



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



2013-as ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára
készítette: **Nemzeti Drog Fókuszpont**

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

REITOX

A KÖTET SZERZŐI:

CSÁK RÓBERT, Nemzeti Drog Fókuszpont

CSESZTREGI TAMÁS, Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

DUDÁS MÁRIA, Országos Epidemiológiai Központ

HORVÁTH GERGELY CSABA, Nemzeti Drog Fókuszpont

NYÍRÁDY ADRIENN, Nemzeti Drog Fókuszpont

PÉTERFI ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

PORT ÁGNES, Nemzeti Drog Fókuszpont

TARJÁN ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

VANDLIK ERIKA, Országos Addiktológiai Centrum

VARGA ORSOLYA, Nemzeti Drog Fókuszpont

LEKTORÁLTA:

CSÁKÓ IBOLYA, ELEKES ZSUZSANNA, FRECH ÁGNES, GREZSA FERENC, RÁCZ JÓZSEF, RITTER ILDIKÓ, SZEMELYÁCS JÁNOS

TARTALOMJEGYZÉK

ÖSSZEFOGLALÁS	5
1. KÁBÍTÓSZER-POLITIKA: JOGALKOTÁS, STRATÉGIA ÉS GAZDASÁGI ELEMZÉS	7
1.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	7
1.2. JOGI KERETEK	7
1.3. NEMZETI AKCIÓTERV, STRATÉGIA, ÉRTÉKELÉS ÉS KOORDINÁCIÓ	9
1.4. KÖZGAZDASÁGI ELEMZÉS	10
2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN	14
2.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	14
2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁLTALÁNOS POPULÁCIÓBAN	14
2.3. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN	14
2.4. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN	19
3. PREVENCIÓ	21
3.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	21
3.2. KÖRNYEZETI PREVENCIÓ	21
3.3. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ	22
3.4. CÉLZOTT PREVENCIÓ KOCKÁZATI CSOPORTOKBAN ÉS SZINTEREKEN	25
3.5. JAVALLOTT PREVENCIÓ	27
3.6. ORSZÁGOS ÉS HELYI MÉDIAKAMPÁNYOK	27
4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS	29
4.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	29
4.2. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÓK PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSE	29
4.3. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐ PROBLÉMÁS FOGYASZTÓK	30
4.4. INTENZÍV, GYAKORI, HOSSZÚ TÁVÚ ÉS MÁS PROBLÉMÁS DROGHASZNÁLATI MINTÁK	34
5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE: KEZELÉSI IGÉNY ÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉG	36
5.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	36
5.2. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS	36
5.3. A KEZELÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉGE	40
6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI	47
6.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	47
6.2. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK	48
6.3. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI	57
6.4. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN	60
7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAINA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE	64
7.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	64
7.2. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE	64
7.3. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE	65
7.4. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KEZELÉSE	72
8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	74
8.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	74
8.2. TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉG	74
8.3. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	77
9. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS, KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE ÉS A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI SZERVEZET	78
9.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	78
9.2. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS	78
9.3. VISSZAÉLÉS KÁBÍTÓSZERREL BŰNCSELEKMÉNYEK	81
9.4. KÖVETKEZMÉNYBŰNÖZÉS – A KÁBÍTÓSZER HATÁSA ALATT TÖRTÉNŐ BŰNELKÖVETÉS	87
9.5. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE	88

9.6. BEAVATKOZÁSOK A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYÉBEN	89
9.7. KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT ÉS PROBLÉMÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT A BÖRTÖNBEN	90
9.8. A KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEIRE ADOTT VÁLASZOK A BÖRTÖNBEN	92
9.9. A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓK REINTEGRÁCIÓJA A SZABADULÁS UTÁN	94
10. KÁBÍTÓSZERPIAC	96
10.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK	96
10.2. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT	96
10.3. LEFOGLALÁSOK	101
10.4. ÁR /TISZTASÁG	106
FELHASZNÁLT IRODALOM	111
FÜGGELÉK	113
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	113
ÁBRÁK JEGYZÉKE	114
TÉRKÉPEK JEGYZÉKE	116

ÖSSZEFOGLALÁS

A 2012-es év a kábítószerügyi koordináció feladatait tekintve az intézményi átszervezések és az új drogstratégia további módosításának jegyében telt. Az új pszichoaktív szerek megjelenése nyomán a 2012-ben kidolgozott jogszabályi háttér nyújt alapot a kockázatok értékelésére és az esetleges jogszabályi változások kidolgozására.

2012-ben nem zajlott országos reprezentatív vizsgálat az általános népesség szerhasználatával kapcsolatban. Egy, a fiatalok bűnelkövetői, erőszakos magatartásával kapcsolatos regionális kutatás felmérte a budapesti és a veszprémi 8-9-10. osztályos diákok szerhasználatát is, mely a tavalyi ESPAD vizsgálattal megegyező eredményre jutott. A vizsgálat eredményei megerősítettek több, korábbi prevalencia vizsgálatokból már ismert trendet: a kannabisz magasabb életprevalenciáját Budapesten, illetve a nők körében magasabb visszaélészerű gyógyszer-használatot.

A korábbi években meghatározott pályázati prioritások figyelembevételével továbbra is kiírásra kerültek a prevenció terület szakmai fejlesztéseit célzó pályázatok. A fiatalok bűnelkövetői, erőszakos magatartásával kapcsolatos regionális kutatás a fiatalok iskolai prevenció programokkal kapcsolatos tapasztalatait, attitűdjeit is felmérte. Az iskolai prevenció programokkal kapcsolatos kutatásban azt találták, hogy ezek a programok elérték a fiatalok nagy részét, ugyanakkor az eredmények alapján a vidéki iskolásokhoz képest a budapestiek kisebb arányban szereztek ezekből információt.

A tüsszere programok kliensei körében gyűjtött országos adatok 2012-re vonatkozóan továbbra is alátámasztják az új pszichoaktív szerek intravénás használatának növekvő előfordulási gyakoriságát. 2012-ben az utcai elnevezésű – feltehetően a pentedronra utaló – „pentakristály” volt a leggyakoribb szer az elsődlegesen egyéb szereket injektálók körében.

A kapacitások és a hozzáférhetőség szűkülése mellett az új pszichoaktív szerek folytatódó térnyerése közvetlen és közvetett módon is hatással volt a kábítószer-használók kezelésére, ellátására.

Közvetlen hatása a kezelési igény területén volt érzékelhető. Az új pszichoaktív szerek fogyasztásából adódó kezelési szükséglet továbbra is tetten érhető volt. A kezelési és tüsszere adatok alapján a közegészségügyi szempontból különösen kockázatos intravénás szerhasználói populáció esetében is meghatározóvá vált ezen szerek fogyasztása.

Egyik közvetett hatás a kezelésbe lépők számának csökkenése volt. Mivel a kezelésbe lépők többsége a büntetőeljárás elkerülése érdekében kezdett kezelést, a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények visszaesése (részben a kábítószerként nem szabályozott új pszichoaktív szereknek köszönhetően) hatást gyakorolt a kezelésbe lépők számára is.

A heroin-használattal kapcsolatos kezelési igény tovább csökkent 2012-ben, mely tendencia összhangban áll a lefoglalási, tüsszere és halálozási adatokkal egyaránt. A visszaesés oka részben a heroin hozzáférhetőségének lecsökkenése, részben pedig az új pszichoaktív szerek elterjedése lehet.

2012 folyamán a HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokat intravénás szerhasználók számára 8 városban, összesen 15 szervezetenél – drogambulanciákon, illetve tüsszere programokban – ajánlották fel rutinszerűen. A 378 intravénás szerhasználó körében – a korábbi évekhez hasonlóan – HIV-fertőzött nem került azonosításra, továbbá a HBV fertőzöttek száma is nagyon alacsony volt. A HCV prevalencia 23,2%-os volt, azonban az aktív – elmúlt 4 hétben is – injektálók körében az átlagértékhez képest szignifikánsan magasabb, 30,8%-os HCV prevalencia értéket mért a vizsgálat.

A HCV fertőzés előfordulási gyakorisága az új pszichoaktív szereket injektálók körében volt a legmagasabb, a vizsgálatba került „pentakristályt” injektálók 52,4%-a, az elsődlegesen MDPV-t injektálók 45%-a volt HCV-fertőzött. Mind a fecskendő mind az injektáló eszközök

elmúlt 4 hétben történő megosztása szintén ebben a szerhasználói csoportban volt a leggyakoribb (fecskendő megosztás: 40%-75%; eszközmegosztás: 64%-74%). Több kezelőhely is beszámolt az új pszichoaktív szerek (jellemzően MDPV) indukálta pszichotikus állapot és pszichiátriai tünetek előfordulásáról klienseik körében.

A tūcsere programok esetében 2012-ben új három éves támogatási ciklus kezdődött, melynek következtében bővült a földrajzi lefedettség, azonban jelentősen mértékben csökkent mind az osztott (35%-kal) és hozott+gyűjtött fecskendők (36%-kal), mind a kontaktok (14%-kal) száma. Ennek ellenére a kliensek számában nem figyelhető meg csökkenés, továbbá 2012-ben a programok közel ugyanannyi új klienst regisztráltak, mint 2011-ben. A becserelési arány alig változott, 71%-os volt 2012-ben. A csökkenő finanszírozási források a legnagyobb forgalmú programokat az alkalmanként becserélhető és elvihető fecskendő mennyiség korlátozására, néhány esetben csökkentett nyitvatartási időre, vagy ideiglenes bezárásra kényszerítették.

2012-ben nőtt a kábítószer-fogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetek száma a korábbi évekhez viszonyítva. Az emelkedés elsősorban stimuláns típusú szerekkel hozható összefüggésbe. Egy alkalommal GHB, 5 alkalommal új pszichoaktív szer (5-IT, 4-MEC¹) vezetett halálesethez, ami korábban nem volt megfigyelhető. További új szerek (MDPBP, fluor-amfetamin) – noha nem magas koncentrációban voltak jelen az elhunytak biológiai mintáiban – szerepet játszhattak további haláleseteknél is.

2012-ben mind a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények, mind a bűncselekményeket elkövetők száma csökkent (12,9%-kal, illetve 14,1%-kal). A bűncselekmények között valamelyest csökkent a kannabisszal elkövetett visszaélések aránya, ugyanakkor az esetek 75%-ában még mindig ez a szer volt az elkövetés tárgya. Az amfetaminnal elkövetett visszaélések aránya viszonylag nagymértékben, 6 százalékponttal emelkedett az előző évhez képest. 2012-ben a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények között a fogyasztói típusú magatartások aránya 87,8%, a kereskedői típusú tevékenységeké 10,9% volt. 2011-hez képest tovább folytatódott a kereskedői típusú elkövetések arányának évek óta megfigyelhető fokozatos csökkenése.

2012-ben 138 fogvatartott kezdett valamilyen kábítószerrel kapcsolatos kezelést vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatást, mindannyian elterelés keretében. A fogvatartás során kezelésbe kerülők esetében sokkal magasabb az intravénás szerhasználattal való érintettség mértéke, mint a nem bv. intézmény keretei között kezelésbe lépők körében.

A lefoglalási adatok alapján számottevően csökkent az ültetvényeken lefoglalt kender növények száma, ezzel párhuzamosan jelentősen emelkedett a csempészforgalomban lefoglalt marihuána mennyisége. A korábbi évekhez viszonyítva emelkedett az MDMA-tartalmú (Ecstasy) tabletták és porok piaci részesedése. Az amfetamin, a kokain és a heroin piaca 2011-hez képest nem mutatott jelentős változást 2012-ben.

Az új szintetikus szerek közül a szintetikus kannabinoidokat tartalmazó növényi anyagok lefoglalásai megduplázódtak, a jellemzően katinon-származékokat tartalmazó porokban 2012-ben a pentedron volt a leggyakoribb hatóanyag.

Az új pszichoaktív szerek töretlen népszerűségéhez a hagyományos szerekhez viszonyított alacsonyabb árak is hozzájárul, különösen a „szintetikus fű”-ként kínált növényi keverékek esetében, melyek már 1000-1500 Ft-os grammonkénti áron beszerezhetők, szemben a marihuána 2500 Ft körüli átlagárával. A klasszikus kábítószerek utcai árai nem változtak érdemben az előző évekhez képest.

¹ 2012. január 1-től kábítószernek minősül.

1. KÁBITÓSZER-POLITIKA: JOGALKOTÁS, STRATÉGIA ÉS GAZDASÁGI ELEMZÉS²

1.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

Az új pszichoaktív szerek megjelenése szükségessé tette a jogszabályi környezet megváltoztatását. A 66/2012. Kormányrendelet és a 2005. évi XCV. törvény módosítása tette lehetővé, hogy a folyamatosan változó piaci körülményeket követve, a kockázatok felmérése mellett reagálhassanak a problémában érintett szervek. (A jogszabályi változásokról részletesen lásd a 2012-es Éves Jelentést.)

A Magyar Köztársaság minisztériumainak felsorolásáról szóló 2010. évi XLII. törvény értelmében a Nemzeti Erőforrás Minisztérium 2012. május 14-én megszűnt, jogutódjának az Emberi Erőforrások Minisztériumát (a továbbiakban: EMMI) kell tekinteni.

A kábítószer-megelőzési és kábítószerügyi koordinációs feladatok 2013. január végéig az Emberi Erőforrások Minisztériuma Szociális, Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkárságának hatáskörébe tartozott, ahol az Ifjúságügyi Főosztály Nemzeti Drogmegelőzés Koordinációs Osztálya látta el ezeket a tevékenységeket.

A 4/2013. (I. 31.) EMMI utasítás módosította az Emberi Erőforrások Minisztériuma Szervezeti és Működési Szabályzatát, amely szerint a kábítószer-megelőzési és kábítószerügyi koordinációs feladatok tekintetében, 2013. február 1-től a sportért és ifjúságért felelős államtitkár látja el a szakmai, politikai irányítást.

Az EMMI Sportért és Ifjúságért Felelős Államtitkárságán az ifjúságügyért, valamint a drogmegelőzési és koordinációs feladatokért közvetlenül felelős állami vezető az ifjúságért és sportkapcsolatokért felelős helyettes államtitkár.

1.2. JOGI KERETEK

Kábítószer-témában hozott törvények, rendeletek, irányelvek

- a) 2012. évi C. törvény (VII.13.) a Büntető Törvénykönyvről

Az Országgyűlés által 2012. június 25-én elfogadott új Büntető Törvénykönyv (Btk.) 2013. július 1-én lépett hatályba, ezért az abban foglaltakról a 2014-es Éves Jelentésben szükséges beszámolni.

- b) 2012. évi CCXII. törvény (XII.27.) az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról

A 2012. évi CCXII. törvény módosította az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvényt (Gyógyszertörvény), így az új pszichoaktív szerekre vonatkozó szabályozást a törvény 15-15/C. szakaszai tartalmazzák. A kábítószeres és pszichotróp anyagok, valamint kábítószerként és pszichotróp anyagként minősített gyógyszerekre és új pszichoaktív anyagokra vonatkozó külön rendelkezések 15/C. szakaszának módosításával a kockázatértékelés menetében történt változás: amennyiben az 1 éven belüli, az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információcseréről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről szóló 2005. május 10-i 2005/387/IB tanácsi határozat szerinti kockázatértékelés lezárásához a szakértői szerv megállapításai szerint nem áll

² A fejezet szerzői: Horváth Gergely Csaba, Varga Orsolya

rendelkezésre elegendő adat, az új pszichoaktív anyag minősítése további 1 évre meghosszabbítható.

A Gyógyszer-törvény módosításának értelmében az EU Tanácsa mellett a WHO és az ENSZ szakosodott szervei által kezdeményezett kockázatértékelésre is figyelemmel kell lenni az új pszichoaktív anyaggá történő minősítés, illetve a megfelelő pszichotróp anyag jegyzékre történő felvétel során.

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

A 2012. évi II. törvény módosításával 2013. július 1-től a Kábítószer-rendészeti szabálysértés tényállása kiegészült az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos szabályozással. A változásról a 2013-as Éves Jelentésben szükséges beszámolni.

- d) 66/2012. Kormányrendelet (IV.2.) a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról

A 66/2012. Kormányrendelet C) jegyzékére 2012 novemberében 4 új pszichoaktív anyag (szintetikus kannabinoid) került fel: UR-144, 5FUR-144, STS-135 és AKB 48. A módosítás 2012. november 21-től hatályos a 308/2012. Kormányrendelet (XI.6.) alapján.

- e) 20/2012. EMMI rendelet (VIII.31.) a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról

A 20/2012. EMMI rendelet X. fejezete határozza meg a nevelési-oktatási intézmény feladatait a gyermek, a tanuló egészségfejlesztésével összefüggésben. A rendelet részletes ismertetését lásd a 3.1 fejezetben.

- f) 16/2012. HM rendelet (VIII.2.) a hivatásos és szerződéses katonai szolgálatra, valamint a katonai oktatási intézményi tanulmányokra való egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasság elbírálásáról, továbbá az egészségügyi szabadság, a szolgálatmentesség és a csökkentett napi szolgálati idő engedélyezésének szabályairól szóló 7/2006. (III. 21.) HM rendelet módosításáról

A rendelet értelmében a MH drogpreevenciók tevékenység racionalizálásával kapcsolatosan - a 2012. évi módosított költségvetéssel összhangban - az alkalmasság-vizsgálat keretében a vizsgálatok száma csökkentésre került a misszióba kimenő állomány és az előmenetelre tervezett állomány vonatkozásában. Az állomány véletlenszerűen kiválasztott, 50%-os mintáját vetették alá kábítószer-szűrővizsgálatnak.

- g) 55/2012. EMMI rendelet (XII.27.) egyes gyógyszerekkel és orvostechnikai eszközökkel kapcsolatos miniszteri rendeletek módosításáról

Az 55/2012. EMMI rendelet 11.§ i) pontjában módosította a 44/2004. ESZCSM rendelet (IV.28.) 16.§ 3.a) pontját az orvosi rendelvényre kiadható gyógyszerek kiadási rendjéről. (bővebben lásd a 10.2. fejezetben).

- h) 40/2012 HM utasítás (VI.15.) a Magyar Honvédség Drogpreevenciók Bizottságáról

A 40/2012 HM utasítás döntés-előkészítő, véleményező és javaslattevő jogkörrel Drogprevenció Bizottságot hozott létre. A HM-MH szervezeti elemeinél történő személyi változások következtében új bizottsági tagok delegálása vált szükségessé.

Jogalkalmazás³

A Legfőbb Ügyészség adatai alapján 2012. évben 2187 személy elítélésére került sor visszaélés kábítószerrel bűncselekmény valamely alakzata miatt, a következő elkövetői magatartásokhoz kapcsolódóan:

- a Btk. 282. ill. 282/B. §-ába ütköző fogyasztói jellegű tevékenységek miatt 1848 főt (84,5%);
- a Btk. 282/A., ill. 282/B. §-ába ütköző kereskedői típusú tevékenységek miatt 515 főt (23,5%);
- a Btk. 282/C. §-ába ütköző magatartások (a kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói, ill. kereskedői típusú tevékenységek) miatt 142 főt (6,5%);
- a Btk. 283/A. §-ába ütköző tevékenység miatt 7 főt (0,3%);
- a Btk. 283/B. §-ába ütköző tevékenység (kereskedői típusú visszaélés új pszichoaktív anyaggal) miatt 0 főt;
- egyéb magatartások miatt 37 főt (1,7%).

A 2012. évben jogerősen elítélt 2187 személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- végrehajtandó szabadságvesztés 345 fő
- végrehajtásában felfüggesztett szabadságvesztés 462 fő
- közérdekű munka 404 fő
- pénzbüntetés (beleértve a felfüggesztett pénzbüntetést) 543 fő
- megrovás intézkedés 22 fő
- próbára bocsátás intézkedés 419 fő
- mellékbüntetés: 8⁴ fő

1.3. NEMZETI AKCIÓTERV, STRATÉGIA, ÉRTÉKELÉS ÉS KOORDINÁCIÓ⁵

Nemzeti stratégia

A tárca vezetése 2010 decemberében új drogpolitikai dokumentum kialakítása mellett döntött, ennek megfelelően 2012 leghangsúlyosabb feladata továbbra is az új nemzeti drogstratégia előkészítése volt. Az előterjesztés stratégiai elemekkel történő kiegészítése (SWOT tábla, intézkedési terv, pénzügyi becslés, a nyomon követés rendszere) megtörtént a kormányzati stratégiai irányításról szóló 38/2012. (III.12.) Korm. rendelet alapján. Az előterjesztés 2012. szeptember 19-én szakmai vezetői értekezleten, majd 2012. szeptember 25-én miniszteri értekezleten elfogadásra került, a közigazgatási egyeztetésre már 2013 első negyedévében került sor, 2013. május 8-án a közigazgatási államtitkári értekezlet tárgyalta meg.

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

⁴ Míg 2011-ben önálló mellékbüntetésre 500 főt ítéltek el, addig 2012-ben 8 főt. A jelentős különbség oka a szankciórendszer megváltozása volt. A Btk. 38.§-a egységesítette a büntetéseket, és a korábbi, önállóan is alkalmazható mellékbüntetések egy része ezen cím alatt szerepel. A 2012-es évben a mellékbüntetések kizárólag a közügyektől eltiltást és a kitiltást (Btk. 38.§ (2) a), b)) tartalmazzák. A 2012-es Éves Jelentésben a szabadságvesztés büntetés helyett az önállóan is kiszabható foglalkozástól eltiltás, járművezetéstől eltiltás és kiutasítás szerepelt.

⁵ A Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztály 2012. évi tevékenységéről szóló beszámolója (EMMI 2013) felhasználásával.

Az akcióterv megvalósítása

2012-es évre vonatkozóan nem született akcióterv, a kábítószer-probléma kezelésével kapcsolatos feladatok végrehajtását az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) Szociális, család- és ifjúságügyért felelős Államtitkárságának szakmai irányítása alá tartozó Ifjúságügyi Főosztály Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztálya biztosította.⁶

2012-ben az Emberi Erőforrások Minisztériuma összesen négy kategóriában hirdetett meg kábítószerügyi témájú pályázatokat. A pályázati úton kiosztott támogatások összege 135 millió forint (465.710 €) volt, összesen 207 nyertes pályázat született. A pályázatok keretében prevenciós programok valósulnak meg, valamint a kábítószer-probléma kezelését ellátó intézmények, civil szakmai szervezetek jutnak jellemzően működés kiegészítési támogatáshoz.

Koordinációs intézkedések

A Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztály feladatai közé tartozik a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (a továbbiakban: KKB) működtetése. A KKB 2012-ben összesen három alkalommal ülésezett. A munkatervben foglaltaknak megfelelően az éves bizottsági munka szerves részét képezték az egyes ágazati és szakterületi áttekintések és beszámolók. A jogszabállyal vagy közjogi szervezetszabályozó eszközzel létrehozott testületek felülvizsgálatáról szóló 1158/2011. (V. 23.) Korm. határozat, valamint az abban foglalt feladatok végrehajtásáról szóló 1452/2011. (XII. 22.) Korm. határozat alapján a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság átalakítása 2012-ben elkezdődött. A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság átalakítása a tárcák és a kormányhivatalok képviselőiből álló Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság működtetése mellett a civil delegáltakat magába foglaló különálló Kábítószerügyi Tanács létrehozásával 2013-ban zajlik.

1.4. KÖZGAZDASÁGI ELEMZÉS

A kínálati bűncselekmények eljárási költségei

Joghatásosságot vizsgáló kutatás zajlott a kínálati oldali kábítószer-bűncselekményekhez kapcsolódóan (Ritter 2013b), mely a kínálat bűncselekmények eljárási költségeit is vizsgálta.⁷ A kutatás alapján egy kínálati oldali kábítószer-bűncselekmény eljárására fordított eljárási átlagköltség az elmúlt 5 évben 1.328.000 Ft (4580 €) volt.⁸ A mintába került ügyek alapján átlagosan mintegy 280.000 (965 €) Ft eljárási költség jutott egy elkövetőre az ilyen vonatkozású ügyekben. A két szélsőérték a mintába került esetekben 75.000 Ft/ügy (260 €) illetve 12.350.000 Ft/ügy (42586 €) volt. Ezeket a költségeket az ügyészek a vádiratban az elkövetőkre javasolnak terhelni.⁹

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

⁷ Módszertant lásd 9.2 fejezet.

⁸ Eljárási költség alatt e bűncselekmény vonatkozásában jellemzően a szakértői vizsgálatok és szakértők költségeit, ill. a tolmács alkalmazásának költségeit értik. Nem tartoznak bele egyéb közvetett költségek, így az operatív felderítés költségei, azon egyéb eljárási költségek, amelyek az eljáró hatóságtól bizonyos eljárási cselekmények megvalósítását követelik, valamint az eljáró hatósági személyek munkaköltsége. (1998. évi XIX. tv. a büntetőeljárásról: 74.§ (1) Bűnügyi költség fogalma).

⁹ A tényleges, közvetlen eljárási/bűnügyi költség ennél is magasabb, mert bizonyos eljárási cselekmények és szakértői vizsgálatok költségeit nem lehet minden esetben az elkövetőre terhelni. Ez a tétel nem tartalmazza a közvetett költségeket.

Az Emberi Erőforrások Minisztérium címkézett kiadásai¹⁰

A kábítószer-fogyasztással összefüggő feladatok ellátására részben az Emberi Erőforrás Minisztériuma által koordinált KAB pályázatok biztosították a fedezetet. A 2012-ben kiírt pályázatok támogatási időszaka a 2013-as naptári évre is átnyúlt. A támogatási rendszer területei a következők voltak 2012-ben:

- A szenvedélybetegek felépülési folyamatainak támogatása tárgykörében 73 érvényes pályázat érkezett, ebből 53 pályázat nyert támogatást, összesen 39.755.000 forint (137.143 €) értékben.
- Kábítószer-prevenációs programok támogatására érkezett 200 érvényes pályázatból 90 pályázat nyert támogatást, összesen 60 millió forint (206.982 €) értékben.
- A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok tevékenységének támogatására 43 érvényes pályázatból 39 került támogatásra, mintegy 19 millió forint (65.082 €) értékben.
- Új elemként jelent meg a gyermekvédelmi szakellátás területén egészségfejlesztési-drogmegelőzési programok támogatása. E kategóriában 54 pályázat került elbírására. A 25 nyertes program összesen 10 millió forintot (34.497 €) használhatott fel.

¹⁰ A fejezetben az összegek a 2012-es hivatalos euró középárfolyam (1€ = 289,88Ft) szerint kerültek kiszámításra.

1. táblázat. A célzottan kábítószerügyi pályázati kiíráshoz kapcsolódó megítélt támogatások összege célterületek szerint 2012-ben¹¹

Támogatási célterület	Megítélt összeg (HUF)	Megítélt összeg (EUR)
Szenvedélybetegek felépülési folyamatainak támogatása /KAB-FF-12/		
A pályázat célja a szenvedélybetegek, a drogproblémákkal küzdők felépülési folyamatának támogatása. A terápiás folyamat erősítése, reszocializációs és rehabilitációs programok, valamint helyettesítő kezelések kiegészítő működési támogatása, illeszkedve a nemzeti és nemzetközi kábítószerügyi stratégiai dokumentumok céljaihoz.	39.755.000	137.143
Kábítószer-prevenációs programok támogatására /KAB-ME-12/		
A pályázat célja célzott és javallott prevenációs programok támogatása, illeszkedve a nemzeti és nemzetközi kábítószerügyi stratégiai dokumentumok céljaihoz. A pályázat keretében a helyi közösségi résztvevők együttműködésén alapuló, a családi rendszer megerősítését elősegítő programok támogatására van lehetőség.	60.000.000	206.982
Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működési feltételeinek biztosítására, valamint a drogprobléma kezelését célzó helyi stratégiák megvalósulásának előmozdítására /KAB-KEF-12/		
Általános cél, hogy a KEF-ek multidiszciplináris teamként, a helyi közösségi színtereken zajló, a drogfogyasztás jelenségkörére reagáló tevékenységek elősegítése érdekében, a területén működő intézmények és a helyi közösség bevonásával legyenek képesek:		
1. a térségben adódó egyes szolgáltatási területekhez kapcsolódó (drogprevenációs, egészségfejlesztési, kezelési, ellátási, és kínálatcsökkentési) szükségleteket felmérni és megoldási javaslatokat kidolgozni,	18.866.000	65.082
2. az egyes szolgáltatási területekhez kapcsolódó programok lebonyolítását kezdeményezni és megvalósítását összehangolni,		
3. az egyes szolgáltatási területeken belül prioritásokat felállítani,		
4. a szolgáltatási területekhez kapcsolódó helyi tevékenységek, programok, fejlesztések megvalósulását koordinálni,		
5. helyi stratégia, éves cselekvési terv elkészítésére, végrehajtására, az egyes tevékenységek, programok koordinálására valamint az éves tevékenység értékelésére.		
A gyermekvédelmi szakellátás területén egészségfejlesztési-drogmegelőzési programok támogatására /KAB-GY-12/		
A pályázat célja a gyermekvédelmi szakellátás területén, a családjából hatósági intézkedéssel kiemelt, nevelőszülőknél, gyermekotthonban elhelyezett gyermekek, utógondozói ellátott fiatal felnőttek, valamint nevelőszülei, és a nevelőszülői hálózatban, gyermekotthonban személyes gondoskodást nyújtó munkakörökben foglalkoztatottak számára egészségfejlesztési-drogmegelőzési programok támogatása, illeszkedve a nemzeti és nemzetközi kábítószerügyi stratégiai dokumentumok céljaihoz.	10.000.000	34.497
Összesen	128.621.000	443.704

Forrás: NCSSZI 2013, EMMI 2013

¹¹ KAB döntési listák összegzése alapján.

Összegezve, a KAB pályázatok keretében 128,621 millió forint (443.704 €) került kiosztásra 369 pályázat részére. 2012-ben egyedi támogatás útján 4, a kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos feladat finanszírozására került sor 13,25 millió Ft (45.689 €) összegben.

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Programigazgatóságának egységeként működő Nemzeti Drogmegelőzési Iroda számára a fejezeti kezelésű előirányzat terhére 105.700.000 forint (364.482 €) került átadásra. Ebből 101.900.000 forint (351.379 €) a „Megelőző-felvilágosító szolgáltatás” finanszírozását biztosította, 3.800.000 forint (13.103 €) a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok országos valamint regionális szintű műhelykonferenciáinak és a szülők számára drogrevenüciós kiadvány elkészítésének támogatására került felhasználásra (EMMI 2013).

A büntetés-végrehajtás szervezet számára, a drogterülethez közvetlenül vagy közvetetten kapcsolódó tevékenységek ellátására a központi költségvetésből rendelkezésre álló, elkülönített keret a 2012. évben összesen 10.000.000 forint (34.482 €), valamint a 2011. évi központi költségvetés XX. Nemzeti Erőforrás Minisztérium fejezetének 20/14 címrendű „A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos feladatok” megnevezésű előirányzata terhére 2011. évi maradványból 5.000.000 forint (17.241 €) volt. A fenti összegből a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága a kezeléshez kapcsolódó megbízási díjak finanszírozására és eszközök beszerzésére összesen 7.000.000 forintot (24.137 €) adott az intézetek részére (BVOP 2013).

Következtetések

A 2012-es év a kábítószerügyi koordináció feladatait tekintve az intézményi átszervezések és az új drogstratégia további módosításának jegyében telt. Az új pszichoaktív szerek megjelenése nyomán a 2012-ben kidolgozott jogszabályi háttér nyújt alapot a kockázatok értékelésére és az esetleges jogszabályi változások kidolgozására.

2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN¹²

2.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

2012-ben nem zajlott országos reprezentatív vizsgálat az általános népesség szerhasználatával kapcsolatban. Ugyanakkor két speciális populáció drogfogyasztási mintázatairól készült felmérés. Magyarországon első alkalommal felmérést készítettek a szexmunkások drogfogyasztásáról. A Magyar Tudományos Akadémia Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézete pedig a fiatalok bűnelkövetői, erőszakos magatartásával kapcsolatos kutatásában felmérte a budapesti és a veszprémi 8-9-10. osztályos diákok szerhasználatát is.

2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁLTALÁNOS POPULÁCIÓBAN

Nincs új információ.

2.3. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN

Regionális vizsgálat – Budapesti és veszprémi fiatalok szerhasználatára

Az MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézete egy nemzetközi vizsgálat¹³ résztvevőjeként kérdőíves vizsgálatot végzett 8-9-10. osztályba járó fiatalok körében (Albert és Tóth 2012). A kutatás célja az volt, hogy a 14-17 éves korosztályban felmérjék, milyen mértékben váltak bűncselekmények áldozatává, illetve ők maguk milyen mértékben követtek el szabálysértéseket, bűncselekményeket. Ehhez kapcsolódva rákérdeztek arra is, hogy milyen mértékben fogyasztanak alkoholt és különféle tiltott szereket ebben a korosztályban, valamint, felmérték, hogy milyen jellegű tapasztalataik és elvárásaik vannak a szerfogyasztás és a bűnelkövetés prevenciójával kapcsolatban (a prevencióval kapcsolatos eredményekről bővebben a 3.2. fejezetben írunk).

Az adatfelvétel Budapesten (N=1100) és Veszprém megyében (N=1004) zajlott, a mintát többszörös rétegzett mintavétellel alakították ki, az adott területen működő általános iskolák és középiskolák listájából kiindulva. A kutatásban használt kérdőív alapjául az ISRD (International Self-reported Delinquency Study) szolgált, így az eredmények – bizonyos korlátok között – a korábbi Magyarországi ISRD kutatásokkal¹⁴ összehasonlíthatóak. Ezen kívül a minta átlagéletkorát 15-16 év közé tették, hogy az eredmények összevethetőek legyenek az ESPAD eredményeivel is. Az eredmények értelmezésekor figyelembe kell venni, hogy a kutatás fő témája nem a szerhasználat volt, a így a kutatás módszertana nem egyezik meg az iskolás korúak körében végzett drogepidemiológiai vizsgálatok módszertanával.

A korábbi ESPAD vizsgálatok eredményeit megerősítve, a kutatás jelentős eltérést talált vidék és főváros között a kannabisz használatban: a fővárosi iskolások szignifikánsan nagyobb arányban próbálták ki, mint a veszprémiek. A fővárosi 10. osztályos fiatalok

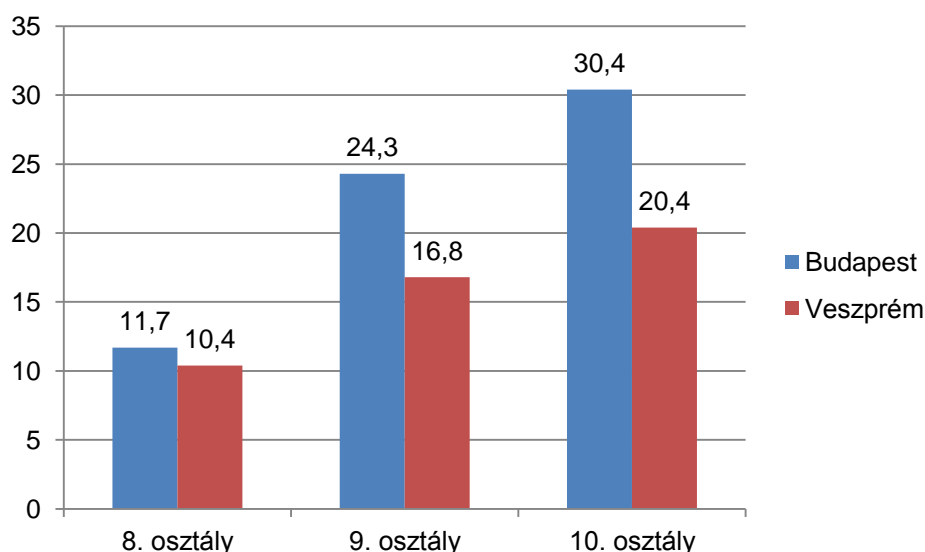
¹² A fejezet szerzője: Csák Róbert

¹³ a kutatásról bővebben a kutatás honlapján: <http://www.youprev.eu/>

¹⁴ lásd pl.: Kerezsi Klára-Parti Katalin (szerk): Látens fiatalkori devianciák. Fiatalkori devianciák egy önbevalláson alapuló felmérés tükrében - ISRD-2. ELTE AJK Kriminológiai Tanszék – OKRI, Budapest, 2008.

körében a kannabisz életprevalenciája 30,4%, ugyanez az arány a Veszprém megyei fiatalok körében 20,4% volt.

1. ábra. A kannabisz-fogyasztás életprevalenciája a megkérdezettek körében (%)



Forrás: Albert és Tóth 2012

Nem találtak viszont különbséget Veszprém és a főváros között abban, hogy a kannabiszon kívül milyen szereket próbáltak már ki a fiatalok, a válaszadók körében ugyanazok a szerek voltak jellemzőek mindkét csoportban. A kérdőívben az erre vonatkozó kérdésnél nem csak illegális szerekre kérdeztek rá, a felsorolt szerek az alábbi táblázatban láthatóak. A kannabiszon kívüli szerek között a legmagasabb életprevalenciája az orvosi javaslat nélküli nyugtató/altató fogyasztásnak volt (8,9%), a második helyen az alkohol és gyógyszer kombinációja állt (6,5%).

2. táblázat. A kannabiszon kívül felsorolt szerek életprevalencia értékei a megkérdezettek körében (2012)

	életprevalencia (%)
nyugtató/altató (orvosi javaslat nélkül)	8,9
alkohol gyógyszerrel	6,5
ecstasy és amfetamin	6,1
szipuzás	5,6
anabolikus szteroid	3,6
heroin, kokain, crack	3,4
lsd és más hallucinogének	3,0
mágikus gomba	2,9
ritalin	1,6

Forrás: Albert és Tóth 2013

További eltérés még, hogy a csak alkoholt fogyasztók között több volt a Veszprém megyei, míg a csak kábítószerrel illetve a kábítószerrel és alkohollal is fogyasztók között több volt a budapesti.

A kutatók fontos különbséget találtak a szerhasználat prevalenciájában a különböző iskolatípusok között. A középiskolások közül a gimnáziumba járók körében volt a

legalacsonyabb a szerhasználók aránya, őket követik a szakközépiskolások, majd végül a szakiskolások. A droghasználók aránya összességében a vidéki szakiskolákba járók körében volt a legmagasabb, így a kutatók őket tartják a legveszélyeztetettebb csoportnak (különösen azért, mert az alkoholfogyasztás is ennél a csoportnál volt a leggyakoribb).

A szakiskolások körében volt a legmagasabb azoknak az aránya is, akik a kannabiszon kívül más szert is kipróbáltak már (Budapest: 24,0%, Veszprém megye: 30,3%). A teljes mintában ennél alacsonyabb, 17,7 % volt azoknak az aránya, akik a marihuánán kívül legalább egy, a vizsgálatban felsorolt szert is használtak már életükben legalább egyszer (a megkérdezettek döntő többségükben egy további szer kipróbálásáról számoltak be).

3. táblázat. A kannabiszon kívül más szert is kipróbálók aránya a megkérdezettek körében (%)

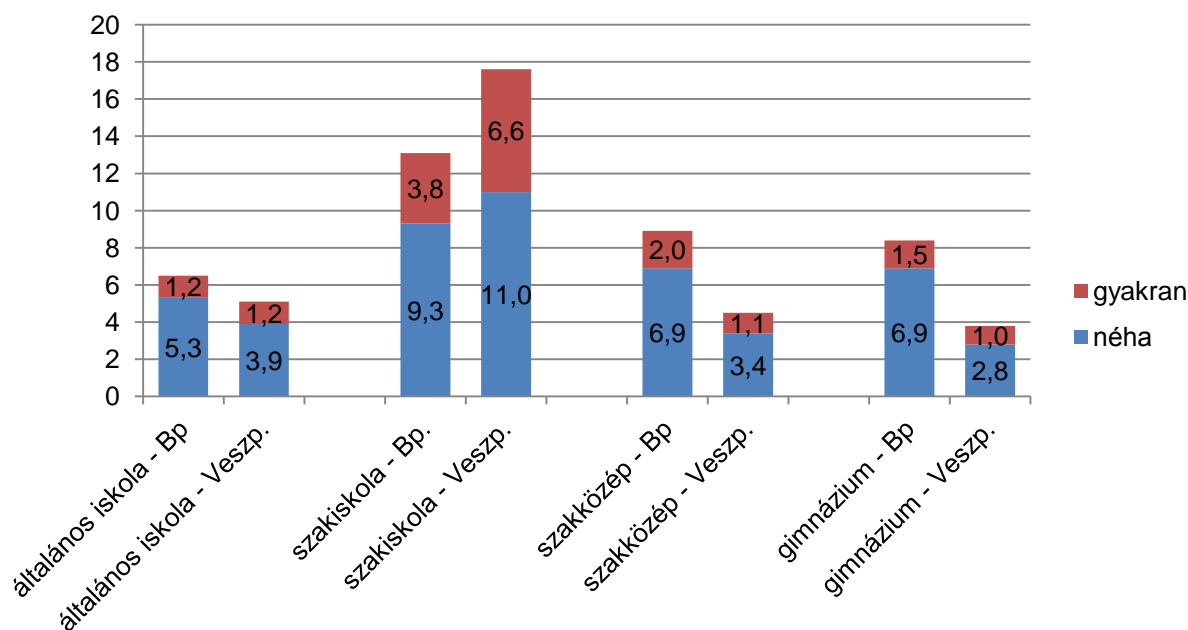
	Budapest	Veszprém megye
általános iskola	12,5	12,4
szakiskola	24,0	30,3
szakközépiskola	20,2	16,0
gimnázium	14,9	13,7
összesen	17,4	17,0

Forrás: Albert és Tóth 2012

Amikor általánosságban, konkrét anyag meghatározása nélkül kérdeztek rá a szerhasználatra, mint szabadidős tevékenységre¹⁵, a kutatásban szignifikáns különbséget találtak fiúk és lányok között: A fiúk 10%-a, a lányok 4%-a mondta, hogy szabadidős tevékenységként több-kevesebb gyakorisággal fogyaszt valamilyen kábítószer. Míg a fiúk esetében Budapest és vidék (Veszprém megye) között nem volt különbség, a lányoknál volt eltérés ebben a tekintetben, a budapesti lányok nagyobb arányban fogyasztottak valamilyen szert, mint a vidéken élők. A konkrét szerekre rákérdezve a nemek között csupán egy esetben találtak eltérést, a nyugtatók életprevalenciája valamivel nagyobb volt a lányok körében.

¹⁵ A kérdőívben itt nem konkrét szerekre és meghatározott időszakra (az elmúlt hónapra, évre vagy életprevalenciára) kérdeztek rá, hanem arra, hogy általánosságban előfordul-e, hogy a szabadidős tevékenység részeként alkoholt vagy valamilyen szert fogyasztott. A kérdés így hangzott: „Szabad időben általában mint csinálsz? A következőket milyen gyakran csinálod?”. Ezután egyenként felsoroltak különféle tevékenységeket melyek között szerepelt a "drogozok" és a "sört vagy más alkoholt iszom" is. A válaszlehetőségek a következők voltak: "soha", „néha”, „gyakran”.

2. ábra. Szabadidős tevékenységként néha és gyakran¹⁶ drogot fogyaszt, a válaszadók százalékában (N=2093)



Forrás: Albert és Tóth 2012

A válaszok alapján az életkorral növekedett a szabadidejükben valamilyen szert használók aránya (14 évesek: 4,4%, 17 éves és idősebbek: 13,3%), azonban a droghasználatban nem okozott olyan nagy növekedést a középiskola elkezdése, mint az alkohol esetében.

4. táblázat. Szabadidős tevékenységei között szerepel az alkohol- ill. drogfogyasztás, a válaszadók százalékában (N=2093)

	14 évesek	15 évesek	16 évesek	17+ évesek	Együtt
drogfogyasztás ¹⁷	4,4%	6,3%	8,7%	13,3%	7,9%
alkoholfogyasztás	45,2%	56,5%	71,0%	79,6%	63,1%

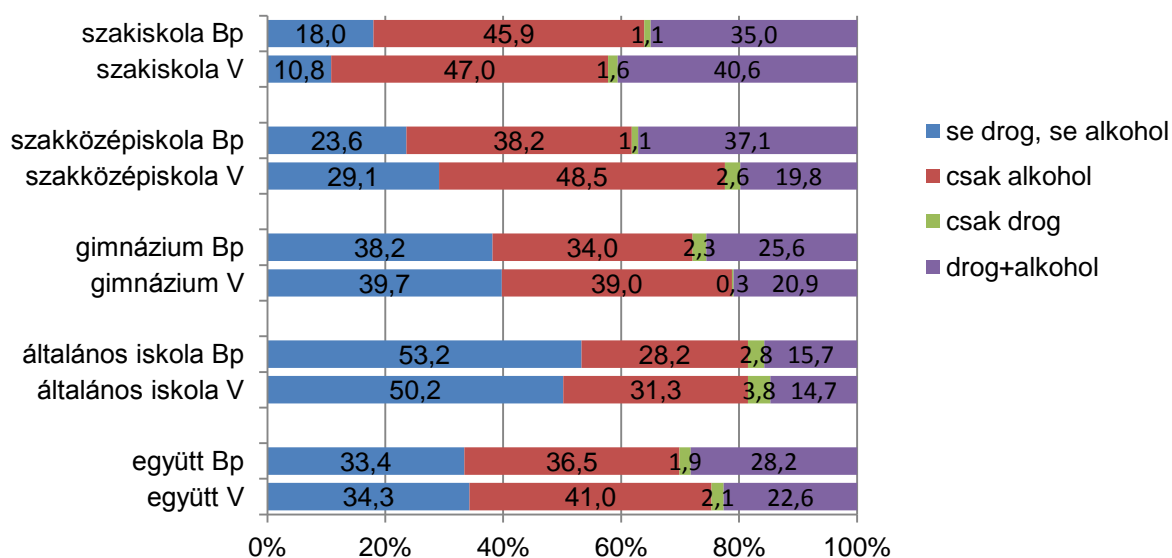
Forrás: Albert és Tóth 2012

A kutatásban összevontan elemezték a fiatalok alkoholfogyasztását és az illegális szerek használatát. Azt találták, hogy a 14-17 évesek egyharmada (Budapest: 33,4%, Veszprém megye: 34,3%) nem fogyaszt se alkoholt se kábítószer. A budapesti iskolások között szignifikánsan magasabb volt az alkoholt és kábítószer fogyasztók aránya, míg Veszprém megyében a csak alkoholt fogyasztók voltak többen. A „csak drogot” fogyasztók kategóriájába jellemzően olyan fiatalok tartoztak, akik inhalánsokat fogyasztottak, „szipuztak”, vagy orvosi javaslat nélkül szedtek nyugtatót/altatót – mely szerek használatát a válaszadók „drogozásnak” tekintették.

¹⁶ A kérdés általánosságban a szabadidő eltöltésére vonatkozott (lásd az előző lábjegyzetet), a „néha” és a „gyakran” nem volt pontosabban meghatározva

¹⁷ A szabadidőre vonatkozó kérdésnél nem volt pontosabban meghatározva, hogy a illegális szerekre vonatkozik-e a kérdés, a válaszadók értelmezésére bízták, hogy milyen szabadidős tevékenységüket sorolják a „drogozás” alá.

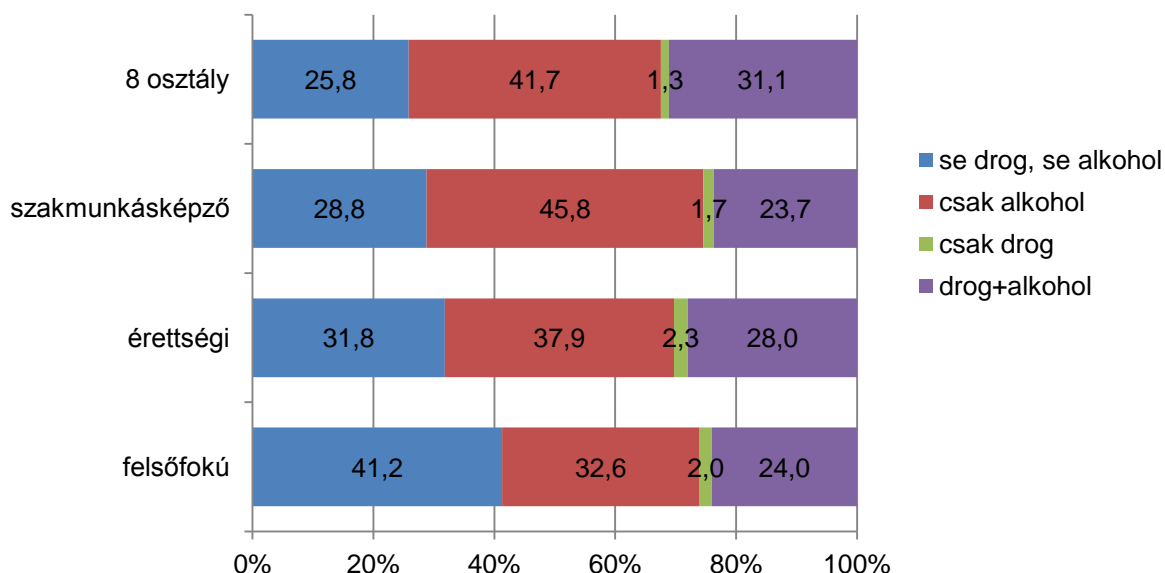
3. ábra. A budapesti (Bp) és Veszprém megyei (V) iskolákba járó fiatalok megoszlása aszerint, hogy fogyasztanak-e alkoholt és/vagy kábítószeret (%)



Forrás: Albert és Tóth 2012

A kutatásban megvizsgálták a szerhasználat és a családi háttér összefüggését, és azt találták, hogy az anya iskolai végzettsége erős összefüggésben volt azzal, hogy a fiatalok milyen arányban fogyasztottak valamilyen szert. Minél magasabb volt az anya iskolai végzettsége annál nagyobb volt azoknak az aránya, akik szabadidős tevékenységként se drogot se alkoholt nem fogyasztanak. A kábítószer és alkoholt is fogyasztók aránya azok körében volt a legmagasabb (31,1%), akiknél az édesanya legmagasabb iskolai végzettsége 8 osztály volt.

