



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



2012-es ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára
készítette: **Nemzeti Drog Fókuszpont**

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

REITOX

A KÖTET SZERZŐI:

CSESZTREGI TAMÁS, Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

DUDÁS MÁRIA, Országos Epidemiológiai Központ

ELEKES ZSUZSANNA, Budapesti Corvinus Egyetem, Szociológia és Társadalompolitika Intézet

FEHÉR RICHÁRD

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

TOPOLÁNSZKY ÁKOS, Magyar Drogetherápiás Intézetek Szövetsége

LEKTORÁLTA:

FELVINCZI KATALIN, FRECH ÁGNES, KASSAI-FARKAS ÁKOS, KELLER ÉVA, PAKSI BORBÁLA, RÁCZ JÓZSEF, RÓDLER NORBERT, SÁROSI PÉTER, SZEMELYÁ CZ JÁNOS

TARTALOMJEGYZÉK

ÖSSZEFOGLALÁS	5
1. KÁBÍTÓSZER-POLITIKA: JOGALKOTÁS, STRATÉGIA ÉS GAZDASÁGI ELEMZÉS	7
1.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	7
1.2. JOGI KERETEK	7
1.3. NEMZETI AKCIÓTERV, STRATÉGIA, ÉRTÉKELÉS ÉS KOORDINÁCIÓ	11
1.4. KÖZGAZDASÁGI ELEMZÉS	12
2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN	15
2.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	15
2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁLTALÁNOS POPULÁCIÓBAN	15
2.3. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN	15
2.4. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN	21
3. PREVENCIÓ	24
3.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	24
3.2. KÖRNYEZETI PREVENCIÓ	24
3.3. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ	24
3.4. CÉLZOTT PREVENCIÓ KOCKÁZATI CSOPORTOKBAN ÉS SZINTEREKEN	25
3.5. JAVALLOTT PREVENCIÓ	27
3.6. ORSZÁGOS ÉS HELYI MÉDIAKAMPÁNYOK	28
4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS	29
4.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	29
4.2. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÓK PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSE	29
4.3. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐ PROBLÉMÁS FOGYASZTÓK	29
4.4. INTENZÍV, GYAKORI, HOSSZÚ TÁVÚ ÉS MÁS PROBLÉMÁS DROGHASZNÁLATI MINTÁK	35
5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE: KEZELÉSI IGÉNY ÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉG	41
5.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	41
5.2. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS	41
5.3. A KEZELÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉGE	44
6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI	51
6.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	51
6.2. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK	51
6.3. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI	60
6.4. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN	64
7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE	69
7.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	69
7.2. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE	69
7.3. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE	69
7.4. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KEZELÉSE	74
8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	77
8.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	77
8.2. TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉG	77
8.3. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	79
9. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS, KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE ÉS A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI SZERVEZET	80
9.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	80
9.2. KÁBÍTÓSZER BŰNÖZÉS	80
9.3. KÖVETKEZMÉNYBŰNÖZÉS – A KÁBÍTÓSZER HATÁSA ALATT TÖRTÉNŐ BŰNELKÖVETÉS	86
9.4. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE	87
9.5. BEAVATKOZÁSOK A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYÉBEN	88

9.6. KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT ÉS PROBLÉMÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT A BÖRTÖNBEN	89
9.7. A KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEIRE ADOTT VÁLASZOK A BÖRTÖNBEN	90
9.8. A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓK REINTEGRÁCIÓJA A SZABADULÁS UTÁN	93
10. KÁBÍTÓSZERPIAC	94
10.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	94
10.2. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT	94
10.3. LEFOGLALÁSOK	97
10.4. ÁR /TISZTASÁG	101
11. KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLÓK BENTLAKÁSOS ELLÁTÁSA	106
11.1. TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS ÉS SZAKPOLITIKAI KERETEK	106
11.2. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS JELLEMZŐK	110
11.3. MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS	113
12. NAGYVÁROSI DROGPOLITIKA	115
12.1. A NAGYVÁROSON DROGPOLITIKÁBAN BETÖLTÖTT SZEREPE	115
12.2. A FŐVÁROSI DROGPOLITIKA JELLEMZŐI	117
FELHASZNÁLT IRODALOM	125
FÜGGELÉK	129
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	129
ÁBRÁK JEGYZÉKE	130
TÉRKÉPEK JEGYZÉKE	132

ÖSSZEFOGLALÁS

A 2011. év legfontosabb drogpolitikai fejleménye az új pszichoaktív szerek ideiglenes jegyzékre vételét és kereskedelmének korlátozását lehetővé tevő jogszabályi háttér és eljárásrend kidolgozása volt. A kábítószerrel azonos elbírálás alá eső anyagok jegyzékére 2012. január 1-től 9 új szer (4-FA, 4-MEC, MDPV, metilon, JWH-018, JWH-081, JWH-073, JWH-122, JWH-210) került fel, ezen anyagok fogyasztása és kereskedelme is büntetőjogi felelősséget von maga után.

A 2011. évi ESPAD kutatás magyarországi adatfelvétele a tiltott és droghasználati célú szerfogyasztás jelentős mértékű terjedését mutatta 2007-hez képest. Az összes (tiltott és legális) szerfogyasztás életprevalencia értéke a megkérdezett 16 éves diákok körében 28,8% volt. A vizsgált szerek közül változatlanul a legelterjedtebb a marihuána, valamint a gyógyszerek orvosi javaslat nélküli fogyasztása és a szerves oldószer belélegzés. A prevalencia értékek alapján az ötödik helyet a 2011-ben először kérdezett mefedron foglalta el, ezt követték az amfetaminok, az egyéb szerek és az ecstasy. A valaha tiltott szert próbálók aránya nagyobb mértékben nőtt a lányok körében, illetve a vidéki iskolák esetében.

A prevenció terén a korábbi években meghatározott pályázati prioritások figyelembevételével továbbra is kiírásra kerültek a terület szakmai fejlesztéseit célzó pályázatok, ugyanakkor azok megvalósítása a késedelmes kifizetések okán gyakran nehézségekbe ütközött.

A problémás fogyasztók körében 2011-ben markánsan kirajzolódott a tavaly már leírt strukturális átalakulás, mi szerint csökkent a heroin népszerűsége, ugyanakkor jelentősen nőtt az új pszichoaktív szerek elterjedtsége. A túcsere programokban részt vevő kliensek körében a heroint injektálók aránya nagymértékben – 23 százalékponttal – csökkent 2010-hez képest, míg az egyéb szereket injektálóké jelentősen 26 százalékponttal emelkedett, az amfetamint elsődlegesen injektálók aránya enyhén csökkent. Az egyéb szereket injektálónál a legjellemzőbb az MDPV használat volt, amit az intravénásan használt metadon és a mefedron követett a gyakorisági sorrendben. Továbbá említésre került a metilon és a 4-MEC is.

Az alacsonyküszöbű programokban megfigyelt változások a kezelték körében is nyomon követhetők voltak. A heroin-használathoz kapcsolódó kezelési igény csökkent, mellyel párhuzamosan az „egyéb stimulánsok” (véltetően többnyire katinon származékok) használói egyre nagyobb számban jelentek meg a kezelőhelyeken (mind az új betegek, mind a korábban már kezelték között). Emellett a korábban kezelték körében az amfetaminhasználatból eredő kezelési igény növekedése is megfigyelhető volt. Mivel az újonnan kezelésbe lépők összes kezelték belüli aránya nem mutatott eltérést a korábbi évekhez viszonyítva, feltételezhető, hogy az átrendeződés mögött nem új klienscsoportok kezelésbe kerülése, hanem szerváltás áll.

A 2006 óta ismétlődő országos prevalencia vizsgálatok alapján megállapítható, hogy a hazai intravénás kábítószer-használók populációjában a korábbi évekhez hasonlóan igen alacsony lehet a HIV-fertőzöttek száma, a hepatitis B fertőzöttek aránya 1% alattira tehető, az országos HCV prevalencia érték pedig 2006 óta 25% körül mozog. Ugyanakkor átrendeződés figyelhető meg a szertípus szerinti HCV prevalencia értékeknél – nőtt a nem opiátot injektálók fertőzöttségi aránya, az opiátot injektálóké pedig csökkent –, amely további kockázatokat hordoz, mivel az új pszichoaktív szerekre magasabb napi injektálás-szám jellemző, így a kockázati magatartások is nagyobb valószínűséggel fordulnak elő ebben a szerhasználói csoportban.

A börtön populációban az azonosított HCV pozitív fogvatartottak 92%-a használt már életében intravénásan kábítószer, tehát az intravénás szerhasználói múlt az egyik legjelentősebb kockázati tényező a fogvatartottak HCV fertőzöttségét illetően.

A toxikológia ellátásban megjelent kliensek körében meredek emelkedést mutatott az amfetaminok és a kannabisz miatti kezelési igények száma. Az amfetamin típusú szerek okozta mérgezések emelkedésének hátterében a katinonok, a kannabisz miatti kezelési igények növekedése hátterében a szintetikus kannabinoidok térnyerése állhat.

A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás területén 2011-ben a csökkenő trend tovább folytatódott, különösen az opiátok miatt bekövetkezett halálesetek számában.

2011-ben a tűcsere programokban jelentősen megnőtt mind az osztott és hozott+gyűjtött fecskendők, mind a kliensek és a kontaktok száma, a becserelési arány 72%-ra emelkedett. Ennek fő oka az új pszichoaktív szerek injektálásának terjedése, illetve az ezekre a szerekre jellemző gyakoribb injektálás. A steril eszközök iránti megnövekedett kereslet finanszírozási okokból a legnagyobb forgalmú programokat az alkalmanként elvihető fecskendőmennyiség korlátozására kényszerítette.

2011-ben mind a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma, mind a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma enyhe növekedést mutatott az előző év adataihoz képest. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények tárgya az esetek 79,2%-ában kannabisz, 8,5%-ában amfetamin volt. Valamennyi szertípus esetében a visszaélések több mint 80%-át a fogyasztói típusú visszaélések tették ki. 2011-ben a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők között számottevően nőtt a fiatalok aránya.

2011 legjelentősebb drogpiacon fejleményének a tiltólistára került mepredon eltűnése, az azt felváltó vegyületek (4-MEC, MDPV) elterjedése, továbbá a szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi törmelékek jelentős térnyerése tekinthető. Az új vegyületek megjelenésével és elterjedésével párhuzamosan nagymértékben visszaesett a heroin előfordulási gyakorisága. 2011-ben a lefoglalt tabletták 90%-a tartalmazott kábítószernek nem minősülő hatóanyagot, a leggyakoribb a fluoramfetamin volt.

Jelenleg 14 terápiás közösség működik Magyarországon, az utolsó hozzáférhető adatok alapján összesen 353 ágygal. A kezelési szükségletek alakulását tekintve, a '80-as évek második felében elsősorban szintetikus és természetes opiátok, valamint barbiturát származékok fogyasztásával kerültek bentlakásos ellátásba a szerhasználók. A politikai fordulatot követően egyre inkább a heroin-függőség vált jellemzővé az ellátottak körében. A '90-es évek második felétől fokozódott az amfetamin-használók megjelenése a drogterápiás intézetekben. Az elmúlt években kannabisz-használók, és új pszichoaktív szerek fogyasztói kerültek egyre nagyobb számban bentlakásos intézetekbe, továbbá egyre nagyobb arányban jelentek meg viselkedési függőséggel küzdők is. A speciális szükségletekkel rendelkező szerhasználók (pl.: fiatalok, nők, várandósok, kettős diagnózisú betegek) felé ugyan nyitottak a terápiás intézetek, azonban nem rendelkeznek e populációk különleges szükségleteire szabott szolgáltatásokkal.

A Budapesten zajló drogpolitikai folyamatok átfogó fővárosi stratégia és működő fővárosi kábítószerügyi egyeztető fórum (KEF) hiányában a kerületi KEF-ek tevékenysége kapcsán azonosíthatók. Budapest Főváros 23 kerületéből 18-ban alakult meg KEF, melyek elsősorban a kerületi határok figyelembevételével fejtik ki tevékenységüket, mind a helyzetfelmérés, mind pedig az ellátásszervezés érdekében.

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

1.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

Az elmúlt két évben Magyarországon a kábítószerkehez kapcsolódó legmeghatározóbb jelenség az új pszichoaktív szerek rohamos terjedése volt, mind a kínálati, mind a keresleti oldalon. A 2011-ben, 2012 első felében elfogadott jogszabályváltozások nagyobb részt a szerek jogi státuszának rendezését és a kereskedelmük korlátozását a fogyasztók felesleges kriminalizálása nélkül lehetővé tevő szabályozási háttér kidolgozását szolgálták.

A drogpolitikai koordináció ellátásáért felelős Nemzeti Erőforrások Minisztériuma 2012. május 14-től Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) név alatt látja el feladatait.

1.2. JOGI KERETEK

Kábítószer-témában hozott törvények, rendeletek, irányelvek

- a) 2012. évi II. törvény a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről (I.6.)

A törvény 199. §-a értelmében 2012. április 15-től a kábítószerke, pszichotróp anyagok, valamint a kábítószer-prekursorokkal kapcsolatos engedély-, illetve bejelentés-köteles tevékenységek végzésével kapcsolatos szabályok, továbbá az ezen anyagokkal kapcsolatos adatszolgáltatási kötelezettségre vonatkozó szabályok megszegése szabálysértésnek minősül. A szabálysértés miatt az eljárás a rendőrség hatáskörébe tartozik.

- b) 66/2012. (IV. 02.) Kormányrendelet a kábítószerkekel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról

A 2012. április 3-tól hatályos 66/2012. (IV.02.) Kormányrendelet C Jegyzéke tartalmazza az új pszichoaktív anyaggá (lásd a ca) pontot) minősített anyagok és vegyületcsoportok listáját, meghatározza az új anyagok listára vételi eljárásában részt vevő szerveket és azok feladatait, illetve kijelöli az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységek engedélyezésében eljáró intézmények feladatait.

Új pszichoaktív anyaggal való legális tevékenység céljából gyógyászati célú tevékenységi engedély és eseti kutatási engedély adható ki. Nem gyógyászati célú tevékenységi engedély kábítószer, pszichotróp anyag, valamint új pszichoaktív anyag gyártására, beszerzésére, raktározására, tartására, átadására, használatára és a velük kapcsolatos oktatásra, kutatásra, elemzésre, bűnüldöző, rendvédelmi szervek, a Magyar Honvédség, valamint a kábítószer-vizsgáló laboratóriumok részére adható csak.

- c) 2011. évi CLXXVI. törvény az egyes egészségügyi törvények módosításáról (XII.14.)

ca) A 2011. évi CLXXVI. törvény módosította *Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról* szóló 2005. évi XCV. törvényt (továbbiakban: Gytv.), bevezetve az új pszichoaktív anyag fogalmát. A Gytv. 1§ 37. az „új pszichoaktív anyag”-ot a következőképp határozza meg:

¹ A fejezet szerzői: Horváth Gergely Csaba, Port Ágnes

olyan, a forgalomban újonnan megjelent, gyógyászati felhasználással nem rendelkező anyag vagy vegyületcsoport, amely a központi idegrendszer működésének befolyásolása révén alkalmas a tudatállapot, a viselkedés vagy az érzékelés módosítására, megváltoztatására, és ezért hasonló mértékű fenyegetést jelenthet a közegészségügyre, mint a kábítószer és pszichotróp listákon szereplő anyagok, és erre tekintettel azt a Kormány rendeletében ilyen anyaggá minősítette.

Jegyzékre vételi eljárás

Az új pszichoaktív szerek jegyzékre vételének szabályait a 66/2012. Kormányrendelet 27. §-a és a Gytv. 15/B-F. §-ai definiálják.

Az új pszichoaktív anyagok a 2005/387/IB tanácsi határozat 4. cikk (1) bekezdése szerinti értesítés esetén, egy előzetes szakmai értékelés után kerülhetnek fel a Kormányrendelet C Jegyzékre. Az előzetes értékelés felelős szerve az Országos Addiktológiai Centrum (OAC), célja annak megállapítása, hogy fennállnak-e a Gytv. 15/B. §-ban foglaltak, vagyis hogy a „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.”

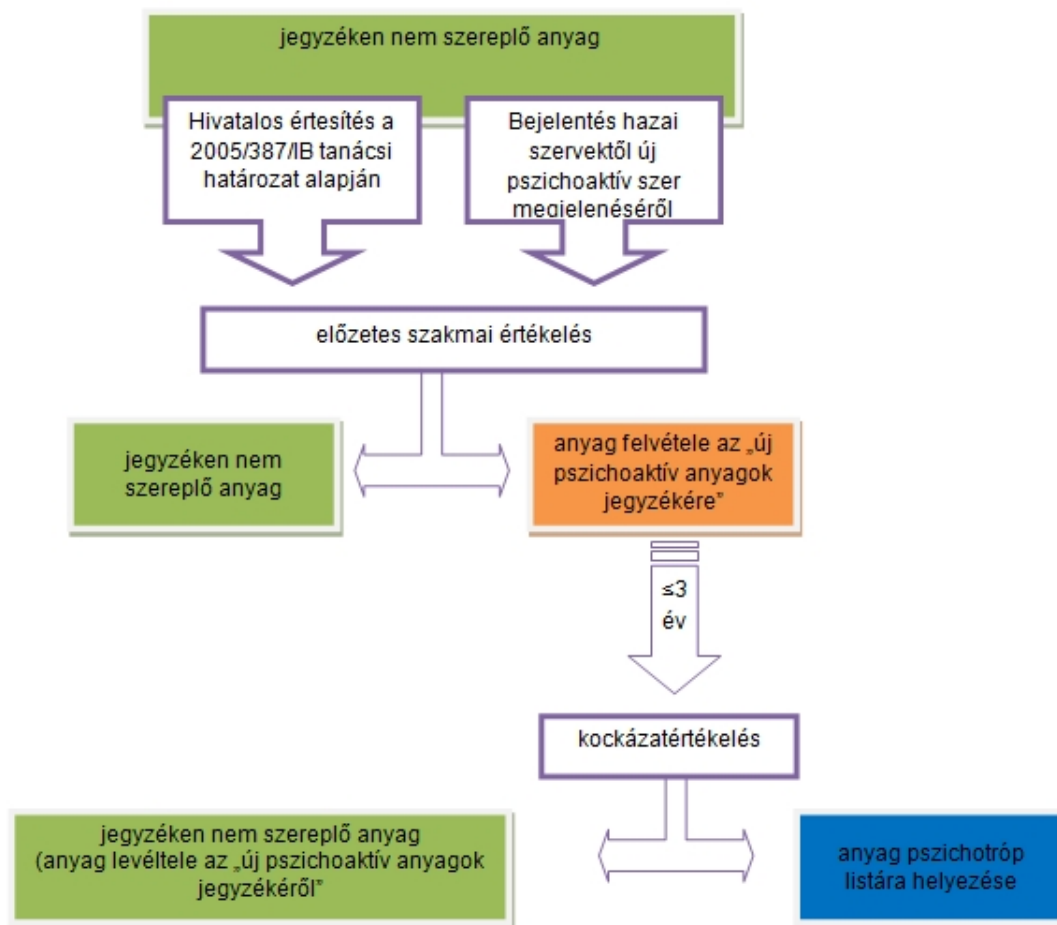
Az új pszichoaktív anyagok jegyzékén szereplő egyedi vegyületeket a jegyzékre vételüktől számított három éven belül² kockázatértékelésnek kell alávetni, amennyiben azt az Európai Unió Tanácsa nem kezdeményezte. Ennek felelős szervéül a 2012/66. Kormányrendelet szintén az OAC-ot jelöli ki. A kockázatértékelés során az OAC feladata annak eldöntése, hogy

- a) a kérdéses anyag kiválthat-e függőséget és a központi idegrendszer működési zavarát, vagy a pszichotróp jegyzékeken szereplő valamely anyaghoz hasonló visszaélést és káros hatást, és
- b) okkal feltételezhető-e, hogy az anyag közegészségügyi és szociális problémát jelentő olyan visszaélésre ad vagy adhat lehetőséget, amely indokolja annak az 1998. évi XXV. tv. Mellékletébe történő felvételét.

A kockázatértékelés eredményétől függően a vegyületet az 1998. évi XXV. tv. valamely jegyzékére kell áthelyezni, vagy meg kell szüntetni új pszichoaktív anyaggá minősítését. A kockázatértékelési kötelezettség nem alkalmazandó vegyületcsoportok esetén, melyek mindaddig az új pszichoaktív anyagok jegyzékén maradnak, amíg legalább egy, a vegyületcsoportoz tartozó anyag vonatkozásában fennállnak a rendelet 27.§ (4) bekezdésében írt feltételek.

² A 2011. évi CLXXVI. törvény eredetileg egy évben határozta meg a kockázatértékelésre rendelkezésre álló időt, melyet az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló, 2012. évi LXXIX. törvény 3. évre módosított. A módosítás 2012. július 1-én lépett hatályba.

1. ábra. Az új pszichoaktív anyagok jegyzékre vételének folyamata



Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

cb) A 2011. évi CLXXVI. törvény 161. §-a módosította a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényt, egy új 283/B. §-sal kiegészítve azt, mely a visszaélés új pszichoaktív anyaggal tényállást írja le. Ennek értelmében 2012. március 1-től aki új pszichoaktív anyagot az országba behoz, onnan kivisz, vagy az ország területén átvisz, előállít, kínál, átad, forgalomba hoz, vagy azzal kereskedik, visszaélés új pszichoaktív anyaggal büntetett követ el, és ezért három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

cc) Az egyes egészségügyi törvények módosításáról szóló 2011. évi CLXXVI. törvény módosította az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló 1998. évi XXV. törvény mellékletének A jegyzékét, mely a pszichotróp anyagokról szóló, 1971-ben Bécsben aláírt egyezmény I. jegyzékén szereplő anyagokkal azonos elbírálás alá eső anyagokat sorolja fel. A módosítással az A jegyzéken szereplő anyagok köre az alábbi 9 anyaggal egészül ki 2012. január 1-től:

- 4-fluoramfetamin/4-FA, 4-FMP
- 4-metiletatonin/4-MEC
- 3,4-metiléndioxipirovaleron/MDPV
- Metilon
- JWH-018
- JWH-081
- JWH-073
- JWH-122
- JWH-210

A fenti anyagok tehát 2012. január 1-től kábítószerrel egy tekintet alá eső, veszélyes pszichotróp anyagnak minősülnek, és gyógyászati célra nem, kizárólag tudományos célra alkalmazhatók, a velük való visszaélés (fogyasztói és kereskedői típusú magatartás egyaránt) pedig büntetőjogi felelősséget von maga után.

d) 2011. évi. CL. törvény (XI.18.)

Az egyes büntető vonatkozású törvények módosításáról szóló 2011. évi CL. törvény módosította a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény hatálybalépéséről és végrehajtásáról szóló 1979. évi 5. törvényerejű rendelet (*Btké.*) 23. §-át, mely a kábítószeres csekély mennyiségének megállapítására vonatkozó szabályokat tartalmazza. A módosítás értelmében 2012. január 1-től a tetrahidro-kannabinol (THC) a Btk. visszaélés kábítószerrel tényállásai szempontjából akkor minősül csekély mennyiségűnek, ha a tiszta és savformában együttesen jelenlévő THC tartalom (totál-THC) a 6 gramm mennyiséget nem haladja meg. (A módosítás előtt a minősítés a tiszta THC tartalom alapján történt: a csekély mennyiség felső határát a tiszta delta-9-THC tartalom 1 grammjában határozta meg a jogszabály. A tiszta THC tartalom alapján történő minősítés azonban bizonytalanságot okozott a jogalkalmazásban, mivel a marihuána tiszta hatóanyagtartalma a növény száradása során növekedhet, így a cselekménykori tiszta hatóanyagtartalom megállapítása aggályos lehet. A totál THC tartalommal történő számítás ezt a problémát kűszöböli ki.)

e) 23/2011. (III.8.) Kormányrendelet a zenés, táncos rendezvények működésének biztonságosabbá tételéről

A 2011. március 16-tól hatályos „A zenés, táncos rendezvények működésének biztonságosabbá tételéről szóló 23/2011. (III. 8.) Kormányrendelet” szabályozza a zenés, táncos rendezvények működési feltételeit. A rendelet hatálya azokra az alkalmi vagy rendszeres zenés, táncos rendezvényekre terjed ki, amelyeket egyidejűleg 300 főnél több személy befogadására alkalmas helyiségben tartanak, illetve az olyan szabadtéri rendezvényekre, ahol a résztvevők száma az 1000 főt meghaladja. A rendelet hatálya alá tartozó rendezvény csak a rendeletben meghatározott engedéllyel tartható, melyet a rendezvény helye szerint illetékes jegyző ad ki. A rendelet többek között előírja a rendezvényre vonatkozó biztonsági terv készítését, a helyszín befogadóképességéhez igazodó számú biztonsági személyzet alkalmazását, a rendezvény helyszínén elsősegély nyújtására képzett személyzet jelenlétét, valamint meghatározza a rendezvények ellenőrzésének módját és szabályait is.

Jogalkalmazás³

A Legfőbb Ügyészség adatai alapján 2011-ben 2473 személy elítélésére került sor visszaélés kábítószerrel bűncselekmény valamely alakzata miatt, a következő elkövetői magatartásokhoz kapcsolódóan:

- a Btk.282.§ ill. 282/B.§-ába ütköző fogyasztói jellegű tevékenységek miatt 2114 fő (85,5%);
- a Btk. 282.A.§-ába ütköző kereskedői típusú tevékenységek miatt 627 fő (25,4%);
- a Btk. 282/C. §-ába ütköző magatartások (a kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói, ill. kereskedői típusú tevékenységek) miatt 170 fő (6,9%);
- egyéb magatartások miatt (előkészület, finanszírozás stb.) 4 fő (0,16%).

A 2011-ben a jogerősen elítélt 2473 személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

³ A Legfőbb Ügyészség Vádképviseleti Informatikai Rendszer (VIR) adatai alapján.

- 954 szabadságvesztés (ebből 392 végrehajtandó, 562 végrehajtásában felfüggesztett)
- 358 közérdekű munka büntetés
- 661 pénzbüntetés
- 42 megrovás
- 449 próbára bocsátás
- 500 mellékbüntetés⁴.

1.3. NEMZETI AKCIÓTERV, STRATÉGIA, ÉRTÉKELÉS ÉS KOORDINÁCIÓ⁵

Nemzeti stratégia

2010 decemberében a kormányzat új drogpolitikai alapdokumentum kialakítása mellett döntött. Az új drogstratégia előkészítésére a tárca 2011-ben a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda vezetőjét és 11 szakértőt kért fel. A szakértői csoport által kidolgozott stratégia-tervezet a szerhasználat nélküli életmodellt és az egészséget alapértékként közvetítő szemléletmódot állítja középpontjába, míg a kábítószer-függők ellátása és kezelése terén a felépülés-központú megközelítést képviseli. A tervezet jogszabályi kötelezettségek alapján közigazgatási stratégiai elemekkel 2012 első felében egészül ki, majd 2012 második felében kerül a Kormány elé.

Az akcióterv megvalósítása

2011-es évre vonatkozóan nem született akcióterv, a kábítószer-probléma kezelésével kapcsolatos feladatok végrehajtását a Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) Szociális, család- és ifjúságügyért felelős Államtitkárságának szakmai irányítása alá tartozó Ifjúságügyi Főosztály Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztálya biztosította.⁶

2011-ben a Nemzeti Erőforrás Minisztérium összesen három kategóriában hirdetett meg kábítószerügyi témájú pályázatokat:

- helyi szintű koordinációs tevékenység támogatására,
- prevenciós programok támogatására,
- kezelés-ellátásban részt vevő intézmények, civil szakmai szervezetek működésének és fejlesztésének támogatására.

Előirányzat átcsoportosítás révén további két kiemelten fontos feladat finanszírozására került sor. A Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet számára a kritikus kábítószeres és az új pszichoaktív anyagok hatóanyagtartalmának fokozott monitorozásához (lásd: 10.1 fejezet), a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága számára a büntetés-végrehajtási intézetek drogprevenciós tevékenységének biztosítására került sor pénzügyi forrás átadásra. (A pályázatok finanszírozásával kapcsolatos adatok az 1.4 fejezetben olvashatók.)

⁴ A 2010. május 1-ig hatályos Btk. 38.§ (3) bekezdése értelmében önállóan alkalmazható mellékbüntetés volt a foglalkozástól eltiltás, a járművezetéstől eltiltás és a kiutasítás. A 2010. május 1-től hatályos szankciórendszer átalakította a büntetési nemeket, és büntetések címszó alatt szerepel: a szabadságvesztés, a közérdekű munka, a pénzbüntetés, a foglalkozástól eltiltás, a járművezetéstől eltiltás és a kiutasítás. Mellékbüntetés már csak a közügyektől eltiltás, és a kitiltás, amelyek azonban nem önállóan, hanem csak szabadságvesztés mellett szabhatók ki. (2009. évi LXXX. törvény).

⁵ A Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztály 2011. évi tevékenységéről szóló beszámolója (EMMI 2012) felhasználásával.

⁶ Az Ifjúságügyi Főosztály feladatai közé tartozik a kábítószer-probléma kezelésével összefüggésben a szakmai irányok, fejlesztési koncepciók előkészítése és kidolgozása, illetve az ezzel összefüggő programok kialakításának és megvalósításának koordinációja, valamint a kormány kábítószerügyi tanácsadó testületének, a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságnak a működtetése.

Koordinációs intézkedések

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2011 során összesen négy alkalommal ülésezett. A KKB szakbizottságai⁷ közül az év során a Nemzetközi Szakbizottság kétszer ülésezett, részben a CND 54. ülészaka, részben az ENSZ éves kérdőív kapcsán. A Kábítószer Listák Szakbizottság 2011-ben hatszor ülésezett, az ülések témája az új pszichoaktív szerek szabályozásának kialakítása volt. A KKB Jogi Szakbizottsága 2012 februárjában ülésezett a Büntető Törvénykönyv tervezett módosítása kapcsán, a törvénytervezet visszaélés kábítószerrel tényállásaira vonatkozó javaslatok megvitatása céljából.

2011 első félévében Magyarország töltötte be az Európai Unió soros elnöki tisztét. Ennek kapcsán a magyar elnökség kábítószerügyi programja az alábbi tematikus vitákat határozta meg:

- Standardizáció a kábítószer-prevenció területén;
- A kábítószer-kezelés hatékonyságának javítása; kezelési protokollok kidolgozása és fejlesztése;
- Európai válaszok az új típusú kábítószerek okozta kihívásokra:
 - Új pszichoaktív szerek;
 - A kábítószer-elemző laboratóriumok legjobb gyakorlatainak megosztása;
- Kábítószer-probléma a börtönökben.

Az elnökség által középpontba helyezett témák kapcsán elhangzó előadások hozzájárultak az európai szintű válaszok kialakításához és elfogadásához az új típusú kábítószerek, a börtönbeli kábítószer-fogyasztás, valamint a minimum minőségi standardok kialakításához a kereslet-csökkentési beavatkozások területén. Az új pszichoaktív anyagok vonatkozásában a magyar elnökség a HDG keretei között lehetőséget biztosított a laboratóriumi bevált gyakorlatok bemutatására, az ellenőrzéssel kapcsolatos elméleti és gyakorlati problémák megvitatására.

Az Európai Unió kábítószer-ellenes akciótervében előírtak alapján - az EU tagországok kábítószer-politika alkotói, a Tanács Titkársága, az Európai Bizottság, valamint a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (EMCDDA) képviselői 2011 májusában Budapesten tanácskoztak. A találkozó programjának fókuszába a büntetés-végrehajtási intézményekben történő kábítószer-fogyasztást, valamint a civil szféra kábítószerügyekbe történő bevonását helyezte az elnökség.

Az EU konszenzus a kábítószer keresletcsökkentő intézkedések minimum minőségi követelményeiről Konferenciát az Európai Bizottság a magyar EU-elnökséggel együttműködve rendezte meg 2011. június 15-17. között Brüsszelben. Az esemény lehetőséget biztosított a prevenció, kezelés és ártalomcsökkentés területén dolgozó szakpolitika alkotóknak, szakembereknek, civil szervezeteknek, valamint kutatóknak arra, hogy megvitassák az Európai Bizottság tanulmányának előzetes eredményeit.

1.4. KÖZGAZDASÁGI ELEMZÉS

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium címkézett kiadásai⁸

A kábítószer-fogyasztással összefüggő feladatok ellátására a Nemzeti Erőforrás Minisztérium által koordinált KAB pályázatok biztosították a fedezetet. A támogatási rendszer területei az alábbiak voltak 2011-ben:

⁷ A KKB Jogi és Rendészeti-, Egészségügyi-, Prevenció-, Laboratóriumi-, Nemzetközi - és Szociális Szakbizottságot működtet, valamint a Kábítószer Listák Szakbizottságát.

⁸ A fejezetben az összegek a 2011-es hivatalos euró középárfolyam (1€ = 277,7Ft) szerint kerültek kiszámításra.

- A prevenció programok támogatása területen 632 pályázat érkezett, melyek közül 222 részesült támogatásban 199 millió forint (716.596 €) értékben.
- Szenvedélybetegek felépülési folyamatának támogatására 186 pályázat érkezett, ebből 62 program került támogatásra 120 millió forint (432.098 €) értékben.
- A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működési feltételeinek biztosítására és a drogprobléma kezelését célzó helyi stratégiák megvalósításának előmozdítására 123 beérkezett pályázatból 85 került támogatásra, mintegy 50 millió forint (180.002 €) értékben.

Összegezve, a KAB pályázatok keretében 369 millió forint (1.328.696 €) került kiosztásra 369 pályázat részére. 2011-ben egyedi támogatás útján (lásd 1.3 fejezet) 14,2 millió forint (51.134 €) (EMMI 2012) került kifizetésre.

1. táblázat. A NEFMI által kiírt pályázati keretösszegek célterületek szerint 2011-ben⁹

Támogatási célterület	Megítélt összeg (HUF)	Megítélt összeg (EUR)
Kábítószer prevenció programok támogatására /KAB-ME-11-A/B/C/	198.998.638	716.596
1) Gyermekek és ifjúsági prevenció programok (kizárólag nevelési és oktatási intézmények számára)	55.071.588	198.313
2) A családi rendszer megerősítését szolgáló programok támogatása	56.575.300	203.728
3) Helyi közösségi erőforrásokra támaszkodó programok, kezdeményezések, amelyek vonzó alternatívát jelenthetnek a szerhasználattal szemben a szabadidő eltöltés, a gyermekvédelmi intézményrendszer, a büntető-igazságszolgáltatás intézményei, az internet és más médiumok, munkahely színtereken	87.351.750	314.554
Szenvedélybetegek felépülési folyamatának támogatására /KAB-FF-11/	119.993.700	432.098
1) Alacsonyküszöbű szolgáltatást végző szervezetek és drogambulanciák kezelésbe kerülést elősegítő programjainak kiegészítő működési támogatása, humán erőforrás fejlesztése	34.300.000	123.515
2) Szenvedélybetegek terápiás folyamatainak erősítése, helyettesítő és egyéb kezelésekhez kapcsolódó kiegészítő működési támogatása	19.000.000	68.419
3) Differenciált ellátást nyújtó, speciális szükségletű csoportok ellátását biztosító rehabilitációs programok fejlesztése és a józan szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő programok támogatása	16.700.000	60.137
4) A szenvedélybeteg ellátás területén szolgáltató szervezetek intézményi feltételeinek, infrastrukturális fejlesztésének támogatása	49.993.700	180.028
Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működési feltételeinek biztosítására, valamint a drogprobléma kezelését célzó helyi stratégiák megvalósulásának előmozdítására /KAB-KEF-11-ABC/	49.986.624	180.002
1) Koordinációs tevékenység támogatása	24.988.624	89.984
2) Kábítószer prevenció programok, általános, célzott és javallott komplex prevenció tevékenységek kezdeményezésének támogatása.	15.927.000	57.353
3) A szenvedélybetegek felépülési folyamatát, a kábítószer-probléma kezelését és a problémás droghasználókat ellátó intézményrendszer fejlesztését célzó programok támogatása	9.071.000	32.665
Összesen	368.978.962	1.328.696

Forrás: NCSSZI 2012, EMMI 2012a

⁹ KAB döntési listák összegzése alapján.

Következtetések

A 2011-es év a kábítószerügyi koordináció feladatait tekintve az intézményi átszervezések és az új drogstratégia kidolgozásának jegyében telt. A koordináció kiemelt feladatai között szerepelt az Unió soros elnökségének betöltéséhez kapcsolódó feladatok ellátása is.

Az év legfontosabb drogpolitikai fejleménye az új pszichoaktív szerek ideiglenes jegyzékre vételét és kereskedelmének korlátozását lehetővé tevő jogszabályi háttér és eljárásrend kidolgozása volt. A kábítószerrel azonos elbírálás alá eső anyagok jegyzékére 2012. január 1-től 9 új szer került fel, ezen anyagok fogyasztása és kereskedelme is büntetőjogi felelősséget von maga után.

2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN¹⁰

2.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

2011-ben országos reprezentatív vizsgálat csak a középiskolás diákok körében, a négyévente zajló ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) kutatássorozat részeként történt. Emellett olyan speciális populációk drogfogyasztási mintázatairól készültek kutatások, mint a szexmunkások, a menekültek és az orvosstanhallgatók.

2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁLTALÁNOS POPULÁCIÓBAN

Nincs új információ.

2.3. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN

A szerfogyasztás elterjedtsége

2011-ben került sor az ESPAD kutatássorozat ötödik felmérésére¹¹ (Elekes 2012). A megkérdezett 16 éves fiatalok 19,9%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert. A nemenkénti különbségek nem voltak szignifikánsak, fiúknál az arány 20,9%, a lányoknál pedig 18,9%. Ennél magasabb, 24,9% volt azoknak az aránya, akik biztosan droghasználati céllal fogyasztottak valamilyen szert¹². A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia értéke a fiúknál 26%, a lányoknál pedig 23,7% volt. (A különbség szintén nem szignifikáns). A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás¹³ életprevalencia értéke a lányoknál magasabb: 18,7%, a fiúknál 11,1% ($p=0,000$) volt. A teljes mintára vonatkozó életprevalencia érték 14,7% volt.

Az összes (tiltott és legális) szerfogyasztás életprevalencia értéke a megkérdezett 16 éves diákok körében 28,8% volt. A fiúk 28,3%-a, a lányoknak pedig 29,4%-a fogyasztott már valamilyen visszaélésre alkalmas szert az élete során.

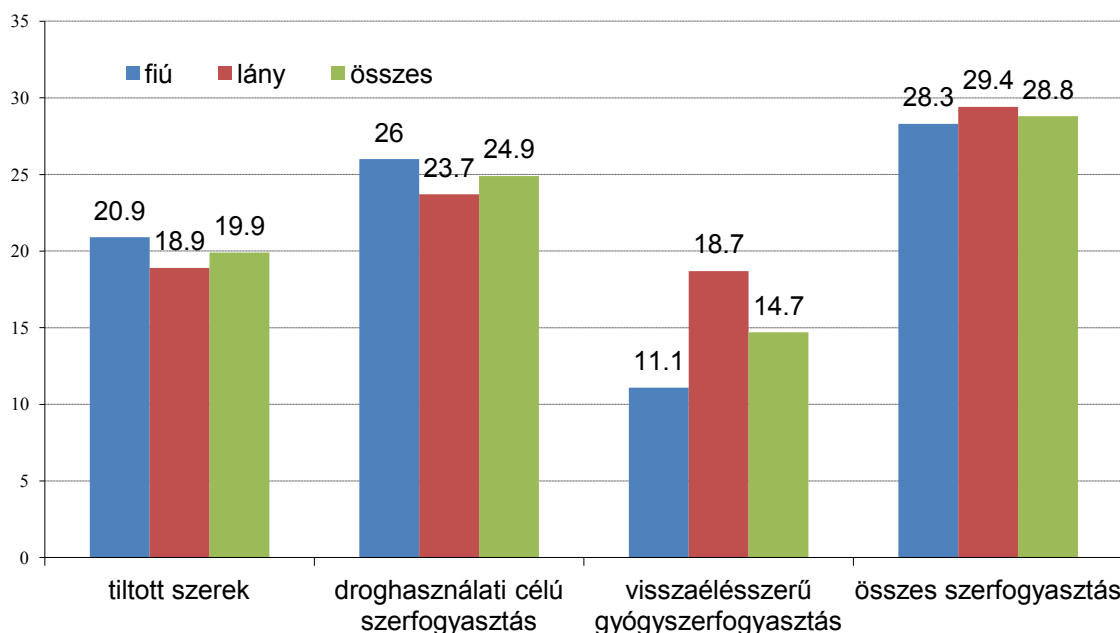
¹⁰ A fejezet szerzői: Elekes Zsuzsanna, Nyírády Adrienn

¹¹ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézete készítette. A magyarországi adatfelvétel az ESPAD protokollnak megfelelően az 1995-ben született, nappali tagozatos normál iskolai képzésben résztvevő fiatalok országos reprezentatív mintáján készült osztályos lekérdezéssel, önkitöltős módszerrel. A 16 évesekre vonatkozó nettó minta 3062 fő volt.

¹² Ebben a csoportban a tiltott szerek mellett szerepel a mágikus gomba, egyéb opiátok (pl. máktea), szerves oldószerek, patron/lufi, mefedron, és más, a kérdőívben nem felsorolt drogok.

¹³ Orvosi javaslat nélküli nyugtatók/altatók és alkohol gyógyszerrel együtt fogyasztva.

2. ábra. A különböző típusú szerfogyasztás életprevalencia értéke a 16 éves diákok körében 2011-ben, nemenként (%)



Forrás: Elekes 2012

Akár a tiltott szerekre, akár pedig a droghasználati célú szerfogyasztásra vonatkozó gyakoriságokat tekintve megállapítható, hogy a szerhasználók mintegy kétharmada próbálkozó, vagy alkalmi fogyasztó volt, jelentős részük csak egy-két alkalommal próbált ki valamilyen visszaélésre alkalmas szert. Ugyanakkor a fogyasztók egyötöde-egynegyede fogyasztott már 20 vagy több alkalommal valamilyen tiltott szert, vagy droghasználati célú szert. Az összes megkérdezettten belül a 20 vagy több alkalommal tiltott szert használók arány 4,2%, a droghasználati célú szert ilyen gyakorisággal használók aránya 5,3% volt.

2. táblázat. A szerhasználat gyakorisága a fogyasztók körében 2011-ben (%)

gyakoriság	tiltott szerek			droghasználati célú szerek		
	fiú	lány	összes	fiú	lány	összes
1-2-szer	39,4	45,1	42,0	39,0	39,2	39,1
3-5-ször	14,5	17,6	15,9	15,2	20,5	17,6
6-9-szer	10,6	8,1	9,5	12,7	11,4	12,1
10-19-szer	10,9	12,5	11,6	9,8	10,5	10,1
20-39-szer	9,7	5,5	7,8	5,6	7,0	6,3
40 vagy többször	14,8	11,4	13,3	17,6	11,4	14,8
összesen	100,0 (330)	100,0 (273)	100,0 (603)	100,0 (408)	100,0 (342)	100,0 (750)

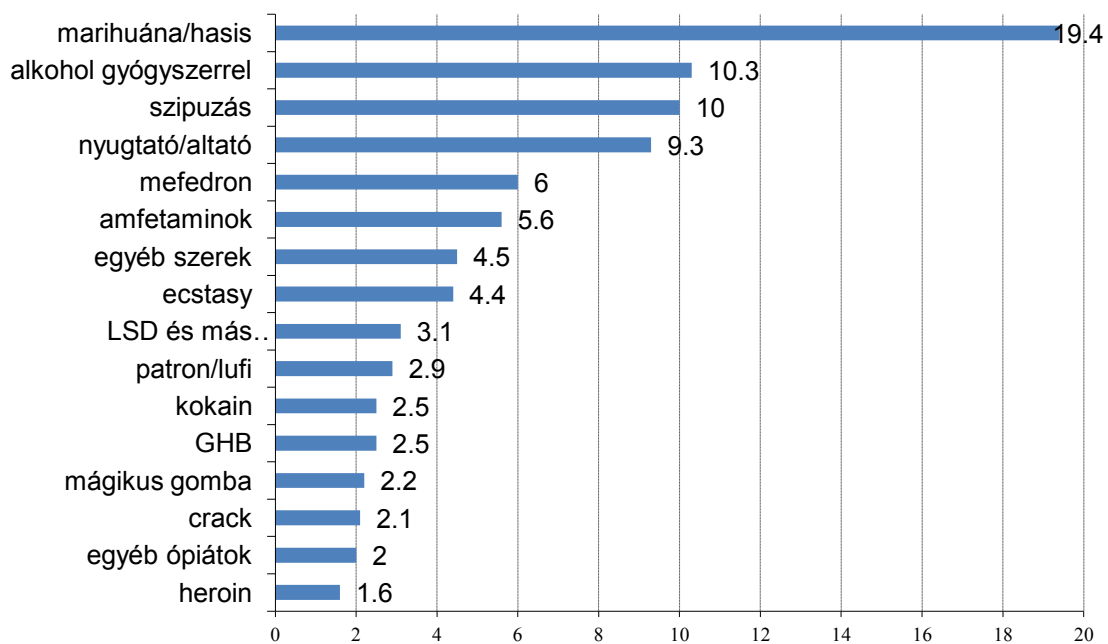
Forrás: Elekes 2012

A tiltott szerfogyasztás gyakoriságának nemenkénti adatai egyértelműen arra utaltak, hogy a fiúk között elterjedtebb a nagyobb gyakoriságú szerfogyasztás. Míg a tiltott szert fogyasztó fiúk 24,5%-a fogyasztott 20 vagy több alkalommal, addig a lányoknál a megfelelő arány 16,9% volt. A nagyobb gyakoriságú droghasználati célú szerfogyasztás is valamelyest nagyobb arányban fordult elő a fiúknál, mint a lányoknál.

Az orvosi javaslat nélküli nyugtató/altató és/vagy gyógyszer és alkohol együttes fogyasztása kisebb gyakoriságú volt, mint a droghasználati célú szerfogyasztás. A gyógyszert fogyasztó fiatalok 51,9%-a 1-2 alkalommal, 8,7% pedig 20 vagy több alkalommal használt valamilyen gyógyszert visszaélészerűen. A nagyobb gyakoriságú fogyasztás ebben az esetben is a fiúkra volt inkább jellemző.

A korábbi évekhez hasonlóan az életprevalencia értékek alapján a legelterjedtebben fogyasztott kábítószer 2011-ben is a marihuána volt a fiatalok körében. Szintén a korábbi évekhez hasonlóan a marihuánát követően az elterjedtebb drogok legális szerek voltak: alkohol gyógyszerrel együtt történő fogyasztása, szerves oldószerek belélegzése valamint a nyugtatók/altatók orvosi javaslat nélküli használata. A prevalencia értékek alapján az ötödik helyet a 2011-ben először kérdezett mefedron foglalta el. Ezt követték az amfetaminok, az egyéb szerek és az ecstasy életprevalencia értékei.

3. ábra. Szerenkénti életprevalencia értékek a 16 éves diákok körében 2011-ben (%)



Forrás: Elekes 2012

Az első fogyasztás életkora

Az első fogyasztás életkorát a tiltott szerek közül a marihuána, amfetaminok és ecstasy esetében vizsgálta a kutatás. Az eredményeket összesítve, a szereket már valaha kipróbáltak közel fele 14 évesen vagy korábban használta először a három vizsgált szer valamelyikét.

Társadalmi különbségek

Az iskola székhelye szerint vizsgálva a tiltott szerfogyasztás településtípusok szerinti különbségeit megállapítható, hogy a tiltott szereket valaha próbálók aránya a fővárosban volt a legmagasabb (23,5%) 2011-ben. A megyei jogú városokban 14,8% volt az életprevalencia érték, kisebb városokban pedig 20,5%. Hasonló különbségek figyelhetők meg a droghasználati célú szerfogyasztása esetében is (főváros: 26,5%, megyei jogú város: 22,4%, egyéb város: 25,9%).

A szülők iskolai végzettsége szerint sem a tiltott szereket, sem pedig a droghasználati célú szereket kipróbálók aránya nem mutatott szignifikáns különbséget.

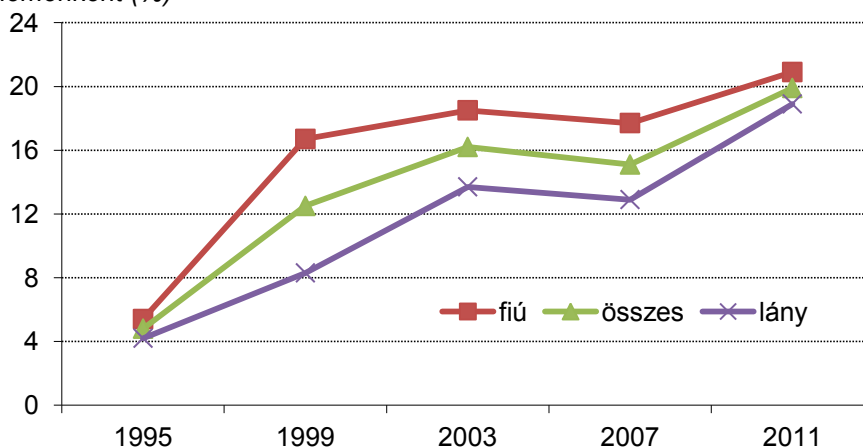
A drogfogyasztással kapcsolatos attitűdök

2011-ben a marihuána és az orvosi javaslat nélküli nyugtatók/altatók kipróbálását nagyon veszélyesnek tartók aránya csökkent 2007-hez képest. A rendszeres szerfogyasztás vonatkozásában a veszélyesség megítélése csekély mértékben szintén csökkent, bár a csökkenés a hibahatár közelében van.

Trendek

A tiltott szerfogyasztás összesített életprevalencia értéke 1995 és 2003 között négyszeresére nőtt Magyarországon. A növekedés kezdetben a fiúknál, 1999 és 2003 között pedig a lányoknál volt nagyobb mértékű. 2007-ben a tiltott szereket valaha kipróbáltak aránya a fiúknál és a lányoknál is valamelyest csökkent. A 2011-es adatfelvétel az összes tiltott szer fogyasztás életprevalencia értékének újabb jelentős növekedését mutatta. Az életprevalencia érték a fiúknál 3,2 százalékponttal, a lányoknál pedig 6 százalékponttal nőtt.

4. ábra. A tiltott szerfogyasztás életprevalencia értékének változása a 16 éves diákok körében 1995-2011 között, nemenként (%)

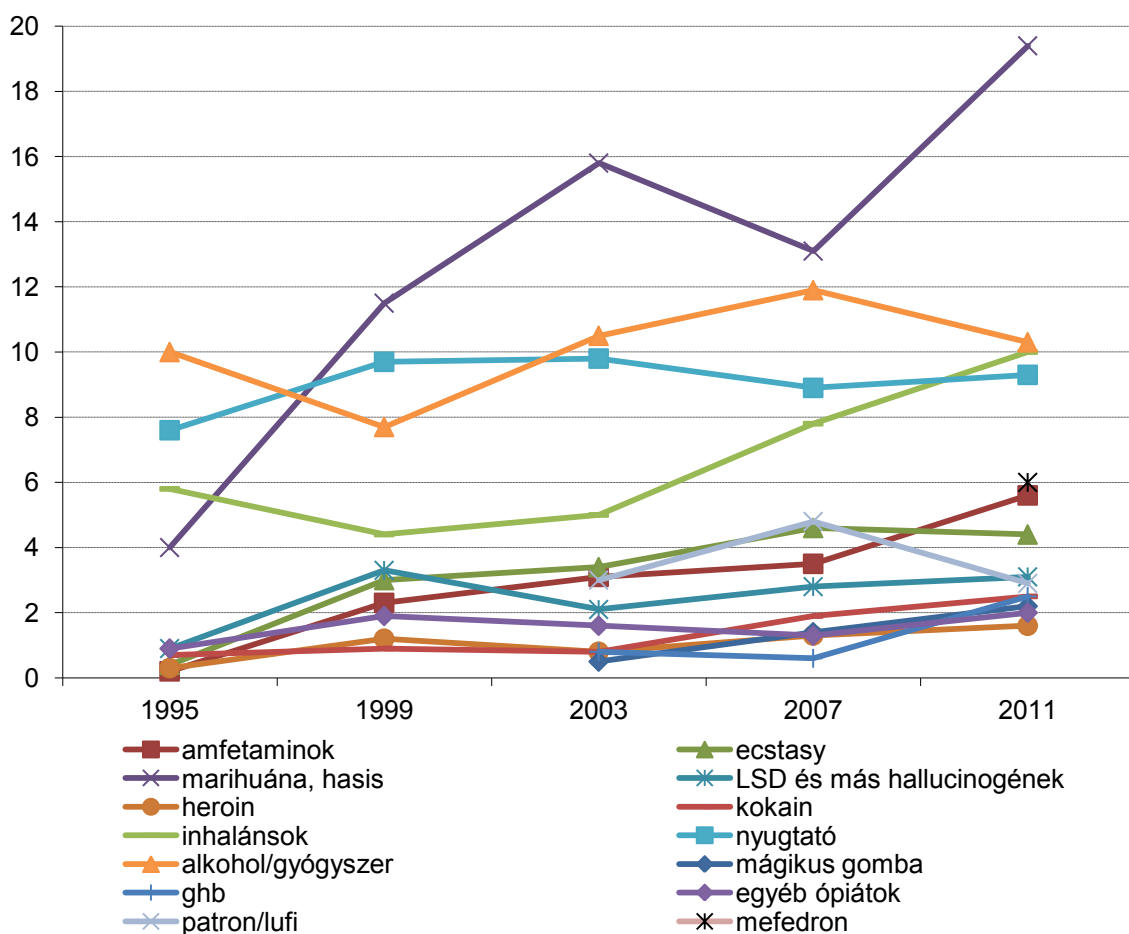


Forrás: Elekes 2012

A marihuána 1999-től kezdődően mindig uralta a magyar fiatalok szerfogyasztását, és a legmagasabb prevalencia értékeket ennél a drognál regisztrálták. A marihuánát három legális szer elterjedtsége követte 16 éven keresztül, sőt a kutatássorozat kezdetén e három legális szer elterjedtsége meghaladta a marihuána életprevalencia értékét. Az orvosi javaslat nélküli nyugtató/altató fogyasztás életprevalenciája, valamint a gyógyszerek alkohollal együtt történő fogyasztása mindig a második-harmadik helyen szerepelt a szerstruktúrában. 2011-ben az alkohol gyógyszerrel történő fogyasztása 1,6 százalékponttal csökkent, a nyugtató/altató fogyasztás pedig 1999 óta alig változott. Figyelemre méltó változás ment végbe a szerves oldószer belélegzés életprevalencia értékében. Az 1999 évi csökkenés után először kisebb, majd 2007-ben és 2011-ben is jelentős növekedés volt tapasztalható. Ez azt jelenti, hogy a szipuzás életprevalenciája az 1999. évi érték 2,3-szorosára nőtt 2011-re.

