor csak egy jelezte, hogy kifejezetten ilyen profilú programot általános jelleggel, valamennyi fogvatartott számára biztosítottak. A többi 3 intézetben az egyedi szükségletekhez igazodva volt elérhető a témában nyújtott egyéni tanácsadás. Egy intézet említette, hogy drogreprevenációs csoportfoglalkozás keretében foglalkoztak a témával.

A BVOP tájékoztatása szerint 2014-ben 307 főt sikerült a fenti céllal valamilyen formában (csoportos vagy egyéni tanácsadás útján) elérni.

Reintegráció, szabadulásra való felkészítés

A magyarországi bv intézetek körében 2013-ban végzett felmérés (Port és Tarján 2014) szerint a szabadulásukat megelőzően kábítószer-probléma miatt kezelésben részesülő fogvatartottakra vonatkozó formális eljárásrend rendszerint nincs az intézetekben,

⁸⁵ A 31 vizsgált intézet közül 21 válaszolt nemmel, 6 intézet esetében pedig nem állt rendelkezésre információ.

ugyanakkor több intézet jelezte, hogy az érintett fogvatartottakat tájékoztatják a megfelelő szervezetek elérhetőségéről vagy továbbbírányítják őket a helyi drogambulanciára vagy pszichiátriára, illetve hogy egyéni/csoportos foglalkozás keretében lehetőséget biztosítanak ilyen jellegű problémák kezelésére is. Két intézet említette, hogy a fogvatartottakkal foglalkozó tanácsadó/támogató személy a szabadulás után is kapcsolatban marad az azt igénylő fogvatartottakkal.

Szabadulás utáni társadalmi reintegrációt, reszocializációt elősegítő, kimondottan kábítószer-fogyasztó fogvatartottak számára szóló programot a vizsgálatban résztvevő 31 bv intézet közül 6 bv intézet 12 alkalommal valósított meg 2012 folyamán.⁸⁶ A programok megvalósítására valamennyi esetben külső szervezet bevonásával került sor. A programok jellemzően csoportfoglalkozás keretében zajlottak, céljuk a fogvatartottak pszichológiai támogatása, valamint a szabadulás utáni visszailleszkedést segítő ismeretek átadása volt. Egyéb olyan reszocializációval/reintegrációval kapcsolatos programot, mely nem kifejezetten kábítószer-fogyasztó fogvatartottaknak szólt, de érintette a kábítószer-problémát is, 7 intézet szervezett.

A bv. intézetekben működő pártfogói felügyelet keretében a pártfogó felügyelők is ellátnak - jogszabályban előírt - reintegrációs gondozói és utógondozói feladatokat a pártfogó felügyelet alá helyezett, valamint az őket önkéntesen felkereső fogvatartottak esetében. A reintegrációs gondozás célja az elítélt társadalmi beilleszkedését segítő támogatás, egyéni tanácsadás és esetkezelés, valamint csoportos tájékoztatás formájában. A támogatás a következő területeket fedi le: egészségügyi ellátás/elhelyezés, munkaerőpiaci beilleszkedés, lakhatás, képzésben való részvétel segítése, szociális ügyintézésre való felkészítés, csoportos tájékoztatás a reintegrációs gondozás és utógondozás lehetőségeiről és jogi segítségnyújtási lehetőségekről, továbbá az elítélt családjának felkészítése az elítélt visszafogadására. Az egyéni esetkezelés keretében biztosított támogatási formák között a vonatkozó rendelet külön nevesíti a „szenvedélybetegségekhez kapcsolódó szociális és mentális deficitek kezelésével az ártalmas következmények csökkentését”.

Utógondozás keretében a pártfogó felügyelők a szabadulást követő egy évben segítik az azt igénylő frissen szabadultak társadalmi beilleszkedését, a fentebb részletezett támogatási formákon keresztül.

A reintegrációs tevékenységek kapcsán kiemelendő még a Váltóság Alapítvány⁸⁷, mely az egyik legjelentősebb fogvatartottak reszocializációjával, reintegrációjával foglalkozó civil szervezet hazánkban. A fogvatartottakkal szabadulás előtt a börtönben veszik fel a kapcsolatot, amelyet a szabadulás után is fenntartanak. Vegyes technikákkal dolgoznak, melynek részét képezik: mentoring, csoportos, egyéni foglalkozások, tréningek. A szervezetnek van foglalkoztatási, tehetséggondozó, és kifejezetten nőknek szóló programja is, illetve félutas házat is működtetnek. A Váltóság emellett működtet egy, a témával kapcsolatos információs adatbázist, ahol a szabadulók, hozzátartozók és szakemberek tájékozódhatnak. Az Alapítvány rendszeres időközönként tájékoztató, segítő kiadványokat is megjelentet a témában az érdekeltek számára.

