



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



**2019-es ÉVES JELENTÉS (2018-as adatok)
az EMCDDA számára
készítette: Nemzeti Drog Fókuszpont**

“MAGYARORSZÁG”

REITOX

A KÖTET SZERZŐI:

BÁLINT RÉKA, Nemzeti Drog Fókuszpont

CSÁK RÓBERT

CSESZTREGI TAMÁS, Nemzeti Szakértői és Kutató Központ

HORVÁTH GERGELY CSABA, Nemzeti Drog Fókuszpont

KALÓ ZSUZSA, Eötvös Lóránd Tudományegyetem

PAKSI BORBÁLA, Eötvös Lóránd Tudományegyetem

PÉTERFI ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

PORT ÁGNES, Nemzeti Drog Fókuszpont

TARJÁN ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

VARGA ORSOLYA

LEKTORÁLTA (EGYES RÉSZEIBEN, JELÖLÉS SZERINT):

DUDÁS MÁRIA, ELEKES ZSUZSANNA, SZEMELYÁ CZ JÁNOS, RÁCZ JÓZSEF, TAKÁCS SÁNDOR

TARTALOM

Kábítószer-politika.....	5
T0. ÖSSZEFOGLALÁS.....	5
T1. HAZAI HELYZETKÉP.....	5
T2. TRENDEK, TENDENCIÁK.....	12
T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK.....	12
T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK.....	12
T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN.....	12
Jogi keretek.....	14
T0. ÖSSZEFOGLALÁS.....	14
T1. HAZAI HELYZETKÉP.....	14
T2. TRENDEK, TENDENCIÁK.....	18
T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK.....	20
T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK.....	22
T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN.....	23
KÁBÍTÓSZEREK:.....	24
T0. ÖSSZEFOGLALÁS.....	24
A) KANNABISZ.....	28
T1. HAZAI HELYZETKÉP.....	28
T2. TRENDEK, TENDENCIÁK.....	37
T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK.....	37
T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK.....	37
B) STIMULÁNSOK.....	44
T1. HAZAI HELYZETKÉP.....	44
T2. TRENDEK, TENDENCIÁK.....	61
T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK.....	62
T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK.....	62
C) HEROIN ÉS EGYÉB OPIÁTOK.....	65
T1. HAZAI HELYZETKÉP.....	65
T2. TRENDEK, TENDENCIÁK.....	68
T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK.....	68
T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK.....	69
D) EGYÉB ÚJ PSZICHOAKTÍV SZEREK ÉS MÁŠ KÁBÍTÓSZEREK A FENTIEKEN TÚL.....	70
T1. ÚJ PSZICHOAKTÍV SZEREK (ÚPSZ).....	70
T4. TOVÁBBI INFORMÁCIÓK.....	70
E) FORRÁSOK ÉS MÓDSZERTAN.....	72
T6. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN.....	72
Prevenció.....	80
T0. Összefoglalás.....	80

T1. Hazai helyzetkép	80
T2. Trendek, tendenciák	86
T3. Új fejlemények	86
T4. További adatok és információk	87
T5. Források, módszertan	90
Kezelés	92
T0. Összefoglalás	92
T1. Hazai helyzetkép	93
T2. Trendek, tendenciák	108
T3. Új fejlemények	114
T4. További adatok és információk	114
T5. Források és módszertan	119
EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEK ÉS ÁRTALOMCSÖKKENTÉS	123
T0. ÖSSZEFOGLALÁS	123
T1. HAZAI HELYZETKÉP	124
T2. TRENDEK, TENDENCIÁK	157
T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK	157
T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK	157
T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN	157
Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés	163
T0. Összefoglalás	163
T1. HAZAI HELYZETKÉP	163
T2. Trendek, tendenciák	173
T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK	179
T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK	180
T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN	181
KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA A BÖRTÖNBEN	183
T0. ÖSSZEFOGLALÁS	183
T1. HAZAI HELYZETKÉP	184
T2. TRENDEK, TENDENCIÁK	199
T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK	199
T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK	199
T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN	200
Felhasznált irodalom	204
Függelék	211
ÁBRAJEGYZÉK	211
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	214
RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	215

KÁBÍTÓSZER-POLITIKA¹

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

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

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

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

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 NEMZETI DROGSTRATÉGIA

T1.1.1 Korábbi drogstratégiák

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

T1.1.2 A hatályos nemzeti drogstratégia⁵

A stratégiai dokumentum előkészítése - a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda és további elismert hazai szakértők bevonásával - 2011-ben vette kezdetét. A társadalmi és közigazgatási egyeztetést követően az Országgyűlés 2013. október 7-én fogadta el a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020, Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen alcímmel ellátott 80/2013. (X. 16.) OGY határozatot. A Nemzeti Drogellenes Stratégia a 2013 és 2020 közötti időszakra állapít meg célkitűzéseket. A stratégia amellet, hogy elismeri a kábítószer-használattal kapcsolatos egyéni és társadalmi kockázatok és károk kezelésének szükségességét, fő céljának az illegális szerhasználat csökkentését tekinti, célzott, közösségi alapú beavatkozások segítségével. A cél elérését a Nemzeti Drogellenes

¹ A fejezet szerzői: Horváth Gergely Csaba, Varga Orsolya

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

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

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

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

Stratégia széles körű prevenciós tevékenységgel, a kábítószerfüggők ellátása és kezelése terén a felépülés-központú szemléletmód és a reintegráció megerősítésével, a kínálatcsökkentés területén bűnmegelőzési és bűnüldözési beavatkozások hatékonyabb alkalmazásával, valamint a terjesztői magatartások elleni szigorú fellépéssel kívánja megvalósítani.

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

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

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

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

Az aktuális, 2019-2020. évekre vonatkozó szakpolitikai program előkészítése és végrehajtása az EMMI egészségügyért felelős államtitkársága alatt valósul meg.

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

T1.1.6 FŐVÁROSI DROGSTRATÉGIA

A korábbi fővárosi kábítószer-politikáról részletes leírás található a 2012-es Éves Jelentés 12. fejezetében Nagyvárosi drogpolitika címmel. A 2019. február 20.-án, a Fővárosi Közgyűlés 23 igen szavazattal, egy nem ellenében, öt tartózkodás mellett döntött, hogy a főpolgármester és a budapesti rendőrfőkapitányság vezetésével, Budapesti Kábítószerügyi Egyeztető Fórumot hoznak létre. Az elfogadott előterjesztés szerint a fórum megalakítását az teszi szükségessé, hogy a korábbi, klasszikus kábítószerrel szemben egyre inkább elterjednek az új pszichoaktív anyagok, az úgynevezett dizájner drogok, és a kábítószernek nem minősülő, tehát tiltólistán nem szereplő, bódító, tudatmódosító szerek. Ezen tendenciák térnyerése új szemléletű fellépést és társadalmi szerepvállalást jelent. A dokumentum tartalmazza továbbá, hogy a létrehozott Budapesti Kábítószerügyi Egyeztető Fórum „a Nemzeti Drogellenes Stratégia alapvető beavatkozási területén, elsősorban nem a szankcionálásra fókuszáló rendészeti jellegű megoldásokat előtérbe helyezve tudja majd eredményesen és hatékonyan megvalósítani a hozzá fűzött elvárásokat”. A fővárosi KEF 2019. május 2-án tartotta alakuló ülését, melyen elfogadták a fórum ügyrendjét, munkatervét, továbbá munkacsoportok is alakultak. A négy létrehozott munkacsoport a következő: I. Egészségfejlesztési, kábítószerhasználat-megelőzési munkacsoport; II. Kezelési, ellátási és felépülési munkacsoport; III. Együttműködések erősítését segítő munkacsoport; IV. Kínálatcsökkentési munkacsoport. (budapest.hu, 2019)

T1.2 A DROGSTRATÉGIA MEGVALÓSÍTÁSÁNAK ÉRTÉKELÉSE

T1.2.1 Stratégiák és akciótervek értékelése

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

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

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

T1.2.2 A legutóbbi értékelés összefoglalása

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T1.3 KÁBITÓSZERÜGYI KOORDINÁCIÓ

T1.3.1 Kábítószerügyi koordináció leírása

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

A jogszabállyal vagy közjogi szervezetszabályozó eszközzel létrehozott testületek felülvizsgálatáról szóló 1158/2011. (V. 23.) kormányhatározat, valamint az abban foglalt feladatok végrehajtásáról szóló 1452/2011. (XII. 22.) kormányhatározat alapján a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság újabb átalakítása 2013-ban zajlott. Ennek eredményeként a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság új struktúrában, új névvel (Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság) folytatta munkáját a tárcák és a kormányhivatalok képviselőinek részvételével, valamint létrejött a civil delegáltakat magába foglaló különálló Kábítószerügyi Tanács.

A kábítószer-megelőzéssel és kábítószerügyi koordinációval kapcsolatos feladatok tekintetében 2018-tól az Emberi Erőforrások Minisztériumának egészségügyért felelős felelős államtitkára gyakorolja szakmai és politikai irányítást, a terület közvetlen állami vezetője az egészségügyi szakmai irányításáért felelős helyettes államtitkár. 2018-tól a Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztály beleolvadt az újonnan létrehozott Fókuszpontok Működtetésért Felelős Osztályba, mely a Népegészségügyi Főosztály részeként végzi munkáját.

A magyarországi drogkoordináció legfőbb szerve az Emberi Erőforrások Minisztériumának Népegészségügyi Főosztály Fókuszpontok Működtetéséért Felelős Osztálya. Az EMMI Szervezeti és Működési Szabályzata által megfogalmazott feladatok⁷ (egyebek mellett):

- részt vesz az egészségfejlesztési, népegészségügyi tárgyú stratégiák, programok, cselekvési tervek kidolgozásában;
- részt vesz az egészségfejlesztés, egészségnevelés, egészségvédelem stratégiai irányainak meghatározásában;
- koordinálja a lelki egészséggel kapcsolatos feladatokat;
- koordinálja a kábítószer-probléma kezelésével összefüggő, több ágazatot érintő programok kialakítását és végrehajtását;
- részt vesz a kábítószer-probléma kezelésével kapcsolatos költségvetési előirányzatok tervezésében, kidolgozza azok szakmai tartalmát és figyelemmel kíséri felhasználásukat;
- előkészíti a Kormány, illetve az Országgyűlés tájékoztatását szolgáló jelentéseket, beszámolókat, tájékoztatókat
- a Nemzeti Népegészségügyi Központ közreműködésével ellátja a Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság és a Kábítószerügyi Tanács működtetésével kapcsolatos feladatokat;
- ellátja a minisztériumnak a kábítószer-megelőzéssel és kábítószerügyi koordinációval kapcsolatos, más közigazgatási szerv vagy a minisztérium más szervezeti egységének feladat- és hatáskörébe nem tartozó feladatait.

A drogprobléma megelőzésével és kezelésével kapcsolatos gyakorlati feladatok (pályázat- és támogatáskezelés, KEF és elterelés koordináció, egyebek mellett) megvalósítását a tárca háttérintézményében, a 2015 szeptemberéig a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Ifjúsági Igazgatóságának egységeként működött Nemzeti Drogmegelőzési Iroda biztosította.

⁷ 16/2018. (VII. 26.) EMMI utasítás az Emberi Erőforrások Minisztériuma Szervezeti és Működési Szabályzatáról a 4/2019. (III. 1.) EMMI utasításban foglalt módosításokkal egybeszerkesztve.

Az Iroda a közigazgatási átszervezést követően a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) részeként működött. A drogpolitikai feladatokat 2017. január 1-től a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság, mint jogutód látta el. A Drogmegelőzési Programok Osztálya - a Főigazgatóság Esélyteremtési Főosztályán belül - 2017. április 1-től 2019. augusztus 1-ig működött. (SZGYF 2017) A 180/2019. (VII. 26.) Korm. rendelet értelmében az SZGYF Drogmegelőzési Programok Osztályának feladatai 2019. augusztus 1-től beolvadásos kiválással a Nemzeti Népegészségügyi Központba (a továbbiakban: NNK) kerültek át.

A kábítószer-politika megvalósításában fontos szerepet játszanak a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF), olyan helyi szintű szakmai konzultációs munkacsoportok, melyeket a helyi önkormányzatok elkötelezettsége, a kábítószer-probléma kezelését célzó helyi szakmai összefogás, valamint minisztériumi pályázati támogatás hívott életre. Magyarországon jelenleg 84 KEF működik fővárosi, városi, kerületi, kistérségi, megyei, illetve regionális hatáskörrel. Országos KEF konferencia került megrendezésre 2017. december 13-án, ahol megválasztásra került egy KEF képviselő, aki a Kábítószerügyi Tanácsban képviseli a fórumokat. A KEF-ek feladata, hogy összehangolják a drogprobléma visszaszorításban szerepet játszó négy alappillér – a közösség és együttműködés, a megelőzés, a gyógyítás és rehabilitáció, valamint a kínálatcsökkentés – intézményeinek munkáját. A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok tagjai a drogprobléma kezelésben fontos szerepet játszó állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezetek képviselői. (SZGYF 2018)

T1.4 KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ KÖLTSÉGVETÉSI KIADÁSOK

T1.4.1 Költségvetési kiadási adatok hozzáférhetősége

A kábítószer-fogyasztással összefüggő magyarországi költségvetési kiadásokkal kapcsolatban nem állnak rendelkezésre aktuális adatok vagy kutatási eredmények. A korábban e témában készült kutatás (Hajnal 2009) eredményei mára már nem tekinthetők érvényesnek (Bővebben lásd 2009-es Éves jelentés 1.3. fejezet).

T1.4.2 Költségvetési kiadási adatok

2018. évi kábítószerügyi pályázatok

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma (a továbbiakban: EMMI) megbízásából a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság (a továbbiakban: Főigazgatóság) az államháztartásról szóló 2011. évi CXCV. törvény (a továbbiakban: Áht.), és az államháztartásról szóló törvény végrehajtásáról szóló 368/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Ávr.) 65/C. §-ban foglaltak alapján nyílt pályázati felhívást tett közzé az alábbi kategóriákban:

- Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF-ek) működési feltételeinek biztosítására (KAB-KEF-18-A/B)
- Szenvedélybetegek felépülési folyamatainak támogatására (KAB-FF-18)
- Kábítószer-prevenációs programok támogatására (KAB-ME-18-KMR-A/B/C)
- Kábítószer-problémával kapcsolatos vizsgálatok, kutatások támogatására (KAB-KT-18)

A különböző pályázatok céljai

Kábítószer-prevenációs programok támogatása a Közép-magyarországi régióban (KAB-ME-18-KMR -A/B/C)

A Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020 „Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen” című dokumentumban foglaltaknak megfelelően, a kábítószer-használat megelőzése és visszaszorítása érdekében univerzális, célzott és javallott prevenciók programok támogatására nyílt lehetőség. A pályázat keretében az iskolai és egyéb színtereken megvalósuló, elsősorban a gyermekek és fiatalok elérését célzó, továbbá/valamint a helyi közösségi résztvevők együttműködésén alapuló, szemléletformáló, a drogfogyasztással szemben megfelelő alternatívát nyújtó programok és célzott beavatkozások támogatására nyílt lehetőség.

Kábítószer-problémával kapcsolatos vizsgálatok, kutatások támogatása (KAB-KT-18)

A pályázat célja olyan kutatások támogatása, amelyek a lakosság számára a kábítószer-problémával kapcsolatos információk és összefüggések megismerését szolgálják, különös tekintettel az új pszichoaktív anyagok széleskörű megjelenésére.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF-ek) működési feltételeinek biztosítása, és programjainak támogatása (KAB-KEF-18-A/B)

A pályázat általános célja, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok a helyi igényekre reagáló szakmai tevékenységének előmozdítása, a már működő vagy új/újja alakuló KEF-ek folyamatos működésének támogatása, a koordinációs feladatok biztosítása, valamint a helyi drogpolitikai célkitűzésekhez kapcsolódó programok támogatása.

Szenvedélybetegek felépülési folyamatának támogatása (KAB-FF-18)

A pályázat célja a szenvedélybetegek kezelés-ellátás területén megvalósuló fejlesztések támogatása. A pályázat keretében a jelenlegi droghasználati szokásokhoz igazodó, az új pszichoaktív anyagok megjelenésére is reagáló programok megvalósítására nyílt lehetőség. A támogatás kiterjed a kezelésbevételt elősegítő beavatkozások fejlesztésére, az ellátási igényekhez illeszkedő terápiás programok támogatására, valamint a speciális szükségletű csoportok reintegrációját segítő programok megvalósítására. A pályázat keretében lehetőség volt olyan szolgáltatók támogatására is, akik vállalják a józan, felépülőben lévő szenvedélybeteg személyek továbbképzésének biztosítását.

186 befogadásra került pályázat került bírálatra. A négy pályázati kategóriában a rendelkezésre álló keretösszeget és a pályázatok összesített forrásigényét az alábbi táblázat tartalmazza:

1. táblázat. A kábítószerügyi pályázatok főbb adatai 2018-ban

Pályázati kategória	Beérkezett pályázatok száma	Támogatásra javasolt pályázatok száma	Rendelkezésre álló keretösszeg	Beérkezett pályázati igények
Szenvedélybetegek felépülési folyamatának támogatására	52 db	44 db	100 000 000 Ft	187 627 693 Ft
Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF-ek) működési feltételeinek biztosítására és programjainak támogatására	45 db	40 db	50 000 000 Ft	57 759 770 Ft

Kábítószer-problémával kapcsolatos vizsgálatok, kutatások támogatására	19 db	5 db	30 000 000 Ft	131 545 590 Ft
Kábítószer-prevenációs programok támogatására	70 db	49 db	170 000 000 Ft	402 004 342 Ft
Összesen	186 db	138 db	350 000 000 Ft	778 937 395 Ft

A Nemzeti Szakértői és Kutató Központ (a továbbiakban: NSZKK) Kábítószervizsgáló Szakértői Intézethez a Belső Biztonsági Alapból támogatott pályázat keretében, mintegy 440 000 000 Ft értékben érkeztek be a kábítószeres és új pszichoaktív anyagok vizsgálatában nagyértékű műszerek 2018 során.

Az NSZKK Toxikológiai Szakértői Intézet a Belső Biztonsági Alapból nyújtott támogatásból, mintegy bruttó 390 000 000 Ft értékben nagy hatékonyságú eszközök beszerzését indította el. A közbeszerzési eljárás előkészítése 2018-ban megtörtént, az eszközök beszerzésére 2019-ben kerül sor.

Az NBT a 2018. évben 112,6 millió Ft forrást felhasználva hirdetett meg bűnmegelőzési pályázati felhívást. A benyújtott pályázatok összhangban voltak a Nemzeti Bűnmegelőzési Stratégia főbb prioritásaival (településbiztonság, gyermek- és ifjúságvédelem, bűncselekmények áldozatainak segítése, áldozattá válás megelőzése, bűnisméltés megelőzése), így több pályázat is tartalmazott olyan programelemeket, amelyek célja a kábítószer-probléma megelőzése, kezelése volt. A fentiekben túlmenően az NBT 30 000 000 Ft-tal támogatta a Bűnmegelőzési Oktatási és Szolgáltató Központ Egyesületet, akik többek között a Rendőrség DADA és ELLEN-SZER oktatóit képezték. Emellett az NBT 15 000 000 Ft-tal járult hozzá a kortárs segítő modellprogram, valamint 3 642 850 Ft-tal a Re-Akció program működtetéséhez, továbbá 7 500 000 Ft-ot fordított az iskolai mediátorok képzésére. A Rendőrségnek a 2018. évben a kábítószer-problémával kapcsolatos igazságügyi szakértői vizsgálatokkal kapcsolatban 24 421 584 Ft kiadása keletkezett.

A KR NNI a Belső Biztonsági Alapból 78 446 344 Ft értékben „Műveleti kapacitásfejlesztés”, illetve 11 272 361 Ft értékben „Közvetlen együttműködés fokozása” területén nyert pályázatok útján fejlesztéseket tudott végrehajtani (kábitószer analízáló eszköz, műveleti gépjárművek, kommunikációs eszközök, nemzetközi kapcsolatok).

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

Nem alkalmazható ebben a fejezetben.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T4.1 TOVÁBBI INFORMÁCIÓK A KÁBITÓSZER-POLITIKÁRÓL

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

BM (Belügyminisztérium) (2019): EMCDDA 2019. évi jelentéshez belügyi részjelentés

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

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

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

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

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

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

NNK (Nemzeti Népegészségügyi Központ) (2019): Tájékoztató az EMCDDA számára készülő, a magyarországi kábítószerhelyzetet bemutató, 2019-es Éves Jelentés elkészítéséhez az NNK hatás- és feladatkörébe tartozó tevékenységekről a 2018-as év vonatkozásában.

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

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

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

T5.2 MÓDSZERTAN

Ebben a fejezetben nem releváns.

JOGI KERETEK⁸

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

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

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

A 2005. évi XCV. törvény (továbbiakban Gytv.) fekteti le az új szabályozás kereteit, míg a 66/2012 (IV. 2.) Kormányrendelet (továbbiakban Korm. rendelet) határozza meg az új pszichoaktív anyagok bejelentésével, előzetes szakmai értékelésével, listára vételével és kockázatértékelésével kapcsolatos folyamatokat és felelősöket. Az előzetes szakmai értékelésen átesett, új pszichoaktív anyaggá minősített szerek az 55/2014-es EMMI rendelet 1. Mellékletében találhatóak. A 159/2005. (VIII. 16.) Korm. rendelet határozza meg a kábítószer-prekurzorokkal kapcsolatos hatósági eljárás szabályait, valamint a hatósági feladat- és hatásköröket.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 JOGI KERETEK

T1.1.1 Kábítószerrel kapcsolatos jogi szabályozás jellemzői

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

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

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

A kábítószer-kereskedelem (176-177.§) tényállása magába foglalja a kábítószer kínálását, átadását, forgalomba hozatalát, illetve az azzal való kereskedést, valamint az ezekhez az elkövetési magatartásokhoz történő anyagi eszköz szolgáltatását. A törvény két és nyolc év közötti szabadságvesztéssel bünteti az alapesetet.

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

⁸ A fejezet szerzője: Bálint Réka

csökkentett mennyiség megszerzésére vonatkozó büntetési tételhez - ha egyéb bűncselekmény nem valósul meg, vétség miatt 2 év szabadságvesztéssel büntetendő. .

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

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

Az Európai Unió jogi aktusában meghatározott kábítószer-prekursorokkal való visszaélést (183.§) a magyar törvény alapesetben 3 évig terjedő szabadságvesztéssel bünteti. A NAV vámszervei a kábítószer-prekursorok, illetve a kábítószer, pszichotróp és új pszichoaktív anyagok harmadik országok vonatkozásában bonyolódó kivitelét, behozatalát, valamint tranzitját, továbbá utóbbi három termékcsoport Európai Unión belüli szállítását (transzfer) ellenőrzik.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T1.1.3 Új pszichoaktív szerek szabályozása

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

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

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

Az új pszichoaktív anyagok jegyzékén szereplő egyedi vegyületeket a jegyzékre vételüktől számított egy éven belül kockázatértékelésnek kell alávetni. A kockázatértékelés eredményeképpen a vegyületet a pszichotróp listára (az Gytv. valamely jegyzékére) kerülhet. Amennyiben az 1 éven belüli kockázatértékelés lezárásához a szakértői szerv megállapításai szerint nem áll rendelkezésre elegendő adat, az új pszichoaktív anyag minősítése további 1 évre meghosszabbítható. A kockázatértékelési kötelezettség nem alkalmazandó vegyületcsoportok esetén, melyek mindaddig az új pszichoaktív anyagok jegyzékén maradhatnak, amíg legalább egy, a vegyületcsoportozathoz tartozó anyag teljesíti az

előzetes szakmai értékelés feltételeit. Új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos jogszabály szerinti tevékenységek kizárólag érvényes, az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott engedély birtokában végezhető.

A Btk. tartalmazza az „új pszichoaktív anyaggal visszaélés” elnevezésű bűncselekményt (184-184/D.§), melyben a kábítószerre vonatkozó bűncselekmények struktúráját követve, azonban enyhébb büntetési tételekkel szabályozza az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos cselekményeket. Az új szabályozás minősített esetei lényegében azonosak a kábítószerekre vonatkozókkal, azonban a jelentős mennyiségre történő elkövetést nem tartalmazza. A privilegizált esetek a csekély mennyiséggel való elkövetésre vonatkoznak, mely mennyiség felső határa a tiszta hatóanyag tekintetében 2 gramm (korábban 10 gramm készítmény)⁹. Továbbá meghatározták a csekély mennyiség felső határát kilenc kábítószerre minősített új pszichoaktív szerre vonatkozóan.¹⁰ A büntetendő cselekmények között szerepel az új pszichoaktív anyag megszerzése és tartása is, amennyiben a mennyiség meghaladja a csekély mennyiséget. A jogalkotónak nem volt célja az új pszichoaktív anyagot fogyasztók büntetőjogi felelősségének megalapozása, ezért nem bűncselekmény a fogyasztás, illetve a csekély mennyiségre történő megszerzés és tartás. Amennyiben az új pszichoaktív anyag a csekély mennyiséget nem éri el, akkor a büntetőeljárás megszüntetésre kerül, és szabálysértési eljárás¹¹ indul az új pszichoaktív anyag birtoklójával szemben.

T1.2 JOGALKALMAZÁS

T1.2.1 Ítélezési gyakorlat

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

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

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

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

A kábítószer elszaporodottsága a bíróságok által leggyakrabban hivatkozott súlyosbító körülmény. Azonban a Be. 4. § (2). bekezdésében írt követelmény szerint, az elszaporodottság csak akkor értékelhető súlyosbító körülményként, ha az ténybeli adatokkal alátámasztható. Az 56. BK vélemény szerint ténybeli adatnak számít: ha a köztudomás

⁹ Módosította a 2017. évi XXXIX. tv., hatályos 2017. május 23-tól.

¹⁰ 2017. évi CXCVII. törvény

¹¹ 2012. évi II. törvény: 199/B . §: Új pszichoaktív anyaggal kapcsolatos szabálysértés

szerint az ügyben elbírált, vagy az ahhoz hasonló bűncselekmények száma az elkövetéskor a korábbi időszakhoz képest lényeges emelkedést mutat, vagy ha a számuk az adott területen lényegesen magasabb volt az átlagosnál (Ignác 2017).

T.1.2.2. Új pszichoaktív anyagok esetében alkalmazott ítélkezési gyakorlat

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

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

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

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

T2.1 A JOGI KERETEK VÁLTOZÁSAI 2000 ÓTA

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

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

A régi Btk. büntető eljárási útról való elterelés eseteit, illetve feltételeit is szabályozta. A korábbi megoldáshoz képest a legjelentősebb változás az volt, hogy a feltételek között nem szerepelt, hogy kizárólag kábítószerfüggő esetében van lehetőség elterelésre. Az elterelés lehetősége személyi oldalon a fogyasztók bármelyik kategóriájára (alkalmi, rendszeres, függő) vonatkozott (de ebben az esetben is a kábítószerfüggőkre vonatkozóan kedvezőbb szabályokkal).¹² Nem függő fogyasztó elkövetőnél viszont az előző elkövetési magatartások esetén csak akkor volt lehetőség az elterelésre, ha legfeljebb „csekély mennyiségű” a kábítószer. Cselekményi oldalról nézve jellemzően a fogyasztói típusú elkövetési magatartásoknál és azoknak is az enyhébb változatainál jöhet szóba az elterelés. Kivételt

¹² A régi Btk. 283. § (1) e, és f, pontja ugyanis „többet enged meg” számukra, így például akkor is részesülhet egy kábítószer-függő az elterelés kedvezményében, ha a „csekély mennyiséget” meghaladó, de a „jelentős mennyiséget” el nem érő kábítószerrel „saját használatára természet, előállít, megszerz, tart...” [rég. Btk. 283. § (1) e, 1.]

jelentett azonban két terjesztői típusú magatartás, a „kínál” és az „átad”, mert ha a kínált, illetve átadott kábítószer legfeljebb csekély mennyiségű, továbbá a szóban forgó cselekményekre „együttesen történő kábítószer-fogyasztás alkalmával” kerül sor, az említett két cselekmény elkövetője is részesülhetett az elterelés kedvezményében. Az „elterelés” alkalmazásának valamennyi esetben feltétele volt, hogy az elkövető „az első fokú ítélet meghozataláig okirattal igazolja, hogy legalább hat hónapig folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vett részt.” Az „elterelésre” a büntetőeljárás ügyészi és bírósági szakaszában is sor kerülhetett. Az elterelésnek a fenti szövegben bemutatott széleskörű alkalmazását az 54/2004. (XII. 13.) AB határozat alkotmányellenesnek nyilvánította, amely döntés alapján több ponton módosította a Btk. szövegét (Be. 188.§ (1) h); 222.§. (2); 266. §.(6)) (részletesen lásd 2005-ös Éves Jelentés 1.1. fejezete).

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

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

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

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

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

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

2018. július 1-től hatályos a 2017. évi XC. törvény a büntetőeljárásról (továbbiakban új Be. tv.). Az új Be. tv. érdemben nem változtat a kábítószerrel kapcsolatos ügyek eljárásrendjén,

mégis fontos megjegyezni, hogy az elterelés sikerességét követő vádemelés elhalasztásának intézményét (régii Be. 222. §), az új Be. tv. feltételes ügyészi felfüggesztésként nevesíti. A rendszer annyiban tér el az eddigiéktől, hogy az BE két nyomozati szakaszt határoz meg, melyek közül a második, vizsgálati szakaszt az ügyészség vezeti. A feltételes ügyészi felfüggesztés, ezen vizsgálati szakasz után következhet be, tehát ezentúl a büntetőeljárás megszüntetéséről nem a rendőrség, hanem az ügyészség dönthet. Az előbbihez kapcsolódó változás még, hogy az új Be. 576 §. (3) szerint "a bíróság az eljárás megszüntetése esetén a bűnügyi költségnek vagy egy részének megfizetésére kötelezheti a vádlottat, ha az eljárást azért szünteti meg, mert a Btk. Különös Részében meghatározott, a terhelt magatartásától függő büntethetőséget megszüntető ok miatt a vádlott büntethetősége megszűnt." Továbbá, az új Be. tv. (Új Be. 418. § (1)) alapján a felnőttkorú gyanúsított esetében az elterelés pártfogó felügyelet elrendelése nélkül is alkalmazhatóvá vált.

T2.2 A JOGALKALMAZÁS VÁLTOZÁSAI 2000 ÓTA

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

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

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

T3.1 A JOGI KERETEK VÁLTOZÁSAI AZ ELMÚLT ÉVBEN

2. táblázat. Jogi keretek változásai az elmúlt évben

Módosító jogszabály ¹³	Módosított jogszabály		
Cím	Cím	Változások összefoglalása	Megjegyzés
2017. évi XC. törvény	1998. évi XIX. törvény	Új büntető eljárási törvény, amely hatályon kívül helyezte az 1998. évi XIX. törvényt (régii Be.): elterelés sikeressége esetén feltételes ügyészi felfüggesztés:	
2018. évi CXVIII. törvény	2012. évi C. törvény	A 2017/2103/EU irányelv rendelkezéseinek való megfelelés érdekében új tényállás: Gyógyszerhamisítás 185/A	
2018. évi CXVII. törvény (egyes szociális, gyermekvédelmi tárgyú, valamint egyéb	1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról	Új, többgenerációs támogatott lakhatási forma, ahol addiktológiai, pszichoszociális, látás-,	

¹³ A módosítás előtti szöveg nem elérhető.

kapcsolódó törvények módosításáról)		mozgás- és hallássérült felnőttek és gyermekeik egyszerre létesíthetnek intézményi jogviszonyt	
39/2018. (XI. 8.) EMMI rendelet	55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet	Az új pszichoaktív anyagok egyedileg nevesített vegyületeket tartalmazó melléklete 10 új, eddig nem ellenőrzött anyaggal bővült: 5-fluoropentyl-3-pyridinoylindole; Phenibut; 2-fluorodeschloroketamine; RTI-111; AMAPN; 5CI-bk-MPA; 1-acetyl-LSD; ETH-LAD; diphenyl-PBP	
2018. évi LXX. törvény	1965. évi 4. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a NewYorkban, 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény	A kábítószeres listája 6 fentanil-származékkal bővül: carfentanil, ocfentanil, furanylfentanil, acrylfentanil, 4-fluoroisobutyrfentanil, tetrahydrofuranylfentanil	Hatályos: 2019. január 1-től
2018. évi LXXII. törvény	1979. évi 25. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben, az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény	A pszichotróp szerek listája 6 új szerrel bővül: AB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, AB-PINACA, UR-144, 5F-PB-22, 4-fluoroamphetamine	Hatályos: 2019. január 1-től
16/2018. (VII. 3.) EMMI rendelet	55/2014 (XII. 30.) EMMI rendelet	Módosult az új pszichoaktív anyagok jegyzéke	
2013. évi CCXL. törvény	16/2014. (XII. 19.) IM rendelet	Módosult többek között a fogvatartotti csomagküldés szabálya	Hatályos: 2018. július. 1-től

T3.2 A JOGALKALMAZÁS VÁLTOZÁSAI AZ ELMÚLT ÉVBEN

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

2018-ban a régi Btk. szerint 127 személy jogerős elítélésére került sor:

- 282. §/ A,B,C: 108 fő
- 283. §/A: 0 fő
- 283. §/ B: 19 fő

A régi Btk. tényállásai alapján kiszabott büntetések 2018-ban az alábbiak szerint alakultak:

- szabadságvesztés: 44 fő

- közérdekű munka: 12 fő
- pénzbüntetés 8 fő
- megrovás intézkedés 8 fő
- próbára bocsátás intézkedés 9 fő

2018-ban, a Btk. szerint 5397 személy jogerős elítélésére került sor, a következő szakaszok szerint:

- Kábítószer kereskedelem (176-177.§): 1381 fő
- Kábítószer birtoklása (178-180.§): 3974 fő
- Kóros szenvedélykeltés (181.§): 30 fő
- Kábítószer készítésének elősegítése (182.§): 5 fő
- Kábítószer prekúrral visszaélés (183.§): 7 fő

A 2018. évben jogerősen elítélt 5397 személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor¹⁴

- szabadságvesztés: 1342 fő
- közérdekű munka: 824 fő
- pénzbüntetés 953 fő
- megrovás intézkedés 16 fő
- próbára bocsátás intézkedés 439 fő
- pártfogó felügyelet elrendelése büntetés/ intézkedés mellett: 205 fő

Új pszichoaktív anyagokkal visszaélés szakasza (184. §) 2018-ban 634 főt ítéltek el jogerősen. A jogerősen elítélt személyekkel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- szabadságvesztés 251 fő
- közérdekű munka 28 fő
- pénzbüntetés 48 fő
- megrovás intézkedés 0 fő
- próbára bocsátás intézkedés 7 fő
- pártfogó felügyelet elrendelése büntetés/intézkedés mellett: 24 fő

2018-ban a szabálysértési hatóságokhoz áttett ügyekben 3072 személyt vontak szabálysértési eljárás alá, mely a megelőző évhez képest (1678 személy) 83%-os növekedés. Az értékelt időszakban 2284 személlyel szemben pénzbírságot szabtak ki, 327 esetben figyelmeztetést alkalmaztak, 123 esetben megszüntették az eljárást. Összesen 142810200 forint pénzbírságot szabtak ki, átlagosan 62526 forint összegben.

T3.3 JOGSZABÁLYOK ÉRTÉKELÉSE

Nincs információ.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs információ.

¹⁴ A büntetések és intézkedések kiszabásánál egy főnél bizonyos büntetések és intézkedések együttesen is kiszabásra kerülhettek, továbbá jelen felsorolásban nem szerepel az összes büntetési és intézkedési tétel.

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

Belügyminisztérium (2019): A kábítószer problémákhoz kapcsolódóan elvégzett tevékenységek a 2018-as évben

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

OBH (Országos Bírósági Hivatal) (2019) Statisztikai Elemző Osztály adatai 2018

KÁBÍTÓSZEREK^{15,16}

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

T0.1 SZERHASZNÁLAT ÉS A FŐBB KÁBÍTÓSZEREK

A szerhasználat elterjedtsége

A különböző pszichoaktív szerek hazai elterjedtségének meghatározásában elsősorban a felnőtt (OLAAP vizsgálatok) illetve az iskolás populációt célzó (ESPAD és HBSC) reprezentatív vizsgálatokra támaszkodhatunk. Ezek a vizsgálatok jellemzően 4 évente kerülnek megvalósításra, a legfrissebb adataink a 2015-ös vizsgálatokból származnak.

Ezek alapján elmondható, hogy a felnőtt (18-64 éves) népességben minden tizedik (9,9%), a 18-34 éves fiatal felnőtt populációban csaknem minden ötödik személy (17,7%) fogyasztott az élete során valamilyen tiltott drogot (Paksi et al. 2015).

Az elmúlt 12 hónapban a felnőtt népesség 2,3%-a, a fiatal felnőtt népesség 5,3%-a fogyasztott valamilyen tiltott drogot, míg az elmúlt havi szerhasználat e populációk 1,2% illetve 2,8%-át jellemezte.

A drogokkal való kapcsolatba kerülés nemi mintázódása a 2015-ös vizsgálat leíró statisztikai adataiban megfigyelhető volt: a nők 8,1% a férfiak 12,1%-a fogyasztott élete során legalább egy alkalommal valamilyen tiltott drogot. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a többi társadalmi-demográfiai változó kontroll alatt tartása mellett a nemi hovatartozás önálló hatással nem bírt (Paksi et al. 2018a).

Habár a 2007 és 2015 között végzett felnőtt populációs vizsgálatokban mért értékeket alapul véve a felnőtt népességben a drogfogyasztási tapasztalattal rendelkező populáció stagnálása volt jellemző, a kohorszelemzésen alapuló korrekciós eljárás segítségével kapott korrigált értékek a tiltott drogfogyasztás elterjedtségének hibahatáron túli növekedésére engednek következtetni. (Paksi et al. 2018a; Paksi et al. 2018b).

Az elmúlt évben tiltott szert fogyasztó 18-64 éves lakosság 68,1%-a használt egynél többféle tiltott drogot, 34,6%-a 3 vagy annál több tiltott szert. A fiatal felnőttek körében is hasonló a polidrog-használat elterjedtsége az elmúlt évben tiltott szert fogyasztók körében: a kettő vagy annál több típusú szert fogyasztók aránya e populációban 63,4%, a három vagy annál több típusú szert fogyasztóké pedig 34,7% volt (Paksi et al. 2018)

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

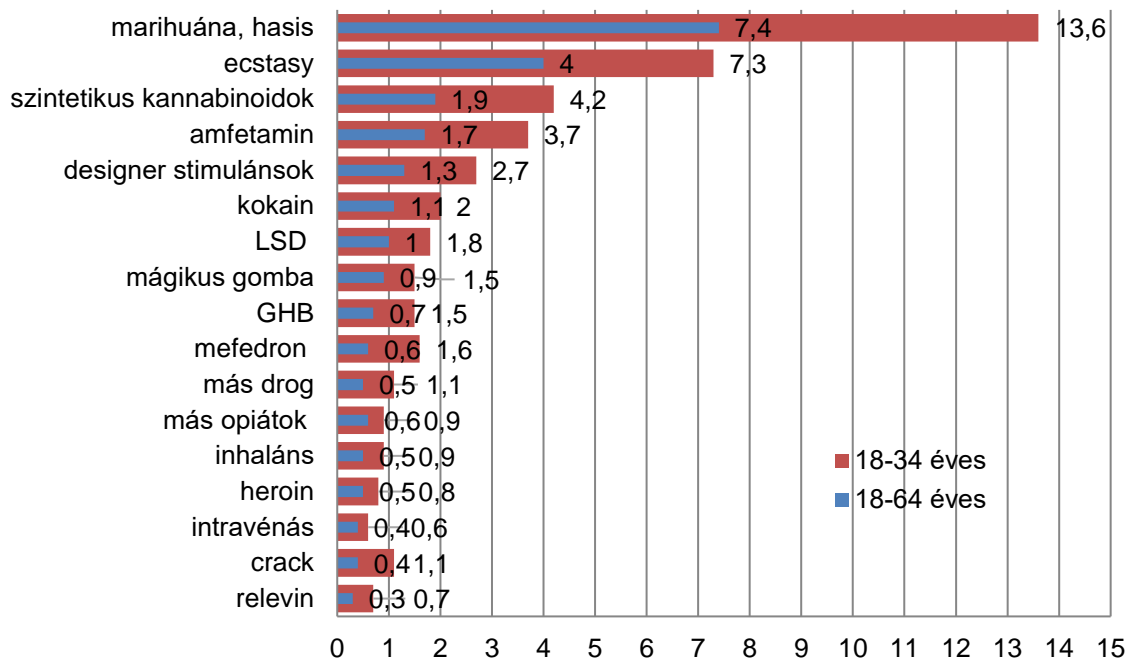
A főbb kábítószeres elterjedtsége

A felnőtt népességben a legtöbben marihuánát vagy hasist próbáltak (7,4%), illetve közel fele ekkora, de a többi szerhez képest kimagasló az ecstasy fogyasztásának életprevalencia értéke (4%). A két legnépszerűbb szert – azoktól jelentősen elmaradva – követik a szintetikus kannabinoidok (melyeket a herbál, bio, szintetikus fű utcai neveken ismertek) (1,9%), az amfetamin (1,7%) és a (többnyire kristály néven forgalmazott) designer stimulánsok (1,3%). A fiatal felnőtt (18-34 éves) népesség szerpreferencia sorrendje megegyezik a felnőtt lakossággal.

¹⁵ A fejezet szerzői: Péterfi Anna, Tarján Anna, Paksi Borbála, Bálint Réka, Horváth Gergely, Kaló Zsuzsa, Csák Róbert

¹⁶ A drogepidemiológiai vizsgálatok tekintetében általánosságban az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) csoportjába sorolja a jelentés a 2009-től nagyobb mértékben megjelenő szintetikus kannabinoidokat és a designer stimulánsokat az egyes szerek aktuális jogi státuszától függetlenül.

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



Forrás: OLAAP - Paksi et al. 2015

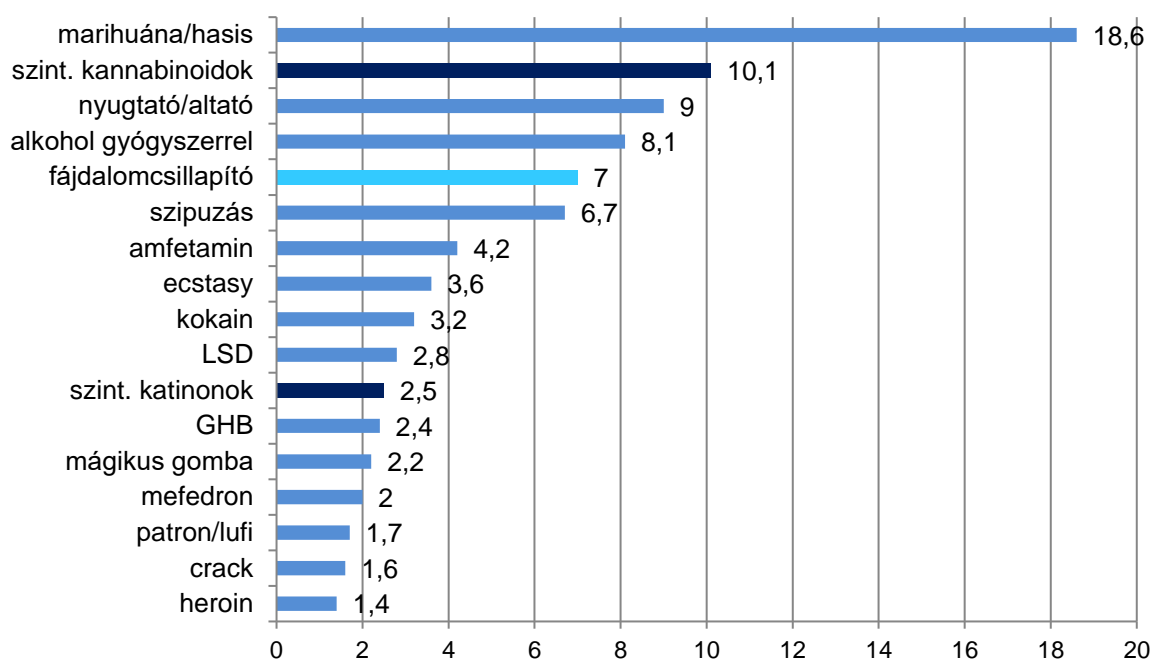
A szintetikus kannabinoidok és a designer stimulánsok¹⁷ fontossága a közelmúltbeli droghasználat alapján még inkább megmutatkozik: az elmúlt havi prevalencia értékek alapján a szintetikus kannabinoidok a második, a designer stimulánsok pedig a negyedik helyen szerepelnek.

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

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

¹⁷ A designer stimulánsok csoport legnagyobb részben a szintetikus katinonokat tartalmazó szerekre utal, de nem kizárólagosan, mivel csekély arányban megjelennek új típusú amfetaminok, fenetilaminok, triptaminok, piperazinok vagy egyéb más szerek is ebben a kategóriában. Továbbá a fejezetben közölt felmérések önbevalláson alapuló utcai nevekre támaszkodnak, ezért a „designer stimulánsok” elnevezés adekvátábban fedi le a stimuláns hatású új pszichoaktív szereket a hatóanyagra utaló elnevezések helyett. Az egyes források bemutatása során pontosítjuk, hogy az adott kutatásban milyen szernevek kerültek besorolásra az említett tágabb szerkategóriákba.

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



Forrás: ESPAD – Elekes 2016

A rutin adatgyűjtésekből és a területen végzett kutatásokból kirajzolódik, hogy a magasabb kockázatú, problémás szerhasználók körében jelentős változások történtek a szerhasználati mintázatban 2010 óta. Ennek a változásnak legfőbb eredői az új pszichoaktív szerek – jellemzően szintetikus katinonok és szintetikus kannabinoidok – megjelenése és használatának elterjedése, másrészt a problémás használati mintázatban jellemző klasszikus szerek (heroin ill. amfetamin) visszaszorulása.

A változás az intravénás szerhasználói populáció mellett jelentősen érintette az egyéb, szociális szempontból marginalizált csoportokat is, úgymint a hajléktalanokat, fogvatartottakat, a szegregátumokban élőket, illetve a gyermekvédelmi szakellátásban gondozott fiatalokat, elsősorban a szintetikus kannabinoid fogyasztása tekintetében.

Az ÚPSZ-ok használatának elterjedésével párhuzamosan (2011-2015) az intravénás szerhasználói populációban megduplázódott (49%-ra) a HCV prevalencia országos szinten. A katinoninjektálók körében szignifikánsan magasabb az injektáló eszközök megosztásának előfordulási gyakorisága, illetve a HCV prevalenciája a klasszikus szereket injektálókhoz képest.

A katinoninjektálás nagymértékű előretörését követően 2016 óta a jelenség mérséklődni látszik mellyel párhuzamosan egyre több adatforrás beszámol a beviteli módban/elsődlegesen használt szerben tapasztalható változásról: elsősorban az injektálás helyett „fóliázással” (belélegzés/inhalálás) történő bevitelről, illetve a szintetikus kannabinoidok elszívására való időszakos vagy teljes átállásról. A korábban alapvetően intravénás szerhasználattal jellemezhető csoportok egyre inkább jellemezhetőek többféle szer és többféle beviteli mód váltogatásával leírható polidroghasználati mintázattal.

Az addiktológiai kezelések okaként leggyakrabban megnevezett szer Magyarországon a kannabisz, használói aránya különösen magas a büntetőeljárás alternatívájaként kezelésbe lépők körében (akik az összes kezelt 77,7%-át adják). A második legjellemzőbb, kezelést indokló szerhasználati probléma a stimulánsfogyasztás. Bár a kezelési adatok csak közvetetten, a kábítószer-használók ellátásával foglalkozó ellátók körében készített két vizsgálat (Péterfi 2015; Péterfi et al. 2016 – módszertant lásd a Kábítószeres, Források, módszertan fejezet T6.2 pontjában) közvetlenebb módon is megerősíti a szintetikus kannabinoidok, valamint a szintetikus katinonok használatából eredő kezelési igény jellemzővé válását, mely mértékében vetekszik a klasszikus kábítószeresekhez kapcsolódó

kezelési igénnyel. Ugyanakkor számos forrás mutatja, hogy az ellátórendszer még mindig nehezebben vonja kezelésbe, vagy el sem éri a kezelést igénylő ÚPSZ-használók egy jelentős részét.

A kezelési adatok mellett több kutatás is igazolta a designer szerek miatt hamarabb kialakuló kezelési igényt. Az addiktológiai problémák mellett a sürgősségi/klinikai toxikológiai és a pszichiátriai kezelési igények száma is növekedést mutatott az elmúlt években a beszámolók szerint (bővebben lásd a 2015-ös és 2016-os Éves Jelentés 4.4. fejezetét).

A) KANNABISZ

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 A SZERHASZNÁLAT ELTERJEDTSÉGE ÉS TRENDJEI

T1.1.1 Kannabisz származékok hozzáférhetősége

A lefoglalási adatok alapján elmondható, hogy Magyarországon a növényi kannabisz (marihuána) használata jellemző, valamint kisebb mértékben a hasisé, melynek hozzáférhetősége jóval alacsonyabb (a marihuána hozzáférhetőségének 4-5%-a) a lefoglalási adatok alapján (NSZKK 2019a). További információk a kannabisz-kereskedelemlről és lefoglalásokról a Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezetben olvashatók.

Egy, az utcai kábítószerárakat felmérő kérdőíves kutatásban (Bálint 2019) a válaszadóknak lehetőségük volt egy, a minőség, ár, és hozzáférhetőség változásaira irányuló kérdés megválaszolására is. Az itt megadott válaszok alapján arra következtethetünk, hogy a kannabiszszármazékok hozzáférhetősége széles körben igen magas, azonban sok válaszadó panaszkodott minőségbeli romlásra, valamint továbbra is sokan úgy gondolták, hogy a magasabb hatóanyag-tartalmú marihuánához nehezebben vagy drágábban lehet hozzájutni. Ezzel szemben, több válaszadó is úgy vélte, hogy a szintetikus kannabinoidokhoz rendkívül könnyű a hozzáférés, és rendkívül olcsók ezek az anyagok – Budapesten kívül és az interneten is. (További információk az utcai kábítószerárakról a Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezet T1.1.5 pontjában, módszertani leírás az adatfelvételtől ugyanitt a T5.2 pontban). Egy, a vidéki szegregátumok szerhasználatát célzó kutatás (Csák et. al. 2018a) keretében megkérdezett aktív szerhasználók többsége (57%) úgy érezte, inkább könnyű a szintetikus kannabinoidok beszerzése, az aktív szintetikus kannabinoid-használók esetében 91% vélekedett így.

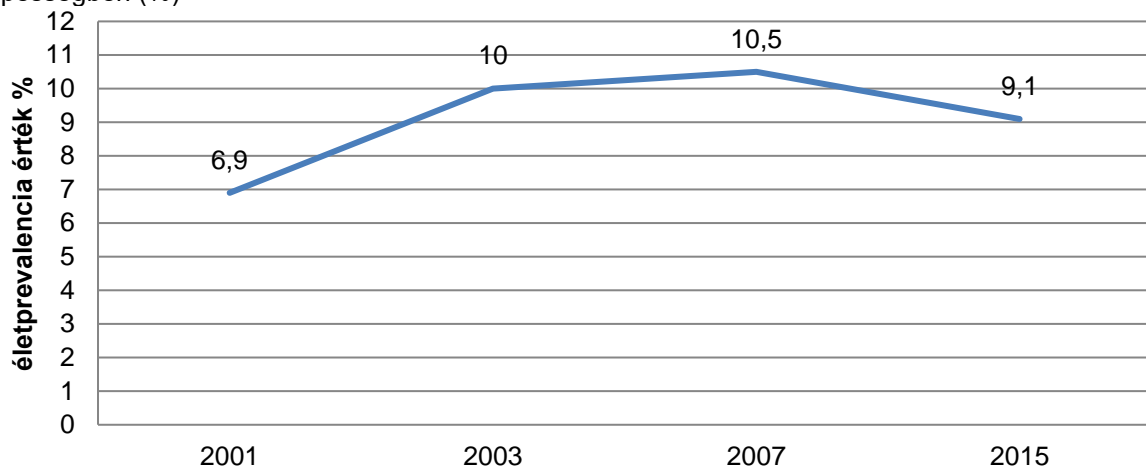
A köznyelvben bio, herbál néven ismert szintetikus kannabinoidok jellemzően növényi törmelékre impregnálva jelennek meg az utcai forgalomban, ritkább esetben por formátumban. Az utóbbi években a szintetikus kannabinoidok tekintetében három új megjelenési forma volt azonosítható: a *varázsdohány* (a hatóanyagot a korábban jellemző hordozóanyagok helyett dohányra impregnálják), a *fogpiszkáló* (mikor a hatóanyaggal átitatott fogpiszkálót kis darabokban vagy lereszelve sodorják cigarettába, és szívják el), illetve a *papír* (amikor különböző papírokat, dokumentumokat impregnálnak a hatóanyaggal, melyet cigarettába sodorva fogyasztanak). A varázsdohány és a papír először a fogvatartási intézetekben jelent meg, azonban 2017-től a varázsdohányhoz már széles körben hozzá lehetett jutni az utcán is (NSZKK 2019a; Kaló et al. 2018).

T1.1.2 Kannabiszfogyasztás az általános népességben

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

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

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



*Az egyes vizsgálatok mintájának eltérő életkori jellemzői miatt a 18-53 éves népesség vonatkozásában van lehetőség tendenciák felvázolására.
Forrás: OLAAP – Paksi et al. 2015

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

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

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

Forrás: OLAAP – Paksi et al. 2015

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

T1.1.3 Kannabiszfogyasztás az iskolás populációban

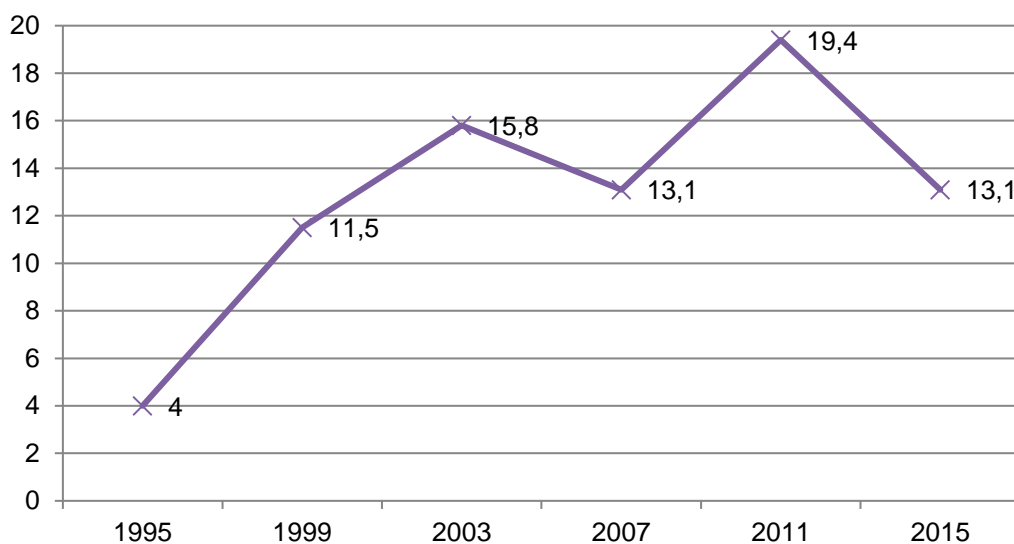
A 2014-ben készült HBSC kutatás (Arnold és Németh 2015) eredményei szerint a 9. és 11. évfolyamon tanuló diákok 18,7%-a fogyasztott már kannabiszt. A kannabiszt kipróbáló tanulók túlnyomó többsége 14 évesnél idősebb korban, legnagyobb arányban – közel fele – 16 évesen vagy idősebben, negyedük pedig 15 évesen fogyasztott életében először kannabiszt. A fiúk és idősebbek szignifikánsan érintettebbek kannabiszhasználat szempontjából: míg a 11. évfolyamon tanulók 23,3%-a, addig a 9. évfolyamosok 14,3%-a próbálta ki a marihuánát, hasist. A korábbi jelentősebb nemi különbség eltűnően van, ugyanis a fiúk és a lányok közötti életprevalencia értékek közötti különbség épphogy kimutatható (p=0,48): a fiúk 19,9%-a, a lányok 17,6%-a fogyasztott már életében kannabiszt. A kannabisz életprevalenciája a régióval szignifikáns kapcsolatot mutatott: a legmagasabb prevalencia értékek Közép-Dunántúlon (23,2%) voltak tapasztalhatók, második helyen Dél-Alföld (21,6%), harmadik helyen Közép-Magyarország (20,9%) szerepelt, a legkevesébé pedig Észak-Alföld volt érintett (12%). A lakóhely és kannabisz-életprevalencia között nem tapasztalható szignifikáns összefüggés, azonban a kannabisz kipróbálás az iskola

településtípusával szignifikáns kapcsolatot mutatott. A legmagasabb prevalencia érték községben (27,4%)¹⁸ volt megfigyelhető, második helyen Budapest (21%) szerepelt, a legalacsonyabb értéket pedig a városokban (16,3%) mérte a kutatás. A korábbi évekhez hasonlóan a szakiskolában, szakmunkásképzőben tanuló 9. és 11. évfolyamos diákok markánsan érintettebbek (24,1%) voltak kannabiszhasználat tekintetében a gimnáziumban tanuló diákokhoz (17,7%) képest.

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

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

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



Forrás: ESPAD – Elekes 2016

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

¹⁸ Az alacsony elemszám miatt csak körültekintéssel értelmezhető.

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

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

Forrás: ESPAD – Elekes 2016

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

A partiszervíz szolgáltatások klienskörében előforduló szerhasználati mintázatok esetében lásd Kábítószeres/ Kannabisz/ T4.1.

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

T1.2.2 Kannabiszhasználók ellátása

Magyarországon a kannabiszhasználat a vezető indoka a kábítószerhasználók kezelésbe lépésének (lásd Kezelés fejezet T1.3.1, T1.3.4 és T2.1 alfejezet). 2018-ban a kezelést kezdők 67,4%-a (3174 fő) jelölte meg a kannabiszt elsődleges szerként, és további 7,1% (334 fő) másodlagos szerként (*TDI adatgyűjtés 2019*). A 2017-től érzékelhető intenzív

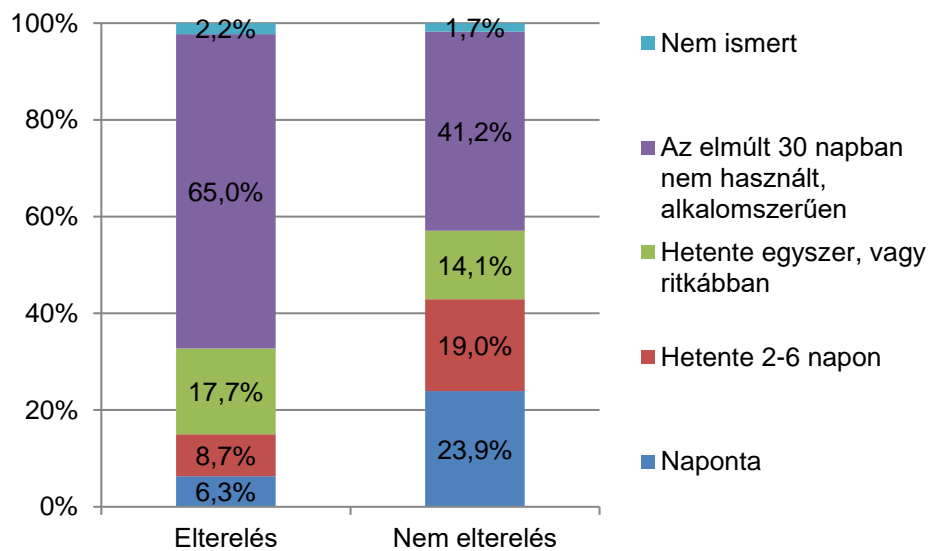
növekedés az elsődlegesen kannabiszhasználat miatt kezelésbe lépők számában mérsékeltebben ugyan, de tovább folytatódott 2018-ban is (2016: 2323 fő; 2017: 3031 fő; 2018: 3174 fő). Közülük az elterelés keretében kezelést kezdő kannabiszhasználók száma növekedett (2417 főről 2758 főre – vagyis 14,1%-kal), míg a nem elterelés keretében kezelést kezdők esetében jelentős visszaesés volt tapasztalható (603 főről 410 főre – vagyis 32,0%-kal). A jelenség részben magyarázható a rendőri aktivitás növekedésével a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények terén, amelynek köszönhetően sok fogyasztó csatornázódik be az ellátórendszerbe a büntető eljárás elkerülése érdekében igénybe vehető elterelésnek köszönhetően. (Kapcsolódó információk a Kezelés fejezet T2.1 pontjában és a Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezet T1.2 és T2.4 pontjában.)

A kannabiszhasználók jelentős része (2758 fő, 87,1%) elterelés keretei között vette igénybe az ellátást, az összes kannabisz miatt kezelt 62,1%-a (1972 fő) megelőző-felvilágosító szolgáltatásban. Az eltereltek háromnegyede (2758 fő, 75,6%) kannabisz miatt kezdett kezelést. A nem elterelésben lévő kliensek körében a kannabiszhasználók aránya lényegesen alacsonyabb, 39,2% volt (410 fő).

A kannabisz miatt kezelésbe lépők 91,0%-a férfi, 9,0%-a nő volt, átlagéletkoruk 26,7 év és átlagosan 8,0 éve használtak kannabiszt a 2018-as kezelésbe lépésüket megelőzően.

A büntetőeljárás elkerülése érdekében (vagyis elterelés keretében) kezelést kezdő kannabiszhasználók kétharmada (65,0%) a megelőző 30 napban nem, vagy legfeljebb néhány alkalommal használta a szert. Intenzív használati mintázatról (napi vagy heti 2-6 alkalommal) e csoport 15,0%-a esetében beszélhetünk. Az egyéb indokból kezelést kezdő (nem elterelt) kannabiszhasználóknak 42,9%-a nyilatkozott úgy, hogy nem fogyasztott kannabiszt a kezelésbe lépést megelőző 30 napban, vagy mindössze néhány alkalommal, míg 41,2%-uk volt jellemezhető intenzív kannabiszfogyasztással (elsődleges szerként).

5. ábra. A kezelésbe lépő kannabiszhasználók szerhasználati gyakorisága az elterelt és a nem elterelt kliensek százalékában 2018-ban (N_{Elterelt}=2758 fő; N_{Nem elterelt}=410 fő)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2019

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

T1.2.4 Szintetikus kannabinoidok

Felnőttkorú népesség

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

A szintetikus kannabinoidok használatának társadalmi mintázódását az alacsony esetszám miatt csak néhány jellemző mentén vizsgáltuk (18-64 éves mintában a használók száma mindössze 26 fő, a 18-34 éves fiatal felnőtt mintában 58 fő¹⁹). Szignifikáns különbséget az életkor és a nem tekintetében tapasztaltunk. A fiatal felnőttek körében az életprevalencia értéke (4,2%) több mint ötszöröse az idősebb korosztályban mért értéknek (0,8%), a legfiatalabb felnőtt korosztály (18-24 éves) érintettsége szignifikánsan magasabb (6,2%). A férfiak életprevalencia értéke négyszeresen meghaladja a nőkéét (3,3% és 0,8%). Szignifikáns urbanizációs mintázódás nem jelenik meg az adatokban. A 18-34 éves fiatal felnőtt populációban a felnőtt népességgel megegyező mintázódást tapasztaltunk. (Paksi et al. 2015)

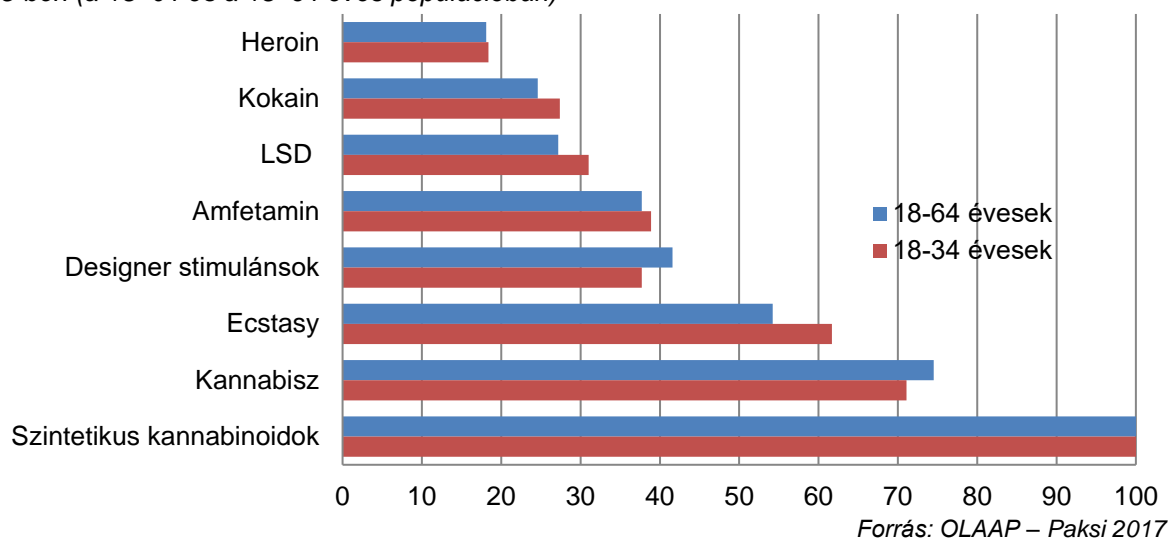
A szintetikus kannabinoidok első fogyasztása átlagosan 18, leggyakrabban 17 évesen történt.

A szintetikus droghasználat és egyéb droghasználó magatartások kapcsolódásának vizsgálatára a kutatás során a hagyományosan a kannabiszhasználókra épített droghasználati piramis²⁰ speciális, a szintetikus kannabinoid-használókra konstruált változatát hozták létre. A piramis azt mutatja, hogy azok, akik valaha életükben fogyasztottak szintetikus kannabinoidot, milyen arányban használtak egyéb drogokat (kannabiszt, ecstasyt, új stimulánsokat, amfetamint, LSD-t, kokaint és/vagy heroint) is az életük során. A piramis alapján láthatjuk, hogy a 18–64 éves népességben a valaha szintetikus kannabinoid-használók közel háromnegyede használt már életében kannabiszt, több mint fele ecstasyt, mintegy kétötödük fogyasztott már valamilyen designer stimulánst, illetve amfetamint, minden negyedik próbálkozott már élete során LSD-, illetve kokain- és közel minden ötödik heroinfogyasztással. Ezeket az értékeket összevetve az TO.1.1 alfejezetben bemutatott felnőtt életprevalencia értékekkel, láthatjuk, hogy a szintetikus kannabinoidokat használók körében minden vizsgált drog életprevalencia értéke többszöröse az általános populációban mért életprevalencia értékeknek. A szintetikus kannabinoidokat használók körében több mint harmincszor nagyobb az esélye a heroin, illetve a designer stimulánsok kipróbálásának, 22–27-szeres az LSD-, illetve az amfetaminhasználat előfordulásának, és tízszeres a valószínűsége annak, hogy fogyasztottak már kannabiszt, vagy ecstasyt, mint általában a felnőtt népességben. A fiatal felnőtt népesség droghasználati piramisa követi a 18–64 éves lakosságra konstruált piramist. A piramis alapján az is kirajzolódik, hogy – bár a designer stimulánsok használatának kockázatnövekedése igen magas – nem a designer stimulánsok fogyasztása a leginkább elterjedt a szintetikus kannabinoid-használók körében. (Paksi et al. 2015)

¹⁹ A fiatal felnőttek a két mintában különböző súlyozással szerepelnek.

²⁰ A hagyományosan a szakirodalomban az ún. tiltott drog-fogyasztási piramist (EMCDDA, 1999) kannabiszszármazékok és más droghasználó magatartások kapcsolódásának kifejezésére konstruálják, ami az egyéb drogok életprevalencia-értékét mutatja a marihuánát/hasist valaha fogyasztók körében.

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



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

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

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

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

Forrás: OLAAP – Paksi 2017

Iskoláskorúak

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

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

A szintetikus kannabinoidokat többségében 15 évesen próbálta ki először ez a populáció. (Elekes 2016)

ÚPSZ használók a kezelési adatokban

A kezelési adatokban kizárólag az ÚPSZ-használókat, mint a jellemzően szintetikuskannabinoid- és szintetikuskatinon-használók összesített csoportját tudjuk azonosítani az adatgyűjtési sajátosságokból adódóan²¹.

Az idősoros adatok alapján elmondható, hogy összességében visszaesett 2014-től kezdődően az ÚPSZ-használat jelentősége a kezelést kezdő populációban, mely ennek ellenére a harmadik legjellemzőbb elsődleges szer, amely kábítószer miatt ma kezelésbe lépnek Magyarországon. A 2018-ban kezelést kezdők 10,4%-a (492 fő) elsődlegesen valamilyen ÚPSZ használata miatt igényelt kezelést, és további 5,6% (266 fő) esetében ugyancsak jelen volt valamilyen ÚPSZ a szerhasználatában másodlagos szerként. Összesen tehát a kezelésbe lépő populáció 16,1%-a (758 fő) szerhasználati mintázatában jelen volt valamilyen ÚPSZ. Az elsődleges ÚPSZ használók 89,5%-a (435 fő) férfi, 10,5%-a nő (51 fő). Átlagéletkoruk 29,0 év. Azok közülük, akik életükben először kezdenek kezelési eseményt kábítószer-használat miatt (296 fő), 27,5 évesek voltak átlagosan, míg azok, akik korábban már voltak valamilyen kábítószer miatt kezelésben (168 fő), 31,5 évesek.

Az elsődlegesen ÚPSZ szereket használók 47,9%-a intenzív használó volt: 33,6% naponta, további 14,3% heti 2-6 napon fogyasztott a kezelésbe lépést megelőző 30 napban. 8,8% heti egy alkalommal, vagy kevesebbszer, 43,3% pedig nem fogyasztott, vagy csak alkalmoszerű fogyasztás jellemezte a megelőző hónapban. A kezelésbe kerülő ÚPSZ-használók számának alakulását a Kezelés fejezet T2.1 pontban bemutatott idősoros adatokban részletezzük. Az ÚPSZ-használók és intravénás bevitel kapcsolódását a fejezet Stimulánsok/T1.2.5 pontjában mutatjuk be. Az ÚPSZ-használattal kapcsolatos kutatásokat a fejezet Kannabisz/T4.1 pontjában foglaljuk össze.

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T4.1 TOVÁBBI INFORMÁCIÓK

Szintetikus kannabinoidok használata szociálisan marginalizált csoportokban

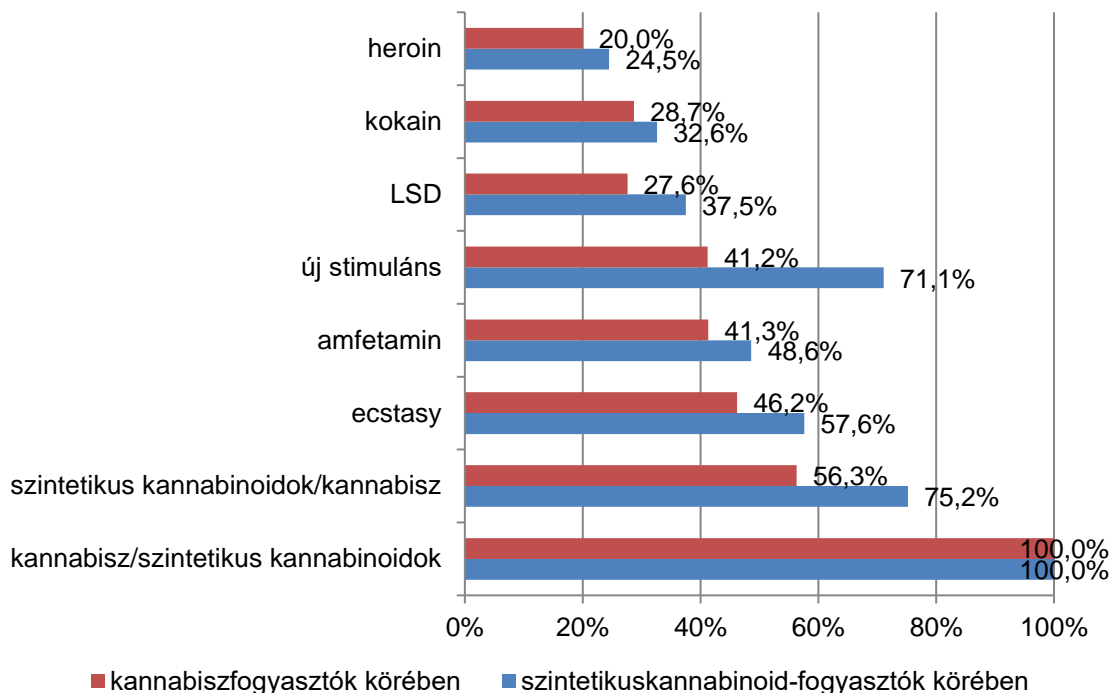
A felnőtt korú hajléktalan populációban 2017 folyamán készült reprezentatív vizsgálat (részletes módszertani leírását lásd a Kábítószeres/Források és módszertan/T6.2 pontjában) a kábítószer-használattal kapcsolatos érintettség feltárására. Az életprevalencia értékek alapján a hazai hajléktalan populáció körében a legelterjedtebb tiltott szer a marihuána/hasis: minden ötödik-hatodik válaszadó fogyasztott már életében marihuánát, vagy hasist (Paksi, Magi 2017). A közelmúltbeli droghasználatot tekintve a válaszok alapján megrajzolható

²¹ Az ÚPSZ-ok jelenleg nem képeznek külön kategóriát a TDI kérdőív szerstruktúrájában. A szolgáltatói visszajelzések, illetve az adatgyűjtést korábban koordináló szerv utasítása alapján 3 kategóriába rögzítik ezen szereket használó klienseket: az *egyéb stimuláns* kategóriába (a szintetikus katinonokat), az *egyéb hallucinogén* kategóriába (a szintetikus kannabinoidokat), valamint az *egyéb, nem besorolható* szerkategóriába – mindkét korábban említett szercsoportot. E három szerkategória összevonásából áll össze az ÚPSZ kategória.

droghasználati struktúrában a szintetikus kannabinoidok használata megelőzi a marihuána/hasis népszerűségét.

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

7. ábra. Droghasználati piramis a hajléktalan populációban (a kannabiszt és/vagy szintetikus kannabinoidot valaha fogyasztók %-ában), 2017-ben²²



Forrás: (Paksi és Magi 2017)

A gyermekvédelemben dolgozókkal készített kvalitatív vizsgálatban (Kaló et al. 2018) részt vevő szakértők úgy látják, hogy megfigyelhető az ÚPSZ-használat normatívvá válása bizonyos közösségekben, különösen a rossz szocioökonómiai státusszal rendelkező családok körében. (A vizsgálat további eredményei a Kábítószeres/ Stimulánsok fejezet T4.1 pontjában. A vizsgálat módszertani leírása a Kábítószeres/Források és módszertan/T6.2 pontjában olvasható.)

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

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

²² A legelterjedtebb egyéb drogok életprevalencia értéke a marihuánát/hasist illetve szintetikus kannabiszt valaha fogyasztók körében.

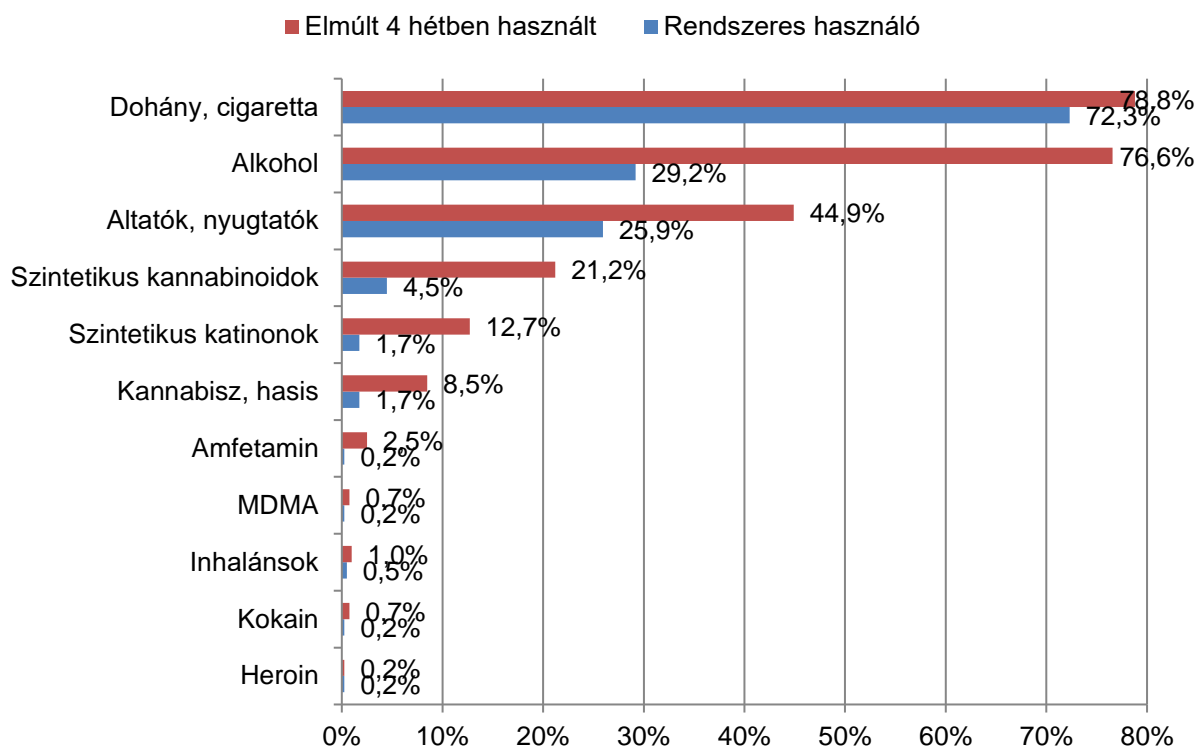
szintetikus kannabinoidok, 36%-uknál a designer stimulánsok elsődlegesen használt szerként. (További eredményeket és módszertant lásd: Börtön fejezet T4. és T5.2 alfejezet).

A Szécsi és munkatársai által 2015-ben elsőként vizsgált szegregátumi szerhasználat (Szécsi és Sik 2016; a vizsgálat bemutatása a 2018-as Éves Jelentés Kábítószeres fejezetében olvasható) sajátosságaival kapcsolatos ismereteinket bővíti Csák és munkatársai 2017-es illetve 2018-as vizsgálatai. A 2017-es vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a szegregátumban élő felnőtt korú ÚPSZ-használók körében a szintetikus kannabinoidok („műfű”, „bio”, „herbál”) használata elterjedtebb, mint a katinonok („kristály”) használata (Csák et al 2017). Ez a kutatás két mintázatot azonosított a szintetikus kannabinoid-használat szempontjából: egyrészt egy havi 1-2 alkalommal történő használati mintázatot, illetve egy intenzív használati mintázatot, melyet a minimum heti 3 szintetikus kannabinoid-használat jellemez. Az előbbi mintázat a megkérdezettek 36,8%-át jellemezte, az utóbbi a megkérdezettek 41,1%-át. (A vizsgálat módszertani leírása a Kábítószeres/ Források és módszertan/T6.2 pontjában olvasható, további adatokat lásd Kábítószeres/Stimulánsok/T4.1.)

2018-ban készült kérdőíves vizsgálat a vidéki (községi) szegregátumokban élő aktív szerhasználók szerhasználati mintázatainak és ellátórendszerhez való viszonyának, hozzáféréseinek feltérképezésére (Csák et al. 2018). A vizsgálatba olyan a kiválasztott szegregátumokban élő 18. életévüket betöltött lakosok kerültek, akik a kérdezést megelőző hónapban legalább egy ÚPSZ-használatról vagy legalább egy alkalommal történő, visszaélészerű nyugtató/altató használatról, vagy napi szintű alkoholfogyasztásról (3 deci bor, vagy egy liter sör) számoltak be (a részletes módszertani leírást lásd a Kábítószeres/ Források és módszertan/T6.2 pontjában). A válaszadók körében – vélhetően a bekerülési feltételeknek köszönhetően is - (a cigarettát és alkoholt követve) az altatók és nyugtatók recept nélküli használatának életprevalencia értéke volt a legmagasabb, melyet a szintetikus kannabinoidok és katinonok kipróbálása követett 29, illetve 22%-kal. A klasszikus szerek közül a kannabisz életprevalencia értéke mutatkozott a legmagasabbnak 19%-kal. Bár a vizsgálat módszertana nem alkalmas az altató-, nyugtató- valamint az ÚPSZ-használat elterjedtségének meghatározására a szegregátumokban élők körében, e szerek használatában érintett emberek szerhasználati mintázatába betekintést ad.

Az aktív (a kérdezést megelőző 4 hétben történt) szintetikus kannabinoid-használat és vizsgálatban résztvevők szociodemográfiai jellemzői közötti összefüggéseket tekintve elmondható, hogy a mintába került nők körében kevésbé jellemző az elmúlt havi szintetikus kannabinoid-használat (9%), mint a férfiak esetében (29%). A bekerülési feltételeknek megfelelő 25 év alattiak körében 52% volt az aktív szintetikus kannabinoid-használók aránya, míg a 25 évesek vagy idősebbek körében mindössze 15% volt jellemezhető aktív kannabinoid-használattal.

8. ábra. Elmúlt havi és rendszeres szerhasználat a vizsgálati mintában, n=401 (%)



Forrás: Csák et al. 2018a

A vizsgálat szintetikus katinonok használatára vonatkozó eredményeit lásd: Kábítószeres/Stimulánsok/T4.1 pontjában, az ellátórendszerre vonatkozó adatokat a Kezelés fejezet T4.1 pontjában.

ÚPSZ használat a városi szegregátumokban

2018-ban a vidéki vizsgálat mellett kutatás készült a városi szegregátumokban élők szerhasználatának és ellátórendszerrel kapcsolatos tapasztalataiknak feltérképezésére (Csák et al. 2018b). A vizsgálat keretében 3 város (Budapest, Pécs, Miskolc) szegregátumaiban készültek félig strukturált interjúk 18 évüket betöltött aktív ÚPSZ-használókkal (a részletes módszertani leírást lásd a fejezet Források és módszertan T6.2 pontjában). A kutatók három jellemző szerhasználati mintázatot azonosítottak ebben a populációban, melybe a megkérdezettek csoportosíthatóak voltak: (1) a csak szintetikus kannabinoidokat fogyasztók, (2) a csak szintetikus katinonokat fogyasztók és (3) a mindkét szercsoportot egyaránt fogyasztók. Ugyanakkor az interjúk alapján az is látható, hogy ezek a kategóriák nem merevek, változhatnak a preferenciák az adott piacon aktuálisan elérhető szerek fajtája, minősége alapján. Továbbá arra jutottak, hogy a legtöbb interjúalany politoxikománnak tekinthető, a fő szerük mellett dohányoznak, fogyasztanak alkoholt, és esetenként hagyományos szereket is. A használt szer kiválasztása aszerint alakul, hogy az adott társaságban mi az, ami jellemző, nem attól, hogy mi az a szer, amely kevésbé megterhelő, vagy könnyebben befogadható élmény. Ugyanígy, a beviteli mód is ennek függvénye. Több szerhasználó is beszámolt arról, hogy az első alkalom, amikor valamilyen kábítószerrel kipróbált, az intravénás használat volt.

Az ÚPSZ-használat következményeivel kapcsolatban a vizsgálat keretében megkérdezett, városi szegregátumokban dolgozó szakemberek azt látják, hogy az ÚPSZ-használat kevesebb fizikai tünettel jár, azonban pszichés hatásai sokkal súlyosabbak a hagyományos szereknél (Csák et al. 2018b) (a részletes módszertani leírást lásd a fejezet Források és módszertan T6.2 pontjában). Véleményük alapján az ÚPSZ-használat hatása olyan

mértékben és gyorsasággal rombolja le a fogyasztók személyiségét és egészségét, hogy ebből a károsodásból nehezen lehet regenerálódni. Kiemelték, hogy a klasszikus kábítószeres esetekben sokkal kiszámíthatóbb volt a rendszeres szerhasználat hatása és következménye, az ÚPSZ-ok esetében viszont ezt teljesen kiszámíthatatlannak találták. A vizsgálat ellátórendszerrel kapcsolatos megállapításait lásd a Kezelés fejezet T4.1 pontjában.