Az elmúlt 16 év életprevalencia értékei alapján kisebb elterjedtség jellemzi a marihuánán kívüli tiltott szereket, amelyek fogyasztása 2007-ben és 2011-ben is kisebb-nagyobb növekedést mutatott. Kiseb mértékű csökkenés csupán az ecstasy és a patron/lufi életprevalencia értékében volt megfigyelhető. Legjelentősebb – 2,1 százalékpontos – növekedést az amfetaminoknál regisztrálták 2011-ben. Szintén jelentősebb – 1,9 százalékpontos növekedést tapasztaltak a korábban alig jelenlévő GHB prevalencia értékében is.

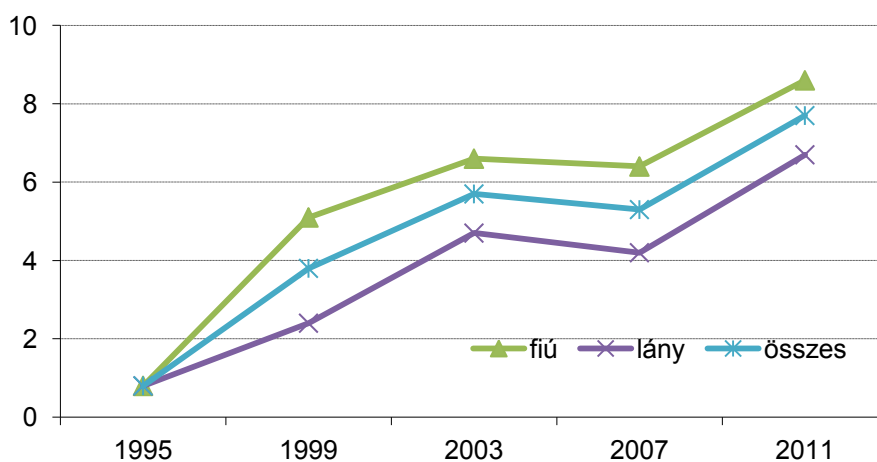
5. ábra. *Tiltott és legális szerek életprevalencia értéke a 16 éves diákok körében 1995 és 2011 között (%)*



Forrás: Elekes 2012

A marihuána-fogyasztás életprevalencia értékében bekövetkezett változást követte az előző 30 napban marihuánát fogyasztók arányának a változása is. 2007-hez képest az előző hónapban marihuánát fogyasztók aránya 2,4 százalékponttal nőtt. A növekedés hasonló mértékű volt a fiúknál és a lányoknál is.

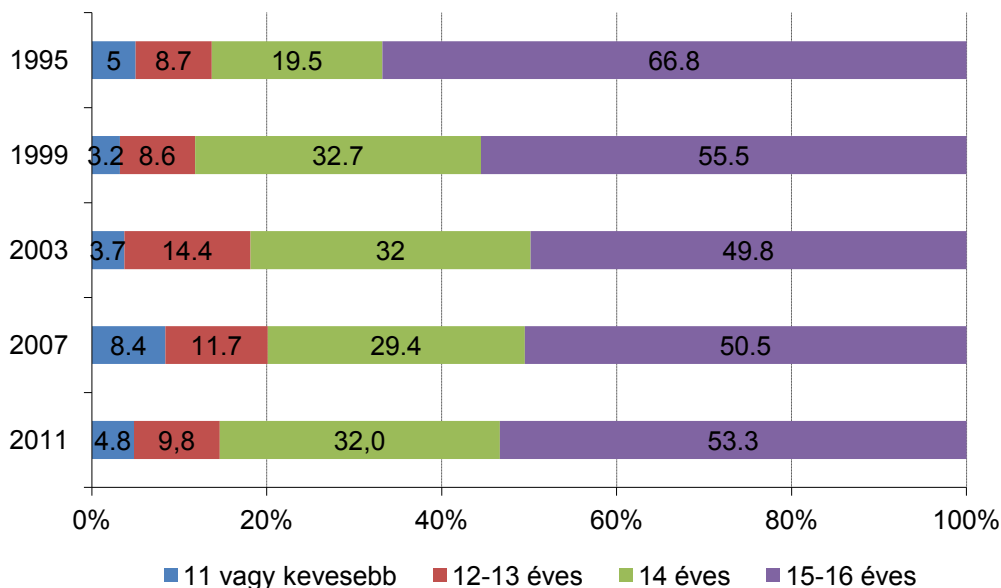
6. ábra. *Marihuána havi prevalencia értékei 1995-2011 között a 16 éves diákok körében, nemenként (%)*



Forrás: Elekes 2012

A korábbi évek adataival összehasonlítva az első fogyasztás életkorát, úgy tűnik, hogy csökkent a nagyon korai életkorban először próbálkozók aránya.

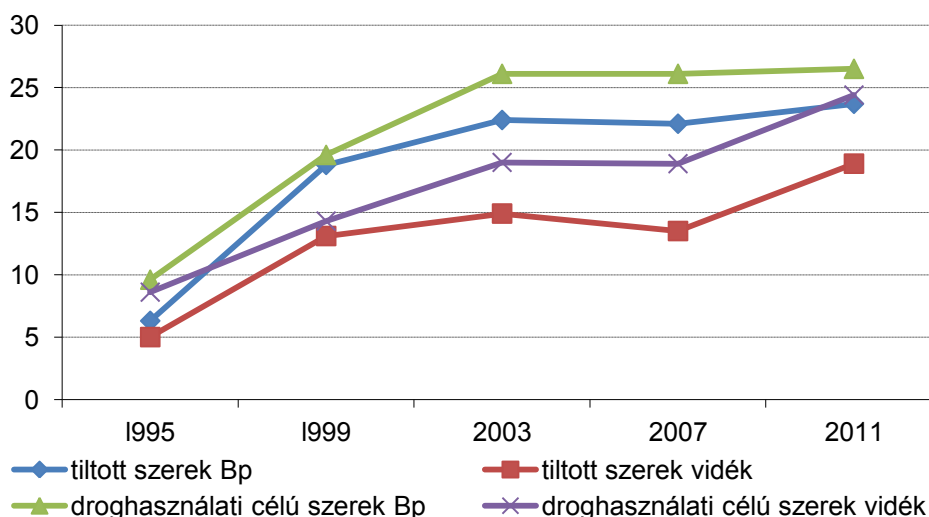
7. ábra. Az első tiltott szerfogyasztás életkora a fogyasztók százalékában, 1995-2011 között



Forrás: Elekes 2012

A 2007-2011 közötti változásokat Budapest-vidék bontásban nézve azt tapasztalták, hogy a tiltott szereket és a droghasználati célú szereket valaha próbáltak aránya is elsősorban vidéken növekedett, vagyis a drogfogyasztás jelenségének urbanizációs mintázata a korábbi évekhez képest kevésbé markánsan jelenik meg.

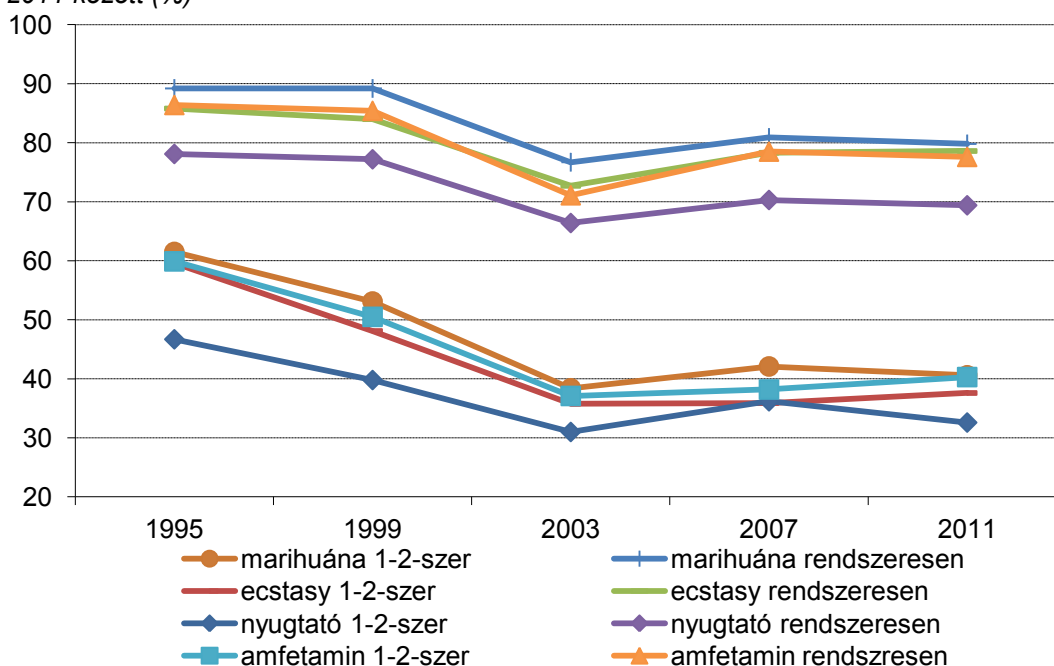
8. ábra. A drogfogyasztás életprevalencia értékei a 16 éves diákok körében 1995-2011 között az iskola székhelye szerint (%)



Forrás: Elekes 2012

Az ESPAD kutatások kezdetéhez viszonyítva a vizsgált drogok fogyasztását veszélyesnek tartó diákok aránya jelentősen csökkent. A veszélyészlelés nagyobb mértékű csökkenése 1995 és 2003 között következett be, és inkább érintette a szerek alkalmi, 1-2-szeri fogyasztásának megítélését. A rendszeres fogyasztást minden vizsgált szer esetében sokkal nagyobb arányban tartották veszélyesnek a fiatalok, mint az alkalmi fogyasztást.

9. ábra. A különféle szerek fogyasztását nagyon veszélyesnek tartók aránya a 16 éves diákok körében 1995-2011 között (%)



Forrás: Elekes 2012

2.4. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN

Katonák

Az MH HEK Tudományos Intézet Toxikológiai Kutató Osztálya és a csapat-egészségügyi szolgálatok 11.694 esetben hajtottak végre kábítószer szűrővizsgálatokat, amelyek alapján a vizsgált állomány körében meghatározható volt a fogyasztott kábítószer típusa. (Magyar Honvédség 2012)

3. táblázat. A Magyar Honvédségnél 2011-ben végzett szűrővizsgálatok eredményei

Mintavétel célja	Minta száma (db)	Pozitív eredmények							
		Előszűrés				Megerősítő vizsgálat			
		THC	AMF	OPI	COC	THC	AMF	OPI	COC
I. Foglalkozás-egészségügyi (Alkalmassági vizsgálat)									
Civil*	1350	6	3	6	0	0	0	0	0
Katona	6635	2	0	5	0	0	0	0	0
II. Szolgálatot teljesítő állomány (preventív célú)									
Csapat egészségügyi szolgálat	3290	17	2	8	1	5	0	0	1
III. Gyanújel alapján (hatósági)									
Parancsnoki elrendelés	419	6	1	0	0	2	1	0	0
HM Vezérkar Főnök elrendelés	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Összesen	11694	31	6	19	1	7	1	0	1

* 6 fő visszalépett, megerősítő vizsgálat náluk nem történt

Forrás: Magyar Honvédség 2012

A katonai állományban a bizonyítottan kábítószer fogyasztók száma 9 fő volt, jellemzően kannabiszt használtak.

Szexmunkások¹⁴

A kutatás (Fact 2011) során 246 szexmunkás (21 férfi és 225 nő) válasza került feldolgozásra, átlagéletkoruk 25,9 év volt, átlagosan 3,6 éve tevékenykedtek prostituáltként. 38%-uk legfeljebb 8 osztályos iskolai végzettséggel rendelkezett, a szakmunkásképzőt/szakiskolát végzetek aránya 29,7%, az érettségit adó középiskolát végzeteké pedig 18,3% volt. Egyetemi vagy főiskolai diplomával 6 szexmunkás rendelkezett.

A megkérdezett szexmunkások harmada (32,5%) soha nem dohányzott, az alkalmi dohányosok aránya 9,8% volt, míg a válaszadók fele (49,6%) rendszeresen dohányzik.

A szexmunkások 8,1%-a az elmúlt egy évben nem ivott alkoholt, harmaduk csak ritkán. A válaszadók közel fele (43,2%) viszont hetente legalább egyszer, 3,7%-uk naponta fogyaszt alkoholt.

A kutatás során elért szexmunkások harmada (33,7%) saját bevallása szerint az elmúlt évben nem fogyasztott kábítószer, vagy kábító hatású anyagot¹⁵. A megkérdezettek 42,3%-a hetente egyszer, negyede (25,6%) hetente többször is fogyasztott kábítószer. A legalább heti egy alkalommal kábítószer fogyasztók gyakorlatilag mindegyike (95%-uk) használt marihuánát, közel fele amfetamint, illetve mepredont, 40%-uk kokaint, minden ötödik ebbe a csoportba tartozó szexmunkás heroint is. 5 szexmunkás napi rendszerességgel fogyaszt marihuánát, hasist, illetve emellett hetente legalább egy alkalommal heroint is.

A szexmunkások többsége (78,0%) az elmúlt egy évben nem használt orvosi rendelvény nélkül altatót, nyugtatót, vagy stimuláló hatású gyógyszert, azonban a használók (52 válaszadó) harmada viszont napi gyakorisággal.

Befogadó állomáson élők¹⁶

A kutatás (Csorba et al. 2011) kísérleti jelleggel a Debreceni Befogadó Állomáson készült. A megkérdezettek (N=100 fő) összesen 27 országból, legtöbben Afganisztánból, a jugoszláv utódállamokból és Palesztinából érkeztek. A válaszadók többsége (72%) muszlim országból származott, a válaszadók 91%-a férfi volt, a kérdezők számára a muszlim nők kevésbé voltak elérhetők. A minta átlagéletkora 28,6 év volt. A megkérdezettek döntő többsége nőtlenek/hajadonnak (70 fő) vallotta magát. A minta több mint harmadának (39 fő) legmagasabb iskolai végzettsége alapfokú vagy annál is alacsonyabb volt, 33 főnek volt valamilyen befejezett középfokú iskolája, 17-en rendelkeztek felsőfokú végzettséggel. A válaszadók közel fele dolgozott hazájában valamilyen formában, és csaknem ugyanennyien voltak munkanélküliek, azonban a kérdés időpontjában ezek az arányok 13%, illetve 83%-ra romlottak. A családi kapcsolataikról elmondható, hogy a házastársak negyede és a gyermekek közel fele a származási országban maradt. Átlagosan 13,9 hónapja tartózkodtak Magyarországon.

A megkérdezettek közül azok, akik valaha fogyasztottak alkoholt (62%) átlagosan 19,9 évesen tették először életükben (a muszlim többségű országokból érkezők esetében az első alkoholfogyasztás életkora átlagosan 20,8 év volt). Az elmúlt évben 59%-uk, az elmúlt 30 napban 54%-uk ivott alkoholt. Mindössze 6% gondolta úgy, hogy alkoholproblémával küzd, ez a valaha alkoholt fogyasztók 9,7%-a.

¹⁴ A kutatást a pécsi Fact Alkalmazott Társadalomtudományi Kutatások Intézete készítette.

¹⁵ A kutatás az alábbi szerek fogyasztását vizsgálta: marihuána/hasis, speed/amfetamin, ecstasy, kokain, heroin, mepredron, más kábító hatású anyag.

¹⁶ A kutatást a Mátrix Egyesület készítette, 18 év feletti menekültek egyszerű véletlen mintáján, face-to face technikával (angol, francia és szerb nyelven), összesen 100 fő megkérdezésével.

Az illegális szerek életprevalencia értéke 24% volt, ami a magyar fiatal felnőttek körében 2007-ben mért értéktől nem különbözik jelentősen (20,9%). A leggyakrabban említett szer a kannabisz (18%), azonban a különféle opiát-származékok (heroin 6%, felírt metadon 8%, nem felírt metadon 2%, nem felírt suboxone 4%) együttes életprevalencia értéke ennél magasabb (20%) volt. Az opiátok használata tehát igen magas arányt mutatott. Az éves és a havi prevalencia értékek kedvezőbbek voltak (7%, illetve 4%), amelyek szintén hasonlóak a magyar fiatal felnőtt populációban (6,4%, illetve 3%). A kannabiszt és az opiátokat követte az altatók, nyugtatók használata 10%-os életprevalencia értékkel. Más szerek használata nem volt jellemző, a hazai szerhasználati mintázatokban terjedő új pszichoaktív szerek (mefedron, ketamin, GHB) nem jelentek meg a kérdezettek körében.

Vizsgálták a kérdezettek szubjektív véleményét a befogadó állomáson élők körében észlelt droghasználatról. Az adatokból az derült ki, hogy minél inkább jellemző volt az aktív szerhasználat, annál nagyobb volt a befogadó állomás lakói körében észlelt illegális szerhasználat is. Akik az elmúlt hónapban használtak valamilyen szert, azoknak 27,3%-a úgy vélte, hogy a befogadó állomáson élők körében 20% fölötti a szerhasználók aránya. Míg azok körében, akik soha nem használtak semmilyen szert, ez az arány mindössze 10,5% volt. Ezek alapján feltételezhető, hogy a befogadó állomáson élők körében kialakult, vagy kialakulóban van egy szerhasználó szubkultúra, akik tudnak egymásról, míg a nem szerhasználók kevésbé tudnak róluk.

Orvosegyetemi hallgatók¹⁷

A kutatás (Sima 2012) a 2009/2010 és a 2010/2011 tanévben negyedik évfolyamra járó hallgatók egészségkárosító magatartásformáit tárta fel. Az eredmények szerint a teljes minta (N=942 fő) 12,3%-a vallotta, hogy elszív minimum egy szál cigarettát naponta (fiúk 14,9%, lányok 10,7%), harmaduk (34,9%) lerészegedik hetente legalább egyszer (fiúk 47,2%, lányok 27,2%), egytizedük havonta többször fogyaszt központi idegrendszerre ható gyógyszert (fiúk 6,6%, lányok 13,4%), közel harmaduk (31,6%) fogyasztott már illegális szert (fiúk 39,5%, lányok 26,7%) és 30 fő nyilatkozta, hogy rendszeresen fogyaszt kábítószer. Vagyis a hallgatók több mint fele (55,4%) fogyaszt rendszeresen valamilyen egészségkárosító szert. A dohányzás és a gyógyszerfogyasztás a gyógyszerészeti karon a legjellemzőbb, az alkoholfogyasztás és a kábítószer kipróbálása a fogorvostan hallgatók körében. A fiúk közül többen dohányoztak, fogyasztottak alkoholt és próbáltak ki kábítószer, a lányok közül többen szedtek rendszeresen gyógyszert.

Következtetések

2011. évi ESPAD kutatás magyarországi adatfelvétele a tiltott és droghasználati célú szerfogyasztás jelentős mértékű terjedését mutatta 2007-hez képest. A vizsgált szerek közül változatlanul a legelterjedtebb a marihuána, valamint a gyógyszerek orvosi javaslat nélküli fogyasztása és a szerves oldószer belélegzés voltak. A valaha tiltott szert próbáltak aránya a fiúknál és a lányoknál is nőtt, de a növekedés mértéke a lányok esetében nagyobb volt. Hasonlóképpen nagyobb mértékű volt a növekedés vidéken, mint a budapesti székhelyű iskolákban.

¹⁷ A kutatást a Semmelweis Egyetem Népegészségtani Intézete készítette survey módszerrel összesen 942 hallgató megkérdezésével (Általános Orvostudományi Kar 626 fő, Gyógyszerésztudományi Kar 180 fő, Fogorvostudományi Kar 136 fő).

3. PREVENCIÓ¹⁸

3.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

Az év során a prevencióval kapcsolatos tevékenységek keretét és szakmai prioritásait a 2010-ben meghirdetett pályázatok (nemzeti és uniós) megvalósítása, részben pedig a 2011-ben a Nemzeti Erőforrás Minisztérium által meghirdetett kábítószerügyi pályázatok teremtették meg. Az utóbbiak megvalósulása a késedelmes kifizetések miatt 2011-ben többnyire nem kezdődött meg.

3.2. KÖRNYEZETI PREVENCIÓ

Jelentős, a kábítószer-probléma egészét befolyásolni képes, nemzeti szintű változás, amely a környezeti prevenció érvényességi körébe sorolható, az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos jogi szabályozás kiterjesztése volt 2011-ben. Az új szintetikus szerek közül a mefedron tiltólistára került az év elejétől, további 9 vegyület tiltólistára (MDPV, 4-MEC, metilon, 4-FA és 5 szintetikus kannabinoid) kerülésének előkészítése és a jogalkotási aktusok megtétele megtörtént (lásd: 1.2 fejezet). Mindezeket túl kormányzati döntés és jogszabályalkotás történt a törzsképlet alapú szabályozás kialakítása és bevezetése érdekében. Ezek a jogalkotási lépések az új pszichoaktív szerek által jelentett, az utóbbi években növekvő súlyosságú problémát hivatottak kezelni, illetve a probléma kiterjedtségének méretét csökkenteni. Fontos eleme a folyamatnak az új szerek legális forgalmazásának megszüntetése.

A West Balkán tragédia¹⁹ kapcsán került fókuszba a zenés, táncos rendezvények szabályozatlansága és a rendezvényeknek helyet adó helyszínek biztonsági ellenőrzésének hiánya. 2011. március 16-án lépett hatályba a zenés, táncos rendezvények működésének biztonságosabbá tételéről szóló kormányrendelet (bővebben a 1.2 fejezetben), amelynek célja az alkalmi vagy rendszeres zenés, táncos rendezvények biztonságosabb megtartása, valamint a fogyasztók életének, testi épségének és egészségének védelme.

3.3. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ

A KAB-ME-11-A/B/C pályázatok keretében a helyi közösségi résztvevők együttműködésén alapuló, olyan komplex programok támogatására nyílt lehetőség, amelyek kapcsolódnak a kábítószer-fogyasztás megelőzéséhez, a kábítószer-használattal szemben pozitív mintát nyújtanak.

A KAB-ME-11-A kategóriában 91 iskolai program nyert támogatást. A megítélt támogatási összeg 55.071 millió Ft volt.

A családi rendszer megerősítését, a szülői készségek fejlesztését szolgáló programok támogatására a KAB-ME-11-B elnevezésű pályázati kategória adott lehetőséget, amelyben 56 pályázat nyert támogatást. A megítélt támogatási összeg 56.575 millió Ft volt.

Helyi közösségi erőforrásokra építő programok, kezdeményezések támogatására, amelyek vonzó alternatívát jelenthetnek a szerhasználattal szemben a szabadidő eltöltés, a gyermekvédelmi intézményrendszer, a büntető-igazságszolgáltatás intézményei, az internet és más médiumok, illetve a munkahely színtereken, a KAB-ME-11-C elnevezésű pályázat adott lehetőséget. Ebben a kategóriában 75 pályázat nyert támogatást. A megítélt támogatási összeg 88.351 millió Ft volt.

¹⁸ A fejezet szerzői: Nyírády Adrienn, Tarján Anna

¹⁹ 3 fiatal halt meg egy budapesti szórakozóhelyen, ahol valószínűleg pánik tört ki és a tömeg által kifejtett nyomástól megfulladtak

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok prevenciós tevékenységének támogatására kiírt KAB-KEF-11-B pályázaton 21 program nyert támogatást, 15.927 millió Ft keretösszegben. A pályázatban megjelölt általános cél volt, hogy olyan programokat kezdeményezzenek és koordináljanak, amelyek a térségben felmerülő drogprevenciós és egészségfejlesztési szükségletekre reagálnak.

A rendőrség által megvalósított, részben drogprevenciós célú programok ismertetése a 9.4. fejezetben található.

Szakemberek képzése

A NEFMI Oktatásért Felelős Államtitkársága Mentálhigiénés Alapfokú továbbképzés Pedagógusoknak című, akkreditált, 30 órás képzés lebonyolítását támogatta a Zánkai Gyermek és Ifjúsági Centrumban, melyen 96 pedagógus vett részt (EMMI 2012c).

Munkahelyi prevenció

A KAB-ME-10-MM kódú pályázat keretében 2011 júniusában mutatkozott be a Kék Pont Alapítvány Egészség Ügynökség elnevezésű, munkahelyi egészségprogramja, egy építőipari kft-nél. Az program interaktív formában tárgyal olyan témákat, mint alkoholfogyasztás, droghasználat, szerencsejáték, munka és magánélet egyensúlya, spórolás, stressz a munkahelyen, és igyekszik ösztönözni, hogy a dolgozók minden döntésük során törekedjenek a nagyobb tudatosságra, illetve az egyéni és közösségi erőforrásokból történő minél hatékonyabb, jobb, kiegyensúlyozottabb gazdálkodásra²⁰.

3.4. CÉLZOTT PREVENCIÓ KOCKÁZATI CSOPORTOKBAN ÉS SZÍNTEREKEN

A Magyar Honvédség drogprevenciós tevékenysége

A MH Drogprevenciós Stratégiája alapján az alábbi gyakorlati tevékenységek megvalósítására került sor 2011-ben (Magyar Honvédség 2012):

1. Kognitív ismeretátadás, tájékoztató kiadványok, vizuális szemléltetés:

- Fegyelmi értekezlet keretében tartott tájékoztatók, amelyeken összesen 843 fő vett részt az év folyamán.
- Közösségi szintéren szervezett programok a kiemelt központi és egyéb katonai rendezvények során 2192 fő elérésével.
- Plakátkiállítás, amely két budapesti és egy szolnoki bázison volt látható.

2. MH Egészségmegőrző Program működtetése, amely nem kizárólag egy-egy kockázati tényezőre, vagy betegségcsoportra koncentrálnak ismeretátadásra redukálódik, hanem egymással összefüggő egészségügyi problémákra fókuszáló, komplex, átfogó megelőző program. Az alakulatoknál kiscsoportos (20-25 fő), interaktív csoportfoglalkozások zajlottak, figyelembe véve az alakulatok igényeit és szükségleteit, összesen 843 fő részvételével.

3. Prevenciós szakfeladatokat ellátók továbbképzése, oktatása: „Az MH kábítószer szűrővizsgálati rendszerének működtetésével kapcsolatos feladatok” címmel egy alkalommal került sor akkreditált képzés lebonyolítására Budapesten, 38 fő részvételével.

4. Misszióra tervezett állomány felkészítése 138 fő részvételével.

²⁰ Forrás: <http://www.kekpont.hu/egeszseg-ugynokseg/>

A honvédelmi miniszter 103/2011. (IX.23.) a Honvédelmi Minisztérium, valamint az irányítása alá tartozó egyes szervezetek szervezeti- és létszám racionalizálásának feladatairól szóló utasítása értelmében a honvédelmi tárcánál a drogrevenüciós feladatokat ellátó Dr Radó György Honvéd Egészségügyi Központ egyes szervezeti elemeit a Honvédkórház szervezetébe integrálta. A jogutód szervezet a drogrevenüciós feladatokat – a jelenleg elfogadás előtt álló SZMSZ-ben meghatározottak szerint – teljes hatás- és feladatkörben átvette.

Rekreációs színtér

2011-ben összesen 17 party service/ bulisegély, vagyis rekreációs színtéren ártalomcsökkentő/prevenüciós tevékenységet nyújtó program működött az országban, ebből 6 városi, 5 kistérségi, 2 megyei, 2 regionális és 2 országos hatókörű program volt. (Tarján 2012a)

1. térkép. A rekreációs színtéren ártalomcsökkentő tevékenységet nyújtó szervezetek (N=17) 2011-es országos megoszlása



Forrás: Tarján 2012a

2011-ben a 17 jelentő szervezet összesen 603 eseményen vett részt, ahol közel 22.500 fiatalal került kapcsolatba, az egy eseményre jutó átlagos kontaktszám 37 volt (2010-ben: 41 kontakt).

A szolgáltatók adatai szerint 11.876 liter ásványvíz, 17.391 db óvszer, 13.073 darab szórólap, 1376 csomag szőlőcukor, 5647 doboz pezsgőtabletta, 5675 darab vitamin, továbbá keksz és gyümölcs fogyott el.

4 szervezet 8 alkalommal szervezett képzést a velük együttműködő szórakozóhelyek üzemeltetőinek, személyzetének a biztonságosabb szórakozás biztosításának feltételeiről. Egy szegedi szervezet képzései során kiemelt szerepet kapott az új pszichoaktív szerekekkel kapcsolatos tájékoztatás.

2011-ben megalakult a Parti Szolgáltatók Szakmai Szövetsége (PASSSZ), melynek célja a rekreációs színtéren ártalomcsökkentést végző szolgáltatók közötti aktív együttműködés és információcsere elősegítése. Emellett az alapító civil szervezetek szándéka egy olyan szövetség létrehozása volt, amely képes hatékonyan érvényesíteni a biztonságosabb táncolás és szórakozás szakmai irányelveit és szempontrendszerét a szórakozóhelyek üzemeltetői, a kormányzati szereplők és a szórakozók felé egyaránt. A szövetség szakmai

irányelveit a 2011-ben elkészült módszertani levél (lásd 2011-es Éves Jelentés 3.4. fejezet) jelöli ki. Az egyre bővülő szervezet jelenleg 9 város²¹ party service szolgáltatását fogja össze.

A Nemzeti Drog Fókuszpont kvalitatív kutatást (Csák 2012) végzett az új pszichoaktív szerek elterjedtségére vonatkozóan (módszertant lásd a 4.4 fejezetben), ahol a szolgáltatói szférán belül a party service típusú alacsonyküszöbű ártalomcsökkentő programok is lekérdezésre kerültek. Az eredmények alapján elmondható, hogy míg a tűcsere programokban, a járó- ill. fekvőbeteg ellátó helyeken és a rehabilitációs otthonokban egyértelműen érzékelték a jelenséget, addig a party service programok kevésbé észlelték a szintetikus katinonok használatának terjedését. Ugyanakkor a szakemberek mindegyike beszámolt egyéb legális szerek használatáról. A legnagyobb arányban a szintetikus kannabinoidokat említették, de sokan felhozták a GHB/GBL-t is. A szerhasználati jellegzetességekkel kapcsolatban pedig kiemelték, hogy a legális szerek használatával nagyobb kockázatvállalás párosul: sokkal nyíltabbá vált a szerhasználat (akár a tánctéren is felszippanjták a porokat, elszívják a 'műfüves' cigarettát), illetve a legális szereket kevésbé gondolják veszélyesnek. A válaszok alapján megállapítható, hogy a fesztiválokon, kocsmákban, táncos szórakozóhelyeken az alkohol okoz leginkább problémát, míg az új pszichoaktív szerek fogyasztása inkább azokon a helyeken jelent gondot, amelyek akár másnap délutánig kínálnak szórakozási lehetőséget. A válaszok alapján valószínűsíthető, hogy ezek a szórakozóhelyek zárkóznak el leginkább attól, hogy együttműködjenek az alacsonyküszöbű szolgáltatásokat nyújtókkal – ami főként az egri és a budapesti szolgáltatók számára jelentett hangsúlyos problémát. Hogy az adott party service mennyire szembesül az új pszichoaktív szerhasználat jelenségével, egyrészt függ attól, hogy milyen célcsoportnak szól a szolgáltatás, másrészt attól, hogy milyen szórakozóhelyekkel tudnak együttműködést kialakítani.

A 23/2011. (III.8.) Kormányrendelet a zenés, táncos rendezvények működésének biztonságosabbá tételéről az 1.2 fejezetben olvasható.

Minőségbiztosítás

A TÁMOP 5.4.1 projekt keretében kidolgozott módszertani levelek (bővebben lásd a 2011-es Éves Jelentés 3.2 fejezetében) használhatóságát elősegítendő jelent meg szakértői anyag, amely a módszertani levelekben megfogalmazott javaslatok tényleges megvalósulásának ellenőrzését kívánja támogatni²², valamint a majdani akkreditációs folyamat működtetését szakmai inputokkal ellátni.

3.5. JAVALLOTT PREVENCIÓ

A megelőző-felvilágosító szolgáltatásban 2011-ben 4148 kliens vett részt. Egy részük (1290 fő) az előző évben (2010-ben) kezdte meg az elterelést.

A TÁMOP 5.4.1 projekt keretében elkészült módszertani levél (lásd a 2011-es Éves Jelentés 3.2 fejezet) számos újdonságot tartalmaz. Ezek egy része az esetdokumentáció és adminisztráció egységesítésére irányul (formanyomtatványok az egyéni beavatkozási tervekhez, a kliensekkel kötendő ellátási szerződésekhez, kliens elégedettségi kérdőív stb.), másrészt a szolgáltatás keretében nyújtott beavatkozásokat tipizálja kötelező, kötelezően választható és választható kategóriákba. A módszertani levél szakmai elfogadottságának fokozása érdekében regionális konzultációkra került sor az év folyamán 5 helyszínen (Budapest, Eger, Debrecen, Szeged, Szolnok).

²¹ Pécs, Kaposvár, Budapest, Szeged, Orosháza, Gyula, Békéscsaba, Nyíregyháza, Szekszárd

²² Sebestyén, E. (2011): A központi szakértői és helyszíni értékelések forgatókönyveinek és jelentéseinek kidolgozása, Nemzeti Család-és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. A tanulmány letölthető: <http://www.modernizacio.hu/index.php?page=dokumentum&piller=20&dokid=433>

3.6. ORSZÁGOS ÉS HELYI MÉDIAKAMPÁNYOK

Nincs új információ.

Következtetések

A korábbi években meghatározott pályázati prioritások figyelembevételével továbbra is kiírásra kerültek a terület szakmai fejlesztéseit célzó pályázatok, ugyanakkor azok megvalósítása a késedelmes kifizetések okán gyakran nehézségekbe ütközött.

4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS²³

4.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A tūcsere szervezetek forgalmi adataik (lásd: 7.3. fejezet) mellett ismét jelentették intravénás kábítószer-fogyasztó klienseik nemét, elsődlegesen injektált szerét és életkorát.²⁴ 2011-ben először nyílt lehetőség arra, hogy a szertípusok esetében nevesítsék a szolgáltatók az egyéb kategóriába sorolt szereket. (Tarján 2012b)

2011-ben az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) két program keretében biztosított HIV/HBV/HCV szűrést intravénás szerhasználók részére: a 2011. január és május között végzett országos prevalencia vizsgálat során 666 fő vett részt szűrővizsgálaton a tūcsere programokban és kezelőhelyeken (Dudás et al. 2011; módszertant, szerológiai eredményeket és a kockázati magatartásokra vonatkozó elemzést lásd: 6.1. és 6.2. fejezet). Emellett folytatódott a 2010-ben indított, 5 városban egész évben elérhető szűrőprogram, amelyen 2011-ben 186 fő vett részt. (Dudás et al. 2012; módszertant, szerológiai eredményeket és a kockázati magatartásokra vonatkozó elemzést lásd: 6.1. és 6.2. fejezet). Jelen fejezetben a szűrésben részt vett kliensek főbb szociodemográfiai és szerhasználati jellemzői kerülnek bemutatásra.

A Nemzeti Drog Fókuszpont felmérést készített a 2011-ben feltűnt új jelenségekről, melynek főbb megállapításait a 4.4. fejezet tartalmazza. Ebben az alfejezetben kerülnek bemutatásra további kutatási eredmények (Demetrovics 2011, Móró 2011, Kalapos 2011, Csák 2012, Tistyán 2012, Rácz et al. 2012) a kezelésen kívüli szerhasználói csoportokkal, illetve a szerhasználati mintázatok 2011-re jellemző változásaival kapcsolatosan.

4.2. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÓK PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSE

Nincs új információ.

4.3. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐ PROBLÉMÁS FOGYASZTÓK

Az intravénás szerhasználók életkor, nem és elsődlegesen injektált szertípus szerinti megoszlásának trendje egyrészt a tūcsere programok klienskörére vonatkozó országos adatok alapján kerül bemutatásra.

Emellett a szűrővizsgálatokon részt vevő intravénás szerhasználók adatainak áttekintése során a 25 év alattiak arányának és a két éven belül injektálni kezdett személyek arányának idősoros elemzésével nyomon követhető, hogyan változik az intravénás szerhasználó csoport összetétele, megjelennek-e fiatalabb vagy a közelmúltban injektálni kezdett csoportok, továbbá az elsődlegesen injektált szerek szerinti megoszlás trendje is kirajzolódik.

Országos tūcsere kliens adatok

2009 óta enyhén emelkedett a nők aránya a klienskörben (2009: 21%, 2010: 24%, 2011: 25%).²⁵

²³ A fejezet szerzői: Horváth Gergely Csaba, Tarján Anna

²⁴ A kliensekre vonatkozó adatjelentésben 2011-ben 22 szervezetből 19 vett részt, összesen 2506 kliensről szolgáltatott adatot. A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra kerül.

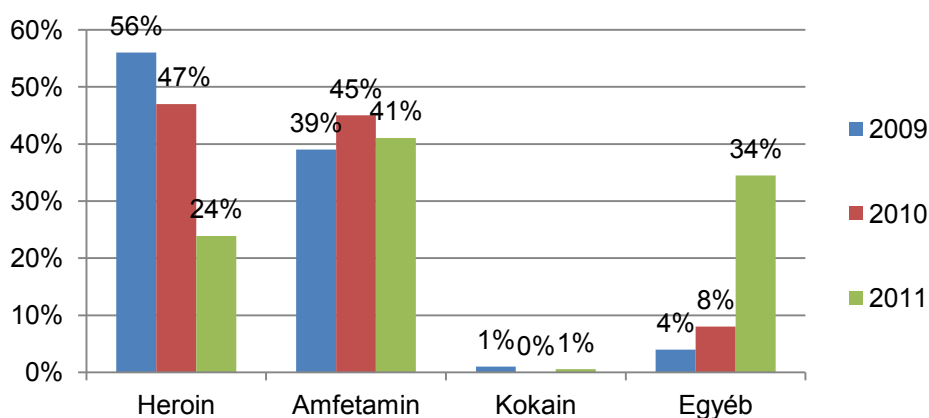
²⁵ Ennek hátterében állhat egy 2010-ben indított nőknek szóló speciális szolgáltatás, lásd: 2011-es Éves Jelentés, 7.2. fejezet

Az életkori megoszlás tekintetében elmondható, hogy 2011-ben is a 25 és 34 év közötti korcsoportba tartozó kliensek tették ki a tüssere programok klienskörének legnagyobb részét, 50%-át. A 25 év alattiak illetve a 34 év felettek közel azonos arányban 25% - 25%-ban voltak jelen a szolgáltatásban. Az arányok közel azonosak az előző évi korcsoportos megoszlással.

Az elsődlegesen injektált szer 2239 fő esetében vált ismertté. A kliensek 24%-a elsődlegesen heroinot injektált, 41%-uk amfetamint, míg 34%-uk esetében egyéb szereket jelentettek a szolgáltatók.

A heroinot injektálók aránya nagymértékben – 23 százalékponttal – csökkent 2010-hez képest, míg az egyéb szereket injektálóké jelentősen emelkedett (26 százalékponttal). 2011-ben az amfetamint elsődlegesen injektálók aránya enyhén csökkent a 2010-ben mért értékhez képest. A kokain, mint elsődlegesen injektált szertípus elenyésző arányban van jelen a tüsserét igénybe vevő intravénás szerhasználók körében.

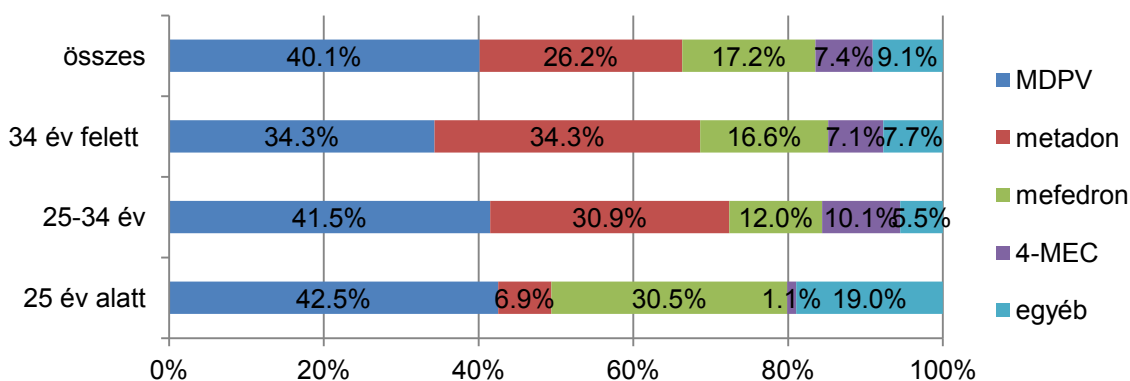
10. ábra. Elsődlegesen injektált szertípus szerinti megoszlás (%) a tüssere programban részt vevő intravénás szerhasználó kliensek körében, 2009-2011



Forrás: Tarján 2012b

Az egyéb szereket injektálók (N=760) körében a legjellemzőbb az MDPV használat volt, 40%-uk elsődlegesen MDPV-t injektált 2011-ben. Az MDPV-t az intravénásan használt metadon, illetve a mefedron követte a gyakorisági sorrendben. Míg 25 év alatt az MDPV és a mefedron a leggyakrabban injektált elsődleges szer, addig 25 és 34 év között az MDPV és a metadon foglalja el az első két helyet, 34 év felett pedig a metadon és az MDPV egyenlő mértékben fordul elő.

11. ábra. Az elsődlegesen egyéb szereket injektáló tüssere programba járó kliensek (N=760) szertípus szerinti megoszlása (%); és a szertípus szerinti megoszlás korcsoport szerinti bontásban (%), 2011-ben



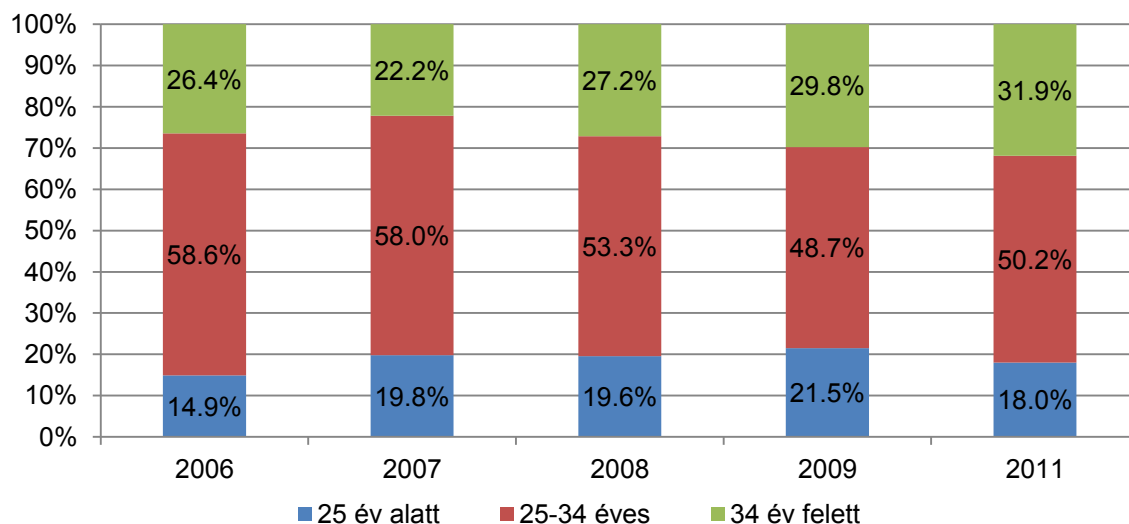
Forrás: Tarján 2012b

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

A 2011-ben a megszárt 666 fő 72,2%-a (481 fő) férfi, 27,8%-a (185 fő) nő volt (Dudás et al. 2011, további információ 6.1. és 6.2. fejezet). A nemi arányok tekintetében változás a 2006 óta végzett vizsgálatok során nem volt megfigyelhető.

A vizsgált populációban a 25 év alattiak aránya 2006 és 2011 között 18-20% között alakult.

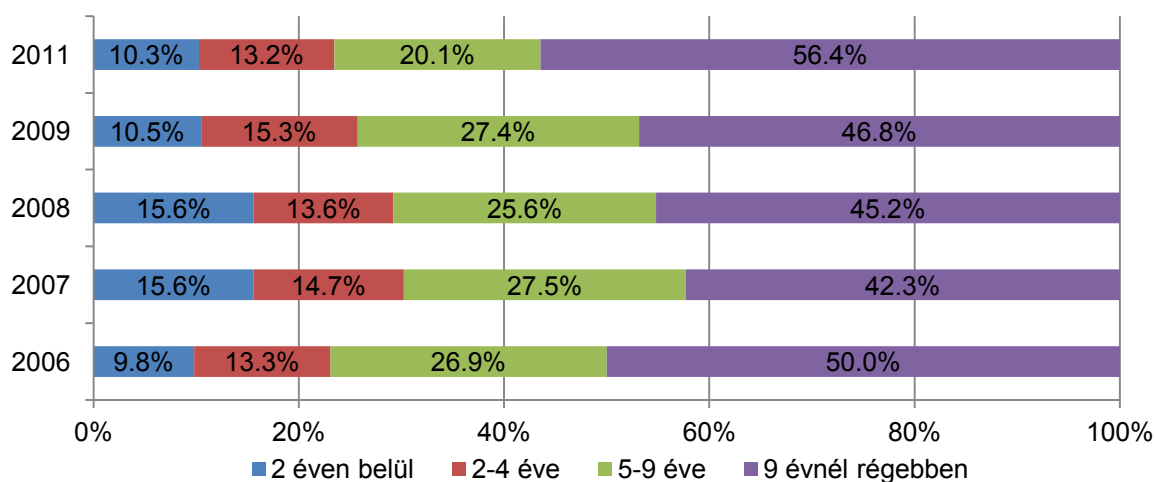
12. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók megoszlása (%) korcsoportok szerinti bontásban 2006-2011 között (%)



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Drog Fókuszpont

A szerhasználat kezdetét vizsgálva elmondható, hogy azoknak az aránya, akik 2 éven belül kezdtek el injektálni, az elmúlt években csökkenést mutatott. A kezdő év után 2007-ben 15,6% volt ez az arány, mely 2011-re 10,3%-ra csökkent.

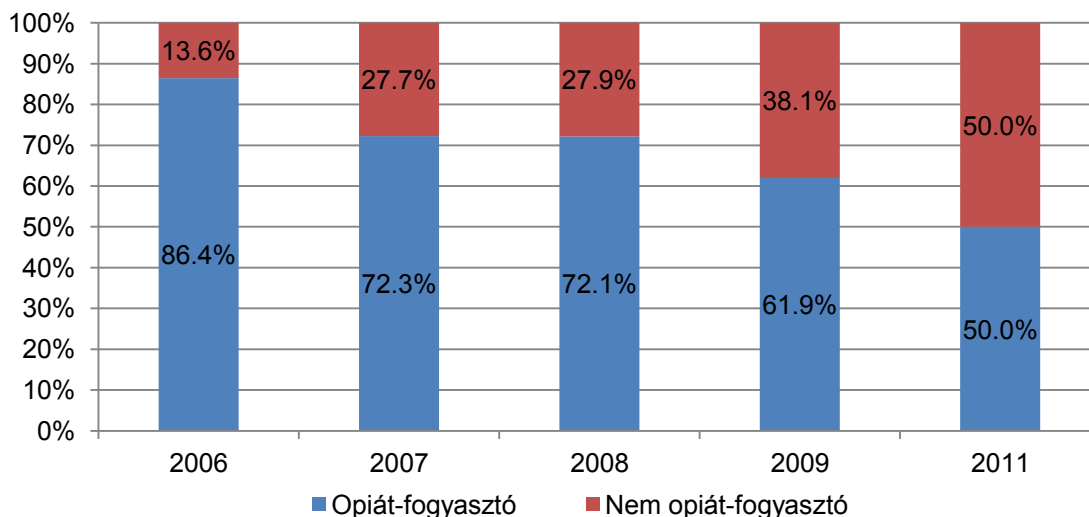
13. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók megoszlása (%) az injektálás kezdete szerinti bontásban 2006-2011 között



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Drog Fókuszpont

A szűrésben megjelent klienseket az elsődlegesen injektált szer szerint vizsgálva²⁶ megállapítható, hogy az opiát típusú szereket injektálók aránya 2006 óta monoton csökkenést mutat. 2011-ben a kliensek fele számolt be arról, hogy jellemzően valamilyen opiátot injektál.

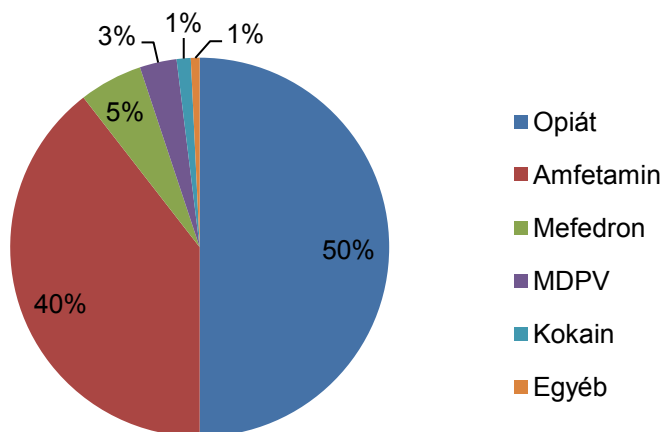
14. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók megoszlása az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2006-2011 között (%)



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Drog Fókuszpont

2011-ben a megkérdezett 666 fő fele vallotta, hogy elsődlegesen nem opiát-származékokat injektál. 39,5% válaszolta azt, hogy jellemzően amfetamint fogyasztott. Az új pszichoaktív szerek (jellemzően mefedron és MDPV) injektálását 57 fő (8,6%) említette.²⁷

15. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók megoszlása az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban 2011-ben (%)



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Drog Fókuszpont

²⁶ A vizsgálatban az egyéb szerek kategóriájában nem kerültek nevesítésre az egyes szerek.

²⁷ 2011-ben először nyílt lehetőség arra az országos prevalencia vizsgálat során, hogy a szűrésben részt vevők nevesítsék nyitott kérdésben az elsődlegesen injektált „egyéb” szerkategóriát.

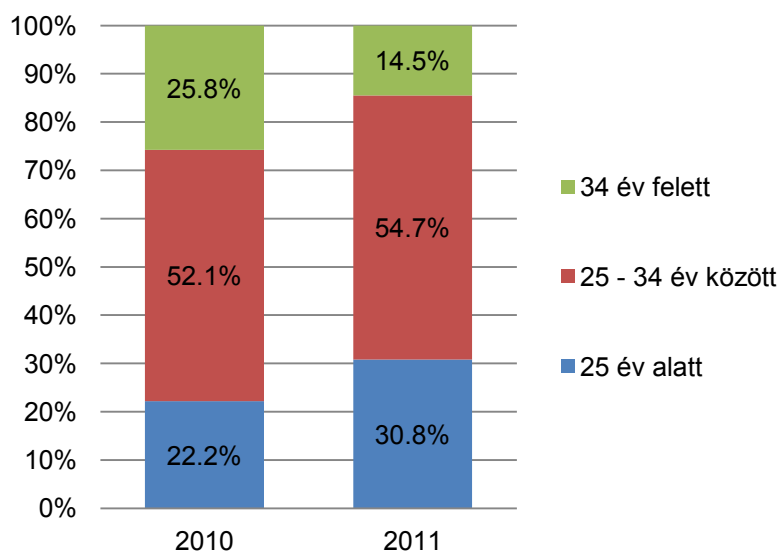
Trendek a rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokon részt vevő intravénás szerhasználók körében

2011-ben 186 intravénás kábítószer-használó vett részt HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton 5 városban²⁸ (Dudás et al. 2012, további információkat lásd 6.1 és 6.2. fejezet).

A résztvevők nemi megoszlása a 2010-es megoszlással (2011-es Éves Jelentés 6.1. fejezet) megegyező volt. 2011-ben a 186 fő 70,4%-a férfi, 29,6%-a nő volt.

A kliensek életkori megoszlását vizsgálva látható, hogy 22,2%-ról 30,6%-ra nőtt a 25 év alattiak aránya. Kis mértékben nőtt a 25-34 évesek aránya is.

16. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók megoszlása (%) korcsoportok szerinti bontásban, 2010-ben és 2011-ben

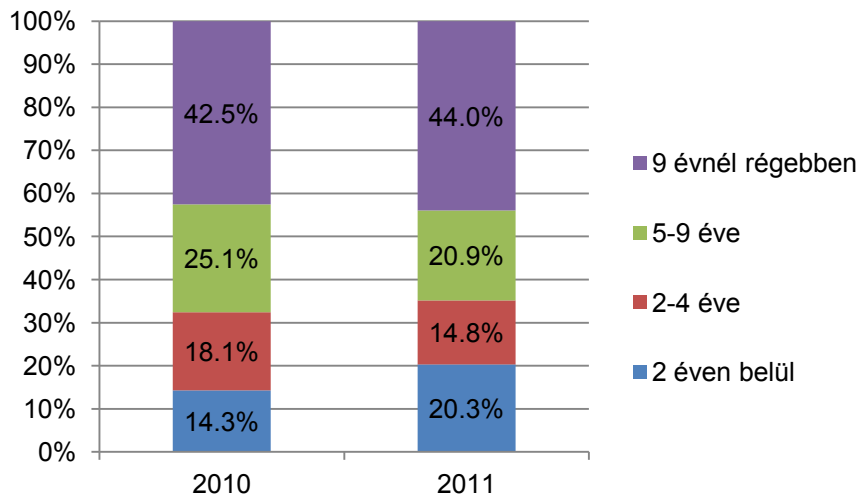


Forrás: Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Drog Fókuszpont

²⁸ Budapest, Debrecen, Gyula, Pécs, Szekszárd.

A szűrésben részt vevők körében megfigyelhető a 2 éven belül injektálni kezdő szerhasználók arányának növekedése is. Míg arányuk 2010-ben 14,3%, addig 2011-ben 20,3% volt.

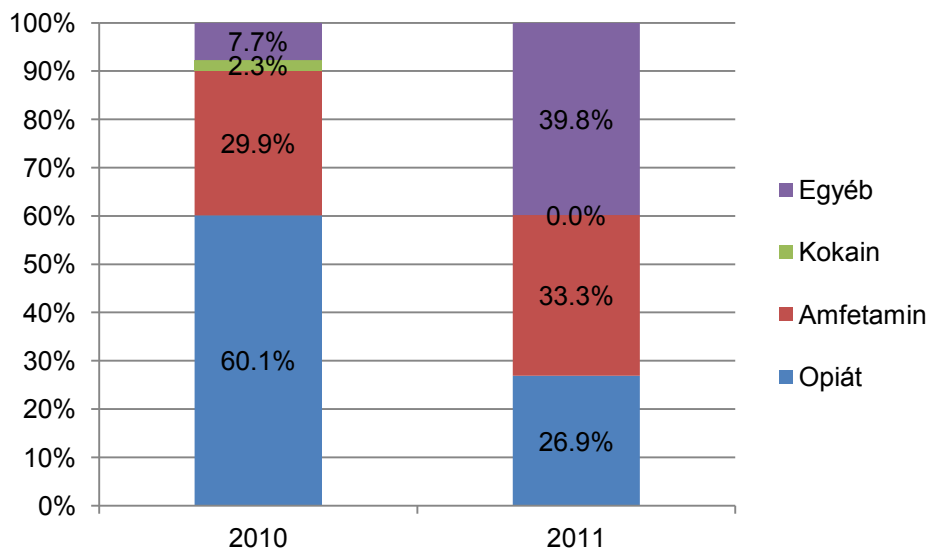
17. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók megoszlása (%) az injektálás kezdete szerinti bontásban, 2010-ben és 2011-ben



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Drog Fókuszpont

2010-ről 2011-re lényegesen megváltozott az elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlás is: míg 2010-ben 60,1% volt a jellemzően opiátokat injektálók aránya, 2011-ben arányuk 26,9%-ra csökkent. Némiképpen nőtt az amfetamin injektálók aránya, a legmarkánsabb változás azonban az egyéb szereket injektálók arányában következett be: 2011-ben arányuk elérte a 39,8%-ot a 2010-ben mért 7,7%-hoz képest.

18. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók megoszlása az elsődlegesen injektált szer szerinti bontásban, 2010-ben és 2011-ben (%)



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Drog Fókuszpont

Az adatok interpretálásához fontos megjegyezni, hogy míg a tűcsere kliens adatok egy aktív intravénás szerhasználói populációról²⁹ nyújtanak információt, addig az országos prevalencia vizsgálat, és a rutinszerű szűrővizsgálatokból származó adatok egy heterogénebb intravénás szerhasználói populációt mutatnak be. Az országos vizsgálatban a 13 tűcsere program mellett 5 kezelőhely vett részt, az aktív intravénás szerhasználók aránya 61% volt, míg a rutinszerű szűrővizsgálatokat 7 tűcsere program és 4 kezelőhely biztosította, a vizsgált személyek 79%-a volt aktív intravénás szerhasználó.

A tűcsere programok kliensei körében mért országos adatok 2011-re vonatkozóan igazolják az új pszichoaktív szerek intravénás használatának növekvő előfordulási gyakoriságát.

Ezt a növekvő trendet támasztják alá a 2011-ben 5 városban HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználókra vonatkozó adatok is. Habár a területi lefedettség, továbbá a rutinszerű szűrővizsgálat igénybevételének esetlegessége miatt csak korlátozottan van lehetőség trendek megállapítására, az eredmények szerint a 25 év alattiak és a kevesebb mint két éve injektálók aránya is nőtt 2010-hez képest.

Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat adatait tekintve – mely 2011. január-május közötti időszakra vonatkozóan szolgál információval – már szintén detektálható volt a nem opiát típusú szerek térnyerése, továbbá az új pszichoaktív szerek intravénás használatának megjelenése. Az országos prevalencia vizsgálat alapján, az elmúlt 5 vizsgálati évben nem változott számottevően a fiatal és új intravénás használók aránya.

Az 5.3.2. fejezetben a TDI adatok alapján kerül bemutatásra a kezelésbe lépő intravénás szerhasználók szertípus szerinti megoszlásának átrendeződése az elmúlt 5 évre vonatkozóan.

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

GHB használók a sürgősségi ellátásban

Demetrovics (2011) és munkatársai egy budapesti toxikológiai osztály³⁰ GHB mérgezett páciensei körében végeztek kutatást. A vizsgálatba 103 főt vontak be³¹, áttekintették ambuláns kezelőlapjaikat és a toxikológiai vizsgálatok eredményeit is, a mérgezés súlyosságára vonatkozó adatok mellett. A páciensek legnagyobb részét, 87 főt mentő szállította a kórházi osztályra. Az esetek 41%-ban eszméletvesztés, 19,4%-ban emlékezetkiesés következett be. A mérgezés súlyossága az esetek háromnegyedében enyhe, további 13,5%-ban közepes volt, míg 5 személy (4,9%) esetében súlyos mérgezést állapítottak meg. A klinikai mintát kiegészítették egy hólabdás mintavétel segítségével toborzott további 48 fő adataival³².

A kipróbálásra vonatkozó adatok szerint a használók többsége első alkalommal ingyen kapta a GHB/GBL-t, mintegy fele első ízben közvetlen barátjától. A használók kétharmada első alkalommal barátok, ismerősök több főből álló társaságában próbálta ki a szert, legnagyobb része szórakozóhelyen vagy házibuliban. Az első használat idején a vizsgált személyek életkora átlagosan 22,4 év volt.

A kipróbálás mellett az aktuális használatra vonatkozóan is gyűjtöttek adatokat. A szer leggyakoribb megjelenési formája folyadék, melyet italba keverve fogyasztanak. A használat motivációs tényezői sorrendben a módosult tudatállapot megtapasztalása, a kikapcsolódás és felfrissülés, valamint a külvilágra irányuló figyelem szűkítése vagy gátlása voltak. A

²⁹ Az elmúlt 4 hétben legalább egyszer injektálók.

³⁰ Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ Klinikai Toxikológiai Osztály

³¹ 51 fő férfi, 52 fő nő volt. Az átlagéletkor 27 év volt. A páciensek körében végzett vér és vizeletvizsgálatok eredményeit feldolgozták a GHB koncentráció, az alkohol és a kábítószer koncentrációjának azonosítása céljából. A fentiekén túl saját beszámolók alapján felmérték a vagyon elleni bűncselekmények, a külsérelmi nyomok, a szuicid szándék és a szexuális abúzus előfordulását, ez utóbbit nőgyógyászati vizsgálat confirmálta.

³² A minta elemszáma 48 fő volt, átlagéletkor 26,2 év, férfi 36 fő, nő 12 fő volt. 27 megkérdezett budapesti, 15 fő más városból, 6 fő községből származott. Az adatfelvétel 2010. októbere és 2011. júniusa között zajlott.

leggyakrabban említett, szubjektív élmény a kellemes, jó hangulat átélése, a gondtalanság élménye, és a szexuális izgalom növekedése voltak. A használat után a fogyasztók negatív következményekről számoltak be, sorrendben: a fáradtság, levertség; az erőtlenség, gyengeség; rossz hangulat és zavarodottság voltak. A válaszadók 31,4%-a kizárólag az állandó partnerével létesít szexuális kapcsolatot, amikor GHB-t használ, 22,9% alkalmanként más személyekkel is. A válaszadók 20%-a akár idegenekkel is kialakít szexuális kapcsolatot a szerhasználat idején, ami a szexuális viselkedés kockázatos formájának tekinthető. A GHB használat mellett leggyakrabban használt szernek a marihuána, illetve a hasis mutatkozott. A második leggyakrabban használt szer az ecstasy és az amfetaminok csoportja volt, ettől azonban alig maradt el a kokain.

A kutatás további eredményeként elkészült az epidemiológiai vizsgálatok szakirodalmi áttekintése a GHB elterjedtségre vonatkozóan³³.

Kvalitatív információk a 2011-ben tapasztalt új jelenségekről

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2011-ben felmérést végzett a 2010-ben tapasztalt új jelenségekkel kapcsolatosan a magyarországi tűcsere szolgáltatók és járóbeteg-ellátók körében (bővebben lásd Éves Jelentés 2011 4.3. fejezet). A vizsgálatot 2012-ben megismételték (Csák 2012), kiegészítve kórházi fekvőbeteg-ellátókkal, rehabilitációs otthonokkal és party service szolgáltatókkal is.³⁴

A megkérdezett kezelőhelyek szinte kivétel nélkül az új pszichoaktív szerek, elsősorban szintetikus katinon származékok további térnyerését említették legfontosabb jelenségként 2011-ben. A mepredon 2011. január eleji betiltása után, annak ellenére, hogy több szer is elérhető volt a piacon, a szolgáltatók beszámolóiban alapján egyértelműen az MDPV volt az, amelyet a legnagyobb arányban használtak a kliensek. A szolgáltatás típusa szerint megállapítható, hogy míg a tűcsere programokban, a járó- ill. fekvőbeteg ellátóhelyeken és a rehabilitációs otthonokban egyértelműen érzékelték a jelenséget, addig a party service típusú alacsonyküszöbű ártalomcsökkentő programok számára kevésbé jelentett problémát a szintetikus katinonok használata.

Több szolgáltató beszámolt arról, hogy az új pszichoaktív szereket használók számának növekedésével párhuzamosan csökkent az opiát-használók száma. Ez hangsúlyosabban jelent meg a tűcsere programok és a rehabilitációs otthonok esetében.

A tűcsere szolgáltatók jelezték az egy napon történő injekciós alkalmak számának, és ezzel összefüggésben forgalmuk növekedését.

A megkérdezett szolgáltatók elmondása alapján az új pszichoaktív szerek használóival kapcsolatban egyértelmű demográfiai jellegzetességet az iskolai végzettség, jövedelmi, munkaerő piaci helyzet tekintetében nem lehet megállapítani.

A szolgáltatók jelezték, hogy tapasztalatuk szerint e szerek legalitása miatt jellemző a nyíltabb, kevésbé rejtőzködő használat.

Az új pszichoaktív szerek kapcsán sokkal nagyobb arányban tapasztalták a polidrog-használatot a klienseik körében. A polidrog-használat az esetek egy részében tudatos (pl.: gyakori e szerek keverése, akár amfetaminnal is), de jellemző a szerkombinációk nem szándékolt használata, a szerek nem tudatos váltása (a hatóanyaggal kapcsolatos ismerethiányból adódóan) is.

A szolgáltatók beszámolóiban szerint markánsan megjelent problémaként, hogy a fogyasztóknak sokkal hamarabb okoz fizikai és mentális problémákat a szerhasználat, mint azt az új pszichoaktív szerek megjelenése előtt tapasztalták. Sok szolgáltató számolt be a kliensek gyors súlyvesztéséről és arról, hogy a szerhasználók pszichotikus állapotba kerültek, paranoid téveszmék, hallucinációk alakultak ki náluk viszonylag rövid, néhány hónapos

³³ Németh Zs., Kun B., Demetrovics Zs.: The involvement of gamma-hydroxybutyrate in reported sexual assaults: a systematic review. In: Journal of Psychopharmacology. 2010 szeptember. 24/9. sz. 1281-1287. p.

³⁴ A mintaválasztás során elsősorban a 2011-es kliensszám alapján a legnagyobb forgalmú szolgáltatókat vonták be a kutatásba. Részt vevő intézmények: tűcsere programok (9), party service típusú alacsonyküszöbű programok (6), járóbeteg ellátóhelyek (9), fekvőbeteg ellátóhelyek (3) és rehabilitációs otthonok (5). Összesen 38 szolgáltatót kerestek meg, melyből 6 nem kívánt részt venni a kutatásban.

használat következményeként. Ebből következően a szintetikus katinont használók nagyon hamar kapcsolatba kerültek az ellátórendszerrel, részben akut, krízisszerű helyzetek miatt, másrészt a gyors fizikai és pszichés állapotromlás következtében maguk kértek segítséget a szer használatának abbahagyásához. Ugyanakkor mind a járóbeteg-, a fekvőbeteg-ellátóhelyek, mind a rehabilitációs intézmények munkatársai megjegyezték, hogy nagyon alacsony volt a motivációja ezeknek a klienseknek. Ennek feltételezhető oka, hogy bár eljutottak a segítségkérésig, a rendszeres használat és a krízishelyzet között kevés idő telt el, és így sokszor sem a társas kapcsolataik, sem az egzisztenciájuk, karrierjük (iskolai pályafutásuk) nem szenvedett olyan károkat, mint ami például több éves heroin-használat esetén jellemző.

Az új pszichoaktív szerek terjedésének okai között felsorolt megállapítások megismételték az egy évvel korábbi vizsgálat eredményeit (Éves Jelentés 2011 4.3. fejezet).

Tistyán és munkatársai (2011) kutatást végeztek az új pszichoaktív szerek magyarországi helyzetéről 2010 és 2011 évek vonatkozásában. A vizsgálat négy részből állt: egy kvalitatív, mélyinterjú vizsgálatból; a hivatalos sajtó, média tartalomelemzéséből; a blogoszférában fellelhető információk tartalomelemzéséből; és az internetes áruházak marketingstratégiájának elemzéséből.

A kvalitatív mélyinterjú vizsgálat keretében 60 interjú készült, szerhasználók, dílerek, szórakozóhelyek munkatársai, rendőrség és KEF tagok illetve kezelőhelyek munkatársai körében³⁵. Az interjúalanyok véleménye megoszlott a tapasztalt új jelenségekkel kapcsolatban. Bár minden válaszadó egyértelműen az új pszichoaktív szerek gyors terjedését jelölte meg legfontosabb változásnak, egy részük úgy vélte, hogy ezek a szerek a korábbi illegális szerek helyébe léptek, kiszorítva elsősorban az amfetamint; más részük úgy gondolta, hogy e szerek a kínálatot bővítették, a korábbi szerek mellett jelentek meg, és a hosszabb ideje használóknál inkább másodlagos szerként szerepeltek. Az új szereket az interjúalanyok nagy része rekreációs, társas jelleggel használt szernek tartja. A válaszok alapján általánosítható a fogyasztási alkalmak gyakoriságának növekedése, a hozzászokás gyors kialakulása és a pszichés függőség kialakulása. A kereskedelemre vonatkozóan az interjúalanyok azt említették, hogy a dílerek kiegészítették kínálatukat az új pszichoaktív szerekkel, szerepükben azonban nem történt változás.

Az online fórumok tartalomelemzése eredményeként megállapították, hogy 2011-től a felhasználók a mefedron utódját keresték, ami azt igazolja hogy a 2010-es mefedronra történő szerváltást 2011-ben újabb szerre vagy szerekre történő váltás követte. A 2011 januárjától illegálisnak számító mefedron után a felhasználók az MDPV, a metilon és a 4-MEC szerekkel való találkozást említették meg.

Kvalitatív információk a mefedron-használatra vonatkozóan

Kapitány-Fövény és munkatársai (2012) 135 mefedron használó körében végeztek vizsgálatot 2011-ben³⁶. Kérdőívük segítségével a szerhasználat általános jellemzői mellett felmérték a mefedron-fogyasztás első alkalmának és jelenlegi használatának körülményeit.

A mefedron kipróbálására jellemző volt, hogy rekreációs szintéren, szórakozóhelyen vagy diszkóban próbálták ki (56,3%), jellemzően egy vagy több baráttal együtt (91,9%). Beszerzésre jellemzően közeli baráttól (48,9%), ismerőstől (34,1%) került sor, kevés válaszadó említette az ismeretlen személyt (8,9%) vagy az Internetet (5,2%) forrásként.

A szervezetbe juttatás módja a válaszadók nagy részénél³⁷ (85,2%) orrba történő szippantás volt, a szájon át bevitel (34,8%) mellett. Intravénás szerhasználatot a válaszadók 12,3%-a, 17 fő említett, közülük 11-en az intravénás szerhasználatot említették kizárólagos beviteli

³⁵ Az adatgyűjtést a következő városokban végezték: Szeged, Pécs, Kaposvár, Gyula, Szekszárd.

³⁶ A hólabdás mintavétel segítségével toborzott minta 96 férfiból és 39 nőből állt, átlagéletkoruk 24,3 év (sd=5,68) volt. A megkérdezettek 73,3%-a (99 fő) budapesti, 17,8% (24 fő) más városból származott, 8,9% (12 fő) falu, község lakója volt. A vizsgálat idején a mefedron illegális volt.

³⁷ Egy válaszadó több módot is megjelölhetett.

módnak. A mepredron használat mellett fogyasztott egyéb szerek jellemzően a kannabisz és az amfetamin voltak, opiát használat nem volt jellemző.

A szerhasználat okaként leggyakrabban előforduló válaszok a módosult tudatállapot megtapasztalása (57,2%) és a kikapcsolódás, felfrissülés (41,2%) voltak. A szer hatására legjellemzőbb a kellemes hangulat (80,3%), a gondtalanság (68,3%) és az eufória (68,2%) voltak. Két negatív hatás fordult elő az említések között, az étvágytalanság (58,6%) és az alvászavar, álmatlanság (50,7%).

Arra a kérdésre, hogy okoz-e függőséget a mepredron használat, a válaszadók 75,4%-a válaszolt igennel.

A daath.hu pszichedelikus közösségi weboldalon regisztrált fogyasztók körében végzett online felmérés³⁸ (N=319) (Móro 2011) kifejezetten a mepredron használatának sajátosságaira koncentrált. A használók 81%-a 2010-ben találkozott először a szerrel, bár nem elhanyagolható, hogy 17%-uk már egy évvel korábban. Kétharmaduk ismerőstől kapta/szerezte be és csak negyedük vásárolta interneten keresztül, túlnyomó többségben por formában árusították. Jellemzően orra szippantva használták, az intravénás használat ebben a csoportban elenyésző. Az átlagos havi prevalencia 8 alkalom volt. A válaszadók szerint tipikusan társasági drog, a társasági használat jellemző. A megkérdezettek közel fele csak havi pár alkalommal használta, és nem vallja magát rendszeres használónak. Egyötödük tekinti magát rendszeres használónak és 8%-uknaponta többször is fogyaszt mepredront.

A használat célja jellemzően a „hangulatjavítás” (60%), „érzékelés és jóérzés fokozása” (54%), „kíváncsiság kielégítése” (40%), voltak. A használók beszámolóit szerint a mepredron hatása leginkább az ecstasy hatásához hasonlít, ezt válaszolta a megkérdezettek 65%-a, de a válaszadók további harmada említette a kokain és szintén harmada az amfetamin hatását is³⁹.

Kvalitatív információk új pszichoaktív szerek használatához kapcsolódóan

Rác és munkatársai (2012) az intravénás szerhasználók által használt szerek váltásának jelenségét vizsgálták kvalitatív interjúk segítségével⁴⁰. A válaszokból arra lehet következtetni, hogy nem drogpiazi expanzióra került sor, hanem áttérés, szerváltás illetve a párhuzamos mepredron használat volt jellemző, azaz elsődleges szerré vált a mepredron, a korábbi szereket másodlagos szerként fogyasztották. A mepredron hatásában az amfetamin, kokain, ecstasy hatásához hasonló, a használók rövid távú eufóriát, majd 30 percet követően negatív hatásokat és sóvárgást említettek. Összességében a megkérdezettek gyors hozzászokásról és gyakoribb ill. intenzívebb használatról számoltak be.

A beszerzés még a mepredron legális státusza idején is a megszokott díltől történt. A mepredron jogi státusza a hozzáférés kapcsán közvetett kérdésként jelent csak meg, azaz a keresletet nem, csak a kínálatot befolyásolta. A toborzási időszak végén (2011 február), amikor a mepredron már illegális volt, az interjúalanyok megemlézték az MDPV használatát is.

Csák és munkatársai (2011) a mepredron tiltólistára kerülését követően monitorozták egy budapesti tűcsere program klienskörének, és a kliensek használati szokásainak változását⁴¹. A szolgáltatói adatgyűjtés szerint 2010-ben a kliensek 62%-a amfetamint, 25% heroint, 5%-

³⁸ Adatfelvétel: 2010. február 8. és 2011. február 17. között történt.

³⁹ Több válasz is megjelölhető volt.

⁴⁰ A Kék Pont Alapítvány Kontakt programjában toboroztak 17 fő intravénás szerhasználót. A mintába kerülés feltétele volt az utolsó 30 napban történt legalább egyszeri mepredron injektlás. A toborzásra 2010 december és 2011 február között került sor. A minta nem reprezentatív az intravénás szerhasználókra vagy a nevezett program klienskörére.

⁴¹ Kék Pont Alapítvány Kálvária téri Kontakt Programjában. A 2010-es szolgáltatói adatgyűjtésből származó kliens adatokat 2011 végén (2011. szeptember 13. – október 15.) frissítették önkéntesen, anonim módon. Az elemzés 186 érvényes kérdőív alapján készült.

uk mefedront injektált. Az elsődlegesen használt szerek megoszlása 2011 végére jelentősen megváltozott: 46% amfetamint, 48% MDPV-t, 4%-uk heroint jelölt meg elsődleges szerként. A kliensek több szert is megjelölhettek az elsődleges szer mellett. Az összes említést tekintve a kliensek 60,2%-a injektált amfetamint, 55,4% MDPV-t, 8,6% heroint. A kliensek 71,5%-a jelölt meg egy injektált szert, 20,4%-a két, 8,1% három vagy több szert. A korcsoportok szerinti elemzés nem mutatott életkor szerinti mintázódást. Az injektáló karrier hossza nem befolyásolta az elsődleges szerek arányát, a kliensek mintegy fele MDPV-t injektált az intravénás szerhasználat éveinek számától függetlenül.⁴² Az első alkalommal heroint injektáló körében 2011 végén már az MDPV injektálás dominált (43%), amfetamin (39%) és heroin (13%) mellett. Az első alkalommal amfetamint injektáló kliensek körében az amfetamin maradt a leggyakrabban injektált szer, a kliensek fele választotta ezt, 45%-uk MDPV-t, 3%-uk pedig heroint jelölt meg aktuálisan fogyasztott szerként.

Kalapos (2011) cikkében áttekinti a az MDPV kémiai, biokémiai és metabolizmusára vonatkozó szakirodalmi adatokat, illetve saját klinikai megfigyelései⁴³ alapján tárgyalja az MDPV fogyasztást követő intoxikáció és megvonás során a kliensek által észlelt tüneteket. A leggyakoribb tüneteket az alábbi táblázat foglalja össze.

4. táblázat. Az MDPV fogyasztáshoz köthető tünetek előfordulása a kezelték körében intoxikáció és megvonás során⁴⁴ (N=15) (fő)

	Tünetek és előfordulás intoxikáció során		Tünetek és előfordulás megvonás során	
1.	„Pörgés”/agítáltság	9/15	Csont- vagy izomfájdalom	7/15
2.	Étvágycsökkenés	8/15	Sápadt bőrszín	4/15
3.	Paranoiditás/deluzív zavar	8/15	Aluszékonyság/hyperszomnia	4/15
4.	Percepció zavar	8/15	Homályos látás	3/15
5.	Agresszivitás	8/15	Irritabilitás	3/15

Forrás: Kalapos 2011

Következtetések

2011-ben folytatódott a tavaly már leírt strukturális átalakulás, mely az opiátok fogyasztásának csökkenését és ezzel párhuzamosan a katonák további terjedését jelenti. Az intravénás szerhasználók körében végzett, fertőző betegségek szűrésére irányuló vizsgálatok, illetve a tűcsere programok klienskörére vonatkozó adatok – az adatgyűjtés átalakításának eredményeként – elsőként mutatják be országos lefedettségű adatgyűjtések eredményeként az elsődlegesen injektált szerek struktúrájának átalakulását, az intravénás szerhasználatra korábban jellemző opiát- és amfetamin-használat helyett az amfetamin és a katonák használatának megoszlását.

A fogyasztókkal készült interjúk földrajzilag eltérő helyen és különböző szcénaiban készültek, mégis több hasonló megállapítást tartalmaznak, így feltételezhető, hogy a jelenség néhány általános vonását sikerült megragadniuk. A kvalitatív kutatások során a fogyasztók a mefedron hatását főként az ecstasyéhoz, illetve az amfetaminéhoz és a kokainéhoz hasonlították. A rekreációs jellegű használat során jellemzően orrba szippantásra, esetleg szájon át történő bevitelre kerül sor, de jelen van az intravénás használat is Magyarországon, főként azok körében, akik korábban is intravénás használók voltak, de amfetamint vagy heroint injektáltak.

⁴² MDPV injektálás aránya az injektálás éve szerint: 1 vagy kevesebb: 43%, 2-5 éve: 40%. 6-10 éve: 52%, 11-15 éve: 56%, 16 vagy több éve: 48%.

⁴³ A Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat Addiktológiai Gondozójában 2011. május 15 és szeptember 15. között megjelent, saját bevallásuk szerint MDPV-t fogyasztott kliensek elmondása alapján. A 15 főből 13 férfi, 2 nő volt.

⁴⁴ Az öt leggyakoribb tünet került kiemelésre.

A mefedront társasági drognak tekintik, társaságban és nyílt színtereken, vagyis szórakozóhelyen, de akár utcán, parkban használták – függetlenül attól, hogy a vizsgálatok ideje alatt a mefedron tiltólistára került.

Az új szerek kapcsán a rohamos terjedés egyik okaként az internetes vásárlási lehetőséget szokás említeni, azonban a magyar kutatások nem igazolják, hogy ez lenne a jellemző beszerzési csatorna. Az interjúalanyok többsége baráttól, ismerőstől, illetve a megszokott díltől vásárolt, minimális az internetes beszerzés körükben. Ugyanakkor az internet információforrásként, a szerrel kapcsolatos tájékozódásra szolgál, a fórumokon talált fogyasztói beszámolók nagyban meghatározzák a potenciális fogyasztók választásait.

Az idézett kutatások vélelmezik, hogy a mefedron betiltása 2011 januárjában nem csökkentette fogyasztói oldalról a keresletet, de megváltoztatta a kínálati oldalt, a mefedron helyett új, legális pszichoaktív szerek jelentek meg 2011 folyamán. A legnagyobb forgalmú magyarországi tőcsere szolgáltató kliensei körében az MDPV jelent meg legmarkánsabban. Emellett további szerként feltehetően a metilon és a 4-MEC terjedt el nagyobb mértékben a fogyasztók körében.

5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE: KEZELÉSI IGÉNY ÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉG⁴⁵

5.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A szubsztitúciós kezelésben ellátottakról 2010-ben bevezetett, Országos Addiktológiai Centrum által koordinált modell adatgyűjtés⁴⁶ a 2011-es évről biztosít először teljes évre vonatkozóan adatokat. A metadon ill. buprenorfin-naloxon kezelésben lévő betegek bemutatása az új adatgyűjtés alapján történik. Az adatok csak korlátozottan alkalmasak az idősoros összehasonlításra a régi (a Metadon módszertani levélben meghatározott, és a Nyírő Gyula Kórház Drogambulancia által koordinált) és az új adatgyűjtés közötti módszertani különbségekből adódóan.

A TDI adatok értelmezéséhez fontos kiegészítő információ, hogy a kezelőhelyek katonahasználó klienseiket jellemzően az egyéb-stimuláns kategóriába rögzítették (Csák 2012).

5.2. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS

5.2.1. Szakpolitika

A szenvedélybetegek egészségügyi járóbeteg ellátását érintő gondozói finanszírozás 2011. november 1-ével megváltozott⁴⁷: a vegyes (fix és teljesítmény alapú) finanszírozás helyett teljes egészében teljesítmény alapú elszámolás⁴⁸ került bevezetésre. (EMMI 2012b)

A területet évek óta sújtó szakemberhiány mérséklésére tett lépések között említendő, hogy 2011. július 1-étől⁴⁹ a fekvőbeteg pszichiátriai osztályokon dolgozó orvosokon és ápolókon kívül a járóbeteg pszichiátriai és addiktológiai gondozókban dolgozó orvosok és ápolók is jogosultak pszichiátriai pótléokra⁵⁰. Ezen felül 2011-ben az egészségügyért felelős miniszter a pszichiátriai szakmát újra hiányszakmának minősítette, melynek köszönhetően a pszichiátriai szakmakód alatt dolgozó egészségügyi szolgáltatók kiegészítő támogatást kaphattak⁵¹ rezidenseik után szakképzésük teljes időtartamára, melyet kötelesek a rezidens számára a munkabéréen felül havonta megfizetni⁵² (EMMI 2012b).

Tekintettel az addiktológiai problémákkal küzdő gyermekek számának növekedésére, illetve ellátásuk nehézségeire (pl.: hiányzó ellátási modalitások) a NEFMI Drogmegelőzési Koordinációs Osztálya 2011 augusztusában egy szakértői munkacsoport létrehozását kezdeményezte a terület átfogó fejlesztését célzó tervezet kidolgozására, melynek részeként javaslatot fogalmaznak meg a 16 év alatti gyermekek drog-rehabilitációs ellátására vonatkozó szakmai feltételrendszer kialakításához (EMMI 2012a).

⁴⁵ A fejezet szerzői: Horváth Gergely Csaba, Péterfi Anna

⁴⁶ Az OAC által koordinált szubsztitúciós modell adatgyűjtés célja a metadon és buprenorfin-naloxon kezelésben lévő kliensek számának és jellemzőinek meghatározása. Jelentők köre: szubsztitúciós és detoxifikációs (metadon, ill. buprenorfin-naloxon) kezelést nyújtó szolgáltatók. Jelentés gyakorisága: havi. Adatok: anonim, (a TDI adatgyűjtésben is használt) egyedi azonosítóval ellátott eset alapú adatok. Az adatok jelentése önkéntes alapon történik, sem jogszabályi kötelezettség, sem kapcsolat a finanszírozással nem áll fenn.

⁴⁷ Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet módosításáról szóló 60/2011. (X. 25.) NEFMI rendelet hatályba lépésével

⁴⁸ A gondozók által eddig használt gondozói OENO kódra alapuló, emelt pontértékű, szakma-specifikus homogén gondozói (gyűjtő) kódok (HGK) kerültek kialakításra.

⁴⁹ Az egyes egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 73/2011. (IV. 29.) Korm. rendelet hatályba lépésével

⁵⁰ Melynek mértéke a pótlékalap 120%-a.

⁵¹ Melynek mértéke a Kjt. H fizetési osztály 1. fizetési fokozatának 50%-a.

⁵² Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről szóló 122/2009. (VI. 12.) Korm. rendelet

A Szociális törvény módosulásával⁵³ 2011. január 1. óta a 16 és 18 év közötti fiatalok a szülő beleegyezése nélkül (törvényes képviselő beleegyezése vagy utólagos jóváhagyása nélkül) vehetik igénybe a szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi alapellátást és nappali ellátást (Szt. 93. § (4) bekezdés).

5.2.2. Ellátórendszerek

Az ellátórendszer felépítése és minőségbiztosítása

Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adatai alapján az országban addiktológiai szakképesítéssel 189 fő rendelkezik, közülük erre a szakképesítésre 184 főnek érvényes a működési engedélye. Pszichiátriai szakképesítéssel 1325 fő rendelkezik, közülük erre a szakképesítésre 1217 főnek érvényes a működési engedélye (Horváth 2012).

A szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi, valamint alacsonyküszöbű ellátások feladatellátásának támogatása, valamint bevált gyakorlatok terjesztése érdekében 2010-ben a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal (FSZH) pályázati úton kiválasztott egy-egy, a területen magas színvonalon működő intézményt melyek a két ellátási forma ún. referencia intézményeként 2010 február és 2011 márciusa között szakmai támogatást nyújtottak a területen működő intézményeknek (FSZH 2010). A szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi ellátás referenciaintézménye a debreceni Forrás Mentálhigiénés Központ volt, a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátás referencia intézménye a budapesti Kék Pont Alapítvány Kontakt Programja volt. A támogatás részeként a két referencia intézmény bemutató napokat, szakmai fórumokat szervezett, valamint folyamatos szakmai tanácsadást biztosított a közösségi, illetve alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtó intézmények fenntartóinak és működtetőinek. 2011-ben forráshiány miatt nem történt pályázati kiírás referencia intézmény kijelölésére.

2011-ben az Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (NCSSZI) Országos Addiktológia Módszertani Munkacsoportja felülvizsgálta és megújította a szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi ellátásra, valamint a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű szolgáltatásokra vonatkozó szakmai ajánlását.

2011-ben az NCSSZI Pszichiátriai Módszertani Munkacsoportja elkészített egy módszertani segédanyagot kettős diagnózisú betegek ellátásához „Kettős diagnózis – Pszichiátriai zavarok és a szenvedélybetegség kezelése különös tekintettel a családi rendszerre” címmel.

A dél-alföldi régió szociális módszertana (a szociális ellátások regionális szintű módszertani intézménye) a régióban működő, pszichiátriai és szenvedélybetegek számára szociális alapszolgáltatásokat és ellátást nyújtó intézmények együttműködésével kiadott egy bevált gyakorlatokat bemutató kiadványt⁵⁴ 2011-ben. A kiadvány célja többek között, hogy a társszakmák számára is betekintést nyújtson a pszichiátriai és szenvedélybetegek szociális ellátásának lehetőségeibe, tapasztalataiba.

Kezelési paletta és hozzáférhetőség

A piacon (lásd 10. fejezet), és részben ennek köszönhetően a szerhasználati szokásokban 2010 és 2011 folyamán bekövetkezett változások jelentős hatást gyakoroltak a kezelési szükségletekre, és ezáltal a kezelő- és ellátórendszerre. A fekvő- és járóbeteg ellátók egyaránt beszámoltak a heroin-használat okozta kezelési igény visszaeséséről (Horváth et

⁵³ 2010. évi CLXXI. törvény az egyes szociális, gyermekvédelmi, családtámogatási, fogyatékosügyi és foglalkoztatási tárgyú törvények módosításáról

⁵⁴ Mentálhigiénés Egyesület: A dél-alföldi régió Jó gyakorlatokat bemutató kiadványa 2011

al. 2011, Csák 2012), akárcsak a túcsere programok (Csák et al. 2012; Tarján 2012b). Ezzel párhuzamosan pedig kiemelték az új pszichoaktív szerek – elsősorban a különböző katonon származékok – fogyasztásából eredő problémák miatti kezelési igény megnövekedését. A Nemzeti Drog Fókuszpont által 2012 tavaszán megkérdezett (módszertant és eredményeket lásd a 4.3. fejezetben) hazai kezelőhelyek jellemző változásként emelték ki a fiatalabb szerhasználók kezelésbe lépését, illetve kezelésben maradással kapcsolatos motiváció alacsony szintjét az új pszichoaktív szerek használatával összefüggésben. A kezelésbe jelentkezők problémakészlete tehát eltérést mutat a korábban kezelésbe jelentkező populációkhoz képest. A kezelőhelyek az új igényeket meglévő szolgáltatási palettájuk bővítése nélkül elégítették ki, fokozottan jellemezte azonban munkájukat az új anyagokkal kapcsolatos információk felkutatása, illetve a szorosabb együttműködés az ellátórendszer többi tagjával.

Szubsztitúciós és detoxikációs kezelés

Az új pszichoaktív szerek használatának elterjedése megfigyelhető volt a szubsztitúciós kezelésben lévők körében is. A szolgáltatók beszámoltak a mefedron és egyéb katononok használatáról klienskörükben, mely részben annak köszönhető, hogy ezen anyagok kimutatására nem alkalmasak a vizelettesztetek⁵⁵. Egy a heroin hozzáférhetőségében megfigyelhető visszaesés következményeit feltáró, 2011 őszén készített kutatás⁵⁶ eredményei is igazolják a katononok használatát szubsztitúciós ellátásban lévő kliensek körében (Farkas 2011). Bár a válaszadási hajlandóságot jelentősen befolyásolta, hogy a lekérdezést a kezelőszemélyzet tagjai végezték, a válaszadóknak így is 14%-a nyilatkozott úgy, hogy valamilyen katonon származékot használt heroin helyett az elvonás enyhítésére (a 41 főből, aki megjelölt valamilyen szert).

2011-ben az Országos Addiktológiai Centrum által koordinált pilot adatgyűjtésbe 9 szolgáltató jelentett metadon és buprenorfin-naloxon kezelésben részt vevő klienst (az országban ilyen kezelést nyújtó 12 szolgáltató közül). A szolgáltatók jelentése alapján összesen 715 kliens részesült metadon vagy buprenorfin-naloxon kezelésben az év során. Ez az érték 31 %-os visszaesést jelent a tavaly jelentett 1031 esethez képest, ennek oka az adatgyűjtés lefedettségében keresendő, illetve köszönhető a többször megjelenő esetek kiszűrésének⁵⁷. Összességében tehát javult az adatok minősége, azonban a lefedettség némileg visszaesett (az esetek hozzávetőlegesen 98%-áról 90%-ára).

A 2011-ben metadon vagy buprenorfin-naloxon kezelésben részesülők 9,9%-a (70 fő) detoxikáció céljából kapta helyettesítő szerét, 90,1%-a (639 fő) szubsztitúciós kezelés keretében⁵⁸. A helyettesítő szert tekintve, a szubsztitúciós kezelésben lévők 79,8%-ának (510 fő) metadont, 20,2%-ának (129 fő) buprenorfin-naloxont írtak fel az orvosok. A detoxikációs célzatú kezeléseket esetében jellemzőbb volt a buprenorfin-naloxon alkalmazása (46 esetben, 65%).

⁵⁵ A szolgáltatókkal szakmai találkozókon történt konzultációk alapján.

⁵⁶ A vizsgálat az ELTE-PPK Klinikai Pszichológia és Addiktológiai Tanszék megbízásából készült 2011 szeptemberében. A vizsgálat a két legnagyobb forgalmú hazai szubsztitúciós kezelőhely (a budapesti Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és a soroksári MÖSZ Drogambulancia) klienskörében készült. Az összesen 118 kliens kiválasztása szakértői mintavétellel történt. Bekerülési feltétel a szubsztitúciós programban való részvétel volt. Kérdőíves lekérdezésüket a kezelőszemélyzet végezte. A lekérdezésben való részvétel önkéntes volt.

⁵⁷ A korábbi évekkal ellentétben az új adatgyűjtés esetalapú, így lehetséges van az adatok duplikáció-szűrésére.

⁵⁸ További 6 fő esetében ismeretlen a kezelés típusa.

5. táblázat. A detoxikációs és szubsztitúciós kezelésben részesülők megoszlása a helyettesítő szer alapján 2011-ben (%) (N=709⁵⁹)

	detoxikáció		szubsztitúció	
	N	%	N	%
metadon	24	34%	510	80%
buprenorfin-naloxon	46	66%	129	20%
összesen	70	100%	639	100%

Forrás: Szubsztitúciós adatgyűjtés (OAC 2012c), elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Az ellátottak bemutatása a fejezet 5.3.1 pontjában olvasható.

A büntetés-végrehajtás intézeteiben kezeltokről lásd a 9.7. fejezetet.

On-line önsegítő program problémás kannabisz-használók számára

A 2010 júniusában indult on-line önsegítő programnak a kannabiszpont.hu-nak 2011 év végére 468 regisztrált felhasználója volt, melyből 192 fő az év során regisztrált a programba (Kék Pont Alapítvány 2012). A naplózás és a napi bejegyzések megkönnyítése érdekében a portált létrehozó és üzemeltető Kék Pont Alapítvány egy ingyenes okostelefon alkalmazást⁶⁰ is kifejlesztett. Az oldal által kínált szolgáltatások palettája 2011-ben kibővült a chat-tanácsadással. Tekintettel a szintetikus kannabinoidok növekvő népszerűségére, az oldal kibővítette a kannabisszal és fogyasztásával kapcsolatos információkat egy, a szintetikus kannabinoidokról készített összefoglalóval. A négyhetes online önsegítő terápia népszerűsítésére az Alapítvány egy „blogger kereső kampányt” indított novemberben. A kampány keretében kiválasztott jelentkezők a négy hetes terápia elvégzése mellett vállalták, hogy nyilvános blogot vezetnek, melyen megosztják a terápiával kapcsolatos élményeiket, tapasztalataikat.

5.3. A KEZELÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉGE

5.3.1 A kezelt betegek jellemzői

Kábítószer-használatból eredő probléma miatt kezelést kezdők (TDI adatok alapján)

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

2011-ben kábítószer-használatból eredő probléma miatt kezelést kezdő klienst összesen 85 intézmény jelentett. Ezen felül 36 intézmény jelezte, hogy bár jogosult kábítószer-használók ellátására, nem volt ilyen kliense az év folyamán. A 85 intézmény közül 53 járóbeteg, 16 fekvőbeteg, 22 alacsonyküszöbű ellátás keretében fogadott beteget, és 6 intézmény számolt be fogvatartott kezelésbe lépéséről⁶¹.

Az év során kezelést kezdő összesen 4783 fő⁶² közül 3222 fő (73%) életében először lépett kezelésbe kábítószer-probléma miatt⁶³. Az összes eset 78%-a (3740 fő) járóbeteg, 6%-a

⁵⁹ A 715 összes kezeltből 709 fő esetében ismert a kezelés típusa és a helyettesítő szer egyaránt.

⁶⁰ <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.imsinvent.kannabiszpont>

⁶¹ egy intézmény több típusú kezelést is nyújthat és jelenthet

⁶² A nemzeti szinten végzett duplikáció-szűrésnek köszönhetően ez az érték nem tartalmaz többször előforduló eseteket.

⁶³ 382 fő esetében nem ismert a korábbi kezelési múlt

(299 fő) fekvőbeteg, 12%-a (577 fő) alacsonyküszöbű ellátónál, 3%-a (167 fő) pedig a büntetés-végrehajtás intézeteiben került ellátásra.

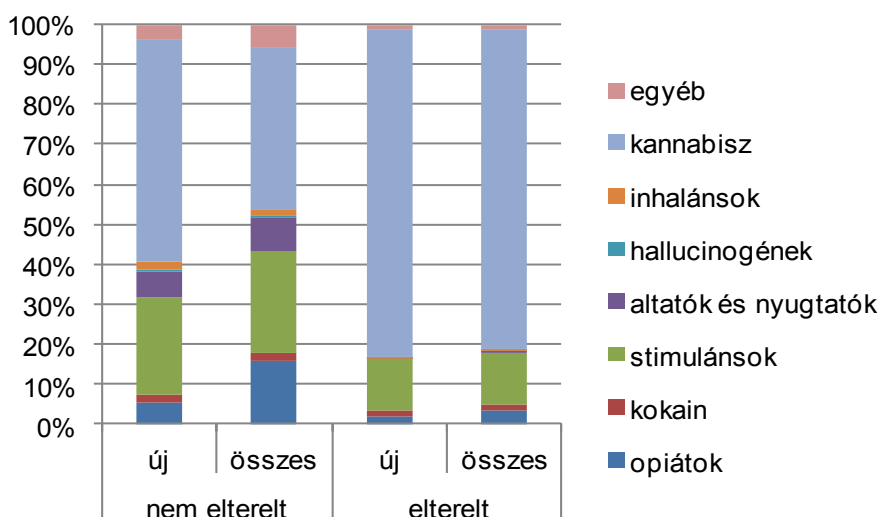
A kezelést indokoló, vagyis az elsődlegesen fogyasztott szer szerint vizsgálva az ellátottakat (beleértve a nem elterelteket és az elterelteket is), kannabisz-használat miatt kezdtek a legtöbben kezelést (3321 fő, 69%), a következő két leggyakoribb szertípus a stimulánsok (786 fő, 16%), és az opiátok (325 fő, 7%) voltak.

Nem elterelés révén (önként) kezelésbe lépő kliensek

2011-ben összesen 1330 kliens – az összes eset 27,8%-a – kezelésbe lépését jelentették a szolgáltatók (1024 férfi és 295 nő, 11 esetben nem jelezték a kliens nemét), akik „önként” kezdtek kezelést, nem elterelés keretében. A kliensek közül 562 fő már állt korábban kezelés alatt kábítószer-fogyasztással kapcsolatos probléma miatt, 601 fő életében először jelentkezett kezelőhelyen (167 fő esetében nem ismert a korábbi kezelés).

Az elsődleges szert vizsgálva az összes kezelést kezdő körében, komoly átrendeződés figyelhető meg. Egyrészt tovább folytatódott az opiát típusú szerek miatti kezelési igény csökkenése, mely a 2009-ben mért érték felére csökkent (2009: 32%; 2010: 21%, 2011:16%). Ezzel párhuzamosan a stimuláns-használatból adódó kezelési igény tovább növekedett: a 2009-ben mért arányhoz képest 14, a 2010-eshez képest 9 százalékponttal (2009: 11%, 2010:16%, 2011: 25%). Tekintetbe véve a lefoglalási adatokból kirajzolódó tendenciát (10.2. fejezet), melyet a túcsere kliensadatok (7.3. fejezet), valamint a Nemzeti Drog Fókuszpont 2012-es kvalitatív vizsgálata (Csák 2012 - 4.3. fejezet) is alátámasztanak, az átrendeződés a heroin 2010. év második fele óta tapasztalható alacsony hozzáférhetőségével, valamint az új pszichoaktív szerek, azon belül is elsősorban a katinon származékok problémás fogyasztásának előretörésével magyarázható.

19. ábra. *Elsődleges szer az összes és az elsőként (új) kezelésbe lépő elterelt és nem elterelt kliens körében 2011-ben (%)*



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2012b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Elterelés révén kezelésbe lépő kliensek

2011-ben 3453 fő kezdett kezelést büntető eljárás alternatívájaként. A tavalyi évhez hasonlóan idén sem figyelhető meg érdemi változás az előző évhez képest az elterelést kezdők szermegoszlási struktúrájában: a kannabisz- (80%), a stimuláns- (13%) és az opiát-fogyasztók (3%) aránya lényegében változatlan maradt. Vagyis az eltereltek esetében továbbra sem észlelhetők a nem eltereltek körében megfigyelt elmozdulások.

Az egyes szerfogyasztó csoportok jellemzése⁶⁴

Opiát-fogyasztók

2011-ben 325 opiát-használó lépett kezelésbe 79%-uk (258 fő) volt elsődlegesen heroin-használó, 11% (35 fő) metadon visszaélésszerű használatáról számolt be, míg 10% (32 fő) egyéb opiát használatáról. A tavalyi évhez képest ez a megoszlás némi változást mutat (2010-ben: heroin 89%, metadon 4%; egyéb opiát 7%), amely feltételezhetően a heroin alacsonyabb hozzáférhetőségével magyarázható. Az opiát-használók 34%-a (112 fő) a büntető eljárás alternatívájaként, 66%-a (213 fő) egyéb okból kezdett kezelést. 75 fő (26%⁶⁵) életében először lépett kezelésbe.

Szociodemográfiai összetételüket tekintve a kezelést kezdő opiát-használók több mint háromnegyede férfi (245 fő; 79%)⁶⁶ volt. Legtöbben 30-34 (30%), 35-39 (23%) vagy 25-29 (21%) év közöttiek voltak.

Az első opiát-használat jellemzően 15-19 (41%), illetve 20-24 éves életkorban (29%) következett be. Az opiát-fogyasztók 57%-a (169 fő) intenzív szerhasználó, azaz naponta vagy hetente többször fogyaszt valamilyen opiátot. Ennél némileg alacsonyabb, 47% (32 fő), az intenzív szerhasználók aránya az első alkalommal kezelésbe lépők körében.

A beviteli módot tekintve a heroin-használók 76%-a elsősorban injektálta a szert, és mindössze 18% füstölte („fóliázta”). Ezzel szemben, ha kizárólag az elsőként kezelésbe lépőket vizsgáljuk, körükben szinte kiegyenlített volt az injektálók és a heroint füstölők aránya (49% injektálja, 44% füstöli).

Az opiát-használók esetében a leggyakoribb másodlagos szer valamilyen stimuláns volt (döntően amfetamin) 128 említéssel (39%), a második leggyakoribb másodlagos szer a kannabisz volt 109 említéssel (33%).

Kokain-fogyasztók

2011 során összesen 78 kokain-használó (76 kokain- és 2 crack-használó) kezelésbe kerüléséről számoltak be a szolgáltatók, közülük 52-en (70%) először kezdtek kezelést. A kokain-használók közül 24 fő (31%) lépett önként kezelésbe, míg 54 fő (69%) valamely elterelési program keretében.

Nemi megoszlásukat tekintve 88%-uk volt férfi, 12% nő⁶⁷. Ezen kliensek jellemzően a 30-34 éves (24%), illetve a 25-29 éves (23%) korcsoportból kerültek ki.

Az első kokain-használat körükben jellemzően 15-19 (30%), illetve 25-29 éves korban (26%) következett be. A szerfogyasztás gyakorisága szempontjából mindössze 17% (13 fő) tekinthető intenzív (heti többszöri vagy napi) szerhasználónak, körükben jellemzőbb az alkalmi szerfogyasztás (73%; 53 fő).

A kokain-fogyasztás miatt kezelést kezdők körében a leggyakrabban említett másodlagos szerek a stimulánsok voltak (elsősorban amfetaminok) 28 említéssel (36%), és a kannabisz 25 említéssel (32%).

Stimuláns-fogyasztók

Amint az a fejezetben korábban említésre került, a stimuláns-fogyasztás miatt kezelésbe lépők számának és arányának növekedése az egyik legmeghatározóbb jelenség az elmúlt

⁶⁴ Ebben a fejezet részben nem választjuk külön az elterelt és nem-elterelt csoportokat, hanem kizárólag az elsődlegesen fogyasztott szer alapján vizsgáljuk a kezelésbe lépőket.

⁶⁵ az ismert kezelési múlttal rendelkezők arányában – minden szertípus esetében ez a számítási mód érvényesül

⁶⁶ 66 fő 21% nő és 14 fő neme nem ismert

⁶⁷ 1 fő neme nem ismert

években. Ez nyomon követhető az összes kezelt (elterelt és nem elterelt együtt) esetében is (2009: 11%,; 2010: 13%,; 2011: 16%), de markánsabban kirajzolódik a nem eltereltek körében (2009: 11%, 2010: 16%, 2011: 25%), akiknél vélhetően indokoltabb a kezelésbe kerülés. Az összes stimuláns-használó 43%-a (335 fő) kezdett kezelést önként, 57%-a (451 fő) a büntetőeljárás elkerülése végett.

A stimuláns-fogyasztás miatt kezelésbe lépők 68%-a (486 fő) első alkalommal került kapcsolatba az ellátórendszerrel 2011-ben.

A kezelésbe lépő stimuláns-használók több mint háromnegyede (79%, 617 fő) férfi volt⁶⁸. Az életkori megoszlást tekintve ez a populáció jellemzően a 20-24 éves (25%) és a 25-29 éves (25%) korosztályba tartozott.

A stimuláns szercsoporton belül az egyes szerkategóriák szerint vizsgálva a klienseket elmondható, hogy elsősorban az amfetaminokat (2010: 481 fő; 2011: 567 fő) és az egyéb stimulánsokat fogyasztók (2010: 40 fő; 2011: 169 fő) száma növekedett a kezelésbe lépők között, az MDMA és származékai kapcsán tapasztalt kezelési igény nem változott az előző évhez viszonyítva (2010: 50 fő; 2011: 49 fő). Ez az elmozdulás az önként kezelésbe lépők esetében még szembetűnőbb. Ahogy a bevezetőben leírtuk, ez a változás részben a katinon-használatnak tudható be, mivel ezen eseteket jellemzően az egyéb stimuláns kategóriákba rögzítették a kezelőhelyek.

Az összesen 786 fő stimuláns használóból, aki 2011 folyamán kezelést kezdett, 24% (181 fő) jelölte meg az injektálást jellemző beviteli módként – ami 7 százalékpontos növekedés 2010-hez viszonyítva. Az elsődlegesen injektálók aránya az amfetamin-használók körében 23%, az egyéb stimuláns-használók körében 25% volt. A katinon származékok injektálásáról részletesebb információk a 4.3 fejezetben olvashatók.

A stimulánsokat használók körében leggyakrabban megjelölt másodlagos szer továbbra is a kannabisz volt 302 említéssel (38%), ezt követette az alkohol problémás fogyasztása 128 említéssel (16%).

Kannabisz-fogyasztók

2011-ben a kannabisz-fogyasztás miatt kezelésbe lépők száma és aránya érdemben nem változott a megelőző évhez viszonyítva. Összesen 3321 fő kezdett kezelést vagy került valamilyen javallott prevenció programba (megelőző-felvilágosító szolgáltatás), 543 fő (16%) önként és 2985 fő (91%) a büntetőeljárás elkerülése érdekében. A kannabisz-fogyasztók közül 2492 fő (81%) életében először került kezelésbe.

A kannabisz miatt kezelést kezdők 91%-a férfi volt (2985 fő)⁶⁹.

Az összes kezelésbe lépő 38%-a 20-24 év közötti, 23%-a 20-25 év közötti, és a 15-19 év közöttiek alkották a harmadik legnépesebb csoportot 20%-kal.

Az első kannabisz-használat jellemzően (60% esetében) 15-19 éves korra tehető körökben.

A szerfogyasztás gyakoriságát tekintve 20% számolt be intenzív (napi vagy heti többszöri) szerhasználtról (ez eltereltek 16%-a, a nem eltereltek 42%-a).

A másodlagos szerek között a leggyakrabban a stimuláns-csoport fordult elő 895 említéssel (27%), melyből a legtöbbször az amfetamint említették. Majd az alkohol 523 említéssel (16%).

Szubsztitúciós és detoxikációs kezelésben lévők

A 2011 folyamán szubsztitúciós és detoxikációs kezelésben lévőkéről részletesebb adatokkal rendelkezünk, köszönhetően az új adatgyűjtésnek (lásd 5.1. fejezet)

⁶⁸ 21% (166 fő) nő, és további 3 esetben nem ismert a kliens neve

⁶⁹ 9%-a (301 fő) nő, és további 35 fő esetében nem ismert a kliens neve

A szubsztitúciós kezelésben lévők átlagosan 3,3 éve (szórás 3,1) vannak kezelésben⁷⁰, a kliensek 19%-a kezdte a kezelést 2011-ben.

A kezelték nemi megoszlását tekintve (függetlenül a helyettesítő szertől) a detoxikációs kezelésben lévők 70%, a szubsztitúciós kezelésben lévők 75%-a volt férfi. A detoxikációban lévők átlagéletkora 31,9 év, a szubsztitúciós kezelésben lévőké 35,6 év volt.

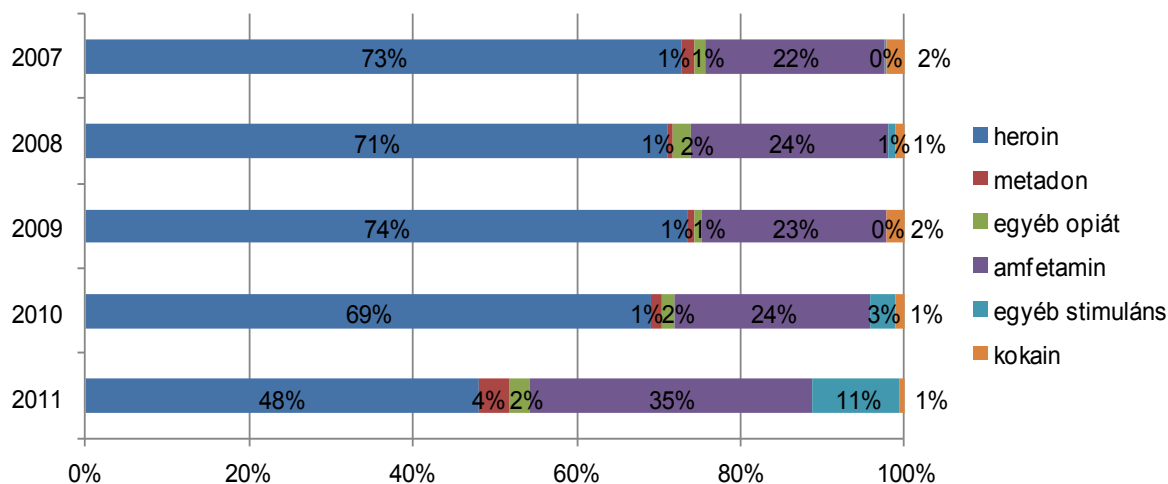
5.3.2 Tendenciák a kezelt populációban és az ellátásban

A TDI adatok alapján

Az elmúlt 2-3 év legfontosabb átrendeződése – a heroin-használatból adódó kezelési igény visszaszorulása, és az amfetamin, valamint a katinon-használat miatt jelentkezők számának emelkedése – az alábbiakban több szempont mentén kerül bemutatásra.