4. ábra. Alkohol és kábítószer-fogyasztás előfordulása az anya legmagasabb iskolai végzettsége szerint (%)



Forrás: Albert és Tóth 2012

2.4. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN

Szexmunkások

Móro és munkatársai kérdőíves felmérést végeztek szexmunkások körében a szerhasználatukról. Az adatfelvétel Budapesten és környékén zajlott, 2010 tavaszán ért véget, a mintába 510 szexmunkás (46 férfi, 464 nő) került be. A megkérdezetteket a Szexmunkások Érdekvédelmi Egyesületének segítségével érték el. A szerhasználatot 15 legális és illegális szerrel kapcsolatban mérték fel, a következő kategóriák szerint: soha, kipróbálás (1-2 alkalom), régebben használta, jelenleg használja. Ez utóbbi két kategóriánál megkülönböztettek "rendszeres" (legalább heti egy alkalom) és "alkalomszerű" (kevesebb mint heti egy alkalom) használatot. A szerhasználati problémák feltárására az ASI és az EuropASI kérdéseit használták.

A szexmunkások körében az illegális szerek közül a legmagasabb prevalenciaértékkel a kannabisz rendelkezett (rendszeres használat: 27%, alkalomszerű használat: 15%), ezt követi az amfetamin (rendszeres használat: 17%, alkalomszerű használat: 9%), az ecstasy (rendszeres használat: 12%, alkalomszerű használat: 11%), a kokain (rendszeres használat: 8%, alkalomszerű használat: 12%). A többi szer (GHB, heroin, alkohol és gyógyszer kombinációja) prevalenciája 1-4% között mozgott. Az tehát megállapítható, hogy a szexmunkások körében jelentősen magasabb az illegális szerek prevalenciája mind a teljes lakossághoz, mind a minta átlagéletkorának (29 év) megfelelő 18-34 év közötti korcsoporthoz viszonyítva.

A szerhasználat céljaként a hangulatjavítást (23%), a bulizást (17%) jelölték meg leggyakrabban, azaz a teljes lakossághoz hasonlóan a szerhasználat a szexmunkások körében is jellemzően rekreációs célú. Ezzel együtt voltak a szexmunkás élethez kapcsolódó okai is a szerhasználatnak: a megkérdezettek 6%-a fogyasztott valamilyen szert azért, hogy segítsen elviselni a klienst, 9% a fáradtság ellen, az éjszakai ébrenlét megkönnyítése miatt használt kábítószer. Ugyanakkor sokkal nagyobb arányban használtak már valamilyen kábítószer klienssel (63%), mint a saját partnerükkel (38%). Jelentős eltérés találtak a szerhasználatban a szexmunka helyszíne szerint: az utcai szexmunkások 38%-a számolt be rendszeres amfetaminhasználatról, de senki nem használt rendszeresen kokaint, az eskortlányok esetében viszont 38% volt a rendszeres kokainhasználók aránya, és körükben nem volt rendszeres amfetaminhasználó. Mind a 11 fő (2%) mintába bekerült heroinhasználó utcai szexmunkás volt.

Katonák

Az MH HK Tudományos Intézet Toxikológiai Kutató Osztálya és a csapat-egészségügyi szolgálatok 13950 esetben hajtottak végre kábítószer szűrővizsgálatokat, amelyek alapján a vizsgált állomány körében meghatározható volt a fogyasztott kábítószer típusa (Magyar Honvédség 2013).

5. táblázat. A Magyar Honvédségnél 2012-ben végzett szűrővizsgálatok eredményei

Mintavétel célja	Minta száma (db)	Pozitív eredmények							
		Előszűrés				Megerősítő vizsgálat			
		THC	AMF	OPI	COC	THC	AMF	OPI	COC
I. Foglalkozás-egészségügyi (Alkalmassági vizsgálat)									
Civil (szerződéses állományba jelentkező)	1995*	12	1	7	0	1	0	1**	0
Katona (misszió előtti és utáni, beiskolázás, előmenetel)	4693	1	0	0	0	0	0	0	0
Beiskolázás (bevonuló hallgatói állomány)	1010	1	0	1	0	0	0	0	0
Önkéntes tartalékos állomány	2934	0	13	7	0	0	0	0	0
II. Szolgálateljesítésre alkalmas állapot ellenőrzése (preventív céllal)¹⁸									
Csapat egészségügyi szolgálat	3311	3	1	0	0	0	0	0	0
III. Gyanújel alapján történő vizsgálat (hatósági)									
Parancsnoki elrendelés	7	3	1	2	0	2	0	0	0
HM Vezérkar Főnök elrendelés ¹⁹	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Összesen	13950	20	16	17	0	3	0	1	0

* 1672 minta nem akkreditált gyorseszttel került feldolgozásra

** egy, az előszűrésen opiát pozitív minta a megerősítő vizsgálat során Kodein pozitívnak bizonyult, a vizsgálatkérő lapon a gyógyszeresedés feltüntetve

Forrás: Magyar Honvédség 2013

A katonai állományban a bizonyítottan kábítószer fogyasztók száma 3 fő volt, mindhárman kannabiszt használtak. Ezen kívül egy esetben a teszt opiát jelenlétét mutatta ki, a mintában kodeint találtak.

Következtetések

A budapesti és veszprémi 15-17 éves fiatalok körében végzett kutatás eredményei a tavalyi ESPAD vizsgálattal megegyező eredményre jutottak. A vizsgálat eredményei megerősítettek több, korábbi prevalencia vizsgálatokból már ismert trendet is: a kannabisz magasabb életprevalenciáját Budapesten, illetve a nők körében magasabb visszaélészerű gyógyszerhasználatot.

¹⁸ Megfelelő mennyiségű teszt hiányában a parancsnokok a megelőzési (preventív) célú szűrővizsgálat havonkénti, létszámarányos elrendelését nem tudták végrehajtani. Az alakulatoknál a kábítószer szűrővizsgálatok végrehajtása, a készleteik arányában, a havi kétszeri vizsgálatok átlagban évi két alkalomra csökkentek.

¹⁹ A Vezérkar Főnök által elrendelt központi szűrés - melyet a MH HK Tudományos Kutató Intézet Toxikológiai Kutató Osztály mobil-csoportja hajt végre – 2009 év óta és 2012-ben sem történt.

3. PREVENCIÓ²⁰

3.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

Az év során a prevencióval kapcsolatos tevékenységek keretét és szakmai prioritásait a 2011-ben meghirdetett pályázatok megvalósítása, részben pedig a 2012-ben az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) által meghirdetett kábítószerügyi pályázatok teremtették meg. A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012 (VIII. 31.) EMMI rendelet meghatározta, hogy 2012 szeptemberétől az iskolákban bevezetésre kerül a teljes körű egészségfejlesztés, amelynek részét kell képezze a kábítószer fogyasztás megelőzése is. A rendelet 128. § (3) bekezdésében meghatározott feladatok között a c) pontban nevesítik a testi és lelki egészség fejlesztése mellett a viselkedési függőségek, a szenvedélybetegségekhez vezető szerek fogyasztásának megelőzését (EMMI, 2013b). A rendelet 128. § (7) bekezdése értelmében a „nevelési-oktatási intézmény saját pedagógus-munkakörben foglalkoztatott alkalmazottján kívül csak olyan, a nevelési-oktatási intézménnyel jogviszonyban nem álló szakember vagy szervezet programjait, alkalmazásában álló munkatársát vonhatja be tanórai vagy gyermek, tanuló részére szervezett egyéb foglalkozás vagy egyéb egészségfejlesztési és prevenciós tevékenység megszervezésébe, aki vagy amely rendelkezik minőségbiztosított egészségfejlesztési, prevenciós programmal és az egészségpolitikáért felelős miniszter által kijelölt intézmény szakmai ajánlásával” (EMMI, 2013c). A rendelet hatálybalépésének ideje 2012. szeptember 2. A miniszteri kijelölés az Országos Egészségfejlesztési Intézetet (OEFI) jelölte meg, mint a szakmai ajánlási rendszer létrehozásáért és üzemeltetéséért felelős intézményt. 2012 második felében megkezdődött a szakmai ajánlásokért felelős intézményrendszer és eljárásrend kialakítása. Az OEFI, más szakmai háttérintézmények részvételével, szakmai hálózatot hozott létre, amelynek feladata az értékelési munka elvégzése.

A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenciós tevékenységet működtető szervezetek forgalmi adatait 2012-ben is strukturált kérdőív mentén a Nemzeti Drog Fókuszpont gyűjtötte össze (Tarján 2013a).

3.2. KÖRNYEZETI PREVENCIÓ

2012. január 1-én lépett hatályba az Országgyűlés által 2011. 04. 06-án elfogadott, a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvényt módosított formája²¹. A törvénymódosítás alapvető célja az volt, hogy minden zárt légtérű, nyilvános helyen megtiltsa a dohányzást, és így védje a lakosságot a dohányzás egészségkárosító hatásaival szemben. A törvény értelmében teljes dohányzási tilalom vonatkozik a közoktatási intézményekre, gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézményekre, egészségügyi szolgáltatókra, tömegközlekedési illetve belföldi közlekedési eszközökre és az ezekhez kapcsolódó várakozóhelyekre, játszóterekre és egyéb közforgalmú intézményekre²². Kivételt képeznek ez alól a pszichiátriai intézmények (itt a kezelték számára lehet zárt térben is dohányzó helyet kijelölni), a büntetés végrehajtási

²⁰ A fejezet szerzői: Csák Róbert, Tarján Anna

²¹ A törvény elérhető: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99900042.TV

²² Közforgalmú helynek minősülnek „az érintettek számára közfeladatot, illetőleg közérdekű vagy egyéb szolgáltatást, ellátást (a továbbiakban együtt: szolgáltatás) végző természetes vagy jogi személynek, illetőleg jogi személyiség nélküli szervezetnek a szolgáltatás, illetve az azzal összefüggő tevékenység biztosítására szolgáló létesítménye vagy egyéb eszköze, függetlenül attól, hogy az oda történő belépés a nyilvánosság számára teljesen szabad vagy valamely feltétel teljesítéséhez kötött, pl. közhivatalok, vendéglátóhelyek, üzletek, sportlétesítmények.

intézmények és a rendőrségi előállító helyiségek, fogdák (ezekben a fogvatartottak számára lehet zárt térben is dohányzó helyet kijelölni) illetve a szállodák szivarszobái²³.

A törvény hatályba lépése után három hónapos türelmi időszak következett, a szabályt be nem tartókkal szemben szankciókat csak 2012. 04. 01.-t követően alkalmaztak.

3.3. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓN

A tavalyi évben hirdették meg a TÁMOP 3.1.4. pályázati kiírást innovatív iskolák fejlesztésére, amelyben olyan célokat és feladatokat fogalmaztak meg, amelyek segíthetik az iskolai általános prevenciós programok megvalósulását. A pályázat rész céljai között szerepelt a „diákok egészséges életmódra nevelése, egészségtudatos, szemléletformáló iskolai nevelés elterjesztése a tanulók testi-lelki-szellemi állapotának, egészségvédelmének és egészségfejlesztésének érdekében”, a kötelezően megvalósítandó tevékenységek között pedig szerepelt az „egészségfejlesztő – szemléletformáló – iskolai programok megvalósítása a tanulók egészségének védelme, valamint az egészséges életmód és a testmozgás iránti igény viselkedésbe épülése érdekében”²⁴. Ez utóbbi esetében nevesítve is megjelent a szerfogyasztási problémák korai intervenciója, az illegális és legális szerek okozta kockázatok felismerése illetve a viselkedési függőségek megelőzése.

Az elszámolható közkiadásokra rendelkezésre álló keretösszeg a programban 15 milliárd forint volt. A pályázatok beadási határideje 2012. október 18. volt, a nyertesekkel a Támogatói Okiratok aláírása 2013 tavaszán zárult le, így a megvalósulás döntően a 2013-as évre esik.

A TÁMOP 6.1.2./11 „Egészségre nevelő és szemléletformáló programok” alá tartozóan több pályázati kiírásra is sor került az év folyamán. A kiírás témakörei között egyebek mellett megjelent a dohányzás illetve a drog- és túlzott alkoholfogyasztás megelőzése is.²⁵ A pályázatok leadási határideje nagy részben 2012 nyarán volt, így a megvalósítás ezeknél a pályázatoknál is döntő részben 2013-ra esik.

A védőnők az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet értelmében részt vesznek az egészségtan oktatásában, többek között a szenvedélybetegségek megelőzésének témájában. Tanórai keretek között, ill. iskolanapok keretében

²³ A szabályozott helyekről részletesebb, közérthető leírás például itt:

https://www.antsz.hu/data/cms38550/nvt_kozertheto_20120601.pdf

²⁴ Bővebben lásd a pályázati felhívást:

http://www.nfu.hu/download/43870/Palyazati_felhivas_Innovativ_iskolak_fejlesztese_konv.pdf

²⁵ A programok pontos megnevezése: TÁMOP 6.1.2/11/1, TÁMOP 6.1.2/11/LHH/A és a TÁMOP 6.1.2/11/3 és TÁMOP 6.1.2/11/LHH/B pályázati kiírások.

A pályázati kiírás keretei között önállóan támogatható tevékenységek köre a következő: Dohányzás megelőzés és dohányzástól való leszokást támogató programok megvalósítása. Drog- és túlzott alkoholfogyasztást megelőző tudományosan megalapozott módszereket és eszközöket alkalmazó programok megvalósítása. Stresszkezelő, lelki egészség megőrzésére irányuló egészségfejlesztési programok megvalósítása. Az egészséges táplálkozás, illetve energiaegyensúly (táplálkozás és testmozgás egyensúlya) megtartása, és/vagy visszaállítása érdekében kidolgozott programok megvalósítása, melyek eredményesen befolyásolják többek között a megfelelő folyadékfogyasztást, a túlzott só- és energia bevitel csökkentését. A lakosság rendszeres testmozgását elősegítő szabadidős programok megvalósítása, melyek hangsúlyt helyeznek az energiaegyensúlyra – kivéve: technikai sportágakkal, extrém sportokkal, versenysporttal összefüggő programok. Az életvezetési kompetenciák fejlesztését célzó programok megvalósítása. A családi életre való felkészülést támogató programok megvalósítása. A biztonságos szexuális életet elősegítő programok megvalósítása. Elsősegély nyújtási és balesetmegelőzési programok megvalósítása.

Önállóan támogatható tevékenységek valamelyikével együttesen valósíthatók meg tájékoztató anyagok, kiadványok tervezése, előállítása, sokszorosítása, internetes tartalomszolgáltatás, egyéb kommunikációs eszközök szerepeltetése a helyi médiában.

szendélybetegségek megelőzése tárgyában egészségfejlesztő tevékenységet, valamint az iskola-egészségügyi szűrések alkalmával minimál intervenciót végeznek.

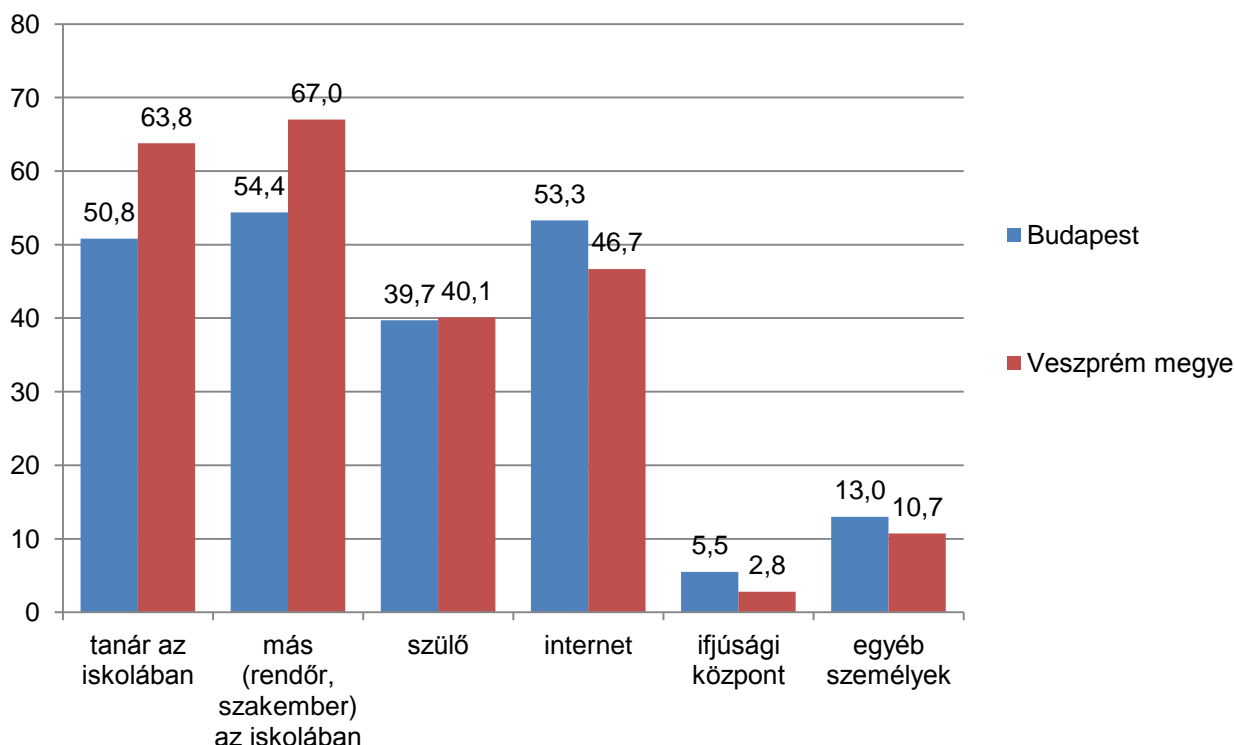
A rendőrség által megvalósított, részben drogprevenációs célú programok ismertetése a 9.4. fejezetben található.

Regionális vizsgálat – budapesti és veszprémi fiatalok iskolai drogprevenációs tapasztalatai

Az MTA Szociológiai Intézete által Budapesten és Veszprém megyében iskoláskorú fiatalok körében végzett kutatásban (Albert és Tóth, 2012, a kutatás módszertanának és további eredményeinek ismertetését lásd a 2.3. fejezetben) a fiatalok iskolai prevenció programokkal kapcsolatos tapasztalatait, attitűdjeit is felmérték.

A kutatásban az iskolai prevenció programokkal kapcsolatban eltérést találtak a két vizsgált régió között: a Veszprém megyei fiatalok közel kétharmada kapott információt iskolában (tanártól: 63,8%, más szakembertől: 67,0%), míg a budapesti fiataloknak csak valamivel több, mint fele (tanártól: 50,8%, szakembertől: 54,4%). A budapestiek viszont nagyobb arányban tájékozódtak az internetről, vagy ifjúsági központban (erre szakosodott civil szervezetnél). A kutatók megjegyezték, hogy az ifjúsági központok alacsony aránya ennél a kérdésnél jól jelzi a problémára szakosodott szervezetek alacsony elérhetőségét.

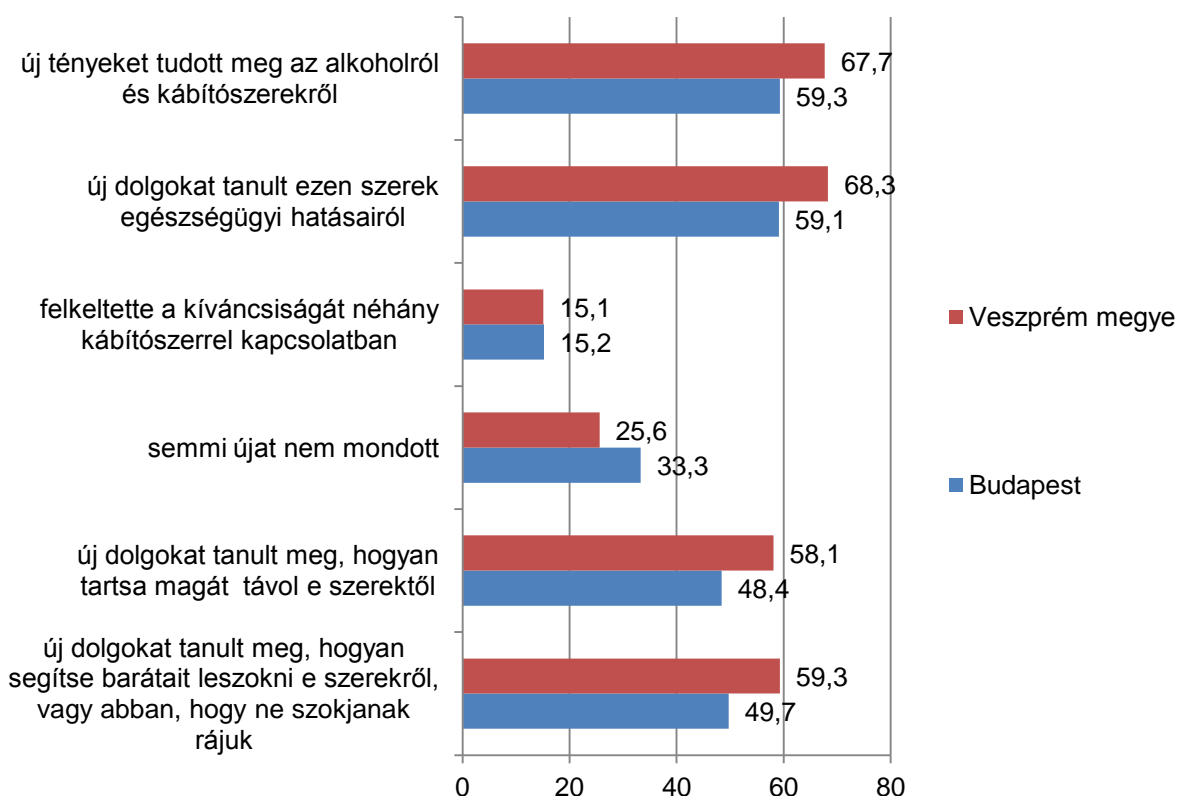
5. ábra. Az alkohollal illetve droggal kapcsolatos információk forrásai (több válasz is lehetséges volt) (%)



Forrás: Albert és Tóth 2012

A Veszprém megyei diákok azon túl, hogy valamivel nagyobb arányban vettek részt ilyen programokon, a prevenció programokon hallottakat is pozitívabban értékelték. Ugyanakkor még körükben is 25,6% volt azoknak az aránya, akik azt gondolták, hogy semmilyen új információt nem tudtak meg. A budapesti fiatalok körében még magasabb volt ez az arány, 33,3%.

6. ábra. Vélemények az alkoholról illetve drogról kapott információkról (%)



Forrás: Albert és Tóth 2012

A kérdőíves kutatáshoz kapcsolódva szakembereket is megkérdeztek az iskolai prevenciós programokkal kapcsolatban. A felmérés ezen részében a fiatalokkal hivatásszerűen foglalkozó szakemberek vélekedését és tudását szisztematikus és strukturált formában, Delphi módszerrel gyűjtötték össze²⁶. A válaszok alapján a szakemberek minden bűncselekménnyel kapcsolatban, így a kábítószerrel kapcsolatban is a családot tartották a legfontosabb intézménynek a megelőzésben. A család után a második legfontosabb szereplőnek a droghasználat esetében az erre szakosodott civil szervezeteket tartották, és egyöntetű a véleményük azzal kapcsolatban, hogy a prevencióban nem a rendőrségnek kellene a főszereplőnek lennie.

Az iskolai felmérést kiegészítve mélyinterjú kutatást is végeztek²⁷, amely megerősítette a Delphi vizsgálat során kapott eredményeket. Az előzőekben felsoroltakon túl a mélyinterjúk

²⁶ A Delphi vizsgálat során az érintett célcsoporttal foglalkozókat kerestek meg a szociális szférából, az igazságszolgáltatásban dolgozók (bírók, ügyészek) és a rendőrség munkatársai közül. Az első körben 300 lehetséges válaszadót kerestek meg e-mailben, felajánlva egyúttal a telefonos vagy személyes válaszadás lehetőségét is – így végül 50 szakember töltötte ki a kérdőívet. A második fordulóban 100 embernek küldtek kérdőívet: mindenkinek, aki válaszolt az első körben, illetve újabb szakembereknek is, így 27 %-os válaszadási arányt értek el. A kutatók a vizsgálat legfőbb gyengeségének az alacsony válaszadási hajlandóságot tartják. Külön kiemelték, hogy az igazságszolgáltatásban dolgozóktól alig, de a rendvédelemben dolgozóktól is csak nagyon alacsony arányban kaptak válaszokat a felmérés során.

²⁷ A helyi interjú kutatás az iskolai felmérés kiegészítéseként készült, hogy a helyi szakértők véleményével összevethessék a fiataloktól nyert adatokat. Összesen 20 mélyinterjú készült meghatározott interjúterv alapján, amelyeket szakértői és fiatalokkal készített csoportos beszélgetésekkel is kiegészítettek. Az interjúkat rendőrségi bűnmegelőzési szakemberekkel, iskolapszichológusokkal, pártfogó felügyelőkkel, fiatalokkal illetve fiatalokú bűnelkövetőkkel foglalkozó civil szervezetek képviselőivel, drogprevenciós és népegészségügyi szakemberekkel, büntetés végrehajtási intézmények szakembereivel, családsegítő és gyermekjóléti szolgáltatások munkatársaival, gyermek- és ifjúságvédelmi koordinátorral készítették. A szakértői csoportos megbeszélésre Budapesten a Fiatalokat Védő Csoport tagjainak részvételével 2012 júniusában, Veszprémben a Veszprém

során megkérdezettek véleménye szerint a drogmegelőzésben, különösen a veszélyeztetett tinédzserek körében a kortárssegítés nagyon hatékony módszer, valamint fontosnak tartották a minél korábbi beavatkozást és az integrált programokat, a kompetenciák fejlesztését és a veszélyeztető tényezők csökkentését. Ezekkel szemben nem tartották eredményesnek az egyszeri, alkalmoszerű prevenciót és a büntetés-központú, elrettentő szemléletet.

3.4. CÉLZOTT PREVENCIÓ KOCKÁZATI CSOPORTOKBAN ÉS SZÍNTEREKEN

A KAB-ME-12 pályázatok keretében a helyi közösségi résztvevők együttműködésén alapuló, a családi rendszer megerősítését elősegítő, célzott és javallott prevenció programok támogatására nyílt lehetőség, illeszkedve a nemzeti és nemzetközi kábítószerügyi stratégiai dokumentumok céljaihoz.

A KAB-ME-12 pályázatra 220 pályázat érkezett (összesen 354.6 millió forint értékben), amelyből 90 program nyert támogatást. A megítélt összeg összesen 60 millió forint volt.

A Magyar Honvédség drogprenációs tevékenysége

A MH Drogprenációs Stratégiája alapján az alábbi gyakorlati tevékenységek megvalósítására került sor 2012-ben (Magyar Honvédség 2013):

1. Kognitív ismeretátadás, tájékoztató kiadványok, vizuális szemléltetés:

- Fegyelmi értekezlet keretében tartott tájékoztatók, amelyeken összesen 165 fő vett részt az év folyamán.
- Továbbképzés keretében megtartott drogprenációs előadások, amelyeken összesen 1013 fő vett részt az év folyamán.
- Közösségi szinten szervezett programok a kiemelt központi és egyéb katonai rendezvények során – amelyeken minden esetben biztosított volt egy fő drogprenációval foglalkozó szakember jelenléte. Ezeket összesen 3000 főt értek el.

2. MH Egészségmegőrző Program működtetése, amely nem kizárólag egy-egy kockázati tényezőre, vagy betegségcsoportra koncentrálnak ismeretátadásra redukálódik, hanem egymással összefüggő egészségügyi problémákra fókuszáló, komplex, átfogó megelőző program. A Program kiemelt témaköre a legális és illegális szerfogyasztás kockázatainak ismertetése, valamint a viselkedési addikciók kialakulásának megelőzése. Az alakulatoknál kiscsoportos (20-25 fő), interaktív csoportfoglalkozások zajlottak, figyelembe véve az alakulatok igényeit és szükségleteit, összesen 585 fő részvételével.

3. Misszióra tervezett állomány felkészítése, ahol a szenvedélybetegek (elsődlegesen a túlzott alkoholfogyasztás, illegális szerhasználat) megelőzéséhez kapcsolódó előadásokon 129 fő vett részt.

A honvédelmi tárcánál a MH HK Egészségfejlesztési Intézet kidolgozta a MH III. Drogprenációs Stratégiáját, amelyet belső körben szakmai köröztetésre bocsájtottak 2012 őszén. A Stratégia elfogadása folyamatban van.

Rekreációs szintér

2012-ben új három éves támogatási ciklus (2012-2014) kezdődött meg a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátást – többek között party service szolgáltatást – működtető szolgáltatók állami támogatása tekintetében²⁸ (további információ az 5.2. fejezetben olvasható). A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal adatbázisa alapján 24 szervezet került megkeresésre, közülük 22-en szolgáltatott adatot 2012. évi forgalmukra és tevékenységeikre vonatkozóan.²⁹

A 22 jelentő szervezetből 10 városi, 2 kistérségi, 5 megyei, 3 regionális és 2 országos hatókörrel működtetett ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet a rekreációs szintéren (Tarján 2013a).

1. térkép. A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő tevékenységet nyújtó szervezetek (N=24) 2012-es országos megoszlása



Forrás: Tarján 2013a

A *-gal jelölt városban működő szolgáltatók nem vettek részt az adatjelentésben

2012-ben a 22 szervezet összesen 562 eseményen vett részt, ahol közel 30.646 fiatallal került kapcsolatba, az egy eseményre jutó átlagos kontaktszám 55 volt (2011-ben: 37 kontakt).

A szolgáltatók adatai szerint 5203 liter ásványvíz, 17.155 darab óvszer, 34.232 darab szórólap, 975 csomag szőlőcukor, 2986 doboz pezsgőtabletta, 8590 darab vitamin, továbbá keksz és gyümölcs került kiosztásra.

2 szervezet (budapesti és szegedi) 3 alkalommal tartott képzést a velük együttműködő szórakozóhelyek üzemeltetőinek, személyzetének (összesen 67 főnek) a biztonságosabb szórakozás biztosításának feltételeiről, az új pszichoaktív szerekről, valamint a kábítószer hatása alatt álló személyek felismeréséről, és ezáltal a hatékonyabb segítségnyújtás

²⁸ A befogadott, illetve elutasított pályázatok listája és a támogatási összeg (forint) itt érhető el: <http://nrszh.kormany.hu/foigazgatoi-dontes-palyazatrol-2> és <http://nrszh.kormany.hu/foigazgatoi-dontes-palyazatrol>

²⁹ Az adatgyűjtést a Nemzeti Drog Fókuszpont végzi a szervezetek körében, egy standard kérdőív alapján minden évben.

adásáról. 1 szervezet (Debrecenben) mentőtiszteknek (32 fő) tartott képzést a diszkóbalesetekre fókuszálva.

A 2011-ben megalakult Parti Szolgáltatók Szakmai Szövetségének (PASSSZ) (lásd 2012-es Éves Jelentés 3.4. fejezet), pécsi szervezete 2012-ben előkészítette és a 2013. év elején elindította Pécsen a „Tudatos-Biztonságos Szórakozóhely” és a „Party Busz - Érd haza biztonságosan” kampányát is, amelyekben az INDIT Bulisegély szakmai támogatásával a Pécs Megyei Jogú Város Önkormányzata, a TÜKE Busz Zrt. és öt pécsi szórakozóhely vesznek részt.³⁰

2011-ben kutatás készült a fővárosi szórakozóhelyek erőszakos kriminalitási helyzetéről (Nagy 2013), amelyről bővebb információ a 9.5. fejezetben olvasható.

3.5. JAVALLOTT PREVENCIÓ

A kábítószerrel való visszaélés esetén a büntetőeljárás alternatívájaként felkínált kezelő- illetve megelőző szolgáltatásokban résztvevőkről az 5.2.2. fejezetben található részletesebb leírás.

3.6. ORSZÁGOS ÉS HELYI MÉDIAKAMPÁNYOK

Az új pszichoaktív szerek megjelenésére reagálva a Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) 2011 decemberében kérte fel a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézetet (NCSSZI), illetve az ennek szervezeti egységét képező Nemzeti Drogmegelőzési Irodát (NDI), egy, az új pszichoaktív szerekhez kapcsolódó prevenciós program kidolgozására és lebonyolítására (NDI, 2013). A kampány célja a figyelemfelkeltés mellett az információ-átadás volt. A kampánnyal több célcsoporthoz kívántak szólni, az érintett fiatalokhoz, szülőkhöz és szakemberekhez.

A kampány négy elemből állt:

- Az NDI által működtetett Szakmai Információs Portál részeként a www.designerdrog.hu illetve www.dizajnerdrog.hu címen létrehoztak egy új weboldalt, amely kizárólag az új pszichoaktív szerekre koncentrált. A honlapra a kampány anyagai és az egyes célcsoportoknak szóló szakmai anyagok és dokumentumok kerültek fel.
- Budapesti plakátkampány³¹ és szóróanyag készítése. A szóróanyagon azok a kezelőhelyek szerepeltek, ahová az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos problémákkal lehet fordulni.
- „Dr Rock” roadshow. 9 városban tartottak prevenciós előadást a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokkal együttműködve.
- A kampány csatlakozott az Életrevaló Egyesület által létrehozott Országos Drogprevenciós kisfilm-készítő versenyhez³². A 2012. évi pályázat speciális témája az új pszichoaktív szerek jelensége volt, 11 beérkezett pályamű került elbírálásra.

A program teljes költségvetése 10.000.000 forint volt, hatástanulmány, értékelés nem készült a kampányról.

³⁰ A két programot a PASSSZ országos szinten akarta bevezetni, azonban forráshiány miatt ez nem valósult meg.

³¹ A plakátok letölthetőek: <http://designerdrog.hu/Plak%C3%A1t1.htm>, <http://designerdrog.hu/Plak%C3%A1t2.htm>

³² A versenyről bővebben: <http://www.eletrevaloegyesulet.gportal.hu/>

Következtetések

A korábbi években meghatározott pályázati prioritások figyelembevételével továbbra is kiírásra kerültek a terület szakmai fejlesztéseit célzó pályázatok. Az iskolai prevenció programokkal kapcsolatos kutatásban (Albert és Tóth 2012) azt találták, hogy ezek a programok elérték a fiatalok nagy részét, ugyanakkor az eredmények alapján a vidéki iskolásokhoz képest a budapestiek kisebb arányban szereztek ezekből információt. 2012-ben 24 szervezet működtetett ártalomcsökkentő/prevenció tevékenységet a rekreációs szinten.

4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS³³

4.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A tűcsere szervezetek, forgalmi adataik (lásd: 7.3. fejezet) mellett, ismét jelentették intravénás szerhasználó klienseik nem, elsődlegesen injektált szer és korcsoport szerinti megoszlását³⁴ (Tarján 2013b), így az intravénás szerhasználók jellemzői többek között ezen adatok alapján kerülnek bemutatásra.

Emellett a HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokon részt vevő intravénás szerhasználók adatainak áttekintése során szintén nyomon követhetők e csoport szerhasználati és szocio-demográfiai jellemzői. 2012-ben nem került sor országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatra, azonban folytatódott a 8 városban egész évben elérhető HIV/HBV/HCV szűrőprogram, amelyen 2012-ben 378 fő vett részt. (Dudás et al. 2013; módszertant, szocio-demográfiai és további szerhasználati jellemzőket, szerológiai eredményeket és a kockázati magatartásokra vonatkozó elemzést lásd: 6.1. és 6.2. fejezet). 2012-ben már ennek a vizsgálatnak a keretében is nevesíthetők voltak az „egyéb”, elsődlegesen injektált szerek. Az aktuális és érvényes következtetések levonása végett, jelen fejezetben csak azok a szűrésen részt vett intravénás szerhasználók szerhasználati mintázatai kerülnek bemutatásra, akik az elmúlt négy hétben is injektáltak.

Kapitány-Fövény és munkatársai (2013) kutatása alapján a mefedron-használat szubjektív és szomatikus hatásai is bemutatásra kerülnek.

4.2. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÓK PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSE

A problémás droghasználó populáció nagyságának becslésére készült kutatás (Horváth 2013) a 2010-es és 2011-es évek rendőri letartóztatási és egészségügyi kezelési adatait használta fel, a kutatás során e két adatforrást alapul véve fogás-visszafogás módszer alkalmazására került sor. A kutatás során áttekintették a heroin, az amfetamin és a kokain birtoklás miatt letartóztatásra került személyek, és az e szerek miatt kezelési igénnyel ellátásban megjelent személyek adatait. A becslést azonban a kizárólag a heroin-fogyasztó populáció nagyságára vonatkozóan volt lehetőség elvégezni az alacsony elemszámok miatt.

Heroin

Heroin birtoklásért a rendőrségi adatbázisban 2010-re és 2011-re vonatkozóan összesen 208 főt találtak, közülük 186 fő férfi, 22 fő nő volt³⁵. A kezelésben 364 fő olyan kliens jelent meg, akiknél a kezelés okaként heroin jelent meg elsődleges szerként vagy a másodlagos szerek között, közöttük 284 fő férfi, 80 fő nő volt. 5 fő ismeretlen nem miatt kizárásra került. A kutatás során a heroint használók populációjára vonatkozóan férfi és női bontásban külön tettek becslést, mert szignifikáns ($p < 0,01$) különbség mutatkozott a nemeket tekintve.

2010 és 2011 évek aggregátumában férfiak esetén 166 fő szerepelt csak a rendőrségi, 264 fő csak a kezelési adatbázisban, mindkettőben 20 fő. A fogás-visszafogás módszert alkalmazva a két év során heroint legalább egyszer fogyasztók rejtett populációja a pontbecslés szerint 2106 fő volt. 95%-os biztonsággal becslési érték 1316 és 2896 fő között volt. 2010 és 2011 évek aggregátumában nők esetén 20 fő szerepelt kizárólag a rendőrségi, 78 fő csak a kezelési adatbázisban, mindkettőben 2 fő. A rejtett populáció nagysága ebben

³³ A fejezet szerzői: Horváth Gergely Csaba, Tarján Anna

³⁴ A kliensekre vonatkozó adatjelentésben 2012-ben 28 szervezetből csak 25 vett részt, összesen 2111 kliensről szolgáltatott adatot. A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra kerül.

³⁵ Duplikációsűrés után.

az esetben pontbecslés esetén 586 fő volt, a becsült rejtett populáció 95%-os biztonsággal a 61 és 1109 fő közé esett. A teljes populáció a becsült rejtett szerhasználók és a két különböző adatforrásban megjelent szerhasználók számának összege. A heroint az adott két évben legalább egy alkalommal használó férfi és nők száma együttesen 2358 és 3025 fő közé tehető, a teljes populáció nagyságára vonatkozó pontbecslés értéke 3244 fő.

6. táblázat. *A heroin-fogyasztó populáció becsült nagysága a két évben, 2010-2011 (fő)*

	Teljes populáció a pontbecslést alkalmazva	Rejtett populáció (pontbecslés)	95%-os konfidencia intervallum: a rejtett populáció alsó korlátja	95%-os konfidencia intervallum: a rejtett populáció felső korlátja	a rejtett populáció szórása
Férfi	2556	2106	1316	2896	403
Nő	688	586	61	1109	267
Együttesen	3244	2692	2358	3025	170

Forrás: Horváth 2013

4.3. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐ PROBLÉMÁS FOGYASZTÓK

Országos túcsere kliens adatok

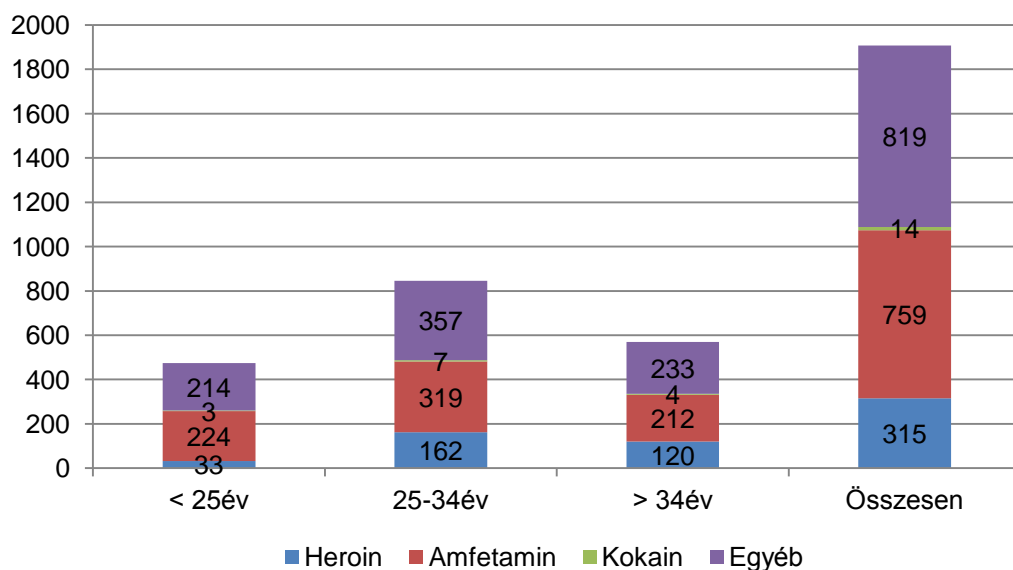
A nemenkénti megoszlás hasonló volt az előző évekhez, 2012-ben továbbra is a kliensek egynegyede volt nő (Tarján 2013b; módszertant lásd 4.1. és 7.3. fejezet).

Az életkori megoszlás tekintetében elmondható, hogy 2012-ben enyhén, 5 százalékponttal emelkedett a 34 év felettek aránya 30,7%-ra, a 25 és 34 év közöttiek aránya pedig hasonló mértékben csökkent (6 százalékponttal) 44,6%-ra. A 25 év alattiak – 2011-hez hasonlóan – közel egynegyedét tették ki a túcsere programok klienseinek.

Az elsődlegesen injektált szertípus 1907 fő esetében vált ismertté. A kliensek 17%-a elsődlegesen heroint injektált, 40%-uk amfetamint, míg a kliensek 43%-a esetében egyéb szereket jelentettek a szolgáltatók (kibontva lásd alább). A kokain elenyésző arányban volt jelen a túcserebe járó intravénás szerhasználók körében, mint elsődlegesen injektált szer.

A korcsoportok tekintetében a 2011-ben mértekhez hasonló megoszlás volt megfigyelhető. A 25 év alatti korcsoportban az elsődlegesen amfetamint vagy egyéb szereket injektálók aránya jelentősen magasabb volt az elsődlegesen heroint injektálók arányához képest. A 25 és 34 év közötti és a 34 év feletti korcsoportban a szertípus szerinti megoszlás közel azonos volt az összes kliens körében megfigyelt arányokkal.

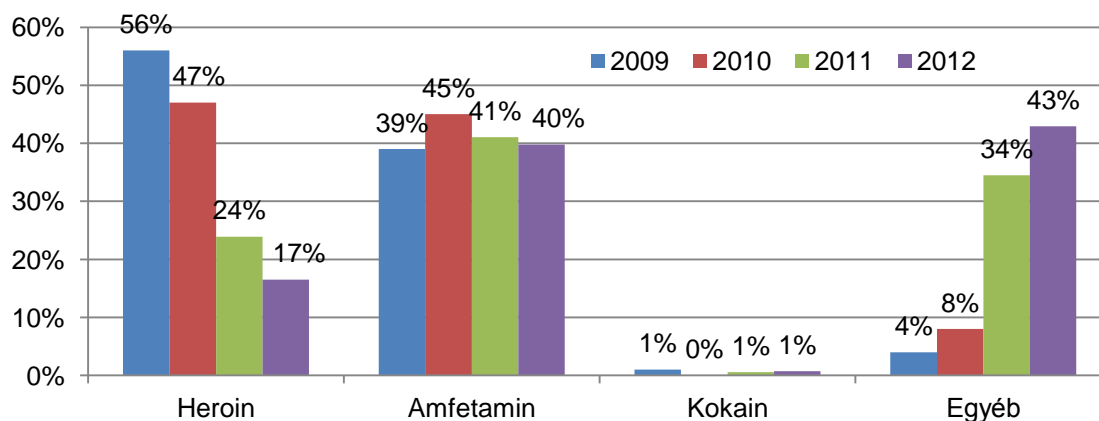
7. ábra. Korcsoport és elsődlegesen injektált szertípus szerinti megoszlás (N) a tűcsere programban részt vevő intravénás szerhasználó kliensek körében, 2012-ben (N=1907)



Forrás: Tarján 2013b

Az előző évhez képest tovább csökkent a heroint injektálók aránya, míg az egyéb szereket injektálóké – a 2011-es ugrásszerű emelkedés után – mérsékeltebben, de tovább nőtt. Az elsődlegesen amfetamint injektálók aránya 2011-hez képest nem változott számottevően.

8. ábra. Elsődlegesen injektált szertípus szerinti megoszlás (%) a tűcsere programban részt vevő intravénás szerhasználó kliensek körében, 2009-2012 között³⁶



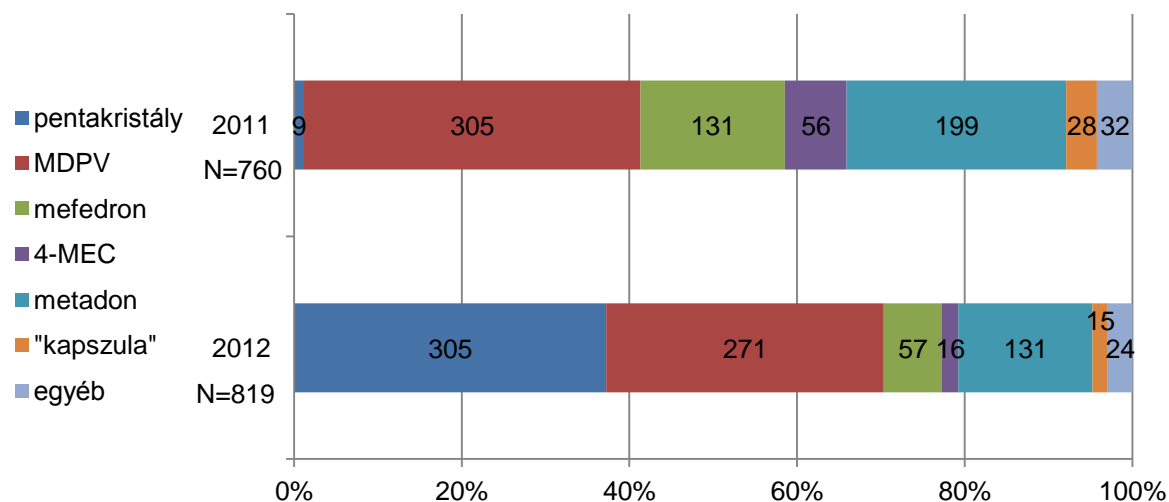
Forrás: Tarján 2013b

Az elsődlegesen egyéb szereket injektálók (N=819) körében 2011-hez képest még dominánsabbá vált az új pszichoaktív szerek részesedése. 2012-ben a legjellemzőbb szer a „pentakristály” utcai elnevezésű szer volt, amely 2011-ben még elenyésző mértékben volt jelen a tűcsere programokba járó intravénás szerhasználók körében. A pentakristály elnevezés feltehetően a pentadron, szintetikus katinon származékra utal, melynek térnyerése és intravénás használata a lefoglalási adatokban is tetten érhető volt 2012-ben (lásd 10.3. fejezet). A pentakristályt a 2011-ben leggyakrabban előforduló egyéb szerek, az MDPV, a metadon, illetve a mefedron követték a tűcserét igénybe vevő intravénás

³⁶ Total N/év, amelyre vonatkozathatóak a százalékok: 2009: 1483 fő; 2010: 1729 fő; 2011: 2239 fő, 2012: 1907 fő.

szerhasználók körében. (Az új pszichoaktív szerek szabályozásával kapcsolatos 2012-es fejleményeket lásd: 2012-es Éves Jelentés 1.2. fejezet).

