

MAGYAR DROGFIGYELŐ



drogkutató
intézet

KÜLÖNBÖZŐ TÁRSADALMI CSOPORTOK DROGHASZNÁLATI SZOKÁSAI



2024. JANUÁR
IV. évfolyam 1. szám



— EST. 1991 —
Batthyány Lajos
ALAPÍTVÁNY

Magyar Drogfigyelő

A Drogkutató Intézet szakmai, tudományos
folyóirata

Szerkesztőség

Főszerkesztő:

Téglásy Kristóf

Olvasószerkesztő:

Ujj Kíra Diána

Kiadó:

Drogkutató Intézet

1137 Budapest, Radnóti utca 25. II. emelet 2/A

Felelős kiadó:

Gremsberger Bertalan

ISSN

ISSN 2786-0906

A szerkesztőség elsősorban olyan kéziratokat vár közlésre, amelyek a pszichoaktív anyagok - elsősorban kábítószer - kémiai, biológiai tulajdonságainak vizsgálatával, a szerhasználat orvos- és egészségtudományi, rendészeti, kriminológiai, szociológiai, jogi természetű elemzésével, értékelésével foglalkoznak. A szerkesztőség tudományos szakértő bevonásával a beérkezett kéziratot szakmai szempontból lektoráltatja, és fenntartja a jogot a kéziratok stilizálására, korrigálására, tipografizálására. A folyóiratban megjelenő publikációk nem a kiadó, illetve nem a szerkesztőség, hanem a szerzők saját, tudományos szabadságán alapuló álláspontját képviselik. Az el nem fogadott kéziratokat a szerkesztőség nem tárolja, azok mindegyike törlésre kerül. A szerkesztőség a folyóiratban másodközlést nem vállal.

A folyóirat a Batthyány Lajos Alapítvány támogatásával készült.

TARTALOM

Életkor szerinti felosztás

A FIATAL FOGYASZTÓK KÖRÉBEN EGYRE KORÁBBRA
TOLÓDIK AZ ELSŐ HASZNÁLAT IDŐPONTJA

Nagy Réka Emese

VISSZA AZ ISKOLAPADBA – AZ ELSŐ SZEMESZTER
KEZDETÉVEL A DROGFOGYASZTÁSI SZOKÁSOK
KIALAKULÁSA A FIATALOK KÖRÉBEN

Drogkutató Intézet

A KÖZÉP- ÉS IDŐSKORÚAK DROGFOGYASZTÁSI
TENDENCIÁI

Drogkutató Intézet

Társadalmi felosztás

HÁTRÁNYOS HELYZETŰ CSOPORTOK DROGFOGYASZTÁSA
MAGYARORSZÁGON

Drogekutató Intézet

A TÁRSADALMILAG KIREKESZTETT CSOPORTOK
DROGFOGYASZTÁSA

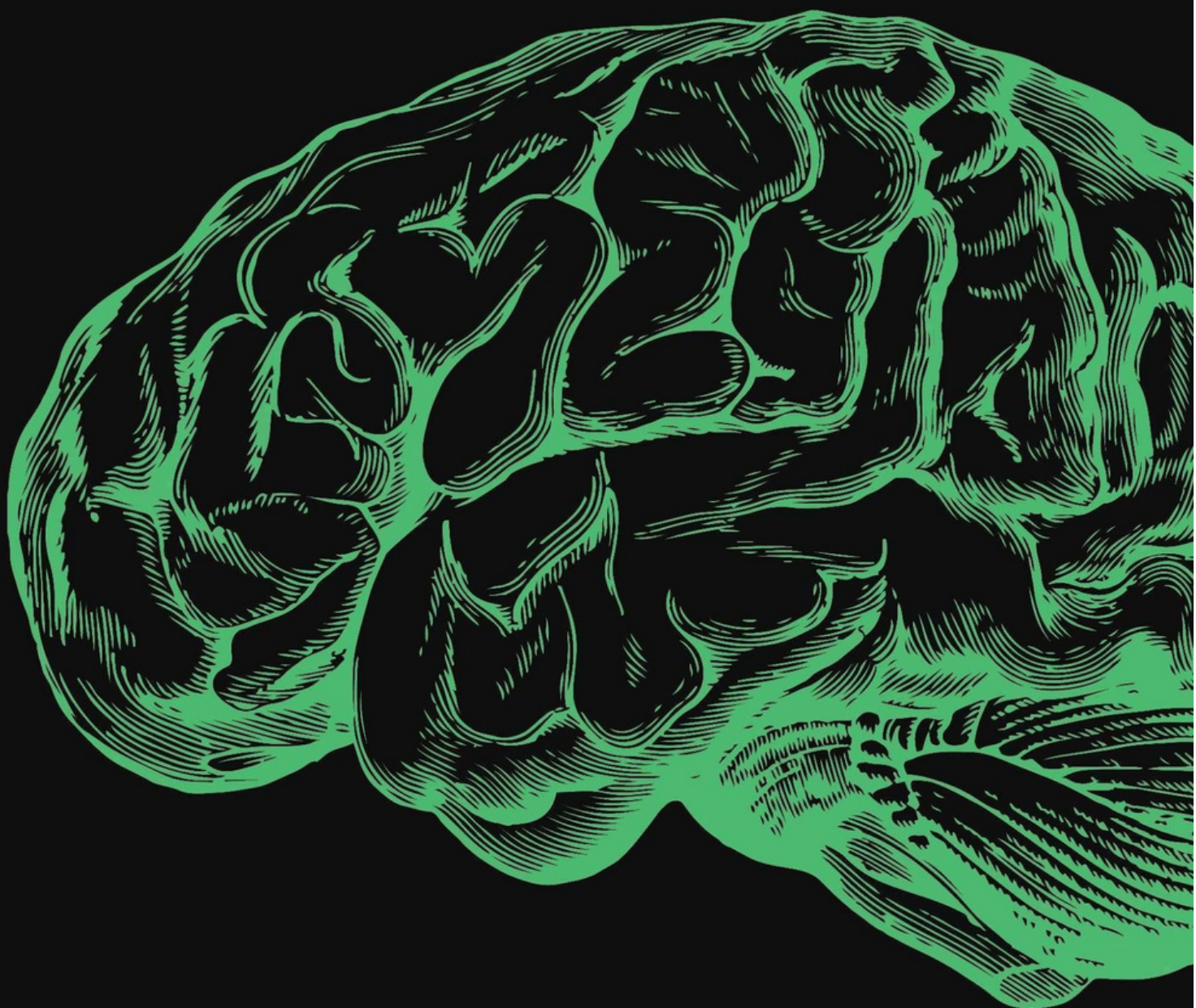
Drogekutató Intézet

A KOKAIN A LEGNÉPSZERŰBB KÁBÍTÓSZER A TEHETŐSEK
KÖRÉBEN

Téglásy Kristóf

VESZÉLYES MÉRETEKET ÖLT A
GYÓGYSZERTÚLFogyasztás

Ozsváth Kálmán



ÉLETKOR SZERINTI FELOSZTÁS



**drogkutató
intézet**

Magyar Drogfigyelő · 2024. január · IV. évfolyam 1. szám



— EST. 1991 —
Batthyány Lajos
ALAPÍTVÁNY

A FIATAL FOGYASZTÓK KÖRÉBEN EGYRE KORÁBBRA TOLÓDIK AZ ELSŐ HASZNÁLAT IDŐPONTJA

NAGY RÉKA EMESE

Egyre jellemzőbbé válik az első szerhasználat a 13-14 éves korosztályban. A cikk ezen jelenség mélyebb megértésére és a kockázatok feltárására fókuszál, különös tekintettel arra, hogy mi állhat ennek a „trendnek” a háttérében, és milyen várható következményei lehetnek az érintettek testi-lelki egészségére.

Az elmúlt években Magyarországon aggasztó tendenciát figyelhattunk meg, ami az első szerhasználat időpontját illeti, különösen a fiatalabb korosztályok körében. Láthatóan egyre több 13-14 éves fiatal próbál ki pszichoaktív szereket. Kamaszkorban, amikor a fiatalok keresik az identitásukat és bontogatják szárnyaikat, feszegetik a határokat, mint ismert, a családi minta helyét egyre inkább átveszi a kortárs csoportoknak való megfelelés. Ebben a fogyasztói társadalomban, ahol egyre inkább a javak és szolgáltatások fogyasztása határozza meg az egyéneket, számos kockázattal is számolni kell. Az egyik ilyen kockázat a veszély átértékelődése az élet számos területén. Napjainkban a fogyasztás az önkifejezés részévé válik, és ezáltal egy olyan élethelyzetben találjuk magunkat, ahol egyre több döntést kell hozni. A



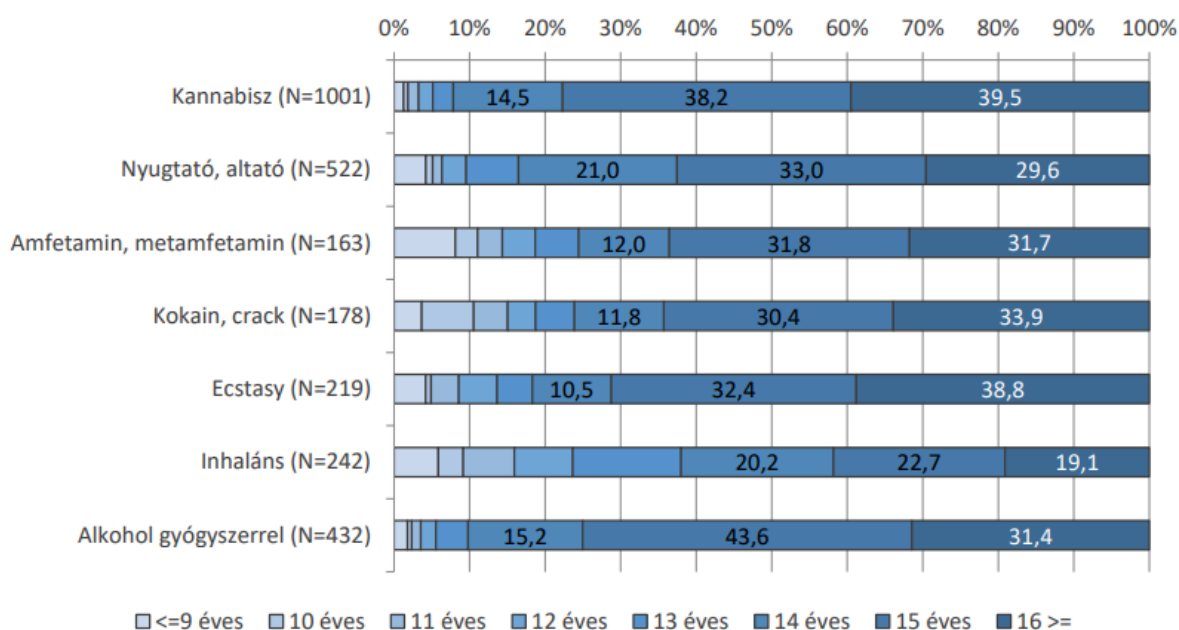
— EST. 1991 —
Batthyány Lajos
ALAPÍTVÁNY

fiatalok pedig azzal szembesülnek, hogy sorozatos döntéshelyzetbe kerülnek, amire nem mindenki képes a társadalmi normáknak megfelelően reagálni.

Az ESPAD 2019-es jelentése

Az ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) 2019-es kutatása szerint a fiatalok átlagosan 13 éves koruk körül találkoznak először a cigarettával és az alkohol fogyasztással, majd nagyjából egy évvel később jön az intenzívebb használat, mint a napi rendszerességű dohányzás és a részegedés. Ugyanerre az időszakra tehető az inhalánssal való kísérletezés is. A fogyasztók 58,1%-a 14 évesen vagy még korábban találkozott először ezzel a szerhasználati módszerrel. Az egyéb drogokat általában 15 évesen vagy annál idősebb korban kezdik el használni, de érdemes megemlíteni, hogy a nyugtatók, altatók, amfetaminok, metamfetaminok és a kokain vagy a crack esetében relatíve magas arányban – több, mint 35%-uk-, már 14 évesen vagy még fiatalabb korban kipróbálták ezeket az anyagokat. A tiltott és droghasználati célú szerfogyasztók nagy része rendszeresen használja ezeket a szereket, míg a dizájner drogokat fogyasztók körében azok vannak többségben, akik csupán egy-két alkalommal próbálták ki ezeket az anyagokat.

2.18. ábra: Az első használat életkora a fogyasztók körében 2019-ben, %



Forrás: http://devianciakutatas.hu/docs/2020/ESPAD_magyar.pdf



A kutatásban részt vett 9-10. évfolyamos diákok 28,1%-a már kipróbált valamilyen drogot élete során. Tiltott szerekkel 18,7% kísérletezett, míg droghasználati céllal 22,2% használt ilyen szereket. Orvosi javaslat nélküli nyugtatókat, altatókat és fájdalomcsillapítókat 14,8% szedett. A korábbi kutatások eredményeit elemezve, megerősíthető, hogy a tiltott és droghasználati céllal történő szerfogyasztás inkább a fiúk körében jellemző, míg a gyógyszerhasználat inkább a lányok körében jellemzőbb.

Okok és lehetséges következmények

Hozzáférhetőség: Az okok elemzése során több tényező is előtérbe kerül. Ma már a fiataloknak könnyebb hozzáfélniük a különféle szerekhez, emellett a média és internet is erős hatású van a fiatalokra, a droghasználat egyre vonzóbbá és elfogadottabbá válik alternatívaként más szerek mellett. Az alkohol és a cigaretta után a legális nyugtatókat és a kannabiszt tartják a leginkább könnyen beszerezhetőnek, míg más drogokról kevésbé hozzáférhetően vélekednek.