A közegészségügyi szempontból legnagyobb kockázattal járó intravénás szerhasználatot vizsgálva, a túcsere adatokban (Tarján 2012) és a legnagyobb hazai túcsere szolgáltató által végzett kutatás eredményeiben (Csák 2011) egyaránt kirajzolódó jelenség a kezelési adatokban is megmutatkozik. Míg néhány évvel ezelőtt az intravénás szerhasználat többségében a heroin-használat volt köthető, addig 2011-re ez a kép lényegesen átrendeződött. Az intravénás szerhasználók közül közel azonos arányban találkozunk heroin- (48%) és stimuláns használókkal (46%: melyből 35 % amfetamin, 11% egyéb stimuláns). Kisebb mértékben, de megfigyelhető a metadon és az egyéb opiátokat injektálók arányának az emelkedése is az összes injektálón belül. Az átrendeződések mögött álló egyik legmeghatározóbb tényező valószínűsíthetően a heroin hozzáférhetőségének csökkenése (lásd a 9.3, 10.2 és 10.3 fejezeteket).

20. ábra. Szerek megoszlása az összes intravénás fogyasztó körében 2007 és 2011 között⁷¹ (%)



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2012b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

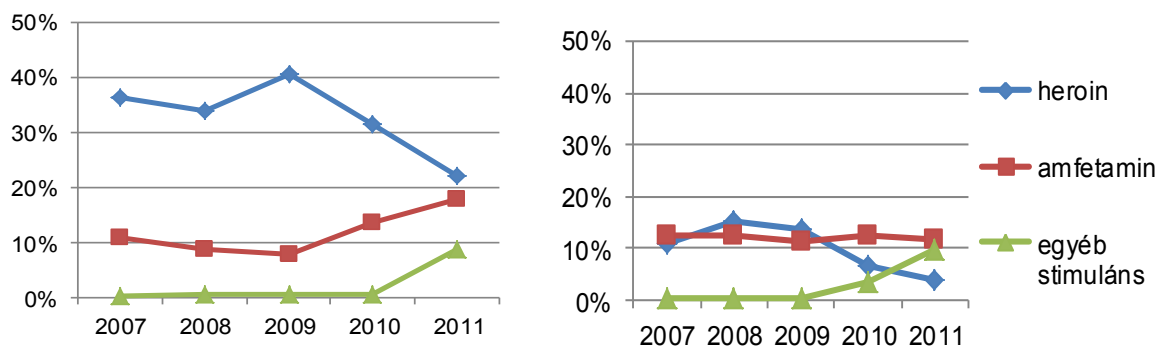
Amint az 5.3.1 pontban olvasható, az elsődleges szer szerinti megoszlásban tapasztalt változások elsősorban az önként (vagyis nem a büntetőeljárás alternatívájaként) kezelésbe lépők körében mutatkozott meg, amely kihatott az összes esetre is. Az önként kezelésbe lépőket a kezelési múlt függvényében vizsgálva látható, hogy mind az először kezelésben megjelentek, mind a régi kliensek körében megfigyelhető a heroin-használat miatt történő kezelés arányának és számának visszaesése, míg ezzel párhuzamosan növekszik az egyéb stimulánsok miatti kezelési igény. A korábban már kezelték esetében az amfetamin-

⁷⁰ Az aktuális év és a kezelés kezdete évének különbségéből számítva.

⁷¹ Az opiát-, amfetamin-, egyéb stimuláns és kokain-használók figyelembe vételével, a kezelésbe lépést megelőző 30 napon jellemző beviteli mód alapján.

használatból adódó kezelési igény is növekedést mutat. E mögött állhat a katononok téves kategorizálása, de az sem kizárható, hogy a korábbi heroin-használók egy része amfetaminra váltott (hasonlóan a Csák és munkatársai [2011] által a tűcsere klienskörben megfigyelt szerváltásokhoz – lásd 4.3 fejezet).

21. ábra. A heroin, amfetamin és egyéb stimuláns fogyasztók arányának alakulása a korábban már kezelték (első ábra) és az elsőként kezelésbe lépők (második ábra) (nem eltereltek) körében 2007 és 2011 között (%)

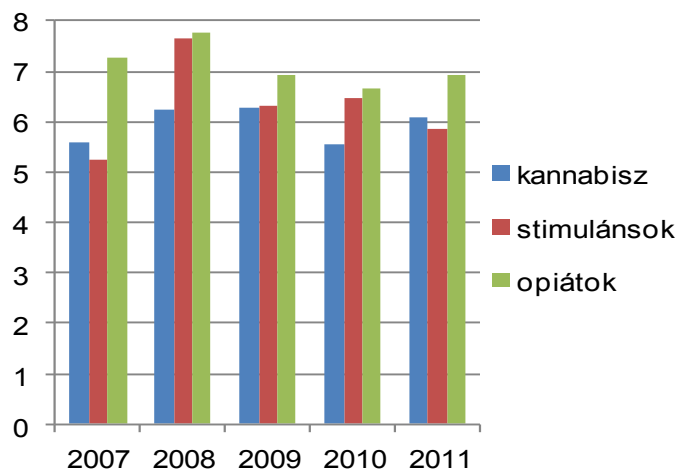


Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2012b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Látencia periódus

A szerhasználat megkezdése és a kezelésbe lépés között eltelt időt – vagyis a látencia periódust – az elsőként és önkéntesen (vagyis nem elterelés révén) kezelésbe lépők körében vizsgáltuk. A leghosszabb idő a kezelésbe vételig továbbra is az opiát-használóknál volt megfigyelhető: 2011-ben átlagosan 6,9 év. Érdekes változás 2011-ben, hogy a stimuláns-használókra volt jellemző a legrövidebb látencia periódus (5,9 év) a szerhasználat kezdete és a kezelésbe kerülés között.

22. ábra. Átlagos látencia periódus az egyes szertípusok esetében 2007–2011 között (év)



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2012b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Következtetések

Ellátásszervezés szempontjából a legfontosabb változás 2011-ben a gondozói finanszírozás átállítása volt vegyes (fix és teljesítményalapú) finanszírozásról teljes mértékben teljesítményalapú elszámolásra.

A piacon és a problémás szerhasználatban megfigyelt változások kihatottak az ellátásba kerülők összetételére és ezáltal az ellátórendszerre is. Az alacsonyküszöbű programokban megfigyelt átrendeződések a kezelték körében is nyomon követhetőek voltak. A jelenség egyik oldala a heroin-használathoz kapcsolódó kezelési igény csökkenése, mellyel párhuzamosan az egyéb stimulánsok (véltetően többnyire katonon származékok) használói egyre nagyobb számban jelentek meg a kezelőhelyeken (mind az új betegek mind a korábban már kezelték esetében). Emellett a korábban kezelték körében az amfetaminhoz kapcsolódó kezelési igény növekedése is tetten érhető volt. Mivel az újonnan kezelésbe lépők összes kezelték belüli aránya nem mutatott eltérést a korábbi évekhez viszonyítva, feltételezhető, hogy az átrendeződés mögött nem új klienscsoportok kezelésbe kerülése áll, hanem szerváltás.

A kezelési igény változása kihívást jelentett a kezelőhelyek számára is. Az új anyagok kapcsán megnőtt az információigény, továbbá nagyobb hangsúly helyeződött a szervezetek közötti együttműködésekre. A katonon-használók kapcsán tapasztalt további különbség, hogy míg a szerhasználat egészségre és mentális egészségre gyakorolt negatív következményei hamar megjelennek, addig a (pl. sok éves heroin-használat esetében tapasztalt) szociális problémák nem alakulnak ki ilyen ütemben. Ez utóbbi állhat a szolgáltatók által a kezelésben maradással kapcsolatban észlelt motivációhiány háttérében is, mely ugyancsak többletmunkát jelentett a szervezetek számára.

6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI⁷²

6.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

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 adatbázisából származnak (Csohán et al. 2012).

2011. január és május között az Országos Epidemiológiai Központ megismételte a HIV, HBV, HCV fertőzések országos prevalencia vizsgálatát az intravénás szerhasználók körében (Dudás et al. 2011). 2006 óta ötödször került sor azonos módszerrel (lásd: 2007-es Éves Jelentés 6.2. fejezet), hasonló körülmények között végzett szűrővizsgálatokra⁷³ az intravénás szerhasználók körében. A szűrővizsgálat mellett sor került a kockázati magatartások felmérésére is.⁷⁴

Emellett 2011-ben 5 városban egész évben biztosították az Országos Epidemiológiai Központ koordinálásában a HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatok lehetőségét az intravénás szerhasználóknak⁷⁵ (módszertant lásd: 2011-es Éves Jelentés 6.1. fejezet). Így 2011-re vonatkozóan ebből a programból származó adatok is rendelkezésre állnak hazánkban a HIV, HBV, HCV és a kockázati magatartások⁷⁶ előfordulási gyakoriságára vonatkozóan az intravénás kábítószer-fogyasztók körében. (Dudás et al. 2012)

A szűréseken részt vett intravénás szerhasználók főbb szociodemográfiai és szerhasználati jellemzői a 4.3. fejezetben kerülnek bemutatásra.

A 2010. évi HCV szűrőprogram során 7 büntetés-végrehajtási (továbbiakban bv.) intézetben került sor a szűrésben részt vevő fogvatartottak esetleges (intravénás) kábítószer-fogyasztói múltjának és egyéb kockázati magatartásainak felmérésére (Tarján et. al. 2012, módszertant lásd: 2009-es Éves Jelentés 6.1. fejezet).

A korábbi évhez hasonlóan 2011-re vonatkozóan a halálozási adatok az Országos Addiktológia Centrum illegális szerfogyasztáshoz kapcsolódó jelentési rendszerének halálozási moduljából származnak. Az adatok feldolgozása az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet munkatársai segítségével történt (módszertant lásd: 2011-es Éves Jelentés 6.3. fejezet).

6.2. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

HIV/AIDS

2011-ben Magyarországon összesen 162 újonnan diagnosztizált HIV-pozitív esetet jelentettek be, az incidencia 16 eset/1 millió lakos értéknek felelt meg. A regisztrált HIV-fertőzöttek négyötödénél volt ismert a fertőződés módja. Az ismert rizikócsoporthoz tartozó HIV-fertőzöttek és AIDS betegek közül egy személy sem tartozott az intravénás kábítószer-

⁷² A fejezet szerzői: Dudás Mária, Horváth Gergely Csaba, Tarján Anna

⁷³ 18 szervezet szolgáltatott mintát, Budapesten öt tőcsere program és két kezelőhely, vidéken pedig nyolc tőcsere program és három kezelőhely vett részt a vizsgálatban.

⁷⁴ A kérdések az EMCDDA útmutatójára - Protocol for the implementation of the EMCDDA key indicator: Drug-related infectious diseases (DRID), draft version 6 October 2006, Project CT.04.P1.337. és a 9. standard tábla 2. és 3. részére épülnek.

⁷⁵ 2011-ben összesen 11 szervezet (nyolc tőcsere program és három kezelő hely) vett részt ebben a programban.

⁷⁶ A kérdések az EMCDDA útmutatójára - Protocol for the implementation of the EMCDDA key indicator: Drug-related infectious diseases (DRID), draft version 6 October 2006, Project CT.04.P1.337. és a 9. standard tábla 2. és 3. részére épülnek.

használók rizikócsoportjába az egészségügyi szolgáltatók által jelentett adatok alapján. (Csohán et al. 2012)

6. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerint 2007-2011 között (fő)

Rizikócsoport	2007	2008	2009	2010	2011
MSM	63	93	87	125	106
Heteroszexuális	15	17	23	18	18
Hemofília	0	0	0	0	0
Transzfúziós recipiens	1*	0	0	0	2*
Intravénás kábítószer-fogyasztó	3*	2	0	0	0
Nosocomiális	1*	0	0	0	0
Maternalis	2	0	0	0	0
Ismeretlen	34	33	2	39	36
Összesen	119	145	140	182	162

* Importált esetek

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2012)

Akut hepatitis B

2011-ben 66 akut hepatitis B megbetegedést jelentettek, az incidencia 0,7‰ volt. 18 főnél volt ismert a betegek rizikócsoportja, közülük 6 fő tartozott az intravénás kábítószer-fogyasztók közé. A 6 fő közül négy férfi és egy nő a 25-34 évesek korcsoportjába tartozott, egy férfi idősebb volt 34 évesnél. (Csohán et al. 2012)

Akut hepatitis C

2011-ben 43 heveny hepatitis C megbetegedést jelentettek, az incidencia 0,4‰-nak bizonyult. A 43 beteg közül 22 főnél volt ismert a rizikócsoport, közülük valószínűsíthetően 16 fő fertőződött intravénás kábítószer-használat révén. A 16 főből öt férfi volt 25 év alatti, hat férfi és négy nő a 25-34 évesek korcsoportjába tartozott, egy férfi idősebb volt 34 évesnél. A betegek 62,5%-át Borsod-Abaúj-Zemplén megye területén regisztrálták. Amíg 2006 és 2010 között évente átlagosan négy intravénás szerhasználóra derült fény a bejelentett akut hepatitis C-ben szenvedők között, addig 2011-ben ez a szám 16-ra emelkedett. (Csohán et al. 2012)

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

Országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat

A 2011. évi országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat⁷⁷ során (Dudás et al. 2011, lásd még 6.1. fejezet) a vizsgálatba került 666 intravénás kábítószer-használó mindegyike negatívnak bizonyult HIV-fertőzés tekintetében, 157 személynél (24%) mutattak ki hepatitis C vírus elleni ellenanyagot, és három esetben (0,5%) hepatitis B felületi antigént. A három hepatitis B vírus hordozó személy közül kettő bizonyult egyidejűleg HCV ellenanyag pozitívnak is.⁷⁸

⁷⁷ Összesen 700 vérminta érkezett az Országos Epidemiológiai Központba. A generált kódok alapján történt duplikáció szűrés után 666 mintára vonatkozik a statisztikai elemzés. A vizsgálatba olyan személyek kerültek, akik a mintavételi periódusban megjelentek az intézmények valamelyikében, intravénás kábítószer-fogyasztónak vallották magukat, vagy emlékeztek arra, hogy valaha intravénásan szert használtak, függetlenül attól, hogy az elmúlt évben/években részt vettek-e HIV, HBV vagy HCV szűrvizsgálaton. A kiválasztás, a mintavételi eljárás, a kódolás, illetve a minták vizsgálata az előző négy év gyakorlatával megegyező módon történt, módszertant lásd: 2007-es Éves Jelentés, 6.2. fejezet.

⁷⁸ Hepatitis C vírus vonatkozásában 14 esetben, hepatitis B vírus vonatkozásában 2 esetben kétes eredménnyel zártak a vizsgálatok, így ezeket a mintákat kizárták a statisztikai elemzésből.

A vizsgálatba bevont személyek 61%-a (399 fő) aktív intravénás szerhasználó volt, azaz az elmúlt 4 hétben injektált utoljára, 20%-a (132 fő) az elmúlt 1 évben, míg 19%-a több mint 1 éve használt utoljára intravénásan kábítószer.

A vizsgálatban résztvevők 72,2%-a volt férfi, 27,8%-a nő. A 25-34 évesek korcsoportjába tartozott a mintát szolgáltatók fele (50,2%), a 34 évnél idősebbek adták a vizsgálatban részt vevők 31,8 %-át, és a 25 évnél fiatalabbak alkották a legkisebb csoportot (18%).

Csak a HCV prevalencia értékeket vizsgálva tovább, a férfiak és a nők fertőzöttségi arányában (21,9% és 30%) az eltérés szignifikáns. A férfiak körében mért HCV prevalencia értéke és az átlagos prevalencia érték (24%) közti különbség nem szignifikáns, azonban a nők esetében szignifikáns eltérés volt detektálható. A 25-34 évesek, és a 34 évnél idősebb nők HCV prevalencia értékei szignifikánsan meghaladják az átlagos prevalencia értéket 8,5%-kal, illetve 11,5%-kal. A 25 év alattiak körében a férfiak fertőzöttségi aránya magasabb, mint a nőké, azonban mindkét érték az átlagos prevalencia érték alatt marad.

7. táblázat. Az országos prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HIV, HCV, HBV fertőzöttsége nem és korcsoport szerinti bontásban, 2011-ben

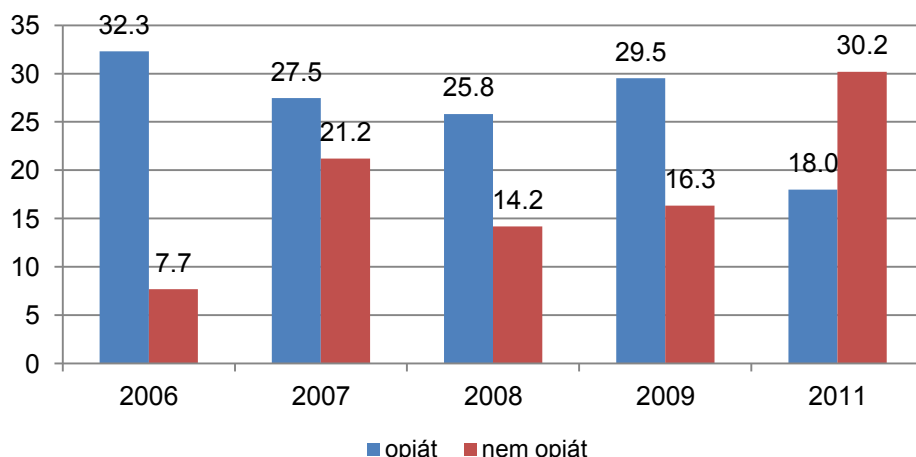
Korcsoport	HIV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek			
	N	közül pozitív	N	közül pozitív N	%	N	közül pozitív N	%	
< 25 év	férfi	81	0	81	0	0	80	17	21,3
	nő	39	0	39	0	0	38	6	15,8
25-34 év	férfi	253	0	252	0	0	249	54	21,7
	nő	81	0	80	1	1,3	80	26	32,5
> 34 év	férfi	146	0	146	1	0,7	142	32	22,5
	nő	65	0	65	1	1,5	62	22	35,5
Összesen	férfi	480	0	479	1	0,2	471	103	21,9
	nő	185	0	184	2	1,2	180	54	30
	ffi+nő	665	0	663	3	0,5	651	157	24,1

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2011)

Az intravénás kábítószer-használat kezdete szerint, azon intravénás kábítószer-használók csoportjában, akiknél az első injektálás 10 évnél régebben történt a kliensek 26,7%-a, az 5-9 éve injektálóknál a kliensek 34%-a volt HCV fertőzött. A 2-4 év óta injektálók fertőzöttségi aránya 11,8% volt, az új (kevesebb, mint 2 éve) intravénás kábítószer-használóknál heten (10,4%) fertőződtek a vírussal.

A szertípus szerinti bontás elemzésénél, az előző évekhez viszonyítva jelentős változás történt: egyrészt a vizsgálatba került intravénás szerhasználók körében nőtt az elsődlegesen nem opiát származékokat injektálók aránya (lásd 4.3 fejezet). Másrészt, amíg a korábbi 4 vizsgálati évben az opiát fogyasztók körében volt megfigyelhető szignifikánsan magasabb hepatitis C prevalencia, addig 2011-ben az elsődlegesen opiát-származékokat injektálók 18%-a, míg a nem opiátot injektálók 30,2%-a volt HCV fertőzött. A két érték közötti eltérés szignifikáns. Mivel az országos, átlagos HCV prevalencia érték nem változott szignifikánsan az elmúlt évekhez képest (lásd a trendelemzést alább), ezért feltételezhetően az intravénás szerhasználók körében nem nőtt mérhetően a hepatitis C elterjedtsége. A prevalencia értékek szertípus szerinti átrendeződése valószínűsíthetően a 2010 óta az intravénás szerhasználók körében is megfigyelhető új szerhasználati mintázatoknak, többek között az opiát-származékokról amfetamin, illetve új pszichoaktív szerek injektálására történő váltásnak köszönhető (bővebben lásd: 4.3. fejezet és 4.4. fejezet, illetve 2011-es Éves Jelentés, 4.3. fejezet).

23. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2006 – 2011

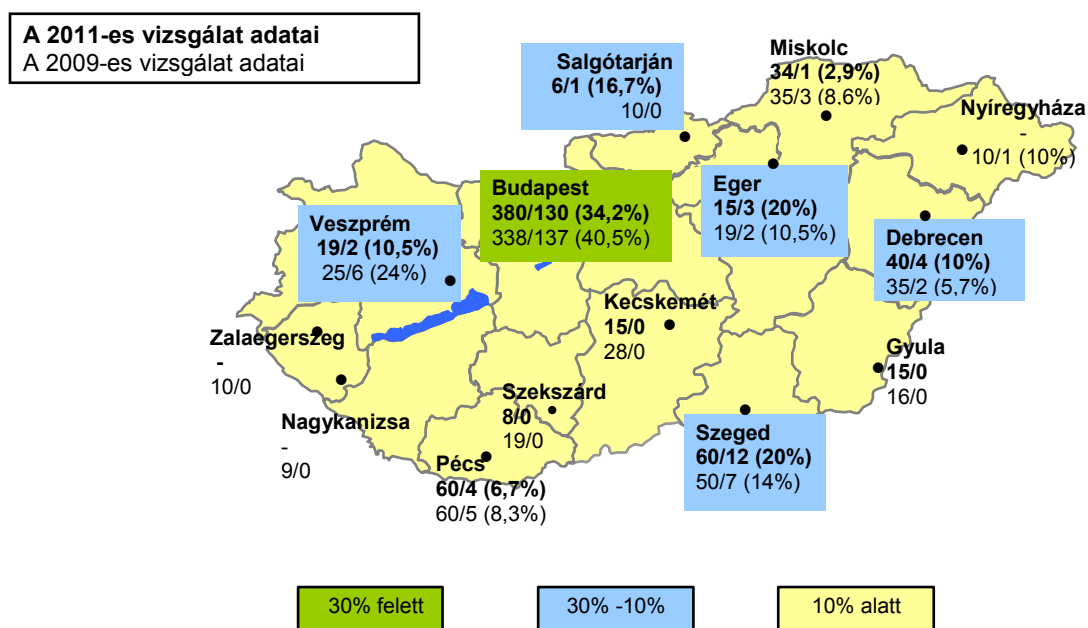


Forrás: Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Drog Fókuszpont

2011-ben az elsődlegesen nem opiát-származékokat injektálók (333 fő) szer típus szerinti bontásában az amfetamint használók (257 fő) körében 30%-os, a kokaint injektálók (8 fő) esetében 37,5%-os, az MDPV-használók esetében (20 fő) 20%-os, míg a mefedron-használók esetében (35 fő) 40%-os volt a HCV fertőzöttség aránya.

Területi felosztás szerint a fővárosból érkezett 380 mintából 130 bizonyult hepatitis C pozitívnak, ami 34,2 %-os átfertőzöttséget jelent. Ezzel szemben a vidékről érkezett minták 9,9 %-ánál diagnosztizáltak hepatitis C pozitivitást (27 minta a 272-ből). A főváros és a vidék viszonylatában a HCV prevalencia értékek közötti különbség szignifikáns.

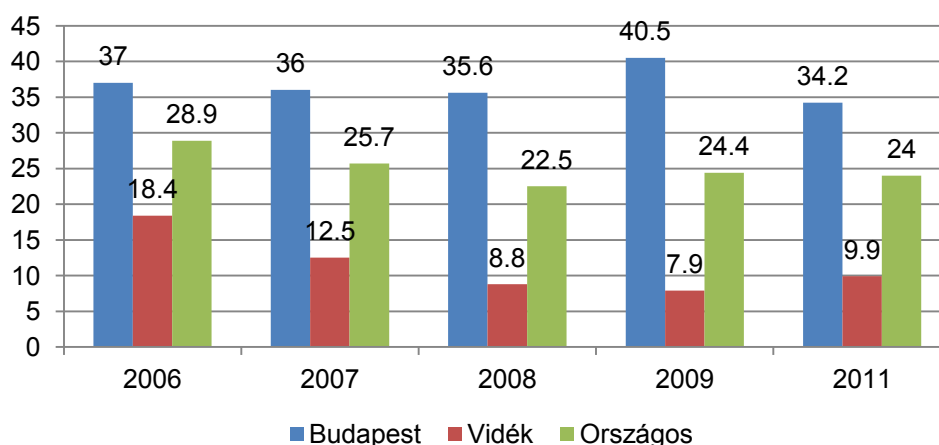
2. térkép. A HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként az országos prevalencia vizsgálat során 2009-ben és 2011-ben



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Drog Fókuszpont

Az elmúlt 5 év vizsgálata alapján megállapítható, hogy Budapesten a 2006-2008 között országos viszonylatban magas, de stagnáló HCV fertőzöttségi arány 2009-re enyhén emelkedett, majd újra csökkent 2011-ben. A vidéki adatok tekintetében egy folyamatos csökkenés figyelhető meg 2006-tól kezdődően, 2011-ben azonban enyhén emelkedett a fertőzöttségi arány az előző évhez viszonyítva. Az országos átlagos HCV prevalencia érték 5 éve 25% körül mozog.

24. ábra. HCV prevalencia (%) az országos prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók körében területi bontásban, 2006–2011 között



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Drog Fókuszpont

A 2011-ben a vizsgálatba bevont 666 személyből 145 fő vett részt a 2009-es prevalencia vizsgálatban is. Közülük 5 főnél mutattak ki szerokonverziót, azaz a 2009-ben még HCV ellenanyagra negatív klienseknél 2011-ben HCV ellenanyag pozitívítást detektáltak.⁷⁹

A drogambulanciákon és tűcsere programokban végzett rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatok adatai

A 2011-ben egész évben elérhető szűrővizsgálatok során (Dudás et al. 2012, lásd még 6.1. fejezet) a szervezetek munkatársai összesen 186 intravénás kábítószer-használótól vettek vérmintát (módszertant lásd: 2007-es Éves Jelentés, 6.2. fejezet) 5 városban⁸⁰, amely 5 megyét fedett le. A 186 mintát adó személy közül 131 (70,4%) volt férfi és 55 (29,6%) nő. A 25-34 évesek korcsoportjába tartozott a mintát szolgáltatók több mint fele (101, 54,6%), a 25 évnél fiatalabbak adták a vizsgálatban részt vevők közel egyharmadát (57 fő), és a 34 évnél idősebbek alkották a legkisebb csoportot 27 fővel (14,6%). A vizsgált személyek 78,7%-a volt aktív intravénás kábítószer-használó⁸¹, 18,6% kevesebb, mint egy éve injektált utoljára. Az összes vizsgált személy HIV negatívnak bizonyult. A 184 kliens közül három főt találtak a hepatitis B vírus felületi antigénjére pozitívnak (1,6%), közülük ketten egyidejűleg HCV ellenanyag pozitívnak is bizonyultak. A 173 vizsgált személy közül 54 kliens mintája HCV ellenanyag pozitív volt (31,2%).⁸²

A férfiak és a nők HCV fertőzöttségi arányában (25,2% és 44,9%) az eltérés szignifikáns. A nők HCV prevalenciája minden korcsoportban meghaladta az átlagos prevalencia értéket, míg a férfiaknál minden korcsoportban alatta maradt annak.

⁷⁹ A generált kód alapú egyezések, ismétlődések nem és életkor kategória alapján ellenőrzésre kerültek.

⁸⁰ Budapest, Debrecen, Gyula, Pécs, Szekszárd.

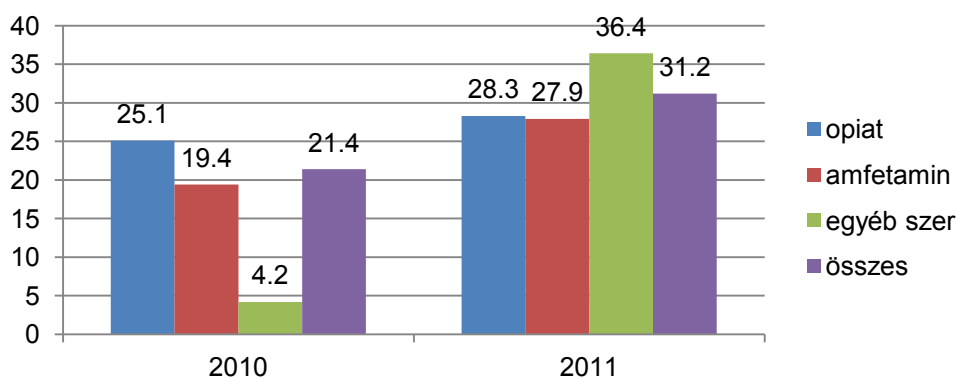
⁸¹ Utoljára a kérdezés előtti négy hétben injektált.

⁸² A laboratóriumi vizsgálatok során az alkalmazott módszerekkel mind a 186 vizsgált személy esetében megbízható eredmény volt kiadható a HIV fertőzöttséget illetően. A vírus fertőzöttség kimutatására irányuló ellenanyag vizsgálatok hepatitis C vírus vonatkozásában 13 esetben, hepatitis B vírus vonatkozásában 2 esetben kétes eredménnyel zárultak, így ezeket az eseteket kizárták a statisztikai elemzésből.

Azon intravénás szerhasználók csoportjában, akiknél az első injekció 10 évnél régebben vagy 5-9 éve történt, a kábítószer-használók több mint egyharmada volt HCV fertőzött. A 2-4 év óta injekciók átfertőzöttségének aránya 30,8% volt, az új intravénás kábítószer-használóknál csak négyen (12,1%) fertőződtek a vírussal.

Az elsődlegesen injekciók szerípus szerinti bontásban, 2011-ben a legnagyobb csoportot az egyéb szereket⁸³ injekciók alkották (lásd: 4.3. fejezet). Az eredmények szerint körükben volt a legmagasabb a HCV fertőzöttség (36,4%). Ennek egyik oka a már említett intravénás szerhasználók körében megfigyelt szerhasználati mintázatok átrendeződése lehet (lásd: országos prevalencia vizsgálat). Továbbá 2010-hez képest ebben a vizsgálatban az összes vizsgált személy körében is szignifikánsan növekedett a fertőzöttség aránya.

25. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vevő intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) elsődlegesen injekciók szerípus szerinti bontásban 2010-ben és 2011-ben



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Drog Fókuszpont

Területi felosztás szerint a fővárosból érkezett 129 mintából 51 bizonyult hepatitis C pozitívnek (39,5%). Ezzel szemben a vidékről (4 város) érkezett minták csupán 6,8 %-ánál diagnosztizáltak hepatitis C pozitívítást (3 minta a 44-ből). A főváros és a vidék viszonylatában a HCV prevalencia értékek közti különbség szignifikáns.

Az adatok helyes interpretálásához figyelembe kell venni, hogy az 5 városban végzett szűrővizsgálatokból származó adatok tekintetében csak korlátozottan van lehetőség trendek megállapítására a területi lefedettség, továbbá a rutinszerű szűrővizsgálat igénybevételének kritériumai⁸⁴, illetve esetlegessége miatt.

Az országos prevalencia vizsgálatot és a rutinszerű szűrővizsgálatokat összevetve, az eltérő trendek (szerípus szerinti megoszlás, illetve fertőzöttségi arányok) háttérben húzódnak az is, hogy míg az országos prevalencia vizsgálat 2011 első 5 hónapjában mért adatokat mutat be, a rutinszerű szűrővizsgálatok adatai az egész évet lefedik. Emellett fontos kiemelni, hogy míg az országos prevalencia vizsgálatba került intravénás kábítószer-használók 61%-a, addig a rutinszerű szűrővizsgálaton résztvevők 79%-a volt aktív intravénás szerhasználó.

Fertőző betegségek a büntetés-végrehajtási intézetekben

2011-ben 17 bv. intézetben folytatódott a vírusfertőzések megelőzésére irányuló felvilágosító és szűrő-gondozó program (előzményeket lásd a 2008-as Éves Jelentés 6.2. fejezetében.) 2011-ben összesen 2634 fő, az átlag fogvatartotti létszám (17.210 fő⁸⁵) 15,3%-a vett részt HCV szűrésen, 126 fő (4,78%) volt közülük HCV ellenanyag pozitív. A hepatitis B fertőzöttséget, az átlag fogvatartotti létszám 15%-a, 2575 fogvatartott esetében vizsgálták,

⁸³ Ennek a vizsgálatnak a keretében nem volt lehetőség az egyéb szereket szabad szavas kifejtésére.

⁸⁴ Csak annak ajánlják fel a lehetőségét, aki több mint egy évvel ezelőtt volt utoljára szűrésen.

⁸⁵ 2011. év végén mért statisztikus adat.

közülük 35 fő (1,36 %) esetében mutattak ki HBsAg pozitivitást. HIV szűrést 2011-ben csak az átlag fogvatartotti létszám 5,2%-ánál, 899 fogvatartott esetében végeztek, közülük 2 fő (0,2%) mintája bizonyult verifikáltnak pozitívnek. (BVOP 2012)

Az egy évvel korábbi, 2010. évi szűrőprogram során 7 bv. intézetben került sor a szűrésben részt vevő fogvatartottak esetleges (intravénás) kábítószer-fogyasztói múltjának és egyéb kockázati magatartásainak lekérdezésére, a kérdőívet 1048 fogvatartott töltötte ki⁸⁶ (Tarján et. al. 2012). A kérdezés módszertana a korábbi évek gyakorlatával megegyezően történt (lásd: 2009-es Éves Jelentés 6.1. fejezet.). A minta 60,5%-a férfi, míg 24,4%-a nő volt. Az átlagéletkor 36,9 év volt. 25 év alatti volt a lekérdezettek 11,3%-a, 25 és 34 év közötti 33,7%-uk, míg 55,1%-uk 34 év feletti volt. A megkérdezettek átlagosan 2,6 éve voltak börtönben. A 1048 fogvatartott 4,8%-a (50 fő) volt HCV pozitív. A minta 40,5%-a használt már valaha kábítószer, 1,6%-a utoljára a börtönben. A legmagasabb a marihuána életprevalencia értéke volt (25,4%) ezt az amfetamin követte (21,8%), az ecstasy (17,3%), a kokain (15,3%), majd a heroin (8,6%).

A megkérdezettek 18,8%-a (189 fő) bevallása szerint fogyasztott már intravénásan kábítószer, körükben az injektlási karrier hossza átlagosan 9,5 év volt. A minta 9%-a (90 fő) utoljára a bekerülés előtti 30 napban, 1,6%-a (16 fő) utoljára a bv. intézetben injektlált. A legtöbben amfetamint használtak már intravénásan életükben (129 fő), ezt a kokain (68 fő), illetve a heroin (68 fő) követte.

Az intravénás szerhasználói múlttal rendelkező fogvatartottak szignifikánsan nagyobb része, 23,8%-a volt hepatitis C fertőzött (45 fő), míg a nem használók és nem intravénás használók csoportjában (816 fő)⁸⁷ 0,4% (4 fő) fertőződött a vírussal. A vizsgálat során azonosított 49 HCV fertőzött közül 45 fő használt már valaha intravénásan szert. A 45 fő közül legtöbben a bekerülés előtt injektláltak utoljára, csupán 3 fő vallotta azt, hogy utoljára a bv. intézetben injektlált.

Az eddigi kutatások eredményeit (lásd 2010-es és 2009-es Éves Jelentés 6.1. fejezet és Tresó et al. 2011) a jelen vizsgálat is alátámasztja, miszerint a bv. intézetekben azonosított HCV pozitív fogvatartottak valószínűsíthetően intravénás szerhasználói múltjuk során fertőződtek meg a vírussal. Az intézetekben a fogvatartás alatt biztosított antivirális kezelés jó lehetőség az egyébként kezelésbe nehezen kerülő intravénás szerhasználók számára. A fertőzött fogvatartottak kezeléséről szóló információ a 9.7. fejezetben olvasható, a kockázati magatartásokra vonatkozó elemzés a 9.6. fejezetben található.

A fogvatartottak körében mért TBC fertőzések adatait lásd alább ebben a fejezetben.

TBC és kábítószer-használat

A pulmonológiai intézmények adatai szerint (Csoma et al. 2012), az 1515 új TBC-s beteg körében összesen 543 főnél vált ismertté valamilyen rizikócsoporthoz tartozás: legtöbben alkoholfüggők (214 fő, 39,4%) és hajléktalanok (177 fő, 32,6%) voltak. 2 fő (0,4%) új TBC-s beteg tartozott a kábítószer-fogyasztók rizikócsoporthoz. 1 új TBC-s beteg (0,2%) volt HIV-vel társfertőzött.

A büntetés-végrehajtási intézetekben 18.013 fogvatartott esetében történt tüdőszűrés 2011-ben, közülük 17 fő aktív és 43 fő passzív TBC-s beteget szűrtek ki a vizsgálatok során (BVOP 2012).

⁸⁶ A kérdőív adatait csak 2012-ben sikerült összekapcsolni a szerológiai eredményekkel adatszolgáltatási problémák miatt.

⁸⁷ 43 fő esetében hiányzott a szerhasználatra vonatkozó adat.

Kockázati magatartások

Országos prevalencia vizsgálat

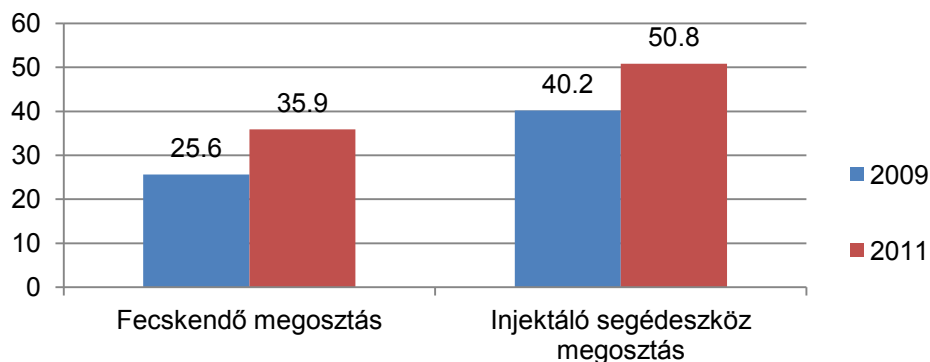
Az Országos Epidemiológiai Központ által végzett HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatához (Dudás et. al 2012) kapcsolódóan sor került ismét a kockázati magatartások felmérésére is.

A feldolgozott adatok alapján a vizsgált intravénás szerhasználók (666 fő) közel harmadánál nem történt soha HIV szűrővizsgálat (29%), akiknél történt ilyen irányú szűrővizsgálat (70%), azok közül 92% tudta, hogy negatív a szerostátusza HIV-re nézve. A szűrővizsgálaton valaha részt vettek közel egy harmada (152 fő) 1 éven belül volt utoljára HIV szűrésen, ez a teljes vizsgált minta esetében 22,9%-ot jelent.

A vizsgálatba bevont kliensek 70%-a (472 fő) vett már részt élete folyamán HCV szűrővizsgálaton, egyharmaduk 1 éven belül, ez a teljes minta 23,7%-át jelenti. A szűrővizsgálaton részt vettek 80%-a (375 fő) vallotta magát HCV negatívnak, azonban 16%-uk (59 fő) pozitívnak bizonyult a laboratóriumi vizsgálatok során. Azoknak, akik voltak HCV szűrővizsgálaton, de nem tudták a szerostátuszukat (vagy nem volt információ erre a változóra nézve), 40%-a volt HCV ellenanyag pozitív (35 főből 14).

A fecskendő és eszköz megosztás az aktív intravénás kábítószer-használók⁸⁸ körében került vizsgálatra. A szerhasználók 35,9%-a használta közösen fecskendőjét valakivel az elmúlt 4 hétben. Disztributív fecskendő megosztás az aktív injektlók 23%-a esetében, míg receptív fecskendőmegosztás 26,3%-uk esetében történt. Az injektló eszközöket 50,8%-uk osztotta meg. A fecskendő megosztás és az eszköz megosztás elmúlt 4 heti prevalenciája emelkedett a 2009-ben mért értékhez képest⁸⁹. Ennek egyik háttér tényezője lehet az új pszichoaktív szerek térnyerése az intravénás szerhasználók körében, illetve az ezekre a szerekre jellemző gyakoribb injektlás (Bővebben lásd: 4.3 és 4.4. fejezet, illetve 2011-es Éves Jelentés, 4.3. fejezet). A fecskendő megosztás illetve az eszköz megosztás előfordulási gyakorisága az amfetamint injektlók körében volt a legmagasabb (39%, illetve 55,7%).

26. ábra. Fecskendő, illetve injektló segédeszköz megosztásának prevalenciája (%) az elmúlt 4 hétben az aktív intravénás szerhasználók körében, 2009-2011



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

⁸⁸ Az elmúlt 4 hétben legalább egyszer injektlók.

⁸⁹ Itt szerepet játszhatott az a módszertani változtatás is, hogy míg 2009-ben csak a közös fecskendő használatra kérdezett rá a kérdőív, 2011-ben külön kérdés vonatkozott a disztributív és receptív megosztásra, melynek duplikációsúrt összevonásából keletkezett a fecskendő megosztásra vonatkozó mutatószám.

Az eszköz megosztás tekintetében 2011-ben azt kérdezték meg, hogy osztottak-e meg az elmúlt 4 hétben bármilyen injektló eszközt a tűt/fecskendőt kivéve. Az injektló eszköz elmúlt 4 heti prevalenciája ennek a változónak és a közös fecskendő használat változójának duplikációsúrt összevonásából jött létre. 2009-ben a kérdés bármilyen injektló eszköz elmúlt 4 heti megosztására vonatkozott.

A drogambulanciákon és tűcsere programokban végzett rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatok adatai

2011-ben az Országos Epidemiológiai Központ által koordinált, folyamatosan felajánlott HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokhoz (Dudás et. al 2012) kapcsolódóan is sor került a kockázati magatartások lekérdezésére.

A mintában a tavalyi évhez képest a naponta többször injektálók aránya 17%-ról 29%-ra nőtt.

Az aktív⁹⁰ injektálók 29,8%-a a fecskendőjét, 50,7%-a pedig az injektáló eszközöket osztotta meg mással az elmúlt 4 hétben. A megosztás az egyéb szereket⁹¹ injektálók körében volt a legjellemzőbb. A fecskendőt az amfetamint injektálók 19,6%-a, az opiát-származékokat injektálók 25%-a, míg az egyéb szereket injektálók 40,7%-a osztotta meg. Az injektáló segédeszközöket az amfetamint injektálók 46,7%-a, az opiát-származékokat injektálók 38,9%-a, míg az egyéb szereket injektálók 61%-a használta közösen.

2010-hez képest nőtt azok aránya, akik 2 vagy annál több személytől kaptak használt fecskendőt az elmúlt 4 hétben (13%-ról 20%-ra).

Az elmúlt négy hétben az összes mintát szolgáltató kliens 65,9%-a (122 fő) élt szexuális életet, közülük 79,2% (86 fő) nem használt óvszert az utolsó szexuális együttlétnél. A szexuális életet élők közül 6 személy (5%) nyújtott szexuális szolgáltatást pénzért vagy kábítószerért cserébe az elmúlt 4 hétben.

A vizsgálatba került kliensek 26,3%-a élt már az utóbbi egy évben egy hétnél tovább hajléktalan szállón vagy az utcán stabil lakhely nélkül, amely szintén emelkedett 13 százalékponttal 2010-hez képest. A minta 42,5%-a volt már valaha börtönben, amely szintén 15 százalékponttal magasabb az elmúlt évhez képest.

Míg az aktív szerhasználók 2010-ben átlagosan 59⁹², addig 2011-ben 80 steril fecskendőt kaptak az elmúlt négy hétben.

56%-uk (82 fő) vásárolt fecskendőt gyógyszerárban az elmúlt 4 hétben. 18%-uk nem volt tűcsere programban a kérdezést megelőző 4 hétben, 59%-uk 1 tűcsere programot látogatott, 15%-uk 2 programot, 8%-uk 3 programban járt, 1%-uk pedig 4-ben.

2005-től kezdődően⁹³ a 186 fő közül 35 fő jelent meg legalább egy alkalommal kezelésben, utoljára mindenki 2011-ben lépett kezelésbe, közülük 16 főnek ez volt az első kezelése.

Az elsődlegesen opiátot injektáló szerhasználók (49 fő) 28,6%-a (14 fő) vett részt az elmúlt 4 hétben szubsztitúciós kezelésben. (A programban részt vevő szolgáltatók közül 3-nál szubsztitúciós kezelés is elérhető.)

A fogvatartottak kockázati magatartásai a 9.6. fejezetben olvashatók.

A 4.4. fejezetben három kvalitatív kutatás (Csák 2012, Rácz et al. 2012, Csák et al. 2011) beszámolója olvasható, amelyek kitérnek az intravénás kábítószer-fogyasztók körében megfigyelt új szerhasználati mintázatokra, a napi injektálások számának növekedésére és a kockázati magatartásokra.

Az 5.3.2. fejezetben a TDI adatok alapján kerül bemutatásra a kezelésbe lépő intravénás szerhasználók szer típus szerinti megoszlásának átrendeződése az elmúlt 5 évre vonatkozóan.

⁹⁰ Az elmúlt 4 hétben legalább egyszer injektálók.

⁹¹ Ennek a vizsgálatnak a keretében nem volt lehetőség az egyéb szerek szabad szavas kifejtésére.

⁹² Arról nincs információ, hogy csak saját használatra vitték, vagy másoknak is adták belőle.

⁹³ 2005 óta folyik a TDI adatgyűjtés hazánkban. A szűrővizsgálatok során a TDI adatgyűjtésben is alkalmazott generált kódot használják, így követhetővé válnak a betegutak.

6.3. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI

Kábítószer-mérgezési esetek⁹⁴

2011-ben 2662 főt kezeltek kábítószer, illetve szerves oldószer mérgezés miatt (2010-ben 1962 főt) a toxikológiai osztályon, ami 35,7%-os emelkedést jelent. A kezelt férfiak számában nagymértékű növekedés mutatkozott, 2011-ben 1766 fő részesült sürgősségi ellátásban, mely 2010-hez (1111 fő) viszonyítva 59%-os emelkedést mutat. A toxikológiai ellátásban részesült nők számában nem történt változás, 2011-ben 896 fő részesült kezelésben (2010-ben 851 fő).

Az opiát típusú szerekhez köthető mérgezési esetek száma a korábbi évhez képest kis mértékű csökkenést mutat, 2011-ben 397 fő részesült ellátásban (2010-ben 465 fő), folytatódott tovább a 2009-óta megfigyelhető folyamatos csökkenés. A heroin-fogyasztáshoz köthető mérgezések száma (73 fő, 18,4%) az opiátok kategóriáján belül a korábbi év mintegy felére, a 2009-es értékre negyedére csökkent (2010: 132 fő, 2009: 241 fő). 2011-ben, morfin okozta mérgezés nem történt, metadon okozta mérgezést 20 fő (5%) esetben regisztráltak. A korábbi évekhez (2009:67,8%) hasonlóan nagyon magas a külön megjelölés nélküli opiátok okozta mérgezések aránya, ez jellemzi az esetek mintegy háromnegyedét (76,6%, 304 fő).

Az amfetamin típusú szerek körében további alkategóriákra történő bontás nem volt lehetséges. Az ilyen szerek fogyasztása miatt ellátottak száma évek óta markáns emelkedést mutat, 2011-ben 1638 fő részesült ellátásban, ami 85,7%-os növekedést jelent a megelőző évhez képest (2010: 882 fő, 2009-ben:685 fő). Az összes mérgezési eset 61,5%-a köthető amfetaminokhoz, az arány a nők körében (70,8%) némileg magasabb, mint a férfiak körében (56,9%). Az amfetaminok okozta mérgezések a 20-24 évesek csoportjában a legjellemzőbbek (20,9%), ezt követi a 25-29 évesek csoportja (18,4%), majd a 30-34 évesek csoportja (16,3%). Az amfetaminhoz köthető mérgezési esetek 11,8%-a a 15-19 évesek körében történt. A különböző korcsoportokra jellemző arányokon belül nemi mintázódás nem mutatkozott. Az amfetamin típusú stimulánsokhoz köthető mérgezések nagymértékű növekedése mögött a katonák 2011-ben tovább folytatódó térnyerése állhat.

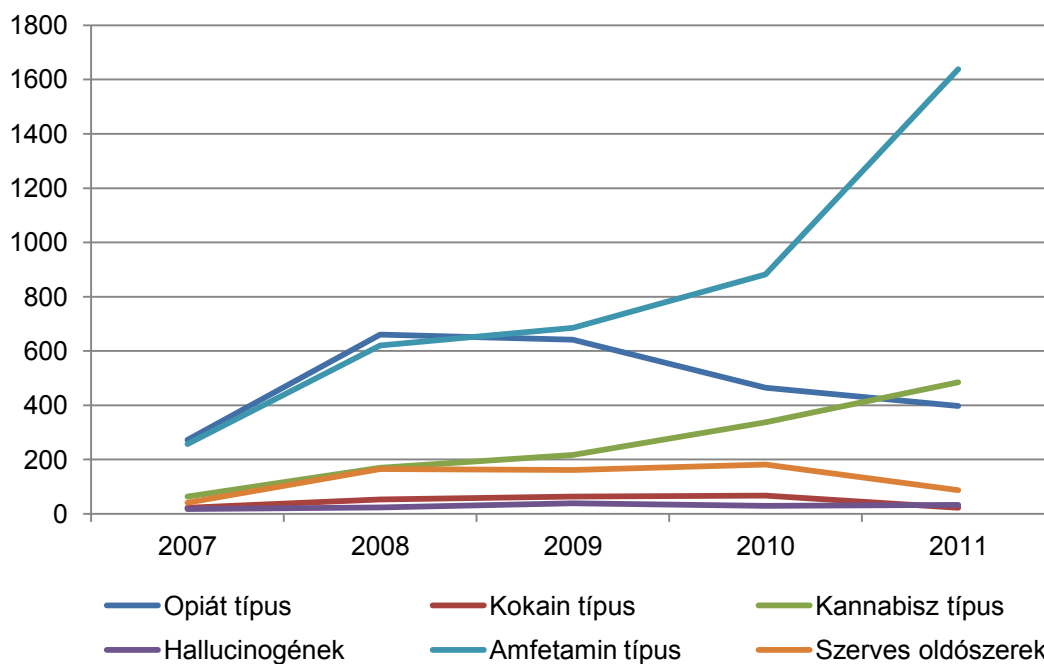
Ugyancsak jelentős emelkedést mutat a kannabisz típusú szerek fogyasztásához köthető mérgezések száma. Míg 2010-ben 337 fő részesült sürgősségi ellátásban, 2011-ben 485 fő, mely 43,9%-os emelkedést jelent a korábbi évhez képest. A kannabisz típusú szerekhez köthető sürgősségi ellátások száma az utóbbi öt évben monoton, nagy mértékű emelkedést mutatott.

A kokain-fogyasztás miatt kezelték száma 2011-ben 22 fő volt, mely csökkent a korábbi évhez viszonyítva (2010: 67 fő).

A szerves oldószerek okozta mérgezések számában csökkenés volt látható, 2011-ben 87 főt láttak el, míg 2010-ben ennek több mint kétszeresét, 187 főt.

⁹⁴ Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán keletkezett adatok alapján. Az adatgyűjtés problémáiról lásd a 2007-es Éves Jelentés 6.3 fejezetét.

27. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelték száma 2007-2011 között (fő)



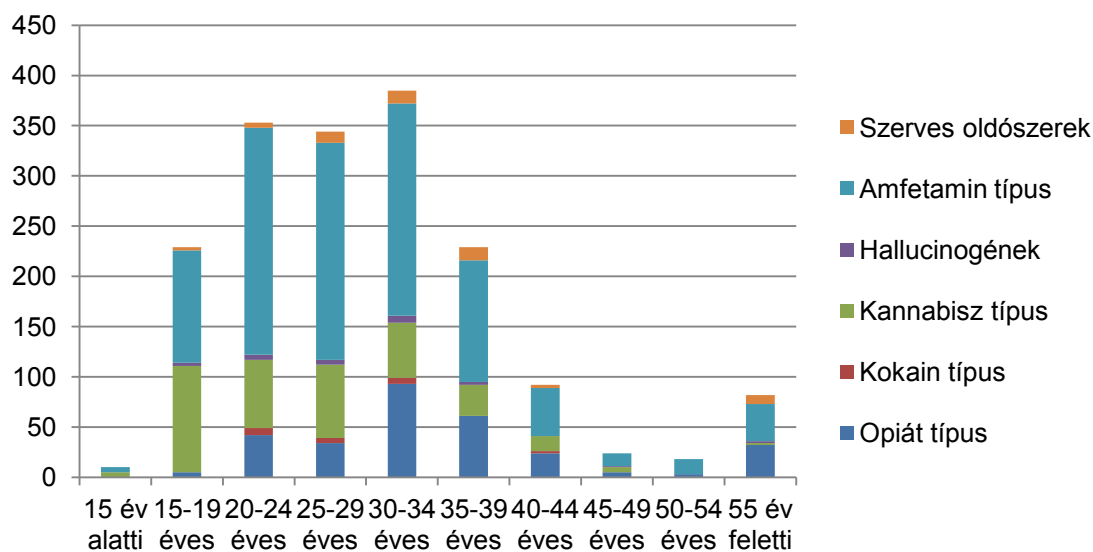
Forrás: OAC 2012a

Az életkori megoszlásokat vizsgálva megállapítható, hogy férfiak esetében a 20-24, 25-29 és 30-34 éves korcsoport a leginkább érintett (353 fő, 344 fő, 385 fő, sorrendben). A nőknél ettől némileg eltérő a korcsoportok szerinti megoszlás, itt a leginkább érintett 20-24 éves korcsoportot (154 fő), a 15-19 és a 25-29 évesek csoportja követi (148 fő ill. 143 fő). Összességében a korábbi évekhez viszonyítva a különböző korcsoportok között átrendeződés nem volt tapasztalható.

Nemi bontásban a 30-34 éves férfi és a 15-19 éves nő sürgősségi ellátásban részesülők létszámában volt megfigyelhető szignifikáns, az általánosnál nagyobb mértékű emelkedés.

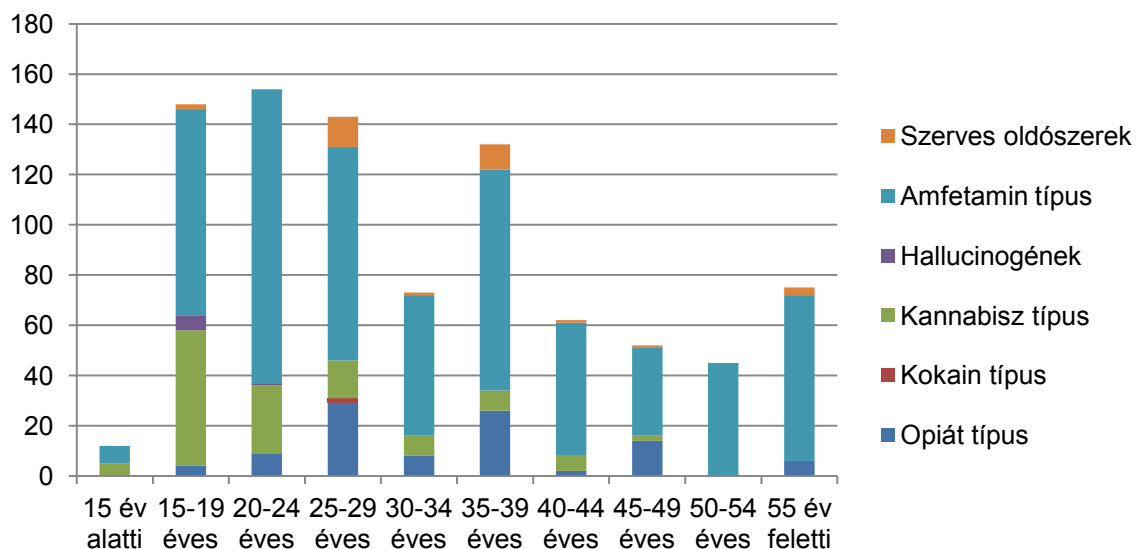
Az idősebb korosztályok körében megjelenő opiát és amfetamin típusú szerek okozta túladagolások feltehetően a receptre kapható gyógyszerekkel történő túladagolások.

28. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt férfiak esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint 2011-ben (N=1766) (fő)



Forrás: OAC 2012a

29. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt nők esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint 2011-ben (N=896) (fő)



Forrás: OAC 2012a

Közúti balesetek

2011-ben a Rendőrség 132 közúti baleset során vett vizeletmintát küldött az Országos Toxikológia Intézetbe további szakértői vizsgálatra, vezetési képességre hátrányosan ható szer szervezetben való jelenléte gyanújával, mivel az előszűrő teszt pozitív eredményt adott. A Toxikológiai Intézet a 132 mintából, 87 esetben állapított meg pozitivitást.

8. táblázat. Kábítószer jelenléte a közúti balesetekből származó vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban 2011-ben

Hatóanyag	Esetek száma
THC	23
Benzodiazepinek	16
Amfetamin + THC	11
Amfetamin	7
THC + kokain	7
Benzodiazepinek + amfetamin	7
Amfetamin + metamfetamin	3
benzodiazepinek + THC	3
Kokain	2
Morfin (heroin)	2
Mefedron	2
MDMA + MDA	2
Morfin + metadon	1
Morfin (heroin) + THC	1
Összesen	87

Forrás: Országos Toxikológiai Intézet

Új pszichoaktív szerek egészségügyi következményei

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2011. évre vonatkozó kutatása (Csák 2012), mely többek között vizsgálta az új pszichoaktív szerek egészségügyi következményeit is a 4.4. fejezetben olvasható.

A várandósság alatti droghasználat

A Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciája és Nemzeti Drog Fókuszpont által közösen végzett kiegészítő adatgyűjtés keretében a 12 szubsztitúciós kezelést végző szolgáltató összesen 7 várandós nőt jelentett 2011-re vonatkozóan, közülük 5 fő budapesti, 2 fő pedig vidéki kezelőhelyen részesült szubsztitúciós kezelésben.

Budapesten a Józan Babák Klub „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” programjában (lásd: 7.3. fejezet) 2011-ben 66 olyan szerhasználó nő vett részt, aki vagy várandós volt, vagy gyermeke még nem töltötte be 2. életévét a tárgyévben.⁹⁵ A résztvevők átlag életkora 26,9 év volt, a legfiatalabb 16 éves, míg a legidősebb 40 éves volt.

A 66 jelentkező nő közül 46 fő esetében volt elérhető megbízható adat az általuk valaha szült gyermekek számáról, ami összesen 80 (legalább 1, legfeljebb 4), azaz ők átlagosan 1,73 esetben szültek (élő) gyermeket.

A 66 főből 12-en voltak hepatitis C pozitívak, 1 fő hepatitis C és HIV pozitív, pszichiátriai kezelés alatt 10 fő állt. 19 nő elsődleges jövedelemforrása a prostitúció volt.

A válaszadók szinte mindegyike használt már valaha marihuánát, 59-en amfetamint, 35-en heroint, 19-en mefedront, míg 17-en MDPV-t. Az utolsó havi prevalencia a 2011-ben még legális MDPV esetében volt a legmagasabb, intravénás használat szerinti bontásban is. (Józan Babák Klub 2012)

⁹⁵ 20 fő várandós volt, 22 fő 2011-ben művi vetélésen esett át, 4 fő 2011-ben, 10 fő 2010-ben, míg további 10 fő 2009-ben szült.

9. táblázat. A valaha illetve az utolsó hónapban az egyes szertípusokat fogyasztó illetve intravénásan fogyasztó várandós vagy legfeljebb 2 éve szült nők (N=66 fő) megoszlása (N) 2011-ben

Szertípus	használt valaha	utóbbi 30 napban	utóbbi 30 napban injektálva
Marihuána	65	9	0
Kokain	10	1	0
Amfetamin	59	4	4
Heroin	35	2	2
Amfetamin-heroin	26	0	0
Felírt metadon	4	4	0
Utcai metadon	2	0	0
LSD	2	0	0
Mefedron	19	0	0
MDPV	17	12	12
Szintetikus kannabinoid	4	4	0

Forrás: Józán Babák Klub 2012

A szervezet klienskörében 2011-ben két olyan nő is szült, akik terhességük alatt folyamatos jelleggel intravénásan MDPV-t használtak. A szervezet tapasztalatai szerint az új pszichoaktív szereket használó várandósok esetében intenzívebb ellátás volt szükséges: a két nő esetében szorgalmazni kellett a rendszeresebb, heti 1-2 alkalommal történő találkozókat, kimaradó alkalmak esetén felkeresni őket, illetve a tapasztalt fokozódó használat miatt pár napra kórházban kellett elhelyezni egyiküket.

6.4. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN

A halálozási adatok az Országos Addiktológia Centrum illegális szerfogyasztáshoz kapcsolódó jelentési rendszerének halálozási moduljából származnak.

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

10. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen, természetes és erőszakos halálesetek megoszlása 2011-ben (fő)

	Összesen
Közvetlen	14
Természetes	8
Erőszakos	21
Összesen	43

Forrás: OAC 2012c

Közvetlen túladagolás okozta halálesetek

Országos adatok

2011-ben 14 illegális szerhasználattal közvetlenül összefüggő esetet jelentettek, amely kis mértékű csökkenést jelent az elmúlt évhez képest (2010-ben 17, 2009-ben 31 eset, 2008-ban 27 eset, 2007-ben 25 eset, 2006-ban 25 eset).

Budapesti vagy annak közvetlen agglomerációjába tartozó lakcímmel 8 elhunyt rendelkezett, ide köthető további 2 hajléktalan férfi halálesete is. 4 esetben vidéki nagyváros volt az elhunyt lakóhelye.

A 14 közvetlen haláleset közül 13 férfi egy nő volt. Kizárólag opiát (metadon vagy más szer nélkül) okozta mérgezés 3 esetben történt, opiát mellett más szer is kimutatható volt 3 esetben, 4 esetben okozott metadon halálos mérgezést. Egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés 3 esetben történt, akiknél amfetamin volt kimutatható. Egyéb szer okozta mérgezés egy esetben történt, szerves oldószer gőzeinek belégzése vezetett a halálesethez, a biológiai mintákból kannabisz is kimutatható volt. A 14-ből 9 esetben több szer is kimutatható volt.

A jelentésből 6 eset kizárásra került. Bár a mintákban opiát bomlástermékét mutatták ki (morfint), így a statisztikai leválogatásnál ezen esetek megjelentek, az elhunytak életkora (legfiatalabb 68 éves, legidősebb 90 éves) és súlyos betegségük egyértelműen arra engedett következtetni, hogy az opiát tartalmú készítmények használata nem abúzus jelleggel történt.

11. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2011-ben*⁹⁶

	Férfi	Nő	Összesen
Opiát okozta túladagolás/mérgezés (metadon és más szer nélkül)	3	0	3
Opiát és egyéb szer okozta túladagolás/mérgezés	3	0	3
Metadon okozta túladagolás/mérgezés	4	0	4
Egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	3	0	3
Egyéb szer okozta mérgezés	0	1	1
Összesen			

Forrás: OAC 2012c

A közvetlen túladagolás miatt elhunytak átlagéletkora 32,1 év volt. A legfiatalabb elhunyt 16 éves nő (egyéb szer okozta túladagolás), a legidősebb 52 éves férfi (opiát okozta túladagolás) volt.

12. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek életkori megoszlása 2011-ben (fő)*

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	45-49	50 felett	összesen
Opiát okozta túladagolás/mérgezés (metadon és más szer nélkül)	0	1	0	0	1	0	1	3
Opiát és egyéb szer okozta túladagolás/mérgezés	0	1	0	1	0	1	0	3
Metadon okozta túladagolás/mérgezés	0	1	2	0	1	0	0	4
Egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	0	0	1	0	2	0	0	3
Egyéb szer okozta mérgezés	1	0	0	0	0	0	0	1
Összesen	1	3	3	1	4	1	1	14

Forrás: OAC 2012c

Kábítószer-fogyasztással összefüggésbe hozható indirekt halálesetek

2011-ben 29 kábítószer-fogyasztással közvetetten összefüggő halálesetet jelentettek a halálozási regiszterbe. A 2010-ben jelentett 12 közvetett esethez viszonyítva ez jelentős növekedés, de az emelkedés mögött feltehetően az adatgyűjtés fejlődése áll.

8 esetben regisztráltak 2011-ben természetes okot, jellemzően valamilyen szívbetegséget.

⁹⁶ Special register Selection

2011-ben 21 erőszakos halálesetet jelentettek. A 21 erőszakos haláleset három további alcsoportra bontható: 9 esetben történt öngyilkosság, 1 esetben gyilkosság, 11 esetben baleset okozta a halálesetet.

Erőszakos halálesetek, illegális szer jelenléte a biológiai mintákban

A 2011-ben jelentett 9 öngyilkosság esetében 4 alkalommal amfetamin bomlástermékét, 3 alkalommal kannabisz és benzodiazepin bomlástermékét, 1 alkalommal metadon, 1 alkalommal opiát, amfetamin és más szer bomlástermékét mutatták ki. Jellemző elkövetési módok az önakasztás és a magas helyről ugrás voltak.

Az egy gyilkosság esetében az elhunyt szervezetében amfetamin bomlásterméke került azonosításra. A 11 baleset közül 6 esetben amfetamin (ebből egy esetben metamfetamin), 3 esetben kannabisz, 1 esetben morfin, 1 esetben kokain és amfetamin kombinációját azonosították az igazságügyi orvosszakértők az elhunytak mintáiban.

13. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő erőszakos halálesetek megoszlása szertípus szerint 2011-ben (fő)*

	Öngyilkosság	Gyilkosság	Baleset	Összesen
Opiátok	2	0	1	3
Kokain és amfetamin	0	0	1	1
Amfetamin önállóan	3	1	2	6
Amfetamin más kábítószerrel	1	0	3	4
Metamfetamin	0	0	1	1
Kannabisz önállóan	0	0	3	3
Kannabisz benzodiazepinnel	3	0	0	3
Összesen	9	1	11	21

Forrás: OAC 2012c

Az erőszakos halálesetek áldozatainak átlagéletkora 31,7 év (2009: 29,7 év) volt. A legfiatalabb 18 éves férfi (amfetamin, vízbe fulladásos baleset), a legidősebb 66 éves férfi (morfin, akasztásos öngyilkosság) volt.

A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek körülményei

A feltalálás helyét tekintve a közvetlen túladagolós haláleseteknél az elhunytakat jellemzően saját vagy más lakásában találták meg. Az erőszakos haláleseteknél a balesetben elhunytak miatt a között a leggyakoribb helyszín. Az alacsony esetszámok részletesebb elemzést nem tesznek lehetővé.

14. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen, természetes és erőszakos halálesetek megoszlása a feltalálás helyszíne szerint 2011-ben (fő)*

	saját lakás	idegen lakás	közút	egyéb közterület	kórház	egyéb	össz.
Közvetlen	5	5	2	1	0	1	14
Természetes	3	1	0	1	1	2	8
Erőszakos	4	1	9	3	1	3	21
Összesen	12	7	11	5	2	6	43

Forrás: OAC 2012c

Az elhunytak többségénél végeztek vér- és vizeletalkohol vizsgálatot is⁹⁷. A 14 közvetlen túladagolás kapcsán egy esetben nem történt véralkohol vizsgálat, 11 esetben negatív eredménnyel zárult, 1 esetben igazolt közepes befolyásoltságot. A 21 erőszakos halálesetből 10 esetben negatív eredményt adott a véralkohol vizsgálat, 7 esetben igen enyhe, 2 esetben közepes, egy esetben súlyos befolyásoltságot állapítottak meg. A természetes halálesetek (9 fő) közül egy esetben volt közepes befolyásoltság igazolható. Az egy gyilkossági esetben alkoholos befolyásoltság nem játszott szerepet.

A TDI rendszerben is alkalmazott generált kód segítségével rögzítik az eseteket, mely lehetővé teszi a 2005 óta működő kezelési adatbázisban az elhunytak kezelési múltjának feltárását. A 14 túladagolásban elhunyt személy közül 6 fő vett részt addiktológiai kezelésben. Közvetett halálesetek körében a természetes ok miatt elhunyt 8 főből 1 fő, az öngyilkosságot elkövető 9 főből 3 fő, a balesetben elhunyt 11 főből 1 fő vett részt korábban addiktológiai kezelésben.

Összesen tehát a 2011-ben jelentett 43 kábítószer-fogyasztással összefüggő haláleset közül 11 személy jelent meg korábban az adatgyűjtésben.

Következtetések

A 2006 óta ismétlődő országos prevalencia vizsgálatok alapján nagy valószínűséggel megállapítható, hogy a hazai intravénás kábítószer-használók populációjában a korábbi évekhez hasonlóan igen kevés lehet a HIV-fertőzöttek száma, a hepatitis B fertőzöttek aránya szintén alacsony 1% alattira tehető. Az országos HCV prevalencia érték 2006 óta 25% körül mozog. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy 2011-ben a nők körében ismét magasabb HCV prevalencia értéket mértek, mint a férfiaknál. Továbbá markáns átrendeződés figyelhető meg a szertípus szerinti HCV prevalencia értékeknél – nőtt a nem opiátot injektálók fertőzöttségi aránya, az opiátot injektálóké pedig csökkent –, amely további kockázatokat hordoz, mivel az új pszichoaktív szereket tekintve magasabb napi injektálás-szám jellemző, így a kockázati magatartások is nagyobb valószínűséggel fordulnak elő ebben a szerhasználói csoportban.

Az országos prevalencia vizsgálat alapján nőtt a fecskendőt és injektáló eszközöket megosztók aránya, a rutinszerű szűrővizsgálatok eredményei szerint nőtt a naponta többször injektálók aránya a vizsgáltak körében.

A teljes börtön populációban a HIV, illetve a hepatitis B fertőzöttség mértéke továbbra is alacsony (HIV: 0,2%, HBV: 1,4%). A hepatitis C fertőzöttség prevalencia értéke szintén alacsony, 4,8%-os. Egy 2010-es vizsgálat szerint az azonosított HCV pozitív fogvatartottak 92%-a használt már életében intravénásan kábítószer, tehát az intravénás szerhasználói múlt az egyik legjelentősebb kockázati tényező a fogvatartottak HCV fertőzöttségével kapcsolatban.

A toxikológia ellátásban megjelent kliensek körében meredek emelkedést mutatott az amfetaminok és a kannabisz miatti kezelési igények száma. Az amfetamin típusú szerek okozta mérgezések emelkedésének hátterében a katononok, a kannabisz miatti kezelési igények növekedése hátterében a szintetikus kannabinoidok térnyerése állhat (bővebben lásd 4.3. fejezet).

A budapesti Józan Babák Klub adatai szerint, a szerhasználó várandós vagy 2 év alatti gyermekkel rendelkező klienseik körében az MDPV intravénás használatának utolsó havi prevalenciája 18,2% volt. Tapasztalataik szerint az új pszichoaktív szerek várandósság alatti használata intenzívebb terhesgondozást igényel.

⁹⁷ <0,2 ‰ = az alkoholfogyasztás nem bizonyított, 0,21-0,50 ‰ = ivott, de alkoholosan nem befolyásolt, 0,51-0,80 ‰ = igen enyhe, 0,81-1,50 ‰ = enyhe, 1,50-2,50 ‰ = közepes, 2,51-3,50 ‰ = súlyos, 3,51 ‰ felett = igen súlyos fokú alkoholos befolyásoltság.

Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás területén 2011-ben a csökkenő trend tovább folytatódott. Különösen az opiátok miatt bekövetkezett halálozások száma csökkent, 6 esetben volt morfin az elhunyt biológiai mintáiban, ezek közül is 3 esetben opiát tartalmú készítmény túladagolása vezetett halálozáshoz. 2011-ben tovább folytatódott az új pszichoaktív szerek terjedése, és ezzel párhuzamosan az opiátok – elsősorban a heroin – erőteljes visszaszorulása (bővebben lásd 4.3. fejezet), így az ezzel kapcsolatos halálozások számának csökkenése is.

7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE⁹⁸

7.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A tűcsere szervezetek 2012-ben is a négy éve létrehozott adatgyűjtő internetes portálon jelentették forgalmi és kliens adataikat 2011-re vonatkozóan a Nemzeti Drog Fókuszpont számára (Tarján 2012b).

7.2. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE

2011 második felében szünetelt a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet által működtetett „Kritikus kábítószeres hatóanyag-tartalmának fokozott monitorozása” nevű projekt (további információ a 10.1. fejezetben olvasható).

A rekreációs szintéren végzett ártalomcsökkentő programok a 3.4. fejezetben kerülnek bemutatásra.

A zenés, táncos rendezvények működésének biztonságosabbá tételéről szóló 23/2011. (III.8.) Kormányrendelet az 1.2. fejezetben olvasható.

7.3. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE

Prevenció

A tűcsere programok hozzáférhetősége és forgalmi adatai

2011-ben 24 szervezet⁹⁹ nyújtott tűcsere szolgáltatást hazánkban (Tarján 2012b).

⁹⁸ A fejezet szerzője: Tarján Anna

⁹⁹ 2011-ben csatlakozott a Nemzeti Drog Fókuszpont adatgyűjtéséhez a Viola Időskorúakat Gondozó Közhasznú Alapítvány Ózdi Alacsonyküszöbű Ellátás, amely szervezet 2010 májusa óta nyújt tűcsere szolgáltatást Kazincbarcikán állandó telephelyű és utcai megkereső programja keretében.

3. térkép. Tűcsere szolgáltatók (N=24) 2011-es országos megoszlása



Forrás: Tarján 2012b

A szolgáltatók összesen 648.269 fecskendőt osztottak ki, a hozott+gyűjtött fecskendők száma 469.122 darab volt.¹⁰⁰

2011-ben 29%-kal több fecskendőt osztottak ki a szolgáltatók, a hozott és gyűjtött fecskendők száma pedig jelentős mértékű, 40%-os emelkedést mutat 2010-hez képest. Ennek háttérében állhat a szolgáltatók által jelzett új trend, miszerint klienseik egy része új pszichoaktív szereket használt 2011-ben, amelyeket jóval gyakrabban injektálnak, mint a heroint vagy az amfetamint (további információkat az új szerhasználati mintázatokról lásd: 4.3 és 4.4 fejezet). A legjelentősebb emelkedés 2011-ben is az állandó telephelyeken kiosztott, illetve begyűjtött fecskendők számában figyelhető meg. A három legnagyobb forgalmú budapesti program beszámolt arról, hogy a kliensek növekvő fecskendőigénye, illetve limitált anyagi forrásaik miatt (a tűcsere programok finanszírozási rendszerének bemutatását lásd 2011-es Éves Jelentés 7.2. fejezet), a tárgyév második felében korlátozniuk kellett az alkalmanként elvihető steril fecskendők számát, a programok fenntarthatósága érdekében. Többek között ebből is adódik, hogy a hozott+gyűjtött fecskendők száma nagyobb mértékben növekedett, mint a kiosztott fecskendők száma, illetve javult a becserélési arány is, amely 2011-ben 72%-ra emelkedett.

A kliensek száma 2011-ben tovább nőtt (20%-kal), a programok 3373 főt értek el, a kontaktok száma ennél nagyobb mértékben, 29%-kal emelkedett, a tárgyévben a kliensek 38.407 alkalommal vettek igénybe tűcsere szolgáltatást. 2011-ben 61%-kal több új¹⁰¹ klienst (1559 fő) regisztráltak a tűcsere programok a megelőző évhez képest.¹⁰²

A Nemzeti Drog Fókuszpont által végzett kvalitatív kutatás (Csák 2012, 4.4. fejezet) eredményei is alátámasztják a forgalmi adatokban megfigyelt trendet: a kutatásban megkérdezett szolgáltatók elmondása szerint a szintetikus katinonok megjelenésével bővült az intravénás szerhasználat, olyan közösségekben is megjelent, ahol korábban nem volt jellemző, továbbá hatásuk rövid, ezért gyakrabban injektálják ezeket a szereket, így a tűcsere programokban jelentősen megnövekedett a steril eszközök iránti igény.

¹⁰⁰ Ebbe beleértendő a tűcsere automaták által adott, és az automaták mellett elhelyezett gyűjtőedénybe dobott fecskendők száma is.

¹⁰¹ Azon kliensek, akiket először a tárgyévben regisztráltak a programban.

¹⁰² A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

15. táblázat. A tűcsere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2010-ben és 2011-ben

	Állandó telephelyű	Mobil tűcsere	Utcai megkereső	Tű automata	Összesen
2010					
osztott	422357	37553	25098	19243	504251
hozott (+gyűjtött)	266961	39740	25065	1702	333468
becserélési arány	63%	105%	100%	9%	66%
kliensek száma	2533	98	179	-	2810
új kliensek száma	925	17	27	-	969
kontaktok száma	23799	517	5372	-	29688
szervezetek száma*	21	2	13	5	23
2011					
osztott	563171	45624	22588	16886	648269
hozott (+gyűjtött)	404559	44902	18059	1602	469122
becserélési arány	72%	98%	80%	9%	72%
kliensek száma	2946	142	285	0	3373
új kliensek száma	1449	54	56	0	1559
kontaktok száma	31260	686	6461	0	38407
szervezetek száma*	22	2	13	5	24

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

Forrás: Tarján 2012b

2011-ben nőtt az 1 kliensre jutó osztott fecskendők (2010: 173 db; 2011: 187 db) és hozott+gyűjtött fecskendők száma is (2010: 118 db; 2011: 139 db). Az egy kontaktra jutó osztott és hozott+gyűjtött fecskendők száma viszont alig változott, amelynek oka lehet, hogy a második félévben egyes programokban korlátozni kényszerültek az egyes alkalmakkor elvihető fecskendők számát. Az egy kliensre jutó kontaktszám nem változott 2010-hez képest.

16. táblázat. Az egy kliensre/ egy kontaktra jutó osztott illetve hozott+gyűjtött fecskendők, és az egy kliensre jutó kontaktok száma, 2011-ben

Program típusa	osztott / kliens	(hozott+gyűjtött) / kliens	osztott / kontakt	(hozott+gyűjtött) / kontakt	kontakt / kliens
Állandó telephelyű	191	137	18	13	11
Mobil program	321	316	67	65	5
Megkereső program	79	63	3	3	23
Összesen	187	139	16	12	11

Forrás: Tarján 2012b

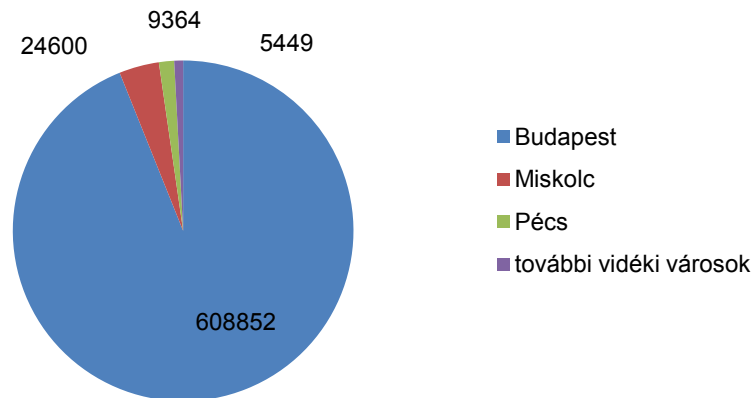
A hazai intravénás kábítószer-fogyasztók becsült számát tekintve (lásd: 2010-es Éves Jelentés 4.1. fejezet) a tűcsere szolgáltatások a teljes intravénás szerhasználói populáció 59%-át érték el 2011-ben. Egy intravénás kábítószer-fogyasztóra átlagosan 114 steril fecskendő jutott.¹⁰³

¹⁰³ Az adatok interpretálásánál figyelembe kell venni, hogy a kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

Tűcsere programok forgalmi adatai területi bontásban

A területi bontást vizsgálva elmondható, hogy 2011-ben Budapesten került kiosztásra és begyűjtésre a fecskendők több mint 90%-a, a kliensek és kontaktok számát vizsgálva hasonló az arány a főváros javára. Ez a megoszlás a korábbi években is jellemző volt.

30. ábra. A tűcsere programok által kiosztott fecskendők száma, területi bontásban, 2011-ben (N=648.269)



Forrás: Tarján 2012b

Tűcsere programok forgalmi adatai programtípusonként

Állandó telephelyű programokat 2011-ben 22 szervezet működtetett, ebből 5 budapesti és 17 vidéki volt. Ennek a programtípusnak a keretében került kiosztásra az összes fecskendő 87%-a.

A 22 program keretében összesen kiosztott fecskendők száma 563.171 db volt, amely az előző évhez képest 33%-os emelkedést mutat. A behozott fecskendők száma 402.328 volt, amely azt jelenti, hogy másfélszer annyi fecskendőt hoztak vissza a kliensek 2011-ben, mint 2010-ben. A becserélési arány szintén növekvő tendenciát mutat, 72%-os volt.

A növekvő trend továbbra is számottevően a budapesti adatoknak köszönhető, vidéken a pécsi INDIT esetében volt megfigyelhető növekedés a fecskendőforgalom tekintetében, a többi városban nem történt jelentős változás az előző évhez képest.

Az állandó telephelyen megforduló kliensek száma 2011-ben 2946 fő volt, amely 2010-hez képest 16%-os emelkedést jelent. A kontaktok száma 2011-ben jelentősen nőtt, 31%-kal (2010: 23.799; 2011: 31.260). A növekvő trend egyrészt köszönhető a már korábban említett új szerhasználati mintázatoknak és azok következményeinek (Csák 2012), másrészt annak is betudható, hogy a legnagyobb forgalmú programok esetében az egy alkalommal elvihető steril fecskendők számára vonatkozó korlátozások miatt a kliensek gyakrabban látogatták a programot.

Mobil tűcserét 2011-ben is csak 2 szervezet folytatott, egy budapesti és egy miskolci. A kiosztott és a hozott+gyűjtött fecskendők száma, továbbá a kliensszám és a kontaktszám is enyhe emelkedést mutat 2010-hez képest, amely a budapesti adatokban érhető utól.

Az utcai megkereső programok száma 2011-ben 13 volt, amelyből 6 található Budapesten és 7 vidéki városokban. A programok keretében osztott fecskendők száma 10%-kal csökkent 2010-hez képest, a hozott+gyűjtött fecskendők száma pedig 28%-kal. Ugyanakkor növekedett az elért kliensek (60%-kal) és a kontaktok száma (20%-kal). Ennek oka, hogy a legtöbb megkereső program klienseit megpróbálja állandó telephelyű programjába irányítani.

A tűcsere automaták fecskendő forgalma a tavalyi növekvő tendenciával ellentétben csökkent 2011-ben. Ennek egyik oka, hogy a budapesti tű automata finanszírozási okok miatt csak 2011 első félévében üzemelt. A többi automata esetében Pécsen, Miskolcon és Békéscsabán nőtt a vásárolt fecskendők száma, míg Gyulán csökkent.

A tűcsere szervezetek klienseinek jellemzői a 4.3. fejezetben olvashatóak. Ugyanitt kerülnek bemutatásra a 2011-ben végzett HIV/HBV/HCV országos prevalencia vizsgálatban, illetve a tárgyévben végzett szűrővizsgálatokon részt vett intravénás szerhasználók szerhasználati és szocio-demográfiai jellemzői is.

A 4.4. fejezetben három kvalitatív kutatás beszámolója (Csák 2012, Rácz et al. 2012, Csák et al. 2011) is olvasható az intravénás kábítószer-fogyasztók körében megfigyelt új szerhasználati mintázatokról, amelyek hatással voltak a tűcsere programok 2011-es forgalmára.

A szubsztitúciós kezelésre vonatkozó adatok az 5.2. fejezetben olvashatóak.

Tanácsadás, szűrővizsgálatok

A 2011-es országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat, illetve a tárgyévben 5 városban egész évben elérhető HIV/HBV/HCV szűrővizsgálat és tanácsadás (lásd: 6.2. fejezet) során a megszárt intravénás kábítószer-fogyasztóknak a kezelőhelyeken, illetve tűcsere programokban átadták a vizsgálati eredményeket, pozitív vizsgálati eredmény esetén megfelelő információval látták el őket arról, hogy mit tehetnek a fertőzés terjedésének megakadályozása érdekében, és hova fordulhatnak további orvosi gondozásba vétel céljából.

2011-ben a NEFMI által támogatott HIV szűréssel és tanácsadással kapcsolatos képzésen 43 szakember¹⁰⁴ vett részt 7 megyéből és Budapestről, 25 fő a fővárosból, 18 fő vidékről érkezett.

A NEFMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága a 2011. évben kidolgozta a II. Nemzeti HIV/AIDS Stratégia tervezetét.

2011-ben a TÁMOP 6.1.2 keretében egészségfejlesztési és prevenció program valósult meg a szexmunkások körében Budapesten és Pest megyében 283 fő részvételével (Fact 2011). A projekt legfőbb elemei célcsoport specifikus egészségfejlesztési terv készítése, egészségfejlesztési program-sorozat szervezése¹⁰⁵, illetve tájékoztató kiadványok eljuttatása voltak. Emellett alkalmazásra került a "train the trainers" módszer, melynek egyik kulcseleme a peer-mentori tréning, azaz a tréningen részt vevő szexmunkás önkéntesek a képzés után közösségeikben, a szexmunkások között átadják a tudásukat, terjesztik a prevenció kiadványokat, óvszereket.

Emellett elkészült egy, a szexmunkások egészségfejlesztését szolgáló ötéves időtartamú cselekvési program is, melynek hosszú távú célja a szexmunkások egészségi állapotának javítása, egészségtudatuk növelése célzott programokon keresztül, továbbá a biztonságos szexuális élet megvalósítása. A projekt alapját képező állapotfelmérést a célcsoportban 2011-ben végezték (Fact 2011, adatokat lásd: 2.4. fejezet).

2011-ben a Társaság a Szabadságjogokért HIV-programjának munkatársai a Mentális Egészség és AIDS Projekt (MAIDS) keretében a Drogstop telefonos segítségnyújtó 11

¹⁰⁴ bőr-és nemibeteg-gondozók, a szakellátást végző járóbeteg rendelések és a civil szervezetek szakemberei

¹⁰⁵ Ezeknek az előadásoknak a központi témái a biztonságos szexuális élet és a szexuális úton terjedő betegségeken túl az alábbiak voltak: a dohányzás-, alkohol- és drogfogyasztás megelőzése, leszokás, öngondoskodás fejlesztése.

munkatársának tartottak képzést (TASZ 2012). A tréning során tájékoztatást nyújtottak a HIV/AIDS-ről, terjedéséről, a betegség lefolyásáról, annak diagnosztizálhatóságáról. Kiemelt figyelmet kapott, hogy a szerhasználók esetében milyen prevenció és kezelési formák léteznek, milyen segítség-igénye lehet a szerhasználóknak a mentális egészség terén, melyek a különböző szerhasználati módok kockázati tényezői, továbbá melyek az antiretrovirális szerek, a pszichoaktív szerek, illetve gyógyszerek közötti kölcsönhatások.

2011-ben folytatódott kéthetente hétfőn a Kék Pont Alapítvány intravénás kábítószer-használó nőknek és a tűcsere programba járó szerhasználók női hozzátartozóinak nyújtott programja (a program leírását lásd: 2011-es Éves Jelentés, 7.2. fejezet). A programot látogató nők száma 157 főre emelkedett a 2010. évi 71 főről, a kontaktok száma 152-ről 426-ra nőtt. 2011-ben a programot alkalmanként átlagosan 19 fő vette igénybe, míg 2010-ben csak 8.

A fogvatartottak körében végzett tanácsadásról, szűrővizsgálatokról és kezelésről szóló információ a 9.7. fejezetben olvasható.

Kezelés

A hepatitis C vírus okozta krónikus májgyulladás diagnosztikájának és terápiájának 2010-ben elfogadott finanszírozási protokollja (OEP 2010), illetve a 2012-ben publikált szakmai ajánlás (Makara et al. 2012) szerint a kábítószer-használat a kezelés szempontjából kontraindikációnak minősül. A kombinált antivirális kezelés három hónapos – legalább két negatív drogtesttel igazolt – absztinencia után kezdhető csak meg. Az addiktológus által rendelt szubsztitúciós kezelés nem minősül kontraindikációnak.

Az országban 33 akkreditált hepatológiai centrum található, 13 megyében.¹⁰⁶

A Nyírő Gyula Kórház Drogambulanciája és Nemzeti Drog Fókuszpont által közösen végzett kiegészítő adatgyűjtés szerint a 12 szubsztitúciós kezelést végző szolgáltató 2011-ben összesen 11 olyan személyt látott el (7 főt Budapesten, 4 főt vidéki városokban kezeltek), akik ezzel párhuzamosan hepatitis C antivirális kezelésben is részesültek.

Az eddigi kutatások eredményei (lásd: 6.2 fejezet, 2010-es és 2009-es Éves Jelentés 6.1. fejezet, Tresó et al. 2011.) azt mutatják, hogy a bv. intézetekben kiszűrt HCV pozitív fogvatartottak jelentős része valószínűsíthetően korábbi intravénás szerhasználata miatt fertőződött meg. Az intézetekben a fogvatartás alatt biztosított az antivirális kezelés az egyébként a börtönön kívül kezelésbe nehezen kerülő intravénás szerhasználók számára. A fertőzött fogvatartottak kezeléséről szóló információ a 9.7. fejezetben olvasható.

7.4. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KEZELÉSE

Kábítószer-fogyasztással összefüggő közúti balesetek megelőzése

Magyarország 2011-ben is részt vett a TISPOL nemzetközi közúti ellenőrző akciójában. Az ellenőrzést decemberben és júniusban hajtották végre 5 napon keresztül. A kábítószer-fogyasztásra utaló anyagok jelenlétét kimutató vizeletminta előszűrő vizsgálat (gyorsteszt) közel 30.000 vizsgálat során 2 esetben lett pozitív.

¹⁰⁶ Forrás: <http://www.informed.hu/majambulancia/centrumok>

Kábítószer-használó várandós anyákat és gyermekeiket érintő beavatkozások

2011-ben a Józan Babák Klub „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” című programjában Budapesten a VIII. kerületben 66 olyan szerhasználó nő vett részt, aki várandós volt vagy legfeljebb 2 éve szült. (A kliensek szociodemográfiai és szerhasználati jellemzői a 6.3. fejezetben olvashatóak.)

A program a korábbi évek tapasztalatai, illetve a kliensigények alapján kialakított és továbbfejlesztett három lépcsős modell szerint működött 2011-ben: első lépésként a jelentkező várandós nő vagy legfeljebb 2 éve szült édesanya kapcsolatot vehet fel a Józan Babák önsegítő csoport korábban droghasználó tagjával, aki tájékoztatást nyújt számára a választható szolgáltatásokról. Második lépésként a Józan Babák Klubban álnéven orvosi, jogi, szociális, pszichológiai szolgáltatásokat kereshet fel, kérésére a Józan Babák önsegítő csoport egy tagja kíséri őt. A várandós nő vagy édesanya, ha átlagosan nyolc alkalommal legalább 60 perces szakmai tanácsadáson vesz részt, alkalmanként 3000 Ft (EUR 11)¹⁰⁷ értékű adományt kap motivációs díjként. Harmadik lépésként a szervezet segít felkeresni terhesgondozást (védőnő, háziorvos, szülész-nőgyógyász), vagy a már gyermekkel rendelkező nők számára bármely egészségügyi, szociális, jogi ellátást, ahová - igény szerint - a Józan Babák önsegítő csoport tagja elkíséri.

2011-ben a program látogatói legtöbbször ismerőseik javaslatára érkeztek a Józan Babák Klubba (36 fő), emellett számottevő a más szociális és egészségügyi intézmények javaslatára jelentkezők aránya is (23 fő).

Míg a program látogatóinak egy része egyes nem alacsonyküszöbű egészségügyi és szociális ellátásokat a Józan Babák Klub közreműködésével vett igénybe (32 fő), addig mások már rendelkeztek ellátási kapcsolattal, vagy információ nyújtása után önállóan vették igénybe azt (32 fő). Mindössze 2 fő olyan várandós nő volt, aki egészen a szülésig nem került kapcsolatba sem a terhesgondozás, sem más szakellátás szereplőivel. (Józan Babák Klub 2012)

A Józan Babák Klub munkatársai és más szervezetekből csatlakozott szakemberek együttes munkájának eredményeként 2011-ben megjelent a „Gyermekvállalás és droghasználat”¹⁰⁸ című könyv, amely többek között tartalmazza a szakértők által alacsonyküszöbű szolgáltatók részére megfogalmazott szakmai ajánlást¹⁰⁹ a témában.

Pszichiátriai komorbiditás kezelése

2011-ben az NCSSZI Pszichiátriai Módszertani Munkacsoportja elkészített egy módszertani segédanyagot kettős diagnózisú betegek ellátásához „Kettős diagnózis – Pszichiátriai zavarok és a szenvedélybetegség kezelése különös tekintettel a családi rendszerre” címmel.

Következtetések

2011-ben a tűcsere programokban jelentősen megnőtt mind az osztott és hozott+gyűjtött fecskendők, mind a kliensek és a kontaktok száma, a becserelési arány 72%-ra emelkedett. A növekvő trend többek között az intravénás szerhasználók steril eszközök iránti megnövekedett igényének tudható be, amelynek fő okai az új pszichoaktív szerek injektálásnak terjedése, illetve az ezekre a szerekre jellemző gyakoribb injektálás voltak. A steril eszközök iránti megnövekedett kereslet finanszírozási okokból a legnagyobb forgalmú programokat az alkalmanként elvihető fecskendő mennyiség korlátozására kényszerítette. Budapesten a VIII. kerületben 2011-ben is folytatódott a Józan Babák Klub „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” című programja, illetve a legnagyobb budapesti

¹⁰⁷ Az összeg a 2011-es hivatalos euró középárfolyam (1€ = 277,7Ft) szerint került kiszámításra.

¹⁰⁸ <http://www.scribd.com/doc/85098133/Gyermekvallalas-es-droghasznalat-Kalo-Zsuzsa-Oberth-Jozsef>

¹⁰⁹ <http://jozanbabakterhesgondozas.blogspot.hu/p/szakmai-ajanlas.html>

túcsere program csak női kliensekre szabott speciális szolgáltatásokkal kiegészített programja.
2011-ben megjelent a „Gyermekvállalás és droghasználat” című szakmai ajánlás alacsonyküszöbű szolgáltatások részére.

8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ¹¹⁰

8.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

2011-ben nem készült célzottan a kábítószer-fogyasztók társadalmi kirekesztettségét vizsgáló széles körű kutatás. A kezelésbe lépő kliensekről rendelkezésre álló információk alapján a TDI adatbázisból származtatott adatok segítségével mutatjuk be.

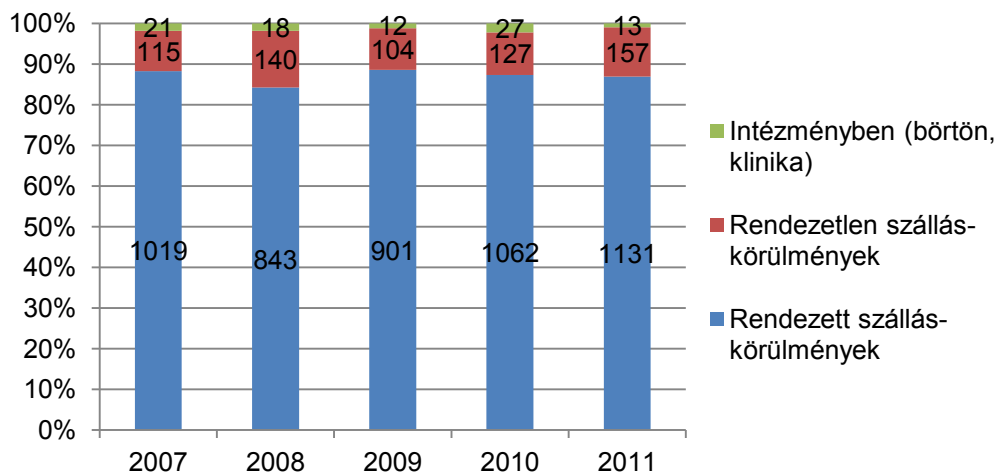
8.2. TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉG

A kezelési adatok a 2011-ben kezelést kezdő kliensek adatait tartalmazzák, akik nem elterelésben – tehát nem a büntetőeljárás alternatívájaként választható ellátási programban – vettek részt.

Lakhatás

A kezelési adatbázis 1301 kliensről rendelkezett információval 2011-ben a lakhatási körülményekre vonatkozóan. A 2011-ben kezelésben megjelenő kliensek 86,9%-a, 1131 fő élt rendezett szálláskörülmények között, ami lényegében megegyezik a korábbi években tapasztaltakkal (2010-ben 87,3%, 2009-ben 89%).

31. ábra. Lakhatási körülmények a kezelésbe lépők körében 2007-2011 között (fő)



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2012b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

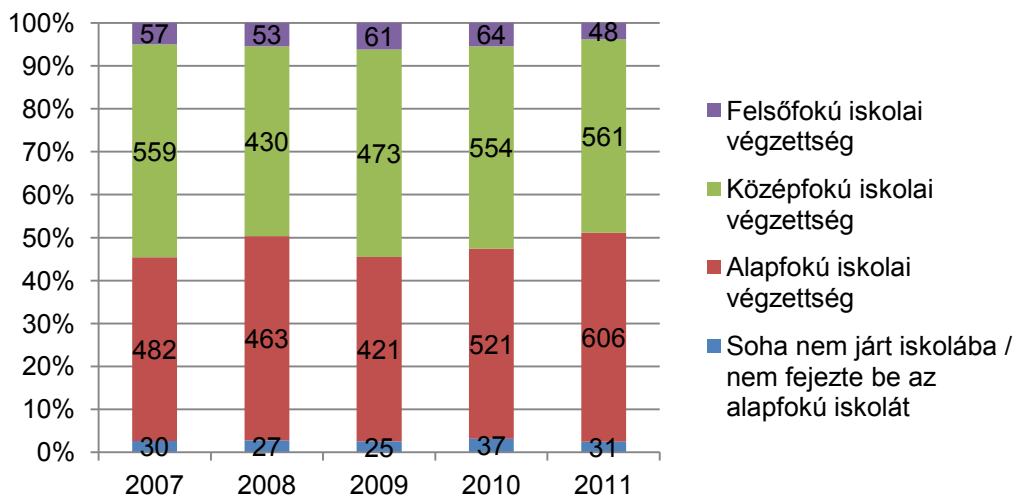
Iskolai végzettség

2011-ben a kezelésbe lépő kliensek 2,5%-a, 31 fő alacsony végzettséggel sem rendelkezett, ami változatlan helyzetet mutat a korábbi évekkel összevetve. Alacsony végzettsége a kliensek 48,6%-ának, 606 főnek volt, mely valamivel magasabb mint a megelőző évben tapasztalt (2010-ben 44,3%). A 2009-ben tapasztalt jelentősebb csökkenés óta immár harmadik éve növekszik az alacsony végzettséggel rendelkezők aránya a kezelték körében. Középfokú végzettséggel 45%, 561 fő rendelkezett (2010-ben 47,1%, 2009-ben 48%), így tehát az alacsony végzettséggel rendelkezők arányának növekedésével párhuzamosan csökken a középfokú végzettséggel rendelkezők aránya. Igaz ez a felsőfokú végzettséggel

¹¹⁰ A fejezet szerzője: Horváth Gergely Csaba, Péterfi Anna

rendelkezők arányára is: 2011-ben a kezelésbe lépők 3,8%-a, 48 fő rendelkezett felsőfokú végzettséggel, arányuk a korábbi években rendre magasabb volt, 5-6% között mozgott.

32. ábra. Befejezett iskolai végzettség a kezelésbe lépők körében 2007-2011 között (fő)

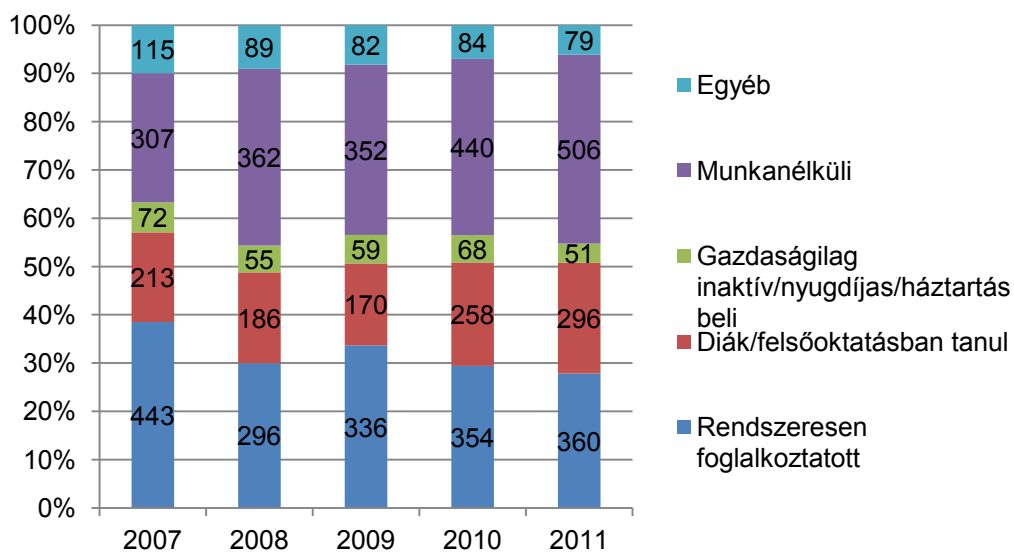


Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2012b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Munkaügyi státusz

A 2011-ben kezelésbe lépő kliensek 27,8%-a, 360 fő volt rendszeresen foglalkoztatott, arányuk az utóbbi években monoton csökkenést mutat (2010-ben 29,4%, 2009-ben 33,6%). A tanulók/hallgatók aránya 22,9% (296 fő), itt inkább lassú emelkedés figyelhető meg (2010-ben 21,4%, 2009-ben 17%). A munkanélküliek arányára stagnálás volt jellemző korábban (2010-ben 36,5%, 2009-ben 35,2%), míg 2011-ben arányuk kis mértékű növekedést mutat, 39,2% (506 fő) volt. A kliensek 6,1%-a nem volt besorolható az alábbi kategóriákba.

33. ábra. Munkaügyi státusz a kezelésbe lépők körében, 2007-2010 között (fő)

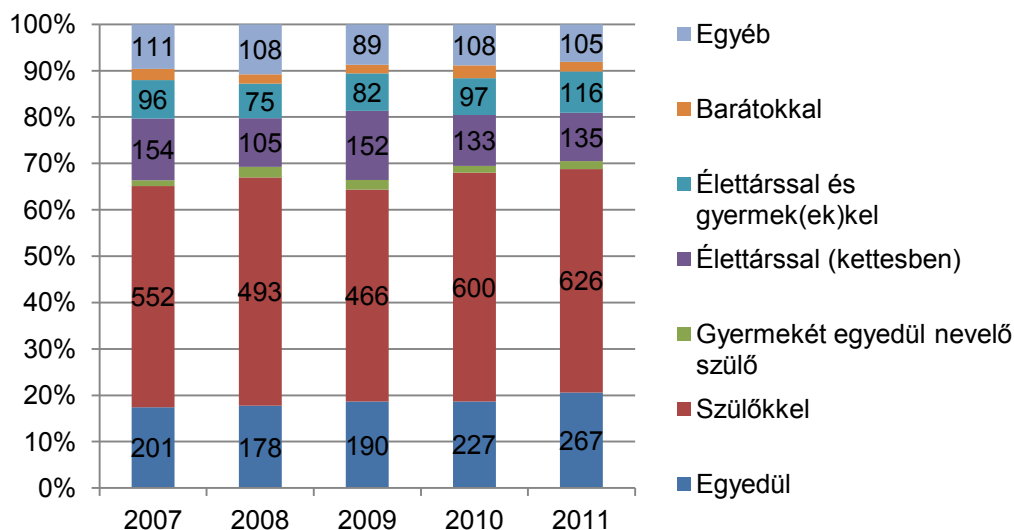


Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2012b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Szociális kapcsolatok

A 2011-ben kezelést kezdő kliensek 20,6%-a, 267 fő egyedül élt, ez az arány nem mutat jelentős változást a korábbi évekhez képest (2010-ben 18,6%, 2009-ben 18,6%). A kliensek legnagyobb része, 48,2%-a (626 fő) szüleivel élt, arányuk évek óta stabil. További jelentősebb részt képez még az „élettárssal kettesben” élők aránya, ez a mutató 2011-ben 10,4% volt, a korábbi évekhez viszonyítva jelentős változás nem történt. Élettárssal és gyermekkel együtt a kliensek 8,9%-a, 116 fő élt 2011-ben. Rendre 2% körül alakult a „gyermekét egyedül nevelő szülő” és a „barátokkal élő” kliensek aránya az elmúlt években.

34. ábra. Társas együttélés megoszlása a kezelésbe lépők körében, 2007-2011 között (fő)



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2012b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

8.3. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ

Nincs új információ.

Következtetések

2011-ben a TDI adatbázisban szereplő kliensek szociális dimenzióinak tekintetében lényeges változás nem történt a korábbi évekhez viszonyítva.

9. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS, KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE ÉS A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI SZERVEZET¹¹¹

9.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények és a bűncselekmények elkövetőinek a nyomozás lezárásakor rögzített adatait 2011-ben is a Legfőbb Ügyészség összesítette, az adatok elemzését a Nemzeti Drog Fókuszpont végezte. (A Legfőbb Ügyészség Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének - ENYÜBS - keretében történő adatgyűjtésről részletesen lásd: 2010-es Éves Jelentés Háttér, előzmények és 9.1. fejezetek.)

A fogvatartottak körében előforduló kábítószer-fogyasztási mintázatok és kockázati magatartások jellemzői a 2010. évi HCV szűrőprogramhoz kapcsolódóan 7. bv. intézetben végzett kutatás eredményei alapján kerülnek bemutatásra (Tarján és Horváth 2012). A kérdezés módszertana a korábbi évek gyakorlatával megegyezően történt (lásd: 2009-es Éves Jelentés 6.1. fejezet), az adatok egy része a 6.2. fejezetben olvasható. A Büntetés-végrehajtási szervezetre vonatkozó további adatok a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága 2011. évre vonatkozó beszámolójából, a TDI adatgyűjtésből illetve egy 2011-ben készült, a szerhasználó fogvatartottak kezelési lehetőségeire vonatkozó kutatásból (Andrási 2012) származnak.

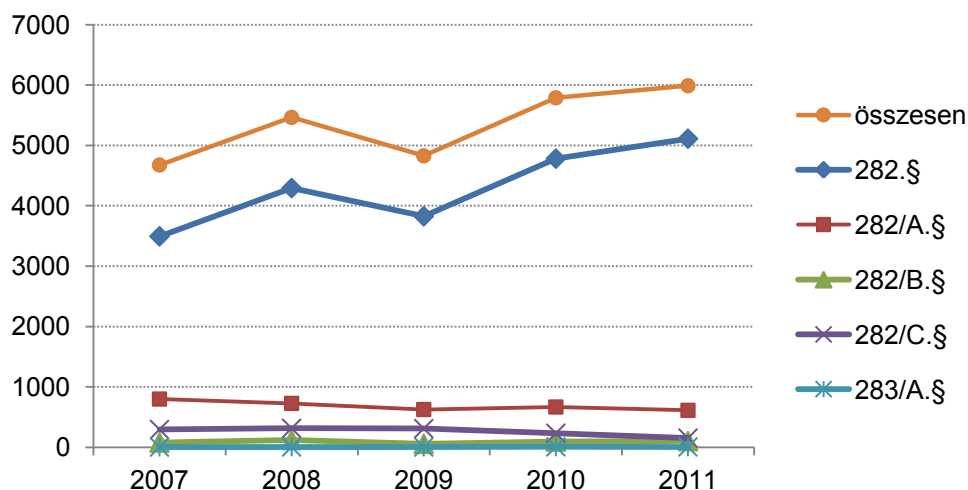
9.2. KÁBÍTÓSZER BŰNÖZÉS

Visszaélés kábítószerrel bűncselekmények

2011-ben hazánkban összesen 5989 visszaélés kábítószerrel bűncselekményt regisztráltak, ami az előző évi 5789 bűncselekményhez képest minimális, 3,5%-os emelkedést jelent. Az összes regisztrált bűncselekmény között a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények aránya 1,3% volt; ez az arány lényegében évek óta változatlan.

¹¹¹ A fejezet szerzői: Péterfi Anna, Port Ágnes, Tarján Anna

35. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma összesen és a Btk. kábítószeres tényállásai¹¹² szerinti bontásban 2007-2011 között



Forrás: ENYÜBS 2012

A 2011-ben regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményekben a büntetőeljárást az esetek 92,3%-ában a Rendőrség valamely szerve kezdeményezte. A fennmaradó 7,7%-ban a büntetőeljárás kezdeményezői között szerepelt a sértett, feljelentési kötelezettség alapján feljelentést tevő más személy, a Vám- és Pénzügyőrség, az Ügyészség, a polgári védelem, illetve különböző büntetés-végrehajtási szervek.

Szertípus szerinti megoszlás¹¹³

A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeket az elkövetés tárgya szerint vizsgálva megállapítható, hogy a bűncselekmények túlnyomó többségét továbbra is kannabisszal követik el (2011: 79,2%). A tavalyi évben az amfetaminnal elkövetett visszaélések az összes visszaélés 8,5%-át tették ki. Az elkövetés tárgyaként a heroin mindössze 3,0%, a kokain 2,5%, az ecstasy 2,2%, a metamfetamin 1,9%-ban szerepelt. Egyéb szer 154 esetben került rögzítésre, ezen belül 40 esetben ketamin, 21 esetben morfin, 13 esetben metadon, 10 esetben GHB, 8 esetben BZP szerepelt az adatlapon.¹¹⁴

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

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

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

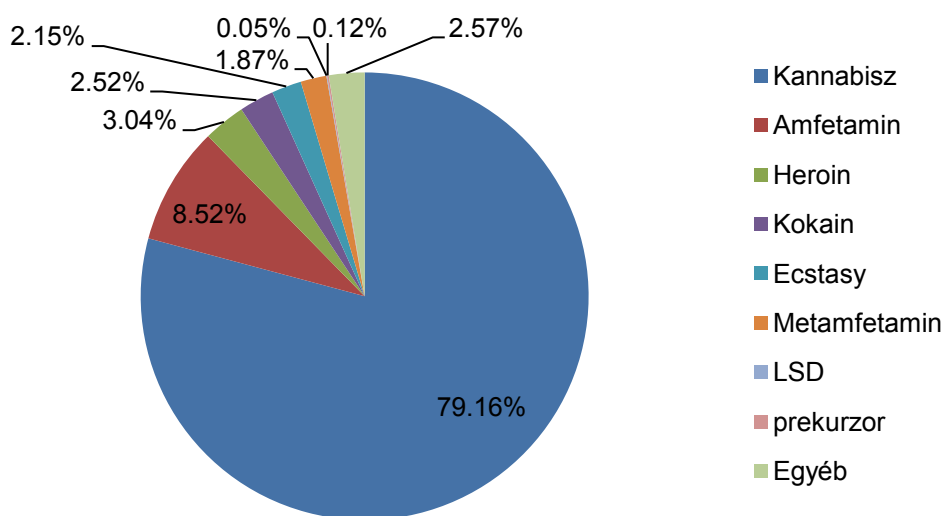
282/C.§ kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói és kereskedői típusú magatartások;

283/A.§ kábítószer prekuzorral elkövetett visszaélések.