Mono- és polidroghasználati mintázatok biológiai minták vizsgálata alapján

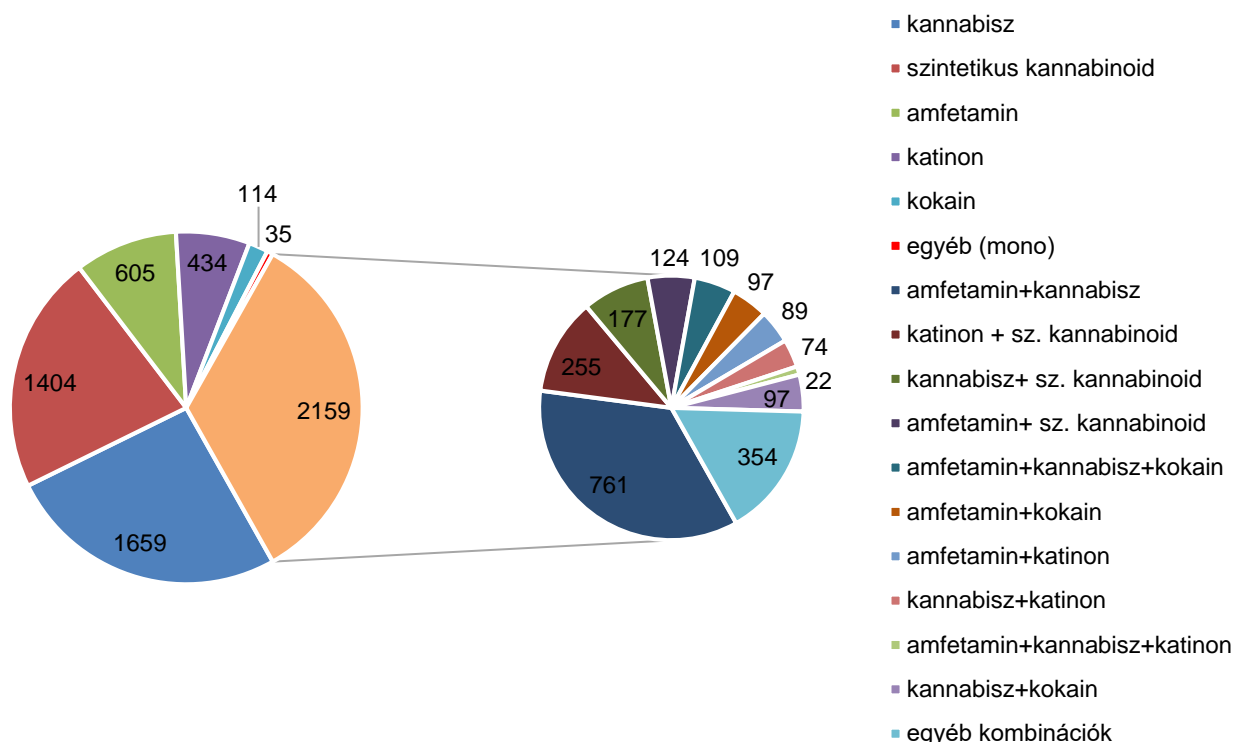
Az NSZKK Toxikológiai Szakértői Intézetéhez beérkezett biológiai minták²³ vizsgálata során több különböző hatóanyag együttes fogyasztása is igazolható (NSZKK Kábítószervizsgáló Szakértői Intézet és Toxikológiai Szakértői Intézet Monitoring hírlevele, 2018. évi III. és IV. szám; NSZKK 2019b; Szóbeli közlés, Hidvégi 2019). A hatóanyagok együttes jelenléte nemcsak egyidejű, hanem egymáshoz közeli (néhány napon - egy héten belüli) fogyasztást feltételez. Bár az eredmények korlátozottan kezelendők az adatbázis jellege miatt, azaz az egyes szerekhez köthető prevalencia értékek nem reprezentatívak az általános népesség tekintetében, azonban analitikailag konfirmált adatok alapján felvázolható, hogy mely hatóanyagcsoportok a legelterjedtebbek, illetve több hatóanyag detektálása esetén melyek a leggyakoribb polidroghasználati mintázatok. 2018 során összesen 8086 olyan biológiai minta érkezett az intézetbe, amely során pozitívítást állapítottak meg kábítószeres és/vagy új pszichoaktív anyagok és/vagy egyéb, tiltólistán nem szereplő új tudatmódosító anyagok tekintetében.

A mono- és polidroghasználati mintázatok bemutatására a 2018. évi első félév során beérkezett esetek²⁴ elemzése állt rendelkezésre (6410 eset.) Ezek alapján az esetek legnagyobb részét a kannabisz-fogyasztók teszik ki (1659 eset). Ezt követik azok az esetek, amelyekben különböző szintetikus kannabinoid hatóanyagok voltak detektálhatók (1404 eset), míg a harmadik leggyakoribb hatóanyagcsoport az amfetamin-származékok csoportja (605 eset), melyet a katinonok követnek (434 eset). 2159 olyan eset volt, ahol több különböző hatóanyagcsoportba tartozó vegyületet mutattak ki egy biológiai mintából. A leggyakrabban az amfetamin és a kannabisz együttes fogyasztásával találkoztak (761 eset). Gyakori volt még a katinonok és a szintetikus kannabinoidok (255 eset), kannabisz és szintetikus kannabinoidok (177 eset), illetve az amfetamin-származékok és szintetikus kannabinoidok együttes jelenléte (124 eset) is a mintákban. Előfordult olyan eset is, amikor hat különböző hatóanyagcsoportba tartozó vegyületet mutattak ki egy mintából.

²³ A következő esetekben küld a hatóság (elsősorban rendőrség) vér- és/vagy vizeletmintát az NSZKK Toxikológiai Szakértői Intézetébe igazságügyi toxikológus-szakértői vizsgálatra: közúti baleset; bódult járművezetés gyanúja, rendőrségi eljárás/bűncselekmény során kábítószer/új pszichoaktív anyag fogyasztásának gyanúja; haláleset (kábitószerrel összefüggő közvetlen vagy közvetett) vagy heveny mérgezés gyanúja, bizonyos egyéb bűncselekmények gyanúja (pl. kifosztás, szexuális kényszerítés és rokon bűncselekmények, kóros szenvedélykeltés). Az adatok országos lefedettségűek, azonban azokban a megyékben, ahol az orvosi egyetemek is végeznek igazságügyi toxikológus-szakértői vizsgálatot (Budapest; Csongrád megye, Baranya megye; Hajdú-Bihar megye) nem teljeskörűek.

²⁴ kábítószeres, új pszichoaktív anyagok és egyéb, listán nem szereplő tudatmódosító anyagok tekintetében pozitív esetekre vonatkozik

9. ábra. Klasszikus kábítószerek és designer drogok önálló, valamint együttes előfordulási gyakorisága (esetszám) az NSZKK-ba érkezett biológiai minták vizsgálata alapján 2018 első félévében (n= 6410)



Forrás: NSZKK 2018, AZ NSZKK Kábítószervizsgáló Szakértői Intézet és Toxikológiai Szakértői Intézet Monitoring hírlevele (2018. évi III. és IV. szám)

Csak a katinonok/katinon-kombinációk mintánkénti előfordulását vizsgálva 2018-ban (1337 azonosított eset, teljes év) a leggyakrabban előforduló hatóanyag az N-etil-hexedron volt önmagában (1142 eset), míg második helyen a mefedron állt (32 eset). A leggyakoribb kombináció az N-etil-hexedron és a 4Cl-alfa-PVP (32 eset), illetve az N-etil-hexedron + 4-CEC (22 eset) együttes jelenléte volt.

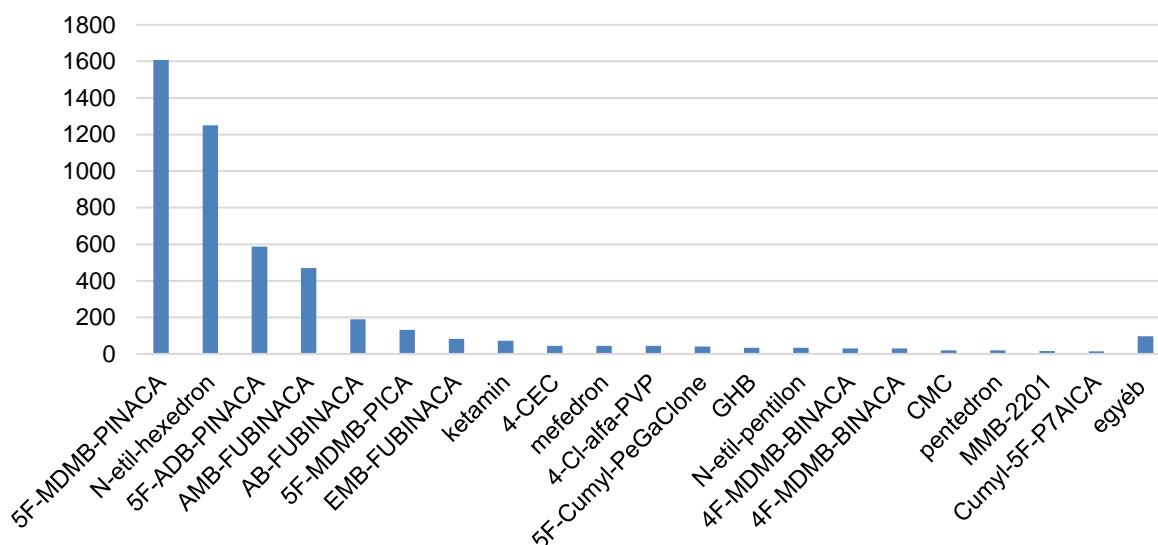
A szintetikus kannabinoidok tekintetében (3008 azonosított eset, teljes év) a leggyakoribb az 5F-MDMB-PINACA + AB-FUBINACA-karbonsav²⁵ együttes jelenléte volt (454 eset); ezt követte az 5F-MDMB-PINACA (387 eset) és az 5F-MDMB-PINACA-karbonsav²⁶ (346 eset) önmagában való jelenléte. A negyedik leggyakoribb az AB-FUBINACA-karbonsav (225 eset) önmagában való detektálása volt.

Az egyes új pszichoaktív anyagok előfordulási gyakoriságát vizsgálva (önmagában vagy kombinációban) elmondható, hogy a leggyakrabban előforduló új pszichoaktív szer az 5F-MDMB-PINACA volt (1607 eset), míg a második leggyakrabban előforduló hatóanyag az N-etil-hexedron (1251 eset).

²⁵ az AB-FUBINACA-karbonsav származhat az AB-FUBINACA-ból, AMB-FUBINACA-ból és az EMB-FUBINACA-ból egyaránt

²⁶ az 5F-MDMB-PINACA-karbonsav származhat az 5F-MDMB-PINACA-ból, 5F-ADB-PINACA-ból és az 5F-EDMB-PINACA-ból egyaránt

10. ábra. A biológiai mintákban azonosított egyes designer drogok előfordulási gyakorisága (esetszám) hatóanyag szerinti bontásban, 2018-ban (teljes év) (csak hatóanyagokra vonatkozóan)



Forrás: NSZKK 2019b

2019-ben online kérdőíves vizsgálat készült a partiszervíz szolgáltatást nyújtó szervezetekkel (Tarján 2019b). A klienskörben előforduló szerhasználati mintázatokra is kitérő kérdőívet a megkeresett 25 szervezetből²⁷ 19 töltötte ki. A válaszok alapján a partiszervíz szolgáltatásokat igénybe vevők körében a szolgáltatásban dolgozók a kannabiszhasználat és a szintetikus kannabinoid-használat esetében tapasztaltak (összes megkérdezett átlagolása alapján) növekedést 2017 és 2018 között, a többi szer esetében stagnálást vagy enyhe csökkenést. Szabadszavas válaszaikban legjellemzőbb szernek legtöbbször a herbált²⁸ említették, amely jelentősen teret hódított ezen a szintéren is, illetve többen kiemelték az alkoholfogyasztás és a rohamivás növekvő elfordulását 2017-hez képest.

²⁷ Arról nincs információ, hogy működik-e még a fennmaradó 6 szolgáltató.

²⁸ szintetikus kannabinoidra utaló utcai név

B) STIMULÁNSOK

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 A SZERHASZNÁLAT ELTERJEDTSÉGE ÉS TRENDJEI

T1.1.1 A különböző stimulánsok hozzáférhetősége

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

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

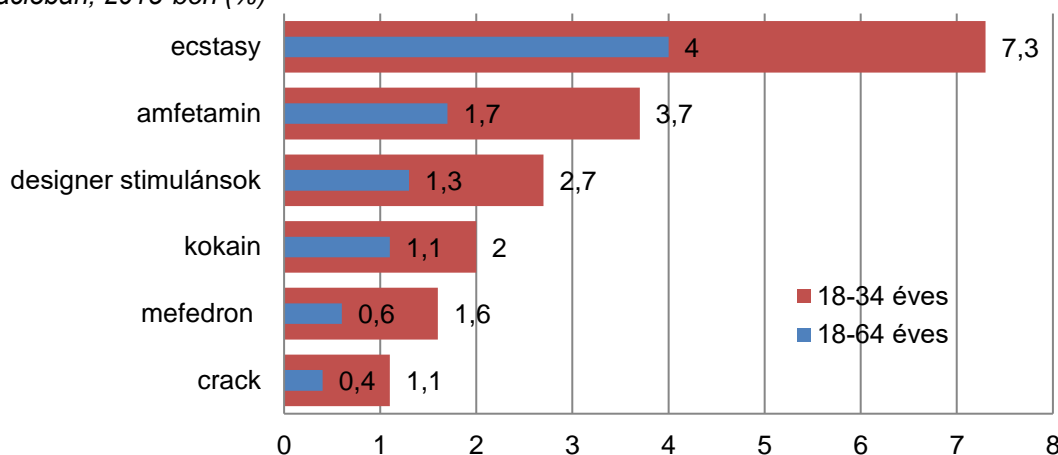
A piacon elérhető stimuláns típusú szerek lefoglalása minden szer esetében (amfetamin, metamfetamin, MDMA, kokain, szintetikus katinonok) növekvő tendenciát mutat. Az amfetamin típusú stimuláns anyagokat illetően elmondható, hogy a hazai piacon 2012-ben újra megjelenő (ORFK 2015) MDMA tartalmú ecstasy tabletták hatóanyag-tartalma egyre magasabb, valamint, hogy többször is lefoglalásra kerültek kis mennyiségű, rendkívül magas hatóanyag-tartalommal rendelkező, gyakorlatilag hígítatlan amfetamin porok (NSZKK 2019a). Ezen felül, megfigyelhető a kristályos vagy por formában kapható MDMA piaci növekedése is. Nyomozati és lefoglalási adatok alapján a metamfetamin továbbra is csak az ország néhány pontján jellemző (elsősorban Pécs környékén és a Szlovákiával határos nagyvárosokban), itt azonban jelentősen növekedett a lefoglalások száma 2017-ről 2018-ra (BM 2019; NSZKK 2019a). A kokain esetében az utóbbi években egyértelmű, erőteljes növekedést tapasztalt a Rendőrség a kínálatcsökkentési tevékenysége során, mind a fogyasztói, mind a terjesztői oldalon, amelyet a lefoglalások emelkedő esetszáma is alátámaszt (NSZKK 2019a). Továbbá, a Belügyminisztérium beszámolója szerint egyre növekszik Magyarországon a kokaint a Darkneten vásárlók száma (BM 2019).

A dizájner stimulánsok – azaz Magyarországon jellemzően a szintetikus katinonok – általában por formában kerülnek forgalomba melyek közül 2016 augusztusa óta az N-etil-hexedron volt a legelterjedtebb vegyület (mely 2012 áprilisa óta új pszichoaktív anyagként van szabályozva). Említésre méltó, hogy 2018-ban nőtt a mepredon feketepiaci jelenléte, annak ellenére, hogy Magyarországon 2011-től kábítószerként (pszichotróp anyagként) ellenőrzött vegyület. Összességében elmondható, hogy a szintetikus katinonokkal kapcsolatos lefoglalások száma 2014-ig emelkedett, majd két év visszaesés után 2017-ben és 2018-ban újra növekedés volt tapasztalható (2016: 631; 2017: 735; 2018: 885 eset) a szintetikus katinont tartalmazó porok lefoglalásának számában, mely évek óta a második leggyakrabban lefoglalt stimuláns az amfetamint követően (NSZKK 2019a). (Lásd részletesen a trendeket a Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezet T2.1 pontjában.) Egy, a vidéki szegregátumok szerhasználatát célzó kutatás (Csák et. al. 2018a) keretében megkérdezett aktív szerhasználók 40%-a úgy érezte, inkább könnyű a szintetikus katinonok beszerzése, míg az aktív katinonhasználók esetében 78% vélekedett így.

T1.1.2 Stimulánsfogyasztás az általános népességben

A kutatási adatok (Paksi et al. 2015) szerint a 18-64 éves általános népességben a hagyományos stimulánsok közül leginkább elterjedt az ecstasy: életprevalencia értéke 4%. Ezt követi az amfetamin (1,7%), a kokain (1,1%), a mefedron (0,6%), és végül a crack (0,4%). A fiatal felnőtt populációban a szerek elterjedtségi sorrendje ezzel megegyező, de az életprevalencia értékek mintegy kétszer nagyobbak (ecstasy 7,3%; amfetamin 3,7%; a kokain 2%; a mefedron 1,6%; crack 1,1%)

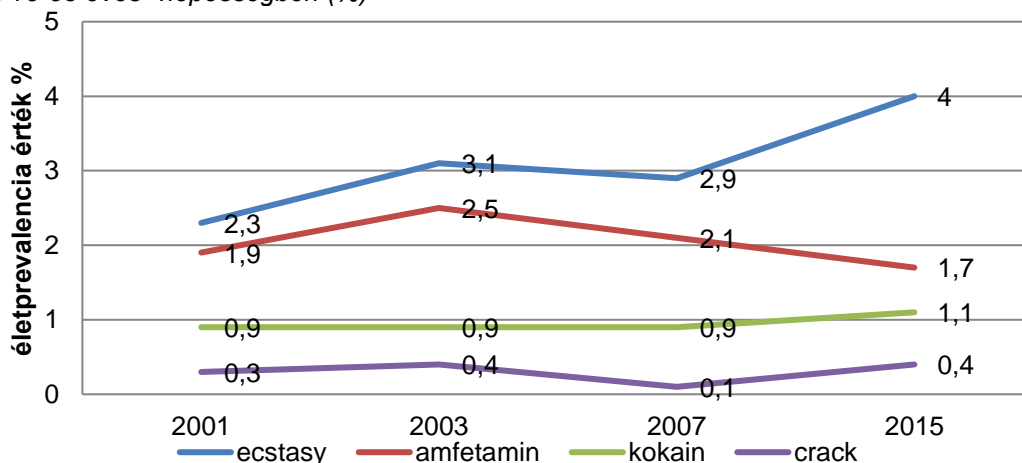
11. ábra. A stimulánsok szerenkénti életprevalencia értékei a 18-64 éves, és a 18-34 éves populációban, 2015-ben (%)



Forrás: OLAAP – Paksi et al. 2015

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

12. ábra. A különböző hagyományos stimulánsok életprevalencia értékének változása 2001-2015 között a 18-53 éves* népességben (%)



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

Forrás: OLAAP – Paksi et al. 2015

A 2015-ös lakossági vizsgálat (Paksi et al. 2015) adatai alapján a 18-64 éves népesség 4,5%-a fogyasztott az élete során valamilyen hagyományos stimulánst (ecstasyt, amfetamint, kokaint vagy crack-et). A hagyományos stimulánsok éves prevalencia értéke 1%, a havi

prevalencia értéke pedig 0,7% volt. A 18-34 éves fiatal felnőtt populációban az életprevalencia érték 8,2%, az éves 2,3%, a havi pedig 1,7% volt.

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

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

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

Forrás: OLAAP – Paksi et al. 2015

A különböző hagyományos stimulánsok első használatának életkori jellemzői a 18-64 éves népesség körében meglehetősen eltérőek. Míg az ecstasy első fogyasztása átlagosan 20-21 éves kor között, leggyakrabban 18 évesen történik, addig az első amfetaminfogyasztás átlagosan csaknem 22 évesen, leggyakrabban 25 évesen történik. A kokain kipróbálása legtöbb esetben 24 éves korra tehető (átlag 25 év). A fiatal felnőttek esetében az ecstasy és az amfetamin kipróbálása leggyakrabban 18-19 éves korban történik, a kokain kipróbálásának életkora, a 18-64 éves népességhez hasonlóan, kitolódik (átlag 25 év).

T1.1.3 Stimulánsfogyasztás az iskolás populációban

A 2014-ben készült HBSC kutatás (Arnold és Németh 2015) eredményei szerint a 9. és 11. évfolyamon tanuló diákok 5,8%-a²⁹ próbálta már ki a vizsgált stimulánsok valamelyikét³⁰. Szignifikánsan magasabb prevalencia értékek voltak megfigyelhetők a fiúk (6,8%) és az idősebbek körében (11. évfolyam: 6,8%) – a lányokhoz (5,0%) és a fiatalabbakhoz (4,9%) képest.

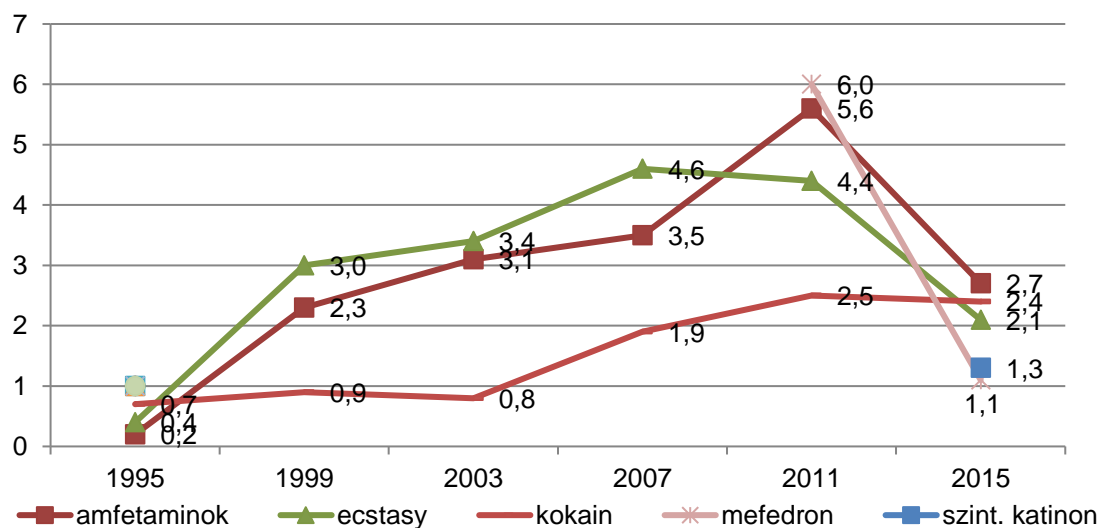
Régió szerint szignifikánsan nem különböztek a prevalencia értékek, azonban lakóhely és az iskola településtípusa szerint igen. Legnagyobb arányban a tanyán lakó diákok (13%), legalacsonyabb arányban pedig a megyeszékhelyen (4,9%) és a városban (5%) élő diákok próbálták ki a stimulánsokat. Ehhez hasonló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

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

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

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

13. ábra. A különböző stimulánsok életprevalencia értékeinek változása 1995-2015 között a 16 éves tanulók körében (%)



Forrás: ESPAD – Elekes 2016

²⁹ A stimulánsokat kipróbálók alacsony száma miatt csak körültekintéssel értelmezhető.

³⁰ Amfetaminok, ecstasy, MDMA, kokain. (A kokaint egyéb drogok között jelölték, külön nem kérdezett rá a kutatás).

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

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

szocio-demográfiai jellemzők		stimulánsok életprevalencia érték %	szignifikancia
nem	fiú	7,6	p=0,010
	lány	6,1	
iskolatípus	gimnázium	3,2	p<0,001
	szakközépiskola	7,1	
	szakiskola	12,9	
iskola székhelye	Budapest	9,5	p<0,001
	megye jogú város	5,9	
	egyéb város	6,2	
	község	16,1	
lakóhely	Budapest	8,5	p=0,023
	város	6,0	
	község	6,4	
családszerkezet	teljes család	4,8	p<0,001
	mozaik család	8,1	
	csonka család	9,0	
	nincs édes szülő	17,1	
apa iskolai végzettsége	kevesebb, mint érettség	7,5	nsz
	érettségi	6,4	
	felsőfok	5,6	
	nem tudja, nincs apja	6,1	
anya iskolai végzettsége	kevesebb, mint érettség	7,6	nsz
	érettségi	6,7	
	felsőfok	5,3	
	nem tudja, nincs anyja	6,6	
szubjektív anyagi helyzet	legjobb vagy sokkal jobb az átlagnál	8,2	p<0,001
	átlagos, vagy valamivel jobb az átlagnál	5,6	
	átlag alatti	12,2	

Forrás: ESPAD – Elekes 2016

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

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

T1.2.1 Szerhasználati mintázatok

A mono- és polidroghasználati mintázatokat az NSZKK Toxikológiai Szakértői Intézetéhez beérkezett biológiai minták vizsgálata alapján lásd: Kábítószeres/ Kannabisz/ T4.1.

Az intravénás stimulánshasználati mintázatokkal és kockázati magatartásokkal kapcsolatos adatokat lásd: alább a fejezet T1.2.5 pontjában valamint az Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.4 alfejezetében. A kezelést kezdő stimulánshasználók szerhasználati mintázatát lásd a T1.2.2 alfejezetben.

A partiszervíz szolgáltatások klienskörében előforduló szerhasználati mintázatokat lásd a Kábítószeres/ Kannabisz/ T4.1 pontjában.

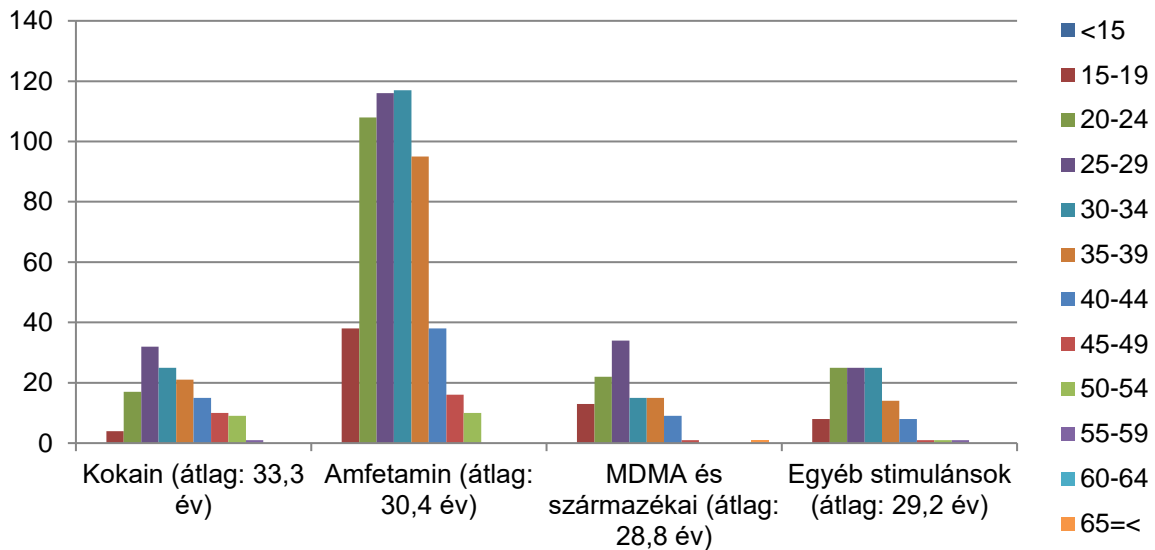
T1.2.2 Stimulánshasználók ellátása

Magyarországon a stimulánshasználat a második legjellemzőbb indoka a kábítószerhasználók kezelésbe lépésének (lásd Kezelés fejezet T1.3.1, T1.3.4 és T2.1 alfejezet). 2018-ban a kezelést kezdők 16,1%-a (756 fő) jelölte meg valamelyik amfetamin típusú stimuláns szert elsődleges szerként (amfetamin 538 fő, MDMA és származékai 110 fő, egyéb stimuláns 108 fő). További 3,0% (143 fő) kokain típusú szer elsődleges használata miatt lépett kezelésbe (kokain: 134 fő, crack: 9 fő) (TDI adatgyűjtés 2019).

A stimulánsok (kokain, crack, amfetamin/metamfetamin, MDMA és származékai, egyéb stimulánsok) miatt kezelésbe lépők 83,5%-a férfi volt, átlagéletkoruk 30,5 év, és átlagosan 8,7 évig használtak stimuláns szereket a 2018-as kezelésbe lépésüket megelőzően. Az egyes szerek fogyasztóinak életkori megoszlását figyelve látható, hogy az MDMA és származékai fogyasztói a legfiatalabbak a stimulánshasználók között, körükben legmagasabb a 25 év alattiak aránya (31,8%) (átlagéletkoruk 28,8 év). Őket követik életkorban az egyéb stimulánsok (többnyire szintetikus katinonok) fogyasztásából eredő problémákkal kezelést keresők, akik körében 30,6% a 25 év alattiak aránya (átlagéletkoruk 29,2 év). Az amfetaminhasználók körében 27,1%-ot tett ki a 25 év alatti kezelésbe lépők aránya (átlagéletkoruk 30,4 év). A legidősebb csoport³¹ a kokain-használók csoportja: átlagéletkoruk (33,3 év) 4,5 évvel meghaladja az MDMA használókét, körükben mindössze 15,6% volt a fiatal (25 év alatti) kezelésbe lépők aránya.

³¹ A crack használók kivételével, mivel őket a csoport alacsony elemszáma miatt mellőztük az elemzésből.

14. ábra. Stimulánshasználat miatt kezelésbe lépők életkori bontásban, elsődleges szer szerint 2018 (fő; N=890)

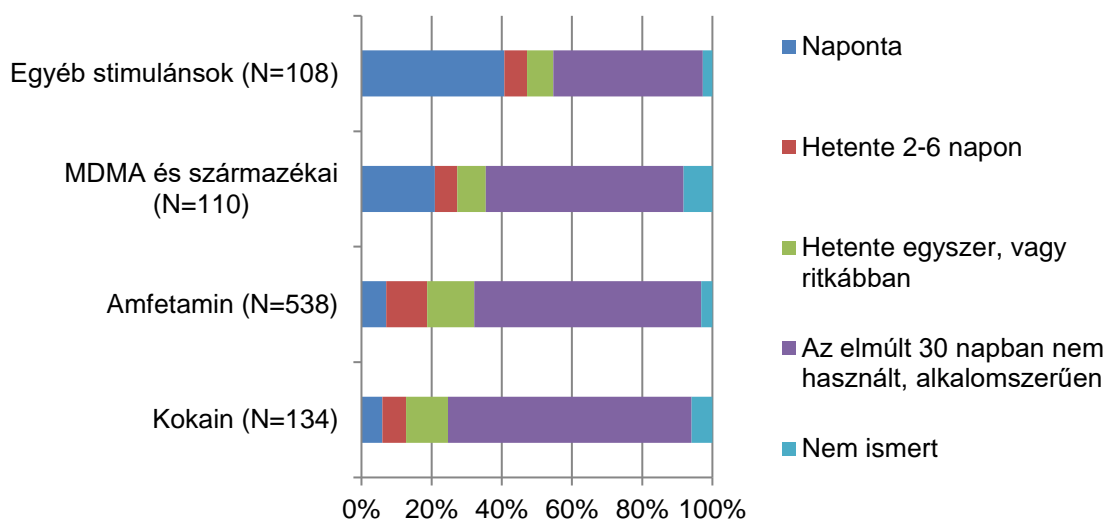


Forrás: TDI adatgyűjtés 2019

A kezelést megelőzően a jellemző beviteli mód ebben a csoportban az orra szippantás volt (48,4%), a kokain-, crack- és amfetaminhasználók körében ez volt a legjellemzőbb beviteli forma. Evés/ivás volt a jellemző beviteli módja a kezelést megelőzően a stimulánshasználó kliensek 31,8%-nak – ez a beviteli mód az MDMA és származékai használói körében volt a legjellemzőbb módja a szerhasználatnak. Jellemzően füstöléssel/inhalálással a stimulánshasználók 12,7%-a vitte be az anyagot. Ez a beviteli forma volt a legjellemzőbb az egyéb stimuláns használók körében volt. Injektálást jellemző fogyasztási módként a kezelést kezdő stimulánshasználók 5,9%-a jelölte meg. (Az injektlásról bővebben lásd a T1.2.5 alfejezetet.)

A stimulánshasználat miatt kezelésbe lépőket a szerhasználat gyakorisága alapján vizsgálva elmondható, hogy az egyéb stimulánsok fogyasztói körében volt mérhető a legtöbb intenzív szerhasználó, 47,2% (aki legalább heti 2 napon fogyasztotta az elsődleges szerét a kezelésbe lépést megelőző 30 napban). Az MDMA és származékai miatt kezelésbe lépők 27,3%-a, a crack használók 22,2%-a, az amfetamin használók 18,8%-a és a kokain (só) használók 12,7%-a volt jellemezhető intenzív szerhasználati mintázattal.

15. ábra. Stimulánshasználat miatt kezelésbe lépők megoszlása a szerhasználat gyakorisága szerint, elsődleges szer szerinti bontásban, 2018 (fő; N=890)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2019

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

Az alábbi táblázatban jól látható, hogy a rendezetlen szálláskörülmények (vagy hajléktalanság), a munkanélküliség, az alacsony iskolai végzettség (kivéve az MDMA használók esetében) és az intravénás szerhasználatban való (valaha volt) érintettség szempontjából a nem intenzív használók kevésbé érintettek, mint az intenzív szerhasználók, a szertípustól függetlenül. A vizsgált szercsoportok között ugyanakkor különböző az érintettség e változók mentén. Elmondhatjuk, hogy az említett négy változó mindegyike esetében a kokainhasználók körében volt legalacsonyabb az érintettség.

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

8. táblázat. A kezelésbe lépő stimulánshasználók szociális és szerhasználati jellemzői a szerhasználat intenzitása szerinti bontásban 2018 (%) (N=853 fő)

	Intenzív használók		Nem intenzív használók
Kokain	0%		1%
Amfetamin	13%	Rendezetlen szálláskörülmények/Hajléktalan	1%
MDMA és származékai	7%		0%
Egyéb stimulánsok	25%		6%
Kokain	29%		17%
Amfetamin	46%	Munkanélküli	13%
MDMA és származékai	70%		8%
Egyéb stimulánsok	53%		11%
Kokain	29%	Legfeljebb 8 általános	25%
Amfetamin	51%		48%
MDMA és származékai	37%		42%

Egyéb stimulánsok	67%		54%
Kokain	29%		83%
Amfetamin	33%	Bíróság/ügyészség utalta be	87%
MDMA és származékai	33%		90%
Egyéb stimulánsok	14%		61%
Kokain	6%		6%
Amfetamin	28%	Valaha injektált	10%
MDMA és származékai	53%		7%
Egyéb stimulánsok	25%		24%

Forrás: TDI adatgyűjtés 2019

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

T1.2.4 Szintetikus katonok

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

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

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

A 15-16 éves középiskolások körében készült ESPAD vizsgálat (Elekes 2016) eredményei szerint a szintetikus katonok fogyasztása kevéssé elterjedt, a diákok 2,5%-a próbálta már életében, a fiúk 3,3%-a, a lányoknak 1,8%-a ($p < 0,001$).

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

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

A szintetikus katonok intravénás használatára vonatkozó adatokat lásd: T1.2.5 és a T4.1 alfejezetben; továbbá az Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.1, T1.3.4 alfejezetben.

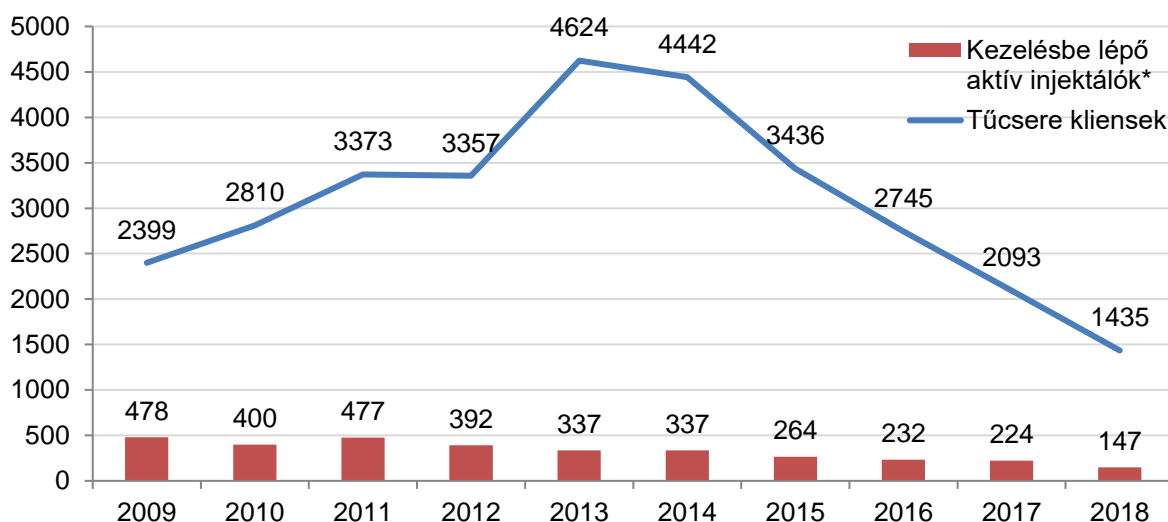
A szintetikus katonok-használókat az egyéb ÚPSZ-használókkal egy csoportba rendezve tudjuk leírni a kezelési (TDI) adatok alapján. A kapcsolódó kezelési adatokat a fejezet Kannabisz/T1.2.4 pontjában valamint a Kezelés fejezet T1.3.1, T1.3.4 és T2.1 pontjaiban mutatjuk be.

Az országos tícseré adatgyűjtés alapján (módszertant lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T5.1) 2018-ban a designer stimuláns injektálással kapcsolatos szóbeli célzott tanácsadás 23 szervezetnél volt elérhető (a 29 jelentő szervezetből), míg ezzel kapcsolatos írásos szóróanyagot 11 szervezet osztott a tárgyévben (Tarján 2019a).

T1.2.5 Intravénás szerhasználat

Az injektált szereket tekintve elmondható, hogy 2010 előtt a heroin és az amfetamin volt a jellemzően injektált szer, 2010-et követően azonban átvették a designer stimulánsok (elsősorban szintetikus katinonok) a vezető szerepet, 2015-re a tícserét igénybe vevő kliensek 80%-a elsődlegesen designer stimulánsokat injektált. Ez a mintázati változás megfigyelhető volt több rutin adatgyűjtés adataiban és célzott kutatásokban (TDI, DRID, tícseré adatgyűjtés), illetve a lefoglalási adatok is alátámasztották az átalakuló trendeket (további leírást erről az időszakról lásd 2018-as Éves Jelentés/ Kábítószeres/Stimulánsok/T1.2.5). Megemlítendő, hogy az ÚPSZ injektálás terjedését, és a populáció feltételezhető növekedését (2011-2014) elsősorban az alacsonyküszöbű tícseré programok forgalmi adataiban tudtuk detektálni. A magasabb-küszöbű kezelésbe lépő intravénás szerhasználók száma a heroin-kínálat visszaesése után 2011 óta csökken. Feltehetően az ÚPSZ-injektálók nagy része nem kerül be magas küszöbű ellátásba.

16. ábra. Intravénás szerhasználók számának alakulása a tícseré szervezetek és az ellátó intézmények klienskörében 2009 és 2018 között (fő)



* a kezelésbe lépést megelőző 30 napon injektált valamilyen szerrel
 Forrás: Tarján 2019a és Péterfi 2019b – TDI trend adatok 2008-2018

2016 óta a szintetikus katinonok injektálása mérséklődni látszik kvantitatív és kvalitatív adatok alapján, azonban ennek háttérében nem a klasszikus szerek injektálására való nagymértékű visszatérés áll elsősorban. A fecskendőben található anyagmaradványok bevizsgálását célzó vizsgálatok (NSZKK 2019a; Péterfi 2016; Péterfi et al. 2017; Csorba et al. 2019), illetve a kliensek által jelentett elsődlegesen injektált szerek szerint (Tarján 2019a; Tarján et al. 2019; Csák et al. 2019) továbbra is a szintetikus katinonok dominálnak.

A mérséklődés háttérében azonosítható legmeghatározóbb jelenség a beviteli módban/ elsődlegesen használt szerben tapasztalható elmozdulás: az injektálás helyett egyre több korábbi intravénás szerhasználó részesíti előnyben a „fóliázással” (belélegzés/inhalálás) történő bevitelt a katinonok esetében, illetve a szintetikus kannabinoidok elszívására való időszakos vagy teljes átállást, amelyet több adatforrásunk is alátámaszt (kezelési adatok - TDI 2019; Kaló et al. 2018; Tarján 2019a, Tarján et al. 2019, Csák et al. 2019; Csák 2018a; Csák 2018b). A korábban alapvetően elsődlegesen injektáló szerhasználók egyre inkább

jellemezhető többféle szer és többféle beviteli mód váltogatásával leírható polidrog-használati mintázattal, így csökkenő gyakoriságú injektálással. A mintázati változás tekintetében azonban érvényes trendek megállapítására csak korlátozottan van lehetőség az intravénás populációra való egyre szűkülő rálátás miatt (Kaló et al. 2018; Tarján 2019a: rejtőzködőbbé válás a növekvő hatásági kontroll miatt, a populációt elérő tūcsere programok csökkenő hozzáférhetősége, így kevesebb kliens látótérbe kerülése).

A klasszikus szerek injektálása továbbra is jóval alatta marad a designer stimulánsok injektálásának, bár egyes lokális vagy alacsony lefedettségű laboranalitikai adatforrások, 2018-ban enyhe emelkedést tapasztaltak az amfetamin (NSZKK 2019a) és heroin tekintetében (NSZKK 2019a, Csorba et al. 2019a), továbbá a 2018-as biomagatartás vizsgálatban is érzékelhető a heroin prevalenciájának erősödése (Tarján et al. 2019). Ezt azonban az országos tūcsere kliens adatok nem támasztották alá. A kokain-lefoglalások növekvő trendje ellenére, 2018-ban továbbra is elenyésző volt az elsődlegesen kokaint injektálók aránya (országosan a tūcsere kliensek körében: 1%).

A katinonok dominanciája mellett kiemelendő még a metadon visszaélészerű használata, injektálás formájában, amelyet mind analitikai, mind drogepidemiológiai eredmények is alátámasztanak (Péterfi 2016; Péterfi et al. 2017; Tarján et al. 2019). Erről, illetve az opiát helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek polidroghasználatáról lásd: Kábítószer/Heroin és egyéb opiátok T1.2.5 és T4.2 alfejezet.

Intravénás szerhasználat prevalencia becslése³²

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

A rejtett intravénás populáció nagyságát 2014 és 2015 években pontbecslést alkalmazva teljes statisztikai függetlenség esetén 1594 főre tették. A becsült 76%-os tudatos részvételi hányad, azaz $\alpha=0,24$ ³³ esetén a rejtett intravénás szerhasználó populáció nagyságát 6744 főre, a teljes intravénás szerhasználó csoport nagyságát 7799 főre becsülték a kétéves időszakra vonatkozóan³⁴. A szűrés során a vérminta vétele mellett viselkedési kérdőív is kitöltésre került, mely kérdést tartalmazott az utolsó injektálás idejére vonatkozóan is. Ennek alapján az elmúlt egy évben is injektálók aránya 86% volt 2015-ben. Ezt extrapolálva az intravénás szerhasználói populáció becsült nagysága 6707 fő volt 2015-re nézve.

Tūcsere kliensek adatai

A tūcsere adatok alapján (Tarján 2019) az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) megjelenése 2010-ben teljesen átalakította a megelőző évekre jellemző szerhasználati struktúrát: míg 2009-ben a tūcserebe járó intravénás szerhasználók kevesebb mint 44%-a injektált elsődlegesen stimulánsokat, addig 2018-ra ez az arány 88%-ra nőtt.

A klasszikus stimulánsokat, azaz elsősorban amfetamint injektálók aránya 40% körül mozgott 2009-2012 között, azonban 2013 óta csökkenő tendenciát mutat. 2018-ban a tūcsere szolgáltatók klienseinek csak a 7%-a jelölte magát elsődlegesen amfetamininjektálónak. A kokaininjektálók aránya elenyésző a tūcserebe járó intravénás szerhasználók körében (0-1% között mozog).

³² A becslés a teljes intravénás populációt lefedi. Tekintettel arra, hogy az intravénás szerhasználat a trendek szerint leginkább stimulánsok injektálását takarja, a becslés a Stimulánsok alfejezetben került közlésre.

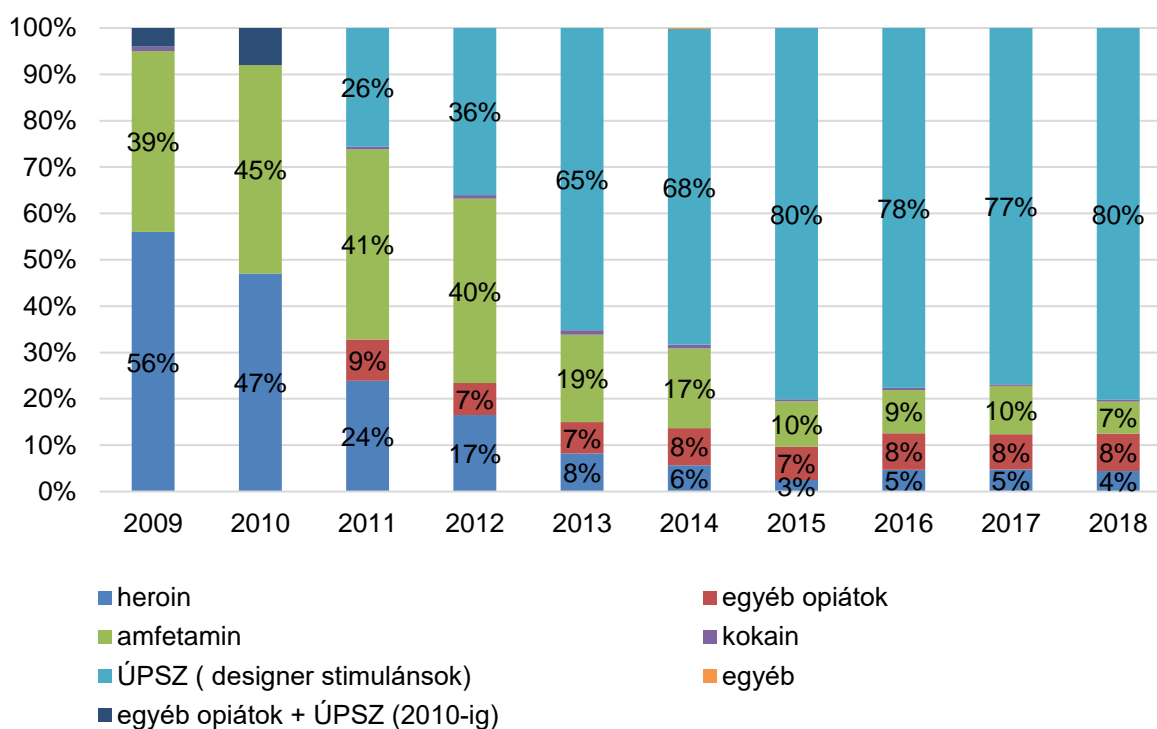
³³ További információt lásd E/T.5.2

³⁴ Akik 2013 és 2015 között legalább egyszer injektáltak.

Az új pszichoaktív szerek közé tartozó designer stimulánsok térnyerése 2010-től kezdődően a heroint, 2013-tól pedig már az amfetamint is kiszorította: míg 2010-ben a tūcserébe járó intravénás szerhasználóknak kevesebb mint 8%-a³⁵ használt designer stimulánsokat, addig 2018-ban 80%-uknak volt ez az elsődlegesen injektált szere. Kiemelendő, hogy ez az adatforrás csak az elsődlegesen injektált szert tudja mérni, azonban kvalitatív információk alapján 2016 óta a szintetikus katinonok injektálása mérséklődni látszik, mellyel párhuzamosan a szervezetek beszámolnak (Kaló et al. 2018, Tarján 2019) a beviteli módban/ elsődlegesen használt szerben tapasztalható változásról, vagyis az injektálás helyett egyre több intravénás szerhasználó részesíti előnyben a „fóliázással” (belélegzés/inhalálás) történő bevitelt, illetve a szintetikus kannabinoidok elszívására való időszakos vagy teljes átállást (lásd alább még: DRID adatok; Tarján et al. 2019; TDI adatok; továbbá T4.1: egyéb kutatások).

Az adatok interpretációjánál továbbá fontos megemlíteni azt is, hogy a tūcsere programokon keresztül egyre kisebb intravénás szerhasználói populációra látunk rá a mintázatok tekintetében. Kvalitatív források alapján ez feltehetően egyrészt betudható a fent leírt mintázati változásoknak (ritkább injektálás) másrészt az injektáló szerhasználók rejtettebbé és rejtőzködőbbé válásának – a növekvő hatósági kontroll, illetve a gyengülő kapacitású tūcsere programok miatt (ritkább látogatás) (Kaló et al. 2018, Tarján 2019).

17. ábra. A tūcsere programban részt vevő kliensek³⁶ elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009-2018 között³⁷ (felső ábra) továbbá az egyes évek esetszámai (alsó ábra)

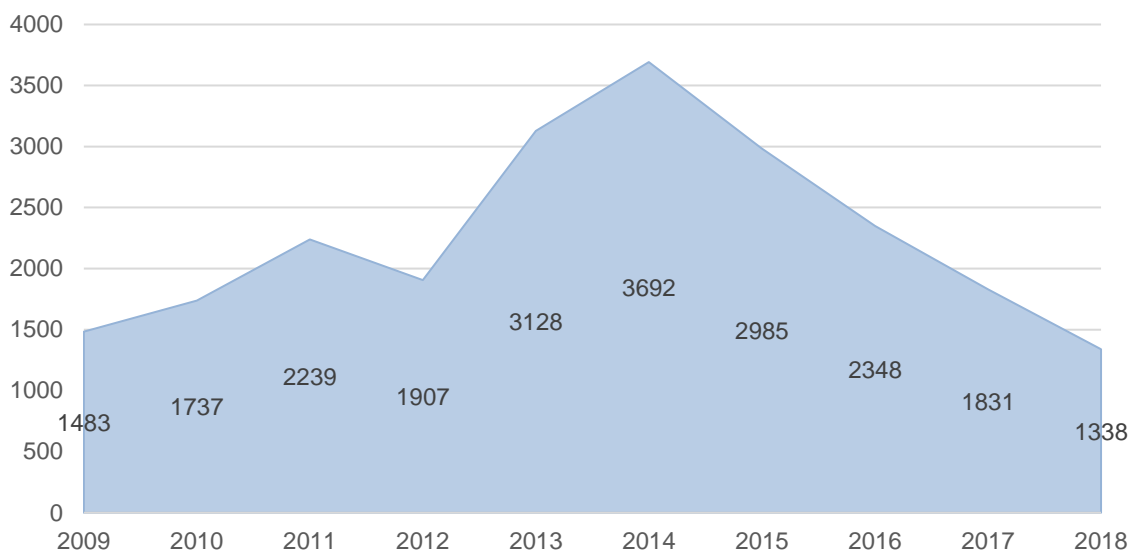


Forrás: Tarján 2019

³⁵ Az ábrán látható 2009-es 4% és 2010-es 8% „Egyéb” kategóriában az egyéb stimulánsok és az egyéb opiátok együtt szerepelnek. Így az egyéb stimulánsok aránya vélhetően még alacsonyabb volt ebben a két évben.

³⁶ évenkénti mintaelemszámokat lásd a módszertani leírásánál: Kábítószer/Forrás és módszertan/T6.1

³⁷ 2009-ben és 2010-ben az egyéb opiátok és ÚPSZ-ok az „egyéb” zárt kategóriában kerültek rögzítésre.



Forrás: Tarján 2019

A domináns, intravénásan használt designer stimuláns a szerhasználók által jelentett információk alapján 2010-ben a mepredon, 2011-ben az MDPV volt, 2012 óta pedig a „pentakristály/kristály”³⁸ utcai elnevezésű szer. A designer stimuláns injektálók (1073 fő) között 2018-ban is a „kristály” volt a leggyakrabban említett utcai elnevezés (90% a designer stimulánsok között; 961 fő). A designer stimulánsok injektálása a 25 év alatti kliensek körében a legmagasabb, 2018-ban 87%-uknak volt ez az elsődlegesen injektált szere.

2019-ben rövid online kérdőíves vizsgálat keretében lekérdezésre kerültek a tüsszere szervezetek a 2018. évi működésükre és klientúra összetételükre vonatkozóan (Tarján 2019a). A kérdőívet az országban tüsszere programot működtető 33 szervezetből 26 töltötte ki. A válaszok alapján a tüsszere programokat látogatók körében csökkent az átlag életkor 2017-hez képest. A szervezetek csökkenő fecskendőigényről, illetve minden szertípus esetében csökkenő injektálásról számoltak be (a válaszokat átlagolva). Csupán a szintetikuskannabinoid-szívás esetében éreznek növekvő trendet a kliensek körében a szolgáltatásban dolgozók. A szabadszavas válaszlehetőségek során a legtöbb szervezet kiemelte, hogy csökken a programokat látogatók száma feltehetően a szerhasználati szokások változása miatt, továbbá más eszközökre van igény (fólia, szívószál).

Fertőző (DRID) adatok

2006 és 2015 között az országos OEK HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban (Dudás et al. 2015) részt vevő intravénás szerhasználók megoszlását az elsődlegesen injektált szer szerint vizsgálva a stimuláns injektálók aránya fokozatosan növekedett az évek során a mintában. Míg 2006-ban 13,6%-uk injektált elsődlegesen stimulánsokat, addig 2015-ben már a minta 61,4%-a tartozott ebbe a csoportba³⁹. Erre az időszakra vonatkozó további részletes adatokat lásd: 2018-as Éves Jelentés/Kábítószeres/Stimulánsok/ T1.2.5)

A korábbi, intravénás szerhasználók körében végzett HIV/HCV prevalenciavizsgálatok (Dudás et. al 2015), illetve a tüsszere adatgyűjtés is csak az elsődlegesen *injektált* szert

³⁸ Korábbi (2012-2014) lefoglalási adatok alapján valószínűsíthetően a pentedron hatóanyag tartalmú szerekre vonatkozott ez az utcai elnevezés. Bár ezt követően a pentedron előfordulási gyakorisága lecsökkent és annak helyét más szintetikus katinonok vették át a lefoglalási adatok alapján, az utcai elnevezés megmaradt.

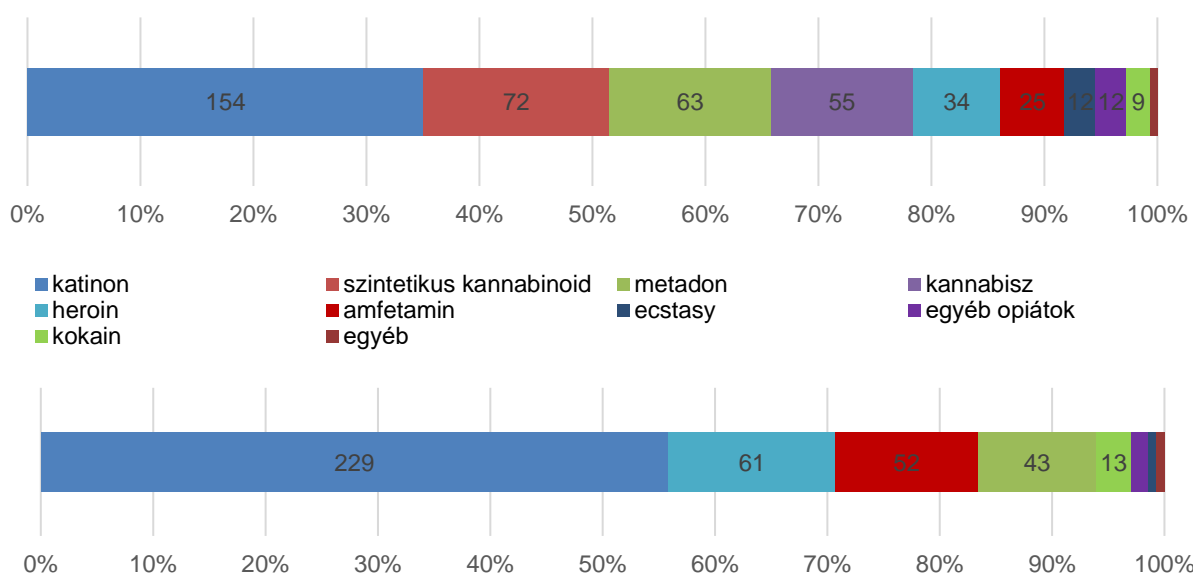
³⁹ . A vizsgálatban részt vevő szervezetek körében több opiát-szubsztitúciós kezelést is biztosító kezelőhely volt (2015: 7/19 szervezet), amely a szerprevalencia adatok tekintetében torzító erővel bír az opiájinjektálás javára.

rögzíti. A 2016 óta megfigyelhető mintázati változások⁴⁰ okán (lásd bevezető szakasz ebben a részben T1.2.5), a 2018-as NFP-NNK bio-magatartás vizsgálat során (Tarján et al. 2019, módszertant lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés T5.1) először mérték fel az elsődleges szert (beviteli módtól függetlenül), illetve a polidroghasználati mintázatokat ebben a populációban országos szinten.

Az adatok alapján a megkérdezett intravénás szerhasználók⁴¹ (440 fő) elődlegesen⁴² *használt* szere (beviteli módtól függetlenül) 35%-a esetében valamilyen szintetikus katinon⁴³ volt, azonban 16% a szintetikus kannabinoidokat⁴⁴, 14% a metadont, 13% a kannabiszt nevezte meg. A klasszikus, injektálható szereket jellemzően kevesen jelölték elsődlegesen használt szerüknek (heroin: 8%; amfetamin 6%; kokain: 2%).

Ha a megkérdezettek elsődlegesen *injektált* szerét vizsgáljuk, akkor hasonló megoszlást kapunk, mint más adatforrásokban: a legtöbb megkérdezett elsődlegesen katinont injektál (56%), ezt követi a heroin (15%), az amfetamin (13%), metadon (10%) és a kokain (3%).

18. ábra. Az országos NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban részt vevő intravénás szerhasználók megoszlása a kérdezést megelőző 4 hétben⁴⁵ elsődlegesen használt szer (felső ábra, n=439) és elsődlegesen injektált szer (alsó ábra, n=410) szerint 2018-ban⁴⁶



Forrás: Tarján et al. 2019

Az elsődlegesen használt szer beviteli módja szintén alátámasztja az egyéb adatforrások által körvonalazódó új mintázatokat ebben a populációban. A megkérdezett intravénás

⁴⁰ Az injektálás helyett egyre több korábbi intravénás szerhasználó részesíti előnyben a „fóliázással” (belélegzés/inhalálás) történő bevittelt a katinonok esetében, illetve a szintetikus kannabinoidok elszívására való időszakos vagy teljes átállást. Egy 2016-os fecskendőben található anyagmaradvány bevizsgáló projekt a metadon jelenlétét azonosított a többi adatforrásunkban mértékhez képest magasabb arányban,

⁴¹ A minta 50% az elmúlt 4 hétben injektált, 23%-a az elmúlt egy évben de régebben, mint 4 hét, 27%-a pedig több mint 1 éve. A minta 74%-a használt valamilyen kábítószer/ÚPSZ-t az elmúlt 4 hétben, 14%-uk az elmúlt egy évben de régebben, mint 4 hét, 12%-uk régebben mint 1 év.

⁴² leggyakrabban használt szer az elmúlt 4 hétben. Ha valaki régebben használt/ injektált szert, mint az elmúlt 4 hét, akkor a korábbi használat időszakának utolsó 4 hetére vonatkozott a kérdés.

⁴³ önbevalláson alapuló utcai név alapján ide soroltuk: kristály, kréta, zene

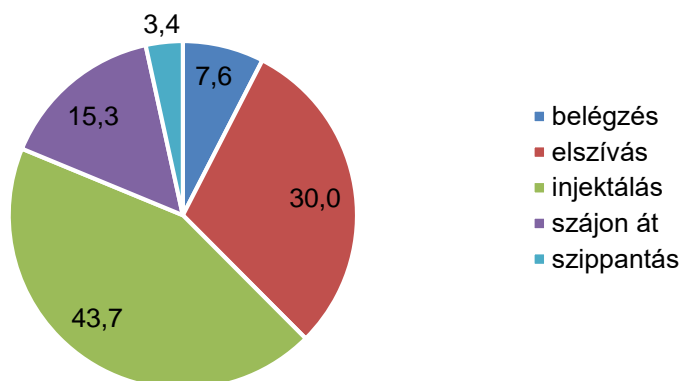
⁴⁴ önbevalláson alapuló utcai név alapján ide soroltuk: herbál, biofű

⁴⁵ Ha valaki régebben használt/ injektált szert mint az elmúlt 4 hét, akkor a korábbi használat időszakának utolsó 4 hetére vonatkozott a kérdés

⁴⁶ Az utcai nevek alapján a következő kategóriákat hoztuk létre: katinonok: „kristály”, „zene”; „kréta”; Szintetikus kannabinoid: „herbál”, „biofű”, varázsdohány; egyéb opiátok: „suboxone”, „kodein”, „egyéb opiátok”; egyéb (alacsony esetszám miatt egyesített): GHB; „fehér por”, „szlovák pikoló”; frontin, rivotril. A többi kategória megfeleltethető a jelentett utcai névnek.

szerhasználók csupán 44%-a injektálta az elsődlegesnek vallott szerét az elmúlt 4 hétben⁴⁷, ezt követte az elszívás (cigaretta) (30%), a szájon át történő bevitel (15%), a belégzés (fóliázás) 8%-kal, végül a szippantás 3%-kal.

19. ábra. Az országos NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban részt vevő intravénás szerhasználók elsődlegesen használt szerének leggyakoribb beviteli módja az elmúlt 4 hétben⁴⁸, 2018-ban (n=437; %)



Forrás: Tarján et al. 2019

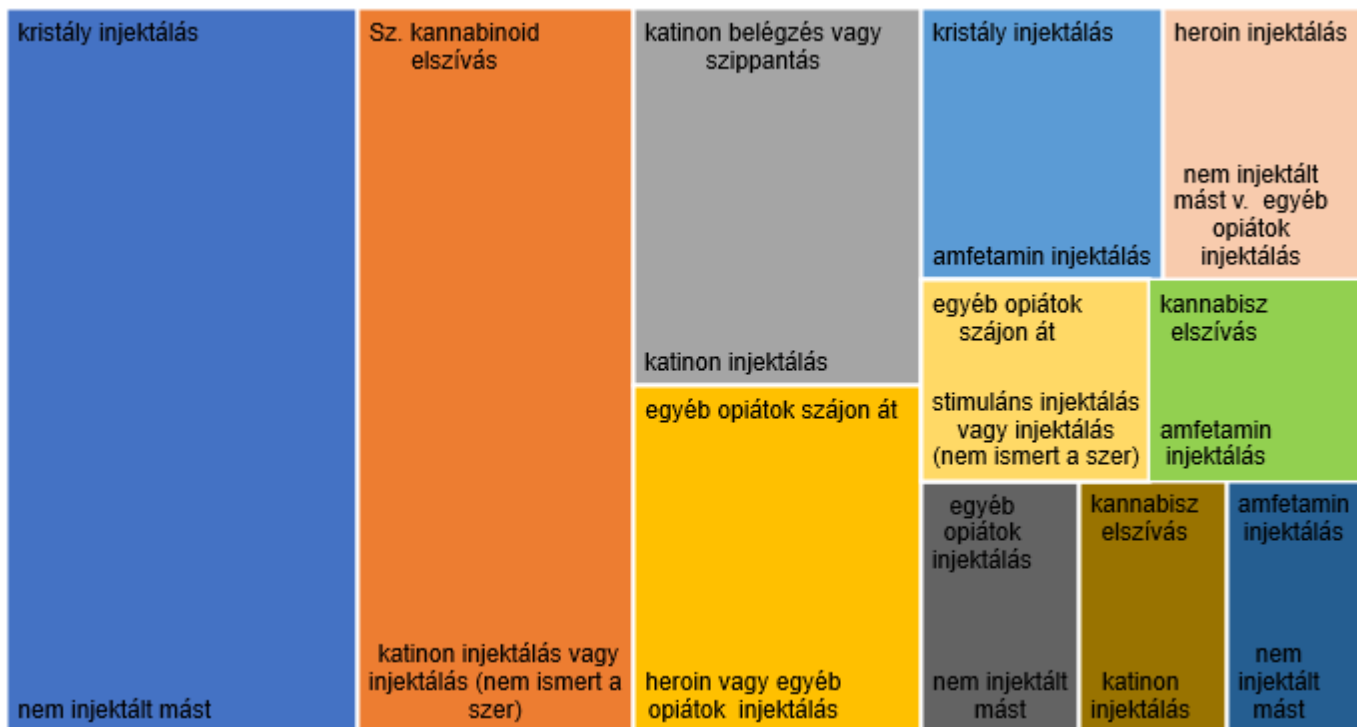
Az adatok ugyan korlátozottan hasonlíthatók össze (módszertant és korlátokat lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet/ T.5.1), de megemlítendő, hogy a korábbi országos OEK-es vizsgálatokhoz képest (Dudás et al. 2015) csökkent az aktív, elmúlt 4 hétben is injektálók aránya a bevont intravénás szerhasználók körében (2015 OEK: 66%; 2018 NFP-NNK: 50%), annak ellenére, hogy 2018-ban sokkal nagyobb arányban toboroztak résztvevőket tűcserékben/alacsonyküszöbű szervezetekben. Bár trendadatok nem állnak rendelkezésre e tekintetben, az injektálás alábbhagyását támaszthatja alá még az az eredmény is, miszerint az elmúlt 4 hétben szert használó (bármilyen beviteli mód) valahai injektálók 32%-a több mint 4 hete használt utoljára intravénásan szert-

A mono- és polidroghasználó mintázatok tekintetében a vizsgált személyek (437 fő) körében a legjellemzőbb a kristály-injektálás volt önállóan (89 fő 20%), ezt követte a szintetikus kannabinoid szívás és másodlagos katinoninjektálás (70 fő, 16%, 10 fő esetében nem volt ismert az injektált szer). A harmadik leggyakoribb az a mintázat volt, amely során a katinonokat fóliázva vagy orra szippantva használták elsődlegesen és másodlagosan katinont injektáltak (38 fő, 9%). Jellemző volt még a metadon szájon át történő bevitel mellett másodlagos injektálás (heroin vagy egyéb opiátok injektálása: 35 fő, 8%; stimulánsok vagy nem megnevezett szer injektálása: 16 fő, 4%). 23 fő esetében fordult elő az amfetamin és a kristály együttes injektálása.

⁴⁷ Ha valaki régebben használt/ injektált szert mint az elmúlt 4 hét, akkor a korábbi használat időszakának utolsó 4 hetére vonatkozott a kérdés

⁴⁸ Ha valaki régebben használt/ injektált szert mint az elmúlt 4 hét, akkor a korábbi használat időszakának utolsó 4 hetére vonatkozott a kérdés

20. ábra. A legjellemzőbb mono- és polidroghasználati mintázatok az országos NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban részt vevő intravénás szerhasználók körében 2018-ban (n=344 fő)⁴⁹ (felső sor: elsődleges szer és beviteli mód, alsó sor: másodlagos szer és/vagy beviteli mód)⁵⁰



Forrás: Tarján et al. 2019

Kezelési (TDI) adatok

Visszatekintve az elmúlt 10 évre, az látható, hogy 2011-től kezdődően csökken a kezelésbe lépő injektálók (bármely szerüket injektálók) száma. Míg 2011-ben még 477 aktív intravénás szerhasználó⁵¹ kezdi meg kezelését, addig 2018-ban mindössze 147⁵² fő, ami 69%-os visszaesést jelent ebben a 7 évben. Mindezzel párhuzamosan a valaha igen, de jelenleg nem injektálók száma viszonylag stabil marad, ami azt jelezheti, hogy nem pusztán beviteli mód váltásról van szó.

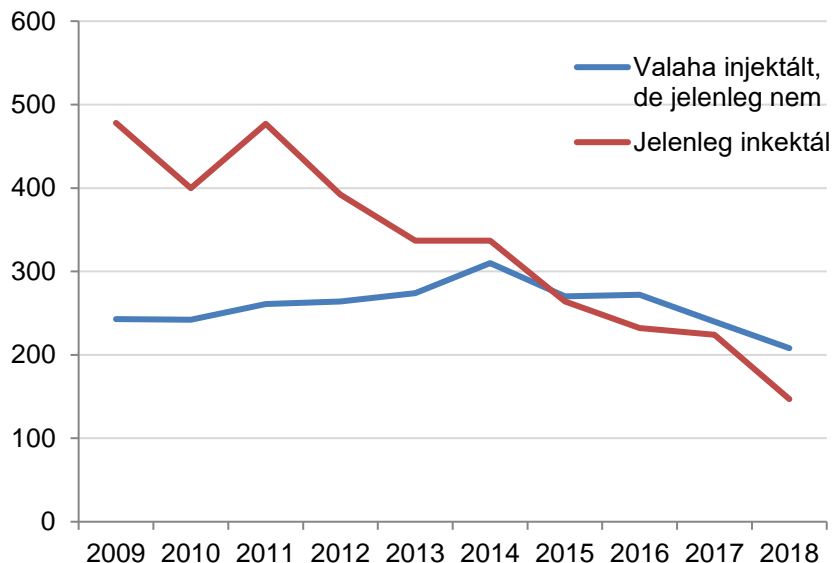
⁴⁹ A fennmaradó esetekben n=93 (437-344), 6 fő vagy kevesebb volt az egyes kategóriákba sorolható esetszám, így ők nem jelennek meg az ábrán.

⁵⁰ Jelen elemzés során a teljes minta bevonásra került az utolsó használat és az utolsó injektálás időpontjától függetlenül, így az ábra nem szemlélteti az elsődleges és másodlagos szer/beviteli mód közötti esetleges időintervallum eltolódást. A kristály-injektálás – amfetamininjektálás során két csoport összevonásra került 16 esetben a kristályt, 7 esetben az amfetamint vallották elsődlegesen injektált szerüknek a megkérdezettek. A teljes minta (439 fő) 18%-a (78 fő) az elmúlt 4 hétben OST-ben volt, amely szintén torzító erővel bír az opiáthoz köthető mintázatok esetében.

⁵¹ vagyis aki a kezelésbe lépést megelőző 30 napban még injektált valamilyen szert

⁵² Az itt feltüntetett esetszámok némileg eltérhetnek a 2018-as TDI adatok alapján leírtakról, az okokat lásd a fejezet T5.3 pontjában.

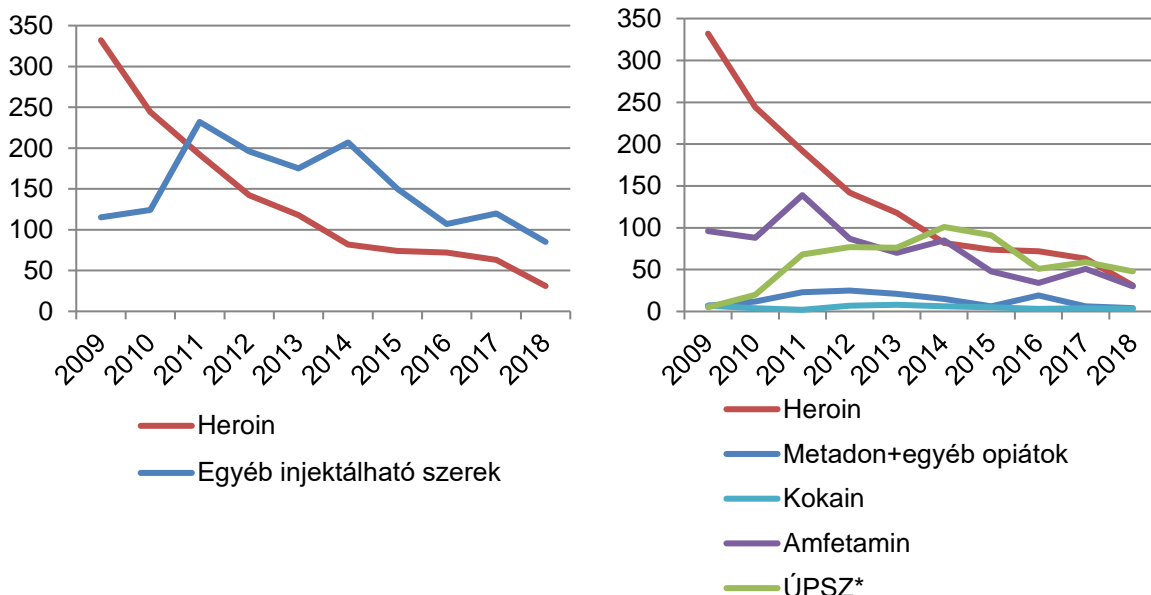
21. ábra. Az injektlás trendjei a valaha injektló kezelésbe lépő körében⁵³ 2009 és 2018 között (fő)



Forrás: Péterfi 2019b – TDI trend adatok 2008-2018

Hogy jobban megértsük a kezelésbe vont injektlók számának visszaesése mögött álló okokat, az alábbiakban azt vizsgáljuk, hogyan változik az injektló kliensek összetétele a vizsgált periódusban. Az elsődleges szerüket injektlókat az injektló szer mentén vizsgálva, látható – a túcsere és lefoglalási adatokban is leírt jelenség – a heroint injektlók számának csökkenése 2009-től kezdődően. Az egyéb szereket injektlók száma ezzel párhuzamosan 2010-től megemelkedik, majd némi stabilizálódást követően 2014-ben csökkenésnek indul. Ha az egyes szerek szerepét tekintjük ezen emelkedésben, látható, hogy elsősorban az ÚPSZ-hoz köthető a nem heroint injektlók számának emelkedése.

22. ábra. Az injektlás trendjei szerenként, az injektlható szerek miatt kezelésbe lépők körében⁵⁴ 2009 és 2018 között (fő)



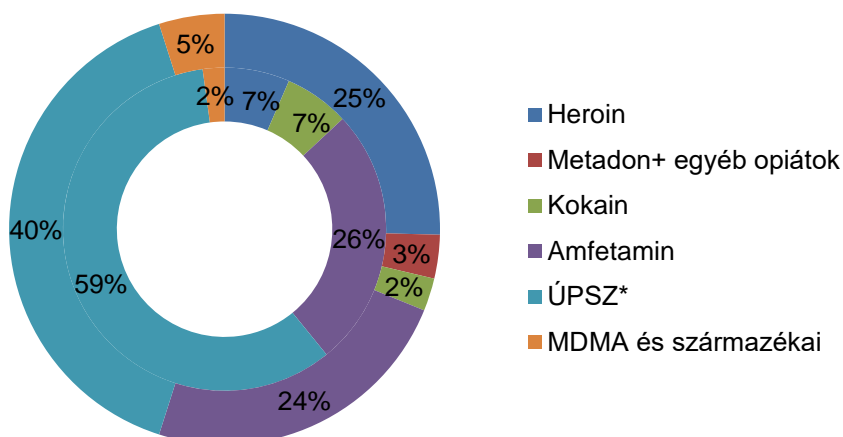
*ÚPSZ: az egyéb stimuláns, egyéb hallucinogén és egyéb nem besorolható szerek összevonásával

⁵³ Függetlenül az elsődleges szer beviteli módjától.

⁵⁴ Csak a jellemzően injektló anyagok (heroin, metadon, egyéb opiátok, kokain, amfetamin, ÚPSZ) figyelembe vételével.

2018-ban az összes kezelésbe lépő körében az intravénás szerhasználók száma 122 fő volt. Legnagyobb arányban (40%) új pszichoaktív szereket injektáltak, melyet a heroin (25%) és az amfetamin (24%) követett. Ha azok között tekintjük az intravénás szerhasználók összetételét (46 fő), akik életükben elsőként léptek kezelésbe kábítószer-használatból eredő problémával, elmondható, hogy az új pszichoaktív szereket injektálók aránya még jelentősebb, 59%. Amfetamint injektált 26%-uk, és a heroin illetve a kokain 7-7% esetében volt az injektált kábítószer.

23. ábra. Intravénás szerhasználók megoszlása az összes (külső ív) és az elsőként (belső ív) kezelésbe lépők körében az elsődlegesen injektált szer alapján 2018-ban (%; $N_{\text{összes}}=122$; $N_{\text{elsőként}}=46$)



* ÚPSZ: egyéb stimuláns, egyéb hallucinogén, egyéb be nem sorolható
Forrás: TDI adatgyűjtés 2019

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

Az intravénás szerhasználattal kapcsolatos további lokális kutatások eredményeit lásd ebben a fejezetben a T4.1 pontban (szerváltás tekintetében Csák et al. 2019; injektált szerek analitikai vizsgálata Budapesten <ESCAPE részadatok> Csorba et al. 2019) illetve a legfoglalások során injektáló eszközökön azonosított hatóanyagok tekintetében Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés T2.1.

T1.2.6 Fertőző betegségek

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

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

Összességében elmondható, hogy a hagyományos stimuláns anyagok (kokain, amfetamin, MDMA és származékai) fogyasztása növekvő tendenciát mutat az elérhető adatok alapján. A lefoglalási adatokban markánsabb, a kezelési adatokban lassabb elmozdulásról, de mindkét adatforrásban emelkedő tendenciáról beszélhetünk 2015 és 2018 között.

A designer stimulánsok (mely Magyarországon elsősorban a szintetikus katonok csoportjába tartozó vegyületeket jelentenek) esetében a lefoglalási adatok (lefoglalások száma; NSZKK 2019a) a 2014-2016 közötti visszaesést követően újra emelkedni kezdtek, 2018-ra elérve a 2014-es értékeket.

Az intravénás szerhasználatban tapasztalható trendeket a fejezet T1.2.5 pontjában mutatjuk be.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T4.1 TOVÁBBI ADATFORRÁSOK

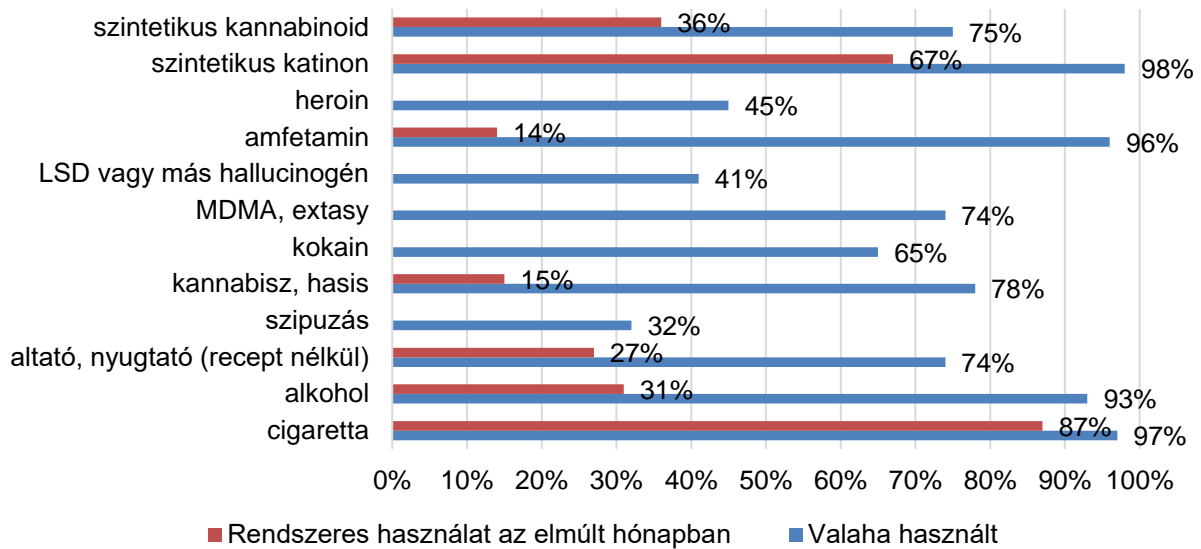
Egy 2018-as szakértői kvalitatív kutatás (Kaló et al 2018) keretében megkérdezett kezelés-ellátásban és ártalomcsökkentésben dolgozó szakemberek, illetve szerhasználók tapasztalatai szerint az ÚPSZ injektálás mérséklődött, illetve rejtőzködőbbé vált. Az egész ÚPSZ jelenséget pedig a stagnálással jellemezték.

Az ártalomcsökkentés területén dolgozó szakemberek többen említették a szintetikus katinonok intravénás használatáról szintetikus kannabinoidok („herbál”, „bio”), szívására történő váltást, másrészt érzékelhető volt szerhasználati mód-váltás injekciós használatról fóliázásra (belégzés), mely a kezelési adatokban is tetten érhető (lásd e fejezet T1.2.5 pontját). Ezeket a változásokat a szerhasználók viselkedésváltozásával hozták összefüggésbe: rejtőzködőbbnek látják őket, és úgy tapasztalják a „dizájner szubkultúrát” jellemzi a „politoxikomán” viselkedés és az ezzel összefüggő, korábban ÚPSZ-használati jellemzőként leírt „bódulat függőség” (vagyis hogy szerválasztásukban elsődleges szempont, hogy üssön az anyag). A szakértők a változásokat (beviteli mód; rejtőzködőbb intravénás szerhasználat) a nagyobb hatósági kontrollal és rendőri jelenléttel magyarázzák. (A vizsgálat módszertani leírását a Kábítószeres/Forrás és módszertan/ T6.2 pontjában.)

A vidéki szegregátumok vizsgálatában (Csák et al. 2018a) a szintetikus katinonokat a megkérdezett aktív szerhasználók 22%-a használta már életében (további összefoglaló adatokat lásd: Kábítószeres/ Kannabisz/ T4.1.). Átlagosan 18,8 évesen próbálták ki először a katinonokat. Az aktív szintetikus katinon-használók aránya a nők körében alacsonyabb volt (7%), mint a férfiak körében (17%). A szintetikus kannabinoidokhoz hasonlóan a fiatalabbak inkább használják ezeket a szereket, mint az idősebbek: a 24 éven aluliak 33%-a, míg 25 éven felüliek 9%-a használta az elmúlt 4 hét során. A szintetikus katinonokat valaha fogyasztók körében (89 fő) az intravénás használat ritka. A válaszadók legnagyobb számban orrba szippantva fogyasztják a szert, 42-en mondták, hogy próbálták már ezen a módon, és 23-an leggyakrabban így fogyasztják. Fóliázva (füstölés/belégzés) 23-an fogyasztották már, és 9-en rendszeresen így használják.

A budapesti VIII. kerületi túcsere program 2014-es bezárásának következményeit feltáró válaszadó-vezérelt mintavételt (RDS) alkalmazó, budapesti kutatásban (Csák et al. 2019) 2018-ban az ÚPSZ-ek prevalenciája volt a legmagasabb a megkérdezett, korábban a programba járó valaha injektáló használók körében (a mintavételt és a vizsgálat részletes módszertani leírását lásd Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés T.5.2.). A szintetikus katinonok életprevalenciája 98% volt, 67% használta ezeket rendszeresen (majdnem minden nap), a szintetikus kannabinoidokat 75% használta legalább egyszer életében, és 36% használta majdnem minden nap. A hagyományos kábítószeres elmúlt havi rendszeres használata ennél alacsonyabb volt: 15% használt rendszeresen kannabiszt, míg 14% amfetamint a kérdezést megelőző hónap során, az MDMA, a kokain és a heroin elmúlt havi rendszeres használata nem volt jellemző.

24. ábra. Egyes szereket valaha kipróbáltak és az elmúlt hónapban rendszeresen használók aránya a VIII. kerületi tűcsere volt kliensei körében (N=100; %)



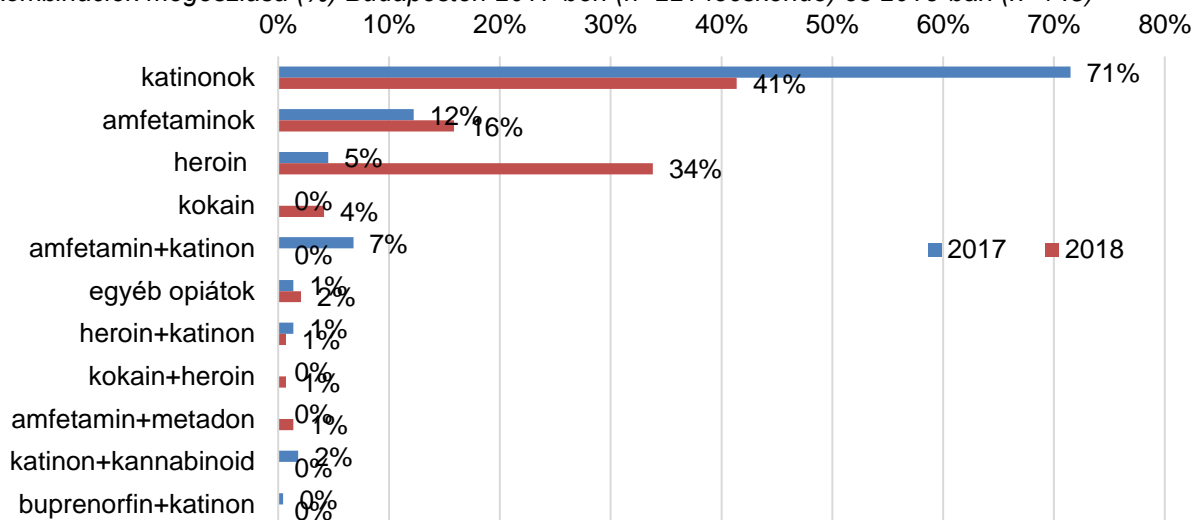
Forrás: Csák et al. 2019

Mivel a steril injektáló felszerelések lefedettsége csökkent a célcsoportban, a kutatásban megkérdezték a válaszadókat az elmúlt havi injektáló használatról: a minta egyötöde (22%) nem injektált az elmúlt hónapban. A szerzők megállapították, hogy népszerűbbé váltak az egyéb beviteli módok a tűcsere program volt kliensei körében: a szintetikus kannabinoid szívásra váltás, valamint katinonok fóliáról való füstölésére. A továbbra is aktív injektálók többsége katinonokat injektált. A másodlagosan injektált szer szintén valamilyen katinon⁵⁵ volt.

Az európai ESCAPE projekt (Csorba et al. 2019, módszertani leírását lásd a fejezet Források és módszertan/T6.2 pontjában) hazai adatai szerint 2017-ről 2018-ra Budapesten a fecskendőkből azonosított anyagmaradványok esetében a katinonok aránya visszaesett a mintában (81%-ról 42%-ra), míg a klasszikus szerek gyakrabban fordultak elő: a heroin 6%-ról 36%-ra, míg a kokain 0%-ról 5%-ra nőtt, az amfetamin 17%-on maradt. 2017-ben 10%, míg 2018-ban 3% volt a különböző szertípusok együttes jelenlétének aránya. Az egyes szertípusokon belül több szer együttes előfordulása a katinonok esetében volt a legjellemzőbb (leggyakoribb kombináció mindkét évben az N-etil-hexedron és a 4-Cl-alfa-PVP együttes jelenléte volt). Korábbi felmérésekkel (Péterfi et al. 2017) ellentétben ez a vizsgálat elenyésző arányban azonosította a metadon jelenlétét. Az adatok értelmezésénél fontos figyelembe venni az adatok lokális jellegéből adódó korlátokat.