T1.3.4 Opiát helyettesítő kezelés a bv. intézetekben

Az opiát helyettesítő kezelés lehetőségéről a fogvatartottak egészségügyi ellátását szabályozó 8/2014. (XII. 12.) IM rendelet nem rendelkezik. A gyakorlatról elmondható, hogy intézeten belül nem férhető hozzá ez az ellátás, külső szolgáltató esetlegesen biztosít ilyen ellátást a bv. intézet megkeresése esetén, de az ilyen esetek száma rendkívül alacsony.

⁸⁶ A reszocializációs/reintegrációs programok számával kapcsolatosan a 31-ből 25 intézet adott információt.

⁸⁷ <http://www.valtosav.hu/>

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. 2014-ben a BVOP beszámolója szerint 2 fogvatartott részesült szubsztitúciós kezelésben.

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 2014-es évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

2013. december 17-én a Parlament elfogadta az új, büntetés-végrehajtásról rendelkező 2013. évi CCXL. törvényt (a továbbiakban: Bv. tv.) ami 2015. január 1-én lép hatályba. Az új Bv. tv. külön szakaszban rendelkezik a drogprevenciós részlegről, mivel a kábítószer fogyasztással érintett fogvatartottak esetében a gondozás eredményessége érdekében szükséges egy olyan komplex, az elítélt egyéni igényeihez igazodó program kialakítása, mely magába foglalja a rehabilitációt, valamint a különböző fejlesztendő készségekre vonatkozó tréningeket, a munkakeresésre vonatkozó ismereteket, melyek elsajátításával az elítélt jobb esélyekkel indulhat a szabad életben. Költségviselés szempontjából a Bv. tv. szerint a kábítószer prevenciós 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.

A Bv. tv. kiemeli, hogy külön ügyelni kell a külföldi állampolgárságú fogvatartottak kábítószer-érintettségére és etnikai konfliktusaira és elő kell segíteni a külföldi állampolgárok bv. intézeten belüli integrációját.

A Bv. tv. részletesebben szabályozza az igazgató engedélyével intézeten kívüli kábítószer birtoklása miatt indult büntető ügyben elterelés keretében történő gyógyító kezelés vagy más ellátás, megelőző-felvilágosító szolgáltatás igénybevételének feltételrendszerét.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs információ.

T5. KIEGÉSZÍTŐ ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs információ.

T6 FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T6.1 FORRÁSOK

BVOP (2015): A BVOP 2014-re vonatkozó összesített adatai.

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., 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.

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

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

TDI adatgyűjtés 2015.

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 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 2015: 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 megkérdezettel 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 ajánlásai⁸⁸ 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.

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

FELHASZNÁLT IRODALOM

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

BSZKI (2015): A BSZKI lefoglalási adatai 2009 és 2014 között.

BVOP (2015): A BVOP 2014-re vonatkozó összesített adatai.

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

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

Csohán, Á., Krisztalovics, K., Molnár, Zs., Dudás, M., Horváth, K., Szilágyi, A., Fogarassy, E., Lendvai, Gy., Kaszás, K., Molnárné Kozma, E. (2015): Magyarország járványügyi helyzete 2014. Országos Epidemiológiai Központ.

Dudás, M., Rusvai, E., Győri, Z., Tarján, A., Horváth, G., Minárovits, J., Takács, M., Csohán, Á. (2014): A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2014. évi prevalenciájának vizsgálata. OEK.

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

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

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2015b): Az EMMI Egészségpolitikai Főosztályának és Népegészségügyi Főosztályának beszámolója.

Farkas, J. (2011): Hungary. EMCDDA Trendspotter meeting, konferencia beszámoló. 2011. október 18-19. Lisszabon, Portugália.

FM (Földművelésügyi Minisztérium) (2015): 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.)

Greza, F., Surányi, Zs. (2014): Fiatalok szerhasználata, Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet.

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. Elhangzott: Szeged, 2015 január 28-31.

Magyar Honvédség (2015): Beszámoló a kábítószerügyi Éves jelentéshez.