Eszköz a stresszel való megküzdéshez: A kábítószer-fogyasztáshoz hozzájáruló tényezők összetettek és sokrétűek lehetnek. A kutatók megállapították, hogy a szerhasználatnak a konfliktushelyzetekből eredeztethető problémákkal való megküzdésben is jelentősége van. A modern fogyasztói társadalmakban a gyermekek körülbelül 20-25 százaléka érintett mentális problémákban. A mentális- és egészségügyi problémák, illetve a fogyasztás közötti okokban fellelhető a szorongás, depresszió, figyelemhiányos hiperaktivitás, evés- és magatartászavar, tanulási képességzavarok, autizmus.

Egészségügyi és mentális kockázatok: A korai droghasználat növeli az egészségügyi és pszichológiai kockázatokat, és könnyebben vezethet hosszú távú függőséghez. Ebben az életkorban ugyanis a fiatalok agya még fejlődésben van, és a szerek káros hatásai devianciák és egészségügyi károk kialakulását okozhatja. Az agy érési folyamata általában körülbelül 25 éves korra fejeződik be. Köztudott, hogy a serdülők különösen érzékenyek a szerhasználat elkezdésére és az esetleges problémás szerhasználatra a gyermekekhez és a felnőttekhez képest. A tudományos kutatások kimutatták, hogy az életkor előrehaladtával nő a szerhasználat és visszaélés kockázata. Az eredmények szerint a férfiaknál magasabb a szerhasználat aránya, mint a nők esetében, és a serdülőkorban történő szerhasználat összefügg a



gyengébb iskolai teljesítménnyel, sikertelenségekkel, és növeli az öngyilkossági kísérletek kockázatát.

Következtetés

A serdülőkorúak mentális egészsége kiemelkedő fontosságú, mivel ebben az időszakban fejlődnek ki azok az alapvető egészségmagatartások, életcélok és életstílusok, amelyek kihatással vannak egész életükre és a társadalomra nézve egyaránt. Emellett olyan készségek és képességek is kibontakoznak ebben az időszakban, mint az önkontroll, az autonómia, a társas interakciók és a társas tanulás, amelyeknek jelentős hatása van lelki egészségükre és életminőségükre. A legfontosabb, hogy az oktatási intézményeknek és a szülőknek nem szabad tabutémaként kezelni a droghasználatot, hanem fel kell ismerniük a problémát, hogy proaktívan tudjanak cselekedni. Az iskolai prevencióra összpontosító kezdeményezések kulcsfontosságúak lehetnek, hogy edukálják a fiatalokat a szerhasználat káros következményeiről. Az oktatási intézmények mellett az egészségügyi és mentális szolgáltatóknak is szerepet kell vállalniuk azon fiatalok segítésében, akik már érintettek a droghasználatban.



VISSZA AZ ISKOLAPADBA – AZ ELSŐ SZEMESZTER KEZDETÉVEL A DROGFOGYASZTÁSI SZOKÁSOK KIALAKULÁSA A FIATALOK KÖRÉBEN

DROGKUTATÓ INTÉZET

A felsőoktatásban tanulmányaikat kezdők számára meghatározó az ősz beköszönte. Az egyetemi, főiskolai éveket gyakran a legszebb résznek tartják az emberek életük során, tudományos törekvések, személyiségfejlődés jellemzi az újonnan felfedezett szabadság ízével fűszerezve. Ugyanakkor szorongással és stresszel jár karöltve: beilleszkedni egy új közegbe, megfelelni a tanárok elvárásainak, zárthelyi-és vizsgaidőszakok, egyetemi bulik kiugró mennyisége.

A középiskolai, szigorúbb rend után a megfelelő időbeosztás és a napi rutin kialakítása nehézséget tud okozni a fiataloknak. Az órák és a tanulás mellett kevesebb idő marad a rekreációra, csökken a fizikai aktivitás és az alvásidő is. Az egyetemi élet nyomása miatt egyeseknek a drogokhoz, alkoholhoz, gyógyszerekhez való fordulás egy átmeneti megküzdési (coping) mechanizmust kínál. Az



egészségkárosító magatartás a 17-22 éves korosztályban éri el a csúcspontját. A szerhasználatot nagyban befolyásolja a családi háttér és a nevelési szokások, ezt pedig tovább fokozza a fogyasztói társadalom hedonizmusra való ösztönzése, azaz rövid időn belül minél több „szerotoninbombát” adni a szervezetnek. A különböző stimulánsok jól illeszkednek ehhez a felgyorsult világhoz.

A hallgatók életét a tanulmányi követelmények, a tananyag mennyisége mellett a kezdeti szakmai inkompetencia érzése és a szülőktől való leválás is megnehezítheti. Ezen kívül az anyagi problémák (lakhatás fenntartása, alapvető költségek, könyvek) és a tanulmányok melletti munkavállalás is fejtörést okozhat. Az első év a barátságok kialakulásának időszaka, a kollégiumi élet vagy albérlet lehetőségével a diákok kikerülnek a szülők felügyelete alól, a családi konfliktusokat felváltják a lakótársakkal való együttélés problémái. Ha az új környezethez való alkalmazkodás nem valósul meg kellő mértékben, akkor elzárkózás, izoláció váltja fel. A befordulás később depressziót és mentális problémákat okozhat.

A felsőoktatási intézményekben tanulók közül az orvostanhallgatók jelentik a legveszélyeztetett csoportot, ezt alátámasztja, hogy egy amerikai felmérés szerint a 12 legmegterhelőbb foglalkozásból 8 egészségügyi munkakörhöz köthető. Nemzetközi és hazai kutatások igazolják, hogy az orvosképzés hat éve alatt a medikusokat számos stressz éri.

Az illegális drogok és gyógyszerek használata

Az illegális szerhasználat vizsgálatára nehéz módszert találni, mellyel valós képet kaphatunk a magyarországi helyzetről. Sokszor az előítélet, a törvények és a félelem miatt hamis adatokat adnak meg a válaszadók, emiatt inkább a barátok, ismerősök példáját bemutatva bújnak ki a kérdések alól.

A hallgatóknak kinyílik egy új kapu az illegális szerhasználat felé, bővül a baráti kör, így akár vidékről a fővárosba költöző fiatalok számára is csábító lehet kipróbálni az újdonságokat. Továbbá kíváncsiság vagy kísérletezés, esetleg a kimaradástól való félelem (FOMO, azaz Fear of Missing Out) is vezérelheti őket. A marihuána mellett az alkohol, a kokain és az ecstasy a legfelkapottabb, de a nyugtatók használata is egyre gyakoribb.



A kábító hatású anyagok veszélyességének megítélése összefügghet a fogyasztás gyakoriságával. A prevenció lényeges, hiszen gyakran nem megfelelő forrásból szerzett információ okozhat egészségkárosodást. Az egyik kérdőív eredménye alapján a fiatalok véleménye szerint a legveszélyesebb anyagok a heroin, a kokain, az LSD és a hasis, viszont az ezekhez való hozzájutást nehezebbnek, drágábbnak ítélik meg. A kevésbé veszélyesek közé a marihuánát, az ecstasyt és a gyógyszereket sorolták, ugyanakkor ezekhez könnyebben hozzáférnek, és akár egy egyetemista pénztárcájának is kedvezőbb megoldást jelenthetnek. Az utóbb felsorolt szerek káros hatása nem marad el a „veszélyesebb” anyagokétól.

A magyarországi vizsgálatok szerint az orvostanhallgatók 27%-a használt már valamilyen drogot vagy gyógyszert stresszcsökkentő céllal. Az adatok alapján a szerhasználat előfordulása nem gyakori, viszont hosszabb távon növekedhet, továbbá az egészségkárosító hatásai sem elhanyagolhatók. Külföldön sem fényesebb a helyzet, egy angol kutatás szerint a friss medikusok illegális drogokkal való visszaélése 33% volt. Azok a hallgatók, akik kábítószerhasználatról számolnak be, már az orvosi egyetem megkezdése előtt éltek vele.

Fontos kiemelni továbbá, hogy a tüvel injektálható illegális tudatmódosítók miatt a Hepatitis B, C és HIV-betegségek terjedése is súlyos problémát jelenthet. Egy 2015-ös kutatás alapján a vizsgálatba bevont új pszichoaktív szereket injektáló tűhasználók között a Hepatitis C prevalenciája 78,7% volt.

Alkoholfogyasztás

Az alkoholfogyasztás is stresszoldó módszer az egyetemisták körében. A fogyasztás gyakoriságáról elmondható, hogy legtöbbször társaságban, szórakozás céljából kapcsolják össze az alkoholt a programokkal, viszont már a középiskola során megjelenik a fiatalok életében, igaz, a hozzáférés ekkor még nehezebb a 18 éven aluliak számára. Legtöbbször a szülők kínálják a gyerekeket, ünnepek és családi összejövetelek során találkoznak először alkohollal. Későbbi tanulmányaik idején, a szemeszter kezdetén akár a beilleszkedés reményében is nyúlhatnak a hallgatók alkoholhoz, kialakítva ezzel a későbbi fogyasztási szokásokat.

Kutatások is alátámasztják, hogy a magyarországi orvostanhallgatók 50%-a fogyaszt alkoholt heti rendszerességgel. Az egyetemi képzés során szakemberekké válnak, de nem készülnek fel arra, hogy a saját jóllétüket is fenntartsák, és ne csupán a



betegségek esetén foglalkozzanak egészségügyi állapotukkal. Sokan mindössze akkor cselekednek, amikor már baj van, és csak tartós betegség után változtatnak káros szokásaikon. Ezt támasztja alá, hogy egy felmérés szerint a koronavírus-járvány során az egészségkárosító magatartás csökkent, viszont a Covid előtt a fogyasztók száma nőtt. Mindebből arra lehet következtetni, hogy a hazai egyetemisták körében feltehetően csökkent a rekreációs droghasználat, de a problémás (pszichés/mentális) esetekben megnőtt a fogyasztás gyakorisága.

A stresszcsökkentésre a kezdő hallgatók vélhetően nem ismernek elegendő stratégiát – fontos lenne az egyetemi évek alatt erre nagyobb hangsúlyt fektetni. Egyrészt az intézmények részéről különböző kurzusokkal vagy sportolási lehetőség biztosításával, másrészt prevenciós és segítő programokkal. A kortársak modellként hathatnak egymásra, a stressz csökkentése fokozza az egészséges és kiegyensúlyozott életmódhoz való alkalmazkodást, ráadásul az önismereti, életvezetési készségek fejlesztése is alternatív megoldást jelenthetne a gólyáknak. A prevenció lényege – a drogfajták és egészségügyi következményeik bemutatása mellett – az elutasító magatartás kialakítása lehet: merjen nemet mondani az illegális szerhasználatra, és másképp „lazuljon” két vizsga között!



A KÖZÉP- ÉS IDŐSKORÚAK DROGFOGYASZTÁSI TENDENCIÁI

DROGKUTATÓ INTÉZET

A népesség demográfiai összetétele világszerte folyamatosan változik, így egyre fontosabbá válik a közép és idős korcsoportokba tartozó egyének kábítószer-fogyasztási szokásainak, motivációinak és következményeinek megértése.

A középkorú és idősebb népesség egyedi kihívásokkal néz szembe, amelyek befolyásolhatják kábítószer-fogyasztási szokásaikat. Az olyan tényezők, mint a krónikus egészségi állapot, a fájdalomcsillapítók gyakori használata, a mentális egészségügyi problémák állandósága, valamint a vénköteles gyógyszerek használata kulcsfontosságú szerepet játszanak abban, hogy az említett korcsoportokba tartozó egyének hogyan érintkeznek a kábítószerekkel.

Ezen túlmenően a társadalmi változások, beleértve a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos változó attitűdöket, a vénköteles gyógyszerekhez való növekvő hozzáférést, valamint a társadalmi elszigeteltség, vagy éppen az életben bekövetkező változások lehetséges hatását, hozzájárulnak a közép- és időszerű csoportok kábítószer-fogyasztásának összetettségéhez.

A cikkünk célja, hogy rávilágítsunk a kábítószer-fogyasztási szokások sokrétűségére ezekben a korcsoportokban, betekintést nyújtva a mögöttes motivációkba, a kapcsolódó egészségügyi kockázatokba és a tágabb társadalmi következményekbe. E minták felismerése és megértése létfontosságú a célzott beavatkozások, támogatási rendszerek és közegészségügyi kezdeményezések kidolgozásához,



amelyek célja a középkorú és idős egyének jólétének és általános egészségének előmozdítása.

Demográfia

Az idősök többsége a fejlett országokban koncentrálódik. A termékenység csökkenése, a várható élettartam növekedése és az öregedő baby-boom generáció (a háború utáni 1946 és 1964 közötti időszakban születettek) mind jelentős okai a változó demográfiának. 2050-re a kevésbé fejlett régiókban az idősebb felnőttek aránya is nagymértékben megnő.

Egy 2013-as cikk szerint a következő évtizedek egészségügyi problémái és betegségterhei között az idősebb felnőttek körében a szerhasználati problémák két kategóriája jelent súlyos gondot: az alkohol és a pszichoaktív, vényköteles gyógyszerek. Az írás szerint, bár a tiltott kábítószeres használata alacsony ebben a korcsoportban, úgy tűnik, ez egy újonnan megjelenő probléma. Amellett, hogy sok hiedelem alakult ki a "gyógyító" célú szerhasználatról a közép- és időskorúak körében, a baby-boom korosztályhoz tartozó egyének fiatalkorukban többet találkoztak alkohollal, dohányzással, illegális drogokkal, és hajlamosak voltak elnézőbbek lenni a szerhasználattal kapcsolatban. Ugyanebben az időszakban váltak elérhetővé a pszichoaktív gyógyszerek, mint széles körben elterjedt módszer a szorongás, a fájdalom és a stressz kezelésére. Azonban minél több ember él alkohollal és kábítószerrel későbbi éveiben, az valószínűleg annál több problémával és kezelési igénnyel jár együtt. Az amerikai sajtó nagyrészt arról számolt be, hogy az idősebbeket megnövekedett számban veszik fel a sürgősségi osztályra a kábítószerrel való visszaélés miatt. A kábítószer-használat miatt kezelést igénylő idősök számának növekedése arra készítette a Nemzeti Egészségügyi Intézetet, hogy 2012-ben riasztást adjon ki a nem megfelelő szerhasználatról, felhívva ezzel a közvélemény figyelmét az idősök körében előforduló szerhasználati zavarokra.