¹¹³ Az adatok értékelésénél figyelembe kell venni, hogy a bűncselekmények adatait rögzítő statisztikai lapon csak egy szertípus kerül rögzítésre, és abban az esetben, ha több kábítószerrel is történt visszaélés, nincs egységes előírás arra vonatkozóan, hogy melyik szertípus rögzítendő.

¹¹⁴ Az egyes szertípusokkal való visszaélések számában és arányában a tavalyi évhez képest bekövetkezett változást nem elemizzük, mert 2011-ben az elkövetés tárgya a bűncselekmények teljes körére vonatkozóan rögzítésre került, a korábbi években azonban viszonylag magas volt az aránya azoknak az adatlapoknak ahol a bűncselekményhez kapcsolódóan szertípus nem került rögzítésre.

36. ábra. A 2011-ben regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények az elkövetés tárgya szerinti bontásban



Forrás: ENYÜBS 2012

Elkövetői magatartások

Az elkövetői magatartásokat szerítípus szerint vizsgálva elmondható, hogy valamennyi szerítípus esetében a visszaélések több mint 80%-át a fogyasztói típusú visszaélések adták. A fogyasztói típusú visszaélések 79,5%-át, a kereskedői típusú magatartások 77,3%-át kannabisszal követték el. A második „legnépszerűbb” szer az amfetamin volt: fogyasztói oldalon a bűncselekmények 8,7%-át, kereskedői oldalon 7,1%-át ezzel a szerrel követték el.

Az összes regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény között a fogyasztói típusú magatartások aránya 87% (5231 eset), a kereskedői típusú tevékenységeké 12% (721 eset) volt. A fennmaradó 1% a következők szerint oszlott meg az egyéb magatartások között: büntetendő előkészületek 10 eset, finanszírozói magatartások 14 eset, kábítószer előállításához szükséges anyag szolgáltatása 13 eset. Az egyéb elkövetői magatartások döntő hányada szintén a kannabiszhoz volt köthető.

17. táblázat. A 2011-ben regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények az elkövetés tárgya és elkövetési magatartások szerinti bontásban

	Fogyasztói	Kereskedői	Előkészület	Finanszírozás	Gyártás	Összesen
Kannabisz	4161	558	9	11	2	4741
Amfetamin	459	51	0	0	0	510
Heroin	154	28	0	0	0	182
Kokain	127	24	0	0	0	151
Ecstasy	104	24	1	0	0	129
Metamfetamin	99	9	0	0	4	112
LSD	3	0	0	0	0	3
egyéb	124	27	0	3	0	154
prekurzor	0	0	0	0	7	7
Összesen	5231	721	10	14	13	5989

Forrás: ENYÜBS 2012

Az előző évhez képest a fogyasztói típusú magatartások száma 5,6%-kal nőtt, míg a kereskedői típusú magatartásoké 9,1%-kal csökkent, így a visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül 2,1%-kal emelkedett a fogyasztói típusú elkövetések aránya.

2011-ben a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények 88,2%-át csekély mennyiségű kábítószerrel követték el (fogyasztói magatartások: 91,5%, kereskedői magatartások: 64,8%). Az előző évhez képest tovább nőtt (6,5%-kal) a csekély mennyiséggel való visszaélések száma, köszönhetően a csekély mennyiséggel történő fogyasztói típusú visszaélések enyhe növekedésének.

Az alapeset szerinti mennyiséggel elkövetett bűncselekmények száma mind a fogyasztói (-20,3%), mind a kereskedői oldalon (-16,7%) csökkent. Összességében mintegy 20%-kal kevesebb eljárás indult alapeset szerinti mennyiséggel elkövetett visszaélés miatt 2010-hez képest és az alapeset szerinti mennyiséggel elkövetett bűncselekmények aránya a visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül 11,1%-ról 8,7%-ra esett vissza.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények mindössze 3,1%-át kitevő jelentős mennyiséggel elkövetett visszaélések száma az előző évhez képest a fogyasztói típusú elkövetések között 21%-kal csökkent, ugyanakkor a kereskedői típusú visszaélések között 42,5%-kal nőtt. A kettő eredőjeként a jelentős mennyiséggel elkövetett visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 5,7%-kal növekedett a tavalyi évhez képest.

18. táblázat. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma és aránya az elkövetési magatartás és a kábítószer mennyisége szerinti bontásban 2011-ben

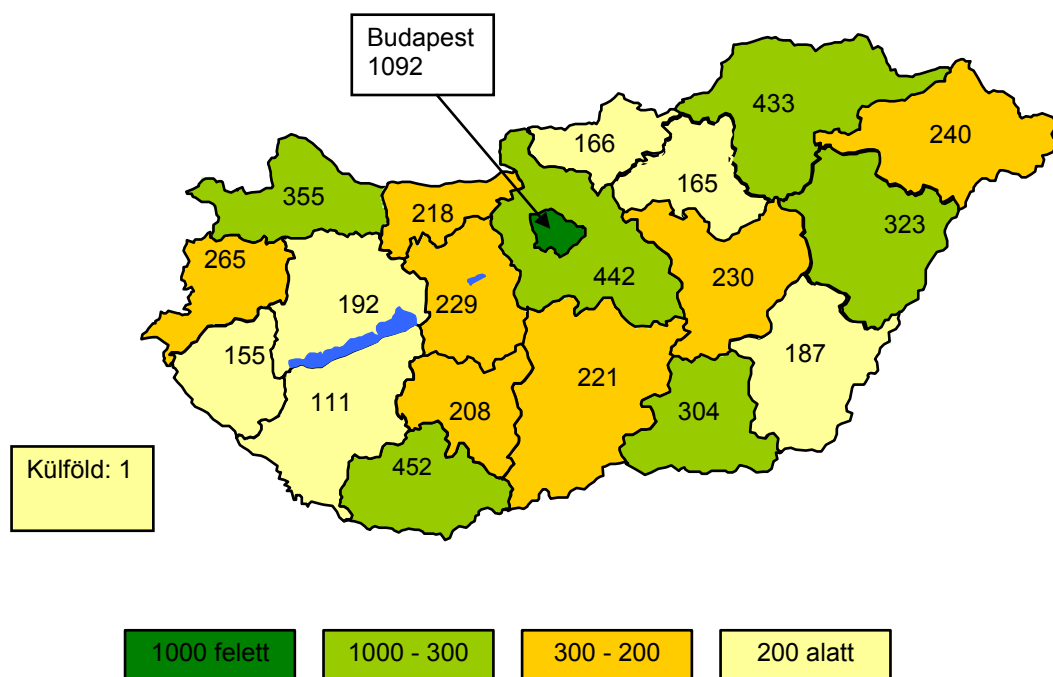
Elkövetői magatartás	Csekély mennyiség		Alapeset		Jelentős mennyiség		Összesen	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Fogyasztói magatartások	4785	91,5	365	7,0	81	1,6	5231	100
Kereskedői típusú magatartások	467	64,8	150	20,8	104	14,4	721	100
Összesen	5252	88,2	515	8,7	185	3,1	5952	100

Forrás: ENYÜBS 2012

Az elkövetés helye

A legnagyobb számú visszaélés kábítószerrel bűncselekményt a tavalyi évben is Budapesten, illetve Pest, Baranya, Borsod-Abaúj-Zemplén és Győr-Moson-Sopron megyében követték el. A bűncselekmények mintegy ötödét a fővárosban követték el, a Budapesten és Pest megyében elkövetett bűncselekmények együttesen a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények negyedét tették ki. A megyék közül 20% fölött volt a bűncselekmény számában tapasztalható növekedés mértéke Veszprém, Vas és Hajdú-Bihar megyékben.

4. térkép. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma megyék szerinti bontásban 2011-ben



Forrás: ENYÜBS 2012, Nemzeti Drog Fókuszpont

Az elkövetők

2011-ben az 5989 rendbeli visszaélés kábítószerrel bűncselekményhez kötődően 5594 elkövetőt regisztrált a bűnügyi statisztika¹¹⁵, az elkövetők száma 5,7%-kal több volt, mint 2010-ben. Az elkövetők száma a bűncselekmények számánál (+3,5%) valamivel nagyobb mértékben emelkedett, ugyanakkor a növekedés mértéke nem érte el a 2010-ben tapasztalható 20,7%-os mértéket.

Nemek és életkor szerinti megoszlás

A 2011-ben regisztrált kábítószerrel való visszaélést elkövetők nemek szerinti megoszlása nem változott számottevően az elmúlt évekhez képest.

Az elkövetők életkor szerinti megoszlását tekintve, a tavalyi évhez képest jelentősen, 11,6%-ról 18,4%-ra nőtt a fiatalok aránya a regisztrált elkövetők között. Ezzel párhuzamosan a 19-24 évesek aránya csökkent, bár jóval kisebb mértékben, 13%-kal. A többi korcsoport arányában nem volt számottevő változás az előző évhez képest.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 82%-a 30 év alatti volt, akárcsak 2010-ben.

¹¹⁵ 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.

37. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkor szerinti megoszlása, 2007 és 2011 között



Forrás: ENYÜBS 2012, Nemzeti Drog Fókuszpont

Iskolai végzettség szerinti megoszlás

Az elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlása az előző évekhez hasonlóan alakult: az elkövetők 0,3%-a nem rendelkezett iskolai végzettséggel, általános iskolai végzettséggel 44,5%-uk, középiskolai végzettséggel 43,4%-uk, felsőfokú végzettséggel 1,9%-uk rendelkezett.¹¹⁶

Előélet szerinti megoszlás

A tavalyi évhez hasonlóan, a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők csaknem háromnegyede büntetlen előéletű volt. A büntetett előéletűek között a nem visszaesők aránya 69% volt.

19. táblázat. Az elkövetők előélet szerinti megoszlása 2011-ben

Előélet	Fő	%
Büntetlen	4013	71,7
Büntetlen, de intézkedés hatálya alatt áll	149	2,7
Összes büntetett előéletű	1432	25,6
Ebből:		
többszörös visszaeső	87	1,6
különös visszaeső	195	3,5
visszaeső	161	2,9
nem visszaeső bűnismétlő	989	17,7

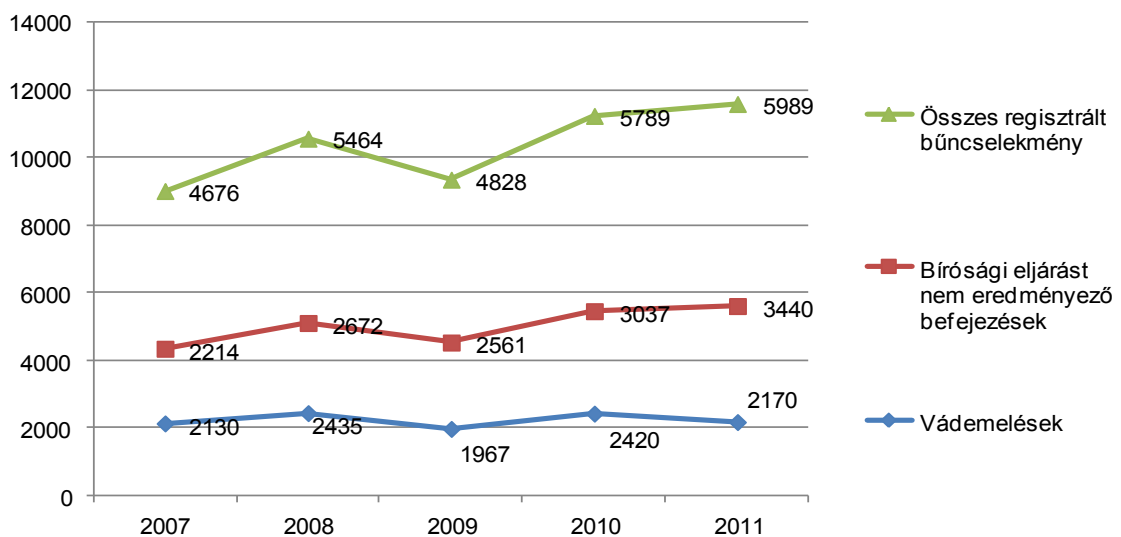
Forrás: ENYÜBS 2012

¹¹⁶ A megoszlások összege azért nem adja ki a 100%-ot, mert az elkövető a statisztikai lap kitöltésekor nem köteles nyilatkozni iskolai végzettségéről.

Vádemelés elhalasztása

A vádemeléssel végződő nyomozások aránya visszaélés kábítószerrel bűncselekmények miatt indított eljárások között az elmúlt évben tovább csökkent (2011: 36,2%, 2010: 41,8%), párhuzamosan a bírósági eljárást nem eredményező befejezések arányának emelkedésével (2011: 57,4%, 2010: 52,5%). A vádemelést nem eredményező befejezések között 2007 óta folyamatosan nő a büntethetőséget megszüntető egyéb ok címen történő befejezések aránya (2011: 43,1%), és visszaszorul a megrovás (2011: 1,7%), illetve a vádemelés elhalasztásának (2011: 55,2%) alkalmazása.¹¹⁷

38. ábra. A bírósági eljárást nem eredményező eljárási formák és a vádemelések száma a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül 2007-2011 között



Forrás: ENYÜBS 2012

9.3. KÖVETKEZMÉNYBŰNÖZÉS – A KÁBÍTÓSZER HATÁSA ALATT TÖRTÉNŐ BŰNELKÖVETÉS

2011-ben a kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövetők száma 4253 volt, 90%-uk (3815) visszaélés kábítószerrel bűncselekményt követett el. A kábítószer hatása alatt elkövetett egyéb bűncselekmények legnagyobb hányadát (37,2%) a vagyon elleni bűncselekmények tették ki. Kábítószer hatása alatt közlekedési bűncselekményt (jellemzően járművezetést bódult állapotban) 119-en (27,2%) követtek el. Személy elleni bűncselekményt 42-en (ebből testi sértés: 19, befejezett emberölés: 5, emberölés kísérlete: 3), garázdaságot 40-en követtek el.

¹¹⁷Ennek háttérében a büntetőeljárás szabályok 2006. évi LI. Törvény által történt módosítása áll, ami lehetővé tette, hogy a bűncselekmény elkövetését követően, de a vádemelés elhalasztását megelőzően megkezdett elterelés a büntethetőséget megszüntető ok megállapítását eredményezze, függetlenül attól, hogy a vádemelés elhalasztására mikor kerül sor.

20. táblázat. Kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövetők megoszlása 2011-ben

Kábítószer hatása alatt elkövetett bűncselekmény megnevezése	Elkövetők száma	Elkövetők aránya a nem visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők között	Elkövetők aránya az összes kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövető között
Vagyon elleni bűncselekmények	163	37,2%	3,8%
Közlekedési	119	27,2%	2,8%
Személy elleni	42	9,6%	1,0%
Garázdaság	40	9,1%	0,9%
Egyéb	74	16,9%	1,7%
Összesen	438	100%	10,3%
Visszaélés kábítószerrel	3815		89,7%
Mindösszesen	4253		100%

Forrás: ENYÜBS 2012

9.4. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE

A legtöbb kábítószer-bűnözés megelőzését célzó program drogprevenciós programok részeként vagy általános bűnmegelőzési programok részeként kerül lebonyolításra.

A korábban a bűnmegelőzési programok koordinálásáért és pályázatok kiírásáért felelős Országos Bűnmegelőzési Bizottság 2011 áprilisában megszűnt, feladatait az 1087/2011 (IV.12.) Kormányhatározat értelmében a Nemzeti Bűnmegelőzési Tanács vette át. A Tanács feladata egy új társadalmi bűnmegelőzési stratégia kidolgozása és a stratégia megvalósításának összehangolása.

2011-es évben a rendőrség bűnmegelőzési előadói mintegy 34.000 általános iskolához és 4500 középiskolához jutottak el a tematikus iskolai programok (DADA, Ellen-SZER) keretében. Mindkét programban egyik elem a kábítószerekkel kapcsolatos megelőző, ismeretátadó és interaktív foglalkozás. Ezen felül a területi szervek számos esetben tesznek eleget olyan felkéréseknek, amelyek kifejezetten a drogprevenció témaköréhez kapcsolódnak, vagyis megjelennek oktatási, gyermekvédelmi intézetekben, valamint idősklubokban, szülői csoportokban és más rendezvényeken. Az ORFK képzési tervének megfelelően 2011 szeptemberében lezajlott a DADA és az ELLEN-SZER programokba újonnan belépő rendőrök alapképzése, összesen 54 fő részvételével (BM 2012).

A Budapesti Rendőr-főkapitányság NE TEDD! NE TÚRD! című, iskolai erőszakkal kapcsolatos projektje részeként interaktív drámaelőadások keretében (Interaktív Police roadshow) mutatták be, hogyan kerülhetnek a fiatalok veszélyhelyzetekbe, mi történik, ha rendőri intézkedés alá vonják őket, milyen veszélyei vannak az ittas, vagy bódult állapotban történő vezetésnek (BRFK 2012).

A SZIGET fesztiválon a rendőrség évek óta bűnmegelőzési sátrat állít fel, ahol a résztvevőkkel a drogok, és kiemelten az alkohol veszélyeiről beszélgetnek.

A BRFK szintén iskolai osztályok részére szervezett, a Rendőrség-történeti Múzeumban tárlatvezetéssel egybekötött, interaktív előadásainak is részét képezte a drogprevenció. Bár

a témákat az iskolák választják meg az igényeiknek megfelelően, az előadások mintegy 90%-ában szerepel a drogmegelőzés.

Az Életrevaló Karitatív Egyesület¹¹⁸ és a BRFK együttműködésében szervezett drogpreevenció kisfilm-készítő verseny 2011-ben országossá bővült. Két kategóriában pályázhattak a 35 éven aluli fiatalok, 5 perces illetve 40 másodperces filmekkel, bármilyen filmes műfajban vagy technikai eszköztárral. Az ország 22 településéről, 102 alkotó és számtalan szereplő részvételével összesen 35 film érkezett. A nyertes pályaműveket DVD-n sokszorosították és eljuttatták a rendőrkapitányságok részére, illetve a velük kapcsolatba kerülő civil szervezetekhez. (BRFK 2012)

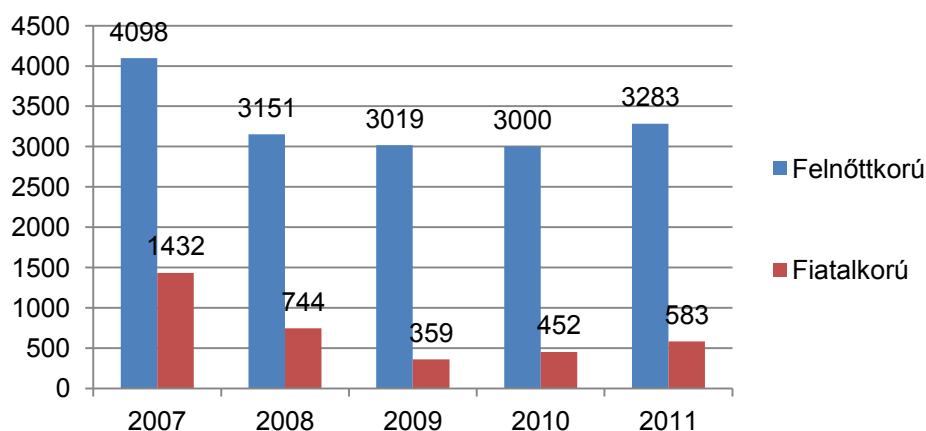
9.5. BEAVATKOZÁSOK A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYÉBEN

Elterelés intézménye

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelt adatainak részletes elemzése az 5.3. fejezetben olvasható. A büntetés-végrehajtás intézményein belül kezelt eltereltek adatai a 9.7. fejezetben kerülnek bemutatásra.

Az eltereltek esetében továbbá feladatokat lát el az Igazságügyi Hivatal Pártfogó Felügyelői Szolgálat. (A tevékenység részletes leírását lásd: 2010-es Éves Jelentés 9.3. fejezet.) 2011-ben enyhén nőtt a pártfogó felügyeletek száma, mind a fiatalok mind a felnőttek körében, amely tükrözi a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkor szerinti eloszlásának alakulását.

39. ábra. Az adott évben, folyamatban lévő kábítószerrel való visszaélésekkel kapcsolatos pártfogó felügyeletek száma, 2007-2011 között



Forrás: KIMISZ 2012

Egyéb beavatkozások a büntetés-végrehajtási intézetekben

Prevenció

A 31 bv. intézet közül 2011-ben továbbra is 25 bv. intézetben, összesen 372 férőhellyel működött prevenció körlet, illetve részleg (lásd: 2011-es Éves Jelentés, 11.3. fejezet) az önként jelentkező fogvatartottak számára. Az itt elhelyezettek átlagos létszáma országosan 260-270 fő között alakult. A fogvatartottak elhelyezésére külön zárkákban vagy körleten kerül sor.

2011-ben 15 bv. intézetben 13 civil szervezet közreműködésével valósult meg kábítószer-prevenció a KAB-ME-11-C pályázati lehetőség (lásd: 1.4. fejezet) igénybevételével.

¹¹⁸ Forrás: <http://www.eletrevaloegyesulet.gportal.hu/>

A TÁMOP 5.2.5 prioritásban a gyermekek és fiatalok társadalmi integrációját segítő projekt segítségével egy bv. intézetben¹¹⁹ a kábítószer prevenció keretében személyiség- és kompetenciafejlesztő foglalkozásokat szerveztek.

2011-ben megjelent a Váltóság Alapítvány „Drogprevenció és kezelés a büntetés-végrehajtásban” című szakkönyve (Váltóság Alapítvány 2012), amely az alapítvány, illetve további hat, bv. intézetekben tevékenykedő civil szervezet bevált gyakorlatait is bemutatja.

9.6. KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT ÉS PROBLÉMÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT A BÖRTÖNEN

Fogyasztási mintázatok, kockázati magatartások

A 2010-ben, 7 bv. intézetben zajló hepatitis C szűrőprogramhoz kapcsolódó kábítószer-használatot, illetve kockázati magatartásokat felmérő vizsgálat (Tarján és Horváth 2012) (módszertani, fertőzöttségi és szerhasználati adatokat lásd 6.2. fejezetben) eredményei szerint a teljes mintából kiszűrt 49 HCV fertőzött fogvatartott közül 45 fő használt már valaha intravénásan kábítószer. A valaha intravénás szerhasználó fogvatartottak (189 fő) 41%-a használt már valakivel közösen fecskendőt életében. A fecskendőt megosztók körében 40%-os, míg a nem megosztók körében 12%-os volt a HCV prevalencia. Injektáló segédeszközét a szerhasználó fogvatartottak 49,7%-a osztotta meg valaha. Az eszközt megosztók 33,7%-a, míg a nem megosztók 12,9%-a volt hepatitis C fertőzött. A kockázati magatartás mindkét esetben szignifikáns kapcsolatot mutatott a hepatitis C fertőzöttséggel.

A vizsgálatban részt vett összes fogvatartott (1048 fő)¹²⁰ 65,5%-a rendelkezett tetoválással, a megkérdezettek 12,5%-a a börtönben szerezte utolsó tetoválását. A tetoválással rendelkezők 6,3%-a (42 fő), míg a tetoválással nem rendelkezők 2,3%-a (8 fő) volt hepatitis C fertőzött (a teljes minta HCV fertőzöttsége 4,8%). Csak a tetovált fogvatartottakat vizsgálva tovább megállapítható, hogy azok körében, akik az intézetben szereztek utolsó tetoválásukat 3,9%-os (5 fő) volt a fertőzöttség. Bár sem a valaha történt tetoválás, sem az intézetbeli tetoválás nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a HCV fertőzöttséggel, elmondható, hogy a HCV fertőzöttek (50 fő) 84%-a (42 fő) rendelkezett tetoválással, és 10%-uk utoljára a bv. intézetben tetováltatta magát.

A megkérdezett fogvatartottak 89,5%-a a börtönön kívül, míg 2,5%-a utoljára a bv. intézetben létesített szexuális kapcsolatot, közülük 16% használt csak az utolsó együttléte során óvszert. Azok közül, akik utoljára a bv. intézetben létesítettek szexuális kapcsolatot (26 fő) 20 fő nem használt az utolsó együttléte során óvszert.

A Budapesti Fegyház és Börtönben végzett kutatásban (Andrási 2012) részt vevő szerhasználó fogvatartottakra vonatkozó adatokat lásd a 9.7. fejezetben.

Kábítószerhez való hozzáférhetőség a börtönben

A BVOP jelentése szerint (BVOP 2012) a kábítószergyanús anyagok előtalálásának száma minimálisan nőtt. Míg 2010-ben 76 esetben 73 fogvatartottnál, addig 2011-ben 81 esetben 82 fogvatartottnál találtak kábítószergyanús anyagot¹²¹ a bv. intézetekben. A kábítószergyanús anyagokat jellemzően csomagban (30 eset), a zárkában (20 eset), illetve személyi motozás (16 eset) során derítették fel, 6 esetben a befogadás során foglalták le.

A bv. intézetekben 2010-ben zajlott hepatitis C szűrőprogramhoz kapcsolódó kábítószer-használatot, illetve kockázati magatartásokat felmérő kutatás (Tarján és Horváth 2012, módszertant lásd: 6.2. fejezet) során felmérésre került a kábítószeres börtönön belüli hozzáférhetősége. A válaszadók (800 fő) 59,1%-a úgy vélte, hogy az intézményben a kábítószerhez való hozzáférés lehetetlen. Nagyon nehéznek 14,1%, közepesen nehéznek

¹¹⁹ Baranya Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet

¹²⁰ A tetoválással kapcsolatos kérdésre 1032 fő válaszolt.

¹²¹ A kábítószeres típusáról nincs pontos információ.

16,6% tartotta, míg a fogvatartottak csupán 3,3%-a vélte könnyűnek és 9,9%-a nagyon könnyű a börtönbeli hozzáférést.

9.7. A KÁBITÓSZER-HASZNÁLAT EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEIRE ADOTT VÁLASZOK A BÖRTÖNBEN

Kezelés

A BVOP jelentése szerint 2011-ben függőséget gyógyító kezeléssel az igazolást 42-en vették át, 11 kezelés félbe szakadt. Kábítószer-használatot kezelő más ellátásról igazolást 44-en kaptak, 15 kezelés szakadt félbe. Megelőző-felvilágosító szolgáltatásról az igazolást 81-en vették át, 57 személynél a kezelés félbeszakadt. (BVOP 2012)

A bv. intézetekben kezelést megkezdők száma és jellemzői

A TDI adatok alapján összesen 167 fogvatartott kezelését kezdték meg 2011 során valamilyen kábítószer-problémához köthetően. A kezelést igénylő fogvatartottak 70%-a (104 fő) első alkalommal kezdett kábítószer-problémája miatt kezelést, 30% (45 fő) állt már korábban kezelés alatt (további 18 fő esetében nem ismert a kezelési múlt). A kezelést kezdők mindegyike elterelés keretében (vagyis még fogvatartásukat megelőzően elkövetett kábítószerrel összefüggő csekély mennyiségű, vagy függő használó esetén jelentős mennyiséget el nem érő, saját használatra szánt kábítószer birtoklás miatt), a büntetés elkerülése érdekében vett részt a kezelő/ javallott prevenciós beavatkozásokban. Tekintve, hogy az összes jelentett fogvatartott a büntetőeljárás alternatívájaként kezdett kezelési/javallott prevenciós programban részt venni, a fogvatartottak valódi, kábítószer-használatból eredő kezelési igényével kapcsolatban keveset árulnak el ezek az adatok.

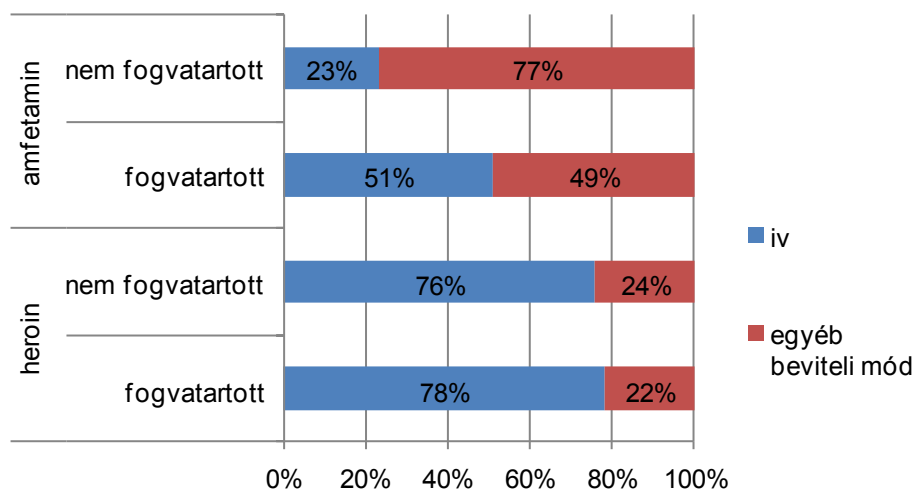
Szociodemográfiai jellemzőket tekintve a fogvatartott kliensek 93%-a férfi (154 fő) és 7%-a (11 fő) nő.¹²² A legtöbb kezelést kezdő a 25-29 (28%), a 20-24 (24%) és a 30-34 (20%) év közötti korosztályba tartozott. Átlagéletkoruk 28,6 év volt. 86%-uk (136 fő) rendelkezett legfeljebb alapfokú végzettséggel. A középfokú végzettséggel rendelkezők aránya 13% (20 fő) volt, felsőfokú végzettséggel 1 fő rendelkezett.

E kezelték szerhasználati mintázatát tekintve 47%-uk (78 fő) kannabisz-, 25% (41 fő) opiát-, 25% (41 fő) stimuláns-fogyasztó, és további 3%-uk (7 fő) valamilyen egyéb szert jelölt meg a fogvatartás előtt fogyasztott elsődleges szerként. 56%-uk (90 fő) jellemzően elszívta, 29% (47 fő) injektálta, 9% (14 fő) orra szippantva, 6% (9 fő) pedig szájon át fogyasztotta a szert¹²³. Az amfetamin-használók esetében lényegesen nagyobb a szert (a fogvatartást megelőzően) intravénásan fogyasztók aránya a bv. intézetekben kezelték körében (51%), mint a bv. intézeteken kívülieknél (23%). A heroin esetében hasonló az injektálók aránya a két populációban (fogvatartott 78%, nem fogvatartott 76%).

¹²²További két esetben ismeretlen a kezelt neve.

¹²³ 7 fő esetében nem ismert a beviteli mód

40. ábra. Beviteli mód szerinti megoszlás amfetamin és heroin használók körében bv intézetekben és azon kívül kezelést kezdők esetében 2011-ben (%)



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2012b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Szubsztitúciós kezelés

A Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciája és Nemzeti Drog Fókuszpont által közösen végzett kiegészítő adatgyűjtés szerint a 12 szubsztitúciós kezelést végző szolgáltató 2011-ben nem kezelt előállított fogvatartottat. (A fogvatartottak számára biztosított szubsztitúciós kezelés részletesebb bemutatását lásd 2011-es Éves Jelentés, 11.3 fejezet.)

Kezelési igényekre adott válaszok

2011-ben kutatás készült „Droghasználók és terápiás lehetőségek a fogvatartottak körében” címmel (Andrási 2012), amelyben 60 fő kábítószer-fogyasztó elítélt¹²⁴ vett részt a Budapesti Fegyház és Börtönből. A kérdőívet kitöltő fogvatartottak átlagéletkora: 35,5 év volt. 49 fő használt már valaha kannabiszt, 37-37 fő amfetamint, illetve kokaint, 31 fő ecstasyt, 23 fő heroint, 21 fő LSD-t, 7 fő metadont, 4 fő mefedront. A válaszadók közül 26-an intravénásan is fogyasztottak már valaha kábítószerrel.

46 fő válaszolta azt, hogy a bekerülés után változtak a szerhasználati szokásai, jellemzően nem fogyasztanak már szereket, mivel nem jutnak hozzá. 10 fő azt válaszolta, hogy nem változtak, közülük 6-an a bekerülés előtt sem voltak rendszeres használók.

A kérdőívet kitöltő fogvatartottak közül 42-en gondolják úgy, hogy problémát okoz számukra a kábítószer-függőség, azonban bekerülés után csak 29 fogvatartott kért segítséget a börtönben szerhasználata miatt.

A segítségkérésre adott legjellemzőbb válasz (15 eset) a drogprevenciós körleten való elhelyezés volt, ezt követi (5 említéssel) a gyógyszeres kezelés, emellett 1-1 említést kapott a pszichológushoz való beutalás, a csoportfoglalkozás, az elterelés, és a felvilágosítás. A legtöbb válaszadó (29/22 fő) elégedett volt a kapott segítséggel, 4 fő nem. Akik nem adtak egyértelmű választ (3 fő), azt gondolják, hogy a segítség hatékonysága kikerülésük után fog eldőlni, amikor újra hozzájuthatnak kábítószerhez.

A további segítség igényének felmérése során leginkább az egyéni- és a csoportos terápiát említették a fogvatartottak.

¹²⁴ A mintába kerülőket a nevelők választották ki, a kérdőív anonim és önkitöltős volt.

A fertőző betegségek prevenciója, kezelése, gondozása

Védőoltás

A Hepatitis B elleni védőoltás biztosításának háttérét lásd a 2010-es Éves Jelentés 9.5. fejezetében. 2010-ben 47 fogvatartott részesült ilyen védőoltásban.

Tanácsadás

A TÁMOP 6.1.2 prioritásban, a közép-magyarországi régióban 4 bv. intézetben¹²⁵ valósult meg a Váltóság Alapítvány, mint civil szervezeti főpályázó együttműködésével, fogvatartottak és szabadulók egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramja. A program a következő területeken segítette az egészséges életmódhoz szükséges tudás és készségek megszerzését: dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás és ezzel összefüggő fertőző betegségek megelőzése; a lelki egészség védelme és megőrzése; életvezetési kompetenciák; öngondoskodás képességének fejlesztése; családi életre való felkészítés; biztonságos szexuális életre való nevelés. A projekt keretében fenntartható, hosszú távú egészségfejlesztési terv készült, továbbá két tájékoztató kiadványt is kézhez kaptak a résztvevők az AIDS-re és azzal összefüggő kockázati magatartásokra illetve a viselkedési addikciókra vonatkozóan. Az alapítvány 10 héten át, heti 1 alkalommal egészség csoportokat tartott a 4 bv. intézetben, illetve segítő kapcsolatokat épített ki. A projekt által bevontak száma 70 fő volt, a programot végül 56 fő végezte el eredményesen.

Ezen felül a program megvalósítói képzést tartottak a fővárosi bv. intézet személyi állományára 10 alkalommal, 16 fő részvételével, a projekt eredményeinek fenntartása céljából. (Mészáros 2012)

Szűrővizsgálatok

A 2007 óta tartó HIV/HBV/HCV fertőzések megelőzésére irányuló felvilágosító és szűrőprogram 2011-es fertőzöttségi adatait lásd a 6.2. fejezetben. (Az előzményeket lásd a 2009-es és 2010-es Éves jelentés 9.5. fejezetében, illetve a 2011-es Éves Jelentés 11.3. fejezetében.) 2007 és 2011 között összesen 13.879 fogvatartott vérmintáját vizsgálták meg HCV-re, 11.016 főjét HBV-re, és 12.421 főjét HIV-re. Eddig a 31 bv. intézetből 29 vett részt a szűrőprogramban. (BVOP 2012)

A büntetés-végrehajtás intézményein belül TBC szűrés is elérhető, 2011-ben 18.013 főt szűrtek meg (adatokat lásd: 6. 2. fejezet).

Kezelés, Gondozás

A kiszűrt és a terápiás kritériumoknak is megfelelő HBV és HCV betegek gyógykezelése megkezdődött, illetve folytatódott, a többieket gondozásba vették. 2011-ben a BVOP nem szolgáltatott adatot azzal kapcsolatban, hogy hány HBV és HCV fertőzött állt kezelés alatt. A fogvatartottak HIV/HCV/TBC kezelésének leírását lásd a 2009-es Éves jelentés 9.5. fejezetében.

A HIV fertőzöttek és kezelték száma a fluktuáció miatt változó, a szám 10-15 fő között mozgott 2011-ben.

A frissen kiszűrt aktív TBC betegek esetében (17 fő) a kezelések megtörténtek.

¹²⁵ Fővárosi Büntetés-végrehajtási Intézet; Márianosztrai Fegyház és Börtön; Váci Fegyház és Börtön; Fiaalkorúak Büntetés-végrehajtási Intézete, Tököl.

9.8. A KÁBITÓSZER-FOGYASZTÓK REINTEGRÁCIÓJA A SZABADULÁS UTÁN

A Váltósáv Alapítvány 2010-ben információs kiadványt jelentett meg „Praktikus ismeretek szabaduláskor” címmel a szabaduló fogvatartottak részére. Továbbá 2011-ben „BE/KI/ZÁRVA – Fogvatartottak és szabadultak társadalmi és munkaerőpiaci beilleszkedése” címmel szakkönyvet publikált, amely a témában bevált gyakorlatokat, esettanulmányokat mutatja be, illetve szakmai ajánlásokat fogalmaz meg.

Következtetések

2011-ben mind a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma (5989), mind a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma (5494) enyhe növekedést mutatott az előző év adataihoz képest.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények tárgya az esetek 79,2%-ában kannabisz, 8,5%-ában amfetamin volt. Valamennyi szertípus esetében a visszaélések több mint 80%-át a fogyasztói típusú visszaélések tették ki.

2011-ben a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők között jelentősen, 11,6%-ról 18,4%-ra nőtt a fiatalok aránya.

A 2010-es hepatitis C szűrőprogramhoz kapcsolódó kábítószer-használatot, illetve kockázati magatartásokat felmérő vizsgálat alapján elmondható, hogy a kiszűrt fertőzött fogvatartottak 92%-a intravénás szerhasználói múlttal rendelkezik, amely során szerhasználatukra a kockázati magatartások is jellemzőek voltak.

2011-ben 167 fogvatartott kezdett valamilyen kábítószerrel kapcsolatos kezelő/javallott prevenció programot, mindannyian elterelés keretében.

A Váltósáv Alapítvány 2011-ben fogvatartottak és szabadulók egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramját valósította meg 4 bv. intézetben.

10. KÁBÍTÓSZERPIAC¹²⁶

10.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

2011. január 1-től a korábban a Belügyminisztérium ágazati irányítása alá tartozó Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet (BSZKI) a Rendőrség szervezetébe integráltan működik, az ORFK önálló szerveként. A kábítószergyanús anyagok vizsgálatára 2011-ben a BSZKI volt jogosult, a Vám és Pénzügyőrség korábbi nyomozati jogköre megszűnt, az általuk megtalált kábítószergyanús anyagok esetén az illetékes rendőri szerv folytatta le az eljárást.

A 2009 májusában elindított a „Kritikus kábítószeres hatóanyagtartalmának fokozott monitorozása” projekt (bővebb információ a 2010-es Éves Jelentés 7.1 fejezetében) 2011 júniusában forráshiány miatt felfüggesztésre került, majd 2011 decemberében, a Nemzeti Erőforrások Minisztériuma, a Belügyminisztérium, az Országos Rendőr-főkapitányság és a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet által aláírt megállapodás lehetővé tette a projekt újraindítását, valamint az új pszichoaktív szerekre vonatkozó eredményekkel való kiegészítését.

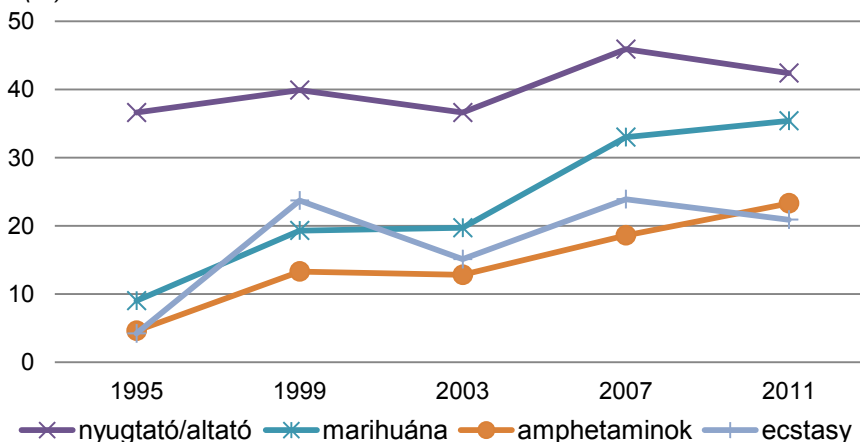
10.2. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT

Hozzáférhetőség

ESPAD 2011

A 2011-ben, 3062 16 éves tanuló bevonásával végzett ESPAD felmérés eredményei szerint (Elekes 2012, bővebben lásd a 2.3. fejezetben) 1995-höz képest jelentősen nőtt a különböző tiltott szerek vélt beszerezhetősége. Közel négyszeresére nőtt azok aránya, akik a marihuánát, és ötszörösére nőtt azok aránya, akik az amfetaminokat illetve ecstasyt könnyen vagy nagyon könnyen beszerezhetőnek tartják. Az orvosi javaslat nélküli nyugtatók/altatók vélt beszerezhetősége szintén enyhén növekedett az elmúlt 16 év egészét tekintve. 2007-hez képest csak a marihuána és az amfetaminok vélt beszerezhetősége nőtt 2,4 illetve 4,7 százalékponttal.

41. ábra. A különböző szereket könnyen vagy nagyon könnyen hozzáférhetőnek tartók aránya a 16 évesek körében (%) 1995-2011 között

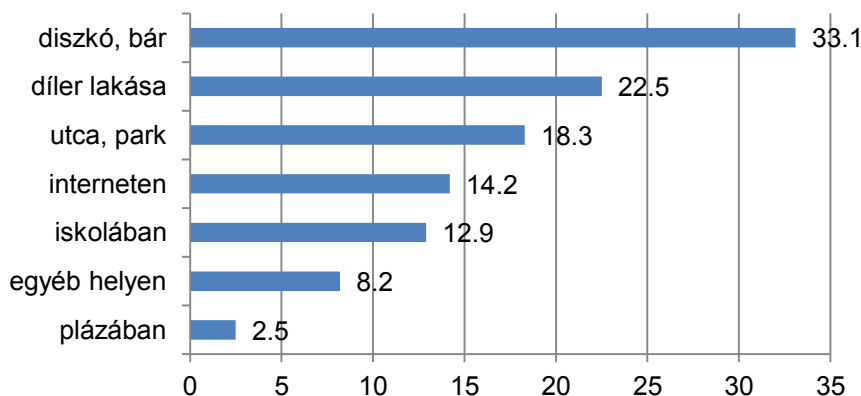


Forrás: Elekes 2012

¹²⁶ A fejezet szerzői: Csesztregi Tamás, Port Ágnes

A megkérdezett diákok 55,3% tudott olyan helyet mondani, ahol véleménye szerint könnyen lehet marihuánához vagy hasishoz jutni, ha szeretne. Legtöbben a diszkót, bárókat és hasonló szórakozóhelyeket említették, illetve sokan gondolták, hogy díler lakásán lehet a legkönnyebben marihuánát beszerezni.

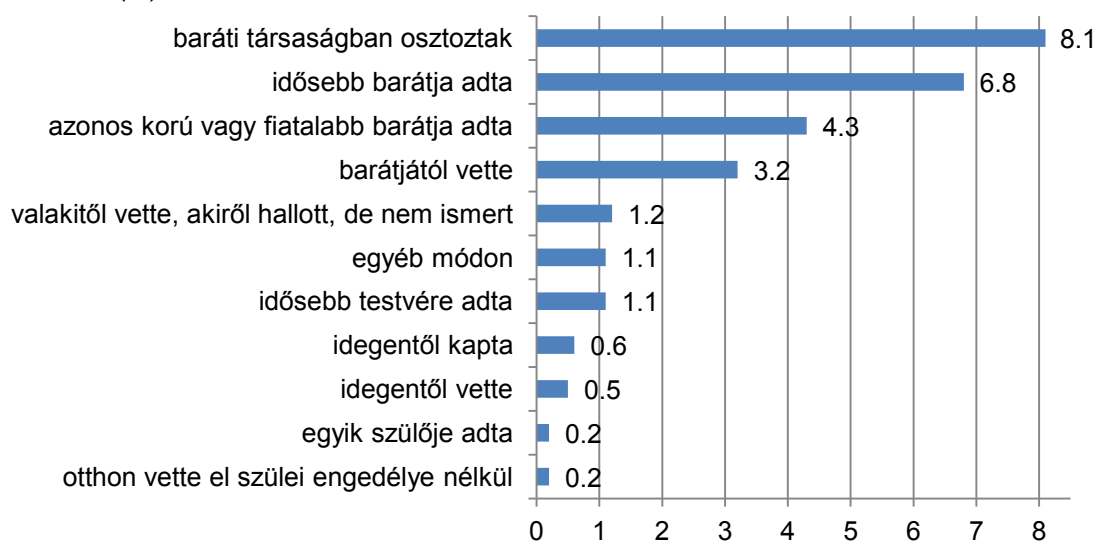
42. ábra. Helyek, ahol könnyen lehetne marihuánát vagy hasist szerezni a 16 évesek megítélése szerint (%) 2011-ben



Forrás: Elekes 2012

A kábítószerkehez (marihuána, ecstasy, amfetaminok) való hozzájutás tényleges módjaként a diákok többsége valamilyen baráti kapcsolatot jelölt meg. Legtöbben baráti társaságban osztottak a szeren, vagy kapták idősebb vagy fiatalabb/azonos korú barátaiktól. Idegeneket sokkal ritkábban jelöltek beszerzési forrásként, mint barátokat. Alig volt olyan diák, aki a szüleit jelölte meg a hozzájutás forrásaként.

43. ábra. A kábítószer beszerzési forrása a 16 évesek körében – az összes megkérdezett százalékában (%) 2011-ben



Forrás: Elekes 2012

Új pszichoaktív anyagok online hozzáférhetősége Magyarországon

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

január 23. és február 3. között (Port 2012b). A megadott feltételek szerint¹²⁷ összesen 21 internetes oldal került azonosításra.

A vizsgált oldalak a felmérés időpontjában már reagáltak a 2012 januárjától életbe lépett változásra, miszerint 9 anyag került fel a szabályozott anyagok jegyzékére (lásd 1.2 fejezet): e szerek forgalmazását szinte kivétel nélkül valamennyi oldal megszüntette januártól. A magyar webshopok kínálatában a különböző, legtöbbször valamilyen szintetikus kannabinoiddal kezelt herbál füstölőkeverékek voltak a legelterjedtebbek (15 oldal kínálatában szerepeltek). A listára vett JWH-k helyét az AM-2201, illetve az ezzel kezelt növénykeverékek vették át. A stimulánsok között a pentedron (4 oldalon) és a pentilon (4 oldalon), illetve az EMMA néven is árusított 4-EMC (5 oldalon) fordult elő a legtöbbször a kutatás időpontjában. Szintén 5 helyről volt beszerezhető a kokain legális helyettesítőjeként kínált 4-fluorococaine. Több helyen színes gyümölcsökről elnevezett tabletták formájában (Pink Apple, Red Apple, Yellow Cherry) kínálták a stimulánsokat.

Felmérés az új pszichoaktív szerek elterjedtségéről

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2012 tavaszán felmérést végzett a kezelőhelyek és az ártalomcsökkentő szolgáltatást nyújtó szolgáltatók körében az új pszichoaktív szerek elterjedtségéről (Csák et al. 2012, módszertant és további eredményeket lásd: 4.4. fejezet). A szolgáltatók az új pszichoaktív szerek térnyerésének okai között első helyen említették azok könnyű hozzáférhetőségét, az alacsony ár és a legalitás mellett. Többen említették, hogy az egyéb klasszikus szerek (elsősorban a heroin és amfetamin, de a kokain, illetve az ecstasy is felmerült) rossz minősége, alacsony hatóanyagtartalma is elősegítette, hogy rövid idő alatt népszerűvé váljanak az új pszichoaktív szerek. A heroin kapcsán többen beszámoltak arról, hogy volt olyan időszak, amikor egyáltalán nem lehetett beszerezni, ez szintén hozzájárulhatott ahhoz, hogy több heroin használó áttért a mefedronra, illetve annak betiltása után más szintetikus katinon származékokra.

A kínálat forrásai: hazai előállítás

Magyarországon az első vietnámi származású elkövetőkből álló szervezett bűnözői körök által üzemeltetett kenderültetvények 2008 második felében jelentek meg. A megelőző évekhez képest közel megtízszereződött a rendőrség által felszámolt ipari méretű és minőségű kannabiszültetvények száma. A berendezések nagy része, valamint a szükséges anyagi háttér is Csehországból, az ottani vietnámi köröktől származik. Mára már nemcsak családi házakban és ipari, mezőgazdasági ingatlanokban, de társasházi lakásokban is kialakítanak ültetvényeket. Az ültetvényeket gondozó személyek főként illegális bevándorlók, akik feltehetően munkával fizetnek utaztatásukért az embercsempészeknek. (Belügyminisztérium 2012)

A Magyarországon 2011-ben lefoglalt, kábítószereket előállító illegális laboratóriumokra vonatkozó adatokat lásd a 10.3 fejezetben.

Csempészútvonalak, a hazai piac szerkezeti felépítése

Kannabisz

A hagyományos hollandiai forrás mellett az elmúlt két évben új jelenség a kannabisz forgalmazás terén, hogy a Cseh Köztársaság területéről érkezik a kábítószer, amelyet a

¹²⁷ 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.

hazai vietnami nagybani forgalmazók hoznak be, vagy szervezik meg a behozatalát. Az utóbbi időben kannabisz érkezik a balkáni országokból is, amelyet leginkább személyautóban, kamionokban szállítanak Magyarországon keresztül Nyugat-Európába. (Belügyminisztérium 2012)

Heroin

A lefoglalási és a folyamatban lévő büntetőeljárások adatai alapján, a heroin fogyasztás folyamatosan csökkenő tendenciát mutat és 2011-ben szinte teljesen visszaszorult. Ugyanakkor, az ország tranzit szerepét 2011 vonatkozásában egyértelműen megítélni tranzit szállítmány lefoglalásának hiányában nem lehet, az azonban biztos, hogy az elmúlt néhány évben a Balkán útvonal sokat veszített jelentőségéből. A korábbi évek adatai alapján nagy, olykor 100-200 kg-os mennyiségeket csempésznek Magyarországon keresztül Nyugat-Európába. Ezen a területen azonban nagy a látencia, mert a szállítmányoknak nincs magyar érintettsége. (Belügyminisztérium 2012).

Kokain

A kokaincsempészet jellemzőinek tekintetében nem tapasztalható komoly változás az elmúlt évekhez képest. 2011-ben több eljárást indított a rendőrség fekete afrikai származású kereskedői csoportokkal szemben, illetve jugoszláv, román és magyar elkövetői körökkel szemben is. Hasonlóan a Balkán útvonal más tagállamaihoz, több büntetőeljárás indult kokaincsempészet, illetve kereskedelem miatt olyan elkövetők ellen, akik korábban egyértelműen a heroin kereskedelmével foglalkoztak. (Belügyminisztérium 2012)

Kábítószer-prekursorok

Új jelenség, hogy kezd felerősödni az ún. pre-prekursor (formamid, APAAN) anyagok csempészete. Az alapanyagokat hivatalos engedély birtokában Kínából európai kikötőkbe (pl: Koper, Szlovénia) behajózzák, majd kisebb tételekben nyugat-európai illegális laboratóriumokba szállítják, ahol szintetikus kábítószer alapanyagának készítéséhez használják fel. (Belügyminisztérium 2012)

10.3. LEFOGLALÁSOK

Az alábbi táblázat a Rendőrség által lefoglalt, a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet kábítószer-vizsgáló laboratóriumaiba beküldött mennyiségeket tartalmazza.

21. táblázat. *Lefoglalások száma és mennyisége 2010-ben és 2011-ben*

Szertípus	Lefoglalások száma		Lefoglalt mennyiség	
	2010	2011	2010	2011
Marihuána (kg)	2220	2073	528,1	208,7
Kannabisz növény (tő)	213	192	14 824	14 121
Hasis (kg)	44	63	8,5	18,2
Heroin (kg)	73	22	97,8	3,2
Kokain (kg)	132	108	14,4	12,6
Amfetamin (kg)	484	483	71,2	24,1
Metamfetamin (kg)	41	33	3,4	0,1
Ecstasy tabletták (db) /MDMA, MDA, MDE/	9	22	1135	270
LSD (adag)	12	11	461	274
Növényi anyagok szintetikus kannabinoidokkal (kg)	51	465	14,8	10,2
Szintetikus kannabinoidok porokban (kg)	5	51	0,01	13,2
Káton szarmazékok por formában (kg)	353	595	9,08	75,8
Káton szarmazékok tablettában (db)	60	144	3990	7951

Forrás: BSZKI 2012

2011 folyamán a kannabisz növény lefoglalások száma, illetve a lefoglalt növények mennyisége az előző évhez képest kis mértékben csökkent. A lefoglalások között ebben az évben is jelentős volt a mesterséges körülmények között nevelt kannabisz növények aránya. A lefoglalások alapján vélelmezhető, hogy a magyarországi kannabisz-piac jelentős részét hazai termelésből látják el.

A marihuána illetve hasis lefoglalások száma a megelőző két évhez képest nem mutat számottevő változást. A lefoglalások száma alapján, a kokain, az amfetamin, a metamfetamin és az LSD feketepiaci részesedése is a megelőző évekhez hasonlóan tekinthető.

A heroin lefoglalásainak száma, illetve a lefoglalt anyag mennyisége a 2010-ben tapasztalható kismértékű csökkenés után 2011-ben jelentősen visszaesett: azzal együtt is, hogy a 2010-ben lefoglalt mennyiség háromnegyed részét egy egyszeri, egyértelműen tranzit szállítmány lefoglalása adta, 2011-ben közel tizedére esett vissza a hazai lefoglalás mennyisége. A lefoglalási adatokban mutatkozó változás egybecseng a tűcsere programok és kezelőhelyek tapasztalataival, miszerint az intravénás heroin-használók egy része áttért a könnyebben hozzáférhető, legális, új pszichoaktív szerekre (lásd 4.3. és 4.4 fejezet.)

A kábítószernek nem minősülő GBL lefoglalásainak száma 2010-ig folyamatosan nőtt. 2011-ben a lefoglalások száma az előző évhez képest lényegében nem változott (2010:85 db, 2011: 84 db), a lefoglalt mennyiség pedig lényegesen csökkent, 26,7 literről 6,5 literre.