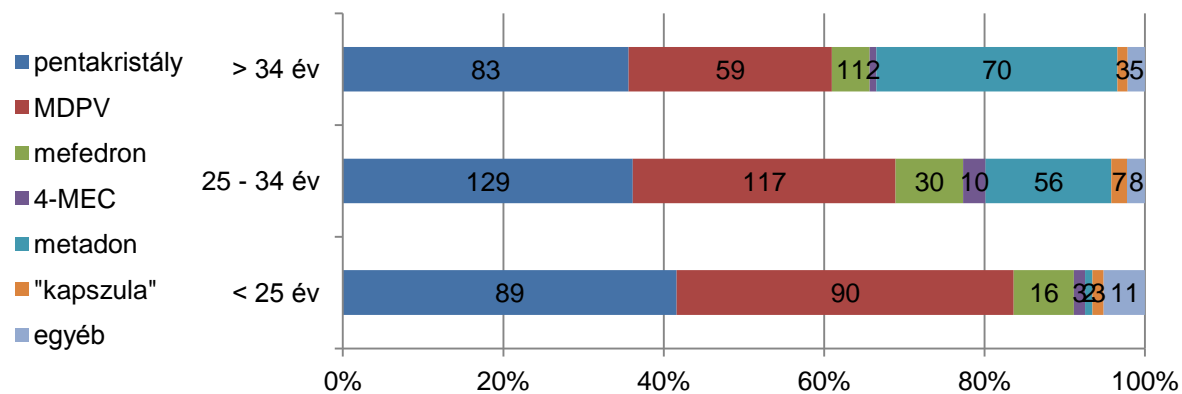
9. ábra. Az elsődlegesen egyéb szereket injektáló, tüsszere programba járó kliensek szer típus szerinti megoszlása (N; %), 2011-ben és 2012-ben³⁷



Forrás: Tarján 2013b

Az elsődlegesen egyéb szereket injektálók körében korcsoport szerinti bontásban is jól detektálható a pentakristály dominanciája minden korcsoportban: a 25 év alattiak körében az MDPV-vel közel azonos arányban injektálták, a 25 és 34 év közöttiek körében az MDPV állt a második helyen, míg a 34 év felettiak körében az intravénásan használt metadon vette át a második leggyakrabban használt szer helyét.

10. ábra. Az elsődlegesen egyéb szereket injektáló tüsszere programba járó kliensek szer típus és korcsoport szerinti megoszlása (N, %), 2012-ben, (N=804 fő)



Forrás: Tarján 2013b

³⁷ egyéb elsődlegesen injektált szer említések: metamfetamin; metilon; ketamin; BZO; crack; egyéb opiát; PMC; egyéb új pszichoaktív szer. Továbbá a miskolci szolgáltatók számoltak be a kapszuláról, amely kiszereléséről kapta a nevét, leírások alapján hatása az amfetaminnal egyezik meg.

A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokon részt vevő intravénás szerhasználók jellemzői

2012-ben 378 intravénás szerhasználó vett részt HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton 8 városban³⁸ (Dudás et al. 2013, további információkat lásd 6.1. és 6.2. fejezet).

Az adatok interpretálásához fontos megjegyezni, hogy míg a tűcsere kliens adatok egy aktív intravénás szerhasználói populációról³⁹ nyújtanak információt országos szinten, addig a kezelőhelyeken és tűcsere programokban végzett rutinszerű szűrővizsgálatok egy intravénás szerhasználat szempontjából heterogénebb szerhasználói populációt érnek el, regionális lefedettséggel. A rutin szűrővizsgálaton való részvétel esetleges, így érvényes trendek megállapítására csak korlátozottan van lehetőség.⁴⁰ 2012-ben a rutinszerű szűrővizsgálatok során a vizsgáltba került személyek csupán 48%-a volt aktív - az elmúlt 4 hétben injektáló – intravénás szerhasználó, a továbbiakban csak erre a csoportra vonatkozó adatok kerülnek elemzésre a szerhasználati mintázatok tekintetében.

Az elmúlt 4 hétben is injektálók 41%-a használt elsődlegesen opiát-származékokat, 24,5%-a amfetamint, 33,1%-a új pszichoaktív szereket⁴¹, amelyek közül 2012-ben a domináns szer az utcai elnevezésű „pentakristály”⁴² volt.

Az új, kevesebb mint két éve, illetve a 2-4 éve injektálók körében jellemzően az új pszichoaktív szerek és az amfetamin voltak az elsődlegesen injektált szerek, amely a feltehetően tapasztalatlanabb, kevésbé biztonságos injektálási gyakorlat illetve az új szerekkel összefüggésben mért kockázati magatartások és HCV prevalencia miatt (lásd: 6.2. fejezet) kiemelt kockázatokat jelent.

Az öt évnél régebben injektálók körében egyre magasabb az opiátot használók aránya⁴³, azonban az új pszichoaktív szerek ebben a szerhasználói csoportban is detektálhatóak. Mivel az új pszichoaktív szerek 5 éven belül jelentek meg, így a szerváltás jelensége érhető tetten körükben.

³⁸ Budapest, Debrecen, Gyula, Kecskemét, Pécs, Salgótarján, Szeged, Szekszárd.

³⁹ Az elmúlt 4 hétben legalább egyszer injektálók.

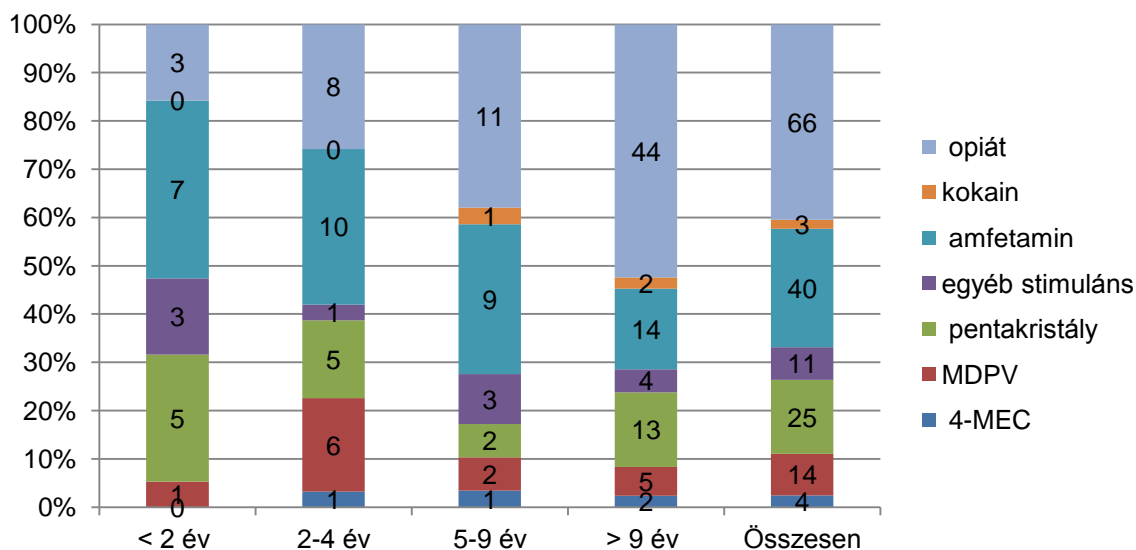
⁴⁰ A HIV/HBV/HCV rutin szűrővizsgálatokon az vehet részt, aki valaha intravénásan használt kábítószer, illetve több mint 1 éve volt utoljára szűrővizsgálaton. Az országos prevalencia vizsgálattal ellentétben a résztvevők nem részesülnek motivációs díjban.

⁴¹ Az új pszichoaktív szerek kategóriájába kerültek besorolásra a következő elsődlegesen injektált szer említések: 4-MEC, pentakristály, MDPV és az összevont egyéb stimulánsok (MDMA; metilon; metamfetamin; ritalin; PPMC; fluoramfetamin; mefedron; „designer drog”).

⁴² A pentakristály elnevezés feltehetően a pentadron, szintetikus katinon származékra utal, melynek térnyerése és intravénás használata a lefoglalási adatokban is tetten érhető volt 2012-ben (lásd 10.3. fejezet).

⁴³ Az opiát kategóriában nem került felvételre további adatbontás, azaz a heroin, a metadon és további opiát-származékok megoszlása nem adható meg.

11. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett aktív intravénás szerhasználók megoszlása az injektlás kezdete és az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban (N=163 fő), 2012-ben



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2013), elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

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

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

Kvalitatív információk új pszichoaktív szerek használatához kapcsolódóan

Kapitány-Fövény és munkatársai (2013) a mepredron-használat szubjektív és szomatikus hatásait tárták fel. 145 fő hólabdás módszerrel elért olyan személy töltötte ki önkéntes formában a kérdőívet, aki életében valaha mepredront használt.⁴⁴ A szakirodalmi adatok alapján a kutatók listát készítettek a lehetséges akut szubjektív élményekről és a testi hatásokról, melyeket a válaszadók 5-fokozatú Likert skála segítségével értékelhettek. 10 szubjektív hatást említett a válaszadók több mint fele: jókedv, eufória, gondtalanság, másokhoz való közelség, fokozott empátia, elnyomott étvágy, szájszárazság, kiélesedett érzékelés, álmatlanság és megnövekedett energia voltak a legjellemzőbb válaszok. A mepredron-használat okozta élmények magyarázó faktoranalízise eredményei alapján hat tényezőt határoztak meg: a pozitív élményeket, érzékenységet, a testi tüneteket, a pszichés tüneteket, a stimuláns hatást és a pszichedelikus hatásokat. A szerzők megállapították, hogy az intenzív testi tünetek intenzív pszichés hatásokkal jártak együtt, mely összefüggés a nem kívánt testi és pszichés hatások között is megnyilvánult.

⁴⁴ A válaszadók 70,8%-a férfi, 29,2%-a nő volt, átlagéletkoruk 24,1 év volt, az átlagéletkor szórása 5,6 év volt. A válaszadók 69,4%-a budapesti lakos volt, 19,4% vidéki városban, 11,1% faluban lakott. A kérdőív a mepredron hatásai mellett a szociodemográfiai adatokra, a szerhasználat elmúlt évi és havi prevalencia értékére, az első mepredron-használat körülményeire, a jelenlegi használat mintázataira, a beszerzési forrásra és az arra kérdezett rá. A válaszadók 94,5%-a, 137 fő az elmúlt egy évben legalább egyszer használt mepredront; 40%, 58 fő az elmúlt hónapban is használta a szert. A megkérdezettek 84,8%-a, 123 fő szippantotta, 11,7%, 17 fő intravénás úton használta a szert. Az intravénás szerhasználók körében más szervezetbe juttatási mód nem volt jellemző. A mepredron hatásai között kitértek a szerhasználatot követő kitisztulás hatásaira is, melyeket az idézett tanulmányban nem mutatták be.

Statisztikai módszerek segítségével kerestek olyan látens csoportokat, csoportképző faktorokat, melyek esetében néhány szubjektív hatás tekintetében magasabb értéket találtak, de más tényezők tekintetében nem voltak emelkedett értékek. A szerzők azonosítottak két csoportot, melyek csak az élmények intenzitásában tértek el egymástól, mindkettő esetében a pozitív élmények, az érzékenység és a stimuláns hatás tényezők vettek fel magasabb értéket, míg a nem kívánt testi és pszichés hatásokhoz valamint a pszichedelikus hatásokhoz alacsonyabb értékek kapcsolódtak. A két csoport csak a mefedron addikciós potenciálja és a stressz redukciós hatásának összefüggésében tértek el szignifikánsan. Azok, akik intenzívebb szubjektív és testi hatásokról számoltak be, inkább addiktív szernek írták le a mefedront, és gyakrabban a stressz csökkentése miatt használták a szert.

A szubsztitúciós kezelésben részt vevő kliensek jellemzőiről bővebb leírás az 5.3 fejezetben olvasható. Az új pszichoaktív szerek és a pszichiátriai komorbiditás kapcsolatáról a 6.3 fejezetben áll rendelkezésre információ.

Következtetések

A tűcsere programok kliensei körében gyűjtött országos adatok 2012-re vonatkozóan továbbra is alátámasztják az új pszichoaktív szerek intravénás használatának növekvő előfordulási gyakoriságát. 2012-ben az utcai elnevezésű – feltehetően a pentedronra utaló – „pentakristály” volt a leggyakoribb az elsődlegesen egyéb szereket injektálók körében.

A 2012-es, regionális, rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokon részt vevő, elmúlt 4 hétben is injektáló intravénás szerhasználók körében a kevesebb mint 4 éve injektáló szerhasználók esetében az amfetamin és az új pszichoaktív szerek voltak a dominánsak. Az 5 évnél régebben injektálók körében, bár továbbra is az opiátok voltak a leggyakrabban előforduló szerek, az e kategóriákban megjelent új pszichoaktív szerek a szerváltás jelenségét igazolják.

5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE: KEZELÉSI IGÉNY ÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉG⁴⁵

5.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A metadon ill. buprenorfin-naloxon kezelésben lévő betegek bemutatása a 2010-ben bevezetett, Országos Addiktológiai Centrum által koordinált modell adatgyűjtés⁴⁶ alapján történik. Az adatok csak korlátozottan alkalmasak az idősoros összehasonlításra a régi (a Metadon módszertani levélben meghatározott, és a Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia által 2010-ig koordinált) és az új adatgyűjtés közötti módszertani különbségekből adódóan.

5.2. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS

5.2.1. Szakpolitika

Nincs új információ.

5.2.2. Ellátórendszerek

Az ellátórendszer felépítése és minőségbiztosítása

Az Állami Számvevőszék (továbbiakban: ÁSZ) 2012-ben ismertette annak az ellenőrzésének⁴⁷ az eredményét, amelynek során megvizsgálta a pszichiátriai betegellátás helyzetének változását a 2006 és 2011 közötti időszakban. Az ÁSZ megállapította, hogy az egészségügyi ellátórendszer 2007-es átalakítása a pszichiátriai ellátás feltételeit kedvezőtlenül befolyásolta:

- a pszichiátriai betegellátás átalakítása ellenére romlott a pszichiátriai ellátás költséghatékonysága és eredményessége, a Népegészségügyi Programban és a Gyermekeségügyi Programban megfogalmazott célkitűzések nem teljesültek;
- az egészségügyi és szociális pszichiátriai ellátások kapacitásai nem összehangoltak, és betegségregiszterek hiányában nem épülnek megbetegedési adatokra;
- nincs a betegellátást szabályozó ellátásszervezés, kiegyenlített a területi hozzáférés. (ÁSZ 2012)

Továbbra is komoly problémát jelent az ellátásban a gyermek- és ifjúság-addiktológiai ellátás szakmai minimumfeltételeinek, protokolloknak, valamint a vonatkozó ellátási kapacitásoknak a hiánya. Gyermekpszichiátriai fekvőbeteg-ellátás a hét régióból háromban egyáltalán nincs (Közép-Dunántúl, Dél-Dunántúl és Észak-Magyarország), miközben e kétmillió fős korosztály érintettsége 15,6% (ÁSZ 2012). Az alapvető jogok biztosa 2012-es vizsgálatában

⁴⁵ A fejezet szerzői: Horváth Gergely Csaba, Péterfi Anna, Vandlik Erika

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

⁴⁷ Az ellenőrzés szempontrendszerének előtanulmányal, értékeléseit fókuszcsoport szervezésével, kérdőíves felméréssel, tanúsítványi adatokkal, helyszíni interjú-készítéssel és összehasonlító elemzésekkel alapozta meg az ÁSZ. Az ellenőrzés típusa teljesítmény-ellenőrzés volt, amely elsősorban a költséghatékonyság és az eredményesség értékelésére irányult. A teljesítmények mérésére alkalmas indikátorok kiválasztásánál figyelembe vették a fókuszcsoport résztvevőinek javaslatait, és a különböző intézményeknél (KSH, OEP, GYEMSZI, OMSZ) rendelkezésre álló idősoros adatok elemzésének lehetőségeit. Az indikátorokat az ellenőrzési programmal együtt a pszichiátriai szakma képviselőivel széles körben egyeztetették.

megállapította, hogy ez a hiány „az egészséghez, az egészségügyi ellátáshoz való joggal összefüggő visszásságot idéz elő” (AJB 2012).

E probléma orvoslására 2012-ben tovább folytatódott a hazai gyermek- és ifjúság-addiktológiai ellátás fejlesztését célzó program, melynek keretében két régióban (Dél-Alföld és Közép-Dunántúl) kezdődik infrastrukturális fejlesztés. Két további régióban (Nyugat-Dunántúl és Dél-Dunántúl) indulnak programok a gyermekpszichiátriai ellátás infrastrukturális fejlesztése érdekében.

Az egészségügyi szakmai kollégium működéséről szóló 12/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet szerint 2011-től kezdődően a szakmai kollégium pszichiátriai és pszichoterápiás, addiktológiai illetve gyermekpszichiátriai tagozata tanácsadói tevékenységgel segíti az egészségügyért felelős miniszter munkáját.

A szenvedélybetegek szociális ellátásával kapcsolatos módszertani feladatok – így többek között az Addiktológiai Módszertani Munkacsoport koordinációja – 2012 decemberében átkerültek az újonnan létrejött Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság Módszertani Főosztályának feladatkörébe.

Kezelési paletta és hozzáférhetőség

2012-ben 7 új aktív⁴⁸ addiktológiai centrum került kialakításra (a már meglévő 3 mellett) pszichiátriai ágyak átstrukturálásával. E változást az indokolta, hogy a megelőző időszakban mindössze 3 helyen (két régióban) volt nevesítve aktív addiktológiai ágy, így az ország többi régiójában elutasításra kerülhettek az addiktológiai betegek nevesített addiktológiai kapacitás hiányára hivatkozva. A kapacitások átstrukturálásának eredményeként Magyarország mind a 7 régiójában hozzáférhető 2012 júniusától aktív addiktológiai ellátás. Az intézkedéssel az ilyen ellátást biztosító intézmények száma 3-ról 11-re, a kapacitás 97 ágyról 248 ágyra növekedett.

A szenvedélybetegek közösségi és alacsonyküszöbű ellátására 2012-ben történt szerződéskötés a normatíva pályázaton nyertes szervezetekkel a 2012-2014-es időszakra. Mindkét típusú ellátás esetében csökkent a finanszírozási keret a megelőző időszakhoz képest. A szenvedélybetegek közösségi ellátása esetében 629 millió forint került kiosztásra 2012-ben, ami 25%-os csökkenést jelent a 2011-ben rendelkezésre álló kerethez képest. A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátására 352 millió forint került kiosztásra 2012-ben, ami 12%-os csökkenés a 2011-es kerethez képest⁴⁹. Mindkét ellátási forma magában foglalja az alkoholfüggők és egyéb szenvedélybetegségekben szenvedők ellátását is, a kábítószer-használók ellátására szánt összeg nem határozható meg pontosan, így az sem, mennyiben érintette ellátásukat a leírt visszaesés a finanszírozásban. Ugyanakkor, az alacsonyküszöbű túcseres szolgáltatások kimeneti adatai (kiosztott tűk, kliensszám, éves kontaktszám alakulása – lásd a 7.3. fejezetben) jelzik, hogyan alakult az igény és a szolgáltatók kapacitása. Ezek alapján elmondható, hogy igénycsökkenés nem volt megfigyelhető, azonban a szolgáltatás hozzáférhetőségében jelentős volt a csökkenés.

2012-ben finanszírozási problémák miatt számos, droghasználók kezelésével és ellátásával foglalkozó civil szervezet küzdött működési gondokkal. A szervezetek egy részénél ez a korábban biztosított szolgáltatási paletta szűkítését, munkatársak elbocsátását, ideiglenes

⁴⁸ Aktív fekvőbeteg ellátás: a fekvőbeteg-ellátó intézményben történő gyógyító, megelőző, rehabilitáló tevékenység, amelyben az ápolási idő előre tervezhető, többnyire rövid időtartamú. Az ellátásban az orvos-szakmai tevékenység a meghatározó, az ellátás célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása. A besorolásban nem játszik szerepet, hogy az ellátás akut vagy krónikus betegség miatt következik-e be. [<http://fogalomtar.eski.hu>]

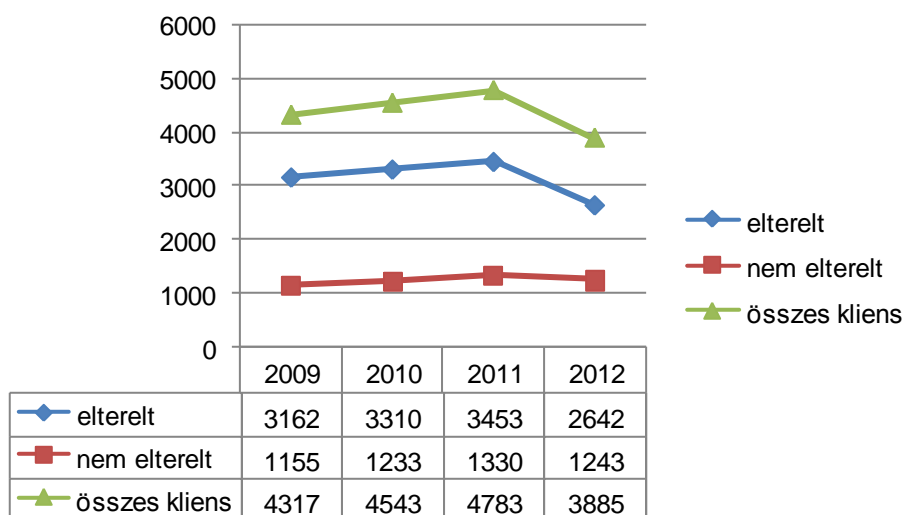
⁴⁹ Forrás: NRSZH

bezárást eredményezett. A MADÁSZSZ (Magyar Drogprevenciós és Ártalomcsökkentő Szervezetek Szövetsége) által, a tagság körében végzett rendszeres szükségletfelmérések során több szervezet vezetője jelezte igényét szupervíziós támogatásra. Ezért az ernyőszervezet 2012. október és 2013 februárja között a jelentkező 7 szervezet⁵⁰ vezetői számára szupervíziót biztosított. Az ülések ebben az időszakban 8 alkalommal kerültek megszervezésre.⁵¹

Elterelés

A kábítószerrel való visszaélés esetén a büntetőeljárás alternatívájaként felkínált kezelő- illetve megelőző szolgáltatások révén kerül kezelésbe a kezelést kezdők átlagosan 70%-a. A piac átalakulása (lásd 10.3. fejezet) következtében azonban visszaesett a kábítószerrel való visszaélés miatt indított büntetőeljárások száma (lásd 9.2. fejezet), miközben megnövekedett a szabályozatlan vagy a C jegyzék által szabályozott anyagok kapcsán indult nyomozások száma, melyek végül nem eredményezték büntetőeljárás megindítását. Ez a visszaesés érzeteti hatását a 2012-ben kezelésbe lépők számában is (lásd 5.3. fejezet), mivel a kevesebb eljárás miatt kevesebben vették igénybe a büntetőeljárás alternatívájaként felkínálható kezelő, megelőző szolgáltatásokat (elterelést).

12. ábra. Elterelt, nem elterelt és összes kezelésbe lépő kliens számának alakulása 2009 és 2012 között (fő)



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2013b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Kiseb mértékben, de vélhetően ugyancsak hatást gyakorolt az eltereltek számának visszaesésére a megelőző-felvilágosító szolgáltatás biztosítására fordítandó finanszírozás késése. A szolgáltatást végző szervezetekkel a finanszírozást koordináló intézmény 2013-ban tudott csak szerződést kötni visszamenőleg a 2012. április-december időszakra. A finanszírozás késése és a szerződéskötés időpontjával kapcsolatos bizonytalanság komoly problémát jelentett a szolgáltatóknak. 5 szervezet (a szolgáltatást 2011-ben biztosító 44 szervezetből) kénytelen volt abbahagyni a szolgáltatás biztosítását, míg a többi szervezet források átcsoportosításával vagy a szolgáltatás elérhetőségének csökkentésével (például hétvégi alkalmak megszüntetésével) tudta csak tovább működtetni programját. Előfordult

⁵⁰ ALISMA Egészségfejlesztő és Egészségmegőrző Közhasznú Egyesület, ADELANTE ALAPÍTVÁNY, Alternatíva 2004 Alapítvány, Drog Stop Budapest Egyesület, Iránytű Ifjúsági és Mentálhigiénés Alapítvány, Magadért Drogmentességet Védő Alapítvány, Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány

⁵¹ Forrás: MADÁSZSZ 2013

olyan szolgáltató, amely korábban büntetés-végrehajtási intézetben fogvatartottak számára nyújtott megelőző-felvilágosító szolgáltatást, azonban a koordináló szervvel történt szerződéskötés hiányában a bv. intézet megszakította a szervezettel való együttműködést.

Szubsztitúciós és detoxikációs kezelés

Az új pszichoaktív szerek használata megjelenik a szubsztitúciós kezelték körében is, ahogy arról Farkas (2011) vizsgálata kapcsán a 2012-es Éves Jelentésben is beszámoltunk. A Nemzeti Drog Fókuszpont konzultációt folytatott (Péterfi 2013) a hazai metadon programot működtető kezelőhelyek bevonásával szubsztitúciós kezelték körében tapasztalt katinon-használatról, és annak kihatásáról a terápia menetére a 2012-es évre vonatkozóan⁵².

A katinon-használat beazonosítása nehézségekbe ütközött a kezelőhelyek beszámolója alapján, mivel nem áll rendelkezésre a szereket kimutató gyorseszteszt. A szolgáltatók így önbevallásos alapon, illetve a kliens magatartásában bekövetkezett változások és külső nyomok (jelentős súlyvesztés, szúrás nyomok a gyakori injektlás miatt) alapján figyeltek fel a probléma fennállására.

A budapesti és a nagyobb vidéki kezelőhelyek egyaránt tapasztalták a jelenség előfordulását klienskörükben, annak gyakoriságát jellemzőnek, gyakorinak ítélték, a becslést megfogalmazó kezelőhelyek 10 és 50% közé becsülték klienseik érintettségét. Mindazonáltal több kezelőhely is jelezte, hogy a probléma ciklikusan fordul elő, vannak időszakok, amikor intenzívebb, aztán hónapokig alig érzékelhető a klienskörben. A kisebb forgalmú vidéki kezelőhelyek közül három egyáltalán nem, egy pedig csak elvétve tapasztalta a problémát kliensei között.

A katinon-használat következményeivel kapcsolatban többen említették a pszichés állapot destabilizációját, a paranoia, hallucinációk, pánikrohamok valamint a depresszió tüneteinek megjelenését, nyugtalanság, agresszió előfordulását. A terápia szempontjából az e szerek mellékhatásaként jelentkező magatartásváltozások megnehezítették a kliensek terápiában tartását és a beszámolóik alapján egyértelműen nehezítették a kliensekkel való munkát. Jellemző problémaként kommunikációs nehézségeket, a (paranoia következtében jelentkező) bizalmatlanságot, a hosszú távon fenntartott absztinencia megszakadását (más szerekre vonatkozóan), a gyógyszerkiadásra várakozók nehezen kezelhetőségét említette több kezelőhely.

A kezelőhelyek a tapasztalt problémákra jellemzően szorosabb kontrollal reagáltak, de említették a jelentkező pszichés problémák tüneti kezelését, gyakoribb konzultációt, a kapcsolati terápia erősítését, súlyosabb problémák esetén továbbutalást kórházi kezelésre.

A vidéki szubsztitúciós kezelőhelyek a kezelési igény visszaeséséről is beszámoltak, új kliensek nem jelentkeznek szolgáltatásukba, jellemzően a régiek forognak vissza a rendszerbe. A visszaesés okaként a „designer szerek” elterjedését határozták meg. Ez a jelenség kevésbé tapasztalható a nagy forgalmat bonyolító budapesti szolgáltatóknál.⁵³

2012-ben az Országos Addiktológiai Centrum által koordinált pilot adatgyűjtésbe 8 szolgáltató jelentett metadon és buprenorfin-naloxon kezelésben részt vevő klienst (az országban ilyen kezelést nyújtó 12 szolgáltató közül). A szolgáltatók jelentése alapján összesen 672 kliens részesült metadon vagy buprenorfin-naloxon kezelésben az év során (2011-ben 715 fő).

A 2012-ben metadon vagy buprenorfin-naloxon kezelésben részesülők 4%-a (28 fő) detoxikáció céljából kapta helyettesítő szerét, 96%-a (637 fő) szubsztitúciós kezelés

⁵² A konzultációra 2013 májusában került sor. A kezelőhelyek megkeresése és lekérdezése telefonon történt. A válaszadó minden esetben a szubsztitúciós program szakmai vezetője vagy az intézmény vezetője volt. A konzultáció keretében sikerült elérni mind a 10 hazai kezelőhelyet.

⁵³ A 2013-as országos Szubsztitúciós Fórumon elhangzottak alapján.

keretében⁵⁴. A helyettesítő szert tekintve a szubsztitúciós kezelésben lévők 78%-ának (494 fő) metadont, 22%-ának (143 fő) buprenorfin-naloxont írtak fel az orvosok. A detoxikációs célzatú kezelések esetében jellemzőbb volt a buprenorfin-naloxon alkalmazása (21 esetben, 75%).

7. táblázat. A detoxikációs és szubsztitúciós kezelésben részesülők megoszlása a helyettesítő szer alapján 2012-ben (%) (N=665⁵⁵)

	detoxikáció		szubsztitúció	
	N	%	N	%
metadon	7	25%	494	78%
buprenorfin-naloxon	21	75%	143	22%
összesen	28	100%	637	100%

Forrás: Szubsztitúciós adatgyűjtés (OAC 2013c), elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Az ellátottak bemutatása a fejezet 5.3.1 pontjában olvasható.

5.3. A KEZELÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉGE

5.3.1 A kezelt betegek jellemzői

Kábítószer-használatból eredő probléma miatt kezelést kezdők (TDI adatok alapján)⁵⁶

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

2012-ben összesen 81 kezelőhely számolt be új kezelésbe lépő személyről, aki kábítószer-használatból eredő problémája miatt felkereste a szolgáltatót. Az esetet jelentő kezelőhelyek közül 51 járóbeteg, 16 fekvőbeteg, 21 alacsonyküszöbű ellátás keretében fogadott klienseket, valamint 7 intézmény számolt be fogvatartott ellátásáról⁵⁷.

2012-ben összesen 3885 kezelésbe lépőről számoltak be a kezelőhelyek, mely jelentős, 19%-os visszaesést jelent a 2011-es adatokhoz képest (4783 fő). A kezelésbe lépők számának visszaesése az eltereltek számában történt csökkenésre vezethető vissza, melynek okait az 5.2.2 tárgyalja részletesen.

Az év során kezelést kezdő 3885 fő 66%-át (2574 főt) élete során első ízben kezelték kábítószer-használatból eredő probléma miatt. A kezelésbe lépők 74%-a (2874 fő) járóbeteg, 10%-a (376 fő) fekvőbeteg, 12%-a (497 fő) alacsonyküszöbű ellátásban kezdett kezelőprogramot. 138 fő ellátására került sor valamely hazai büntetés-végrehajtási intézetben (ezen esetek részletes bemutatását lásd a 9.7. fejezetben).

A kezelésbe lépők életkori megoszlását vizsgálva látható, hogy a kannabisz-használók a legfiatalabbak, körükben legmagasabb (56%) a 25 év alattiak aránya. A legidősebb kezelést igénylő csoport az altatót-nyugtatót fogyasztók csoportja, akiket az opiát-használók követnek.

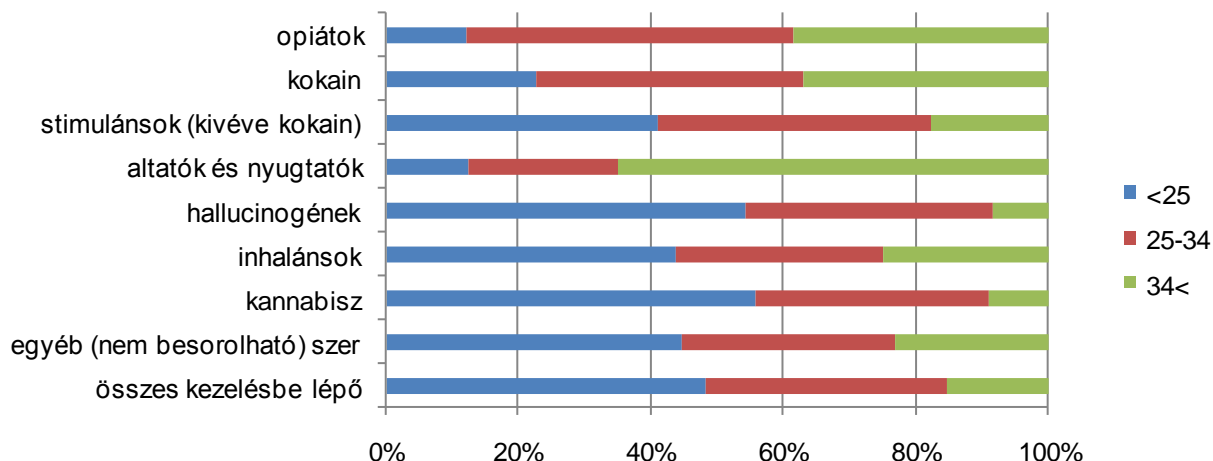
⁵⁴ További 7 fő esetében ismeretlen a kezelés típusa.

⁵⁵ A 672 összes kezeltből 665 fő esetében ismert a kezelés típusa és a helyettesítő szer egyaránt.

⁵⁶ A TDI adatgyűjtést a TDI protokoll határozza meg (EMCDDA 2000)

⁵⁷ Egy intézmény több típusú kezelést is nyújthat és jelenthet.

13. ábra. *Életkori megoszlás a kezelésbe lépők körében, elsődleges szer szerinti bontásban 2012-ben (%) (N=3885)*



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2013b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

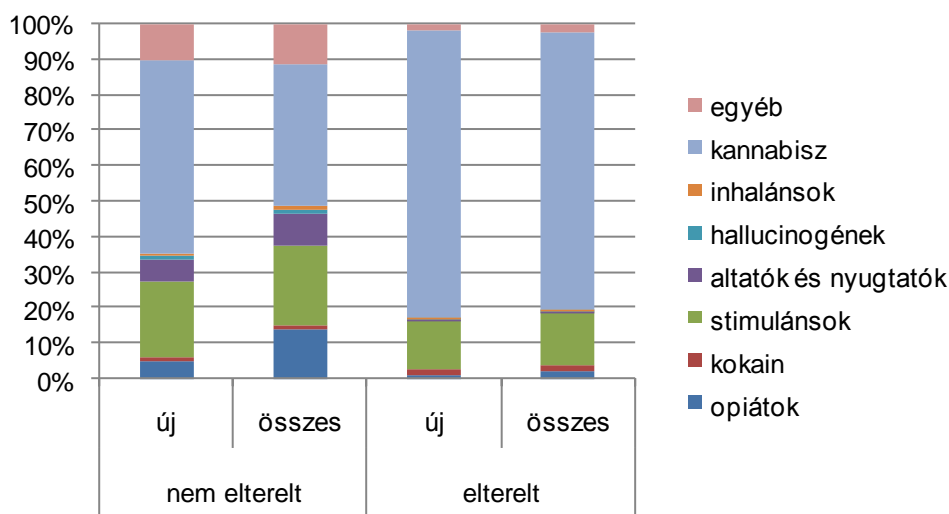
A kezelési igényt meghatározó szer, vagyis az elsődleges szer mentén tekintve a klienseket, továbbra is a kannabisz-használók teszik ki a kezelésbe lépők többségét (65,9%; 2560 fő), akiket a stimuláns-használók követnek (17,3%; 674 fő). Az opiát-használók képezik a 3. legnagyobb csoportot (5,9%; 230 fő), azonban évek óta csökkenő arányukat már megközelíti a 4. legnagyobb csoport az „egyéb” (a kérdőívben megszabott kategóriákba be nem sorolható) szereket fogyasztók aránya (5,1%; 199 fő). A kezelésbe lépést indokló szer változásáról a fejezetrész végén található részletes elemzés.

Nem elterelés révén (önként) kezelésbe lépő kliensek

A nem elterelés keretében kezelésbe lépők száma 2012-ben 1243 volt (az összes kezelést kezdő 32%-a). Ezek azok a kliensek, akik saját indíttatásból, családi vagy baráti nyomásra, más intézmény továbbirányítása révén, vagy egyéb módon, de nem a büntetőeljárás alternatívájaként kezdenek kezelést. Az 1243 fő közül 582 fő életében első alkalommal kezdett kezelést kábítószer-használatból eredő probléma miatt, 557 főt már kezeltek korábban hasonló problémával és 104 főnek nem ismert a kezelési múltja. Nemi megoszlásukat tekintve 965 férfi, 254 nő, és 24 további fő esetében nem jelezték a kliens nemét.

Az elsődleges szer tekintetében részben folytatódott a korábbi években megfigyelhető átrendeződés. Az opiát típusú szerek miatt kezelést kezdők aránya tovább csökkent (2009: 32%; 2010: 21%, 2011: 16%; 2012: 14%), ugyanakkor a stimuláns-használók arányának növekedése megtorpant. Jelentősen emelkedett viszont az „egyéb”, meglévő szerkategóriákba nem sorolható szerfogyasztók aránya (2011: 5%; 2012: 11%). Ez utóbbi növekedés feltehetően az új pszichoaktív szerekkel, az ismeretlen szereket fedő utcai elnevezésekkel kapcsolatos kezelési igénynek tudható be.

14. ábra. Elsődleges szer az összes és az elsőként (új) kezelésbe lépő elterelt és nem elterelt kliens körében 2012-ben (%) ($N_{nem-elterelt-új}=582$; $N_{nem-elterelt-összes}=1243$; $N_{elterelt-új}=1992$; $N_{elterelt-összes}=2642$)



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2013b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Elterelés révén kezelésbe lépő kliensek

2012-ben 2642 fő kezdett kezelést elterelés keretében, a büntető eljárás elkerülése érdekében, ami jelentős, 23%-os visszaesést mutat a 2012-es évhez viszonyítva (2012: 3453 fő). Ennek okairól az 5.2.2 fejezetrész ad bővebb felvilágosítást. Az elterelést kezdők szermegoszlási struktúrája lényegében változatlan maradt: a kannabisz- (78%), stimuláns- (15%) és opiát-fogyasztók aránya (2%) nem mutat elmozdulást a korábbi években tapasztaltnál képest. Vagyis az eltereltek esetében továbbra sem észlelhetőek a nem eltereltek körében megfigyelt elmozdulások.

Az egyes szerfogyasztó csoportok jellemzése⁵⁸

Opiát-fogyasztók⁵⁹

2012-ben 230 fő kezdett kezelést opiát-használatból kifolyólag (162 férfi, 59 nő, 19 ismeretlen nemű). Közülük 47 fő (20%) életében első alkalommal lépett kezelésbe ilyen problémával. Az opiát-használat miatt kezelést keresők 25%-a (57 fő) a büntetőeljárás elkerülése érdekében jelentkezett kezelésbe.

Az opiát-használók 75%-a (173 fő) heroin-használó volt, 13% (31 fő) egyéb opiátot, 11% (26 fő) pedig metadont fogyasztott, vagyis tovább csökkent a heroin-fogyasztók aránya az opiát-fogyasztás miatt kezelést keresők körében (2010: 89%, 2011:79%). Az első opiát-használat a többség esetében 15-19 éves kor között történt (50%; 116 fő), további 18% (41 fő) 20 és 24 éves kora közé helyezte az első opiát-használatot életében. Az intenzív (heti 2-6 vagy napi) használók aránya az összes opiát-használót tekintve 65% volt (141 fő), az először kezelést kezdő körében 61% (27 fő).

A heroin-használók esetében 80% (138 fő) volt a szert injektálók aránya, és 14% (24 fő) az azt elfüstölőké („fóliázóké”), az elsőként kezelésbe lépők között 64% (20 fő) számolt be intravénás használatról és 26% (8 fő) füstölésről.

⁵⁸ Ebben a fejezetrészben nem választjuk külön az elterelt és nem-elterelt csoportokat, hanem kizárólag az elsődlegesen fogyasztott szer alapján vizsgáljuk a kezelésbe lépőket.

⁵⁹ Heroin, metadon (nem orvosi rendelvényre) és egyéb opiátok használói

Az opiát-használók által leggyakrabban említett másodlagos szer⁶⁰ a kannabisz volt, melyet e csoport 32%-a (74 fő) jelölt meg, mint az elsődleges opiát származék mellett problémát okozó kábítószer. 27%-a (61 fő) jelölt valamilyen stimuláns anyagot (kivéve kokaint) és 20% (45 fő) számolt be valamilyen további opioid nem orvosi rendelvényre történő használatáról.

Kokain-fogyasztók⁶¹

2012-ben összesen 62 kokain-használó (61 kokain- és 1 crack-használó; 50 férfi, 11 nő, és 1 kliens neme nem ismert) kezelésbe lépéséről számoltak be a szolgáltatók, akik közül 41 fő (66%) életében első alkalommal kezdett kezelést. E csoporton belül 31% (19 fő) volt az önként és 69% (43 fő) a büntetőeljárás alternatívájaként kezelésbe kerülők aránya.

Az első kokain-használat körükben jellemzően 15-19 éves kor között következett be (44%, 27 fő), 18% (11 fő) esetében 20-24 éves kor között. A szerfogyasztás gyakoriságát tekintve 30% (18 fő) jellemezhető intenzív (heti 2-6 vagy napi gyakoriságú) szerhasználattal, az alkalmi szerhasználók aránya 61% (37 fő). A bevitel módját tekintve az orrba szippantásról számolt be többségük (67%; 41 fő), az injektlás csak kis részük (11%; 7 fő) esetében volt az elsődleges beviteli mód.

A kokain mellett egyéb, problémát okozó szerként⁶² a stimulánsokat (kivéve kokain) (41%; 26 fő), a kannabiszt (32%; 20 fő) és az alkoholt (18%; 11 fő) jelölték meg a legtöbben.

Stimuláns-fogyasztók⁶³

A stimuláns-használók arányának elmúlt években tapasztalt emelkedése 2012-ben megtorpant, és enyhe csökkenésbe fordult át. A 674 fő 2012-ben kezelésbe lépő stimuláns-használó (545 férfi; 120 nő; 9 fő neme nem ismert) 71%-a (476 fő) amfetaminokat, 8%-a (57 fő) MDMA-t és származékait, 21%-a (141 fő) egyéb stimulánsokat jelölte meg elsődleges szereként. 406 fő életében először kezdett kezelést kábítószer-probléma miatt, 215 fő már részesült kezelésben ilyen problémával (további 53 fő kezelési múltja nem ismert). A stimuláns-használók nagy része (59%-a, 401 fő) elterelés keretében lépett kezelésbe.

A szerhasználat gyakorisága szempontjából az egyéb stimulánsokat használók körében a legmagasabb az intenzív (heti 2-6 vagy napi) fogyasztók aránya (44%) a csoporton belül, ugyanez az MDMA és származékait használók körében 42%, az amfetamin-használók esetében 27%. Mindhárom szerkategória esetében az orrba szippantás a legjellemzőbb beviteli mód: az amfetamin-használók 42%-a, az MDMA és származékait fogyasztók 35%-a az egyéb stimulánsok használóinak 37%-a jelölte ezt meg. Elsődlegesen intravénás beviteli módról a stimuláns-használók 20%-a számolt be.

A legtöbb stimuláns-használó által másodlagos szerként⁶⁴ megjelölt anyagok a kannabisz (34%; 230 fő), az alkohol (18%; 119 fő) és a stimulánsok (18%; 118 fő) voltak.

Kannabisz-fogyasztók⁶⁵

2012-ben az eltereltek számának lecsökkenése következtében csaknem negyedével (23%-al) esett vissza a kannabisz miatt kezelésbe lépők száma (2011: 3321 fő; 2012: 2560 fő). A 2560 fő kannabisz-használó kliens (2291 férfi, 237 nő és 32 fő neme nem ismert) 80%-a (2062 fő) kezdett kezelést a büntetőeljárás elkerülése érdekében, és 20% (498 fő) egyéb

⁶⁰ Több (de legfeljebb 4) másodlagos szer megjelölésére volt lehetőség.

⁶¹ Kokain só és crack-használók

⁶² Több (de legfeljebb 4) másodlagos szer megjelölésére volt lehetőség.

⁶³ Amfetaminok, MDMA és egyéb származékok valamint egyéb stimuláns vegyületek használói (kivéve kokain)

⁶⁴ Több (de legfeljebb 4) másodlagos szer megjelölésére volt lehetőség.

⁶⁵ Marihuána- és hasis-fogyasztók

indokból. Az összes kannabisz miatt kezelésbe lépő 75%-a (1927 fő) életében először jelentkezett kezelési programba kábítószer-problémája miatt.

Az első kannabisz-használat a többség (59%) esetében 15 és 19 éves kor között következett be. 17% számolt be 15 éves kor előtti kannabisz-használatról. A csoporton belül 64% az alkalmi használók aránya, 16% számolt be heti egy vagy kevesebb szerhasználatról a kezelésbe lépést megelőző időszakban. Az intenzív (heti 2-6 vagy napi) kannabisz-használók aránya 20% volt.

Esetükben a leggyakrabban említett másodlagos szerek⁶⁶ a stimulánsok (23%; 599 fő), az alkohol (18%; 462 fő) és a kokain (3%; 71 fő) voltak.

Szubsztitúciós és detoxikációs kezelésben lévők

A 2012 folyamán opiát szubsztitúciós és detoxikációs kezelésben lévőket az OAC szubsztitúciós adatgyűjtése alapján mutatjuk be.⁶⁷

A szubsztitúciós kezelésben lévők átlagosan 3,7 éve (szórás 3,1 év) léptek kezelésbe⁶⁸, 20%-uk 2012-ben kezdte meg a kezelést.

A 672 kliens 75%-a (503 fő) férfi és 25%-a (169 fő) nő volt. A detoxikációs céllal kezelésben lévők átlagéletkora 32,8 év, a szubsztitúciós kezelésben lévőké 36,9 év volt.

5.3.2 Tendenciák a kezelt populációban és az ellátásban

A TDI adatok alapján

Az elmúlt 3-4 év során megfigyelhető volt a heroin visszaszorulása a piacról és a kezelő-, ellátórendszer által elért populációból egyaránt, ezzel párhuzamosan megjelent az új pszichoaktív szerekhez köthető kezelési igény. Ezen szerek pontos beazonosítása nehézséget jelent a szolgáltatóknak, kezeléssel ellátással foglalkozó szakembereknek, mivel maga a kliens sem tudhatja pontosan, mit fogyaszt, így nehéz konkrét anyaghoz rendelni a kezelési igényt. A nagy adatgyűjtési rendszerekben, amilyen a TDI is, ezen eseteket, külön kategória hiányában az „egyéb, be nem sorolható” vagy az „egyéb stimuláns” kategóriában találhatjuk meg. Az anyag pontos megjelölésének hiánya miatt vannak korlátai a gyűjtőkategóriákba jelentett adatok értelmezhetőségének, azonban a többi indikátor és a kezelőhelyekkel az év során folytatott konzultációk alapján feltételezhető, hogy az elmúlt 3-4 évben tapasztalt elmozdulások ezen szercsoportokban az új pszichoaktív szereknek, azokon belül is elsősorban a katinon származékoknak tulajdoníthatók.

A kezelésbe lépők elsődleges szer szerinti megoszlásának változása továbbra is csak az önkéntesen kezelésbe lépők körében tapasztalható. Az önként kezelésbe lépőket vizsgálva a kezelési múlt (részeseült-e már korábban kezelésben kábítószer-probléma miatt) függvényében látható, hogy tovább folytatódott a heroin-használók arányának csökkenése mind az elsőként kezelték, mind a korábban már kezelték esetében. A korábban már kezelték esetében lecsökkent az amfetamin és az egyéb stimuláns⁶⁹ kategória aránya, míg az egyéb (klasszikus kábítószer-kategóriákba be nem sorolható) szerek⁷⁰ miatt kezelést keresők aránya megemelkedett. Hasonló változás figyelhető meg az elsőként kezelésbe

⁶⁶ Több (de legfeljebb 4) másodlagos szer megjelölésére volt lehetőség.

⁶⁷ Az opiát szubsztitúciós a detoxikációs kezelés meghatározása az „Egészségügyi Minisztérium módszertani levelét a metadon kezelésről” c. dokumentumot követi.

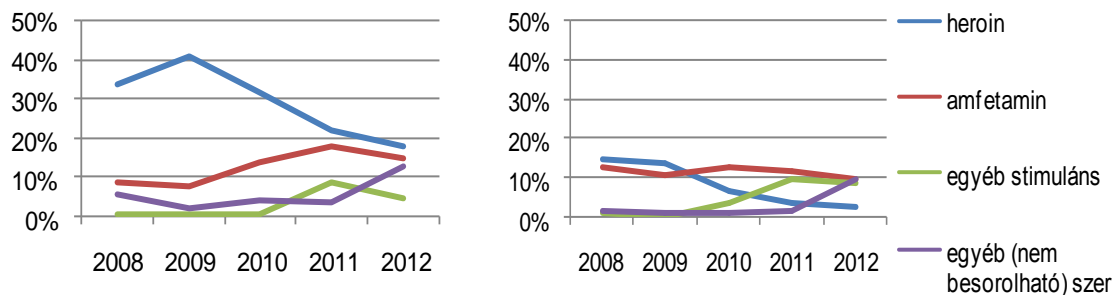
⁶⁸ Az aktuális év és a kezelés kezdete évének különbségéből számítva.

⁶⁹ A „stimulánsok (kivéve kokain)” csoportban az „amfetamin” illetve az „MDMA és egyéb származékok” mellett alkalmazott kategória.

⁷⁰ Az „opiátok”, „kokain”, „stimulánsok (kivéve kokain)”, „altatók és nyugtatók”, „hallucinogének”, „inhalánsok”, „kannabisz” szercsoportokba be nem sorolható vegyületek.

lépők körében: az amfetamin és egyéb-stimuláns használók arányának enyhe visszaesése mellett az egyéb szerek kategória megemelkedése.