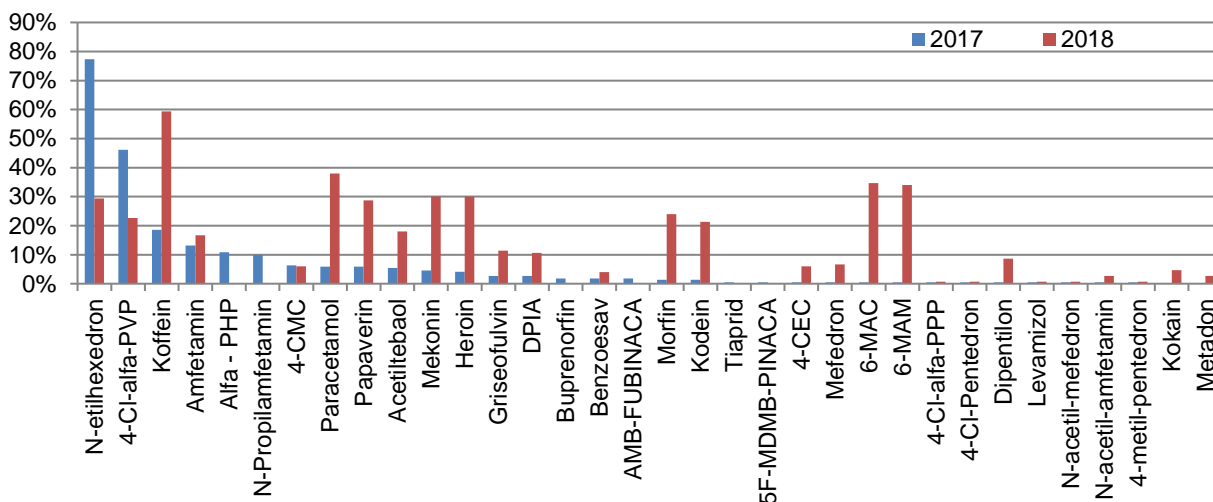
⁵⁵ Második helyen egy másik utcai nevet jelöltek meg, amely szintén feltehetően valamilyen szintetikus katinont takar.

25. ábra. Az ESCAPE projekt keretében az egyes fecskendőkben azonosított szertípusok/ szertípus kombinációk megoszlása (%) Budapesten 2017-ben (n=221 fecskendő) és 2018-ban (n=145)⁵⁶



Forrás: Csorba et al. 2019

26. ábra. AZ ESCAPE projekt keretében a fecskendőkben azonosított hatóanyagok előfordulási gyakorisága (%) 2017-ben (n=222 fecskendő) és 2018-ban (n=150)⁵⁷ Budapesten



Forrás: Csorba et al. 2019

A mono- és polidroghasználati mintázatokat az NSZKK Toxikológiai Szakértői Intézetéhez beérkezett biológiai minták vizsgálata alapján lásd: Kábítószeres/ Kannabisz/ T4.1.

⁵⁶ Ezen az ábrán nem kerültek feltüntetésre azok az esetek, amikor a fecskendőben csak koffein (2017, n=1) vagy csak paracetamol került kimutatásra (2018, n=5).

⁵⁷ A fecskendőként azonosított összes hatóanyag feltüntetésre került, így azok összesített aránya meghaladja a 100%-ot per tárgyév.

C) HEROIN ÉS EGYÉB OPIÁTOK

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 A SZERHASZNÁLAT ELTERJEDTSÉGE ÉS TRENDJEI

T1.1.1 Különböző opiátok hozzáférhetősége

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

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

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

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

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

A heroin vonatkozásában a kínálatcsökkentési tevékenysége során a Rendőrség azt tapasztalta, hogy a korábbi célország szerep folyamatosan, szinte teljesen megszűnt. Azonban, mint tranzitország, Magyarország ugyan csökkenő, de továbbra is jelentős szerepet játszik az európai piacon. Továbbá, megfigyelhető a heroin Darkneten történő értékesítésének növekedése. (BM 2019)

A lefoglalási adatokat tekintve, 2009-2010 között a korábbi évekhez képest jelentősen csökkent mind a lefoglalások száma, mind pedig a lefoglalt heroin mennyisége. A visszaesést követően nem történt elmozdulás a heroin lefoglalásokban 2010 és 2017 között. A tranzitforgalom tekintetében azonban, több 1 kg közeli lefoglalás is történt 2017-ben, a 2018-as évben pedig már 8 ilyen lefoglalás is történt. Az előbbi tendenciák figyelhetőek meg a lefoglalt, intravénás szerhasználatához köthető tárgyakról vett minták alapján is 2010 és 2015 között: miszerint radikálisan lecsökkent a heroinhoz köthető minták aránya (2009: 67%; 2011: 1%), míg a szintetikus katinonok előfordulása ugrásszerűen megnövekedett (erről bővebben lásd: Kábítószeres/ Stimulánsok/T1.2.5). Ez a tendencia 2016 óta mérséklődni látszik, ugyanis egyre magasabb az injekciós eszközökön kimutatott heroinhoz köthető minták aránya (NSZKK 2019a; Csorba et al 2019; ESCAPE adatok).

A heroin mellett a metadon a leginkább hozzáférhető opiát típusú szer a hazai feketepiacon. A régebb óta elérhető tablettás formátum mellett 2016-ban vezették be Magyarországon a Misyo néven forgalmazott folyékony metadont, mely több opiát szubsztitúciós kezelést nyújtó szolgáltatónál is felváltotta a korábban alkalmazott tablettás formátumot (Csorba 2018). Mivel a kliensek többsége továbbra is a tablettás formátumot preferálja, és ennek a kiadott mennyisége lecsökkent, vélhetően a feketepiacra is korlátozottabb mennyiségben került ki a tablettás formátumú metadon.

Magyarországon kevésbé elterjedtek az új típusú szintetikus opiátok: 2015 és 2018 között mindösszesen 9 lefoglalás történt, főként fentanyl származékokkal kapcsolatban. A fentanyl származékokon kívül az U47700 elnevezésű szintetikus opiát volt még azonosítható a hazai piacon (NSZKK 2019a).

T1.1.2 Opiáthasználat prevalenciabecslése

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

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

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

T1.2.1 Szerhasználati mintázatok

Az intravénás opiáthasználattal összefüggő mintázatokat és kockázati magatartásokat lásd: e fejezet T1.2.5. és T4.2 pontjaiban és az Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.3.4 alfejezetében. A kezelést kezdő opiáthasználók szerhasználati mintázatát lásd a T1.2.2 alfejezetben.

T1.2.2 Heroin- és egyéb opioidfogyasztók ellátása

2018-ban a kábítószer-probléma miatt kezelést kezdők 2,6%-a (121 fő) valamilyen opioid típusú szer használata miatt igényelt segítséget (lásd Kezelés fejezet T1.3.1. és T2.1 alfejezetek) (heroin 90 fő, metadon visszaélésszerű használata 15 fő, egyéb opioid 16 fő). A kezelésbe lépő (elsődleges) heroinhasználók száma lényegében 2009 óta csökkenő tendenciát követ. Az elmúlt 10 évet alapul véve, soha nem volt ilyen alacsony a heroinhasználók száma a kezelést kezdők körében (2009: 390 fő; 2018 90 fő). A kezelésbe lépő populációban azonosítható trendeket lásd a Kezelés fejezet T2.1 pontjában.

Az opioidhasználat miatt kezelésbe lépők 82,5%-a (94 fő) férfi, 17,5%-a (20 fő) nő volt, átlagéletkoruk 34,3 év volt, és átlagosan 13,8 évig használtak opioid típusú szereket a 2018-as kezelésbe lépésüket megelőzően. A kezelést megelőzően a jellemző beviteli mód az injektálás és a fóliázás (füstölés/belégzés) (34,7%; 34,7%) volt, melyeket, az evés/ivás (21,8%) követett. Orrba szippantva mindössze az opioidhasználó kliensek 7,9%-a vitte be jellemzően a szert. A fejezet Stimulánsok/T1.2.5 pontjában bemutatott trendadatok alapján azt látjuk, hogy egyre kisebb a heroin (és ezáltal az opioidok) miatt kezelést kezdők körében az injektálók száma, mellyel párhuzamosan az utóbbi években megnövekedett az új kliensek körében a fóliázó heroinhasználat. Ez összhangban van a területről érkező szolgáltatói visszajelzésekkel (Tarján 2019; Kaló et al 2018). Fogyasztás gyakorisága szerint az opioidhasználó kliensek 41,1%-a naponta, 15,9%-a heti 2-6 napon fogyasztotta a szert, 8,4% hetente egyszer vagy kevesebbszer, 34,6% pedig bevállása szerint nem használt opioidot, vagy csak alkalmasszerűen a kezelést megelőző 30 napban.

A kezelési lehetőségeket tekintve az opioidhasználók számára elérhető speciális kezelési program az opiát szubsztitúciós kezelés. Ennek keretében metadon és buprenorfin/naloxone kombináció a hozzáférhető gyógyszerek. Opiát szubsztitúciós terápiában 2018-ban összesen 650 fő vett részt Magyarországon. E kezelési beavatkozás működéséről és igénybevételéről lásd a Kezelés fejezet T1.4.9-T1.4.11, valamint T2.1 alfejezeteit.

T1.2.5 Intravénás szerhasználat

Az intravénás szerhasználat területén továbbra is az új pszichoaktív szerek dominanciája figyelhető meg a populációban. Lásd Kábítószeres/Stimulánsok/T1.2.5,

A heroinnal kapcsolatban elmondható, hogy bár továbbra is korlátozott a hozzáférhetősége, egyre több adatforrás jelzi mérsékelt visszatérését: a 2018-as NNK-NFP országos biomagatartás vizsgálat alátámasztja megerősödését, illetve egyes lokális vagy a lefoglalt injektló eszközökhöz köthető laboranalitikai adatforrások 2018-ban enyhe emelkedést tapasztaltak (NSZKK 2019a; Csorba et al. 2019; Tarján et al. 2019). Ugyanakkor az országos túcsere kliens adatok, és kezelési adatok ezt nem igazolták vissza.

Kiemelendő még az egyéb opiátok (elsősorban metadon) visszaélés szerű használata, injektlás formájában, amelyet alátámasztanak az országos túcsere adatok, a 2018-as biomagatartás vizsgálat is, illetve laboranalitikailag alátámasztott eredmények. (Tarján 2019a; Tarján et al. 2019, Péterfi 2016; Péterfi et al. 2017, leírását lásd: T4.2),

Túcsere kliensek adatai

A túcsere adatok alapján (Tarján 2019) az új pszichoaktív szerek 2010-től kezdődő térnyerése teljesen átalakította a megelőző évekre jellemző szerhasználati struktúrát: míg 2009-ben a túcserebe járó intravénás szerhasználók 56%-a elsődlegesen heroint injektlált, addig 2018-ban csupán a kliensek 4%-a vallotta, hogy elsődlegesen heroint használ. A heroininjektlás prevalenciája 2013 óta 8% és 3% között mozog a túcsere kliensek körében (trendábrát lásd: Stimulánsok fejezet T1.2.5 alfejezete, az egyes évekre vonatkozó össz-kliensszámot lásd: Források és módszertan/T6.1).

Az intravénásan egyéb opiátokat, elsősorban metadont használók aránya nem változott jelentősen az elmúlt évek során: 7-9% körül mozgott 2011-2018 között⁵⁸, 2018-ban 8%, így a szintetikus katinonok után az volt a második leggyakoribb elsődlegesen injektlált szer.

Az opiátok injektlása a 34 év felettek körében a leggyakoribb: a heroin (mint elsődlegesen injektlált szer) prevalenciája 6%, míg az egyéb opiátok (elsősorban metadon) 14%. A 25 év alattiak körében ugyanez az érték ilyen sorrendben 2% illetve 3%, míg a 25-34 év közöttiek körében 4% illetve 6%.

DRID adatok

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

Az országos prevalencia vizsgálatban (2006-2015) (Dudás et al. 2015) részt vevő intravénás szerhasználók megoszlását az elsődlegesen injektlált szer szerint vizsgálva szintén jól látható az opiátok térvesztése 2009-től kezdődően. Míg 2006-ban a minta⁵⁹ 86,4%-a elsődlegesen opiátokat (heroin és egyéb opiátok) injektlált, addig 2015-ben már csak 38,3%-uk vallott elsődleges szerének valamilyen opiátot⁶⁰. (Erre az időszakra vonatkozó további részletes adatokat lásd: 2018-as Éves Jelentés/Kábítószeres/Stimulánsok/ T1.2.5).

A 2018-as országos NFP-NNK HIV/HCV biomagatartás vizsgálat (Tarján et al. 2019, módszertant lásd: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés T5.1, a minta teljesskörű részletes elemzését lásd: Kábítószeres/Stimulánsok/T1.2.5) keretében bevont

⁵⁸ 2011 előtt 4 zárt kategóriában jelentettek adatot a szolgáltatók: heroin; amfetamin; kokain, egyéb. 2011-től az egyéb kategória nyitott kérdéssé vált, azóta nevesíthetőek az oda sorolt szerek, így csak azóta áll rendelkezésre pontos adat az egyéb opiátok injektlásáról.

⁵⁹ valaha injektlálók

⁶⁰ A vizsgálatban részt vevő szervezetek körében több opiát-szubsztitúciós kezelést is biztosító kezelőhely is részt vett (2015: 7/19 szervezet), amely a szerprevalencia adatok tekintetében torzító erővel bír az opiátinjektlás javára.

intravénás szerhasználók körében (n=440) az elsődlegesen injektált szer 56%-uk esetében a katinon volt. A korábbi vizsgálatok adataival ellentétben a heroin állt a második helyen (lehagyva az amfetamint), 15% vallotta azt az elsődlegesen injektált szerének. A megkérdezettek 11%-a egyéb opiátokat injektált a leggyakrabban (metadon 10% + egyéb opiátok 1%) .

A vizsgálat során az intravénás szerhasználók körében lekérdezésre került, hogy mi a leggyakrabban használt szerük (beviteli módtól függetlenül), illetve, ha több szert is injektálnak mi az, amit másodlagosan injektálnak, amely árnyaltabb képet ad az intravénás szerhasználati mintázatokról.⁶¹

Azok körében, akik elsődlegesen *injektált* szerüknek nevezték meg a heroint (61 fő) csak 50% esetében mondható el, hogy ez az elsődleges szerük és beviteli módjuk is egyben. A maradék 50% esetében másodlagos volt a heroininjektálás, míg a legjellemzőbb elsődleges szer-beviteli módok az egyéb opiátok szájon át történő bevitele (21 fő), a heroin füstölése (elsődleges) (4 fő), és a kannabisz/szintetikus kannabinoid-szívás (5 fő) voltak.

Azok körében, akik elsődlegesen *injektált* szerüknek nevezték meg az egyéb opiátokat⁶² (48 fő) szintén csak 50% esetében mondható el, hogy ez az elsődleges szerük és beviteli módjuk is egyben. A maradék 50% esetében másodlagos volt az egyéb opiátok injektálása, míg a legjellemzőbb elsődleges szer-beviteli módok az egyéb opiátok szájon át történő bevitele (14 fő) és a kannabisz szívás (8 fő) voltak (Tarján et al. 2019).

A szerhasználati mintázatokról lásd a T1.2.2 alfejezetet, az intravénás szerhasználat további trendjeiről lásd a Stimulánsok T1.2.5 (országos adatok) és T4.1 alfejezetét (lokális kutatások: Csák et al. 2019: szerváltás; injektált szerek laboranalitikai vizsgálatok alapján (ESCAPE) Csorba et al. 2019), illetve a Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés T2.1 fejezetét a lefoglalások során injektáló eszközökön azonosított hatóanyagok tekintetében.

A mono- és polidroghasználati mintázatokat az NSZKK Toxikológiai Szakértői Intézetéhez beérkezett biológiai minták vizsgálata alapján lásd: Kábítószer/ Kannabisz/ T4.1.

T1.2.6 Fertőző betegségek

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

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

A kezelésben lévő opioidhasználókkal kapcsolatos trendeket lásd a Kezelés fejezet T2.1 pontjában, az intravénás szerhasználattal kapcsolatos trendeket lásd e fejezet Stimulánsok/T1.2.5 pontjában; a további trendadatokat lásd e fejezetrész T1 pontjában.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

⁶¹ Jelen elemzés során a teljes minta bevonásra került az utolsó használat és az utolsó injektálás időpontjától függetlenül, így az elemzés nem szemléleti az elsődleges és másodlagos szer/beviteli mód közötti esetleges időintervallum eltolódást (pl: metadon szájon át jelenleg és korábbi heroin injektálás). Az adatok interpretálásához kiegészítendő, hogy a vizsgálat során a részt vevők nagyrésze (82%) túcserre+ egyéb alacsonyküszöbű szolgáltatásban került toborzásra. azonban OST-t nyújtó helyszínek is bevonásra kerültek: OST: 14% túcserre és/vagy egyéb alacsonyküszöb és/vagy OST-t nyújtó ellátó: 4%.

⁶² itt összevonásra került: metadon: 42, suboxone:2 ; egyéb opiátok: 4.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T4.2 A HEROIN ÉS EGYÉB OPIÁT HASZNÁLAT TOVÁBBI ASPEKTUSAI

Az elmúlt években több vizsgálat (Farkas 2011; Péterfi 2013; Kapitány-Fövény et al. 2015; Kapitány-Fövény et al. 2017) beszámolt az opiát-helyettesítő kezelésben részesülő kliensek új pszichoaktív szer (továbbiakban ÚPSZ), elsősorban designer stimuláns használatáról. A tűcsere szolgáltatók 2016-os szakmai találkozásán (NFP 2016) a részt vevő, opiát-helyettesítő kezelést is nyújtó szervezetek beszámoltak arról, hogy a helyettesítő kezelést igénybe vevő klienseik körében számottevően fordult elő a kezelés mellett a designer stimulánsok injektálása és/vagy a szintetikus kannabinoidok fogyasztása.

Egy 2015/2016-os kutatás (Péterfi 2016; Péterfi et al. 2017), amely használt fecskendőkben található anyagmaradványokat vizsgált, jelentős esetszámban azonosította a metadon jelenlétét (havi bontásban 20%-30% körül mozgott a vizsgált időszakban, feltehetően polidrog-használati mintázat részeként). A vizsgálat eredményei azonban nem kiterjeszthetők az intravénás szerhasználói populációra, az adatgyűjtési helyszínek és a mintavétel módszertani korlátai miatt⁶³.

A 2018-as NNK-NFP intravénás szerhasználók körében (n=440 fő) végzett HIV/HCV biomagatartás vizsgálata során többféle polidrog-használati mintázat is azonosításra került az opiát-használathoz köthetően: gyakori volt az egyéb opiátok szájon át történő bevitele melletti másodlagos injektálás (heroin vagy egyéb opiátok injektálása (35 fő), stimulánsok és egyéb, nem megnevezett szerek injektálása 16 fő). Egyéb opiátok⁶⁴ injektálásáról összesen 67 fő (15%) számolt be a vizsgálatban.

A 2017 és 2018 során egy budapesti tűcsereben zajló fecskendőkben található hatóanyag-bevizsgáló projekt (ESCAPE Csorba et al. 2019,) elenyésző arányban azonosította a metadon jelenlétét, illetve az NSZKK (2019a) vizsgálatai (Kábítószerpiac és kábítószerbűnözés, T.2.1) is ritkán detektáltak metadont a fecskendőkben.

⁶³ A 7 vizsgálati helyszín közül 5 esetben ugyanabban az intézményben nyújtanak opiát-szbusztitúciós kezelést, ahol és amelynek környékéről a fecskendőket begyűjtötték.

⁶⁴ metadon: 57 fő, suboxone 3 fő, egyéb opiátok 7 fő:

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

T1. ÚJ PSZICHOAKTÍV SZEREK (ÚPSZ)

Az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos információk bemutatását lásd: A) Kannabisz T1.2.4 és T4.1 alfejezetekben, B) Stimulánsok T1.2.4 és T1.2.5 és T4.1 alfejezetekben valamint C) Heroin és egyéb opiátok T4.2 alfejezetekben.

T4. TOVÁBBI INFORMÁCIÓK

T4.3 NEM SPECIFIKUS SZERHASZNÁLAT ÉS POLIDROG-HASZNÁLAT

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

- 1) A legnagyobb létszámú csoport – a besorolt esetek 83,1%-a – gyakorlatilag semmilyen vizsgált szerhasználó magatartásban nem érintett, őket a „*nem használók*” csoportjának nevezték el.
- 2) A következő legnépesebb csoport (7,9%) a „*gyógyszerfogyasztók*” csoportja, közöttük mindenki használt már életében orvosi javaslatra vagy anélkül nyugtatót, s a csoportba tartozók közel fele érintett visszaélészerű gyógyszerhasználatban is, tiltott szereket azonban a csoport tagjai csak elenyésző arányban használtak (kannabiszt 2%, kannabiszon kívül más tiltott drogot szintén 2%).
- 3) A harmadik, a populáció 5,2%-át kitevő látens csoport a „*polidroг-használók*”⁶⁵ csoportja, az ide tartozók közül mindenki használt már kannabiszon kívül valamilyen más tiltott drogot, de 60%-uk fogyasztott kannabiszt is az élete során. Ebben a csoportban minden vizsgált szerhasználó magatartás jelentős életprevalencia értékkel van jelen, de leginkább a hagyományos stimulánsok használata a jellemző (életprevalencia értéke 85%), s itt fordul elő legnagyobb arányban az ÚPSZ használat is (a szintetikus kannabinoidok életprevalencia értéke 33%; a designer stimulánsoké 19%), de messze nem az ÚPSZ a csoport domináns szere.
- 4) Végül a negyedik, legkisebb létszámú csoport a tisztán „*kannabiszhasználók*” csoportja: itt mindenki fogyasztott már életében marihuánát vagy hasist, és mindössze 5% esetében fordult elő a kannabiszon kívül valamilyen más tiltott droghasználat, és ritka volt a gyógyszerhasználat is. (Paksi 2017)

⁶⁵ A csoport elnevezésére használt „*polidroг-használók*” kifejezés azon fogyasztók megkülönböztetésére szolgál, akik kettő vagy annál több kábítószer fogyasztásáról számoltak be életük során.

9. táblázat. A droghasználat alapján elkülöníthető látens csoportok a 18–64 éves valaha használók körében (%)

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

Forrás: OLAAP – Paksi 2017

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

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

További polidrog-használati mintázatokra vonatkozó kutatásokat lásd Kábítószeres/Kannabisz/T4.1. (polidrog-használati mintázatok biológiai minták vizsgálata alapján), illetve Kábítószeres/Stimulánsok/T1.2.5 (polidrog-használati mintázatok az intravénás szerhasználók körében).

E) FORRÁSOK ÉS MÓDSZERTAN

T6. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T6.1 FORRÁSOK - RUTIN ADATGYŰJTÉSEK

Péterfi 2019a - Szubsztitúciós adatgyűjtés: lásd Kezelés fejezet, T5.2 alfejezet

TDI adatgyűjtés 2019: lásd Kezelés fejezet, T5.2 alfejezet

Tarján 2019a - Tűcsere adatgyűjtés:

A tűcsere szervezetek a 2018-as évről is a Nemzeti Drog Fókuszpont által 2008 óta működtetett adatgyűjtő internetes portálon jelentették az adatokat. 2010 óta a tűcsere programokban részt vevő kliensek demográfiai jellemzőivel és szerhasználatával kapcsolatos információkat is ezen a felületen keresztül juttatják el a Nemzeti Drog Fókuszpont számára a szolgáltatók. 2012 óta az „egyéb” szer kategória nyitott kérdésként jelenik meg, ahol a szolgáltatók nevesíthetik az egyéb szereket. Az elmúlt évek tapasztalatai alapján a 2015-ös adatgyűjtés során bővítésre került az előre megadott szertípusok listája (új kategóriák: „penta kristály”, „zene”, metadon, MDPV) a meglévő, zárt klasszikus szertípusok és a nyitott „egyéb” kategória mellett. 2018-ban 21 szervezet (25-ből 4 szervezet 0-as adatot) jelentett a programban megfordult kliensekről részletesebb, nem, életkor és elsődlegesen injektált szer szerinti bontásban adatokat. A rendszerbe összesen 1435 fő kliens adatait töltötték fel a szolgáltatók (2009: 1483 fő; 2010: 1737 fő; 2011: 2237 fő; 2012: 1907 fő; 2013: 3128 fő; 2014: 3692 fő; 2015: 2985 fő; 2016: 2366 fő; 2017: 2093). Az elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlásról összesen 1338 kliens esetében számoltak be a szolgáltatók 2018-ban. A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikációsúrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került. További információ még az adatgyűjtésről: Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T5.1 alfejezet

Tarján 2019b – Partiszervíz adatgyűjtés: lásd Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T5.1 alfejezet

T6.2 MÓDSZERTAN

Arnold és Németh 2015 - HBSC 2014:

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

Csák et al. 2019 - Tűcsere programok bezárásának következményei Belgrádban és Budapesten: lásd Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T5.2.2 alfejezet.

Csák et al. 2018a - Szerhasználat vidéki szegregátumokban:

A kutatás célja a községi szegregátumokban marginalizált helyzetben élő 18 év feletti aktív pszichoaktív és új pszichoaktív szerhasználók szerfogyasztási jellemzőinek, probléma észlelésének és az ellátó rendszerhez fűződő kapcsolatának jellemzése volt. A kutatás 30

település szegregátumaiban zajlott, Békés, Baranya, Borsod-Abaúj-Zemplén, Fejér, Győr-Moson-Sopron, Hajdú-Bihar, Heves, Jász-NagyKun Szolnok, Nógrád, Somogy, Szabolcs-Szatmár és Tolna megyében. A települések egyszerű rétegzett véletlen mintavételi eljárás segítségével kerültek kiválasztásra, a mintavétel során figyelembe vett rétegeképző szempontok a területi elhelyezkedés (régió illetve megye) és a lakosságszám voltak. A mintavételi keret az EFOP 1.6.2-16 „Szegregált élethelyzetek felszámolása komplex programokkal” elnevezésű pályázatban résztvevő 96 település volt. A válaszadók kiválasztása privilegizált hozzáférés módszerével (Griffiths és mtsai., 1993) történt, a mintába kerülés kritériuma a betöltött 18 éves kor, illetve az elmúlt 30 nap során szerhasználat volt. Ez utóbbi esetében legalább egynek teljesülnie kellett a következő három közül: az elmúlt 30 nap során legalább egy alkalommal történő ÚPSZ használat, az elmúlt 30 nap során legalább egy alkalommal történő, visszaélészerű nyugtató vagy altató használat, az elmúlt 30 nap során napi szintű alkoholfogyasztás (3 deci bor, vagy egy liter sör). A feltételeket szűrőkérdésekkel ellenőriztük. A kérdőívben a szerhasználati múlt, a jelenlegi szerhasználatra illetve az egészségügyi és szociális ellátórendszerrel való kapcsolatra kérdeztek rá. A dohányzás, alkoholfogyasztás, szintetikus kannabinoid és katinon illetve altatók, nyugtatók esetében a hozzáférhetőségre, az első használat életkorára is rákérdeztek valamint ezen szerek aktív (elmúlt 4 hétben használta) fogyasztóinál a szerhasználati problémát értékelő CAGE teszt (Ewing, J.A 1984; Gerevich és mtsai, 2006) kitöltésére is sor került. A kérdőívet az adott szegregátumban helyben, az EFOP programban szakértőként dolgozók vették fel. A mintanagyság 401 fő volt, a kérdőívek felvétele 2018. november 1. és 27. között zajlott, a kérdőív kitöltéséért motivációs összeg nem járt.

Csák et al. 2018b - Városi szegregátumokban élő ÚPSZ használók:

A kutatás célja a városi szegregátumokban tapasztalható ÚPSZ használat jellemzőinek feltérképezése, illetve az ellátórendszer ÚPSZ használathoz kapcsolódó hiányosságainak és fejlesztési lehetőségeinek vizsgálata. A kutatás három vizsgálatból állt, három célcsoportra koncentrálna, melyből most kettőt mutatunk be: 18 évesnél idősebb ÚPSZ használók és intézményi szakemberek.

18 feletti ÚPSZ használókkal interjúk készültek Budapest, Miskolc, Pécs és Komló szegregátumaiban (Budapest: Népligeti mobil tücsere program, 8. és 10. kerület határa; Miskolc: Avas lakótelep; Pécs: Meszesi városrész, Hősök tere; Komló: Kazinczy utcai szegregátum). Összesen 19, félig strukturált interjú felvételére került sor az ÚPSZ használat jellemzőiről és az ellátórendszerrel kapcsolatos tapasztalataikról. A kiválasztás privilegizált hozzáférés módszerével történt. A mintába kerülés kritériuma a betöltött 18 éves kor, és ÚPSZ használat az elmúlt hónapban, amelyet szűrőkérdőívvel ellenőriztek. Minden résztvevő 1000 forintos rendelkezésre állási díjat kapott. Az interjúalanyok döntő részben férfiak voltak, mindössze három nő került be a mintába. Az átlagéletkor 30,9 év, a legfiatalabb interjúalany 19, a legidősebb 47 éves volt. Az interjúalanyok nagyjából egyenlő arányban fogyasztottak szintetikus kannabinoidot és szintetikus katinont, de közel harmaduk mondta, hogy mind a kettőt fogyasztja.

A másik vizsgálati elem a városi ellátórendszerben dolgozó intézményi szakemberek körében zajlott, amely során kvalitatív és kvantitatív eszközöket is használtunk. A szakemberek kiválasztása szakmai szempontok alapján, irányított mintavétellel történt: mind az interjú, mind a kérdőíves kutatásban olyan szakembereket kerestek meg, akik munkájuk révén rálátással bírtak a városi szegregátumi drog, illetve ÚPSZ használatra. A mintába került szakemberek szociális munkások, addiktológiai konzultánsok, pszichológusok, pszichiáterek, orvosok voltak az ártalomcsökkentés, a prevenció és a kezelés, ellátás területekről. Összesen 36 intézményi szakemberrel készült félig strukturált interjú (12 interjú Budapesten, Pécsen és Miskolcon) az ÚPSZ használat jellemzőiről és a városi ÚPSZ használatra adott válaszokról és lehetőségekről. A kvantitatív pillér során alkalmazott módszer a Delphi-megközelítés volt (Dalkey and Helmer, 1963), az adatfelvétel online önkitöltős kérdőívvel történt, az első adatfelvételi hullámban 91 fő töltötte ki a kérdőívet (válaszadási ráta: 56,2 %), a második hullámban 73 fő (válaszadási ráta: 45,1 %). A

kérdőívben a szegregátumi ÚPSZ használat kezelésével kapcsolatos megoldási javaslatokra és lehetőségekre kérdeztek rá. Az adatfelvétel 2018. április 1. és július 31. között történt.

Csorba et al 2019 – Az ESCAPE vizsgálat budapesti részadatai

2017 és 2018 folyamán hazánk is részt vett az EMCDDA ESCAPE projektjében, amely az injekált szerek meghatározása végett európai nagyvárosokban vizsgálta a fecskendőben maradt anyagmaradványokat (további információ és részletes módszertan: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11287/20191061_TD0119176ENN_PDF.pdf). A hazai együttműködő fél a Magyar Ökumenikus Segélyszervezet volt. Budapesten, a VII. kerületi Art Éra Alapítvány túcsere programjában gyűjtötték be a használt fecskendőket: 2017. októberében 222, míg 2018. áprilisában 150 begyűjtött fecskendő esetében tudtak valamilyen hatóanyagot azonosítani a laboratóriumi vizsgálatok során. A begyűjtés során az egy személytől származó fecskendők esetében előfordulhat duplikáció, így az adatok lokális szertípus szerinti prevalenciák felállítására csak korlátozottan alkalmasak. Az anyag, illetve vérmaradványok kémiai vizsgálata GC-MS eljárással történt, „screening” megközelítés alkalmazásával a Debreceni Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézetben. A hazai adatbázisokat újraelmezte: Nemzeti Drog Fókuszpont. Az elemzés során a következő kategorizálást alkalmaztuk, amfetaminok: N-Propilamfetamin és/vagy amfetamin és/ vagy DPIA és/vagy N-acetil-amfetamin jelenléte; heroin: heroin és/vagy morfin és vagy 6-MAM jelenléte; egyéb opiát: metadon vagy buprenorfin vagy önállóan kodein jelenléte. katinon: N-etilhexedron és/vagy 4-Cl-alfa-PVP és/vagy Alfa - PHP és/vagy 4-CMC és/vagy 4-CEC és/vagy Mefedron és/vagy 4-Cl-alfa-PPP és/vagy 4-Cl-Pentedron és/vagy Dipentilon és/vagy N-acetil-mefedron és/vagy 4-metil-pentedron jelenléte; kannabinoid: AMB-FUBINACA vagy 5F-MDMB-PINACA jelenléte.

Dudás et al. 2015 - Országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat 2015 lásd Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T5.1 alfejezet

Elekes 2016 - ESPAD 2015:

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

Horváth és Tarján 2016 - Intravénás szerhasználat prevalencia becslése:

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

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

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

A becslés különböző szertípusok szerinti megosztása nem volt lehetséges. A becslés első lépésének eredménye kétéves időintervallumra vonatkozik, azaz a jelzett két évben való intravénás szerhasználatot jelöli⁶⁶. A becslés második lépéseként a szűrésben alkalmazott, az utolsó injekció idejére vonatkozó kérdés alapján a kapott eredményt módosították, így a becslés az elmúlt évben injekció populációt határozza meg. A fogás-visszafogás módszer alkalmazásának feltétele egyebek mellett a két mérési időpont között fennálló függetlenség. A prevalenciavizsgálatban a függetlenség ezen feltétele vélelmezhetően sérült, ezért a fogás-visszafogás alapképletét⁶⁷ módosították, megkülönböztetve a szűrésben való ismételt megjelenés okaként a véletlen és a szisztematikus vagy szándékolt részvételt. A részvételi szándék modellezésével érzékenység-vizsgálatot végeztek. A részvételi szándék együtthatóját a szűrőhelyek megkérdezését követően alakították ki szakértői becslés módszerével. A megkérdezett szolgáltatók válaszainak átlaga alapján a kliensek 76%-a tudatosan vett részt ismételt szűrésben.⁶⁸ A szűrésben részt vevő kliensek motivációs csomagot (1000 forint (kb.3 €) értékű étkezési utalványt) kaptak, ezért a részvételben feltételezhetően magas, akár a becsült értéknél is magasabb, lehet azok aránya, akik emiatt vettek részt második alkalommal is a szűrésben. A teljes populáció a becsült rejtett populáció és a szűrésben megjelent populáció összege.

Kaló et al. 2018 - Az új pszichoaktív szerek monitorozása kulcsinformátorok bevonásával Magyarországon 2017-2018-ban:

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

1) Kvalitatív vizsgálat: a (primer) adatgyűjtés 2018. január és április között zajlott interjúk és fókuszcsoportos technikával. 10 tematikus munkacsoport (intravénás szerhasználat, kezelés-ellátás, börtön, éjszakai élet, LMBTQ közösségek, gyermekvédelem, hajléktalan-ellátás, online, média, hatóságok) 20 fókuszcsoportos (53 fő résztvevő + 10 fő

⁶⁶ Ismételt megjelenés a szűrőprogramokban 2014-2015 között

Év	2015	
	Megjelenés	Igen
2014	Nem	458
	Igen	133

⁶⁷ Az ún. Lincoln-Petersen féle képletet módosították, így az intravénás drogfogyasztás becslése során alkalmazott képlet a következő:

$$x = \frac{a_{21} \cdot a_{12}}{a \cdot a_{22}} + (1 - \alpha) \cdot a'_{22}$$

amelyben:

X= rejtett populáció

a₂₁= egyik évben megjelent intravénás populáció

a₁₂= következő évben megjelent intravénás populáció

a'₂₂= a szűrésben szándékoltan ismételt megjelent intravénás populáció

a''₂₂= a szűrésben véletlenül megjelent intravénás populáció

α= részvételi szándék együtthatója, 100% esetén minden ismételt megjelenés véletlen volt, azaz a két mérés statisztikailag független

⁶⁸ A kutatás során a részt vevő szolgáltatókat megkeresték azzal, hogy becsülnék meg, hogy a visszatérő, tehát a két egymást követő évben is megjelenő kliensek közül mekkora részük tudatosan és mekkora részük véletlenül jelent meg újra a szűrésben. A kérdésre mind a 15 szolgáltató válaszolt, ahol 2014-ről 2015-re ismétlődés volt megfigyelhető a generált kód alapján.

munkacsoport-vezető) és 12 interjú (12 fő), valamint 2 szakértői (munkacsoport vezetők + 6 szakértő) fókuszcsoporthoz adatfelvétele valósult meg összesen 81 fővel. 2) Médiamonitoring: A szakértői adatfelvétel tartalmi elemzésével 21 kulcsszó került kiválogatásra, amely alapján elkészült a magyar nyelvű online média szisztematikus monitorozása a vizsgálati időszakban (összesen 382 db. médiamegjelenés). 3) A szekunder adatok (vizsgálati időszakra vonatkozó lefoglalási, epidemiológiai és kutatási adatok) gyűjtése és elemzése készült el (20 db dokumentum). Az adatelemzés deduktív tartalom- és dokumentumelemzéssel készült az Atlas.ti 8.2.0. programban.

Paksi és Magi 2017 - Hajléktalanok droghasználata Magyarországon:

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

Paksi et al. 2015 - OLAAP 2015:

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

Péterfi 2019b – TDI trend adatok 2008-2018: lásd Kezelés fejezet, T5.2 alfejezet

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

Tarján et al. 2019 - NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálat 2018 (lásd Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T5.1 alfejezet.

T6.3 BIBLIOGRÁFIA

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

Bálint, R. (2019): A kábítószeres utcai árának alakulása 2018-ban. Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőíves adatgyűjtés. (módszertan, lásd:T5.2)

Csák R., Magyar, É., Márványkövi, F., Rácz, J. (2018a): Kvantitatív kutatás a községi szegregátumokban élő pszichoaktív szerhasználók körében – Drogfogyasztás és kezelésének lehetőségei községekben, különös tekintettel a „Szegregált élethelyzetek felszámolása komplex programokkal” elnevezésű pályázatban (EFOP 1.6.2 – 16) résztvevő települések szegregátumaira. MAT-SzGyF, 2018. Kézirat.

Csák, R., Kassai, Sz., Márványkövi, F., Szécsi, J., Rácz, J. (2018b): Új Pszichoaktív Szerhasználat városi szegregátumi környezetben: hiányelemzés és szükségletfelmérés a hazai ellátórendszerre vonatkozóan. MAT-EMMI, 2018. Kézirat.

Csák, R., Molnar, I., Sárosi, P., Arsenijević, J., Arsenijević, B. (2019) How the closing of a needle exchange programme affected the access to harm reduction services in two cities, Belgrade and Budapest. Rightsreporter. Kézirat.

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

Csorba J., Figeczki T., Posta J., Puy T., Tarján A. (2019) Az európai ESCAPE projekt budapesti részadatai 2017-2018. Kézirat.

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

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

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

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

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

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

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

Kapitány.Fövény, M., Farkas, J., Pataki, P.A., Kiss, A., Horváth, J., Urbán, R., Demetrovics Zs. (2017): Novel psychoactive substance use among treatment-seeking opiate users: The role of life events and psychiatric symptoms. Human Psychopharmacol. 2017 May; 32(3) doi: 10.1002/hup.2602.

- NFP (2015): Túcsere szolgáltatók országos szakmai találkozója. Nemzeti Drog Fókuszpont.
- NFP (2016): Túcsere szolgáltatók országos szakmai találkozója. Nemzeti Drog Fókuszpont.
- NSZKK (2018): AZ NSZKK Kábítószervizsgáló Szakértői Intézet és Toxikológiai Szakértői Intézet Monitoring hírlevele (2018. évi III. és IV. szám)
- NSZKK (2019a): Az NSZKK Kábítószervizsgáló Szakértői Intézet lefoglalások laboratóriumi vizsgálati eredményének adatai 2009 és 2018 között.
- NSZKK (2019b): NSZKK Toxikológiai Szakértői Intézetének biológiai mintákra vonatkozó vizsgálati eredményei 2018-ban
- ORFK (2015): A Rendőrség 2014. évi tevékenységéről szóló beszámolója.
- Paksi, B. (2017): ÚPSZ-használattal kapcsolatos epidemiológiai tapasztalatok az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP 2015) című kutatás alapján. Kézirat.
- Paksi, B., Demetrovics, Zs., Magi A., Felvinczi, K. (2018a): A Magyarországi felnőtt népesség droghasználata – Az országos lakossági adatfelvétel az addiktológiai problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés alapján. In: Magyar Pszichológiai Szemle 73(4):541-565.
- Paksi, B., Demetrovics, Zs., Griffiths, M. D., Magi A., Felvinczi, K. (2018b): Estimating and managing the changing methodological parameters of self-report surveys of addictive behavior: – based on the waves of the National Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH) in 2007 and 2015.
- Paksi B. és Magi A. (2017): Hajléktalanság és droghasználat. A hajléktalan populáció drog- és egyéb pszichoaktív szerhasználatának vizsgálata. Viselkedéskutató Kft. Kutatási beszámoló
- Paksi B., Magi A., Felvinczi K., Demetrovics Zs. (2015): Drogfogyasztás a magyarországi felnőtt népesség körében - a 2015. évi „Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról” (OLAAP 2015) első eredményei. Magyar Addiktológiai Társaság X. Országos Kongresszusa 2015. november 26-28, Siófok, Supplementum kötet, pp. 53. http://www.mat.org.hu/doksi/2015/Absztraktfuzet_MAT_X_2015.pdf
- Péterfi, A. (2013): Kvalitatív vizsgálat metadon programot működtető szolgáltatók körében 2013-ban. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.
- Péterfi, A., Tarjan, A., Horvath, G. C., Csesztregi, T., & Nyirady, A. (2014). Changes in patterns of injecting drug use in Hungary: a shift to synthetic cathinones. Drug Test Anal, 6(7-8), 825-831. doi: 10.1002/dta.1625
- Péterfi, A. (2015): Kezelőhely vizsgálat 2015. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.
- Péterfi A., Major M., Dunay M. (2016): Kezelőhely vizsgálat terápiais közösségek körében. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.
- Péterfi A. (szerk.) (2016): Tisztább Kép. Projekt zárókiadvány. Magyar Ökumenikus Segélyszervezet. http://www.segelyszervezet.hu/sites/default/files/documents/tisztabb_kep_egyben.pdf

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

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

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

Tarján A., (2019a): Tűcsere programok adatai, 2018. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Tarján, A (2019b): A rekreációs színtéren ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet végző szervezetek 2018. évi működési és forgalmi adatai. Nemzeti Drog Fókuszpont.

Tarján A., Dudás M., Rácz J., Horváth G., (2019) HIV- és HCV-fertőzések és azokkal összefüggő kockázati és védő tényezők prevalenciavizsgálata a hazai intravénás szerhasználók körében 2018-ban. Publikálás alatt.

PREVENCIÓ⁶⁹

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

A 2013-ban hatályba lépett Nemzeti Drogellenes Stratégia a prevencióval kapcsolatban meghatároz prioritásokat és 10 szintéren feladatokat is. A drogprevenciós tevékenységet - több más kábítószer-problémával összefüggő feladat mellett - az Emberi Erőforrások Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság Népegészségügyi Főosztály, Fókuszpontok Működtetéséért Felelős Osztálya koordinálja 2019-től (lásd: Kábítószer-politika fejezet T1.3.1 alfejezet).

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

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

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 SZAKPOLITIKA ÉS INTÉZMÉNYI HÁTTÉR

T1.1.1 Prevenciós célkitűzések a Nemzeti Stratégiában

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

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

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

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

⁶⁹ A fejezet szerzője: Horváth Gergely, Port Ágnes

kortárs csoportok, média, munkahely, büntetés-végrehajtási intézetek és a „büntetés helyett kezelés” intézménye.

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

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

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

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

Az aktuális, 2019-2020. évekre vonatkozó szakpolitikai program előkészítése és végrehajtása az EMMI egészségügyért felelős államtitkársága alatt valósul meg.

T1.1.2 Intézményi háttér

A magyarországi drogkoordináció legfőbb szerve az Emberi Erőforrások Minisztériumának Népegészségügyi Főosztály Fókuszpontok Működtetéséért Felelős Osztálya (bővebben lásd Kábítószer-politika fejezet T1.3.1 alfejezet). Az EMMI Szervezeti és Működési Szabályzata által megfogalmazott feladatok⁷⁰ (egyebek mellett):

a Népegészségügyi Főosztály prevenciósi feladatai körében:

- részt vesz az egészségfejlesztési, népegészségügyi tárgyú stratégiák, programok, cselekvési tervek kidolgozásában;
- részt vesz az egészségfejlesztés, egészségnevelés, egészségvédelem stratégiai irányainak meghatározásában;
- javaslatot tesz a szenvedélybetegségek megelőzésével kapcsolatos egészségügyi ágazati feladatokra, részt vesz a HIV/AIDS prevencióval kapcsolatos feladatok ellátásában;

⁷⁰ 16/2018. (VII. 26.) EMMI utasítás az Emberi Erőforrások Minisztériuma Szervezeti és Működési Szabályzatáról a 4/2019. (III. 1.) EMMI utasításban foglalt módosításokkal egybeszerkesztve.

- koordinálja a lelki egészséggel kapcsolatos feladatokat;
- részt vesz a teljes körű óvodai és iskolai intézményi egészségfejlesztéshez, ifjúságügyhöz, családügyhöz, időügyhöz kapcsolódó népegészségügyi feladatok ellátásában.

Az EMMI háttérintézményeként prevencióhoz kapcsolódó drogpolitikai feladatokat látott el a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság (SZGYF) is. Az SZGYF Drogmegelőzési Programok Osztálya a prevenciót érintően közreműködött a Nemzeti Drogellenes Stratégia végrehajtásában, részt vett a drogpolitikai célú programok kidolgozásában, illetve az EMMI kábítószerügyi pályáztatásainak előkészítésében, a pályáztatási folyamatban és elbírálásban, koordinálta az elterelés keretében igénybe vehető megelőző-felvilágosító szolgáltatások rendszerének működését, valamint segítette a prevencióban érintett szakemberek és intézmények közötti együttműködést.⁷¹

A 180/2019. (VII. 26.) Korm. rendelet értelmében az SZGYF Drogmegelőzési Programok Osztályának feladatai 2019. augusztus 1-től beolvadásos kiválással a Nemzeti Népegészségügyi Központba (a továbbiakban: NNK) kerültek át.

Egészségfejlesztési irodák

Európai uniós támogatással az egészségügyi ellátórendszer prevenciók kapacitásának támogatására, az egészségügyi ellátórendszerhez integráltan egészségfejlesztési irodák jöttek létre, 2013 óta 116 iroda. Az EFI az egészségügynek olyan prevenciók kapacitása, amelynek célja és ehhez kapcsolódóan feladata az egészséget szolgáló egyéni magatartásminták kialakítása általában a lakosság és ezen belül egyes speciális, magas kockázatú célcsoportok körében. Választható egészségfejlesztési feladataik között szerepel a dohányzás, a drog- és a túlzott alkoholfogyasztás megelőzése. 93 Egészségfejlesztési Iroda rendelkezik Lelki Egészség funkcióval. Ennek keretében lehetőség van egyéni és közösségi szintű mentális egészséggel kapcsolatos prevencióra, csoportos programokra (pl. csoport szenvedélybetegek hozzátartozóinak, önszorgító csoport stb.)

T1.1.3 Finanszírozási rendszer

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

2018-ban egyedi támogatás útján a terület szempontjából kiemelten fontos feladatok finanszírozására összesen 172.900.000 forint állt rendelkezésre a kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos feladatokra⁷² (KAB-ME-18-KMR-A-B és KAB-ME-18-KMR-C kategóriákra együttesen). Pályázatokról és finanszírozásokról bővebben lásd Drogpolitikai Fejezet T1.4.2 Költségvetési kiadási adatok.

Az EFOP-1.8.7-16 „Célzott prevenciók programok a szenvedélybetegség megelőzése érdekében” c. pályázat célja a lakosság egészségkultúrájának fejlesztése, hatékony, a célcsoportokhoz igazított egészségkommunikációval az egészségtudatosság növelése, szemléletformáló és prevenciók programok megvalósítása, különös tekintettel a közösségek

⁷¹ 13/2017. (III. 31.) EMMI utasítás a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság Szervezeti és Működési Szabályzatáról, <https://www.szgyf.gov.hu/hu/foigazgatóság/szmsz>

⁷² KAB-ME-18-KMR-A-B és KAB-ME-18-KMR-C kategóriákra együttesen

és családok bevonására. A rendelkezésre álló forrás 3 milliárd Ft (9,7 millió EUR), a kiírásra összesen 43 pályázat érkezett be. A pályázat keretében a támogatási szerződések megkötésére és a megvalósításra 2019-ben került sor.

Az EFOP-1.8.9-17 „Legyen más a szenvedélyed! 2.” pályázat keretében összesen 2.538 Mrd Ft áll rendelkezésre a gyermekvédelmi szakellátási intézmények droghasználat kialakulásának megelőzését, visszaszorítását célzó tevékenységeinek támogatására. Hatályos támogatási szerződéssel 17 intézmény rendelkezett 2018-ban. (EMMI 2018)

T1.2 PREVENCIÓS BEAVATKOZÁSOK

T1.2.1 Környezeti prevenció

Szakpolitikai lépések

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

Bűnmegelőzési stratégiák

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

T1.2.2 Általános prevenció

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

A köznevelési törvény az iskolákat ifjúságvédelmi feladatok ellátására kötelezi, e feladatok megszervezéséért és ellátásáért a nevelési-oktatási intézmény vezetője felel.⁷³ Az intézmény alkalmazhat külső szakembert az ifjúságvédelmi feladatok felelőseként, de ez nem kötelező.

⁷³ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 69.§. (2)f bekezdés

A Személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet módosításáról szóló 2/2018. (I. 18.) EMMI rendelet bevezeti az óvodai és iskolai szociális segítő szolgáltatás fogalmát (a korábbi iskolai szociális munka helyett). A rendelet értelmében 2018. szeptember 1-től az óvodai és iskolai szociális segítő szolgáltatás a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében a szociális segítő munka eszközeivel támogatást nyújt a köznevelési intézménybe járó gyermeknek, a gyermek családjának és a köznevelési intézmény pedagógusainak. Ennek keretében egyebek között segíti:

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

A Rendőrség drogmegelőzési tevékenysége

A Rendőrség drogprevenciós tevékenységének alapját „A gyermek és ifjúságvédelmi programok egységes végrehajtásáról” szóló 16/2016. (VII. 21.) ORFK utasítás adja, amely átfogóan szabályozza az iskolai és az óvodai programokkal kapcsolatos rendőri feladatokat.

A Rendőrség által működtetett komplex bűnmegelőzési programok része a drogprevenció. Az OVI-ZSARU, a DADA és az ELLEN-SZER és az Iskolai Bűnmegelőzési Tanácsadó programokon keresztül a Rendőrség 5 éves kortól 18 éves korig kíséri és látja el tanácsokkal a gyermekeket, fiatalokat.

A DADA programban a 2017/2018-as tanévben 223 település 367 iskolájában 1419 osztály és 30 937 gyermek vett részt, akiket 178 rendőr oktatott. Az ELLEN-SZER programban országosan 36 település 58 iskolájában 141 osztály 3676 diákjának 38 rendőr tartott oktatást.

Az országban tevékenykedő drogprevenciós összekötő-tiszt kollégák 2014. óta összesen 2759 szülői értekezletet, illetve több mint 7000 egyéb tájékoztató előadást tartottak. A program kezdete óta összesen 786 elektronikus üzenetet kezeltek. A program népszerűbbé tétele érdekében a „Házhoz megyünk!” bűnmegelőzési programban meghatározottaknak megfelelően a drogprevenciós összekötőtiszt megjelent a meghatározott megyei (fővárosi) helyszíneken havonta legalább egy alkalommal, ahol lehetőség nyílt a közvetlen kapcsolatfelvételre az ott érdeklődő állampolgárokkal.

Drogprevenciós összekötők

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

Az Iskolai Bűnmegelőzési Tanácsadói programban a 2017/2018-as tanévben 108 település 271 közép fokú oktatási intézménye vett részt. A 108 tanácsadó összesen 6081 osztály 129 400 tanulóját vonta be a megelőzési tevékenységbe. A tanácsadók a drogprevenciós összekötő tisztek és koordinátorok számára a tanév során 205 fő részvételével tartottak továbbképzést.

T1.2.3 Célzott prevenció

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

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

A 2017. évben a Rendőrség által ellenőrzött szórakozóhelyek száma 8581 db volt, az intézkedés alá vont személyek száma meghaladta a 17 000 főt. A 2018. évi adatok szerint 5462 db ellenőrzést hajtottak végre. Az ellenőrzések során 50 351 főt vontak intézkedés alá, ebből 54 fő 14 év alatti, 2875 fő 14-18 év közötti személy volt. Az ellenőrzések eredményeképp 17 esetben kiskorú veszélyeztetése miatt jelzéssel éltek az illetékes szervek felé, és 203 esetben tettek feljelentést büntetőeljárás lefolytatása érdekében.

A Magyar Honvédség drogprevenciós tevékenysége

A Magyar Honvédség szervezeti keretein belül végzett drogprevenciós tevékenység fő irányait a jelenleg hatályos 80/2013 (X. 16.) OGY határozattal elfogadott Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 és a MH Drogprevenciós Stratégiája határozzák meg. Ezek alapján a Magyar Honvédségben szűrővizsgálati rendszer működik, melynek keretein belül a kábítószer-fogyasztás felderítése három vizsgálati irányvonal mentén történik: alkalmassági vizsgálat részeként végrehajtott (foglalkozás egészségügyi) szűrővizsgálatok; szolgálatteljesítésre alkalmas állapot ellenőrzése (preventív célból végzett szűrőpróba-szerű vizsgálat); kábítószer-befolyásoltság (hatósági) vizsgálata kábítószer-fogyasztás gyanúja esetén.

T1.2.4 Javallott prevenció

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

A büntetőeljárás alternatívájaként elérhető ún. elterelés egyik fajtája a megelőző-felvilágosító szolgáltatás, mely főként javallott prevenciós beavatkozásokat fed le. Az eltereléssel kapcsolatos információk és adatok a Jogi keretek fejezet T1.1.1 alfejezetében, a Kezelés fejezet T1.2.2 és T1.3.1 alfejezeteiben, valamint a Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezet T1.2.1 alfejezetében olvashatóak.

T1.3 PREVENCIÓS BEAVATKOZÁSOK MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSA

T1.3.1 Minőségbiztosítási standardok, irányelvek és célok

A szociális szolgáltatások modernizációjával foglalkozó projekt (TÁMOP 5.4.1) 2011-ben lezárult kábítószerügyi pillérje keretében több prevencióval foglalkozó terület (bevásárlóközpontokban/plázákban működtetett célzott prevenciós programok, lakótelepeken és egyéb leromló lakókörnyezetekben élő – csellengő fiatalok számára létesített célzott prevenciós programok, zenés-táncos szórakozóhelyeken

létesített/működtetett célzott prevenciós és ártalomcsökkentő programok, megelőző-felvilágosító szolgáltatások) nemzetközi és hazai kutatási tapasztalatait, bevált gyakorlatait és szabályozási gyakorlatait tekintették át. Ezek alapján módszertani levelek (szakmai szabályozóanyagok) is készültek minden egyes területre vonatkozóan (bővebben lásd 2011-es Éves Jelentés 3.2 fejezet).

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

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

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

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

A kínálat másik meghatározó tényezője a jogszabályi környezet, illetve a mindenkori drogstratégia. 2011-ben a Nemzeti Alaptanterv kötelezővé tette a prevenciós feladatok végzését az iskolák számára. 2012-től minisztériumi rendelet írja elő az iskolákban a teljes körű egészségfejlesztés bevezetését, melynek részét képezi a kábítószer-fogyasztás megelőzése is. 2013-ban pedig bevezetésre került a szakmai ajánlási rendszer, amely amellet, hogy nagy hangsúlyt fektet a professzionális programfelépítésre, nemzetközi ajánlások, jó gyakorlatok ismeretére, erős szűrőként is működik. (Lásd T.1.3.1 alfejezet)

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

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

A magyar Nemzeti Drog Fókuszpont elkészítette az EMCDDA Best Practice Portal magyar nyelvű adaptációját a bevált gyakorlatok és a szakpolitikai ajánlások terjesztése érdekében. A portál a bevalgyakorlat.hu címen érhető el.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

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

A kutatásban résztvevőket⁷⁴ megkérdezték arról, hogy milyen fajtájú drogmegelőzési tevékenységben vettek részt (több válasz is megjelölhető volt). Messze a legtöbben drogprevenációs előadáson (85%) vettek részt, a második leggyakoribb forma, a filmvetítés is jóval lemaradt (32%) ettől. Játékkal, drámával egybekötött foglalkozáson a tanulók 10%-a vett részt, 8% kiállítását tekintett meg, 8% sporttal egybekötött tevékenységen vett részt. Az egyéni konzultáción részt vettek aránya 4%, a családi foglalkozáson részt vevőké pedig alig haladta meg a 3%-ot. A legtöbb diák az iskolán belül szervezett iskolai drogprevenációs tevékenységen vett részt, iskolán kívüli foglalkozásról mindössze 15% számolt be.

A drogprevenációt tartó személyt/szervezetet tekintve, rendőr által tartott drogprevenációs programban a válaszadók 54%-a, külső drogprevenációs szakember által tartott programon 42%-uk, tanár által vezetett foglalkozáson 37%-uk vett részt.⁷⁵ A válaszadók 20%-a volt drogfüggő, 18%-a orvos, 4%-a pap által vezetett drogprevenáción is részt vett, valamint 89-en (8%) megjelöltek egyéb előadót is (védőnő, pszichológus, orvostanhallgató és színész, az említési gyakoriság sorrendjében).

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

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

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

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

⁷⁴ A kérdőívet érvényesen kitöltő 1133 fiatal mintegy 95%-a a 14-25 éves korosztályba, 63%-a a 14-18 éves korosztályba tartozott. A lányok aránya 50%, a fiúk aránya 48%, 3 kitöltő pedig transzneműnek vallotta magát. A résztvevők körülbelül negyede (26%) járt fővárosi középiskolába, míg 33%-a megyeszékhelyen, 36%-a pedig egyéb városban. A legkevésbé (3%) községben vagy faluban vettek részt középfokú oktatásban. Az iskolatípusonkénti megoszlás alapján a legnagyobb csoport (36%) szakközépiskolába (régóta: szakközépiskola) jár vagy járt, ezt követte szorosan a 4 osztályos gimnáziumba járók csoportja (35%), majd a szakközépiskolába (régóta: szakiskola) járóké (11%). 6 osztályos gimnáziumban 10%, 8 osztályos gimnáziumban pedig 8% járt.

⁷⁵ Több válasz is megjelölhető volt.

(19% az általános mintában, 31% az ezzel teljesen egyetértők körében), illetve akiknek külső szakember (42% helyett 50%).

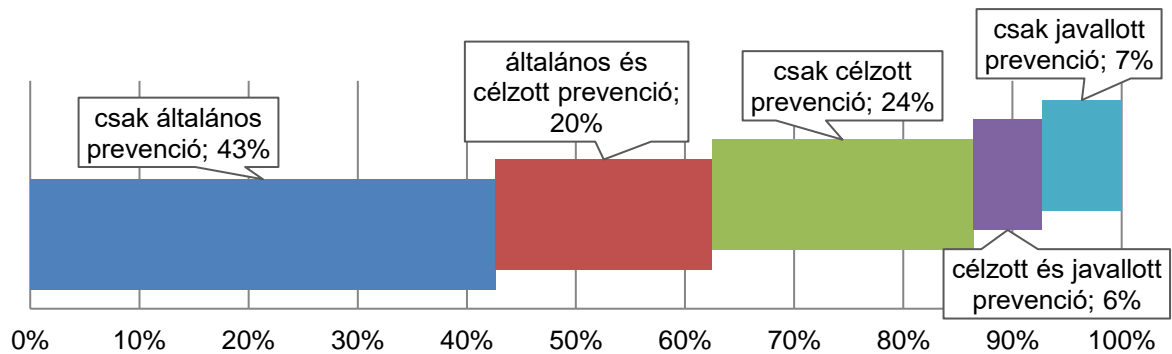
A tanulók 34%-a szívesen részt vett volna még hasonló programon, 43%-uk viszont nem.

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

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

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

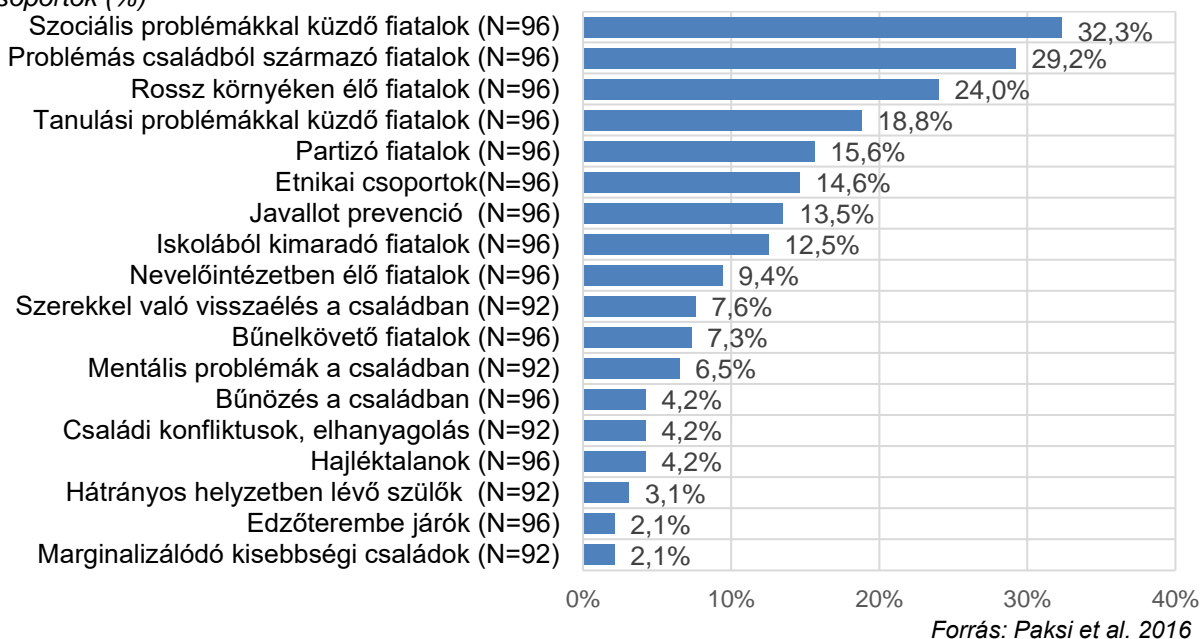
27. ábra. A közvetlenül a végső célcsoportra irányuló beavatkozások típusai (N=96)



Forrás: Paksi et al. 2016

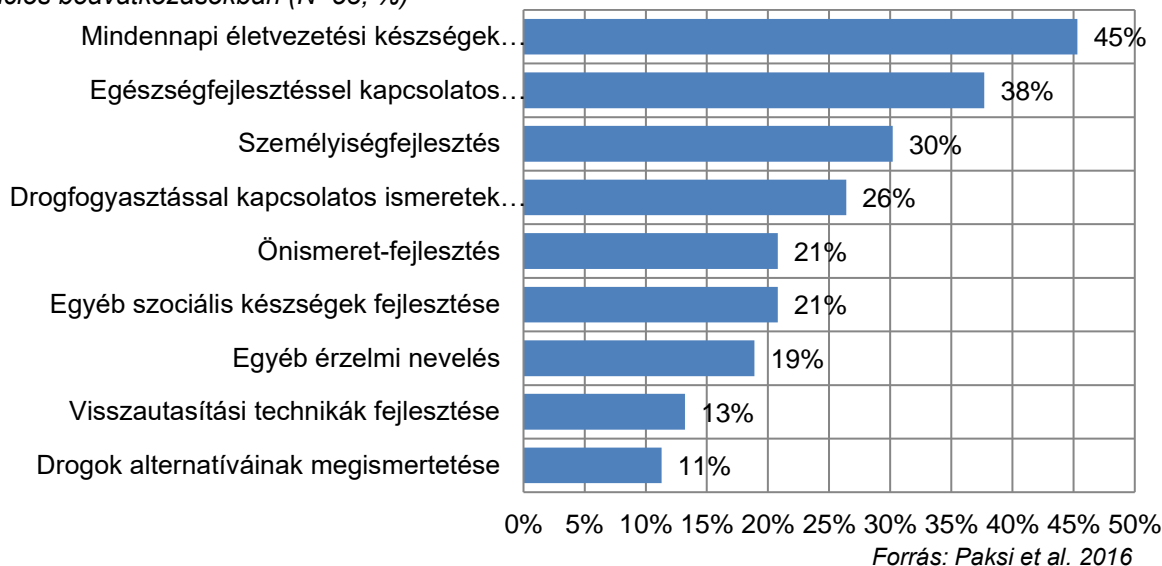
A prevenció beavatkozások közel kétharmada (62,5%) célpopulációként megjelöli az általános populációt (is). Ugyanakkor egyetlen program sem irányul menekült fiatalokra.

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



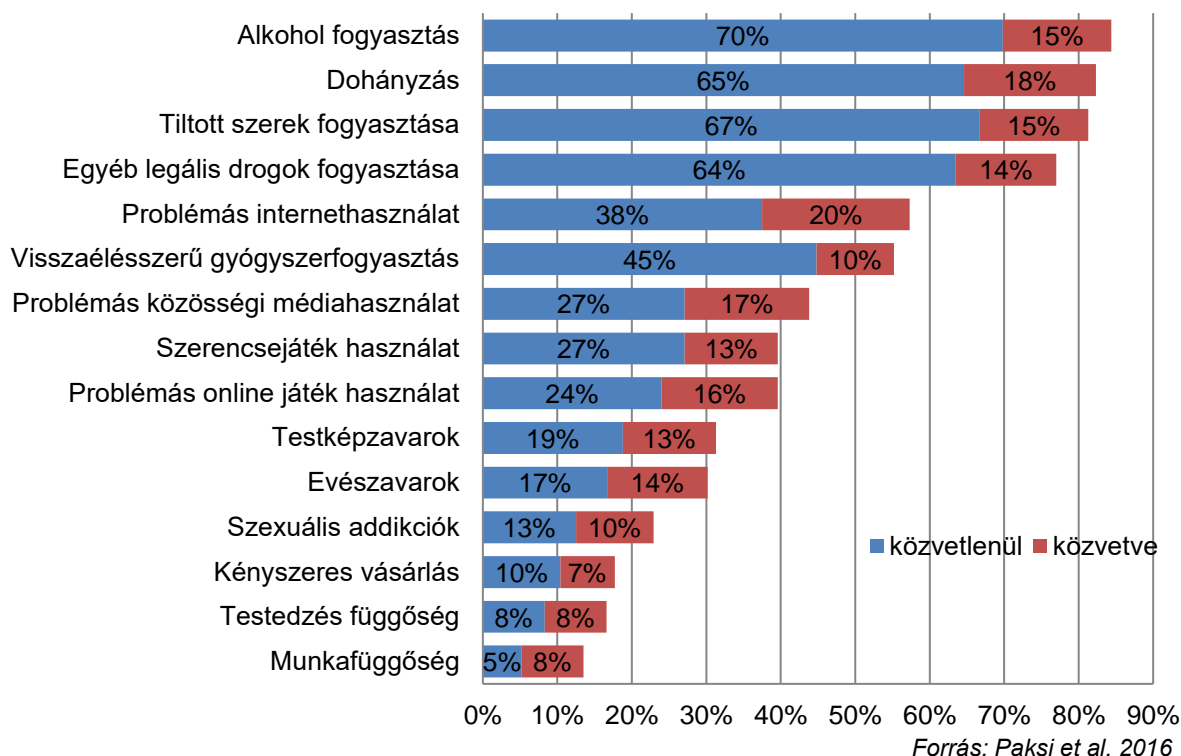
A végső célpopulációra irányuló beavatkozások céljait vizsgálva 9 célkitűzés típus fordul elő (lásd a 19. ábrát). Egy beavatkozással kapcsolatban átlagosan 2-3 féle célt fogalmaztak meg a szolgáltatók. Leggyakrabban a mindennapi életvezetési készségek fejlesztése, az egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadása, illetve a személyiségfejlesztéssel kapcsolatos célkitűzések fordultak elő.

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



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

30. ábra. A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciók beavatkozásai által megcélzott szenvedélymagatartások (N=96)



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

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

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

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

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

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

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

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

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

T5.2 MÓDSZERTAN

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

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

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

KEZELÉS⁷⁶

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

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

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

A hazai ellátás lényeges meghatározója még a büntetőeljárás alternatívájaként igénybe vehető kezelési/megelőző beavatkozások jogi lehetősége, melyhez a kezelésbe lépések többsége (2018-ban 77,7%-a) köthető.

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

Kezelésbe a legtöbb kliens kannabiszhasználatból eredő probléma miatt jelentkezik. E szertípus dominanciája különösen az elterelés, vagyis a büntető eljárás alternatívájaként igénybe vehető kezelő, megelőző beavatkozások esetében jelentős.

Az önként kezelésbe lépők⁷⁷ körében kannabiszhasználat mellett az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használata – köztük a szintetikus kannabinoidok (utcai nevükön herbál, bio, zen) illetve a szintetikus katinonok (utcai néven kristály) – használata a második legjelentősebb probléma. A 34 év alatti kliensek esetében a kliensek jelentős többsége e két szercsoport (kannabisz és ÚPSZ) fogyasztása miatt keres kezelő beavatkozást. Az idősebb, 34 év feletti korosztály esetében a fenti két szercsoport mellett az altatók-nyugatók és az opioidok (heroin, metadon vagy egyéb opioidok) fogyasztása miatt jelentkezők száma is számottevő. Az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) térnyerését első körben a lefoglalási és tücsere adatok jelezték, majd évről évre több szerhasználó jelent meg kezelésben is ezek miatt az anyagok miatt. A kezelési adatokban 2010-től figyelhető meg az ÚPSZ használók számának

⁷⁶ A fejezet szerzője: Péterfi Anna- A fejezet T0-T1.2.5 pontjait lektorálta: Szemelyácz János.

⁷⁷ Nem elterelés keretében

növekedése. Az adataink alapján úgy tűnik, hogy 2014-2015-ben elkezdett visszaesni a járóbeteg ellátásba bekerülő ÚPSZ használók száma, ugyanakkor a kutatási eredmények azt mutatják, hogy bizonyos csoportokban (pl.: intravénás szerhasználók, szegregátumokban élők, hajléktalanok, gyermekvédelmi szakellátásban lévő fiatalok) még mindig igen elterjedt az ÚPSZ használat, és a fekvőbeteg ellátók körében végzett vizsgálatok is azt jelzik, hogy az általuk kezelték jellemzően ÚPSZ-használatból eredő problémáik miatt kerülnek ellátásba. A kezelési adatokból ezen felül láthatóvá válik a heroinhasználat 2009 óta tapasztalható visszaesése és az amfetaminhoz köthető kezelési igény viszonylagos stabilitása.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 SZAKPOLITIKA ÉS KOORDINÁCIÓ

T1.1.1 A legfőbb kezelési prioritások a nemzeti drog stratégiában

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

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

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

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

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

A szenvedélybetegeknek nyújtott egészségügyi szakellátások biztosításához Nemzeti Népegészségügyi Központ adja ki a működési engedélyt, finanszírozásuk a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) kasszájából történik. A szenvedélybetegek számára nyújtott szociális alap- és szakellátások biztosítására a fővárosi és megyei kormányhivatalok adják meg a működési engedélyt, finanszírozásuk a Magyar Államkincstáron (MÁK) keresztül történik (kivéve az alacsonyküszöbű szolgáltatást, melynek kifizetése a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóságon <SZGYF> keresztül történik). Mindkét szektorra jellemző, hogy formálisan a kábítószer-használók ellátása nem képez külön kategóriát a finanszírozott ellátási formák között, hanem egy célcsoportként kezelik őket az alkoholfüggőséggel és egyéb szenvedélybetegségekkel küzdőkkel, esetenként a pszichiátriai betegekkel. Ennek ellenére léteznek olyan ellátóhelyek, amelyek elsősorban a kábítószer-használók ellátását tekintik céljuknak, finanszírozásuk oldaláról azonban ez a distinkció nem érhető tetten.

T1.2 AZ ELLÁTÓRENDSZER FELÉPÍTÉSE ÉS MŰKÖDÉSE

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

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

Járóbeteg ellátás

T1.2.1 JÁRÓBETEG SZOLGÁLTATÓK

A kábítószer-használók járóbeteg ellátása szempontjából releváns finanszírozási kategóriák:

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

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

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

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

Új kábítószer-használó kliens járóbeteg ellátásba történő kezelésbe vételéről 62 szolgáltató számolt be 2018-ban a 76 jelentést küldő kezelőegység közül, a büntetés-végrehajtás kezelőegységei nélkül. Az összes kliens (4709 fő) 91,8%-a (4325 fő) kezdett kezelést specializált járóbeteg ellátónál, alacsonyküszöbű szolgáltatónál vagy általános mentális egészségügyi szolgáltatónál. A 4325 főből 3489 fő (80,7%) lépett elterelés miatt kezelésbe, ezen belül megelőző-felvilágosító szolgáltatásba 2452 fő (56,7%). További 114 kliens részesült ellátásban bv. intézet fogvatartottjaként, valamely külső szolgáltató által nyújtott beavatkozás keretében. Mind a 114 kliens elterelés keretében kezdett kezelést.

10. táblázat. Járóbeteg ellátók (kezelőegységek száma és ellátottak száma) 2018-ban

	Kezelőegységek száma	Definíció (kezelőegységek típusai)	Összes kliens száma (kezelést kezdők)
Drogambulanciák, egyéb specializált drogbeteg ellátók	41	A TDI adatgyűjtésben magukat járóbeteg kezelőegységként (azon belül drogambulancia, addiktológiai gondozó vagy egyéb ellátóhelyként) azonosító szolgáltatók (jellemzően drogambulanciák, addiktológiai gondozók és szakrendelők, és egyéb, drogbetegeket célzó, egészségügyi ellátást vagy MFSZ-t biztosító kezelőegységek). Opiát helyettesítő kezelést ezen szolgáltatók hozzávetőlegesen 20%-a biztosít.	3428 (melyből 2733 fő elterelés keretében kezdett kezelést)
Alacsonyküszöbű szolgáltatók⁷⁸	19	A TDI adatgyűjtésben magukat alacsonyküszöbű/drop-in/megkereső kezelőegységként azonosító szolgáltatók (jellemzően pszichoszociális ellátásokat nyújtó szociális szolgáltatók).	861 (melyből 720 fő elterelés keretében kezdett kezelést)
Általános mentális egészségügyi ellátók	2	A TDI adatgyűjtésben magukat járóbeteg kezelőegységként (azon belül pszichiátriként) azonosító szolgáltatók (kórházakban és rendelőintézetekben működő pszichiátriai gondozók és szakrendelők).	36 (melyből 28 fő elterelés keretében kezdett kezelést)
Kezelőegységek a büntetés-végrehajtásban (külső szolgáltatók a bv. intézeteken belül vagy kiszállítással)	4 külső szolgáltató	A TDI adatgyűjtésben fogvatartottak ellátásáról is beszámoló falakon kívül működő járóbeteg ellátóegységek	114 (melyből 114 fő elterelés keretében kezdett kezelést)

Forrás: TDI adatgyűjtés 2019 - Standard table 24

T1.2.2 A járóbeteg ellátás sajátosságai – elterelés

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

- csekély mennyiségű kábítószer saját használatra természet, előállít, megszerez, tart vagy fogyaszt;

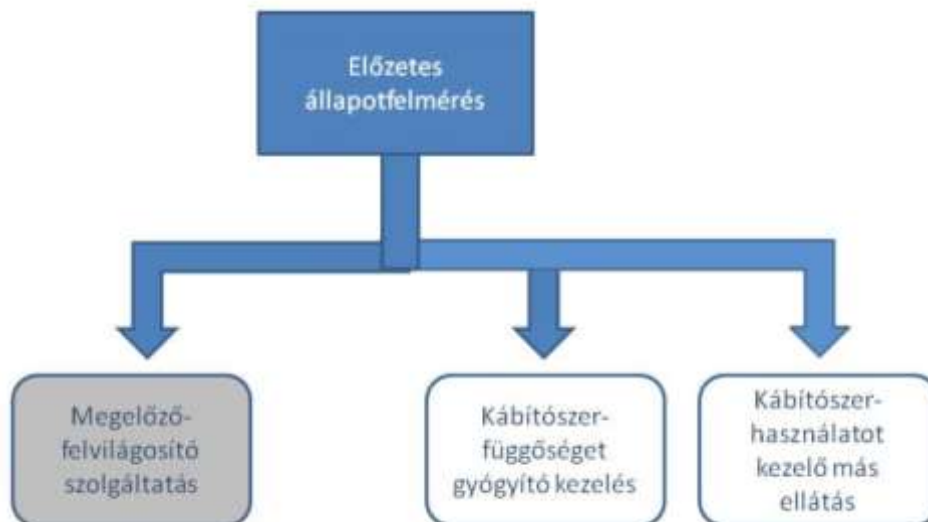
⁷⁸ és egyéb, alapvetően szociális profilú kezelőegységek

- a bűncselekmény elkövetését beismeri;
- nem állapították meg büntetőjogi felelősségét kábítószer birtoklás vagy -kereskedelem kapcsán a megelőző két évben;
- ha a bűncselekmény elkövetését megelőző két éven belül, vele szemben egy eljárást – elterelésben való részvétel igazolására figyelemmel – büntethetőséget megszüntető ok címen megszüntettek. (Btk. 180. §)

Az elterelést választókat egy pszichiáter szakorvos vagy klinikai szakpszichológus által végzett előzetes állapotfelmérés alapján utalják megelőző-felvilágosító szolgáltatásba (továbbiakban MFSZ) – mely inkább javallott prevenciós beavatkozásnak tekinthető –, vagy kezelésbe⁷⁹. A kezelési beavatkozások tartalma nem meghatározott, azokat a klasszikus járó- vagy fekvőbeteg kábítószer-kezelő programok keretében biztosítják az egészségügyi szolgáltatók. A megelőző vagy kezelési programban 6 hónapon át legalább kéthetente 1,5 órában szükséges részt vennie az elkövetőnek a teljesítési igazolás kiállításához.

A TDI adatok alapján a 2018-ban a kábítószer-probléma miatt kezelést kezdők 77,7%-a kezdett kezelést elterelés keretében: az összes kezelést kezdő 54,4%-a megelőző-felvilágosító szolgáltatásban, míg 23,1%-a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben vagy kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült.

31. ábra. Az elterelés típusai



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

Az elterelés részeként igénybe vehető megelőző-felvilágosító szolgáltatás működéséről és eredményességéről készült komplex vizsgálat összegzését a fejezet T4.1 pontjában olvashatják.

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

T1.2.4 A szerhasználók ellátását biztosító járóbeteg intézmények fenntartói háttere

⁷⁹ A kezelésnek a jogszabály szerint két típusa lehetséges: „kábítószer-függőséget gyógyító kezelés” és „kábítószer-használatot kezelő más ellátás”.

Naprakész, országos lefedettségű adatokkal nem rendelkezünk a szerhasználók ellátását végző intézmények fenttartói hátterét illetően. Némi rálátást azonban ad a kérdésre egy 2015-ben végzett vizsgálat, mely célja a jelentősebb forgalmat bonyolító hazai járóbeteg, szociális és fekvőbeteg ellátók feltérképezése volt (Péterfi 2015).

Ezek alapján elmondható, hogy a TDI jelentésben részt vevő, a kábítószerhasználók ellátása terén a 23 legjelentősebb forgalmat bonyolító járóbeteg szociális vagy egészségügyi ellátóból 7 szervezet állami/önkormányzati működtetésű, 14 szervezet nem kormányzati, civil vagy egyházi működtetésű, 1 nem kormányzati, magánintézménynek és 1 egyéb működtetői háttérrel rendelkező intézményként kategorizálta magát. A vizsgálat módszertani leírását és további eredményeit lásd a 2016-és Éves Jelentés Kezelés fejezetében.

Fekvőbeteg ellátás

T1.2.5 Fekvőbeteg szolgáltatók

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

- egészségügyi ellátás (a 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet alapján):
 - addiktológiai aktív, krónikus és rehabilitációs fekvőbeteg ellátás;
 - gyermek- és ifjúságaddiktológiai rehabilitációs ellátás;
 - pszichiátriai aktív, krónikus és rehabilitációs fekvőbeteg ellátás;
 - gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitációs ellátás;
- szociális ellátás (szakellátás) (1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról):
 - ápolást, gondozást nyújtó intézmények pszichiátriai vagy szenvedélybetegek számára;
 - rehabilitációs intézmények pszichiátriai vagy szenvedélybetegek számára;
 - átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények pszichiátriai vagy szenvedélybetegek számára;
 - lakóotthon pszichiátriai vagy szenvedélybetegek számára;
 - támogatott lakhatás.

A fekvőbeteg ellátók esetében is beszélhetünk elsősorban **egészségügyi profilú ellátóhelyekről**: ilyenek a kórházi addiktológiai, illetve pszichiátriai osztályok. Ezekben jellemzően pszichiáterek, addiktológusok, klinikai szakpszichológusok és szakápolók biztosítják az ellátást. A kórházi osztályok által nyújtott programok hagyományosan és jellemzően a pszichiátriai és alkoholproblémákkal küzdő betegek ellátására fókuszálnak, kábítószer-használók ellátása ezekben az intézményekben csak kismértékben jellemző. Részben a definíciós nehézségekből adódóan, részben az ellátás monitorozásának alacsony szintje miatt nem állnak rendelkezésre megfelelő adatok ezen bentlakásos ellátási forma leírására. A kórházi ellátás mellett a másik opciót a **vegyes profilú ellátók** jelentik, melyek mindkét kasszából finanszírozáshoz jutnak. A terápiás közösségek nem a hagyományos kórházi-egészségügyi intézményrendszeri keretek között működő, pszichoaktív szerhasználók és viselkedési függőségekben szenvedők többszörös kezelési igényére hosszú távú, közösségi-együttéléses módon terápiás választ adó, jellemzően egyházi, civil, illetve önkormányzati fenntartású szervezeti egységek. Ezen ellátóhelyeken a multidiszciplináris teamben gyakori a felépülő, és szakirányú végzettséget (addiktológiai konzultáns, szociális munkás, mentálhigiénés gondozó, stb.) szerzett, józan függők alkalmazása is. Ők átjárást biztosíthatnak a klienseknek a 12 lépéses programok irányába is. Összesen három, 18 év alatti szerhasználó fiatalokat célzó terápiás közösség működik jelenleg az országban. Közülük két intézmény csak fiúkat (30 illetve 10 ágyon), egy intézmény lányokat és fiúkat egyaránt fogad (15 ágyon). A három intézményben a szociális szolgáltatások finanszírozása egy modellprogram keretében valósult meg az elmúlt években, melynek tapasztalatait a T1.2.6 pontban részletezzük. Az ellátástípus egészségügyi

elemeinek finanszírozása 2016 óta megoldott. A szociális szolgáltatáselemek finanszírozására a normatív finanszírozás kialakítása 2019-ben megtörtént, 2020-ban lép életbe. A három intézmény működését 2020-ig a szociális tárca egyedi támogatás formájában finanszírozza.

Az ifjúsági rehabilitációs intézmények, eddigi tapasztalataik alapján, nem működnek 100%-os kihasználtsággal, mivel hiányoznak az ellátási láncnak a rehabilitációt megelőző lépcsőfokai. A felnőtt rehabilitációban szerzett tapasztalatokhoz képest jelentős a lemorzsolódás, mely az intézményben maradó kliensek közösséggé formálódását, és ezáltal a terápia megvalósítását is nehezíti⁸⁰.

A kábítószer-fogyasztók egészségügyi ellátása különböző szakmakódok alatt történik, melyek többségükben az alkohol- ill. pszichiátriai problémával küzdő betegek ellátását is magukban foglalják, így pontos szám adatok nem állnak rendelkezésre a kábítószerhasználókat valóban ellátó kezelőhelyek számáról. Adatokkal a – fekvőbeteg ellátás területén részleges lefedettséggel rendelkező – TDI adatgyűjtésből rendelkezünk, melybe összesen 11 szolgáltató jelentett fekvőbeteg ellátás keretében kezelésbe lépő kábítószer-használó kliensről adatokat 2018-ban (ezeket az alábbi táblában mutatjuk be).

Az adatgyűjtésbe jelentett fekvőbeteg ellátást kezdő kábítószer-használó kliensek 38,3%-a (90 fő) vegyes profilú terápiás közösségekben került kezelésbe, 61,7%-ukat (145 fő) pedig kórházi osztályokon látták el. Fekvőbeteg ellátás keretében az összes jelentett kezelésbe lépő kliens (4709 fő) 5,0%-a (235 fő) kezdett kezelést 2018 folyamán, közülük mindössze 11 fő részesült ellátásban elterelés keretén belül.