Előrejelzések

Korábbi európai becslések azt állították, hogy 2001 és 2020 között több mint kétszeresére fog nőni a 65 éves vagy annál idősebb, kábítószerrel való visszaéléssel kapcsolatos problémával küzdő vagy kezelésre szoruló emberek száma, míg az Amerikai Egyesült Államok előrejelzései szerint a 2000. évi 1,7 milliőről 2020-ra 4,4



millióra fog nőni az 50 éves vagy annál idősebb, kábítószerrel való visszaélés miatt kezelésre szoruló felnőttek száma.

Korábbi országos felmérések szerint az 50 éves és idősebb észak-amerikaiak közel 2%-a fogyasztott tiltott kábítószer. Azt jósolták, hogy a baby-boom korosztály marihuána-fogyasztóinak száma a háromszorosára fog nőni.

A fent leírt tendenciák nagyrészt azt a tényt tükrözik, hogy ezeknek az országoknak az általános népessége öregszik, és különösen az 1946 és 1964 között született baby-boom népesség öregedését reflektálják. 1900-ban a becslések szerint a világ népességének mindössze 1%-a volt 65 éves vagy annál idősebb. Ez a szám 2000-re 7%-ra nőtt, 2050-re pedig a becslések szerint 20% lesz. Azt láthatjuk, hogy ahogyan az általános népesség öregszik, úgy öregsznek azok is, akik továbbra is visszaélnék a szerekkel.

Európa helyzete – az idősök opioid fogyasztása

Az European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2023 júliusában tette közzé a „Health and social responses to drug problems: a European guide” című irányelvének frissítését. Már az összefoglaló elején olvasható, hogy Európa összességében öregedő népességgel rendelkezik, és a 40 év felettiek egyre nagyobb arányban vannak jelen az opioid problémával küzdők között. Ez tükröződik a kábítószerkezelésben részesülők és az opioid-túladagolásban elhunytak növekvő életkorában. Más kábítószer, például a benzodiazepinek problémás használata is egyre inkább aggodalomra ad okot. Az opioidokat használó idősoknél a fizikai öregedési folyamatot felgyorsíthatja a többszörös kábítószerhasználat és a hosszú évek óta tartó rossz egészségi állapot kumulatív hatása. Ezek az egyének fogékonyabbak lehetnek a fertőzésekre, túladagolásra és öngyilkosságra is. Ezenkívül a megbélyegzés miatt csökkenhet a szociális hálójuk, ami tovább fokozhatja a társadalmi kirekesztettséget és a családtól való elszigetelődést. A megbélyegzés a segítségkérés akadályaként is felléphet.

A kábítószer-problémákkal küzdő idősök kezelése és ellátása korlátozott Európában, mivel a legtöbb szolgáltatást a fiatalabb korosztály igényeinek kielégítésére hozták létre. Csak néhány országban léteznek speciális ápolási otthonok az önmaguk ellátására képtelen, drogproblémákkal küzdő idősök számára. Az irányelv kiemeli, hogy az egyre növekvő számú európai kábítószer-használó idős ember jövőbeli



egészségügyi és szociális ellátási szükségleteinek kielégítését célzó szolgáltatások tervezése korosztályra specializált ellátási szolgáltatásokat, integrált, multidiszciplináris megközelítést és intézményközi partnerségeket, valamint a szakosított és az általános egészségügyi és szociális szolgáltatások közötti átírányítást teszi szükségessé.

Az EMCDDA a kábítószer-problémákkal küzdő idősorúaknak azokat a 40 éves vagy annál idősebb személyeket tekinti, akiknek a hosszú távú kábítószer-használatuk kárt okoz, vagy nagymértékben veszélyezteti őket. A hosszú távon opioidokat használó idősök egyre nagyobb arányát fedik le az összes opioid használónak Európában. Az elmúlt két évtizedben az opioidokkal kapcsolatos problémák miatt kezelésre kerülő kliensek átlagéletkora a harmincas éveik elejéről a harmincas éveik végére emelkedett, miközben a kábítószerrel (főként opioidokkal) kapcsolatos halálesetben elhunytak átlagéletkora is nőtt. Az elkövetkező években tovább nő majd az egészségügyi és szociális ellátásra szoruló, kábítószer-problémákkal küzdő idősök száma, és ez különösen igaz azokra a nyugat-európai országokra, amelyekben az 1980-as és 1990-es években az első heroinjárványok voltak. Emiatt egyre nagyobb szükség van arra, hogy ennek a populációnak a szükségleteire reagáló politikát, kezeléseket és szolgáltatásokat dolgozzanak ki Európában.

Az irányelv felhívja a figyelmet arra, hogy a szerhasználat okozta hatások széles köre csökkentheti azok életminőségét, akik hosszú ideje drogfogyasztók. Európában a problémás droghasználattal küzdő idősök nagy része az 1980-as és 1990-es években kezdte a heroinhasználatot. A hosszú szerhasználati karrierrel rendelkezők közül sokan HIV- és hepatitis C-vírusfertőzést (HCV) kaptak. Bizonyos kezeléseik segítségével az ilyen fertőzésben szenvedők tovább élhetnek, de a régre visszanyúló droghasználati múltjuk felgyorsíthatta fizikai öregedésüket is. Jellemzően ebben a csoportban magasabb a szomatikus és mentális egészségügyi problémák aránya, mint a nem drogfogyasztó társaiknál és a fiatalabb drogfogyasztóknál. A degeneratív rendellenességek, keringési és légzési problémák, cukorbetegség, hepatitis és májcirrózis is korábban jelentkezhetnek. Ezek az egyének a kábítószerrel kapcsolatos fertőzések, a túladagolás és az öngyilkosság nagyobb kockázatának is ki vannak téve. Emellett komoly gondot jelenthet a mentális egészségügyi problémák megjelenése is.

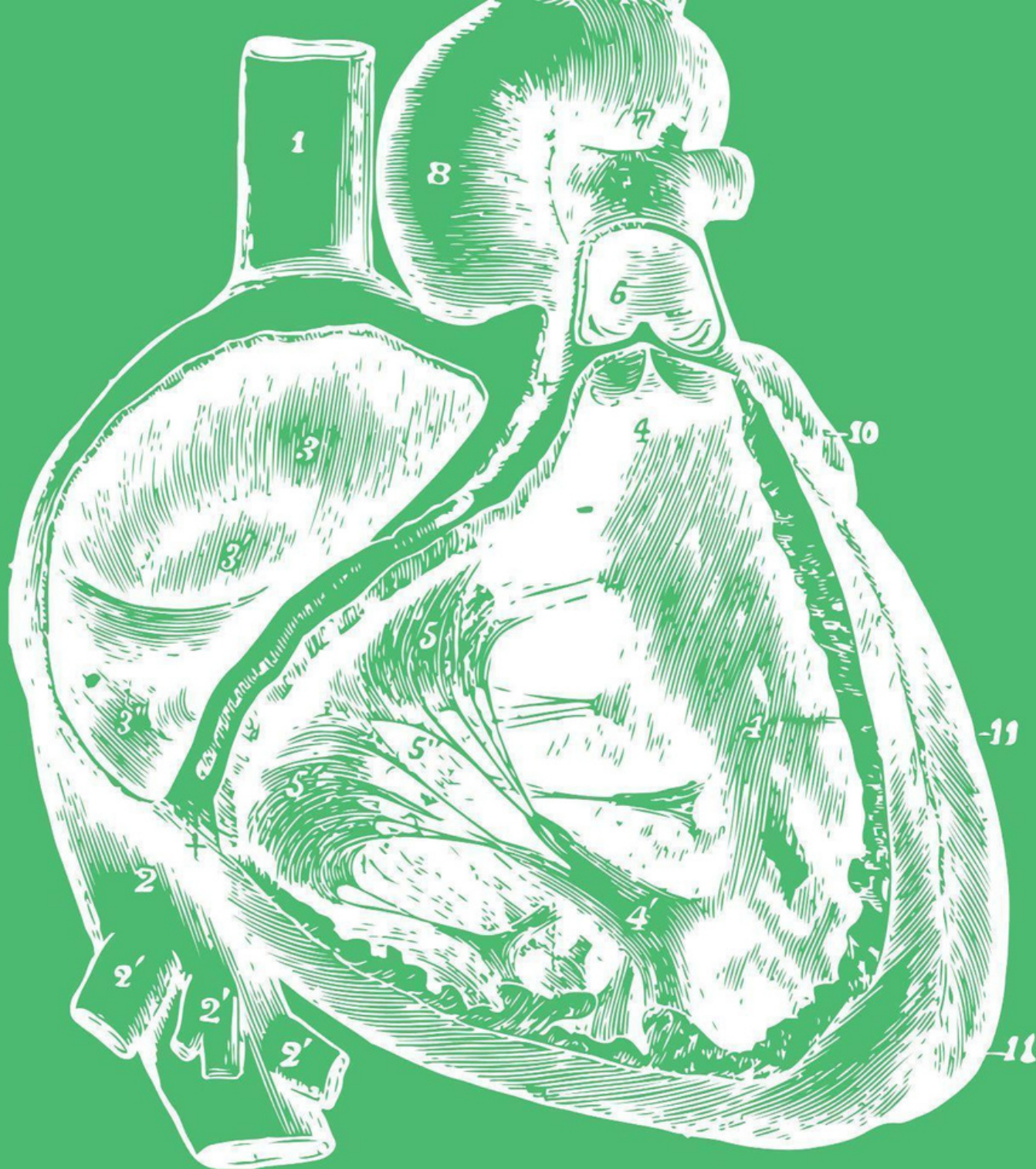


Az irányelv szerint további problémát jelenthet, hogy sok opioidokat használó idős ember részesül vagy részesült metadon- vagy buprenorfin-kezelésben. Jelenleg azonban keveset tudunk az opioid gyógyszerek és a kezelések kölcsönhatásairól, illetve hatékonyságáról a testi rendellenességekkel és károsodott májfunkcióval rendelkező emberek körében. Az opioidokat használó idős emberek megfelelő fájdalomcsillapítása nehézséget jelenthet az egészségügyi szolgáltatók számára, mivel ezek a betegek fokozottan toleránsak lehetnek az opioid analgetikumokkal szemben, és a csoport hatékony fájdalomcsillapítására vonatkozó iránymutatás hiányában fennáll a veszélye annak, hogy az egészségügyi szolgáltatások alulkezelik őket. Fontos, hogy az egészségügyi szolgáltatók tisztában legyenek azzal, hogy számos olyan gyógyszer, amelyet a problémás opioid használattal küzdő embereknek gyakran az opioidot helyettesítő kezelés mellett írnak fel, a központi idegrendszerre gyakorolt depresszív hatásuk miatt növelheti a túladagolás kockázatát.

A fentiekén túlmenően, a drogproblémákkal küzdő idős emberek jelentős része egyedül él, lakhatásra szorul, munkanélküli és gazdaságilag inaktív. A foglalkoztatás hiánya csökkenti a szociális hálózatokat, a készségeket és a tudást, és erősíti a marginalizálódást és az elszigetelődést. A megbélyegzés és az „ageizmus” (az életkoron alapuló megkülönböztetés) tovább fokozza a társadalmi kirekesztést és a családtól, barátoktól való elszigetelődést, ami gyakori ebben a csoportban. Ezek a személyek ki vannak téve a depresszióknak és a magánynak, mivel szociális hálójuk beszűkül, hiszen a többi kábítószer-használó idős ember meghal, vagy felépül a függőségből és továbbáll. Az idősebb korban a droghasználat folytatásával járó megbélyegzés megakadályozhatja őket a segítségkeresésben, a felépülési közösségekbe való bekapcsolódásban és az egészségügyi ellátás igénybevételében.

Bár az irányelv elsősorban azokra az idősebb emberekre összpontosít, akiknél az opioidok használata – gyakran más kábítószerrel és az alkohol mellett – okoz problémát, vannak olyan idős emberek is, akik más kábítószerrel, többek között kannabiszt és gyógyszereket, például benzodiazepineket használnak. Az idősebb felnőttek fokozottan érzékenyek lehetnek a benzodiazepinekre és a hozzájuk kapcsolódó gyógyszerekre.





TÁRSADALMI FELOSZTÁS



Magyar Drogfigyelő · 2024. január · IV. évfolyam 1. szám



HÁTRÁNYOS HELYZETŰ CSOPORTOK DROGFOGYASZTÁSA MAGYARORSZÁGON

DROGKUTATÓ INTÉZET

Bár a drogfogyasztás problémája minden társadalmi réteget érinthet, azok, akik már alapvető társadalmi hátrányokkal küzdenek, gyakran nagyobb veszélynek vannak kitéve. Ebből kiindulva kiemelten fontos megérteni és elemezni, hogy a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok miként élik meg a drogfogyasztás kihívásait, és milyen tényezők vezetik őket a kábítószerhez.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 alapján „...a kábítószer-jelenség szorosan összefügg más kémiai és viselkedési függőségi problémákkal, elsősorban pedig a nemzet általános lelki egészségi állapotával, különös tekintettel az értékszemlélet, a kapcsolati kultúra, a problémamegoldó készség személyes és közösségi jellemzőire...” Minden társadalmi rétegben másmilyen módon jelennek meg a droghasználattal kapcsolatos problémák, valamint a prevenció vagy éppen korrekció eszközök. A hátrányos helyzetű helységek közösségei az állandóan jelenlévő egzisztenciális bizonytalanság, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés korlátozottsága és a limitált kapcsolati rendszer miatt magasabb kockázattal bírnak a



lelki egészség romlására nézve, a függőségek és a deviáns viselkedés kialakulásával kapcsolatban.