15. ábra. A heroin, amfetamin, egyéb stimuláns és egyéb (nem besorolható) szereket fogyasztók arányának alakulása a korábban már kezelték (első ábra) és az elsőként kezelésbe lépők (második ábra) (nem elterelték) körében 2008 és 2012 között (%)

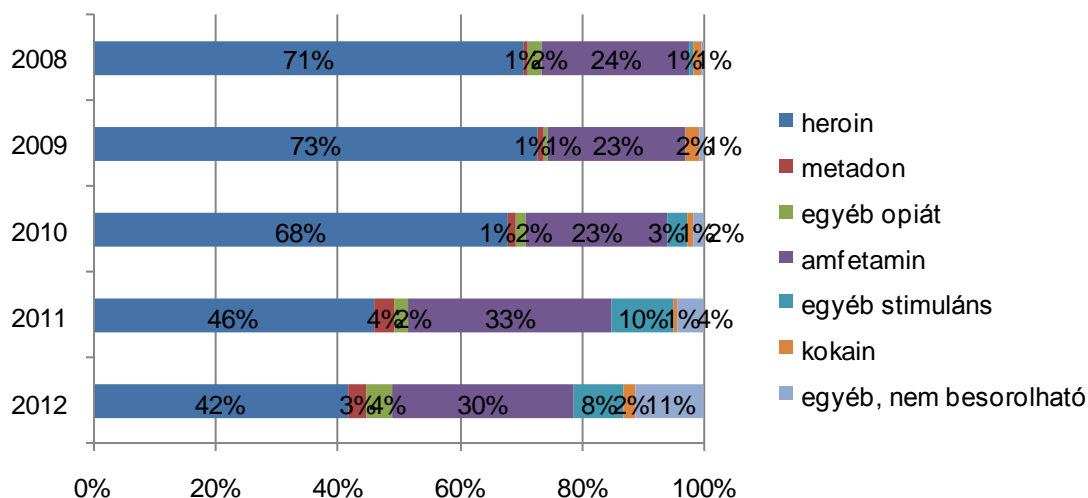


Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2013b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

A korábbi évek adatai és kutatásai alapján (Éves Jelentés 2012, 4. fejezet, 5. fejezet) tudjuk, hogy évek óta megfigyelhető egy átrendeződés az intravénás szerhasználók körében. Ez a trend tovább folytatódott 2012-ben is. A heroin, mint elsődlegesen injektált szer, visszaszorulása folytatódott a kezelési adatokban is, 42%-ra csökkent aránya (2011: 46%). Kis mértékben csökkent az amfetamint (2011: 33%; 2012: 30%) és egyéb stimulánsokat injektálók aránya is (2011: 10%; 2012: 8%) a kezelésbe lépők körében, ugyanakkor jelentősen megemelkedett az egyéb (nem besorolható) szerek injektálásáról beszámoló aránya (2011: 4%; 2012: 11%). Ez utóbbi szercsoportba – a szolgáltatókkal történt egyeztetés alapján – ugyancsak a szintetikus katinonokat injektálókat sorolták a kezelőhelyek.

A lefoglalási adatok alapján továbbra is alacsony a heroin hozzáférhetősége az országban. Az injektáló eszközökben azonosított hatóanyagok (lásd 10.3. fejezet) és a hazai túcsere szolgáltatók kliensadatai (lásd 4.2. fejezet) egyaránt a heroin injektálás csökkenő trendjét támasztják alá.

16. ábra. Intravénás szerhasználó kliensek megoszlása az injektált szer alapján 2008 és 2012 között⁷¹ (%)



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

Következtetések

A kezelő-, ellátórendszer egyes pontjain (közösségi és alacsonyküszöbű ellátás, elterelés) a kapacitások és a hozzáférhetőség beszűkülése volt tapasztalható a lecsökkent finanszírozás és a finanszírozással kapcsolatos bizonytalanságoknak köszönhetően (finanszírozási szerződés megkötésének, kifizetéseknek a csúszása) 2012-ben.

A másik tényező, melynek meghatározó szerepe volt a kábítószer-használók kezelésében, ellátásában az új pszichoaktív szerek folytatódó térnyerése, mely direkt és indirekt módon is kihatással volt a területre.

Egyik közvetett hatása a kezelésbe lépők számának csökkenése. Mivel a kezelésbe lépők többsége a büntetőeljárás elkerülése érdekében kezd kezelést, a kábítószer visszaéléssel kapcsolatos bűncselekmények visszaesése (részben a kábítószerként nem szabályozott új pszichoaktív szereknek köszönhetően) hatást gyakorolt a kezelésbe lépők számára is.

Közvetlen hatása a kezelési igény területén volt érzékelhető. Az új pszichoaktív szerek fogyasztásából adódó kezelési szükséglet továbbra is tetten érhető volt. A kezelési és tüssere adatok alapján a közegészségügyi szempontból különösen kockázatos intravénás szerhasználói populáció esetében is meghatározó ezen szerek fogyasztása.

A heroin-használattal kapcsolatos kezelési igény tovább csökkent 2012-ben, mely tendencia összhangban áll a lefoglalási, tüssere és halálozási adatokkal egyaránt. A visszaesés oka részben a heroin hozzáférhetőségének lecsökkenése, részben pedig az új pszichoaktív szerek elterjedése lehet.

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

6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI⁷²

6.1 HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

2012-re vonatkozóan Magyarországon az intravénás szerhasználók körében bejelentett HIV/AIDS esetekre, valamint a heveny HBV, HCV okozta hepatitisek incidenciájára vonatkozó adatok az előző évekhez hasonlóan az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi Osztályán működő országos fertőzőbeteg nyilvántartásból, valamint a speciális HIV/AIDS, illetve hepatitis surveillance adatbázisból származnak (Csohán et al. 2013).

2012-ben nem valósult meg az országos HIV, HBV, HCV prevalencia vizsgálat az intravénás szerhasználók körében⁷³. Azonban 8 városban egész évben biztosították az Országos Epidemiológiai Központ koordinálásában a kockázati magatartások felmérését és a HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatok lehetőségét az intravénás szerhasználók számára⁷⁴ (módszertant lásd: 2011-es Éves Jelentés 6.1. fejezet). Így 2012-re vonatkozóan ebből a programból származó adatok állnak rendelkezésre hazánkban a HIV, HBV, HCV és a kockázati magatartások⁷⁵ előfordulási gyakoriságára vonatkozóan az intravénás szerhasználók körében (Dudás et al. 2013). Az adatok interpretálásához fontos megjegyezni, hogy a regionális lefedettségű, rutinszerű szűrővizsgálaton való részvétel esetleges, így – az országos prevalencia vizsgálatokkal ellentétben – érvényes trendek megállapításra csak korlátozottan van lehetőség⁷⁶. Emellett fontos figyelembe venni, hogy míg 2011-ben a rutinszerű szűrővizsgálatok során a vizsgált személyek 79%-a volt aktív⁷⁷ intravénás szerhasználó, addig 2012-ben csak 48%. Ennek többek között a következő tényezők állhatnak a hátterében: míg 2011-ben a minták 63%-a túcserre programokból, 2%-a drogambulanciáról, 2%-a opiát szubsztitúciós kezelőhelyről, 33%-a túcserét és opiát szubsztitúciót is nyújtó szervezettől származott, addig 2012-ben csak a minták 26%-a érkezett túcserre programból, további 2%-a drogambulanciáról, 33%-a opiát szubsztitúciós kezelőhelyről, 39%-a pedig túcserét és opiát szubsztitúciót is nyújtó szervezettől. A legnagyobb forgalmú túcserre programok 2012-es kapacitás csökkenéséről a 7.3. fejezetben található bővebb információ, amelynek következtében a szervezetek nem tudtak a 2011-hez hasonló mennyiségű szűrővizsgálatot elvégezni.

A szűrővizsgálatokon részt vett, aktív intravénás szerhasználók szerhasználati jellemzői a 4.3. fejezetben kerülnek bemutatásra.

2012-ben kutatás készült (Ritter 2013a) „Fertőzések és félelmek a büntetés-végrehajtási intézményekben” címmel, amely a fogvatartottak véleményét, attitűdjét, érintettségét, és az érintettség oksági tényezőit tárta fel a büntetés-végrehajtási intézeteken belül előforduló HCV-fertőzéssel kapcsolatban. A fertőzöttségi és kockázati magatartásokra vonatkozó adatok a jelen fejezetben kerülnek bemutatásra, a minta szerhasználati jellemzőit és a fertőzésekre vonatkozó tanácsadással kapcsolatos eredményeket a 9.7 és a 9.8. fejezet tárgyalja.

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

⁷³ Előző országos prevalencia vizsgálatokat lásd: 2007-es, 2008-as és 2012-es Éves Jelentés 6.2. fejezet; 2009-es és 2010-es Éves Jelentés 6.1. fejezet.

⁷⁴ A vizsgálatban Budapesten öt túcserre program és két kezelőhely, vidéken egy kezelőhely és hét túcserre program vett részt 2012 év végéig.

⁷⁵ A kérdések az EMCDDA útmutatójára - Protocol for the implementation of the EMCDDA keyindicator: Drug-related infectious diseases (DRID), draft version 6 October 2006, Project CT.04.P1.337. és a 9. standard tábla 2. és 3. részére épülnek. 2012-ben bevezetésre került három új változó (az „egyéb elsődlegesen injektált szer” nevesíthető volt; utolsó napi injektálás szám; steril fecskendő használat utolsó injektálásnál) az új pszichoaktív szerekre vonatkozó szerhasználati mintázatok jobb mérhetősége végett.

⁷⁶ A HIV/HBV/HCV rutin szűrővizsgálatokon az vehet részt, aki valaha intravénásan használt kábítószer, illetve több mint 1 éve volt utoljára szűrővizsgálaton. Az országos prevalencia vizsgálatokkal ellentétben a részt vevők nem részesülnek motivációs díjban.

⁷⁷ az elmúlt 4 hétben legalább egyszer injektált.

A korábbi évhez hasonlóan 2012-re vonatkozóan a halálozási adatok az Országos Addiktológia Centrum illegális szerfogyasztáshoz kapcsolódó jelentési rendszerének halálozási moduljából származnak. Az adatok feldolgozása az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet munkatársai segítségével történt (módszertant lásd: 2011-es Éves Jelentés 6.3. fejezet).

6.2. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

Bejelentett HIV/ AIDS, HBV, HCV esetek

HIV/AIDS

2012-ben Magyarországon összesen 219 újonnan diagnosztizált HIV-pozitív esetet jelentettek be, 35%-kal többet mint az előző évben. Az incidencia 22 eset/1millió lakos értéknek felelt meg. A regisztrált HIV-fertőzöttek közel négyötödénél volt ismert a fertőződés módja. Az ismert rizikócsoporthoz tartozó HIV-fertőzöttek és AIDS betegek közül egy személy sem tartozott az intravénás szerhasználók rizikócsoportjába. (Csohán et al. 2013)

8. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoporthoz szerinti megoszlása, 2008-2012 között (fő)

	2008	2009	2010	2011	2012
Homo/biszexuális	93	87	124	106	146
Heteroszexuális	17	23	19	18	23
Hemofiliás	0	0	0	0	0
Transzfúziós recipiens	0	0	0	2	1
Intravénás kábítószer-fogyasztó	2	0	0	0	0
Nosocomiális	0	0	0	0	0
Maternalis	0	2	0	0	1
Ismeretlen	33	28	39	36	48
Összesen	145	140	182	162	219

* Importált esetek

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2013)

Akut hepatitis B

2012-ben 53 akut hepatitis B megbetegedést jelentettek be, 9%-kal kevesebbet, mint az elmúlt évben. Az incidencia 0,53‰ volt. 13 főnél volt ismert a fertőződés módja, közülük 6 fő – egy 25-34 év közötti nő, négy 25-34 év közötti férfi és egy 34 évesnél idősebb férfi – tartozott az intravénás szerhasználók rizikócsoporthoz. (Csohán et al. 2013)

Akut hepatitis C

2012-ben 38 heveny hepatitis C megbetegedést jelentettek, az incidencia 0,38‰-nak bizonyult. A 38 beteg közül húsznál volt ismert a fertőződés módja, közülük 17-en – két 25 évesnél fiatalabb és két 25-34 év közötti nő, öt 25 évnél fiatalabb, hét 25-34 év közötti és egy 34 évesnél idősebb férfi – fertőzöttek intravénás kábítószer-használat révén. Az akut hepatitis C-ben szenvedők közül a közép-magyarországi régió (Budapest, Pest megye) területéről 5, Borsod-Abaúj-Zemplén megye területéről 6 olyan személyt jelentettek, akik valószínűsíthetően intravénás szerhasználat útján fertőzöttek. (Csohán et al. 2013)

HIV, HBV, HCV prevalencia az intravénás szerhasználók körében

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

A 2012-ben egész évben elérhető szűrővizsgálatok során (Dudás et al. 2013, lásd még: 6.1. fejezet; kockázati magatartásokat lásd alább ebben a fejezetben, szerhasználati jellemzők: 4.3. fejezet) a szervezetek munkatársai összesen 378 intravénás szerhasználótól vettek vérmintát (módszertant lásd: 2011-es Éves Jelentés, 6.1. fejezet) 8 városban, amely 8 megyét fedett le.

HIV vírus esetében az összes vérminta⁷⁸ negatívnak bizonyult. Három főt találtak hepatitis B vírus fertőzöttnek (0,8%), akik egyidejűleg HCV ellenanyag pozitívnak is bizonyultak. 82 kliens mintája HCV ellenanyag pozitív volt (23,2%)⁷⁹.

A vizsgálatba került személyek közül 250 fő (66,1%) volt férfi és 128 fő (33,9%) volt nő. A három korcsoport közül a 25-34 év közötti korcsoportba tartozott a mintát szolgáltatók közel fele (178 fő, 47,2%), a 34 év feletti adták a vizsgálatban résztvevők több mint harmadát (140 fő, 37,1%), és a 25 évnél fiatalabbak alkották a legkisebb csoportot 59 fővel (15,6%).

Az elemzésbe került személyek 47,9%-a aktív (a vizsgálat előtti 4 héten belül injektált utoljára) intravénás szerhasználó volt (2011:78,7%), 25,5%-a 4 hétnél régebben de egy éven belül (2011:18,6%), míg 26,6% 1 évnél régebben injektált utoljára a lekérdezés előtt (2011: 2,7%).

Csak a HCV prevalencia értékeket vizsgálva tovább, a férfiak és a nők fertőzöttségi arányában (20,5% és 28,9%) az eltérés szignifikáns. A hepatitis C prevalenciája a 34 év feletti korcsoportjában volt a legmagasabb (27,8%), a fiatal (25 év alatti) intravénás szerhasználók 13,5%-a fertőződött.

A 25-34 éves korcsoportban és a 34 év feletti esetében a férfiak és a nők HCV prevalencia értékei közti különbség szintén szignifikáns. A 25-34 év közötti, és a 34 évnél idősebb nők HCV prevalencia értékei meghaladják az átlagos prevalencia értéket, az átlagos HCV prevalenciától mért eltérés a 34 év feletti nők esetében szignifikáns. (A női intravénás szerhasználók számára létrehozott speciális programot lásd: 7.3. fejezet.) A 25 év alatti intravénás szerhasználók körében is magasabb a nők HCV prevalenciája a férfiak körében mért értékhez viszonyítva, de az átlagos prevalencia alatt marad mindkét érték.

⁷⁸ Két kétes eredmény született, amelyet kizártak a statisztikai feldolgozásból, így HIV esetében 376 vérminta került bele a statisztikai feldolgozásba.

⁷⁹ Kétes eredményt 24 személy esetében kaptak, amelyeket kizártak a statisztikai feldolgozásból, így HCV esetében 354 vérminta került bele a statisztikai feldolgozásba.

9. táblázat. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HIV, HBV, HCV fertőzöttsége nem és korcsoport szerinti bontásban, 2012-ben

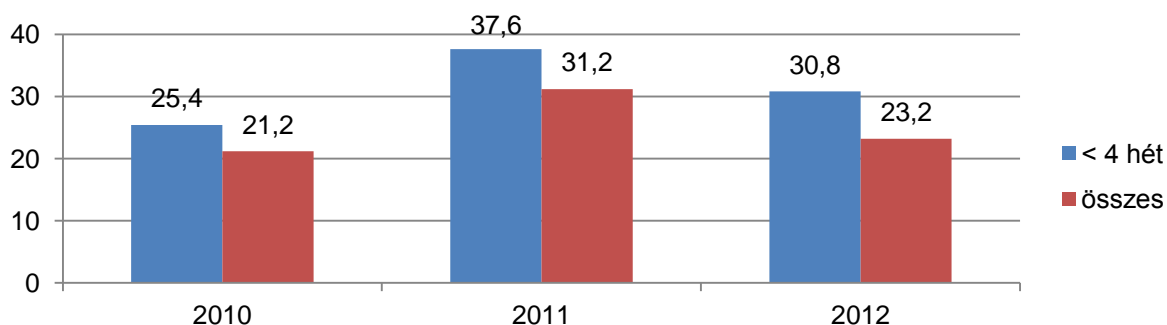
Korcsoport	HIV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek			
	N	közül pozitív	N	közül pozitív N	%	N	közül pozitív N	%	
< 25 év	férfi	28	0	28	0	0	24	2	8,3
	nő	31	0	31	0	0	28	5	17,9
	férfi+nő	59	0	59	0	0	52	7	13,5
25-34 év	férfi	121	0	122	0	0	118	23	19,5
	nő	55	0	56	0	0	50	15	30
	férfi+nő	176	0	178	0	0	168	38	22,6
> 34 év	férfi	99	0	99	2	2	97	24	24,7
	nő	41	0	41	1	2,4	36	13	36,1
	férfi+nő	140	0	140	3	2,1	133	37	27,8
Összesen	férfi	248	0	249	2	0,8	239	49	20,5
	nő	127	0	128	1	0,8	114	33	28,9
	férfi+nő	375	0	377	3	0,8	353	82	23,2

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2013)

Az aktív intravénás szerhasználók körében 30,8% volt a HCV ellenanyag pozitív személyek aránya. Azok körében, akik 4 hétnél régebben, de 1 éven belül injektáltak utoljára ez az arány 17,6% volt, az 1 évnél régebben injektáltak körében 15,1%. Az aktív intravénás szerhasználók HCV prevalencia értéke, illetve a másik két csoport prevalencia értékei között a különbség szignifikáns.

Az elmúlt 3 évben az aktív intravénás szerhasználók körében mért HCV prevalencia minden alkalommal meghaladta a teljes mintára vonatkozó HCV prevalenciát. A prevalenciákban mért eltérés 2010 és 2011 években nem, azonban 2012-ben szignifikáns volt.

17. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) az utolsó injektálás időpontja szerinti bontásban, 2010-2012

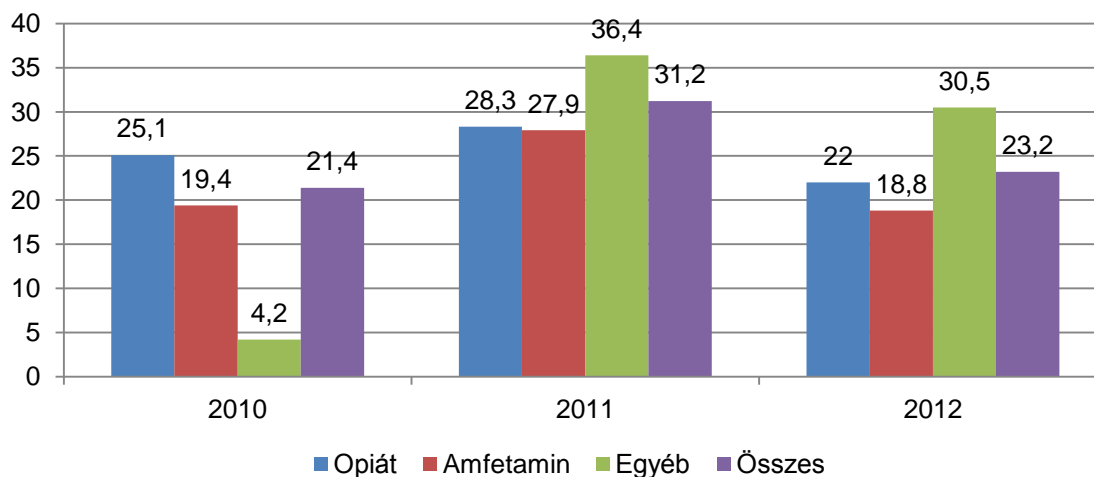


Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2013)

Az intravénás szerhasználat kezdete szerint azon intravénás szerhasználók csoportjában, akiknél az első injektálás 10 évnél régebben történt a szerhasználók 26,4%-a, az 5-9 éve injektálóknál a kliensek 19,2%-a volt HCV-fertőzött. A 2-4 éve intravénás szerhasználók fertőzöttségének aránya 25% volt, az új (kevesebb mint 2 éve) injektálóknál csak hárman (10%) fertőződtek a vírussal.

A 2011-ben megfigyeltékhez hasonlóan 2012-ben is az elsődlegesen egyéb szereket injektálók körében volt legmagasabb a HCV prevalencia. Míg az elsődlegesen opiát-származékokat injektálók 22%-a, az amfetamint injektálók 18,8%-a, addig az egyéb szereket injektálók 30,5%-a volt HCV-fertőzött.

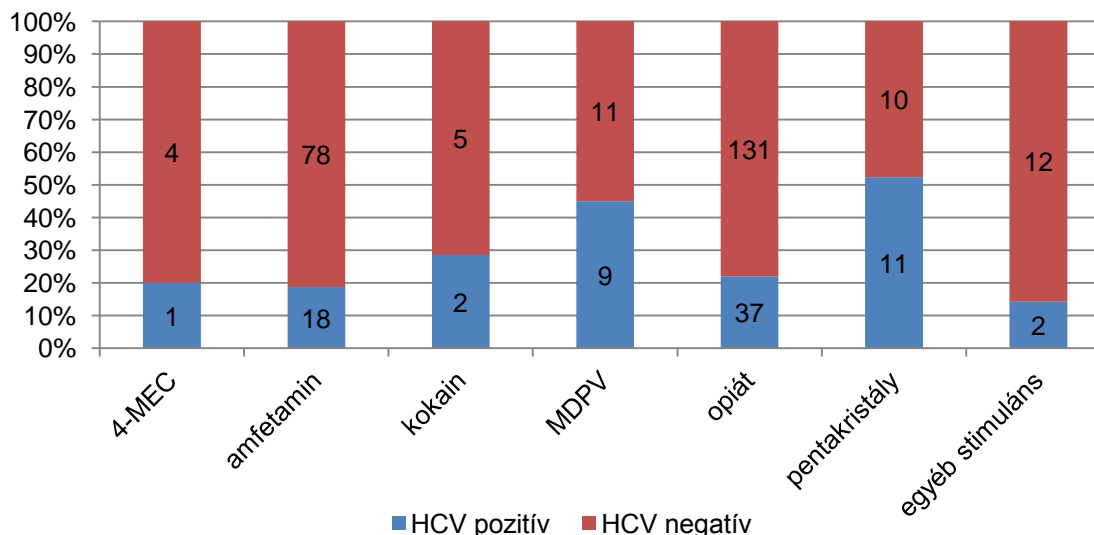
18. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2010-2012 között



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2013), elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

2012-ben a vizsgálat során már nevesíthető volt az „egyéb injektált szer” kategória⁸⁰, amely alapján kirajzolódik, hogy az elsődlegesen új pszichoaktív szereket injektálók körében a legmagasabb a HCV prevalencia: a vizsgálatba került „pentakristály”⁸¹ injektálók 52,4%-a, az elsődlegesen MDPV-t injektálók 45%-a volt HCV-fertőzött.

19. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (N,%) elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban 2012-ben⁸²



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2013), elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

⁸⁰ 2010-2011 között csak az alábbi szerkategóriákba lehetett kódolni a válaszadót: opiát, amfetamin, kokain, egyéb szer. Azonban 2012-ben az egyéb kategória már nevesíthető volt a kérdőíven.

⁸¹ A pentakristály elnevezés feltehetően a pentedron, szintetikus katonai származékra utal, melynek térnyerése és intravénás használata a lefoglalási adatokban is tetten érhető volt 2012-ben (lásd 10.3. fejezet).

⁸² egyéb stimulánsok: MDMA; metilon; metamfetamin; ritalin; PPMC; fluoramfetamin; mefedron; „designer drug”.

Területi felosztás szerint a fővárosból érkezett 235 mintából 64 bizonyult hepatitis C pozitívnak, amely 27,2%-os átfertőzöttséget jelent.⁸³ Ezzel szemben a vidékről érkezett minták 15,1%-ánál diagnosztizáltak hepatitis C pozitivitást (18 fő), a különbség szignifikáns. Vidéken Debrecenben volt a legmagasabb az átfertőzöttség, ahol a beérkezett minták 40%-a bizonyult hepatitis C pozitív.⁸⁴ Mindhárom HBsAg pozitív személyt Budapesten szűrték ki.

10. táblázat. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók száma, a fertőzöttek száma és aránya területenként, 2012-ben

Terület/város	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	N	közül pozitív		N	közül pozitív	
		N	%		N	%
Budapest	252	3	1,2	235	64	27,2
Debrecen	21	0	0	20	8	40
Gyula	6	0	0	6	1	16,7
Kecskemét	8	0	0	8	0	0
Pécs	33	0	0	31	2	6,5
Salgótarján	8	0	0	8	0	0
Szeged	46	0	0	42	7	16,7
Szekszárd	4	0	0	4	0	0
Vidék összesen	126	0	0	119	18	15,1
Összesen	378	3	0,8	354	82	23,1

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2013)

A 2012-es vizsgálat adatainak interpretálása során figyelembe kell venni azt, hogy csak korlátozottan van lehetőség érvényes következtetések levonására a területi lefedettség, a rutinszerű szűrővizsgálat igénybevételének kritériumai és esetlegessége, továbbá a vizsgálatok által elért intravénás szerhasználói populáció összetétele miatt (lásd 6.1. fejezet).

Fertőző betegségek a büntetés-végrehajtási intézetekben

2012-ben folytatódott a vírusfertőzések megelőzésére irányuló felvilágosító és szűrő-gondozó program a bv. intézetekben (előzményeket lásd a 2008-as Éves Jelentés 6.2. fejezetében.) 2012-ben összesen 2768 fő, az átlag fogvatartotti létszám (17.179 fő⁸⁵) 16,1%-a vett részt HCV szűrésen, 194 fő (7,01%) volt közülük HCV ellenanyag pozitív (2011:4,8%). A hepatitis B fertőzöttséget, az átlag fogvatartotti létszám 16,3%-a, 2805 fogvatartott esetében vizsgálták, közülük 35 fő (1,25%) esetében mutattak ki HBsAg pozitivitást. HIV szűrést 2012-ben az átlag fogvatartotti létszám 13,6%-ánál, 2336 fogvatartott esetében végeztek, közülük 3 fő (0,13%) mintája bizonyult verifikáltan pozitív.⁸⁶ (BVOP 2013)

2012-ben kutatás készült (Ritter 2013a, a minta szerhasználati jellemzőit lásd 9.7. fejezet, tanácsadással kapcsolatos adatokat lásd 9.8. fejezet) - a bv. intézetekben zajló HIV/HBV/HCV fertőzések megelőzésére irányuló felvilágosító és szűrőprogram keretében - „Fertőzések és félelmek a büntetés-végrehajtási intézményekben” címmel, amely a

⁸³ A Budapesten mért – előző évekhez viszonyítva – alacsonyabb prevalencia érték háttérben állhat, hogy a vizsgálatban jóval alacsonyabb volt az aktív intravénás szerhasználók száma, és a túcsere programokból származó vérminták aránya. (lásd: 6.1. fejezet)

⁸⁴ A 7 vidéki városból csupán három esetében (Debrecen, Pécs, Szeged) lehet a HCV prevalencia értékeket validnak tekinteni, mivel a vizsgálatba került minták száma ezekben a városokban haladta meg a 20-at.

⁸⁵ A 2012. év végén mért statikus adat.

fogvatartottak véleményét, attitűdjét, érintettségét, és az érintettség oksági tényezőit tárta fel a büntetés-végrehajtási intézeteken belül előforduló HCV fertőzéssel kapcsolatban⁸⁶.

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.

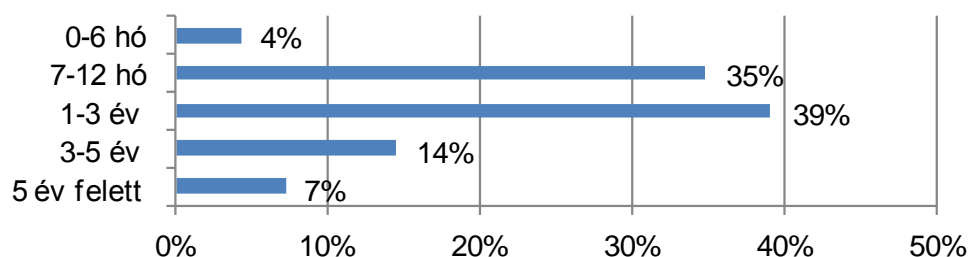
A vizsgált személyek körében a HCV prevalencia értéke 8,2% (70 fő) volt. A valaha intravénásan kábítószer használók körében 24,8%-os HCV prevalenciát mért a vizsgálat.⁸⁷

A HCV-fertőzöttek közül 3 fő volt olyan, aki nagy valószínűséggel a börtönben kapta el a fertőzést, ugyanis a vizsgálatot megelőző évben is részt vett szűrésen és negatív volt az eredménye, azonban 2012-ben HCV fertőzöttséget azonosítottak esetében és legalább 2 éve volt büntetés-végrehajtási intézményben fogvatartott.

A HCV-fertőzöttek átlagéletkora 32 év volt, 95,4%-uk 40 év alatti volt, a nők 31%-át tették ki a fertőzött fogvatartottaknak. 1 fő kivételével mindegyikük magyar állampolgár volt. 60,4%-uk Budapesten lakott a bekerülést megelőzően, 18,5%-uk Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, 7,9%-uk Fejér megyében.

Minden ötödik (22,5%) HCV-fertőzött volt csak büntetlen előéletű, míg a mintába kerültek körében ez az arány 44,6% volt. A legtöbb fertőzött fogvatartott 1-3 éve van büntetés-végrehajtási intézetben.

20. ábra. A HCV-fertőzött elítéltek megoszlása a fogvatartás ideje szerint



Forrás: Ritter 2013a

A 70 HCV-fertőzött fogvatartott 82,9%-a (58 fő) vallotta azt, hogy használt valaha intravénásan kábítószer, közülük a legtöbben (56,9%; 33 fő) amfetamint injektáltak elsődlegesen, az elsődlegesen heroint injektálók aránya 24,1% (14 fő) volt. A HCV-fertőzöttek 10%-a jelezte (7 fő), hogy a börtönben is használt intravénásan kábítószer, jellemzően amfetamin származékokat. A fertőzöttek 17,1%-a saját bevallása szerint soha nem használt intravénásan kábítószer, közülük ketten soha nem fogyasztottak semmilyen

⁸⁶ 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, akik az alábbi büntetés-végrehajtási intézetekben voltak fogva tartva: Fiatalkorúak Büntetés-végrehajtási Intézete, Tököl; Sopronkőhidai Fegyház és Börtön; Sátoraljaújhelyi Fegyház és Börtön; Váci fegyház és Börtön; Kalocsai Fegyház és Börtön, Pálhalmi Országos Büntetés-végrehajtási Intézet; Szombathelyi Országos Büntetés-végrehajtási Intézet. 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. Volt néhány elítélt minden bv. intézetben, akik analfabéták vagy funkcionális analfabéták voltak, ők segítséggel töltötték ki a kérdőívet. A szűrésen részt vett fogvatartottak 96%-a töltötte ki a kérdőívet. A kérdőíves adatfelvételre jellemzően a szűrést követően került sor, napokkal vagy hetekkel később. A kérdőíves adatgyűjtést a személyiségi jogok és az adatvédelmi rendelkezések maximális betartásával végezték. A kitöltött kérdőíveket kódolás és rögzítés után SPSS statisztikai program segítségével elemezték. 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.

⁸⁷ Az adatok interpretálásánál fontos figyelembe venni, hogy a mintába azok az elítéltek kerültek (852 fő), akik részt vettek a szűrésen és egyben hajlandók voltak részt venni a vizsgálatban is és kitölteni az anonim kérdőívet, illetve akik már hepatitis C fertőzöttek voltak és részt kívántak venni a vizsgálatban.

kábítószer, azonban mindannyiukra került már fel sterilizálatlan tűvel, osztott tűhasználatlalt tetoválás. (További adatok a kockázati magatartásokról lásd alább ebben a fejezetben).

Az eddigi kutatások eredményei szerint (Ritter 2013a; 2012-es Éves Jelentés 6.2. fejezet, 2010-es és 2009-es Éves Jelentés 6.1. fejezet és Tresó et al. 2011) a bv. intézetekben azonosított HCV pozitív fogvatartottak valószínűsíthetően elsősorban intravénás szerhasználói múltjuk során fertőződtek meg a vírussal. Az intézetekben a fogvatartás alatt biztosított antivirális kezelés jó lehetőség az egyébként kezelésbe nehezen kerülő intravénás szerhasználók számára. A fertőző betegségekkel kapcsolatos tanácsadásról és a fertőzött fogvatartottak kezeléséről szóló információ a 9.8. fejezetben olvasható.

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

TBC és kábítószer-használat

A pulmonológiai intézmények adatai szerint (Böszörményi et al. 2013), az 1279 új TBC-s beteg körében összesen 426 főnél vált ismertté valamilyen rizikócsoport: legtöbben alkoholfüggők (155 fő, 36,4%) és hajléktalanok (135 fő, 31,7%) voltak. 2 fő (0,5%) új TBC-s beteg tartozott a kábítószer-fogyasztók rizikócsoportjába.

A büntetés-végrehajtási intézetekben 17.621 fogvatartott esetében történt tüdőszűrés 2012-ben, közülük 16 fő TBC-s beteget szűrtek ki a vizsgálatok során (BVOP 2013).

Kockázati magatartások

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

2012-ben az Országos Epidemiológiai Központ által koordinált, rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokhoz (Dudás et. al 2013 és 6.1. fejezet; szerológiai eredményeket lásd fentebb ebben a fejezetben; szerhasználati mintázatok: 4.3. fejezet) kapcsolódóan sor került a kockázati magatartások lekérdezésére is.

A feldolgozott adatok alapján a vizsgált intravénás szerhasználók 70%-ánál (263 fő) már történt HIV szűrővizsgálat a múltban. Azon személyek, akiknél történt ilyen jellegű vizsgálat, 90%-a tudta, hogy negatív a szerostátusza HIV-re nézve.⁸⁸

A válaszadók 69%-a (259 fő) volt már HCV szűrővizsgálaton élete folyamán. A szűrővizsgálaton részt vett kliensek 76%-a negatívnak, 12%-a pozitívnak vallotta magát HCV-re nézve.⁸⁹ A magukat HCV pozitívnak vallók közül (30 fő) 22-en bizonyultak pozitívnak a szűrővizsgálat során, azonban a magukat HCV negatívnak vallók körében is 34 HCV ellenanyag pozitív személyt találtak. Azok körében, akiknél nem volt információ, 10 fő lett pozitív.

A fecskendő és eszköz megosztás az aktív intravénás szerhasználók⁹⁰ körében került vizsgálatra. Az intravénás szerhasználók 34,5%-a használta közösen fecskendőjét valakivel az elmúlt 4 hétben. Az injekciós eszközöket 44,3%-uk osztotta meg. A fecskendő megosztás 4,7 százalékponttal emelkedett, míg az eszköz megosztás csökkent 6,4 százalékponttal 2011-hez képest.

Ha a fecskendő és az eszköz megosztás prevalenciájának szertípus szerinti megoszlását vizsgáljuk, megállapítható, hogy az előfordulási gyakoriság az új pszichoaktív szereket

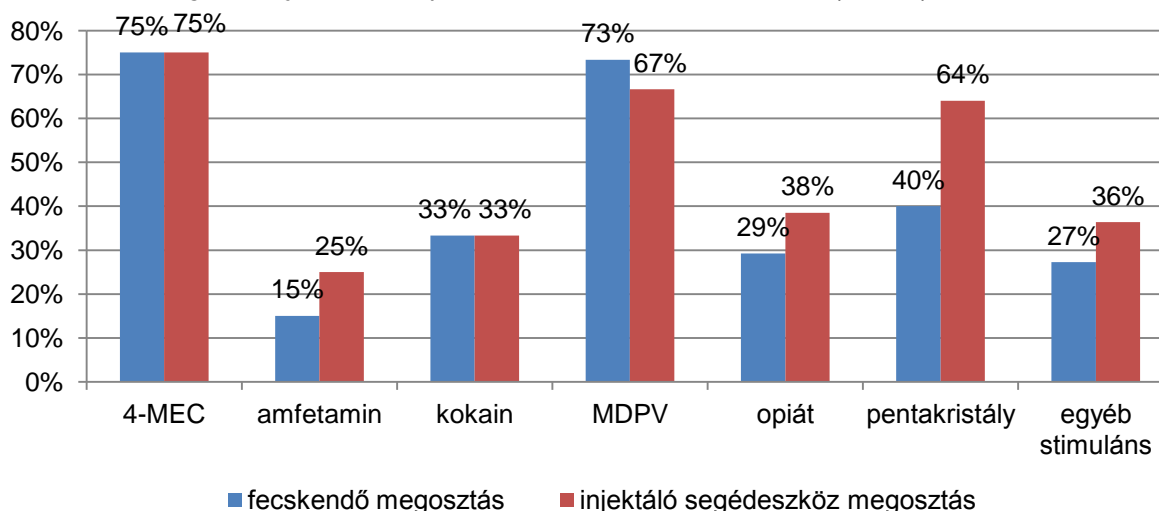
⁸⁸ 2 fő nem válaszolt, 17 fő pedig nem emlékezett a HIV szűrővizsgálat eredményére. 7 esetben nem volt elérhető információ.

⁸⁹ 27 főnél nem volt érdemi információ erre a változóra nézve.

⁹⁰ A vizsgálat előtti elmúlt 4 hétben legalább egyszer injekciós.

injektálók körében volt a legmagasabb, amely mellé magas HCV prevalencia is társul. (lásd fentebb ebben a fejezetben).

21. ábra. Fecskendő, illetve injektáló segédeszköz megosztásának prevalenciája (%) az elmúlt 4 hétben a rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett aktív intravénás szerhasználók körében, elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2012-ben (N=163)⁹¹



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2013), elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Az aktív injektálók 24%-a nem steril fecskendőt használt az utolsó injektálás során. 2012-ben 21,2%-ra nőtt azok aránya, akik 2 vagy annál több személytől kaptak használt fecskendőt az elmúlt 4 hétben (2011: 20%).

Az összes vizsgálatba került személyt elemezve, az utolsó napi injektálás-szám és az utolsó eldobott fecskendő újrahasználásainak száma (csoport átlag) szintén az új szereket használók körében volt a legmagasabb.

11. táblázat. Az utolsó napi injektálás-szám és az utolsó eldobott fecskendő újrahasználásainak száma (csoport átlag) a rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók körében elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2012-ben

Szer típus	4-MEC	pentakristály	egyéb stimuláns	kokain	MDPV	amfetamin	opiát
napi injektálás szám	11,5	5,33	4,73	4,5	4,33	4,3	2,69
válaszadók száma	4	24	15	4	9	79	129
utolsó eldobott fecskendő újrahasználásainak száma	3,00	3,50	4,08	2,80	4,93	2,61	1,82
válaszadók száma	4	22	13	5	14	90	152

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2013), elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Az elmúlt négy hétben az összes mintát szolgáltató kliens 63%-a (232 fő) élt szexuális életet, 78,4%-uk (181 fő) nem használt óvszert az utolsó szexuális együttlétnél. A szexuális életet élők közül 18 személy (7,8%) nyújtott szexuális szolgáltatást pénzért vagy kábítószerért cserébe az elmúlt 4 hétben, közülük 12-en nem használtak óvszert az utolsó szexuális együttlétnél.

A vizsgálatba került kliensek 20,6%-a élt az utóbbi egy évben egy hétnél tovább hajléktalan szállón vagy az utcán stabil lakhely nélkül. A minta 31,4%-a volt már valaha börtönben.

⁹¹ Elemszám szer típusonként (megosztók + nem megosztók): 4-MEC: 4 fő; amfetamin: 40 fő; kokain: 3 fő; MDPV: 15 fő; opiát: 65 fő; pentakristály: 25 fő; egyéb stimuláns: 11 fő.

2012-ben a szűrővizsgálaton részt vett 378 intravénás szerhasználó közül 52 fő lépett kezelésbe⁹², közülük 19 főnek ez volt az első kezelése.

A fecskendő használatlaltal/megosztással összefüggő 2012-es kvantitatív adatok alátámasztják több kvalitatív kutatás eredményeit is, miszerint az új pszichoaktív szereket jellemzően gyakrabban injektálják, ennek következtében az újrahhasználás és a megosztás kockázata is megnövekszik. (2012-es Éves Jelentés 4.4. fejezet)
Emellett a fecskendő megosztás és újrahhasználás hátterében állhat a tűcsere szolgáltatás 2012-ben mért csökkenő hozzáférhetősége is (lásd: 7.3. fejezet).

A tűcsere programok körében végezett adatgyűjtésből származó, a szolgáltatást igénybe vevő intravénás szerhasználó kliensek szocio-demográfiai és szerhasználati jellemzőire vonatkozó országos adatok a 4.3. fejezetben kerülnek bemutatásra.

Az 5.3.2. fejezetben a TDI adatok alapján kerül bemutatásra a kezelésbe lépő intravénás szerhasználók szer típus szerinti megoszlása.

Kockázati magatartások a büntetés-végrehajtási intézetekben

Egy 2012-ben készült kutatás szerint (Ritter 2013a, módszertant, fertőzöttségi adatokat lásd feljebb ebben a fejezetben, szerhasználati jellemzők: 9.7. fejezet; tanácsadással kapcsolatos információk: 9.8. fejezet.) Az összes megkérdezett 20,7%-a jelezte, hogy használt élete során valaha intravénásan kábítószer. A vizsgálati mintába kerültek 4,2%-a (36 fő) a börtönön belül is használt már intravénásan kábítószer, a megkérdezettek 3,7%-a (32 fő) az injektálás során másokkal valaha használta közösen a tűt, illetve a fecskendőt.

A vizsgálat során azonosított HCV-fertőzött fogvatartottak (70 fő) 61,3%-a számolt be arról, hogy az injektálás során legalább egyszer használt közösen tűt és/vagy fecskendőt másokkal. 14,8%-uk csak egy alkalommal, 85,2%-uk több alkalommal. A HCV-fertőzöttek 10%-a (7 fő) jelezte, hogy a börtönben is használt intravénásan kábítószer, jellemzően amfetamin származékokat.

Az összes megkérdezett 66%-a jelezte (562 fő), hogy van tetoválása. A legutolsó tetoválás, a megkérdezett tetovált populáció 45,3%-ának esetében vagy az adott börtönben vagy korábban egy másik büntetés-végrehajtási intézetben történt.

A tetováltak 24,4%-a számolt be arról, hogy életében legalább egyszer előfordult már, hogy úgy került tetoválás a testére, hogy a tetováláshoz használt tűt előtte máson is használták már. Háromszor olyan gyakori volt a börtön belül az így felhelyezett tetoválás, mint kint.

A HCV-fertőzöttek 60,5%-a – saját bevallása szerint – tetetett fel magára tetoválás úgy, hogy előtte máson is ugyanazt a tetováló tűt használták, emellett 20,6%-uk a börtönben is tetetett fel tetoválást úgy, hogy azt megelőzően a tűt már más is használta és nem volt fertőtlenítve.

A mintába került HCV-fertőzött intravénás szerhasználók 71,8%-ának volt tetoválása, azonban csak harmaduk (32,4%) jelezte, hogy a tetoválás felhelyezéséhez nem használt másokkal közös tűt. Kétharmaduk esetében a HCV fertőződés történhetett akár intravénás szerfogyasztás, akár tetoválás során használt közös tű útján is.

A mintába került HCV-fertőzöttek mindössze 10,5%-a jelezte, hogy szexuális aktusai során gyakran vagy mindig használt óvszert. Többségük azonban vagy nagyon ritkán vagy egyáltalán nem használt.

⁹² A szűrővizsgálatok során a TDI adatgyűjtésben is alkalmazott generált kódot használják, így követhetővé válnak a betegutak.

6.3. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI

Közúti balesetek

2012-ben a rendőrség 82 közúti baleset során vett vér- és/vagy vizeletmintát küldött az Országos Toxikológiai Intézetbe igazságügyi toxikológus-szakértői vizsgálatra, vezetési képességre hátrányosan ható szer fogyasztásának gyanújával. Az intézet a 82 mintából 35 esetben állapított meg pozitivitást.⁹³

12. táblázat. *Kábítószer/ pszichotróp anyag/ új pszichoaktív szer jelenléte a közúti balesetekből származó vér és/vagy vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban 2012-ben*

Hatóanyag	Esetek száma
4-MEC + metilon	1
amfetamin	3
amfetamin + GHB	1
amfetamin + ketamin	1
amfetamin + kokain	3
amfetamin + metamfetamin + morfin	1
amfetamin + THC + kokain	1
amfetamin + THC	2
amfetamin + THC + pentedron	1
amfetamin + THC + pentedron + 4-metil-amfetamin	1
fluor-amfetamin	1
fluor-amfetamin + pentedron	1
fluor-amfetamin + THC	1
kokain	2
MDA + MDMA + THC	1
MDMA + kokain	1
morfin	1
morfin + kodein	1
morfin + THC	1
THC	10
Összesen	35

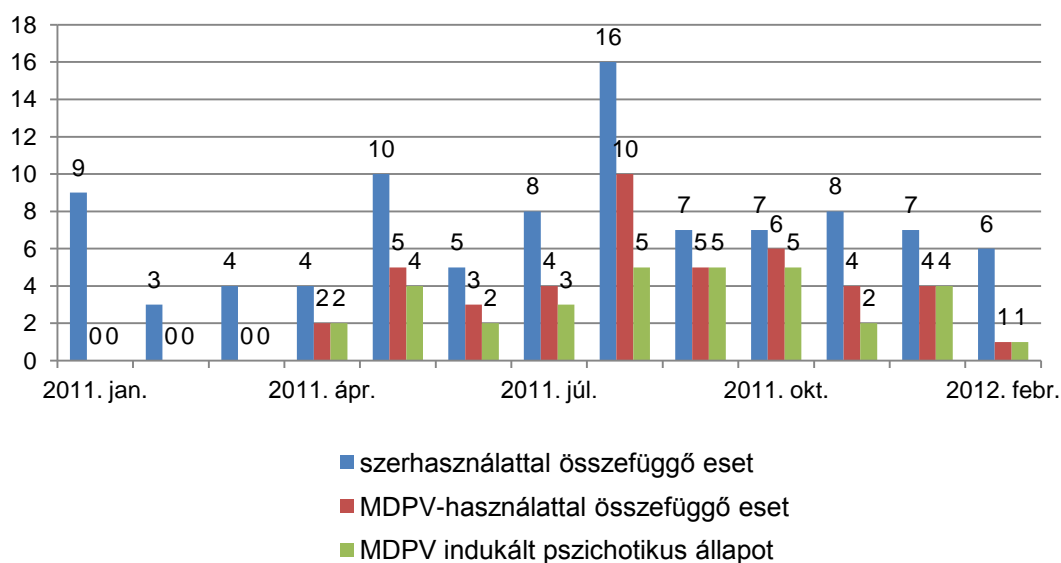
Forrás: Országos Toxikológiai Intézet 2013

Pszichiátriai és szomatikus komorbiditás

A Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika 2011. január – 2012. február közötti adatai szerint (Szily 2012) ebben az időszakban megnőtt a droghasználattal kapcsolatos osztályos felvételek száma. Ezen belül a szer indukált pszichotikus állapotok gyakorisága is megnövekedett, amelyek között a legtöbb eset MDPV-használathoz volt köthető. A vizsgált 11 hónapban 33 ilyen esetet láttak el. Ezekre a kliensekre jellemző volt a dezorganizált viselkedés, agitáció, hetero- és autoagresszivitás, vizuális, akusztikus élményzavarok, vonatkoztatások, üldöztetési gondolatok, szorongás, halálfélelem, támadó (védekező) viselkedés, persecutoros doxasmák. Eközben tünet 3 esetben fordult elő. A kliensek állapota az ellátást követően néhány óra-nap alatt rendeződött.

⁹³ Az Országos Toxikológiai Intézet adatai nem tartalmazták 2012-ben az összes közúti baleset során vett vizeletmintát, amely során vezetési képességre hátrányosan ható szer fogyasztásának gyanúja állt fent, mivel a vizsgálatok egy részét az orvosi egyetemek laboratóriumaiban végezték.

22. ábra. A Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikáján ellátott szerhasználattal/ ebből MDPV-használattal összefüggő esetek/ ebből MDPV indukált pszichotikus esetek száma havi bontásban, 2011. január – 2012. február között



Forrás: Szily 2012

A klinika 2012. évi tapasztalatai szerint az MDPV-használók jelentős része a „pentakristályra”⁹⁴ tért át. Ezzel párhuzamosan kevesebb pszichiátriai és szomatikus szövődményt észleltek, és az osztályon csökkent az előforduló szer-indukált pszichotikus esetek száma.

Az opiát szubsztitúciós kezelésben részt vevő kliensek körében előforduló új pszichoaktív szerhasználat és az ezzel összefüggő pszichiátriai komorbiditás az 5.2. fejezetben kerül bemutatásra.

Kapitány-Fövény és munkatársai (2013) a mefedron-használat szubjektív és szomatikus hatásait tárták fel, amely a 4.4. fejezetben kerül bemutatásra.

A várandósság alatti droghasználat

A Nemzeti Drog Fókuszpont által végzett kiegészítő adatgyűjtés keretében a 12 szubsztitúciós kezelést végző szolgáltató összesen 12 várandós nőt jelentett 2012-re vonatkozóan, közülük 8 fő budapesti, 4 fő pedig vidéki kezelőhelyen részesült szubsztitúciós kezelésben.