11. táblázat. Fekvőbeteg ellátók (kezelőegységek száma és ellátottak száma) 2018-ban

	Kezelőegységek száma	Definíció (kezelőegységek típusai)	Összes kliens száma (kezelést kezdők)
Kórházi fekvőbeteg osztályok	8	A TDI adatgyűjtésben magukat fekvőbeteg kórházi addiktológiai és pszichiátriai osztályokként azonosító kezelőegységek.	145 (melyből 10 fő elterelés keretében kezdte meg a kezelést)
Terápiás közösségek	3	A TDI adatgyűjtésben magukat fekvőbeteg ellátóként azonosító nem kórházi környezetben működő terápiás közösségek – drogterápiás / drogrehabilitációs intézetek / otthonok.	90 (melyből 1 fő elterelés keretében kezdte meg a kezelést)
Kezelőegységek a büntetés-végrehajtásban	3	A fogvatartottakat ellátó bv. intézeteken belül működő, TDI-be jelentő ellátóegységek	35 (melyből 35 fő elterelés keretében kezdte meg a kezelést)

Forrás: TDI adatgyűjtés 2019 - Standard table 24

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

⁸⁰ A Kábítószerügyi Civil Koordinációs Testület 2019.02.28-án megtartott „Fehér foltok az ellátórendszerben” c. konferencia „Az ifjúsági drogellátás gyermekbetegségei” c. kerekasztalbeszélgetésén elhangzottak alapján.
<http://madaszsz.hu/289/Feher_foltok_az_ellatrorendszerben_-_eloadasok_es_videok>

T1.2.6 A fekvőbeteg ellátás sajátosságai

Az elterelésről lásd a T1.2.2 alfejezetet.

Az addiktológiai és pszichiátriai osztályok száma a TDI adatgyűjtésbe jelentők számánál lényegesen magasabb, azonban csak egy részük lát el kábítószer-használókat, és feltehetően ennek a csoportnak is csak egy része jelent adatokat a TDI adatgyűjtésbe. Így tehát a kórházi fekvőbeteg osztályokon kábítószer-használókat ellátó kezelőhelyek számáról nem rendelkezünk információval. A terápiás közösségek száma a legutóbbi fókuszált vizsgálat (Péterfi et al. 2016) alapján 15 volt, mely azóta két új intézménnyel bővült (lásd T3. alfejezet), ebből mindössze 3 kezelőegység jelentett eseteket 2018-ban a TDI adatgyűjtésbe. Összességében tehát elmondható, hogy a fekvőbeteg ellátás keretében kezelést kezdő kábítószer-használók leírására mérsékeltén alkalmas a TDI adatgyűjtés, mivel mind a kezelőhelyek száma, mind a kliensszám esetében alacsony lefedettségű az adatgyűjtés ebben a modalitásban.

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

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

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

A vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a gyermek és tinédzser korúak addiktológiai rehabilitációs ellátáshoz szükséges olyan szolgáltatások biztosítása, melyek túlmutatnak a 60/2003 (X.20.) SzCsM rendeletben megfogalmazott minimum feltételeken. A három hazai szolgáltató első éveinek tapasztalatai azt mutatják, hogy az ellátási forma megfelelő működtetéséhez szükséges további humán-erőforrásbeli, szakmai és fizikai feltételek meghatározása – a rendeletben meghatározottakon felül – e speciális célcsoport számára elengedhetetlen szociális, büntetőügyekhez kapcsolódó, oktatási valamint szabadidős tevékenységek biztosításához. Mindezen feltételek és szolgáltatások megteremtéséhez és biztosításához elengedhetetlen a gyermek- és ifjúság-addiktológiai rehabilitációs intézetek megfelelő finanszírozásának szükségletekhez illeszkedő kialakítása.

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

T1.2.7 A szerhasználók ellátását biztosító fekvőbeteg intézmények fenntartói háttere

Naprakész, országos lefedettségű adatokkal nem rendelkezünk a szerhasználók ellátását végző fekvőbeteg intézmények fenntartói hátterét illetően. A nem-kórházi környezetben működő, drogterápiás intézetek körében végzett 2015-ös vizsgálat információval szolgál az ellátási paletta e csoportjáról.

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2015 novemberében kutatást végzett a magyarországi drogterápiás intézetek és kábítószer-használók számára nem kórházi fekvőbeteg ellátást nyújtó kezelőhelyek körében. (Péterfi et al 2016). A kutatásba mind a 15 hazai

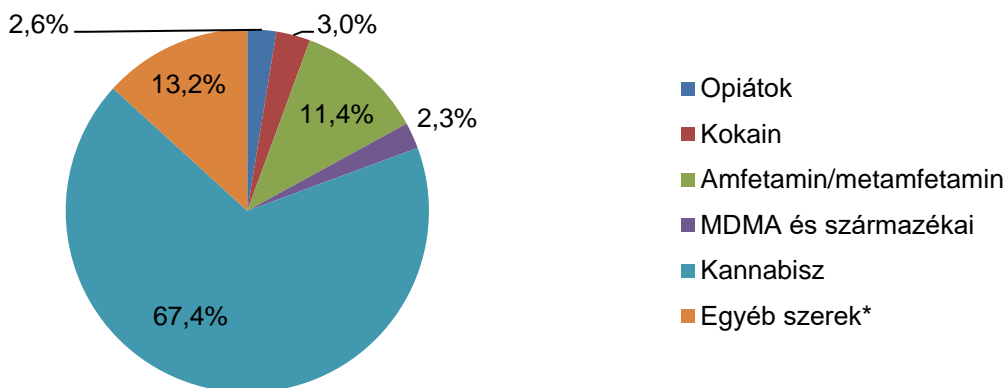
közfinanszírozásban részesülő, elsősorban kábítószer-használókat célzó nem kórházi rehabilitációs intézmény bevonásra került. A kérdőívet mind a 15 felkért intézmény kitöltötte. Működési forma szerint a vizsgálat négy típust különböztetett meg: közintézmények/állami, önkormányzati intézmények/közalapítványok; profitorientált, nem kormányzati intézmények; non-profit civil szervezetek; illetve ezektől külön sorolva egyházi szervezetek. A megadott adatok alapján a válaszadó 15 kezelőhelyből 8 szervezet non-profit civil szervezeti formában működött, 3 egyházi szervezet volt, 4 pedig (állami vagy önkormányzati) közintézmény volt. A vizsgálat módszertani leírását és további eredményeit lásd a 2016-és Éves Jelentés Kezelés fejezetében.

T1.3 KEZELÉSI ADATOK

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

2018-ban összesen 4709 kliens kezelésbe lépéséről számolt be a kábítószer-használók kezelésével (is) foglalkozó, és jelentést küldő 76 kezelőegység. A jelentők számának visszaesése 2017-ről 2018-ra nem tükrözi az ellátások hozzáférhetőségének változását, csupán a jelentési hajlandóság ingadozásából ered (további részletek az ingadozásról a fejezet T5.2 pontjában). A kábítószer-használatból eredő probléma miatt kezelést kezdők többsége (67,4%; 3174 fő) – a korábbi évekhez hasonlóan – kannabiszhasználat miatt kezdett valamilyen kezelési programot. Amfetamin (vagy metamfetamin) használata miatt a kliensek 11,4%-a (538 fő) jelentkezett kezelésbe. Opiáthasználat miatt a kliensek 2,6%-a (121 fő), kokain vagy crack fogyasztása miatt a kliensek 3,0%-a (143 fő) lépett kezelésbe. Az ecstasy/MDMA-használók (MDMA és származékai) aránya 2,3% volt (110 fő). A felsoroltakon kívüli egyéb szereket a kezelést kezdők 13,2%-a (623 fő) jelölt meg elsődleges szerként.

32. ábra. A kezelési igény elsődleges szer szerinti megoszlása (2018; %; N=4709)



*Egyéb szerek: „egyéb stimulánsok”, „inhalánsok”, „hallucinogének”, „altatók és nyugatók”, „egyéb, nem besorolható szerek”
 Forrás: TDI adatgyűjtés 2019

12. táblázat. Összesítő táblázat a 2018-ban kábítószerfogyasztás miatt kezeltéről (fő)

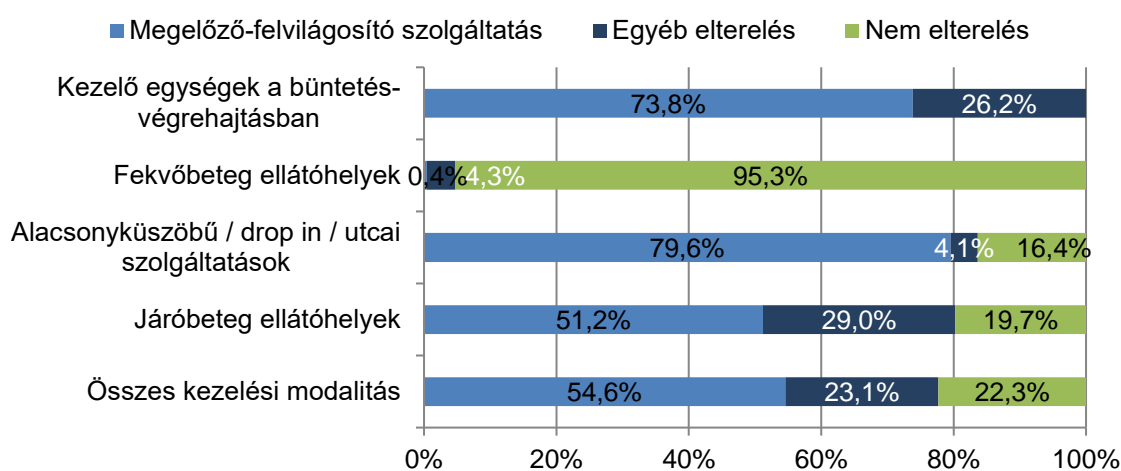
	Klienszám
Összes kezelésben lévő kliens	nincs elérhető adat
Összes helyettesítő kezelésben lévő kliens	650
Összes kezelést kezdő kliens	4709*

Forrás: ST24; OST adatgyűjtés 2019 és TDI adatgyűjtés 2019
 *A TDI adatgyűjtésbe jelentett adatok alapján

T1.3.4 A kezelésből lépő szerhasználók jellemzői

A büntetőeljárás elkerülése (elterelés) a legjellemzőbb oka a kezelésbe kerülésnek a kábítószer-használók körében. Az összes klienst tekintve 2018-ban 77,7% (3649 fő) volt az így kezelésbe jutók aránya. A kezelőhely típusokat vizsgálva komoly különbségek figyelhetők meg az eltereltek arányában. Míg az alacsonyküszöbű (szociális) és járóbeteg szolgáltatók klienseinek jelentős része került így kezelésbe (83,6%; 720 fő és 79,9%; 2769 fő), addig a fekvőbeteg ellátásba kerülőknek mindössze töredéke (4,7%; 11 fő) kezdett kezelési programot a büntetőeljárás elkerülése érdekében. A büntetés-végrehajtás intézeteiben fogvatartottak mindannyian (100,0%; 149 fő) elterelés keretében kezdtek kezelést a beérkező jelentések alapján 2018-ban.

33. ábra. Eltereltek aránya a kábítószer-használat miatt kezelést kezdők körében, a kezelőhely típusa szerint (2018; N=4695⁸¹)



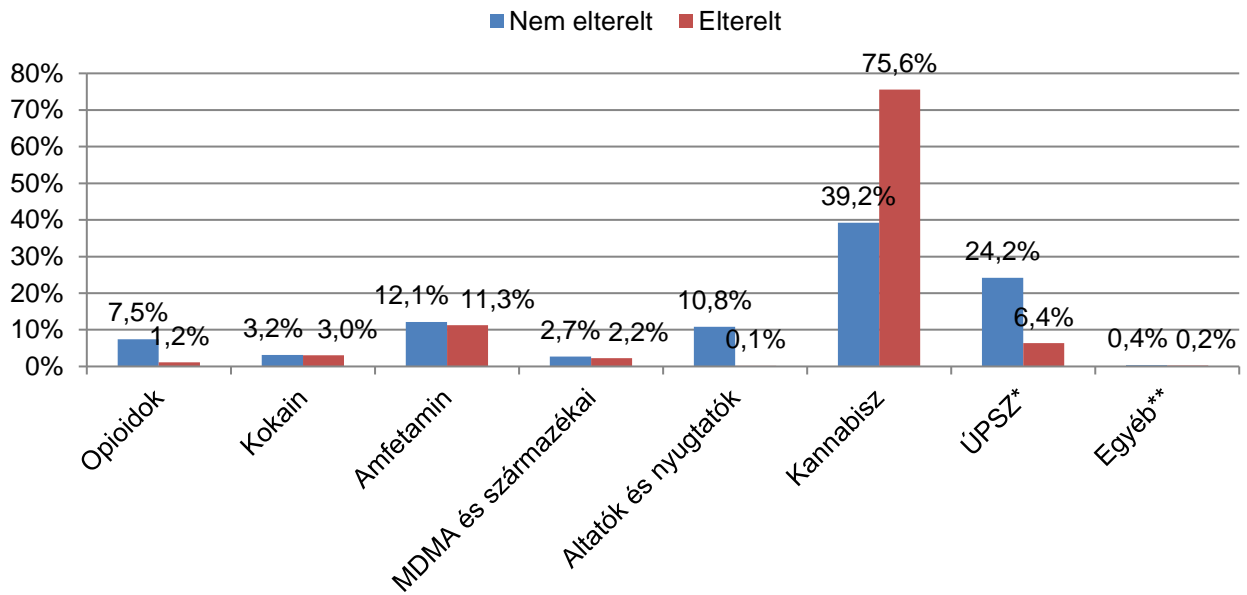
Forrás: TDI adatgyűjtés 2019

A szertípus szerinti megoszlás némileg különböző képet mutat az elterelés miatt, és az egyéb indokból kezelést kezdők körében. Az elterelés miatt kezelést kezdő 3649 fő esetében a leggyakoribb elsődleges szer a kannabisz volt (2758 fő, 75,6%), ezt követte az amfetamin (411 fő, 11,3%). Az ÚPSZ-használat 6,4%-át jellemezte e csoportnak (232 fő), míg a további szerek miatt történő kezelésbe lépések aránya nem érte el együttesen a 10%-ot (6,8%; 248 fő) ebben a csoportban.

A nem eltereltek (1046 fő) esetében is leggyakrabban a kannabiszhasználat (39,2%; 410 fő), volt a kezelésbe lépés oka. Az önként kezelésbe lépők azonban nagyobb arányban voltak jellemezhetőek ÚPSZ használattal (24,2% 253 fő), mely így a második legjelentősebb szercsoport volt a kezelési igény szempontjából. A nem elterelés keretében kezelték körében ezeken felül az amfetaminhoz valamint az altatók, nyugtatókhoz volt köthető jelentősebb, 10%-ot meghaladó kezelési igény. (A nem eltereltek körében tapasztalható trendeket lásd a fejezet T2.1 pontjában).

⁸¹ További 14 fő beutalásának eredete ismeretlen.

34. ábra. Kezelést kezdők elsődleges szer szerinti megoszlása az elterelték és a nem elterelték körében (2018; $N_{\text{elterelt}}=3649$; $N_{\text{nem elterelt}}=1046$)⁸²



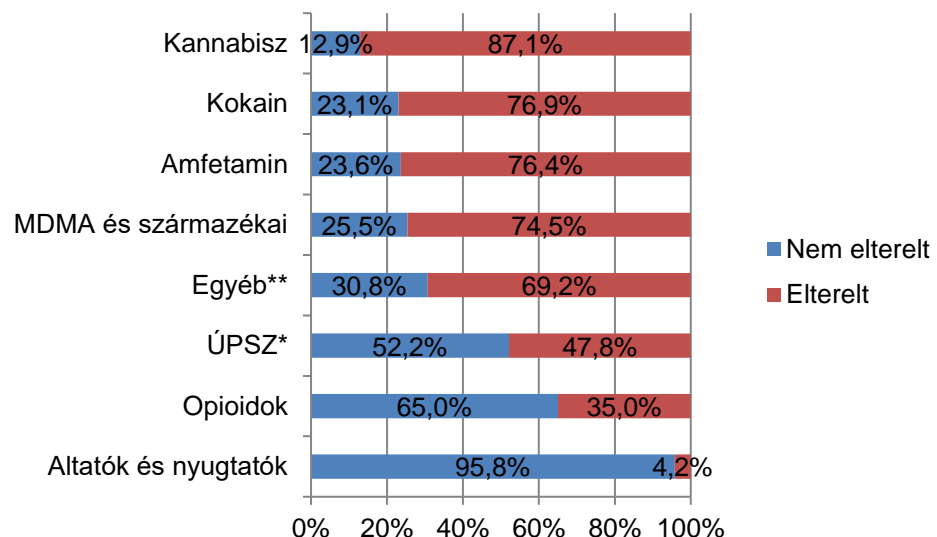
*ÚPSZ: Egyéb stimuláns, egyéb hallucinogén, egy be nem sorolható

**Egyéb: LSD, Inhalánsok

Forrás: TDI adatgyűjtés 2019

Az elterelték aránya jelentős eltérést mutat a különböző szerkategóriákon belül is. Az összes kezelésbe lépőt tekintve az elterelték adták 2018-ban a kliensek több mint 3/4-ét (77,7%). A kannabiszhasználók körében 8 esetből 7-ben (87,1%) elterelés állt a kezelés megkezdésének háttérében. Ugyanakkor az ÚPSZ és opioid használók körében lényegesen kisebb arányban voltak az elterelték (47,8% és 35%), mint az összes kezelésbe lépő viszonylatában.

35. ábra. Elterelték és nem elterelték aránya az egyes szercsoportokon belül, a kezelésbe lépők körében (2018; $N=4695$)



*ÚPSZ: Egyéb stimuláns, egyéb hallucinogén, egy be nem sorolható⁸³

**Egyéb: LSD, Inhalánsok

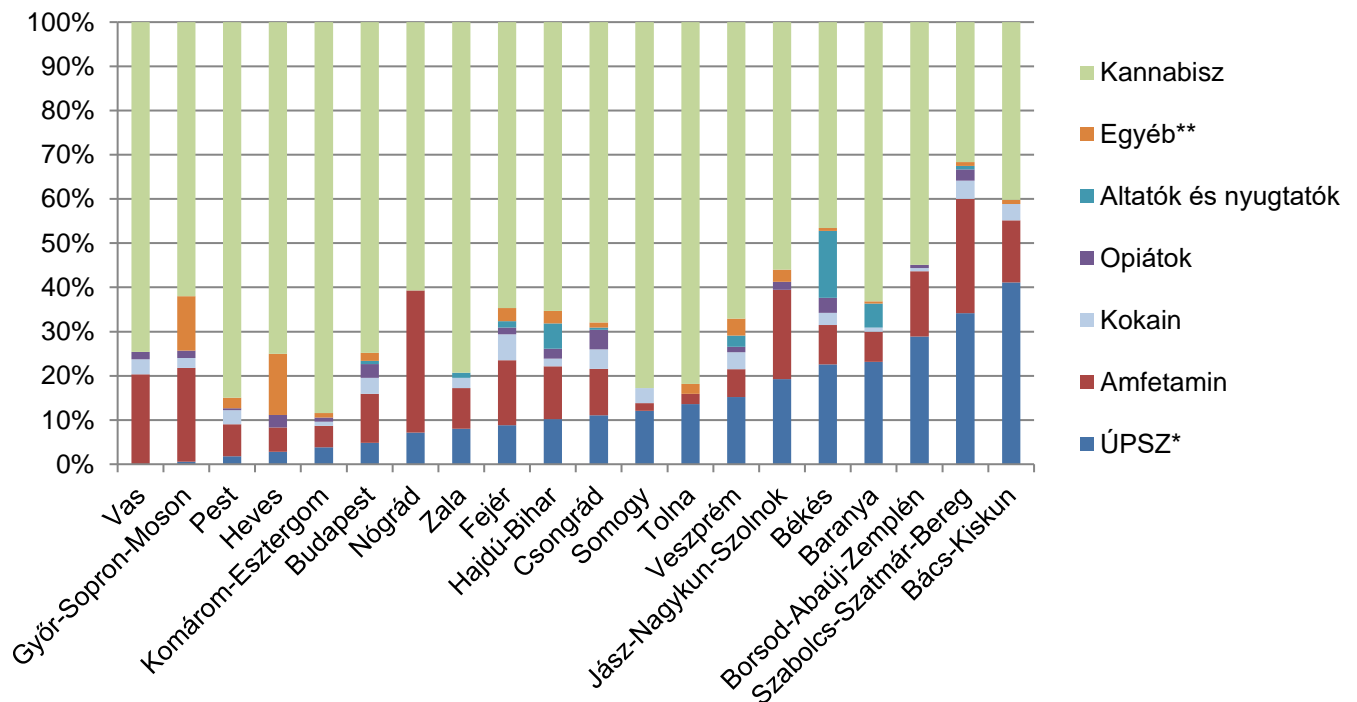
⁸² 14 fő esetében ismeretlen volt a beutalás eredete

⁸³ ÚPSZ-használók esetében két oka lehet az elterelésbe kerülésnek. A fogyasztott szer már pszichotróp listán szerepel, vagy az eljárás nem az elsődleges szere miatt indult (a TDI-be az elsődleges szer a rögzítendő).

Földrajzi bontásban vizsgálva a járóbeteg klienseket (járóbeteg ellátóknál, és a szociális szolgáltatóknál kezelésbe lépő összes kliens) elmondható, hogy habár minden megyében a kannabiszhasználathoz köthető a legnagyobb kezelési igény, mégis az ország keleti felében kevésbé domináns a kannabiszhasználati probléma a kezelést igénylők körében, a nyugati megyékhez képest. Ezzel párhuzamosan, több keleti, észak-keleti megyében tapasztalható az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) térnyerése a kezelt populációban. Különösen Bács-Kiskun, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében tűnik jelentős problémának az ÚPSZ használat, hiszen ezekben a megyékben a kezelést kezdők több mint negyede jelöli meg ezen szerek használatát elsődleges problémaként. A kannabiszos esetek aránya megyénként 31% és 88% között mozgott (arányuk összesítve 70,3% volt a vizsgált kezelőhelyeken). Valamilyen amfetamin típusú stimuláns miatt lépett kezelésbe a kezelőhelyeken a kliensek 2-32%-a (átlag 11,4%). Az ÚPSZ-ok miatt kezelésbe lépők aránya megyénként 0 és 41% között mozgott, összesen a vizsgált ellátóknál 9,6%-ban határozta meg a kezelést kezdők 2018-ban.

Az adatok értelmezéséhez fontos megjegyezni, hogy az adatok rögzítése az ellátó intézmény telephelye szerint történt, így a megyében működő ellátók profilja és a nyújtott beavatkozások meghatározóak lehetnek a kezelésbe vont kliensek szerhasználati mintázata szempontjából. Továbbá, egyes ellátók több megyéből is fogadhatnak betegeket.

36. ábra. A járóbeteg szolgáltatóknál (beleértve szociális ellátókat is) kezelésbe lépő kliensek megye és elsődleges szer szerinti megoszlása 2018-ban (%; N=4325 fő)



*ÚPSZ: Egyéb stimuláns/Egyéb hallucinogén/Egyéb, a megadott kategóriákba nem sorolható szerek

**Egyéb: MDMA és származéka + LSD + inhalánsok

Forrás: TDI adatgyűjtés 2019

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

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

T1.4 A KEZELÉS TÍPUSAI

T1.4.1 Járóbeteg ellátás keretében nyújtott szolgáltatások

A kábítószer-használók számára nyújtott járóbeteg ellátásokról elérhető információkat lásd a T1.2.1 alfejezetben. Az opiát helyettesítő kezelés részletes leírását lásd a T1.4.9 alfejezetben.

Részletesen információval az egyes beavatkozások hozzáférhetőségéről a különböző egészségügyi és szociális járóbeteg ellátóknál nem rendelkezünk.

T1.4.3 A fekvőbeteg ellátás keretében nyújtott szolgáltatások

A kábítószer-használók számára nyújtott fekvőbeteg ellátásokról elérhető információkat lásd a T1.2.5 alfejezetben.

Részletesen információval az egyes beavatkozások hozzáférhetőségéről a különböző egészségügyi és szociális fekvőbeteg ellátóknál nem rendelkezünk.

T1.4.5 Speciális szerhasználói csoportokat célzó beavatkozások

Nők

A Józan Babák Klub a szerhasználó, viselkedési addikcióval élő várandós vagy gyermeket nevelő nőket és hozzátartozóikat célozza speciálisan az igényeikhez illeszkedő beavatkozásokkal. Az intézmény munkatársai rendszeresen kitelepülnek az intravénás szerhasználat szempontjából rendkívül fertőzött 8. kerület egyik játszóterére, mely megkereső (outreach) program keretében könnyebben megszólítható az általuk elérni kívánt célcsoport. A szervezet beavatkozásainak és klienskörének leírását lásd az Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.4.1 illetve T1.6.1 pontjában

2017-től kezdődően a Józan Babák Klub Babaház néven félutas ház programot működtet szerhasználati problémával küzdő várandós vagy kisgyermekes nők számára, melyben az elhelyezés gyeme(ke)kkel együtt történik. További információk a szolgáltatásról az Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.6.1 pontjában olvashatók.

A budapesti Drogprevenációs Alapítvány metadon programja keretében 2014-ben létrehozta a speciális szülők akadémiáját, a metadonon lévő anyák és apák részére pedig 2015-ben a MENYA/MEPA fogadóórát, melynek keretében egyéni esetkezeléssel- pszichiáter szakorvosi kontrollal és intézményeken átívelő együttműködéssel segítik a várandós és kisgyermeket nevelő klienseiket. További információk a szolgáltatásról az Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés fejezet T1.6.1 pontjában olvashatók.

Jelenleg két terápiás közösség működik Magyarországon mely kifejezetten a szerhasználó (esetleg gyógyszer vagy alkohol-függő) nőket célozza. Az Emberbarát Alapítvány Rehabilitációs Intézete valamint az MPE Hajnalcsillag Rehabilitációs Otthona.

Gyermekek, fiatalok

Összesen három, 18 év alatti szerhasználó fiatalokat célzó terápiás közösség működik jelenleg az országban. Közülük két intézmény csak fiúkat (30 illetve 10 ágyon), egy intézmény lányokat és fiúkat egyaránt fogad (15 ágyon). Fókuszáltan gyermek- és ifjúságaddiktológiai járóbeteg-ellátás jelenleg két intézményben valósul meg: a budapesti Tiszta Jövőért Alapítványnál valamint a székesfehérvári Egészségdokk Közhasznú Alapítványnál.

T1.4.6 Szerhasználókat célzó e-egészségügyi beavatkozások

Online eszközökkel (e-mail, chat vagy fórum) a Kék Pont Alapítvány⁸⁴, a Józan Babák Klub⁸⁵, a Mi-értünk Egyesület⁸⁶, a Református Rehabilitációs Alapítvány⁸⁷ valamint a Talentum Alapítvány⁸⁸ biztosít tanácsadást szerhasználati problémákkal kapcsolatban⁸⁹.

Opiát helyettesítő kezelés

T1.4.9 Opiát helyettesítő kezelést nyújtó intézmények

Az ellátás jellemzően ambuláns kezelés keretében történik, de van néhány szolgáltató, akik fekvőbeteg ellátás keretében (kórházi vagy terápiás közösségben) is biztosítják ezt a gyógyszeres kezelést. Az ellátók egészségügyi profilú, jellemzően kórházi addiktológiai vagy pszichiátriai gondozók és szakrendelők, illetve vegyes profilú specializált járóbeteg ellátók. 2018-ban összesen 12 szolgáltatót azonosítottunk az országban, ahol opiát-helyettesítő kezelést nyújtanak – nem sürgősségi beavatkozás jelleggel – a hosszabb ideje opiátfüggőségben szenvedőknek. A 12 kezelőhelyből 3 intézmény működött Budapesten és 9 további megyében egy-egy szolgáltató (Baranya, Fejér, Somogy, Veszprém, Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Csongrád, Heves, Nógrád). Elmondható, hogy az ország 10 megyéjében nem elérhető ez a beavatkozás. Az ellátás mindössze egy szolgáltatónál érhető el fekvőbeteg ellátás keretében, ambuláns ellátásként azonban mind a 12 kezelőhelyen. (Pétefi 2019) (A szubsztitúciós adatgyűjtés módszertani leírását lásd a T5.2 alfejezetben.)

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

T1.4.10 Opiát helyettesítő kezelésben részesülő kliensek száma

Magyarországon kétféle helyettesítő szer alkalmazásáról beszélhetünk opiát helyettesítő programokban: ezek a metadon és a buprenorfin/naloxon. Történeti és finanszírozási okok miatt a metadon alkalmazása az elterjedtebb, jellemzően az éves esetszám háromnegyede részesül kezelésben ezzel a helyettesítő szerrel (2018-ban 485 fő, 74,6%), míg a buprenorfin/naloxon kombinációja a kliensek hozzávetőlegesen negyede esetében a választott helyettesítő szer (2018-ban 165 fő, 25,4%). A buprenorfin/naloxon kombinációt tartalmazó készítményt pszichiáter szakorvos jogosult orvosi rendelvényre felírni, ellentétben a metadonnal, mely ún. intézeti gyógyszer, vagyis beszerzése és kiadása az egészségügyi ellátó feladata. Emiatt az előbbi készítmény magánellátásban is megjelenhet, melyről információkkal nem rendelkezünk.

2018-ra vonatkozóan összesen 714 kezelési epizódról számoltak be a szolgáltatók, összesen 650 klienshez kapcsolódóan (az intézményen belüli és az intézmények közötti duplikációk kiszűrése az anonimizált TDI kód segítségével történt). 48 esetben intézményen belül több kezelési epizód kapcsolódott egy klienshez. Ezek egy része a kezelési folyamat átmeneti megszakadásából eredt, egy másik része pedig a helyettesítő szer váltásából.

⁸⁴ <http://kekpont.hu/online-tanacsadas/>

⁸⁵ <http://jozanbabak.blogspot.com/p/ellatas-csaladlatogato-mobil-team.html>

⁸⁶ <https://www.mi-ertunk.hu/szolgaltatasaink/on-line-tanacsadas-chat-skype-e-mail/>

⁸⁷ <http://drogproblema.hu/erdeklodoknek/online-tanacsadas>

⁸⁸ <http://talentumalapitvany.hu/index.php/forum>

⁸⁹ Az ellataskereso.hu portálon feltüntetett adatok alapján.

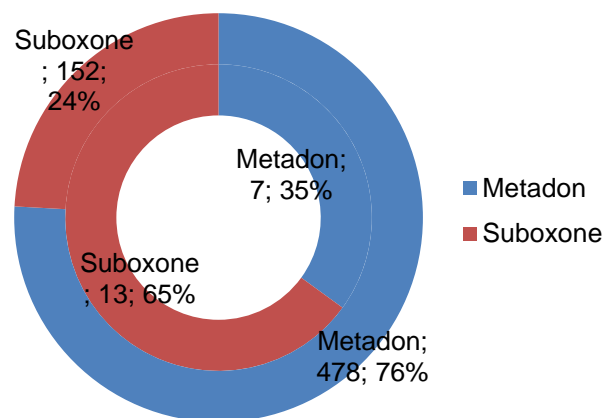
Ezen felül további 12 olyan kliens volt azonosítható, akik év közben kezelőhelyet váltottak, így esetükben intézmények közötti duplikáció volt azonosítható.

A 650 kliens 97%-a (630 fő) fenntartó kezelés keretében került ellátásra. Hozzávetőlegesen háromnegyedük (478 fő) esetében metadon volt a terápia gyógyszere, egynegyedük (152 fő) esetében pedig buprenorfin/naloxon.

A 2018-ban jelentett kliensek 3%-a (20 fő) detoxikációs kezelésben vett részt. A 20 fő közül 7 metadon, 13 fő pedig buprenorfin/naloxon csökkentő terápiában részesült.

Fontos megjegyezni, hogy a fenntartó és detoxikációs kezelési olykor váltja egymást egy terápián belül, ezért nehezen különíthetők el egymástól. A vonatkozó szakmai irányelv (Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele a metadon kezeléstről, lásd T1.5.1 alfejezet) a detoxikációs kezelés hosszát 1 és 6 hónap között határozza meg metadon esetében.

37. ábra. Fenntartó (külső ív) és detoxikációs (belső ív) kezelésben részesülők helyettesítő szer szerinti megoszlása (2018; N=650)

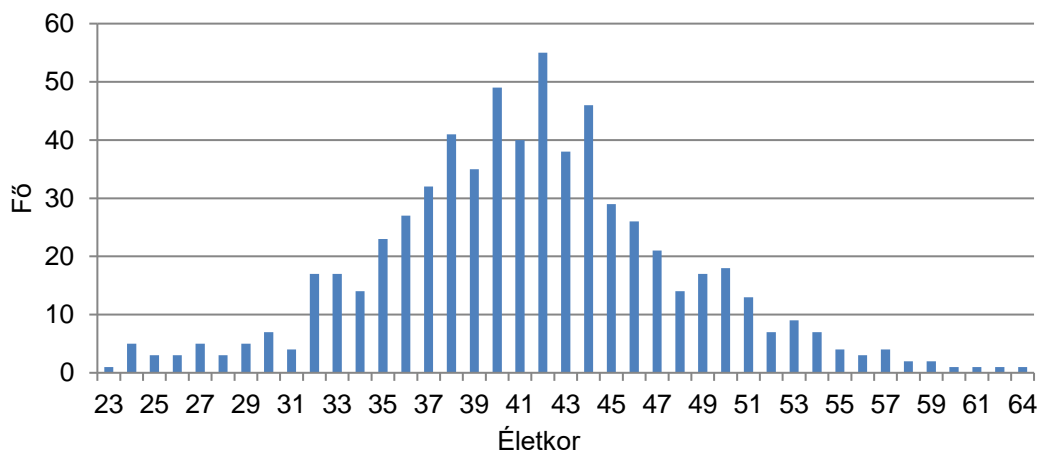


Forrás: Péterfi 2019a – ST24

T1.4.11 Opiát helyettesítő kezelésben részesülő kliensek jellemzői

A 650 helyettesítő kezelésben részesülő kliens 76%-a (494 fő) férfi, 24%-a (156 fő) nő volt. A kliensek átlagéletkora 41,4 év volt, legtöbben (228 fő; 35%) a 40-44 év közötti korcsoportból kerültek ki. A legfiatalabb kliens 23, a legidősebb 64 éves volt.

38. ábra. Opiát-helyettesítő kezelésben lévő kliensek életkor szerinti megoszlása 2018-ban (N=650; fő)



Forrás: Péterfi 2019a

A fenntartó kezelésben lévő kliensek jellemzői

A fenntartó kezelés keretében (630 fő) kezeltek 76%-a (481 fő) férfi, és 24%-a (149 fő) nő volt. Szociális jellemzőiket vizsgálva elmondható, hogy 92,5%-uk rendezett szálláskörülményekkel rendelkezik, mindössze a kliensek 6,7%-a jellemezhető rendezetlen szálláskörülményekkel. Rendszeresen foglalkoztatott vagy tanuló 49,1%, munkanélküli 13,7%, gazdaságilag inaktív (nyugdíjas, háztartásbeli, rokkant nyugdíjas) 6,8%, és egyéb munkaügyi státuszról 30,4% számolt be.

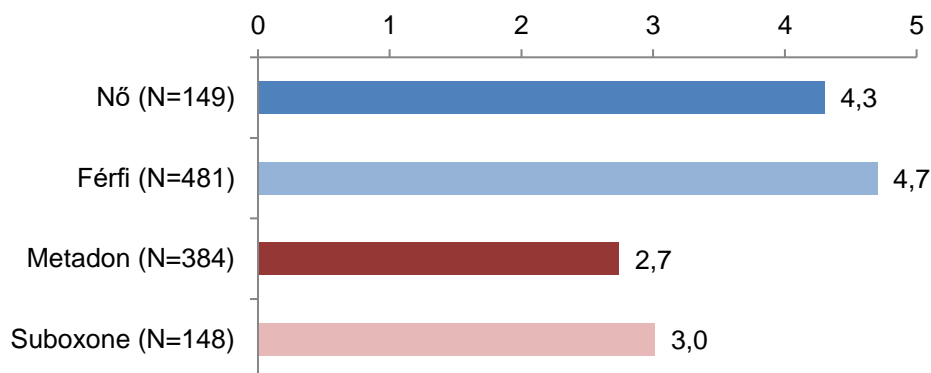
A fenntartó kezelésben lévők 58,4%-a aktív intravénás szerhasználó. Összesen a kliensek 10,0%-a esetében volt azonosítható a 2018-as adatrögzítéskor a helyettesítő szer intravénás használata a kérdezést megelőző 30 napban.

A kezelő intézmények az opiát-helyettesítő terápia alatt végeznek HIV és HCV szűrővizsgálatokat klienseik körében. Összesen 280 kliens esetében végeztek az intézmények HCV szűrővizsgálatot. Az utolsó vizsgálati eredmény 73 esetben (26,1%-ban) mutatott pozitivitást HCV-re. HIV szűrővizsgálatot 272 kliens esetében végeztek az intézmények, közülük mindössze egy azonosított HIV pozitív eset volt.

A 630 főből 102 fő (16,2%) esetében indult új kezelési esemény 2018-ban, 528 fő esetében a korábbi években megkezdett kezelés folytatódott az év során. A kezelési folyamat kezdetétől függetlenül 95 fő kezelése zárult le 2018 folyamán, a fennmaradó 535 fő kezelése tovább folytatódott 2019-ben is. A kezelés átlagos hossza 4,6 év volt, a leghosszabb kezelési epizód 26 éve kezdődött meg.

A kezelésben lévők kezelési folyamatát vizsgálva az látható, hogy a nők átlagosan rövidebb ideje részesülnek opiát-helyettesítő kezelésben, mint a férfiak. Az alkalmazott helyettesítő szer szerint vizsgálva a kezelési epizódokat a metadonnal kezelt kliensek esetében rövidebb a terápiában eltöltött idő átlagos hossza, mint a buprenorfin/naloxonnal kezelt kliensek esetében, ha az összes 2009-ben, vagy azután indult kezelési epizódot vizsgáljuk.

39. ábra. A kezelésben eltöltött idő átlagos hossza a nemként és a helyettesítő szer szerint az összes fenntartó kezelésben lévő körében (2018; év)



Forrás: Péterfi 2019a

T1.5 MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS

T1.5.1 Minősegbiztosítás a kábítószer-használók ellátása terén

Egészségügyi eljárásrendek

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

- Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele – A Metadon kezelés,

- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja – Opiáthasználattal kapcsolatos betegségek kezeléséről,
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja – Amfetaminhasználattal összefüggő kórképek kezeléséről valamint
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja – Kannabiszhasználattal kapcsolatos zavarokról.

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

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

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

Szociális irányelvek

Szenvedélybetegek szociális ellátásával jelenleg három szakmai irányelv foglalkozik:

- a „Szakmai ajánlás – Nappali ellátás szenvedélybetegek részére”,
- a „Szakmai ajánlás – Szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása részére”, valamint
- a „Szakmai ajánlás – Szenvedélybetegek közösségi ellátása”.

A szociális irányelvek kidolgozását az Emberi Erőforrások Minisztériumának felkérésre egy szakértői munkacsoport végezte. Az irányelveknek nincs megjelölt célcsoportja, tartalmilag szakmai konszenzuson alapulnak⁹⁰. Leírják a szolgáltatás céljait, vezérelvét, a szolgáltatók jellemzőit, a minőségbiztosítás feltételeit, a dokumentációs követelményeket valamint a szolgáltatás által lefedett tevékenységeket. 2018-ban sor került a szenvedélybeteg ellátás területén a fenti három szakmai szabályozó átdolgozására, az új ajánlások 2018 július 1-től hatályosak.

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

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

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

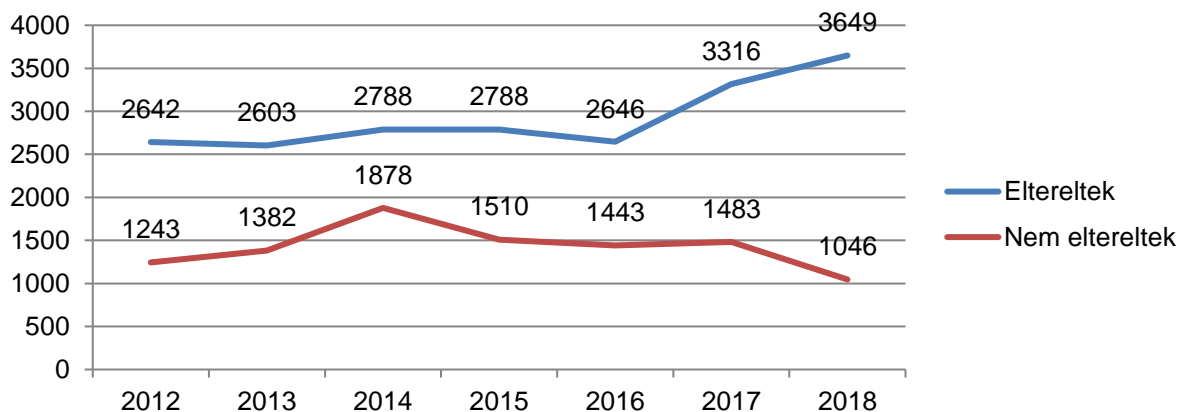
TDI adatok

A kezelésbe lépők esetében – mind az elsőként kezelésbe lépőket, mind az összes klienst tekintve – elmondható, hogy a kannabiszhasználat a legjellemzőbb probléma, amihez a kezelési igény kötődik, különösen az elterelés keretében kezelést kezdők körében. A fentiekben (lásd a T1.2.2 és T1.3.1 alfejezeteket) már leírt sajátossága a magyar ellátórendszernek, hogy a kliensek többsége a büntetőeljárás elkerülése érdekében kezd kezelést. Ezen kliensek egy része nem igényel addiktológiai ellátást, őket egyfajta javallott prevencióss beavatkozásban – ún. megelőző-felvilágosító szolgáltatásban – részesítik a

⁹⁰ Az irányelv tervezeteket konszenzus konferencián egyeztetették a szakma képviselőivel.

szolgáltatók. Figyelemre méltó változás, hogy 2016-ról 2017-re jelentősen (25,3%-kal) megemelkedett a büntető-eljárás alternatívájaként kezelésbe lépők száma (és aránya az összes kezelést kezdőkön belül), mely emelkedés tovább folytatódott 2018-ban is. Az emelkedés feltehetően a rendőri szervek nagyobb aktivitásának köszönhető, mivel elmozdulás figyelhető meg a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények számában is (a kapcsolódó ENYÜBS adatok bemutatását lásd a Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezet T1.2 pontja alatt). Ugyanakkor az önként (nem elterelés keretében) kezelést kezdők száma 2015 és 2017 közötti viszonylagos stabilitását követően 2018-ra jelentősen, 30%-kal visszaesett (a 2017-es 1483 főről 2018-ban 1046 főre)⁹¹.

40. ábra. Kezelésbe lépők számának alakulása a beutalás eredete függvényében, 2012 és 2018 között (fő)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2019

Az ÚPSZ elterjedése kapcsán fontos megemlíteni, hogy amíg ezen anyagok nem kerülnek fel a kábítószer ill. pszichotróp listákra, addig az esetükben indított (szabálysértési) eljárások során nincs lehetőség az eljárás kezeléssel való kiváltására. Azt láttuk az elmúlt két évben, hogy a rendőri aktivitás növekedése a kezelésbe lépők számát is jelentősen megnövelte, elsősorban az alkalmi kannabiszhasználók ellátórendszerbe csatornázásával, így a szabályozás bizonyos szempontból hatással van a kezelésbe vont populáció alakulására.

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

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

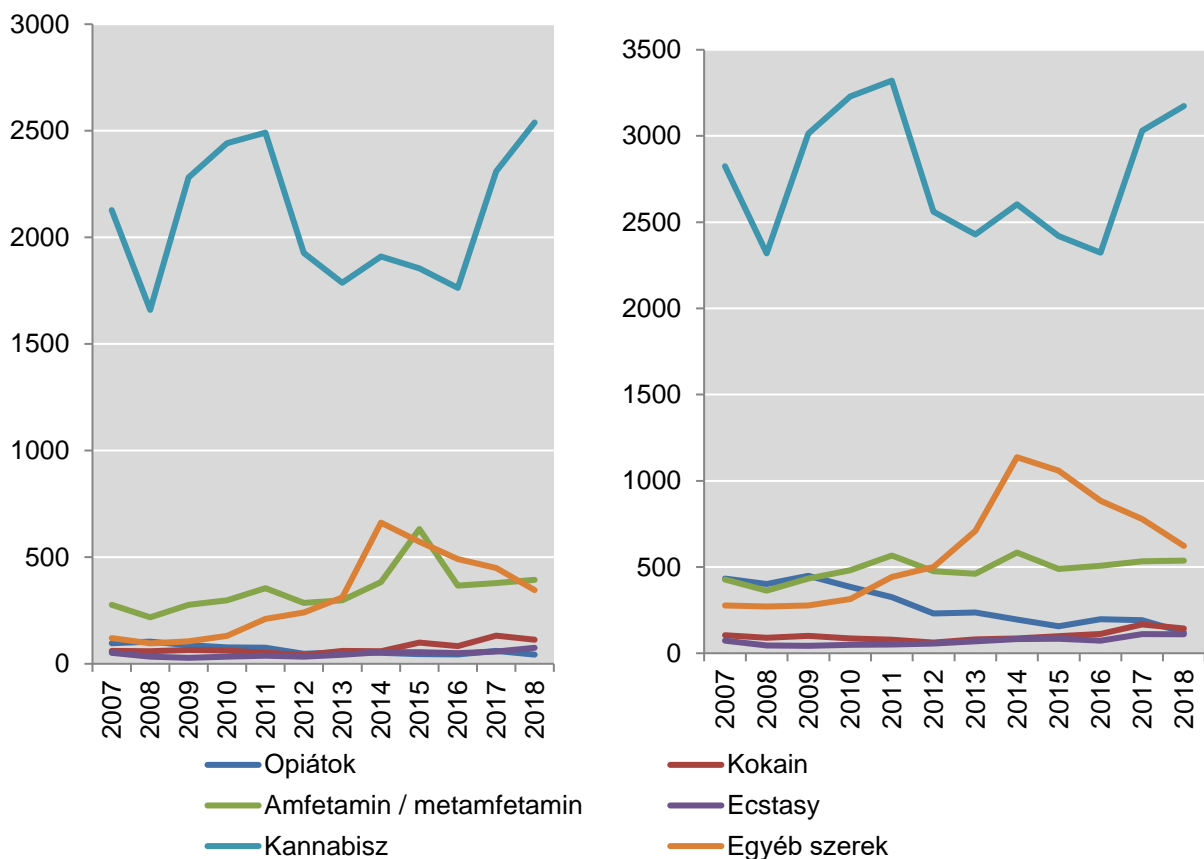
⁹¹ A visszaeséssel kapcsolatban e-mailes megkeresést küldtünk a jelentősebb esetszám visszaeséssel jellemezhető ellátóhelyeknek. A válaszadók azonban napi munkájuk során nem érzékelték visszaesést a kezelési igényben.

A TDI adatgyűjtés adatai alapján az összes kezelést kezdő kliens körében látható az opiátokhoz köthető kezelési igény visszaesése 2009-től kezdődően (2009: 449 fő; 2018: 121 fő). Ezzel párhuzamosan 2009 és 2014 között megnövekedett az egyéb (köztük az új pszichoaktív) szerekhez⁹² köthető kezelésbe lépések száma (2009: 278 fő; 2014: 1137 fő), melyet visszaesés követett 2014 és 2018 között (2014:1137 fő; 2018: 623 fő). Az ÚPSZ térnyerése, és a heroin visszaesése visszaköszön a lefoglalási adatokban is (lásd Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés fejezet T2.1 alfejezet). Az összes és az életükben első alkalommal kezelést kezdők között elsődleges szer szerinti bontásban nincs jelentős eltérés. Ennek fő oka az elterelés keretében kezelést kezdők nagy aránya, akik jellemzően elsőként lépnek kezelésbe. Az amfetaminhasználatból adódó kezelési igény az egyetlen, ami eltérően alakult az új és az összes kliensek összehasonlításában. Az új kliensek esetében 2013 és 2015 között egy enyhe emelkedés, majd 2016-ra visszaesés volt megfigyelhető az amfetamin fogyasztáshoz köthető kezelési igényben, míg ez a változás az összes klient vizsgálva nem tapasztalható.

Úgy tűnik, az elterelés keretében kezelést kezdők számában bekövetkező emelkedés szinte kizárólag a kannabiszhasználók nagyobb számban történő kezelésbe lépésével járt együtt, vagyis a rendőrségi aktivitás emelkedése elsősorban a kannabisz, (a lefoglalások alapján) jellemzően a marihuána használókat sújtotta. Ez az intenzív emelkedés mind az újonnan kezelésbe lépők (2016: 1763 fő; 2018: 2539 fő); mind az összes kliens körében megmutatkozott (2016: 2323 fő; 2018: 3174 fő).

⁹² Egyéb szerek: altatók, nyugtatók+inhalánsok+hallucinogének+egyéb stimulánsok+egyéb be nem sorolható anyagok

41. ábra. Trendek az életükben először (bal oldali ábra) kezelést kezdők, és az összes kezelést kezdő (jobb oldali ábra) körében elsődleges szer szerint 2007-2018⁹³



Forrás: TDI adatgyűjtés 2019

Habár a TDI adatokban és egyéb adatforrásokban (Péterfi 2016; Péterfi 2015; Csák 2012; Horváth et al. 2011) is megfigyelhető volt 2016-ig az ÚPSZ (elsősorban szintetikus kannabinoidok és designer stimulánsok) használatából adódó egyre növekvő kezelési igény – mely még továbbra is jelentős –, az ÚPSZ használathoz köthető speciálisabb igények (többek között a fiatalabbak érintettsége, motiválatlanság, intenzívebb használat, magasabb igény a sürgősségi ellátásra) (GDS 2014; Csák 2012; Horváth et al. 2011) részben kielégítetlenek maradhatnak. Emiatt szakértői vélemények e fogyasztói csoportok alulreprezentáltságát valószínűsítik a kezelési adatokban.

Trendek a kezelésbe lépők szerhasználati és szocio-demográfiai összetételében

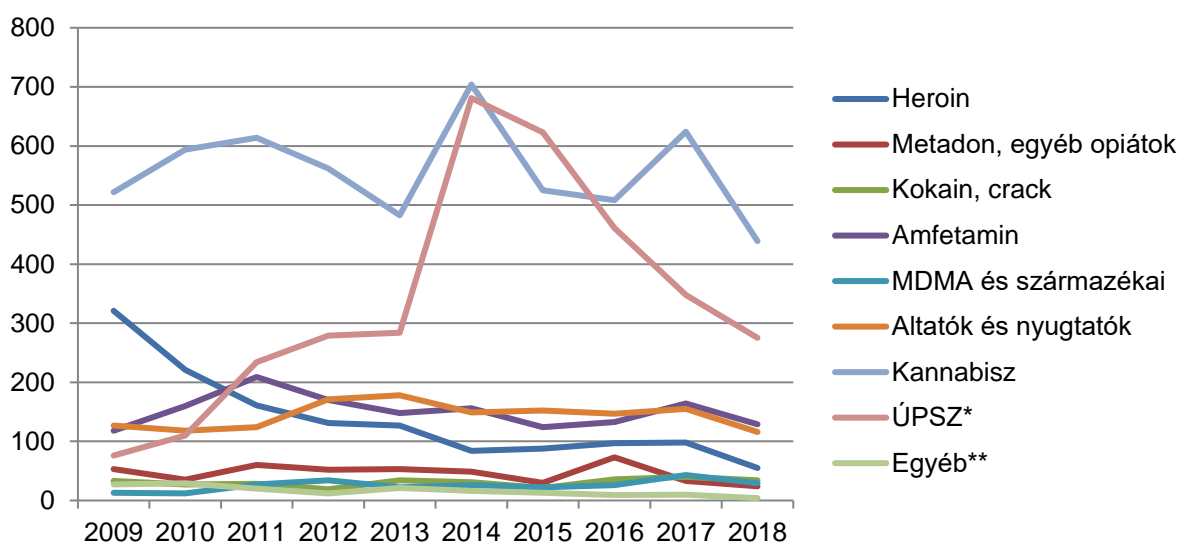
Mivel az elterelés révén kezelésbe kerülők az esetek többségében nem igényelnek valós kezelési beavatkozást, csupán (a kezelés tartalmát tekintve inkább a javallott prevenciók beavatkozásnak tekinthető) megelőző programba utalják őket az állapotfelmérés eredményeként, ezért, hogy ha arra a kérdésre keressük a választ, hogy mely szerhasználati mintázatok okoznak leginkább problémát Magyarországon, a vizsgálatot a nem elterelés keretében kezelésbe lépőkre kell szűkítenünk.

A heroin hozzáférhetőségének drasztikus lecsökkenése (2010) és az új pszichoaktív szerek megjelenése (2008-2009) a kezelési adatokban – a szerhasználati problémák kialakulásának természetéből adódóan – csak némi csúszással érzékelhető. A változásokat megelőzően – 2009-ben – az látható, hogy a kannabisz követő legjelentősebb kezelést indokló probléma a

⁹³ Egyéb szerek: altatók, nyugtatók+inhalánsok+hallucinogének+egyéb stimulánsok+egyéb be nem sorolható anyagok

heroin-használat volt Magyarországon, melytől jelentősen elmaradt az amfetamin és altatók-nyugtatók használata következtében kialakult kezelési igény. Ezt követően, 2009 és 2014 között megjelentek az ÚPSZ-használók is az ellátórendszerben, 2014 és 2016 között a kannabiszhoz hasonló mértékű ellátási igényt produkálva. 2014-től megindult az ÚPSZ-használathoz köthető kliensek számának a csökkenése a kezelésbe lépők között, s bár 2018-ra a kannabiszhoz képest jelentősen elmaradt, de még így is számottevő kezelési igény volt kapcsolható az ÚPSZ fogyasztásához.

42. ábra. Nem elterelés keretében kezelésbe lépő kliensek elsődleges szer szerinti megoszlása 2009 és 2018 között (fő)

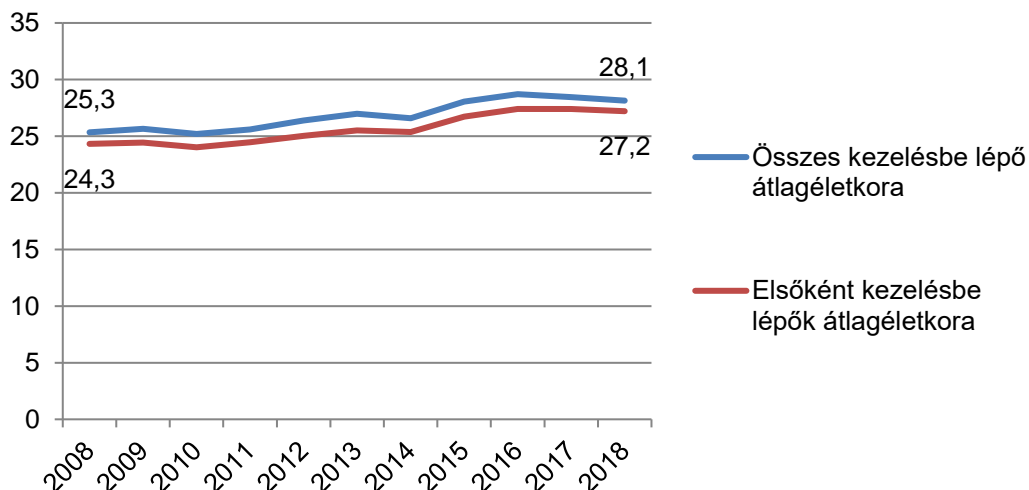


*ÚPSZ: egyéb stimulánsok, egyéb hallucinogének, egyéb be nem sorolható
**Egyéb: LSD, inhalánsok

Forrás: Péterfi 2019b – TDI trend adatok 2008-2018

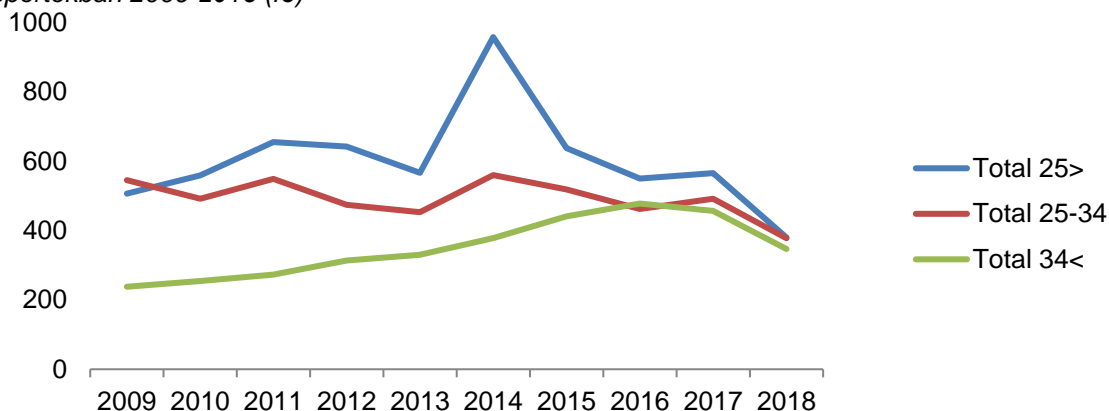
A szerhasználói populáció idősödése egy jelentős probléma az ellátórendszer szervezése szempontjából. Magyarországon mind az összes, kábítószer-problémájából fakadóan valamilyen gyógyszeres vagy pszichoszociális ellátást igénylő szerhasználó, mind az ilyen típusú ellátásokat életükben első alkalommal keresők átlagéletkora növekvő tendenciát mutat. 2008 és 2018 között közel három évvel emelkedett a kezelésbe lépők átlagéletkora: az először kezelésbe lépők átlagéletkora 24,3 évről 27,2 évre emelkedett, míg az összes kezelésbe lépők átlagéletkora 25,3 évről 28,1 évre.

43. ábra. A kábítószer-probléma miatt kezelésbe lépő összes és új kliens átlagéletkorának alakulása 2008 és 2018 között (év)



Hogy közelebbi képet kapjunk a kezelt populáció életkori összetételének változásáról az alábbi elemzésben azt vizsgáltuk, hogyan alakult 2009 és 2018 között a kezelésbe lépők összetétele életkor szempontjából. Ha az önkéntesen kezelésbe lépőket⁹⁴ három korcsoportra bontva vizsgáljuk látható, hogy – eltekintve a 2014-es, nagyrészt ÚPSZ-használatnak tulajdonítható kiugrástól – az elmúlt 10 év viszonylatában enyhén csökkenő volt a 25 év alatti fiatalok száma a kezelésbe lépők körében (2009: 507 fő; 2018: 380 fő). A legfiatalabbakhoz hasonló számban kezdenek kezelést önkéntesen a 25-34 év közöttiek, ugyancsak enyhén csökkenő létszámban az elmúlt 10 évet tekintve (2009: 545 fő; 2018: 378 fő). A 34 év feletti szerhasználók ezzel ellentétben 2009 és 2016 között egyre növekvő számban (2009: 238 fő; 2018: 347 fő) igényelték kezelést kábítószerproblémájukból adóan, bár az elmúlt két évben visszaesés tapasztalható számukban. Összességében ezek alapján két jelenségből tevődik össze a kezelésbe lépők átlagéletkorának növekedése: a fiatalabb szerhasználók egyre kisebb számban lépnek kezelésbe, míg az idősebbek növekvő számban.

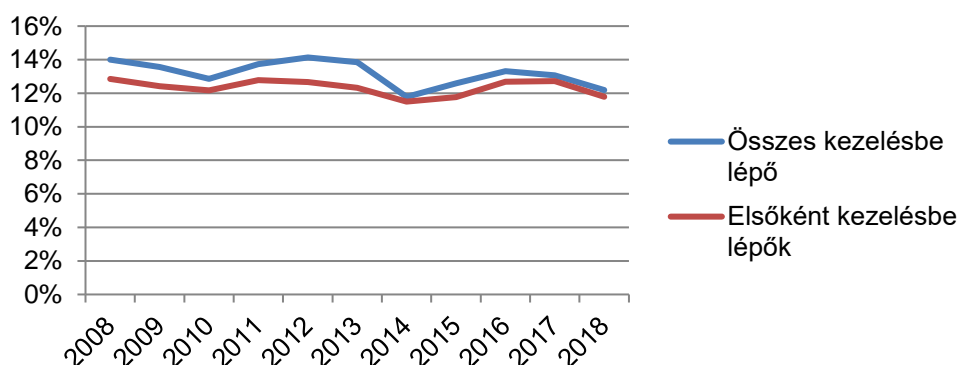
44. ábra. Kezelést kezdő (nem elterelt) szerhasználók számának alakulása az egyes életkori csoportokban 2009-2018 (fő)



Forrás: Péterfi 2019b – TDI trend adatok 2008-2018

A kezelésbe lépők nemi megoszlását vizsgálva elmondható, hogy lényegében változatlan volt az elmúlt 10 évben a szerhasználati problémájuk miatt kezelési programot kezdő kliensek összetétele, vagyis a szerhasználók számára hozzáférhető strukturált kezelést biztosító szolgáltatások továbbra is elsősorban a férfiak igényeire nyújtanak választ.

45. ábra. Nők aránya a kábítószer-probléma miatt kezelésbe lépő összes és új kliens körében 2008 és 2018 között (év)



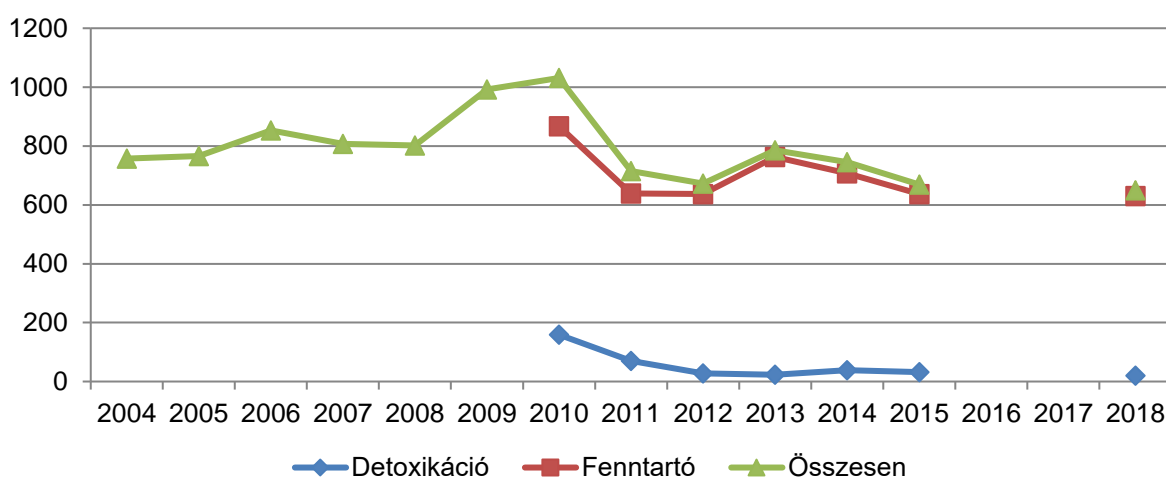
Forrás: Péterfi 2019b – TDI trend adatok 2008-2018

⁹⁴ Nem elterelés keretében kezelést kezdők

Opiát-helyettesítő kezelés

Az opiát helyettesítő kezelésben ellátottak száma relatíve stabil a vizsgált évek viszonylatában: volt egy kisebb emelkedés 2008-at követően, mely a buprenorfin/naloxon bevezetéséhez (és az önfinanszírozott ellátás lehetőségének megteremtéséhez) köthető, majd egy módszertani fejlesztés (mely lehetővé tette a duplikációk kiszűrését országos szinten), mely a 2011-es visszaesést okozta. A kliensek számában 2013 és 2015 között lassú csökkenés volt tapasztalható a kezeléshez való hozzáférés stabilitása mellett, mely vélhetően a heroin 2010 utáni jelentős visszaszorulásával, így pedig a kezelési igények csökkenésével függ össze. Bár a 2016-os és 2017-es évről nem rendelkezünk adatokkal, a 2018-as év adatai alapján úgy tűnik, stabilizálódott az éves klienszám a 2015-ös szinten. A relatíve stabil hozzáférés oka, hogy a finanszírozott kezelési kapacitás nem változott az elmúlt években.

46. ábra. Az opiát helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek számának alakulása a kezelés típusa szerint 2004-2018* (fő)



*2016-ban és 2017-ben szünetelt az adatgyűjtés
Forrás: Péterfi 2019a – ST24

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

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

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

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

T4.1 EGYÉB ADATFORRÁSOK

Az elterelés keretében végzett megelőző-felvilágosító szolgáltatás tartalmának és közvetlen hatásainak vizsgálata

2017-2018-ban vizsgálat készült az elterelés egyik típusának – a megelőző-felvilágosító szolgáltatás tartalmának és közvetlen hatásainak feltárása érdekében (Felvinczi et al 2017

és Paksi et al. 2018) (A vizsgálat két fázisának módszertani leírását lásd a fejezet T5.2 pontjában.)

A vizsgálat célja egyrészt a MFSZ-t biztosító szolgáltatók és az általuk működtetett programok feltérképezése volt, elsősorban azok módszertani levélhez⁹⁵ való illeszkedésük és egyéb szakmai szabályozóknak való megfelelés szempontjából. A vizsgálat másik fő célkitűzése a MFSZ beavatkozások közvetlen hatásainak megismerése volt. A vizsgálatba a legnagyobb hazai MFSZ-t szolgáltató intézmények és szereplők kerültek bevonásra, a bekerülési feltételeknek megfelelt szolgáltatók közül 16 vállalta a vizsgálatban való részvételt.

A szakmai szabályozóknak – így a módszertani levélnek – való megfelelést vizsgálata a munkatársakkal készített félig strukturált interjúk, és egy programinformációs adatlap kitöltése segítségével történt. A szolgáltatók és működésük leírását célzó kérdések 2016-2017-ban zajlottak (Felvinczi et al. 2017).

A büntető eljárás elkerülése érdekében azok vehetik igénybe az elterelés lehetőségét, akik a megelőző két évben nem éltek ezzel a lehetőséggel. A vizsgálat azt mutatta, hogy ez a szabály nehezen érvényesíthető a gyakorlatban. A szervezetek komoly anomáliákat tapasztaltak ezzel a rendelkezéssel összefüggésben, ami elsősorban a rendőrség, ügyészség sajátos működésével hozható összefüggésbe. Többen információhiányt, az egyeztetési készség hiányát tapasztalják a bűnüldöző szervek részéről. Ezen kívül a szervezetek tapasztalatai szerint a rendőrség az eljárásrend egyes lépéseivel sincs szükségképpen tisztában

Az állapotfelmérésről és az elterelés folyamatáról a rendőrségnek, ügyészségnek kellene információt adnia az érintettek számára, azonban ez a legtöbb esetben nem történik meg, így az elterelést nyújtó szervezetekre hárul ez a feladat. Az állapotfelméréssel kapcsolatban több olyan tapasztalatról beszámoltak a szolgáltatók, hogy bizonyos területeken nehezen hozzáférhető, akár 2-3 hetet is igénybe vehet, mire időpontot tudnak szerezni állapotfelmérésre. Ezzel párhuzamosan problémát jelent, hogy a rendőrség ennél rövidebb időn belül igényli a leendő kienstől, hogy a szolgáltatókkal kötött szerződését bemutassa, amely elvileg csak az állapotfelmérést követően lenne megköthető.

Az MFSZ-be vont kliensek összetétele rendkívül vegyes, mind szociális háttérük, mind életkoruk, mind pedig szerhasználati szokásaik szempontjából. A szervezeti képviselők elmondása alapján az a benyomásunk alakult ki, hogy bár zömében olyan klienseket fogadnak, akik indokoltan kerülnek ebbe az ellátási formába, olykor előfordul, hogy az igazi ok, amiért az adott szolgáltatóhoz kerülnek MFSZ-be, az, hogy nincs a környéken megfelelő egészségügyi ellátást nyújtani képes szervezet. További problémaként jelezték a szervezetek az állapotfelméréssel kapcsolatban, hogy az egy alkalmas állapotfelmérés során kevés olyan információ válik hozzáférhetővé, aminek alapján az egyéni szükségletek azonosíthatóak lennének.

A szolgáltatás nyújtásával kapcsolatos egyik központi probléma, hogy a finanszírozás jellegéből adódóan évente kötik a szerződést a szolgáltatókkal, ez a szerződéskötés azonban rendszerint késik, így a szervezetek az év egy részében kénytelenek szolgáltatói szerződés nélkül végezni az MFSZ-t, ami problémát jelent a jogi felhatalmazás hiánya miatt is (pl. igazolás kiadása esetén). A finanszírozáshoz kötődő további probléma, hogy az ellátási díj hónapokat csúszik minden évben, ami komoly működési gondot jelent, főként a kisebb, csak elterelésre fókuszáló szervezeteknek. A jelenlegi finanszírozási sémával további probléma, hogy a szolgáltatóknak fizetett ellátási díj 2003 óta változatlan, és nem reagál az esetleges járulékos költségekre sem (pl.: az elterelésbe kerülő külföldi állampolgárok idegennyelvű ellátása esetén).

Az elterelés jogszabályban meghatározott időkerete tekintetében elsősorban a rugalmasság hiánya jelent problémát. Az MFSZ-be irányított kliensek sem tekinthetők homogén csoportnak, ezért a sajátos élethelyzet, a speciális problémák eltérő beavatkozási módokat

⁹⁵ Módszertani levél a megelőző-felvilágosító szolgáltatók számára.

indokolnának, amire a jelenlegi szabályozási környezetben jogszerűen nincs lehetősége a szervezeteknek.

A vizsgálatot végzők tovább azonosították, hogy a szervezetek egy jelentős részében nem érhető el szupervízió a munkatársak részére, továbbá nem megoldódott az MFSZ szolgáltatók és programok szakmai/tartalmi ellenőrzése sem, az ellenőrzés kizárólag a dokumentáció megfelelőségére szorítkozik (Felvinczi et al. 2017).

A kutatók vizsgálták a két vizsgálati szakasz (a pre és a post kérdőív felvétele) között az elterelésből lemorzsolódók jellegzetességeit az elterelésben maradó (és a poszt kérdőívet is kitöltő) társaikkal összevetve (Paksi et al. 2018)⁹⁶. Azt találták, hogy az elterelésből lemorzsolódók körében szignifikánsan magasabb (több, mint kétszer nagyobb) volt azok aránya, akik maximum 8 általános végzettséggel rendelkeztek. Munkaerőpiaci pozíciójukat vizsgálva arra jutottak, hogy a lemorzsolódók körében kevésbé jellemző a teljes munkaidőben való foglalkoztatás (kiesők: 46,5%; bennmaradók: 56,9%), egynegyedük (24,8% vs. 15,1%) alkalmi munkát végez, és jelentősen nagyobb a munkanélküliek (9,9% vs. 4,3%) és az egyéb eltartottak (13,9% vs. 4,8%) aránya is körükben. A fentiekkel egybecseng az elterelésben maradt (értékelésben résztvevő), valamint a lemorzsolódók deprivációs indexének alakulása is. Ugyan a kutatás adatai alapján összességében azt mondhatjuk, hogy a kliensek többsége – a vizsgált dimenziókban (lakhatás, informatikai eszközök, szórakozás, társas kapcsolatok, utazás) – nem élt meg anyagi megfosztottságot, mindazonáltal, az elterelésbe került kliensekhez képest az elterelést befejezők tendencia jelleggel ($F=3,076$, $p=0,080$) átlagosan kevesebb életkörülmény dimenzióban számoltak be hiányok megéléséről, hozzájuk képest viszont az elterelésből kiesők átlagos deprivációs indexe szignifikánsan ($F=7,819$, $p<0,001$) magasabb volt. A kliensek társadalmi státusának jellemzésére alkalmazott mutatók alapján a kutatók arra jutottak, hogy az elterelés – az átlag droghasználókhoz képest egyébként is nyomott kulturális státussal jellemezhető – kliensköréből a kulturális, munkaerő-piaci és anyagi státusjellemzők tekintetében egyaránt a leginkább kedvezőtlen státussal rendelkezők, a fokozottan sérülékeny csoportok morzsolódnak le.

A lemorzsolódók és a bennmaradók közti szerhasználati különbségeket vizsgálva elmondható, hogy bár az elmúlt 30 napi szerhasználat alacsonyabb volt a lemorzsolódók esetében, a szerhasználati mintázódásuk számos ponton eltért. Egyrészt magasabb arányban használtak életük során új pszichoaktív szereket (új stimulánsokat, szintetikus kannabiszt és mepredont) valamint GHB-t. Alacsonyabb volt körükben az aktuális (elmúlt 30 napi) kannabiszhasználat, ugyanakkor magasabb a szintetikus kannabinoidok használata. Emellett kimutatható volt, hogy a polidroghasználat is jellemzőbb a szolgáltatásból kiesőkre: esetükben 48,8% volt azok aránya, akik az elmúlt hónapban 2 vagy többféle szer használatáról számoltak be, míg az elterelésben bennmaradók esetében 38,5% volt arányuk. A problémás használat mérésére alkalmazott eszközök (CAST és SDS) mentén nem volt szignifikáns különbség a két csoport között. A lemorzsolódók összetétele arra hívja fel a figyelmet, hogy az MFSZ jelenlegi rendszere a kulturális, munkaerő-piaci és anyagi státusjellemzők tekintetében egyaránt leginkább kedvezőtlen státussal rendelkező, fokozottan sérülékeny, leginkább segítségre szoruló szerhasználókat kevésbé tudja megtartani.

A kutatás vizsgálta a MFSZ beavatkozások eredményességét is. A vizsgálat ezen elemében megnézték a módszertani levélben és a szervezetek által megjelölt célok⁹⁷ a pre és post kérdőívben rögzített adatok mentén mért teljesülését, továbbá azt is vizsgálták, hogy milyen kliensjellemzők és szolgáltatási tényezők növelik az egyes célok sikeres megvalósításának az esélyét, hogy mik az eredményesség meghatározó tényezői.

⁹⁶ A két csoport összevetése egységesen a pre-kérdőívben rögzített állapot alapján történt.

⁹⁷ rendszeres fogyasztás megelőzése, problémás szerhasználat csökkentése, függőség megelőzése, egészséges életmód, életvezetési készségek fejlesztése, önreflexió kialakítása, szerhasználat csökkentése, absztinencia

A MFSZ jelenlegi gyakorlata alapján a módszertani levélben megfogalmazott, illetve legtöbbek által kitűzött célok (absztinencia, rendszeres fogyasztás megelőzése, szerhasználat csökkentése, problémás szerhasználat csökkentése, függőség megelőzése, egészséges életmód kialakítása, életvezetési készségek fejlesztése, önreflexió kialakítása) közül a jelenleg működő legnagyobb szolgáltatók jelentős eredményeket érnek el a kliensek droghasználatának/rendszeres droghasználatának csökkentése terén, és a kliensek jelentős hányadánál érik el, hogy felhagyjanak az aktuális szerhasználatával. Ugyanakkor a problémás szerhasználat csökkentése/függőség megelőzése, az egészséges életmód kialakítása, illetve az életvezetési készségek fejlesztése tekintetében a jelenlegi szolgáltatások nem érnek el statisztikailag mérhető változást, a viszonylag kevés szolgáltató által megcélzott cél, az önreflexió fejlesztése vonatkozásában pedig a szándékolttal ellentétes irányú változások mutatkoznak az MFSZ ideje alatt az MFSZ-ben részt vevő kliensek teljes körére.

A célok elérése azonban nem független a szolgáltatások különböző jellemzőitől. A kutatás eredményei alapján itt elsősorban a humánerőforrás összetételét kell kiemelnünk: a szakirányú diplomával nem rendelkező munkatársak létszámának a növekedése minden végső cél elérésére kedvezőtlen hatást gyakorol. Ugyanakkor a főállásban alkalmazott pszichológusok, a pszichiáterek, illetve az addiktológiai konzultánsok nagyobb száma segíti egyes célok elérését. A szolgáltatások módszertani levéllel való harmonizációjának kedvező hatása szintén több cél esetében azonosítható. Leginkább az egyéni konzultáció lehetőségének biztosítása bír kedvező hatással, de 1-2 cél vonatkozásában kimutatható a módszerek, illetve a célok klienssel együtt való kialakításának, a módszertani levélben meghatározott legfontosabb kliensjogok rögzítésének, vagy csoportos konzultációs lehetőség biztosításának hozadéka is.

A szolgáltatás jellemzői mellett – a kutatás eredményei alapján – a célok elérése tekintetében fontos, hogy szolgáltatás során kitűzött célok mentén hogyan jellemezhetők a kliensek a szolgáltatás megkezdésekor. A legtöbb cél esetében kedvezőbb változásokra lehet számítani a célváltozók mentén kedvezőtlenebb helyzetben lévő, deficittel rendelkező kliensek esetében, ami a szolgáltatások eredményessége tekintetében az egyéni szükségletfelmérés fontosságára hívja fel a figyelmet (Paksi et al. 2018).

Kapcsolat az ellátórendszerrel a szegregátumi környezetben

2018-ban kutatás készült a vidéki (községi) szegregátumokban élők szerhasználatával, az ellátórendszerhez kapcsolódó viszonyával és hozzáféréssel kapcsolatban (Csák et al. 2018a) (a vizsgálat módszertani leírását lásd a Kábítószeres fejezet Források, módszertan/T6.2 pontjában, a szerhasználati mintázatokkal kapcsolatos megállapításokat a Kábítószeres fejezet Kannabisz/T4.1 pontjában valamint Stimulánsok/T4.1 pontjában).

A vizsgálat keretében aktív ÚPSZ használókat, aktív altató-nyugató használókat és intenzív alkoholhasználókkal készült kérdőíves adatfelvétel. A szociális és egészségügyi rendszerrel való legfőbb kapcsolódási pont a vizsgált szegregátumban élő szerhasználók körében a házi orvos volt: 72% jelezte, hogy járt házi orvosnál az elmúlt 12 hónap folyamán. Ezt követte az egészségügyi szűrővizsgálat (jellemzően tüdőszűrés, nőgyógyászati szűrővizsgálat), valamint a szociális munkással történő kapcsolattartás. Legkevésbé a drogambulancia jelent meg a válaszokban, mindössze 10 válaszadó jelezte (2%), hogy járt ilyen intézményben az elmúlt év során. A legtöbb szociális és egészségügyi szolgáltatás igénybevétele kapcsán a nők és az idősebb (45 év feletti) korosztály tagjai tekinthetők aktívabbnak. Az eredmények alapján az aktív ÚPSZ/altató/nyugató/alkohol használó nők gyakrabban vesznek részt egészségügyi szűrővizsgálaton, több esetben keresik fel a házi orvost vagy mennek el a családsegítőbe, és mentőt is gyakrabban hívnak, mint a férfiak. Az idősebbek esetében valószínűleg az életkorral járó problémák játszhatnak közre abban, hogy gyakrabban veszik igénybe az ellátórendszert. Az iskolai végzettség hatása csak a családsegítő munkatársaival való találkozás esetében volt mérhető: a legalacsonyabb végzettségűek nagyobb arányban keresik fel az intézményt, és a családsegítő munkatársai is gyakrabban keresik fel őket.

A vizsgált szegregátumban élő szerhasználókat megkérdezték arról is, hogy mi az ami leginkább nehezíti számukra az egészségügyi és szociális ellátórendszer igénybe vételét. A

megkérdezettek a hosszú várólistákat látták a legnagyobb problémának az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatban, melyet a különböző intézményekbe való eljutás anyagi terhe, és az eljutás megoldatlansága, bonyolultsága követ. Az információhiányt minden ötödik megkérdezett tartotta súlyos mértékűnek.

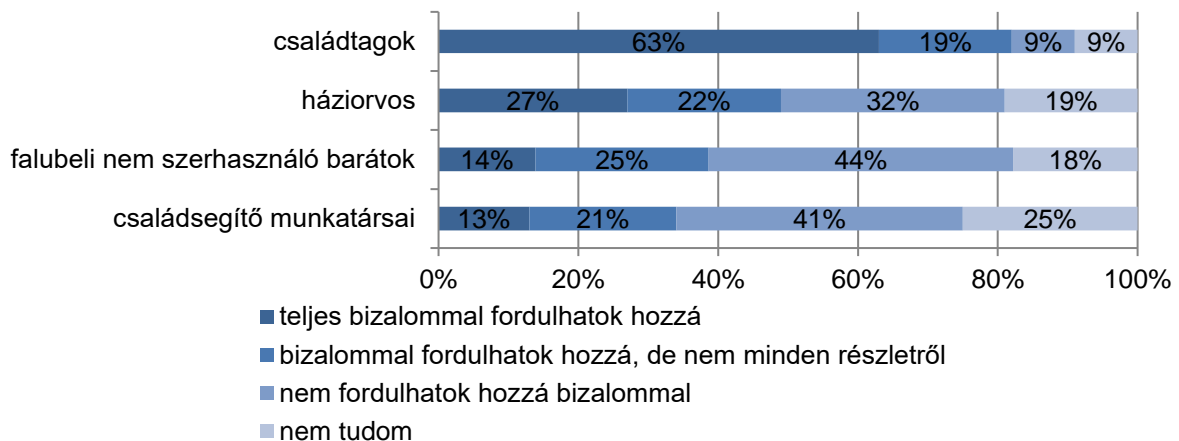
47. ábra. Szociális és egészségügyi szolgáltatások igénybevétele az elmúlt egy év során a községi szegregátumok aktív ÚPSZ, altató-nyugató és alkohol használói körében (% , n=401)



Forrás: Csák et al. 2018a

A támogató környezet és az ellátórendszerrel kapcsolatos bizalomhiányt jelzi, hogy a megkérdezettek többsége csak a családjához fordulna bizalommal szerhasználatból eredő problémájával. A válaszadók 82%-a érezte úgy, hogy bizalommal fordulna ilyen problémával a családjához. Lényegesen kisebb volt a bizalom a házi orvos felé, és még kisebb a családsegítő munkatársaival kapcsolatban. A nem szerhasználó barátokhoz mindössze a válaszadók 35%-a fordulna szerhasználati problémájával. Ezek alapján úgy találták a szerzők, hogy a vizsgált közösségekben élő szerhasználók nem igazán tudnak a saját kapcsolataikon, tudásukon kívül bevonni külső erőforrásokat a probléma kezelésébe.

48. ábra. Kihez fordulnak bizalommal szerhasználati problémáival kapcsolatban a községi szegregátumok aktív ÚPSZ, altató-nyugató és alkohol használói (% , n=401)



Forrás: Csák et al. 2018a

2018-ban kutatás készült a városi szegregátumokban tapasztalható ÚPSZ-használat jellemzőinek feltérképezésére, illetve az ellátórendszer ÚPSZ-használathoz kapcsolódó hiányosságainak és fejlesztési lehetőségeinek azonosítására (Csák et al. 2018b). A vizsgálat

két elemét mutatjuk az alábbiakban be. (1) 18 év feletti, szegregátumokban élő ÚPSZ-használókkal félig strukturált interjúk készültek 3 helyszínen. (2) A vizsgálat további elemeként városi szegregátumok szerhasználatára rálátó szakemberekkel készült kérdőíves és interjú vizsgálat delphi módszer alkalmazásával (a vizsgálat részletesebb módszertani leírását lásd a Kábítószeres fejezet Források, módszertan/T6.2 pontjában).

A szerhasználókat vizsgáló kutatásban megállapították, hogy a falvak szegregátumaiban élőkhez képest a városi szegregátumokban élők több lehetőséggel rendelkeznek az ellátórendszer igénybevitelével kapcsolatban. Az interjúkban elmondottak alapján úgy tűnik, hogy jellemzően kettő, maximum három intézménnyel vannak kapcsolatban (ellentétben a kistelepüléseken élőkkel, akik jellemzően semmilyen szenvedélybeteg ellátással nincsenek kapcsolatban). Az egyik szolgáltatás jellemzően valamilyen hajléktalan ellátás, a másik pedig valamilyen speciális, szenvedélybetegek ellátására szakosodott intézmény volt. Ez utóbbi döntően ártalomcsökkentő, alacsonyküszöbű programokat jelentett, illetve azok, akik ellen eljárás indult kábítószer birtoklás miatt, elterelést végző intézménnyel álltak kapcsolatban. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások fontos részét képezik a szerhasználók mindennapjainak, az interjúk alapján ezek a túlélési stratégia fontos elemei (ahogy a hajléktalanszállók is).

A szakértőkkel készített interjúkban a megkérdezettek a szerhasználók kezelésével kapcsolatos elsődleges problémaként az ellátórendszer lefedettségének elégtelenségét azonosították. A tanulmány alapján a szakértők meglátása az volt, hogy amikor egy szerhasználó (különösen az ÚPSZ-használó) az egészségügyi ellátórendszerbe kerül, az elsősorban a tünetei miatt történik, és kezelést is a szerhasználat előidézte tünetekre kap. Emellett az interjúalanyok úgy látták, hogy probléma az is, hogy ellátórendszerben dolgozó szakemberek előítéletesen bánnak a szerhasználókkal. Végül problémaként azonosították, hogy jellemzően nem történik továbbirányítás, a sürgősségi ellátás után a kliensek nem jutnak tovább az egészségügyi ellátórendszerben.

T5. FORRÁSOK ÉS MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

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

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

Csák R., Magyar, É., Márványkövi, F., Rácz, J. (2018a): Kvantitatív kutatás a községi szegregátumokban élő pszichoaktív szerhasználók körében – Drogfogyasztás és kezelésének lehetőségei községekben, különös tekintettel a „Szegregált élethelyzetek felszámolása komplex programokkal” elnevezésű pályázatban (EFOP 1.6.2 – 16) résztvevő települések szegregátumaira. MAT-SzGyF, 2018. Kézirat.

Csák, R., Kassai, Sz., Márványkövi, F., Szécsi, J., Rácz, J. (2018b): Új Pszichoaktív Szerhasználat városi szegregátumi környezetben: hiányelemzés és szükségletfelmérés a hazai ellátórendszerre vonatkozóan. MAT-EMMI, 2018. Kézirat.