Ebben a cikkben azt vizsgáljuk, hogyan érinti a drogfogyasztás a különböző hátrányos helyzetű társadalmi csoportokat. A későbbiekben áttekintjük a csoportok szokásait is a drogfogyasztás terén.

Bár a drogfogyasztás problémája minden társadalmi réteget érinthet, azok, akik már alapvető társadalmi hátrányokkal küzdenek, gyakran nagyobb veszélynek vannak kitéve. Ebből kiindulva kiemelten fontos megérteni és elemezni, hogy a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok miként élik meg a drogfogyasztás kihívásait, és milyen tényezők vezetik őket a kábítószerhez.

Az érintett társadalmi csoportok közé soroljuk a szegényeket, akik gyakran korlátozott hozzáféréssel rendelkeznek az egészségügyi ellátáshoz és az oktatáshoz, az esélyeik pedig alacsonyabbak a szociális mobilitás terén. A kisebbségi közösségek esetében a társadalmi kirekesztettség, a diszkrimináció és a szegregáció is hozzájárulhat a drogfogyasztáshoz, míg a hajléktalanok esetében érdemes megnézni, hogy milyen befolyással van az otthontalanság a szerhasználatra és fordítva.

Hátrányos helyzetű települések

Egy 2016-os tanulmányban összefoglalták a feltáró terepkutatás eredményeit, amelynek célja a magyarországi kistelepülések legszegényebb rétegeiben élők közötti drogfogyasztás vizsgálata volt. A kutatást három kiválasztott település szegregátumaiban végezték el, amelyek egy hátrányos helyzetű járásban találhatóak.

Az etnográfiai jellegű terepmunka során a kutatók módszertana résztvevő megfigyelést és interjúzást tartalmazott. Megfigyeléseik alapján a vizsgált területeken a legális és illegális drogfogyasztás elterjedtebb, ami különösen igaz az újfajta pszichoaktív szerekre. Kiemelték, hogy a jelenség kezelésekor szükséges figyelembe venni a szerhasználat háttérében álló társadalmi kontextust és hatásokat, amelyek ma kiemelkedően fontosak.

A kutatás háttérében az állt, hogy a 2016-os évet megelőző időszakban a designer drogok hatásairól és a vidéki területeken terjedő drogfogyasztásról szóló gyakori



médiajelentések heves vitákat váltottak ki mind a közvélemény, mind a szakma körében. A bemutatott problémáról nem voltak rendelkezésre álló szisztematikus adatok vagy helyzetjelentések. Ebből kifolyólag a helyzet értékeléséhez és a beavatkozás megtervezéséhez mindenképpen szükséges volt egy rendszerezett adatgyűjtés elvégzése. A tapasztalatok alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a szegénység és a jövőkép teljes hiánya kilátástalanságot szül a helyi lakosságban, ami az olcsó és rossz minőségű illegális és legális kábítószeres fogyasztásának elsődleges okává vált a térségben.

A vizsgálat során a következő kérdésekre keresték a választ: *(1) mennyire jellemző a klasszikus legális szerek mellett (alkohol, cigaretta), a kábítószernek minősülő anyagok fogyasztása, különös tekintettel az újfajta pszichoaktív szerek használatára, (2) mennyiben mutat különbséget a droghasználat elterjedtsége, mintázata a rossz szociális helyzetben élő, alacsony társadalmi rétegekhez tartozó emberek között az országos adatokhoz képest; (3) mennyire jellemző a többgenerációs, intravénás szerhasználat az általunk vizsgált célterületen.*

Mielőtt részletesebben belemennénk az eredményekbe, nézzük meg, hogy egyáltalán mit jelent, ha egy település hátrányos helyzetű besorolást kap? Ezeket hivatalosan „kedvezményezett” státuszba sorolják négy különböző szempont alapján: (1) társadalmi és demográfiai jellemzők; (2) lakhatás és életkörülmények; (3) helyi gazdaság és munkaerőpiaci helyzet; (4) infrastruktúra helyzete és környezeti adottságok. (105/2015. (IV. 23.) Korm. rendelet) Ez azért is fontos, hogy az ilyen helyzetben levő helységek előnyösebb pozíciót élvezhessenek a fejlesztések és támogatások tekintetében. A kutatásban résztvevő falvak és községek lakosságának hátrányos helyzetét megfelelően szemléltetik az alábbi mutatók:

- Foglalkoztatottság: míg országos szinten a foglalkoztatottsági arány közel 2/3-os volt (2015. I. negyedév, lásd: KSH 2015), addig a járásban 32,4% (Forrai 2014), a szegregátumokban pedig 24,4% volt ez az arány. Emellett azt is tudjuk, hogy ennek a fele közmunkaprogramban volt foglalkoztatott, a nyílt munkaerőpiaci munkanélküliség 88% volt.
- Iskolázottság: a kistérségben élők iskolai végzettségét nézve a gyermekes háztartásokban élő 15 évesnél idősebb népesség majdnem 10%-a be sem fejezte az általános iskolát, a 18 évesnél idősebbeknek pedig csupán egyharmada végzett középiskolát. A maximum 8 általánost végzettek aránya



országosan 26,8% volt, míg a kistelepüléseken 30–45 % körüli arányt mértek, a szegregátumokban pedig ez az arány az országos adatok kétszerese, 56% volt.

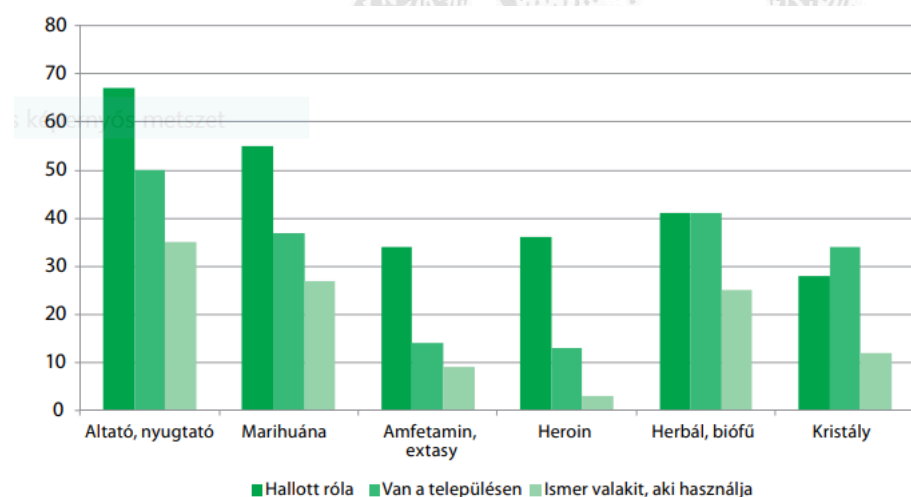
- Lakhatás: a vezetékes vízellátás terén az országos helyzethez képest jelentős lemaradások voltak, ahogyan a gyermekkel rendelkező háztartásokban mért egy főre jutó jövedelem is jelentősen elmaradt az országos átlagtól.

Milyen drogfogyasztási szokásaik vannak a hátrányos helyzetű csoportoknak?

Tekintsük át, hogy azok az emberek, akik a fent említett körülmények között élnek le a mindennapjaikat, milyen drogfogyasztási szokásokkal rendelkeznek.

A 2016-os felmérés eredményei azt mutatták ki, hogy legnagyobb arányban az altatókat, illetve a marihuánát ismerik. A nyugtatók és altatók tekintetében a vizsgálati alanyok több mint fele nyilatkozott úgy, hogy használják a településen, ahol él, a megkérdezettek több mint harmada pedig személyesen is ismert olyat, aki rendszeresen fogyasztja ezeket az anyagokat. Ezzel ellentétben az amfetamint és a heroint kevésbé ismerték, míg a herbállal vagy biofűvel sokkal inkább familiárisak voltak. Összességében viszont azt is el lehetett mondani, hogy a kábítószeres különböző típusai, megnevezései nem voltak tiszták a kutatási alanyok számára, úgy, ahogyan a szerek összetétele sem.

Az alábbi ábra szemlélteti, hogy a hátrányos helyzetű településen élő emberek milyen arányban ismerik a felsorolt szereket, illetve ismernek-e olyat, aki használja őket.



A droghasználati szokások feltérképezéséhez nem csak kérdőívet, hanem interjúkat is alkalmaztak. Az interjúk eredményeként megállapították, hogy az idősebb generáció hajlamosabb a legálisan beszerezhető gyógyszerek (nyugtatók, altatók stb.) fogyasztására. Az újonnan megjelenő pszichoaktív drogokat nem differenciálták az interjúkban, inkább általánosan kérdeztek rá a témára. A vizsgált településeken a „bármit bármikor” jelenség áll fenn, azaz a beszerzés rendkívül egyszerű, mert a kisközösségek adottsága, hogy a dílereket mindenki ismeri, ott laknak a településen és könnyen elérhetőek. Elmondásuk szerint az újfajta pszichoaktív szerek és a saját gyártású kábítószeresek egyaránt beszerezhetőek. Az interjúk során az alanyok azt állították, hogy az újfajta pszichoaktív szereket elsősorban a fiatalok használják, akár már 12–13 éves koruktól kezdve. Az ő becslésük szerint a településrész fiatal lakosainak több mint fele kipróbálta ezeket a szereket. A fiatalok leggyakrabban rekreációs célból fogyasztják ezeket, de előfordulnak napi szintű használók is a településeken. Az interjúalanyok nagy része ismer függőket, akikről kvázi elismerően „legenda”-ként nyilatkoztak. Ezen kívül a résztvevők elmondása alapján az iskolákban is jelen vannak a kábítószeresek, erről a pedagógusok és az iskolavezetők is tudnak.

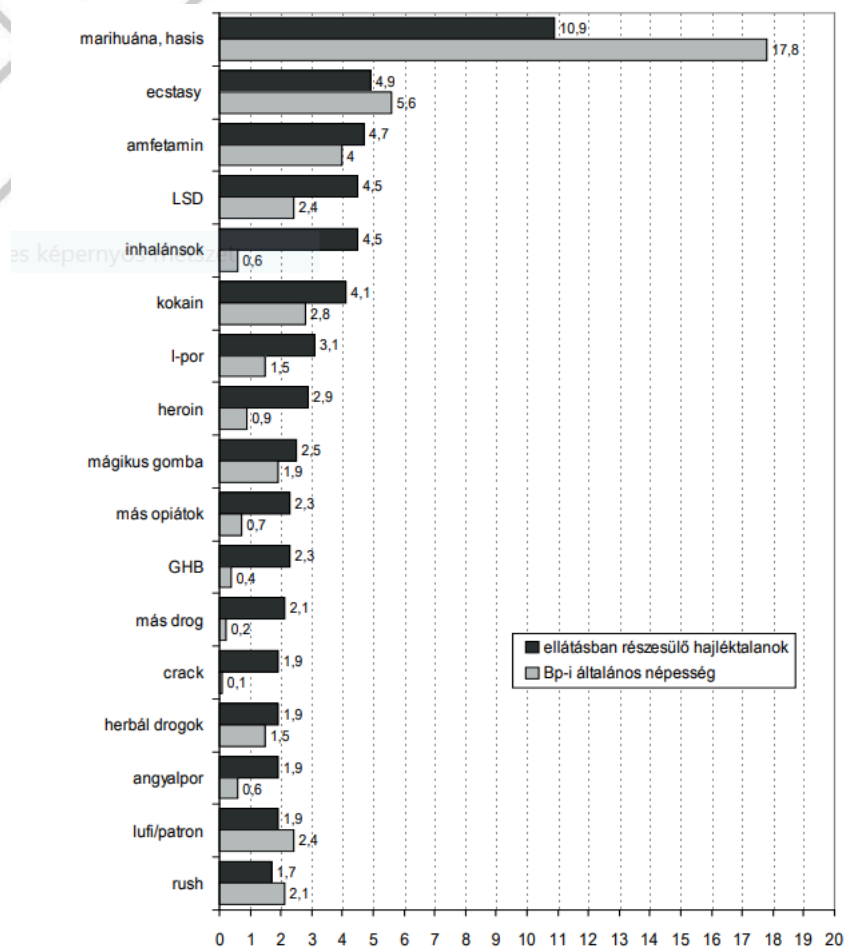
Szintén 2016-ban publikáltak egy cikket, ami a cigányság területi/települési viszonyait boncolgatja, ebben szót említenek a romák drogfogyasztásáról is. Azért foglalkoztak a kérdéssel, mert az akkoriban megjelenő, alacsony áron beszerezhető dizájn drogok (elsősorban a herbál és a kristály) komoly problémákat kezdtek okozni a mélyszegénységben élők körében, beleértve a cigányságot is. A kábítószerfogyasztás viszonylag jól kivehető területi különbségeket mutatott: a kisebb településeken kevésbé volt jellemző, míg a nagyobb városokban kirajzolódott a dizájn drogok fogyasztása. Emellett jellemző volt a nyugtatók alkohollal való keverése, ami a rendkívül erős egészségromból hatású herbál és kristály mellett szintén rémisztően hat, főleg, mivel a megkérdezettek szerint a fogyasztás már fiatal roma gyerekek (akár általános iskola alsó tagozatától fogva) körében is elterjedt.