Budapesten a Józan Babák Klub „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” programjában (lásd: 7.3. fejezet) 2012-ben 29 olyan szerhasználó nő vett részt, aki vagy várandós volt, vagy művi vetélésen esett át, vagy gyermeke még nem töltötte be 2. életévét a tárgyévben⁹⁵, továbbá 15 fő utánkötése is folyamatban volt, akik korábban (2008 óta) ugyanilyen kritériumok mentén kerültek be a szolgáltatásba. A programban résztvevők (44 fő) átlag életkora 27,5 év volt, a legfiatalabb 14 éves, míg a legidősebb 39 éves volt.

⁹⁴ A pentakristály elnevezés feltehetően a pentedron, szintetikus katonai származékra utal, melynek térnyerése a lefoglalási adatokban is tetten érhető volt 2012-ben (lásd 10.3. fejezet).

⁹⁵ 11 fő várandós volt, 8 fő 2012-ben művi vetélésen esett át, 10 fő 2011-ben vagy 2010-ben született.

A 44 főből 17-en voltak hepatitis C pozitívak, 1 fő hepatitis C és HIV pozitív, pszichiátriai kezelés alatt 4 fő állt. 12 nő elsődleges jövedelemforrása a prostitúció volt.

A kliensek közül a legtöbben fogyasztottak már valaha marihuánát, illetve amfetamint. Az új pszichoaktív szerek használata is markánsan jelentkező probléma volt ebben a speciális csoportban. A programban 2012 folyamán részt vevő 44 nőből 28 fő számolt be MDPV használatáról élete során, 22 fő pedig pentakristály⁹⁶ használatáról. Előfordult még a mefedron és a szintetikus kannabinoidok fogyasztása is. A 2012-ben jellemzően szintetikus katinonokat (MDPV, pentakristály) fogyasztók mindannyian intravénásan használták a szert. (Oberth et al. 2013)

13. táblázat. Az „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” programban részt vevő szerhasználó várandós vagy az elmúlt 4 évben szült nők (N=44 fő) valaha illetve legjellemzőbben használt szertípus szerinti megoszlása (N), 2012-ben

Szertípus	Használt valaha	Legjellemzőbben használt szertípus a 2012. év egy átlagos 30 napos időszaka alatt	Legjellemzőbben használt szertípus bevétele intravénásan
Marihuána	34	17	0
Kokain	17	0	0
Amfetamin	30	11	8
Heroin	14	3	3
Amfetamin-heroin	4	0	0
Felírt metadon	6	4	0
Utcai metadon	9	0	0
LSD	4	0	0
Mefedron	16	0	0
MDPV	28	12	12
Pentakristály	22	14	14
Szintetikus kannabinoid	15	15	0

Forrás: Oberth et al. 2013

⁹⁶ A pentakristály utcai elnevezés feltehetően a pentedron, szintetikus katinon származékra utal, melynek térnyerése a lefoglalási adatokban is tetten érhető volt 2012-ben.

6.4. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN

Az adatgyűjtés (lásd 6.1. fejezet) eredményeképp eset alapú adatbázis (SR) áll rendelkezésre a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetekről. Részletes információk állnak rendelkezésre a közvetlen és a közvetett halálesetekről is, melyek további kategóriákra (természetes és erőszakos) bontva is elemezhetők.

14. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen, természetes és erőszakos halálesetek megoszlása 2012-ben (fő)*

	Összesen
Közvetlen	24
Természetes	8
Erőszakos	9
Összesen	41

Forrás: OAC 2013b

Közvetlen túladagolás okozta halálesetek

Országos adatok

2012-ben 24 kábítószer-használattal közvetlenül összefüggő esetet jelentettek, amely jelentős emelkedést mutat a korábbi években tapasztalt esetszámokhoz (2011:14, 2010:17 eset) viszonyítva; a 2009-óta csökkenő tendencia megfordult.

Kizárólag opiát okozta túladagolásban 4 fő hunyt el 2012-ben, további 4 esetben opiát mellett egyéb szer is hozzájárult a halálesethez. Metadon túladagolás 5 esetben vezetett elhalálozáshoz. Egyéb, nem opiát típusú kábítószer fogyasztása 7 esetben okozott halált, ebből 5 esetben valamilyen amfetamin-származék, 1 esetben GHB, 1 alkalommal pedig a halál idején már kábítószernek minősülő 4-MEC volt kimutatható. 4 esetben egyéb szer okozta halálos mérgezésről érkezett bejelentés 2012-ben: a toxikológiai laborok biológiai mintákban 2 esetben 5-IT (másnéven 5-API), 2 alkalommal AMT (alpha-Methyltryptamine) új pszichoaktív szernek minősülő anyagot mutattak ki. Több szer együttes jelenléte 7 esetben volt kimutatható az elhunytak biológiai mintáiban.

Vérből 7, vizeletből 5 esetben volt kimutatható alkohol jelenléte.⁹⁷

15. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2012-ben⁹⁸*

	Férfi	Nő	Összesen
Opiát okozta túladagolás/mérgezés (metadon és más szer nélkül)	3	1	4
Opiát és egyéb szer okozta túladagolás/mérgezés	4	0	4
Metadon okozta túladagolás/mérgezés	4	1	5
Egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	4	3	7
Egyéb szer okozta mérgezés	3	1	4
Összesen	18	6	24

Forrás: OAC 2013b

A 24 közvetlen halálesetben elhunyt közül 18 férfi, 6 nő volt. Az elhunytak átlagéletkora 32 év volt (férfi: 32,7 év; nő: 30,2 év), a legfiatalabb elhunyt 19, a legidősebb 49 éves volt.

⁹⁷ Véralkohol 3, vizeletalkohol vizsgálat 11 esetben nem készült.

⁹⁸ Special register Selection D

16. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek életkori megoszlása 2012-ben (fő)

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	összesen
Opiát okozta túladagolás/mérgezés (metadon és más szer nélkül)	1	0	0	1	2	0	0	4
Opiát és egyéb szer okozta túladagolás/mérgezés	0	0	2	2	0	0	0	4
Metadon okozta túladagolás/mérgezés	0	3	0	1	1	0	0	5
Egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	0	1	1	1	1	2	1	7
Egyéb szer okozta mérgezés	0	0	1	0	2	1	0	4
Összesen	1	4	4	5	6	3	1	24

Forrás: OAC 2013b

A 24 közvetlen halálesetből 11 eset Budapesthez volt köthető, ebből egy esetben egy hajléktalan személy volt az áldozat. 5 eset megyeszékhelyen, 2 eset nagyvárosban, 4 eset kisvárosban, 1 községben történt.

A közvetlen halálesetek időbeli alakulását vizsgálva látható az opiátokhoz köthető esetek 2009-ben kezdődött csökkenése, mely összhangban van azzal, hogy a lefoglalási és a tűcsere programok kliens adatai is arra utalnak, hogy a heroin injektálása fokozatosan visszaszorult. Ezzel párhuzamosan a nem opiát típusú szerek – ezen belül az „egyéb amfetaminok” – és az „egyéb szerek” kategóriákban volt megfigyelhető növekedés, az új pszichoaktív szerek terjedésének megfelelően (bővebben lásd: 4. fejezet, illetve 2012-es Éves Jelentés 4.fejezet).

17. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2009-2012 között (fő)

	2009	2010	2011	2012
Opiát típusú kábítószer okozta mérgezés ⁹⁹	28	12	6	8
Metadon (egyéb kábítószer nélkül) okozta túladagolás/mérgezés ¹⁰⁰	2	2	4	5
Egyéb, nem opiát típusú kábítószer okozta mérgezés	1	3	3	7
Egyéb szer okozta mérgezés	0	0	1	4
Összesen	31	17	14	24

Forrás: OAC 2013b

Kábítószer-fogyasztással összefüggésbe hozható indirekt halálesetek

2012-ben 17 kábítószer-fogyasztással közvetetten összefüggő halálesetet jelentettek a halálozási regiszterbe. Az indirekt halálesetek két csoportját lehetett megkülönböztetni: A hosszú távú kábítószer-fogyasztás okozta egészségromlás áll a természetes halálok mellett bekövetkezett halálozás hátterében. 8 esetben regisztráltak 2012-ben természetes okot, jellemzően valamilyen szívbetegséget.

⁹⁹ Opiát bomlástermék (morfin) mellett más szerek előfordulhatnak, beleértve a metadont is, de a kizárólag metadonhoz köthető esetek kizárásra kerültek.

¹⁰⁰ Alkohol és/vagy benzodiazepinek előfordulhatnak.

A másik csoportba az erőszakos módon elhaltak kerültek, akiknél a biológiai minták vizsgálata megerősítette, hogy a halált megelőzően fogyasztottak kábítószer. 2012-ben 9 ilyen esetet jelentettek. A kilenc erőszakos halálesetből 4 esetben közlekedési baleset történt, 3 esetben egyértelműen öngyilkosság, 2 esetben feltehetően baleset (magas helyről esés, zuhanás) történt.

A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek körülményei

A halálozási regiszterben rendelkezésre álló adatoknak köszönhetően átfogóbb képet kapunk a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek körülményeiről. A következő táblák a közvetlen, természetes és erőszakos halálokok mentén mutatják be az esetekről rendelkezésre álló információkat.

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

18. táblázat. *Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen, természetes és erőszakos halálesetek megoszlása a feltalálás helyszíne szerint 2012-ben (fő)*

	saját lakás	idegen lakás	közút	egyéb közterület	kórház	egyéb	össz.
Közvetlen	9	4	0	4	3	4	24
Természetes	4	0	0	2	2	0	8
Erőszakos	4	0	4	1	0	0	9
Összesen	17	4	4	7	5	4	41

Forrás: OAC 2013b

Az elhunytak többségénél végeztek vér- és vizeletalkohol vizsgálatot is¹⁰¹. A 24 közvetlen túladagolás kapcsán három esetben nem történt véralkohol vizsgálat, 13 esetben negatív eredménnyel zárult, 6 esetben igen enyhe vagy enyhe befolyásoltságot mutatott, egy esetben súlyos befolyásoltságot igazolt. Az erőszakos halálesetek körében egy közúti baleset során közepes alkoholos befolyásoltság játszott szerepet. A természetes halálesetek körében 2 esetben nem történt véralkohol vizsgálat, az ismert esetekben negatív eredménnyel zárult a vizsgálat.

Következtetések

2012 folyamán a HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokat intravénás szerhasználók számára 8 városban, összesen 15 szervezetnél – drogambulanciákon, illetve tűcsere programokban – ajánlották fel rutinszerűen. A 378 intravénás szerhasználó körében – a korábbi évekhez hasonlóan – HIV-fertőzött nem került azonosításra, továbbá a HBV fertőzöttek száma is nagyon alacsony volt. A HCV prevalencia 23,2%-os volt, azonban az aktív – elmúlt 4 hétben is – injektálók körében az átlagértékhez képest szignifikánsan magasabb 30,8%-os HCV prevalencia értéket mért a vizsgálat.

A HCV fertőzés előfordulási gyakorisága az új pszichoaktív szereket injektálók körében volt a legmagasabb, a vizsgálatba került „pentakristályt” injektálók 52,4%-a, az elsődlegesen MDPV-t injektálók 45%-a volt HCV-fertőzött.

¹⁰¹ <0,2 ‰ = az alkoholfogyasztás nem bizonyított, 0,21-0,50 ‰ = ivott, de alkoholosan nem befolyásolt, 0,51-0,80 ‰ = igen enyhe, 0,81-1,50 ‰ = enyhe, 1,50-2,50 ‰ = közepes, 2,51-3,50 ‰ = súlyos, 3,51 ‰ felett = igen súlyos fokú alkoholos befolyásoltság.

Mind a fecskendő mind az injekáló eszközök elmúlt 4 hétben történő megosztása szintén ebben a szerhasználói csoportban volt a leggyakoribb (fecskendő megosztás: 40%-75%; eszköz megosztás: 64%-74%) és jelentősen meghaladta az összes aktív intravénás szerhasználó körében mért értéket (fecskendő megosztás: 34,5%; eszköz megosztás: 44,3%).

Több kezelőhely is beszámolt az új pszichoaktív szerek (jellemzően MDPV) indukálta pszichotikus állapot és pszichiátriai tünetek gyakoribb előfordulásáról klienseik körében.

Az új pszichoaktív szerek használata markánsan jelentkező probléma volt a budapesti szerhasználó várandós nők számára nyújtott célzott alacsonyküszöbű programban részt vevő kliensek körében is.

A bv. intézetekben végzett kutatás azt jelzi, hogy a vizsgálati mintába került HCV-fertőzött fogvatartottak többsége valószínűleg a korábbi intravénás kábítószer-használat és azzal összefüggő kockázati magatartások által fertőződött meg a HCV vírussal, emellett azonosítható egy csoport, amely valószínűsíthetően tetoválás során történt közös tűhasználat miatt akvirálta a fertőzést.

2012-ben nőtt a kábítószer-fogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetek száma a korábbi évekhez viszonyítva. Az emelkedés nem az opiát típusú szerek körében volt megfigyelhető, hanem egyéb – elsősorban stimuláns típusú – szerekkel voltak összefüggésbe hozhatók. Egy alkalommal GHB, 5 alkalommal új pszichoaktív szer (5-IT, 4-MEC¹⁰²) vezetett halálesethez, ami korábban nem volt megfigyelhető. További új szerek (MDPBP, fluor-amfetamin) – noha nem magas koncentrációban voltak jelen az elhunytak biológiai mintáiban – szerepet játszhattak további halálesetknél is. Az új pszichoaktív szerek biológiai mintákból történő kimutatása a vegyész szakértőknek, az e szerekhez köthető befolyásoltság és halálozásban betöltött szerepük azonosítása az igazságügyi orvosszakértők számára jelent kihívást.

¹⁰² 2012. január 1-től kábítószernek minősül.

7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE¹⁰³

7.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A tüssere szervezetek 2013-ban is az öt éve létrehozott adatgyűjtő internetes portálon jelentették forgalmi és kliens adataikat 2012-re vonatkozóan a Nemzeti Drog Fókuszpont számára (Tarján 2013b).

2012-ben sor került az adatgyűjtő portál revíziójára és felújítására: új funkciók kerültek bevezetésre, felhasználóbarátabb felület kialakítására került sor, illetve ezen túl az adatszolgáltatók számára is több hasznos statisztika és grafikon érhető el. Az oldal fejlesztése során beépítésre került az egyéb segédeszközök/ártalomcsökkentő szolgáltatások nyújtását monitorozó on-line kérdőív is.

2012-ben új három éves támogatási ciklus (2012-2014) kezdődött meg a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátást – többek között tüsseret – működtető szolgáltatók állami támogatása tekintetében¹⁰⁴ (további információ az 5.2. fejezetben olvasható). Januárban fogadták be a pályázatok nagy részét, de júniusban egy kiegészítő pályázat keretében további szervezetek is befogadásra kerültek, amelyek visszamenőleg áprilistól kaptak finanszírozási támogatást. Az új támogatási ciklus hozta változások nagymértékben befolyásolták a tüssere programok forgalmát és földrajzi hozzáférhetőségét.

A Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet Országos-Szolgáltatás-Módszertani Koordinációs Központ keretei között az Addiktológiai Módszertani Munkacsoport 2012-ben készített egy szakmai tervet a szaktárca felé az „Alacsonyküszöbű (tüssere) szolgáltatók ártalomcsökkentő eszközökkel való központi ellátása” címmel, mely tárgyalta a 2012. évre történő finanszírozási befogadás hatását a tüssere programok vonatkozásában (lásd 7.3. fejezet), a „tűdepó”¹⁰⁵ felállításának szükségességét, finanszírozását és működtetését, valamint a további ártalomcsökkentő eszközök bevonásának lehetőségét.

Mivel a 2012. év során a legnagyobb forgalmú programok esetében jelentősen csökkent a rendelkezésre álló kiosztható fecskendők száma, a 2012. év végén az Ártalomcsökkentők Országos Szakmai Egyesületének megkeresésére, továbbá az Addiktológiai Módszertani Munkacsoport szakmai tervére is reflektálva az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) 6 millió forint összegű egyedi támogatásról döntött. A miniszteri támogatásból 255.400 fecskendő megvásárlására és szétosztásra nyílt lehetőség a legnagyobb tüssere forgalmat bonyolító szervezetek körében.¹⁰⁶

7.2. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE

2012 első félévében folytatódott a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet által működtetett „Kritikus kábítószeres hatóanyag-tartalmának fokozott monitorozása” nevű projekt (további információ a 10.1. fejezetben olvasható).

¹⁰³ A fejezet szerzője: Tarján Anna

¹⁰⁴ A befogadott, illetve elutasított pályázatok listája és a támogatási összeg (forint) itt érhető el: <http://nrszh.kormany.hu/foigazgatoi-dontes-palyazatrol-2> és <http://nrszh.kormany.hu/foigazgatoi-dontes-palyazatrol>

¹⁰⁵ Egy olyan központi raktár elnevezése, ahonnan a szervezetek számára központilag osztják ki a tűket és fecskendőket, azokat a szolgáltatók nem egyéni úton szerzik be.

¹⁰⁶ <http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/sportert-elelos-allamtitkarsag/hirek/a-tucser-program-hetmillio-forintos-kiegeszito-tamogatasarol-dontott-az-allamtitkar>

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

A túcserre szervezetek által nyújtott egyéb ártalomcsökkentő szolgáltatásokat lásd: 7.3. fejezet.

7.3. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE

Prevenció

A túcserre programok hozzáférhetősége és forgalmi adatai

2012-ben 29 szervezet nyújtott túcserre szolgáltatást hazánkban, míg 2011-ben 24¹⁰⁷. (Tarján 2013b). 2012-ben 16-ról 20-ra nőtt azoknak a városoknak a száma, ahol hozzáférhető volt túcserre szolgáltatás: Ajkán megszűnt, míg Gyöngyösön, Dunaújvároson, Érden, Hódmezővásárhelyen és Ózdon elindult a szolgáltatás. A szolgáltatások 14 megyében (2011: 12 megye) voltak elérhetőek, továbbá mind a 7 régióban található volt legalább egy túcserre program.

2. térkép. Túcserre szolgáltatók 2012-es országos megoszlása (N=29)



Forrás: Tarján 2013b

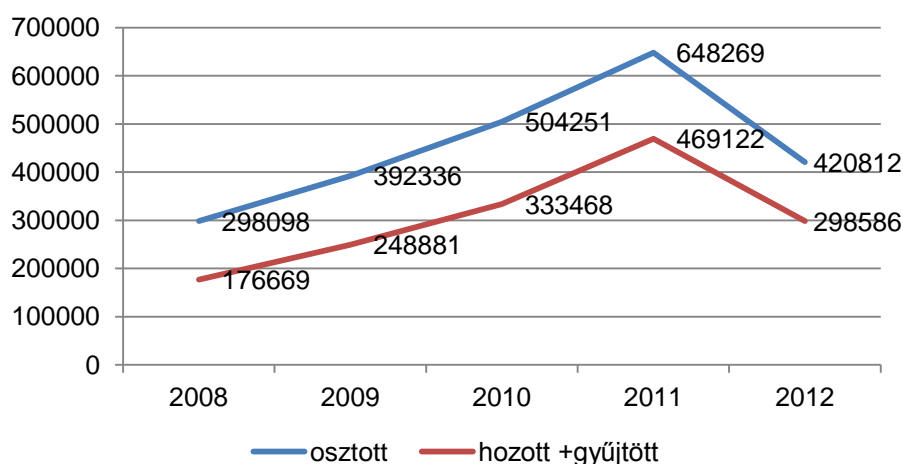
¹⁰⁷ 2012-ben megszűnt programok: Állandó telephelyű program: Alkohol–Drogsegély Ambulancia (Ajka). Utcai megkereső program: Kék Pont Alapítvány és Drogprevenációs Alapítvány (Dzsumbuj, Budapest); Baptista Szeretetszolgálat (Miskolc); Art Éra Alapítvány (Budapest). Mobil program: Drogambulancia Alapítvány (Miskolc). Tű-automata: Nyíró Gyula Kórház (Budapest).

2012-ben elindult programok: Állandó telephelyű program: INDIT Közalapítvány – TÉR (Pécs); Viola Időskorúakat Gondozó Közhasznú Alapítvány (Ózd); Anonym AIDS Tanácsadó Szolgálat (Budapest); Szociális Gondozó Központ, Családsegítő Szolgálat (Érd); Független Egyesület (Hódmezővásárhely); MRE Újváros Drogambulancia (Dunaújváros); Esélyteremtő Nonprofit Kft. (Gyöngyös)*. Utcai megkereső program: Viola Időskorúakat Gondozó Közhasznú Alapítvány (Ózd); INDIT Közalapítvány – TÉR (Pécs); Laurus Szociális és Kulturális Egyesület (Miskolc); Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum (Szeged); Kiút Alapítvány (Szeged); Esélyteremtő Nonprofit Kft. (Gyöngyös); Szociális Gondozó Központ, Családsegítő Szolgálat (Érd)*; Független Egyesület (Hódmezővásárhely)*; MRE Újváros Drogambulancia (Dunaújváros)*; Salgótarjáni Kistérség Többcélu Társulás (Salgótarján)*

*: A szervezet beszámolt arról, hogy rendelkezik ilyen programtípussal, azonban az adott programtípus alatt nem bonyolított forgalmat.

A szolgáltatók összesen 420.812 fecskendőt osztottak ki, a hozott+gyűjtött fecskendők száma 298.586 darab volt.¹⁰⁸ A növekvő területi lefedettség ellenére mind az osztott mind a hozott+gyűjtött fecskendők számát tekintve az előző évek növekvő tendenciájával szemben jelentős csökkenés volt megfigyelhető: 2012-ben 35%-kal kevesebb fecskendőt osztottak ki a szolgáltatók, a hozott+gyűjtött fecskendők száma pedig szintén jelentős mértékű, 36%-os csökkenést mutat 2011-hez képest. A becserélési arány közel azonos az előző évvel, 71%-os volt.

23. ábra. A tüsszere programok fecskendőforgalmi adatai, 2008-2012



Forrás: Tarján 2013b

A legnagyobb forgalommal rendelkező budapesti szolgáltatók (Art Éra Alapítvány; Kék Pont Alapítvány; Drogprevenációs Alapítvány; Válaszút Alapítvány), illetve a pécsi INDIT Közalapítvány jelezték, hogy az egy alkalommal kiadható fecskendők számát 2-10 fecskendőre kellett korlátozniuk, hogy a rendelkezésre álló források mentén életben tudják tartani a programjukat. Több szervezet beszámolt arról, hogy ha nem rendelkeztek volna egyéb forrásokkal – integrált intézményi háttér, (egyházi) háttér szervezet, nemzetközi pályázat, adomány – akkor programjukat nehezen tudták volna működtetni.¹⁰⁹

A kiadott fecskendők számának limitálása mellett egyes programok csökkentett nyitvatartási időről (Kék Pont Alapítvány; Art Éra Alapítvány) illetve átmeneti bezárásról számoltak be (Art Éra Alapítvány).¹¹⁰

A steril fecskendők csökkenő hozzáférhetősége ellenére 2012-ben közel ugyanannyian vették igénybe a szolgáltatást, mint az azt megelőző évben, a programok 3357¹¹¹ főt értek el. A kontaktok száma¹¹² viszont 14%-kal esett vissza, a tárgyévben a kliensek 28.699 alkalommal látogatták a programokat. 2012-ben közel ugyanannyi új klienst¹¹³ – 1555 főt – regisztráltak a tüsszere programok, mint 2011-ben.

¹⁰⁸ Ebbe beleértendő a tüsszere automaták által adott, és az automaták mellett elhelyezett gyűjtőedénybe dobott fecskendők száma is.

¹⁰⁹ Forrás: Tüsszere szolgáltatók éves szakmai találkozója - 2013. március 18.

¹¹⁰ Forrás: Tüsszere szolgáltatók éves szakmai találkozója - 2013. március 18.

¹¹¹ A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

¹¹² A budapesti Baptista Szeretetszolgálat visszamenőleg korigálta a 2011. évre vonatkozó utcai megkereső program kontaktszámát 5600-ról 560-ra, ennek tükrében javításra kerültek a 2011. évre vonatkozó összesített adatok.

¹¹³ Az új kliensek száma szolgáltatói szinten duplikáció szűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

19. táblázat. A túcserre programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2011-ben és 2012-ben

	Állandó telephelyű	Mobil túcserre	Utcai megkereső	Tú automata	Összesen
2011					
osztott	563171	45624	22588	16886	648269
hozott (+gyűjtött)	404559	44902	18059	1602	469122
becserélési arány	72%	98%	80%	9%	72%
kliensek száma	2946	142	285	0	3373
új kliensek száma	1449	54	56	0	1559
kontaktok száma	31260	686	1421	0	33367
szervezetek száma*	22	2	11	5	24
2012					
osztott	328060	69968	9987	12797	420812
hozott (+gyűjtött)	217741	69764	9937	1144	298586
becserélési arány	66%	100%	99%	9%	71%
kliensek száma	3122	123	112	0	3357
új kliensek száma	1452	56	47	0	1555
kontaktok száma	26887	768	1044	0	28699
szervezetek száma*	27	1	18	4	29

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

Forrás: Tarján 2013b

A fentiekben bemutatott változásoknak köszönhetően 2012-ben jelentősen csökkent az egy kliensre, illetve egy kontaktra jutó osztott és hozott+gyűjtött fecskendő száma is. Továbbá elmondható, hogy 2011-hez képest egy kliens átlagosan kevesebbszer látogatta a túcserre programot 2012-ben, amelynek egyik háttértényezője lehet a két nagy forgalmú budapesti program csökkentett nyitva tartása, illetve egyikük ideiglenes szünetelése.

20. táblázat. Az egy kliensre/egy kontaktra jutó osztott illetve hozott+gyűjtött fecskendők, és az egy kliensre jutó kontaktok száma, 2011-2012

Program típusa	osztott / kliens	(hozott+gyűjtött) / kliens	osztott / kontakt	(hozott+gyűjtött) / kontakt	kontakt / kliens
2011					
Állandó telephelyű	191	137	18	13	11
Mobil program	321	316	67	65	5
Megkereső program	79	63	16	13	5
Összesen	187	139	19	14	10
2012					
Állandó telephelyű	105	70	12	8	9
Mobil program	569	567	91	91	6
Megkereső program	89	89	10	10	9
Összesen	122	89	14	10	9

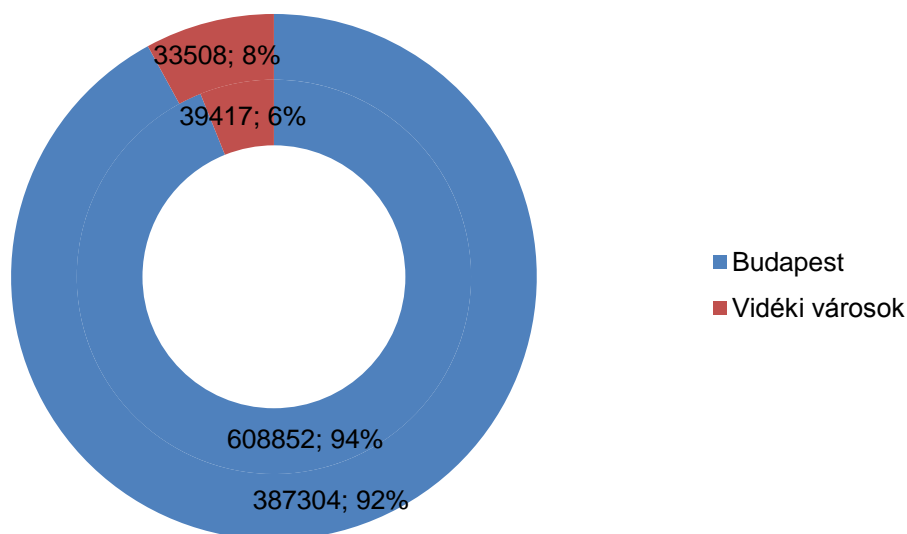
Forrás: Tarján 2013b

A hazai intravénás kábítószer-fogyasztók becsült számát tekintve (lásd: 2010-es Éves Jelentés 4.1. fejezet) 2012-ben egy intravénás kábítószer-fogyasztóra átlagosan 74 steril fecskendő jutott, míg 2011-ben 114 darab.

Túcsere programok forgalmi adatai területi bontásban

A területi bontást vizsgálva elmondható, hogy, bár a budapesti programok adataiban érhető leginkább nyomon az országos összesítésben megfigyelt csökkenő trend, továbbra is Budapesten került kiosztásra és begyűjtésre a fecskendők több mint 90%-a, a kliensek és kontaktok számát vizsgálva hasonló az arány a főváros javára.

24. ábra. A túcsere programok által kiosztott fecskendők száma, területi bontásban, 2011-ben (belső kör) és 2012-ben (külső kör)



Forrás: Tarján 2013b

Túcsere programok forgalmi adatai programtípusonként

Állandó telephelyű programokat 2012-ben 27 szervezet működtetett a 2011-ben rögzített 22 szervezet helyett, ebből 6 budapesti és 21 vidéki volt. Ennek a programtípusnak a keretében került kiosztásra az összes fecskendő 78%-a.

Az összesen 28 program keretében (Az INDIT Közalapítvány Pécsen két programot működtetett) kiosztott fecskendők száma 328.060 db volt, amely az előző évhez képest 42%-os csökkenést mutat (2011: 563.171 darab). A behozott fecskendők száma 217.741 darab volt, azaz körülbelül csak fele annyi használt fecskendőt hoztak vissza a kliensek 2012-ben, mint 2011-ben. A becserelési arány szintén csökkenő tendenciát mutatott 2011-hez képest.

A csökkenő trend nagyrészt a budapesti programok által jelentett adatokban érhető nyomon. (Háttér információt és változásokat lásd fentebb ebben a fejezetben illetve 7.1. fejezetben.)

A csökkenő fecskendő forgalmi adatok ellenére 6%-kal emelkedett az állandó telephelyen megforduló kliensek száma: 2012-ben 3122 fő volt. A kontaktok száma ezzel ellentétben csökkent (14%-kal), többek között a már említett több programot is érintő szigorításoknak köszönhetően. Az állandó telephelyű programok 2012-ben összesen 1452 új klienst értek el, azaz olyan intravénás szerhasználót, aki a tárgyévben regisztrált először a programban. (Adatokat lásd fent az összegző táblázatban.)

Mobil túcszerét 2012-ben már csak egy budapesti szervezet folytatott, a miskolci program, amely korábban több környező települést is ellátott, finanszírozási okok miatt megszűnt.

Ez volt az egyetlen olyan programtípus, ahol bár csökkent a szolgáltatást nyújtó szervezetek száma, a fecskendőforgalmi adatokban növekedés volt detektálható. Az ellátott kliensek száma a miskolci program kiesése miatt csökkent, azonban a kontaktok száma növekedett. (Adatokat lásd fent az összegző táblázatban.)

A rejtett intravénás szerhasználók elérését és számukra a tűcserét leginkább lehetővé tévő utcai megkereső programok száma 2012-ben 20 volt (2011-ben 13), amelyből 4 volt található Budapesten és további 16, vidéki városokban.

Az egyik legjelentősebb változás ennek a programtípusnak a tekintetében, hogy 2012-ben finanszírozási okok miatt már nem működött a korábban nagy forgalmat bonyolító budapesti Dzsumbuj program. Ez az összesített adatokat is jelentősen is befolyásolta: kevesebb, mint felére esett vissza a kiosztott fecskendők száma, a begyűjtött használt fecskendők száma szintén hasonló csökkenést mutatott.

2012-ben ebben a programtípusban emellett jelentősen csökkent az ellátott intravénás szerhasználók száma, ezzel párhuzamosan a kontaktok száma is csökkent 2011-hez képest. (Adatokat lásd fent az összegző táblázatban.)

Az automaták fecskendő forgalma tovább csökkent 2012-ben. Ennek egyik oka, hogy a budapesti Nyíró Gyula Kórház tű-automatája finanszírozási okok miatt 2012-ben már nem üzemelt, így csak négy városban volt elérhető ilyen típusú szolgáltatás (Pécs, Miskolc, Békéscsaba, Gyula – adatokat lásd fent az összegző táblázatban).

A tűcsere programokban nyújtott egyéb szolgáltatások

2013-ban egy on-line kérdőív segítségével (Tarján 2013b, lásd: 7.1. fejezet) lekérdezésre került a tűcsere programok körében, hogy a fecskendők mellett milyen egyéb steril eszközöket és szolgáltatásokat nyújtottak még a klienseknek 2012-ben.

A steril fecskendő mellett, a legtöbb szolgáltató nyújtott szóbeli tanácsadást a biztonságos injektálásról, illetve biztosított savasítót, óvszert, alkoholos törlőkendőt és vitamint. A szervezetek fele osztott steril szűrőt, illetve kevesebb mint egyharmada steril főzőedényt.

21. táblázat. *Injektáló és ártalomcsökkentő segédeszközök osztása és egyéb szolgáltatások nyújtása a tűcserét végző szervezetek körében, 2012-ben (szervezetek száma=28)¹¹⁴*

Osztott eszközök, szolgáltatások	Szervezetek száma
Tanácsadás biztonságos injektálásról (szóbeli)	23
Aszkorbinsav/ savasító	22
Óvszer	21
Alkoholos törlőkendő	19
Vitamin	19
HIV szűrővizsgálat	16
HCV szűrővizsgálat	15
Steril szűrő/filter	14
Vénakrém	12
Tanácsadás biztonságos injektálásról (írott szóróanyag)	12
Egyéni kockázatfelmérés	11
Steril főzőedény/kupak	9
Száraz törlőkendő, vatta	6
Fertőtlenítőszer eszköztisztításhoz	4
Érszorító	4
Desztillált víz	2
Fólia	1

Forrás: Tarján 2013b

A tűcsere szervezetek klienseinek jellemzői a 4.3. fejezetben olvashatóak. Ugyanitt kerülnek bemutatásra a 2012-ben végzett rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokon részt vett, elmúlt négy hétben is injektáló intravénás szerhasználók szerhasználati jellemzői is.

A 6.2. fejezet mutatja be a 2012. évre vonatkozó HIV/HBV/HCV fertőzés és a kockázati magatartások előfordulási gyakoriságát az intravénás szerhasználók körében.

A szubsztitúciós kezelésre vonatkozó adatok az 5.2. fejezetben olvashatóak.

Tanácsadás, szűrővizsgálatok

2012-ben a 8 városban egész évben elérhető HIV/HBV/HCV szűrővizsgálat és tanácsadás során (Dudás et al. 2013; módszertant, szocio-demográfiai, szerológiai és kockázati magatartásokra vonatkozó adatokat lásd: 6.1 és 6.2. fejezet; a résztvevők szerhasználati jellemzőit lásd: 4.3. fejezet) a megszárt, kockázati magatartásokat felmérő kérdőívet megválaszoló intravénás szerhasználóknak a kezelőhelyeken, illetve tűcsere programokban átadták a vizsgálati eredményeket. Pozitív vizsgálati eredmény esetén – ha a kliens megosztotta az eredményt – információval látták el őket arról, hogy mit tehetnek a fertőzés terjedésének megakadályozása érdekében, és hova fordulhatnak további orvosi gondozásba vétel céljából.

2012-ben a Nemzeti Drog Fókuszpont gondozásában lefordításra került és megjelent az ECDC és az EMCDDA közös publikációja „A fertőző betegségek megelőzése és kontrollja az intravénás szerhasználók körében” címmel. Az útmutató a Nemzeti Drog Fókuszpont

¹¹⁴ A 28 jelentő szervezet közül 1 szolgáltató csak tű-automatát üzemeltet, amelyet a releváns szolgáltatások esetében az értékelésnél figyelembe kell venni.

honlapján is elérhető¹¹⁵, továbbá a túcsere programok, opiát szubsztitúciós kezelést nyújtó kezelőhelyek és szakemberek körében nyomtatott formában is kiosztásra került.

Az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága 2012-ben folytatta a Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program tervezetének kidolgozását.

2012-ben folytatódott kéthetente hétfőn a Kék Pont Alapítvány intravénás kábítószer-használó nőknek és a túcsere programba járó szerhasználók női hozzátartozóinak nyújtott programja (a program leírását lásd: 2011-es Éves Jelentés, 7.2. fejezet). A program fontosságát és a bizalmi kapcsolat erősödését mutatják a kliensforgalmi adatokban történt változások. Míg 2011-ben 157 fő vette igénybe a szolgáltatást, 2012-ben összesen 194 fő jelent meg a programban, közülük 38-an újonnan regisztrált kliensek voltak. Az átlagforgalom 2012-ben alkalmanként 25 fő volt (2011: 19 fő). A 2012. évben egyre több szexmunkás vette igénybe a "Csere Csak Csajoknak" program által nyújtott szolgáltatásokat.¹¹⁶

A fogvatartottak körében végzett tanácsadásról, szűrővizsgálatokról és kezelésről szóló információ a 9.8. fejezetben olvasható.

Hepatitis C kezelés

A hepatitis C vírus okozta krónikus májgyulladás diagnosztikájának és terápiájának protokollját lásd: 2012-es Éves Jelentés 7.3. fejezet.

Az országban 33 akkreditált hepatológiai centrum található, 13 megyében.¹¹⁷

Lombay és munkatársa (Lombay és Szalay 2012) 2006 és 2012 között megvizsgálta a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház hepatitis C fertőzött krónikus májbetegei körében az intravénás szerhasználók előfordulási gyakoriságát és a pegilált interferont és ribavirint alkalmazó kombinált terápia eredményességét, azaz a tartós vírusválasz kialakulásának arányát esetükben.

Mind a húsz intravénás szerhasználói múlttal rendelkező krónikus májbeteg esetében¹¹⁸ klinikailag indikált volt az antivirális kezelés, azonban 9 fő a szűrővizsgálatok alatt, vagy a kezelés elején lemorzsolódott és a továbbiakban nem jelent meg a kezelésben.

A további 11 fő átlagéletkora 30,6 év volt, 18 éves volt a legfiatalabb és 37 éves a legidősebb. 8 fő kapott kombinált kezelést 24 vagy 48 hétig, míg egy fő pegilált interferon monoterápiában részesült 24 hétig. 2 fő esetében még folyamatban volt a kezelés a vizsgálat idején. 4 fő az antivirális kezelés alatt metadon kezelésben is részt vett.

Mind a 9, kezelést befejező személy tartós vírusválaszt ért el. A két még kezelésben lévő beteg szintén reagált a kezelésre, a kezelés 12. hetében HCV-RNS már nem volt kimutatható¹¹⁹. A szerzők következtetései szerint a megfelelően együttműködő és terápiahűséggel rendelkező hepatitis C fertőzött, intravénás szerhasználói múlttal rendelkező betegek antivirális kezelése költség-hatékony. Az alacsony vírus titer, a kezelésre adott korai vírusválasz, a fiatal életkor, a szubakut fertőzöttségi periódus, és a naiv kezelési státusz mind jó előrejelzői a tartós vírusválasz kialakulásának.

A Nemzeti Drog Fókuszpont által végzett kiegészítő adatgyűjtés szerint a 12 szubsztitúciós kezelést végző szolgáltató 2012-ben összesen 14 olyan személyt látott el (4 főt Budapesten, 5 főt Miskolcon, 5 főt további vidéki városokban kezeltek), akik azzal párhuzamosan hepatitis

¹¹⁵ <http://drogfokuszpont.hu/szakteruleink/fertozo-betegsegek/fertozo-betegsegek-kapcsolodo-dokumentumok/>

¹¹⁶ Forrás: Személyes konzultáció a program koordinátorával.

¹¹⁷ Forrás: http://www.informed.hu/?tPath=/informed_site-ok/majbeteg/&article_id=224536

¹¹⁸ Mindegyikük esetében a Hepatitis C vírus 1-es genotípusa volt kimutatható.

¹¹⁹ real-time PCR módszerrel

C antivirális kezelésben is részesültek.(Szubsztitúciós kezelésben részesülők adatait lásd: 5.2. fejezet.)

Az eddigi kutatások eredményei (lásd: Ritter 2013a, 6.2. fejezet, 2012-es Éves Jelentés, 6.2 fejezet, 2010-es és 2009-es Éves Jelentés 6.1. fejezet, Tresó et al. 2011.) azt mutatják, hogy a bv. intézetekben kiszűrt HCV pozitív fogvatartottak jelentős része valószínűsíthetően korábbi intravénás szerhasználata miatt fertőződött meg. Az intézetekben a fogvatartás alatt biztosított az antivirális kezelés az egyébként a börtönön kívül kezelésbe nehezen kerülő intravénás szerhasználók számára. A fertőzött fogvatartottak kezeléséről szóló információ a 9.8. fejezetben olvasható.

7.4. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KEZELÉSE

Kábítószer-fogyasztással összefüggő közúti balesetek megelőzése

Magyarország 2012-ben is részt vett a TISPOL Alkohol és Kábítószer nemzetközi közúti ellenőrző akciójában. Az ellenőrzést decemberben és júniusban hajtották végre 5 napon keresztül. A kábítószer-fogyasztásra utaló anyagok jelenlétét kimutató vizeletminta előszűrő vizsgálat (gyorsteszt) 25.358 vizsgálat során 5 esetben (0,02%) lett pozitív.

Kábítószer-használó várandós nőket és gyermekeiket érintő beavatkozások

Egészségügyi eljárásrend

2005-ben a várandós nők és gyermekeik ellátása címmel készült orvosi protokoll tervezet, majd 2009-ben – az Egészségügyi Minisztérium megbízásából – egy munkacsoport állt fel módszertani szabályozás kidolgozására. Utóbbi eredményeként egy, az Országos Addiktológiai Centrum (OAC) által kiadott szakmai anyag jelent meg. Egyik dokumentum sem vált kötelező érvényűvé, így sem protokollként, sem más formában nincs a kábítószer-használó várandósok ellátásával foglalkozó érvényes orvosi eljárásrend (Oberth et al. 2013). Addiktológiai ellátással foglalkozó protokollok közül az opiát-, az amfetamin- és a kannabisz-használattal foglalkozó említi a terhességet, kezelési javaslatot azonban csak az opiát-használatra vonatkozó fogalmaz meg a szubsztitúciós terápia kapcsán (Oberth et al. 2013). A Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány képviselője beadvánnyal fordult az Országgyűlési Biztosok Hivatalához. A beadványban kérte többek között a szubsztitúciós kezelésben részesülő kábítószer-használó várandós nők magyarországi szülészeti-nőgyógyászati ellátásának átfogó vizsgálatát. A 2012-es ombudsmani vizsgálat megerősíti, hogy a szerhasználó várandós nők ellátására nincs szülészeti-nőgyógyászati protokoll, sem más, az ellátás színvonalára garanciát nyújtó szabályozás, az ellátást számos esetben az intézményenként eltérő szakmai rutin működteti. (Oberth et al. 2013)

Alacsonyküszöbű szolgáltatás kábítószer-használó várandós nők részére Budapesten

2012-ben a Józan Babák Klub „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” elnevezésű programjában Budapesten a VIII. kerületben 29 olyan szerhasználó nő vett részt, aki várandós volt (11 fő), 1 éven belül spontán vagy művi vetélésen esett át (8 fő), vagy legfeljebb 2 éve szült (10 fő). További 15 fő utánkövetése is folyamatban volt, akik korábban (2008 óta) ugyanilyen feltételekkel kerültek a programba. (A kliensek szociodemográfiai és szerhasználati jellemzői a 6.3. fejezetben olvashatóak.) Telefonon, e-mailen, hozzátartozón keresztül további 19 főnek segített még a program.

A program háromlépcsős működésének leírását lásd: 2012-es Éves Jelentés 7.4. fejezet.

2012-ben a program látogatói (44 fő) legtöbbször ismerőseik javaslatára érkeztek először a Józan Babák Klubba (21 fő), emellett számottevő a más szociális és egészségügyi intézmények javaslatára jelentkezők aránya is (21 fő).

A legtöbbször az önszorgató csoportban vettek részt (41 fő), szociális szolgáltatásokat (adományozás, 29 fő), közigazgatási eljárási képviselőket (14 fő), vagy nőgyógyászati tanácsadást (10 fő) vettek igénybe.

Míg a program látogatóinak egy része további, nem alacsonyküszöbű egészségügyi és szociális ellátásokat a Józan Babák Klub közreműködésével vett igénybe (29 fő), addig mások már rendelkeztek ellátási kapcsolattal, vagy információ nyújtása után önállóan vették igénybe azokat (13 fő). 2 fő olyan várandós nő volt, aki a programon kívül nem került kapcsolatba sem a terhesgondozás, sem más szakellátás szereplőivel. (Oberth et al. 2013)

Az opiát szubsztitúciós kezelésben részesülő várandós nőkre vonatkozó adatokat lásd 6.3. fejezet.

Pszichiátriai komorbiditás kezelése

Az új pszichoaktív szerekkel összefüggő pszichiátriai komorbiditást és annak kezelését lásd a 6.3. fejezetben.

Következtetések

A tucsere programok esetében 2012-ben új három éves támogatási ciklus kezdődött, melynek következtében bővült a földrajzi lefedettség, azonban jelentősen mértékben csökkent mind az osztott (35%-kal) és hozott+gyűjtött fecskendők (36%-kal), mind a kontaktok (14%-kal) száma. Ennek ellenére a kliensek számában nem figyelhető meg csökkenés, továbbá 2012-ben a programok közel ugyanannyi új klienst regisztráltak, mint 2011-ben. A becserélési arány alig változott, 71%-os volt 2012-ben. A csökkenő finanszírozási források a legnagyobb forgalmú programokat az alkalmanként becserélhető és elvihető fecskendő mennyiség korlátozására, néhány esetben csökkentett nyitvatartási időre, vagy ideiglenes bezárásra kényszerítették.

Alapul véve a hazai intravénás kábítószer-fogyasztók becsült számát 2012-ben egy intravénás kábítószer-fogyasztóra átlagosan 74 steril fecskendő jutott, míg 2011-ben 114 darab.

Egy 2012-ben végzett vizsgálat szerint az együttműködő, intravénás szerhasználói múlttal rendelkező hepatitisz C fertőzött betegek antivirális kezelése költség-hatékony lehet többek között az alacsony vírus titer, a kezelésre adott korai vírusválasz, a fiatal életkor, a szubakut fertőzöttségi periódus, és a naiv kezelési státusz miatt.

Budapesten a VIII. kerületben 2012-ben is folytatódott a Józan Babák Klub „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” című programja, illetve a legnagyobb budapesti tucsere program csak női kliensekre szabott speciális szolgáltatásokkal kiegészített programja.

8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ¹²⁰

8.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

2012-ben nem készült célzottan a kábítószer-fogyasztók társadalmi kirekesztettségét vizsgáló széles körű kutatás. Azt a kezelésbe lépő kliensekről rendelkezésre álló információk alapján a TDI adatbázisból származtatott adatok segítségével mutatjuk be.

A kábítószer-fogyasztók és a gyógyult szenvedélybetegek reszocializációs és/vagy reintegrációs ellátása (pl. a lakhatás, tanulás vagy munkavállalás támogatása) a szociális ellátórendszer integrált részeként, az ellátási igény mögött meghúzódó indok differenciálása nélkül történt, ezért a kábítószer-fogyasztással összefüggő ellátási események elkülönítése nem volt lehetséges. A KAB-FF-11/C pályázati kiírás keretében 2011-ben 10, kifejezetten a kábítószer-fogyasztók reszocializációs, reintegrációs támogatását célzó program finanszírozására került sor 16.700.000 forint (60.137 EUR)¹²¹ értékben. Bár egyes programok 2011-ben elindultak, a végrehajtás és lezárás 2012-ben történt.

8.2. TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉG

A kezelési adatok a 2012-ben 1243 fő kezelést kezdő kliens adatait tartalmazzák, akik nem elterelésben – tehát nem a büntetőeljárás alternatívájaként választható ellátási programban – vettek részt. A kliensek közül 965 fő (79,2%) férfi, 254 fő (20,8%) nő volt, a nem 24 fő esetében nem vált ismertté. Az összes kliens közül 582 fő (46,8%) első alkalommal vett részt kezelésben.

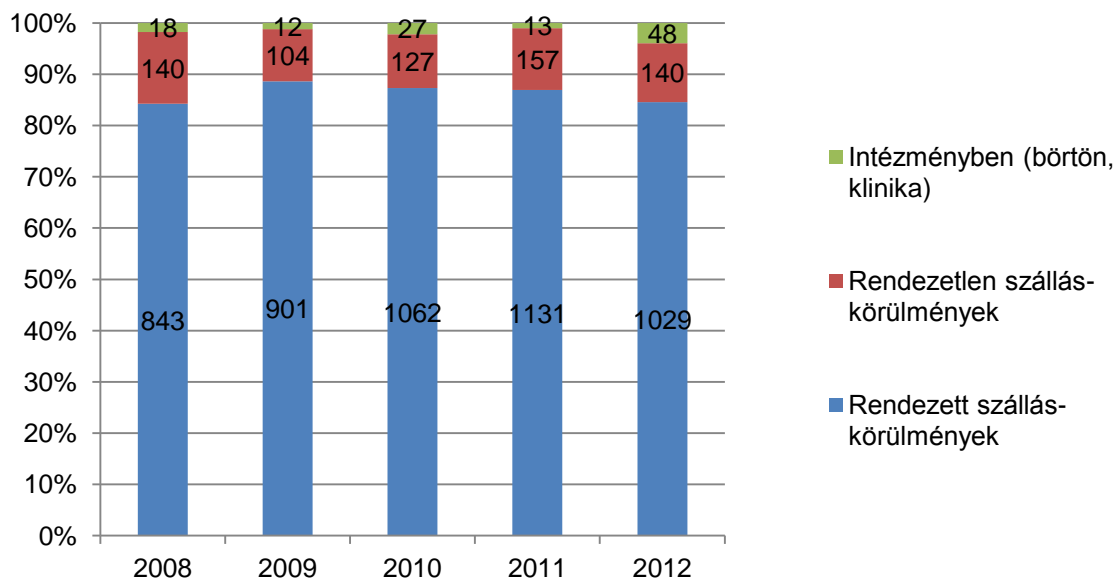
Lakhatás

A kezelési adatbázis 1217 kliensről rendelkezett információval 2012-ben a lakhatási körülményekre vonatkozóan. A 2012-ben kezelésben megjelenő kliensek 84,6%-a, 1029 fő élt rendezett szálláskörülmények között, ami lényegében megegyezik a korábbi években tapasztaltakkal (2011-ben 86,9%, 2010-ben 87,3%).