Egészségügyi Közlöny (2017): Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pre-, peri- és poszt-natalis mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről. 2017. 4. szám, 1120. o.

Elérhető:

http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2485/fajlok/EEMI_szakmai_iranyelve_a_pre_peri.pdf
(2019. 10. 04.)

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

Felvinczi, K., Paksi, B., Magi, A., Sebestyén, E. (2017): Az elterelés keretében végzett megelőző-felvilágosító szolgáltatás tartalmának és közvetlen hatásainak vizsgálata – című kutatás első fázisának eredményei. Kézirat.

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

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

Paksi, B., Magi, A., Felvinczi K. (2018): Az elterelés keretében végzett megelőző-felvilágosító szolgáltatás tartalmának és közvetlen hatásainak vizsgálata – című kutatás második fázisának eredményei. A szolgáltatások folyamat- és eredményértékelése. Kézirat.

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

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

Péterfi A. (2019a): OST beszámoló 2019. Kézirat.

Péterfi A. (2019b): TDI trend adatok 2008-2018. Kézirat.

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

T5.2 MÓDSZERTAN

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

2016-ban vizsgálat készült 3 hazai gyermek- és ifjúság-addiktológiai rehabilitációs intézet működésének és működési szükségleteinek feltérképezésére. A vizsgálat mindhárom intézmény esetében dokumentumelemzésből (szakmai program, és egyéb szakmai dokumentáció), az ellátottakkal készített interjúkból (5 interjú intézményenként), az intézmény vezetőjével készített interjúból, illetve fókuszcsoportos beszélgetésekből állt, melyben az intézményben dolgozó szakmai team és az együttműködő partnerek vettek részt.

Csák et al. 2018a - Szerhasználat vidéki szegregátumokban: A módszertani leírást lásd a Kábítószeres fejezet Források és módszertan/T.6.2 pontjában.

Csák et al. 2018b - Városi szegregátumokban élő ÚPSZ használók: A módszertani leírást lásd a Kábítószeres fejezet Források és módszertan/T.6.2 pontjában.

Felvinczi et al. 2017; Paksi et al. 2018 - Az elterelés keretében végzett megelőző-felvilágosító szolgáltatás tartalmának és közvetlen hatásainak vizsgálata

Az elterelés keretében végzett megelőző-felvilágosító szolgáltatás (MFSZ) tartalmának és közvetlen hatásainak vizsgálata – című kutatás célja az elterelés keretében végzett

megelőző-felvilágosító tevékenység strukturált leírása, az elterelés keretében végzett megelőző-felvilágosító szolgáltatások kliens-összetételének bemutatása, az elterelés keretében végzett megelőző-felvilágosító tevékenység szakmai szabályozóknak (2011-ben elkészült módszertani ajánlásban javaslatoknak) való megfelelésének vizsgálata, a beavatkozások eredményességének, közvetlen hatásainak elemzése volt. A szolgáltatók kiválasztása az NRSZH 2015 és 2016-os kliensforgalmi adatai alapján történt. Összesen 16 szolgáltató volt, amelyik megfelelt a bekerülési feltételeknek (legalább 100 klienszt látott el MFSZ keretében 2015-ben, vagy 2016-ban és még működött az MFSZ szolgáltatása a vizsgálat idején), és vállalkozott a vizsgálatban való részvételre. A vizsgálatba bevont 16 szervezetből 6 elsősorban megelőző tevékenységre szakosodott, a többi 10 szervezet más tevékenységeket is végzett MFSZ-en és egyéb prevenciók jellegű beavatkozásokon kívül. A szervezetek és programok vizsgálata a munkatársakkal készített félig strukturált interjúk, és egy programinformációs adatlap kitöltése segítségével történt. A szolgáltatók és működésük leírását célzó kérdések 2016-2017-ban zajlottak.

A vizsgálat első szakaszában a vizsgálatban részt vevő 16 szervezet 19 programjában elterelésben lévő kliensekkel készült pre adatfelvétel. A vizsgálat második szakaszában való részvételt a korábban bevont 16 szervezet közül 13 vállalta. E szervezetek összesen 14 MFSZ programot működtettek, melyek klienskörében a poszt adatfelvétel megtörtént. Mind a pre, mind a poszt adatfelvétel kérdőíves, döntően önkitöltős technikával történt. A pre adatfelvétel során – mely 2016 novembere és 2017 májusa között zajlott – 708 fő volt a nettó minta, a poszt adatfelvétel során – mely 2017 májusa és 2018 novembere között zajlott – 420 fő volt a nettó minta. Mind a pre, mind a poszt adatgyűjtés kérdőíve tartalmazott kérdéseket, melyek leképezték az MFSZ szolgáltatások módszertani levélben meghatározott általános végső céljait, valamint a programok körében végzett vizsgálati elemekben azonosított specifikus célokat. Ezen felül a pre kérdőív kérdéseket tartalmazott a kliensek szociodemográfiai jellemzőire vonatkozóan, a poszt kérdőív pedig tetszési mutatókat tartalmazott.

Péterfi 2019a - Szubsztitúciós adatgyűjtés:

A szubsztitúciós adatgyűjtést 2016-ig az Országos Addiktológiai Centrum koordinálta, az adatokat a Nemzeti Drog Fókuszpont dolgozta fel és elemezte. Az adatgyűjtést 2019-ben (a 2018-as esztendőről) a Nemzeti Drog Fókuszpont végezte. Az adatok jelentése önkéntes. Az országban azonosított 12 szubsztitúciós kezelőhely mindegyike megküldte adatait, így a lefedettség mind a kezelőhelye, mind a kliensek szempontjából 100%-os. Az adatokat a szolgáltatók havonta rögzítik a kliensekkel face-to-face interjú keretében. Az adatbázisban minden kliens csak egyszer szerepel (az adott év utolsó jelentése alapján). A legutolsó adatgyűjtés óta egy szolgáltató (Soroksári Addiktológiai Centrum) megszűnt, egy pedig nem nyújt már helyettesítő kezelést (Kék Pont – Pest). A 2015-ös adatgyűjtéshez képest további változás, hogy további 5 intézményt sikerült bevonni az adatgyűjtésbe, így annak intézményi lefedettsége 100%-ra növekedett.

Péterfi 2019b – TDI trend adatok 2008-2018:

A TDI adatgyűjtésből származó 2008 és 2018 közötti adatokon – az éves TDI statisztikák előállításánál alkalmazott tisztítási és duplikációsűrésési folyamatok alkalmazását követően – másodelemzéseket végeztünk. Az éves esetszámok eltérhetnek az Éves Jelentésekben jelentett éves TDI esetszámoktól, mivel az adatbázis (nyers adatok) más időpontban lett lekérve, így az adatrögzítők módosíthatják intézményük adatait az éves adatlekéréseket követően. Az adatok duplikációsűrése naptári évenként történt, az év folyamán kezelésben megjelent kliensek minden évben legfeljebb egyszer szerepelnek, ugyanakkor ugyanaz a kliens több évben is megjelenhet az adatbázisban. Az adatok feldolgozása SPSS programcsomaggal történt, leíró statisztikák alkalmazásával.

TDI adatgyűjtés 2019:

A TDI (Treatment Demand Indicator – Kezelési Igény Indikátor) adatgyűjtést 2017 áprilisáig az Országos Addiktológiai Centrum koordinálta, az adatokat a Nemzeti Drog Fókuszpont

dolgozta fel és elemezte. A TDI-be a 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet alapján minden kábítószer-használó kezelésbe vételéről jelentenie kell a hazai szolgáltatóknak. Az adatgyűjtési kérdőív a TDI 2.0 protokoll (EMCDDA 2000) iránymutatásait követve került kidolgozásra. Az adatgyűjtés anonimizált azonosítók segítségével történik, így az éves statisztikákból kiszűrhetők a duplikációk – vagyis egy személy évente csak egyszer jelenik meg az országos adatokban. A hazai alkalmazásban a beutalás eredete kérdésre „Bíróság/feltételes szabadlábra helyezés/rendőrség” választ adókat tekintjük elterelteknek (büntetőeljárás elkerülése érdekében kezelést kezdőknek). További részletekért lásd a protokollt (EMCDDA 2000).

2018-ban összesen 76 szolgáltató jelentett adatokat a TDI rendszerébe. A 2017-ben jelentő 86 kezelőegység, valójában 80 szolgáltató, közülük 6 két kezelési modalitásban jelentett klienseket, melyet így 86 külön egységként jelenítettünk meg. 2018-ban ezzel szemben 76 szolgáltató jelentett, közülük 4 közösségi szolgáltató bv intézetekben is végez ellátást, ezt csak a fogvatartottak ellátásánál jelenítjük meg. A 4 jelentőegység csökkenés 7 korábbi jelentő elmaradásából (össz. kliensszámuk 2017-ben 165 volt, átlag 24 kliens), és 3 új kezelőegység jelentésbe való bekapcsolódásából (össz. kliensszám 2018-ban: 301, átlag 100 kliens) áll össze. Összességében tehát elmondhatjuk, hogy nem a jelentőegységek számának csökkenése okozza a kliensszám visszaesést 2017-ről 2018-ra, hanem a stabil jelentő egységek kliensszámának enyhe visszaesése. Jelentősebb elemszám visszaesés tapasztalható a nem elterelés révén kezelésben kerülők körében. A csökkenés itt is elsősorban a stabil jelentők esetszámának visszaeséséből adódik, nem pedig az adatgyűjtés intézményi lefedettségének változásából.

EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEK ÉS ÁRTALOMCSÖKKENTÉS⁹⁸

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

Egészségügyi következmények - áttekintés

A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás tekintetében Magyarországon évente mintegy 20-30 közvetlen túladagolásos haláleset történt az elmúlt 10 évben. 2010 előtt a halálesetek számának évenkénti változása mögött elsősorban az utcai heroin tisztaságának változása állt. A heroin hozzáférhetőségének 2010-es drasztikus visszaesésével az e szerhez köthető halálesetek száma is lecsökkent. A csökkenő tendenciát 2012-ben és 2013-ban az új pszichoaktív szerekhez köthető halálesetek számának emelkedése ellensúlyozta. 2014-ben némileg növekedett az opiátokhoz köthető esetek száma. A szerstruktúrában bekövetkezett elmozdulás összességében nem okozott változást a halálesetek számában 2015-ben, azonban 2016-ben majd 2017-ben növekedés, majd 2018-ban stagnálás volt tapasztalható a kábítószeres kapcsán bekövetkezett halálesetekben kimutatható szerek összetételének lassú átalakulása mellett.

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

A kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek esetében a 2006 óta folyó országos szeroprevalencia vizsgálatok során 2014-ben azonosítottak először HIV-fertőzötteket a vizsgálatba bevont személyek között (2 fő, 0,3%). 2015-ben és 2018-ban 1-1 fő (0,2%-0,2%) esetében diagnosztizáltak HIV-fertőzést.

A hepatitis C vírus prevalenciájának országos átlaga 25% körül alakult az intravénás szerhasználók körében 2011-ig, azonban 2014-ben a fertőzöttség mértéke 48,7%-ra emelkedett, amely kétszerese az előző években mért országos HCV prevalencia értéknek. Kutatási adatok alapján a HCV prevalencia duplázódásának hátterében azonosítható a magasabb kockázatokkal járó ÚPSZ-injektálás nagyfokú térnyerése, illetve a tűcsere programok hozzáférhetőségének visszaesése a vizsgált időszakban. 2015-ben a 2014-es értékekhez hasonlóan alakult a fertőzöttségi arány (49,7%), azonban az adatok trendelemzése során fontos figyelembe venni a két legnagyobb fővárosi szűrőhelyszín kieséséből származó korlátokat (lásd: T1.3). A 2018-as országos vizsgálat 43,5%-os HCV prevalenciát állapított meg az intravénás szerhasználók körében. Az eltérő módszertan és a célpopuláció egyre nehezedő elérése miatt a vizsgálatba nem sikerült a korábbi évekhez hasonló összetételű intravénás szerhasználói közeget bevonni, így az adatok nem összehasonlíthatók a korábbi években mért prevalenciaértékekkel, (részletes magyarázatot lásd: T.1.3.)

Ártalomcsökkentés – áttekintés

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

⁹⁸ A fejezet szerzői: Tarján Anna, Horváth Gergely, Almádi Zsófia, Csák Róbert

fecskendők számának változásaival ellentétben a túcsere programokban megjelent kliensek száma, illetve a kontaktok száma meredek emelkedést mutatott 2012 után.

A két legnagyobb budapesti túcsere program bezárása következtében 2015-ben jelentősen tovább csökkent a hazai túcsereprogramok fecskendő és kliensforgalma. A csökkenő tendencia 2016 és 2018 között mérsékeltebben, de folytatódott, amely főként további programok megszűnésének, a fővárosi szervezeteknél megfigyelhető kapacitáshiánynak és az intravénás szerhasználók szerhasználati mintázatában bekövetkezett változásnak (rejtőzködőbb intravénás szerhasználat a fokozódó rendőri jelenlét miatt; növekvő szintetikus kannabinoid használat; az injektálható szerek esetében a fóliázás terjedése) tudható be.

Míg 2011-ben közel 650.000 fecskendő került kiosztásra, addig 2018-ban 83.341 darab. A kliensek száma a 2013-ban mért 4624-ről 1435-re esett vissza.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 KÁBITÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK

T1.1.1 Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek

Közvetlen túladagolás okozta halálesetek

2018-ban, akár csak 2017-ben, ismét 33 kábítószer-használattal közvetlenül összefüggő halálesetet jelentettek a speciális halálozási regiszterbe, így a tavalyi évhez képest stagnálás írható le, míg a korábbi években emelkedő tendencia volt jellemző (2017:33 2016: 29; 2015: 25)⁹⁹. A 33 halálesetből 7 esetben nő, míg 26 esetben férfi volt az elhunyt.

A fenti esetekből 4 alkalommal merült fel a túladagolás hátterében öngyilkossági szándék.

13. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2018-ban (fő)

	férfi	nő	összesen
opiát és egyéb szer okozta mérgezés ¹⁰⁰	3	1	4
metadon (egyéb kábítószer nélkül) okozta túladagolás/mérgezés ¹⁰¹	1	0	1
egyéb pszichoaktív szerek túladagolása ¹⁰²	16	1	17
egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	6	5	11
összesen	26	7	33

Forrás: NFP 2019

A túladagolások körében a férfiak átlagéletkora 33,7 év, a nőké 28,9 év, együttesen pedig 32,7 év volt. Az opiátokhoz köthető halálesetekben az átlagéletkor 32,6 év, a nem opiát típusú kábítószerekhez köthető esetekben 39,7 év volt. Ennél jelentősen fiatalabbak az egyéb (új pszichoaktív) szerekhez köthető esetek (átlagéletkor: 28,2 év). Összességében a legfiatalabb korcsoport halálesetei kizárólag kábítószernek nem minősülő új pszichoaktív anyagokhoz voltak köthetők, míg az átlagéletkor szempontjából legidősebb korcsoport az egyéb, nem opiát típusú kábítószert fogyasztók csoportja volt.

8 eset (24,2%) a 30-34 évesek, 6 eset (18,1%) a 35-39 évesek, és 5 eset (15,1%) a 25-29 évesek csoportjába tartozott. 40 év felett összesen 6 haláleset történt. Az alacsony elemszámok miatt csak kellő óvatosság mellett jelenthető ki, hogy az elhunytak életkora egyenletesebben látszik eloszlni, mint a korábbi években: a 25-34 éves korosztály már nem olyan erőteljesen dominál, mint korábban, a 24 év alatti és 35 év fölötti elhunytak számának növekedése miatt.

⁹⁹ A tramadolhoz köthető esetek kizárásra kerültek.

¹⁰⁰ Opiát bomlástermék (morfin) mellett más szerek előfordulhatnak, beleértve a metadont is, de a kizárólag metadonhoz köthető esetek kizárásra kerültek.

¹⁰¹ Alkohol és/vagy benzodiazepinek előfordulása mellett.

¹⁰² Kábítószernek nem minősülő (új) pszichoaktív anyagok.

14. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek korcsoportok szerinti megoszlása 2018-ban (fő; N=33)

	>15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-65	>=65	összesen
opiát okozta túladagolás/mérgezés (metadon és más szer nélkül)										
opiát és egyéb szer okozta túladagolás/mérgezés					2	2				4
csak metadon okozta túladagolás/mérgezés				1						1
egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés ¹⁰³	1	1	1	1	1	2	2		2	11
egyéb szer okozta mérgezés ¹⁰⁴	2		3	3	5	2	2			17
összesen	3	1	4	5	8	6	4	0	2	33

Forrás: NFP 2019

A 33 halálesetből 12 személy (36%) – közöttük 2 női eset – budapesti lakos volt. Két esetben volt az elhunyt hajléktalan, egy esetben pedig külföldi személy, nem EU tagállam állampolgára.

Kábítószer-fogyasztással közvetetten kapcsolatba hozható halálesetek

2018-ben 70 kábítószer-fogyasztással közvetetten összefüggő halálesetről érkezett bejelentés a halálozási regiszterbe. Az elhunytak között 63 férfi (90%) és 7 (10%) nő volt. Az esetek közül 8 természetes okra visszavezethető, korábbi kábítószer-fogyasztással összefüggő haláleset volt. 4 esetben történt életellenes cselekmény az elhunyt megelőző kábítószer-fogyasztása mellett. 24 esetben balesetszerű, nem mérgezéssel összefüggő haláleset, és 20 esetben nem mérgezéssel összefüggő öngyilkosság történt, ahol az elhunyt biológiai mintáinak legalább egyikében kábítószer volt kimutatható. A fennmaradó 14 eset többségében balesetszerű mérgezést vélelményeztek a halál okaként, a vérben toxikus mennyiségben jelen lévő alkohol, vagy gyógyszerek alapján.

T1.1.2 Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek toxikológiai adatai

Túladagolós halálesetek toxikológiai adatai

Kizárólag heroinhasználathoz köthető haláleset 2018-ben sem történt, hasonlóan a korábbi évekhez. Opiát és más kábítószerek együttes használata 4 esetben volt végzetes kimenetelű (katinonok vagy marihuána jelenlétében), míg egyetlen eset került rögzítésre, ahol az opiát (jelen esetben a metadon) egyéb szerek jelenléte nélkül volt felelőssé tehető a haláleset bekövetkeztéért. Egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés 11 esetben fordult elő (2017: 12). Ezen kategóriában a leggyakrabban előforduló hatóanyagok az amfetamin (7 esetben), ecstasy bomlásterméke (5 esetben), és a kokain (2 esetben) voltak. A nem opiát típusú kábítószerek kategóriájába sorolódnak a jogilag kábítószernek (pszichotróp anyagnak) minősülő új pszichoaktív anyagok is.

¹⁰³ Nemzeti jog szerint kábítószernek minősülő új pszichoaktív szerek is.

¹⁰⁴ Nemzeti jog szerint új pszichoaktív anyagnak minősülő szerek (jogilag nem kábítószerek).

Közvetlen halálesetek kapcsán – jogi státuszuktól függetlenül – összesen 17 (51,5%) esetben kerültek kimutatásra új pszichoaktív szerek (2017: 42,5%). Leggyakoribb ilyen szer az etil-hexedron és az 5-F-MDMB-PINACA voltak, de kimutatásra került a katonák közé sorolt 4-CI-PVP, valamint a szintetikus kannabinoidok közül az ADB-FUBINACA, és az AB-FUBINACA is.

A fenti 17 esetből 14 esetben a vérmintából más, kábítószernek minősülő anyag nem volt kimutatható, csupán a fenti szerek kombinációja, míg 3 esetben egyéb szerek (kokain, ecstasy, marihuána, vagy metadon) is jelen voltak.

15 esetben férfi, 2 esetben nő volt az elhunyt, 4 esetben volt budapesti lakcíme az érintetteknek, ketten hajléktalanok voltak.

Két, új pszichoaktív szerhez köthető halálesetben a vérből kifejezetten magas (3 g/l fölötti) véralkohol szint is kimutatható volt. 33 esetből 28-ban készült véralkohol vizsgálat, mely 14 esetben bizonyult pozitívnak. Tűszúrás nyomot a 33ból12 esetben találtak az igazságügyi orvosszakértők.

15. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek száma 2018-ban¹⁰⁵

	összesen
opiát okozta túladagolás/mérgezés (metadon és más szer nélkül)	0
opiát és egyéb szer okozta túladagolás/mérgezés	4
metadon okozta túladagolás/mérgezés ¹⁰⁶	1
egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	11
egyéb szer okozta mérgezés	17
összesen	33

Forrás: NFP 2019

T1.1.4. A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek tendenciái

A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek az új pszichoaktív anyagok 2010-es megjelenése előtt jellemzően opiáthasználathoz, azon belül is heroinfogyasztáshoz voltak köthetők. A halálesetek számának évenkénti változása mögött elsősorban az utcai heroin tisztaságának változása állt. A heroin hozzáférhetőségének 2010-es drasztikus visszaesésével párhuzamosan az e szerhez köthető halálesetek száma is lecsökkent. 2010 és 2015 között több metadonhoz köthető eset is előfordult, ez azonban évente egy esetre csökkent.

Bár az alacsony esetszámok (évi 20-30 eset) miatt a tendenciák korlátozottan értelmezhetők, az elhunytak életkorának csökkenése és a nők körében mutatkozó halálesetek számának emelkedése a hazai adatokban nem igazolható.

2012 óta az új pszichoaktív szerek használata az elhunytak mintáiban is igazolódott. Kezdetben a mepredon, később az MDPV, a pentedron és a 4-MEC játszott szerepet több halálesetben is. Egyes, különösen veszélyes új pszichoaktív anyagok megjelenéséhez alkalmanként több haláleset is köthető volt: 2012-ben az 5-API, 2013-ban a 4,4'-dimetilaminorex (4,4'-DMAR) fogyasztása vezetett több ember halálához. 2014-ben nem volt olyan különösen veszélyes új pszichoaktív anyag, amely több ember halálát okozta volna, jellemzően az α -PVP és szintetikus kannabinoidok voltak kimutathatók. 2015-ben a pentedron és az α -PVP mellett az α -PHP jelent meg több esetben a mintákban, míg szintetikus kannabinoidok nem voltak kimutathatók. 2016 óta az etil-hexedron a legnagyobb esetszámban kimutatott ÚPSZ, második leggyakoribb katonon a 4-CI-PVP. Gyakran azonosítható szintetikus kannabinoid az elhunytak mintáiban, jellemzően az 5F-MDMB-PINACA, másodsorban AB-FUBINACA.

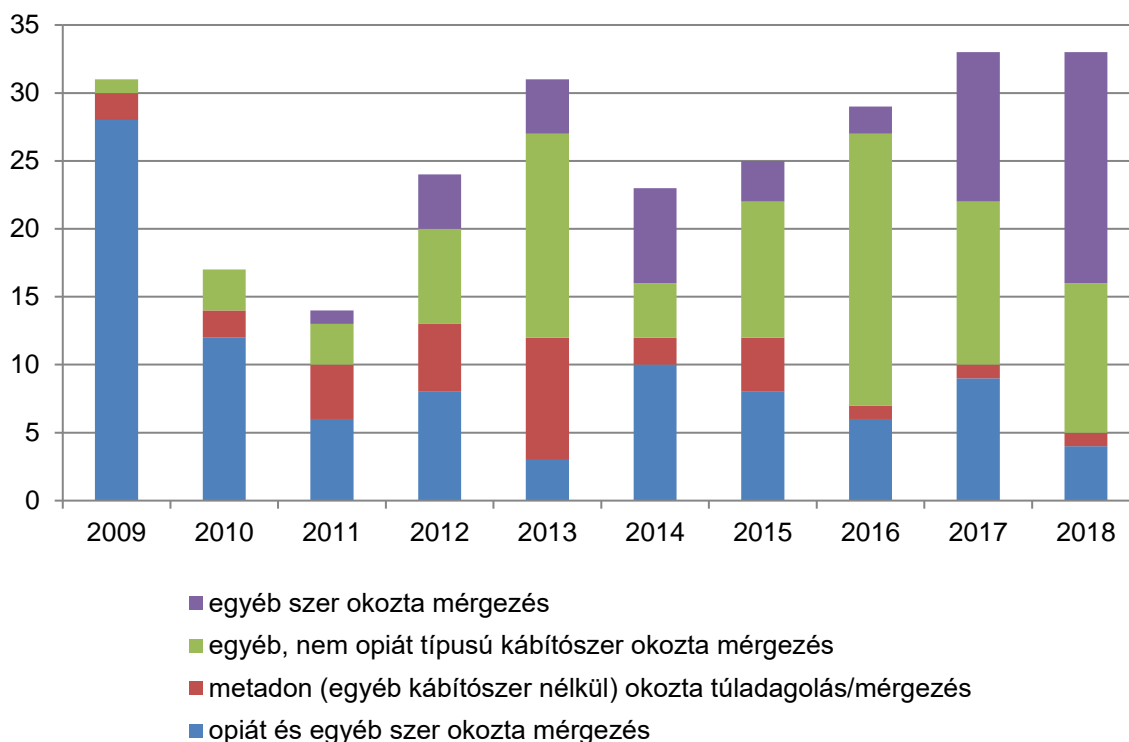
¹⁰⁵ Special register Selection D.

¹⁰⁶ Alkohol és/vagy benzodiazepinek előfordulása mellett.

Az új pszichoaktív anyagok halálteki szerepe a polidroghasználat és a korlátozott farmakológiai ismeretek miatt nem határozható meg egyértelműen. Az elhunytak szerhasználati mintázatára jellemző az intravénás szerhasználat és a polidrog-használat, a biológiai mintákban gyakran valamilyen benzodiazepin is kimutatható volt, továbbá sok esetben szerepet játszott az alkohol is.

Összességében a heroin visszaszorulásával magyarázható csökkenő tendenciát 2011 után az új pszichoaktív szerekhez köthető halálesetek számának emelkedése ellensúlyozta 2012-ben és 2013-ban. 2014-ben némileg növekedett az opiátokhoz, elsősorban a heroinhoz köthető halálesetek száma. 2016 után megemelkedett az egyéb, nem opiát típusú kábítószerhez (köztük pszichotróp anyagként szabályozott új pszichoaktív anyagokhoz) köthető halálesetek száma. 2017 után a kábítószernek nem minősülő új pszichoaktív anyagok váltak dominánssá a halálesetekben, aminek magyarázata az etil-hexedron stabil jelenléte a mérgezésekben.

49. ábra. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása szerítípusok szerint 2009-2018 között (fő)



NFP 2019

T1.2 KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ MÉRGEZÉSEK

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

A partiszervíz szolgáltatók klienskörében tapasztalt mérgezésekről lásd: T1.5.3. ebben a fejezetben.

T1.3 KÁBITÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

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

Bejelentett esetek

2018-ban Magyarországon összesen 229 újonnan diagnosztizált HIV-pozitív esetet jelentettek be, az incidencia 23 eset/1 millió lakos értéknek felelt meg. A regisztrált HIV-fertőzöttek mintegy 70%-ánál volt ismert a fertőződés módja. Az ismert rizikócsoporthoz tartozó HIV-fertőzöttek és AIDS betegek közül egy személy tartozott az intravénás szerhasználók rizikócsoportjába (szóbeli közlés Dudás 2019).

16. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoporthoz szerinti megoszlása 2013-2018 között (fő)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
homo/biszexuális	160	171	133	117	110	145
heteroszexuális	24	28	21	28	22	13
hemofília	0	0	0	0	0	0
transzfúziós recipiens	0	0	0	0	0	0
intravénás szerhasználó	1*	1	2	3	1*	1*
nosocomiális	0	0	0	0	0	0
maternalis	1	1	2	1	2	0
ismeretlen	54	70	113	79	88	70
összesen	240	271	271	228	223	229

* Importált esetek

Forrás: NNK, Járványügyi és Infekciókontroll Főosztály (Szóbeli közlés Dudás 2019)

2018-ban 35 akut hepatitis B megbetegedést jelentettek be, az incidencia 0,4‰ volt. 4 főnél volt ismert a fertőződés módja, közülük nem volt, aki intravénás szerhasználat révén szerezte fertőződését.

2018-ban 11 heveny hepatitis C megbetegedést jelentettek, az incidencia 0,1‰-nak bizonyult. A 11 beteg közül ötnél volt ismert a fertőződés módja, közülük egy 25 évesnél fiatalabb férfi, egy 25 évesnél fiatalabb nő és egy 25-34 év közötti férfi fertőződött intravénás szerhasználat révén. (Szóbeli közlés Dudás 2019)

HIV/HBV/HCV prevalencia az intravénás szerhasználók körében

A 2006-2015 között zajló korábbi Országos Epidemiológiai Központ (OEK) által koordinált országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat ide vonatkozó eredményei összefoglalva a Trendek alatt kerülnek bemutatásra.

A 2018. évi országos, a Nemzeti Drog Fókuszpont és Nemzeti Népegészségügyi Központ együttműködésében végzett HIV/HCV bio-magatartás vizsgálat¹⁰⁷ (Tarján et al. 2019) során 440 mintát adó személy közül 332 (75,5%) volt férfi és 108 (24,5%) volt nő. A három korcsoport közül (<25, 25-34, 34<) a 34 év felettiiek adták a vizsgálatban résztvevők 47%-át, a 25-34 év közötti korcsoportba tartozók a 33%-át, a 25 évnél fiatalabbak alkották a legkisebb csoportot (20%). Szerhasználati jellemzőiket lásd: Kábítószer/Stimulánsok fejezet T1.2.5 alfejezet és Kábítószer/Heroin és egyéb opiátok fejezet T1.2.5 alfejezet.

HIV

¹⁰⁷ HIV/HCV szűrés biológiai mintából (nyál, vér) illetve ezzel összekapcsolt szerhasználati mintázatra, kockázati magatartásokra vonatkozó kérdőíves vizsgálat.

A 2018. évi országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat alapján a 439¹⁰⁸ vizsgált személy közül egy férfi (0,2%) bizonyult HIV-pozitívnek. A férfi több mint 34 éves volt, az elmúlt négy hétben is injektált. A lekérdezés során HIV negatívnak vallotta magát.

HBV

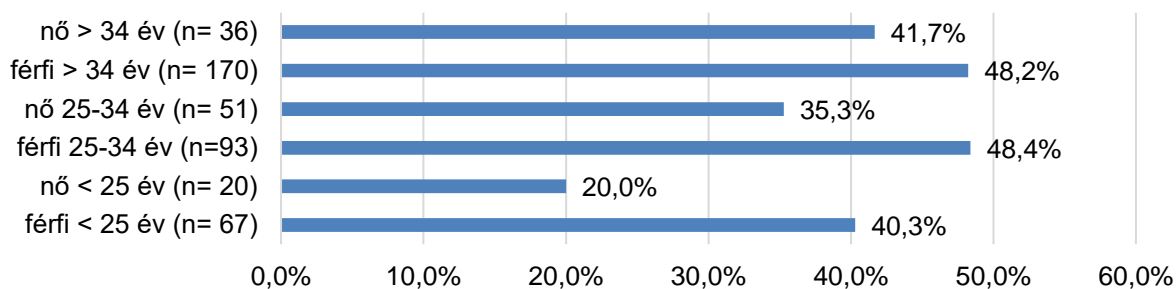
A 2018. évi vizsgálatban nem került sor a HBV vizsgálatára.

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

HCV

A HCV-re irányuló vizsgálatok 191 fő esetében (44%)¹⁰⁹ mutattak ki hepatitis C vírus elleni ellenanyagot. A férfiak HCV fertőzöttsége szignifikánsan magasabb volt a nőkéhez képest (férfiak: 47% és nők: 34%). A 25-34 év közötti férfiak, illetve a 34 évnél idősebb férfiak HCV prevalencia értékei haladták meg az átlagos prevalencia értéket. Emellett fontos megemlíteni, hogy a fiatal, 25 év alatti férfiak körében 40% volt a HCV prevalencia.

50. ábra. Az országos NFP-NNK bio-magatartás vizsgálatban részt vevő intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) nem és korcsoport szerinti bontásban, 2018-ban



Forrás: Tarján et al. 2019

Az országos átlagnál magasabb fertőzöttséget mértek az 5-9 éve (52%) és a több mint 9 éve (50%) injektálók körében. A kevesebb mint 2 éve injektálók között 29%-os volt a HCV pozitívítási arány, a 2-4 éve injektálók körében 31%.

A minta jelentős részét kitevő, elsődlegesen stimulánsokat¹¹⁰ injektálók körében (300 fő) 47%-os volt az átfertőzöttség, míg az opiátinjektálók (110 fő) körében ugyanez az érték 34% volt.

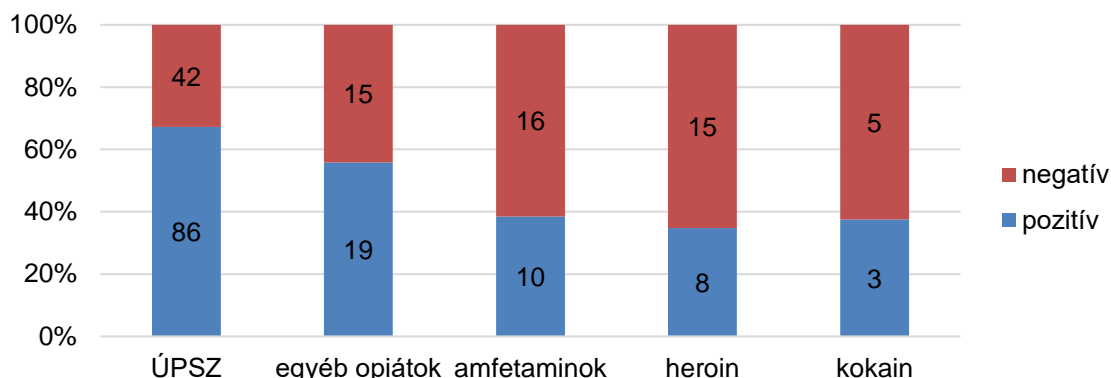
Azon szerhasználók között, akik 4 héten belül injektáltak utoljára és így a legkitettebbek a vírus akvirálásának és átadásának (aktívak, összesen 220 fő), 58% (127 fő) volt a HCV ellenanyag pozitív személyek aránya. Szer típus szerinti bontásban a HCV fertőzöttség továbbra is az aktív ÚPSZ-injektálók körében volt a legmagasabb (67%), amelyet az egyéb opiátokat injektálók követtek (56%).

¹⁰⁸ A teljes minta (440 fő) esetében 1 személy kérdőívénél hiányzott a HIV gyorsteszt eredmény.

¹⁰⁹ A teljes minta (440 fő) esetében 1 személy kérdőívénél hiányzott a HCV gyorsteszt eredmény.

¹¹⁰ szintetikus katinonok (ide sorolt utcai nevek: kristály, kréta, zene), metamfetamin (utcai név: szlovák pikoló), amfetamin, ecstasy, kokain, GHB

51. ábra. Az országos NFP-NNK bio-magatartás vizsgálatban részt vevő aktív intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2018-ban

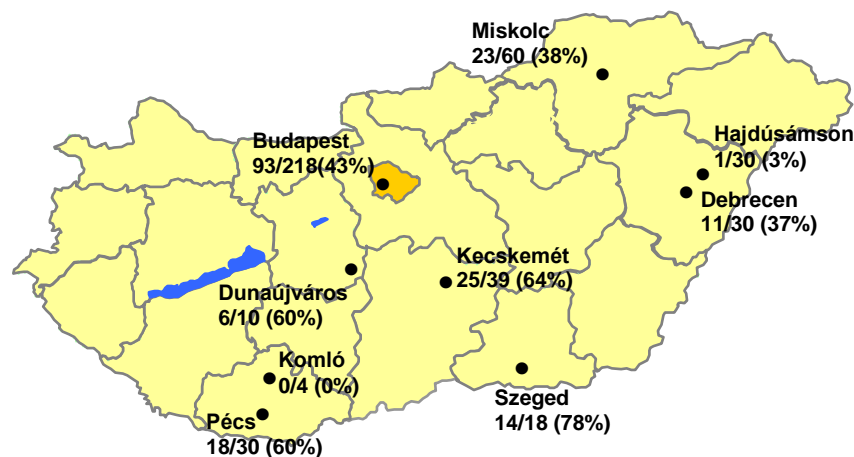


Forrás: Tarján et al. 2019

A változó intravénás szerhasználati mintázatokról¹¹¹ lásd: Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.5 alfejezet és Kábítószeres/Heroin és egyéb opiátok fejezet T1.2.5 alfejezet, kockázati magatartásokat lásd alább ebben a fejezetben.

Területi megoszlás szerint a fővárosból érkezett 218 mintából 93 bizonyult hepatitis C pozitívnak, amely 42,7%-os fertőzöttséget jelent. A vidékről érkezett minták 44,3%-ánál diagnosztizáltak hepatitis C pozitívást (98/221 minta). Vidéken Szegeden (78%) és Kecskeméten (64%) volt a legmagasabb a HCV-fertőzött kliensek aránya.

1. térkép. A HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitív aránya városonként az országos NFP-NNK bio-magatartás vizsgálatban részt vevő intravénás szerhasználók körében, 2018-ban¹¹²



Forrás: Tarján et al. 2019

¹¹¹ A 2015 utáni korszak tekintetében az injektálás helyett egyre több korábbi intravénás szerhasználó részesíti előnyben a „fóliázással” (belélegzés/inhalálás) történő bevitt a katonok esetében, illetve a szintetikus kannabinoidok elszívására való időszakos vagy teljes átállást. Emellett egy 2016-os fecskendőben található anyagmaradvány bevizsgáló projekt a metadon jelenlétét azonosított a többi adatforrásunkban mértekhez képest magasabb arányban.

¹¹² Hajdúsámson esetében a szolgáltatás székhelye Hajdúsámson, azonban 21 szűrést a 30-ból Hajdúhadházon végeztek, míg 9-et Hajdúsámsonban.

Trendek: HIV/ HCV prevalencia az intravénás szerhasználók körében

HIV

A 2006 óta intravénás szerhasználók körében végzett országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatok során 2014-ben azonosítottak először HIV-fertőzötteket a vizsgálatba bevont személyek között (2 fő; 0,3%), míg 2015-ben és 2018-ban is 1-1 fő esetében diagnosztizáltak HIV-pozitivitást (0,2%-0,2%).

HCV

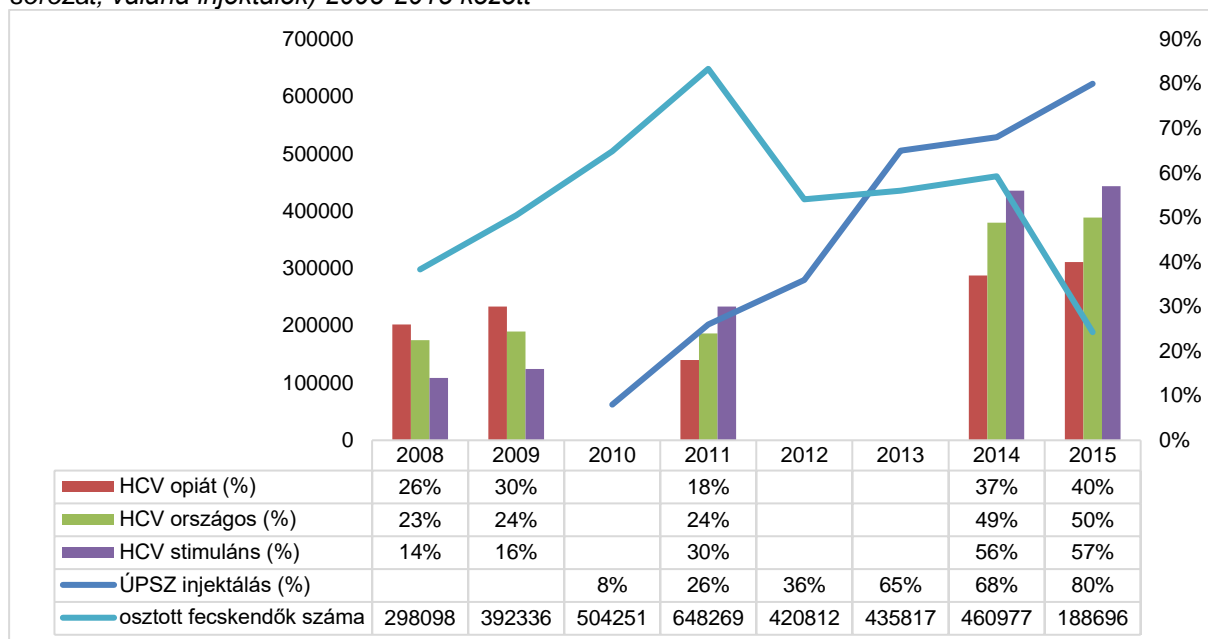
2006-2011:

Az elsődlegesen injektált szerek tekintetében 2010-től átrendeződés volt megfigyelhető az intravénás szerhasználó populációban: évről évre magasabb lett a stimulánsokat, elsősorban új pszichoaktív szereket injektálók aránya. (További szerhasználati jellemzőket lásd: Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.5 alfejezet.) A HIV/ HBV/HCV prevalencia vizsgálat adatai szerint 2011 előtt az opiátinjektálók aránya magasabb volt a mintában, mint a stimulánsinjektálóké (lásd: 2018-as Éves Jelentés Kábítószeres/Stimulánsok T1.2.5 alfejezet), a HCV prevalenciája pedig rendre az opiátinjektálók körében volt magasabb. Ez azonban átfordult: 2011-ben az elsődlegesen stimulánsokat injektálók körében találtak szignifikánsan magasabb, 30%-os HCV prevalenciát. Mivel az országos HCV prevalencia érték nem változott szignifikánsan 2011-ben, a prevalencia értékek szertípus szerinti átrendeződése valószínűsíthetően az új szerhasználati mintázatokról, többek között az opiát származékokról amfetamin, illetve ÚPSZ-ok injektálására történő váltásnak köszönhető. (További információk a szerváltásról: 2012-es Éves Jelentés 4.3. fejezet és 4.4. fejezet, illetve 2011-es Éves Jelentés 4.3. fejezet.)

2011-2015:

2014-ben tovább emelkedett a stimulánsokat – azon belül is elsősorban designer stimulánsokat (szintetikus katinonokat) – injektálók aránya a vizsgálatban részt vevők között, csak úgy, mint az intravénás szerhasználó populációban (tűcsere adatok alapján). Már a szerhasználók kétharmada volt stimulánsinjektáló (lásd még: Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.5 alfejezet). HCV fertőzöttség tekintetében elmondható, hogy mind az opiát-, mind a stimulánsinjektálók körében megkétszereződött a HCV előfordulási gyakorisága, csakúgy ahogy az összesített országos prevalencia érték is 24%-ról 49%-ra. A HCV prevalencia 2014-es meredek emelkedésének hátterében az ÚPSZ-injektálás nagymértékű térnyerése mellett – amely szerekhez jóval gyakoribb injektálás így eszközmegosztás kapcsolódik – fontos szerepet játszhatott a tűcsere szolgáltatás ezzel párhuzamosan szűkülő hozzáférhetősége 2012-től kezdődően (lásd: T1.5.4 alfejezet). 2015-ben a szertípus szerinti megoszlás nem változott számottevően 2014-hez képest, a HCV prevalencia az előző évihez hasonlóan alakult mind az országos (50%), mind a szertípus szerinti bontás esetében (stimulánsinjektálók: 57%; opiátinjektálók: 40%). Azonban az összehasonlíthatóságra korlátozottan van lehetőség 2014 és 2015 között a főváros és így az országos adatok tekintetében, hiszen 2014 második felében a két legnagyobb budapesti tűcsere program bezárt, amely két fő toborzási helyszíne volt az OEK-es országos HIV/HCV prevalenciavizsgálatoknak 2006-2014 között. (Részletes információt erről lásd: 2018-as Éves Jelentés, Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés, T1.3.6.)

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



Forrás: Tarján 2018

2016-2018:

2015 után, 2018-ban nyílt újra lehetőség országos HIV/HCV prevalencia vizsgálat elvégzésre (NFP-NNK országos HIV/HCV bio-magatartás vizsgálat 2018, Tarján et al. 2019, módszertant lásd: T5.1), azonban az OEK-es vizsgálatsorozat (2006-2015) teljes módszertana nem volt megismételhető, csak részelemek. A vizsgálat eltérő módszertani jellemzői és körülményei alapján¹¹³ (lásd még T. 5.1.) elmondható, hogy Budapesten 2018-ban nem sikerült elérni azt az intravénás szerhasználói közeget, amelyet 2006-2014-ig teljesen, majd 2015-ben már csak részben ért el az OEK-es vizsgálatsorozat, így az adatok nem összehasonlíthatók. Ennek legfőbb okai kutatási és rutin adatgyűjtési információk alapján (Kaló 2018, Fóti és Tarján 2018, Csák et al. 2019): (1.) a 2 legnagyobb túcsere program kiesése 2014-ben; (2.) 2015 után további kapacitás gyengülés, rövidebb nyitva tartás a még működő szervezetek esetében; (3.) a szintetikuskannabinoid-szívás és a fóliázás felé való elmozdulásból adódó ritkább injektálás, illetve az erősödő hatósági jelenlét miatt kevesebb túcsere-látogatás. A budapesti, és így az országos adatok esetében a korábbi évekhez képest mért alacsonyabb HCV ellenanyag¹¹⁴ prevalencia (42,7%) így

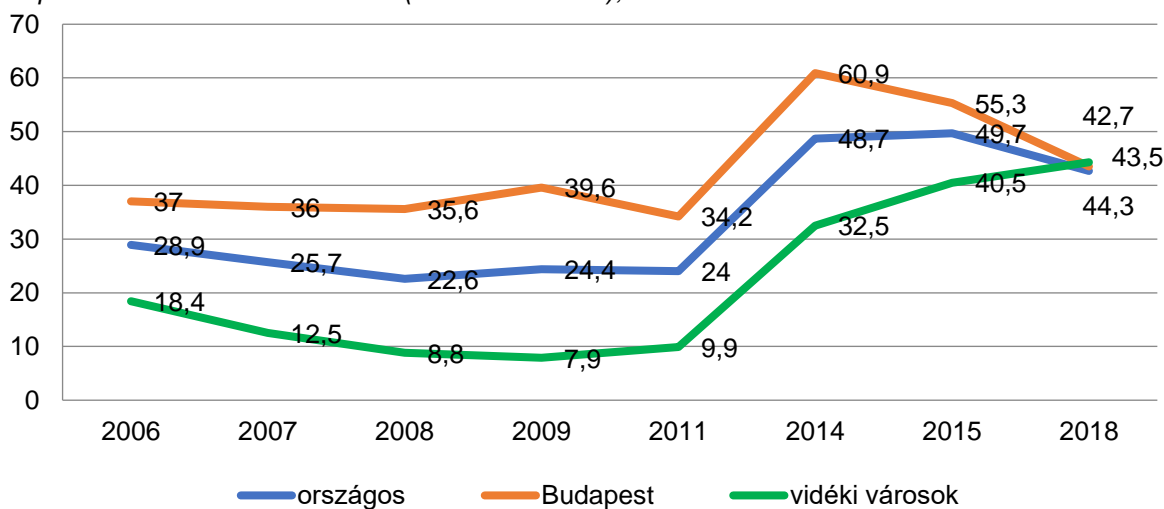
¹¹³ Hasonlóságok: A két vizsgálatban a kérdőív közel megegyező volt. A toborzási helyszínek esetében, a vizsgálatban 2015-ben is szereplő helyszíneket kerestük meg (amely lista 2014-hez képest már akkor is jelentős változáson ment át a két nagy túcsere program bezárása miatt) a 2018-as vizsgálathoz azzal a különbséggel, hogy nagyrészt csak az alacsonyküszöbű szervezeteket vontuk be a HAREACT projekthez való kapcsolódás sajátosságai miatt, illetve a célból, hogy főleg aktív injektálókat érjünk el (lásd módszertan). Különbségek: A részt vevő személyek nem kaptak motivációs díjat (OEK vizsgálat során: 1000-2000 Ft értékben étkezési utalvány). 2018-ban nyálalapú gyorsesztesztet alkalmaztunk, míg 2006-2015 között ujjbegyből vett szárított vérminta laboratóriumi vizsgálata történt (DBS). Változott az elérhető szervezetek összetétele, továbbá Budapesten nagyban gyengült a populáció elérése. Ezt jól szemlélteti az, hogy a vizsgálatot 2016-ban terveztük meg, azonban a kezdés két évet csúszott a koordináló intézményeket érintő intézményi átalakulás miatt. 2016-ban a budapesti szervezetek összesen 480 minta összegyűjtését vállalták fél évre nézve (amelyet kliensszámaik alapján akkor arányosan osztottunk el köztük), míg a vidéki szervezetek esetében 120 mintát osztottunk szét. Mire 2018-ban elkezdődött a vizsgálat volt olyan budapesti szervezet, aki addigra már nem volt elérhető a projektre, míg a megmaradt szervezetek csupán a vállalt elemszám kevesebb mint felét tudták leszűrni az egyes programokban megfigyelhető kapacitás problémák, csökkentett nyitva tartás, illetve a változó szerhasználati mintázatok miatt (lásd: Kábítószeres/Stimulánsok/ 1.2.5.) (Budapest összes 2018: 219 minta) A kérdező külön díjazást kapott kérdőívénként, míg 2006-2015 között ezt csak az utolsó vizsgálati évben vezettük be.

¹¹⁴ amely a fertőződést követő 4-6 hónap után spontán gyógyulástól/ HCV kezeléstől függetlenül örökké kimutatható a szervezetből.

feltételezhetően nem a HCV fertőzöttség előfordulási gyakoriságának csökkenését jelenti, hanem annak a problémás szerhasználói rétegnek a gyengülő elérését, és ellátásból való kiesését, akik körében 2014-ben (összes budapesti intravénás szerhasználó) Budapesten 61%-os fertőzöttséget mértek (aktív, budapesti stimulánsinjektálók fertőzöttsége 2014-ben: 79%).

Vidéken a nagyobb szolgáltatók esetében nem történt jelentősebb változás¹¹⁵: Bár az adatgyűjtés módszertana egy-két ponton változott¹¹⁶ (lásd T.5.1) 2015 és 2018 között a főbb mintavételi helyszínek megegyeztek. 2015-höz képest további 4%-kal emelkedett a HCV prevalencia a vidéki városokban (2018: 44,3%).

53. ábra. Az országos OEK HIV/HCV prevalenciavizsgálatban (2006-2015) és az NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban (2018) részt vevő intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) Budapesten és a vidéki városokban (összesített érték), 2006-2018



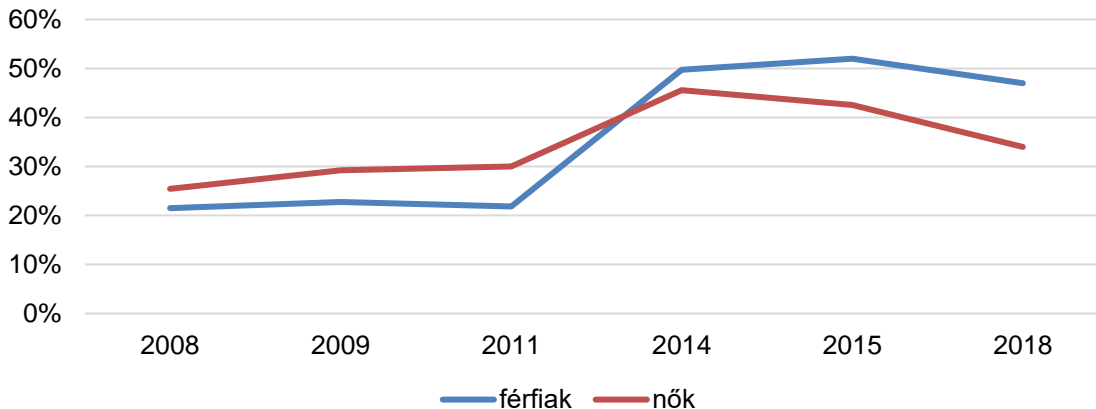
Forrás: Dudás et al. 2015 és Tarján et al. 2019
2015-től az adatok összehasonlíthatósága korlátozott!

Megemlítendő – az összehasonlíthatóság korlátjainak figyelembevételével – hogy 2008 és 2011 között rendre a nők körében volt magasabb a HCV prevalencia. 2011-2014 között, amikor jelentős HCV transzmisszió zajlott a populációban, a nemenkénti prevalenciák viszonya megfordult, és azóta a férfiak körében magasabb a fertőzöttség előfordulása.

¹¹⁵ Két 2015-ös kisebb szolgáltató nem vett részt 2018-ban, azonban helyette csatlakozott egy új alacsonyküszöbű szolgáltató. 2018-ban a vidéki szolgáltatók, a 2016-ban leosztott összesen 120 minta helyett összesen 221 HIV/HCV szűrést végeztek el.

¹¹⁶ nem volt motivációs díj, nyálalapú gyors teszt alapján történt a HCV-ellenanyag pozitivitás megállapítása

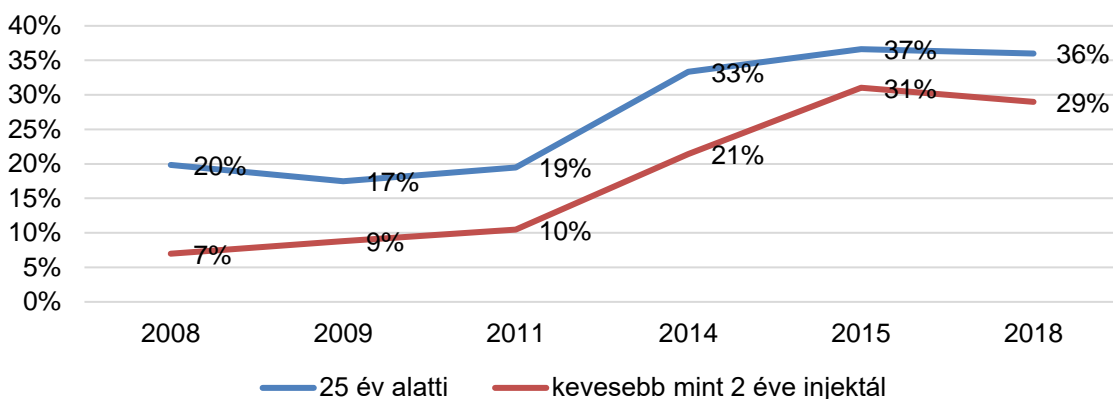
54. ábra. Az országos OEK HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban (2008-2015) és az NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban (2018) részt vevő intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége nemek szerinti bontásban, 2008-2018



Forrás: Dudás et al. 2015 és Tarján et al. 2019
2015-től az adatok összehasonlíthatósága korlátozott!

Összefoglalva elmondható, hogy a 2011-2014 közötti dinamikus HCV transzmissziót követően Budapest esetében nem állnak rendelkezésre a korábbi évekkkel összehasonlítható prevalencia adatok, míg a vidéki városok tekintetében további lassú emelkedés volt megfigyelhető. A 2010-2015 közötti gyakori használattal járó ÚPSZ-injektálás dominanciája 2015 óta enyhülni látszik a fóliázás és a szintetikus kannabinoid-szívás felé való eltolódással, így feltehetően a HCV transzmisszió is lelassult a populációban, azonban erről nincs megbízhatóan összehasonlítható információ, főleg a főváros esetében, ahol egyre szűkebb populációra látunk rá a csökkenő számú, területi lefedettségű és kisebb kapacitással dolgozó alacsonyküszöbű programokon keresztül (lásd: T1.5.3. és T1.5.4). A HCV jelenleg is folyó terjedését támasztja alá a HCV incidenciaproxy indikátoraként is használt, a fiatalok (25 év alatt) és az új (kevesebb mint két éve) injektálók körében mért prevalenciaérték. 2018-ban a HCV prevalencia a fiatalok körében 36%-os, míg a kevesebb mint 2 éve injektálók körében 29%-os volt, amely feltehetően nagyrészt újabb keletű fertőzésekre utal.

55. ábra. Az országos OEK HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban (2006-2015) és az NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban (2018) részt vevő fiatal és új intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége, 2008-2018



Forrás: Dudás et al. 2015 és Tarján et al. 2019
2015-től az adatok összehasonlíthatósága korlátozott!

T1.3.3 Fertőző betegségekre vonatkozó prevalencia adatok egyéb kutatások alapján

Az Alternatíva Alapítvány HIV/STI programjának 2015-2016 évi HIV/HCV/ szifilisz és kockázati magatartás vizsgálatát lásd: 2018-as Éves Jelentés/ Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés/T1.3.3.

A fogvatartottak körében végzett szűrések eredményei, illetve korábbi szero-magatartás vizsgálatok eredményei (Treso et al. 2011 és Ritter 2013), amelyek vizsgálták az intravénás szerhasználói múlttal rendelkező fogvatartottak körében előforduló HIV/HBV/HCV prevalenciát, illetve kapcsolódó kockázati magatartásokat a Börtön/T1.2.2 fejezetben olvashatók.

A Dél-Dunántúlon végzett HCV szűrő és kezelésbe juttatási projekt adatait (INDIT 2019) lásd T.1.5.3.

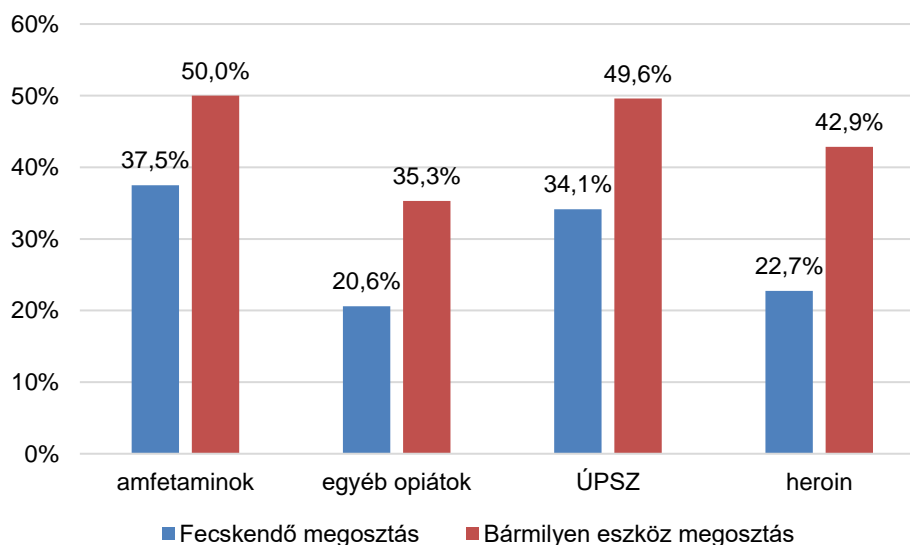
T1.3.4 Fertőző betegségekkel összefüggő kockázati magatartások

A 2006-2015 között zajló, korábbi Országos Epidemiológiai Központ (OEK) által koordinált országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat ide vonatkozó eredményei összefoglalva a Trendek alatt kerülnek csak bemutatásra.

Az országos HIV/HCV NFP-NNK bio-magatartás vizsgálat (2018)

Az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálat alapján, az aktív – elmúlt 4 hétben is injekáló – szerhasználók 32%-a osztotta meg a fecskendőjét az elmúlt 4 hétben, míg a bármilyen injekáló segédeszköz megosztásának előfordulási gyakorisága 47% volt (elmúlt 4 hét). Míg a korábbi években (2014-2015) szignifikánsan magasabb, és egyben a legmagasabb volt az ÚPSZ-injekáló körében a fecskendő- és eszközmegosztás a többi szerhasználói csoporthoz képest, 2018-ban sokkal kiegyenlítettebbek a csoportonkénti prevalenciaértékek. Az adatok alátámasztják az egyéb kutatások során kimutatott eredményeket, miszerint valamelyest alábbhagyott az injekálás gyakorisága, és így az ehhez köthető kockázati magatartások ebben a csoportban a fóliázás, illetve a szintetikus kannabinoid-szívás felé való *elmozdulás miatt*.

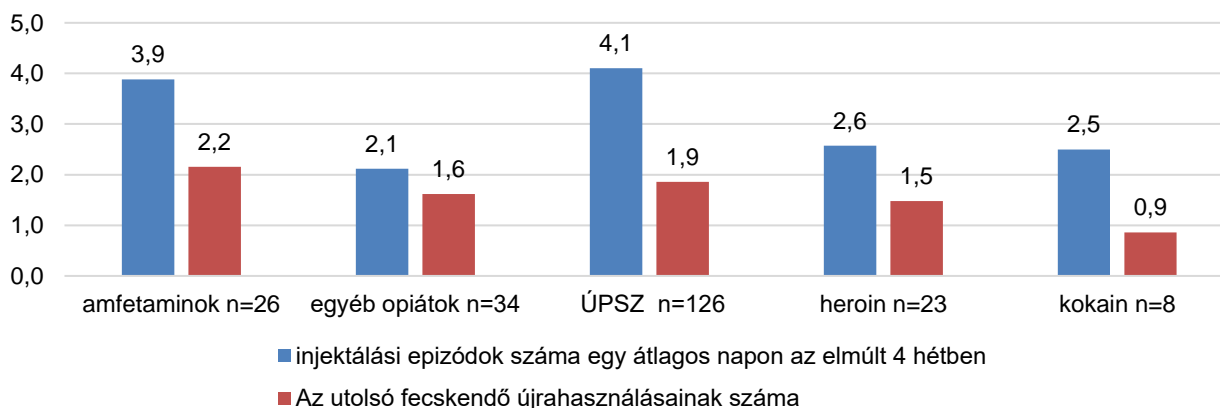
56. ábra. A fecskendő és eszközmegosztás prevalenciája az elmúlt 4 hétben, elsődlegesen injekált szer típus szerinti megoszlásban az országos NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók körében, 2018-ban¹¹⁷



¹¹⁷ Elemszámok (n): ÚPSZ=125; egyéb opiátok=34; heroin=21; amfetamin=24.

Az aktív injektálók körében vizsgálva, a napi injektálás-szám továbbra is az új pszichoaktív szereket injektálók körében, míg az utolsó fecskendő újrahasználásának száma az elsődlegesen amfetamint injektálók körében volt a legmagasabb.

57. ábra. Átlagos napi injektálás-szám és az utolsó eldobott fecskendő újrahasználásainak száma (csoport átlag) az országos NFP-NNK HIVI/HCV bio-magatartás vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók körében az elsődlegesen injektált szerek esetében, 2018-ban



Forrás: Tarján et al. 2019

Az aktív szerhasználók 39,5%-a vallotta magát napi¹¹⁸ injektálónak. Az aktív injektálók 84,2%-a az utolsó alkalommal steril fecskendővel injektált. Az aktív injektálók 64,4%-a az elmúlt 4 hétben 15 vagy annál több steril fecskendőhöz jutott hozzá személyes használat céljából.¹¹⁹

Az elmúlt 1 évben szexuális életet élő intravénás szerhasználók 18,4%-a (69/375 fő) nyújtott szexuális szolgáltatást az elmúlt 4 hétben pénzért, kábítószerért, vagy egyéb juttatásokért cserébe. Az aktív szexuális életet élők 68%-a (257/377 fő) az utolsó együttlét alkalmával nem használt óvszert.

A válaszadók 32%-a élt az elmúlt 1 évben 1 hétnél hosszabb ideig hajléktalan szállón, az utcán, vagy úgy, hogy nem volt stabil lakhelye. Közel minden második (42%) intravénás szerhasználó volt már valaha börtönben.

Az Alternatíva Alapítvány HIV/STI programjának 2015-2016 évi HIV/HCV/szifilisz és kockázati magatartás vizsgálatát lásd: 2018-as Éves Jelentés/Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés/T.1.3.4.

A budapesti VIII. kerületi tűcsere bezárásának hatásait vizsgáló kutatás (Csák et al. 2019) kockázati magatartásokra vonatkozó adatait lásd T.1.5.5.

Trendek az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat alapján (2009-2018)

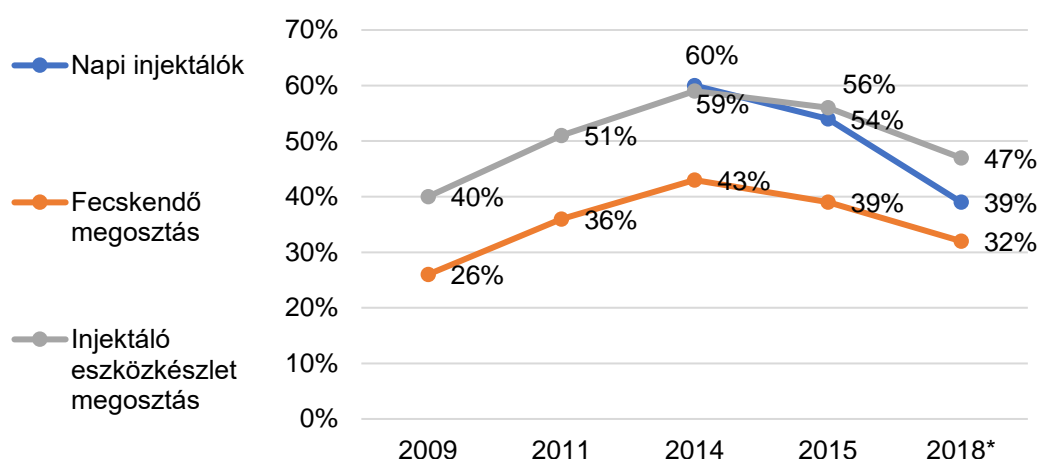
Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív injektálók körében mért adatok alapján 2009 és 2014 között szignifikánsan és konstansan nőtt a fecskendő és injektáló segédeszköz megosztás elmúlt havi prevalenciája. Az eszköz-megosztásban

¹¹⁸ Naponta egyszer vagy többször injektál.

¹¹⁹ Az adatok interpretálásánál fontos figyelembe venni, hogy a vizsgálat tűcsere programokban, alacsonyküszöbű programokban vagy drogambulanciákon zajlott, így abba valamilyen ellátásban lévő szerhasználók kerültek be.

bekövetkezett változás egyrészt tükrözi a gyakoribb injektálással járó ÚPSZ-injektálás terjedését és a tűcsere programok romló hozzáférhetőségét a vizsgált időszakban, illetve magyarázó erővel bír a HCV prevalencia populáción belüli megduplázódása tekintetében 2011 és 2014 között (összevont trendábrát lásd: T.1.3.1.). Bár az adatok korlátozottan összehasonlíthatók ezután¹²⁰ 2014 és 2018 között mindkét indikátor esetében, illetve a napi injektálók arányában is csökkenés volt tapasztalható, amely alátámasztja az elmúlt években megfigyelt mintázati változásokat (ritkább injektálás, fóliázás és szintetikus-kannabinoid szívás felé való elmozdulás a populációban).

58. ábra. Napi injektálók aránya és az eszközmegosztás prevalenciája (elmúlt 4 hét) az országos OEK HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban (2009-2015) és az országos NFP-NNK HIV/HCV biomagatartás vizsgálatban (2018), 2009-2018



Forrás: Dudás et al. 2015 és Tarján et al. 2019
2015-től az adatok korlátozottan összehasonlíthatók

Egy másodelemzés során megvizsgálták (Tarján et al. 2017) az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálaton részt vett aktív injektálók körében azt, hogy 2011 és 2014 között hogyan változott az egyes kockázati magatartások prevalenciája az ÚPSZ-injektálók körében, illetve 2014-ben melyik szerhasználói csoport volt a legkitettebb a HIV és HCV fertőzések akvirálása szempontjából az egyéni és környezeti kockázati tényezők mentén. Az eredményeket lásd: 2018-as Éves Jelentés/ Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés/ T.1.3.4.).

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

A kiegészítő információk a HCV trendelemzéssel együtt kerültek bemutatásra a T1.3.1-ben, az adatok és a trendek könnyebb interpretálhatósága végett.

¹²⁰ 2015-ben és 2018-ban nem volt rekrutálható ugyanaz az összetételű intravénás szerhasználói csoport mint 2014-ben. Bővebb leírást erről lásd: T1.3.1 HCV trend; illetve T.5.1.

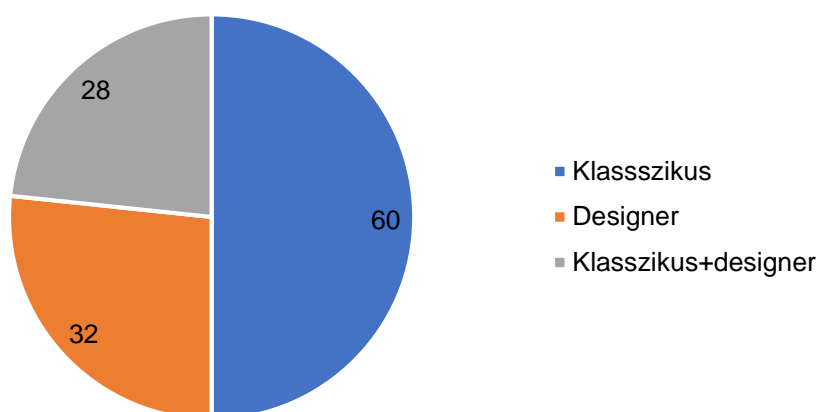
T1.4 A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI

T1.4.1 A kábítószer-fogyasztás egyéb egészségügyi következményei

Közúti balesetek

2018-ban a rendőrség 181 közúti baleset során vett vér- és/vagy vizeletmintát küldött az NSZKK Toxikológiai Szakértői Intézetének (korábban ISZKI Országos Toxikológiai Intézet) igazságügyi toxikológus-szakértői vizsgálatra, vezetési képességre hátrányosan ható szer fogyasztásának gyanújával. Az intézet ezek közül 120 esetben állapított meg pozitívítást kábítószerekre és/vagy új pszichoaktív anyagokra. A leggyakrabban azonosított hatóanyagok önmagukban vagy kombinációban: THC (49 eset), amfetamin (41), N-etil-hexedron (22), 5F-MDMB-PINACA (22), MDMA (20), kokain (10), ketamin (10), fentanil (9). Az eseteket klasszikus és designer szerek (ÚPSZ) csoportjaira bontva látható, hogy az esetek 50%-ában volt kimutatható valamilyen designer szer (szintetikus kannabinoid vagy katinon) a közúti balesetekből származó vér- és/vagy vizeletmintában 2018-ban (2017: 34%).

59. ábra. Designer szerek és klasszikus szerek¹²¹ jelenléte a közúti balesetekből származó, pozitív vér- és/vagy vizeletmintákban 2018-ban (N=120; esetek száma)



Forrás: NSZKK 2019b

AZ NSZKK Toxikológiai Szakértői Intézetének 2018-as biológiai minta vizsgálataira vonatkozó részletesebb, szélesebb körű elemzést lásd: Kábítószerek/ Kannabisz/ T.4.1)

A várandósság alatti droghasználat

Budapesten, a VIII. kerületben, a Józan Babák Klub alacsonyküszöbű szolgáltatásaiban (Oberth et al. 2019) 2018-ban 79 olyan szerhasználó nő vett részt, aki a tárgyévben várandós volt (30 fő), vagy 2015-2018 között szült (21 fő), vagy utánkövetés keretében látogatta a szolgáltatást (28 fő). Elsődleges szernek a következőket nevezték meg: gyógyszerek visszaélészerű használata: 15 fő, amfetamin: 15 fő, alkohol: 14 fő, marihuána: 8 fő, alkohol és gyógyszer együttes használata: 7 fő, heroin: 7 fő, szintetikus katinonok: 3 fő, kokain: 1 fő, szintetikus kannabinoid: 1 fő¹²².

A program leírását lásd T1.6.1 alfejezetben.

¹²¹ A klasszikus kategóriába kerültek besorolásra a GHB-hoz, ketaminhoz és fentanilhoz köthető esetek is.

¹²² További 8 fő kodependenciával került ellátásba.

T1.5 ÁRTALOMCSÖKKENTŐ BEAVATKOZÁSOK

T1.5.1 Drogpolitika és a legfőbb ártalomcsökkentéssel kapcsolatos célkitűzések

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

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

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

T1.5.2 Az ártalomcsökkentő szolgáltatások rendszerének felépítése

A tűcserek és partiszervíz szolgáltatók ellátórendszeren belüli elhelyezkedését felmérő 2014. évre vonatkozó kutatás a 2018-as Éves Jelentés/ Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés/ T1.5.2. fejezetben olvasható, azonban az intézményi átalakulások, programok megszűnése következtében az ott szerepeltett adatok elévültek.

Az opiát helyettesítő kezelés leírását lásd: Kezelés fejezet T1.4.9 alfejezet.

Ártalomcsökkentő szolgáltatások finanszírozása

A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátását nyújtó szolgáltatásokra, amelyek jellemzően szociális szolgáltatók, a működési engedélyt a Fővárosi és megyei kormányhivatalok adják ki. Az alacsonyküszöbű ellátás (melybe a tűcsere szolgáltatás és a parti szervíz is bele tartozik) finanszírozása pályázati úton történik. Esetükben a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság határozza meg a pályázók közül a finanszírozott szolgáltatásokat, amelyeket fix időre (2018-ban egy évre) megkötött, éves fix támogatási összeget meghatározó finanszírozási szerződések útján támogat a központi költségvetésből¹²³. Az alacsonyküszöbű ellátási forma magában foglalja az alkoholfüggők és egyéb szenvedélybetegségekben szenvedők ellátását is, a kábítószer-használók ellátása, illetve az egyes tevékenység típusok esetében elérhető forrás nem határozható meg pontosan.

Új szolgáltató pályázati úton történő befogadására 2012-2017 között nem került sor, a 2012-ben befogadott szervezetek szerződésai kerültek évenként meghosszabbításra, csakúgy mint 2018-ban is. 2018 októberében meghívásos pályázat keretében további 7 szervezet

¹²³ Az összeg nincs arányosítva az adott szolgáltatás kliensszámához és eszközigényéhez (tűcsere programok esetében). Az összeg 2018-ban 7, 5 millió forint volt/ szolgáltató.

került befogadásra. A meghívásos pályázatra azokban a térségekben¹²⁴ kerülhetett sor, amelyek eddig teljesen vagy részben ellátatlanul maradtak. A 7 szervezet közül 4 szakmai programjában szerepel a tücsere szolgáltatás bevezetése is (lásd részletesebben: T1.5.3). Az alacsonyküszöbű intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről is szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 2018-as módosítása alapján a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása a tanácsadás, esetkezelés, készségfejlesztés, megkeresés, háztartási vagy háztartáspótló segítségnyújtás és közösségi fejlesztés, szolgáltatási elemeket biztosítja¹²⁵. A 2018-as meghívásos pályázati kiírás ennél bővebben határozta meg a tevékenységi köröket: a felsorolt 6 fő tevékenység mellett további választható alaptevékenységként határozta meg a következőket: egészségügyi ártalmak csökkentése (különös tekintettel a tücsere programokra); orvosi ellátáshoz való hozzáférés szervezése; krízis-intervenció, egészségügyi szűrések; magasabb küszöbű szolgáltatásban való részvétel ösztönzése. Egyéb választható tevékenységként került meghatározásra a prevenció; és a partiszerviz.¹²⁶

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

A fix összegű finanszírozás mellett az alacsonyküszöbű szolgáltatók számára 2018-ban is kiegészítő működési támogatás megpályázására nyílt lehetőség a kiírt Szendélybetegek felépülési folyamatának támogatása (KAB FF) című minisztériumi pályázat keretében.

2018-ban a fecskendők legnagyobb része (84%; 68.895 db) az éves alacsonyküszöbű „normatíva” keretében került beszerzésre.¹²⁷ A fecskendők 6%-át önerőből, 5%-át önkormányzati pályázatból, míg 4%-át adományból biztosították. 2013-2016 között a korábbi évek beszerzéseinek döntő részét adó, az EMMI által biztosított egyedi támogatás 2016 óta nem elérhető. (Tarján 2019a)

T1.5.3 Ártalomcsökkentő beavatkozások

a) A fertőző betegségek szűrővizsgálata¹²⁸

HIV-szűrővizsgálat

Hazánkban minden megyében elérhető anonim, ingyenes HIV-szűrővizsgálat a lakosság körében. A 18/2002. (XII. 28.) ESzCsM rendelet alapján az önkéntes vizsgálatot igénybe lehet venni a területi bőr és nemibeteg gondozó intézetekben, továbbá a fővárosi és megyei kormányhivatal által működtetett HIV/AIDS tanácsadóknál¹²⁹. A szerhasználókkal foglalkozó alacsonyküszöbű szervezetek esetében általában központilag szervezeten, vagy egyéni pályázat útján valósul meg HIV-szűrővizsgálat. Egy tücseret is nyújtó budapesti szolgáltató állandó jelleggel felajánlja klienseinek a HIV-szűrővizsgálat lehetőségét (Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat állandó telephelyű programja keretében). A tücserek körében

¹²⁴ nevesített helyszínek: • Hajdúsámson; Szerencs; • Vásárosnamény; • Mórahalmi járás; • Győri és Csornai járás; • Soproni és Kapuvári járás; • Székesfehérvári és Móri járás; • Jászapáti és Jászberényi járás; • Erd, Siófok

¹²⁵ A szakmai programban a szolgáltatás részeként megjelenő tevékenységek

¹²⁶ 2018-ig az alacsonyküszöbű szolgáltatások által nyújtott alaptevékenységek közül kettő biztosítása volt alapfeltétel: pszicho-szociális intervenciók és/vagy információs, felvilágosító szolgáltatások és/vagy megkereső munka. A kiegészítő tevékenységek, melyek önállóan nem, kizárólag a meghatározott alaptevékenységekkel együtt pályázhatók a következőképp voltak nevesítve: telefonos, információs vonal; parti szerviz; tücsere szolgáltatások; drop in „toppanj be központ”.

¹²⁷ összesen 23 szervezet szolgáltatott adatot a beszerzési forrásokról, 82.108 fecskendő tekintetében.

¹²⁸ lektorálta: Dr. Dudás Mária (EMMI); Takács Sándor (AATSZ)

¹²⁹listát lásd: <https://anonimaidhs.hu/hasznos-informaciok/szuroallomasok/>

végzett adatgyűjtés szerint 2018-ban HIV szűrés a 29 szervezet közül 10 esetében volt elérhető¹³⁰.

A 2018-as, intravénás szerhasználók körében végzett országos NFP-NNK HIV/HCV biomagatartás vizsgálat szerint (Tarján et al. 2019, módszertant lásd T.5.1) – kizárva a HIV-pozitív eseteket –, az érvényes választ adó 386 fő közül 162 fő (39%) még soha nem volt korábban HIV szűrővizsgálaton. 22% (86 fő) vallotta azt, hogy utoljára 2017-ben vagy 2018-ban vett részt ilyen típusú vizsgálaton ezt a vizsgálatot megelőzően.

HCV-szűrővizsgálat

A HIV-szűrővizsgálathoz hasonló rendszerszintű, rendeleti úton szabályozott anonim, ingyenes HCV-szűrővizsgálat nem érhető el az országban, sem az általános népesség sem a rizikócsoportok számára. Eseti jelleggel, egy korábbi – már elévült - szabályozásnak köszönhetően¹³¹, a fővárosi és megyei kormányhivatalok a szerhasználók számára néha térítésmentesen elvégzik a HCV-szűrővizsgálatot.

A szerhasználókkal foglalkozó alacsonyküszöbű szervezetek esetében általában központilag szervezett szűrőprogramok keretében (pl.: OEK-es országos HIV/HCV prevalenciavizsgálat; HAREACT projekt, ALTALAP HIV/STI program), gyógyszercég támogatásával (pl. Dél-Dunántúlon – leírást lásd alább a HCV kezelésnél), vagy egyéni pályázati forrásból valósul meg HCV-szűrővizsgálat. Egy tucserét is nyújtó szolgáltató állandó jelleggel felajánlja a HCV-szűrővizsgálat lehetőségét (Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat állandó telephelyű programja keretében). A tucserék körében végzett adatgyűjtés szerint 2018-ban HCV szűrés a 29 szervezet közül 11 esetében volt elérhető¹³².

A tucseré programok elmondása szerint – szolgáltatói szinten kialakított megoldásként –, amennyiben nem érhető el éppen HCV-szűrővizsgálat egy adott szervezetnél, akkor a klienst a budapesti Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálathoz irányítják tovább.

Az alacsonyküszöbű programok keretében végzett szűrővizsgálatok módszertani és jogi háttere nem rendezett. HIV/HCV szűrővizsgálatot – a jelenlegi törvényi szabályozás szerint¹³³ – csak egészségügyi szolgáltató végezhet (minimum feltételek biztosítása mellett), a szűrővizsgálatok típusa a szabályozásban nincs elkülönítve (nyálalapú gyorsteszt vs. vérvétel). A korábbi Országos Epidemiológiai Központ gyorsteszttekkel kapcsolatos szakmai útmutatója ezzel ellentétben csak a counselling tanfolyam elvégzését és egy egészségügyi szolgáltatóval kötött megállapodást határoz meg feltételként. A szűrővizsgálatok engedélyezéséért felelős területileg illetékes kormányhivatalok döntései ezért nem egységesek.

A magasabb küszöbű egészségügyi szolgáltatóknál (drogambulancia/opiát-szubsztitúciós kezelőhely) szintén esetleges a HCV-szűrővizsgálat elvégzése. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által csak a diagnosztikai céllal elvégzett HCV-szűrővizsgálat finanszírozott (feltéve, ha a kliensnek rendezett a TB jogviszonya). Az egészségügyi szolgáltató által az intravénás szerhasználók körében kezdeményezett évenkénti rutinszerű HIV/HCV szűrővizsgálat elvégzésére nem áll rendelkezésre országos szakmai protokoll. Az elvégzett szűrővizsgálatok száma szolgáltató-függő (finanszírozás, hozzáállás).

¹³⁰ 2018-ban zajlott az EU által támogatott HAREACT projekt, így a szervezetek egy része ennek keretében végzett HIV/HCV szűrővizsgálatot, tehát egyes esetekben nem állandó hanem projekt jelleggel biztosított a szolgáltatás.

¹³¹ 2005-ben az Országos Tisztifőorvos elrendelte az akkori ÁNTSZ által működtetett laboratóriumoknak a HIV és HCV szűrővizsgálat térítésmentes elvégzését az intravénás szerhasználók esetében, amennyiben azt a vizsgálatkérő lapon megjelölik.

¹³² 2018-ban zajlott az EU által támogatott HAREACT projekt, így a szervezetek egy része ennek keretében végzett HIV/HCV szűrővizsgálatot, tehát egyes esetekben nem állandó hanem projekt jelleggel biztosított a szolgáltatás.

¹³³ 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet

Egyes rehabilitációs otthonok esetében a bekerülés feltétele egy évnél nem régebbi HIV/HCV szűrővizsgálati eredmény, amelynek elvégzéséről az előgondozást végző drogambulanciák, alacsonyküszöbű szervezetek gondoskodnak.

A 2018-as, intravénás szerhasználók körében végzett országos NFP-NNK HIV/HCV biomagatartás vizsgálat szerint (Tarján et al. 2019, módszertant lásd T.5.1) – kizárva a magukat HCV pozitívnak vallókat az elemzésből –, az érvényes választ adó 304 fő közül 156 fő (51%) még soha nem volt korábban HCV szűrővizsgálaton. 19% (58 fő) vallotta azt, hogy utoljára 2017-ben vagy 2018-ban vett részt ilyen típusú vizsgálaton ezt a vizsgálatot megelőzően.

Az intravénás szerhasználói populáció alacsonyküszöbű programokon keresztül történő gyengülő elérhetőségéről bővebben lásd T.1.3.1, illetve Kábítószeres/Stimulánsok T.1.2.5.

A börtönben végzett HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatok tekintetében lásd: Börtön/T.1.3.3.

b) Steril fecskendők elérhetősége (túcsere)

2018-ban 33 szolgáltató (2017: 30) működtetett túcsere programot összesen 24 városban (2017: 21), amely az ország 16 megyéjét (2017: 14) és 7 régióját jelenti.

Budapesten nagy hatással volt az ellátás hozzáférhetőségének változására, hogy 2014 második felében a két legnagyobb budapesti túcsere program helyi önkormányzati döntések következtében bezárni kényszerült. A Kék Pont Alapítvány a VIII. kerületben, míg a Drogprevenációs Alapítvány a XIII. kerületben szüntette meg túcsere szolgáltatását. 2015-ben az Alternatíva Alapítvány indította el utcai megkereső és mobil szolgáltatását a VIII. kerületben, azonban 2017 óta már csak előbbi működött alacsony kapacitással, a szervezet jelenleg más rizikócsoportokra fókuszál. A Baptista Szeretetszolgálat állandó telephelyű programot 2017 óta már nem működtetett, két mobil szolgáltatása, illetve utcai programja továbbra is működik, azonban 2018-ban ezek a programok is kapacitás-gondokkal küzdöttek.

Vidéken, Érden megszűnt a túcsere program. Továbbá 6 állandó telephelyű program jelezte, hogy bár a túcsere szolgáltatás biztosított volt, a programot nem vette igénybe senki 2018-ban (Komló, Veszprém, Orosháza, Békéscsaba, Nagykanizsa, Salgótarján).

2018-ban négy új városban hoztak létre túcsere szolgáltatást: Nyíregyháza, Szolnok, Szerencs, Hajdúsámson, ebből a két utóbbi az SZGYF által meghirdetett, meghívásos – normatív finanszírozást biztosító – pályázatnak köszönhetően (lásd T.1.5.2), míg a másik két helyszínen a meglévő alacsonyküszöbű támogatás keretében hozták létre ezt a szolgáltatást. A programok 2018 második felében álltak fel, a tárgyévben még nem volt túcsere igénybe vevő kliensük. További két szervezet (akik szintén a meghívásos pályázat keretében kaptak támogatást) jelezte, hogy 2019-ben tervezik bevezetni a túcsere szolgáltatást az alacsonyküszöbű ellátásuk keretében (Székesfehérvár; Jászapáti).

2018-ban az országban 28 állandó telephelyű program működött (2017: 25), 12 szervezetnél (2017: 12) végeztek utcai megkereső munkát, 1 szervezet (2017:1) működtetett 2 különböző helyszínen mobil túcsere programot és 3 helyen tudtak igénybe venni tű-automatát az intravénás szerhasználók (2017:3).