NBT (Nemzeti Bűnmegelőzési Tanács) (2015): Tájékoztató a Nemzeti Bűnmegelőzési Tanács 2014. évi tevékenységéről.

NCSSZI (Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet) (2105): Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Szervezeti és Működési Szabályzata IV.1.3.3.

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

NEFI (Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet) (2015): A NEFI kábítószerhez kapcsolódó tevékenységei.

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

OAC (2015): TDI adatgyűjtés halálozási modul: Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozási adatok 2014.

Oberth J., Bíró Zs., Mándi B. (2015): Beszámoló a Józan Babák Klub Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás programja 2014 . évi tevékenységéről.

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>. (utolsó elérés: 2015.10.22.)

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

Port, Á. (2012): Felmérés az új pszichoaktív anyagokat árusító magyarországi internetoldalakról. 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.

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.

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

Tarján, A (2015a): A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet végző szervezetek 2014. évi működési és forgalmi adatai. Nemzeti Drog Fókuszpont.

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

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

Tresó, B., Barcsay, E., Tarján, A., Horváth, G. Cs., Dencs, Á., Hettmann. A., Csépai, M., Győri, Z., Rusvai, E., Takács, M., (2011): Prevalence and Correlates of HCV, HVB, and HIV Infection among Prison Inmates and Staff, Hungary. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. doi:10.1007/s11524-011-9626-x.

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

ENYÜBS (2015): A Belügyminisztérium Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos, 2014. évre vonatkozó adatai.

VIR (Legfőbb Ügyészség Vádképviselési Informatikai Rendszer) (2015): Legfőbb Ügyészség Vádképviselési Informatikai Rendszer adatai 2014.

Varga, O. (2015): A kábítószeres utcai árak alakulása 2014-ben. Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőíves adatgyűjtés.

FÜGGELÉK

ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra. A tűcsere programban részt vevő kliensek elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009-2014 között	29
2. ábra. A designer stimulánsokat injektálók megoszlása elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban 2014-ben (N=2515 fő)	29
3. ábra. Az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók megoszlása az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2006-2014 között (%)	30
4. ábra. Az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív stimuláns injektálók megoszlása (%) az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban 2011-ben (N=256 fő) és 2014-ben (N=269 fő)	31
5. ábra. Intravénás szerhasználók megoszlása a kezelésbe lépők körében az elsődlegesen injektált szer alapján 2007 és 2014 között (%)	31
6. ábra. Intravénás szerhasználat gyakorisága a kezelésbe lépők körében 2014-ben (%) ...	32
7. ábra. Az intravénás beviteli mód aránya a kezelést kezdő opiáthasználók esetében szertípusonként 2009 és 2014 között	36
8. ábra. A kezelési igény elsődleges szer szerinti megoszlása (2014; %; N=4688)	55
9. ábra. Eltereltek aránya a kezelést kezdők körében, kezelőhely típusa szerint (2014; N=4666)	56
10. ábra. Kezelést kezdők szertípus szerinti megoszlása az eltereltek és a nem eltereltek körében (2014; eltereltek=2788; nem eltereltek=1878)	56
11. ábra. Az opiáthelyettesítő kezelésben ellátottak megoszlása a helyettesítő szer és terápia célja szerint (2014; N=745)	58
12. ábra. Trendek az elsőként kezelést kezdők körében szertípus szerint 2007-2014	60
13. ábra. Trendek az összes kezelést kezdő körében szertípus szerint 2007-2014	60
14. ábra. Trendek az elterelésen kívül kezelést kezdők körében* 2007-2014	61
15. ábra. Trendek az opiát helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek esetében, 2004-2014	62
16. ábra. Kezelőhely típusa (N=28)	63
17. ábra. Működési forma a kezelőhely típusa szerint (N=28)	64
18. ábra. Működési forma a kezelőhely finanszírozása szerint (N=26)	65
19. ábra. Az elterelés hozzáférhetősége (N=28)	65
20. ábra. Egyéb az anyaintézmény által működtetett kezelőegységek/programok (N=28)	66
21. ábra. A kábítószer-használó kliensek elsődleges szer szerinti becsült megoszlása 2014-ben (25 kezelőegység válasza alapján)	67
22. ábra. Az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2014-ben	75
23. ábra. A fecskendő és eszközmegosztás prevalenciája az elmúlt 4 hétben, elsődlegesen injektált szertípus szerinti megoszlásban az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók körében, 2014-ben	76
24. ábra. A tűcsere programok fecskendőforgalmi adatai, 2010-2014 között	85
25. ábra. A tűcsérében részt vevő kliensek és kontaktok számának alakulása, 2010-2014 ..	86
26. ábra. Az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2007-2014 között	88
27. ábra. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények megoszlása elkövetői magatartások és szertípusok szerint, 2014	98
28. ábra. „Klasszikus” és „designer” szerek előfordulási gyakorisága (%) a lefoglalt anyagok között, 2009-2014 között	102
29. ábra. Katinonszármazékok előfordulási gyakorisága (hatóanyag kimutatások aránya) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2012-2014 között	103