Vizsgáljuk meg, hogy mi a helyzet a hajléktalanok drogfogyasztási szokásaival. Jelen esetben azokat az embereket nézzük meg, akiknek alapvetően rendelkezésükre állhat valamilyen lakhatási lehetőség, de életük legnagyobb részét az utcán töltik. 2010-ben született egy kutatás a hajléktalanok droghasználati szokásaira vonatkozóan. A felmérést olyan hajléktalanok körében tudták elvégezni, akik



részesültek már valamilyen típusú ellátásban. A válaszadók nyilatkozatai alapján azt láthatjuk, hogy minden tizedik hajléktalan használ kábítószer. A fogyasztás gyakoriságát tekintve kivehető, hogy a valamilyen drogot valaha kipróbáló hajléktalanok között tízből hatan az elmúlt évben is használtak, öten pedig jelenleg is fogyasztanak valamilyen tiltott szert vagy inhalánst. Az általános populációval összehasonlításban ez azt jelenti, hogy míg az általános népességben a valaha használók 85,2%-a jelenleg nem, 71,4%-uk pedig már az elmúlt évben sem élt semmilyen kábítószerrel, addig a hajléktalanok esetében a valaha fogyasztóknak csak 50%-a nem fogyaszt aktuálisan semmilyen drogot, és összesen mindössze 38%-ának sikerült felhagynia legalább egy éve a droghasználattal. Meglepő, hogy a hajléktalanok szerhasználata nagyjából megegyezik az általános népesség szokásos szerpreferenciáival. A legelterjedtebb tiltott szer közöttük is a marihuána/hasis, utána következnek a különféle partydrogok (ecstasy, amfetamin, LSD), majd a kokain. A többi szer használata elmarad ezektől a gyakoriságoktól. Azonban a szerpreferenciájuk sorrendjében az általános populációhoz képest a legjelentősebb különbség az, hogy az inhaláns szerek viszonylag nagy szerepet játszanak a hajléktalanok körében a drogfogyasztásban, míg az általános népességben ezek a szerek a legkevésbé elterjedtek. Ezenkívül fontos megjegyezni, hogy az intravénás szerhasználat is jóval elterjedtebb a hajléktalanok körében: 2,7%-uk már kipróbált valamilyen drogot intravénásan, míg a fővárosi általános népességben ez az arány mindössze 0,3%.





A hajléktalanok fiatal felnőtt korosztályában az egyéb tiltott drogok magasabb elterjedtsége is megfigyelhető az általános népességhez képest. Az 18-34 éves hajléktalanok 30,6%-a már próbált ki életében más tiltott drogot a marihuánán/hasison kívül, míg a fővárosi fiatal felnőtt népességben ez az arány 19,6%.



A TÁRSADALMILAG KIREKESZTETT CSOPORTOK DROGFOGYASZTÁSA

DROGKUTATÓ INTÉZET

A függőséget okozó szerek használata a társadalomban való részvételt korlátozó probléma. A kábítószerrel való visszaélés önmagában is kirekesztő ok lehet, és ha ehhez lakhatási problémák, alacsony jövedelem, munkanélküliség vagy rossz egészségi állapot társul, akkor a kábítószer-függőségi probléma megoldásának valószínűsége erőteljesen csökken.

Egy korábbi cikkünkben a magyarországi hátrányos helyzetű csoportok drogfogyasztási szokásait térképeztük fel több hazai kutatás és elemzés bemutatásán keresztül. Ebben a cikkben igyekszünk a témát távolabbról megközelíteni és megnézni, hogy milyen hasonlóságok, illetve különbségek fedezhetőek fel a magyar gyakorlat és a nemzetközi példák között.

Jelen összefoglaló témakörét kiszélesítjük aszerint, hogy a drogfogyasztási szokások mögött levő szociális helyzeteket részletezzük, illetve újdonságként jelenik majd meg a drogfogyasztás és a bűnelkövetések közötti kapcsolat vizsgálata. Továbbá kíváncsiak vagyunk arra is, hogy egy átlagos emberhez képest milyen kihívások érik az akár halmozottan hátrányos helyzetű vagy társadalmilag kirekesztett drogfogyasztókat.

Az emberek mindig is éltek drogokkal, valószínűleg evolúciós és táplálkozási örökségük részeként. Ez a korábbi biológiai alkalmazkodás azonban már tovább



haladt a modern világban, ahol 2006-ban 2 milliárd felnőtt (a felnőtt lakosság 48%-a) fogyasztott rendszeresen alkoholt, 1,1 milliárd felnőtt (29%) cigarettázott, és 185 millió felnőtt (4,5%) használt tiltott kábítószer. (Anderson, 2006) A kábítószer-használatot nagyrészt a piaci erők határozzák meg, a megfizethetőség és a hozzáférhetőség növekedése pedig egyértelműen növeli a fogyasztást is. A társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos helyzetű emberek – bárhogyan is mérjük – fokozottan ki vannak téve a kábítószer-használat kockázatának, csakúgy, mint a hátrányos családi környezetben élők, és azok, akik olyan közösségekben élnek, ahol alapvetően gyakoribb a kábítószer-használat előfordulása. A kábítószer-használat egyre növekszik az alacsony jövedelmű országokban, amelyek az elkövetkező évtizedekben aránytalanul nagy terhet viselhetnek majd a kábítószer okozta fogyatékoság és korai halálozás tekintetében.

Egy 2006-ban publikált cikk a társadalmilag kirekesztett kábítószer-használók szociális jellemzőinek elemzését tűzte ki célul 9 európai ország 10 városában, és annak meghatározását, hogy mely társadalmi kirekesztettségi mutatók (pl. lakhatás, foglalkoztatás, oktatás) kapcsolódnak a legszorosabban az intravénás kábítószer-használathoz. Mielőtt belemennénk a részletekbe, fontos tisztázni, hogy az említett kutatás nem a hátrányos helyzetűekre, hanem a társadalomból kirekesztett csoportokra koncentrál. A társadalmi kirekesztés tág fogalom, amely különböző jelenségeket foglal magában. Nagyjából úgy határozható meg, mint egy jelenség, amikor emberek olyan összefüggő problémák kombinációjától szenvednek, mint a munkanélküliség, az alacsony edukációs szint és jövedelem, a rossz lakhatás, a magas bűnözéssel járó környezet, a rossz egészségi állapot vagy családi háttér. Ebben az esetben tehát a társadalmi kirekesztés az elégtelen jövedelemre, valamint a lakhatás, az oktatás, az egészségügy és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés terén tapasztalható nélkülözésre utal, ami némileg átfedésben van a hátrányos helyzetű csoportok definíciójával, leszámítva a származásból és egyéb veleszületett adottságokból adódó szempontokat.

A függőséget okozó szerek használata a társadalomban való részvételt korlátozó probléma. A kábítószerrel való visszaélés önmagában is kirekesztő ok lehet, és ha ehhez lakhatási problémák, alacsony jövedelem, munkanélküliség vagy rossz egészségi állapot társul, akkor a kábítószer-függőségi probléma megoldásának valószínűsége erőteljesen csökken. A kábítószer-használók marginalizálása döntő



jelentőséggel bír a függőségi folyamat kimenetele szempontjából. Ha a kábítószer-használók nem tudnak a saját körülményeikhez mérten szükséges kezeléshez jutni, és nem állnak rendelkezésükre társadalmi vagy családi erőforrások, akkor egy olyan lefelé tartó spirálba kerülnek, amely csak súlyosbítja a kábítószer-függőségüket. Az olyan társadalmi és gazdasági tényezők, mint a bebörtönzés, az egészségügyi ellátás, a hajléktalanság, az alacsony jövedelem és a családi támogatás mind befolyásolják a kábítószer-használók egészségi állapotát, és hozzájárulnak a droghasználati magatartás változásához.

A társadalmi kirekesztés és a szegénység az Európai Unió modernizációjának folyamatában – a szociálpolitikai napirenden – már a 2000-es évek elejétől központi kérdéssé vált, ahogyan a kábítószer-függőség kezelése is új kihívást jelentett. A 2000-es években a kannabisz volt a leggyakrabban használt kábítószer az EU-ban, amelyet az amfetaminok és az ecstasy követett. A kokainfogyasztás, bár alacsony volt, növekedett, míg a heroin fogyasztása stabil szinten maradt. A heroin leginkább a marginalizált kisebbségeket, a szociálisan hátrányos helyzetű fiatalokat, a bűnözőket, a börtönviselteket és a szexmunkásokat érintette.

A fentebb említett kutatás eredményeit tekintve a megkérdezettek 60,2%-a fogyasztott kábítószerrel az eredmények közlését megelőző 12 hónapban. Írországból, Németországból, Olaszországból és Ausztriából volt a legmagasabb az intravénás droghasználók aránya, Spanyolországban és Portugáliában ez kevésbé volt elterjedt. A heroin és a kokain (önmagában fogyasztva) széles körben elterjedt, azonban az egyes országok között jelentős különbségek voltak felfedezhetőek. A kirekesztett csoportok szokásait tekintve Spanyolországban és Portugáliában volt a legalacsonyabb a heroinfogyasztás, a kokaint pedig leginkább Ausztriában és Angliában használták. A kokainnal kombinált heroint (speedball) Spanyolországban és Ausztriában használták széles körben, míg a crack használata alapvetően nem elterjedt, Angliában és Spanyolországban volt magasabb a fogyasztás mértéke. A metadon használata minden országban széles körben elterjedt, a mintában szereplő felhasználók 50-95%-a használta, kivéve Olaszországot, ahol csak 34,8% alkalmazta a szert. A résztvevők minden országban magas kannabisz- és nyugtatószer-fogyasztást mutattak. Az ecstasynak változatosan alakult a mintázata, Ausztriában volt a legmagasabb a használók aránya.



További eredményként meg kell említeni, hogy az intravénás kábítószer-használattal összefüggő egyéb társadalmi kirekesztő változók a bebörtönzés, a hajléktalanság, a rendszertelen foglalkoztatottság és az illegális tevékenységek voltak. Azok a résztvevők, akik vagy elhagyták a valamilyen függőséget okozó szerrel történő kezelést, vagy akiket kizártak belőle, nagyobb kockázatnak vannak kitéve az intravénás droghasználat szempontjából, mint azok a résztvevők, akik soha nem részesültek kezelésben, még mindig kezelési programban vannak, vagy akik már sikeresen befejezték azt.

A hajléktalanság a rossz egészségi állapottal, a kábítószerrel való visszaéléssel, mentális betegségekkel és a társadalmi elszigeteltséggel kapcsolatos döntő tényező. A kábítószer-használat kontrollvesztésével is összefügg, és az intravénás kábítószer-használók marginalizálódásának folyamatában is sodró tényezővé válhat. A hajléktalanok nagyobb valószínűséggel használnak intravénás kábítószert. Két alternatívát tudunk mondani a hajléktalanság és a kábítószerrel való visszaélés közötti kapcsolat magyarázatára: társadalmi szelekció és társadalmi alkalmazkodás. A korábbi kábítószer-fogyasztás növeli a hajléktalanná válás kockázatát (társadalmi szelekció), míg a kábítószer-fogyasztás egy megküzdési stratégiaként is működhet a hajléktalansággal való szembesüléskor (társadalmi alkalmazkodás).

A börtönbüntetés általában együtt jár az illegális kábítószerrel való visszaéléssel. Az elemzés szerint azok a válaszadók, akik már voltak börtönben (azokhoz képest, akik soha nem voltak ott), a legnagyobb kockázatnak vannak kitéve az intravénás szerhasználat szempontjából. További érdekesség, hogy a börtönbüntetés hossza is közvetlen hatással van a börtönben való injekciózásra. Szintén ehhez kapcsolódik, hogy az illegális tevékenységet űző résztvevők körében nagyobb a valószínűsége az intravénás drog használatának. Az intravénás használók több kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményt követtek el, és hosszabb ideig voltak őrizetben, mint a nem intravénás használók.

A foglalkoztatottság, amely a társadalmi inklúzió fontos feltétele, szintén összefügg a kábítószer adagolási módjával. Azok a résztvevők, akiknek rendszeres munkájuk volt, kisebb valószínűséggel használtak intravénásan kábítószert. A foglalkoztatottság szintén kapcsolatba hozható azoknak a kezeléseknél az eredményével, amelyek során valamilyen szert kellett alkalmazni. Ez alátámasztó



bizonyítékot szolgáltat arra, hogy a kezelésben maradók képesek megtartani a munkahelyüket.

Fontos szót említeni a bevándorlókat érintő drogfogyasztási helyzetről is. Egy publikáció az Egyesült Államokban vs. Mexikóban született, mexikói származású emberek közötti általános pszichopatológiai különbségeket vizsgálta. Megállapítása szerint a két populáció közti egyik legmarkánsabb mentális zavarokhoz köthető eltérés hátterében a kábítószerrel való visszaélés, különösen a problémás kábítószer-használat állhat. A problémás szerhasználat aránya átlagosan négyszer olyan magas az Egyesült Államokban születettek körében a Mexikóban születettekhez képest. A szerhasználatban mutatkozó különbségek hátterében állhat a szerek könnyebb elérhetősége és a rekreációs használat relatív elfogadottsága az Egyesült Államokban. Tekintettel a függőség és más pszichiátriai zavarok gyakori előfordulására, az amerikai születésűeknél mért magasabb arányok magyarázhatják a hangulati és szorongásos zavarok magasabb előfordulási arányát is.