9 szervezet üzemeltetett két féle programot, ez legtöbb esetben az állandó telephelyű programhoz kapcsolódva végzett utcai megkereső munka volt. Három féle programot egy szolgáltató tartott fenn. 23 szolgáltató esetében csupán egy típusú túcsere volt elérhető, ez döntően az állandó telephelyű program volt.

A túcsere programok 2018-ban összesen 83.341 steril injektort osztottak ki a klienseknek, a hozott illetve gyűjtött használt fecskendők száma 55.969 darab volt.¹³⁴ A becserélési arány

¹³⁴ Ebbe beleértendő a túcsere automaták által adott, és az automaták mellett elhelyezett gyűjtőedénybe dobott fecskendők száma is.

67%-os volt. A tűcsere programokat 2017-ben 1435 intravénás szerhasználó¹³⁵ vette igénybe összesen 9266 alkalommal. 405 új kliens¹³⁶ regisztráltak a programok a tárgyévben. Egy kliensre 58 kiosztott és 39 visszahozott fecskendő, illetve átlagosan 6 kontakt jutott a tárgyévben.

A programtípusonként vizsgálva a forgalmi adatokat, az állandó telephelyű programok osztották ki a fecskendők nagy részét (70%), és a legtöbb kliens is ezekkel a szolgáltatókkal lépett kapcsolatba (68%).

17. táblázat. A tűcsere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2018-ban

	állandó telephelyű	mobil tűcsere	utcai megkereső	tű-automata	összesen
osztott	58334	18987	3423	2597	83341
hozott (+gyűjtött)	34257	16903	4779	30	55969
becserélési arány	59%	89%	140%	1%	67%
kliensek száma	969	355	111	0	1435
új kliensek száma	329	35	41	0	405
kontaktok száma	6998	1622	646	0	9266
szervezetek száma*	28	1	12	3	33

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

Forrás: Tarján 2019a

A területi megoszlást vizsgálva 2018-ban is a budapesti tűcsere programokhoz köthető mind az osztott és hozott fecskendőszám, mind a kliens és kontaktszám döntő része (budapesti részesedés ebben a sorrendben 80%; 83%;71%; 71%).

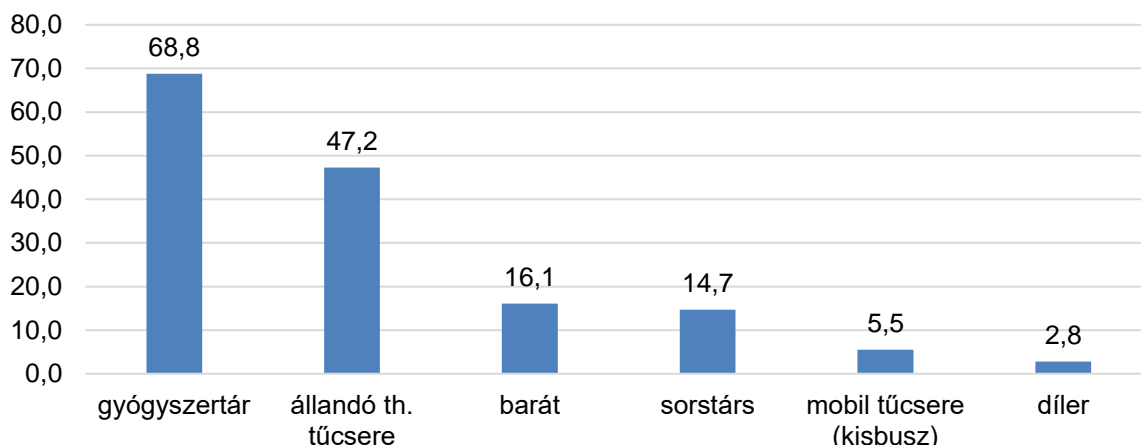
A 2015. évre vonatkozó populációs becslés adatait felhasználva (Lásd: Kábítószeres/ Stimulánsok/ T.1.2.5.) 2018-ban egy intravénás szerhasználóra 12 fecskendő jutott országos szinten.

Hazánkban nem érhető el gyógyszerári tűcsere program, illetve a gyógyszerári fecskendő-forgalom megfigyelése nem képezi részét a rutin monitoring rendszernek (leírását lásd: T.5.1). A 2018-as, intravénás szerhasználók körében végzett országos NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálat szerint (Tarján et al. 2019, módszertant lásd T.5.1) az elmúlt négy hétben injektáló intravénás szerhasználók 69%-a vásárolt (150/218 fő) (2015: 67%; 2014-ben: 58,4%) az elmúlt 4 hétben fecskendőt gyógyszerárban, a megkérdezetteknek csak 47,2%-a szerzett be fecskendőt az elmúlt 4 hétben állandó telephelyű tűcsere programokban.

¹³⁵ A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikációsúrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

¹³⁶ Az új kliensek száma szolgáltatói szinten duplikációsúrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

60. ábra. Az országos NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók fecskendő beszerzési forrásai (%) az elmúlt 4 hétben¹³⁷ 2018-ban (n=218)



Forrás: Tarján et al. 2019

A megkérdezettek több mint fele a leggyakoribb steril fecskendő beszerzési helynek¹³⁸ a gyógyszertárt jelölte meg (53,9%) az elmúlt 4 hét tekintetében, míg 32,3%-uk leggyakrabban állandó telephelyű tűcsere programokban szerzi be a steril fecskendőt. 4,6%-4,6% baráttól, illetve sorstárstól kap leggyakrabban steril fecskendőt.

A VIII. kerületi tűcsere bezárásának következményeit felmérő 2018-as kutatás eredményeit (Csák et al. 2019) lásd: T.1.5.5.

A tűcsere adatok trendelemzését lásd T.1.5.4.

c) Egyéb steril eszközök és ártalomcsökkentő szolgáltatások elérhetősége

A steril injektor mellett óvszer (24/29), illetve a biztonságos injektálással és ÚPSZ-használattal kapcsolatos szóbeli tanácsadás érhető el a legtöbb tűcsere programban (29 jelentő szervezetből 23-23 helyen). Emellett a legtöbb szolgáltatónál elérhető az alkoholos törülköző, és vitamin. A szervezetek közel egyharmada előre összeállított egységcsomagban biztosítja a steril injektáló segédeszközöket.

HIV és HCV szűrést a szervezetek körülbelül egyharmada ajánl fel¹³⁹, a HIV és HCV kezelésbe jutással kapcsolatos információ és támogatás 13, illetve 16 szervezetnél érhető el.

18. táblázat. Injektáló és ártalomcsökkentő segédeszközök osztása és egyéb szolgáltatások nyújtása a tűcserét végző szervezetek körében 2018-ban (jelentő tűcsere szervezetek száma, n= 29)

Eszköz/ Szolgáltatás típusa	Szervezetek Száma
Óvszer:	24
Tanácsadás biztonságos injektálásról (szóbeli):	23
Célzott tanácsadás az új pszichoaktív szerek injektálásával kapcsolatosan (szóbeli):	23
Alkoholos törülköző:	21
Vitamin:	17
HCV kezelésbe irányítás - tanácsadás, ügyintézés:	16

¹³⁷ 1 fő több helyszínt is megjelölhetett.

¹³⁸ 1 fő csak egy helyszínt jelelhetett meg.

¹³⁹ 2018-ban zajlott az EU által támogatott HAREACT projekt, így a szervezetek egy része ennek keretében végzett HIV/HCV szűrővizsgálatot, tehát egyes esetekben nem állandó, hanem projekt jelleggel biztosított a szolgáltatás.

HIV kezelésbe irányítás - tanácsadás, ügyintézés:	13
HCV szűrővizsgálat:	11
Célzott tanácsadás az új pszichoaktív szerek injektálásával kapcsolatosan (írott szóróanyag):	11
HIV szűrővizsgálat:	10
Steril szűrő/filter:	9
Vénakrém:	8
Előre összeállított, egységcsomagban kiszerezett steril injektáló eszközök:	8
Tanácsadás biztonságos injektálásról (írott szóróanyag):	7
Száraz törlőkendő, vatta:	6
Aszkorbinsav/ savasító:	5
Fertőtlenítőszer eszköztisztításhoz:	5
Érszorító:	5
Egyéni kockázatfelmérés:	5
Steril főzőedény/kupak:	4
Fólia:	4
Desztillált víz:	3
Szifilisz szűrővizsgálat	1
Terhességi teszt	1
Sebtapasz, kötszer	1
Kézfertőtlenítő gél, nedves törlőkendő	1
Multidrog tesztcsik	1

Forrás: Tarján 2019a

19. táblázat. Injektáló és ártalomcsökkentő segédeszközök és egyéb szolgáltatások lefedettsége a tűcsere programok körében, 2018-ban¹⁴⁰

	A legtöbb helyen elérhető	Gyakran elérhető	Ritkán elérhető	Nem elérhető	Nincs információ
alkoholos törlőkendő	x				
száraz törlőkendő			x		
desztillált víz			x		
steril főzőedény/kupak			x		
steril szűrő/filter		x			
aszorbinsav/ savasító			x		
fertőtlenítőszer eszköztisztításhoz			x		
óvszer	x				
síkosító					x
alacsony holtterefogatú fecskendő	x				
otthoni HIV gyorseszteszt készlet				x	
fólia, pipa, szipka			x		
kezelésbe/szűrésbe irányítással kapcsolatos információ	x				

Forrás: Tarján 2019a

¹⁴⁰A kategóriák operacionalizálása: Legtöbb helyen elérhető: a jelentő tűcsere szervezetek > 70%-ánál elérhető; Gyakran elérhető: a jelentő tűcsere szervezetek 70%-30%-ánál elérhető; Ritkán elérhető: a jelentő tűcsere szervezetek < 30%-ánál elérhető.

d) A kábítószer-fogyasztás okozta halálesetek és mérgezések megelőzése

Elvihető naloxone és ezzel kapcsolatos felkészítés, mint szolgáltatás nem érhető el hazánkban.

Ártalomcsökkentés a rekreációs színtéren

2018-ban összesen 20 alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtó szervezet választotta a Nemzeti Drog Fókuszpont rövid online kérdőívére.¹⁴¹, illetve működtetett ártalomcsökkentő tevékenységet a rekreációs színtéren 11 városi¹⁴², 2 kistérségi¹⁴³, 5 megyei¹⁴⁴, 1 regionális¹⁴⁵ és 1 országos hatókörrel (Tarján 2019b).

A szervezetek összesen 76 szórakozóhellyel/ parti szervező csapattal működtek együtt, 549 eseményen vettek részt. Összes klienskontaktus-szám: 124.006 volt. Az egy eseményre jutó átlagos kontaktszám 226 volt. A szervezetek összesen 955 szerhasználathoz köthető rosszulletet/mérgezést tapasztaltak 2018-ban azokon az eseményeken, ahol jelen voltak.¹⁴⁶, 86 esetében kellett mentőt hívni¹⁴⁷. A szervezetek által leggyakrabban biztosított eszközök a víz, a szőlőcukor, az óvszer és a pezsgőtabletta voltak. Az egyéb kategóriában említésre került a füldugó, fólia, a szippantó cső, fertőtlenítőkendő, mull lap, jogi tájékoztató anyag, ennivaló¹⁴⁸, illetve egyes eszközök egységcsomagban („Party Pack”¹⁴⁹).

20. táblázat. A partiszervíz szolgáltatók által osztott ártalomcsökkentő eszközök típusai 2018-ban (válaszadó szervezetek száma=19)

<u>típus</u>	<u>szervezetek száma</u>
víz/ásványvíz	18
szőlőcukor	18
óvszer	17
pezsgőtabletta	14
kábítószer-használattal kapcsolatos írott tájékoztató anyag	12
Új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos írott tájékoztató anyag	11
egyéb	9
túladagolással és mérgezéssel kapcsolatos írott tájékoztató anyag	8
vitamin	8

Forrás: Tarján 2019b

Három szervezet¹⁵⁰ jelezte, hogy tartott képzést a velük együttműködő szórakozóhelyek üzemeltetőinek, személyzetének, és/vagy saját önkénteseinek a biztonságos szórakozóhely megteremtése, a partiszervíz munkájának megismertetése, a droghasználat szempontjából veszélyes helyzetek felismerése és kezelése, a droghasználat jogi vonatkozásai, elsősegélyképzés témában.

A partiszcenában megfigyelhető szerhasználati trendekkel kapcsolatosan lásd Kábítószeres/Kannabisz/T4.1.

¹⁴¹ A 28 megkeresett szervezetből 2 jelezte vissza, hogy már nem működtetett ilyen adatszolgáltatást, 6 esetben nincs arra vonatkozó információ, hogy működik-e még a program. Utoljára 2015-ben volt ilyen jellegű adatgyűjtés.

¹⁴² Székesfehérvár; Debrecen; Eger; Orosháza; Békéscsaba; Győr; Kaposvár; Nagykanizsa; Kazincbarcika; Budapest, Balmazújváros

¹⁴³ Nyíregyháza kistérség és Kisvárd; Gyöngyös kistérség

¹⁴⁴ Veszprém megye; Tolna megye; Jász-Nagykun-Szolnok megye; Békés Megye; Csongrád megye:

¹⁴⁵ Dél-Dunántúl

¹⁴⁶ 4 szervezet esetében ezzel kapcsolatban nem állt rendelkezésre adat.

¹⁴⁷ 2 szervezet esetében ezzel kapcsolatban nem állt rendelkezésre adat.

¹⁴⁸ ropi, keksz, mogyoró, müzli

¹⁴⁹ szívószál, szőlőcukor, óvszer, információs anyag

¹⁵⁰ Budapest, Pécs, Nyíregyháza

e) Felügyelt szerhasználói szobák

Ez a szolgáltatás nem érhető el hazánkban.

f) Szabaduló fogvatartottak számára szerhasználókkal foglalkozó ellátók által nyújtott speciális szolgáltatások

Ezzel kapcsolatosan elérhető információkat lásd: Börtön/ T.1.3.3/ Reintegráció, szabadulásra való felkészítés.

g) Védőoltások

Speciális, célzott védőoltás programok nem érhetők el a szerhasználók számára.

A hepatitis B elleni védőoltás 1999 óta kötelező a 13. életévüket betöltött személyek számára hazánkban. A 2019. évi Védőoltási Módszertani Levélben foglaltak szerint¹⁵¹ megbetegedési veszély elhárítása céljából önkéntesen igénybevehető térítésmentes hepatitis B elleni védőoltás érhető el többek között az intravénás szerhasználók, mint nevesített kockázati csoport részére, amely rendelkezés 2007 óta van érvényben.

h) Fertőző betegségek kezelése¹⁵²

HIV fertőzés kezelése

A verifikált HIV-fertőzött személyek kezelése Magyarországon az ország négy különböző pontján lévő szakosodott ellátóhelyen, Budapesten, illetve – 2014 óta – további három decentrumban Miskolcon, Pécsen és Debrecenben történik, amelynek eljárásrendjét a 18/2002. (XII. 28.) ESzCsM rendelet határozza meg, illetve az Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet szakértői munkacsoportja által 2017-ben kiadott HIV kezelési protokoll¹⁵³ (Szóbeli közlés Szilágyi 2018) szerint a szerhasználat nem kontraindikáció a HIV-kezelés megkezdésében. A tūcserék körében végzett adatgyűjtés szerint 2018-ban HIV kezelésbe irányítás - tanácsadás, ügyintézés a 29 szervezet közül 13 esetben volt elérhető. (Tarján 2019a)

HCV fertőzés kezelése

Az országban 43 hepatológiai centrum található, 24 városban¹⁵⁴.

A legújabb HCV kezeléssel kapcsolatos országos szakmai konszenzus (Hunyady et al. 2018), amely 2018 márciusától hatályos, a korábban előírt 3 hónapos absztinenciát már nem tartalmazza, hanem egyéni esetelbírálást ír elő az aktív szerfogyasztók esetében.

Az új, direkt ható antivirális gyógyszerek piacra kerülése óta megszűnt a HCV kezeléssel kapcsolatos várólista, továbbá vezető hepatológusok 2016-os állásfoglalása szerint (Horváth et al. 2016) az új gyógyszerekkel a legnehezebben kezelhető betegcsoportokban is – a korábbi kezelésekhöz képest rövidebb idő alatt, és sokkal kevesebb mellékhatással – 90% feletti gyógyulás érhető el. Kizárólag szakmai szempontokat figyelembe véve minden, hepatitis C vírust hordozó fertőzött antivirális kezelése indokolt.

¹⁵¹ https://www.antsz.hu/data/cms92651/VML2019_NNK_2019_05_08.pdf

¹⁵² Lektorálta: Dr. Dudás Mária (NNK); Takács Sándor (AATSZ)

¹⁵³ Antiretrovirális kezelés, védőoltások alkalmazása és az opportunista betegségek primer és szekunder profilaxisa HIV-fertőzött felnőtteknél

¹⁵⁴ https://hepreg.hu/custom/hepreg/doc/hepatologiai_centrumok.pdf

A HAREACT projekt keretében (lásd: T1.5.5.) a szűrővizsgálatot végző alacsonyküszöbű szervezetek képzéseken vettek részt 2016-ban és 2018-ban az intravénás szerhasználók HIV/HCV kezelésbe juttatásának kapcsán, illetve területileg szerveződő munkacsoportok keretében többféle érdekképviselői csoport (szociális munkások, hepatológusok, infektológusok) bevonásával lokális egyeztetések folytak a gyakorlati megvalósítás érdekében.

Emellett vannak egyéni kezdeményezések is: a Drogprevenció Alapítvány kidolgozta a „Kísér” nevű programját, amely esetmenedzsmet keretében végig kíséri a klienst a szűréstől a kezelésig tartó úton. A HCV pozitívakat a Szent János Kórház Hepatológiájára jegyeztetik elő, igény szerint el is kísérik őket (2018: 3 fő). A kezelésre irányítottak és előjegyzettek száma 18 fő volt 2018-ban. A beutalót a Drogplex Ambulancia adja. (Szóbeli közlés Varga, M. 2019)

A tucserék körében végzett adatgyűjtés szerint 2018-ban HCV kezelésbe irányítás, tanácsadás, ügyintézés a 29 szervezet közül 16 esetében volt elérhető. (Tarján 2019a)

2018-ban előkészítésre került, majd 2019 júniusában indult el a „HCV-fertőzött szerhasználók kezelésbe juttatása Budapesten” című projekt az MSD gyógyszercég és a Válaszút Misszió együttműködésében a Nemzeti Népegészségügyi Központ támogatásával, amely során szociális munkások kísérik végig az intravénás szerhasználókat a HCV kezelési kontinuum egyes állomásain (HCV ellenanyag vizsgálatától – a HCV kezelés végét 6 hónappal követő vérvételi vizsgálatig - SVR24). A projekthez társult a Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőíves vizsgálata, amely a kezelési út főbb állomásain rögzíti a projektbe belépők aktuális szerhasználati jellemzőit, és pszicho-szociális állapotát.

Dél-Dunántúlon az INDIT Közalapítvány koordinálásában, az Abbvie gyógyszercég támogatásával, 2018 júliusa és 2019 márciusa között 312 fő körében végeztek HCV szűrést.¹⁵⁵ A valaha intravénás szerhasználók aránya 30% volt (95 fő). A szűrővizsgálati projekt további célja volt a kiszűrt pozitív esetek kezelésbe juttatása a területi hepatológusokkal együttműködésben. 32 HCV fertőzöttet¹⁵⁶ azonosított összesen a vizsgálat, akik közül 16 fő kezdte meg a kezelést.

21. táblázat. Az INDIT Közalapítvány HCV szűrővizsgálati projektjében részt vevők körében a HCV fertőzöttség előfordulási gyakorisága és a kezelést megkezdők száma toborzási helyszín szerinti bontásban, 2018/2019

	leszűrtek száma	pozitívak száma	kezelésbe került
rehabilitációs otthonok	156	12	8
börtön	51	6	3
gyermekotthon	76	0	0
alacsonyküszöb (tucseré)	29	14	5
összesen	312	32	16

Forrás: INDIT 2019

A kezelő orvosok visszajelzései alapján (Írásbeli közlés Pár, G. és Péterfi Z. 2019 szeptember) a rehabilitációs intézményből kiszűrt 8 kezelésbe irányított beteg közül 1 beteg még a kezelés megkezdése előtt börtönbe került, nem indult el a kezelés, bár volt engedélye. A másik 7 beteg 8-12 hétig kezelés alatt állt. 3 főnek volt már esedékes a kezelést követő 6. hónapban a vérvétele (SVR24)¹⁵⁷, amelyen mindannyian megjelentek¹⁵⁸ és a vizsgálat sikeres kezelést igazolt.

¹⁵⁵ További 71 fő (személyzet) esetében is végeztek HCV szűrést, akik a toborzási helyszíneken voltak alkalmazásban.

¹⁵⁶ közülük 31 fő rendelkezett intravénás szerhasználói múlttal

¹⁵⁷ Hazánkban a NEAK csak akkor fizeti ki a HCV kezelést, ha az SV24 vérvizsgálat által igazolt a gyógyulás.

A börtönben kiszűrt 6 beteg közül 2 főnek volt folyamatban a kezelése, 1 fő várólistán volt, 1 fő nem kért kezelést, míg 2 fő esetében szabadulás/átszállítás miatt nincs további információ arról, hogy hogyan alakult a kezelés.

Az alacsonyküszöbűből kiszűrték közül kezelésbe irányított 12 fő közül 2 kliens kapott 4 hetes kezelést majd eltűnt, 2 kliens vár kezelésre még, 1 beteg kapott 8 hetes kezelést, ami épp befejeződött, 7 kliens nem ment el a hepatológushoz.

A hepatológusok tapasztalatai alapján rehabilitációs intézményben könnyen megvalósítható a kezelés, ha a kezelőorvos gyorsított ütemben intézi a kérényt és azonnal megkezd a kezelést (hogy a kezelt a kezelés végéig még az intézményben tartózkodjon lehetőleg). Tapasztalatuk szerint kulcsfontosságú a rugalmasság, a diagnosztika és kezelési állomások egyszerűsítése, illetve elengedhetetlen a szociális munkások szerepe a betegek kezelésbe vonásához, illetve a kezelőorvosokkal való kapcsolattartáshoz.

2018 decemberében az Emberi Erőforrások Minisztere Nemzeti Hepatitisz Bizottságot hozott létre az eliminációs célok hazai megvalósításához szükséges lépések megtervezésére, javaslatok/módszertanok kidolgozására.

Az intravénás szerhasználói populáció alacsonyküszöbű programokon keresztül történő gyengülő elérhetőségéről, illetve az injektálók körében megfigyelhető új szerhasználati mintázatokról bővebben lásd T.1.3.1 és T.1.5.4, illetve Kábítószeres/Stimulánsok T.1.2.5.

A fogvatartottak HIV/HCV kezelésével kapcsolatos információkat lásd: Börtön/T.1.3.3.

i) Szexuális egészséggel kapcsolatos tanácsadás; óvszerosztás

Az óvszerosztással kapcsolatos adatokat lásd: T.1.5.3 c) és d) pontja. Hazánkban két olyan szerhasználókkal foglalkozó alacsonyküszöbű budapesti (tűcsere) szervezet van (Alternatíva Alapítvány és Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat), amelyek szolgáltatói profiljában a szerhasználattal kapcsolatos ártalmak csökkentése mellett a szexuális egészséggel kapcsolatos tanácsadás is hangsúlyosan megjelenik.

A partiszervíz szolgáltatók által nyújtott szolgáltatásokról bővebben lásd (d pont ebben a fejezetben).

T1.5.4 Ártalomcsökkentő programok: elérhetőség; hozzáférhetőség, trendek

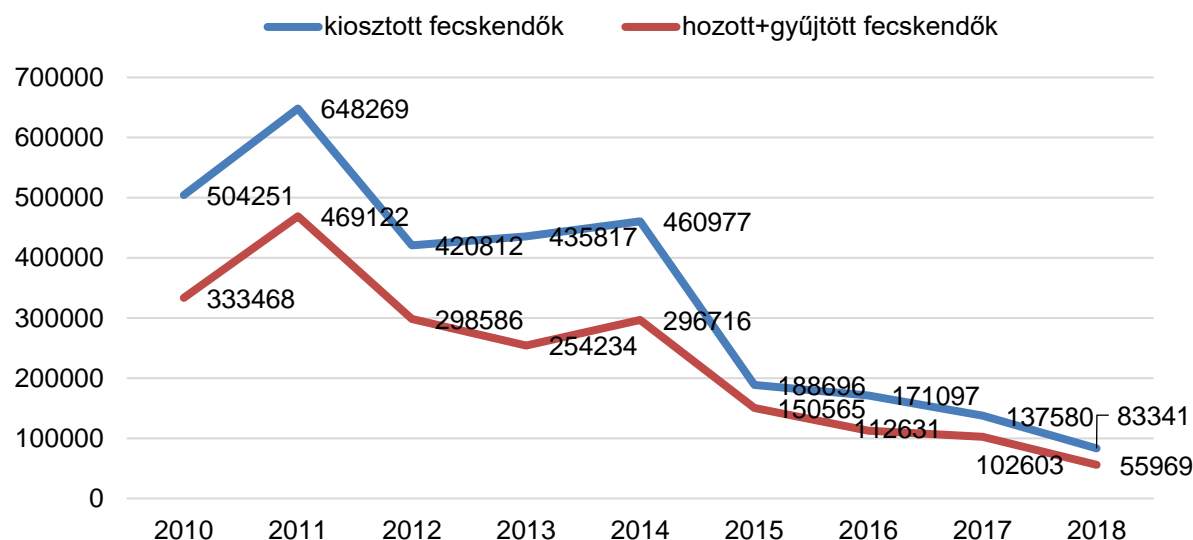
Az intravénás szerhasználók részére kiosztott fecskendők száma

2011-ben az előző évekhez képest ugrásszerűen megnőtt a kiosztott fecskendők száma, amelynek háttérében a klasszikus kábítószeresekhez képest jóval gyakrabban injektált, új pszichoaktív szerek 2010-ben kezdődő térnyerése áll (lásd: Kábítószeres/Stimulánsok fejezet T1.2.1. alfejezet). A 2011-ig tartó növekvő trendet az alacsonyküszöbű és közösségi szenvedélybeteg ellátásra rendelkezésre álló források csökkenése törte meg 2012-ben (lásd: T1.5.2 alfejezet), amikor új hároméves pályázati ciklus kezdődött. Ekkor az előző évhez képest mintegy 220 ezerrel kevesebb injektort osztottak ki a tűcsere programokban. A szolgáltatások fenntarthatósága végett a legnagyobb forgalmú szolgáltatók korlátozták az egy alkalommal kiadható fecskendők számát, egyes esetekben csökkentett nyitvatartási idővel dolgoztak, volt olyan program, amely átmenetileg vagy véglegesen bezárásra kényszerült. 2013-ban majd 2014-ben enyhén emelkedett a kiosztott fecskendők száma, amely elsősorban az EMMI által biztosított egyedi támogatásnak volt köszönhető (lásd: T1.5.2), azonban még mindig nem érte el a 2011-ben mért értéket, és valószínűsíthetően továbbra sem elégítette ki az intravénás szerhasználók tényleges fecskendő szükségleteit.

¹⁵⁸ pedig már nem tartózkodtak a rehabilitációs intézményben.

Ezt alátámasztja a becserélési arányban megfigyelt csökkenés 2013-ban, amelynek nyomán valószínűsíthető, hogy a programokba vissza nem került használt fecskendők jelentős részét – elsősorban a fővárosban – újrahasználták, vagy megosztották egymással a kliensek (NFP 2015). A 2014. év második felében bezárt két legnagyobb hazai tűcsere program (lásd: T1.5.3) forgalmának kiesése 2015-ben jelentős csökkenést (59%, illetve 49%) okozott mind a kiosztott, mind a 'hozott és gyűjtött' fecskendők száma tekintetében, amely tendencia 2016 után mérsékeltebb ütemben, de tovább folytatódott. A további csökkenés háttértényezőire világitanak rá Kaló és munkatársainak kutatása (2018), Csák vizsgálata (Csák et al. 2019), illetve a rutinadatgyűjtések során kimutatható változások (az ide vonatkozó eredményeket lásd: Kábítószeres/ Stimulánsok/ T1.2.5 és T4.1), amelyek alapján az intravénás szerhasználók körében mérsékelten, de szerhasználati mintázatváltozás történt az elmúlt 3 évben (növekvő szintetikus-kannabinoid használat, az injekálható szerek tekintetében a fóliázás, mint beviteli mód növekvő aránya). Emellett a tűcsere szervezetek úgy vélik, hogy a növekvő rendőri jelenlét miatt egyre rejtőzködőbbé válik ez a szerhasználói csoport (Kaló et al. 2018). Több szervezet jelezte (Kaló et al. 2018, Tarján 2019a), hogy kapacitáshiány és csökkenő szolgáltatás lefedettség miatt egyre kisebb része kerül az intravénás szerhasználóknak a szervezetek látóterébe (Budapest), illetve vidéken is azonosíthatók¹⁵⁹ ellátatlan injekálós szerhasználói közösségek olyan településeken, ahol a tűcsere szolgáltatás nem hozzáférhető. Vidéken mindemellett 2018 év végén 4 új – eddig ellátatlan helyszínen lévő – tűcsere is nyújtó program kezdte meg működését, és 2 szolgáltatás tervezi 2019-ben bevezetni a tűcsere szolgáltatást.

61. ábra. A tűcsere programok fecskendőforgalmi adatai, 2010-2018 között



Forrás: Tarján 2019a

A kiosztott fecskendő számának változásaival ellentétben a tűcsere programokban megjelent kliensek száma, illetve a kontaktok száma meredek emelkedést mutatott 2012 és 2014 között¹⁶⁰. Feltehető, hogy a steril fecskendő elérhetőségének korlátozását a klienskör nagyobb számú megjelenéssel, továbbá új, tűcsere programba nem járó intravénás szerhasználók bevonásával kompenzálta. A két legnagyobb program 2014 második felében történő kiesésével 2015-re jelentősen csökkent a kliensek és a kontaktok száma. A csökkenő tendencia 2016 és 2018 között is folytatódott a fecskendőforgalmi trendadatok

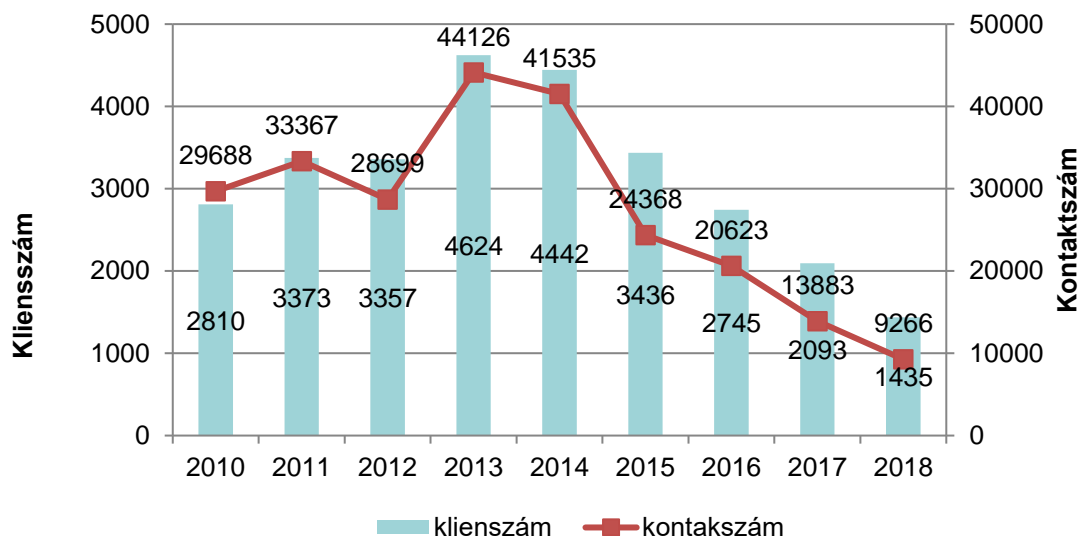
¹⁵⁹ nem szerhasználattal kapcsolatos ellátást nyújtó szervezetek (pl.: gyermekjóléti, családsegítő szolgáltatások) visszajelzése alapján

¹⁶⁰ 2013 és 2014 között némileg visszaesett mind a kliens, mind a kontaktszám, ennek oka a két legnagyobb tűcsere szolgáltató bezárása az év során, amely nélkül valószínűleg magasabb lett volna a kliensszám a 2014. év végére.

kapcsán leírt okokból kifolyólag. A 2013-ban ellátott 4624 főhöz képest 2018-ban mindössze 1435 fő vette igénybe a hazai tűcsere szolgáltatásokat, vagyis 69%-os volt a visszaesés. A kontaktok száma ugyanebben az időszakban 81%-kal csökkent (2013: 44.126; 2018: 9.266). Míg az elmúlt években (2011-2016) 1100 és 1800 között mozgott az évenként regisztrált új kliensek száma, 2018-ban csak 405 olyan kliens volt, aki a tárgyévben regisztrált először tűcsere programban.

Az elmúlt évek tűcsere kliensforgalmi adatai – a változó szerhasználati mintázatok és a feltehetően csökkenő gyakoriságú intravénás szerhasználat ellenére is – azt valószínűsítik, hogy az intravénás populáció egy jelentős része marad ellátatlanul (2015-ben a becsült elmúlt 1 évben aktív intravénás szerhasználók száma: 6707 fő volt).

62. ábra. A tűcsereben részt vevő kliensek és kontaktok számának alakulása, 2010-2018



Forrás: Tarján 2019a

2014 és 2018 között a forgalmi adatok mérőszámai mentén nőtt a vidéki részesedés: míg korábban az egyes indikátorok esetében a főváros részesedése 86-89% volt, addig 2018-ban már csak 71-83%, amely rávilágít arra, hogy a tűcsere szolgáltatások által kiosztott fecskendők számában és kliensszámában tapasztalt visszaesést elsősorban a szolgáltatás budapesti beszűkülése okozta, mindeközben a vidéki hozzáférés jelentősen nem változott ebben az időszakban, sőt 2018 végén új szolgáltatókkal bővült.

Összességében elmondható, hogy mind vidéken mind a fővárosban mind a négy indikátor (osztott/hozott fecskendő, kliens/ kontakt szám) mentén csökkent a tűcsere programok forgalma, amelynek háttérében elsősorban a már említett szerhasználati mintázati változások állhatnak.

A 2018-ban végezett bio-magatartás vizsgálat (Tarján et al. 2019) klientszoborzási tapasztalatai alapján vidéken – ahol stabilabb maradt a tűcsere szolgáltatás – könnyebb az intravénás szerhasználói populáció elérése a fővárossal ellentétben (lásd ebben a fejezetben T.1.3.1).

Az elmúlt években végzett vizsgálatok alapján (Dudás et al. 2015; Tarján et al. 2019; Csák et al. 2019) növekszik a fecskendők gyógyszerárban történő beszerzése (házánkban nem elérhető a gyógyszerári tűcsere program). 2018-ban a tűcsere programok klienskörében lekérdezve ez volt a leggyakoribb beszerzési forrás (részleteket lásd: T.1.5.3).

2018-ban egy intravénás kábítószer-fogyasztóra átlagosan 12 steril fecskendő jutott országos szinten, amely további csökkenést jelent a megelőző évek adataihoz képest (2017: 21, 2016: 25, 2015: 28, 2014: 81; 2013: 76 db; 2012: 74 db).¹⁶¹

A budapesti hozzáférhetőség tekintetében lásd még Csák 2018-ban végzett kutatását (Csák et al. 2019) a T1.5.5-ben, amely a VIII. kerületi tűcsere program bezárásának következményeit tárta fel.

T1.5.5 Kiegészítő információ az ártalomcsökkentő beavatkozásokhoz

Az európai uniós finanszírozású HAREACT projekt keretében (Magyarország részvételével kapcsolatos információkat lásd: 2018-as Éves Jelentés/ Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés/ T.1.5.5). 11 alacsonyküszöbű szervezet¹⁶² vett részt 2016-ban és 2018-ban a projekt által támogatott képzéseken, amelyek a következő témákban zajlottak: HIV/HCV szűrővizsgálat (gyorsteszték alkalmazása) és counselling; ártalomcsökkentés és a női kliensek ellátása; HIV/HCV kezelésbe utalás; az integrált ellátás modellje; túladagolások megelőzése.

A projekt által finanszírozott nyálteszt alapú szűrővizsgálatok (HIV/HCV) és ehhez kapcsolódó kérdőíves vizsgálat¹⁶³ 2018 májusában kezdődtek meg a részt vevő szervezeteknél (440 főt ért el 2018-ban vizsgálat, adatokat lásd ebben a fejezetben T.1.3.1). A 2018 áprilisában megrendezésre került HIV/HCV kezelésbe utalással kapcsolatos képzésen az alacsonyküszöbű szervezetek mellett részt vettek hepatológusok és infektológusok is. A képzés célja a különböző szakterületek közötti lokális együttműködés kiépítése, illetve megvalósítható beteg utak kidolgozása volt.

A fogvatartottak körében végzett tanácsadásról, szűrővizsgálatokról és kezelésről szóló információ a Kábítószer-probléma a börtönben fejezet T1.3.3 alfejezetében olvasható.

Budapesti kutatás a VIII. kerületi bezárt tűcsere program volt kliensei körében

A VIII. kerületi tűcsere program bezárásának következményeit feltáró kutatás készült 2018-ban a program volt kliensei körében (100 fő)¹⁶⁴ (Csák et al. 2019). A kutatásban válaszadóvezérelt mintavételt (RDS) használtak, hogy elérjék a célcsoportot (módszertant lásd T5.2.2, szerhasználati jellemzőket lásd: Kábítószeres/ Stimulánsok/ T4.1).

A kutatásban az aktív (elmúlt 4 hétben) injektálók körében az elmúlt 6 hónap során előforduló kockázati magatartásokat is vizsgálták a bezárás kapcsán. A kutatók véleménye szerint a különféle kockázati magatartások előfordulásának gyakorisága összefügg azzal, hogy milyen az a kockázati környezet, amiben élnek a válaszadók. Az eredmények azt mutatják, hogy a víz szűkös erőforrás a célcsoport számára mivel feltehetően parkokban, romházakban injektálnak, ahol nincs elérhető folyóvíz. A szűrő megosztásához kapcsolódó kockázati magatartások ugyanakkor a legkevésbé jellemző magatartásformák között voltak, hiszen az ÚPSZ-injektálók nem használnak szűrőt, mert az ÚPSZ-ok melegítés vagy sav hozzáadása nélkül, könnyen oldódnak (így a célcsoportban jellemzően úgy gondolják, hogy

¹⁶¹ Fontos megjegyezni, hogy 2015-ben készült az utolsó becslés az intravénás szerhasználói populáció méretére vonatkozóan (adatokat és módszertant lásd: Kábítószeres/ Stimulánsok T1.2.5 alfejezet), így 2015 óta a lefedettség becslés ez alapján készül, míg 2014-ig az egy főre jutó steril fecskendőszám a 2010-ben készült populációs becslés alapján (lásd: 2010-es Éves Jelentés, 4.1. fejezet) került kiszámításra.

¹⁶² Budapest: 4 tűcsere és 2 alacsonyküszöbű szervezet; Pécs: 2 tűcsere szervezet; Debrecen, Kecskemét és Miskolc: 1-1 tűcsere szervezet

¹⁶³ amelyet a Nemzeti Drog Fókuszpont dolgozott ki és finanszírozott

¹⁶⁴ A demográfiai jellemzők az intravénás szerhasználó populációban végzett korábbi vizsgálatokkal párhuzamosan alakultak, a megkérdezettek két harmada férfi volt, az átlagéletkor 36,8 év volt. A mintába bekerültek iskolai végzettsége nagyon alacsony volt, 72%-nak nem volt középfokú végzettsége. 43%-nak volt valamilyen legális jövedelme az elmúlt hónapban, a többség közmunkásként volt foglalkoztatva.

nincs szükség szűrőre). A leggyakrabban előforduló kockázati magatartások¹⁶⁵ pedig a szerhasználat közösségi, kooperatív jellegére utalnak. A megkérdezettek az utolsó eldobott fecskendőát átlagosan 2,4-szer használták újra, az elmúlt félévben átlagosan 3,22 emberrel osztották meg a fecskendőiket.

63. ábra. Kockázati magatartások előfordulása az elmúlt 4 hétben is injekciós válaszadók körében, az elmúlt 6 hónapra vonatkoztatva a VIII. kerületi tűcsere program volt kliensei körében (% , N=78)



Forrás: Csák et al. 2019

A korábban és a jelenleg használt szolgáltatások tekintetében az összes szolgáltatástípus esetében szignifikáns csökkenést találtak a hozzáférésben, amely a szerzők szerint az ártalomcsökkentő programok lefedettségének jelentős szűkülését jelzi. Közel 70% mondta, hogy hozzá tudnak férni steril injekciós felszereléshez (szűrő, alkoholos törölkendő), ugyanakkor ez szignifikáns csökkenés, hiszen a bezárt tűcsere programban ez az arány 95% volt. A jogsegély, és a szociális ügyekkel kapcsolatos segítség volt az a két szolgáltatás, amelyek viszonylag hozzáférhetőek maradtak a megkérdezettek számára.¹⁶⁶ A tűcsere program bezárásával olyan egyszerű dolgokhoz is csökkent a hozzáférés, mint egy hely, ahol lehet ücsörögni, vagy a szociális munkásokkal való beszélgetés, azaz sokak számára a tűcsere bezárásával megszűnt az egyetlen kapcsolatuk az ellátórendszerrel is. A szerzők kiemelték, hogy azok az intravénás szerhasználók, akik a bezárt tűcsere program kliensei voltak, jellemzően marginalizáltak, a szerhasználatuk miatt stigmatizáltak emberek voltak, akik számára egy olyan intézmény, amely bizalmi kapcsolatot tud kiépíteni velük, belépési pontként szolgálhat más, nem szerhasználati összefüggő szolgáltatások felé is.

22. táblázat. A bezárt VIII. kerület tűcsere volt klienseinek hozzáférése az egyes szolgáltatásokhoz a bezárt tűcsereben és jelenleg (2018, n=100 fő)

Használta a bezárt tűcsereben		Igénybe veszi jelenleg	
N	%	N	%

¹⁶⁵ Olyan tűjéből töltött át anyagot más tűjébe, amit már használt, Úgy szívott fel anyagot, hogy abba előtte már valaki belerakta a használt tűjét, Hagyta, hogy valaki felszívjon anyagot úgy, hogy abba korábban már belerakta a használt tűjét.

¹⁶⁶ Ezek mellett a HIV és HCV szűrés volt az a szolgáltatás, amely esetében nem találtak szignifikáns csökkenést – a szerzők ezzel kapcsolatban hozzátették, hogy ez összefüggésben lehet azzal, hogy annál a szervezetnél, ahol az adatgyűjtést végezték, egy éppen zajló program keretében HIV és HCV gyorseszteszt elvégzésére volt lehetőség az adatgyűjtés utolsó három hónapjában.

*Steril fecskendő/tű	100	100,0%	83	83,0%
*Steril felszerelés (filter, főző, alkoh. törölő)	96	96,0%	71	71,0%
*Csere, használt eszközök kidobása	95	95,0%	69	69,0%
HIV és HCV szűrés	62	63,3%	53	53,5%
*Vénaápoló krém	84	84,8%	57	57,6%
* Segítség más, szerhasználathoz kapcsolódó szolgáltatásokkal (elterelés, rehab, stb.)	44	44,9%	29	29,6%
*Információ a különböző szerekről	58	59,2%	34	34,7%
*Hely, ahol lehet ücsörögni kicsit	69	69,7%	53	53,0%
*Beszélgetés a szociális munkásokkal (általános konzultáció, dumálgatás)	80	80,0%	56	56,6%
Internetezés (facebook, youtube, stb.)	64	64,0%	65	65,7%
Segítség szociális ügyekkel kapcsolatban (munkanélk., szállás, stb.)	28	28,6%	25	25,5%
Jogsegély	10	10,0%	12	12,0%
*Csajnap (speciális női program)	24	32,9%	2	2,7%

* $p < 0,005$

Forrás: Csák et al. 2019

A kutatásban felmérték azt is, hogy az elmúlt 12 hónap során milyen forrásokból jutottak hozzá fecskendőkhöz. Az eredmények alapján a gyógyszertár volt a legfontosabb fecskendő-beszerzési helyszín, 82,5% jutott hozzá fecskendőhöz ebből a forrásból az elmúlt év során, a válaszadók fele pedig gyakran vagy rendszeresen vásárolt steril injektort patikában – annak ellenére, hogy működnek mobil és fix telephelyű tűcsere programok a városban. A megkérdezettek több, mint háromnegyede (77,1%) kapott injektáló eszközöket mobil tűcsere programból, és 42% mondta, hogy voltak fix telephelyű tűcsere programban legalább egy alkalommal az elmúlt 12 hónapban. Ugyanakkor a „valakitől” kapott (49,5%) és a dealernél vásárolt beszerzés (45,4%) is jellemzőbb volt, mint a fix telephelyű tűcsere programoknál történő beszerzés.

T1.6 A KÁBITÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI ÁRTALMAK MÉRSÉKLÉSÉT CÉLZÓ BEAVATKOZÁSOK

T1.6.1 A kábítószer-fogyasztással összefüggő egyéb egészségügyi ártalmak mérséklését célzó beavatkozások

Kábítószer-használó várandós nőket és gyermekeiket érintő beavatkozások

A Józan Babák Klub Budapest VIII. kerületében található „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” elnevezésű programja (bemutatását lásd: 2012-es Éves Jelentés 7.4. fejezet) a helyben élő, szerhasználati problémákkal küzdő várandós vagy kisgyermekes nőket célozza. 2018-ban az Egyesület szolgáltatásait összesen 78 fő vette igénybe (Oberth et al. 2019) (szerhasználati jellemzőket lásd: T1.4.1).

2014 óta a Józan Babák Egyesület a Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány és a Magyar Védőnők Egyesülete együttműködésével krízisdiszpécser-szolgálatot is működtet a válsághelyzetbe került droghasználó várandós nők hatékony ellátásba segítése érdekében. Ez az ország bármely területéről jelentkező, Budapesten segítséget kereső droghasználó várandós nőket, édesanyákat és gyermekeiket látja el alacsonyküszöbű szolgáltatás keretében.

2017-ben új szolgáltatással, a támogatott lakhatással bővült az Egyesület tevékenységi köre. Ennek keretében, egy Budapest XXIII. kerületében kialakított félutas házban, a „Babaházban” 8 szerhasználati problémával küzdő várandós vagy kisgyermekes nő elhelyezését tudják biztosítani (gyermekekkel együtt). 2018-ban 6 felnőtt nő és 5 kiskorú

gyermek vette igénybe az ellátást. Az egyesület további tevékenységéről még a Kezelés fejezet/ T1.4.5 pontjában olvashat.

Az Országgyűlés 2018. december 12-ei ülésén tartott szavazásával ezt az új jogviszonyt hozta létre (2018. évi CXVII. törvény egyes szociális, gyermekvédelmi tárgyú, valamint egyéb kapcsolódó törvények módosításáról, amelyet a Józan Babák Egyesület, a Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány és az Emberi Erőforrások Minisztériuma egyeztetése készített elő. A módosítás szerint a támogatott lakhatások intézményei többgenerációs ellátási formává alakultak, így addiktológiai, pszichoszociális, látás-, mozgás- és hallássérült felnőttek és gyermekeik egyszerre létesíthetnek intézményi jogviszonyt, ami szabályozott és tartós, akár határozatlan idejű együttélésük alapját teremti meg.

A budapesti Drogprevenációs Alapítvány metadon programja keretében 2014-ben létrehozta a speciális szülők akadémiáját, a metadonon lévő anyák és apák részére pedig 2015-ben a MENYA/MEPA fogadóórát, melynek keretében egyéni esetkezeléssel- pszichiáter szakorvosi kontrollal és intézményeken átívelő együttműködéssel segítik a várandós és kisgyermeket nevelő klienseiket. A tanácsadás többek között olyan speciális témákat érint, mint a betegség (opiát-függőség) és a kezelés (helyettesítő kezelés) kommunikációja a védőnő, bölcsőde/óvoda, gyermekvédelem, családsegítő, gyermekpszichológus felé, HCV szűrés fontossága a HCV pozitív szülők csecsemőjénél, szerhasználat biztonságosabbá tétele a családi környezetben, gyermekkori betegségek, rendellenességek a szülő szerhasználatával összefüggésben. A speciális tanácsadásban 2018 folyamán összesen 9 nő és 10 férfi vett részt (ebből 6 pár), akik összesen 19 gyermeket neveltek (szóbeli közlés Varga, M. 2019).

T1.7 ÁRTALOMCSÖKKENTŐ BEAVATKOZÁSOK MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSA

T1.7.1 Ártalomcsökkentő beavatkozások minőségbiztosítása

A szociális szolgáltatásokban megjelenő egyes ártalomcsökkentő tevékenységeket, így többek között a tűcsere program keretében nyújtott szolgáltatást, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény, illetve a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet szabályozza.

Szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátására vonatkozóan született meg a „Szakmai ajánlás – A szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű szolgáltatások részére”, 2007-ben. (részletesen lásd: 2010-es Éves Jelentés 11. fejezet). A felülvizsgált változat 2018 júliusától hatályos „Szakmai ajánlás szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása részére” címen (EMMI 2018). Az ajánlás leírja a főbb szolgáltatások típusait, céljait, vezérelvét, jellemzőit, a minőségbiztosítás feltételeit, valamint a szolgáltatás által lefedett tevékenységeket. A kiadvány a továbbiakban a 2018 februárjában módosított 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet alaptevékenységei (lásd: T1.5.2 alfejezet) szerint rendszerezi a beavatkozásokat. A támogatási szerződések megkötése esetében (lásd T1.5.2 alfejezet) ez a dokumentum szolgál alapul a pályázatok elkészítése és elbírálása során.

Továbbá a TÁMOP 5.4.1 projekt kábítószerügyi fejlesztéseket célzó pillérjének keretei között 2011-ben kidolgozásra kerültek széleskörű szakmai konszenzuson alapuló, ajánlásokat megfogalmazó, nemzeti szintű útmutatók a zenés-táncos szórakozóhelyeken működtetett célzott prevenciós és ártalomcsökkentő programok, illetve a tűcsere programok számára (2011-es Éves Jelentés 3.2. fejezet). A dokumentumokban foglaltak illeszkednek a 2007-ben kiadott szakmai irányelv célkitűzéseire.

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

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

A T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ, beleértve a 2018-es évre vonatkozókat is, az alapadatok között, a T1. alfejezetben kerül bemutatásra.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Nincs új információ.

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 ADATFORRÁSOK

Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás:

Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás (NFP 2019): A halálozással kapcsolatos adatok az ún. Speciális Halálozási Regiszterből származnak. Az adatgyűjtést a Nemzeti Drog Fókuszpont a Semmelweis Egyetem Igazságügyi- és Biztosítás-orvostani Intézet valamint az NSZKK támogatásával végzi 2009 óta. A rendszer országos lefedettségű, BNO-10-e kategóriákat alkalmaz. A regiszter anonim, eset-alapú, minden esetben részletes szociodemográfiai és toxikológiai adatokat is tartalmaz a halálozás körülményeivel kapcsolatos adatok mellett. A regiszter esetdefiníciói és a gyűjtött jellemzők pontosan megfelelnek az EMCDDA halálozási protokolljában (Drug-Related Deaths (DRD) Standard Protocol, version 3.2 2009; Special Register Selection D) foglaltaknak.

Fertőző betegségek:

Bejelentett HIV/HBV/HCV esetek:

Magyarországon az intravénás kábítószer-használók körében bejelentett HIV/AIDS esetekre, valamint a heveny HBV, HCV okozta hepatitisek incidenciájára vonatkozó adatok a Nemzeti Népegészségügyi Központ Járványügyi és Védőoltási Surveillance Osztálya (korábban: Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi Osztályán) működő országos fertőzőbeteg nyilvántartásból, valamint a speciális HIV/AIDS, illetve hepatitis surveillance adatbázisból származnak.

HIV/HBV/HCV prevalencia adatok:

Országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat az intravénás szerhasználók körében 2006-2015 (Dudás et al. 2015): 2015 áprilisa és szeptembere között az Egészségügyért Felelős Államtitkárság által biztosított támogatásból az Országos Epidemiológiai Központ megismételte a HIV, HBV és HCV fertőzések országos prevalencia vizsgálatát az intravénás szerhasználók körében. 2006 óta hetedszer került sor azonos módszerrel, hasonló körülmények között végzett szűrővizsgálatokra az intravénás szerhasználók körében. (korábbi vizsgálati évek: 2006-2009 évente; 2011; 2014)

2015-ben 19 szervezet vett részt a vizsgálatban: Budapesten három tűcsere program, három kezelőhely, egy alacsonyküszöbű program illetve egy alacsonyküszöbű programmal is rendelkező kezelőhely, vidéken három kezelőhely, hat tűcsere program és kettő tűcsere programmal rendelkező kezelőhely. A vizsgálatba olyan személyek kerülhettek, akik valaha

használtak intravénásan kábítószer/ új pszichoaktív szer. A szűrővizsgálat mellett sor került a szociodemográfiai és szerhasználati jellemzők, illetve a kockázati magatartások felmérésére is. A kérdőív az EMCDDA kulcsindikátorral kapcsolatos útmutatójára, illetve a 9. standard tábla 2. és 3. részére épült, amelyet az OEK és a Nemzeti Drog Fókuszpont munkatársai közösen dolgoztak ki. A kérdőívet és a vérmintát személyes adatokból generált, de vissza nem fejthető egyedi azonosítóval látták el, amely lehetővé teszi a szerológiai és a kérdőíves adatok összekapcsolását, továbbá a duplikátumok kiszűrését a teljes mintából. Az elemszámok a résztvevő szervezetek intravénás szerhasználói kliensszámaihoz lettek arányosítva 2006-2014 között, azonban ez a budapesti adatok tekintetében 2015-ben módosítást igényelt a két legnagyobb tűcsere program 2014-es bezárása miatt, akik fő helyszínei voltak a vizsgálatnak (lásd: T.1.3.6). A szervezetek a vizsgálati periódusban minden intravénás szerhasználó kliensüknek felajánlották – egy rövid tájékoztatást követően – a részvételi lehetőséget, mindaddig, amíg el nem érték a rájuk szabott mintaszámot. A vizsgálatba bevont intravénás szerhasználók motivációs díjat kaptak élelmiszerjegyek formájában (1000 Ft/ 3 EUR).

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

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

A teljes minta egyedi azonosító alapján történő duplikáció szűrése után 596 személy adatai kerültek bele a statisztikai elemzésbe. A kétes szerológiai eredményeket kizárták az elemzésből (HCV: 37 minta; HIV: 0; HBV: 0). Az adatok elektronikus rögzítése és feldolgozása az Epi Data és az Epi Info Windows 3.5 programcsomag, illetve az SPSS programcsomag segítségével történt.

Ez a vizsgálat 2015 után nem valósult meg újra. Egyrészt a vizsgálat nem kapott további finanszírozást, mivel Magyarország 2015-ben célszágként bekerült a HAREACT nemzetközi projektbe (lásd: T1.5.5.), amelynek egyik munkacsomagja HIV/HCV nyálteszt alapú szűrővizsgálati gyorsteszteket biztosított. 2018-ban ehhez kapcsolódóan egy új, egyszeri bio-magatartás felmérés indult. Másrészt a korábbi országos vizsgálatosorozat évek közötti összehasonlíthatósága 2015-ben sérült a két legnagyobb szűrővizsgálati helyszín (tűcsere) bezárása után, így annak folytatása emiatt is akadályokba ütközött.

Országos NFP-NNK HIV/HCV biomagartás vizsgálat 2018:

HIV- és HCV-fertőzések és azokkal összefüggő kockázati és védő tényezők prevalenciavizsgálata a hazai intravénás szerhasználók körében (Tarján et al. 2019):

2016-ban Magyarországot célszágként bevonták az EU által finanszírozott *Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction* (HA-REACT) projektbe, amely egyik munkacsomagja keretében diagnosztikai és szolgáltatásfejlesztési céllal HIV és HCV szűrővizsgálatok (nyálalapú gyorsteszt) és tanácsadás elvégzését finanszírozta a célszág alacsonyküszöbű szervezeteinek intravénás szerhasználói klienskörében, a projekt hazai koordinálását a Nemzeti Népegészségügyi Központ, Járványügyi és Védőoltási Surveillance Osztálya végezte. A Nemzeti Drog Fókuszpont kiegészítő kérdőíves magatartástudományi vizsgálata ehhez a szűrőprogramhoz csatlakozott. A vizsgálat 6 régiót fedett le, azonban országos vizsgálatnak hívjuk, mivel minden régióból megpróbáltuk bevonni szervezeteket, azonban Nyugat-Dunántúl esetében nem volt elérhető potenciális szervezet. 17 szervezet

vett részt a vizsgálatban (tűcsere: 13, akik közül 1 helyen az opiát-szubsztitúciós terápiában (OST) résztvevők is bevonásra kerültek; alacsonyküszöb: 3, akik közül 1 helyen az opiát-szubsztitúciós kezelésben résztvevők is bevonásra kerültek; opiát-szubsztitúciós kezelést is nyújtó drogambulancia: 1). A minták megoszlása: tűcsere+ egyéb alacsonyküszöb: 82%; OST: 14%; tűcsere és/vagy egyéb alacsonyküszöb és/vagy OST-t nyújtó ellátó: 4%.

A vizsgálat 2018 májusa és decembere között folyt. A vizsgálatba olyan személyek kerülhettek be, akik valaha életükben használtak intravénásan kábítószer/ új pszichoaktív szer, részt vettek a 17 bevont szervezet valamelyikében önként a HAREACT projekt keretében az anonim HIV/HCV gyorseszten a vizsgálati időperiódusban, és a tájékoztatás után beleegyeztek a kérdőív felvételébe. A szervezetek a vizsgálati periódusban minden intravénás szerhasználó kliensüknek felajánlották a részvételi lehetőséget, mindaddig, amíg el nem érték a rájuk szabott mintaszámot. Kizárási kritériumok: Ha az egyén nem volt beszámítható állapotban a beleegyező szóbeli nyilatkozat megtételéhez, illetve a válaszadáshoz.

A vizsgálatban 440 fő vett részt¹⁶⁷. A vizsgálat visszautasítási arány tekintetében 11 szervezettől érkezett be adat, a körükben ez 36%-os volt (164 visszutasítás/ 456 vizsgálat felajánlás). A vizsgálat 2016-ban került megtervezésre azonban a kezdés két évet csúszott a koordináló intézményeket érintő intézményi átalakulás miatt. 2016-ban a budapesti szervezetek összesen 480 minta összegyűjtését vállalták fél évre nézve, míg a vidéki szervezetek esetében 120 mintát osztottak szét. Az elemszámok a résztvevő szervezetek intravénás szerhasználói klienszámaihoz lettek arányosítva 2016-ban. Mire 2018-ban elkezdődött a vizsgálat volt olyan budapesti szervezet, aki addigra már nem volt elérhető a projektre, míg a megmaradt szervezetek csupán a vállalt elemszám kevesebb mint felét tudták leszűrni az egyes programokban megfigyelhető kapacitás problémák, csökkentett nyitva tartás, illetve a változó szerhasználati mintázatok miatt (Budapest összes 2018: 219 érvényes kérdőív). 2018-ban a vidéki szolgáltatók, a 2016-ban leosztott 120 minta helyett összesen 221 szűrést végeztek el (csak az érvényes kérdőívek figyelembevételével).

A kérdőív az EMCDDA útmutatója alapján készült, adaptálva a hazai helyzetre. A kérdőív korábbi, közel megegyező változatát az Országos Epidemiológiai Központ korábbi vizsgálataiban során több éven keresztül használta. A jelen kutatásban használt enyhén módosított kérdőívet 5 szakember tekintette át, majd 2016-ban a 11 alacsonyküszöbű szervezet munkatársai is véleményezték, jóváhagyták. A kockázati/ védő tényezőket felmérő kérdőív anonim, személyes adatokat nem rögzít. A kérdőívet, személyes adatokból generált, egyedi, de vissza nem fejthető azonosítóval látták el a kérdezők, amelynek szerepe a duplikátumok kiszűrése a teljes adatbázisból, így a vizsgálati eredmények megbízhatóságának javítása. Az EMCDDA módszertani ajánlása alapján az anonimitás védelme, és a kliensek bizalmának fenntartása érdekében a beleegyező nyilatkozat szóbeli volt, amelynek megtörténtét a kérdező igazolta a kérdőíven. A részt vevő személyek nem kaptak motivációs díjat. A kérdező külön díjazást kapott kérdőívenként.

A HIV és HCV pozitivitás megállapításhoz nyálalapú gyorseszten alkalmaztak (Oraquick HCV rapid antibody test; OraQuick ADVANCE Rapid HIV-1/2 Antibody Test), a kérdőív kitöltésére a mintavétel és vizsgálati eredmény között eltelt idő során került sor (20-30 perc).

A korábbi országos vizsgálatosorozattal (2006-2015) való összehasonlíthatóság korlátai a következők (amelyet az adatelemzés mentén is leírunk a T.1.3.1-ben):

Hasonlóságok: A két vizsgálatban a kérdőív közel megegyező volt. A toborzási helyszínek esetében, a vizsgálatban 2015-ben is szereplő helyszíneket kerestük meg (amely lista 2014-hez képest már akkor is jelentős változáson ment át a két nagy tűcsere program bezárása miatt) a 2018-as vizsgálatához azzal a különbséggel, hogy nagyrészt csak az alacsonyküszöbű szervezeteket vontuk be a HAREACT projekthez való kapcsolódás sajátosságai miatt, illetve a célból, hogy főleg aktív injektlókat érjünk el.

Különbségek: A részt vevő személyek nem kaptak motivációs díjat (OEK vizsgálat során: 1000-2000 Ft értékben étkezési utalvány). 2018-ban nyálalapú gyorseszten alkalmaztunk,

¹⁶⁷ A duplikátumok kiszűrése és az érvénytelen kérdőívek kivonása után kapott elemszám.

míg 2006-2015 között ujjbegyből vett szárított vérminta laboratóriumi vizsgálata történt (DBS). Változott az elérhető szervezetek összetétele, továbbá Budapesten nagyban gyengült a populáció elérése (lásd a módszertani leírásban). A kérdező külön díjazást kapott kérdőívenként, míg 2006-2015 között ezt csak az utolsó vizsgálati évben vezettük be.

A korábbi években egy-egy ad hoc kutatás (beleértve a börtönbeli színteret) eredményei (Csák és Rácz 2018; Altalap 2017; Tresó et al. 2012), illetve 2010-2013 között az OEK által biztosított regionális rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokból származó adatok egészítették ki az országos prevalenciavizsgálatból származó eredményeket (lásd korábbi Éves Jelentések vonatkozó fejezetei).

Ártalomcsökkentés

Túcsere adatgyűjtés (Tarján 2019a): A túcsere szervezetek (100%-os lefedettség) 2019-ben is a Nemzeti Drog Fókuszpont által működtetett adatgyűjtő internetes portálon jelentették 2018-as adataikat. 2008-tól kezdődően a szervezetek ezen a felületen szolgáltatnak adatot a fecskendőforgalmukról (az EMCDDA ST10 tábla kategóriái/ definíciója alapján), egyéb ártalomcsökkentő eszközhasználatáról és szolgáltatásairól, a fecskendő beszerzési forrásairól, illetve klienseik demográfiai és szerhasználati jellemzőiről a Nemzeti Drog Fókuszpont számára. Az összegyűjtött országos, aggregált adatokat a Nemzeti Drog Fókuszpont kezeli és elemzi. A kliensek/ új kliensek száma szolgáltatói szinten duplikációszűrű, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került. A kliensadatokkal kapcsolatos adatgyűjtésre vonatkozó információkat lásd: Kábítószer/ Források és módszertan/T.6.2 pontjában.) A rutinadatgyűjtést egészítette ki a programok működésére és klienskörére vonatkozó rövid online kérdőíves vizsgálat is 2018-ra vonatkozóan (a válaszadó szervezetek száma 26/33 volt).

Partiszervíz adatgyűjtés (Tarján 2019b): A Nemzeti Drog Fókuszpont 2007 óta gyűjti a rekreációs szinten ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet végző szervezetek működési és forgalmi adatait, egy strukturált kérdőív segítségével, amely 2015-ben először on-line formában került kivitelezésre. 2015 után 2018-ban került újra lekérdezésre a kérdőív. A 28 megkeresett szolgáltató közül 20 töltötte ki a kérdőívet, 2 jelezte, hogy már nem nyújt ilyen szolgáltatást, a fennmaradó 6 szervezet esetében nem áll rendelkezésre információ.

T5.2 MÓDSZERTAN

T5.2.1 Hivatkozott kutatások és egyéb felhasznált adatforrások

Altalap (2017): A NCTA_2015_10922_F azonosítójú, Altalap HIV Program projektben elvégzett tesztelések_HIV, Szifilisz,HCV -, ill a hozzájuk kapcsolódó rizikóviselkedéseket feltáró kérdőívek adataiból 2015. decembere és 2016. áprilisa közti időszakban. Kézirat. elérhető: https://drive.google.com/file/d/0B_DVZxADqeNebTEtMkdVYTcwTGs/view (utolsó hozzáférés: 2019. 10. 14.)

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

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

Csák, R., Molnar, I., Sárosi, P., Arsenijević, J., Arsenijević, B. (2019) How the closing of a needle exchange programme affected the access to harm reduction services in two cities, Belgrade and Budapest. Rightsreporter. Kézirat.

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

EMMI (2018): Szakmai ajánlás szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása részére. http://szocialisportal.hu/documents/10181/154042/005_SZAKMAI+AJANLAS_szenvedelybeteg_alacsonykuszuobu_ellatasa_reszere.pdf/f997c0fa-e28c-1ec2-f887-bf0051854f19 / Utolsó hozzáférés: 2019. 10. 14.)

Horvath G., Halasz T., Makara M., és Hunyady B. (2015) [New era in the treatment of chronic hepatitis C - novel direct acting antivirals]. Orv Hetil, 156: 841-848.

Hunyady B., Gerlei Zs., Gervain J., Horváth G., Lengyel G., Pár A., Péter Z., Rókusz L., Schneider F., Szalay F., Tornai I., Werling K., Makara M. (2018) Hepatitis C-vírus fertőzés szűrése, diagnosztikája, antivirális terápiája, kezelés utáni gondozása. Central European Journal of Gastroenterology and Hepatology, Vol 4, 2: 53-68.

INDIT Közalapítvány (2019). HCV szűrések eredményei. Kézirat

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

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

NFP (2019a): TDI adatgyűjtés halálozási modul: Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozási adatok 2018-ban.

NSZKK (2019b): Kábítószer/pszichotróp anyag/új pszichoaktív szer jelenléte a közúti balesetekből származó vér- és/vagy vizeletmintákban 2018-ban. NSZKK.

Oberth J., Bíró Zs., Mándi B. (2019): Beszámoló a Józan Babák Klub 2018. évi várandósgondozási tevékenységéről

Tarján, A., Dudás, M., Wiessing, L., Horvath, G., Rusvai, E., Tresó, B., & Csohan, A. (2017). HCV prevalence and risk behaviours among injectors of new psychoactive substances in a risk environment in Hungary-An expanding public health burden. Int J Drug Policy, 41, 1-7.

Tarján A., (2018). A hazai intravénás szerhasználók HIV/HCV-fertőzéssel összefüggő kockázati tényezői 2008-2015 között. Doktori értekezés. elérhető: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/horvathtarjananna.d.pdf; short version in English: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/horvathtarjananna.e.pdf (utolsó hozzáférés: 2018. szeptember 17.)

Tarján A. (2019a): Tűcsere programok adatai, 2018. Kézirat. Nemzeti Drog Fókuszpont.

Tarján, A (2019b): A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet végző szervezetek 2018. évi működési és forgalmi adatai. Nemzeti Drog Fókuszpont.

Tarján A., Dudás M., Rácz J., Horváth G., (2019) HIV- és HCV-fertőzések és azokkal összefüggő kockázati és védő tényezők prevalenciavizsgálata a hazai intravénás szerhasználók körében 2018-ban. Publikálás alatt.

T5.2.2 Hivatkozott kutatások módszertana

Tűcsere programok bezárásának következményei Belgrádban és Budapesten (Csák et al. 2019), - budapesti részadatok:

A kutatás célja az volt, hogy felmérje, milyen hatással volt a tűcsere programok bezárása a szerhasználók életére Budapesten (és Belgrádban.) Az adatgyűjtés során válaszadó vezérelt mintavételt alkalmaztak (RDS-Heckathorn, 1997). A kérdőívben szerhasználattal, kockázati magatartásokkal (ez a kérdéssor az EMCDDA Evaluation Instrument Bank-ban található injekciós kockázatát felmérő kérdőívben alapul¹⁶⁸), egészségügyi státusszal, demográfiai jellemzőkkel illetve a szolgáltatásokhoz való hozzáféréssel kapcsolatos kérdéscsoportok szerepeltek. A kezdő válaszadók (a magok) privilegizált hozzáférés módszerével (Griffiths, Gossop, Powis, & Strang, 1993), kényelmi mintavétellel lettek kiválasztva (a bezárt program volt munkatársai választották ki őket). Az adatgyűjtés 4 kezdő mag válaszadóval indult el, minden résztvevő 3 kupont kapott, amivel saját társas hálózatából újabb válaszadókat szervezhetett be. Minden kupon egyedi azonosítóval rendelkezett, hogy monitorozni lehessen a beszerzés folyamatát az adatgyűjtés során. Azért, hogy a válaszadók egymás általi beszerzését biztosítani lehessen, minden válaszadó 1000 forintos kompenzációt kapott a kérdőív kitöltéséért, és 500-500 forintot beszerezett emberenként. Budapesten az adatgyűjtés 2018. február 1-én indult és július 31-én ért véget. A teljes mintanagyság 100 fő volt.

Az új pszichoaktív szerek monitorozása kulcsszakértők bevonásával Magyarországon 2017-2018-ban (Kaló et al. 2018): Kábítószeres/ Források és módszertan/T.6.2 pontjában.

¹⁶⁸ Lásd: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index4386EN.html>

KÁBITÓSZERPIAC ÉS KÁBITÓSZER-BŰNÖZÉS¹⁶⁹

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

A Magyarországon lefoglalt kábítószeranyagok vizsgálatát a Nemzeti Szakértői és Kutató Központ (NSZKK) mellett, a vámhatósági ellenőrzések során vett mintákból és a hatáskörébe tartozó bűncselekmények felderítéséhez szükséges vizsgálatok szempontjából pedig a Nemzeti Adó- és Vámhivatal végzi. A lefoglalási adatok és a Rendőrség beszámolóí alapján részletes képet kapunk a hazai kábítószerpiacról.

A lefoglalási és fogyasztói információk alapján a kábítószerpiacot 2010-től nagyszabású átrendeződés jellemezte. A „klasszikus” kábítószer mellett nagy számban jelentek meg az új pszichoaktív szerek, amelyek állandó cserélődése a piacon a mai napig komoly kihívás elé állítja a kínálatcsökkentési törekvéseket is. Az új pszichoaktív szerek piaci részesedése 2010-től 2014-ig folyamatosan bővült, 2014-ben a rendőrségi lefoglalások mintegy 60 %-át ezek az anyagok tették ki. Ez az arány 2015-től folyamatosan csökkent, 2017-18-ra 35-40 % között stabilizálódott.

Magyarországon nem jellemző a kábítószer nagy mennyiségű termesztése vagy előállítása, csak kisebb ültetvények, illetve laborok váltak ismertté a hatóságok számára. Ebből is adódik, hogy Magyarország leginkább tranzit-országnak tekinthető, amin áthalad több fő kereskedelmi útvonal is. Hazánk célország jellege a kannabisz, az amfetamin a designer drogok és az egyre erősebben megjelenő MDMA tartalmú ecstasy tabletták tekintetében mondható jelentősebbnek.

A kábítószer-bűncselekmények jellemzői az Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészeti Bűnügyi Statisztikai Rendszerben (ENYÜBS) a nyomozás befejezésekor rögzített adatok alapján követhetők nyomon. Magyarországon az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények száma 5-7000 eset között alakult az elmúlt években, azonban a 2018-ban több mint 8500 esetet rögzítettek az ENYÜBS rendszerben. Az esetek nagyobb hányada kannabiszhoz (2018: 59%), kisebb része stimulánsokhoz (2019: 26%) kapcsolható. 2012-től kezdődően, mióta az új pszichoaktív anyagokkal elkövetett (kínálati oldali) bűncselekmények is büntetőjogi felelősséget vonnak maguk után, ezek a szerek is egyre gyakrabban jelennek meg az elkövetés tárgyaként. A kábítószer-bűncselekmények túlnyomó többségét a fogyasztói típusú elkövetések teszik ki, kiváltképp a csekély mennyiséggel elkövetett bűncselekmények esetében, ahol az esetek több mint 90%-a ebbe az elkövetői magatartásba sorolható. A kereskedői típusú elkövetések aránya rendre 20% alatt marad.

A kábítószer-kínálat csökkentését célzó eljárási lehetőségeket a Nemzeti Drogellenes Stratégia, más szakpolitikai stratégiákkal együtt fogalmazza meg. Az említett, kínálat csökkentés eléréséhez vezető eszközök többek között a rendészeti és nyomozati munka hatékonyságának növelése, az igazságügyi szakértői tevékenység erősítése, valamint a terjesztői magatartással kapcsolatban indított eljárások növelése.

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 KÁBITÓSZERPIAC

T1.1.1 Hazai kábítószer-előállítás és termesztés

A kábítószer magyarországi előállítása tekintetében, jellemzően a kisebb méretű kenderültetvények váltak ismertté a nyomozóhatóságok előtt a legnagyobb számban. 2018-ban 167 ismertté vált kannabisz termesztés miatt indult eljárás során mindösszesen 4769 fő került lefoglalásra. A 100 tövet meghaladó méretű ültetvények az esetek mintegy 6%-át

¹⁶⁹ A fejezet szerzői: Bálint Réka, Csesztregi Tamás

tették ki. (NSZKK 2019) A termesztéshez szükséges anyagok, eszközök forgalmazásával legálisan foglalkozó osztrák, holland és cseh vállalkozások szaporodása miatt azonban, valószínűsíthető, hogy egyre több fogyasztó próbálja meg szükségletét kisebb méretű és kapacitású kültéri termesztőhelyek kiépítésével fedezni. (BM 2019)

A szintetikus szerek előállítása Magyarországon nem elterjedt, évente néhány laboratóriumot számol fel a rendőrség. 2018 folyamán két illegális laboratórium került felderítésére, az egyikben amfetamin a másikban metamfetamin előállítása zajlott. Az amfetamin előállítása benzaldehid és fenil-2-nitropropén kiindulási anyagokból történt, itt egyéb vegyszerek mellett 2 kg benzaldehidet foglaltak le. A metamfetamint előállító laboratóriumban összesen 110 kg olyan oldatot foglaltak le, ami metamfetamint csak nagyon kis mennyiségben tartalmazott. Ez az oldat feltételezhetően gyártás során keletkező hulladék volt, emellett az előállításához használható jellegzetes vegyszerek is előkerültek (toluol, jód, sósav, foszforsav, nátriumhidroxid).

Az év folyamán 12 esetben történt acetone lefoglalás, amelyből 11 esetben szintetikus kannabinoidokkal impregnált növényi anyagokat is találtak (a fennmaradó egy eset amfetamin előállító laboratórium volt). Mivel a nemzetközi csomagforgalomban a szintetikus kannabinoidok általában por formában, tiszta hatóanyagként kerültek lefoglalásra, feltételezhető, hogy az impregnálás jelentős része az országon belül történik. Szintetikus új pszichoaktív hatóanyagot előállító laboratórium nem került felderítésre.

T1.1.2 Szállítási útvonalak (import és tranzit szállítmányok)

A Belügyminisztérium (2019) által szolgáltatott adatok szerint - melyek egyben tartalmazzák az Országos Rendőrfőkapitányság (ORFK) kábítószerpiaccal kapcsolatos tapasztalatait is - Magyarországra a déli határszakaszon érkezik növényi kannabisz, elsősorban albán és koszóvói forrásból, a volt jugoszláv tagköztársaságokból származó (albán, macedón, montenegrói) állampolgárok közreműködésével. Valószínűsíthető, hogy ezen lefoglalt szállítmányok jelentős része csak keresztülhaladt volna Magyarországon. Általánosan elmondható, hogy a kannabisz csempészetét és nagybani kereskedését elsősorban albán származású személyek irányítják, akik folyamatos kapcsolatban vannak a magyar kábítószer-terjesztőkkel. Továbbá, az albán kannabisz-behozatalhoz képest kisebb mértékű és mennyiségű csempészet figyelhető meg Hollandiából, valamint Csehországból. A tavalyi évet megelőzően, a határon bejövő jelentős mennyiségű kannabisz típusú kábítószerre elkövetett kábítószer birtoklása bűncselekmény egyik fő elkövetési módszere volt a Magyarországra Szerbia irányából érkező, Nyugat-Európába induló menetrend szerinti autóbuszjáratokon hagyott gazdátlan csomagban elrejtett kábítószer utaztatása, amely nem volt köthető sem utashoz, sem pedig az autóbuszvezetőkhez. 2018-ban a módszer jól érzékelhető csökkenését figyelték meg a hatóságok, amely feltehetően a nemzetközi személyszállítást végző busztársaságok csomag-nyilvántartási szabályainak szigorítása miatt következett be.

Magyarországon a szintetikus kábítószer (ecstasy, amfetamin) nagybani beszerzésében, csempészetében, terjesztésének struktúrájában az elmúlt években nem történt változás. A kisebb terjesztők elsősorban hollandiai kapcsolatok kiépítésével, közvetlenül maguk szerzik be a kábítószereket. Ezen szerek csempészetével, elosztásával foglalkozó csoportok között találunk szervezett, de ad-hoc jellegű csoportokat is. A felderítést nehezíti, hogy egyre több futár- és csomagküldő szolgálat működik, mind nemzetközi, mind pedig hazai szinten, melyek tevékenységeinek ellenőrzése, a kialakult együttműködés ellenére sem megoldott. (BM, 2019) Továbbá, a postai úton küldött, kábítószert vagy pszichoaktív anyagokat tartalmazó csomagok nehéz felderíthetősége, valamint az alacsony lebukási esélyek miatt növekedni látszik az ilyen jellegű - főként Hollandiából származó - küldemények száma. (NAV, 2019) A metamfetamin Csehországból indult elterjedése kismértékben ugyan, de hatással van a magyar kábítószerpiacra is: a Szlovákiával határos megyékben egyre gyakrabban észlelhető a szer megjelenése.

Az Európán átívelő illegális heroincsempészet láncolatában, a közúti és vasúti szállítmányok jelentős, de egyre csökkenő részét Magyarországon keresztül igyekeznek célba juttatni. A

törökök mellett koszovói albán nemzetiségű személyekből álló szervezett bűnözői csoportok részben magyar, részben külföldön élő albán nemzetiségű bűnelkövetők segítségével csempésznek közúton heroint (és részben marihuánát) a balkáni útvonalon. A heroin Darkneten történő értékesítése is növekszik.

A kokain vonatkozásában, az utóbbi években Magyarországon egyértelmű növekedés volt tapasztalható mind a fogyasztók, mind pedig a terjesztők számában. A kokain származási helye, csempészési útvonalai és módjai többféleképpen lehetnek: a gépjárműveken Európába belépő szállítmányok Spanyolországból és Hollandiából kerülnek Magyarországra. De továbbra is jellemző a közvetlenül Dél-Amerikából csomagokban és az úgynevezett „nyelős módszerrel” történő csempészés. Továbbá, fontos megemlíteni, hogy a Magyarországon beszervezett futárok általában nem Magyarországra szállítják a kábítószer, hanem más európai országba, vagy a Távol-Keletre, valamint, hogy a kokain vonatkozásában a régióban nagyon erős a „Balkán Kartellnek” nevezett szerb-horvát-montenegrói szervezett csoport. Emellett elterjedt Magyarországon a szerb Darknetről történő rendelése is. (BM, 2019)

T1.1.3 Szállítás az országon belül

A rendelkezésre álló információt lásd a T1.1.5 alfejezetben.

T1.1.4 Nagykereskedelmi és prekurzor piac

2018-ban a kábítószer nagykereskedelmét illetően a lefoglalási adatok alapján a korábbi évek trendjei nem változtak. (NSZKK 2019) A nyomozó hatóságok felderítő tevékenységük során információt gyűjtenek a piacon jellemző nagykereskedelmi árakról. Az adatok alapján történő szakértői becslés szerint az átlagos árak a következők szerint alakulnak: kannabisz: 3.750 €/kg, heroin: 18.000 €/kg, kokain: 28.000 €/kg, amfetamin: 4.500 €/kg. (ORFK 2016)

A prekurzorok vonatkozásában, 2018 folyamán hét, nagy mennyiségű efedrin-tabletta lefoglalás során, összesen 286.490 tablettát találtak a hatóságok. A lefoglalásokra jellemzően a szerb határ közelében került sor, ami új prekurzor ellátási útvonal kialakulására utalhat.

T1.1.5 Kiskereskedelmi piac

Utcai árak

Az előző évekhez hasonlóan, a Nemzeti Drog Fókuszpont 2019 tavaszán kérdőíves felmérést készített a drogambulanciák kliensei körében a kábítószer utcai áráról (Bálint 2019; módszertant lásd T.5.2).

A felmérés a klasszikus kábítószer mellett, a különböző designer stimulánsok (kristály néven), valamint a „szintetikus fű” (szintetikus kannabinoiddal kezelt növényi keverékek, Spice/herbál/bio fű/varázsdohány néven) legutolsó vásárláskori árát is felmérte.

A legelterjedtebb kannabisz származékok, mint a marihuána és a hasis leggyakoribb utcai árai 2018-ban 2500, illetve 3000 Forint voltak, míg az ecstasy-ért leggyakrabban 2500 Forintot, az amfetaminért 3000 Forintot kértek. A szintetikus fű 2017-es leggyakoribb ára 1000, előre tekert cigaretta estében 500 Forint volt, míg a dizájner stimulánsoké 2000 Forint.

23. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban 2018-ban

szertípus	legalacsonyabb	legmagasabb	átlag	leggyakoribb
Marihuána (gr)	2 000	5 100	2 793	2 500
Hasis (gr)	2 000	4 000	2 909	3 000
Heroin (gr)	8 000	17 000	12 667	12 000
Heroin 1 pakett	2 000	6 000	4 045	5 000
Kokain (gr)	16 000	35 000	23 368	20 000
Amfetmin (gr)	2 000	5 000	3 021	3 000
Metamfetamin (gr)	2 000	10 000	4 944	2 000
Ecstasy 1 tabl.	1 000	5 000	2 303	2 500
MDMA kristály (gr)	5 000	20 000	11 167	10 000
szintetikus fű (gr)	500	2 000	1 144	1 000
szintetikus fű (cigi)	100	1 500	658	500
kristály (gr)	1 500	8 000	3 873	2 000
Metadon (20mg)	1 000	3 000	1 890	2 000
Metadon (5mg)	500	2 000	1 275	2 000
folyékony Metadon (ml)	1 000	2 500	1 529	1 000
Suboxone 1 tabl.	1 000	3 000	2 200	2 500
LSD 1 bélyeg	1 500	7 500	3 212	3 000
varázsgomba (gr)	1 500	5 000	2 683	3 000

Forrás: Bálint 2019

24. táblázat. 2. táblázat: Kábítószeres utcai árai euróban¹⁷⁰ 2018-ban

szertípus	legalacsonyabb	legmagasabb	átlag	leggyakoribb
Marihuána (gr)	6,2	15,9	8,7	7,8
Hasis (gr)	6,2	12,5	9,1	9,4
Heroin (gr)	25,0	53,0	39,5	37,4
Heroin 1 pakett	6,2	18,7	12,6	15,6
Kokain (gr)	49,9	109,2	72,9	62,4
Amfetmin (gr)	6,2	15,6	9,4	9,4
Metamfetamin (gr)	3,1	15,6	7,2	7,8
Ecstasy 1 tabl.	6,2	31,2	15,4	6,2
MDMA kristály (gr)	15,6	62,4	34,8	31,2
szintetikus fű (gr)	1,6	6,2	3,6	3,1
szintetikus fű (cigi)	0,3	4,7	2,1	1,6
kristály (gr)	4,7	37,4	13,3	6,2
Metadon (20mg)	3,1	9,4	5,9	6,2
Metadon (5mg)	1,6	6,2	4,0	6,2
folyékony Metadon	3,1	7,8	4,8	3,1
Suboxone	3,1	9,4	6,9	7,8
LSD 1 bélyeg	4,7	23,4	10,0	9,4
varázsgomba (gr)	4,7	15,6	8,4	9,4

Forrás: Bálint 2019

¹⁷⁰ A táblázatban szereplő árak a 2018-as hivatalos euró középárfolyam (1€=320,6 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

Tisztaság

A lefoglalt szerek hatóanyagtartalma 2018 folyamán nem mutatott számottevő eltérést a korábbi évek adataitól. A legjelentősebb trend, hogy az ecstasy tabletták hatóanyag-tartalma ismét tovább emelkedett. A lefoglalások mintegy fele 150 milligramm feletti MDMA-tartalmú tabletták voltak, de előfordultak 240 milligramm vagy több hatóanyagot tartalmazó tabletták is. Megjegyzendő, hogy 2016-tól a tabletták mérete is folyamatos növekedésnek indult. Míg a korábbi években a 0,3 gramm körüli tablettatömeg volt a jellemző, addig 2018-ra már a lefoglalási tételek 60%-a meghaladta a 0,4 grammos tömeget, illetve 10%-a 0,5 grammot is. A por formában fogyasztott, jellemzően „kristály” utcai néven árult új pszichoaktív anyagok közül 2018 folyamán is az etil-hexedron volt a domináns szer, ami általában tisztán, hígítatlan formában fordult elő, de számos esetben került lefoglalásra az etil-hexedron mellett kisebb mennyiségben 4-Cl-alfa-PVP, illetve 4-CEC hatóanyagot tartalmazó por is. A legfrissebb, 2019-es adatok szerint ez a trend változni látszik: az etil-hexedron piaci aránya egyre jobban csökken és helyét egy új anyag, az etil-heptedron látszik betölteni. A növényi törmelékekre felvitt szintetikus kannabinoidok hatóanyag-tartalma kismértékben csökkent, 2018-ban a 0,1-5% tartományba eső koncentrációk voltak jellemzők.