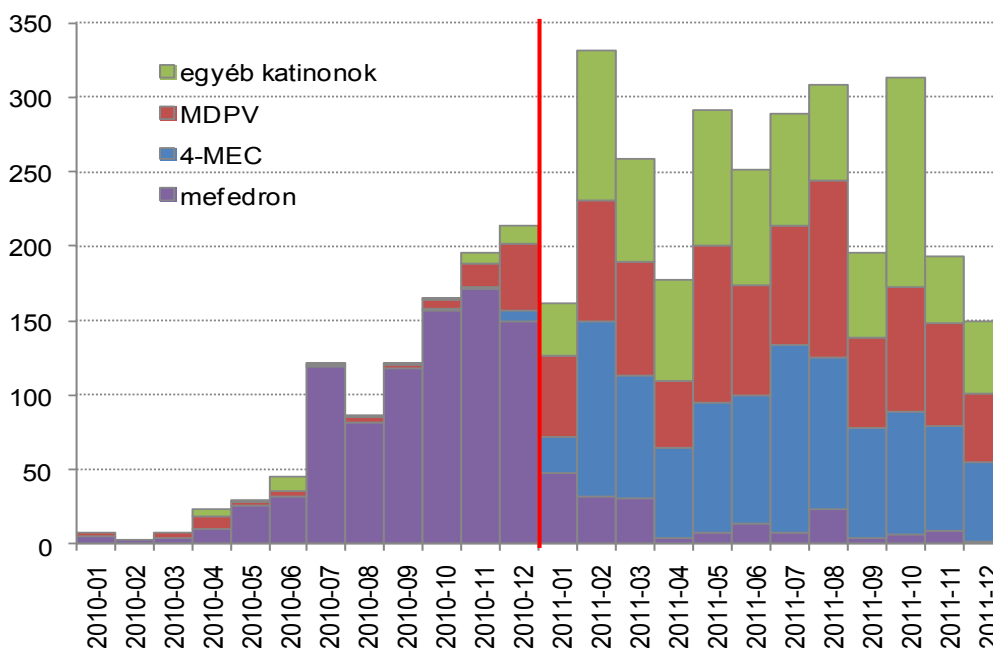
A ketamint tartalmazó porok lefoglalásainak száma 2010-hez viszonyítva számottevően csökkent, 2011 folyamán 16 ügyben, mindössze 44 gramm port foglaltak le az előző évi 1,13 kilogrammal szemben. Gyógyászati kiegészítésű ketamin-oldatokból 2011 folyamán 19 alkalommal, összesen 426 üveg oldat került lefoglalásra.

Kábítószer vagy – kábítószernek nem minősülő – új hatóanyagot tartalmazó tablettákból 2011 folyamán 19.160 darabot foglaltak le, ami hasonló mennyiségű, mint az előző évben (18.411 db).

Új szintetikus szerek

A mefedron 2011. január 1-től tiltólistára került, ennek hatására az előfordulásainak száma 2011 januárjában jelentősen csökkent, majd áprilusra majdnem teljesen eltűnt a lefoglalásokból. Ezzel párhuzamosan a katinonok családjába tartozó két újabb vegyület, a 4-MEC (4-metilcatinon), és az MDPV (3,4-metiléndioxipirovaleron) terjedt el a mefedronhoz hasonló mértékben. A leggyakoribb katinonokon felül számos esetben jelentek meg a lefoglalásokban a metilon, a 3,4-DMMC, a pentedron, a butilon, a fluormetkatinon, az MDPBP és a PVP. A katinonok az esetek mintegy 80%-ában por formájában, illetve 20%-ban tablettá hatóanyagaként fordultak elő. A katinon lefoglalások száma több mint másfélszeresére nőtt 2010-hez képest, a lefoglalt por formájú anyagok mennyisége nyolcszorosa, a lefoglalt katinon tartalmú tabletták száma kétszerese volt az előző évinek.

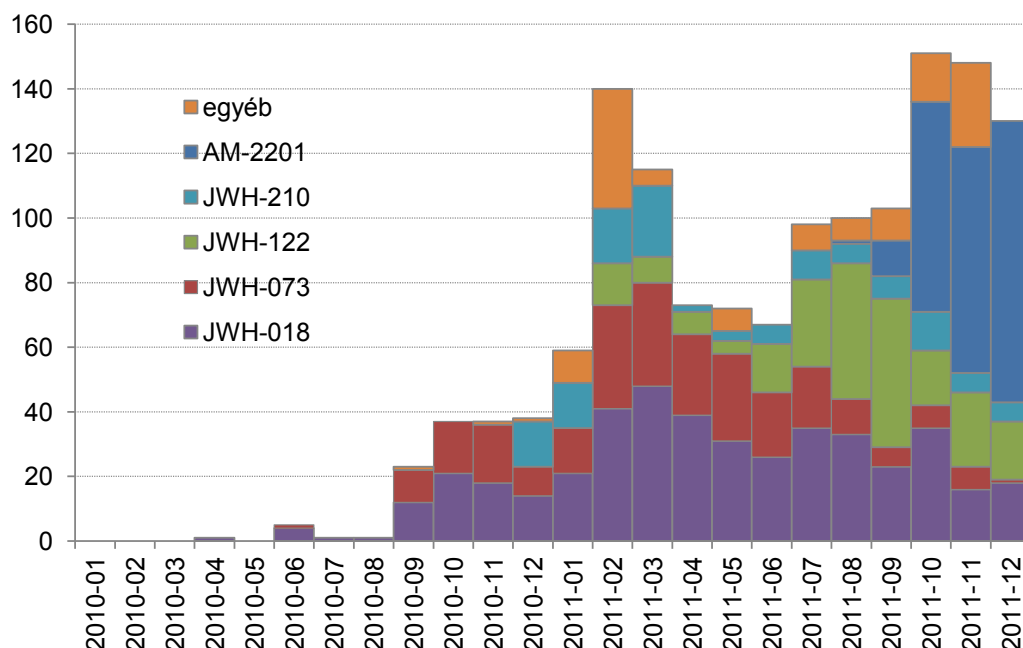
44. ábra. Katinon származékok előfordulási gyakorisága (esetek száma) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban és tárgyakon havi bontásban 2010-ben és 2011-ben



Forrás: BSZKI 2012

A lefoglalásokban 2010 őszén jelentek meg számottevő mennyiségben a szintetikus kannabinoidok csoportjába tartozó vegyületek. 2011-ben a szintetikus kannabinoid komponenseket tartalmazó lefoglalások száma az előző évhez képest közel megtízszereződött. A vegyületek az esetek 90%-ában növényi hordozóra felvitt formában kerültek forgalomba, míg a fennmaradó mintegy 10%-ban a hatóanyag por formában fordult elő. A szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi törmelékekben 2011 őszéig a JWH-018 és a JWH-073 voltak a leggyakrabban előforduló hatóanyagok, de jelentős mennyiségben fordult elő a JWH-122 és JWH-210 is. A leggyakoribb („JWH-” elnevezésű) szintetikus kannabinoidok listára vételéről 2011 őszére született szakmai javaslat, ezt követően jelentősen megnőtt az AM-2201 nevű szintetikus kannabinoid hatóanyagot tartalmazó növényi anyagok aránya a lefoglalásokban.

45. ábra. Szintetikus kannabinoid vegyületek előfordulási gyakorisága (esetek száma) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban és tárgyakon havi bontásban 2010-ben és 2011-ben



Forrás: BSZKI 2012

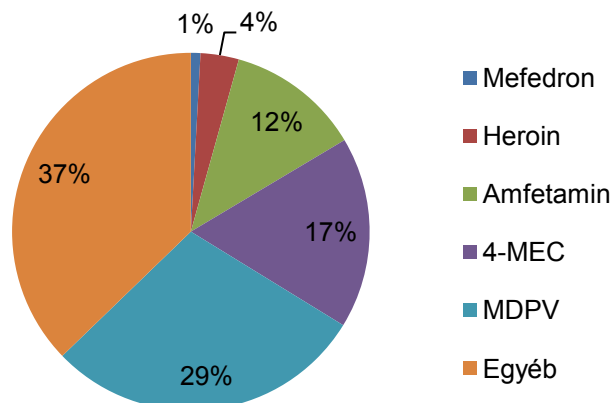
A fenetilaminok vegyületcsaládjában a leggyakrabban előforduló vegyület a 4-fluoramfetamin (4-FA) volt. 2011-ben 167 ügyben összesen mintegy 127 gramm fluoramfetamin tartalmú port, valamint 10.692 db tablettát foglaltak le, ami azt jelenti, hogy 2010-hez képest az ügyek száma hatszorosára nőtt (2010: 28 ügy). 4-FA tartalmú porokból két és félszer (2010:52 gramm), tablettákból pedig mintegy harmincszor annyi (2010: 363 tablettá) került lefoglalásra, mint 2010-ben. A fluoramfetamin a porokban gyakran amfetamin mellett fordult elő, a tabletták jellemzően csak a fluoramfetamint tartalmazták hatóanyagként. A további fenetilamin származékok közül a legjelentősebb mennyiséget a két ügyben lefoglalt, összesen 1,76 kilogramm mennyiségű N-etilamfetamin por tette ki.

A fenti vegyületcsaládokba nem sorolható vegyületek közül a 2011-ben 16 ügyben kimutatott metoxetamin (MXE) elterjedtsége tekinthető fontosnak. A további hatóanyagok előfordulásainak száma nem volt jelentős.

Intravénás szerhasználathoz köthető lefoglalások

A laboratóriumi vizsgálatra kerülő, intravénás szerhasználathoz köthető tárgyakról kimutatott hatóanyagok összesítése alapján figyelemmel kísérhető az e fogyasztási módhoz kapcsolódó szerek körének es hozzávetőleges arányának alakulása. A korábbi évek vizsgálati eredményei alapján, 2007-2009 során az intravénás szerhasználat főként a heroinhoz (50-60%) és az amfetaminhoz (20-35%) volt köthető. 2010-ben az amfetamin és a heroin is mintegy 30%-ban fordult elő, és szintén közel 30% volt a mepredon aránya. 2011-ben a leggyakrabban használt szer az MDPV és a 4-MEC volt, a heroin előfordulási aránya mindössze 4% volt.

46. ábra. Injektáló eszközökről kimutatott hatóanyagok megoszlása 2011-ben (N=231)



Forrás: BSZKI 2012

Illegális laboratóriumok

2011 szeptemberében Pest megyében került lefoglalásra amfetamint előállító illegális laboratórium, ahol a hatóanyag előállítása mellett tablettázást is végeztek. A rendelkezésre álló információk alapján a laboratórium kilogrammos nagyságrendben állított elő amfetamint. A laboratóriumhoz kapcsolódóan, további helyszíneken kender, illetve pszilocibin-gombák termesztése is folyt. 2011 decemberében Veszprém megyében került lefoglalásra amfetamint előállító laboratórium, melyben kilogrammosnál kisebb volumenben állították elő a hatóanyagot.

2010-ben egyszer, 2011 során három alkalommal derítettek fel mák-kivonatot készítő „laboratóriumot”. A feldolgozó helyeken mák őrleményből szerves oldószerrel (nitrohígítóval) vonták ki a mák alkaloidokat, majd a híg oldatot az oldószer elpárologtatásával betöményítették. Míg a 2010-ben felderített helyszínen mintegy 26 kilogramm híg, illetve betöményített kivonatot találtak, addig 2011-ben a három helyszínen összesen 1240 kg feldolgozásra váró és 501 kg feldolgozott mákőrleményt, 1970 liter híg oldatot és 102 kg betöményített kivonatot találtak. Megjegyzendő, hogy nem történt olyan további lefoglalás, amely az előállított kivonatok további magyarországi feldolgozására vagy feketepiaci terjesztésére utalna.

10.4. ÁR /TISZTASÁG

Kábítószeres utcai árai

A Nemzeti Drog Fókuszpont minden évben kérdőíves felmérést végez a drogambulanciák kliensei körében a kábítószeres utcai áráról (Port 2012b).¹²⁸

Az idei évben lekérdezésre került az MDPV és a Spiceként, vagy szintetikus fűként árusított, szintetikus kannabinoiddal kezelt növényi keverékek ára is. MDPV-ből a megkérdezettek valamivel több, mint harmada vásárolt a tavalyi évben, az egy grammra vonatkozó átlagos legutolsó vásárláskori ára 3300Ft volt a szernek. A szintetikus fű áráról a válaszadók több mint fele rendelkezett információval, grammjéért átlagosan 2000 Ft-t fizettek a vásárlók.

¹²⁸A kérdőívek felvétele önkitöltős módszerrel történt 2012. január 1–február 15. között, 7 nagyváros 7 drogambulanciájának részvételével. A felmérés módszertanának leírását lásd a 2010–es Éves Jelentés 10.3 fejezetében.

A kérdőív rákérdezett arra is, hogy a kliensek vásároltak-e, és milyen áron, egyéb új pszichoaktív szerekből az elmúlt év során. A válaszok tekintetében nagy volt a különbség a részt vevő városok között: legtöbben a pécsi és a debreceni ambulanciák kliensei közül említettek meg valamilyen új szert, három város esetében viszont egyetlen esetben sem. Az említett szerek között a következők szerepeltek: 4-MEC, 4-FMC, metilon, penta kristály, 4-FA, 3-FA, 2-FA. Az egyes szerekre vonatkozó említések száma azonban annyira alacsony volt, hogy abból nem lehetett az árukra vonatkozó általános következtetést levonni.

22. táblázat. *Kábítószer utcai árai forintban 2011-ben*

Szertípus	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Marihuána (gr)	1000	3000	2500	2280	119
Hasis (gr)	1500	6000	2500	2606	77
Heroin (gr)	3500	30.000	10.000	11.430	37
Heroin (pakett)	2000	13.000	5000	5586	27
Kokain (gr)	10.000	23.000	15.000	15.530	60
Crack (gr)	4.000	30.000	n.a.	14.950	9
Amfetamin (gr)	1500	5000	3000	2902	81
Ecstasy (tabletta)	300	3000	1000	1215	77
Metamfetamin (gr)	2000	20.000	3000	4500	24
LSD (adag)	1200	8000	2000	3026	46
Metadon (20 mg)	500	5000	1000	2048	23
Metadon (5 mg)	300	2000	500	867	10
GBL (adag)	1000	6000	2000	2667	26
Mefedron (gr)	1000	5000	3000	2777	49
MDPV (gr)	2000	6000	3000	3337	43
Spice (gr)	500	3500	2000	2008	71

Forrás: Port 2012a

23. táblázat. *Kábítószer utcai árai euróban¹²⁹ 2011-ben*

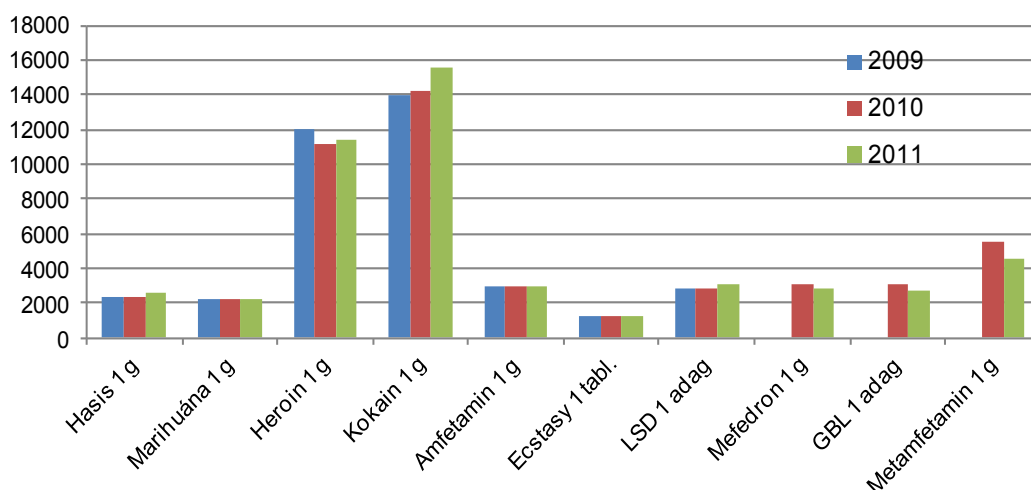
Szertípus	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Marihuána (gr)	3,6	10,8	9,0	8,2	119
Hasis (gr)	5,4	21,6	9,0	9,4	77
Heroin (gr)	12,6	108,0	36,0	41,2	37
Heroin (pakett)	7,2	46,8	18,0	20,1	27
Kokain (gr)	36,0	82,8	54,0	55,9	60
Crack (gr)	14,4	108,0	0,00	53,9	9
Amfetamin (gr)	5,4	18,01	10,8	10,5	81
Ecstasy (tabletta)	1,1	10,8	3,6	4,4	77
Metamfetamin (gr)	7,2	72,0	10,8	16,2	24
LSD (adag)	4,3	28,8	7,2	10,9	46
Metadon (20 mg)	1,8	18,0	3,6	7,4	23
Metadon (5 mg)	1,1	7,2	1,8	3,1	10
GBL (adag)	3,6	21,6	7,2	9,6	26
Mefedron (gr)	3,6	18,0	10,8	10,0	49
MDPV (gr)	7,2	21,6	10,8	12,0	43
Spice (gr)	1,8	12,6	7,2	7,2	71

Forrás: Port 2012a

Az előző évhez képest emelkedett a hasis és a kokain utcai ára, mindkettő átlagosan mintegy 10%-kal. A felmérés eredményei szerint a metamfetamin grammonként ára mintegy 15%-kal emelkedett, a GBL és a mefedron ára kis mértékben csökkent 2010-hez képest. Ezeknél a szereknél azonban érdemes figyelembe venni, hogy viszonylag kevés volt a válaszadók száma. A többi kábítószer ára érdemben nem változott az előző évhez képest.

¹²⁹A táblázatban szereplő árak a 2011-es hivatalos euró középfolyam (1€=277,7Ft) szerint kerültek kiszámításra.

47. ábra. Kábítószeresek átlagos utcai árai forintban 2009-2011 között

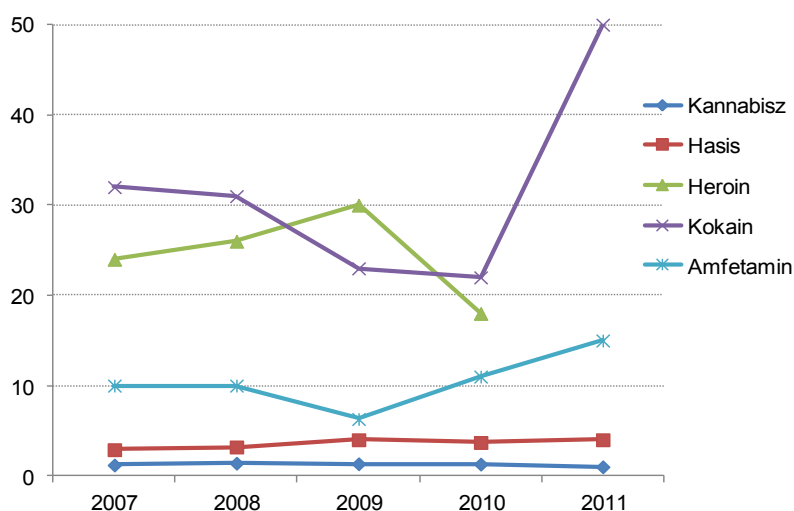


Forrás: Port 2012a

Tisztaság

A vizsgált marihuána és hasis minták átlagos hatóanyag-tartalma lényegében évek óta változatlan. A kokain esetében tovább csökkent a jelentősen felhígított porok aránya: 2011-ben, a lefoglalt tételek fele legalább 50% hatóanyag-tartalmú volt. Mind a kisebb (néhány grammos), mind a nagyobb (több-száz grammos) tételekben számos esetben fordult elő 80%-nál nagyobb kokain-bázis tartalmú por (azaz közel tiszta kokain-hidroklorid). Ebből adódóan a kokain porok átlagos hatóanyag-tartalma is jelentősen emelkedett, a 2010-ben tapasztalt 20%-ról mintegy 50%-ra.

48. ábra. Egyes kábítószeresek átlagos hatóanyag-tartalmának (%) alakulása 2007-2011 között¹³⁰



Forrás: BSZKI 2012

Heroin és amfetamin hatóanyag-tartalmának monitorozása

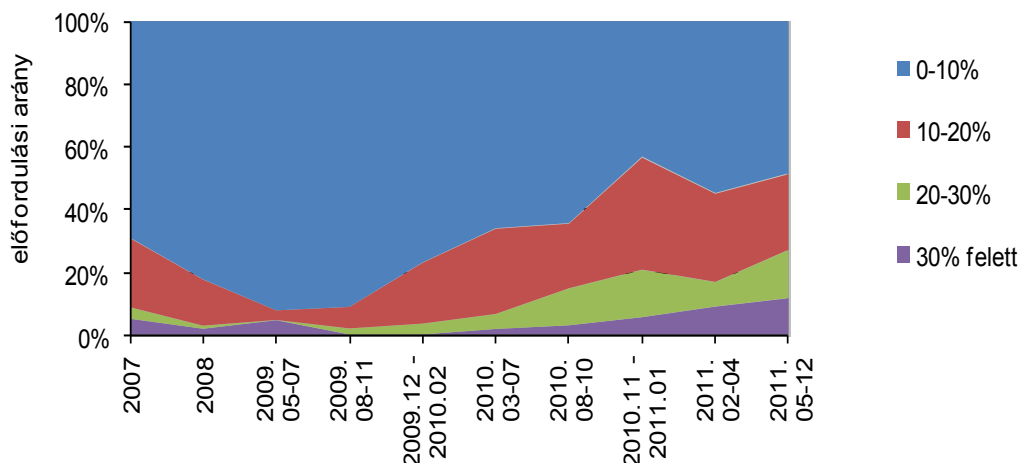
A fogyasztási adagban lévő, heroin¹³¹ és amfetamin tartalmú porok hatóanyag-tartalmára vonatkozóan, a „Kritikus kábítószeresek hatóanyag-tartalmának fokozott monitorozása” projekt

¹³⁰ A heroin esetében 2011-re vonatkozóan kevés volt a rendelkezésre álló adat.

keretében zajlik adatgyűjtés, amely kiegészíti a lefoglalások vizsgálata során szükséges mérések eredményeit. (lásd: 10.1 fejezet)

Az amfetamin tartalmú porok hatóanyag-tartalmának eloszlása a 2010. évhez viszonyítva nem módosult jelentősen, hosszabb távú tendenciaként a 30% feletti hatóanyag-tartalmú porok arányának enyhe növekedése figyelhető meg.

49. ábra. Fogyasztási adagokban lefoglalt, amfetamin tartalmú porok hatóanyag-tartalma 2007-2011 között



Forrás: BSZKI 2012

Összetétel

Új szintetikus szerek

A vizsgálati eredmények alapján az új hatóanyagok porokban sokszor hígítatlanul, tiszta formában fordulnak elő. Gyakori, hogy egy-egy por nemcsak egy hatóanyagot tartalmaz, hanem 2-3 új szer keveréke. 2011-ben a porok mintegy harmada több hatóanyagot – jellemzően többféle katonon származékot – tartalmazott.

A szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok az esetek 40%-ában többféle hatóanyag keverékét tartalmazták.

Az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatban meg kell jegyezni, hogy az egyes, elterjedt köznapi, utcai elnevezések (pl. „MP”, „MP4”, „kristály”) nem köthetők egyértelműen egy adott hatóanyaghoz, illetve előfordulhat, hogy a csomagoláson feltüntetett megnevezés nem felel meg a csomag tartalmának. A 2011 őszt vizsgálva, egyik népszerű online boltból származó minták esetében, a címke szerint „ZZ-1” nevű anyag tiszta metilon volt, a „ZZ-2” nevű termék nagy mennyiségű izopentedront (feltehetően gyártási mellékterméket) tartalmazó pentedron volt, míg a „benzo fury” jelölésű csomag tiszta lidokaint tartalmazott.

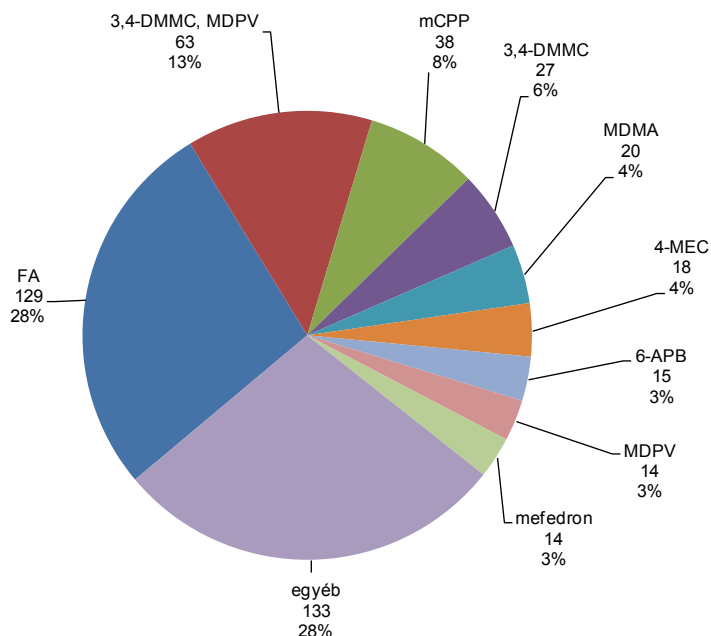
Tabletták

A kábítószer vagy kábítószernek nem minősülő, pszichoaktív hatóanyagot tartalmazó tabletták összetételét vizsgálva megállapítható, hogy folytatódott a 2010-ben elkezdődött elmozdulás a „legális” hatóanyagok felé. Az előző évi 50%-al szemben, 2011-ben a lefoglalt tabletták 90%-a tartalmazott kábítószernek nem minősülő hatóanyagot. A tabletták sokféle

¹³¹ Heroin lefoglalás 2011-ben mindössze 22 esetben történt. Fogyasztási adagba kiserelt porokra vonatkozóan csupán néhány mérési eredmény áll rendelkezésre, amiből nem vonható le a trendekre vonatkozóan érdemi következtetés.

hatóanyagot tartalmaztak, a leggyakoribb hatóanyagoknak – mind a lefoglalási tételek¹³² száma, mind a tabletták mennyisége alapján – a fluoramfetamin (FA) tekinthető. A tabletták a hatóanyagok mellett felütő anyagként a leggyakrabban koffeint, cellulózt vagy laktózt tartalmaztak.

50. ábra. Hatóanyagok előfordulási gyakorisága (N, %) a lefoglalt tablettákban, a lefoglalási tételeket (N=471) vizsgálva 2011-ben



Forrás: BSZKI 2012

Következtetések

2011 legjelentősebb kábítószer-piaci fejleményének a tiltólistára került mefedron gyors eltűnése, az azt felváltó katinon vegyületek (4-MEC, MDPV) elterjedése, továbbá a szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi törmelékek jelentős térnyerése tekinthető. Az új vegyületek megjelenésével és elterjedésével párhuzamosan nagymértékben visszaesett a heroin előfordulási gyakorisága. 2011-ben a lefoglalt tabletták 90%-a tartalmazott kábítószernek nem minősülő hatóanyagot, a leggyakoribb hatóanyag a fluoramfetamin (FA) volt.

A tavalyi évhez képest mintegy 10%-kal emelkedett a hasis és a kokain grammonkénti utcai ára. A lefoglalt minták hatóanyagtartalmát vizsgálva megállapítható, hogy a kokain porok hatóanyagtartalma is jelentősen emelkedett: a vizsgált kokain porok átlagos hatóanyagtartalma a 2010-ben jellemző 22%-helyett 2011-ben 50% volt.

¹³² Az azonos helyről lefoglalt, azonos csomagolású, egyforma tabletták képeznek egy lefoglalási tételt.

11. KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLÓK BENTLAKÁSOS ELLÁTÁSA¹³³

Háttér, előzmények

Magyarországon a kábítószer-használók bentlakásos ellátása¹³⁴ egészségügyi kasszából finanszírozott kórházi addiktológiai és pszichiátriai osztályokon, valamint vegyes (egészségügyi és szociális) finanszírozású drogterápiás intézetekben történik. A két típus nem különül el tisztán egymástól, szabályozás és finanszírozás szempontjából sincs külön definiálva. A kórházi osztályok által nyújtott programok hagyományosan és jellemzően a pszichiátriai és alkohol problémákkal 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 fentiek miatt e fejezet kizárólag a drogterápiás intézetek, és az általuk nyújtott ellátás bemutatására korlátozódik. Az ellátottak esetében a bemutatott TDI adatok mind a kórházi osztályokon, mind pedig a drogterápiás intézetekben kezelteket tartalmazzák.

A terápiás intézetek 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.

11.1. TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS ÉS SZAKPOLITIKAI KERETEK

11.1.1. A bentlakásos ellátás története

Az első terápiás intézetek Magyarországon 1986-ban, még a rendszerváltást megelőző, a drogproblémát hátrító, a civil kezdeményezések felé nem nyitott társadalmi-politikai környezetben jöttek létre. Ebben az időszakban a kezelő-, ellátórendszer nem nyújtott intézményes egészségügyi vagy szociális választ az illegális szerhasználatra. Az első terápiás intézetekkel párhuzamosan szerveződött az első két hazai drogambulancia is. Ezek a bentlakásos intézmények jellemzően egyházi alapításúak voltak. A kezdeti időszakban a terápiás programok a külföldi támogatóval való kapcsolat szerint alakultak, eleinte jellemzően hit-alapú, zárt és hierarchikus modelleket alkalmazva (pl.: Teen challenge). A kezdeti éveket a szakmai tapasztalat, a megfelelő képzési formák és a magyar nyelvű szakirodalom hiánya, valamint a rendkívül szűkös anyagi feltételek erősen meghatározták. Az első intézetek ingatlanjaikat és működésüket is kizárólag külföldi támogatásokból biztosították, állami forrásokra nem számíthattak. Az állami felelősségvállalás csak a rendszerváltást közvetlenül megelőzően jelent meg 1988 végén, első lépésben alacsonyabb keretösszegű pályázatok, majd 1989-től szintén kismértékű szociális normatív finanszírozás formájában. Ez utóbbi jelentette az első hazai tervezhető forrást az intézetek számára.

A '90-es évek folyamán az intézetek lassan konszolidálták helyzetüket. Ebben az időszakban megnövekedett az állam ellenőrzési és szabályozási aktivitása. 1995-ben alakult meg, akkor 7 terápiás otthon részvételével, a területen működő civil kezdeményezések érdekképviseletét ellátó ernyőszerkezet, a Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége, mely jelenleg az összes hazai drogterápiás intézetet összefogja (ezen felül tagja egy romániai szervezet is).

¹³³ A fejezet szerzői: Péterfi Anna, Topolánszky Ákos

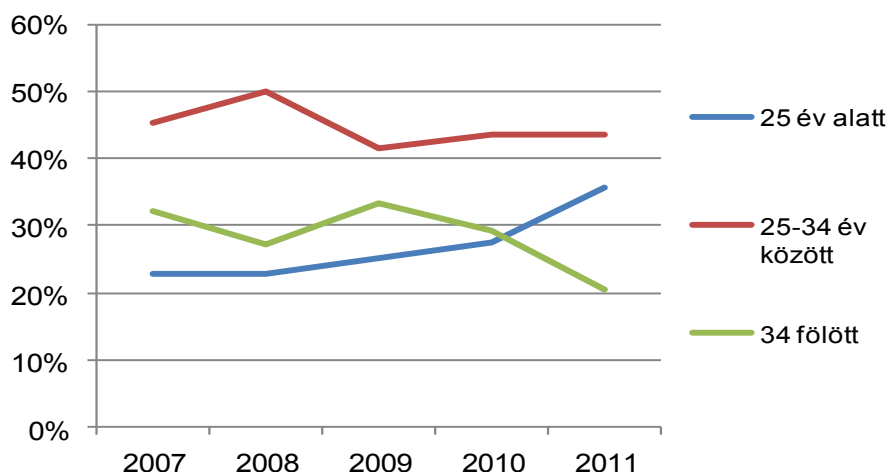
¹³⁴ A bentlakásos ellátás (residential treatment) kifejezés ebben az esetben olyan terápiás és egyéb szolgáltatásokat nyújtó kezelési modelleket és programokat fed, melyek bentlakásos elhelyezés keretében működnek. Ezek az ellátások egyszerre több típusú kezelési szükséglet kielégítését célozzák, összefüggésben a szerhasználattal, egészséggel, életminőséggel, és a szélesebb értelemben vett társas működéssel.

2001-2004 között a terápiás intézetek kapacitása egy központi költségvetési támogatási program keretében több mint két és félszeresére növekedett (147-ről 353 ágyra), illetve a már működő intézetek modernizálódhattak, gazdagíthatták terápiás programjukat. Jelenleg 14 terápiás közösség működik, az utolsó hozzáférhető adatok alapján összesen 353 ágygal (2009-es adat, az akkor működő 13 intézet kapacitását mutatja).

Mára az intézetek jelentősen szélesítették terápiás szolgáltatásaikat, saját szervezetükön belül is létrehozta alacsonyküszöbű, illetve félutas, utógondozó szolgáltatásokat, nyitottak újabb kliens csoportok felé, és jelentős intézményi kapcsolathálóval rendelkeznek. A jelenleg működő terápiás intézetek nagy része az ún. harmadik generációs terápiás rendszerek közé tartozik. A terápiás intézeti kezelés kapacitása, elfogadottsága, és finanszírozásának mértéke nem, vagy csak kis mértékben változott az elmúlt években.

A kezelési szükségletek alakulását tekintve, a '80-as évek második felében elsősorban szintetikus (morfin tartalmú gyógyszerek) és természetes opiátok (máktea), valamint barbiturát származékok fogyasztásával kerültek bentlakásos ellátásba a szerhasználók. A politikai fordulatot követően egyre inkább a heroin-függőség vált jellemzővé az ellátottak körében. A '90-es évek második felétől fokozódott az amfetamin-használók megjelenése a drogterápiás intézetekben. Az elmúlt években kannabisz-használók, és új pszichoaktív szerek fogyasztói kerültek egyre nagyobb számban bentlakásos intézetekbe, továbbá egyre nagyobb arányban jelentek meg viselkedési függőséggel küzdők is. A Nemzeti Drog Fókuszpont által 2012-ben járó- és fekvőbeteg-ellátók, valamint ártalomcsökkentő szolgáltatások körében készített kvalitatív vizsgálat (Csák 2012) rávilágított arra, hogy az új pszichoaktív szereket, azon belül is elsősorban a szintetikus katinonokat fogyasztók körében jellemzően már néhány hónapos használatot követően kialakul a kezelési igény. A bentlakásos ellátók, köztük a drogterápiás intézetek is egyre nagyobb arányban találkoznak ilyen kliensekkel, akik jellemzően fiatalabbak, mint a klienskör, illetve általános körökben a motiváció hiánya, ami problémát jelent a rehabilitációs intézményeknek (Csák 2012). A vizsgálatban részt vevő drogterápiás intézetek egy része arról számolt be, hogy a fiatalabb kliensek számára nem rendelkeznek megfelelő megoldásokkal, hiszen régebben jellemzően idősebb kliensek, több éves szerhasználat után kerültek a programokba, akiket jellemzően a munkaerő piacra való beilleszkedésre kellett felkészíteni, míg a fiataloknak iskolát kell találni tanulmányaik befejezéséhez. (További részletek a kutatásról a 4.3 és az 5. fejezetekben olvashatók.) A kezelést kezdők adatait megfigyelve is kirajzolódik ez a trend: egyre nagyobb a 25 év alattiak aránya, ugyanakkor, ezzel párhuzamosan, 34 év feletti szerhasználók egyre kisebb arányban kerülnek bentlakásos ellátásba.

51. ábra. Bentlakásos ellátásban¹³⁵ kezelést kezdő kliensek megoszlása életkor alapján 2007 és 2011 között (%)



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2012b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

A terápiás programok hossza a 25 évvel ezelőtti induláskor 14 és 24 hónap között mozgott. A Topolánszky és munkatársai által készített vizsgálat (Topolánszky et al. 2009a, Topolánszky et al. 2009b) eredményei azt mutatják, hogy mostanra jelentősen lerövidült, átlagosan 15 hónapra, ugyanakkor az esetek felében ettől az átlagtól eltérő, egyéni terápiás időtávot határoznak meg.

11.1.2. A bentlakásos ellátás stratégiai és szakpolitikai keretei

Stratégia

A hosszú távú, jellemzően absztinencia orientált ellátási forma a hazai addiktológiai ellátás stabil részévé vált. Az első, 2000-2009 időszakra vonatkozó Nemzeti Stratégia egyéb ellátási típusok mellett a fekvőbeteg-ellátás fejlesztését is célul tűzte ki, többek között a kapacitás, a hozzáférhetőség és a kezelés hatékonysága tekintetében. A Stratégia alapvetően két fekvőbeteg-ellátási formát határozott meg: a kórházi, elsősorban detoxifikációra irányuló fekvőbeteg-ellátást, valamint a hosszúterápiás intézmények, terápiás közösségek által nyújtott ellátást. A kezelés szemléleti keretének meghatározásánál három alapvető terápiás célt határozott meg a dokumentum, ezek:

- a pszichoaktív anyagtól mentes élet elérése,
- a különféle élettevékenységek lehető legnagyobb elégedettséggel történő megvalósításának segítése,
- valamint a visszaesés megelőzése és a kábítószer-használat következtében fellépő ártalmak csökkentése.

A 2009-ben elfogadott új drogstratégia nem vált a terület irányt adó szakpolitikai dokumentumává (lásd az 1.3 fejezetet), így ennek tárgyalásától eltekintünk.

Finanszírozás

Tekintettel a hosszú távú terápiás intézeti ellátás kettős természetére, működésüket a szociális és az egészségügyi igazgatás egyaránt meghatározza, szabályozza, illetve ellenőrzi. Működésüket jellemzően állami, kisebb arányban önkormányzati források (75,7% ill. 13,4 %) biztosítják. Minden más bevételi forrás elenyésző arányban jelenik meg

¹³⁵ Az esetek a fejezet elején található definíció szerint kerültek leválogatásra (itt és a fejezet többi részében is) (nem tartalmazzák az összes fekvőbeteg esetet), és egyaránt tartalmazzák a terápiás intézetekben, valamint a kórházi osztályokon ellátott klienseket.

(összesen 11%-a teljes költségvetésnek) (Topolánszky et al. 2009a, Topolánszky et al. 2009b). Az intézetek költségvetése jól tervezhető, más szociális ellátásokhoz képest a jelenlegi gazdasági helyzetben is viszonylag stabil.

Alapvetően két bázisú finanszírozást vehetnek igénybe az intézetek. Egyrészt szociális normatívát kapnak a forgalmuk után a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény alapján, mellyel a megyei Kormányhivatalok Szociális és Gyámhivatala felé számolnak el egy napi elektronikus jelentési rendszerben. A működés szakmai megfelelőségét az ún. regionális módszertanok ellenőrzik¹³⁶. Mára ez a támogatás nem alanyi jogú, azaz nem minden esetben kapja meg az intézet minden férőhelye után, mert az erre fordítható keret korlátozott, ezért egy ún. területi kiegyenlítési rendszer keretében történik döntés a kapacitások finanszírozásáról. A Költségvetési törvény 3. mellékletében évente meghatározott normatívák között a fogyatékos személyek, pszichiátriai és szenvedélybetegek tartós bentlakásos intézményi ellátása kategórián belül a szenvedélybetegek rehabilitációs intézményeinek támogatására 2011-ben 710.650 Ft/fő/év (2559 €¹³⁷) normatíva állt rendelkezésre. Ez napi 1947 forintnak (7 €) felel meg fejenként. A szociális normatíva az elmúlt években nominálisan stabil maradt, reálértéken azonban erősen csökkent. Az intézetek klienseik számára, félutas férőhelyek finanszírozására az ún. pszichiátriai és szenvedélybetegek, valamint látás-, mozgás-, értelmi és halmozottan fogyatékos személyek rehabilitációs célú lakóotthonainak támogatási normatíváját vehetik igénybe (610.650 Ft/fő/év) (2199 €).

A finanszírozás másik pillére az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által nyújtott egészségügyi finanszírozás szintén elektronikus jelentés keretében történő, ún. kliens napok elszámolása alapján, ahol az intézetek önálló, napi finanszírozású krónikus ellátást biztosító (kvázi) kórházi ellátóként jelennek meg. E tekintetben az engedélyt a megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve adja ki az egészségügyi törvény és annak rendeletei alapján. Ez a támogatási forma teszi ki az állandó és tervezhető bevételek legnagyobb részét. Jelenleg a finanszírozás mértéke a krónikus fekvőbeteg bázis (5600 Ft) (20,2 €) javítva az intézetek számára járó 1,2-es szorzóval¹³⁸, azaz összesen 6720 Ft/fő/nap (24,2 €). Ez a finanszírozás azokra a napokra, amikor más egészségügyi ellátást is igénybe vesz a kliens, nem lekérhető.

A szociális és az egészségügyi oldalról tehát összesen maximum 3.207.250 Ft/fő/év (8787 Ft/fő/nap) (11.549 € és 31,6 €) alapfinanszírozás volt lekérhető egy kliens terápiás intézetben történő ellátására 2011-ben.

Ezeket a támogatási pilléreket egészíti ki a szociális foglalkoztatás keretében nyújtható kétfajta támogatási forma, melyeknek célja a munkaerőpiacra való felkészítés. Korábban normatív alapon, 2010 óta azonban pályázati úton igényelhető ez a típusú finanszírozás három éves időtartamra egy ún. feladatmutatóra (finanszírozható munkaóra számra). A feladatmutatót évente állapítják meg. A támogatás két formája a munkarehabilitációs díj (744 Ft/óra) (2,8 €), illetve a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatási támogatás (372 Ft/óra) (1,3 €). Ebből a támogatásból személyi jellegű kifizetések és a munkarehabilitáció működési költségei fedezhetők. A kliensek támogatási jogosultságát az Országos Orvosszakértői Intézet állapítja meg.

Az intézetek az ún. szociális nyilvántartási számmal rendelkező munkatársaik után továbbképzési normatívát kapnak. Ennek mértéke 2008-ig 9200 Ft/fő/év (33,1 €) volt, míg

¹³⁶ a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet alapján, valamint a szakmai program, az intézet Szervezeti és Működési Szabályzata és a klienssel kötött megállapodások alapján

¹³⁷ A fejezetben az összegek a 2011-es hivatalos euró középárfolyam (1€ = 277,7Ft) szerint kerültek kiszámításra.

¹³⁸ Köszönhetően az ellátás szintjének (III. progresszivitási szinten történő ellátás).

2009 és 2011 között 1640 Ft/fő/év (5,9 €). A kötelező továbbképzések költségeinek azonban mindössze töredékét fedezi a normatív finanszírozás.¹³⁹

Az utolsó finanszírozási elem a pályázatok (állami, önkormányzati, for-profit szektor), melyek mértéke az elmúlt években a gazdasági válság hatására jelentősen csökkent. Ugyanakkor egyre nagyobb mértékben jelennek meg európai uniós támogatási programok elsősorban fejlesztések, kisebb mértékben működés támogatására.

11.2. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS JELLEMZŐK

11.2.1. Elérhetőség és hozzáférhetőség

A drogterápiás intézetekbe való bekerüléshez beutaló szükséges. Ezen ellátóhelyekre kizárólag biztosított jogvisztonnyal rendelkező szerhasználók jelentkezhetnek. A minimum életkor 16 év a felnőtt klienseket fogadó intézetekben. Mivel 18 éves korig tart az iskolakötelezettség, az intézetek kötelesek oktatást biztosítani 18 év alatti klienseik számára – melyet leggyakrabban magántanulói státuszban oldanak meg.

A drogterápiás intézeteknek ún. intézeti térítési díjat kell megszabniuk, azonban ennek beszedésére nem kötelezettek. A térítési díj mértéke jellemzően igen alacsony (általában 20.000 Ft/hó körül mozog [72 €]), melyet általában csak a kliensek töredékének áll módjában befizetni (átlagosan a kezelésbe vett kliensek 10-20%-ának).

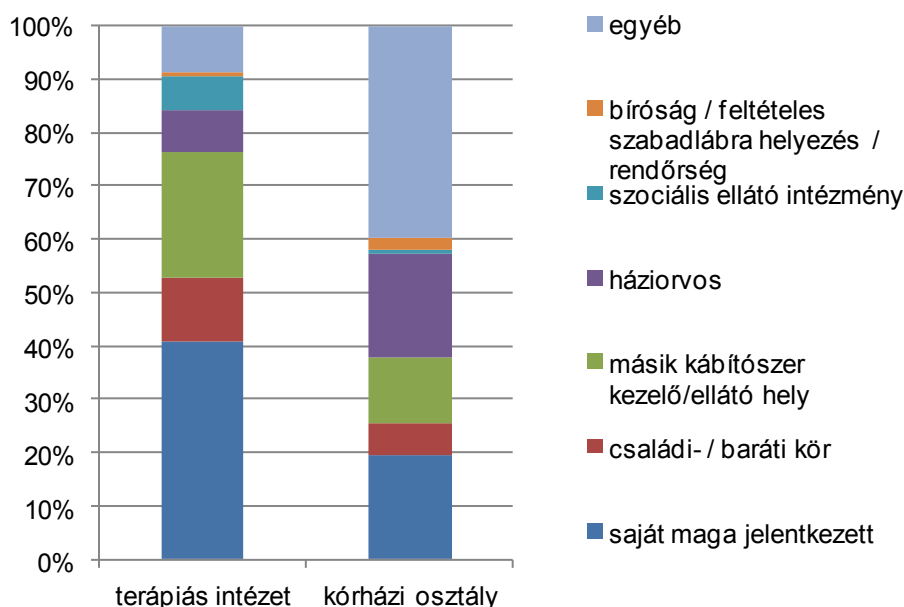
Drogterápiás intézetekbe az esetek több mint felében (53%) informális módon kerülnek be a kliensek (saját, személyes megkeresés vagy családi/baráti közvetítéssel). Az intézményesített betegutak tekintetében a kábítószer-használók ellátását végző szolgáltatók játszanak jelentős szerepet (24%). Ennek háttérében részben az áll, hogy a terápiás intézetek vagy saját szervezeti kereteiken belül működtetnek alacsonyküszöbű szolgáltatást, járóbeteg kezelőegységet (terápiára való felkészítő/motivációt erősítő szolgáltatásokkal), vagy együttműködnek ilyen szolgáltatásokkal a betegek becsatornázása érdekében.

Az alapellátás (házi orvosok), valamint a szociális ellátórendszer kisebb szerepet játszik a beutalásban.

A kezelésbe kerülés a kórházi fekvőbeteg osztályok esetében eltérő mintázatot mutat.

¹³⁹ Az öt év alatt megszerzendő kreditpontok száma középfokú végzettségűek esetén 60, felsőfokúak esetén 80. Egy 13-15 kreditpontot biztosító képzés díja átlagosan 25-30.000 forint (90-108 €).

52. ábra. Bentlakásos ellátásban¹⁴⁰ kezelést kezdő kliensek megoszlása a beutalás eredete alapján 2011-ben (%) (N=238)



Forrás TDI adatgyűjtés (OAC 2012b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

A drogterápiás intézetek kapacitása a manifesztálódó kezelési igény tekintetében jónak tekinthető. Topolánszky és munkatársai 2009-es vizsgálata (Topolánszky et al. 2009a, b) alapján a hazai drogterápiás intézetekben az év során ellátott kliensszám 3%-a (25 fő) volt aktuálisan várólistán (intézményenként átlagosan 2,1 fő). Az ágyak kihasználtsága 90 és 100% közötti volt.

A drogterápiás intézetek kapacitása egyidejűleg 353 fő (2009-es adatok alapján). Ezen kapacitáson belül az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozott ágyak száma 269 volt, a szociális normatívából pedig 340 (egy ágy finanszírozása több forrásból is megvalósulhat).

11.2.2. A bentlakásos ellátóegységek típusai és jellemzői

11.2.2.1. Terápiás megközelítések

A 2009 nyarán a drogterápiás intézetek működését feltáró kutatásban¹⁴¹ (Topolánszky et al. 2009a, b) szereplő összesen 13 intézet¹⁴² szervezeti formája szerint 4 állami, vagy önkormányzati, 9 pedig nem-kormányzati (NGO) keretek között működött. Ez utóbbiak közül 3 magánalapítvány, 2 egyesület, 2 közalapítvány és 2 egyházi fenntartású volt.

¹⁴⁰ Az esetek a fejezet elején található definíció szerint kerültek leválogatásra (nem tartalmazzák az összes fekvőbeteg esetet).

¹⁴¹ A kutatás a Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetségének (MADRISZ) az adatfelvétel idején aktív terápiás tevékenységet végző (drogrehabilitációs) 13 tagszervezetére terjedt ki. A kutatás a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából készült.

Az adatfelvétel során 13 intézményvezetői interjú készült, azaz teljes körű megkérdezést sikerült megvalósítani. A 13 drogterápiás intézetben az adatfelvétel idején 253 kliens 180 munkatárs látott el. Közülük 146 dolgozót, és 240 kliens sikerült megkérdezni. Az intézményvezetői kérdőívek felvétele személyes megkereséssel, szakmailag kompetens kérdezőbiztosok bevonásával, jellemzően face-to-face technikával történt. A munkatársi kérdőívek egyéni önkitöltős technikával, a kliens kérdőívek pedig csoportos önkitöltős technikával kerültek felvételre. (További részletek a kutatásról lásd: 2010-es Éves Jelentés 8. fejezet)

¹⁴² A kutatásban az abban az évben megalakuló Forrás Lelki Segítők Egyesülete, Fordulópont terápiás intézet még nem vett részt.

2009-ben az intézetek közül 5 volt koedukált, 7 csak férfiak, 1 csak nők számára volt elérhető. 2 intézet fiatalok droghasználókat fogadott.

Az intézetek jellemzően nyitottak a különböző speciális szükségletű csoportok irányába. Mindegyik nyitott a kisebbségi csoportok iránt, döntő többségük fogad pártfogói felügyelet alatt állókat, kettős diagnózisú klienseket, HCV fertőzötteket, hajléktalanokat, illetve valamilyen viselkedési függőségben szenvedőket is. Droghasználó anyákat a nők számára hozzáférhető 6 intézetből 5 fogad. Az intézetek e speciális szükségletű csoportok számára azonban speciális szolgáltatást saját bevallásuk szerint nem nyújtottak.

Az intézetek többségében (10 intézetben) 25 fő alatti volt a befogadóképesség, a legkisebb 10 fő, a legnagyobb több mint 100 fő befogadására volt alkalmas.

Az intézetekben a legnagyobb hangsúllyal a csoportterápia, a foglalkoztatás terápia és a terápiás közösségi modell volt jelen a terápiás technikák közül. A 12 lépéses modell, a gyógyszeres terápia vagy az evangelizáció kis hangsúlyt kaptak az intézetek átlagában.

24. táblázat. A különböző terápiás technikák hangsúlyossága a droghasználatos intézetekben működtetett terápiás programokban 5 fokozatú skálán (1=egyáltalán nem hangsúlyos; 5=nagyon hangsúlyos) (2009)

Terápiás, tanácsadói megközelítések	Átlag	Szórás
Csoport terápia	4,92	0,277
Terápiás közösségi modell	4,77	0,599
Foglalkozás terápia	4,62	0,65
Relapszus prevenció	4,38	1,502
Viselkedési- és kognitív terápia	4,38	1,121
Egyéni támogatás, tanácsadás (konzultáció)	4,23	1,235
Motivációs terápia	4,00	1,528
Sport és kaland terápia	3,92	1,32
Művészet terápia	3,38	1,325
Egyéni pszichoterápia	3,15	1,676
Család terápia	3,15	1,625
Biblioterápia, evangelizáció	2,85	1,676
12 lépéses modell	2,23	1,598
Gyógyszeres terápia	1,85	1,282
Averzív terápiás módszerek	1,54	0,877

Forrás: Topolánszky et al. 2009a, Topolánszky et al. 2009b

11.2.2.2. Szolgáltatások jellemző kombinációja

Lásd a 11.2.2.1 fejezetet.

11.2.2.3. Szubsztitúciós kezelés a bentlakásos ellátás keretében

A hazai droghasználatos intézetek közül mindössze egyetlen intézményben folyik szubsztitúciós kezelés, további három intézményben alkalmaznak pszicho-farmakoterápiát a program egyéb elemeinek kiegészítésére. Három intézmény nevezte meg a Minnesota modellt vezér-, vagy hangsúlyos terápiás filozófiaként. (Topolánszky et al. 2009a, Topolánszky et al. 2009b)

11.2.2.4 Az együttműködés és a hálózatosodás szintje

A terápiás intézetek a szociális és egészségügyi ellátó rendszer részei. A gyakorlatban is magas szintű a továbbirányítási együttműködés szintje. Az intézetek legtöbbször a formális, valamint az integrált együttműködési szinten azonosítja magát. Az intézetek többsége rendelkezik alacsonyküszöbű szolgáltatással, vagy van ilyen szolgáltatóval szervezett kapcsolata (lásd a beutalás eredetével kapcsolatos információkat a 11.2.1 pontban). Jellemző a szervezett kapcsolat kórházi detoxifikációs egységekkel is – melyekből viszonylag kevés található az országban. Rendszeres az adott esetben fel nem vehető kliens továbbirányítása egyéb terápiás intézetbe, vagy a szükségleteinek megfelelő más ellátásba. Az intézetek jellemzően fenntartanak utógondozó szolgáltatásokat, félutas átmeneti lakásokat, gondozói programokat, és támogatnak öngyógyító csoportokat.

11.3. MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS

11.3.1. Irányelvek és szolgáltatási standardok a bentlakásos ellátásra vonatkozóan

A terápiás intézetek nem rendelkeznek önálló, csak a saját ellátási szegmensükre vonatkozó szabályozással, sem egészségügyi, sem szociális igazgatási szempontból. A drogterápiás intézeteknek jelenleg a pszichiátriai rehabilitáció szakmai minimum feltételeinek kell megfelelniük. A specifikus, drogterápiás intézetekre, illetve az ifjúsági drogterápiás intézeti ellátásra vonatkozó minimum szakmai követelmények kidolgozása folyamatban van.

Az eljárásrendeket tekintve a három kábítószer-használók kezelését meghatározó egészségügyi protokoll (az opiát-, amfetamin- és a kannabisz-használók ellátását meghatározó protokoll), illetve a metadon kezelést meghatározó módszertani levél irányadó a kábítószer-használók bentlakásos ellátása esetén. Ezek azonban csak részben és áttételesen határozzák meg az intézetek működését. (Az eljárásrendek részletes leírását lásd: 2010 Éves Jelentés 11. fejezet.)

Szociális oldalról a „fogyatékos személyek, pszichiátriai és szenvedélybetegek tartós bentlakásos intézményi ellátásához” (mindenkori Költségvetési törvény 3. melléklete) meghatározott feltételrendszer adja a működés kereteit.

Az egyes intézetekre, illetve az intézményrendszerre vonatkozó közvetlen, standardizált eredmény-értékelés nem történik sem az egészségügyi sem pedig a szociális oldalon, azonban az intézetek egy része végez belső evaluációt, utánkövetést (Topolánszky et al. 2009a, b).

Nem létezik közvetlen összefüggés terápiás teljesítmény és hatékonyság, valamint a finanszírozás között¹⁴³. Amely intézet a formális, jogszabályokban megkövetelt működési feltételeknek és szabályozásoknak eleget tesz, a finanszírozást megkapja.