30. ábra. Az intravénás szerhasználathoz köthető tárgyokról kimutatott hatóanyagok 2009-2014 között (%).....	104
31. ábra. Marihuána és szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok lefoglalásainak száma 2010-2014 között.....	104
32. ábra. Szintetikus kannabinoid vegyületek előfordulási gyakorisága (hatóanyag kimutatások száma) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2013 és 2015 első negyedéve között	105
33. ábra. Kábítószeresek átlagos utcai árai forintban 2010-2014 között.....	106
34. ábra. A kábítószer-bűncselekmények megoszlása szertípus szerint 2010-2014 között	107

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. Jogi keretek változásai az elmúlt évben	19
2. táblázat. A NEFI-hez az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlásáért benyújtott és támogatott kérelmek száma és téma szerinti megoszlása.....	46
3. táblázat. A NEFI-hez az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlásáért benyújtott, droghasználathoz kapcsolódó kérelmek eredmény szerinti megoszlása..	46
4. táblázat. Járóbeteg ellátók (kezelőegységek száma 2014-ben).....	51
5. táblázat. Járóbeteg ellátás (kezelést kezdő kliensek száma 2014-ben)	52
6. táblázat. Fekvőbeteg ellátók (kezelőegységek száma 2014-ben)	53
7. táblázat. Fekvőbeteg ellátás (kezelést kezdő kliensek száma 2014-ben)	54
8. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2014-ben (fő)	71
9. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek korcsoportok szerinti megoszlása 2014-ben (fő)	71
10. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2014-ben.....	73
11. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása 2010-2014 között (fő)	73
12. táblázat. Az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége nem és korcsoport szerinti bontásban, 2014-ben.	74
13. táblázat. Az utolsó napi injektálás-szám és az utolsó eldobott fecskendő újrahhasználásainak száma (csoport átlag) az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók körében egyes elsődlegesen injektált szerek esetében, 2014-ben.....	76
14. táblázat. Kábítószer/ pszichotróp anyag/ új pszichoaktív szer jelenléte a közúti balesetekből származó vér és/vagy vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban 2014-ben.....	77
15. táblázat. A tűcsere programok együttműködése egyéb - anyaintézményen kívüli - szolgáltatókkal (N) szolgáltatótípus szerinti bontásban, 2014-ben, válaszadók száma=29	79
16. táblázat. A parti szerviz szolgáltatók által osztott ártalomcsökkentő eszközök típusai (válaszó szervezetek száma=23)	81
17. táblázat. A tűcsere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2014-ben	82
18. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2009-2014 között (fő)	87
19. táblázat. Kábítószerek utcai árai forintban 2014-ben	95
20. táblázat. Kábítószerek utcai árai euróban 2014-ben	96
21. táblázat. Lefoglalások száma 2010 és 2014 között.....	101
22. táblázat. Lefoglalások mennyisége 2010 és 2014 között	101
23. táblázat. A 2014-ben kezelésbe lépő fogvatartott és a nem fogvatartott kliensek főbb jellemzői (N _{fogvatartott} =146; N _{nem-fogvatartott} =4542)	113

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

BM – Belügyminisztérium

BRFK – Budapesti Rendőr-főkapitányság

BSZKI – Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

Btk. – Büntető Törvénykönyv

BVOP – Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága

DADA – dohányzás alkohol drog AIDS (mozaikszó)

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

FM – Földművelésügyi Minisztérium

GDS – Global Drug Survey

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

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

OEK – Országos Epidemiológiai Központ

OGY – Országgyűlés

OKRI – Országos Kriminológiai Intézet

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

VIR – Legfőbb Ügyészség Vádképviselési Informatikai Rendszer