¹²⁰ A fejezet szerzője: Horváth Gergely Csaba, Péterfi Anna

¹²¹ Mivel 2011-ben kiírt és elbírált pályázatokról van szó, az összeg a 2011-es hivatalos euró középárfolyam (1€ = 277,7Ft) szerint került átszámításra.

25. ábra. Lakhatási körülmények a kezelésbe lépők körében 2008-2012 között (fő)



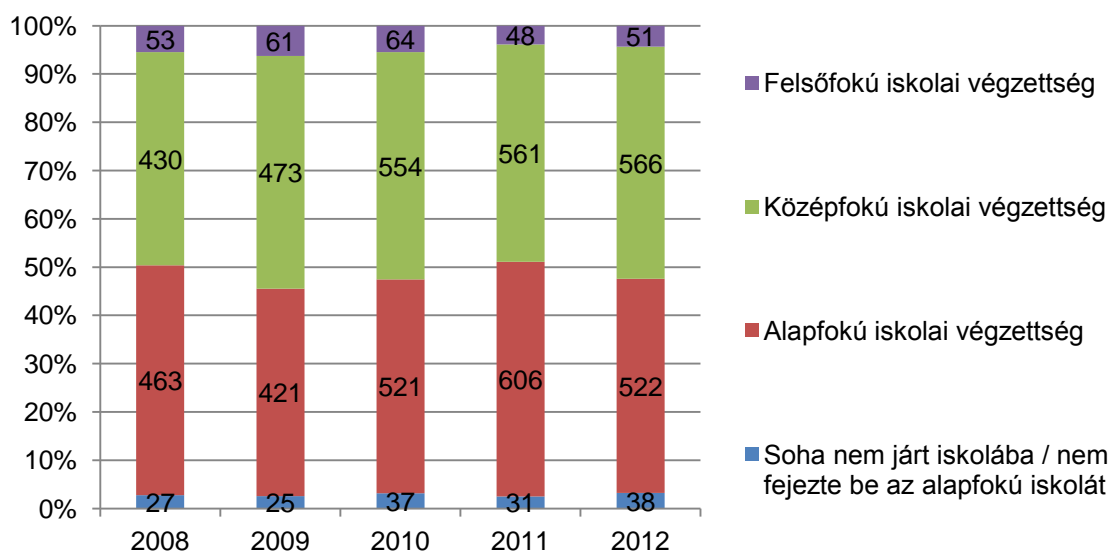
Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2013b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Iskolai végzettség

2011-ben a kezelésbe lépő kliensek 3,3%-a, 38 fő alapfokú végzettséggel sem rendelkezett, ami változatlan helyzetet mutat a korábbi évekkal összevetve (2011-ben 2,5%). Alapfokú végzettsége a kliensek 44,4%-ának, 522 főnek volt, mely valamivel alacsonyabb, mint a megelőző évben tapasztalt (2010-ben 48,6%).

Középfokú végzettséggel 48,1%, 566 fő rendelkezett, az elmúlt években némi emelkedést mutat a középfokú végzettséggel rendelkezők aránya (2011-ben 45%, 2010-ben 47,1%). A felsőfokú végzettséggel 51 fő rendelkezett, arányuk 2012-ben 4,3% volt. E csoport aránya az azt megelőző években rendre magasabb volt, 5-6% között mozgott.

26. ábra. Befejezett iskolai végzettség a kezelésbe lépők körében 2008-2012 között (fő)

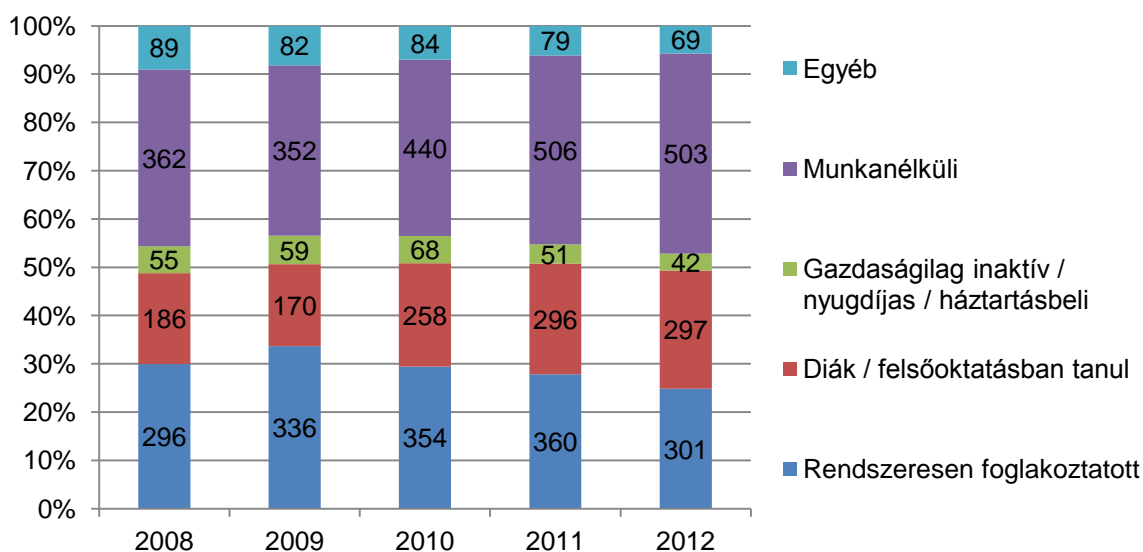


Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2013b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Munkaügyi státusz

A 2012-ben a kezelésbe lépő kliensek 24,8%-a, 301 fő volt rendszeresen foglalkoztatott, arányuk 2009 óta monoton csökkenést mutatott (2011-ben 27,8%, 2010-ben 29,4%, 2009-ben 33,6%). Ezzel párhuzamosan, monoton növekedést mutatott 2009 óta a munkanélküliek aránya, a 2009-es 35,2%-ról 2012-re 41,5%-ra emelkedett. A kezelésbe lépők mintegy egynegyede (24,5%, 297 fő) diák vagy hallgató volt 2012-ben, arányuk a nem elterelt kliensek körében a 2009-es 17%-os értékhez viszonyítva lassú, folyamatos emelkedést mutatott. A kliensek 3,5%-a, 42 fő gazdaságilag inaktív (nyugdíjas, háztartásbeli, rokkantnyugdíjas) volt, további 5,7%, 69 fő nem volt besorolható a fenti kategóriák egyikébe sem.

27. ábra. Munkaügyi státusz a kezelésbe lépők körében, 2008-2012 között (fő)

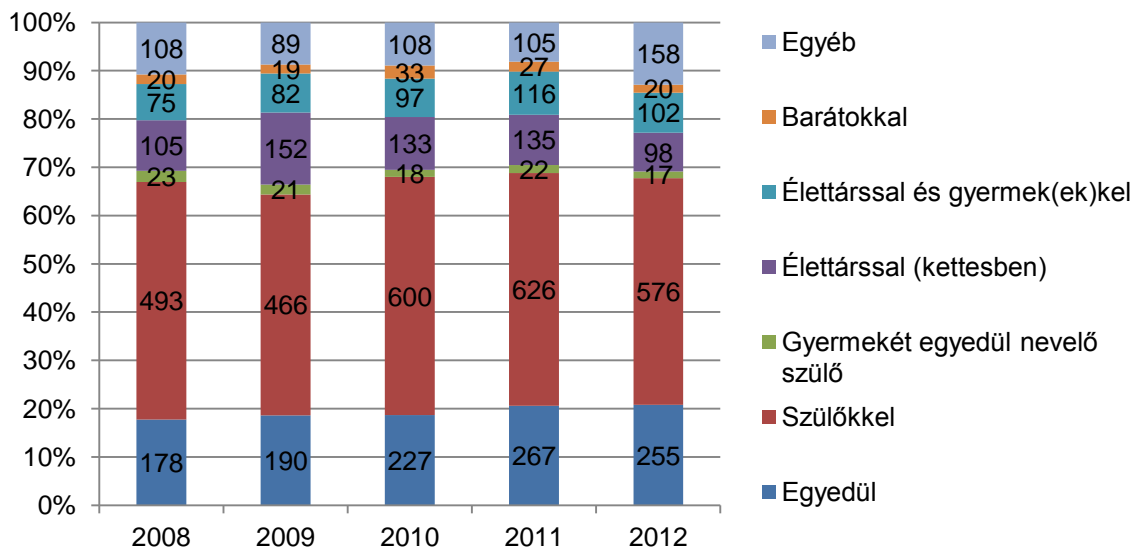


Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2013b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Szociális kapcsolatok

A 2012-ben kezelést kezdő kliensek 20,8%-a, 255 fő egyedül élt, ez az arány nem mutat jelentős változást a korábbi évekhez képest. A kliensek legnagyobb része, 47%-a (576 fő) szüleivel élt, arányuk évek óta stabil. Az élettárssal kettesben élők aránya 2012-ben 8% volt (98 fő), élettárssal és gyermekkel együtt a kliensek 8,3%-a, 102 fő élt, mindkét arány megegyezett a korábbi években tapasztalttal. 17 fő, a kliensek 1,4%-a gyermekét egyedül nevelő szülő volt.

28. ábra. Társas együttélés megoszlása a kezelésbe lépők körében, 2008-2012 között (fő)



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2013b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

8.3. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ

Nincs új információ.

Következtetések

2012-ben a TDI adatbázisban szereplő kliensek szociális dimenzióinak tekintetében lényeges változás nem történt a korábbi évekhez viszonyítva.

9. KÁBITÓSZER-BŰNÖZÉS, KÁBITÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE ÉS A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI SZERVEZET¹²²

9.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények és a bűncselekmények elkövetőinek a nyomozás lezárásakor rögzített adatait 2012-ben is a Legfőbb Ügyészség összesítette, az adatok elemzését a Nemzeti Drog Fókuszpont végezte. (A Legfőbb Ügyészség Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének - ENYÜBS - keretében történő adatgyűjtésről részletesen lásd: 2010-es Éves Jelentés 9. fejezet Háttér, előzmények és 9.1. fejezet.)

A Büntetés-végrehajtási szervezetre vonatkozó adatok a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága 2012. évre vonatkozó beszámolójából, illetve a TDI adatgyűjtésből származnak.

Emellett 2012-ben kutatás készült (Ritter 2013a) „Fertőzések és félelmek a büntetés-végrehajtási intézményekben” címmel, amely a fogvatartottak véleményét, attitűdjét, érintettségét, és az érintettség okai tényezőit tárta fel a büntetés-végrehajtási intézeteken belül előforduló HCV fertőzéssel kapcsolatban. A fertőzöttségi és kockázati magatartásokra vonatkozó adatok a 6.2. fejezetben kerülnek bemutatásra, a minta szerhasználati jellemzőit és a fertőzésekre vonatkozó tanácsadással kapcsolatos eredményeket a jelen fejezet tárgyalja.

9.2. KÁBITÓSZER-BŰNÖZÉS

2012-ben a joghatásosság érvényesülését vizsgáló kutatás zajlott a kínálati oldali kábítószer-bűncselekményekhez kapcsolódóan (Ritter 2013b). 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 vizsgálat részét képezte 457 kínálati oldali visszaélés kábítószerrel bűncselekmény ügyiratának áttekintése és dokumentumelemzése; 72 fős mintán kérdőíves felmérés végzése; valamint 14 ügyészekkel, rendőrökkel készített mélyinterjú.¹²³

¹²² A fejezet szerzői: Péterfi Anna, Port Ágnes, Tarján Anna

¹²³ A mintavételi keretet a 2007 és 2011 között Magyarországon biztosan kínálati oldali kábítószer-bűncselekmény miatt indult eljárások alkották. Biztosan kínálati oldali kábítószer-bűncselekmény miatt indult eljárásnak azok az eljárások minősültek, amelyek kábítószer termesztés, előállítás, országba történő behozatal, kivitel, illetve az ország területén történő átvitel, továbbá, forgalomba hozatal, kereskedelem miatt indultak, üzletszerűen vagy bünszervezetben és/vagy jelentős mennyiségű kábítószerre valósultak meg. (Az ENYÜBS-ben a Btk. 282.§ (2) a) b); 282/A. (1), 282/A. (2), 282/A. (3), 282/A. (4) b), 282/B. (1) (2) (3); 282/C. (1) – (4); 283/A. (1) tényállásaival rögzített eljárások). A mintavételi keretet ily módon 1913 ügy alkotta, ebből a mintába valamennyi jelentős mennyiségre elkövetett eset bekerült, továbbá random módszer alkalmazásával minden 4. ügy (mindösszesen 457 eset).

A kérdőíves felmérés elektronikus úton, e-mail-en keresztül történt, 86, az ügyiratok alapján kínálati kábítószer-bűncselekményekkel kapcsolatos ügyekben az átlagnál gyakrabban eljáró, ügyész részvételével. A kérdőívet 72 ügyész küldte vissza kitöltve, valamennyi visszaküldött kérdőív értékelhető volt.

A 14 mélyinterjú a kínálati oldali kábítószer-bűncselekményekben eljáró rendőrségi szakemberekkel (nyomozókkal, felderítőkkal) és ügyészekkel készült.

A vizsgált kínálati oldali kábítószer-bűncselekmények jellemzői

Az elmúlt 5 év hazai ismertté vált kínálati oldali kábítószer-bűnözését a vádiratok alapján jellemzően kannabisz-termesztés (19,8%), kábítószerrel kereskedés, illetve forgalomba hozatal (49,2%) – ebből 26,7% jogi minősítése jelentős mennyiségre elkövetett megszerzés, illetve tartás volt -, valamint országba történő behozatal (19,5%) jellemezte. Az esetek 6,0%-ában megszerzéssel, tartással, illetve kábítószer előállításal (0,9%) voltak vádolhatók az elkövetők. Mindössze az ügyek 4,6%-ában volt bizonyítható a bűnszervezetben történő elkövetés (kereskedelem, forgalomba hozatal).

A vizsgált ügyek 31,5%-ában történt határon keresztül történő elkövetés, azaz kábítószer behozatal, csempészás, vagyis gyakorlatilag a vizsgált időszakban minden harmadik kínálati oldali kábítószer-bűncselekmény csempészéssel volt összefüggésben.

Az elkövetők mintegy háromnegyede (73,6%) magyar állampolgár volt, és egynegyedük (26,4%) külföldi. A magyar elkövetők 8%-a a cselekmény elkövetésének idején külföldön élt. A külföldi elkövetők között a leggyakrabban vietnámi, nigériai, török és szerb állampolgárságú elkövetők fordultak elő.

Iskolai végzettség, foglalkoztatottság és előélet szerinti megoszlás

Iskolázottság tekintetében a vizsgált elkövetői kör jelentősen eltért az átlag elkövetői populációtól. Nincs olyan elkövető, aki legalább az általános iskolát ne fejezte volna be. Az érettségivel rendelkezők aránya 27,6%, az egyetemet, főiskolát végzettké 6,3% volt. Szakmunkásképzőt, szakiskolát 43,5%-uk végzett.

A mintába került elkövetők 53,6%-a rendelkezett legális munkaviszonnyal és jövedelemmel, további 16,4%-uk pedig tanuló, vagy nyugdíjas volt. Gyakorlatilag minden 4. elkövető volt csak „legális állás nélküli”. Ez azt jelzi, hogy egyrészt a hazai hatóságok előtt ismertté vált kínálati oldali kábítószer-bűncselekményt elkövetők körének többsége nem a hagyományos bűnözői szubkultúrából kerül ki, másrészt pedig azt, hogy alapvetően igazodnak a többségi társadalmi normákhoz és értékekhez. Ezt erősíti, hogy a mintába kerültek 54,7%-a volt büntetlen előéletű, és csak 45,3%-a büntetett. A büntetett elkövetők körében a legtöbben visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt voltak korábban büntetve, illetve egyéb vagyon elleni bűncselekmény miatt. (Az elkövetők szocio-ökonómiai jellemzőiről lásd még a 10.2 fejezetet.)

Szerfogyasztási szokások

A mintába került hazai kínálati kábítószer-bűncselekményt elkövetők többsége - az orvosszakértői vélemények alapján - rendszeres kábítószer-fogyasztó (38,9%), illetve kábítószerfüggő (13,7%) volt. Alkalmi fogyasztónak 30,6% tartotta magát. A mintába került elkövetők mindössze 16,8%-a nem fogyasztott saját bevallása szerint soha kábítószer.

A nyomozás/büntetőeljárás jellemzői

A kutatás vizsgálta azt is, hogy hol fogta el a nyomozóhatóság (kábitószerrel vagy a nélkül) az elkövetőket. A realizálás a vizsgált esetek több mint egyharmadában (38,3%) közúton történt, az elkövető gépjárművét megállítva. Hozzávéve ehhez a parkolóban (6,7%), a benzinkutaknál (3,2%), és a határon történt (9,5%) elfogások arányát is, az esetek több mint felében (57,7%) az elfogás mintája gyakorlatilag a következő volt: a jármű – és/vagy célszemély folyamatos figyelése és/vagy lehallgatása, majd alkalmas helyen történő megállítása. A második leggyakoribb realizálási helyszín a ház vagy lakás volt. Ezek az esetek jellemzően engedéllyel történő házkutatás során szerzett bizonyítékok alapján indultak.

Az eljárások 79,1%-ának indítását operatív felderítés előzte meg. 8%-ban „belefutottak” egy igazoltatásban az elkövetőkbe vagy véletlenszerűen derült ki a tevékenységük: más bűncselekmény miatt vonták eljárás alá őket vagy áldozatként kerültek a rendőrség hatáskörébe. A további eljárásindítások (12,9%) határrendészeti tevékenységhez kötődtek, és jellemzően rutinellenőrzések során az országba történő behozatallal függtek össze. Bár nem kizárt, hogy ezen esetek jelentős részében is sor került operatív felderítésre, de az ügyiratokból nem lehetett egyértelmű következtetést levonni erre vonatkozóan.

A kínálati oldali kábítószer-bűncselekményekkel kapcsolatos eljárásokkal kapcsolatos problémák nevesítése során a megkérdezett ügyészek a következőket említették a legnagyobb gyakorisággal: bizonyítás, bizonyíthatóság; eljárások elhúzódása; szakértői vizsgálatokkal kapcsolatos problémák; kábítószer-függőség megállapításával kapcsolatos problémák; nyomozással, nyomozati szakkal összefüggő problémák; nemzetközi együttműködéssel kapcsolatos problémák.

A megkérdezett ügyészeknek egy ötfokú skálán kellett értékelniük, hogy mennyire tartják nehéznek az ilyen ügyek bizonyítását, minősítését, a vádképviseletet, a nyomozóhatósággal történő együttműködést, a rendőrségtől történő információszerzést és a nyomozásfelügyelet gyakorlását. A legnagyobb egyetértés a megkérdezettek között a bizonyítás megítélésben mutatkozott: meglehetősen nehéznek ítélik a kínálati oldali kábítószer-bűncselekmények bizonyítását még az ilyen ügyek vádképviseletében nagy gyakorlattal rendelkező ügyészek is. A következő táblázat az egyes kérdésekre adott átlagértékeket és az átlagtól való eltérést mutatja:

22. táblázat. A kínálati oldali kábítószer-bűncselekmények miatt indult eljárásokhoz kapcsolódó egyes tevékenységek megítélése a megkérdezett ügyészek szerint (1=nagyon nehéz; 5=nagyon könnyű)

Tevékenységek	Átlagérték	Átlagtól való eltérés
a) minősítés	3,27	0,8
b) bizonyítás	2,17	0,7
c) információszerzés a rendőrségtől	3,38	1,1
d) vádképviselet a bíróságon	2,79	1,0
e) titkos adatszerzésben (tasz) együttműködés a rendőrséggel	2,77	1,2
f) nyomozásfelügyelet gyakorlása	2,9	1,0

Forrás: Ritter 2013b

Problémát jelent, hogy számos esetben eltérő a rendőrnek és az ügyésznek, hogy mi minősül vagy minősíthető kétséget kizáró bizonyítéknak. Ami a felderítőnek egyértelmű bizonyíték, sokszor elégtelen vagy nem megfelelő az ügyésznek a sikeres vádképviselethez a bíróság előtt. A megkérdezett ügyészek 86%-a említette problémaként a titkos információgyűjtés tényének vagy tartalmának megismerésével kapcsolatos hiányt, továbbá a nyomozóhatóság információ-visszatartásával összefüggő bizonyítási problémákat. A bizonyítással kapcsolatos egyik fő problémaként emelték ki a megkérdezettek a bünszervezet, bünszövetség bizonyítását.¹²⁴

A kutatók megkérdezték az ügyészeket arról is, hogy szerintük, tevékenységi területükön mi az ügyész elsődleges szerepe, tevékenysége a kínálati oldali magatartásokkal kapcsolatos nyomozati eljárásokban.¹²⁵ Habár a megkérdezettek 58,8%-a úgy gondolta, hogy elégedett

¹²⁴ Az egy ügyre jutó elkövetők száma 4 volt, azonban figyelmet érdemel, hogy 28,4% volt azoknak az ügyeknek az aránya, ahol mindössze egyetlen elkövető szerepelt és 7,8%, ahol 10, vagy annál több.

¹²⁵ Hat lehetséges válaszalternatíva közül azokat kellett megjelölniük az ügyészeknek, amelyek szerintük jellemzik a napi gyakorlati tevékenységüket, illetve azokat is - külön oszlopban -, amelyek szerintük

az ügyész nyomozati eljárásban betöltött jelenlegi szerepével ezekben az ügyekben, azonban a „nyomozati szereppel elégedett” ügyészek jelentős többsége (79,2%) mégis különböző változókat jelölt meg a jelenlegi napi tevékenység és az eredményesebb vádképviselést elősegítő szerep vonatkozásában. Az ügyészek 88,5%-a jelezte, hogy a kínálati oldali kábítószer-bűncselekményekkel kapcsolatban elsődleges szerepe a jogi követelmények teljesülésnek figyelemmel kísérése a nyomozás során, 71,2%-uk ezen túl megjelölte a nyomozati cselekmények figyelemmel kísérését is. Mindössze minden 8. ügyész (13,5%) nyilatkozott csak úgy, hogy részt vesz az információgyűjtés előkészítésében és minden 13. jelezte (7,7%), hogy szerepe van az operatív döntésekben a nyomozás során. Azonban éppen e két változóról – a *„részvétel az információgyűjtésben”* és az *„operatív döntések meghozatala a nyomozás során”* – vélte úgy a legtöbb megkérdezett ügyész, hogy ilyennek kellene lennie az ügyész elsődleges szerepének ahhoz, hogy a nyomozati szak és a vádképviselést valóban eredményes lehessen (44,2%, illetve 42,3%).

Ítélezési gyakorlat

A vizsgált ügyekben - legalább elsőfokú bírósági eljárásban - hozott ítéletek alapján az átlagos büntetési tétel 4 év volt.¹²⁶ Az elkövetők 34,8%-ával szemben 3 év szabadságvesztés vagy ennél enyhébb büntetést szabtak ki a bírúk. Amennyiben másodfokú bírósági eljárásra került sor, minden esetben enyhítésre került sor az elsőfokú ítélethez képest. Vagyonelkobzásra az esetek 11,2%-ában került csak sor, az átlag elkobzott összeg 420.000 Ft (1450 €) volt. Jellemzően az az összeg került elkobzásra, amit a nyomozó hatóság az eljárás során lefoglalt és kapcsolatba volt hozható a bűncselekménnyel.

9.3. VISSZAÉLÉS KÁBÍTÓSZERREL BŰNCSELEKMÉNYEK

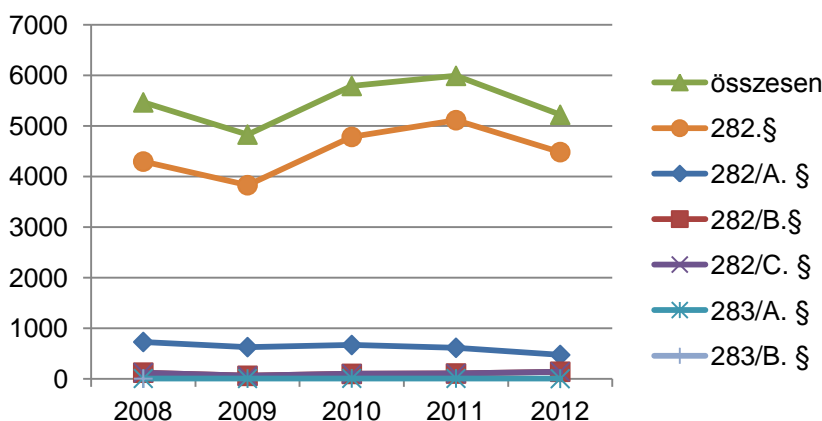
2012-ben a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 5219 volt, 12,9%-kal kevesebb, mint a megelőző évben. Az összes regisztrált bűncselekmény között is csökkent a kábítószer-bűncselekmények aránya, az előző évi 1,33%-ról 1,11%-ra.

A 2012. márciusi jogszabályváltozások nyomán büntethetővé váltak az új pszichoaktív anyagokkal való kínálati oldali visszaélések (lásd: 2012-es Éves Jelentés 1.2 fejezet), azonban ennek hatása a regisztrált bűncselekmények számában még kevésbé jelent meg: mindössze 3 esetben került sor büntetőeljárás kezdeményezésére a vonatkozó Btk. 282/B. § tényállása alapján.

eredményesebbé tehetnék a nyomozati szakot és a vádképviselést. Több válaszalternatívát is megjelölhettek mindkét oszlopban.

¹²⁶ A mintába került ügyekben a büntetés alapesetben kettőtől nyolc évig terjedő [(282.§ (2); 282/A.§ (1), 282/B.§ (1); 282/C.§ (4)] csekély mennyiség esetén, illetve öttől tíz, illetve öttől húsz évig terjedő jelentős mennyiség esetén; de minősített esetben akár 20 évig terjedő vagy életfogytig tartó szabadságvesztés büntetéssel is büntethető a cselekmény. A mintába került ügyek 92,8%-ában jelentős mennyiségre történt az elkövetés.

29. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma összesen és a Btk. visszaélés kábítószerrel tényállásai¹²⁷ szerinti bontásban 2008 és 2012 között



Forrás: ENYÜBS 2013

A 2012-ben regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményekben a büntetőeljárást az esetek túlnyomó többségében (89,9%) a Rendőrség valamely szerve¹²⁸ kezdeményezte, hasonlóan az előző évekhez. A fennmaradó 10,1%-ban a büntetőeljárás kezdeményezői között szerepelt többek között a bűncselekményt észlelő személy, feljelentési kötelezettség alapján feljelentést tevő más személy, a Nemzeti Adó- és Vámhivatal, az ügyészség, illetve különböző büntetés-végrehajtási szervek.

Szertípus szerinti megoszlás¹²⁹

Az előző évekhez hasonlóan, a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények túlnyomó többségét 2012-ben is kannabisszal követték el (75,2%, 3925 eset). Ugyanakkor, a megelőző évhez képest csökkent a kannabisszal elkövetett visszaélések száma (17,1%-kal) és aránya is a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények között (5,0%-kal).

2012-ben amfetamin az esetek 14,1%-ában (738 eset) szerepelt az elkövetés tárgyaként. 2011-ben ez az arány 8,15% volt, vagyis mintegy 6 százalékponttal nőtt a szerrel elkövetett, regisztrált bűncselekmények aránya az előző évhez képest.

A heroinnal elkövetett visszaélések a bűncselekmények mindössze 1,4%-t tették ki (72 eset), számuk az előző évhez képest tovább csökkent. Csökkent az összes regisztrált visszaélés 1,7%-át kitevő ecstasyval elkövetett visszaélések száma is. Metamfetamin az elkövetés tárgyaként 1,6%-ban szerepelt, a szerrel elkövetett visszaélések száma szintén csökkenést mutatott 2012-ben (2012: 81; 2011: 112). 2011-hez képest a kokainnal elkövetett bűncselekmények száma 12%-kal csökkent, ugyanakkor a szerrel elkövetett visszaélések aránya az összes visszaélés között nem változott 2011-hez képest (2,6%).

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

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

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

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

283/A.§ kábítószer prekuzorral elkövetett visszaélések;

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

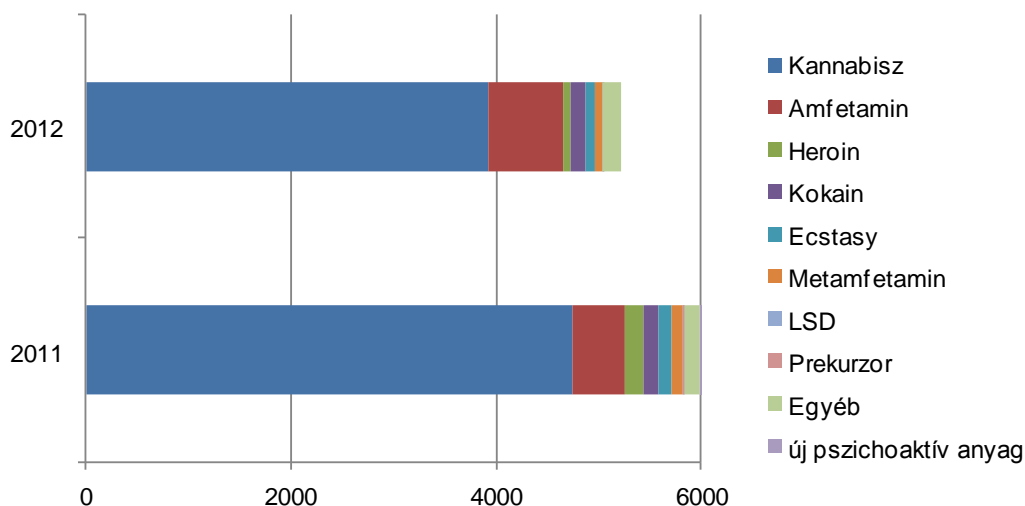
¹²⁸ Rendőrség bűnügyi szerve: 78,5%, rendészeti szerve: 18,1%, közlekedésrendészeti szerve: 3,4%.

¹²⁹ Az adatok értékelésénél figyelembe kell venni, hogy a bűncselekmény adatait rögzítő statisztikai lapon csak egy szertípus kerül rögzítésre (egy bűncselekményhez csak egy szertípus rendelhető). Abban az esetben, ha több kábítószerfajttal is történt visszaélés, nincs egységes előírás arra vonatkozóan, hogy melyik szertípus rögzítendő.

A visszaélés tárgyaként „egyéb szer” 172 esetben került rögzítésre, egyéb szerek között a legnagyobb számban a következők szerepeltek: morfin 32, metadon 19, ketamin 17, 4-MTA 17, GHB 11 esetben.

A 3 db új pszichoaktív anyaggal való visszaélés közül két esetben AM-2201, egy esetben MPA (metiltienil-propamin) volt az elkövetés tárgya.

30. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának megoszlása az elkövetés tárgya szerint 2011-ben és 2012-ben



Forrás: ENYÜBS 2013, elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

Elkövetői magatartások

2012-ben a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények között a fogyasztói típusú magatartások aránya 87,8% (4584 eset), a kereskedői típusú tevékenységeké 10,9% (570 eset) volt. 2011-hez képest a fogyasztói típusú visszaélések száma 12,4%-kal, a kereskedői típusú elkövetéseké 20,9%-kal csökkent, vagyis tovább folytatódott a kereskedői típusú elkövetések arányának évek óta megfigyelhető fokozatos csökkenése.

Egyéb magatartások 1,25%-ban szerepeltek, a következők szerint: büntetendő előkészületek 6 esetben, finanszírozói magatartások 3 esetben, kóros szenvedélykeltés 53 esetben, kábítószer előállításához szükséges anyag szolgáltatása 3 esetben.

Az elkövetői magatartásokat szer típus szerint vizsgálva az látható, hogy a fogyasztói típusú elkövetések aránya az összes szerre jellemző átlagnál magasabb volt az amfetamin esetében (92%), ahhoz közeli a kannabisz és a heroin esetében, és alacsonyabb a kokain, a metamfetamin és az ecstasy tekintetében - vagyis ez utóbbi szerekkel a többi szer típusához viszonyítva valamivel gyakoribb volt a kínálati oldali elkövetői magatartás.

23. táblázat. A 2012-ben regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények az elkövetés tárgya és elkövetési magatartások szerinti bontásban

	Fogyasztói	Kereskedői	Elő- készület	Finan- szírozás	Kóros szenvedély- keltés	Előállítás- hoz szüks. anyag szolgáltatása	Összesen
Kannabisz	3468	435	5	2	14	1	3925
Amfetamin	679	56	0	1	2	0	738
Heroin	63	9	0	0	0	0	72
Kokain	113	20	0	0	0	0	133
Ecstasy	67	15	0	0	7	0	89
Metamfetamin	60	21	0	0	0	0	81
LSD	2	2	0	0	0	0	4
egyéb	131	10	1	0	30	0	172
prekurzor új pszichoaktív anyag	0	0	0	0	0	2	2
Összesen	4584	570	6	3	53	3	5219

Forrás: ENYÜBS 2013, Nemzeti Drog Fókuszpont

Elkövetői magatartás és mennyiség

A visszaélés kábítószerrel bűncselekményeket a kábítószer mennyisége szerinti bontásban vizsgálva, a csekély mennyiségű kábítószerrel elkövetett visszaélések tették ki a bűncselekmények 88%-át, a tárgyévben és a megelőző évben is. Alapeset szerinti mennyiség az esetek 8,9%-ában szerepelt, jelentős mennyiség pedig mindössze 2,9%-ban.

A fogyasztói típusú visszaélések kábítószer mennyisége szerinti megoszlásában nem volt érdemi változás 2011-hez képest. A kereskedői magatartások között valamelyest csökkent a csekély és a jelentős mennyiséggel elkövetett visszaélések aránya, és nőtt az alapeset szerinti elkövetéseké.

24. táblázat. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma és aránya az elkövetési magatartás és a kábítószer mennyisége szerinti bontásban 2012-ben

Elkövetői magatartás	Csekély mennyiség		Alapeset		Jelentős mennyiség		Összesen	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Fogyasztói magatartások	4201	91,6	314	6,9	69	1,5	4584	100
Kereskedői típusú magatartások	349	61,2	142	24,9	79	13,9	570	100
Összesen	4550	88,3	456	8,9	148	2,9	5154	100

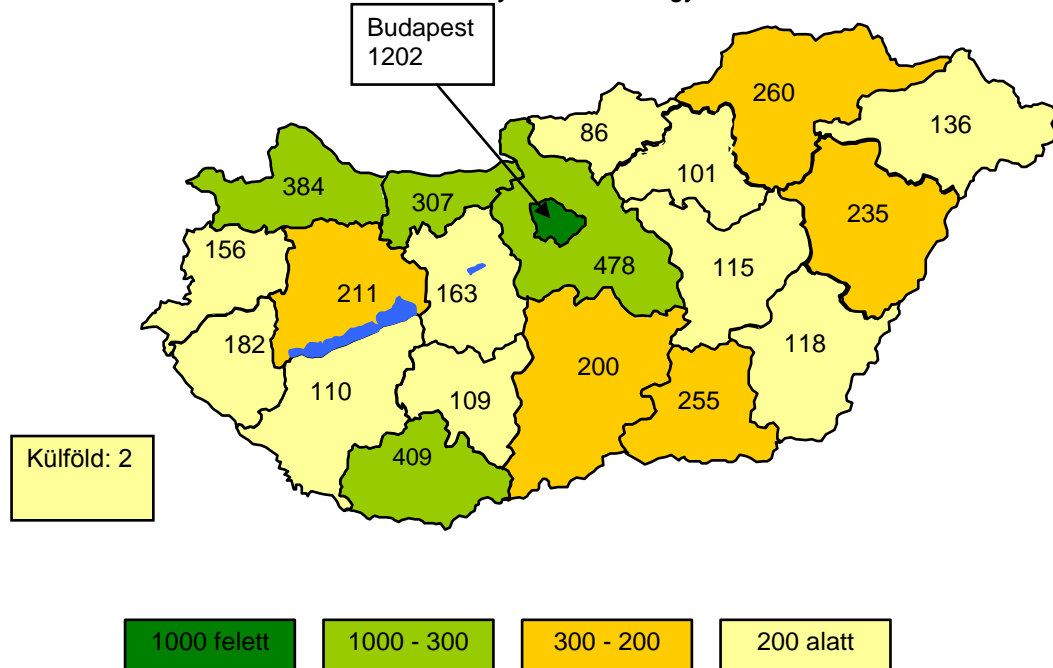
Forrás: ENYÜBS 2013, Nemzeti Drog Fókuszpont

Az elkövetés helye

A 2012-ben elkövetett, regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények csaknem negyedét a fővárosban követték el. A fővárosban és Pest megyében elkövetett bűncselekményeket összesítve, tovább nőtt a közép-magyarországi régió dominanciája: itt követték el a regisztrált bűncselekmények 32%-át (2011: 26%). Sorrendben a legnagyobb számú visszaélést a főváros és Pest megye után Baranya, Győr-Moson-Sopron és Komárom-Esztergom megyékben regisztrálták. Annak ellenére, hogy országos átlagban a regisztrált visszaélések száma 13%-kal csökkent, a megyék közül az előző évhez képest

nőtt a regisztrált bűncselekmények száma Pest, Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom, Veszprém és Zala megyékben (vagyis az ország észak-nyugati negyedében).

3. térkép. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma megyék szerinti bontásban 2012-ben



Forrás: ENYÜBS 2013, Nemzeti Drog Fókuszpont

Az elkövetők

A 2012-ben regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményhez kötődően 4805 elkövetőt regisztrált a bűnügyi statisztika¹³⁰, ami 14,1%-os csökkenést jelent a megelőző évhez képest. Az elkövetők száma a bűncselekmények számánál valamivel nagyobb mértékű visszaesést mutatott (12,9%).

Nemek és életkor szerinti megoszlás

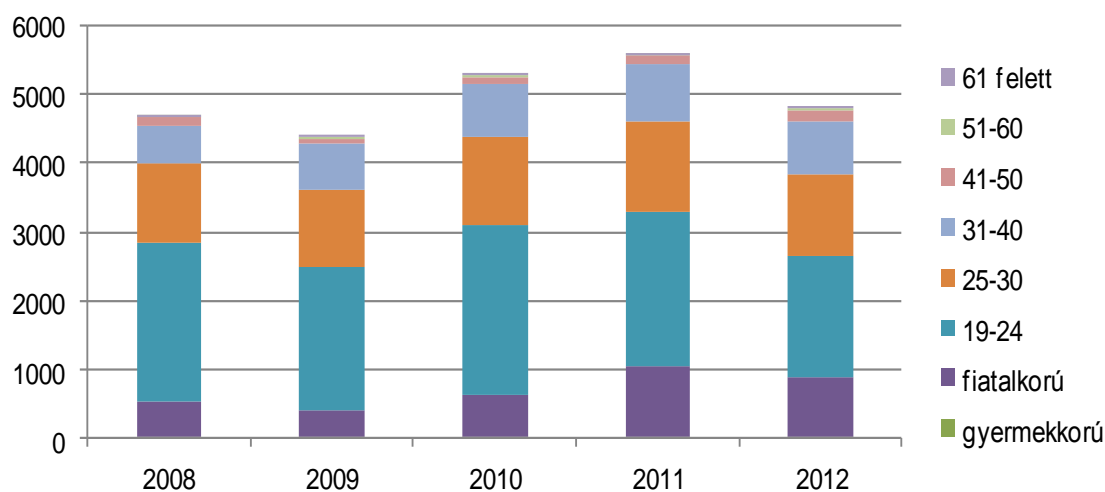
A 2012-ben regisztrált kábítószerrel való visszaélést elkövetők nemek szerinti megoszlása nem változott számottevően az elmúlt évekhez képest (nő: 9,7%; férfi: 90,3%).

Az elkövetők életkor szerinti megoszlását tekintve, a 2011-es évhez hasonlóan magas volt a fiatalok aránya a regisztrált elkövetők között: 17,9%, szemben a 2008-10 években jellemző 10-12%-kal. A 19-24 éves elkövetők aránya (40,9%) tovább csökkent, bár az előző évben tapasztaltnál kisebb mértékben.

Az elkövetők között a 30 évnél idősebb elkövetők aránya a tavalyi évhez képest 2,7 százalékponttal emelkedett, de 79,8%-uk még így is 30 év alatti volt. Ehhez képest az összes regisztrált bűnelkövető között a 30 évnél fiatalabbak aránya 46,7% volt 2012-ben, vagyis a kábítószer-bűncselekményt elkövetők között továbbra is jóval magasabb a 30 év alattiak aránya mint az egyéb bűncselekményt elkövetők között.

¹³⁰ Egy elkövető több bűncselekményt is elkövethet. A bűncselekményekre vonatkozóan a kinyert adatok teljeskörűek, az elkövetőkre vonatkozóan azonban nem, mivel az elkövetői adatok rögzítésére szolgáló „T” lapon csak a legsúlyosabb, illetve gyermekkorúként vagy fiatalokként elkövetett bűncselekményt kell feltüntetni.

31. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkor szerinti megoszlása, 2008 és 2012 között



Forrás: ENYÜBS 2013, Nemzeti Drog Fókuszpont

Iskolai végzettség szerinti megoszlás

Az elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlása évek óta közel azonos mintát mutat, és lényegében nem változott a vizsgált évben sem. 2012-ben az elkövetők között az iskolai végzettséggel nem rendelkezők aránya 0,17% volt, általános iskolai végzettséggel 42,5%-uk, középiskolai végzettséggel 43,4%-uk, felsőfokú végzettséggel 1,8%-uk rendelkezett.¹³¹

Előélet szerinti megoszlás

A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők előélet szerinti megoszlása az előző évekhez hasonlóan alakult: az elkövetők 74,8%-a büntetlen előéletű volt (2011: 74,4%). A büntetett előéletű elkövetők között 2011-hez képest nőtt a nem visszaesők aránya, 69,1%-ról 75,7%-ra.

25. táblázat. Az elkövetők előélet szerinti megoszlása¹³² 2012-ben

Előélet	Fő	%
Büntetlen	142	3,0
Büntetlen, de intézkedés hatálya alatt áll	3452	71,8
Összes büntetett előéletű	1211	25,2
Ebből:		
többszörös visszaeső	56	1,2
különös visszaeső	108	2,3
visszaeső	130	2,7
nem visszaeső bűnismétlő	917	19,1

Forrás: ENYÜBS 2013

¹³¹ A megoszlások összege azért nem adja ki a 100%-ot, mert az elkövető a statisztikai lap kitöltésekor nem köteles nyilatkozni iskolai végzettségéről.

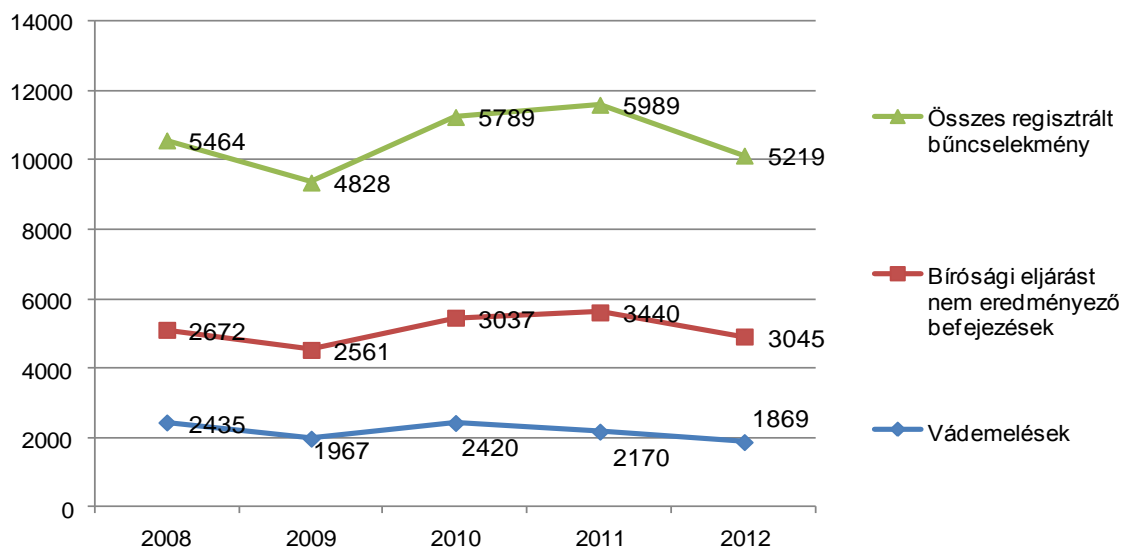
¹³² A egyes kategóriák pontos jogszabályi definícióját lásd a 2010-es Éves Jelentés 9.1 fejezetében.

Vádemelés elhalasztása

2012-ben a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények 58,3%-a zárult le még a bírósági eljárás megkezdése előtt a nyomozati szakaszban, jórészt a büntetőeljárás alternatívájaként igénybe vehető elterelés intézményének köszönhetően. A 2007 óta folyamatosan növekvő arány¹³³ emelkedése 2012-ben megállt.

A regisztrált bűncselekmények számával párhuzamosan, mind a bírósági eljárást nem eredményező befejezések száma, mind a vádemelések száma csökkent 2011-hez viszonyítva. Ugyanakkor, az elterelés keretében megelőző-felvilágosító szolgáltatást, illetve kezelést kezdők számában látható nagyarányú, 23%-os csökkenést (részletes adatok az 5.2.2. fejezetben olvashatók) ez csak részben magyarázza, mert a bírósági szakaszba nem kerülő esetek száma az előbbinél jóval alacsonyabb mértékben csökkent csak (12%-kal).

32. ábra. A bírósági eljárást nem eredményező eljárási formák és a vádemelések száma a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül 2008-2012 között



Forrás: ENYÜBS 2013

9.4. KÖVETKEZMÉNYBŰNÖZÉS – A KÁBITÓSZER HATÁSA ALATT TÖRTÉNŐ BŰNELKÖVETÉS

2012-ben kábítószer hatása alatt 3693-an követtek el bűncselekményt; ebből 3339-en (90,4%) visszaélés kábítószerrel bűncselekményt, 354-en (9,6%) egyéb bűncselekményt. Ez az arány megegyezik a 2011-ben regisztrálttal.

A kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövetők aránya az összes regisztrált bűnelkövető között 3,4%-ot tett ki.

A kábítószer hatása alatt egyéb (visszaélés kábítószerrel bűncselekményen kívüli) bűncselekményt elkövetők körében a legtöbb esetben vagyon elleni bűncselekményt (114 fő, 32%), illetve közlekedési bűncselekményt (108 fő, ebből járművezetést bódult állapotban 101 fő) regisztráltak. A kábítószer hatása alatt személy elleni bűncselekményt elkövetők száma

¹³³ Ennek háttérében a büntetőeljárás szabályok 2006. évi LI. Törvény által történt módosítása áll, ami lehetővé tette, hogy a bűncselekmény elkövetését követően, de a vádemelés elhalasztását megelőzően megkezdett elterelés a büntethetőséget megszüntető ok megállapítását eredményezze, függetlenül attól, hogy a vádemelés elhalasztására mikor kerül sor.

49 (ebből testi sértés: 15, befejezett emberölés: 13, emberölés kísérlete: 7), a garázdaságot elkövetők száma 37 volt.

Az előző, valamint a 2010-es évvel összehasonlítva, csökkent a vagyon elleni bűnelkövetők aránya a kábítószer hatása alatt egyéb bűncselekményt elkövetők között, míg a közlekedési és a személy elleni bűnelkövetők aránya fokozatos növekedést mutat.

26. táblázat. *Kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövetők megoszlása 2012-ben*

Kábítószer hatása alatt elkövetett bűncselekmény megnevezése	Elkövetők száma	Elkövetők aránya a nem visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők között	Elkövetők aránya az összes kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövető között
Vagyon elleni bűncselekmények	114	32,2%	3,1%
Közlekedési	108	30,5%	2,9%
Személy elleni	49	13,8%	1,3%
Garázdaság	37	10,5%	1,0%
Egyéb	46	13,0%	1,2%
Összesen	354	100%	9,6%
Visszaélés kábítószerrel	3339		90,4%
Mindösszesen	3693		100%

Forrás: ENYÚBS 2013

9.5. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE

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

A 2012/13-as tanévben a Rendőrség tematikus iskolai programjaiban (DADA, Ellen-SZER) összesen 36 500 gyermek vett részt. (BM 2013)

A rendőrség fővárosi szintű drogprevenciós programjainak koordinálásáért felelős BRFK Bűnmegelőzési Osztály 2012-ben is részt vett az Életrevaló Egyesület Te is filmes vagy! drogprevenciós kisfilm versenyében¹³⁴ zsűriként, illetve helyszín biztosításával. Droprevenciós elemeket tartalmaztak a BRFK Bűnmegelőzési Osztály „Interaktív Police roadshow” c. iskolai, erőszakkal kapcsolatos projektje és a Rendőrség-történelmi Múzeumba szervezett, interaktív előadásai is. A BRFK, az előző évekhez hasonlóan, a Sziget fesztiválon bűnmegelőzési sátrat állított fel. (BRFK 2013)

A Belügyminisztérium 2012-ben nem írt ki kábítószer-bűnözés megelőzés témájú pályázatot, ugyanakkor a BM támogatásával valósult meg a Szertelen-kék Alapítvány bűnmegelőzési dalpályázata, valamint az Alapítvány által országszerte tartott zenés megelőzési előadások.