11.4. KÖVETKEZTETÉSEK

A terápiás intézeti kapacitások a manifesztálódott kezelési igény szempontjából megfelelőnek tekinthetők, azonban a beutalás ezen magasabb küszöbű, bentlakásos ellátási formákba fejlesztésre szorul. A speciális szükségletekkel rendelkező szerhasználók (pl.: fiatalok, nők, várandósok, kettős diagnózisú betegek) felé ugyan nyitottak a terápiás

¹⁴³ Az intézetek az általuk alkalmazott terápiás megközelítések eredményességi kritériumait eleve eltérően határozzák meg.

intézetek, azonban nem rendelkeznek e populációk különleges szükségleteire szabott szolgáltatásokkal.

11.4.1. Kitekintés

A terápiás intézetek nem rendelkeznek önálló, csak a saját ellátási szegmensükre vonatkozó szabályozással sem egészségügyi, sem szociális igazgatási szempontból. A specifikus, drogterápiás intézetekre, illetve az ifjúsági drogterápiás intézeti ellátásra vonatkozó minimum szakmai követelmények kidolgozása jelenleg folyamatban van, mely standardok megszületése egyben a drogterápiás intézetek egyértelmű szervezeti azonosíthatóságát eredményezi. A készülő standardok és minimumkövetelmények kapcsán fontos kérdés a finanszírozás szintjének alakulása a szabályozási-megfelelési elvárások változásával párhuzamosan. Amennyiben a csökkenő finanszírozáshoz erősödő szabályozási (foglalkoztatási, képzettségi, képzési, felszerelési, alkalmazási, fenntartási stb.) elvárások társulnak, az veszélyeztetheti a működés fenntarthatóságát.

12. NAGYVÁROSI DROGPOLITIKA¹⁴⁴

12.1. A NAGYVÁROSOK¹⁴⁵ DROGPOLITIKÁBAN BETÖLTÖTT SZEREPE

A drogpolitika helye a közigazgatásban

Budapest önkormányzati rendszere eltér az ország egyéb területein működőtől. Egyrészt, Budapest területén csak helyi önkormányzatok működnek, megyei önkormányzat nem (vagyis a főváros önkormányzata a megyei önkormányzatokkal egy szinten helyezkedik el), másrészt a fővárosban kétszintű önkormányzati rendszer működik.

A kétszintű önkormányzati rendszer egyrészt a főváros egészére kiterjedő hatáskörű Fővárosi Önkormányzattól, másrészt a 23 kerület mindegyikében működő kerületi önkormányzatokból áll, melyek között a feladatok és hatáskörök megosztását a helyi önkormányzatokról szóló 1990. LXV. törvény (Ötv.) részletes előírásokban rögzíti. A Fővárosi Önkormányzat azokat a feladat- és hatásköröket látja el, melyek a főváros egészét vagy egy kerületet meghaladó részét érintik, valamint amelyek a fővárosnak az országban betöltött különleges szerepköréhez kapcsolódnak, e körben rendeletalkotási jog illeti meg. A két önkormányzati szint között lehetséges a feladatok megosztása is, feladatátengedés, együttműködés vagy közös feladatellátás társulás útján.

A helyi önkormányzatokról szóló 1990. LXV. törvény (Ötv.) értelmében az alapfokú oktatás, az egészségügyi és szociális alapellátás biztosítása a helyi önkormányzatok hatáskörébe tartozik, a fővárosban az egészségügyi és szociális alapellátás biztosításában a kerületi önkormányzat az illetékes. Az önkormányzatok a kábítószer-politikai koordinációt biztosító szervezetekben e minőségükben, ilyen szolgáltatásokat nyújtó intézmények fenntartóiként vesznek részt.

Helyi szintű drogpolitikai koordináció: a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok

A 2000-ben elfogadott Nemzeti Drogstratégia nyomán jöttek létre az úgy nevezett Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF-ek), azzal a céllal, hogy a stratégia célkitűzéseinek megvalósítása lehetővé váljon helyi szinten, a helyi szükségletekhez igazodóan.

A KEF-ek olyan jogi személyiséggel nem rendelkező tanácsadó testületek, melyek a stratégia iránymutatásainak megfelelően a kábítószerügy területén érintett szervezeteket vonják be munkájukba, így az állami és önkormányzati intézmények és szervezetek mellett azokat a non-profit szolgáltatókat is, amelyek tevékenységükkel hozzájárulhatnak a drogprobléma megelőzéséhez, kezeléséhez, vagy a kínálatcsökkentéshez. A fórumok az esetek nagytöbbségében alulról jövő kezdeményezésként, de az önkormányzatok támogatásával jöttek létre és működnek, melyről önkormányzati határozat rendelkezik.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2001-től folyamatosan alakultak meg, 2011-ben a folyamatosan működő KEF-ek száma 84 volt.

¹⁴⁴ A fejezet szerzői: Fehér Richárd, Port Ágnes

¹⁴⁵ Magyarországon a főváros az egyetlen város, amely megfelel az EMCDDA jelen fejezet vonatkozásában alkalmazott „nagyváros” definíciójának (>300.000 lakos).

25. táblázat. *Működő KEF-ek száma 2011-ben (db)*

KEF szerveződési szintje	db
Települési	51
Kerületi	16
Kistérségi	10
Megyei	4
Regionális	3

Forrás: NCSSZI – NDI

A KEF-ek megalakulásának előmozdítása érdekében 2001-től a kábítószerügyi koordinációt ellátó minisztérium pályázati támogatást biztosított. A minisztérium olyan településeken támogatta fórumok megalakulását, melyek 20.000 főnél nagyobb lélekszámmal bírnak. 2001 és 2004 között a főváros kivételével sorra alakultak meg a kábítószerügyi egyeztetés platformjai. 2004-től a fővárosi kerületek is bekapcsolódtak a pályázati rendszerbe, így működésükhöz szükséges forrásokat nyerhettek a központi költségvetésből. Ez a lehetőség generálta azt a folyamatot, hogy a fővárosi kerületekben is megalakuljanak aztán a KEF-ek.

A KEF-ek deklaráltan hálózattá nem fejlődtek, viszont a kábítószerügyi koordinációért felelős minisztérium háttérintézményeként működő Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI) a fórumok számára képzéseket, konferenciákat szervezett és kiadványokat biztosított, a fórumok tagszervezeteinek szakmai fejlődése érdekében. E tevékenységek ellátása 2011-től a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda feladata (lásd 2011-es Éves Jelentés 1.2 fejezet).

A KEF-ek irányába támasztott igény volt a kábítószerügyi koordináció és a helyi döntéshozók részéről is, hogy alkossák meg a településre vonatkozó stratégiájukat és ahhoz illeszkedő cselekvési tervüket. Az elmúlt években Magyarországon mintegy 80 működő KEF volt, melyek közül 70 rendelkezett hatályos, az önkormányzat által is elfogadott drogstratégiával. A stratégiákat KEF-enként (a pályázati rendszer követelményeként is) a www.kef.hu oldalon teszik közzé a fórumok, ahol a KEF tagszervezetei, aktuális dokumentumai is megtalálhatók.

Önkormányzati és civil szerepvállalás a kábítószer-probléma kezelésében

A helyi drogpolitikák aktív szereplőivé váló KEF-ek mindvégig megőrizték azt az egyensúlyt, melyben az önkormányzati intézmények mellett a non-profit szektor jelentős szerepet tudott vállalni. A non-profit szektor folyamatos erősödése azt eredményezte, hogy az új szolgáltatások kialakítása is egyre nagyobb számban a civil szektorhoz köthető. Jól mutatja ezt a tendenciát, hogy országosan a 2009 és 2011 között szenvedélybetegek közösségi ellátását biztosító szervezetek (72) közül 22 működött önkormányzati fenntartásban, míg a fennmaradó 50 szolgáltatást egyesületek (18), alapítványok (16) és egyházak (14) biztosították. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások közül (51) csak 3 köthető önkormányzathoz. Ezen szolgáltatások mellett meg kell jegyezni, hogy a járóbeteg-ellátásban önkormányzati túlsúly figyelhető meg (18-ból csak 5 működik alapítványi formában).

A helyi döntéshozásban szerepe van a kábítószerügyi egyeztetésnek, hiszen egy-egy szolgáltatás bevezetése kapcsán a szervezetek értesülnek egymás munkájáról és a helyi engedélyeztetési folyamatban felmérik őket (az önkormányzat adja ki a működési engedélyeket a szolgáltatás elindításához).

A KEF-ek tagszervezetei, mint önálló szervezetek több irányból is képesek kapcsolódni az országos szintű drogpolitikai folyamatok alakításához. A 2000-es évektől létrejöttek olyan ernyőszervezetek, melyek hasonló célcsoporttal és szakmai-megközelítéssel fejtik ki tevékenységüket. Ezen szervezetek főképpen budapesti központtal működnek, de országos szinten végzik szervező tevékenységüket. A szakmai civil szervezetek képviselői (4 fő) 2007

óta részt vesznek a kormány kábítószerügyi tanácsadó testületének (Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság, KKB) munkájában is.¹⁴⁶

A KEF-ek többségében kettős vezetési struktúra honosodott meg. Ennek megfelelően a szakmai irányítást egy, a tagok egyetértésével választott szakemberre bízzák, míg az önkormányzati döntéshozásban egy helyi politikai szereplő (polgármester, alpolgármester) képviseli a fórumot. A szervezet életében meghatározó szerep jut a titkárnak, vagy koordinátornak (általában önkormányzati alkalmazott), aki a KEF szervezésében ugyanúgy részt vállal, mint az előterjesztések és javaslatok megfogalmazásában, melyek a döntés-előkészítő testületek (önkormányzati bizottságok) és a döntéshozói fórum (testületi ülés) elé kerülnek.

12.2. A FŐVÁROSI DROGPOLITIKA JELLEMZŐI

Fővárosi drogstratégia

1997-ben a Fővárosi Önkormányzat 432/1997. határozatával fogadta el az első drogstratégiáját, amely összehangolt feladatokat megvalósító programok részeként támogatta a kábítószer kínálat és kereslet elleni fellépést. A konkrét feladatokat az úgy nevezett „drogprogram” keretén belül határozta meg az önkormányzat, majd 1998 augusztusában újabb cselekvési tervet fogadott el „Beszámoló a drogfogyasztás helyzetéről és javaslat a fővárosi kábítószer-fogyasztás visszaszorítását szolgáló Cselekvési Program elkészítésére” címmel (80-423/98).

A 2000-2009-re szóló Nemzeti Stratégia 2000. decemberi elfogadását követően a főváros 80-327/2002. számú határozatával az 1997-ben elfogadott drog-ellenes stratégiát felülvizsgálva új drogstratégiát alkotott. Ez a stratégia igen átfogó jellegű volt és nem határozott meg konkrét időtávokat, melyeken belül egyes célkitűzéseket el kell érni.¹⁴⁷

Az elkövetkezendő években újabb átfogó szakmapolitikai dokumentum nem jelent meg. A fővárosi drogpolitikai tevékenységének koordinációját az egészségügyi és szociálpolitikai főpolgármester-helyettes irányítása alá tartozó drogpolitikai referens látta el. A fővárosi önkormányzat éves költségvetésében rendre 20 és 40 millió forint közötti összeget különített el a stratégiában megfogalmazott célok elérése érdekében, mely összeg egyrészt célzott támogatás formájában, másrészt pályázati úton került kiosztásra főképpen non-profit szervezetek működésének támogatására. A 2002 és 2004 közötti időszakra jellemző szervezeti elrendezés 2006-ban, a városvezetésben bekövetkezett változások után átalakult, a drogpolitikai referensi pozíció megszűnt. A fővárosi drogstratégiai törekvései csak 2007 után nyertek markánsabb arculatot, de egy új drogstratégia kialakítására ezt követően sem került sor.

Fővárosi KEF

2007-ben a főváros Egészségügyi Ügyosztálya egyeztetéseket kezdett az NDI-vel, melynek következtében - az akkor már kerületi szinten aktív KEF-eken keresztül – az ügyosztály hozzálátott a Fővárosi KEF (FKEF) életre hívásához. Az FKEF feladata lett volna, hogy elősegítse a fővárosi drogstratégia kialakítását, majd végrehajtását - különös tekintettel a kerületeken átnyúló jelenségek és feladatok kezelésének szükségességére -, gondoskodjon

¹⁴⁶ A KKB civil delegáltjai jelenleg: Magyar Dropterápiás Intézetek Szövetsége (MADRISZ), a Magyar Drogpreevenció és Ártalomcsökkentők szövetsége (MADÁSZSZ), Ártalomcsökkentő Szervezetek Szövetsége (ÁSZ), Magyar Addiktológiai Társaság (MAT).

¹⁴⁷ A drogpolitikai dokumentum 7 fő pontja bemutatja az előzményeket (1.), a főváros 1997 és 2002 közötti tevékenységeit (2.), átfogó helyzetképet ad (3.). Ezt követően stratégiai pillérenként számol be a drogpreevenció (4.), az alacsonyküszöbű (5.), a magasküszöbű (6.) tevékenységekről. A dokumentum 7. pontja javaslatokat fogalmaz meg az ellátórendszer fejlesztésére és a koordinációs tevékenységre nézve.

a bevált gyakorlatok összegyűjtéséről és terjesztéséről, és biztosítson szakmai fórumot az érintett fővárosi állami és társadalmi szervezeteknek.

Ehhez kapcsolódóan a Fővárosi Önkormányzat Egészségügyi Ügyosztálya 2008-ban, a területen érintett szakemberek bevonásával, (prevenció, kezelés-ellátás, kínálatcsökkentés) átfogó cselekvési tervet is készített. A cselekvési terv megvalósításának érdekében a 2009. évi költségvetésben Budapest Főváros Önkormányzata 69 millió forintot irányozott elő a terület pályázati úton történő támogatására.¹⁴⁸

2009-ben a Fővárosi Közgyűlés 1466/2009. (10.12.) számú határozatával támogatta a Fővárosi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum, mint a Nemzeti Drogstratégia fővárosi szintű megvalósításának koordinálásáért felelős szakmai tanácsadó, munkacsoportokban működő testület létrehozását. A határozatban foglaltak értelmében a Közgyűlés felkérte az illetékes Egészségügyi Ügyosztályt, hogy a 2010. március 31-ig alakítsa meg az FKEF-et.

Az FKEF hivatalosan 2010. szeptember 15-én alakult meg, azt követően, hogy a tagszervezetek a négy munkacsoportban (prevenció, kezelés-ellátás, az alacsonyküszöbű szolgáltatások, kínálatcsökkentés) megvitatták a működési szabályzatot. Az önkormányzati választások után a főváros nehéz gazdasági helyzetére (pl: fővárosi intézmények és faladatok átadása állami kézbe) hivatkozva nem foglalkoztak kiemelt ügyként a kábítószer-probléma kezelésével, s a fórummal sem; annak vezetői 2011 nyarán lemondtak tisztségükről. Jelenleg az FKEF tevékenysége szünetel.

Kerületi KEF-ek

Átfogó fővárosi stratégia és működő fővárosi KEF hiányában a kerületi KEF-ek tevékenysége kapcsán azonosíthatók a fővárosban zajló drogpolitikai folyamatok.

Budapest Főváros 23 kerületéből 18 kerületben alakult meg KEF, melyek elsősorban a kerületi határok figyelembevétele mellett fejtik ki tevékenységüket, mind a helyzetfelmérés, mind pedig az ellátásszervezés érdekében. A kerületi KEF-ek 2003-tól kezdődően alakultak meg, ez a folyamat 2006-ra záródott le. A 18 KEF közül 11 fórumról mondható el, hogy folyamatos tevékenységet végzett a megalakulás óta eltelt időszakban. A megalakult KEF-ek közül 2 teljes mértékben befejezte működését, míg 5 testület működése szünetel.

Kerületi drogst stratégiák

A kerületi KEF-ek megalakulásukat követően helyzetfelméréseket végeztek annak érdekében, hogy a kerület vonatkozásában adekvát stratégiát tudjanak alkotni. Ezen stratégiák mindegyike követte a Nemzeti Stratégia felépítését, de különböző minőségben és terjedelemben készültek, annak függvényében, hogy milyen helyi szakértőbázisra tudott építeni a helyi testület. Ennek megfelelően az egyes dokumentumok 4 pillérré épültek (közösség és együttműködés, prevenció, kezelés-ellátás, kínálatcsökkentés) és a stratégia hatályának meghatározásakor mindegyik alkalmazta a rövid, közép és hosszútáv felosztást.

A Budapesten megalakult KEF-ek (18) közül 2005-től 12 fórum készített önálló, kerületi érvényű drogst stratégiát. A kerületi stratégiák hatályát tekintve 3 esetben nincs adat, (egy esetben most készül, kettőben a túlzottan általános megfogalmazás miatt), és 3 esetben 2012-ben veszíti hatályát a stratégia. A kerületi stratégiák túlnyomó többsége önálló drogpolitikai dokumentum, két kerületi stratégia a bűnmegelőzési stratégia részét képezi.

¹⁴⁸ A cselekvési terv modell értékű programok támogatására, hálózat kialakítására (a drogp probléma kezelését felvállaló intézmények és területek között a hatékonyabb beavatkozás érdekében), a meglévő és jól működő ártalomcsökkentő szolgáltatások további biztosítására és fejlesztésére, az önségítés kultúrájának támogatására és a megelőzési programok megerősítésére (különös tekintettel a korszerű egészségfejlesztés szemléleti keretei között kifejezetten magas kockázatú csoportok irányába) tett javaslatot.

26. táblázat. *Kerületi drogstratégiák száma a keletkezés és a hatályosság éve szerinti bontásban*

Kerületi drogstratégiák	keletkezett	hatályos
2005	5	
2007	3	
2009	1	
2010	2	
2011	0	1
2012	1	3
2013		1
2014		2
2015		1
2018		1
n.a.		3

Forrás: NCSSZI – NDI

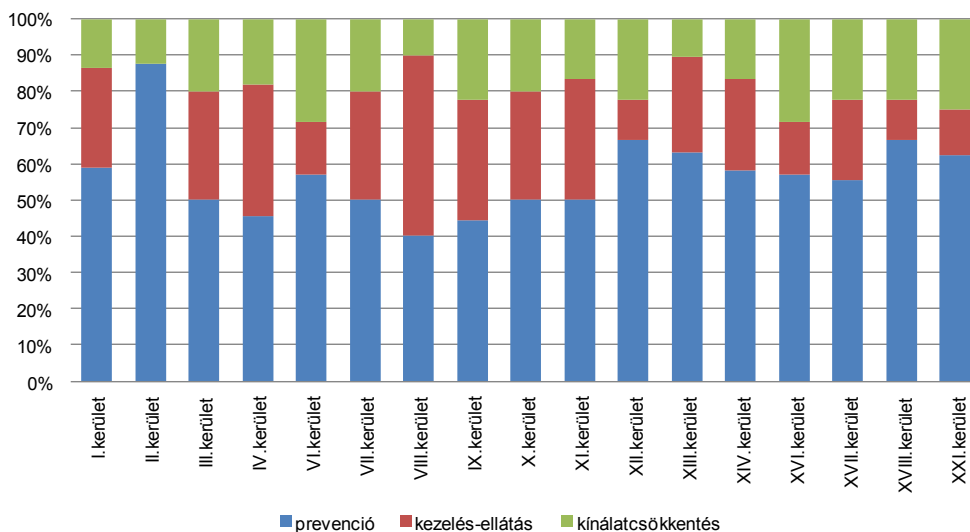
A kerületi KEF-ek felépítése és működése

Az egyes kerületekben működő KEF-ek - annak ellenére, hogy nem rendelkeznek önálló jogi személyiséggel - működési szabályzatban foglaltak szerint működnek. A koordinációért általánosságban egy-egy titkári feladattal felruházott személy a felelős, aki a testület javaslatait a kerületi döntéshozók elé terjeszti. Valamennyi működő kerületi KEF-ben a koordinátori feladatokat az önkormányzat vagy valamely önkormányzati intézmény (főképp családsegítő) munkatársa látja el.

Az egyes kerületekben a KEF tagok között megtalálhatók a kábítószer problémához kapcsolódó szolgáltatást működtető vagy feladatot vállaló civil szervezetek, az önkormányzat illetékes osztályainak képviselői, az önkormányzati intézmények (pl: Szociális Szolgáltató Központok, iskolák) és azok releváns részlegeinek munkatársai (családsegítő, gyermekjólét), valamint a rendőrség delegáltja. A hivatal munkatársai és az önkormányzati intézmények nagy száma a civil képviseletet látszólag kis arányúvá teszi, de szakmai jelentőségük mégis döntő a KEF működésében.

A civil szervezetek főként a prevenció, kisebb részt a kezelés-ellátás és a kínálatcsökkentés területén látnak el feladatokat. A kerületek között a szolgáltatókat tekintve viszonylag nagy az átfedés, hiszen az egyes szervezetek munkájuk során nem a kerületi határokat veszik figyelembe, hanem a klienseik szükségleteit. Egyes szervezetek kerületeken átívelő tevékenységük során adatokkal rendelkezhetnek más kerületek vonatkozásában is (pl: prevenció programok, party-service, mobil tűcsere), mely adatok a helyi szolgáltatástervezés szempontjából fontosak lehetnek.

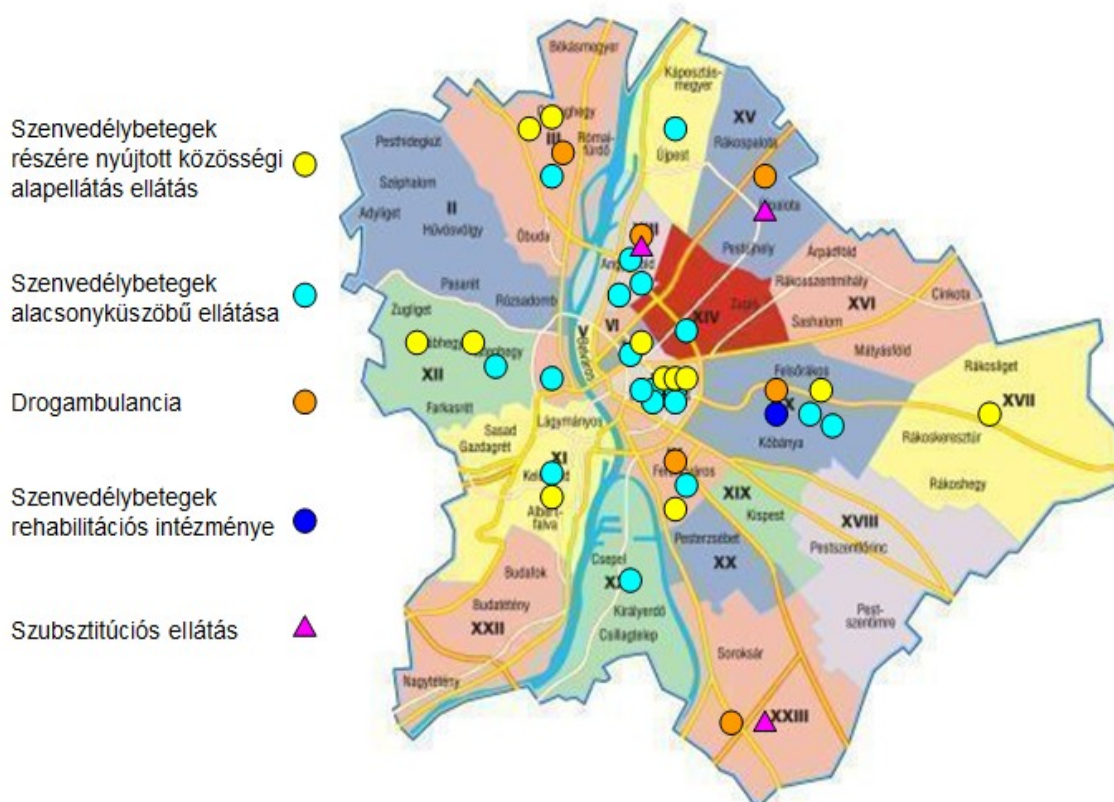
53. ábra. KEF tagok megoszlása tevékenységi területek szerint az egyes kerületekben (%)



Forrás: NCSSZI – NDI

Budapest területe viszonylag jól lefedett szenvedélybetegeket ellátó szolgáltatásokkal. Az egyes szolgáltatások természetesen nem csupán a kerületi lakosokat érik el, különösen igaz ez a drogambulanciák és a drogtérapiás intézmények vonatkozásában. A közösségi típusú ellátásoknál (közösségi szenvedélybeteg ellátás, alacsonyküszöbű szolgáltatás) úgynevezett ellátási területet (több település, kistérség) határoz meg a finanszírozó. Az alábbi térkép e szolgáltatások központjait tünteti fel, mert itt az ellátási területet Budapest egészére határozza meg a finanszírozó és a szolgáltató közötti szerződés.

5. térkép. Budapesten elérhető szenvedélybeteg ellátási formák 2011-ben

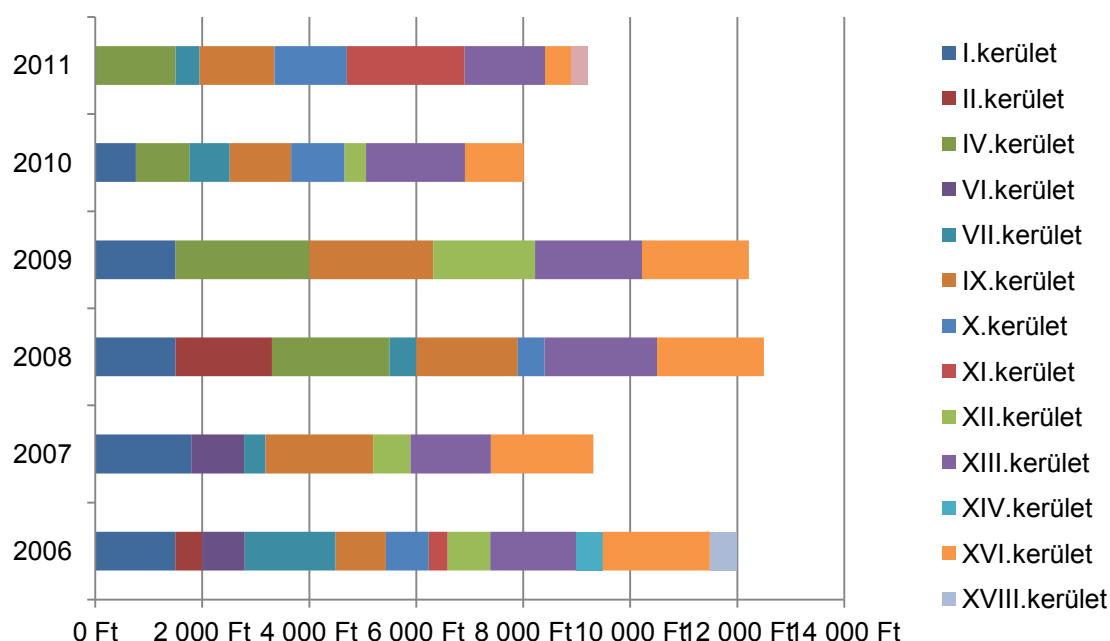


Forrás: NRSZH

A kerületi KEF-ek finanszírozása

A KEF-ek működését támogató minisztériumi pályázati rendszer az elmúlt 10 év alatt jelentős változáson ment keresztül. A kezdeti években a támogatás fő célja kizárólagosan a helyi koordinációs tevékenység támogatása volt. A 2006-os évtől kezdve a pályázati támogatás jelentősen kibővült. Azok a városok, kerületek, megyék, kistérségek és régiók, melyek kidolgozott, önkormányzat által elfogadott helyi drogstratégiával rendelkeztek, az éves pályázat keretein belül lehetőséget kapnak arra, hogy a helyi stratégia megvalósítására (tehát konkrét projektekre) is forrást szerezzenek. A KEF-ek koordinációs tevékenységre a pályázati forrásból 300.000 Ft (1080 EUR¹⁴⁹) és 500.000 Ft (1800 EUR) közötti összeget használhattak fel, az ezen felüli támogatást használhatták egyes projektek megvalósítására.

54. ábra. A kerületi KEF-ek által pályázati úton kapott támogatás mértéke 2006-2011 között (ezer Ft)



Forrás: ESZA és NCSSZI

12.2.1. A nagyvárosok sajátos drogproblémái a főváros példáján keresztül

Nyílt színi droghasználat

Budapesten nyílt drogszcéna vonatkozásában 2009 júliusában készült egy kutatás.¹⁵⁰ (Rácz et al 2010, a kutatás eredményeit lásd részletesen: 2010-es Éves Jelentés 7.1 fejezet.)

A jelenségre, melyet jól jelez a közterületeken megjelenő "drogszemét" nem csak a VIII. kerületben van példa. A helyzetre adott válaszként 2011-ben, Budapesten 4 tucseré program működtetett utcai megkereső programot 7 kerületben (IV., VII., VIII., X., IX., XIII., XV.), melynek keretében, nem csak a rejtett intravénás szerhasználókkal vették fel a kapcsolatot, hanem a kábítószer-használatból származó hulladékot is összegyűjtötték és szakszerűen megsemmisítették.

A tucserét végző szervezetek mellett több esetben segítséget nyújtottak a közterület-felügyelők, az önkormányzat, a polgárőrség, a rendőrség és más helyi civil szervezetek munkatársai is.

¹⁴⁹ Az összegek a 2011-es hivatalos euró középfárfolyam (1€=277,7Ft) szerint kerültek kiszámításra.

¹⁵⁰ A kutatásról készült részletes beszámoló elérhető:

http://demetrovics.hu/dokumentumok/Kutatasok_13_RaczJ_konyv.pdf

Rekreációs színterek

2011 januárjában a West Balkán nevű VI. kerületi szórakozóhelyen 3 fiatal halt meg, valószínűleg amiatt, hogy miután a szórakozóhelyen pánik tört ki, a kifelé menekülő tömeg nyomása alatt megfulladtak. A halálesetek kapcsán felmerült az is, hogy a fiatalok amfetamint fogyasztottak, ezt később az igazságügyi orvosszakértői vizsgálatok eredményei cáfolták. Az eset országos publicitást kapott és nagy felháborodást keltett a lakosság és a politikai döntéshozók körében egyaránt. A tragédiát követően a politikai döntéshozók aktívabb fellépést és a hatósági eszközök erőteljesebb alkalmazását szorgalmazták, sűrűbbé tették az egyes szórakozóhelyekkel kapcsolatos ellenőrzéseket, majd kormányrendelet is született a biztonságosabb szórakozási feltételek megteremtése érdekében (23/2011. (III. 8.) Kormányrendelet a zenés, táncos rendezvények működésének biztonságosabbá tételéről, lásd: 1.2 fejezet). A folyamattal párhuzamosan több szakmai szervezet is középpontba került, és az a „party service” beavatkozás is, melyet a szervezetek egyébként már több éve végeznek (lásd 3.4 fejezet). Ebben az időszakban a már meglévő és jól alkalmazható gyakorlatokra a médián keresztül többször hívhatták fel a figyelmet a szakmai szervezetek, sőt több társadalmi egyeztetés is zajlott (pl: szülőszervezet és szakmai szervezetek között), de a KKB napirendjén is szerepelt a téma. A rekreációs színtéren ártalomcsökkentést végző szolgáltatók az aktívabb együttműködés és az információáramlás elősegítése érdekében létrehozták a Parti Szolgáltatók Szakmai Szövetségét (PASSSZ). (Lásd még: 3.4. fejezet.) A szórakozóhelyek üzemeltetői ugyanakkor többségében továbbra is elzárkóznak a szakmai szervezetek egyes szórakozóhelyeken történő megjelenésétől. Kérdés az is, hogy egy esetlegesen megjelenő tömeges igény a szakmai beavatkozások iránt kielégíthető lenne-e, vagyis, hogy a szervezeteknek lenne-e elegendő humán és anyagi erőforrása a feladatok ellátására.

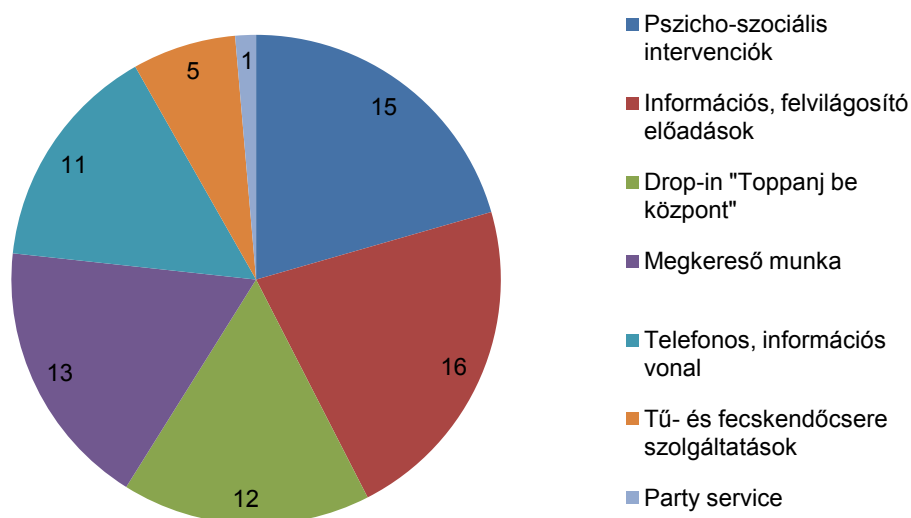
Alacsonyküszöbű szolgáltatások

A 2005. évi CLXX. törvénnyel módosított Szociális Igazgatásról és Szociális Ellátásokról szóló törvény (1993. évi III. tv) alapján a szenvedélybetegek közösségi ellátási formái közé bekerült az alacsonyküszöbű ellátás.

A szolgáltatásokat 2009-től a támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások finanszírozásának rendjéről szóló 191/2008. (VII.30.) Kormányrendelet alapján, pályázati úton elnyerhető normatív támogatás útján tartják fenn a szolgáltatók. A pályázati kritériumok szerint a támogatott alacsonyküszöbű szolgáltatások közül (Pszicho-szociális intervenciók, Információs, felvilágosító szolgáltatások, Megkereső munka, Drop In „toppanj be központ”) kettőt kötelezően biztosítani kell a pályázó szolgáltatóknak, míg az úgynevezett kiegészítő tevékenységek nem kötelezőek, de vállalhatók (Telefonos, információs vonal, Party service, Tű- és fecskendőcsere szolgáltatások). (Az alacsonyküszöbű szolgáltatások finanszírozásával kapcsolatosan további információ olvasható a 2011-es Éves Jelentés 7.2 fejezetében.)

Budapesten 16 szolgáltató működött 2009 és 2011 között, az egyes szervezetek többféle programtípust is működtettek.

55. ábra. Alacsonyküszöbű szolgáltatások száma (db) Budapesten 2011-ben, tevékenység szerinti bontásban



Forrás: NRSZH

2011-ben a tűcsere szolgáltatást nyújtó szervezetek mindegyike (5) fix telephelyű programot működtetett Budapesten, ezen felül 1 mobil tűcsere, és 6 utcai megkereső program is biztosított volt a szervezetek által. A szolgáltatásokat kiegészítette még egy a XIII. kerületben elérhető tű-automata, amely azonban a 2011. év első félévében üzemelt csak. (A tűcsere szervezetekről részletes adatok a 7.3. fejezetben olvashatók.)

Head/smartshopok, új pszichoaktív szerek

2011-ben folyamatosan nagy vitát kiváltó jelenség volt az úgynevezett „Amszterdam shop”-ok, illetve az olyan weboldalak megjelenése, melyek pszichoaktív hatású, de kábítószernek nem minősülő szerek árusítására szakosodtak. A jelenségre a szakmai szervezetek mellett a közvélemény és a média is igen erőteljesen reagált.

A boltok és az online kereskedelem elleni fellépéshez jogi eszközök a tavalyi évben még nem álltak rendelkezésre, a boltok bezárása csupán hatósági eljárások keretében volt lehetséges. A bezárások kezdeményezése így elsősorban jegyzői hatáskörbe esett, mivel kerületi szinten a működési engedély kiadást a jegyző felügyeli. Budapesten a III. kerületben került bezárásra egy üzlet, de a bezárás nem lehetett végleges, amit a sajtó az önkormányzat és a közigazgatási szervek kudarcának értékelt. A helyzetet az új pszichoaktív anyagokat felsoroló „C lista”, és az új szerek listára vételi eljárását kialakító szabályrendszer bevezetése rendezte 2012 áprilisában (lásd: 1.2. fejezet).

Következtetések

Mivel a fővárosi KEF jelenleg nem működik, a kerületek a drogpolitika alakításában nagyobb felelősséget kell, hogy vállaljanak. Fővárosi szinten továbbra is kérdés, hogy a kerületek bevonásával elindul-e egy egyeztető folyamat egy fővárosi drogpolitikai koncepció kidolgozásának érdekében, illetőleg sikerül-e az egyszer már létrehozott FKEF újraindítása. A finanszírozási problémák kapcsán az egyeztetési folyamatok és az abból megszülető cselekvési tervek megvalósulása válik kérdésessé, hiszen sok esetben az egyes önkormányzatok minimális összeget képesek fordítani a területre, a költségvetésükben nem jelenik meg önálló soron a területre fordított támogatás összege, ami nehezíti az

átláthatóságot. A KEF-ek központi költségvetési forrásainak beszűkülése ugyanakkor nagyobb önkormányzati szerepvállalást tenne szükségessé.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Andrási, Z. (2012): Droghasználók és terápiás lehetőségek a fogvatartottak körében. Szakdolgozat.
- Arnold, P., Paksi, B. (2010): Kábítószer problémával foglalkozó civil szervezetek kapcsolatai. *Addiktológia*, 2010.4. (253-280)
- Belügyminisztérium (2012): 2011. évi kábítószerügyi tevékenységről szóló beszámoló.
- BRFK (Budapesti Rendőr-főkapitányság) (2012): A Budapesti Rendőr-főkapitányság 2011. évi drogprevenációs munkájáról szóló beszámolója.
- BVOP (Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága) (2012): Éves beszámoló.
- Csák, R. (2012): A 2011-ben tapasztalt új jelenségek a különböző típusú szolgáltatók megkérdezése alapján. Kézirat.
- Csák, R., Gyékiss, R., Rácz, J. (2011): Dizájner drogok és szerváltás a Kontakt túcsere programban. Nemzeti Drog Fókuszpont, Túcsere szakmai találkozó. Budapest, 2011. december 4.
- Csohán, Á., Krisztalovics, K., Molnár, Zs., Dudás, M., Horváth, K., Szilágyi, A., Fogarassy, E., Lendvai, Gy., Kaszás, K., Molnárné Kozma, E. (2012): Magyarország járványügyi helyzete 2011. OEK.
- Csoma, Zs., Kovács, G., Ostoros, Gy., Sótér, Sz., Strausz, J., Zsarnóczai, I. (2012): A pulmonológiai intézmények 2011. évi epidemiológiai és működési adatai. in: *Korányi Bulletin* 2012, 1. szám. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest.
- Csorba, J., Pataki, Z., Klenner, Z., Dér, R. (2011): A Debreceni Befogadó Állomáson élők droghasználati mintázatai, és kapcsolataik az egészségügyi – szociális ellátórendszerekkel, kezelési igények feltárása. Kutatási beszámoló.
- Demetrovics Zs. (2011): A GHB használati mintázata és kockázatai, valamint szerepe a szexuális bűncselekményekben. KAB-KT-10-0007. Szakmai beszámoló. Kézirat.
- Dudás, M., Rusvai, E., Győri, Z., Tarján, A., Minárovits, J., Takács, M., Csohán, Á. (2011): A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2011. évi prevalenciájának vizsgálata. OEK.
- Dudás, M., Rusvai, E., Győri, Z., Tarján, A., Minárovits, J., Takács, M., Csohán, Á. (2012): A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2011. évi prevalenciájának vizsgálata 5 városban. OEK.
- Elekes, Zs. (2012): Droghasználat iskolában tanuló fiatalok körében – ESPAD 2011. Kézirat.
- EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2012a): Az EMMI Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztályának 2011-es beszámolója.
- EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2012b): Az EMMI Egészségpolitikai Főosztály 2011-es beszámolója.

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2012c): Közoktatás Fejlesztési Főosztály beszámolója kábítószerügyi éves jelentéshez.

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2012d): Jelentés az Országgyűlés részére az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja 2011. évi előrehaladásáról.

ENYÜBS (2012): Legfőbb Ügyészség Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos adatai, 2011.

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

Fact Alkalmazott Társadalomtudományi Kutatások Intézete (2011): Egészségfejlesztés a szexmunkások körében. Kutatási beszámoló.

Foglalkoztatási és Szociális Hivatal (FSZH) (2010): Referencia intézmények. Szakmai tanulmányok támogató szolgáltatásokról és közösségi ellátásokról. Budapest.

Horváth, I. (2012): Az addiktológiai ellátórendszer helyzetértékelése és fejlesztési irányai. NEFMI. KKB ülés.

Józan Babák (2012): A Józan Babák Klub 2011. évi beszámolója. <http://jozanbabakterhesgondozas.blogspot.hu/p/beszamolok.html> [2012.10.30.]

Kalapos, P. (2011): 3,4-metilén-dioxi-pirovaleron- (MDPV-) epidémia? In: Orvosi Hetilap. 152. évfolyam, 50. szám.

Kapitány-Fövény, M., Kertész, M., Urbán, R., Demetrovics, Zs. (2011): A mefedronhasználat jellemzői, viselkedésbeli és pszichológiai korrelátumai. Magyar Addiktológiai Társaság VIII. Országos Kongresszusa, 2011.november 24-26, Siófok.

Kék Pont Alapítvány (2012): 2011. évi szakmai beszámoló.

KIMISZ (Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium Igazságügyi Szolgálat) – Pártfogó Felügyelői Szolgálat (2012): Éves összesítés a 2011. évről. <http://www.kimisz.gov.hu/data/cms28557/orszagos.eves.pdf> [2012.10.30.]

Magyar Honvédség (2012): Beszámoló a kábítószerügyi Éves jelentéshez.

Makara, M., Horváth, G., Gervain, J., Pár, A., Szalay, F., Telegdy, L., Tornai, I., Ujhelyi, E., Hunyady, B. (2012): Ajánlás a B-, a C- és a D-vírus hepatitiszek diagnosztikájára és antivirális kezelésére. DOI: 10.1556/OH.2012.29338.

Mészáros, M., (2012): Egészségnevelés és - fejlesztés, szemléletformálás a börtönben. Projektzáró előadás. 2012. február. 1.

OAC (Országos Addiktológiai Centrum) (2012a): Az OSAP adatgyűjtés toxikológiai ellátási adatai, 2011 .

OAC (Országos Addiktológiai Centrum) (2012b): TDI adatgyűjtés 2011.

OAC (Országos Addiktológiai Centrum) (2012c): Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálzási adatok, 2011.

OEP (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) (2010): Hepatitis C vírus okozta krónikus májgyulladás diagnosztikája és terápiájának finanszírozási protokollja. http://site.oep.hu/prot/A_hepatitis_C_diagnosztikajanak_es_kezelesenek_finanszirozasi_protokollja.pdf [2012.10.30.]

Port, Á. (2012a): A kábítószer utcai árának alakulása 2011-ben. Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőíves adatgyűjtés.

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

Rácz, J., Csák, R., Karátson, R., Vadász, V. (2012): A drogváltás jelensége injekciós droghasználókkal készült interjúkban. *Psychiatria Hungarica*, 27 (1) (29-47).

Rácz, J., Márványkövi, F., Melles, K., Vadász, V. (2010): Út a túléléshez – Nyílt színi droghasználat és „belövőszobák” Budapesten. L'Harmattan.

Sebestyén, E. (szerk.) (2008): Kézikönyv a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok számára. NDI Budapest.

Sima, Á. (2012): Orvosegyetemi hallgatók stressz-terhelésének és egészségkárosító magatartásának epidemiológiai vizsgálata. Elhangzott: MTA Környezet és Egészség Bizottság ülése, 2012. március 22. Budapest.

Tarján, A. (2012a): A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet végző szervezetek 2011. évi működési és forgalmi adatai. Nemzeti Drog Fókuszpont

Tarján, A. (2012b): Tücsere programok adatai, 2010 – 2011. Nemzeti Drog Fókuszpont.

Tarján, A., Horváth, G. Cs. (2012): HCV fertőzöttség és a fertőző betegségekkel kapcsolatos kockázati magatartások a fogvatartottak körében 2010-ben. Nem publikált tanulmány.

TASZ (Társaság a Szabadságjogokért) (2012): A Társaság a Szabadságjogokért egyesület közhasznúsági beszámolója a 2011-es évről. http://tasz.hu/files/tasz/imce/eves_kozhasznusagi_szoveges_beszamolo.pdf [2012.10.30.]

Tistyán, L., Szemelyácz, J., Füzesi, Zs., Kesztyüs, M., Busa, Cs. (2011): A dizájner drogok Magyarországon 2010–2011-ben. Kutatási beszámoló

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

Topolánszky, Á., Felvinczi, K., Paksi, B., Arnold, P. (2009b): Drogterápiás intézetek körében végzett vizsgálat főbb megállapításai. KEF Országos Konferencia, Budapest, 2009. december 8.

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

Váltóság Alapítvány (2012): Beszámoló. <http://www.valtosav.hu/index.html> [2012.10.30.]

FÜGGELÉK

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A NEFMI által kiírt pályázati keretösszegek célterületek szerint 2011-ben	13
2. táblázat. A szerhasználat gyakorisága a fogyasztók körében 2011-ben (%)	16
3. táblázat. A Magyar Honvédségnél 2011-ben végzett szűrővizsgálatok eredményei	21
4. táblázat. Az MDPV fogyasztáshoz köthető tünetek előfordulása a kezelték körében intoxikáció és megvonás során (N=15) (fő)	39
5. táblázat. A detoxikációs és szubsztitúciós kezelésben részesülők megoszlása a helyettesítő szer alapján 2011-ben (%) (N=709)	44
6. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerint 2007-2011 között (fő)	52
7. táblázat. Az országos prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HIV, HCV, HBV fertőzöttsége nem és korcsoport szerinti bontásban, 2011-ben	53
8. táblázat. Kábítószer jelenléte a közúti balesetekből származó vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban 2011-ben	63
9. táblázat. A valaha illetve az utolsó hónapban az egyes szertípusokat fogyasztó illetve intravénásan fogyasztó várandós vagy legfeljebb 2 éve szült nők (N=66 fő) megoszlása (N) 2011-ben	64
10. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen, természetes és erőszakos halálesetek megoszlása 2011-ben (fő)	64
11. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2011-ben	65
12. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek életkori megoszlása 2011-ben (fő)	65
13. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő erőszakos halálesetek megoszlása szertípus szerint 2011-ben (fő)	66
14. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen, természetes és erőszakos halálesetek megoszlása a feltalálás helyszíne szerint 2011-ben (fő)	66
15. táblázat. A tűcsere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2010-ben és 2011-ben	71
16. táblázat. Az egy kliensre/ egy kontaktra jutó osztott illetve hozott+gyűjtött fecskendők, és az egy kliensre jutó kontaktok száma, 2011-ben	71
17. táblázat. A 2011-ben regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények az elkövetés tárgya és elkövetési magatartások szerinti bontásban	82
18. táblázat. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma és aránya az elkövetési magatartás és a kábítószer mennyisége szerinti bontásban 2011-ben	83
19. táblázat. Az elkövetők előélet szerinti megoszlása 2011-ben	85
20. táblázat. Kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövetők megoszlása 2011-ben	87
21. táblázat. Lefoglalások száma és mennyisége 2010-ben és 2011-ben	97
22. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban 2011-ben	102
23. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban 2011-ben	102
24. táblázat. A különböző terápiás technikák hangsúlyossága a drogterápiás intézetekben működtetett terápiás programokban 5 fokozatú skálán (1=egyáltalán nem hangsúlyos; 5=nagyon hangsúlyos) (2009)	112
25. táblázat. Működő KEF-ek száma 2011-ben (db)	116
26. táblázat. Kerületi drogstratégiák száma a keletkezés és a hatályosság éve szerinti bontásban	119

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. Az új pszichoaktív anyagok jegyzékre vételének folyamata	9
2. ábra. A különböző típusú szerfogyasztás életprevalencia értéke a 16 éves diákok körében 2011-ben, nemenként (%)	16
3. ábra. Szerenkénti életprevalencia értékek a 16 éves diákok körében 2011-ben (%)	17
4. ábra. A tiltott szerfogyasztás életprevalencia értékének változása a 16 éves diákok körében 1995-2011 között, nemenként (%)	18
5. ábra. Tiltott és legális szerek életprevalencia értéke a 16 éves diákok körében 1995 és 2011 között (%)	19
6. ábra. Marihuána havi prevalencia értékei 1995-2011 között a 16 éves diákok körében, nemenként (%)	19
7. ábra. Az első tiltott szerfogyasztás életkora a fogyasztók százalékában, 1995-2011 között	20
8. ábra. A drogfogyasztás életprevalencia értékei a 16 éves diákok körében 1995-2011 között az iskola székhelye szerint (%)	20
9. ábra. A különféle szerek fogyasztását nagyon veszélyesnek tartók aránya a 16 éves diákok körében 1995-2011 között (%)	21
10. ábra. Elsődlegesen injektált szer típus szerinti megoszlás (%) a túcsere programban részt vevő intravénás szerhasználó kliensek körében, 2009-2011	30
11. ábra. Az elsődlegesen egyéb szereket injektáló túcsere programba járó kliensek (N=760) szer típus szerinti megoszlása (%); és a szer típus szerinti megoszlás korcsoport szerinti bontásban (%), 2011-ben	30
12. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók megoszlása (%) korcsoportok szerinti bontásban 2006-2011 között (%)	31
13. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók megoszlása (%) az injektálás kezdete szerinti bontásban 2006-2011 között	31
14. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók megoszlása az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2006-2011 között (%)	32
15. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók megoszlása az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban 2011-ben (%)	32
16. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók megoszlása (%) korcsoportok szerinti bontásban, 2010-ben és 2011-ben	33
17. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók megoszlása (%) az injektálás kezdete szerinti bontásban, 2010-ben és 2011-ben	34
18. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók megoszlása az elsődlegesen injektált szer szerinti bontásban, 2010-ben és 2011-ben (%)	34
19. ábra. Elsődleges szer az összes és az elsőként (új) kezelésbe lépő elterelt és nem elterelt kliens körében 2011-ben (%)	45
20. ábra. Szerek megoszlása az összes intravénás fogyasztó körében 2007 és 2011 között (%)	48
21. ábra. A heroin, amfetamin és egyéb stimuláns fogyasztók arányának alakulása a korábban már kezeltek (első ábra) és az elsőként kezelésbe lépők (második ábra) (nem elterelt) körében 2007 és 2011 között (%)	49
22. ábra. Átlagos látencia periódus az egyes szer típusok esetében 2007-2011 között (év)	49
23. ábra. Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2006 – 2011	54
24. ábra. HCV prevalencia (%) az országos prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók körében területi bontásban, 2006-2011 között	55
25. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban 2010-ben és 2011-ben	56
26. ábra. Fecskendő, illetve injektáló segédeszköz megosztásának prevalenciája (%) az elmúlt 4 hétben az aktív intravénás szerhasználók körében, 2009-2011	58
27. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt száma 2007-2011 között (fő)	61
28. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt férfiak esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint 2011-ben (N=1766) (fő)	62
29. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt nők esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint 2011-ben (N=896) (fő)	62
30. ábra. A túcsere programok által kiosztott fecskendők száma, területi bontásban, 2011-ben (N=648.269)	72
31. ábra. Lakhatási körülmények a kezelésbe lépők körében 2007-2011 között (fő)	77

32. ábra. Befejezett iskolai végzettség a kezelésbe lépők körében 2007-2011 között (fő)	78
33. ábra. Munkaügyi státusz a kezelésbe lépők körében, 2007-2010 között (fő)	78
34. ábra. Társas együttélés megoszlása a kezelésbe lépők körében, 2007-2011 között (fő)	79
35. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma összesen és a Btk. kábítószeres tényállásai szerinti bontásban 2007-2011 között	81
36. ábra. A 2011-ben regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények az elkövetés tárgya szerinti bontásban	82
37. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkor szerinti megoszlása, 2007 és 2011 között	85
38. ábra. A bírósági eljárást nem eredményező eljárási formák és a vádemelések száma a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül 2007-2011 között	86
39. ábra. Az adott évben, folyamatban lévő kábítószerrel való visszaélésekkel kapcsolatos pártfogó felügyelvek száma, 2007-2011 között	88
40. ábra. Beviteli mód szerinti megoszlás amfetamin és heroin használók körében bv intézetekben és azon kívül kezelést kezdők esetében 2011-ben (%)	91
41. ábra. A különböző szereket könnyen vagy nagyon könnyen hozzáférhetőnek tartók aránya a 16 évesek körében (%) 1995-2011 között	94
42. ábra. Helyek, ahol könnyen lehetne marihuánát vagy hasist szerezni a 16 évesek megítélése szerint (%) 2011-ben	95
43. ábra. A kábítószeres beszerzési forrása a 16 évesek körében – az összes megkérdezett százalékában (%) 2011-ben	95
44. ábra. Katinon származékok előfordulási gyakorisága (esetek száma) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban és tárgyakon havi bontásban 2010-ben és 2011-ben	99
45. ábra. Szintetikus kannabinoid vegyületek előfordulási gyakorisága (esetek száma) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban és tárgyakon havi bontásban 2010-ben és 2011-ben	100
46. ábra. Injektáló eszközökről kimutatott hatóanyagok megoszlása 2011-ben (N=231)	101
47. ábra. Kábítószeres átlagos utcai árai forintban 2009-2011 között	103
48. ábra. Egyes kábítószeres átlagos hatóanyag-tartalmának (%) alakulása 2007-2011 között	103
49. ábra. Fogyasztási adagokban lefoglalt, amfetamin tartalmú porok hatóanyag-tartalma 2007-2011 között	104
50. ábra. Hatóanyagok előfordulási gyakorisága (N, %) a lefoglalt tablettákban, a lefoglalási tételeket (N=471) vizsgálva 2011-ben	105
51. ábra. Bentlakásos ellátásban kezelést kezdő kliensek megoszlása életkor alapján 2007 és 2011 között (%)	108
52. ábra. Bentlakásos ellátásban kezelést kezdő kliensek megoszlása a beutalás eredete alapján 2011-ben (%) (N=238)	111
53. ábra. KEF tagok megoszlása tevékenységi területek szerint az egyes kerületekben (%)	120
54. ábra. A kerületi KEF-ek által pályázati úton kapott támogatás mértéke 2006-2011 között (ezer Ft)	121
55. ábra. Alacsonyküszöbű szolgáltatások száma (db) Budapesten 2011-ben, tevékenység szerinti bontásban	123

TÉRKÉPEK JEGYZÉKE

1. térkép. *A rekreációs színtéren ártalomcsökkentő tevékenységet nyújtó szervezetek (N=17) 2011-es országos megoszlása* _____ 26
2. térkép. *A HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként az országos prevalencia vizsgálat során 2009-ben és 2011-ben* _____ 54
3. térkép. *Túcsere szolgáltatók (N=24) 2011-es országos megoszlása* _____ 70
4. térkép. *A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma megyék szerinti bontásban 2011-ben* 84
5. térkép. *Budapesten elérhető szenvedélybeteg ellátási formák 2011-ben* _____ 120