Konklúzió

A kábítószer-fogyasztók aránytalanul nagy része hátrányos helyzetű és/vagy társadalmilag kirekesztett helyzetben van már a fogyasztás kezdete előtt. Sokak számára a mindent felemésztő kábítószerközpontú életmód az egyetlen felnőtt lét, amelyet ismernek. A kábítószer-függőség fiziológiai és pszichológiai aspektusainak fontosságát hangsúlyozó diskurzusok nehezen tudnak hatást gyakorolni, mivel kevésbé veszik figyelembe a kábítószer-használat mögöttes társadalmi kontextusát. Ha a kábítószer-használókat csupán büntetés-végrehajtással szankcionálják, az valószínűleg kevés hosszú távú hatást fog kifejteni, hacsak nem ismerik el, nem értik meg, és nem foglalkoznak a fogyasztás mögött álló társadalmi egyenlőtlenségekkel. Hajlamosak vagyunk a kábítószer-problémára összpontosítani, és az ártalomcsökkentést, a fizikai/pszichológiai függőséget tekintjük a változás eszközének, de a kezelésnek a társadalmi környezetre is összpontosítania kell, ha a rehabilitáció és a reintegráció reális és elérhető céllá válik a kábítószer-használók számára.

A fentiek tekintetében fontos lenne megvizsgálni, hogy vajon a hátrányos vagy halmozottan hátrányos helyzet, illetve a társadalmi kirekesztettség áll-e nagyobb arányban a kábítószer-használat mögött. Esetleg pont fordítva: még a hátrányos



helyzet kialakulása előtti drogfogyasztás vezetett oda, hogy az egyén a társadalom perifériájára sodródott. Mindenesetre fontos megjegyeznünk, hogy a kirekesztettséghez és a hátrányos szociális státuszhoz rendszerint magasabb esély társul a drogfogyasztást illetően, ezért az ilyen csoportoknál döntő fontosságú lehet a szociális háttér vizsgálata, akkor is, ha a leszoktatás vagy a helyzetük megértése a célunk.



A KOKAIN A LEGNÉPSZERŰBB KÁBÍTÓSZER A TEHETŐSEK KÖRÉBEN

TÉGLÁSY KRISTÓF

Divatos diszkókban fogyasztják, nem a városok csatornáiban; a társadalom nyerteseinek szellemi üzemanyaga, nem pedig a vesztesek kábítószer.

A droghasználat témakörében, kevesebb szó esik a tehetősebb emberekről, az úgynevezett társadalmi elitről. A „drogos” ember a nagy többség szemében valamiféle lecsúszott alak, amolyan junkie, aki az utcán kéreget a betevő napi adagért, koszos és ápolatlan. Pedig egy nem is jelentéktelen csoportja a társadalomnak szintén alkalmi, akár napi fogyasztó, csak ők a cégvezetők, influencerek, sportolók, ne adj’ Isten a fehérgalléros bűnözők világából kerülnek ki. Az ő kábítószerük jellemzően a kokain. De akkor vajon miért nem látja őket a rendszer, a statisztika?

Az igazat megvallva a kokain alapvetően egy rétegszolgáltatású kábítószer. Miközben a designer drogok ára ezer forint körül mozog adagonként, addig a kokain grammja minőségtől függően 16-30 ezer forintba is kerülhet, amit nem mindenki engedhet meg magának. De van egy olyan réteg, amelyik egy partiban képes és hajlandó akár százezer forintos nagyságrendű kokainmennyiséget is felszippantani. Ez a menedzserek világa. A mindennapi, sokszor 10-12 órás napi munka után a hétvégén megpróbálnak relaxálni, kiengedni. Munkájuk komoly és folyamatos jelenlétet, koncentrációt igényel, hiszen az üzleti élet egy kegyetlen világ, mert miközben egyik pillanatban fenn van az ember a csúcson, a másikban akár mindent elvesztve bukhat hatalmasat. Nagyon stresszes életről van szó, ami magával hoz nagyon sok, sorsszerűen kialakuló betegséget is. S amikor pedig



— EST. 1991 —
Batthyány Lajos
ALAPÍTVÁNY

elérkezik a hétvége, lekerül az öltöny és a kiskosztüm; belecsapnak a buliba és akkor az alkohol és a jó ételek mellett megjelenhetnek a pszichoaktív szerek is, de legjellemzőbben a kokain. Mégis ezek az emberek, még ha függők is, nem jelennek meg az ellátórendszerekben, hiszen ők a napi munka mellett próbálnak – jó esetben – megszabadulni a szertől, és ezt magánklinikákon, elit rehabokon teszik meg, így természetesen nem kerülnek az állami ellátórendszerek látókörébe.

Annak ellenére, hogy a kokain az egyik legdrágább illegális kábítószer, mégis a második legnépszerűbb szer Európában. A kiskereskedelmi piacát jelenleg 10,5 milliárd euróra becsülik. A kokain a legnagyobb mennyiségben Dél- és Közép-Amerikából érkezik Európába, legtöbbször teherhajókon, konténerekbe rejtve. Különösen a világ legnagyobb kikötői közé tartozó Antwerpenben és Rotterdamban foglaltak le sok kokaint 2021-ben, jellemzően legális áruk mellé rejtve. A fenti, rendőrségi adatokra alapozott kijelentések mellett, az European Drug Report 2023 ugyanakkor megjegyzi, hogy átrakodási, tranzit központként egyre jelentősebb például a Nyugat-Balkán szerepe.

Általában porként (kokainsó formájában) használják a viszonylag gazdagabb rétegek. Európában kevésbé jellemző az olcsóbb, crack változat, aminél szódabikarbónával vagy lúggal vegyítik az anyagot. Ez, az úgynevezett crack kokain a szegényebb rétegek kábítószerre. A kokainnál is megfigyelhető, hogy a kínálat lényegesen jobban nőtt a keresletnél. Pontosabban a termék tisztasága és elérhetősége jelentősen nőtt az elmúlt években, miközben átlagára nominálisan is alig változott. Ez összességében árcsökkenést jelent, hiszen tisztább, jobb minőségű anyagot lehet kapni ugyanazon az áron.

A kokainfogyasztás a kontinens déli és nyugati részén a legmagasabb, és a 15-34 éves korosztály körében a legnépszerűbb, közülük az elmúlt évben 3,5 millióan nyúltak az illegális kábítószerhez. A drog előfordulása Ausztriában a leggyakoribb, ahol a lakosság 5,6 százaléka fogyasztott kokaint a 2021–2022-es időszakban, második a dobogón Írország (4,8 százalék), őket követi Horvátország, Hollandia, Spanyolország és Franciaország. Nem csak országonként tér el a divatos drog fogyasztásának aránya, a nemek között is jelentős különbség fedezhető fel. A férfiak száma meghaladja a nőké: Az EMCDDA adatai szerint a férfiak 7,8 százaléka válik alkalmi fogyasztóvá, míg a nők 5,2 százaléka próbálja ki a kábítószer. Az aggasztó statisztikákkal kapcsolatban Antonia Maria Costa, az ENSZ Kábítószer és Bűnügyi



Hivatalának korábbi vezetője is felszólalt: „divatos diszkókban fogyasztják, nem a városok csatornáiban; a társadalom nyerteseinek szellemi üzemanyaga, nem pedig a vesztesek kábítószeré.” – mondta a szakember.

De ha közvetlen szomszédunkra tekintünk, ott sem jobb a helyzet. Annál is inkább, mert az egyre szigorúbban ellenőrzött holland és belga kikötők mellett felértékelődnek a román kikötők is. Az Egyesült Nemzetek Szervezetének (ENSZ) legutóbbi, 2023-ban közzétett, kokainról szóló jelentése szerint, a konstancai kikötőt egyre gyakrabban használják a kereskedők, és a romániai kereskedelem növekedésének egyik magyarázata, a szervezett bűnözői hálózatok közötti folyamatos együttműködés. A dokumentum szerint bizonyítékok vannak arra, hogy korábban a külföldi bűnözői csoportok ukrán kikötőket használtak, hogy elkerüljék a nyugat-európai bűnüldözési ellenőrzéseket. Ám mára ezek a csoportok a jelek szerint más, romániai vagy bulgáriai fekete-tengeri kikötőkbe helyezték át ezeket a tevékenységeket. A román hatóságok tapasztalatai szerint 2021-ben nőtt a belföldi kokainfogyasztás, különösen a fiatal és magas jövedelmű lakosság körében. Ugyanebben az évben nőtt a lefoglalt kokain mennyisége is, a 2020-as 43 kilogrammról 875 kilogrammra. A korábbi években is nagy mennyiségekről számoltak be, többek között több mint egy tonna 90 százalékos tisztaságú kokaint foglaltak le 2019-ben egy, a Duna-deltában felborult hajóból. 2022 júliusában ugyanakkor először fedeztek fel Romániában egy másodlagos kokaint előállító helyet. A román bűnüldöző hatóságok szerint a helyszínt egy vidéki kunyhóban alakították ki, amelyet két román állampolgár és egy izraeli személy bérelt. A kávénak álcázott kokaint két, a kémiai kivonási folyamatot ismerő kolumbiai állampolgár hozta be egy utasszállító repülőgéppel. A helyszínen a hatóságok 148 gramm kokaint és 5 kg kokainnal kevert kávéfoglaltak le.

De ne gondoljuk azt, hogy hazánk kivétel lehet! Tavaly év vége felé egy, a csepeli szabadkikötőben ólálkodó maszkos férfiről érkezett bejelentés a Budapesti Rendőr-főkapitányság Tevékenység-irányítási Központjába. Az ismeretlen elmenekült, őt már a rendőrök sem találták meg. Megtalálták ugyanakkor azt a hűtőkonténert, amit megpróbált kinyitni. A konténerben kialakított rejtekhelyről 155 darab, egyenként egykilós csomag került elő. A helyszínen folytatott szemle keretében alkalmazott tesztek kokaint mutattak ki. A kirendelt vegyészszakértő vizsgálata is megerősítette, hogy az összesen nettó 154,805 kilogrammnyi lefoglalt



anyag kokain, melynek utcai értéke több, mint 23 milliárd forintra tehető. Ez átlagos hígítással is annyi kábítószer, hogy életkortól függetlenül minden második fővárosi lakosra jutna egy adag. A tiszta hatóanyag-tartalom kimutatása során, az igazságügyi vegyészszerelő megállapította, hogy nagy tisztaságú kokaint foglaltak le.

Az EMCDDA (a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja) jelentése szerint a kokainfogyasztók megtalálhatók a legkülönbébb társadalmi csoportokban. Azonban az éjszakai szórakozóhelyeken végzett felmérések ötször–hússzor akkora előfordulási arányokat mutatnak a klubok látogatóinál, mint az általános népesség körében. A kezelésben nem megjelenő kokainhasználókkal végzett vizsgálatok jellemzően iskolázott, társadalmilag integrált fogyasztói népességről számolnak be. A jelentés szerint ezek a fogyasztók rendszerint nem jelennek meg a rendszerekben. Jelenleg Európában a kokainfogyasztás miatt történő bejelentett kezelések többsége járóbeteg intézményeknél zajlik, amelyek elsősorban az opiátfogyasztók igényeire koncentrálnak. A társadalmilag integrált kokainhasználók azonban nagyobb valószínűséggel keresnek segítséget más egészségügyi szolgáltatóknál, például a háziorvosnál vagy magánklinikákon, mint azt fentebb már említettük.

Összességében elmondhatjuk, hogy Európához hasonlóan hazánkban is az elit társadalmi csoportok rejtve, klubokban, elegáns szórakozóhelyeken fogyasztanak kábítószer, ami az esetek nagy többségében kokain. Napvilágra csak akkor kerülnek ezek a drogfogyasztók, ha vagy egy-egy hírességnél történt rendőrségi intézkedés, vagy tragédia világít rá a rejtőzködő kokainhasználatra. Habár hosszan lehetne sorolni azokat a neveket, akik jól ismertek a bulvárvilágban és lebuktak, mégis azt kell látnunk, hogy a nagyon nagy többség továbbra is a színpalak mögött hódol a kábítószernek, sokszor az életét is kockáztatva ezzel.



VESZÉLYES MÉRETEKET ÖLT A GYÓGYSZERTÚLFOGYASZTÁS

OZSVÁTH KÁLMÁN

Az elmúlt évek és évtizedek hivatalos magyarországi és külföldi adatai alapján pontosan látszik, hogy a világ legtöbb országában ugrásszerűen megnövekedett a gyógyszerfogyasztás. Tanulmányunkban annak járunk utána, mik a támogatott és nem támogatott gyógyszerek, hogyan kerülnek forgalomba a gyógyszerek, mit jelent a gyógyszer túlfogyasztás és gyógyszerfüggőség, és a különböző országok költségvetéseiben mekkora részt jelent a gyógyszeripar.

A gyógyszer fogalmát a 2005. évi XCV. törvény (továbbiakban: Gytv.) határozza meg: gyógyszer bármely anyag vagy azok keveréke, amelyet emberi betegségek megelőzésére vagy kezelésére állítanak elő, vagy azok az anyagok, amelyek farmakológiai, immunológiai vagy metabolikus hatások kiváltása révén az ember valamely élettani funkciójának helyreállítása, javítása vagy módosítása, illetve az orvosi diagnózis felállítása érdekében alkalmazhatók. A gyógyszerre minősítés tehát nem az előállítás módja szerint történik, hanem a bizonyított gyógyhatás alapján, és nem minősíthető gyógyszernek az a készítmény, amely nem rendelkezik tudományosan alátámasztott, az illetékes hatóságok által jóváhagyott gyógyhatással.



— EST. 1991 —
Batthyány Lajos
ALAPÍTVÁNY

Orvosi rendelvényhez kötött és anélkül kiadható gyógyszerek

A kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszerek osztályába sorolja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) a gyógyszereket, ha orvosi felügyelet nélküli alkalmazásuk esetén veszélyt jelenthetnek az emberi szervezetre, vagy azt gyakran és széles körben helytelenül használják, illetve olyan anyagokat tartalmaznak, amelyek hatása, illetve mellékhatásai további vizsgálatra szorulnak, vagy ha az orvos szokásos körülmények között parenterális alkalmazásra rendeli. Vény nélkül tehát abban az esetben lehet gyógyszerhez jutni, ha az olyan betegség kezelésére alkalmas, melynél a beteg saját maga a saját tünetei alapján fel tudja mérni, hogy milyen betegségben szenved. A gyógyszerek egy részénél előfordulhat, hogy ugyanazon gyógyszer lehet vényköteles és vény nélkül is megvásárolható a gyógyszer kiszerelésének függvényében.