T1.2 KÁBITÓSZER-BŰNÖZÉS

T1.2.1 Kábítószer-bűncselekmények

A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények és a bűncselekmények elkövetőinek jellemzői a Legfőbb Ügyészség Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerében (ENYÜBS), a nyomozati szak lezárásakor rögzített adatok alapján kerülnek bemutatásra. Az adatok elemzését a Nemzeti Drog Fókuszpont végzi.

2013-ban a hazai Büntető Törvénykönyv Különös Része jelentősen módosult, benne a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények törvényi tényállásai is. A 2013. július 1-je után elkövetett bűncselekmények a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (a továbbiakban: új Btk.) hatálya alá tartoznak, míg az e dátum előtt elkövetett bűncselekmények a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (a továbbiakban: régi Btk.) hatálya alá esnek. (Részletekért lásd: Jogi keretek fejezet T1.1.1 alfejezet, valamint 2014-es Éves Jelentés 1.2. fejezet.) Továbbá 2018. július 1. napján hatályba lépett a büntetőeljárásról szóló 2017. évi XC. törvény (a továbbiakban új Be.), mellyel a vádemelés elhalasztását egy új jogintézmény, a feltételes ügyészi felfüggesztés váltotta fel, mely érinti az elterelés intézményét, abból a szempontból, hogy ezentúl az elterelés sikeressége esetén a büntetőeljárás megszüntetéséről nem a rendőrség, hanem az ügyészség dönthet (Részletekért lásd: Jogi keretek fejezet T2.1). Ezen felül az új Be. alapján felnőtt korú gyanúsítottak esetében az elterelés pártfogó felügyelet elrendelése nélkül is alkalmazhatóvá vált.

2018-ban 8640 kábítószerhez vagy új pszichoaktív anyaghoz köthető regisztrált bűncselekmény miatt indított nyomozás lezárására került sor, ebből 105 eset a régi Btk. hatálya alá, 8535 eset az új Btk. hatálya alá tartozott.

Az új pszichoaktív anyagokkal való visszaélés 2012 márciusa óta von maga után büntetőjogi felelősségre vonást. (Részletekért lásd: Jogi keretek fejezet T1.1.3 alfejezet, 2012-es Éves Jelentés 1.2. fejezet.) Új pszichoaktív anyaghoz köthetően 488 bűncselekményt (az összes bűncselekmény 5,6%-a) regisztráltak, valamennyi az új Btk. hatálya alá tartozott. A kábítószerrel összefüggő bűncselekmények aránya az összes regisztrált bűncselekményen belül 4,3% volt.

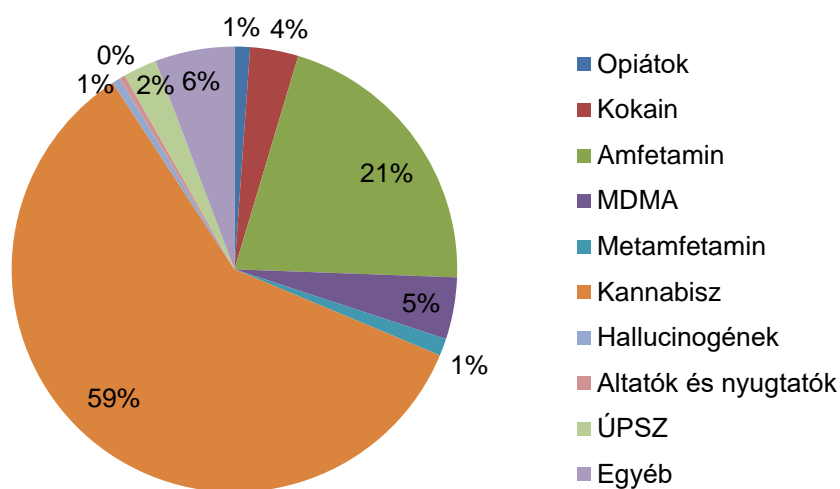
A kábítószer-bűncselekmények közel 50% át Budapesten (45,5%); vagy Pest megyében (7%) regisztrálták. A többi megye közül egyes északi határ mentén fekvő megyék részesedése volt a legmagasabb (Győr-Moson-Sopron megye 4,7%, Komárom-Esztergom megye 4,8%).

Szertípusok

2018-ban az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények 171 60%-át (59,1%, 4810 eset) kannabisszal követték el, a második leggyakoribb szercsoport a stimulánsok voltak (27,2%, 2218 eset). A stimulánsokkal elkövetett esetek között az elkövetés tárgyaként leggyakrabban az amfetamin (76,4%) fordult elő, ezt követte az MDMA (ecstasy) (16,4%) és a metamfetamin (4,5%). Új pszichoaktív anyagok az esetek 2,4%-ában (197 eset) kerültek rögzítésre¹⁷². Az új pszichoaktív anyagok között legnagyobb arányban (41,1%) az egyéb kategóriába tartozó új szerek szerepeltek, míg katonon származékok mindösszesen 7,1%-ban kannabinoidok pedig 17,3%-ban kerültek rögzítésre.

Az elkövetés tárgyaként kokain 3,8%-ban (283 eset), opiátok 1,1%-ban (91 eset), hallucinogének 0,6%-ban (47 eset), egyéb kábítószerek 5,7%-ban (466 eset) kerültek rögzítésre.¹⁷³

64. ábra. Ismertté vált kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények (N=8146)¹⁷⁴ megoszlása szerítípus szerint, 2018 (%)



Forrás: ENYÜBS 2019, elemezte: NFP

Elkövetői magatartások¹⁷⁵

2018-ban az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények közül szigorúan kábítószer birtoklásához (saját használat céljából történő megszerzés vagy tartás) 7060 bűncselekmény (a bűncselekmények 82,8%-a) volt köthető. A fogyasztói típusú bűncselekmények 59,5%-át kannabisszal, 28%-át stimulánsokkal követték el, a többi szerítípus csak elenyésző arányban

¹⁷¹ A prekurzorokkal elkövetett (1) és a szerítípushoz nem köthető (382) esetek nélkül.

¹⁷² Az új pszichoaktív anyagokkal elkövetett esetek száma Btk. tényállások szerinti, illetve szerítípusok szerinti bontásban nem egyezik. Ennek oka az, hogy a bűncselekmények szerítípusok szerinti leválogatása az EMCDDA kábítószer-bűncselekményekre vonatkozó adatgyűjtési protokolljában meghatározott szerítípus kategóriák mentén történt, mely szerint az ENSZ kábítószerjegyzékein nem szereplő anyagok minősülnek új pszichoaktív anyagnak. A bűncselekmények tényállások szerinti bontásakor a hazai büntetőjog értelmében „új pszichoaktív anyag”-nak minősülő anyagokkal elkövetett visszaélések kerültek ide. A hazai szabályozás ugyanakkor helyenként szigorúbb a nemzetközihez képest, vagyis hazánkban bizonyos ENSZ listán nem szereplő - így az EMCDDA protokoll szerint új pszichoaktív anyagnak és nem kábítószernek minősülő - anyagok is kábítószernek minősülnek. Ennek következtében az új pszichoaktív anyagokkal elkövetett bűncselekmények száma eltér Btk. tényállások szerinti és szerítípusok szerinti bontásban.

¹⁷³ 382 bűncselekmény (az összes regisztrált eset 4,48%-a) esetében szerítípus nem került rögzítésre. Kábítószerprekurzor volt az elkövetés tárgya 1 esetben.

¹⁷⁴ A prekurzorokkal elkövetett és a szerítípushoz nem köthető esetek nélkül.

¹⁷⁵ 2014-től kezdődően a bűncselekmény típusok az EMCDDA új kábítószer-bűncselekményekre vonatkozó adatgyűjtési protokolljának megfelelően kerülnek leválogatásra, mely több ponton eltér a korábbi években követett jelentési struktúrától.

fordult elő az elkövetés tárgyaként (opiátok 1,1%, kokain 3,6%, egyéb szerek 5,8%, új pszichoaktív anyagok 1,1%).

A kínálati típusba sorolható elkövetések¹⁷⁶ az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények 16,9%-át tették ki (1439 eset). A kínálati típusú bűncselekmények harmada (30,6%, 441 eset) csekély mennyiségű kábítószerhez köthető kereskedői tevékenység volt. Jelentős vagy különösen jelentős mennyiséggel elkövetett bűncselekmény 211 esetben (a kereskedői magatartások 14,6%-ában, az összes bűncselekmény 2,5%-ában) került rögzítésre. Kábítószer termesztése vagy előállítása tényállás 92 esetben, a kereskedői magatartások 6,4%-ában szerepelt az elkövetés módjaként.

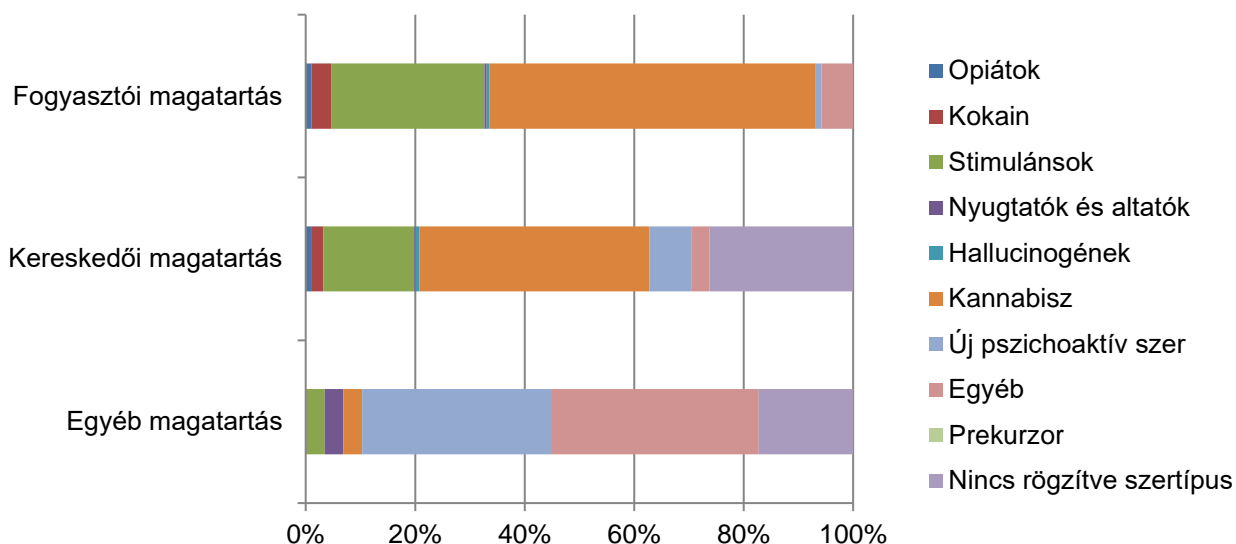
A kínálati oldalhoz sorolható elkövetések között is a kannabisszal elkövetett bűncselekmények szerepeltek a legnagyobb arányban (42%). A kereskedői típusú elkövetések tárgyaként stimulánsok 16,6%-ban, kokain 2,15%-ban, opiátok 1,1%-ban, új pszichoaktív anyagok 7,8%-ban, mely jelentős növekedést mutat a 2017-es évhez képest, végezetül egyéb szerek 3,2%-ban kerültek rögzítésre. Viszonylag magas (26,2%) volt azon esetek aránya, ahol az elkövetés tárgyaként szertípus nem került rögzítésre.

A jelentős mennyiséggel elkövetett cselekmények között az elkövetés tárgyaként leggyakrabban a kannabisz (63%) és a stimulánsok (29,9%) fordultak elő, kokain 3,79%-ban, opiátok 2,37%-ban, hallucinogének 1,42%-ban míg új pszichoaktív szerek 0,47%-ban kerültek rögzítésre. A csekély mennyiségű kábítószerrel elkövetett kínálati típusú bűncselekmények 41,5%-át szintén kannabisszal követték el, 13,8%-át stimulánsokkal, a mellett, hogy viszonylag magas volt az egyéb szerek (5%) és a szertípushoz nem köthető esetek (25,6%) aránya.

A termesztői/előállítói típusú elkövetések 95,7%-a kannabisz termesztéséhez kapcsolódott.

Egyéb magatartások (kóros szenvedélykeltés, kábítószer készítésének elősegítése) 29 esetben (0,3%) kerültek rögzítésre.

65. ábra. Ismertté vált kábítószer-bűncselekmények megoszlása elkövetői magatartások és szertípusok szerint, 2018



Forrás: ENYÜBS 2019, elemezte: NFP

¹⁷⁶ Kereskedői/kínálati típusú magatartások: termeszt, előállít, kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik, az országba behoz, az országból kivisz, az ország területén átvisz, és valamennyi jelentős vagy különösen jelentős mennyiségű kábítószerrel elkövetett bűncselekmény.

Elterelés

A kábítószerhez köthető ügyekben indult büntetőeljárások¹⁷⁷ nagyobb része még a bírósági szakasz megkezdése előtt lezárul, a büntetés alternatívájaként igénybe vehető elterelés intézményének köszönhetően. (Az elterelés jogszabályi háttere a Jogi keretek fejezet T2.1 alfejezetében, az elterelés keretében kezelésbe lépők adatai a Kezelés fejezet T1.3.1 alfejezetében, a bv. intézeteken belül elterelésben résztvevő fogvatartottak adatai a Kábítószer-használat a börtönben fejezet T1.2.2 és T1.3.2 alfejezeteiben olvashatók.) Az elterelésben résztvevőknek csak kisebb része fog a regisztrált bűnelkövetők között szerepelni (például ha az elkövető csak az eljárás bírósági szakaszában kezdi meg az elterelést), nagyobb részük nem fog megjelenni a bűncselekményi statisztikában, mert a büntetőeljárás az elterelés megkezdésével még azelőtt megszűnik, hogy megállapítanak bűncselekmény elkövetését és bűncselekményként regisztrálnák az esetet.

2018-ban összesen 15197 büntetőeljárás fejeződött be kábítószerrel kapcsolatos ügyekben, ebből vádemelésre 3394 esetben (22,3%) került sor. A büntetőeljárások maradék 78%-a (11079 esetben) még a bírósági szakaszt megelőzően lezárult, a nyomozás megszüntetése (20,7%), az eljárás megszüntetése (18%), a feljelentés elutasítása (3,4%), az eljárás felfüggesztése (8,4%), egyéb befejezés (9,5%), vagy „elterelés” eljárási döntés következtében. Eltereléshez kapcsolódóan 2671 ügyben (17,6%) került sor a büntetőeljárás befejezésére, de a ténylegesen elterelés miatt lezárult eljárások száma ennél több, mert az elterelt esetek egy kisebb hányada az „egyéb befejezés” eljárási döntések között jelenik meg, vádemelés elhalasztása, vagy büntethetőséget megszüntető egyéb ok címen.

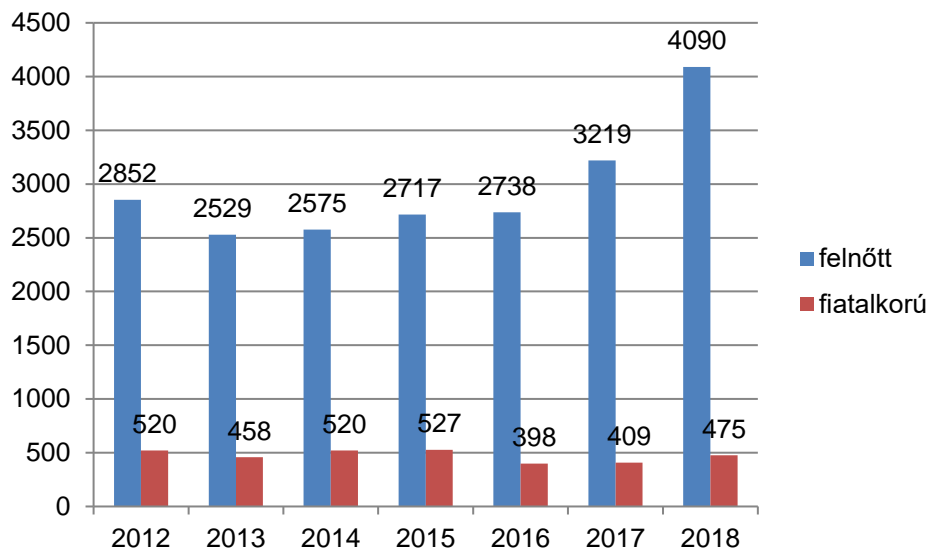
Elterelés mellett megállapított pártfogó felügyeletre 4565 ügyben került sor, az esetek majdnem 90%-ában az elkövetők felnőtt korúak voltak, mindössze 10,4%-ában voltak fiatalok.¹⁷⁸

Az új pszichoaktív anyagok esetében nem indult elterelés, mivel az új pszichoaktív szer csekély mennyiségű tartása szabálysértési eljárást von maga után, melyben nincs lehetőség az elterelésre. (További információ, lást Jogi keretek fejezet T1.1.2 és T1.1.3 alfejezeteiben)

¹⁷⁷ A regisztrált bűncselekmények számát és a büntetőeljárásra vonatkozó adatokat egymástól külön kell kezelni. A büntetőeljárásra vonatkozó adatok mutatják azt, hogy hány büntetőeljárás indult az adott cselekmény miatt az adott időszakban, függetlenül az eljárás befejezési módjától. A regisztrált bűncselekményre vonatkozó adatok azt mutatják, hogy adott bűncselekmény típusból adott időszakban mennyit regisztráltak bűncselekményként a nyomozás lezárásakor. Egy cselekményhez kapcsolódóan több büntetőeljárás is indulhat, ugyanakkor bűncselekményként csak egyszer lesz regisztrálva a statisztikában. Előfordulhat az is, hogy a nyomozás végén nem állapítja meg a rendőrség vagy az ügyész az adott bűncselekmény elkövetését, illetve az ügyész a vádemeléstől eltérő, más befejezési módot alkalmaz (pl. bizonyíték hiányában megszünteti, felfüggeszti az eljárást stb.), és így bűncselekményként nem kerül regisztrálásra az adott ügy. A büntetőeljárás adatok tehát jóval szélesebb halmazt képeznek, mint a regisztrált bűncselekményi adatok.

¹⁷⁸ Az új Be. (2017. évi Xc. törvény) bevezet egy új jogintézményt, a feltételes ügyészi felfüggesztést: A 417. § (1) bekezdése szerint az ügyészség hivatalból vagy a terhelt indítványára az eljárást a törvényben meghatározott feltétel teljesítése érdekében egy évre felfüggeszti, ha a Btk. Különös Része a terheltnek az eljárás megindulását követő magatartását büntethetőséget megszüntető okként szabályozza (elterelés 180. §). Az új Be. értelmében felnőtt korú gyanúsított esetében az elterelés pártfogó felügyelet elrendelése nélkül is alkalmazható.

66. ábra. Az eltereléssel összefüggésben alkalmazott vádemelés elhalasztása, illetve feltételes ügyészi felfüggesztés mellett folyamatban volt pártfogó felügyelt ügyek száma 2012-2018 között



Forrás: IM 2019

A kábítószer-bűncselekményeket elkövetők jellemzői

2018-ban a 8640 kábítószer-bűncselekményhez kötődően 8521 elkövetőt regisztrált a bűnügyi statisztika¹⁷⁹. A korábbi évekhez hasonlóan, az elkövetők körülbelül 90%-a férfi, 10%-a nő volt.

Az életkor szerinti megoszlást tekintve, az elkövetők 9,8%-a 18 év alatti, 35,7%-a 19 és 24 év közötti, 25,44%-a 25 és 30 év közötti fiatal volt. Összességében, a kábítószer-bűncselekményt elkövetők 70,4%-a a 30 éves vagy annál fiatalabb korosztályból került ki, míg az összes regisztrált bűnelkövető között a 30 év alattiak aránya 42,3%, a 19-24 év közöttiek aránya 16,9% volt, vagyis elmondható, hogy a kábítószer-bűncselekményeket elkövetők az egyéb bűncselekmények elkövetőinél jóval fiatalabbak.

A kábítószer-bűncselekményt elkövetők 27,8%-a általános iskolai végzettséggel rendelkezett, 306%-a középfokú végzettséggel. Az elkövetők mindössze 2,1%-a rendelkezett felsőfokú végzettséggel.¹⁸⁰

T1.2.2 Kábítószer hatása alatt elkövetett bűncselekmények

2017-ben kábítószer hatása alatt összesen 7796 fő követett el bűncselekményt, ami az összes regisztrált hazai elkövető 8,9%-át tette ki. A kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövetők túlnyomó része (7082 fő, 90,8%) kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményt követett el, attól eltérő, egyéb bűncselekményt 714 fő (9,2%) követett el.

A kábítószer hatása alatt kábítószer-bűncselekménytől különböző bűncselekményt elkövetők legmagasabb arányban (516 fő, 72,3%) közlekedési bűncselekményt követett el (ebből 511 fő járművezetést ittas és/vagy bódult állapotban). Vagyon elleni bűncselekményt 82 fő (11,5%), személy elleni bűncselekményt 17 fő¹⁸¹ (2,4%), garázdaságot 38 fő (5,3%), egyéb bűncselekményt 61 fő (8,5%) követett el.

¹⁷⁹ Egy elkövető több bűncselekményt is elkövethet. A bűncselekményekre vonatkozóan a kinyert adatok teljeskörűek, az elkövetőkre vonatkozóan azonban nem, mivel az elkövetői adatok rögzítésére szolgáló „T” lapon csak a legsúlyosabb, illetve gyermekkorúként vagy fiatalkorúként elkövetett bűncselekményt kell feltüntetni.

¹⁸⁰ 3342 fő esetében (39%) az iskolai végzettség nem ismert.

¹⁸¹ A régi Btk. hatálya alá eső összes esetet tartalmazza, az új Btk. hatálya alá eső eseteket csak részben, mivel a régi Btk.-ban a személy elleni bűncselekmények főcím alá sorolt egyes tényállásokat az új Btk. eltérő címe alatt nevesíti.

T1.3 A KÁBITÓSZER-KÍNÁLAT CSÖKKENTÉSÉT CÉLZÓ TEVÉKENYSÉGEK

T1.3.1 A kábítószer-kínálat csökkentését célzó tevékenységek

A Nemzeti Drogellenes Stratégiában meghatározott cél, hogy 2020-ra a kereslet- és a kínálat-csökkentés egyensúlyának biztosítása mellett, a rendelkezésre álló eszközök széles körű alkalmazásával, a lehető legteljesebb mértékben visszaszoruljon a kábítószer-fogyasztás Magyarországon. Különösen fontos ez azokon a színtereken, ahol a gyermekek, fiatalok fokozott veszélynek vannak kitéve: az iskolákban, a közművelődési intézményekben és a szórakozóhelyeken.

A Nemzeti Biztonsági Stratégia részletesen meghatározza a kábítószer-kereskedelemmel összefüggésben felmerülő hazai kihívásokat és az adekvát válaszokat. Rögzíti, hogy a kábítószer-bűnözés elleni sürgős és a jelenleginél célravezetőbb fellépés előfeltétele a rendészeti munka hatékonyságának növelése, az illetékes szervek technikai ellátottságának és személyi állománya képzettségének javítása, továbbá az illetékes nemzetközi szervezetekkel folytatott hatékony információcsere és együttműködés. Ennek érdekében a Stratégia szerint növelni kell az ellenintézkedések hatékonyságát, meg kell erősíteni a bűnszervezetek elleni fellépésért felelős szerveket, valamint a bűnügyi szakértői tevékenység személyi, anyagi és technikai bázisát. A fentiekben túl fel kell állítani egy országos szintű, kábítószer-bűnözés elleni szolgálatot. A kábítószer-ellenes küzdelem átfogó társadalmi feladatot is jelent, így az eredményes fellépés szempontjából különösen fontos a társadalmi bűnmegelőzés lehetőségeinek kihasználása.

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

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

A kínálatcsökkentési tevékenységben részt vesz elsősorban a Rendőrség bűnügyi és közrendvédelmi szolgálata, illetve szerepet kap ebben az igazgatásrendészeti szolgálat kábítószer-rendészeti tevékenysége, mely során a kábítószerekkel, pszichotrop- és új pszichoaktív anyagokkal, a kábítószer-prekurzorokkal és pre-prekurzorokkal legálisan tevékenykedő gazdasági szereplők esetében végez engedélyezési, nyilvántartásba vételi és ellenőrzési feladatokat. A kábítószer-rendészeti feladatokat az ORFK RFI Igazgatásrendészeti Főosztály Rendészeti Osztály – mint központi szervezeti eleme – mellett, egy stabil kábítószer-rendészeti területi hálózat (23 fő) látja el. A szervezet a 2018. évben több mint 8 és fél ezer ellenőrzést hajtott végre, és több mint kétezer állatgyógyászatban tevékenykedőt tart nyilván. 23 megsemmisítést felügyelt, melynek során megközelítőleg 444 tonna kábítószerként kezelendő anyag került ellenőrzött módon égetésre, mely anyagok kivonása jelentős közbiztonsági veszély csökkenést eredményezett.

A NAV a kábítószerek, a pszichotrop és új pszichoaktív anyagok, illetve kábítószer-prekurzorok legális forgalmának felügyelete, valamint a határátkelőhelyeken, illetve a postai és futárszolgálatok forgalmából kiszűrt, illegálisan szállított anyagok felderítése révén lát el kínálatcsökkentő feladatokat. A NAV kábítószerek illegális kereskedelmi tevékenységének visszaszorítását célzó nemzeti és nemzetközi műveletben, akciókban is aktív szerepet vállal, melyek során lehetőség nyílik a nemzetközi vonatkozású információk és tapasztalatok NAV általi megismerésére is. Emellett a kábítószer terület vámhatósági ellenőrzése

vonatkozásában rendszeres képzésekre kerül sor, a NAV szervezetén belül ellenőrzési feladatot ellátó pénzügyőr munkatársak, illetve a Nemzeti Közszerológati Egyetem Rendészettudományi Kar pénzügyőr hallgatói részére. A Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020 szóló 80/2013. (X. 16.) OGY határozat VII. fejezet 3.1. címében foglaltak a kínálatcsökkentés érdekében a NAV és a rendőrhatalóság közötti együttműködés és adatcsere fokozását és javítását célozzák. E célokhoz mindkét hatóság megfelelően igazodik, többek között az együttműködés és az információcsere további fejlesztésének előirányozása révén.

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

T2.1 RÖVID TÁVÚ TRENDEK A KÁBÍTÓSZERPIAC LEGJELLEMZŐBB SZERTÍPUSAI ESETÉBEN

Lefoglalások

Kenderültvények esetében 2010-2011 folyamán több nagyméretű, 100 tő feletti ültetvényen évente több mint 10000 tő növényt foglaltak le a hatóságok. Ez a mennyiség 2012-2014 időszakban jelentősen csökkent. Azonban a 10 tő alatti, illetve 10-100 tő közötti ültetvények számában és arányában a 2010-2018 időszakban markáns változás nem tapasztalható.

A nagytételben lefoglalt marihuána mennyisége 2012-ben jelentősen megugrott, majd 2016-ig folyamatosan csökkent. 2017-ben ismét jelentősebb lefoglalások történtek a Szerbiából Magyarországra tartó határforgalomban. Míg a 2010-2011 időszakban néhány-száz kilogramm marihuána került lefoglalásra, addig 2012-ben közel 1,8 tonna volt a lefoglalt mennyiség, ami a 2014-2016 évekre 529, 590 illetve 494 kilogrammra esett vissza, majd 2017-ben ez a mennyiség 2,1 tonnára emelkedett. 2018-ban a lefoglalt mennyiség 868 kg volt.

A hasis lefoglalások száma 2010 óta folyamatos emelkedő tendenciát mutat. 2017-ben a kiugróan nagy, 114 kilogrammos lefoglalt mennyiség jelentős részét egyetlen, 108 kilogrammos szállítmány tette ki.

2009-2010 folyamán a heroin lefoglalások száma, illetve a lefoglalt anyag mennyisége is jelentősen visszaesett a korábbi évekhez képest. A következő időszakban a lefoglalások éves száma nem emelkedett számottevően, a lefoglalt összes anyagmennyiség is mindössze néhány kilogramm volt évente. Míg 2016 folyamán számottevő tranzitforgalomra jellemző nagyobb lefoglalás nem történt, addig 2017-ben 6 esetben volt 1 kilogramm közeli vagy azt meghaladó lefoglalás, 2018-ban pedig már 8 ilyen eset volt. 2016-tól a lefoglalt mennyiségek is folyamatosan emelkedtek.

A kokain lefoglalások vonatkozásában, a 2011-2018 időszakban a lefoglalások számában folyamatos emelkedés tapasztalható, a lefoglalások jelentős részét a kisebb (fogyasztói) mennyiségek tették ki. Az esetszámok a kokain folyamatos terjedésére utalnak.

Az amfetamin lefoglalások száma – a kis tételű, 10 gramm alatti lefoglalások trendjéből adódóan – szintén folyamatos emelkedést mutat a 2010-2018 időszakban.

Az MDMA tartalmú tablettákból 2010-ben mindössze 7 lefoglalás történt, de 2012-től a lefoglalások száma folyamatosan emelkedett. 2017 és 2018 folyamán már 502 illetve 586 esetben foglaltak le ilyen tablettát. Ezzel párhuzamosan a kristályos vagy por formában piacra kerülő MDMA esetszáma is folyamatos emelkedést mutat.

Az LSD lefoglalások száma és a lefoglalt anyag mennyisége is emelkedő tendenciát mutat. Az utóbbi években oldat, illetve por formában is foglaltak le LSD-t hatóságok. Az LSD lefoglalások jellemzően nagy nemzetközi érdeklődés mellett zajló nyári zenei fesztiválokhoz köthetők.

25. táblázat. Lefoglalások száma 2014 és 2018 között¹⁸²

szertípus	2014	2015	2016	2017	2018
marihuána	2 058	1 945	2 673	3 674	3 492
kannabisz növény	146	127	153	158	169
hasis	101	141	149	153	164
heroin	31	48	34	34	49
kokain	143	153	229	276	303
amfetamin	598	633	778	900	1026
metamfetamin	54	62	54	68	120
ecstasy tableta /MDMA, MDA, MDE/	213	219	332	502	586
LSD	29	33	32	54	73
<i>növényi anyagok szintetikus kannabinoidokkal</i>	<i>3 876</i>	<i>2 440</i>	<i>2 372</i>	<i>2 177</i>	<i>2 438</i>
<i>szintetikus kannabinoidok porokban</i>	<i>104</i>	<i>90</i>	<i>113</i>	<i>120</i>	<i>134</i>
<i>katinon származékok por formában</i>	<i>863</i>	<i>802</i>	<i>671</i>	<i>735</i>	<i>885</i>
<i>katinon származékok tablettában</i>	<i>40</i>	<i>67</i>	<i>70</i>	<i>8</i>	<i>6</i>

Forrás: NSZKK 2019a

26. táblázat. Lefoglalások mennyisége 2014 és 2018 között¹⁸³

szertípus	2014	2015	2016	2017	2018
marihuána (kg)	529,23	589,55	494,12	2 139,91	868,42
kannabisz növény (tő)	3 288	4 659	6 482	5 287	4 769
hasis (kg)	7,91	18,15	3,69	114,46	20,02
heroin (kg)	70,06	11,74	2,11	20,56	34,94
kokain (kg)	39,65	30,53	25,06	5,87	25,07
amfetamin (kg)	15,95	32,48	24,78	24,71	21,54
metamfetamin (kg)	0,41	1,17	0,19	0,74	0,88
ecstasy tableta (db) /MDMA, MDA, MDE/	13 020	56 420	79 702	51 836	43 984
LSD (adag)	965	398	928	1 476	1 293
<i>növényi anyagok szintetikus kannabinoidokkal (kg)</i>	<i>100,01</i>	<i>21,18</i>	<i>29,13</i>	<i>11,79</i>	<i>18,95</i>
<i>szintetikus kannabinoidok porokban (kg)</i>	<i>5,52</i>	<i>5,55</i>	<i>3,47</i>	<i>3,09</i>	<i>2,51</i>
<i>katinon származékok por formában (kg)</i>	<i>42,01</i>	<i>18,34</i>	<i>36,14</i>	<i>30,76</i>	<i>29,16</i>
<i>katinon származékok tablettában (db)</i>	<i>12 902</i>	<i>15 578</i>	<i>3 256</i>	<i>551</i>	<i>534</i>

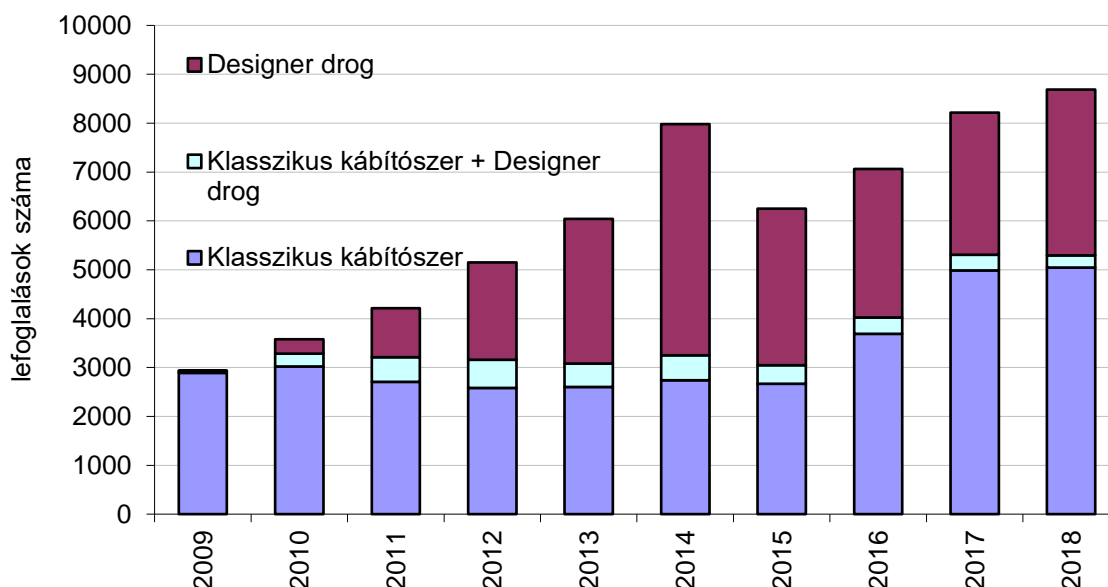
Forrás: NSZKK 2019a

Az új pszichoaktív anyagok 2010-től teljesen átrendezték a magyar kábítószerpiacot. A mefedron 2010 nyarán történő nagymértékű térnyerését követően a klasszikus szerekhez képest az új pszichoaktív anyagok aránya évekig folyamatosan emelkedett. 2014-ben az új szerek („designer drogok”) a rendőrségi lefoglalások közel 60%-át tették ki. A lefoglalásokban folyamatosan emelkedő trend 2015 folyamán visszafordult, 2017-2018-ra az új pszichoaktív anyagok aránya mintegy 35-40 %-át tette ki a rendőrségi lefoglalásoknak.

¹⁸² A táblázat a Nemzeti Szakértői és Kutatóközpont (valamint jogelődje a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet) kábítószer-vizsgáló laboratóriumaiban vizsgált lefoglalások adatait, valamint botanikai vizsgálat alapján, a helyszínen lefoglalt kender-ültetvények adatait tartalmazza.

¹⁸³ A táblázat a Nemzeti Szakértői és Kutatóközpont (valamint jogelődje a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet) kábítószer-vizsgáló laboratóriumaiban vizsgált lefoglalások adatait, valamint botanikai vizsgálat alapján, a helyszínen lefoglalt kender-ültetvények adatait tartalmazza.

67. ábra. „Klasszikus”¹⁸⁴ és „designer” szerek lefoglalásainak száma, 2009-2018 között



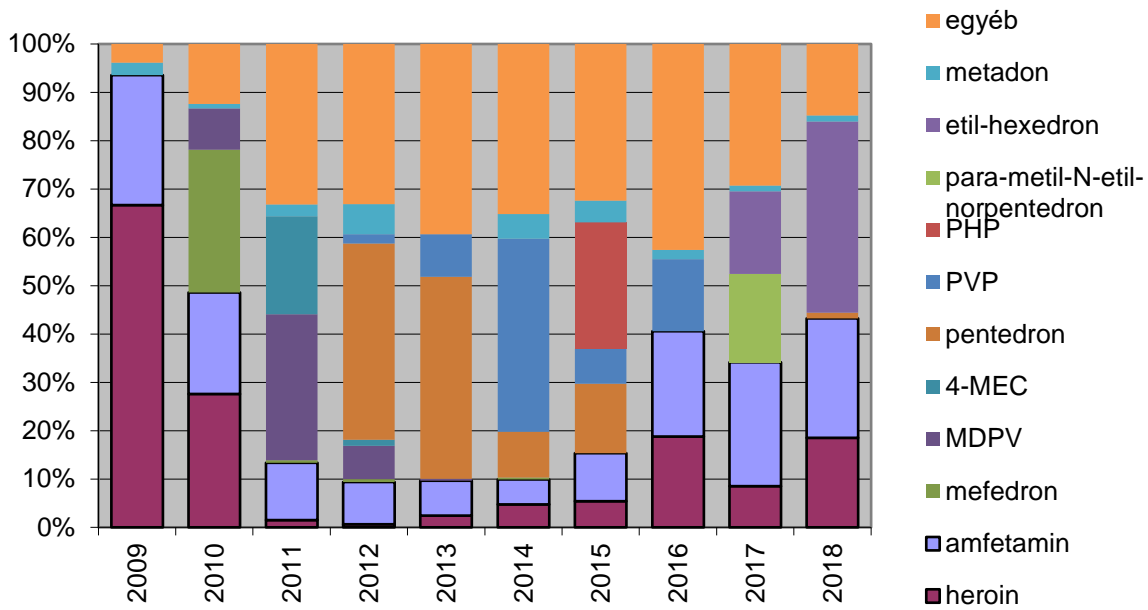
Forrás: NSZKK 2019a

Az új anyagok között két nagy csoport, a katinonszármazékok és a szintetikus kannabinoidok részesedése a legnagyobb a lefoglalásokban. A katinonok általában por formájában kerülnek forgalomba. A legjellemzőbb hatóanyagok: 2010-ben a mefedron, 2011-ben a 4-MEC és az MDPV, 2012-től pedig a pentedron voltak. 2014 folyamán egy ideig számottevően emelkedett az α -PVP részaránya a lefoglalásokban, de az év végére ismét a pentedron lett a legjellemzőbb szer. 2015-ben a pentedron és az α -PVP mellett az α -PHP jelent meg jelentősebb részesedéssel a lefoglalásokban, jellemzően a januártól augusztusig tartó időszakban. Az etil-hexedron 2016 augusztusától a legnépszerűbb katinonnak bizonyult. 2017-2018 folyamán a vizsgált etil-hexedron porok egy részében kisebb mennyiségű 4-Cl-alfa-PVP is kimutatható volt. 2018-ban a katinon porok mintegy 90%-át az etil-hexedron tartalmú anyagok tették ki. Említésre méltó még a mefedron ismételt megjelenése a feketepiacon, annak ellenére, hogy Magyarországon 2011-től kábítószerként ellenőrzött vegyület.

A laboratóriumi vizsgálatra kerülő, intravénás szerhasználathoz köthető tárgyáról kimutatott hatóanyagok összesítése alapján figyelemmel kísérhető az ehhez a fogyasztási módhoz kapcsolódó szerek körének és hozzávetőleges arányának alakulása. Míg a korábbi években a katinon-származékok dominanciája volt tapasztalható, addig 2016 és 2018 között már a vizsgált tárgyak mintegy 30-40%-ából amfetamin, illetve heroin volt azonosítható. A leggyakrabban injektált katinon 2017-ben a para-metil-N-etil-norpentedron és az etil-hexedron, 2018-ban az etil-hexedron volt.

¹⁸⁴ Klasszikus szerek az ENSZ Kábítószer Egyezményeinek valamely jegyzékén 2010 előtt szereplő anyagok minősültek.

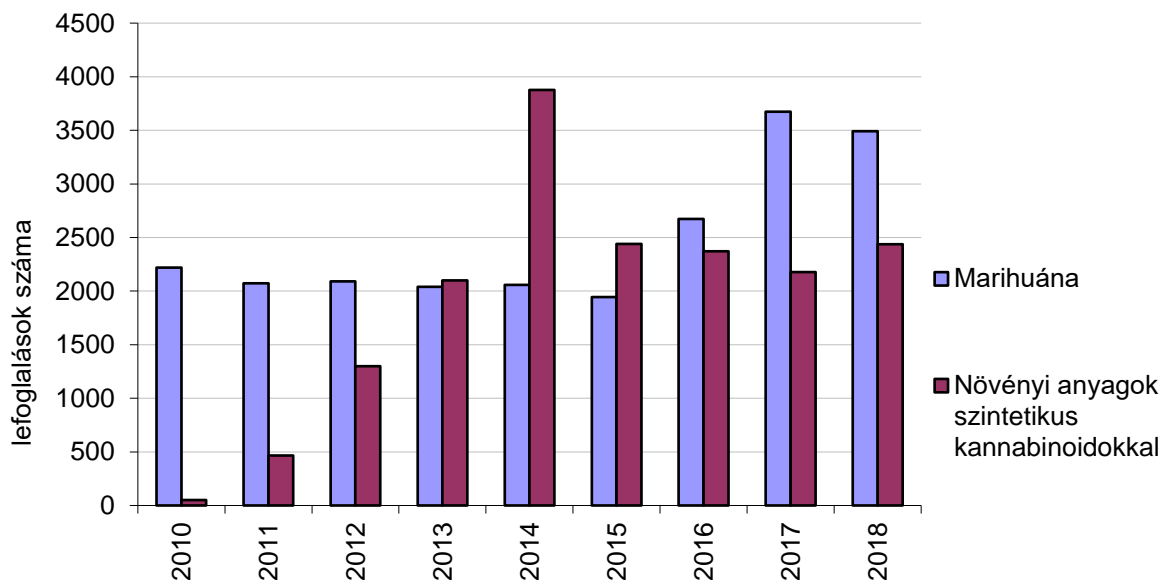
68. ábra. Az intravénás szerhasználathoz köthető tárgyakról kimutatott hatóanyagok 2009-2018 között (%)



Forrás: NSZKK 2019a

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

69. ábra. Marihuána és szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok lefoglalásainak száma 2010-2018 között



Forrás: NSZKK 2019a

A termékekben található hatóanyagok köre a jogszabályi változásokat általában dinamikusan követi, egy-egy időszakban jellemzően 1-2 domináns hatóanyag fordul elő a piacon. A 2011-2014 időszakban az egyes hatóanyagok az ellenőrzés alá vonást követően, általában 1-3 hónap alatt, jelentősen visszaszorultak és új, még nem ellenőrzött hatóanyagok vették át a

helyüket. 2015-ben a folyamatok dinamikája megváltozott, 2016-ra pedig már a marihuána lefoglalások száma ismét magasabb volt, mint a szintetikus szerekkel impregnált készítmények. A leggyakoribb hatóanyagok 2017-ben az 5F-MDMB-PINACA, az AMB-FUBINACA és az ADB-FUBINACA voltak. 2018-ban a legjellemzőbb hatóanyag az 5F-MDMB-PINACA volt, ami a vizsgált tételek mintegy 70 %-ában került beazonosításra. Emellett még az AMB-FUBINACA és az 5F-Cumyl-PeGaClone hatóanyagok fordultak előszámottevő mennyiségben a 2018-ban vizsgált anyagokban.

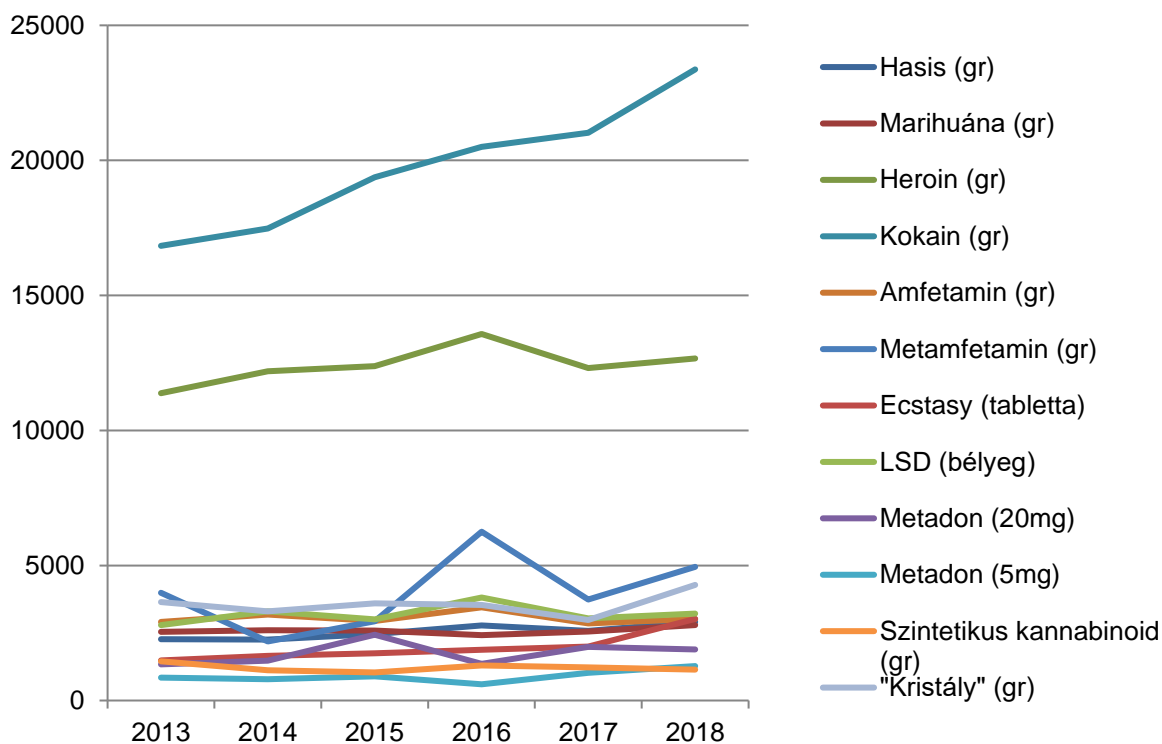
A szintetikus kannabinoidokat az esetek jelentős részében a kereskedelmi forgalomban kapható gyógynövény-törmelékekre impregnálják, de előfordul a hatóanyagok vágott dohányra történő felvitele is. Ezek, az utcai forgalomban „varázsdohány” néven ismert készítmények 2017-ben a szintetikus kannabinoidokkal impregnált növényi anyagok mintegy 15 %-át, 2018-ban 30 %-át tették ki, ami jelentős emelkedés a korábbi évek jellemzően 5 %-os arányához képest.

Kábítószerárak

A Nemzeti Drog Fókuszpont kutatása (Bálint 2019) alapján általánosan megállapítható, hogy a 2017-es árakhoz képest 2018-ban több kábítószer utcai ára is enyhe növekedésnek indult, ugyanakkor a korábbi évekhez hasonlóan megfigyelhető, hogy bizonyos szerek évek óta szinte ugyanannyiba kerülnek. A stimuláns típusú új pszichoaktív szerek (kristály néven) és a metamfetamin esetében a tavalyi évben bekövetkezett csökkenés után, most ismét enyhe emelkedés tapasztalható. A 2018-as évben tovább folytatódott az ecstasy tabletták árának növekedése. Továbbá, a tavalyi évhez képest enyhén emelkedett mind az LSD, mind pedig az amfetamin átlagos ára. Évek óta erős növekedés volt megfigyelhető a kokain esetében, amely összefüggésben lehetett az alacsony kínálattal, mely 2018-ra tovább erősödött. A marihuána és a hasis utcai ára évek óta szinte teljesen változatlan, azonban még így is sokkal magasabb, mint az ugyanúgy évek óta hasonló áron kapható szintetikus kannabinoidoké.

szinti fűnek ne hívjuk már a jelentésben

70. ábra. Kábítószeresek átlagos utcai árai forintban 2013-2018 között

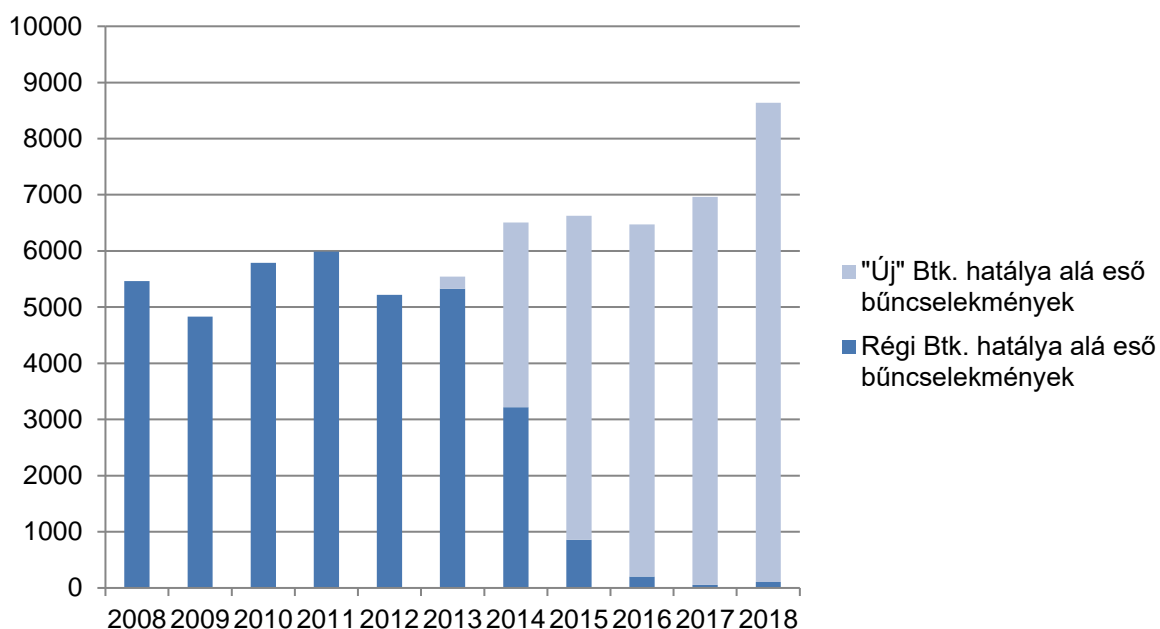


T2.4 KÁBITÓSZER-BŰNCSELEKMÉNYEK – RÖVIDTÁVÚ TRENDK

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

Az elmúlt öt évet vizsgálva a regisztrált kábítószer-bűncselekmények száma 2017-ig enyhe emelkedést mutatott, azonban 2017 és 2018 között jelentősebb, 19%-os növekedés figyelhető meg. Az emelkedést magyarázhatja, hogy ezen időszakban a Rendőrség a kábítószer-bűncselekmények felderítésére a korábbiakhoz képest fokozott figyelmet fordított.

71. ábra. A regisztrált kábítószer-bűncselekmények száma Magyarországon 2008-2018 között



Forrás: ENYÜBS 2019, elemezte: NFP

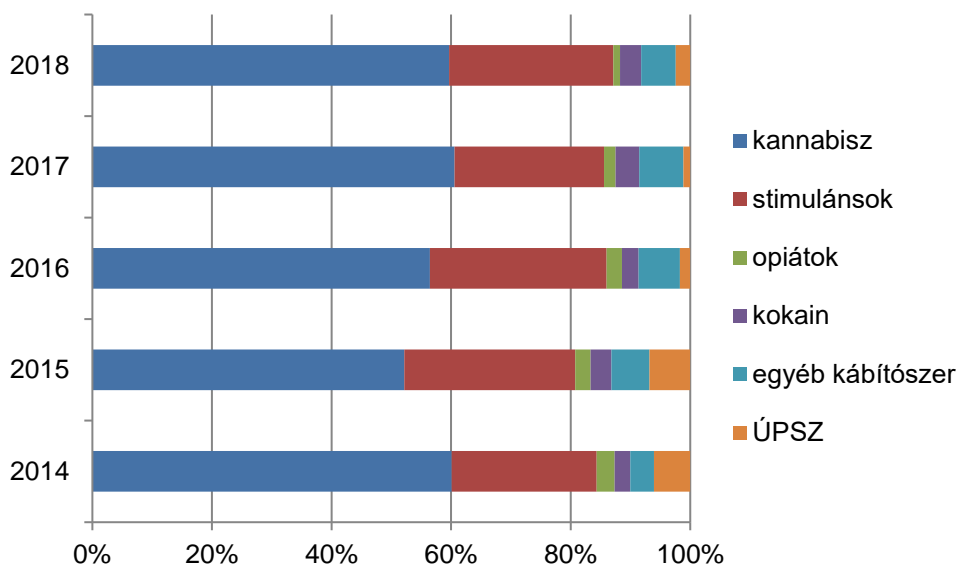
Az elkövetői magatartások tekintetében az elmúlt 5 évben a kábítószer-bűncselekmények mintegy 80-át a saját használattal összefüggésben elkövetett, fogyasztói típusú magatartások tették ki. A kereskedői típusú, kábítószer-kínálattal összefüggő magatartások aránya rendre 20% alatt maradt. A bűncselekmények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

A kábítószer-bűncselekmények legnagyobb hányadát kannabisszal követik el (2018: 59,1%.) A kannabisz aránya a szertípusok között 2013 és 2016 között csökkenést mutatott, majd 2017-ben növekedésnek indult, azonban 2018-ban ismételen enyhe csökkenést figyelhetünk meg. A bűncselekmények szertípus szerinti megoszlásának változása követte a kábítószerpiacon (lásd T2.1 alfejezet) és a szerhasználati mintázatokban (lásd Kábítószeres/Stimulánsok és Kábítószeres/Opiátok fejezetek T1.2 alfejezetei) bekövetkezett változásokat: 2012 és 2017 között az opiátokkal elkövetett esetek aránya rendre 3% alatt

maradt, 2018-ra azonban már a 1,1%-ot is alig éri el. A stimulánsok (jellemzően amfetamin) ugyanakkor évről évre növekvő arányban jelentek meg az elkövetés tárgyaként, 2016-ban az ismertté vált bűncselekmények 29,5%-át tették ki az ezekkel a szerekekkel elkövetett bűncselekmények (2011: 12,7%, 2014: 20,5%, 2015: 28,6%). A 2017-es visszaesés után, 2018-ban már ismételten enyhe emelkedést figyelhetünk meg a stimulánsokkal elkövetett esetek arányában (27,2%). Az ecstasy-val elkövetett visszaélések aránya a 2010 és 2012 között jellemző csökkenő tendencia után 2013-tól kezdődően ismét enyhén emelkedni látszik (2012: 1,8%, 2018: 4,5%).

Az új pszichoaktív szerekekkel való (kereskedői típusú) visszaélés 2012 áprilisa óta von maga után büntetőjogi felelősségre vonást, a bűnügyi statisztikában először 2013-ban szerepeltek érdemi számban ilyen esetek. Az új pszichoaktív szerekekkel elkövetett bűncselekmények 2015-ig egyre növekvő hányadát tették ki a kábítószer-bűncselekményeknek, mely 2016-os évtől jelentősen csökkent. Ezt a csökkenő tendenciát váltotta fel 2018-ban (2,5%) enyhe növekedés. Ugyanakkor, 2013-tól kezdődően azoknak az eseteknek a száma is növekedést mutatott ahol szertípus nem került rögzítésre (2013: 23 eset, 2018: 382 eset); valószínűsíthető, hogy az új pszichoaktív anyagokhoz köthető esetek egy része ebben a kategóriában jelenik meg a bűnügyi statisztikában.

72. ábra. A kábítószer-bűncselekmények¹⁸⁵ megoszlása szertípus szerint 2014-2018 között



Forrás: ENYÜBS 2019, elemezte: NFP

T2.7 A KÍNÁLATCSÖKKENTÉSI TEVÉKENYSÉG VÁLTOZÁSAI

Lásd T1.3.1 alfejezet.

T3 ÚJ FEJLEMÉNYEK

Ebben az évben valamennyi legfrissebb rendelkezésre álló adat és információ, beleértve a 2018-as évre vonatkozóakat is, az alapadatok között, a T1. és a T2. alfejezetben kerül bemutatásra.

¹⁸⁵ A prekursorokkal elkövetett, és azon esetek nélkül ahol az elkövetés tárgyaként szertípus nem került rögzítésre. A szertípusok az EMCDDA 2014-es, kábítószer-bűnözésre vonatkozó adatgyűjtési protokollja szerint kerültek besorolásra, új pszichoaktív anyagnak az ENSZ kábítószer jegyzékein nem szereplő anyagok minősültek.

T4 TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

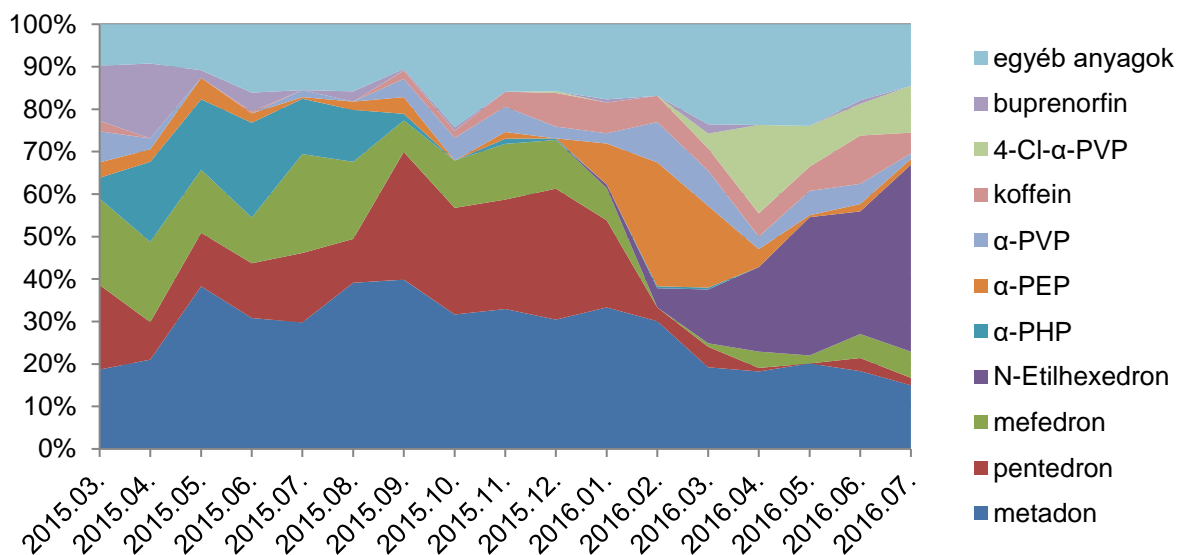
T4.1 TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

Anyagmaradványok vizsgálata használt injektáló eszközökön

2015-ben és 2016-ban a „Tisztább kép” elnevezésű projekt (Péterfi 2016; Péterfi et al. 2017; Gyarmathy et al. 2017) keretében vizsgálták az intravénás szerhasználók által injektált anyagokat használt injektáló eszközökön található anyagmaradványok kémiai vizsgálatával (a vizsgálati módszer leírásátát lásd a Kezelés fejezet T5.2 alfejezetben).

A főkomponensként kimutatott 10 leggyakoribb hatóanyagot vizsgálva az injektáló eszközök begyűjtésének ideje szerint jól látható a kábítószerpiac dinamikája. Vannak anyagok, melyek évekig stabilan megmaradnak a piacon, míg vannak olyanok – elsősorban az új pszichoaktív szerek között –, melyek pár hónapos népszerűséget követően el is tűnnek. Ez tapasztalható az azonosított injektált hatóanyagok esetében is. A metadon és pentedron – bár változó megjelenési gyakorisággal – de stabilan ott volt a leggyakrabban injektált szerek között. Ezzel szemben a szintetikus katinonok családjába tartozó α -PEP kizárólag 2015. december és 2016. áprilisa között jelent meg nagyobb arányban a kimutatott hatóanyagok között. Hasonlóan rövid ideig tartott az ugyancsak katinon α -PHP (2015. március és augusztus között) népszerűsége. Figyelemre méltó az N-etilhexedron megjelenése és elterjedése 2016 februárjától kezdődően (ez is szintetikus katinon). Gyakorisága az utolsó vizsgált hónapban elérte a 44%-ot (a 2016. júliusi mintákban), 2016 májusától ez volt a leggyakrabban kimutatott főkomponens a vizsgált mintákban – megelőzve többek között a metadont és a pentedront is. (Péterfi 2016)

73. ábra. Az injektáló eszközökben főkomponensként kimutatott leggyakoribb hatóanyagok, havi bontásban (N=4109)



Forrás: Péterfi 2016

A vizsgálat további eredményeit lásd a Kezelés fejezet T4.2 alfejezetében.

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

Bálint, R. (2019): A kábítószer utcai árának alakulása 2018-ban. Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőíves adatgyűjtés

BM (2019): A Belügyminisztérium 2018-ra vonatkozó beszámolója a 2019-es EMCDDA Jelentés elkészítéséhez.

ENYÜBS (2019): A Belügyminisztérium Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos 2018. évre vonatkozó adatai.

Gyarmathy, V.A., Péterfi, A., Figezki, T., Kiss, J., Medgyesi-Frank, K., Posta, J., Csorba, J. (2017): Diverted medications and new psychoactive substances – a chemical network analysis of discarded injecting paraphernalia in Hungary. *International Journal of Drug Policy*

IM (2019): Az Igazságügyi Minisztérium 2018-ra vonatkozó beszámolója a 2019-es EMCDDA Jelentés elkészítéséhez.

NSZKK (2019): A lefoglalások laboratóriumi vizsgálati eredményének adatai 2009 és 2018 között.

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

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

Péterfi A. (szerk.) (2016): Tisztább Kép. Projekt zárókiadvány. Magyar Ökumenikus Segélyszervezet.
http://www.segelyszervezet.hu/sites/default/files/documents/tisztabb_kep_egyben.pdf

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

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

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

T5.2 MÓDSZERTAN

Kábítószer-bűncselekmények (ENYÜBS adatgyűjtés): Az Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerben (ENYÜBS) gyűjtik és dolgozzák fel a feljelentés elutasításáról, illetve a büntetőeljárás megindításától a nyomozás felfüggesztéséig, a nyomozás megszüntetéséig vagy a vádemelésig keletkezett nyomozóhatósági és ügyészségi bűnügyi statisztikai adatokat.

Az ENYÜBS a bűncselekmények egyes alakzataihoz 17 jegyű statisztikai kódot rendel, az egyes elkövetési magatartások, törvényi fordulatok szerinti részletes és jogilag pontos

megkülönböztetés érdekében. A nyomozás lezárásakor mind a bűncselekményre, mind az elkövetőre vonatkozóan kitöltésre kerül egy statisztikai adatlap. A bűncselekményekre vonatkozóan a kinyert adatok teljes körűek, az elkövetőkre vonatkozóan azonban nem: egy elkövető több bűncselekményt is elkövethet, de csak egy, a legsúlyosabb, vagy fiatalkorúként elkövetett bűncselekményhez kötődően kerül kitöltésre statisztikai adatlap. A bűncselekményre vonatkozó adatlapon az elkövetés tárgyaként csak egy szertípus kerül rögzítésre (egy bűncselekményhez csak egy szertípus rendelhető). Abban az esetben, ha egyidejűleg több kábítószerfajtával is történt visszaélés, nincs egységes előírás arra vonatkozóan, hogy melyik szertípus rögzítendő.

Lefoglalások (NSZKK 2019): A lefoglalt anyagokra vonatkozó információk az igazságügyi szakértői vizsgálatok eredményei alapján kerültek összesítésre. A hatóanyag-tartalomra vonatkozó vizsgálatok abban az esetben történnek, ha az adott lefoglalásban lévő anyagokban található tiszta hatóanyag mennyisége meghaladhatja a csekély mennyiségre vonatkozó jogi határértéket (amfetamin 0,5 gramm, heroin 0,6 gramm, MDMA 1 gramm, kokain 2 gramm, THC 6 gramm). Az intravénás szerhasználathoz kötődő injekciós eszközök laboratóriumi vizsgálatát – az intravénás szerhasználók magas Hepatitis-C fertőzősségi arány miatt – az Intézet csak a legindokoltabb esetekben végzi el.

Kábítószeres utcai árai (Bálint 2019): A kábítószeres utcai árait felmérő kutatás 8 nagyváros és Budapest 9 drogambulanciájának részvételével zajlott. Minden szervezet körülbelül 15-20, a kezelésbe lépés előtt 2018-ban kábítószerrel használó klienssel töltötte ki a kérdőívet, így végül a teljes minta 163 fő volt. A kliensek csak annak a kábítószernek adták meg az árát, amelyből ők személyesen vásároltak a tárgyévben. A kérdőívben azt az árat kellett megadni kábítószerként a válaszadóknak, amennyiért utoljára vásárolták az adott szert. Az egyes szertípusok legalacsonyabb, legmagasabb, leggyakoribb és átlagos árai az utolsó vásárlás árértékeiből kerültek kiszámításra.

„Tisztább kép” (Péterfi 2016): Lásd a 2018-as Éves Jelentés Kezelés fejezet T5.2 alfejezetében.

KÁBITÓSZER-PROBLÉMA A BÖRTÖNBEN¹⁸⁶

T0. ÖSSZEFOGLALÁS

Magyarországon 2018-ban 15 országos hatáskörű és 14 megyei hatáskörű büntetés-végrehajtási intézet (továbbiakban: bv. intézet), továbbá 2 büntetés-végrehajtási egészségügyi intézmény¹⁸⁷ működött.

A 2018. december 31-i adatok alapján összesen 16 303 fő volt a bv. intézetekben a nyilvántartott fogvatartottak száma, ebből 15 096 fő (92,6%) férfi és 1 207 fő (7,4%) nő, 201 fő (a fogvatartotti populáció 1,2%-a) letöltendő szabadságvesztését töltő fiatalkorú fogvatartott. Ezenfelül a két eü. intézményekben fogvatartottak száma 235 fő volt, ahol a nők aránya 15% volt. A tavaly évi átlaglétszámok alapján kimutatott országos telítettségi mutatója 122%-os volt a bv. intézeteknek. Összesen 1 138 fő olyan fogvatartott került befogadásra a bv. intézetekbe 2018-ban, akinek elkövetett bűncselekményei között, legalább egyszer valamely kábítószerhez köthető-cselekmény¹⁸⁸ a nyilvántartási rendszerben rögzítésre került. A fogvatartottak kábítószer-használatával kapcsolatosan elérhető adatok szerint, a hazai büntetés-végrehajtási intézetekben fogvatartottak 47%-a fogyasztott már a bekerülés előtt valamilyen kábítószerrel élete során. Az intézeten belüli kábítószer-fogyasztást tekintve, az elmúlt években megfigyelhető az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) (és azon belül is a szintetikus kannabinoidok) használatának terjedése a fogvatartottak körében.

A TDI adatok alapján a kábítószer-használattal összefüggésben kezelést kezdő fogvatartottak körében lényegesen gyakoribb a magasabb kockázatú szerhasználat (stimulánsok, ÚPSZ-ok használata, valamint az intravénás szerhasználói múlt) mint a bv. intézményén kívül kezelést kezdők között.

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

A bv. intézetekbe jellemzően növényi származékokat, valamint új típusú pszichoaktív szereket próbálnak bejuttatni átitatott papír vagy fogyasztási termék (dohány, tea) formájában, a laboranalitikai vizsgálatok alapján az átitatott papír esetében jellemzően szintetikus kannabinoidokat.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia a prevenció és a kezelés/ellátás területén nevesíti külön a fogvatartottakat, mint speciális célcsoportot, akik számára olyan programokat és ellátást kell biztosítani, amely egyedi szükségleteiknek megfelelő és az intézményrendszer sajátosságait is figyelembe veszi.

A Belügyminisztérium látja el a büntetés-végrehajtási tevékenység központi igazgatását, így a a bv. intézetek és a Bv. Szervezethez tartozó egyéb intézmények (köztük 2 egészségügyi) irányítását, koordinálását, amely során együttműködik a területi szakintézményekkel, kormányzati és nem kormányzati szervezetekkel.

Az ellátás legfontosabb elemeinek az elterelés végrehajtására kiépült többszintű rendszer, a kábítószer-prevenciók körletek, és az általános egészségügyi ellátás kábítószer-fogyasztót érintő szegmensei tekinthetőek. Ez utóbbiban a bv. egészségügyi szakszolgálat és a bv.-n kívüli egészségügyi ellátórendszer (főként drogambulanciák) egyaránt szerepet kapnak. E rendszert egészítik ki a különböző civil szervezetek által biztosított programok (amelyek pályázati finanszírozásuk miatt tartalmukban vegyesek, esetlegesen) továbbá gyógyszercég által finanszírozott kampányszerű szűrővizsgálatok a fertőző betegségek esetében.

¹⁸⁶ A fejezet szerzője: Tarján Anna

¹⁸⁷ Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (továbbiakban: IMEI), Büntetés-végrehajtás Központi Kórház

¹⁸⁸ Kábítószer birtoklása, Kábítószer készítésének elősegítése, Kábítószer-kereskedelem, Kábítószer-prekurzorral visszaélés, Kóros szenvedélykeltés, Új pszichoaktív anyaggal visszaélés, Visszaélés kábítószer előállításához használt anyaggal, Visszaélés kábítószerrel

T1. HAZAI HELYZETKÉP

T1.1 INTÉZMÉNYI HÁTTÉR

Magyarországon 2018-ban 29 bv. intézet működött, továbbá 2 egészségügyi (eü.) intézmény¹⁸⁹. Az intézetek közül országos hatáskörrel működött 15 intézet, megyei hatáskörrel 14 intézet. A megyei intézetek elsősorban letartóztatás foganatosítására szolgálnak, ezekben az intézetekben férfiak és nők, valamint fiatalok is elhelyezhetők. Az országos hatáskörű bv. intézetek esetében az elhelyezésnél a lakóhely közelségét a bv. szervezet igyekszik figyelembe venni: az elhelyezésnél a regionalitás prioritás, de a jelenlegi telítettség mellett nem érvényesül minden esetben.

A hazai bv. intézetekben a férőhelyek száma 2018-ban 14149 volt, míg az eü. intézményekben összesen 608. A hazai bv. intézetekben és eü. intézményekben elhelyezett fogvatartottak száma 2018. december 31-én 16303, illetve 235 fő volt. A nők aránya a bv. intézetekben 7,4% volt, míg az eü. intézményekben 15%. A fiatalok aránya 1,2% volt az összes fogvatartott körében. A magyar börtönökben jelentős a túltelítettség: 2018-ban a bv. intézetek átlagos telítettsége 122%-os volt. Kábítószer-bűncselekmények¹⁹⁰ elkövetéséhez kapcsolódóan 2018 folyamán 1138 fő került elhelyezésre bv. intézetben. (BVOP 2019a, Gasteiger et al. 2019)

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

T1.2.1 A kábítószer-használat a fogvatartottak körében

Kábítószer-használat a bekerülés előtt

KEK adatok (2018):

A büntetés-végrehajtásban 2015-ben bevezetett kockázatelemzési rendszer (lásd T1.3.3 alfejezet) adatfelvételi fejlesztésének részeként 2018 márciusában 2164 fős fogvatartotti mintán sor került szerhasználatra vonatkozó kérdések lekérdezésére is (BVOP 2019b). (A 2015-ös lekérdezés adatait lásd 2018-as Éves Jelentés/ Börtön/T.1.2.1.; a vizsgálat módszertanának leírását lásd a T5.2 alfejezetben). A vizsgálatba bevont fogvatartottak 47%-a fogyasztott saját bevallása szerint kábítószert valamikor élete során a bekerülése előtt. A vizsgálatba bevont fogvatartottak 15,8%-ának a kannabisz volt a leggyakrabban használt szere bekerülés előtt¹⁹¹. Második helyen a stimulánsok¹⁹² álltak, 11,1% vallotta ezt a leggyakrabban használt szerének, majd ezt az ÚPSZ¹⁹³-ok követték 10,1%-kal. 4,5% esetében a kokain, míg 2% esetében opiát-származék volt a leggyakrabban használt szer.¹⁹⁴ A minta 13,2%-a használt már valaha intravénásan kábítószert vagy ÚPSZ-t. A megkérdezettek körében a bekerülés előtti elmúlt havi rendszeres¹⁹⁵ használatról 459 fő számolt be (21,2%), A teljes minta 4,3%-a (93 fő) injektált rendszeresen a bekerülés előtti hónapban. A 459 fő 27%-27%-a vallotta a klasszikus stimulánsokat, illetve az ÚPSZ-okat a leggyakoribb szerének a fogvatartás előtti utolsó hónap esetében (6-6% a teljes mintában).

¹⁸⁹ Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (továbbiakban: IMEI), Büntetés-végrehajtás Központi Kórház

¹⁹⁰ Kábítószer birtoklása, Kábítószer készítésének elősegítése, Kábítószer-kereskedelem, Kábítószer-prekurzorral visszaélés, Kóros szenvedélykeltés, Új pszichoaktív anyaggal visszaélés, Visszaélés kábítószer előállításához használt anyaggal, Visszaélés kábítószerral

¹⁹¹ Az itt megadott értékek nem szerenkénti életprevalencia értékek, hanem azt az arányt mutatják, hogy a bekerülés előtt a fogvatartottak hány százalékának volt az adott szer a leggyakrabban használt szere.

¹⁹² ebbe a kategóriába sorolta a vizsgálat az amfetaminokat és az ecstasy-t.

¹⁹³ Ebbe a kategóriába sorolta a vizsgálat a szintetikus katinonokhoz, illetve a szintetikus kannabinoidokhoz köthető utcai neveket.

¹⁹⁴ További 2% több szert is megnevezett leggyakoribb szerének, míg 1,6% egyéb szert jelölt meg.

¹⁹⁵ elmúlt hónapban legalább heti 3 alkalommal

25%-uknál a kannabisz volt a leggyakoribb szer ebben az időszakban, ezt követte a kokain 8%-kal, míg az opiátok 6%-kal.

Korábbi vizsgálatok (2008; 2012)

Hazánkban a teljes fogvatartotti populáció körében végzett, a fogvatartottak kábítószer-használatra vonatkozó felmérés utoljára 2008-ban készült (Paksi 2009). Ennek eredményei szerint a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben jogerősen fogvatartott populáció 43,8%-a kipróbált már bekerülése előtt valamilyen tiltott drogot¹⁹⁶. A kutatás eredményei részletesen a 2009-es Éves Jelentés 9.4. fejezetében olvashatók, azonban az eredmények jelen érvényessége korlátozott, fontos figyelembe venni, hogy a vizsgálat a hazai ÚPSZ-használat 2010-től kezdődő jelentős térnyerése előtt készült.

2012-ben kutatás készült (Ritter 2013) a bv. intézetekben zajló HIV/HBV/HCV fertőzések megelőzésére irányuló felvilágosító és szűrőprogram keretében a „Fertőzések és félelmek a büntetés-végrehajtási intézményekben” címmel. A kutatás vizsgálta a megkérdezett fogvatartottak (852 fő) szerhasználati jellemzőit is.¹⁹⁷ Az eredmények a 2018-as Éves Jelentés/Börtön fejezet/T.1.2.1 pontjában olvashatók.

Kábítószer-használat a börtönben

BVOP-NFP intézeti felmérés (2018)

A bv. intézetek adatszolgáltatása alapján (Gasteiger et al. 2019) 2018. évben 110 fő esetében merült fel gyanú a bv. intézeten belüli kábítószer-fogyasztásra¹⁹⁸, ám erről további pontos információ nem áll rendelkezésre, mivel az intézkedési protokoll alapján minden kábítószer-nyomozás lefoglalást követően az illetékes rendőrségi szervet kell értesíteni, a mielőbbi lefoglalás céljából. A leadott anyagokkal kapcsolatos további vizsgálatokról, valamint a kapott eredményekről szóló visszajelentések a bv. intézet irányába eseti jellegűek.

A fogvatartottak jellemzően új pszichoaktív szereket, tiltólistán nem szereplő vegyületeket, ismeretlen eredetű bódítószereket használtak, új pszichoaktív vegyülettel átitatott fogyasztási termékek (tea, dohány), illetve átitatott papír formájában. Emellett jellemző még a pszichiátriai gyógyszerekkel, Rivotrillal és más nyugtatókkal való visszaélés. (lásd még T.1.2.3)

Bv. intézeten belül intravénás (injektáló) kábítószer-fogyasztáshoz köthető eszközt 1 esetben találtak, bv. intézeten belüli intravénás kábítószer-fogyasztásra nem derült fény.

6 alkalommal 11 fő érintettségével történt bizonyítottan vagy vélelmezhetően kábítószer-használat miatti rendkívüli esemény a bv. intézetekben. 4 esetben találtak kábítószert, kábítószer-nyomozó anyagot, két esetben pedig bódult állapotban lévő fogvatartottakat.

Az intravénás szerhasználók körében végzett 2018-as HIV/HCV bio-magatartás vizsgálat (Tarján et al. 2019) valaha fogvatartottakra vonatkozó eredményeit lásd: T1.2.2.

Korábbi vizsgálatok (2008)

A 2008-ban készült országos lefedettségű, a fogvatartottak szerhasználatának feltárására irányuló vizsgálat (Paksi 2009) szerint a fogvatartottak 14,3%-a, a bekerülés előtt valaha valamilyen tiltott drogot fogyasztók 29,4%-a, a bekerülés előtt rendszeresen használóknak

¹⁹⁶ A kutatás során a tiltott drogok közé az alábbiakat sorolták: kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, heroin, egyéb opiát, LSD, mágikus gomba, crack, GHB, bármilyen drog intravénásan, herbál drogok, rush, angyalpor, I-por (ketamin)

¹⁹⁷ Az adatok interpretálásánál fontos figyelembe venni, hogy a mintába azok az elítéltek kerültek (852 fő), akik részt vettek a szűrésen és egyben hajlandók voltak részt venni a vizsgálatban is és kitölteni az anonim kérdőívet, illetve akik már hepatitisz C vírussal voltak fertőzöttek és részt kívántak venni a vizsgálatban.

¹⁹⁸ 1 intézet esetében nem volt elérhető az adat

pedig közel fele (46,3%) használt valamilyen tiltott drogot a fogvatartási időszak alatt. A valaha valamilyen drogot fogyasztók túlnyomó többsége (90,9%) már korábban, a bekerülés előtt is használt valamilyen tiltott drogot.

T1.2.2 Kábítószer-használathoz köthető problémák a fogvatartottak körében

A bv. intézetekben kezelést megkezdők száma és jellemzői a TDI adatok alapján

A büntetés-végrehajtás intézményrendszerén belül elterelés keretében (lásd T1.3.2 alfejezet) kezelést kezdők szociodemográfiai, illetve kábítószer-használati jellemzőiről a TDI adatgyűjtésből állnak rendelkezésre adatok. A TDI adatgyűjtésbe a TDI-protokollnak megfelelően a büntetés-végrehajtási intézetek is jelentik a kezelésbe lépő eseteiket.¹⁹⁹

A TDI adatok alapján 2018-ban 149 fogvatartott kezdett kezelést (136 férfi, 5 nő, 8 fő neme nem ismert) kábítószer-probléma miatt. Minden fogvatartott elterelés keretében került kezelésbe.

A falakon kívül és falak között kezelést kezdő kábítószer-használók között számos eltérés figyelhető meg mind szociodemográfiai, mind pedig szerhasználati jellemzők tekintetében.

Az átlagéletkor kis mértékben magasabb volt a bv. intézetekben kezelést kezdők körében (fogvatartottak 30,5 év; nem fogvatartottak 28 év). Az első használat átlagos életkorát tekintve nem volt jelentős különbség a fogvatartottak és a nem fogvatartottak között (19,1 vs. 19,5 év). Az első szerhasználat és a kezelésbe lépés ideje között valamivel kevesebb idő telt el a nem fogvatartottak esetében (8,5 év), mint a fogvatartottaknál (11,4 év). A férfiak aránya jellemzően magas a szerhasználók és a fogvatartottak körében is: a kezelést kezdő fogvatartottak esetében 96%, míg a nem fogvatartottak esetében 88% volt. A legmagasabb iskolai végzettség tekintetében a falakon kívül kezelést kezdők valamivel kevesebb mint fele (44%) rendelkezett legfeljebb általános iskolai végzettséggel, míg a fogvatartottak esetében ez az arány 81%-os volt.

A szerhasználati mintázatot vizsgálva, a stimulánshasználat (elsősorban amfetamin), az opiáthasználat, illetve az egyéb, nem klasszikus szerek²⁰⁰ használata nagyobb arányban jellemezte a bv. intézetben kezelést kezdőket, míg a kannabiszhasználat gyakoribb volt a nem fogvatartottak körében, mint a kezelést meghatározó elsődleges szerhasználati probléma.

Az intravénás szerhasználat tekintetében is a fogvatartott populáció mutatkozott érintettebbnek. A fogvatartottként kezelést kezdők 39%-a számolt be arról, hogy életében valaha injektált kábítószerrel. A nem fogvatartottak esetében 7% volt a valaha injektálók aránya.

27. táblázat. A 2018-ban kezelésbe lépő fogvatartott és nem fogvatartott kliensek főbb jellemzői
($N_{\text{fogvatartott}}=149$; $N_{\text{nem-fogvatartott}}=4560$)²⁰¹

fogvatartottak		nem fogvatartottak
30,5 év	átlagéletkor	28 év
96%	férfiak aránya	88%
81%	legfeljebb 8 általánost végzettek aránya	44%
46%	kannabiszhasználók aránya	68%
21%	stimulánshasználók ²⁰² aránya	16%

¹⁹⁹ Számszakilag a TDI adatok azonban nem egyeznek meg a BVOP által jelzett kezelési adatokkal (lásd: T1.3.2 alfejezet). Ennek oka egyrészt az, hogy a BVOP a tárgyévben folyamatban lévő, befejezett és megszakított kezeléseket regisztrálja, a TDI pedig a tárgyévben megkezdett eseteket. Másrészt, a TDI rendszerbe jelentő intézetek köre nem teljes, azaz a TDI adatgyűjtés nem fedi le valamennyi bv. intézetet ahol sor kerül fogvatartottak kábítószer-használathoz kapcsolódó ellátására.

²⁰⁰ Ebbe a kategóriába kódolják feltehetőleg az új pszichoaktív szereket, mint például a szintetikus kannabinoidokat, vagy a szintetikus katinonokat.

²⁰¹ Az arányok kiszámítása az adott változóra „nem ismert” választ adók kizárásával történt.

9%	opiáthasználók aránya	2%
16%	egyéb, nem klasszikus szereket használók aránya	5%
39%	valaha injektálók aránya	7%

Forrás: TDI adatgyűjtés 2019

Kockázati magatartások, egészségügyi következmények

KEK adatok (2018)

A KEK adatok szerint (BVOP 2019b) A megkérdezett fogvatartottak (2164 fő) 8,9%-a esetében fordult elő a bekerülés előtt valaha túladagolás. A megkérdezettek 14,6%-a tapasztalt a bekerülést követően fizikai vagy pszichés megvonási tüneteket.

BVOP-NFP intézeti felmérés (2018):

A BVOP-NFP bv. intézeti országos felmérés eredményei szerint (Gasteiger et al. 2019) a tárgyévben összesen 331 fő fogvatartottat kezeltek elvonási tünetekkel 10 bv. intézetben (31 intézet közül 4 esetben nem volt elérhető az adat).

A BVOP_NFP felmérés alapján 2018 során szerhasználathoz köthető fertőző betegségek szűrővizsgálatát összesen 18 856 alkalommal végezték. HIV szűrésen 385 fő, HBV szűrésen 9 fő, Hepatitis-C szűrésen 2341 fő, TBC szűrésen 16 121 fő vett részt. A vizsgálatok során 2 fő (0,5%) HIV pozitív személy, 1 fő HBV pozitív, 286 fő (12,2%) HCV ellenanyag pozitív (akik közül 94 fő volt HCV vírus hordozó²⁰³), valamint 18 fő aktív (0,1%) és 17 fő passzív (0,1%) tuberkulózisban szenvedő személy került kiszűrésre.²⁰⁴

NFP-NNK HIV/HCV biomagatartás vizsgálat (2018)

A 2018-as országos NFP-NNK HIV/HCV biomagatartás vizsgálat adatai alapján (Tarján et al. 2019; módszertant és további adatokat lásd: Egészségügyi Következmények és ártalomcsökkentés T.5.1.) a megkérdezett intravénás szerhasználók (438 fő) 42%-a (182 fő) volt már valaha fogvatartott. Körükben a HCV prevalencia 62%-os volt (azok körében, akik még sohasem voltak börtönben a HCV: 30%), míg a HIV prevalencia 0,5% (azok körében, akik még sohasem voltak börtönben a HIV: 0%).

A 181 fő közül (érvényes válaszok száma) 18 fő mondta azt (10%), hogy injektált a fogvatartása alatt az intézetben, közülük 12 fő megosztotta mással az injektáláshoz használt eszközeit a bv. intézetben. A 18 főből 13 fő volt HCV ellenanyag pozitív.