¹³⁴ <http://www.eletrevaloegyesulet.gportal.hu/>

2011-ben az OKRI kutatást végzett a fővárosi szórakozóhelyek erőszakos kriminalitási helyzetéről (Nagy 2013).¹³⁵ Az interjúban megkérdezett üzemeltetők mindegyike a szórakozóhelyeken bekövetkező erőszakos cselekmények leggyakoribb kiváltó okaként az alkoholos és egyéb tudatmódosító szerek hatása alatti állapotot, és a mindennapi stressz agresszív feloldását jelölte meg. Az interjúalanyok (megkérdezett üzemeltetők) úgy vélték, a hatékonyabb megelőzés érdekében a szórakozóhelyek környékén erősebb rendőri jelenlét szükséges, és többen javasolták a vendéglátóhelyek térfigyelő kamerákkal történő ellátását. A legfontosabbnak azonban a vendégekre való odafigyelést tartották.

A szórakozóhelyeket potenciálisan látogató megkérdezett fiatalok arra a kérdésre válaszolva, hogy mely tényezők okozzák a legtöbb erőszakos cselekményt a szórakozóhelyeken, az alkohol után (80%) a legtöbbször a drogokat említették (41%). A kábítószereket a többség (46%) több probléma okozójának tartotta, mint az alkoholt. A válaszadók 35%-a szerint a kábítószeres és az alkohol ugyanannyi gondot jelentenek, míg 19%-uk mondta azt, hogy a kábítószeres kevésbé veszélyesek.

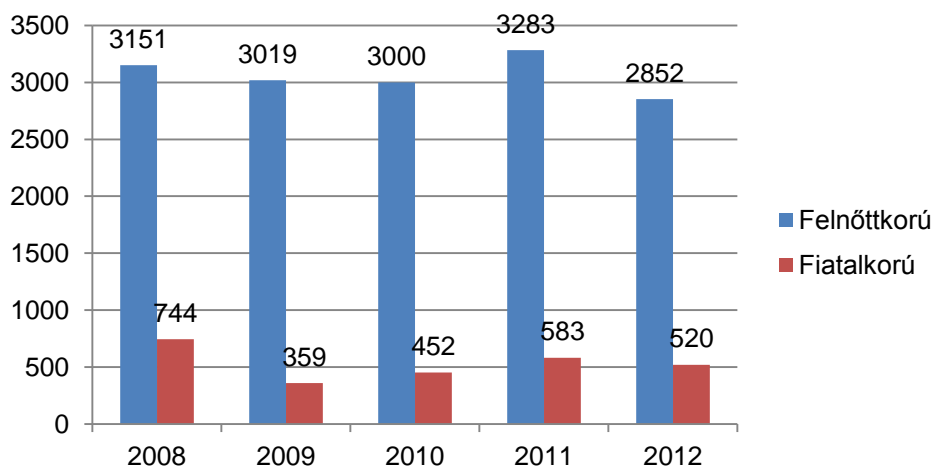
9.6. BEAVATKOZÁSOK A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYÉBEN

Elterelés intézménye

A büntetőeljárás alternatívájaként kezeltek adatainak részletes elemzése az 5.3. fejezetben olvasható. A büntetés-végrehajtás intézményein belül kezelt eltereltek adatai a 9.8. fejezetben kerülnek bemutatásra.

Az eltereltek esetében továbbá feladatokat lát el az Igazságügyi Hivatal Pártfogó Felügyelői Szolgálat. (A tevékenység részletes leírását lásd: 2010-es Éves Jelentés 9.3. fejezet.) 2012-ben csökkent a pártfogó felügyeletek száma, mind a fiatalok mind a felnőttek körében, melynek hátterében többek között az eltereltek számának nagymértékű visszaesése áll (lásd: 5.2.2. fejezet).

33. ábra. Kábítószerrel való visszaéléssel kapcsolatos elterelés során biztosított pártfogó felügyeletek száma¹³⁶, 2008-2012 között



Forrás: KIMISZ 2013

¹³⁵ 24 különböző szórakozóhely 14 üzemeltetőjével készült interjú és került sor kérdőív kitöltésére. A látogatók attitűdjének felmérése 18-23 év közötti, fővárosi középiskolai és egyetemi hallgatók kérdőíves megkérdezésével történt (632 kérdőív, 536 középiskolás és 126 egyetemi hallgató körében). Ezen túlmenően sor került a kérdéskörrel foglalkozó szakemberekkel történő konzultációra is.

¹³⁶ Az adott évben lezárult és az adott év végén folyamatban lévő pártfogó felügyeletek számának összege.

Egyéb beavatkozások a büntetés-végrehajtási intézetekben

Prevenció

A 31 bv. intézet közül 2012-ben továbbra is 25 bv. intézetben, összesen 372 férőhellyel működött preventív körlet, illetve részleg (lásd: 2011-es Éves Jelentés, 11.3. fejezet) az önként jelentkező fogvatartottak számára. Az itt elhelyezettek átlagos létszáma országosan 220-240 fő között alakult. A fogvatartottak elhelyezésére külön zárkákban vagy körleten kerül sor.

A 2012-ben kábítószer-prevenációs programok támogatására KAB-ME-12 kóddal kiírt pályázatban (lásd 1.4. fejezet és 3.4. fejezet) nem szerepelt olyan komponens, amely célzottan a büntetés-végrehajtási (bv.) intézetekben fogvatartottak drogprevenációját célozta volna meg, ezért a bv. intézetek a pályázó civil szervezetekkel együttműködésben, költségvetés nélküli partnerként vettek részt (BVOP 2013). Hét olyan pályázat nyert támogatást, amelynek célcsoportja a fogvatartotti populáció volt. A hét program támogatási összege 5,4 millió Ft volt.

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

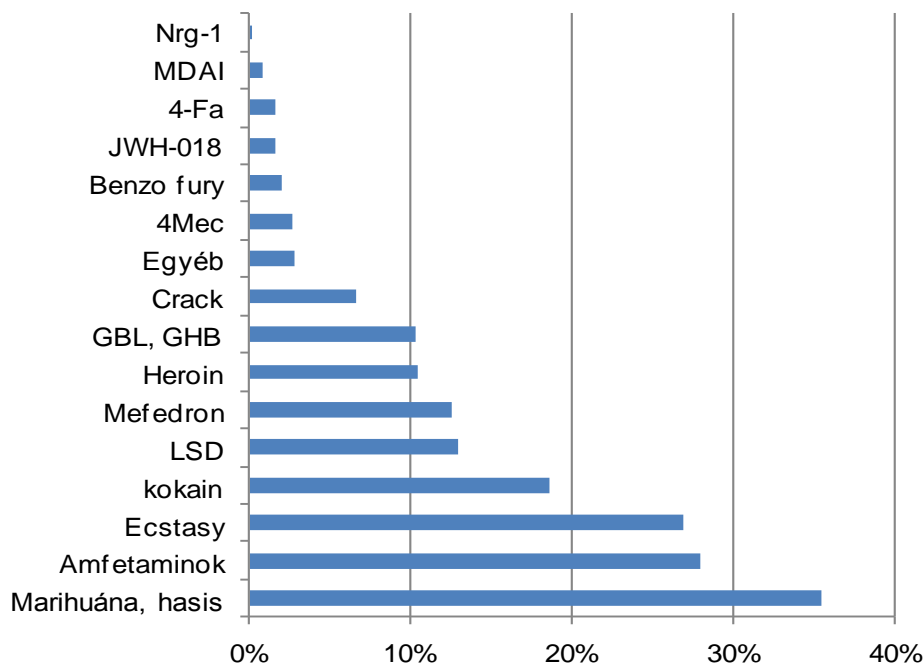
Fogyasztási mintázatok, kockázati magatartások

2012-ben kutatás készült (Ritter 2013a, módszertant lásd 6.1. és 6.2. fejezet) „Fertőzések és félelmek a büntetés-végrehajtási intézményekben” címmel, amely a fogvatartottak véleményét, attitűdjét, érintettségét, az érintettség oksági tényezőit tárta fel a büntetés-végrehajtási intézeteken belül előforduló HCV fertőzéssel kapcsolatban. A fertőzöttségi, intravénás szerhasználatra és kockázati magatartásokra vonatkozó adatok a 6.2. fejezetben kerülnek bemutatásra.

A kutatás emellett vizsgálta a megkérdezett fogvatartottak (852 fő) szerhasználati jellemzőit is.¹³⁷ A mintába került fogvatartottak 49,7%-a saját bevallása szerint fogyasztott már életében valaha valamilyen kábítószer/ új pszichoaktív szert. A legtöbben kannabisz-származékot (35,5%), amfetamin-származékokat (27,6%), ecstasy-t (26,9%), kokaint (18,7%), illetve LSD-t (12,9%) fogyasztottak. Emellett a fogvatartottak körében mérhető volt az új pszichoaktív szerek megjelenése is, a leggyakoribb közülük a mefedron volt, amelyet a megkérdezettek 12,6%-a fogyasztott már valaha életében.

¹³⁷ 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.

34. ábra. A különböző kábítószer/új pszichoaktív szerek életprevalencia értékei (%) a fogvatartottak körében, 2012-ben (N=852 fő)



Forrás: Ritter 2013a

A minta 20,7%-a vallotta, hogy használt már valaha intravénásan valamilyen kábítószerrel, 4,2%-a utoljára a börtönben injektált (fertőzőségi és kockázati magatartásokra vonatkozó adatokat lásd: 6.2. fejezet).

A megkérdezettek 8,1%-a kábítószerfüggőnek, 9,9%-a rendszeres kábítószer-használónak minősítette saját magát. A magukat kábítószerfüggőnek minősítők közül, a mintában kétszer annyian voltak, akik amfetamin-származékok és egyéb stimulánsok fogyasztása miatt váltak addiktív szerhasználókká, mint akik opiát-fogyasztás következtében.

A szerző megállapítja, hogy a bűnözői szubkultúrában jelen van a kábítószer-használat, illetve a drogszekvencia előrehaladtával – az addiktív szerhasználat kialakulásával - a bűnözői magatartás, a bűnelkövetés is kényszerűen megjelenik. Esetükben az elkövetett bűncselekmény(ek) típusa nagymértékben függ a rendszeresen használt szertípustól vagy szercsoport-típustól, hiszen bizonyos stimuláns szerek (amfetaminok), illetve egyes új pszichoaktív anyagok fogyasztása szoros összefüggést mutat a szerhatás alatt történő bűnelkövetéssel, míg másokra a szer megszerzése vagy a szer megvásárláshoz szükséges pénz megszerzése érdekében történő, jellemzően jövedelemszerző bűncselekmények kapcsolódnak.

Kábítószerhez való hozzáférhetőség a börtönben

A BVOP jelentése szerint (BVOP 2013) a kábítószergyanús anyagok előtalálásának száma csökkent 2011-hez képest. Míg 2011-ben 81 esetben 82 fogvatartottnál, addig 2012-ben 67 esetben 67 fogvatartottnál találtak kábítószergyanús anyagot¹³⁸ a bv. intézetekben. A kábítószergyanús anyagokat jellemzően postai úton próbálták bejuttatni.

¹³⁸ A kábítószer típusáról nincs pontos információ.

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

Kezelés

A bv. intézetekben kezelést megkezdők száma és jellemzői

A TDI adatok alapján összesen 138 fogvatartott kezelését kezdték meg a szolgáltatók 2012-ben kábítószer-problémával összefüggésben. A kezelési programba jelentkezők 62%-a élete folyamán először kezdett ilyen probléma miatt kezelést (beleértve a megelőző-felvilágosító szolgáltatást¹³⁹ is). A szolgáltatók által 2012-ben jelentett kliensek közül valamennyien a büntetőeljárás elkerülése érdekében léptek kezelésbe, mivel erre a fogvatartottaknak is lehetősége van, amennyiben fogvatartásukat megelőzően olyan visszaélés kábítószerrel bűncselekményt követnek el, amely esetében fennáll az elterelés lehetősége¹⁴⁰.

Összevetve a kezelésbe kerülő fogvatartottakat a kezelésbe kerülő nem fogvatartottakkal¹⁴¹, számos különbség tapasztalható a két populáció között, melyeket az alábbi táblázat foglal össze.

A szociodemográfiai változók alapján elmondható, hogy magasabb a fogvatartott kezelték átlagéletkora, illetve magasabb körükben a férfiak aránya. Jelentősen alacsonyabb az iskolázottság a fogvatartás alatt kezelésbe kerülők körében: a fogvatartottak esetében 37 százalékponttal magasabb a legfeljebb 8 általánost végzettek aránya.

A kezelést vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatást kezdő fogvatartottakat és nem fogvatartottakat összehasonlítva a szerhasználat¹⁴² tekintetében is megfigyelhetők különbségek. Bár a szerek sorrendje hasonló, az arányok eltérőek. Alacsonyabb a fogvatartott csoport körében az elsődlegesen kannabiszt használók aránya, viszont magasabb a stimuláns- és opiát-fogyasztóké.

A fogvatartotti szerhasználói populációban jellemzően magasabb az intravénás szerhasználattal való érintettség mértéke, mint a falakon kívüli népesség körében (EMCDDA 2012). Az elsődleges szerüket injektálók aránya 45 százalékponttal magasabb a fogvatartott csoport körében, a valaha injektálóké pedig 39 százalékponttal.

¹³⁹ az elterelés egyik típusa

¹⁴⁰ Csekély mennyiségű, vagy függő használó esetén jelentős mennyiséget el nem érő, saját használatra szánt kábítószer birtoklás.

¹⁴¹ (összes kezelésbe kerülő)-(fogvatartottak)

¹⁴² vagyis elsődleges szere mentén (mely a legnagyobb problémát okozta számára a szabadságvesztés megkezdését megelőző 30 napban)

27. táblázat. A fogvatartott és a nem fogvatartott kezelésbe lépők főbb jellemzői ($N_{\text{fogvatartott}}=138$; $N_{\text{nem-fogvatartott}}=3747$)¹⁴³

Fogvatartottak		Nem fogvatartottak	
28,4 év	átlagéletkor	26,5 év	
92%	férfiak aránya	86%	
88%	legfeljebb 8 általánost végzettek aránya	51%	
39%	kannabisz-használók aránya	67%	
31%	stimuláns-használók aránya	17%	
19%	opiát-használók aránya	5%	
6%	kokain-használók aránya	1%	
71%	elsődleges szerüket injektálók aránya ¹⁴⁴	26%	
54%	valaha injektálók aránya	15%	

Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC 2013b); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont

A fogvatartottak kezelésével kapcsolatos kiadásokat lásd: 1.4. fejezet.

Szubsztitúciós kezelés

A Nemzeti Drog Fókuszpont által végzett kiegészítő adatgyűjtés szerint a 12 szubsztitúciós kezelést végző szolgáltató 2012-ben nem kezelt előállított fogvatartottat. (A fogvatartottak számára biztosított szubsztitúciós kezelés részletesebb bemutatását lásd 2011-es Éves Jelentés, 11.3 fejezet.)

A fertőző betegségek prevenciója, kezelése, gondozása

Védőoltás

A Hepatitis B elleni védőoltás biztosításának háttérét lásd a 2010-es Éves Jelentés 9.5. fejezetében. 2012-ben 41 fogvatartott részesült ilyen védőoltásban.

Tanácsadás

A bv. intézetek egészségügyi szakdolgozói rendszeresen tartottak, illetve szerveztek egészségnevelési programokat, amelyek általában az aktuálisan felmerülő kérdésekre (HIV, alkoholizmus, kábítószer-fogyasztás, személyi higiénia, stb.) terjedtek ki. Tág teret kaptak az egyéb egészségmegőrző, egészségfejlesztő, prevenciós és szűrőprogramok is. Ezek kiemelt fejezete az egészségnevelés, a felvilágosítás, az írott és szóbeli tájékoztatás, az egyéni és közösségi felkészítés.

Egy 2012-ben készült vizsgálat eredményei szerint (Ritter 2013a, módszertant lásd 6.2. fejezet) a bv. intézetekben zajló HIV/HBV/HCV fertőzések megelőzésére irányuló felvilágosító és szűrőprogram keretében a kutatás során megkérdezett fogvatartottak (852 fő) közül 61,2% jelezte, hogy kapott valamilyen tájékoztatást a HCV fertőzésről és annak megelőzésével kapcsolatos kockázati magatartások elkerüléséről. A minta 38,8%-a, bevallása szerint csak részt vett a szűrésen, de szóbeli tájékoztatásban nem részesült.

Akik kaptak tájékoztatást azt vagy a nevelőtől kapták, vagy pedig az adott büntetés-végrehajtási intézet egészségügyi osztálynak szakemberétől.

A kutatás eredményei szerint, sok esetben az sem volt ismeretes az elítéltek számára, hogy mikor, milyen módon és kitől kapnak visszajelzést a vizsgálati eredményekről. A legtöbb helyen a negatív eredményt nem közlik a szűrővizsgálaton résztvevőkkel, csak a pozitív

¹⁴³ Az arányok kiszámítása az adott változóra „nem ismert” választ adók kizárásával történt.

¹⁴⁴ Az opiát, amfetamin, egyéb stimuláns, kokain és egyéb szerek használóinak figyelembe vételével.

eredményű fogvatartottakat rendeli fel az egészségügyi osztály és tájékoztatja őket az esetlegesen szükséges kezelés menetéről.

Szűrővizsgálatok

A 2007 óta tartó HIV/HBV/HCV fertőzések megelőzésére irányuló felvilágosító és szűrőprogram 2012-es fertőzöttségi adatait lásd a 6.2. fejezetben. (Az előzményeket lásd a 2009-es és 2010-es Éves jelentés 9.5. fejezetében, illetve a 2011-es Éves Jelentés 11.3. fejezetében.)

A HIV/HBV/HCV fertőzések megelőzésére irányuló felvilágosító és szűrőprogram keretében végzett 2012-es kutatás (Ritter 2013a), amely többek között vizsgálta a fogvatartottak körében a HCV fertőzés elterjedtségét és a kapcsolódó kockázati magatartásokat, a 6.2. fejezetben kerül bemutatásra.

A büntetés-végrehajtás intézményein belül TBC szűrés is elérhető (adatokat lásd: 6.2. fejezet).

Kezelés, Gondozás

A kiszűrt és a terápiás kritériumoknak is megfelelő HIV, HBV és HCV beteg fogvatartottak gyógykezelése megkezdődött, illetve folytatódott, a kezelésbe valamilyen egészségügyi okból nem kerülőket gondozásba vették. 2012-ben 14 HIV-fertőzött fogvatartott részesült antiretrovirális kezelésben, 181 HCV-fertőzött és 11 HBV-fertőzött fogvatartott pedig antivirális kezelésben.

28. táblázat. *HIV/HBV/HCV kezelésben részesülő/ kezelést nem vállalta/ kezelésbe nem kerülő/ kezelést abbahagyó fogvatartottak száma (fő), 2012-ben*

	Kezeltek száma	Nem vállalta a kezelést	Nem került kezelésbe eü. okokból (pl. nem felelt meg a terápiás kritériumoknak)	Kezelést abbahagyta szabadulás miatt
HIV	14	0	0	4
HCV	181	33	10	26
HBV	11	2	12	0

Forrás: BVOP 2013

A fogvatartottak HIV/HCV/TBC kezelésének leírását lásd a 2009-es Éves jelentés 9.5. fejezetében.

A frissen kiszűrt aktív TBC betegek esetében (16 fő) a kezelések megtörténtek.

9.9. A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓK REINTEGRÁCIÓJA A SZABADULÁS UTÁN

A Váltóság Alapítvány 2012-ben frissítette a 2010-ben kiadott „Praktikus ismeretek szabaduláskor”¹⁴⁵ című kiadványát, amely a szabaduló fogvatartottak részére nyújt hasznos információkat. Emellett az Alapítvány 2012-ben további kiadványt jelentett meg, „Változ(z)ás” címmel¹⁴⁶, amely tematikusan és regionális bontásban tartalmazza a fogvatartottak társadalmi reintegrációját segítő szervezetek elérhetőségét.

A 2012-ben még folyamatban lévő – 21 darab – TÁMOP 5.6.1.A-11/1, 2, 3, 4¹⁴⁷ és a 2012-ben lezárult, két 5.6.2¹⁴⁸ projekt keretében egyes esetekben a bevont célcsoport

¹⁴⁵ <http://www.valtosav.hu/praktikus.html>

¹⁴⁶ http://www.valtosav.hu/pdf/Segito_szervezetek_es_elerhetosegeik.%20doc.pdf

¹⁴⁷ TÁMOP 5.6.1.A-11/1 és a TÁMOP 5.6.1.A-11/2 „Elítéltek visszavezetése a társadalomba képzési és foglalkoztatási, valamint egyéb reintegrációs programokon keresztül: Büntetés-végrehajtási intézetekben

kiválasztásánál a korábbi droghasználat, illetve a szenvedélybetegségek az egyéni fejlesztésekhez készült felmérések részét képezték. A projekteknél a segítő, szabadulás utáni követő munkát civil szervezetek, megbízott szakemberek végezték, amelyek között olyanok is voltak, akik szenvedélybetegekkel foglalkoznak. (BVOP 2013)

A szenvedélybetegek felépülési folyamatainak támogatására kiírt KAB-FF-12-es pályázat (lásd 1.4. fejezet) során három, fogvatartottakat célzó pályázat nyert támogatást. A három program támogatási összege 1,9 millió Ft volt.

Következtetések

2012-ben mind a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények, mind a bűncselekményeket elkövetők száma csökkent (12,9%-kal, illetve 14,1%-kal). A bűncselekmények között valamelyest csökkent a kannabisszal elkövetett visszaélések aránya, ugyanakkor az esetek 75%-ában még mindig ez a szer volt az elkövetés tárgya. Az amfetaminnal elkövetett visszaélések a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények 14%-át, a heroinnal elkövetett visszaélések mindössze 1,4%-át tették ki. Az amfetaminnal elkövetett visszaélések aránya viszonylag nagymértékben, 6 százalékponttal emelkedett az előző évhez képest.

2012-ben a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények között a fogyasztói típusú magatartások aránya 87,8% (4584 eset), a kereskedői típusú tevékenységeké 10,9% (570 eset) volt. 2011-hez képest tovább folytatódott a kereskedői típusú elkövetések arányának évek óta megfigyelhető fokozatos csökkenése.

A bűncselekmények elkövetésének helyét vizsgálva, az országon belül tovább nőtt a közép-magyarországi régió (Budapest és Pest megye) dominanciája: itt követték el a regisztrált bűncselekmények 32%-át.

A kábítószer-bűncselekményt elkövetők között a 2011-es évhez hasonlóan magas volt a fiatalok aránya: 17,9%, szemben a 2008-10 években jellemző 10-12%-kal.

A HIV/HBV/HCV fertőzések megelőzésére irányuló felvilágosító és szűrőprogram keretében végzett 2012-es kutatás (Ritter 2013a) során a megkérdezett fogvatartottak közel fele használt már életében valaha kábítószer, legtöbbször kannabisz, illetve amfetaminszármazékokat, emellett az új pszichoaktív szerek használata is mérhető volt körükben. Minden ötödik megkérdezett injektált már valamilyen szert élete során.

A HCV-fertőzöttek legtöbbször feltehetően korábbi intravénás szerhasználata révén akvirálta a fertőzést, a nem intravénás szerhasználó fertőzöttek valószínűleg a nem steril tűvel történő tetoválás során fertőződtek meg.

2012-ben 138 fogvatartott kezdett valamilyen kábítószerrel kapcsolatos kezelést vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatást, mindannyian elterelés keretében. A fogvatartás során kezelésbe kerülők esetében sokkal magasabb az intravénás szerhasználattal való érintettség mértéke, mint a falakon kívül kezelésbe lépők körében.

fogvatartottak és pártfogó felügyelet alatt állók társadalmi integrációs esélyeinek növelése képzési és foglalkoztatási programokkal” címmel kerültek kiírásra. A TÁMOP 5.6.1.A-11/3 és a TÁMOP 5.6.1.A-11/4, „Elítéltek visszavezetése a társadalomba képzési és foglalkoztatási, valamint egyéb reintegrációs programokon keresztül: speciális integrációs és reintegrációs foglalkozások fogvatartottak, pártfogó felügyelet alatt állók, javítóintézeti neveltek számára” címmel kerültek kiírásra.

¹⁴⁸ "A társadalmi kohéziót erősítő bűnmegelőzési és reintegrációs programok módszertani megalapozása" címmel került kiírásra.

10. KÁBÍTÓSZERPIAC¹⁴⁹

10.1. HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A rendőrség által lefoglalt kábítószergyanús anyagok vizsgálatát 2012-ben a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet (BSZKI) végezte. A Nemzeti Adó- és Vámhivatal (korábban Vám és Pénzügyőrség) laboratóriumában előzetesen megvizsgált, de az eredmények alapján kábítószernek illetve új pszichoaktív anyagnak nem minősülő készítmények adatait az alábbi elemzés nem tartalmazza.

A 2009 májusában elindított „Kritikus kábítószeres hatóanyagtartalmának fokozott monitorozása” projekt (bővebb információ a 2010-es Éves Jelentés 7.1 fejezetében) a Nemzeti Erőforrások Minisztériuma, a Belügyminisztérium, az Országos Rendőr-főkapitányság és a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet által kötött megállapodás alapján, az új pszichoaktív szerek figyelemmel kíséréseivel kibővítvé folytatódott 2012-ben.

A 2007 és 2011 között kínálati oldali kábítószer-bűncselekmények miatt indult eljárásokat joghatóság szempontjából vizsgáló kutatás (Ritter 2013b, a kutatás módszertanának és egyéb eredményeinek ismertetését lásd a 9.2 fejezetben) kitért a terjesztői hálózatok jellemzőinek, valamint az elkövetők szocio-ökonómiai státuszának elemzésére is, melyek a 10.2 fejezetben olvashatóak.

Az „új pszichoaktív anyag” mint jogi kategória bevezetésével, valamint az új anyagok listára vételével kapcsolatos jogszabályi változások ismertetése a 2012-es Éves Jelentés 1.2 fejezetében található.

10.2. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT

Hozzáférhetőség

Új pszichoaktív anyagok online hozzáférhetősége Magyarországon

Az EMCDDA „online snapshot” felméréshez csatlakozva, a Nemzeti Drog Fókuszpont kutatást végzett az új pszichoaktív szereket árusító magyar nyelvű internetes oldalakról 2013. február 25. és március 8. között (Port 2013b). A megadott feltételek szerint¹⁵⁰ összesen 29 internetes oldal került azonosításra, 8 oldallal több mint 2012 elején.

A tavaly áprilistól hatályos új szabályozási rendszer hatása egyértelműen érezhető volt: a boltok kínálatából a generikus vagy egyedi képlet alapján a C-listára felkerült szerek jórészt eltűntek. Az előző évhez képest ugyanakkor több (3) olyan oldal is azonosításra került, mely - az oldalon feltüntetett információk alapján - vélhetően nem magyarországi székhelyű. Egy kivétellel Magyarországon kábítószernek vagy új pszichoaktív anyagnak minősülő szerek csak ezeken az oldalakon szerepeltek az online rendelhető anyagok között. A 29 magyar nyelvű oldal közül további 5 esetben nem lehetett megítélni az oldal üzemeltetőjének székhelyét az oldalon található információk alapján.

Az „online shopok” kínálatában a különböző fantázianevek alatt füstölőként forgalomba hozott növényi keverékek voltak a legnépszerűbbek: 25 oldal kínálatában szerepeltek. Különböző porokat (többször növénytápsóként hirdetve) és kristályokat 10 oldalról, tablettát, kapszulát mindössze két site-ról lehetett rendelni a kutatás időpontjában. Egyéb pszichoaktív hatóanyagú növényeket (pl. kratom) 3 oldal forgalmazott.

¹⁴⁹ A fejezet szerzői: Csesztregi Tamás, Port Ágnes

¹⁵⁰ Csak azok az oldalak kerültek bele az elemzésbe, ahol a vásárlás egy látogatás alatt lebonyolítható volt, vagyis a rendelés lehetséges volt magán az oldalon és nem csak e-mailen vagy telefonszámon keresztül. Szintén nem kerültek elemzésre az azonosított, de magyar nyelvű felülettel nem rendelkező oldalak.

Kábítószeres és új pszichoaktív anyagok beszerzési forrásai

A Nemzeti Drog Fókuszpont kábítószeres utcai árával kapcsolatos felmérésének (Port 2013a, a felmérés módszertanának és részletes eredményeinek bemutatását lásd a 10.4 fejezetben) részeként a drogambulanciák klienseinek körében lekérdezésre került az is, hogy a 2012-ben kábítószeres és/vagy pszichoaktív anyagokat vásárló kliensek honnan szerezték be az egyes anyagokat.¹⁵¹

A hasis és a marihuána beszerzési forrásaként a szerből vásárlók közel fele a barátját/ismerősét jelölte meg, de aertől megközelítőleg ugyanekkora hányaduk vásárolt. Heroinhoz, kokainhoz és amfetaminhoz az adott szerből vásárlók 35-40%-a ismerőstől vagy barátától jutott hozzá. Dealertől vásárolt heroint a válaszadók 50%-a, amfetamint illetve kokaint valamivel több mint 60%-uk. LSD-t, valamint a heroin szubsztitúciós szereként alkalmazott metadont illetve suboxone-t, jellemzően ismerőstől szerezték be a kliensek: metadonhoz 93%-uk, suboxonhoz 75%-uk, LSD-hez 67%-uk jutott hozzá ilyen módon.

A weboldal mint beszerzési forrás egyedül a nem klasszikus kábítószeres¹⁵² esetében szerepelt. A Magyarországon 2012-ben már kábítószernek minősülő MDPV-t és mepredront a szerből vásárlók 29%-a, illetve 19%-a rendelte weboldaltól, szintetikus füvet 20%-uk, a 2012 áprilisától új pszichoaktív anyagnak minősülő pentedront 16%-uk.

A bolt (headshop), mint beszerzési forrás, egyedül a szintetikus fű (Spice) esetében került említésre: a szerből vásárlók 15,7%-a szerezte be boltban a szert 2012-ben.

A kérdőív rákérdezett arra is, hogy a kliensek vásároltak-e olyan szert 2012-ben, melyről nem tudták, hogy mi az. A 111 válaszadó közül 33 (29,7%) mondta azt, hogy olyan szerből is vásárolt, melyről nem pontosan tudta, hogy mi az. 13-an (17,7%) nem tudták, vagy nem akarták megmondani, hogy vásároltak-e ilyen szert.

A kínálat forrásai: hazai előállítás

Magyarországon a kábítószeres belföldi előállítása továbbra sem jellemző. Ez alól az egyetlen kivétel a kannabisz volt, mely esetében 2011-ig egyre nőtt a belföldi termesztés szerepe a kínálat biztosításában, ugyanakkor azt követően fokozatosan csökken.

Kannabisz ültetvényeket földrajzilag rejtett helyeken, de minden esetben valamilyen természetes víz közelében hoznak létre. A korábbi évekhez hasonlóan az épületen belüli termesztés is tapasztalható volt. (Belügyminisztérium 2013) (A hazai kannabisz-termesztés jellemzőiről lásd még a 2012-es Éves Jelentés 10.2 fejezetét, valamint a 2010-es Éves Jelentés 10.1 fejezetét.)

A Magyarországon 2012-ben lefoglalt, kábítószeres előállító illegális laboratóriumokra vonatkozó adatokat lásd a 10.3 fejezetben.

Csempészútvonalak, a hazai piac szerkezeti felépítése

„Klasszikus” kábítószeres

Kannabiszt vietnámi elkövetők nagy mennyiségben csempésznek az országba, Szlovákiában és Csehországban szintén vietnámiak által üzemeltetett ültetvényekről. Új jelenség a marihuánát illetően, annak Albánia és Koszovó területén történő tömeges termesztése és onnan való terjesztése. Albánia és Koszovó területéről származott a 2012-ben lefoglalt kannabisz majdnem fele. Új modus-operandiként jelentkezett, hogy a csempészést üresként deklarált kamionokkal próbálták végrehajtani több alkalommal. A -

¹⁵¹ Az egyes kábítószerfajták beszerzési forrásaként a következő opciókat jelölhették meg a válaszadók: barát/ismerős, dealer, weboldal, bolt/headshop, egyéb. Egy adott szer esetében több válasz is megjelölhető volt.

¹⁵² Az ENSZ kábítószer-egyezmények jegyzékein nem szereplő anyagok.

marihuána vonatkozásában említésre méltó az a tendencia is, hogy egyre több a fiatalok elkövető, mind a fogyasztói, mind a terjesztői oldalon (lásd még: 9.3 fejezet). (NNI 2013)

A piacon az elmúlt két évben tapasztalható „heroin-hiány” 2012-ben is folytatódott, a lefoglalásokban a heroin elenyésző mennyiségben volt csak jelen. (Lefoglalási adatokat lásd: 10.3. fejezet)

A kokain hazai terjesztésében továbbra is főként afrikai országok (elsősorban Nigéria), menekültként itt tartózkodó állampolgárai, illetve albán nemzetiségű elkövetők vesznek részt. Új jelenségként megállapítható, hogy változtak és átsúlyozódtak a csempészútvonalak: egyre kiemeltebb jelentőséget kapnak a tengeri útvonalak, emiatt a nyugat-keleti irányú csempészet átalakult dél-észak irányultságúvá. Kiemelt kiinduló bázisként jelentkezett Spanyolország mellett Románia (Constanta) és Görögország (Pireusz). (NNI 2013)
Magyarországon első alkalommal 2012-ben jelent meg a folyékony kokain. A kapszulákba töltött folyékony állapotú kokaint az átvilágítás során a röntgenkészülék nem mutatta ki.

2012-ben újra megjelent a hazai piacon az Ecstasy (MDMA hatóanyagú tabletták) (a tabletták hatóanyagtartalmáról lásd még a 10.4 fejezetet) és – kis mennyiségben – az LSD bélyeg, mely a korábbi években alig került lefoglalásra.

Összességében, - a kannabiszon kívül - a klasszikus kábítószerfajtákról elmondható, hogy kisebb részben vannak jelen a hazai piacon. A klasszikus kábítószeres esetében továbbra is jellemző a Budapest-centrikusság, leginkább innen szállítják az ország többi részébe a különböző kábítószereseket. (Belügyminisztérium 2013)

Új pszichoaktív anyagok

Az új pszichoaktív anyagok ideiglenes listájának bevezetése ellenére (a kapcsolódó jogszabályi változásokról részletesen lásd a 2012-es Éves Jelentés 1.2 fejezetét) továbbra is jelentős az új pszichoaktív szerek terjedése, amely érzékelhetően átalakította az elkövetői kört, a piacot, és a vevői réteg igényeit is.

A marihuánát kiváltó, szintetikus kannabinoidot tartalmazó „bio-füvek” elsődlegesen olcsóságuknak köszönhetik nagy elterjedésüket. Míg a marihuána grammja (ami valójában 0,6 – 1 gramm közötti mennyiséget jelent) 2500 Ft körüli áron mozgott az elmúlt években, addig a „bio-fű” grammja már 1000 – 1500 Ft-os áron beszerezhető. (Lásd még: 10.4 fejezet.)

Tapasztalatok szerint az új pszichoaktív anyagok forgalmazásával foglalkozó bűnözői csoportok áttették a székhelyüket Szlovákiába az eltérő jogi környezet miatt, és csomagküldő szolgálatok alkalmazásával terjesztik a tiltott szereket.

2012-ben a szlovák rendőrség segítségével felderítésre és elfogásra került egy olyan forgalmazó, aki interneten keresztül forgalmazott nagy mennyiségben új pszichoaktív anyagokat, illetőleg kábítószeret (4-MEC). Az anyagokat Szlovákiában csomagolták, és egy csomagküldő szolgálat révén juttatták el a magyarországi megrendelőkhöz.

Új elkövetési magatartásként jelent meg, hogy egyes pszichoaktív hatású gyógyszereket orvosi vényvel történő magyarországi beszerzést követően külföldre szállítanak, melyet nagy haszonnal tudnak értékesíteni (Rivotril, Xanax Svédországban, Norvégiában történő értékesítése).¹⁵³ (Belügyminisztérium 2013)

¹⁵³ A pszichotróp hatóanyagot tartalmazó gyógyszerekkel történő visszaélések és az ezekkel való illegális kereskedelem visszaszorítása érdekében a következő jogszabály-módosítások kerültek elfogadásra: 2013. január 1-től a P4 jegyzéken lévő hatóanyagot tartalmazó gyógyszerek orvos és gyógyszerész számára nem adhatók ki igazolvány felmutatása ellenében. Ezek a gyógyszerek szakemberek számára is csak vényre adhatók ki

Kábítószer-prekurzorok

Új jelenség az APAAN elnevezésű jegyzékben nem szereplő pre-prekurzor anyag egyre nagyobb mennyiségben való megjelenése a tranzit forgalomban. Az APAAN az EU rendeletek alapján jegyzékben szereplő BMK prekurzor illegális előállítására alkalmas, mely aztán amfetamin, metamfetamin gyártásához használható fel. Kihasználva azt, hogy az APAAN forgalmazása nem engedélyköteles és ezért az ellenőrzése sem kötelező, nagy mennyiségben szállítják elsősorban Kínából Hollandiába és Belgiumba, hogy BMK-t gyártsanak belőle. 2012-ben 3000 kg APAAN nevű anyag került lefoglalásra (NNI 2013).

A hazai kínálati piac szerkezete

A 2007 és 2011 között kínálati oldali kábítószer-bűncselekmények miatt indult eljárásokat joghatóság szempontjából vizsgáló kutatás (Ritter 2013b, a kutatás módszertanának és eredményeinek ismertetését lásd a 9.2 fejezetben) kitért a terjesztői hálózatok jellemzőinek, valamint az elkövetők szocio-ökonómiai státuszának elemzésére is.

A kutatásban vizsgált ügyek 31,5%-ában történt határon keresztül történő elkövetés¹⁵⁴, azaz kábítószer behozatal, csempészés. A legjellemzőbb útvonal a Hollandiából Magyarországra történő szállítás volt, ezt követte a Spanyolország-Magyarország, illetve a Törökország-Magyarország desztináció, majd az Ausztria-Magyarország, Szlovákia Magyarország, Belgium-Magyarország, Németország-Magyarország útvonal.

A mintába került, felderített kínálati kábítószer-bűncselekményt elkövetők többsége az alsó szintű hálózathoz tartozott. Jellemzően futárok (a mintába került esetek 32,7%-a), kannabisz ültetvényt létrehozók, illetve ott dolgozók (18,9%), valamint dealerek¹⁵⁵ (27,7%) képezték az ismertté vált elkövetői kört. Az esetek 14%-ában az anyagi problémák rendezése érdekében, jellemzően egy vagy két fő külföldre utazott megtakarításból vagy kölcsönpénzből kábítószerrel beszerezni, majd itthon próbálta azt eladni; kiépített vevőkör hiányában azonban gyors volt a lebukás. Külföldi vagy Magyarországon élő, nem magyar kapcsolatokkal rendelkező network az ügyek 9,2%-ában fordult elő. A középszintű hálózatiig - vagy addig, ahol a dealereken túl a nagybani eladót és/vagy a beruházót is sikerült legalább feltérképezni - az ügyek 5,5%-ában sikerült eljutni. Felső szintű kereskedők ellen a mintába került ügyek között nem folyt eljárás. Nem is igazán jellemző, hogy a befektetői szintig eljutnak a hatóságok, hiszen annyira fragmentált nemcsak horizontálisan, hanem vertikálisan is a rendszer. Sok kis csoport működik, akik ugyan használhatnak közös utcai eladót, dealert, alapvetően a saját üzletüket a saját embereikkel működtetik. A fogyasztóhoz juttatás volt jellemzően a „kritikus pont” a vizsgált esetek többségében, itt hiányzik a biztonságos kapcsolat, és nem ritkán ez eredményezi a lebukást.

Az elkövetők kapcsolati network-je azt mutatta, hogy amennyiben az eljárásban több elkövető szerepelt, azok leggyakrabban barátok, közeli ismerősök és/vagy rokoni kapcsolatban álló személyek voltak.

(44/2004. (IV. 28.) ESZCSM rendelet 16. § (3) bekezdés a) pont). 2013. augusztus 1-től pedig a clonazepam tartalmú gyógyszerek (pl. Rivotril) átvételét a gyógyszertárakban az átvevőnek aláírásával és személyazonosításra alkalmas igazolványa számának feltüntetésével kell igazolnia (43/2005. (X. 15.) EüM rendelet 1. § gc) pont).

¹⁵⁴ Ez az arányszám nem azonos az országba történő behozatalra vonatkozó arányszámmal, mert a határon történő elkövetés minden olyan cselekményt magában foglal, amelyben az ügyirat tartalmazta, hogy kábítószer behozatal, csempészés történt, még akkor is, ha a cselekmény jogi minősítése bizonyíték hiányában jelentős mennyiségű elkövetett megszerzés, illetve tartás volt.

¹⁵⁵ Dealerek azok a kábítószer forgalomba hozó vagy azzal kereskedő személyek minősültek, akik maguk is több-kevesebb gyakorisággal fogyasztanak kábítószerrel és tevékenységük célja, a haszonszerzésen túl, hogy a másoknak eladott kábítószerből fedezzék saját szükségletük is.

Kábítószer-kereskedők szocio-ökonómiai jellemzői

A kutatók által klaszteranalízis segítségével négy csoportba sorolt elkövetői kör az alábbi szocio-ökonómiai jellemzőkkel rendelkezett:

Szegénység elől menekülők vagy relatív szegények: ők alkották a piac kínálati oldalának alsó decilisét. Jellemzően nem kábítószerfüggők, vagy soha nem használtak kábítószerrel vagy alkalmi fogyasztók. A csoportba kerültek átlagéletkora 42 év volt, ezzel ők képviselték a legidősebb átlagéletkorú klasztert (a legidősebb 58 éves volt, a legfiatalabb 26 éves). Egy elkövető kivételével valamennyien büntetlen előéletűek voltak, és jellemzően ez volt az első vagy a második útjuk, többségében futárok voltak vagy olyan „alkalmi vállalkozók”, akik nem rendelkeztek felvevő piaccal, csak kölcsönként pénzzel kiutaztak – általában – Hollandiába, megvették az árut és szerették volna jelentős haszonnal továbbadni. Ide kerültek még a kannabisz-ültetvényeken a növényeket gondozó segédmunkások is. Ebben a csoportban volt a legmagasabb a női elkövetők aránya.

A következő jól körülhatárolható elkövetői kört a gazdasági válság hatására *egyéb illegális gazdasági tevékenységről kábítószerrel történő kereskedésre átváltók* adták. Körükben már volt több kábítószerrel rendszeresen fogyasztó elkövető, az átlagéletkoruk a relatív szegények csoportjánál fiatalabb (36,5 év) volt és körükben már magasabb volt a büntetett előéletűek aránya. Alapvetően az alsó középosztályhoz tartozó szociális státusszal rendelkeztek. Jellemzően ugyanazokat a piaci tevékenységeket végezték, mint a „relatív szegények”, azzal a lényeges különbséggel, hogy körükben kevesebb volt a futár és több a „vállalkozó”, azaz terjesztő¹⁵⁶.

A harmadik csoportot a *dealer-ek* alkották, akik mástól veszik meg az árut (a fővárosban és szállítják vidékre). Ők maguk is használnak kábítószerrel, sőt vannak köztük kábítószer-problémával küzdők is. Sokszor ők ütik fel és porciózzák ki, majd maguk, vagy pusher-en keresztül értékesítik. Többségüknek van kialakított felvevő piaca, azaz megvan a vevőköre. Ezt a klasztert alsó középosztályhoz tartozó, jellemzően 22-35 év közötti elkövetők alkották (az átlagéletkoruk 31 év volt). 42%-uk legalább középfokú végzettséggel rendelkezett, de több felsőfokú végzettségű elkövető is bekerült ebbe a klaszterbe. 61%-uk rendelkezett legalább munkahellyel és/vagy tanult valahol. A lebukásuk oka jellemzően az volt, hogy drogszekvenciájuk vagy egyre előrehaladottabb és/vagy pedig több sikeres „üzlet”-et követően egyre magabiztosabbakká és óvatlanabbakká váltak.

A negyedik csoportot a *középszintű kereskedők* képviselték. Ők voltak a legkevesebben, a mintába kerültek mindössze 10,3%-a. Jellemzően nem kábítószer-függők, de többen alkalmi szerhasználók. A relatív szegények mellett ebben a csoportban volt a legtöbb külföldi elkövető: ide kerültek a kannabisz-ültetvényeket létrehozó és közvetlenül finanszírozó vietnámi elkövetők; azok a külföldiek vagy külföldön élő, dolgozó magyar delikvenssek, akik kábítószerrel hozták vagy magyar barátaikat, ismerőseiket megkérték, hogy az általuk megvásárolt kábítószerrel hozzák haza, majd tárolják azt lakásukban egyéb helyen, és később segítsenek értékesíteni. Ide sorolták a hazai amfetamin-laboratóriumok felállítóit, a kábítószer-előállítókat is. A klaszterhez tartozók szocio-demográfiai jellemzői ezen a csoporton belül voltak a legeltérőbbek. A csoporttagok között éppúgy megtalálhatók voltak a középosztálybeli, felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkező, kábítószerrel nem használó, a kábítószerrel kereskedést üzleti tevékenységnek tekintő elkövetők, ahogy a legalább középfokú szakmunkás végzettségű, alsó középosztálybeli, rendszeres kábítószer-használók is.

¹⁵⁶ „Vállalkozó” alatt értendő, aki saját vagy kölcsöntőkéből külföldön saját maga, vagy egy általa jól ismert barát, ismerős és/vagy üzlettárs, mint futár által kábítószerrel vásárol vagy itthon kábítószerrel természetesen és/vagy állít elő és azt maga el is adja (jellemzően nem közvetlenül a fogyasztóknak, hanem dealer-nek). A mennyiség azonban két-három kilogrammnál ritkán nagyobb.

10.3. LEFOGLALÁSOK

Az alábbi táblázat a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet kábítószer-vizsgáló laboratóriumaiban vizsgált lefoglalások adatait tartalmazza.

29. táblázat. *Lefoglalások száma és mennyisége 2011-ben és 2012-ben*

Szertípus	lefoglalások száma		lefoglalt mennyiség	
	2011	2012	2011	2012
Marihuána (kg)	2073	2092	208,7	1 776,7
Kannabisz növény (tő)	192	193	14 121	7382
Hasis (kg)	63	103	18,2	3,1
Heroin (kg)	22	26	3,2	2,5
Kokain (kg)	108	118	12,6	13,3
Amfetamin (kg)	483	454	24,1	29,9
Metamfetamin (kg)	33	38	0,1	0,06
Ecstasy tabletta (db) /MDMA, MDA, MDE/	22	91	270	12 437
LSD (adag)	11	28	274	599
<i>Növényi anyagok szintetikus kannabinoidokkal (kg)</i>	<i>465</i>	<i>1298</i>	<i>10,2</i>	<i>179,2</i>
<i>Szintetikus kannabinoidok porokban (kg)</i>	<i>51</i>	<i>61</i>	<i>13,2</i>	<i>4,3</i>
<i>Katinon származékok por formában (kg)</i>	<i>595</i>	<i>700</i>	<i>75,8</i>	<i>58,7</i>
<i>Katinon származékok tablettában (db)</i>	<i>144</i>	<i>174</i>	<i>7951</i>	<i>27 876</i>

Forrás: BSZKI 2013

2012-ben, az előző évhez képest, a kannabisz növény lefoglalások száma nem változott jelentősen, a lefoglalt növények mennyisége viszont számottevően csökkent. Ezzel párhuzamosan több mint nyolcszorosára nőtt a lefoglalt marihuána mennyisége, melynek kétharmadát négy, 200 kg feletti szállítmány tette ki, melyek Csongrád illetve Bács-Kiskun megyei határállomásokon, behozatal során kerültek lefoglalásra.

A lefoglalások száma alapján a heroin, a kokain, az amfetamin és a metamfetamin feketepiaci részesedése is a megelőző évekhez hasonlóan tekinthető, míg a hasis és az LSD lefoglalások számában emelkedés volt tapasztalható.

Jelentősen nőtt a kábítószer vagy – kábítószernek nem minősülő – új hatóanyagokat tartalmazó tabletták lefoglalásainak száma, míg 2010-2011 folyamán évente mintegy 20 000 tabletta, addig 2012-ben mintegy 55 000 tabletta került lefoglalásra. Szembetűnő emelkedés tapasztalható az MDMA hatóanyagot tartalmazó, „klasszikus” Ecstasy tabletták esetében, a 2011-ben lefoglalt 270 tablettához képest a 2012-ben lefoglalt mennyiség több mint 10 000 darab volt. Az MDMA-tabletták számának növekedése, valamint az MDPV, a metilón és a 4-fluoramfetamin kábítószer-listára vétele következtében, 2012-ben, a lefoglalt tabletták mintegy 45%-a tartalmazott büntetőjogi értelemben kábítószernek minősülő hatóanyagot (2011: 10%). A tabletták fennmaradó 55%-ának hatóanyagai az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó szabályozás (lásd 2012-es Éves Jelentés 1.2 fejezet) alá tartozó vegyületek voltak. (A tabletták hatóanyagairól a 10.4 fejezetben található részletesebb információ.)