Támogatott és nem támogatott gyógyszerek

A gyógyszerártámogatás szempontjából megkülönböztetjük a támogatott és a nem támogatott gyógyszerek körét. A társadalombiztosítás által nem támogatott gyógyszerek árát a gyógyszergyártók maguk határozzák meg. A támogatott gyógyszer esetében a páciens térítési díjat fizet, ami a fogyasztói ár és a támogatás összegének különbsége.

A támogatott gyógyszerek esetében a gyártó meghatározza az árat, amelyet az állam elfogadhat, illetve a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) sokrétű vizsgálatot követően dönthet a támogatásról és annak mértékéről. A támogatás lehet összegszerű vagy százalékos mértékben meghatározott. A társadalombiztosítási támogatással értékesített gyógyszereket csak vény alkalmazása mellett lehet megvásárolni. A NEAK a támogatott gyógyszerek körét folyamatosan felülvizsgálja, ha kétség merül fel a készítmény költséghatékonyságával kapcsolatban, vagy a meghatározott feltételeknek nem felel meg. A felülvizsgálat eredménye alapján a NEAK dönthet a támogatásból való kizárásról és a támogatás mértékének módosításáról is.



Gyógyszerek forgalomba hozatala

A gyógyszerek speciális termékek, amelyeknek a forgalomba kerülése során fokozottan érvényesül a kontroll. Gyógyszer hazánkban csak akkor kerülhet forgalomba, ha azt a gyógyszerészeti államigazgatási szerv (OGYÉI) vagy az Európai Bizottság engedélyezte. Az OGYÉI csak abban az esetben engedélyezheti a gyógyszer forgalomba hozatalát, ha annak minősége és mennyiségi összetétele, gyártási körülményei ismertek, a terápiás hatásossága klinikailag bizonyított, illetve, ha előny-kockázat aránya kedvező. A forgalomba hozatali vizsgálatot és engedélyezést az OGYÉI végzi, az engedélyezés kérelemre indul, melyhez részletes, szakembereknek és felhasználóknak szóló szakértői összefoglalót kell csatolni. Azokat a generikus termékeket lehet forgalomba hozni, melynek originális terméke az EGT-ben elérhető. Ebben az esetben a generikus készítmény dokumentációját az originátor dokumentációjára hivatkozva kell benyújtani (MAGYOSZ, 2021a). Ennek megfelelően a gyógyszerek forgalomba hozatali eljárása döntő módon négyféleképpen történhet.

1. A centralizált eljárás lehetőséget biztosít a gyógyszergyártóknak, hogy a készítmény egyetlen eljárással az Európai Unión belül forgalmazható legyen. (A legtöbb gyógyszer így kerül forgalomba.) Az eljárás során a gyógyszer dokumentációjának értékelését az Európai Gyógyszerügynökség (továbbiakban: EMA) Emberi Felhasználásra Kerülő Gyógyszereket Értékelő Bizottsága (CHMP) végzi, az engedélyt pedig az Európai Bizottság adja ki.
2. A decentralizált eljárás esetében a készítmény még egyik tagállamban sem került forgalomba, azonban a készítmény dokumentációja azonos tartalommal, különböző tagállamok részére kerül benyújtásra. Ilyenkor az egyik tagország irányítja a forgalomba helyezés folyamatát.
3. A nemzeti eljárás, amely esetében csak egy országban kívánja a gyógyszergyártó a terméket forgalomba helyezni, így csak abban az országban kezdeményezi az eljárást.
4. A kölcsönös elismerési eljárást akkor alkalmazzák, ha egy tagországban már forgalomba hozatalra került a termék. Ilyenkor az a tagállam, ahol forgalomban van a termék, értékelő jelentést készít, melyet követően a másik tagállam engedélyezheti a termék forgalomba helyezését.



A túlfogyasztás meghatározása és további vizsgálata

Túlfogyasztásnak minősül, ha a gyógyszerek, vagy étrend-kiegészítők alkalmazása mögött nincs egyértelmű egészségügyi ok, azt nem alapozza meg kórkép, a terápia, az alkalmazás hátrányai felülmúlják az előnyöket, valamint az alkalmazás hatása nem mutatható ki sem pozitív sem negatív értelemben.

A túlfogyasztás fogalma

A nem indokolt gyógyszerfogyasztás, túlfogyasztás kérdéskörét az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a „racionális gyógyszerhasználat” definícióján keresztül ragadja meg. A WHO meghatározása szerint a racionális gyógyszerhasználat olyan gyógyszeres kezelést jelent, amely:

- megfelel a beteg klinikai szükségleteinek
- abban az adagolásban történik, amelyet a beteg egyéni jellemzői megkövetelnek
- megfelelő időtartamban történik
- és a beteg és közössége legalacsonyabb költségén valósul meg

Jól látszik, hogy a definíció három általános orvos-szakmai kritériumot tartalmaz, ezek részletes tartalmáról azonban a szöveg más részeiben nem találunk pontosabb kifejtést, míg a negyedik kritérium egyértelműen gazdaságossági, pénzügyi szempont.

A túlfogyasztás jelensége

A XX. század utolsó évtizedeiben a gyógyszerfogyasztás növekedése általános tendencia, amely a lakosság idősödése mellett nagyszámú új gyógyszer megjelenésével, a klinikai irányelvek és farmakoterápiás ajánlások dinamikus változásaival is összefügg.

Ugyanakkor a nem indokolt gyógyszerhasználatot jelezheti, hogy minden fejlett egészségügyi rendszerben folyamatosan nő a felírt gyógyszerek mennyisége és



emelkednek a gyógyszerkiadások. Emellett megfigyelhető, hogy a gyógyszeralkalmazás, gyógyszerfogyasztás jelentős eltéréseket mutat országról országra – miközben nem feltételezhető, hogy ezen populációk egészségi állapota ilyen jelentős mértékben különbözne. Mindez arra hívja fel a figyelmet, hogy a gyógyszerek alkalmazásában az egészségügyi szempontokon túl egyéb (orvos-szocializációs, kulturális, információhozzáférhetőséggel kapcsolatos és iparági) tényezők is szerepet játszanak. Amennyiben a gyógyszerek alkalmazása nem egyértelmű egészségügyi okokon alapul, felmerül, hogy az mennyiben indokolható és milyen egészségi kockázatokkal jár.

A túlfogyasztás kérdése a hazai egészségügyi stratégiákban

A 2011 májusában elfogadott Semmelweis Terv a gyógyszerpolitikát illető kitörési pontként új prioritások kijelölésének, a hatékonyság növelésének, a befogadási rendszer transzparenciájának és rugalmasságának, a gyógyszerbiztonság növelésének és a gyógyszertárak egészségügyi ellátói szerepének visszaállítását, erősítését jelöli meg. Az új gyógyszerpolitika a minőségre és a költséghatékonyságra helyezi a hangsúlyt, eszerint transzparenssé kell tenni a gyógyszerek befogadási eljárását és a generikus program továbbfejlesztése teremthet lehetőséget a források felszabadítására. A program kiemeli a gyógyszerfogyasztók egészségtudatosságának növelését, az orvosok és gyógyszerészek érdekeltségének megteremtését a gyógyszeres terápia eredményességének növelésében, a közgyógyellátás egyszerűsítését és fontos célként jelöli meg a gyógyszertárak egészségügyi ellátói szerepének megerősítését.

Az „Egészséges Magyarország 2021-2027” Egészségügyi Ágazati Stratégia a Covid-19 járvány nyomán jelentkező kihívások figyelembevételével fő célként a stratégia a gyógyszerellátás zavartalan biztosítását fogalmazza meg. A gyógyszerellátási rendszer áttekintése nyomán az ágazati stratégia egyebek mellett az alábbi javaslatokat fogalmazta meg:

- Javasolt a hazai alapanyaggyártás ösztönzése, bizonyos hatóanyagok esetén annak újbóli megteremtése és fenntartása.



- Piaci ösztönzők bevezetése, csakúgy, mint a központi beszerzések rendszerének átgondolása az ellátásbiztonság garanciáinak hangsúlyosabb figyelembevétele. Szükséges lehet több beszállító számára lehetőséget biztosítani a piac ellátásában.
- Javasolt a hatékony, innovatív magas árú gyógyszerekhez való hozzáférés fenntartása és javítása.
- A gyógyszerellátás területén hatáskörrel rendelkező háttérintézmények minél hatékonyabb működése érdekében a szükséges erőforrások biztosítása. A legfontosabb hazai egészségügyi stratégiai dokumentumok tehát nem nevesítik kifejezetten a gyógyszer-túlfogyasztás, irracionális használat problémáját, bár utalnak azzal összefüggésben álló fontos tényezőkre, mint az egészségtudatosság, a megelőzés fontossága és az iparági verseny.

A gyógyszer túlfogyasztás jelei

Számos klinikai, és szakpolitikai bizonyíték támasztja alá azt, hogy a túlfogyasztás jelensége világszerte jelentős probléma. Az Egyesült Királyságban az egy főre jutó gyógyszerfelírások száma 1989-től 2008-ig több, mint megkétszereződött (Busfield, 2015), a depresszió kezelésére szolgáló szelektív szerotonin visszavétel gátlók felírása 1999-ről, 2012-re 18,4 millióról 50,2 millióra emelkedett. Ezen időszak alatt a depresszió megállapítására vonatkozó sztemderdek is folyamatosan enyhültek (Busfield, 2015). A gyógyszerfogyasztással kapcsolatos adatok a fejlett világban egyes gyógyszerfajták (koleszterincsökkentők, magas vérnyomás gyógyszerek) több nagyságrendű emelkedését mutatják. Az OECD országokban a vérnyomáscsökkentők fogyasztása mintegy 70%-al nőtt 2000 és 2017 között, és az lakosságarányosan Magyarországon és Németországban a legmagasabb.

Az antidepresszánsok fogyasztása ezen országok körében tizenhét év alatt megduplázódott, Magyarországon az ilyen célú gyógyszerek fogyasztása ugyanakkor alacsonyabb, mint a többi fejlett ország körében. A koleszterincsökkentők felhasználása még nagyobb növekedést mutatott, tizenhét év alatt megháromszorozódott, és Magyarországon ezek fogyasztása átlagosnak mondható. Emellett a nem indokolt használat veszélyét veti fel például az időskori demenciában szenvedők részére felírt antipszichotikus szerek alkalmazása, amely



túlmutat a gyógyszerek eredeti rendeltetésén és inkább a betegek környezetének szükségleteit tükrözi. A szub-szaharai afrikai országokban felírt maláriagyógyszerek nagy része pedig olyan betegekhez jut el, akik negatív maláriatesztet produkálnak. Lopes, Sautmann, Schaner értekezése rámutat, hogy a gyógyszerek vénykötelezettsége ellenére a legtöbb egészségügyi rendszer küzd a gyógyszer-túlfogyasztás jelenségével. Jelentős különbségek mutathatók a nyugati országokban lakosságarányosan felírt antibiotikumok számában, miközben nem feltételezhető, hogy az adott populációkban a bakteriális fertőzések előfordulása is ilyen jelentős eltéréseket mutasson. Egy kanadai vizsgálat során kiderült, hogy azok közül, akik torokfájdalom miatt antibiotikumot kaptak, csak minden harmadik esetben bizonyosodott be, hogy valóban jelen volt a feltételezett streptococcus baktérium. Németországi és olaszországi adatok arra mutatnak, hogy a gyermekek számára felírt antibiotikumok mennyiségének területi ingadozása nem indokolható a fertőző betegségek eltérő prevalenciájával.

Bár Magyarországon európai viszonylatban az átlagnál nem alkalmaznak több antibiotikumot, a pácienseket gyakran széles spektrumú antibiotikumokkal kezelik, a penicillinek különféle kombinációinak felhasználási aránya hazánkban európai szinten a legmagasabbak között van. A szisztémás antibiotikumok túlzott felírása az őszi-téli szezonban pedig arra utal, hogy a jellemzően vírus okozta felső légúti megbetegedésekre is antibiotikumot írnak fel. Európai összehasonlításban Magyarországon a legmagasabb az antibiotikum-felhasználás szezonális ingadozása az alapellátásban és járóbeteg-szakellátásban.

A túlfogyasztás egyes fajtái, okok, háttértényezők

Jól látható, hogy a gyógyszerhasználatot az egészségi okokon túl számos infrastrukturális és kulturális jellemző is befolyásolhatja, abban tetten érhető a túlfogyasztás jelensége.

Az orvos és a betegellátás oldala

A kezelő orvosok oldalán beazonosított jelenség, hogy az orvosok hajlamosabbak nagyobb veszélynek tekinteni, ha nem kezelnek egy beteget, mint azt, ha olyan kap



kezelést, aki egészséges. Az orvosi szocializációnak alapeleme, hogy a beteg segítséget vár, tehát az orvosnak, kézzelfogható kezelést kell nyújtania, máskülönben nem segített. A gyógyszerfogyasztás háttérében állhatnak olyan tényezők is, mint például, ha az orvos jövedelme összefügg bizonyos gyógyszerek értékesítésével, vagy az orvos bizonytalan egy adott kezelési protokollal kapcsolatban és a későbbi komplikációk elkerülése érdekében „biztos, ami biztos” alapon dönt a gyógyszeres kezelés mellett.