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

Korábbi HIV/HCV prevalenciavizsgálatok a fogvatartottak körében:

Egy 2007 és 2009 között végzett vizsgálat (Tresó et al. 2011) 20 büntetés-végrehajtási intézetben 4894 fogvatartott körében a HBV prevalenciáját 1,5%-osnak, a HCV prevalenciáját 4,9%-osnak, a HIV prevalenciát 0,04%-osnak találta. 1553 fő kockázati magatartásokkal kapcsolatosan is töltött ki kérdőívet. Utóbbi válaszadók harmada (35,6%) fogyasztott már életében kábítószer, közülük 37,8% (209 fő) injektált is legalább egyszer. Az

²⁰² amfetamin típusú

²⁰³ PCR pozitív

²⁰⁴ Az adatgyűjtés jellege miatt az adatok tartalmazhatnak duplikációt is, előfordulhat, hogy egy fő többször vett részt szűrésen a tárgyévben.

elemzések igazolták, hogy a HCV fertőzés feltehetően nagymértékben a bekerülés előtti intravénás szerhasználatnak köszönhető: HCV az iv. fogvatartottak körében: 23% a nem iv. fogvatartottak körében: 1%; a HCV-fertőzött fogvatartottak 76%-a rendelkezett intravénás szerhasználói múlttal. A kockázati magatartások összefüggést mutattak a HCV fertőzöttséggel: az eszközt valaha megosztók körében 30,7%, a tűt/fecskendőt megosztók körében 37,9% volt a HCV prevalencia érték (ugyanaz a nem megosztók körében: 16,5% és 15,4% ebben a sorrendben).

A 2012-ben a bv. intézetekben zajló HIV/HBV/HCV fertőzések megelőzésére irányuló felvilágosító és szűrőprogram keretében végzett kutatás (Ritter 2013) során az összes megkérdezett (852 fő) 20,7%-a vallotta azt, hogy használt élete során valaha intravénásan kábítószer, a vizsgálati mintába kerültek 4,2%-a a börtönön belül is injektált már. A vizsgált személyek körében a HCV prevalencia értéke 8,2% volt. A valaha intravénásan kábítószer használók körében 24,8%-os HCV prevalenciát mért a vizsgálat.²⁰⁵A 70 HCV-fertőzött fogvatartott 82,9%-a vallotta azt, hogy használt valaha intravénásan kábítószer. A HCV fertőzöttek 10%-a jelezte, hogy a börtönben is használt intravénásan kábítószer. A vizsgálat során azonosított HCV-fertőzött fogvatartottak 61,3%-a számolt be arról, hogy az injektálás során valaha használta másokkal közösen a tűt, illetve a fecskendőt. A HCV-fertőzöttek 60,5%-a tetetett fel magára tetoválást úgy, hogy előtte máson is ugyanazt a tetováló tűt használták, emellett 20,6%-uk a börtönben is tetetett fel tetoválást úgy, hogy azt megelőzően a tűt már más is használta és nem volt fertőtlenítve. A mintába került HCV-fertőzött intravénás szerhasználók 71,8%-ának volt tetoválása, azonban csak harmaduk (32,4%) jelezte, hogy a tetoválás felhelyezéséhez nem használt másokkal közös tűt. Kétharmaduk esetében a HCV fertőződés történhetett akár intravénás szerfogyasztás, akár tetoválás során használt közös tű útján is.

T1.2.3 Kábítószer-kínálat a börtönben

Lefoglalási adatok a BVOP adatai alapján

A kábítószergyanús anyagok jellemzően postai küldeményben érkeznek be az intézetekbe, élelmiszerben, dohányban elrejtve, tisztálkodó-kozmetikai szerekbe elhelyezve (fogkrém, stift, fültisztító pálcára), cipőtalpba, ruhába eldugva. Ezen kívül gyakori, hogy az egyes intézetek sétaudvarára dobják be, vagy látogató fogadása során adják át az illegális szereket a hozzátartozók. Az új típusú pszichoaktív szereket a tapasztalatok szerint a kapcsolattartók a különböző postai küldemények (elsősorban levelek és egyéb papíráruk) impregnálásával kívánják eljuttatni a fogvatartottakhoz. Komoly kihívást jelent, hogy az új pszichoaktív anyagok felderítésére az intézetek nincsenek megfelelően felkészülve (pl. az alkalmazott kábítószer-kereső kutyák nincsenek kiképezve ilyen anyagok felismerésére) (BVOP 2017, Arzenovits 2018), többek között erre reflektálva jogszabály változtatás történt a beküldött csomagokkal kapcsolatban (lásd alább).

A BVOP adatai szerint (BVOP 2019a) 2018 folyamán kábítószergyanús anyag lefoglalására 253 esetben került sor, ebből 193 alkalommal már az előtt megtörtént a felderítés, hogy a fogvatartottakhoz a tiltott szerek eljuthattak volna. A lefoglalt szerekre vonatkozóan nincs egységes jelentési kötelezettség, a BVOP beszámolója szerint jellemzően növényi származékokat, valamint új típusú pszichoaktív szereket kívántak bejuttatni az intézetekbe átitatott papír vagy fogyasztási termék (dohány, tea) formájában (lásd még T.1.2.1/ *Kábítószer-használat a börtönben*). Az előtalált anyagok pontos kémiai összetételéről a lefoglalást követően - egyetlen intézetet leszámítva - nem kapnak az intézetek visszajelzést.

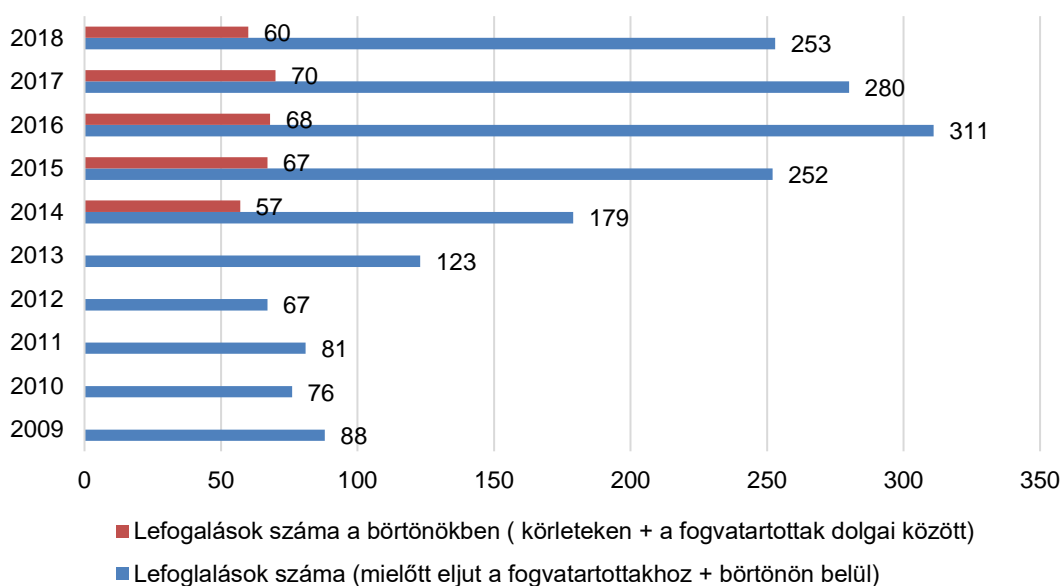
²⁰⁵ Az adatok interpretálásánál fontos figyelembe venni, hogy a mintába azok az elítéltek kerültek (852 fő), akik részt vettek a szűrésen és egyben hajlandók voltak részt venni a vizsgálatban is, és kitöltötték az anonim kérdőívet, illetve akik már hepatitis C fertőzöttek voltak és részt kívántak venni a vizsgálatban.

28. táblázat. Kábítószer-gyanús anyagok lefoglalásainak száma a bejuttatás formája szerinti bontásban 2018-ban

Összesen	Növényi származék	Por	Tabletta	Gyanta, kristály vagy állagú anyag zselés	Átitatott anyag	
					Fogyasztási cikk	Egyéb
253	50	41	17	10	15	120

Forrás: BVOP 2019a

74. ábra. Kábítószer-gyanús anyagok lefoglalásainak száma a hazai. bv intézetekben (2009-2018)



Forrás: BVOP 2019a

Bv. intézeti legfoglalások során azonosított hatóanyagok az NSZKK adatai alapján

Az NSZKK a bv. intézetekhez köthető lefoglalásokat az impregnált papír, mint lefoglalt eszköz alapján tudja leválogatni az országos lefoglalási adatokból, tehát az alábbi adatok csak erre a bejuttatási módra vonatkoznak a bv. intézetek esetében. Az NSZKK adatai is alátámasztják, hogy ez a bejuttatási forma egyre gyakrabban fordul elő az elmúlt évek tekintetében (2015: 6 eset, míg 2018: 77 eset). Az impregnált papírok analitikai vizsgálata során szinte csak szintetikus kannabinoidokat azonosítottak: míg 2016-ban a leggyakoribb azonosított anyag az AMB-FUBINACA volt, addig 2017-ben és 2018-ban az 5F-MDMB-PINACA. Szintetikus katonokat elvéve detektáltak a laboranalitikai vizsgálatok (2 eset) minden esetben valamilyen szintetikus kannabinoiddal kombinációban.

29. táblázat. Az NSZKK által azonosított hatóanyagok/ hatóanyagkombinációk a bv. intézetekből származó impregnált papír lefoglalásokon (2015-2018)

Azonosított hatóanyagok/ hatóanyag kombinációk	2015	2016	2017	2018	Összesen
4-CEC; ADB-FUBINACA			1		1
5F-AMB	1	1			2
5F-AMB; AMB-FUBINACA	1				1
5F-MDMB-PICA				5	5
5F-MDMB-PICA; 5F-MDMB-PINACA				1	1
5F-MDMB-PINACA		2	19	53	74

5F-MDMB-PINACA; AMB-FUBINACA				4	4
5F-MDMB-PINACA; NM-2201				1	1
ADB-FUBINACA	1	8	10		19
ADB-FUBINACA; AMB-CHMICA; AMB-FUBINACA		1			1
ADB-FUBINACA; AMB-FUBINACA		4			4
ADB-FUBINACA; FUB-PB-22; MDMB-CHMICA		1			1
AMB-CHMICA		2			2
AMB-CHMICA; AMB-FUBINACA			1		1
AMB-FUBINACA	1	11	9	9	30
AMB-FUBINACA; etil-hexedron				1	1
AMB-FUBINACA; NM-2201			1		1
FUB-144				1	1
FUB-PB-22; MDMB-CHMICA		1			1
MDMB-CHMICA	2	2			4
NM-2201		2		2	4
Összesen	6	35	41	77	159

Forrás: NSZKK 2019c

Csomagküldéssel kapcsolatos jogszabályi változtatás

A büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról szóló 2013. évi CCXL. törvény, illetve a szabadságvesztés, az elzárás, az előzetes letartóztatás és a rendbíróság helyébe lépő elzárás végrehajtásának részletes szabályairól szóló 16/2014. (XII. 19.) IM rendelet rendelkezéseiben 2018. július 1-jével módosítás történt, melyek érintették a fogvatartotti csomagküldés, illetve a kiétképzés rendszerét is. Ez a jogszabály-módosítás többek között a tiltott tárgyak bv. szerv területére történő bejutását hivatott csökkenteni, beleértve a kábító hatású, és tudatmódosító szereket is.²⁰⁶ (BVOP 2019a)

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

T1.3.1 Stratégia

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

²⁰⁶ A hivatkozott jogszabály hatálya lépése óta a bv. szerv területére kívülről érkező csomagban élelmiszer, tisztálkodási szer, dohánytermék, valamint (kivételekkel) gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, vagy gyógyhatású készítmény nem küldhető, egyebekben a csomag mindazokat a tárgyakat tartalmazhatja, amelyeket a fogvatartott engedéllyel magánál tarthat. A klasszikus csomagküldési és fogadási rendszer szigorításával más alternatív megoldással kellett szolgálnia a bv. szervezetnek. A 16/2014. (XII. 19.) IM rendelet előírásai által biztosítottá vált a webes felületen vagy a látogatás során történő csomagrendelés lehetősége a kapcsolattartók számára, így a hagyományos csomagküldés rendszer helyébe új, ún. zárt láncú csomagküldési rendszer lépett. Kizárólag a kiétképző boltok áru kínálatából kerülhet sor a csomag összeállítására, így a továbbiakban élelmiszert, tisztálkodási szert tartalmazó csomagot kizárólag internetes felületen keresztül, vagy a látogatás során lehetséges megrendelni. (BVOP 2019a)

kezelés-ellátás vonatkozásában a Stratégia célul tűzi ki a hátrányos helyzetű és speciális szükségletű csoportok, köztük a fogvatartottak, számára a csoport egyedi szükségleteinek megfelelő és az intézményrendszer sajátosságaira tekintettel lévő, speciális kezelő-ellátó programok (terápiás beavatkozások) és utánkövető-gondozó programok kialakítását.

A Belügyminisztérium Alapító Okirata 2010-től kezdődően a Belügyminisztérium hatáskörébe utalta a büntetés-végrehajtási tevékenység központi igazgatását, így a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága a Belügyminisztérium felügyelete alatt látja el a bv. intézetek és a Bv. Szervezethez tartozó egyéb intézmények (4 oktatási és továbbképzési, és 2 egészségügyi) és gazdasági társaságok irányítását, koordinálását.

T1.3.2 Ellátás-szervezés

Az bv. intézetekben az ellátás alapvetően medikális modell alapján szerveződik, a kábítószer-fogyasztást elsősorban mint egészségügyi problémát képes kezelni a rendszer. Az ellátási rendszer bizonyos elemeit a bv. egészségügyi szolgálata, ezen belül az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (IMEI), az elterelésre kijelölt intézetek, az alapellátást végző orvosok és pszichológusok adják, míg más részeit a területileg illetékes szakintézmények (többnyire drogambulanciák) szakemberei biztosítják. A büntetés-végrehajtás a feladatok végrehajtásában számos kormányzati, önkormányzati kutatási-képzési, és programszolgáltató nem kormányzati szervezettel is szorosan együttműködik. A tárgyévben a kábítószerproblémára adott válaszlépések tekintetében (prevenció, kezelés, ártalomcsökkentés, fertőző betegségek) 19 bv. intézet összesen 27 külső szervezettel (civil szervezettel vagy drogambulanciával) működött együtt (Gasteiger et al 2019).

A medikális modell mellett nagy szerepet kap a biztonsági modell²⁰⁷ is a kábítószer-probléma megközelítésében, mely a legfőbb akadályát jelenti az ártalomcsökkentő beavatkozások bevezetésének.

A kábítószer-területtel foglalkozó, dedikált szervezeti egység nem működik a büntetés-végrehajtás intézményrendszerén belül. A területet érintő ügyek felmerülésekor eseti jelleggel kerül meghatározásra azok felelőse, és működnek együtt a témában érintett területek képviselői.

Eltereltek a büntetés-végrehajtás intézményein belül

A magyar jogrendszer lehetőséget biztosít rá, hogy a bekerülésük előtt visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető fogvatartottak²⁰⁸ is részt vegyenek – két éven belül egy alkalommal, csekély mennyiségű, saját használat céljából történő kábítószer birtoklása esetén - a büntetőeljárás alternatívájaként igénybe vehető ún. elterelésen (bővebb leírást lásd Kezelés fejezet T1.2.2 alfejezet). Orvosszakértői vélemény alapján, illetve ennek hiányában az IMEI által végzett előzetes állapotfelmérésen kerül megállapításra, hogy az elterelés három fajtája²⁰⁹ közül melyiket kell alkalmazni. A kezeléshez szükséges előzetes állapotfelmérést a bv. intézet pszichiátora, addiktológus szakorvosa, vagy klinikai szakpszichológusa végezheti. Ezt követően kerül kijelölésre a szolgáltatást biztosító bv. intézet.

Az elterelés keretében biztosított kábítószer-függőséget gyógyító kezelés és kábítószer-használatot kezelő más ellátás biztosítására a 4/2009. (III.20.) IRM utasítás alapján különböző fogvatartotti csoportok (férfiak, nők, fiatalok, előzetes letartóztatásban lévők)

²⁰⁷ E szerint a börtönben található kábítószeres és parafernáliák elsősorban tiltott tárgyaknak minősülnek. A biztonsági állomány kötelessége a tiltott tárgyak felderítése, kiszűrése és elkobása, az esetleges kereslet- vagy ártalomcsökkentő programokból adódó kontraindikációk ellenére is.

²⁰⁸ Más bűncselekmény elkövetéséért büntetésüket töltő, bekerülésük előtt olyan kábítószer-bűncselekményt elkövető fogvatartottak, melyben elsőfokú ítélet még nem született.

²⁰⁹ Elterelés keretében 3 féle ellátás vehető igénybe: megelőző-felvilágosító szolgáltatás; kábítószer-függőséget gyógyító kezelés; kábítószer-használatot kezelő más ellátás.

számára az IMEI mellett 5 további bv. intézet jogosult²¹⁰. Az eltereltek számára megelőző-felvilágosító szolgáltatást 2017. január 1-től a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság által meghatározott, területi ellátási kötelezettséggel bíró (külső) szolgáltató útján kell biztosítani, a bv. intézet és a szolgáltató között kötött együttműködési szerződés szerint; 2018-ban 11 intézetben zajlott ilyen tevékenység (Gasteiger et al. 2019).

A BVOP adatai szerint 2018 kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben 44 fő, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban 59 fő, megelőző-felvilágosító szolgáltatásban 167 fő vett részt.²¹¹ Problémát jelent, hogy az előzetes letartóztatás alatt nagyon nehéz megszervezni az elterelést, mert a fogvatartottak fluktuációja, és intézetek közti szállítása nagymértékű. Ezért sok elterelés marad félbe, illetve zajlik párhuzamosan. Az elterelések túlnyomó többsége Budapesten történik, azaz az elterelés intézménye a büntetés-végrehajtáson belül centralizált. (A bv. intézetekben kábítószer-használattal összefüggésben kezelést kezdők TDI rendszerbe jelentett adatai a T1.2.2 alfejezetben olvashatók).

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

30. táblázat. A kábítószer problémával összefüggő beavatkozások elérhetősége a hazai a bv. intézetekben 2018-ban

Beavatkozás neve	Az adott beavatkozás altípusai	<u>IGEN/NEM/NT</u> (Hivatalosan elérhető-e vagy nem, NT – nem tudja/nincs összesített adat)	A bv. intézetek száma ahol az adott beavatkozás működik/érvényes választ adó intézetek száma	Megjegyzés, részletezés
Kábítószer-használat és ezzel kapcsolatos problémák felmérése befogadáskor		igen	29/30	Lásd még: T.1.3.3
Kábítószer problémával kapcsolatos tanácsadás		igen	27/31	Lásd még: T.1.3.3
	Egyéni tanácsadás	igen	27/31	
	Csoportos tanácsadás	igen	19/30	
Kábítószer problémát célzó fekvőbeteg		igen	17/31*	

²¹⁰ Részlet a büntetés-végrehajtás országos parancsnokának 39/2015. OP szakutasításából: A felnőtt korú férfi fogvatartottak esetében a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésre, valamint a kábítószer-használatot kezelő más ellátásra beutalt felnőtt férfi fogvatartottak elhelyezése és kezelése a Budapesti Fegyház és Börtönben történik, a kezelést az IMEI hajtja végre. A kábítószer-függőséget gyógyító kezelést, valamint a kábítószer-használatot kezelő más ellátást felnőtt korú női fogvatartottak esetében a Kalocsai Fegyház és Börtön, a fiatalok férfi fogvatartottak esetében a Fiatalok Bv. Intézete (Tököl), az anya-gyermek részlegen gyermekkel együtt elhelyezett anyák esetében a Bács-Kiskun Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet, a fiatalok női és a fiatalok férfi fogvatartottak esetében a Bács-Kiskun Megyei Bv. Intézet telephelyeként működő fiatalok számára fenntartott részlege biztosítja. A Fővárosi Bv. Intézet a női fogvatartottak vonatkozásában a kábítószer-függőséget gyógyító kezelést végzi, valamint biztosítja az ott elhelyezett előzetes letartóztatásban lévő fogvatartottak kábítószer-használatot kezelő más ellátását. (Gasteiger et al. 2019)

²¹¹ A adatok a TDI adatgyűjtésbe jelentett adatokkal nem összehasonlíthatók, mert a bv. intézetek a befejezett, a félbe szakadt, és a folyamatban lévő elterelések negyedévenként összesített számát tartják nyilván, míg a TDI rendszerben a kezelést kezdők számát rögzítik adott időszak alatt. Probléma továbbá, hogy a bv. nyilvántartásában rögzített adatok nem duplikációsűrtek: egy fogvatartott többször is megjelenhet a statisztikában például mint kezelést folytató, majd pedig befejező személy, vagy átszállítás esetén, vagy a kezelés időszakos abbamaradása, majd folytatása esetén.

ellátás				
	Drogprevenációs részleg/körlet	igen	17/31*	Lásd még: T.1.3.3
	terápiás közösség /fekvőbeteg ellátás	igen	7/31	Lásd még T.1.3.3
Gyógyszeres kezelés		igen	19/30	
	Detoxifikáció	igen	8/30	Lásd még: T.1.3.3
	Opiát Szubsztitúciós terápia (OST) folytatása a börtönben, ha bekerülése előtt részt vett OST-n	igen	5/30*	Lásd még: T.1.3.4: <i>6 fő volt OST-ben bekerülés előtt, az intézetekben senki nem részesült OST-ben 2018-ban</i>
	OST megkezdése a börtönben	igen	3/30	Lásd még: T.1.3.4
	A börtönben végzett OST folytatásának biztosítása kinti kezelőhelyen szabaduláskor	igen	3/30	Lásd még: T.1.3.4
	Egyéb kábítószer problémát célzó gyógyszeres kezelés	igen	17/30	Lásd még: T.1.3.3
Szabadulásra való felkészítés		igen	24/30	
	Külső addiktológiai szolgáltatóhoz való továbbutalás	igen	10/28	
	Szociális reintegrációval kapcsolatos beavatkozás	igen	16/30	Lásd még: T.1.3.3
	Túlادagolással kapcsolatos beavatkozás szabadulás előtt (Képzés, tanácsadás)	igen	6/28	Lásd még: T.1.3.3
	Naloxone osztás	nem		
Fertőző betegségekkel kapcsolatos beavatkozás		igen	28/31	
	HIV szűrés	igen	22/30	Lásd még: T.1.2.2
	HBV szűrés	igen	16/30	Jellemzően külső szolgáltató bevonásával, Lásd

				még: T.1.2.2
	HCV szűrés	igen	22/30	Jellemzően külső szolgáltató/gyógyszercég bevonásával, Lásd még: T.1.2.2
	Hepatitis B oltás	igen	18/30	20 fő 2018-ban
	Hepatitis C kezelés interferonnal	igen	14/30	Jellemzően külső szolgáltató bevonásával, Lásd még: T.1.3.3
	új típusú Hepatitis C kezelés (DAA gyógyszerek)	igen	15/30	Jellemzően külső szolgáltató bevonásával, Lásd még: T.1.3.3
	antiretrovirális kezelés HIV fertőzötteknek	igen	7/29*	Jellemzően külső szolgáltató bevonásával, Lásd még: T.1.3.3
	HIV kezelésbe irányítás szabaduláskor (bv. ben megkezdett kezelés esetén)	igen	7/30	Jellemzően külső szolgáltató bevonásával
	HCV kezelésbe irányítás szabaduláskor (bv. ben megkezdett kezelés esetén)	igen	16/30	Jellemzően külső szolgáltató bevonásával
Tűcsere		nem		
Óvszerostás		nem		

Forrás: Gasteiger et al. 2019

*az adatok felülbírállása kerültek a BVOP központi adatai által

Befogadási eljárás

A 2015 januárjától hatályos új bv. tv.²¹² bevezette a Kockázatelemzési és Kezelési Rendszer intézményét, az alkalmazott standard kérdőívet minden új befogadásánál rögzítik 2018 júniusától. A rendszer részletes bemutatását és céljait lásd: T.5.2, *KEK rendszer (BVOP 2019b)*:

Prevenció

A 2015-től működtetett KEK Rendszer (lásd T5.2) keretében az azonosított szerhasználati problémák kezelésére droghasználatot megelőző tréningprogramot biztosíthatnak az intézetek. A szerhasználati problémák kezelésére kidolgozott „Kábítószer-használat megelőzése” című 12 alkalmas kockázatkezelő tréningprogramot a Központi Kivizsgáló és Módszertani Intézet országos szinten, 3-5 napos továbbképzés keretében oktatja az elítéltekkel foglalkozó reintegrációs tisztek és szociális segédelőadók számára. Az így

²¹² 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról

átadott képzési anyagot a személyi állomány csoportos foglalkozás keretében tartja meg az érintett fogvatartottak részére. A bv. intézeti pszichológusok a kézikönyv alapján továbbképzés igénybevétele nélkül tarthatják a csoportot.

2018. év végéig kábítószer-használat megelőzése tréninget 39 fő (reintegrációs tiszt és szociális segédelőadó) tarthatott, összesen 19 bv. intézetben²¹³. A program elsősorban kognitív viselkedésterápiás módszereket alkalmaz. A programon résztvevő elítéltek megtanulják azonosítani, módosítani a visszatérő kábítószer-használatot támogató gondolkodási hibákat, megismerkednek a szerhasználat kognitív modelljével. A technikák megismertetése és csoportos helyzetben történő feldolgozása segíthet a korábban szerhasználó elítéltek átkeretezni eddigi tevékenységét, és más szempontokat is figyelembe véve tervezni a jövőbeli szermentes életét. 2018 folyamán a 12 alkalmas tréning 27 csoport számára került megtartásra, összesen 226 fogvatartott részvételével. (Gasteiger et al. 2019)

Országosan összesen 17 bv. intézetben működnek drogrevenüciós részlegek melyek befogadó kapacitása 289 fő, a legnagyobb részlegen elhelyezhető létszámmal (40 fő) a Budapesti Fegyház és Börtön működik. A részlegek feltöltöttsége 2018. december 31-én 62%-os volt, az év során összesen 624 fő fogvatartottat helyeztek drogrevenüciós részlegre, szerhasználat gyanúja miatt 4 fő került kihelyezésre, 58 főt pedig magatartási problémák miatt kellett kihelyezni. A jelenleg hatályos Országos Parancsnoki (OP) szakutasítás alapján a részlegen történő elhelyezést a fogvatartott kéri, a folyamat az ő kezdeményezésére történik. A behelyezésről végül a Befogadási és Fogvatartási Bizottság dönt a büntetés-végrehajtási szakemberek véleménye, javaslata alapján. A részlegen indokolt elhelyezni azokat az elítélteket, akiket:

- a. kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény miatt ítélték el,
- b. akiről a befogadás során vagy a befogadó részlegen a bevonulást megelőzően drogfogyasztásra utaló adatok merültek fel,
- c. akiket a bv. intézetben drogfogyasztás miatt felelősségre kellett vonni, valamint
- d. akik még nem kerültek kapcsolatba a kábítószerrel, de egyéni beszámolójuk szerint folyamatos veszélyeztetésnek vannak kitéve szerhasználat szempontjából.²¹⁴

A 17 bv. intézet közül 10 bv. intézetben maximalizált a részlegen tartózkodás időtartama, ami 3-tól 24 hónapig terjed. A drogrevenüciós részleg programjainak biztosításához 5 bv. intézet külső szervezetet vont be, 7 kizárólag belső erőforrásokat vett igénybe²¹⁵, 5 pedig vegyes konstrukcióban, a bv. intézeten belüli és külső forrásokat is igénybe véve valósította meg programját. A drogrevenüciós részlegeken összesen 23 csoportos alapú programot, míg 8 darab egyéni és csoportos elemeket keverő programot valósítottak meg a reintegrációs tisztek, pártfogók, a bv. intézet pszichológusai, szociális munkások, illetve a külső civil szervezetek munkatársai. Összesen 405 fő vett részt a programokon körülbelül 1560 foglalkozási alkalommal²¹⁶. A célzottan szerhasználat foglalkozó csoportok mellett jellemző, hogy más - nem direkt terápiás jellegű - fogvatartotti foglalkozások szélesebb körben elérhető az adott részlegeken (pl. filmklub, zenei foglalkozások, sport szakkörök stb.) a bv. intézet más (nem speciális) részlegeihez képest. (Gasteiger et al. 2019)

A drogrevenüciós részlegen biztosítottakon kívül 11 intézet valósított meg drogrevenüciós, vagy drogrevenüciós elemeket tartalmazó egyéb programokat (24 darab), melyen a 2018. évben 342 fogvatartott vett részt országsszerte. Ezek a programok nem állnak központi koordinálás, irányítás, szervezés alatt, azok kidolgozása és megvalósítása az intézetek saját

²¹³ egyes esetekben ezek a programok a drogrevenüciós körleteken nyújtott programok keretében valósultak meg

²¹⁴ Részlet a büntetés-végrehajtás országos parancsnokának 24/2017. OP szakutasításából.

²¹⁵ Ebből kettő csak a KEK rendszer keretében végzendő Kábítószer-használat megelőzése című tréninget nyújtotta

²¹⁶ 17-ből csak 16 intézet jelentett létszám adatokat, továbbá az adatszolgáltatás nem tette lehetővé, hogy felmérjük, hogy egy személy több csoporton is részt vett-e vagy sem. A Kábítószer-használat megelőzése című tréning vonatkozó adatait külön mutatjuk be (attól függetlenül, hogy a körleten tartották.)

hatáskörébe tartozik²¹⁷. A programokat 2 intézet kizárólag saját erőforrásból valósította meg, 6 intézet külső szervezetek segítségével, 3 intézet pedig intézeti és külső erőforrások vegyes felhasználásával.

A KEK rendszeren kívüli, prevenciók körleteken biztosított, illetve az attól függetlenül, valamennyi fogvatartott számára nyitott drogprevenciók programok hasonlóak tartalmukat tekintve: jellemzően pszichológiai foglalkozásokat, ismeretterjesztő előadásokat tartalmaznak. A programok fókuszában az esetek többségében a személyiségfejlesztés (önismeret, stressz-kezelés, konfliktuskezelés), az egyéni és szociális kompetenciák fejlesztése, az egészség megőrzése, a visszaesés megelőzése, a felvilágosítás és az ismeretek bővítése áll. (Port 2016a, Arzenovits 2018, Gasteiger et al. 2019)

2017-ben A Fogvatartási Ügyek Szolgálat az Egészségügyi Főosztállyal közösen drogprevenciók tartalmú plakátokat készített az intézetek számára, amely a kábítószer (többek között ÚPSZ-ok) használatának ártalmaira hívta fel a figyelmet és a Házirend mellékleteként került kiadásra. (BVOP 2019a)

2017-ben intézkedés történt valamennyi bv. szerv vonatkozásában soron kívüli fogvatartotti fórumok lebonyolítását illetően. A fórumok célja a direkt tájékoztatás az illegális pszichoaktív szerekéről, azok élettani hatásairól, mellékhatásairól, a szerhasználat következményeiről, valamint ezen anyagok fogvatartottakhoz való bejuttatásának megakadályozását célzó intézkedésekről, az előtalálás esetén alkalmazandó szankciókról. 2018-ban nem valósult meg ilyen fórum. (BVOP 2019a)

Kezelés-ellátás

Az intézetek adatai szerint (Gasteiger et al. 2019) droghasználattal összefüggő járóbeteg típusú ellátásban összesen 187 fogvatartott részesült, melyből 180 főt az bv. intézetben belül láttak el 7 intézetben, 7 főt pedig külső szolgáltató gondozott 2 intézet esetében. Fekvőbeteg ellátásban mindössze egy fogvatartott részesült, akit a bv. intézetben láttak el. 7 intézet jelezte, hogy nem nyújtanak kábítószer-használattal kapcsolatosan gyógyszeres vagy pszichoszociális beavatkozást. Ezek a számadatok átfedésben vannak a kezelést kezdő fogvatartottak TDI adataival a T1.2.2 alfejezetben, illetve a BVOP által jelentett eltereltek számaival (T.1.3.2.).²¹⁸

Az elvonási tünetek kezelése jellemzően medikális szemléletben, inkább gyógyszeres kezeléssel történik. A 30 jelentő intézet közül 17 kizárólag gyógyszeres kezelést alkalmaz, 10 intézet a gyógyszeres és pszichoterápiás kezelést együtt biztosítja, míg 3 intézet egyéb módon²¹⁹ kezeli azt. Elvonási tünetek miatt kezelt adatait lásd T.1.2.2. (Gasteiger et al. 2019)

A büntetőeljárás alternatívájaként igénybe vehető elterelés intézményének leírása a T1.3.2 alfejezetben, a fogvatartottak opiát-helyettesítő kezelésével kapcsolatos információk a T1.3.4 alfejezetben olvashatók.

Fertőző betegségek prevenciója, szűrése és kezelése

A befogadás során minden fogvatartott számára felajánlják a HIV/HBV/HCV szűrést, míg a TBC szűrővizsgálat kötelező számukra²²⁰. Emellett gyógyszeres által támogatott

²¹⁷ a KEK rendszer keretében megvalósított "Kábítószer-használat megelőzése" tréning programok külön kerülnek bemutatásra

²¹⁸ Mindhárom adatforrás eltérő aspektusból/esetdefinícióval/kategorizálással mutatja be a bv. intézetekben kábítószer probléma miatt kezelt adatait.

²¹⁹ egyéb: pszichoterápiás támogatás, valamint az IMEI-be történő utalás (ahol a farmako- és pszichoterápiás kezelés mellett hosszabb távú megfigyelés és specializált terápiás támogatás vehető igénybe).

²²⁰ 18/1998. NM rendelet módosítása értelmében 2013-tól kötelező valamennyi a fogvatartottaknak részt venni tüdőszűrésen a befogadását követően, valamint a befogadás napjától számítva évente egyszer.

kampányszerű, felvilágosító előadással összekötött szűrővizsgálatokat és azt követő kezelésbe irányítást is szerveznek az intézetekben.

2018. évben a bv. intézetekben HIV/HBV/HCV fertőzéssel kapcsolatos felvilágosító vagy tájékoztató előadás megtartására 1347 fő (14 intézet), egyéni tanácsadásra (felvilágosításra) 1518 fő (10 intézet), illetve írásos tájékoztató kiosztására 2479 fő (8 intézet) fogvatartott esetében került sor.

A HIV/HBV/HCV/TB szűrővizsgálatokra és eredményekre vonatkozó információkat lásd: T1.2.2.

2018-ban a HIV fertőzöttek közül 25 fő, tuberkulózis esetén 23 fő, HBV fertőzéssel 1 fő vett részt kezelésben, a Hepatitis-C vírussal fertőzött vírushordozó személyek közül 39 fő került ellátásba, 2 fő nem vállalta a kezelést, 4 fő nem került kezelésbe egészségügyi okok miatt, míg 2 fő esetében szabadulás miatt megszakadt a kezelés.

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

Ártalomcsökkentés, a szabadulás utáni túladagolás megelőzése

A bv. intézetek körében készült felmérés során 2018-ra vonatkozóan (Gasteiger et al. 2019), a 28 érvényes választ adó intézet közül 5 számolt be a szabadulás utáni túladagolással foglalkozó, azt megelőzni kívánó programokról és programelemekről (összesen 8 programról), amelyen 80 fő vett részt. 1 intézet számolt be egyéni keretek között elérhető ilyen típusú tanácsadásról, melyen összesen 9 fő vett részt.

Reintegráció, szabadulásra való felkészítés

A magyarországi bv. intézetek körében végzett felmérések (Port és Tarján 2014, Port 2016, Arzenovits 2018) szerint a szabadulásukat megelőzően kábítószer-probléma miatt kezelésben részesülő fogvatartottakra vonatkozó formális eljárásrend nincs az intézetekben, ugyanakkor több intézet jelezte (2018: 10/28, Gasteiger et al. 2019), hogy az érintett fogvatartottakat tájékoztatják a megfelelő szervezetek elérhetőségéről vagy továbbirányítják őket – az intézettel több esetben együttműködési megállapodással is rendelkező – helyi drogambulanciára, pszichiátriára vagy valamilyen rehabilitációs intézménybe.

2018-ban 13 bv. intézetben zajlottak (30 érvényes válaszadó intézet) olyan reintegrációval kapcsolatos, csoportos vagy egyéni programok, melyeknek célcsoportja a kimondottan kábítószer-fogyasztói múlttal rendelkező fogvatartottak voltak. Szélesebb körű reintegrációs program részeként 3 bv. intézetben érintették a kábítószer problémát is. 14 bv. intézetben nem zajlott szerhasználói célcsoportra irányuló reintegrációs program. Összesen 104 kifejezetten szerhasználói múlttal rendelkezőknek szóló, célzott program valósult meg, valamint 61 olyan reintegrációval kapcsolatos szélesebb körű program, amely legalább részben érintette a szerhasználattal kapcsolatos problémákat is. A programok összesen 371 főt értek el. További 148 fő 9 intézetben reintegrációval kapcsolatos kábítószer-használatot érintő egyéni tanácsadáson vehetett részt. (Gasteiger et al. 2019)

Szabadulásra felkészítő szolgáltatásként tartják számon a drogprevenciók részlegeken történő elhelyezés lehetőségét is, mivel több bv. intézetben a behelyezés feltétele, hogy a szabadulást 2 és fél évvel előzze meg. (Gasteiger et al. 2019)

A bv. szervezet keretében végzett pártfogói felügyelői tevékenység során a büntetés-végrehajtási pártfogó felügyelők is ellátnak - jogszabályban előírt - reintegrációs gondozói feladatokat a bv. intézetekben büntetésüket töltő elítéltek vonatkozásában és utógondozói feladatokat a szabadulást követően az elítéltek kérelme esetében. A reintegrációs gondozás célja az elítélt társadalmi beilleszkedését segítő támogatás, egyéni tanácsadás és esetkezelés, valamint csoportos tájékoztatás formájában.²²¹ Az egyéni esetkezelés keretében biztosított támogatási formák között a vonatkozó rendelet külön nevesíti a „szenvedélybetegségekhez kapcsolódó szociális és mentális deficitek kezelésével az ártalmas következmények csökkentését”. Utógondozás keretében a pártfogó felügyelők a szabadulást követő egy évben segítik az azt igénylő frissen szabadultak társadalmi beilleszkedését.

A reintegrációs tevékenységek kapcsán kiemelendő még a Váltósáv Alapítvány²²² és a Tévelygőkért Alapítvány tevékenysége. A Váltósáv Alapítvány munkatársai a fogvatartottakkal szabadulás előtt a börtönben veszik fel a kapcsolatot, amelyet a szabadulás után is fenntartanak. Vegyes technikákkal dolgoznak, melynek részét képezik: mentoring, csoportos, egyéni foglalkozások, tréningek. A szervezetnek van foglalkoztatási, tehetséggondozó, és kifejezetten nőknek szóló programja is, illetve félutas házat is működtetnek. A Váltósáv emellett működtet egy, a témával kapcsolatos információs adatbázist, ahol a szabadulók, hozzátartozók és szakemberek tájékozódhatnak.

A Tévelygőkért Alapítvány célja az esélyegyenlőtlenség megszüntetése a marginalizált csoportokkal való közös munka, valamint társadalmi érzékenyítés révén, és ezen belül fő területük a büntetés-végrehajtási rendszer által hátrányosan érintettek támogatása.²²³ A szervezet börtönviseltek számára szóló reintegrációs programja a B-Terv, amely a bv. rendszerből frissen szabadult, hátrányos helyzetű, családjukhoz visszatérni nem tudók számára nyújt lakóközösséget. A B-Terv program keretében a volt elítélt 3-6 hónapig él az őt befogadó lakóközösségben, ezt követően pedig lehetősége van a saját munkahelye mellett az Alapítvány egyes projektjeiben munkatársként részt venni.

T1.3.4 Opiát helyettesítő kezelés a bv. intézetekben

A fogvatartottak metadon kezeléséről a BVOP 38/2015. (V.20.) OP szakutasítása rendelkezik. Ennek értelmében a metadon kezelést, mint az opiát-függőség egyik lehetséges terápiáját a bv. intézetnek biztosítani kell, ha a fogvatartott befogadásakor a korábban őt gondozó drogambulancia metadon kezelés folytatására szóló javaslatával jelentkezik, vagy azt az IMEI szakorvosa javasolja, és ehhez a fogvatartott írásos beleegyezését adja. A kezelést az e tárgyban kiadott módszertani levélben meghatározottak szerint a metadon beszerzésére, tárolására és alkalmazására kijelölt terápiai helyeken kell elvégeztetni, mely feladatra – működési engedély hiányában – a bv. intézetek nem jogosultak. Metadon kezelés végrehajtására a bv. intézetnek a fogvatartottat a területileg kijelölt drogambulanciára, illetve addiktológiai vagy pszichiátriai szakellátó helyre kell előállítania.

2018-ban az intézetek adatai szerint (Gasteiger et al. 2019) opiát helyettesítő kezelés 5 bv. intézetben volt folytatható (mind az 5 helyen külső szolgáltató által biztosítva), ha kint a fogvatartott kezelés alatt állt, míg közülük 3 intézet esetében megkezdhető a kezelés a fogvatartás alatt is. A befogadásakor 6 fogvatartott jelezte, hogy a bv. intézetbe kerülését

²²¹ A támogatás a következő területeket fedi le: egészségügyi ellátás/elhelyezés, munkaerőpiaci beilleszkedés, lakhatás, képzésben való részvétel segítése, szociális ügyintézésre való felkészítés, csoportos tájékoztatás a reintegrációs gondozás és utógondozás lehetőségeiről és jogi segítségnyújtási lehetőségekről, továbbá az elítélt családjának felkészítése az elítélt visszafogadására.

²²² <http://www.valtosav.hu/>

²²³ A 2018-as Éves Jelentésben bemutatott „Beszélj szabadon” és „Mirkó projekt” 2018-as működése tekintetében nem elérhető adat az alapítvány szociális média oldalán, míg a honlapja megszűnt.

közvetlenül megelőzően opiát-helyettesítő kezelésben (metadon vagy Suboxone) részesült. Ennek ellenére a bv. intézetekben metadon vagy Suboxone ellátás okán vagy drogambulancián végzett szubsztitúciós terápia megvalósítása céljából fogvatartott előállítására nem került sor 2018-ban. A korábbi évek tekintetében néhány esetről számoltak be a felmérések (2018: 2 fő, 2006: 2 fő, 2005: 3 fő fogvatartott részesült opiát szubsztitúciós kezelésben).

T1.4 MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS

2017-ben a Fogvatartási Ügyek Szolgálata, az Egészségügyi Főosztály, és a KKMI együttműködésében kiadásra került egy módszertani segédanyag a büntetés-végrehajtási intézeteken belüli droghasználat felismerésének segítéséhez, valamint a drogprobléma kezeléshez rendelkezésre álló eszközök bemutatására, amely kizárólag belső használatra készült. Egy külön alfejezet foglalja az új pszichokaktív szerekkel.

2018-ban kiadásra került a bv. intézetek egészségügyi szakterülete számára egy szakmai protokoll, amely az addiktológia témaköréhez kapcsolódó kórképek esetében kifejezetten a megvonási tünetek differenciált diagnosztikájára, kezelésére fókuszál.

T2. TRENDEK, TENDENCIÁK

Az egyes alfejezetekben bemutatott adatokból kiemelendő, hogy a lefoglalási adatok alapján, egyre gyakoribb az új pszichoaktív szerekkel - jellemzően szintetikus kannabinoidokkal - átitatott papírok és fogyasztási cikkek előfordulási gyakorisága, amelynek folyamánként szigorodott a csomagküldés szabályozása.

A bv. intézetekben dolgozó személyzet számára egyre több szakmai segédanyag érhető el a kábítószer-probléma és az arra adható válaszlépések tekintetében.

Az elmúlt 5 év egyik nagy előrelépése a BVOP kockázatelemzési és kezelési rendszerének kiépítése 2015-től kezdődően, mely célja az egyes fogvatartási és visszaesési kockázatok feltárása a befogadás során, azok elemzése és kezelése, így a megfelelő válaszlépések kialakítása.

A fogvatartottak körében előforduló szerhasználat és az ahhoz kapcsolódó egészségügyi következmények kapcsán nem rendelkezőnk idősoros és/vagy megbízhatóan összehasonlítható adatokkal. Ennek ellenére kiemelendő, hogy a bekerülés előtti hónapban rendszeres kábítószer-használók körében 27%-27% esetében a klasszikus stimulánsok, illetve az új pszichoaktív szerek voltak a leggyakrabban használt szerek (BVOP 2019b).

A HCV prevalencia átlag populációhoz képest magasabb börtönbeli előfordulási gyakorisága mögött közvetlenül az húzóerő, hogy a falakon kívüli intravénás szerhasználók körében jelentősen megnőtt a HCV prevalencia az elmúlt években, tovább magas körökben a börtönviseltség aránya. Az intézetben belüli injektlás, mint beviteli mód a hazai bv. intézetekben nem jellemző.

T3. ÚJ FEJLEMÉNYEK

AZ új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos kiemelt információkat lásd T2., illetve részletesebben T1.

T4. TOVÁBBI ADATOK ÉS INFORMÁCIÓK

2016 tavaszán kérdőíves felmérés készült a magyarországi javítóintézetek körében (Port 2016b, a vizsgálat módszertanának leírását lásd a T5.2 alfejezetben, n=180).

Összességében elmondható, hogy a vizsgált javítóintézeti populáció körében az új pszichoaktív szerek használata volt a legelterjedtebb: 78%-uk (127 fő) fogyasztott élete

során valamilyen új pszichoaktív szert. Az életében valaha fogyasztó 162 fő 58%-ánál szerepeltek a szintetikus kannabinoidok, 36%-uknál a designer stimulánsok elsődlegesen használt szerként.

Az egyetlen elsődleges szert megjelölő²²⁴ 128 fő 52%-a (66 fő) elsődlegesen a szintetikus kannabinoidok²²⁵ használatát, 23%-a (29 fő) designer stimulánsok²²⁶ használatát, 20%-a kannabisz használatát jelölte meg. Elsődlegesen amfetamint használt a válaszadók 4%-a, heroint és a kokaint mindössze 0,8-0,8%-uk. Az egyidejűleg több elsődleges szert is megjelölő 34 személy közül 20 fő (59%, a valaha próbálók 12%-a) a két új pszichoaktív szer kategóriát (szintetikus kannabinoid vagy designer stimuláns) jelölte meg elsődlegesen használt szerként, és további 12 esetben (35%) szintén szerepelt az egyik vagy mindkét ÚPSZ kategória az amfetamin-, kokain-, vagy kannabiszhasználat említése mellett.

Az intézetben belüli kábítószer-használatról 4 fő számolt be, valamennyien új pszichoaktív szerek használatát jelölték meg elsődlegesen. További részletesebb adatokat lásd: 2018-as Éves Jelentés/ Börtön/ T4.

T5. FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

T5.1 FORRÁSOK

Arzenovits (2018): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben végzett kérdőíves felmérés. Kutatási beszámoló.

BVOP (2019a): A BVOP 2018-ra vonatkozó beszámolója.

BVOP (2019b): Az elítéltekre vonatkozó KEK rendszer bevezetése kapcsán végzett kérdőíves vizsgálat 2018-as eredményei. BVOP - Központi Kivizsgáló és Módszertani Intézet, Kézirat.

Gasteiger, N., Kollár, F., Tarján, A., (2019): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben végzett kérdőíves felmérés. Kutatási beszámoló.

NSZKK (2019c): Impregnált papír lefoglalási adatok 2015-2018. NSZKK. Adatbázis.

Paksi, B. (2009): A jogerősen elítélt fogvatartottak kábítószer- és egyéb szenvedélyszer használata Magyarországon 2008-ban. Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központ. Kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.

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

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

²²⁴ A valaha fogyasztó 162 fő közül 34 fő több szert is megjelölt elsődleges szerként, annak ellenére, hogy a kérdőív kifejezetten egy, a leggyakrabban/jellemzően használt szer megjelölését kérte.

²²⁵ műfű, biofű, új marihuánához hasonló hatású szerek

²²⁶ kristály, zene, 4-mec, formek, penta, MDPV

Port Á., Tarján A. (2014): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokság és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben 2013-ban végzett kérdőíves felmérés eredményeiről készült kutatási beszámoló.

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

Tarján A., Dudás M., Rácz J., Horváth G., (2019) HIV- és HCV-fertőzések és azokkal összefüggő kockázati és védő tényezők prevalenciavizsgálata a hazai intravénás szerhasználók körében 2018-ban. Publikálás alatt.

TDI adatgyűjtés 2019.

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

T5.2 MÓDSZERTAN

A hazai Büntetés-végrehajtási Szervezet egészét átfogó, kábítószer-témájú kutatás Magyarországon viszonylag ritka: a fogvatartottak kábítószer-használatát felmérő országos lefedettségű kutatás utoljára 2008-ban készült. Ennek hiányában, a bv. szervein belüli kábítószer-problémáról rendszeres információkkal a BVOP által központilag nyilvántartott adatokból, ennek keretében a 2015-ben elindult kockázatelemzési és kezelési rendszer (KEK rendszer) adataiból, továbbá kisebb szakterületekre korlátozódó részleges adatgyűjtésekből rendelkezünk. Ez utóbbiak közül kiemelendő a TDI adatgyűjtés, melynek keretében a kábítószer-használattal összefüggésben a bv. intézeteken belül kezelést kezdők adatai is rögzítésre kerülnek. Az utóbbi évekre vonatkozóan a másik meghatározó, átfogó információforrás a Nemzeti Drog Fókuszpont és a BVOP együttműködésében, valamennyi hazai bv. intézet részvételével végzett kérdőíves felmérés volt, amelyre 2013 óta 4 alkalommal került sor. A vizsgálatok célja a börtönbeli kábítószer-probléma mértékének, illetve a bv. intézetekben elérhető, kábítószer-használattal összefüggő szolgáltatások lefedettségének és tartalmának feltérképezése az egyes intézetekben.

BVOP és NFP felméréssorozat a kábítószer probléma és az arra adott válaszlépések tekintetében a hazai bv. intézetekben: (Port és Tarján 2014, Port 2016a, Arzenovits 2018, Gasteiger et al. 2019):

A vizsgálatosorozat célja a börtönbeli kábítószer-probléma mértékének, illetve a bv. intézetekben elérhető, kábítószer-használattal összefüggő szolgáltatások lefedettségének és tartalmának feltérképezése az egyes intézetekben. A vizsgálatban alkalmazott kérdőív alapjául az EMCDDA korábbi standard kérdőívei (23 és 27), valamint a korábbi Éves Jelentések Börtön fejezetére vonatkozó iránymutatásai szolgáltak, amelyet a Nemzeti Drog Fókuszpont a Büntetés-Végrehajtás Országos Parancsnoksága közösen dolgozott ki. A kérdőív a tárgyévet követő évben került lekérdezésre, amelyben minden bv. intézet részt vett (országos lefedettség). Eddig vizsgálati tárgyév: 2012 (Port és Tarján 2014); 2015 (Port 2016a); 2017 (Arzenovits 2018); 2018 (Gasteiger et al. 2019).

KEK rendszer (BVOP 2019b):

2015 óta a büntetés-végrehajtási szervezet az elítéltek visszaesési és fogvatartási kockázatainak felmérése, értékelése és kezelése érdekében kockázatelemzési és kezelési rendszert (a továbbiakban: KEK rendszer) működtet. A kockázatelemzési és kezelési rendszer célja a büntetés-végrehajtás hatékonyságának növelése, az eredményes reintegráció elősegítése, az egyes fogvatartási és visszaesési kockázatok feltárása,

elemzése és kezelése a fogvatartottak motivációjának elérése és fenntartása révén, valamint a visszaesések számának csökkentése.

A KEK rendszer két fő pillére az egyes fogvatartási kockázatok felmérése, valamint az egyes kockázati tényezőkre reagáló kockázatkezelő programok. A kockázatelemzés különböző szakterületek bevonásával biztosít egy komplex elemzési folyamatot, mely a fogvatartottak kriminális előéletének, családi hátterének, szocio-ökonómiai helyzetének, bv. intézetben belüli magatartásának, pszichológiai és egészségügyi állapotának és egyéb jellemzőinek megismerésével segíti a döntési mechanizmusokat. A kockázatelemzés eszköze a prediktív mérőeszköz (továbbiakban PME), amely egy informatikai felülettel támogatott egységes kérdőív. A felület biztosítja a fogvatartottakra irányuló, egységesített metódusok alapján végzett felmérés hátterét. Az eljárás egyrészt alapját képezheti a különböző kockázati besorolásoknak, másrészt a kérdőíves jellegből fakadóan adatként kinyerhető, elemezhető információs bázist biztosít. A kérdőív kiterjesztése több ütemben zajlik, a fokozatos kiterjesztés eredményeképpen (a 2018. év júniusától) a következő elítéltek körrel kötelező rögzíteni a PME-ben jelölt kérdéseket: újonnan befogadott elítéltekkel; a bv. intézetben letartóztatottból jogerőssé váló elítéltekkel, valamint az elzárásból átfogadott jogerős elítéltekkel. A fentiekben megjelölt populáción kívül a 2018. év júniusáig meghatározott rendkívüli események kapcsán érintett elítéltek is felvételre kerültek a kérdőív, így a PME által biztosított mintában felülreprezentáltak a valamilyen fogvatartási szempontból kockázatos elítéltek aránya.

2018 márciusában került lekérdezésre az adatbázis, amely során 2164 férfi elítélt került bele az elemzendő mintába (megközelítőleg 6500 fogvatartottra volt elérhető részletes adat, melyek közül 5500 volt jelenlévő a 2018-as évben, azonban sok esetben nagyon hiányos volt a felvett kérdőív, így ezek az esetek kizárása kerültek a vizsgálati minta létrehozása során). A vizsgálat 29 intézetet fed le, így országos lefedettségű. Nem reprezentatív az elítélt férfi fogvatartotti populációra nézve, a kérdőívfelvétel jellemzői és szempontjai, s beválogatása módszere, illetve a hiányos kérdőívek kizárása végett. Maga a kérdőív felvétele 2016 és 2018 között zajlott a befogadások során²²⁷, illetve fogvatartási szempontból kockázatos elítéltekkel. Az adatok kezelését és az elemzést a BVOP Központi Kivizsgáló és Módszertani Intézete végezte.

NFP-NNK HIV/HCV biomagartás vizsgálat 2018 (Tarján et al. 2019): Lásd Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés T5.1.

Paksi (2009): A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központ készítette a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet finanszírozásával, és a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának támogatásával. A kutatás célpopulációját a vizsgálat idején a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben jogerősen fogvatartott, magyar állampolgárságú, felnőtt korú elítéltek képezték. Az országos intézetek esetében az egyes intézetekben az aktuális fogvatartott listák alapján, SPSS programmal a helyszínen, egyszerű véletlen mintavételi módszerrel, arányos, a férfiak esetében 5%-os, nők esetében pedig – elemezhető számú megkérdezett biztosító felülreprezentálással – egyharmados mintát vettek a kutatás során. A megyei letöltőházak esetében a mintavétel két lépcsőben történt: régióként egy-egy, szakértői mintavétellel kiválasztott helyszínen, a régiókban fogvatartottak létszámával arányos véletlen minta került kiválasztásra. A teljes minta 652 fő volt, a nemeként arányos országos végső minta nagysága 503 fő volt. A szocio-demográfiai háttérrel, drogfogyasztáson kívüli szokásokkal, illetve a kérdezett jelenlegi objektív büntetés-végrehajtási státusára, és előéletére vonatkozó kérdéseket tartalmazó ún. „A” kérdőív face to face technikával került felvételre. A börtönbe kerülés előtti és a fogvatartás alatti drogfogyasztással kapcsolatos célváltozók, illetve néhány viselkedési addikcióval foglalkozó kérdéssor felvétele önkitöltős technika felajánlásával történt. Az önkitöltős blokkot a

²²⁷ 2018 júniusáig a rendszer kísérleti verziója zajlott, így a kérdőív nem minden befogadáskor került rögzítésre.

kérdezettek közel háromnegyede (71,6%) alapvetően önállóan töltötte ki. A kérdezettek 28,4%-a esetében azonban az önkitöltős részek is face to face technikával kerültek felvételre. Az adatfelvétel 2008. október 14. és december 12. között történt.

Port (2016b): A kérdőíves felmérésre egy pályázati projekt részeként került sor, a vizsgálatban a pályázat beadásának időpontjában működő 4 magyarországi javítóintézet, valamint egy speciális lány gyermekotthon (EMMI Esztergomi Gyermekotthon) vett részt, a lányok mintán belüli arányának növelése céljából. A mintába összesen 180 fiatal került be (140 férfi, 40 nő): a Debreceni Javítóintézetben a felmérés időpontjában az intézetben elhelyezett valamennyi fiatal kitöltötte a kérdőívet, a többi 4 intézetből 20-20 fő került kiválasztásra, a droghasználat szempontjából kockázati tényezőnek minősülő szociális és egészségügyi-pszichés tényezők²²⁸ alapján, mivel a pályázat célja a hazai javító-nevelőintézetekbe bekerülő fiatalok Hepatitis C érintettségének feltérképezése mellett az érintett fiatalok azonosítása és korai kezelésbe vétele volt, mind a HCV fertőzöttség, mind a kábítószer-használat tekintetében.

Ritter (2013): A mintavételi keretet a Bristol-Myers Squibb Kft. által 2012-ben finanszírozott és lebonyolított HCV, HBV anonim szűrésen részt vett, 7 - random módszerrel választott - büntetés-végrehajtási intézmény elítéltejei alkották. A mintába azok az elítéltek kerültek (852 fő), akik részt vettek a szűrésen és egyben hajlandók voltak részt venni a vizsgálatban is és kitölteni az anonim kérdőívet, illetve akik már hepatitis C fertőzöttek voltak és részt kívántak venni a vizsgálatban. A vizsgálat során alkalmazott kérdőívek jellemzően zárt kérdéseket tartalmaztak. A kérdőíves adatfelvételre jellemzően a szűrést követően került sor, napokkal vagy hetekkel később. A kérdőíves adatgyűjtés mellett mélyinterjú készült fogvatartottakkal és nevelőkkel is a jelenségről és a szűrésről. A vérminták vizsgálatát a Szent László Kórház Immunológiai Osztálya végezte. A vérminta és a kérdőív egy anonim azonosító kód által került összekapcsolásra.

Tresó et al (2011): Az országos lefedettségű, a fogvatartotti populáció körében a fertőző betegségek azonosítására irányuló vérmintavizsgálat 2007 júniusa és 2009 júniusa között zajlott, 20 magyarországi bv. intézet részvételével. A vizsgálatban 4894 önként jelentkező fogvatartott vett részt (az akkori fogvatartotti populáció 34,2%-a), valamint összehasonlítási csoportként a bv. intézetek munkatársi közül további 1066 önként jelentkező. A Nemzeti Drog Fókuszpont kezdeményezésére, a BVOP hozzájárulását követően, 2008 júniusa és 2009 júniusa között a szűrésen résztvevő önként jelentkező fogvatartottak körében kérdőív felvételére is sor került, a fogvatartottak esetleges kábítószer-fogyasztói/ intravénás kábítószer-fogyasztói múltjára, illetve a hepatitis C terjedésével összefüggő kockázati magatartásaikra vonatkozóan. 2009 júniusáig 7 bv. intézetben, 1553 fogvatartott töltötte ki a kérdőívet a szűréssel párhuzamosan. A kérdőívet a Nemzeti Drog Fókuszpont készítette az EMCDDA ajánlásai²²⁹ alapján. A szűrésben résztvevő fogvatartottak a kérdőívet a szűrést megelőzően töltötték ki. A kérdőívek és a szerológiai eredmények egy egyedi, anonim azonosító alapján kerültek összekapcsolásra. A kérdőívek felvétele önkitöltős módszerrel, anonim módon történt.

TDI adatgyűjtés 2019: lásd Kezelés fejezet T5.2 alfejezet

²²⁸ Szociális szempontok: anamnézis (nem mindig őszinte); iskolarendszerből kimaradt magántanuló; család egyéb tagjainak szerhasználata; kábítószeres jogi következmény. Egészségügyi- pszichés szempontok: emelkedett laborértékek; gyógyszeres intoxikáció; beérkezés utáni megvonás (feszültség, alvászavar, hangulatingadozás, a beilleszkedés alkalmatlansága, stb.); testen szúrás nyomok, bedugult erek; nem pontos információk meglévő májbetegséggel kapcsolatban; ablakperiódus figyelembevétele

²²⁹ Protocol for the implementation of the EMCDDA key indicator: Drug-related infectious diseases (DRID), draft version 6 October 2006, Project CT.04.P1.337

FELHASZNÁLT IRODALOM

Altalap (2017): A NCTA_2015_10922_F azonosítójú, Altalap HIV Program projektben elvégzett tesztelések_HIV, Szifilisz,HCV -, ill a hozzájuk kapcsolódó rizikóviselkedéseket feltáró kérdőívek adataiból 2015. decembere és 2016. áprilisa közti időszakban. Kézirat. elérhető: https://drive.google.com/file/d/0B_DVZxADqeNebTEtMkdVYTcwTGs/view (utolsó hozzáférés: 2018. 09. 16.)

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

Arzenovits (2018): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben végzett kérdőíves felmérés. Kutatási beszámoló.

Bálint, R. (2019): A kábítószeres utcai árának alakulása 2018-ban. Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőíves adatgyűjtés

BM (2019): A Belügyminisztérium 2018-ra vonatkozó beszámolója a 2019-es EMCDDA Jelentés elkészítéséhez.

Belügyminisztérium (2019): A kábítószer problémákhoz kapcsolódóan elvégzett tevékenységek a 2018-as évben.

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

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

BVOP (2019a): A BVOP 2018-ra vonatkozó beszámolója.

BVOP (2019b): Az elítéltekre vonatkozó KEK rendszer bevezetése kapcsán végzett kérdőíves vizsgálat 2018-as eredményei. BVOP - Központi Kivizsgáló és Módszertani Intézet, Kézirat.

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

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

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

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

Csák R., Magyar, É., Márványkövi, F., Rácz, J. (2018a): Kvantitatív kutatás a községi szegregátumokban élő pszichoaktív szerhasználók körében – Drogfogyasztás és kezelésének lehetőségei községekben, különös tekintettel a „Szegregált élethelyzetek felszámolása komplex programokkal” elnevezésű pályázatban (EFOP 1.6.2 – 16) résztvevő települések szegregátumaira. MAT-SzGyF, 2018. Kézirat.

Csák, R., Kassai, Sz., Márványkövi, F., Szécsi, J., Rácz, J. (2018b): Új Pszichoaktív Szerhasználat városi szegregátumi környezetben: hiányelemzés és szükségletfelmérés a hazai ellátórendszerre vonatkozóan. MAT-EMMI, 2018. Kézirat.

Csák, R., Molnar, I., Sárosi, P., Arsenijević, J., Arsenijević, B. (2019) How the closing of a needle exchange programme affected the access to harm reduction services in two cities, Belgrade and Budapest. Rightsreporter. Kézirat.

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

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

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

Egészségügyi Közlöny (2017): Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről. 2017. 4. szám, 1120. o. Elérhető: http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2485/fajlok/EEMI_szakmai_iranyelve_a_pre_peri.pdf (2019. 10. 04.)

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

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

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

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

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

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

EMMI (2018d): Szakmai ajánlás szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása részére. http://szocialisportal.hu/documents/10181/154042/005_SZAKMAI+AJANLAS_szenvedelybeteg_alacsonykuszobu_ellatasa_reszere.pdf/f997c0fa-e28c-1ec2-f887-bf0051854f19 / Utolsó hozzáférés: 2019. 10. 14.)

ENYÜBS (2019): A Belügyminisztérium Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos 2018. évre vonatkozó adatai.

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

Felvinczi, K., Paksi, B., Magi, A., Sebestyén, E. (2017): Az elterelés keretében végzett megelőző-felvilágosító szolgáltatás tartalmának és közvetlen hatásainak vizsgálata – című kutatás első fázisának eredményei. Kézirat.

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

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

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

Gasteiger, N., Kollár, F., Tarján, A., (2019): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben végzett kérdőíves felmérés. Kutatási beszámoló.

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

Gyarmathy, V.A., Péterfi, A., Figezki, T., Kiss, J., Medgyesi-Frank, K., Posta, J., Csorba, J. (2017): Diverted medications and new psychoactive substances – a chemical network analysis of discarded injecting paraphernalia in Hungary. *International Journal of Drug Policy*.

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

Horvath G., Halasz T., Makara M., és Hunyady B. (2015) [New era in the treatment of chronic hepatitis C - novel direct acting antivirals]. *Orv Hetil*, 156: 841-848.

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

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

Hunyady B., Gerlei Zs., Gervain J., Horváth G., Lengyel G., Pár A., Péter Z., Rókus L., Schneider F., Szalay F., Tornai I., Werling K., Makara M. (2018) Hepatitis C-vírus fertőzés szűrése, diagnosztikája, antivirális terápiája, kezelés utáni gondozása. *Central European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, Vol 4, 2: 53-68.

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

IM (2019): Az Igazságügyi Minisztérium 2018-ra vonatkozó beszámolója a 2019-es EMCDDA Jelentés elkészítéséhez.

INDIT Közalapítvány (2019). HCV szűrések eredményei. Kézirat

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

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

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

Kapitány.Fövény, M., Farkas, J., Pataki, P.A., Kiss, A., Horváth, J., Urbán, R., Demetrovics Zs. (2017): Novel psychoactive substance use among treatment-seeking opiate users: The role of life events and psychiatric symptoms. Human Psychopharmacol. 2017 May; 32(3) doi: 10.1002/hup.2602.

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

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

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

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

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

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

NFP (2019a): TDI adatgyűjtés halálozási modul: Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozási adatok 2018-ban.

NSZKK (2019a): Az NSZKK Kábítószervizsgáló Szakértői Intézet lefoglalások laboratóriumi vizsgálati eredményének adatai 2009 és 2018 között.

NSZKK (2019b): NSZKK Toxikológiai Szakértői Intézetének biológiai mintára vonatkozó vizsgálati eredményei 2018-ban

NSZKK (2019c): Impregnált papír lefoglalási adatok 2015-2018. NSZKK. Adatbázis.

NSZKK (2018): AZ NSZKK Kábítószervizsgáló Szakértői Intézet és Toxikológiai Szakértői Intézet Monitoring hírlevele (2018. évi III. és IV. szám)

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

NSZKK (2018b): Kábítószer/pszichotróp anyag/új pszichoaktív szer jelenléte a közúti balesetekből származó vér- és/vagy vizeletmintákban 2017-ben. NSZKK.

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

Oberth J., Bíró Zs., Mándi B. (2019): Beszámoló a Józan Babák Klub 2018. évi várandósgondozási tevékenységéről

OBH (Országos Bírósági Hivatal) (2019) Statisztikai Elemző Osztály adatai 2018.

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

Paksi, B., Demetrovics, Zs., Magi A., Felvinczi, K. (2018a): A Magyarországi felnőtt népesség droghasználata – Az országos lakossági adatfelvétel az addiktológiai problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés alapján. In: Magyar Pszichológiai Szemle 73(4):541-565.

Paksi, B., Demetrovics, Zs., Griffiths, M. D., Magi A., Felvinczi, K. (2018b): Estimating and managing the changing methodological parameters of self-report surveys of addictive behavior: – based on the waves of the National Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH) in 2007 and 2015.

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

Paksi, B. (2009): A jogerősen elítélt fogvatartottak kábítószer- és egyéb szenvedélyszer használata Magyarországon 2008-ban. Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központ. Kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.

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

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

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

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

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

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

Péterfi A. (2019a): OST beszámoló 2019. Kézirat.

Péterfi A. (2019b): TDI trend adatok 2008-2018. Kézirat.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Port Á., Tarján A. (2014): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokság és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben 2013-ban végzett kérdőíves felmérés eredményeiről készült kutatási beszámoló.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tarján A., (2018). A hazai intravénás szerhasználók HIV/HCV-fertőzéssel összefüggő kockázati tényezői 2008-2015 között. Doktori értekezés. elérhető: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/horvathtarjananna.d.pdf; short version in English: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/horvathtarjananna.e.pdf (utolsó hozzáférés: 2018. szeptember 17.)

Tarjan, A., Dudas, M., Wiessing, L., Horvath, G., Rusvai, E., Tresó, B., & Csohan, A. (2017). HCV prevalence and risk behaviours among injectors of new psychoactive substances in a risk environment in Hungary-An expanding public health burden. *Int J Drug Policy*, 41, 1-7.

Tarján A., (2019a): Tűcsere programok adatai, 2018. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kézirat.

Tarján, A (2019b): A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet végző szervezetek 2018. évi működési és forgalmi adatai. Nemzeti Drog Fókuszpont.

Tarján A., Dudás M., Rácz J., Horváth G., (2019) HIV- és HCV-fertőzések és azokkal összefüggő kockázati és védő tényezők prevalenciavizsgálata a hazai intravénás szerhasználók körében 2018-ban. Publikálás alatt.

TDI adatgyűjtés 2019.

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

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

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

FÜGGELÉK

ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra. A szerenkénti életprevalencia értékek a 18-64 éves, és a 18-34 éves populációban, 2015-ben (%)	25
2. ábra. Szerenkénti életprevalencia értékek a 9-10. évfolyamon tanuló diákok körében 2015-ben (%)	26
3. ábra. A kannabiszhasználat életprevalencia értékének változása 2001-2015 között a 18-53 éves* népességben (%)	29
4. ábra. A kannabiszhasználat életprevalencia értékének változása 1995-2015 között a 16 éves tanulók körében (%).....	31
5. ábra. A kezelésbe lépő kannabiszhasználók szerhasználati gyakorisága az elterelt és a nem elterelt kliensek százalékában 2018-ban ($N_{\text{Elterelt}}=2758$ fő; $N_{\text{Nem elterelt}}=410$ fő).....	33
6. ábra. A szintetikus kannabinoid használókra épített droghasználati piramis a válaszolók %-ában, 2015-ben (a 18–64 és a 18–34 éves populációban).....	35
7. ábra. Droghasználati piramis a hajléktalan populációban (a kannabiszt és/vagy szintetikus kannabinoidot valaha fogyasztók %-ában), 2017-ben	38
8. ábra. Elmúlt havi és rendszeres szerhasználat a vizsgálati mintában, $n=401$ (%)	40
9. ábra. Klasszikus kábítószeres és designer drogok önálló, valamint együttes előfordulási gyakorisága (esetszám) az NSZKK-ba érkezett biológiai minták vizsgálata alapján 2018 első félévében ($n= 6410$)	42
10. ábra. A biológiai mintákban azonosított egyes designer drogok előfordulási gyakorisága (esetszám) hatóanyag szerinti bontásban, 2018-ban (teljes év) (csak hatóanyagokra vonatkozóan).....	43
11. ábra. A stimulánsok szerenkénti életprevalencia értékei a 18-64 éves, és a 18-34 éves populációban, 2015-ben (%)	45
12. ábra. A különböző hagyományos stimulánsok életprevalencia értékének változása 2001-2015 között a 18-53 éves* népességben (%)	45
13. ábra. A különböző stimulánsok életprevalencia értékeinek változása 1995-2015 között a 16 éves tanulók körében (%).....	47
14. ábra. Stimulánshasználat miatt kezelésbe lépők életkori bontásban, elsődleges szer szerint 2018 (fő; $N=890$).....	50
15. ábra. Stimulánshasználat miatt kezelésbe lépők megoszlása a szerhasználat gyakorisága szerint, elsődleges szer szerinti bontásban, 2018 (fő; $N=899$).....	51
16. ábra. Intravénás szerhasználók számának alakulása a tűcsere szervezetek és az ellátó intézmények klienskörében 2009 és 2018 között (fő)	53
17. ábra. A tűcsere programban részt vevő kliensek elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009-2018 között (felső ábra) továbbá az egyes évek esetszámjai (alsó ábra) .	55
18. ábra. Az országos NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban részt vevő intravénás szerhasználók megoszlása a kérdezést megelőző 4 hétben elsődlegesen használt szer (felső ábra, $n=439$) és elsődlegesen injektált szer (alsó ábra, $n=410$) szerint 2018-ban.....	57
19. ábra. Az országos NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban részt vevő intravénás szerhasználók elsődlegesen használt szerének leggyakoribb beviteli módja az elmúlt 4 hétben, 2018-ban ($n=437$; %)......	58
20. ábra. A legjellemzőbb mono- és polidroghasználati mintázatok az országos NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban részt vevő intravénás szerhasználók körében 2018-ban ($n=344$ fő) (felső sor: elsődleges szer és beviteli mód, alsó sor: másodlagos szer és/vagy beviteli mód).....	59
21. ábra. Az injektálás trendjei a valaha injektáló kezelésbe lépők körében 2009 és 2018 között (fő)	60
22. ábra. Az injektálás trendjei szerenként, az injektálható szerek miatt kezelésbe lépők körében 2009 és 2018 között (fő).....	60

23. ábra. Intravénás szerhasználók megoszlása az összes (külső év) és az elsőként (belső év) kezelésbe lépők körében az elsődlegesen injektált szer alapján 2018-ban (%; N _{összes} =122; N _{elsőként} =46).....	61
24. ábra. Egyes szereket valaha kipróbálók és az elmúlt hónapban rendszeresen használók aránya a VIII. kerületi tűcsere volt kliensei körében (N=100; %)	63
25. ábra. Az ESCAPE projekt keretében az egyes fecskendőkben azonosított szertípusok/ szertípus kombinációk megoszlása (%) Budapesten 2017-ben (n=221 fecskendő) és 2018-ban (n=145).....	64
26. ábra. AZ ESCAPE projekt keretében a fecskendőkben azonosított hatóanyagok előfordulási gyakorisága (%) 2017-ben (n=222 fecskendő) és 2018-ban (n=150) Budapesten	64
27. ábra. A közvetlenül a végső célcsoportra irányuló beavatkozások típusai (N=96)	88
28. ábra. A közvetlenül végső célcsoportra irányuló beavatkozások által megcélzott speciális csoportok (%)	89
29. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenció beavatkozásokban (N=53, %)	89
30. ábra. A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenció beavatkozások által megcélzott szenvedélymagatartások (N=96).....	90
31. ábra. Az elterelés típusai	96
32. ábra. A kezelési igény elsődleges szer szerinti megoszlása (2018; %; N=4709)	100
33. ábra. Eltereltek aránya a kábítószer-használat miatt kezelést kezdők körében, a kezelőhely típusa szerint (2018; N=4695).....	101
34. ábra. Kezelést kezdők elsődleges szer szerinti megoszlása az eltereltek és a nem eltereltek körében (2018; N _{elterelt} =3649; N _{nem elterelt} =1046)	102
35. ábra. Eltereltek és nem eltereltek aránya az egyes szercsoportokon belül, a kezelésbe lépők körében (2018; N=4695)	102
36. ábra. A járóbeteg szolgáltatóknál (beleértve szociális ellátókat is) kezelésbe lépő kliensek megye és elsődleges szer szerinti megoszlása 2018-ban (%; N=4325 fő)	103
37. ábra. Fenntartó (külső év) és detoxikációs (belső év) kezelésben részesülők helyettesítő szer szerinti megoszlása (2018; N=650).....	106
38. ábra. Opiát-helyettesítő kezelésben lévő kliensek életkor szerinti megoszlása 2018-ban (N=650; fő)	106
39. ábra. A kezelésben eltöltött idő átlagos hossza a nemként és a helyettesítő szer szerint az összes fenntartó kezelésben lévő körében (év)	107
40. ábra. Kezelésbe lépők számának alakulása a beutalás eredete függvényében, 2012 és 2018 között (fő)	109
41. ábra. Trendek az életükben először (bal oldali ábra) kezelést kezdők, és az összes kezelést kezdő (jobb oldali ábra) körében elsődleges szer szerint 2007-2018.....	111
42. ábra. Nem elterelés keretében kezelésbe lépő kliensek elsődleges szer szerinti megoszlása 2009 és 2018 között (fő).....	112
43. ábra. A kábítószer-probléma miatt kezelésbe lépő összes és új kliens átlagéletkorának alakulása 2008 és 2018 között (év)	112
44. ábra. Kezelést kezdő (nem elterelt) szerhasználók számának alakulása az egyes életkori csoportokban 2009-2018 (fő).....	113
45. ábra. Nők aránya a kábítószer-probléma miatt kezelésbe lépő összes és új kliens körében 2008 és 2018 között (év)	113
46. ábra. Az opiát helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek számának alakulása a kezelés típusa szerint 2004-2018*	114
47. ábra. Szociális és egészségügyi szolgáltatások igénybevétele az elmúlt egy év során a községi szegregátumok aktív ÚPSZ, altató-nyugató és alkohol használói körében (%; n=401)	118
48. ábra. Kihez fordulnak bizalommal szerhasználati problémáival kapcsolatban a községi szegregátumok aktív ÚPSZ, altató-nyugató és alkohol használói (%; n=401)	118
49. ábra. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása szertípusok szerint 2009-2018 között (fő).....	127

50. ábra. Az országos NFP-NNK bio-magatartás vizsgálatban részt vevő intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) nem és korcsoport szerinti bontásban, 2018-ban....	129
51. ábra. Az országos NFP-NNK bio-magatartás vizsgálatban részt vevő aktív intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2018-ban.....	130
52. ábra. Az ÚPSZ injektálás terjedésének (országos, tűcsere kliensek körében), és a kiosztott fecskendőszám csökkenésének (országos tűcsere adatok) hatása a HCV prevalenciára és annak elsődlegesen injektált szertípus szerinti alakulására (OEK országos HIV/HCV prevalenciavizsgálat sorozat, valaha injektálók) 2008-2015 között.....	132
53. ábra. Az országos OEK HIV/HCV prevalenciavizsgálatban (2006-2015) és az NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban (2018) részt vevő intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) Budapesten és a vidéki városokban (összesített érték), 2006-2018	133
54. ábra. Az országos OEK HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban (2008-2015) és az NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban (2018) részt vevő intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége nemek szerinti bontásban, 2008-2018	134
55. ábra. Az országos OEK HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban (2006-2015) és az NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban (2018) részt vevő fiatal és új intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége, 2008-2018.....	134
56. ábra. A fecskendő és eszkozmegosztás prevalenciája az elmúlt 4 hétben, elsődlegesen injektált szertípus szerinti megoszlásban az országos NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók körében, 2018-ban	135
57. ábra. Átlagos napi injektálás-szám és az utolsó eldobott fecskendő újrahasználásainak száma (csoport átlag) az országos NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók körében az elsődlegesen injektált szerek esetében, 2018-ban.....	136
58. ábra. Napi injektálók aránya és az eszkozmegosztás prevalenciája (elmúlt 4 hét) az országos OEK HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban (2009-2015) és az országos NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban (2018), 2009-2018.....	137
59. ábra. Designer szerek és klasszikus szerek jelenléte a közúti balesetekből származó, pozitív vér- és/vagy vizeletmintákban 2018-ban (N=120; esetek száma).....	138
60. ábra. Az országos NFP-NNK HIV/HCV bio-magatartás vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók fecskendő beszerzési forrásai (%) az elmúlt 4 hétben (n=218)..	144
61. ábra. A tűcsere programok fecskendőforgalmi adatai, 2010-2018 között.....	150
62. ábra. A tűcsereben részt vevő kliensek és kontaktok számának alakulása, 2010-2018	151
63. ábra. Kockázati magatartások előfordulása az elmúlt 4 hétben is injektáló válaszadók körében, az elmúlt 6 hónapra vonatkoztatva a VIII. kerületi tűcsere program volt kliensei körében (% , N=78).....	153
65. ábra. Ismertté vált kábítószer-bűncselekmények megoszlása elkövetői magatartások és szertípusok szerint, 2018.....	169
66. ábra. Vádemelés elhalasztása (elterelés) mellett megállapított pártfogó felügyelet ügyek száma 2012-2018 között	171
67. ábra. „Klasszikus” és „designer” szerek lefoglalásainak száma, 2009-2018 között	175
68. ábra. Az intravénás szerhasználathoz köthető tárgyakról kimutatott hatóanyagok 2009-2018 között (%).....	176
69. ábra. Marihuána és szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok lefoglalásainak száma 2010-2018 között	176
70. ábra. Kábítószeres átlagos utcai árai forintban 2013-2018 között.....	177
71. ábra. A regisztrált kábítószer-bűncselekmények száma Magyarországon 2008-2018 között	178
72. ábra. A kábítószer-bűncselekmények megoszlása szertípus szerint 2014-2018 között	179
73. ábra. Az injektáló eszközökben főkomponensként kimutatott leggyakoribb hatóanyagok, havi bontásban (N=4109).....	180
74. ábra. Kábítószer-gyanús anyagok lefoglalásainak száma a hazai. bv intézetekben (2009-2018).....	189

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A kábítószerügyi pályázatok főbb adatai 2018-ban	11
2. táblázat. Jogi keretek változásai az elmúlt évben	20
3. táblázat. A kannabiszhasználat életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 18-64 éves népességben 2015-ben (%) (N=100 fő).....	30
4. táblázat. A kannabiszhasználat életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 9-10. évfolyamon tanulók körében 2015-ben (%) (N=1230 fő)	32
5. táblázat. A szintetikuskannabinoid-használat és a kannabiszon kívüli más tiltott drogok életprevalencia értéke a különböző szociodemográfiai jellemzők mentén a 18–64 éves népességben; 2015 (%)	36
6. táblázat. A hagyományos stimulánsok használatának életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 18-64 éves népességben 2015-ben (%) (N=60 fő) .	46
7. táblázat. A stimulánsok használatának életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 9-10. évfolyamon tanulók körében 2015-ben (%) (N=454 fő)	48
8. táblázat. A kezelésbe lépő stimulánshasználók szociális és szerhasználati jellemzői a szerhasználat intenzitása szerinti bontásban 2018 (%) (N=853 fő).....	51
9. táblázat. A droghasználat alapján elkülöníthető látens csoportok a 18–64 éves valaha használók körében (%).....	71
10. táblázat. Járóbeteg ellátók (kezelőegységek száma és ellátottak száma) 2018-ban.....	95
11. táblázat. Fekvőbeteg ellátók (kezelőegységek száma és ellátottak száma) 2018-ban	98
12. táblázat. Összesítő táblázat a 2018-ban kábítószerfogyasztás miatt kezeltéről (fő)	100
13. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2018-ban (fő)	124
14. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek korcsoportok szerinti megoszlása 2018-ban (fő; N=33)	125
15. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek száma 2018-ban	126
16. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása 2013-2018 között (fő)	128
17. táblázat. A tüsszere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2018-ban	143
18. táblázat. Injektáló és ártalomcsökkentő segédeszközök osztása és egyéb szolgáltatások nyújtása a tüsszere végző szervezetek körében 2018-ban (jelentő tüsszere szervezetek száma, n= 29)	144
19. táblázat. Injektáló és ártalomcsökkentő segédeszközök és egyéb szolgáltatások lefedettsége a tüsszere programok körében, 2018-ban.....	145
20. táblázat. A partiszervíz szolgáltatók által osztott ártalomcsökkentő eszközök típusai 2018-ban (válaszadó szervezetek száma=19).....	146
21. táblázat. Az INDIT Közalapítvány HCV szűrővizsgálati projektjében részt vevők körében a HCV fertőzöttség előfordulási gyakorisága és a kezelést megkezdők száma toborzási helyszín szerinti bontásban, 2018/2019.....	148
22. táblázat. A bezárt VIII. kerület tüsszere volt klienseinek hozzáférése az egyes szolgáltatásokhoz a bezárt tüsszereben és jelenleg (2018, n=100 fő).....	153
23. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban 2018-ban	166
24. táblázat. 2. táblázat: Kábítószeres utcai árai euróban 2018-ban.....	166
25. táblázat. Lefoglalások száma 2014 és 2018 között.....	174
26. táblázat. Lefoglalások mennyisége 2014 és 2018 között	174
27. táblázat. A 2018-ban kezelésbe lépő fogvatartott és nem fogvatartott kliensek főbb jellemzői (N _{fogvatartott} =149; N _{nem-fogvatartott} =4560)	186
28. táblázat. Kábítószer-gyanús anyagok lefoglalásainak száma a bejuttatás formája szerinti bontásban 2018-ban	189
29. táblázat. Az NSZKK által azonosított hatóanyagok/ hatóanyagkombinációk a bv. intézetekből származó impregnált papír lefoglalásokon (2015-2018).....	189
30. táblázat. A kábítószer problémával összefüggő beavatkozások elérhetősége a hazai a bv. intézetekben 2018-ban	192

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

BSI – Brief Symptom Inventory
Btk. – Büntető Törvénykönyv
BVOP – Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága
DCO – Drogszakmai Civil Ombudsman
EFOP – Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program
ELTE – Eötvös Loránd Tudományegyetem
EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja)
EMMI – Emberi Erőforrások Minisztériuma
EMQ – European Model Questionnaire (Európai Modell Kérdőív)
ENYÜBS – Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszer
ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
GDS – Global Drug Survey
Gytv. – 2005. évi XCV. törvény
HBSC – Health Behaviour in School-aged Children
HBV – hepatitis B vírus
HCV – hepatitis C vírus
HIV – human immunodeficiency virus (emberi immunhiányt okozó vírus)
IM – Igazságügyi Minisztérium
IMEI – Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet
KEF – Kábítószerügyi Egyeztető Fórum
KEK - Kockázatelemzési és kezelési rendszer
KKB – Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság (korábban: Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság)
KKMI - Központi Kivizsgáló és Módszertani Intézet
KT – Kábítószerügyi Tanács
LEQ – Life Events Questionnaire
MÁK – Magyar Államkincstár
MFSZ – megelőző-felvilágosító szolgáltatás
MH – Magyar Honvédség
NEAK – Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
NEFI – Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet
NFP – Nemzeti Drog Fókuszpont
NNK – Nemzeti Népegészségügyi Központ
NRSZH - Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal
NSZKK – Nemzeti Szakértői és Kutató Központ
OAC – Országos Addiktológiai Centrum
OBH – Országos Bírósági Hivatal
OEK – Országos Epidemiológiai Központ
OGY – Országgyűlés
OLAAP – Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról
OPAI – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet
ORFK – Országos Rendőr-főkapitányság
OTKA – Országos Tudományos Kutatási Alapprogramok
SZGYF – Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
TÁMOP – Társadalmi Megújulás Operatív Program
TBC – Tuberkulózis
TDI – Treatment Demand Indicator (Kezelési Igény Indikátor)
ÚPSZ – új pszichoaktív szerek