Az MDMA hatóanyagot tartalmazó tabletták mellett számottevő mennyiségben jelentek meg a lefoglalásokban az MDMA-porok: míg 2011-ben 8 ügyben mintegy 40 gramm került lefoglalásra, addig 2012-ben a lefoglalások száma 46, a lefoglalt mennyiség pedig közel 800 gramm volt.

A 2012. április 3-tól az új pszichoaktív anyagok körében szabályozott GBL lefoglalásainak száma a megelőző két évhez képest mintegy felére esett vissza (2010-ben 85, 2011-ben 84, 2012-ben 59 lefoglalás volt). A lefoglalt mennyiség viszont jelentősen nőtt (2010-ben 26,7 liter, 2011-ben 6,5 liter, 2012-ben 442 liter), amiben egyetlen, 420 literes lefoglalás volt a meghatározó mennyiség.

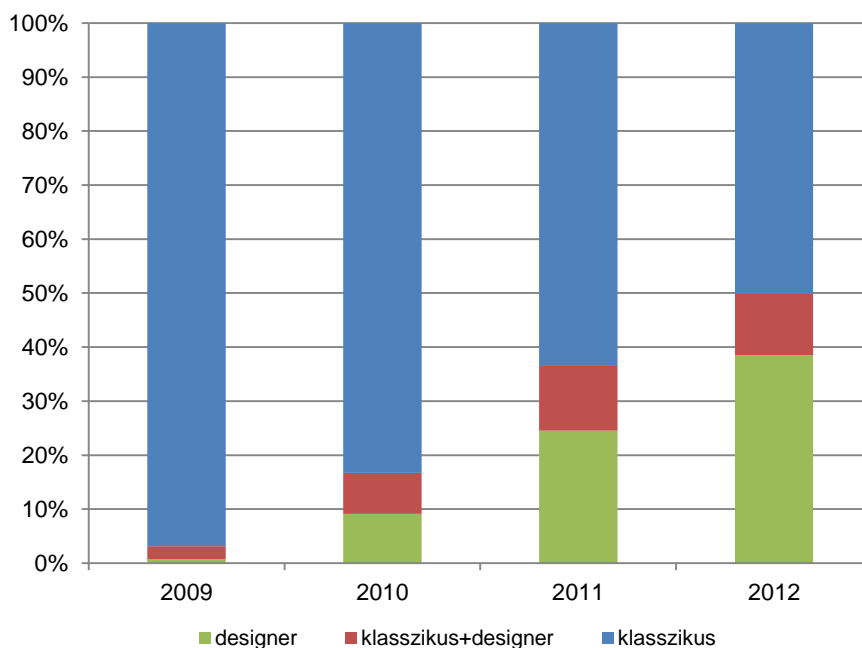
A ketamin hatóanyagot tartalmazó porok lefoglalásainak száma és a lefoglalt mennyiség 2011-hez képest emelkedést mutatott (2011: 16 esetben, összesen 44 gramm por; 2012: 24

esetben, összesen 528 gramm por). A gyógyászati kiszerelésű oldatok 2012-ben gyakorlatilag eltűntek a lefoglalásokból (2011: 19 esetben összesen 426 üveg oldat, 2012: 2 esetben összesen 2 üveg oldat).

Új szintetikus szerek

A lefoglalt anyagok vizsgálati eredményei alapján az új pszichoaktív szerek (designer drogok) piaci részesedése 2010 óta folyamatosan emelkedik. 2012-ben a lefoglalások mintegy 40%-a tartalmazott kizárólag új hatóanyagokat és 10% volt azon esetek aránya, ahol „hagyományos” és új szerek együttesen kerültek lefoglalásra.

35. ábra. „Klasszikus”¹⁵⁷ és „designer” szerek előfordulási gyakorisága (%) a lefoglalt anyagok között, 2009-2012 között



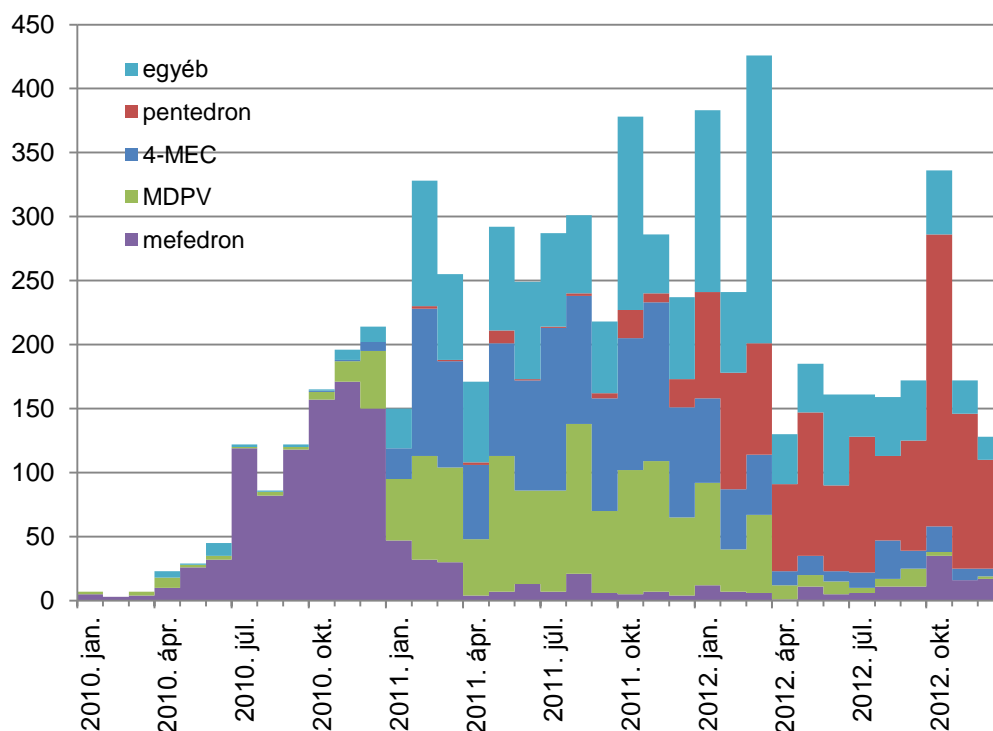
Forrás: BSZKI 2013

A forgalomba kerülő új, szintetikus szerek köre, a piachoz folyamatosan igazodó szabályozás következtében az elmúlt években dinamikusan változott.

A katinon-származékok közül a 2011-ben kábítószer-listára került mefedron helyébe lépő MDPV és 4-MEC a 2012. január 1-jei kábítószer-listára vételt követően 3 hónap alatt gyakorlatilag eltűnt a lefoglalásokból. 2012 folyamán a leggyakrabban előforduló katinon-származék a pentedron volt, amely elsősorban por formában került lefoglalásra (461 esetben összesen 5,81 kg), de számos esetben tabletták hatóanyagaként is megjelent. Megjegyzendő, hogy a pentedron lefoglalásainak számában nem mutatkozott érdemi változás a 2012. április 3-i új pszichoaktív anyagként való ellenőrzés alá vonását követően.

¹⁵⁷ Klasszikus szerek az ENSZ Kábítószer Egyezményeinek valamely jegyzékén szereplő anyagok minősültek.

36. ábra. Katinon származékok előfordulási gyakorisága (hatóanyag kimutatások száma) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2010-2012 között



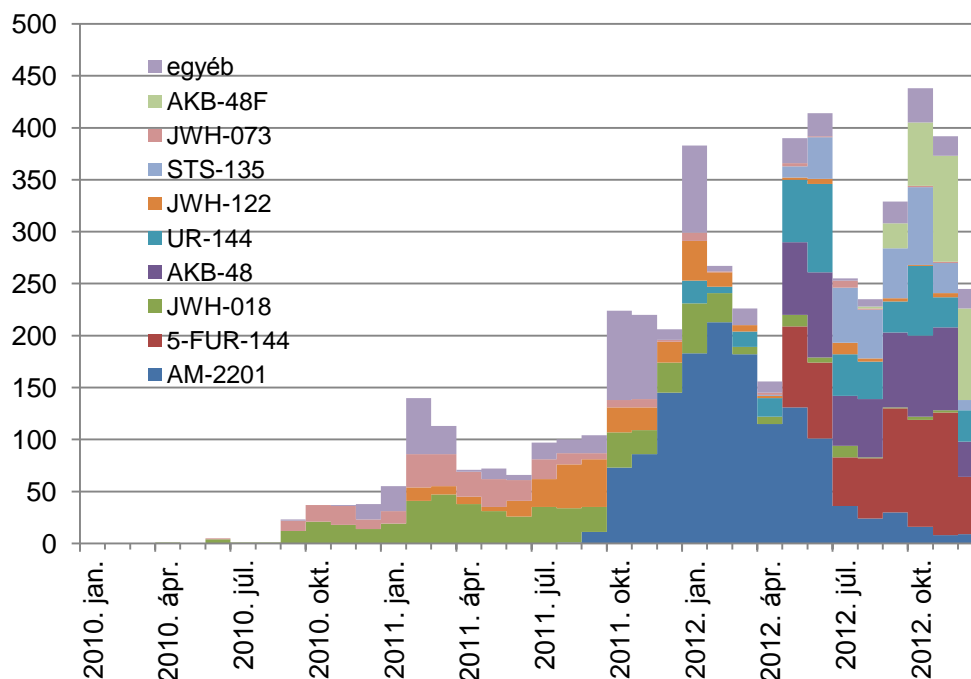
Forrás: BSZKI 2013

Az amfetamin-származékok körében a 2012. január 1-től kábítószernek minősülő 4-fluoramfetamin előfordulásainak száma az év első két hónapjában jelentősen visszaesett, de ezzel együtt nőtt a kábítószernek nem minősülő 3-fluoramfetamin gyakorisága, azonban az új pszichoaktív szabályozás bevezetésével ez a vegyület is néhány hónap alatt eltűnt a piacról.

Az egyéb vegyületek közül, a Magyarországon halálos túladagolást is okozó 5-IT (5-API) (lásd 6.4 fejezet) 2012 tavaszán jelent meg, 2012-ben 14 esetben, összesen 189 gramm port foglaltak le.

A szintetikus kannabinoidokat tartalmazó növényi készítmények lefoglalásainak száma az előző évhez képest megduplázódott, a lefoglalt mennyiség pedig közel 18-szorosára emelkedett. A 2010-2011 folyamán leggyakrabban előforduló JWH-vegyületek (JWH-018, JWH-073, JWH-081, JWH-122, JWH-210) 2012. január 1-jei kábítószer listára kerülésének hatására, 2012 első hónapjaira az AM-2201 lett a jellemző hatóanyag. Az AM-2201-et is magába foglaló generikus szabályozás áprilisi hatályba lépését követően az AM-2201 hatóanyagú szerek mintegy 3 hónap leforgása alatt gyakorlatilag eltűntek a piacról. Májustól nagy számban jelentek meg a generikus szabályozás alá nem tartozó, szintetikus kannabinoid hatóanyagokat tartalmazó készítmények (UR-144, 5FUR-144, AKB48, STS-135). 2012. november 21-től ez a 4 vegyület – egyedileg nevesítve – felkerült az új pszichoaktív anyagok jegyzékére (lásd 1.2 fejezet), ennek következtében megjelent a magyarországi piacon is az AKB48 fluorszármazéka (mely kémiai szerkezete miatt nem tartozik a szabályozás hatálya alá) és decemberre ez lett a jellemző hatóanyag.

37. ábra. Szintetikus kannabinoid vegyületek előfordulási gyakorisága (hatóanyag kimutatások száma) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2010-2012 között

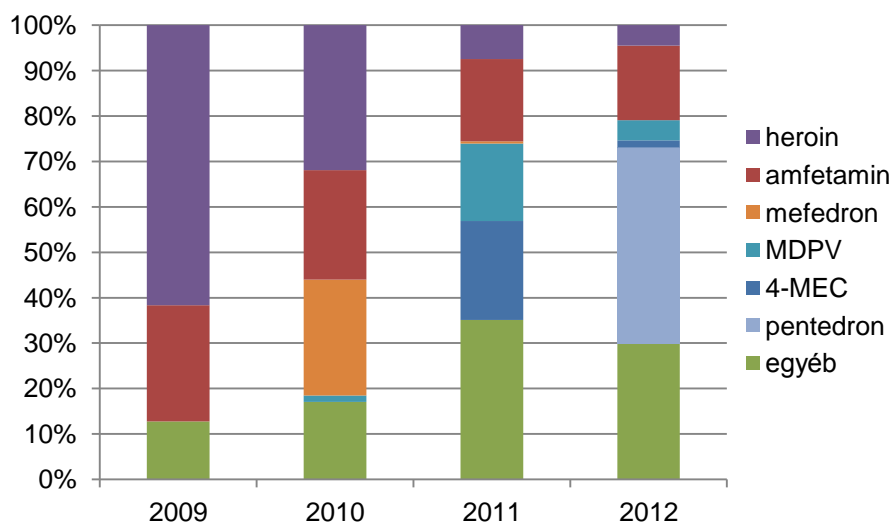


Forrás: BSZKI 2013

Intravénás szerhasználathoz köthető lefoglalások

A laboratóriumi vizsgálatra kerülő, intravénás szerhasználathoz köthető tárgyakról kimutatott hatóanyagok összesítése alapján, figyelemmel kísérendő a fogyasztási módhoz kapcsolódó szerek körének és hozzávetőleges arányának alakulása. 2012-ben folytatódott a megelőző két évben tapasztalt tendencia, a 2010 előtt domináló heroin és amfetamin a vizsgálatok mindössze 4, illetve 16%-ában volt kimutatható. A vizsgált tárgyakról az esetek többségében katinon származékok – leggyakrabban pentedron – voltak azonosíthatók, amely alátámasztja az intravénás szerhasználók körében megfigyelt 2012-es trendeket (lásd 4.3. fejezet).

38. ábra. Különböző hatóanyagok előfordulási gyakorisága (%) a lefoglalt injektáláshoz kapcsolódó eszközökön¹⁵⁸ 2009-2012 között



Forrás: BSZKI 2013

Illegális laboratóriumok

2012-ben ismét több alkalommal derítettek fel mák-kivonatot készítő laboratóriumot, ahol mák őrleményből szerves oldószerrel (nitrohígítóval) vonták ki a mák alkaloidokat, majd a híg oldatot az oldószer elpárologtatásával betöményítették. A laboratóriumokkal kapcsolatosan lefoglalt mákszalma mennyisége meghaladta az egy tonnát. Nyomozati információk szerint a laboratóriumok az ukrán piac számára készítették a mák-kivonatot.

2012. évben két olyan illegális laboratóriumot is felderítettek, amelyekben amfetamint állítottak elő. (Belügyminisztérium 2013)

2012 áprilisában Budapesten került lefoglalásra amfetamint előállító illegális laboratórium. A rendelkezésre álló információk alapján, a laboratórium kiindulási anyagként a kábítószerprekurzor jegyzékben nem szereplő benzaldehidből, kilogrammos nagyságrendben állított elő amfetamint.

A tavalyi évben a rendőrség felderített egy olyan laboratóriumot, amelynél az egyik helyszínen a lakásban acetonnal felhasználásával vittek fel különböző nem listás anyagokra új pszichoaktív anyagot, és ezt kisebb adagokra osztva kívánták továbbforgalmazni. (Belügyminisztérium 2013)

¹⁵⁸ A több érdemi hatóanyagot tartalmazó tárgyak az egyéb kategóriába kerültek.

10.4. ÁR /TISZTASÁG

Kábítószeres utcai árai

Az előző évekhez hasonlóan, a Nemzeti Drog Fókuszpont 2013 elején kérdőíves felmérést végzett a drogambulanciák kliensei körében a kábítószeres utcai áráról (Port 2013a).¹⁵⁹

Az idei évben a kérdőív, a klasszikus kábítószeres mellett, a mefedron, az MDPV, a pentedron és a szintetikus fű (szintetikus kannabinoiddal kezelt növényi keverékek) legutolsó vásárláskori árára kérdezett rá. Bár a mefedron már 2011 januárja óta kábítószernek minősül, a kérdőívet kitöltők még mindig több mint harmada mondta azt, hogy vásárolt ilyen nevű anyagot 2012-ben. A 2012 januárja óta szintén kábítószernek minősülő MDPV-ből 45-en vásároltak a tavalyi évben (csaknem ugyanannyian, mint 2011-ben). A szer egy grammra vonatkozó átlagos legutolsó vásárláskori ára 3900 Ft volt, ami 17,5%-kal magasabb mint 2011-ben. A piacon a tavalyi évben újdonságnak számító pentedron áráról 45-en rendelkeztek információval, a válaszok alapján ennek a szernek egy grammjához átlagosan 3300 Ft-ért lehetett hozzájutni. A marihuána alternatívájaként kínált szintetikus fű („spice”) áráról a válaszadók csaknem fele rendelkezett információval. Az előző évhez képest a legjelentősebb változás e készítmények utcai árában látható: a keverékek átlagos grammonkénti ára 27%-ot csökkent az előző évhez képest, a leggyakrabban említett utolsó vásárláskori ár 1000 Ft/g volt a 2011-es 2000 Ft/grammal szemben.

A klasszikus szerekhez kapcsolódóan szembevetendő, hogy 2010 óta folyamatosan csökkent a heroin áráról információt adók száma (2012: 17; 2010: 45), ami megerősíti a lefoglalások (lásd 10.3 fejezet), a TDI adatok (lásd 5.3.2 fejezet) és a túcsere szolgáltatók kliensadatai (lásd 4.3 fejezet) által is jelzett heroin-hiány jelenlétét a piacon.

30. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban 2012-ben

Szertípus	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Marihuána (gr)	1300	3000	2500	2288	122
Hasis (gr)	1500	5800	2500	2555	64
Heroin (gr)	3000	30000	10000	11289	17
Heroin (pakett)	3000	11000	5000	6045	11
Kokain (gr)	7000	25000	15000	15161	48
Amfetamin (gr)	1300	6000	3000	2937	79
Ecstasy (tabletta)	350	3500	1500	1277	61
Metamfetamin (gr)	1000	10000	3000	3558	22
LSD (adag)	1000	7000	3000	2987	37
Metadon (20 mg)	800	4500	1000	1776	19
Metadon (5 mg)	200	2000	500	730	10
GBL (adag)	1000	5000	3000	2818	20
Mefedron (gr)	700	7000	3000	2828	52
MDPV (gr)	700	10000	5000	3922	45
Pentedron	1000	7500	3000	3297	45
Spice (gr)	400	4000	1000	1463	63

Forrás: Port 2013a

¹⁵⁹A kérdőívek felvétele önkitöltős módszerrel történt 2013. február 1. – március 15. között, 7 nagyváros 7 drogambulanciájának részvételével. A felmérés módszertanának leírását lásd a 2010-es Éves Jelentés 10.3 fejezetében.

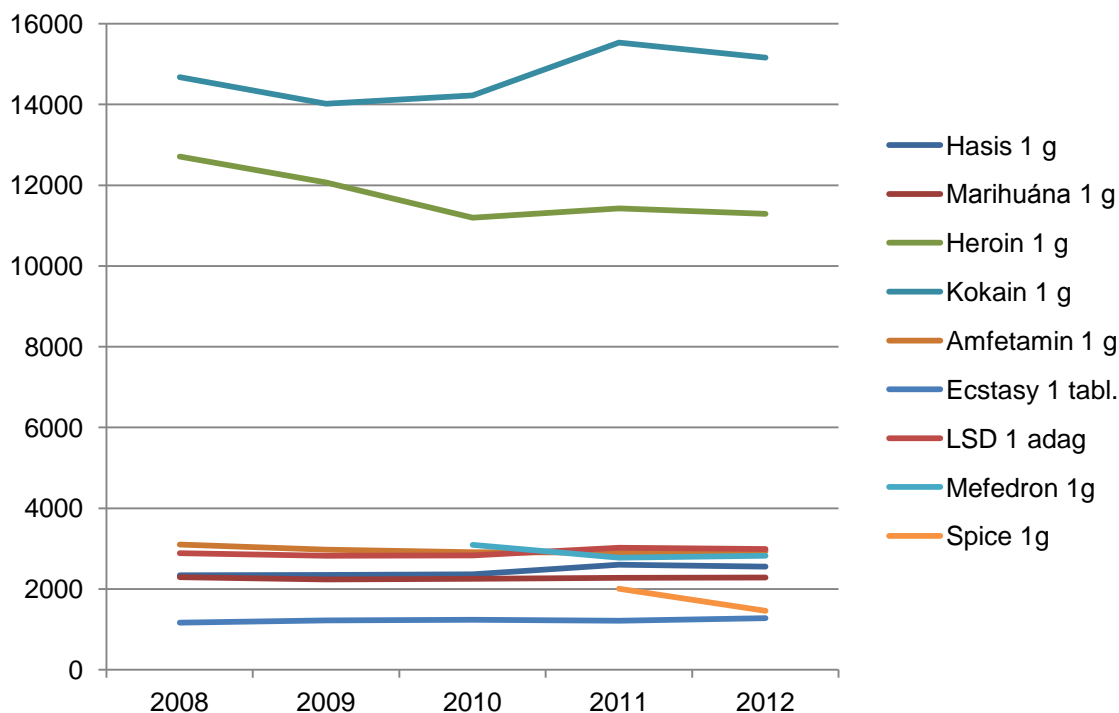
31. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban¹⁶⁰ 2012-ben

Szertípus	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Marihuána (gr)	4,5	10,3	8,6	7,9	122
Hasis (gr)	5,2	20,0	8,6	8,8	64
Heroin (gr)	10,3	103,5	34,5	38,9	17
Heroin (pakett)	10,3	37,9	17,2	20,9	11
Kokain (gr)	24,1	86,2	51,7	52,3	48
Amfetamin (gr)	4,5	20,7	10,3	10,1	79
Ecstasy (tabletta)	1,2	12,1	5,2	4,4	61
Metamfetamin (gr)	3,4	34,5	10,3	12,3	22
LSD (adag)	3,4	24,1	10,3	10,3	37
Metadon (20 mg)	2,8	15,5	3,4	6,1	19
Metadon (5 mg)	0,7	6,9	1,7	2,5	10
GBL (adag)	3,4	17,2	10,3	9,7	20
Mefedron (gr)	2,4	24,1	10,3	9,8	52
MDPV (gr)	2,4	34,5	17,2	13,5	45
Pentedron	3,4	25,9	10,3	11,4	45
Spice (gr)	1,4	13,8	3,4	5,0	63

Forrás: Port 2013a

A klasszikus kábítószeres árakban nem történt érdemi változás a megelőző évekhez képest. Egyedül a metamfetamin átlagos utcai ára csökkent viszonylag nagymértékben, 21%-kal, ennél a szernél azonban nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy mind a tárgyévben, mind a megelőző évben meglehetősen alacsony volt a rendelkezésre álló mintaszám.

39. ábra. Kábítószeres átlagos utcai árai forintban 2008-2012 között



Forrás: Port 2013a

¹⁶⁰A táblázatban szereplő árak a 2012-es hivatalos euró középárfolyam (1€=289,88Ft) szerint kerültek kiszámításra.

Tisztaság

A vizsgált marihuána és hasis minták hatóanyag-tartalmának mérési módszere a vonatkozó büntetőjogi szabályozás módosulása következtében megváltozott, az új módszer az európai országok többségében alkalmazott mérési gyakorlatnak felel meg. 2012-től a büntetőjogi értékelés alapját a lefoglalt anyagban szabad és savformában található THC együttes mennyisége, az úgynevezett totál-THC-tartalom képezi.¹⁶¹

A 2012-ben mért marihuána és hasis minták jellemző totál-THC-koncentrációi a nemzetközi gyakorlatban tapasztaltnak megfelelő értékek (marihuána: 0,1-20%, hasis 1-30%).

Kokain esetében a fogyasztási adagokba kisserelt porok hatóanyag-tartalma a 30-80% tartományba esett, ezekben a lefoglalásokban (2011-től eltérően) nem voltak nagy tisztaságú, hígítatlan porok. A nagy tételű lefoglalásokból mért koncentrációk, a korábbi évhez hasonlóan, 30% feletti értékek voltak. A kokain minták átlagos hatóanyag-tartalma az előző évi 50 %-ról 41 %-ra csökkent, ugyanakkor még mindig lényegesen magasabb volt a 2008-2010 években jellemző 20-30% közötti értéknél.

Heroin és amfetamin hatóanyag-tartalmának monitorozása

A fogyasztási adagban lévő, heroin és amfetamin tartalmú porok hatóanyag-tartalmára vonatkozóan, a „Kritikus kábítószeres hatóanyag-tartalmának fokozott monitorozása” projekt keretében 2012 első félévében zajlott adatgyűjtés, amely kiegészíti a lefoglalások vizsgálata során szükséges mérések eredményeit.

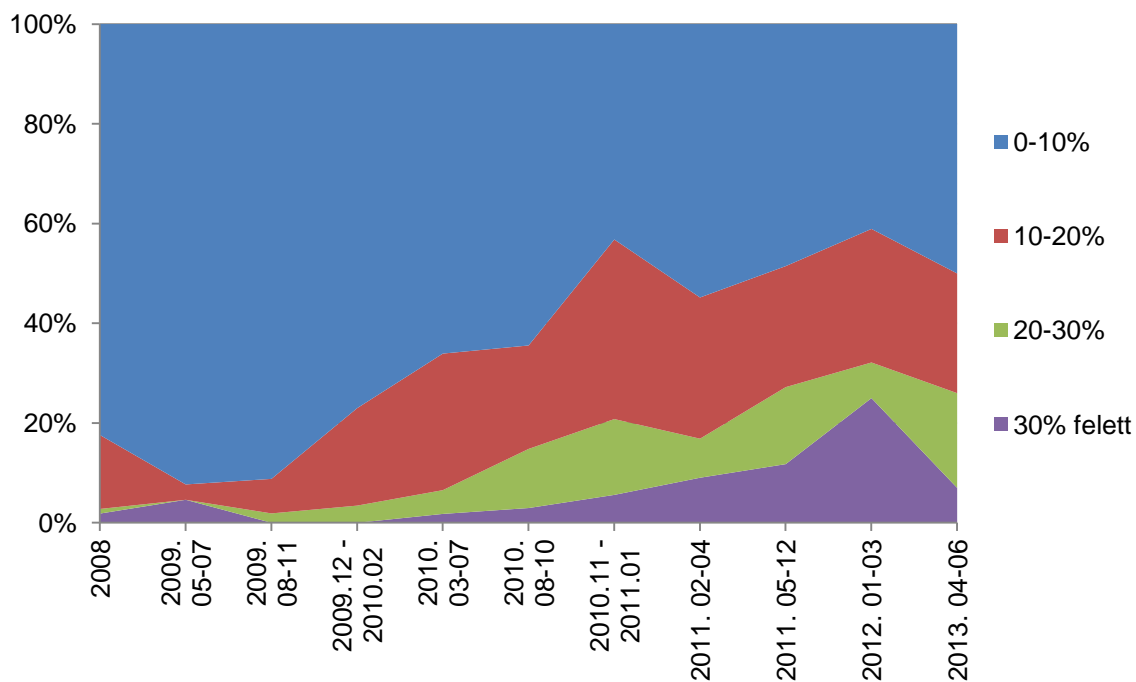
Heroin lefoglalás 2012 első félévében nagyon kis számban történt, a fogyasztási adagba kisserelt porokra rendelkezésre álló néhány adatból nem vonható le a trendekre vonatkozóan érdemi következtetés.

A heroin lefoglalások eredményeinek éves összesítése alapján, mind a fogyasztási adagokba kisserelt, mind a nagyobb tételben lefoglalt porok heroin-bázis tartalma jellemzően az 5-25% koncentrációtartományba esett (átlag: 15%).

Az amfetamin tartalmú porok hatóanyag-tartalmának eloszlása a korábbi évekhez viszonyítva nem módosult jelentősen. 2012 második negyedévében a magasabb (20-30% és afeletti) hatóanyag-tartalmú porok arányának enyhe csökkenése volt tapasztalható, valamint gyakorlatilag megszűnt a (2011-ben még érdemi mennyiségben előforduló) 0,5-1%-osra hígított anyagok előfordulása.

¹⁶¹ A korábbi joggyakorlatban a mennyiség értékelésekor csak a pszichoaktív hatásért felelős úgynevezett „szabad formában” jelenlévő THC mennyiségét vették figyelembe. Az új szabályozás szerint, az anyagokban jellemzően nagyobb mennyiségben jelen lévő, de inaktív THC-sav mennyiségét is figyelembe kell venni, mivel az a szokásos fogyasztási módok során pszichoaktív THC-vé alakul. Lásd még: 2012-es Éves Jelentés 1.2 fejezet.

40. ábra. Fogyasztási adagokban lefoglalt, amfetamin tartalmú porok hatóanyag-tartalma 2008-2012 között



Forrás: BSZKI 2013

Új szintetikus szerek

Az új szintetikus szerek nagy része büntetőjogi értelemben nem minősül kábítószernek, így kriminalisztikai szempontból nem is szükséges a tiszta hatóanyag mennyiségének megállapítása.

A 2012-től kábítószernek minősülő mefedron és 4-MEC hatóanyagot tartalmazó porokra rendelkezésre álló adatok alapján megállapítható, hogy ezek a vegyületek általában 20-80% illetve 15-85% hatóanyag-tartalmú készítményekben fordultak elő, de leginkább a hígítatlan formában történő előfordulás volt jellemző.

A vizsgálati eredmények alapján az új hatóanyagok a porokban főként hígítatlanul, tiszta formában fordulnak elő. 2012-ben a porok mintegy 20%-a több hatóanyagot – jellemzően többféle katinon-származékot – tartalmazott.

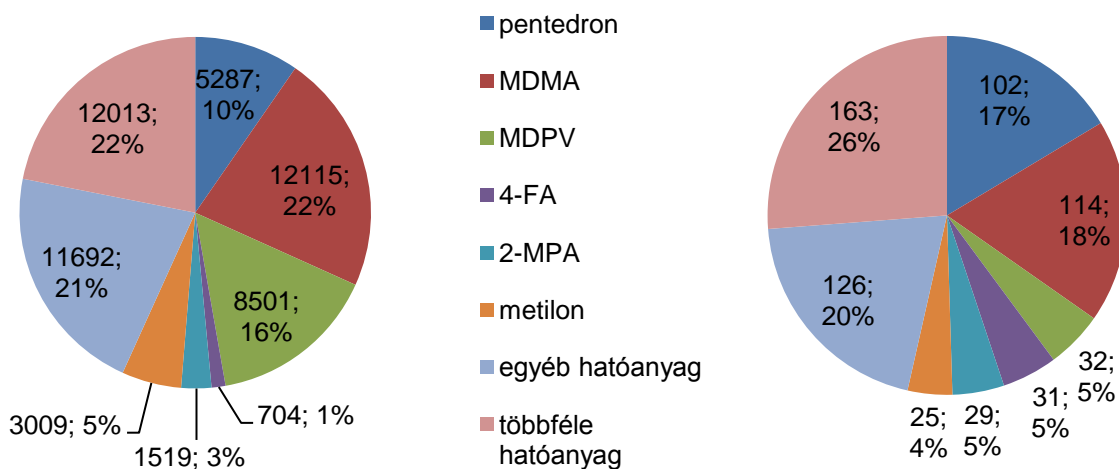
A szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok 2012-ben az esetek 37%-ában tartalmazták többféle hatóanyag keverékét.

Tabletták összetétele

2012-ben a kábítószer vagy kábítószernek nem minősülő, pszichoaktív hatóanyagot tartalmazó tabletták 80%-a egyféle hatóanyagot tartalmazott. A lefoglalási tételek¹⁶² száma (előfordulás gyakorisága) szerint a pentedron és az MDMA hatóanyagú tabletták voltak a leggyakoribbak. A lefoglalt MDMA-tabletták hatóanyag-tartalma a 40-130 milligramm/tabletta tartományba esett, és az átlagos hatóanyag-tartalom közel 100 milligramm volt tablettánként. Ez a koncentráció jelentősen magasabb, mint a 2005-2008 időszakban mért, jellemzően 60 milligramm körüli átlagos értékek.

¹⁶² Az azonos helyről lefoglalt, azonos csomagolású, egyforma tabletták képeznek egy lefoglalási tételt.

41. ábra. Hatóanyagok előfordulási gyakorisága (db, %) a 2012-ben lefoglalt tablettákban, a lefoglalt tabletták számát (N=54 840) és a lefoglalási tételeket (N=622) vizsgálva



Forrás: BSZKI 2013

Következtetések

A lefoglalási adatok alapján számottevően csökkent az ültetvényeken lefoglalt kender növények száma, ezzel párhuzamosan jelentősen emelkedett a csempészforgalomban lefoglalt marihuána mennyisége. A korábbi évekhez viszonyítva emelkedett az LSD, valamint az MDMA-tartalmú (Ecstasy) tabletták és porok piaci részesedése. Az amfetamin, a kokain és a heroin piaca 2011-hez képest nem mutat jelentős változást.

Az új szintetikus szerek közül a szintetikus kannabinoidokat tartalmazó növényi anyagok lefoglalásai megduplázódtak, a jellemzően katinon-származékokat tartalmazó porokban 2012-ben a pentedron volt a leggyakoribb hatóanyag.

Míg a szintetikus kannabinoidok esetében a szabályozás változásának hatására dinamikusan változik a forgalomba kerülő hatóanyagok köre, addig a legnépszerűbb katinon-származék, a pentedron esetében, az új pszichoaktív anyagként történő ellenőrzés alá vonás hatása a lefoglalási adatokban közvetlenül nem jelentkezett.

Az új pszichoaktív szerek töretlen népszerűségéhez a hagyományos szerekhez viszonyított alacsonyabb árak is hozzájárul, különösen a „szintetikus fű”-ként kínált növényi keverékek esetében, melyek már 1000-1500 Ft-os grammonkénti áron beszerezhetők, szemben a marihuána 2500 Ft körüli átlagárával. A klasszikus kábítószeres utcai árai nem változtak érdemben az előző évekhez képest.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Alapvető jogok biztosa (2012): Jelentés az AJB-2913/2012. számú ügyben.

Albert, F., Tóth, O. (2012): A fiatalok bűnelkövetői és erőszakos viselkedése: Kutatási eredmények és prevenciók megközelítései, MTA TK SZI, kutatási beszámoló.
http://www.youprev.eu/pdf/YouPrev_NationalReport_HU.pdf

Albert, F., Tóth, O. (2013): A fiatalok bűnelkövetői és erőszakos viselkedése: Kutatási eredmények és prevenciók megközelítései. Kézirat.

Állami Számvevőszék (2012): Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről. (sorszám: 1286).

Böszörményi, N. Gy., Csoma, Zs., Gaudi, I., Herjavec, I., Kovács, G., Ostoros, Gy., Zsarnóczay, I. (2013): A pulmonológiai hálózat 2012. évi epidemiológiai és működési adatai: Korányi Bulletin 2013, 1. szám. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest.

BM (Belügyminisztérium) (2013): 2012. évről szóló kábítószerügyi beszámolója.

BRFK (Budapest Rendőrfőkapitányság) (2013): A Budapest Rendőr-főkapitányság 2012. évi drogprevenciók tevékenységéről szóló beszámolója.

BSZKI (Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet) (2013): Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet 2012. évre vonatkozó adatai.

BVOP (Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága) (2013): Éves beszámoló.

Csohán, Á., Krisztalovics, K., Molnár, Zs., Dudás, M., Horváth, K., Szilágyi, A., Fogarassy, E., Lendvai, Gy., Kaszás, K., Molnárné Kozma, E. (2013): Magyarország járványügyi helyzete 2012. OEK.

Dudás, M., Rusvai, E., Győri, Z., Tarján, A., Minárovits, J., Takács, M., Csohán, Á. (2013): A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2012. évi prevalenciájának vizsgálata 8 városban. OEK.

EMCDDA (2000): A kezelési igény indikátor – Egységes protokoll 2.0.
http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/tdi_protokoll_uj.pdf

EMCDDA (2012): Prisons and drugs in Europe: The problem and responses. Selected Issue 2012.

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2013a): Az EMMI Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztályának 2012-es beszámolója.

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2013b): Az EMMI Egészségpolitikai Főosztály 2012-es beszámolója.

EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) (2013c): Közoktatás Fejlesztési Főosztály beszámolója kábítószerügyi éves jelentéshez.

ENYÜBS (2013): Legfőbb Ügyészség Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos, 2012-re vonatkozó adatai.

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

Kapitány-Fövény M., Kertész M., Winstock A., Deluca P., Corazza O., Farkas J., Zacher G., Urbán R., Demetrovics Zs. (2013): Substitutional potential of mephedrone: An analysis of the subjective effects. In: Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental.

Lombay B., Szalay F.: HCV infection in intravenous drug users: results of the antiviral therapy and the questions of the compliance. Z. Gastroenterol 2012; 50-A46. DOI: 10.1055/ s-0032-1312400. <https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1312400>

Magyar Honvédség (2013): Beszámoló a kábítószerügyi Éves jelentéshez.

Mórá, L., Simon, K., Sárosi, P. (2013): Drug use among sex workers in Hungary. Social Science & Medicine, 93, 64-69. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.004.

Nagy, L.T. (2013): Vizsgálat a fővárosi éjszakai szórakozóhelyek kriminalitási helyzetéről. Kézirat, OKRI.

NDI (Nemzeti Drogmegelőzési Iroda) (2013): Beszámoló a kábítószerügyi éves jelentéshez a Designer Drog kampányról.

NNI (Nemzeti Nyomozó Iroda) (2013): Nemzeti Nyomozó Iroda 2012. évről szóló beszámolója.

OAC (Országos Addiktológiai Centrum) (2013a): Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozási adatok, 2013.

OAC (Országos Addiktológiai Centrum) (2013b): TDI adatgyűjtés 2012.

OAC (Országos Addiktológiai Centrum) (2013c): Szubsztitúciós adatgyűjtés 2012.

Oberth J., Bíró Zs., Erdős Cs., Kaló Zs., Mándi B. (2013): Beszámoló a Józan Babák Klub Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás programja 2012. Évi tevékenységéről. <http://jozanbabakterhesgondozas.blogspot.com/p/beszamolok.html>

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

Port, Á. (2013a): A kábítószer utcai árának alakulása 2012-ben. Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőíves adatgyűjtés.

Port, Á. (2013b): Felmérés az új pszichoaktív anyagokat árusító magyarországi internetoldalakról, 2013. EMCDDA és Nemzeti Drog Fókuszpont.

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

Ritter I. (2013b): A bűnüldözés és a büntető igazságszolgáltatás nagy kihívása: Kínálati oldali kábítószer-bűncselekmények felderítése és bizonyítása Magyarországon, OKRI. Kézirat.

Szily, E. (2012): Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, MP4 – Zene füleinknek? MDPV. Egyetemi oktatási előadási tananyag. Kézirat.

Tarján, A. (2013a): A rekreációs színtéren ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet végző szervezetek 2012. évi működési és forgalmi adatai. Nemzeti Drog Fókuszpont

Tarján, A. (2013b): Tücsere programok adatai, 2011 – 2012. Nemzeti Drog Fókuszpont.

FÜGGELÉK

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A célzottan kábítószerügyi pályázati kiíráshoz kapcsolódó megítélt támogatások összege céletterületek szerint 2012-ben	12
2. táblázat. A kannabiszon kívül felsorolt szerek életprevalencia értékei a megkérdezettek körében (2012)	15
3. táblázat. A kannabiszon kívül más szert is kipróbálók aránya a megkérdezettek körében (%)	16
4. táblázat. Szabadidős tevékenységei között szerepel az alkohol- ill. drogfogyasztás, a válaszadók százalékában (N=2093)	17
5. táblázat. A Magyar Honvédségnél 2012-ben végzett szűrővizsgálatok eredményei	20
6. táblázat. A heroin-fogyasztó populáció becsült nagysága a két évben, 2010-2011 (fő)	30
7. táblázat. A detoxikációs és szubsztitúciós kezelésben részesülők megoszlása a helyettesítő szer alapján 2012-ben (%) (N=665)	40
8. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoport szerinti megoszlása, 2008-2012 között (fő)	48
9. táblázat. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HIV, HBV, HCV fertőzöttsége nem és korcsoport szerinti bontásban, 2012-ben	50
10. táblázat. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók száma, a fertőzöttek száma és aránya területenként, 2012-ben	52
11. táblázat. Az utolsó napi injektálás-szám és az utolsó eldobott fecskendő újrahhasználásainak száma (csoport átlag) a rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók körében elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban, 2012-ben	55
12. táblázat. Kábítószer/ pszichotróp anyag/ új pszichoaktív szer jelenléte a közúti balesetekből származó vér és/vagy vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban 2012-ben	57
13. táblázat. Az „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” programban részt vevő szerhasználó várandós vagy az elmúlt 4 évben szült nők (N=44 fő) valaha illetve legjellemzőbben használt szertípus szerinti megoszlása (N), 2012-ben	59
14. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen, természetes és erőszakos halálesetek megoszlása 2012-ben (fő)	60
15. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2012-ben	60
16. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő direkt halálesetek életkori megoszlása 2012-ben (fő)	61
17. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása 2009-2012 között (fő)	61
18. táblázat. Kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen, természetes és erőszakos halálesetek megoszlása a feltalálás helyszíne szerint 2012-ben (fő)	62
19. táblázat. A tűcsere programok fecskendő és kliensforgalmi adatai 2011-ben és 2012-ben	67
20. táblázat. Az egy kliensre/egy kontaktra jutó osztott illetve hozott+gyűjtött fecskendők, és az egy kliensre jutó kontaktok száma, 2011-2012	67
21. táblázat. Injektáló és ártalomcsökkentő segédeszközök osztása és egyéb szolgáltatások nyújtása a tűcseret végző szervezetek körében, 2012-ben (szervezetek száma=28)	70
22. táblázat. A kínálati oldali kábítószer-bűncselekmények miatt indult eljárásokhoz kapcsolódó egyes tevékenységek megítélése a megkérdezett ügyészek szerint (1=nagyon nehéz; 5=nagyon könnyű)	80
23. táblázat. A 2012-ben regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények az elkövetés tárgya és elkövetési magatartások szerinti bontásban	84
24. táblázat. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma és aránya az elkövetési magatartás és a kábítószer mennyisége szerinti bontásban 2012-ben	84
25. táblázat. Az elkövetők előélet szerinti megoszlása 2012-ben	86
26. táblázat. Kábítószer hatása alatt bűncselekményt elkövetők megoszlása 2012-ben	88
27. táblázat. A fogvatartott és a nem fogvatartott kezelésbe lépők főbb jellemzői (N _{fogvatartott} =138; N _{nem-fogvatartott} =3747)	93
28. táblázat. HIV/HBV/HCV kezelésben részesülő/ kezelést nem vállaló/ kezelésbe nem kerülő/ kezelést abbahagyó fogvatartottak száma (fő), 2012-ben	94
29. táblázat. Lefoglalások száma és mennyisége 2011-ben és 2012-ben	101
30. táblázat. Kábítószerek utcai árai forintban 2012-ben	106
31. táblázat. Kábítószerek utcai árai euróban 2012-ben	107

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. A kannabisz-fogyasztás életprevalenciája a megkérdezettek körében (%)	15
2. ábra. Szabadidős tevékenységként néha és gyakran drogot fogyaszt, a válaszadók százalékában (N=2093)	17
3. ábra. A budapesti (Bp) és Veszprém megyei (V) iskolákba járó fiatalok megoszlása aszerint, hogy fogyasztanak-e alkoholt és/vagy kábítószerrel (%)	18
4. ábra. Alkohol és kábítószer-fogyasztás előfordulása az anya legmagasabb iskolai végzettsége szerint (%)	18
5. ábra. Az alkohollal illetve droggal kapcsolatos információk forrásai (több válasz is lehetséges volt) (%)	23
6. ábra. Vélemények az alkohorról illetve drogról kapott információkról (%)	24
7. ábra. Korcsoport és elsődlegesen injektált szer típus szerinti megoszlás (N) a tüsszere programban részt vevő intravénás szerhasználók kliensek körében, 2012-ben (N=1907)	31
8. ábra. Elsődlegesen injektált szer típus szerinti megoszlás (%) a tüsszere programban részt vevő intravénás szerhasználók kliensek körében, 2009-2012 között	31
9. ábra. Az elsődlegesen egyéb szereket injektáló, tüsszere programba járó kliensek szer típus szerinti megoszlása (N; %), 2011-ben és 2012-ben	32
10. ábra. Az elsődlegesen egyéb szereket injektáló tüsszere programba járó kliensek szer típus és korcsoport szerinti megoszlása (N, %), 2012-ben, (N=804 fő)	32
11. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett aktív intravénás szerhasználók megoszlása az injektálás kezdete és az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban (N=163 fő), 2012-ben	34
12. ábra. Elterelt, nem elterelt és összes kezelésbe lépő kliens számának alakulása 2009 és 2012 között (fő)	38
13. ábra. Életkori megoszlás a kezelésbe lépők körében, elsődleges szer szerinti bontásban 2012-ben (%) (N=3885)	41
14. ábra. Elsődleges szer az összes és az elsőként (új) kezelésbe lépő elterelt és nem elterelt kliens körében 2012-ben (%) (N _{nem-elterelt-új} =582; N _{nem-elterelt-összes} =1243; N _{elterelt-új} =1992; N _{elterelt-összes} =2642)	42
15. ábra. A heroin, amfetamin, egyéb stimuláns és egyéb (nem besorolható) szereket fogyasztók arányának alakulása a korábban már kezelték (első ábra) és az elsőként kezelésbe lépők (második ábra) (nem elterelték) körében 2008 és 2012 között (%)	45
16. ábra. Intravénás szerhasználók kliensek megoszlása az injektált szer alapján 2008 és 2012 között (%)	46
17. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) az utolsó injektálás időpontja szerinti bontásban, 2010-2012	50
18. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2010-2012 között	51
19. ábra. A rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (N,%) elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban 2012-ben	51
20. ábra. A HCV-fertőzött elítéltek megoszlása a fogvatartás ideje szerint	53
21. ábra. Fecskendő, illetve injektáló segédesszék megoszlásának prevalenciája (%) az elmúlt 4 hétben a rutinszerű HIV/HBV/HCV szűrővizsgálaton részt vett aktív intravénás szerhasználók körében, elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2012-ben (N=163)	55
22. ábra. A Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikáján ellátott szerhasználattal/ ebből MDPV-használattal összefüggő esetek/ ebből MDPV indukált pszichotikus esetek száma havi bontásban, 2011. január – 2012. február között	58
23. ábra. A tüsszere programok fecskendőforgalmi adatai, 2008-2012	66
24. ábra. A tüsszere programok által kiosztott fecskendők száma, területi bontásban, 2011-ben (belső kör) és 2012-ben (külső kör)	68
25. ábra. Lakhatási körülmények a kezelésbe lépők körében 2008-2012 között (fő)	75
26. ábra. Befejezett iskolai végzettség a kezelésbe lépők körében 2008-2012 között (fő)	75
27. ábra. Munkaügyi státusz a kezelésbe lépők körében, 2008-2012 között (fő)	76
28. ábra. Társas együttélés megoszlása a kezelésbe lépők körében, 2008-2012 között (fő)	77
29. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma összesen és a Btk. visszaélés kábítószerrel tényállásai szerinti bontásban 2008 és 2012 között	82
30. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának megoszlása az elkövetés tárgya szerint 2011-ben és 2012-ben	83

31. ábra. A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkor szerinti megoszlása, 2008 és 2012 között	86
32. ábra. A bírósági eljárást nem eredményező eljárási formák és a vádemelések száma a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül 2008-2012 között	87
33. ábra. Kábítószerrel való visszaéléssel kapcsolatos elterelés során biztosított pártfogó felügyeletek száma, 2008-2012 között	89
34. ábra. A különböző kábítószerrel/új pszichoaktív szerek életprevalencia értékei (%) a fogvatartottak körében, 2012-ben (N=852 fő)	91
35. ábra. „Klasszikus” és „designer” szerek előfordulási gyakorisága (%) a lefoglalt anyagok között, 2009-2012 között	102
36. ábra. Katinon származékok előfordulási gyakorisága (hatóanyag kimutatások száma) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2010-2012 között	103
37. ábra. Szintetikus kannabinoid vegyületek előfordulási gyakorisága (hatóanyag kimutatások száma) a BSZKI-ban vizsgált anyagokban, havi bontásban 2010-2012 között	104
38. ábra. Különböző hatóanyagok előfordulási gyakorisága (%) a lefoglalt injekciókhoz kapcsolódó eszközökön 2009-2012 között	105
39. ábra. Kábítószeres átlagos utcai árai forintban 2008-2012 között	107
40. ábra. Fogyasztási adagokban lefoglalt, amfetamin tartalmú porok hatóanyag-tartalma 2008-2012 között	109
41. ábra. Hatóanyagok előfordulási gyakorisága (db, %) a 2012-ben lefoglalt tablettákban, a lefoglalt tabletták számát (N=54 840) és a lefoglalási tételeket (N=622) vizsgálva	110

TÉRKÉPEK JEGYZÉKE

1. térkép. *A rekreációs színtéren ártalomcsökkentő tevékenységet nyújtó szervezetek (N=24) 2012-es országos megoszlása* 26
2. térkép. *Tűcsere szolgáltatók 2012-es országos megoszlása (N=29)* 65
3. térkép. *A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma megyék szerinti bontásban 2012-ben*85