Betegek oldala

A betegek hajlamosak arra, hogy nem elégszenek meg az ágynyugalomra, életmódváltásra vonatkozó orvosi javaslattal, hanem a gyógyszerfelírással érzik „komolyam vehetőnek” és szakszerűnek az ellátást. A kutatás rámutat, hogy a betegek felől érkező nyomás adott esetben olyan erős lehet, hogy az, az orvos szakmai meggyőződését is felülírhatja. A 2055 beteg bevonásával lefolytatott kutatás szerint 20%-kal több az indokolatlan maláriaellenes gyógyszer felhasználás, ha a beteg mérlegelésére bízzák a gyógyszeres kezelés választását.

Nem vényköteles termékek túlfogyasztása

A vény nélkül hozzáférhető termékek orvosi rendelvény nélkül és ilyen módon érdemi dóziskontroll hiányában érhetőek el, miközben ezen készítmények számos esetben igen erős hatásmechanizmussal rendelkező hatóanyagokat tartalmaznak. A vény nélküli gyógyszerek túlzott alkalmazása közvetlen egészségügyi kockázatokat okozhat (pl.: vese- és májkárosodás, gyomorfekély), a fájdalomcsillapítók hosszú távú alkalmazása jelentős egészségromlást is okozhat.

„Elgyógyszeresedés”

A „pharmaceuticalisation” azt a folyamatot jelenti, amelynek során különféle társadalmi, viselkedési és fiziológiai állapotokat egyre nagyobb mértékben minősítenek olyannak, amely gyógyszeres kezelést igényel. A gyógyszerhasználatra hajlamosak vagyunk úgy tekinteni, mint amely egy jól definiált testi állapot



kezelésével van összefüggésben. Ugyanakkor a gyógyszerhasználat közelmúltbeli növekedésében jelentős szerepet játszik ma már az is, hogy panasz, és életminőségét korlátozó klinikai kórkép hiányában, megelőzés céljából, úgynevezett biomarkerek nyomon követése alapján javasolnak az orvosok a betegek számára gyógyszerkészítményeket. A korábban egészségesnek számító állapot egyes betegségek előállapotának minősül (pre-hipertónia, pre-diabétesz), és a megelőzés érdekében gyógyszeres kezelést indokol. Hasonló jelenség az antidepresszánsok fogyasztásának növekedése a nyugati társadalmakban, a protokollok egyre több korábban patológiaként nem minősülő állapotot minősítenek depresszióként.

Halmazott gyógyszereszedés

A polifarmácia általában legalább ötféle, vagy a klinikai kép alapján indokoltnál többféle gyógyszer egyidejű szedése. A polifarmácia elsősorban az idős korokban gyakori jelenség. Egy 65 év felettiekből álló csoportot vizsgáló kutatás szerint a polifarmácia gyakorisága 45 százaléknak, a rendkívüli polifarmácia (legalább 10-féle gyógyszer) incidenciája 6 százaléknak bizonyult a vizsgált populációban. Ez magyarázható az időskorra jellemző komorbiditással, ugyanakkor a különböző támadáspontú és eliminációjú gyógyszer párhuzamos alkalmazása több tanulmány szerint kapcsolatban állhat a geriátriai betegek romló funkcionális állapotával, gyakori kórházi kezelésekkal és idő előtti halálozással is. A polifarmácia nehezen kezelhető gyógyszerkölsönhatásokat, mellékhatásokat okozhat, amely további gyógyszerkészítmények alkalmazásához vezethet.

Gyógyszerfüggőség

Közismert, hogy bizonyos gyógyszerek, rendszeres adagolás mellett függőséget okozhatnak. A gyógyszerfüggőség a kémiai addikciók közé tartozik, általában akkor fordul elő, ha a beteg valamilyen más szenvedélyszerről, például alkohorról való leszokás érdekében helyettesítő gyógyszert kap, vagy szorongásos panaszai miatt kezd nyugtatókat szedni. Gyógyszerfüggőséget okozhatnak a nyugtatók, vagy altatók, fájdalomcsillapítók, hangulatjavítók, antidepresszánsok és antipszichotikumok.



A leggyakoribb függőséget okozó gyógyszerek a fájdalomcsillapítók és az altatók. Egy egyszerű vény nélküli orrcsepp alkalmazásával is valódi gyógyszerfüggőség léphet fel. A gyógyszerfüggőség előfordulási gyakoriságát nehéz megbecsülni, egy 2017-es cikk szerint csaknem 200 ezer fő szenvedhet gyógyszerfüggőségben Magyarországon. Nagyjából 70 ezer a pszichiátriai szerfüggők (nyugtató, altatószer, szorongáscsökkentő szer) száma, 100 ezren lehetnek a hashajtó-függők, 25 ezren pedig orrcsepp miatti addikciótól szenvednek. A szakemberek szerint Magyarországon nagy mennyiségű altató- és nyugtatószer fogy, mely komoly népegészségügyi gond.

Gyógyszerekkel járó problémák

A gyógyszerek alkalmazása során számos probléma és mellékhatás is felmerülhet, amelyeket figyelembe kell venni. Ezek közé tartoznak a következők:

1. **Mellékhatások:** A gyógyszerek számos nemkívánatos mellékhatást okozhatnak, mint például hányinger, szédülés, bőrkíütés vagy alvászavarok. Fontos, hogy az emberek tájékozódjanak a gyógyszerek lehetséges mellékhatásairól és az adagolási utasításokat betartva szedjék a gyógyszereket.
2. **Gyógyszerkölcsönhatások:** Előfordulhat, hogy egyes gyógyszerek nem kompatibilisek egymással és káros kölcsönhatásokat okozhatnak a szervezetben. Ezért fontos, hogy az emberek beszéljenek orvosukkal vagy gyógyszerészükkel arról, hogy milyen gyógyszereket szednek és figyelmeztessék őket, ha új gyógyszert szeretnének elkezdni használni.
3. **Függőség és visszavonási tünetek:** Bizonyos gyógyszerek, például erős fájdalomcsillapítók vagy szorongásoldók, függőséget és visszavonási tüneteket okozhatnak, ha hirtelen abbahagyják őket. Ezért ezeket a gyógyszereket fokozatosan kell elhagyni, az orvos utasításainak megfelelően.
4. **Antibiotikum-ellenállóság:** Az antibiotikumok túlzott vagy helytelen használata miatt, antibiotikum-ellenállóság alakulhat ki. Ez azt jelenti, hogy a baktériumok ellen hatástalanná válnak a gyógyszerek és nehezebbé válik a fertőzések kezelése. Ezt elkerülendő, fontos, hogy az antibiotikumokat kizárólag az orvos



utasításainak megfelelően szedjük és ne használjuk őket vírusos fertőzések esetén.

5. Túl gyakori gyógyszeresedés: Egyes emberek hajlamosak túlzásba vinni a gyógyszerek fogyasztását és folyamatosan túladagolják magukat. Ez nem csak egészségügyi kockázatokkal jár, de hozzájárul a gyógyszer-rezisztencia problémájához is. Fontos, hogy csak akkor szedjünk gyógyszert, ha ténylegesen szükségünk van rá, és azt az adagolási utasításokat betartva tesszük.

Ezek a problémák rámutatnak az egészségügyi rendszer és a gyógyszerfogyasztás kihívásaira. Tájékozódni és gondolkodni kell a gyógyszerfogyasztásról, és szükség esetén alternatív terápiákat vagy természetes gyógymódokat is fontolóra kell venni, melyek bizonyos helyzetben egészségesebbek is lehetnek.

Gyógyszerfogyasztók

A KSH közreműködésével lefolytatott európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) igazolta azt a közismert összefüggést, hogy az életkor előrehaladtával a gyógyszert szedők aránya fokozatosan emelkedik. Míg a 15-34 éves korosztály közel negyede szed receptre felírt gyógyszert, a 35-64 éves korosztály fele és a 65 évesnél idősebbek közel 90%-a. Megfigyelhető az az összefüggés is, hogy az életkor előrehaladtával a nemek szerinti gyógyszerfogyasztás aránya egyre kevésbé tér el egymástól. Emellett látható összefüggés van a sporttevékenység végzése és a gyógyszerfogyasztás között, a sporttevékenységet végzők körében, mindkét nem esetében kisebb arányban fordulnak elő gyógyszerfogyasztók, mint a nem sportolók között.

Gyógyszeripar és gyógyszerpiac

A gyógyszeripar fejlődése az utóbbi két évtizedben kiemelkedő volt, bevétele 2019-ben mintegy 1,25 milliárd USD-t ért el. A gyógyszeriparban jelentős súllyal bír néhány nagy multinacionális vállalat, melyek többsége az Egyesült Államokban található. Kiemelkedő növekedés tapasztalható Kína gyógyszeriparában, míg az

európai gyógyszeripar közel 450 ezer embert foglalkoztat és Ázsiától lemaradva, de Észak-Amerikát megelőzve a második legnagyobb jelentőségű a világ gyógyszeriparában.

A magyar gyógyszeripar mintegy 6%-kal járul hozzá a GDP-hez, a hazai kibocsátás lényegében négy nagy gyógyszergyár teljesítményét jelenti, a hazai gyógyszeripar kibocsátásának több, mint nyolcvan százaléka exportértékesítés, hazánk öt legfontosabb exportterméke a személygépkocsi, a gépjárműalkatrészek, telefonkészülékek, a gyógyszerek és a számítógép. A 2020. évi Covid-19 járvány a külkereskedelmet negatívan befolyásolta, ugyanakkor 2019. évben a visegrádi országok közül Magyarország volt az egyetlen, amelynek külkereskedelmi mérlege a gyógyszerek tekintetében szufficites volt. Ebben az időszakban a 2019-es évhez viszonyítva, csak a gyógyszertermékek külkereskedelme volt képes növekedést elérni.

Iparági összevetésben a gyógyszeripar a második legmagasabb hozzáadott értéket állítja elő. A KSH adatai alapján az egy főre vetített bruttó hozzáadott érték 2018. évben 24 milliárd forint, 2019. évben 31 milliárd forint volt, amellyel a gyógyszeripar első helyen áll a stratégiai ágazatok között.

Gyógyszerkiadások nemzetközi összehasonlításban

Az OECD 2019. évi vizsgálatában résztvevő országokban átlagosan a GDP 1,36%-át tették ki a gyógyszer kiadások 2016. és 2020. között. A legnagyobb volumenű kiadás a felmérésben résztvevő országok között Bulgáriában tapasztalható, ahol a GDP 2,45%-át fordítják ilyen célra, míg a legkisebb százalékos ráfordítás Luxemburg esetében látható. A felmérésben résztvevő országok közül hazánkban az EU viszonylatában a harmadik legnagyobb a GDP arányában a gyógyszerekre fordított kiadás (1,73%).

A legnagyobb mértékű gyógyszerkiadás egy állampolgárra vetítve az Egyesült Államok valósul meg, míg az Európai Unióban 2020. évben Németország esetében a legnagyobb (935,1 USD), amely valamivel több, mint másfélszerese hazánk adatainak. Magyarországon az egy főre eső gyógyszerkiadás 2016–2020. években 590,0 USD volt, amely a vizsgált országok és az EU országai között némileg



meghaladja az átlagot. Miközben tehát Magyarországon az egy főre jutó költségek átlagosnak mondhatók, a GDP-hez viszonyítva jelentősebbnek mondható a gyógyszerkiadás.

2021–2022-es magyarországi adatok

A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) gyógyszerforgalmi adatai alapján a 2022. áprilisi forgalomhoz képest 6 százalékkal bővült a támogatott vényköteles gyógyszerek eladása 2022. májusban. A 2021. évhez mérten majd 12 százalékos a növekedés mértéke. A bruttó forgalom 50,1 milliárd forintot tett ki 2022. májusban. A támogatott vényköteles forgalom áprilishoz képest 6 százalékkal bővült, a 2022. évhez képest pedig 11,9 százalékkal. A forgalmi adatokhoz hasonlóan a dobozeladások száma is jelentősen emelkedett. 2022. májusában 16,3 millió doboz vényköteles támogatott terméket adtak el a magyar gyógyszertárak. A 2021. májusához képest a növekedés mértéke 5,6 százalék, áprilishoz képest 4,9 százalék.

Gyógyszertámogatás a központi költségvetésben

Magyarország éves központi költségvetési adatai alapján a gyógyszertámogatás kiadásának mértéke 2017. évtől (339,2 Mrd Ft-ról) növekszik átlagosan évente 5,8%-kal, a kassza 2020. évben 407,94 Mrd Ft összeggel szerepelt. 2021. és 2022. évekre a gyógyszertámogatás kiadás további növekedése látható, amely 2022. évre 449,57 Mrd Ft összegben valósulhat meg (MÁK, 2020, 2020. évi XC. törvény, 2021. évi XCVI. tv.).

Gyógyszerforgalom és gyógyszertámogatás

A gyógyszerekre fordított kiadások háromnegyedét a társadalombiztosítás, 2–3%-át a költségvetés, míg a fennmaradó költség közel negyedét lakossági térítés finanszírozza. Az egy főre jutó támogatott gyógyszerek vényforgalma jelentősen nem változott az elmúlt években, az arra fordított lakossági és állami támogatás volumene



folyamatosan emelkedett. 2012. évben bruttó 428,8 Mrd Ft volt a gyógyszerek vényforgalmi költsége, amely 2019. évre 27,4%-kal (117,5 Mrd Ft-tal) növekedett.

Gyártói befizetések

A gyógyszerkiadások központi költségvetésének egyenlegét javítják a gyógyszergyártók, forgalmazók befizetései. A Gyftv. befizetési kötelezettséget ír elő a gyógyszer forgalomba hozatali engedélyének jogosultja részére. A gyártói befizetések 2017. évben 79,16 Mrd Ft bevételt jelentett, azonban a 2022. évi központi költségvetés tervezetében már 105,76 Mrd Ft összegben került tervezésre. A 2020. év végrehajtási adatai alapján a jogcímcsoport bevétele 101,58 Mrd Ft összegben teljesült.

